

2016年2月1日

第3160号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [鼎談] 死亡直前と看取りのエビデンス(新城拓也, 濱口恵子, 森田達也)…… 1—3面
- [寄稿] グラム染色こそ, 抗菌薬適正使用の切り札(谷口智宏)…… 4面
- [寄稿] 急性期脳梗塞に対する血管内治療の展望(吉村紳一)…… 5面
- MEDICAL LIBRARY…… 6—7面

鼎談

個別性に応えるために必要な 死亡直前と看取りのエビデンス



森田 達也氏=司会
聖隷三方原病院副院長/
緩和・支持治療科

濱口 恵子氏
がん研有明病院緩和ケアセンター
ジェネラルマネージャー/副看護部長

新城 拓也氏
しんじょう医院院長

近年、人が死亡に至るまでの過程を対象とした実証研究が進んでいる。その中、死亡直前の医学的問題や看取りに関するエビデンスも蓄積されてきた。これらの科学的根拠を生かして充実したケアを提供することが、最期の時間を支える医療者に求められている。

本紙では、書籍『死亡直前と看取りのエビデンス』(医学書院)においてターミナルケアに関するエビデンスをまとめた森田氏を司会に、在宅医療をフィールドに活躍する新城氏、がん看護に携わってきた濱口氏の鼎談を企画。最新のエビデンスに触れながら、それらをどのように活用し、患者・家族に最善の治療とケアを提供していくのか、そのポイントを議論した。

死亡直前に関する エビデンスが集積しつつある

森田 振り返ると、医師になって3—5年目のころ、看取りの時期が近付いた患者の家族から「あとどのぐらいの時間が残されていますか」と尋ねられても、答えに窮していました。それで「自分の腕が悪いのだろうか」とも悩んだものです。当時の1995年前後というと、死亡直前から直後までの医学的問

題に関するエビデンスが少なかった。「こういった徴候があればそろそろ」といった曖昧な情報しかなかったのです。じゃあ自分で詳しく調べてみようと思って調査したものが私の研究の端緒¹⁾になったという経緯もあるのですが、近年、こうした「死亡に至るまでの徴候がいつ、どのように生じるのか」という実証研究はさらに進み、エビデンスもずいぶん集積してきましたね。

新城 最近になって、このあたりの研究は進んでいます。ただ、現場を見ると、まだまだそうしたエビデンスが有効に活用されているとはいいがたいのが実態です。

看取りが近付いてきたときに行われる死亡時期の見立ても、ともすれば科学的根拠はまるで無視され、医療者個人の経験的な、質の低い予後予測が行われていることがある。患者や家族を欺こうという意図はないにしても、根拠に基づかない

予測では、彼らが生活に見通しを立てることには役立ちません。それどころか、その先の日々を不安に陥れる“呪いの言葉”にさえなってしまう。森田 昔は、死ぬまでの過程を医学教育で教わることもなんてほとんどなかった。そうした背景があるからか、死が差し迫ってきた段階の予測も、経験則のほうが重視されてきたという面があるのだと思いますね。

濱口 「あのベテラン看護師さんに聞けばわかる」といった感じでしたよね。新城 それは今でも現場にありますよ。確かに医療者としての直感も大切でしょう。しかし「ここを見ればわかる」という知見が科学的に示されているわけですから、医療者はポイントを類型化して理解しておく必要があります。特に、死亡前の徴候を見分け、判断することは、誰にでも身につけられるものですから。

森田 そういう意味では、最近出された死亡直前の徴候についての観察研究が、よりわかりやすい形で死に至るまでの様相を描き出しており、役立つのではないのでしょうか。M.D. アンダーソンがんセンターの医師・Hui らは、

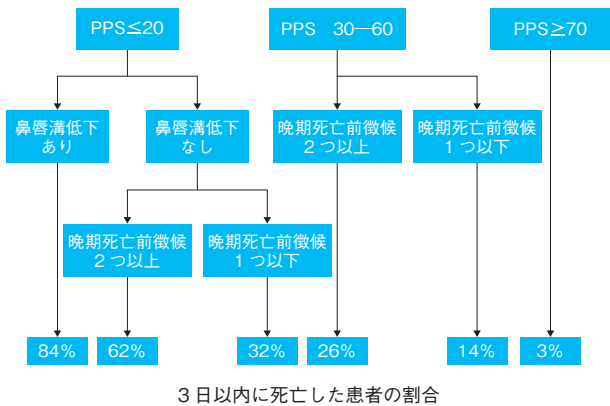
死亡直前に出る徴候の頻度と出てからの時間を評価し、「出現すれば死亡がかなり近いが、全員に出現するとは限らない徴候」を「晩期死亡前徴候」とし、一方で Performance Status (PS) や意識レベルの低下など、「ほとんどの患者でみられるが、死亡直前とは限らない徴候」を「早期死亡前徴候」としました²⁾。

さらに、晩期死亡前徴候を詳細に分析した上で³⁾、決定樹分析を用いた研究を行い、Palliative Performance Scale (PPS) と、鼻唇溝の垂れ下がり、晩期死亡前徴候の数の組み合わせによって、患者が3日以内に死亡することを80%予測できるという報告を出しています(図)⁴⁾。尤度比を取り入れるなど、診断学の要素を盛り込んでいるところがユニークです。

新城 今までの緩和ケア領域には珍しいタイプの研究ですよ。でも臨床に合った内容で、予後予測を考える上で大切なポイントが示されています。

濱口 スペシャリストが何を根拠に死亡予測を立てているのかがわかりやす

(2面につづく)



●図 身体所見で予測する患者の死亡
『死亡直前と看取りのエビデンス』p12より転載

●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。

February
2016

新刊のご案内 医学書院

解剖学カラーアトラス (第8版)

J. W. Rohen, 横地千仞, E. Lütjen-Drecoll 共著
A4 頁584 12,000円
[ISBN978-4-260-02443-3]

内科診断学 (第3版)

編集 福井次矢, 奈良信雄
B5 頁1066 9,500円
[ISBN978-4-260-02064-0]

内科系専門医試験 解法へのアプローチ 第2集

藤澤孝志郎
B5 頁160 5,000円
[ISBN978-4-260-02399-3]

標準外科学 (第14版)

監修 畠山勝義
編集 北野正剛, 田邊 稔, 池田徳彦
B5 頁746 8,500円
[ISBN978-4-260-02148-7]

〈シリーズ まとめてみた〉 マッチング対策

天沢ヒロ
A5 頁194 2,400円
[ISBN978-4-260-02447-1]

トライ! 看護にTBL チーム基盤型学習の基礎のキン

編著 五十嵐ゆかり
著 飯田真理子, 新福洋子
B5 頁160 2,200円
[ISBN978-4-260-02426-6]

根拠と事故防止からみた 老年看護技術 (第2版)

編集 亀井智子
A5 頁568 4,000円
[ISBN978-4-260-02498-3]

根拠と事故防止からみた 小児看護技術 (第2版)

編集 浅野みどり
A5 頁552 4,000円
[ISBN978-4-260-02500-3]

イラストでまなぶ薬理学 (第3版)

田中越郎
B5 頁264 2,600円
[ISBN978-4-260-02502-7]

鼎談

個別性に応えるために必要な

(1面よりつづく)

いと思いました。このように言語化、図式化されているものを看取りの現場に立つ医療者がきちんと押さえることで、「あの人ならわかる」という状況も変わっていくのではないのでしょうか。

個別性の尊重をめざすなら、エビデンスが不可欠だ

森田 こうやって緩和ケア・ターミナルケアのエビデンスの重要性を話していると、時に「患者の死亡前後にどう振る舞うべきかを、データに基づいて決めるなんて……」と指摘を受けることがあります。看取りはこうすべきだという理念のもとに振る舞わなければ、個々の患者に向き合っていくことはできないのではないか、というわけです。新城 エビデンスがあるからこそ、日々の実践の妥当性を測ることができるわけで、エビデンスは“臨床の心棒”とも言えるものです。本来、「エビデンスを重視すること」と、「患者・家族の個別性を尊重した治療・ケアを提供すること」は相反するものではなく、両者一体なのですけれどね。

濱口 特に看護師は「エビデンス」という言葉にどこか冷たい響きを感じてしまっ

て、理念先行になりがちかもしれません。もちろんそれは個性を支えたいと強く思うが故の態度でもあるので、わからないではないのですが……。ただ、個々のケースで倫理的に配慮して治療・ケアを選択する上では、むしろエビデンスが重視されるのだと理解しておく必要があります。倫理的な事例検討の方法として Jonsen らが示した臨床倫理4分割法においても、①医学的適応、②患者の意向、③QOL、④周囲の状況という4項目で検討を進めることを推奨しています⁵⁾。医学的適応はまさにエビデンスに基づいて判断する部分ですがそれをそのまま実行するわけ

でなく、患者・家族の価値観・生活状況などを配慮し、治療・ケアを選択していく。これは積極的な治療の場面でも看取りの場面でも同様で、個別性を尊重するという視点に立っても、やはり科学的根拠が不可欠になってくるのです。森田 濱口さんがおっしゃるように、われわれが個性をきちんと考えるための土台に当たるものが、エビデンスなのだと思いますね。実際に今、どのような知見・データがあるのかによっても、患者・家族へのかかわり方の方向性は異なりますし、本当に個々の患者・家族のためになる治療・ケアも変わってくるものです。

例えば、看取りが近づいてきたときに行う「苦痛緩和のための鎮静（palliative sedation therapy）」に関する現場の考え方も、学術的基盤が整理されていく中で変遷してきました。従来、なんとなく現場で行われていた鎮静が、必

●もりた・たつや氏



1992年京大医学部卒。同年より聖隷三方原病院にて勤務。ホスピス医長、緩和ケアチーム医長を経て2005年緩和支援治療科部長に就任し、14年より同院副院長。06年より京大医学部臨床准教授、12年より同臨床教授を兼務。

07年より複数の厚労科研に携わる。共編著に『死亡直前と看取りのエビデンス』『エビデンスからわかる患者と家族に届く緩和ケア』（いずれも医学書院）、『緩和治療薬の考え方、使い方』（中外医学社）、『3ステップ実践緩和ケア』（青海社）など。

要な医療行為として定義されたのが1990年代です。その後、一時期、鎮静が安楽死と区別できない「ゆっくりとした安楽死（slow euthanasia）」であるという論調もあり、当時は多くの専門家が「鎮静すると生命予後が短縮する」という前提のもとに、鎮静という医療行為を用いるべきか否かを現場で考えていました。しかし、鎮静を受けた患者、受けなかった患者に対し、ある測定時点からの生命予後を比較する観察研究が世界各国で重ねられ、「生命予後を短縮することはない」と明らかに⁶⁾。これは日本で行った観察研究でも同様の結果が得られており⁷⁾、今の現場では鎮静は生命予後に有意な影響を与えないという考えが「前提」となっているわけです。

このように変遷を見ると流動的な側面も感じる一方で、現状のエビデンスを整理して理解しておかねば、患者・家族のためになる治療・ケアを考え、実践していくことも難しくなることがわかんと思います。やはり、われわれはエビデンスを大切にしてい

治療効果のレベルを認識し、手を尽くすことが「臨床の知」

森田 もちろん、「エビデンスに準ずるだけでは不十分」というのは先ほどからのお話からもわかんとおりで、現場ではあらゆる要因を踏まえて、治療・ケアを検討していく必要があります。

例えば、「死前喘鳴（気道分泌亢進：increased bronchial secretions）」への対応を挙げましょう。死亡が近くなると意識が低下すると、唾液を嚥下できなくなることで、呼吸に合わせて唾液が気道内を前後して「ゴロゴロ」という音が生じます。この喘鳴の治療に用いられるのが、唾液分泌を抑制する抗コリン薬の舌下または皮下投与です。その効果を検証すると、ハイスコ[®]でもブスコパン[®]でも効果は同等だが、自然経過を上回る効果があるのかはわかっていない⁸⁾、またアトロピン舌下投与は自然経過を上回る効果がなさそう⁹⁾、とわかっています。

つまり、いずれも自然経過による改善であることを否定でき

●しんじょう・たくや氏



1996年名市大医学部卒。JCHO神戸中央病院緩和ケア病棟（ホスピス）で10年間勤務した後、2012年に緩和ケア専門の在宅診療クリニック「しんじょう医院」を開業。日本緩和医療学会理事、同学会誌編集長を務める。共

編著に『エビデンスで解決！ 緩和医療ケースファイル』（南江堂）、『3ステップ実践緩和ケア』（青海社）、単著に『患者から「早く死なせてほしい」と言われたらどうしますか？——本当に聞きたかった緩和ケアの講義』（金原出版）など。

はプラセボ以上の効果はないかもしれないという状況なわけです。エビデンスに偏重すれば、「効果がわかっていないことを行う必要はない」と考えてしまいそうな場面と言えるでしょう。「上記の効果しか見込めない状況下で、どう対応すべきか」という質問を受ける機会は多いのですが、新城先生ならどのように考えますか？

新城 まず自然の経過として起こる症状であり、意識レベルが低下した死亡直前期では呼吸困難感はないと考えられるという説明は行います。しかし、それだけで済ますのが必ずしも正解ではなく、リスクとベネフィットを開示し、家族と相談しながら薬剤を使用することもありますね。

このような対応を行う背景には、国内で患者の死前喘鳴を体験した家族の調査があります¹⁰⁾。当時の気持ちや認識について、約65%の家族は「とてもつらかった」と答えている。そばで付き添う家族は「患者は苦しんでいるのではないか」と心配で、つらい気持ちになっている状況があるのです。濱口 そうした場面で「薬剤の効果もないのだから見守っていればよい」と説明しても、家族へのケアにならないということですね。

新城 ええ。それで「何もできないことがない」というのは、家族に無力感を募らせるだけでしょ

う。ですから希望があれば、「プラセボ効果しかないかもしれないけど……」「使用者の半分程度の方に効くようだから……」と説明し、薬剤使用も選択肢として提示するのです。このように、治療・ケアのバリエーションを豊かにし、それぞれがどのぐらいの治療効果が見込めるものなのかを把握しておくことが専門家の役割でしょう。

森田 私も新城先生の実践と同様の姿勢を取り

ます。エビデンスでは「それをやっても効果がない」と出るけれど、それを目の前の患者・家族にどう適用するかは別問題であるということですよ

ね。これは終末期の輸液にも同じことが言えると思います。家族の自責感というものがあり、家族が「自分たちがもっと早く気付けば手遅れにならなかったのではないか」と思っ

●はまぐち・けいこ氏



1983年千葉大看護学部卒業後、国立がんセンター看護師、聖路加看護大助手を経て、聖路加看護大大学院修士課程修了。その後、東札幌病院に勤務し、96年にがん看護専門看護師となる。静岡県庁でがんセンター設立準備を

経て、静岡県立静岡がんセンター副看護部長を務め、2004年より現職。共編著に『がん看護ビジュアルナースィング』（学研メディカル秀潤社）、『がん化学療法ケアガイド』（中山書店）、『がん患者の看取りのケア』（日本看護協会出版会）など。

してあげられること」として輸液に期待を持つという現象はよく経験されることです。そのときにエビデンスに基づいて輸液のメリット・デメリットだけを話すことはケアにはなりません。こうした場面では家族をエビデンスで“説得”することのないように注意することが必要で、私もご家族の気持ちのケアという点から終末期に輸液を行うという選択をすることもあります。

治療効果のレベルを医師や看護師が認識し、副作用なども含めてしっかりとみるのであれば、家族の思いを酌んで薬剤の使用や輸液などの対応をする。それこそが「臨床の知」ではないかと思うんです。

心をすり減らすことを「防ぐ」という視点での活用

濱口 先ほど、新城先生がどの程度の人に効果が見込めるかなど、治療効果についても言及されるというお話をされました。そうしたデータを理解しておくのは、患者・家族のためだけでなく、医療者の心をいたずらにすり減らすことをなくすという点でも意味があるのではないかと考えています。

何らかの治療やケアによって患者に良い効果が見られなかった場合、「自分のケアが悪かったから」「自分に落ち度があったのではないか」と責める看護師も実際にいるのですね。でも、あらかじめどの程度の人に、どれぐらいの効果が見込めるのかを理解していれば、過剰な期待感を持つことなく、仮に効果が得られなかった場合でも、それを自然なものとして冷静に受け入れられるかもしれません。

森田 なるほど。確かに責任感の強い医療者は自分を責めてしまうこともありますから

ね。新城 私もホスピスで働いていた2000年頃、科学的なデータが十分になかったことで自信を失いかけたことがありますよ。痛みを訴える患者さんの痛みを緩和すれば、次はせん妄や不眠が起こって悩まされる。それで行き詰まっ

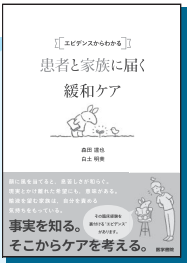
エビデンスがわかれば、緩和ケアに自信がもてる！

エビデンスからわかる

患者と家族に届く緩和ケア

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。終末期の患者さんの、つじつまの合わない言葉に付き合う。現実とかけ離れた希望も、否定せず大切に

森田達也
聖隷三方原病院・緩和支援治療科
白土明美
聖隷三方原病院・緩和ケアチーム

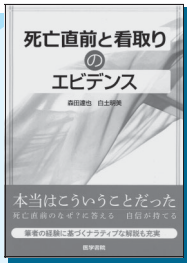


医療職が知っておきたい、人の臨終にかかわる最新のエビデンス

死亡直前と看取りのエビデンス

患者が亡くなる直前の医学的問題や看取りに関するエビデンスを解説した本書は、①死亡までの過程と病態、②死亡直前に生じる苦痛の緩和、③望ましい看取り方、のそれぞれについて、医療職者が知っておくべき最新のエビデンスをまとめている。著者の経験に基づくナラティブな解説も豊富に記載されており、医師や看護師のみならず、人の臨終に関わる多くの読者の助けとなる書である。

森田達也
聖隷三方原病院副院長・緩和支援治療科
白土明美
聖隷三方原病院・緩和ケアチーム



死亡直前と看取りのエビデンス 鼎談

が出てくる中で、これなら自分たちの病棟の実践を検証できると気付いた。それを基に改善をめざせばいいのだとわかって、切り替えることができたという経験があります。

森田 すでに示されている効果を正しく認識するための「外的な基準」としてエビデンスを用いれば、過度な期待や自責の念を抱くのを防ぎ、医療者の疲弊を防ぐことにつながっていく、ということですね。

特に日々当たり前に行っていることだと、その効果と意義がきちんと認識されていないケースもあり得そうです。例えば、バイタルサインもそうかもしれません。多くの医療機関で、死亡前も定期的にバイタルサインをチェックし

ていると思いますが、ルーチンのバイタルサイン測定は、「死亡予測の判断基準としては役立たない」という報告がすでになされています¹¹⁾。仮に医療者がその知見を知らず、単に「少しずつバイタルサインのレートが上がって、急に落ち始めると死が近い」という認識でいるとしたら、ある日、「私が見逃したせいで患者の死亡に気付けなかった」と、傷つく日が来るかもしれません。**濱口** そういう知識は一人で身につけるだけでなく、病棟全体、スタッフ全員で共有できる仕組みが必要です。いちスタッフとして現場で仕事を続ける、管理職としてスタッフを支えるという意味でも、エビデンスというものの活用法があるのだと思います。

家族の視点から、看取りのケアを見直す

森田 「命が助かった」「退院後に合併症がなかった」などのはっきりと結果の見える指標がなく、ケアの相手が亡くなってしまうということもあり、緩和ケア領域で質を評価するのは難しいものです。その点、家族側からの視点で質評価の上で大事な指標と考えられています。

実際に、大規模な遺族調査によって「家族からみた望ましい看取りのケア」を明らかにした研究があります¹²⁾。これをまとめたのが新城先生で、国内のホスピス・緩和ケア病棟で亡くなった患者家族を対象に、患者が亡くなる前後の家族の体験や看取りの時期のケアについて質問紙調査を行なっています。国際的にも「看取り方」に関する唯一といってよい実証研究でしょう。**新城** 家族の体験の中から、つらく感じたことや改善の必要性のある医療者の行為を分析したのですが、すぐに現場で取り組める改善点がわかったのは収穫だったと思います。医療者の気が付いていないところで家族が心を痛めていることを示せたので、「慣習的な行為」として見逃されていたものも、改善の余地があると呼び掛けることができました。

例えば、死亡宣告もその一つです。慣例的に心電図モニターで波形が平坦になった瞬間に行われることもありま

す。これを受け、私自身、臨終の場に立ち会いたい家族がそろってから、患者の死亡確認を行うように配慮していますね。

森田 私は、患者の苦痛を気に掛けることの大切さがこの研究であらためて実証され、共有された点が一番良かったです。息を引き取る直前、下顎呼吸や喘鳴、半開眼、呻吟が自然な経過として起こり得ますが、遺族はそれを知らず、臨終後に「最期、苦しそうでしたね」とお話しされることは少なくありません。そこで医療者が自然経過である旨を説明し、「患者さんは苦しくないと思いますよ」と一言付け加えることも、家族のケアになるのだと再確認できました。こうした一つひとつの事実をスタッフ間で共有することで、ターミナルケアの質は確実に上がっていくだろうと思います。

濱口 この研究では、亡くなる患者への接し方を遺族に教えたり、一緒に考えたりすることが大切であることも明らかになっています。この点は看取りの場面に同席することの多い看護師ならば経験的に大事だと思っている方も多いため、かかわる意義が言語化されたことを心強く思うはずです。

例えば、主に看護師が行うエンゼルケアにも生かせそうですね。可能な限り家族にも参加を促すことで、満足感のある看取りになるのであれば、現場の看護師もやりがいを持って取り組め

新城 実は、エンゼルケアって世界的に見ると特異的なケアで、海外にはない日本オリジナルの文化なんです¹³⁾。死に至るまでに見られる徴候といったバイオリジカルな知見は国際的な研究からも十分に学べる。一方で、看取りには文化的な面もあるので、看取りのケアを充実させるためには、こうした国内研究にも目を向けることが重要だと思います。

＊

森田 私たちは、2015年と2016年に国内のがん患者2000人以上を対象に、終末期の予後予測指標を検証するコホート研究「Proval 試験」の結果を報告しました¹⁴⁻¹⁶⁾。これを受け、さらに2017年に日本・韓国・台湾で2000人規模のコホート研究を実施できるように計画中です。これらを通し、「死亡前後の人間に何が起きるのか」は、より明確となり、細かな予測も可能になるだろうと期待しています。

ただ、こうした知見が増えるからといって、そのままよいケアが可能になるわけでもない。そう思うと、患者の死を前に家族も、医療者も悩みは尽きず、その都度、何が適切な治療・ケアであるのかを真摯に考え続けていくことに変わりはないのでしょうか。

濱口 でも、自分の知識がないから迷っているのか、知識を持った上で迷うのかでは大きな違いがあります。死という一大事において、知識がないことによって、結果的に患者・家族へのケアの質が下がってしまうという事態は避ける努力をしたいですね。

新城 そのためには今あるエビデンスによる知識も、10年後には新たなエビデンスによって塗り替えられている可能性があることを念頭に置いておく必要があります。結局は、標準的なケアと治療の在り方を身につけた上で、新たな情報を追い、自分たちの実践をより洗練させることに意識的になる姿勢が医療者に求められるのだと思います。

森田 ありがとうございます。（了）

●参考文献

- 1) Morita T, et al. A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. Am J Hosp Palliat Care. 1998; 15 (4) : 217-22. [PMID : 9729972]
- 2) Hui D, et al. Clinical signs of impending death in cancer patients. Oncologist. 2014 ;

- 19 (6) : 681-7. [PMID : 24760709]
- 3) Hui D, et al. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. 2015 ; 121 (6) : 960-7. [PMID : 25676895]
- 4) Hui D, et al. A diagnostic model for impending death in cancer patients: Preliminary report. Cancer. 2015 ; 121 (21) : 3914-21. [PMID : 26218612]
- 5) Jonsen AR, et al. Clinical Ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 7e. McGraw-Hill : 2010.
- 6) Maltoni M, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. J Clin Oncol. 2012 ; 30 (12) : 1378-83. [PMID : 22412129]
- 7) Morita T, et al. Effects of high dose opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2001 ; 21 (4) : 282-9. [PMID : 11312042]
- 8) Wildiers H, et al. Atropine, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death rattle in terminal care. J Pain Symptom Manage. 2009 ; 38 (1) : 124-33. [PMID : 19361952]
- 9) Heisler M, et al. Randomized double-blind trial of sublingual atropine vs. placebo for the management of death rattle. J Pain Symptom Manage. 2013 ; 45 (1) : 14-22. [PMID : 22795904]
- 10) Shimizu Y, et al. Care strategy for death rattle in terminally ill cancer patients and their family members: recommendations from a cross-sectional nationwide survey of bereaved family members' perceptions. J Pain Symptom Manage. 2014 ; 48 (1) : 2-12. [PMID : 24161372]
- 11) Bruera S, et al. Variations in vital signs in the last days of life in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2014 ; 48 (4) : 510-7. [PMID : 24731412]
- 12) Shinjo T, et al. Care for imminently dying cancer patients: family members' experiences and recommendations. J Clin Oncol. 2010 ; 28 (1) : 142-8. [PMID : 19901113]
- 13) Shinjo T, et al. Care for the bodies of deceased cancer inpatients in Japanese palliative care units. J Palliat Med. 2010 ; 13 (1) : 27-31. [PMID : 19827967]
- 14) Baba M, et al. Survival prediction for advanced cancer patients in the real world: A comparison of the Palliative Prognostic Score, Delirium-Palliative Prognostic Score, Palliative Prognostic Index and modified Prognosis in Palliative Care Study predictor model. Eur J Cancer. 2015 ; 51 (12) : 1618-29. [PMID : 26074396]
- 15) Hamano J, et al. Surprise Questions for Survival Prediction in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter Prospective Cohort Study. Oncologist. 2015 ; 20 (7) : 839-44. [PMID : 26054631]
- 16) Maeda I, et al. Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval) : a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. Lancet Oncol. 2016 ; 17 (1) : 115-22. [PMID : 26610854]

添付文書情報＋オリジナル情報が充実した、
ポケット判医薬品集

Pocket Drugs 2016

監修 福井次矢 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

全治療薬を収録したポケットサイズの医薬品集。添付文書情報に加え、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ薬の「選び方・使い方」、その根拠となる「エビデンス」も掲載。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で製剤写真も掲載。2016年版では見やすくレイアウトを変更。薬効分類・同効薬が一目でわかるだけでなく、さらに薄くポケットに入りやすく改良した。

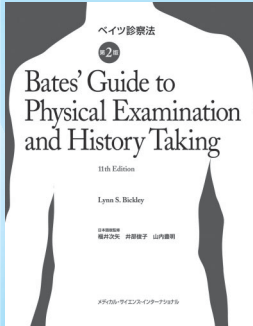


● A6 頁1056 2016年
定価：本体 4,200 円＋税
[ISBN978-4-260-02207-1]

医学書院

基盤をつくる！

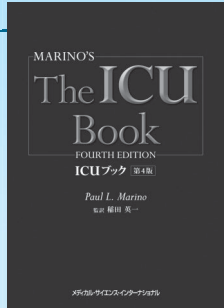
レジデントの“不動のバイブル”



ベイツ診察法 第2版

Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th Edition
日本語版監修
福井次矢・井部俊子・山内豊明
定価：本体 9,000 円＋税

ICUブック 第4版
MARINO'S The ICU Book, 4th Edition
監訳 稲田英一
定価：本体 11,000 円＋税



ワシントンマニュアル 第13版

The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 34th Edition
監訳
高久史磨・和田 攻
定価：本体 8,400 円＋税

ジェネラリストのための“強化書”



INTENSIVIST

1・4・7・10月発行（年4回）
1部定価：本体 4,600 円＋税



Hospitalist

3・6・9・12月発行（年4回）
1部定価：本体 4,600 円＋税

寄稿

グラム染色こそ、抗菌薬適正使用の切り札

谷口 智宏 県立広島病院総合診療科部長

現在、薬剤耐性菌は増加の一途をたどっています。2014年に世界保健機関（WHO）は、「抗菌薬がない時代——ありふれた感染症や小さな外傷が命取りになり得る——が21世紀中に到来し得る」と警告しました。こうした中、「抗菌薬は必要なときのみ使用する」「ウイルス感染に抗菌薬は使用しない」といった声が世界中で挙がっているものの、これらの啓発が功を奏しているとは言いがたい実態があります。

それもそのはずです。そもそも抗菌薬使用の何が適正で、何が不適正なのかはわかりにくいものです。ウイルス感染に抗菌薬が効かないことくらいは医学生でも知っていますが、臨床現場においてウイルス感染と細菌感染を鑑別することは容易ではありません。また、医療者側だけに原因があるわけではないことも問題を複雑にさせています。「風邪は、医療機関で抗生物質を処方してもらえば早く治る」という患者側の誤解がなかなか改まりません。医学的に不要な抗菌薬を、患者側の強い希望によって処方せざるを得ない状況も事実としてあるのです。

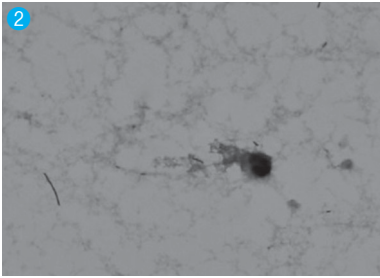
このように薬剤耐性菌の増加にはあらゆる要因が絡むわけですが、まずは医療者にできることを行っていく必要があるでしょう。そこで筆者はこう考えています。グラム染色を臨床医がもっと活用できれば、抗菌薬が適正使用され、狭域スペクトラムが選択されるようになる。広域抗菌薬の使用が減ることは、薬剤耐性菌の出現を遅らせることにつながっていく、と。

沖縄県立中部病院の実践に見た、感染症診療の在り方

筆者は学生時代、バックパックをかついで途上国を旅行したことがきっかけで感染症に興味を持ちました。そして賀来満夫教授（東北大感染制御・検



●写真①：当院の細菌検査室の様子。救急外来に来院した発熱患者のグラム染色を鏡検しながら、総合診療科指導医が研修医に教えている。／写真②：術後の不明熱にて、当科に紹介された患者の尿グラム染色。研修医により多核白血球と小型のグラム陰性桿菌が多数確認され、緑膿菌によるカテーテル関連腎盂腎炎が疑われた。尿培養でも緑膿菌を検出。2日後に紹介元から電話があり、転院前に採取した血液培養から緑膿菌が検出されたことが判明。グラム染色により、適切な抗菌薬治療が初日から開始された。



査診断学分野）から、「臨床感染症を学ぶには沖縄県立中部病院がよい」と勧められ、同院で初期研修・後期研修を受けたという経緯があります。

同院は確かに臨床感染症の教育に力を入れています。患者の生活背景まで考慮した病歴聴取から始まり、全身の身体診察をして鑑別疾患を考え、血液培養は2セット採取し、検体は研修医が自らグラム染色を行い、起因菌を予想して抗菌薬を決定する。研修医はこれらを「当たり前にするべきこと」として教わり、怠った場合には上級医から容赦なく雷を落とされるという恵まれた環境（?）でした。

こうした実践を続けていくと、入院加療が必要な感染症であってもグラム染色で起因菌を絞り込むことで、多くの場合は狭域抗菌薬で事足り、第三世代セフェム系さえ出番は少なく、ニューキノロン系やカルバペネム系はもったいなくて使う機会がほとんどないと気付かされます。薬剤耐性菌が増加している現在、われわれがめざすべきはこのような感染症診療であろうと確信し、この中部病院の実践について論文「Gram-stain-based antimicrobial selection reduces cost and overuse compared with Japanese guidelines」にまとめました¹⁾。

グラム染色に基づく抗菌薬選択で、最適な治療を実現

本論文では、呼吸器、尿路、皮膚軟部組織感染といった市中病院で頻度の高い感染症を取り上げています。グラム染色を活用した実際のデータと、ガイドラインを適応した際のシミュレーション上のデータとを比較し

ています（ここでのガイドラインは、日本感染症学会・日本化学療法学会が発行した『JAID/JSC 感染症治療ガイド2011』を指す）。アンピシリンなどのペニシリン系、第一世代と第二世代セフェム系を狭域スペクトラムとし、ピペラシリン・タゾバクタム、カルバペネム系、第四世代セフェム系、バンコマイシンを広域スペクトラム、それ以外は中間スペクトラムと定義しました。

その結果、グラム染色を行うと第一選択薬が208人中167人で狭域スペクトラムとなったのに対し、ガイドラインに基づく208人中93人で広域スペクトラムが最も多く選択されました（表）。培養結果に基づいた分析により、両者いずれも約90%の高い有効率を示しています。なお、抗菌薬の薬価を見ると、グラム染色に基づく540万円、ガイドラインに基づく1289万円かかる計算です。グラム染色を行い、適切に抗菌薬を選択すれば、医療にかかるコストを抑制できることが示唆されました。

筆者はガイドラインを軽視しているわけではなく、むしろ重要な「道しるべ」であると考えています。ただ、ガイドラインはその性格上、老若男女誰にでも適応できる、いわば80点の治療になりがちです。その点、グラム染色を行うことで、目の前の患者に最適な治療、つまり100点の治療をめざすことが可能になる点で意義があると考えます。

また、ガイドラインによる抗菌薬選択は“診断ありき”となりますが、臨床医を最も悩ますものこそ、その診断の部分であることには注意が必要です。例えば、高齢の発熱患者の多くは症状がうまく訴えられず、誤嚥性肺炎なのか尿路感染症なのか、区別がつかないことも少なくありません。そうしたとき、痰や尿のグラム染色を行うこ

●たにぐち・ともひろ氏



2002年東北大医学部卒。沖縄県立中部病院、沖縄県立八重山病院、国立病院機構大阪医療センターなどを経て、15年より現職（長崎大熱帯医学修士課程修了）。日本感染症学会専門医・指導医。著書に『感染症ケースファイル——ここまで活かせるグラム染色・血液培養』（医学書院）。Facebookコミュニティ「スメアと血培」で、臨床におけるグラム染色を含めたスメアや血液培養に関する知見をまとめている。

とで、起因菌のみならず、局所における白血球の増加も確認できます。グラム染色は、鑑別診断の一助にもなるわけです。

未来の臨床現場を見据え、グラム染色を身につけよう

今後、薬剤耐性菌と格闘しなければならない宿命を背負った世代として、若手医師は皆、グラム染色の方法を習得すべきだと考えています。身につけるためには、既に熟達した上級医から学ぶことが一番です。

とはいえ、そのような指導のできる指導医も少ないので、細菌検査室の力を借りる必要があるでしょう。ただ、昨今、細菌検査室は不採算部門のために検査そのものを外注しようという流れもあります。これに対し筆者は、適正な感染症診療は、数字には表れないものの、院内に細菌検査室があるからこそ実現できるのだと強調しておきます（写真①）。ベッドサイドに近い場所でグラム染色の結果が得られなければ、狭域抗菌薬での治療を開始することはできません。

グラム染色を重視する感染症医であれば、研修医と診療しながら“広域抗菌薬はもったいない”感覚を教育しているはずです。グラム染色が時として患者のアウトカムに直結するということ（写真②）に気付いてくれば、それが状況を変える力となり、彼らが指導医になったとき、グラム染色をさらに若手へ広めてくれる。そうした積み重ねが世界中で広がれば、子や孫の世代を救うことにつながるはずです。臨床におけるグラム染色のエビデンスを世界に発信できるのは、“もったいない文化”を持ち、自由にグラム染色が行える環境にあるわれわれ日本の臨床医なのです。

●参考 URL

1) Taniguchi T, et al. Gram-stain-based antimicrobial selection reduces cost and overuse compared with Japanese guidelines. BMC Infectious Diseases. 2015 ; 15 : 458. <http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-015-1203-6>

医学書院ホームページ

毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧いただけます

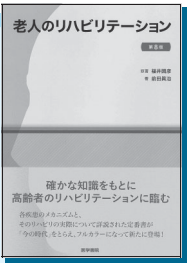
<http://www.igaku-shoin.co.jp>

高齢者に対するリハビリテーションを深く理解するための必携書

老人のリハビリテーション 第8版

高齢者に生じる疾患とその障害のリハビリテーションについて学べる定番書の第8版。今版では、新たにかんや腎臓・肝臓疾患の章が加わり、高齢者にかかわる主要な疾患の解説が網羅された。さらにフルカラー化に伴い、豊富なイラストや図表も一新され、まさに「今の時代をとらえたテキスト」として生まれ変わった。

原著 福井 園彦
鹿島総合リハビリテーション研究所名誉所長
著 前田 眞治
国際医療福祉大学大学院教授・リハビリテーション学分野

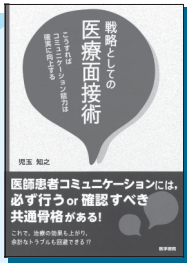


コミュニケーションが大切といわれても当たり前すぎて、ちょっとピンとこない先生方へ

戦略としての医療面接術 こうすればコミュニケーション能力は確実に向上する

コミュニケーションにも、その他の医療行為と同様に、必ず行う、あるいは確認しなければならない共通骨格がある。そして、それさえ修得できれば、医師患者間コミュニケーションはもっとうまくいくはず。本書では医療サービスの基本は、まさに医師患者間の良好なコミュニケーションに立脚するものであることを前提に、その具体的な方法論を、日常臨床で実際に起こりうる身近なケースをあげてわかりやすく解説した。

児玉知之
柏厚生総合病院内科



寄稿

急性期脳梗塞に対する血管内治療の展望

吉村 紳一 兵庫医科大学脳神経外科学講座 主任教授

「ホノルル・ショック」から
「ナッシュビル・ホープ」へ

急性期脳梗塞に対する rt-PA 静注療法が 2005 年に認可されて既に 10 年以上が経過し、年間治療数は 1 万例を超えている。しかしそれでもその治療数は脳梗塞全体の 5% 程度にしか相当しないと言われている。

一方、カテーテルを用いて脳血栓を回収する Merci リトリバーが¹ 2010 年に、血栓を吸引する Penumbra システムが 2011 年にそれぞれ認可され、rt-PA 静注療法の非適応例・無効例に対する救済が可能となっている。しかし 2013 年に米国ホノルルで開催された国際脳卒中学会では IMS III¹⁾ など複数の RCT においてその有効性が証明されず、われわれ治療医は大きなショックを受け、「ホノルル・ショック」と呼んだ。有効性が証明されなかった理由は、当時のデバイスでは血管再開通率が低かったことと、治療までの時間がかかりすぎていたことが考えられた。

その後、短時間に高い血管再開通率が得られるステント型血栓回収機器が導入され（図）、最初にオランダの RCT（MR CLEAN²⁾）がその有効性を示した。その後、2015 年 2 月に米国ナッシュビルで開催された国際脳卒中学会でさらに 3 つの RCT（ESCAPE³⁾、EXTEND-IA⁴⁾、SWIFT PRIME⁵⁾）で有効性が示され、エビデンス確立後の本治療の発展を願って「ナッシュビル・ホープ」と呼んでいる。その後、スペインからもう 1 つ RCT（REVASCAT⁶⁾）が報告され、計 5 つの RCT の結果を受けて米国心臓協会／米国脳卒中協会（AHA/ASA）のガイドライン⁷⁾ が改訂された。そこでは、急性期脳梗塞患者が一定の条件（表）を満たした場合に「本治療を受けるべきである」と推奨されている。

このように本治療は、最初の治療デバイスが導入されてわずか 5 年間のうちに、いったん有効性が否定された後、

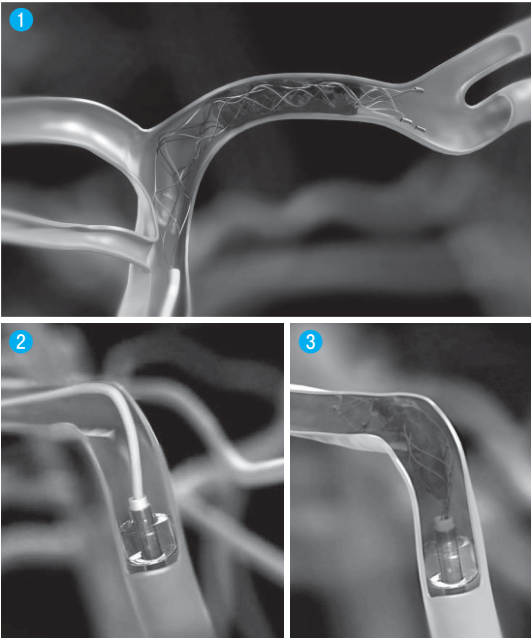
再度肯定されるという激動を経て、「行うべき治療」と評価されるようになったのである。

国内レジストリーでみる
脳梗塞治療の現状

さて、わが国の現状はどのようなものであろうか？ われわれ日本人は頭蓋内出血率が高いため、rt-PA の用量が欧米の 3 分の 2（0.6 mg/kg）に減量されている。また、欧米とは人種も違うため、われわれは 2014 年 10 月に国内でランダム化比較試験（RESCUE-Japan RCT）を開始した。登録開始後すぐに前述のようにナッシュビルでの報告が行われ、わずか 19 例で登録中止となったが、同時に開始した前向き登録試験（RESCUE-Japan Registry 2）は順調に進行しており、2015 年 11 月までに 1000 例を超える症例が登録されている。

その初期解析結果からいくつかの興味深い事実が明らかとなった。まず発症後、病院到着までの時間については、1.5 時間以内が 36%、1.5—3.0 時間が 17% であり、本研究の参加施設では半数以上の症例が rt-PA 静注療法の適応時間内に到着していた。また治療内容は、「rt-PA 静注療法のみ」が 19%、「血管内治療のみ」が 26%、「rt-PA と血管内治療の併用」が 21% となっていた。つまり全体の 67% に再灌流療法が行われるという積極的な姿勢が明らかとなった。

また本研究においては、前述の AHA/ASA ガイドラインの推奨条件を満たす症例（52 例）には、全例で再灌流療法が行われていた（「rt-PA 静注療法」35%、「rt-PA 静注療法＋血管内治療」65%）。しかしこの推奨条件を満たす症例が全体（初期解析時 553 例）の 9.4% しかなかったことには注意が必要である。つまりこの推奨に従うと、全体の 9 割の患者は治療を受けられな



●図 ステント型血栓回収機器を用いた血管内治療
①血栓内でステントを展開。②ガイディングのバルーンを拡張。③吸引しながらステントと血栓を回収する。

いことになってしまうのである。

臨床現場では、これら推奨条件を満たさない患者の治療はどのようなになっていたのであろうか？ 本研究においては脳底動脈閉塞症の 70%、軽症例（NIHSS 4 点未満）の 26%、脳梗塞範囲の広い症例（ASPECTS 5 点未満）の 18%、さらには発症後 12 時間以降も 24% に血管内治療が施行されており、現場では広い適応で血管内治療が行われていることが明らかとなった。今回の初期解析ではその治療成績も保存的治療より良い傾向にあったが、各条件における有効性については慎重な検討とフィードバックが必要と考えられた。

血管内治療を標準治療として
確立するための 2 つの方策

一方、現場には大きな課題がある。血管内治療の実施においては全国的に大きな地域格差が生じているのである。本治療は脳血管内でデバイスを使用することから安全な実施には技術と経験を要するため、『経皮経管的脳血栓回収用機器 適正使用指針 第 2 版』には「日本脳神経血管内治療学会認定脳血管内治療専門医、またはそれに準ずる経験を有する医師」が実施医の条件とされている。このような背景から本治療が常時施行できる施設数はおのずと限られる。ではこれらの施設に症例を集めれば良いかというと、そうはいかない。というのも脳卒中の場合、頭部 CT などを撮影するまでは脳梗塞か脳出血かの判定が難しく、全脳卒中例を少ない施設に集中させるとすぐに

●よしむら・しんいち氏



1989 年岐阜大医学部卒、同大脳神経外科学教室入局。国循環レジデント、米国ハーバード大マサチューセッツ総合病院研究員、スイス・チューリッヒ大脳神経外科臨床研究員など

を経て、2004 年岐阜大大学院准教授。13 年より現職。第 32 回日本脳神経血管内治療学会学術総会（日時：2016 年 11 月 24—26 日、会場：神戸国際展示場）では大会長を務める。Blog「脳卒中をやっつけろ！」（http://blog.goo.ne.jp/stroke_buster）。

ベッドが埋まり、肝心の症例が受け入れられなくなってしまうのである。したがって、脳卒中患者はまず近隣の rt-PA 静注療法可能な施設に搬入せざるを得ない。

ではどうすれば良いか？ 私たちは大きく 2 つの方向性があると考えている。①治療のセンター化、②実施医の増加、である。

①「治療のセンター化」については、当院では、患者が搬入された施設で rt-PA 静注療法を受けた後、当院に転送し血管内治療を行っている。この連携システムは、rt-PA を点滴（Drip）後、搬送する（Ship）ため、「Drip-ship システム」と呼ばれている。当院ではステント型血栓回収機器が導入された 2014 年以降、本システムによる治療を行ってきた。Drip-ship システムでは直接搬入例に比べて転送による時間が加わる点が不利であるため、搬送元施設との連携を充実させ、搬入から治療開始までの時間を短縮することがポイントとなる。当院では画像転送などの導入により時間短縮を図り、直接搬入例と遜色ない転帰が得られている。

一方、②の「実施医の増加」については専門医の少ないエリアに血管内治療専門医を異動させるか、新たに育成するしかない。当院では青森県と熊本県から脳卒中医（内科医）を受け入れ、国内留学の形で脳血管内治療のトレーニングを行っている。この 2 人の医師は、2016 年春に地元に戻る予定であり、その活躍が期待される。

さて最後に本治療の近未来であるが、個人的には、地域連携と実施医の増加によって地域格差が徐々に消失し、治療器具の改良によって治療成績もさらに向上することを期待している。そのためには各方面でさまざまな取り組みが必要である。いつの日か本治療が全国に普及し、重症脳梗塞の予後が大きく改善されることを願ってやまない。

●参考文献・URL

- 1) N Engl J Med. 2013 [PMID: 23390923]
- 2) N Engl J Med. 2015 [PMID: 25517348]
- 3) N Engl J Med. 2015 [PMID: 25671798]
- 4) N Engl J Med. 2015 [PMID: 25671797]
- 5) N Engl J Med. 2015 [PMID: 25882376]
- 6) N Engl J Med. 2015 [PMID: 25882510]
- 7) AHA/ASA 2015（血管内治療に関する部分的アップデート）
http://goo.gl/LRCzlr

●表 米国心臓協会／米国脳卒中協会（AHA/ASA）のガイドラインにおける「血管内治療が推奨される条件」（文献 7 より）

以下の条件を全て満たす患者はステントリトリバーを用いた血管内治療を受けるべきである（Class I；Level of Evidence A）

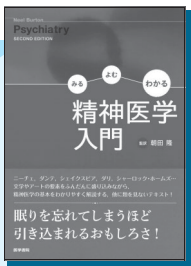
- a. 発作前の modified Rankin Scale が 0—1 点
- b. ガイドラインで推奨されている rt-PA 静注療法を発症後 4.5 時間以内に受けた急性期脳梗塞
- c. 内頸動脈または近位中大脳動脈（M1）閉塞
- d. 年齢が 18 歳以上
- e. NIHSS が 6 点以上
- f. ASPECTS が 6 点以上
- g. 血管内治療（鼠径部の穿刺）が発症後 6 時間以内に可能

まるで小説？ いや芸術？ 類を見ない「読んでも・見ても」楽しい精神医学テキスト

みる よむ わかる
精神医学入門

原書は英国で Richard Asher Prize という優れた医学教科書に与えられる賞を受賞。オールカラーで精神疾患に関連する図や写真を随所に盛り込みながら、精神医学の歴史から個別の疾患の概念や疫学、鑑別疾患などまでを網羅的に解説する。シェークスピアをはじめ著名な作家の言い回しを引用するなど、読み物としての楽しさも追求している。精神医学の入門書として最適。

原著 Neel Burton
監訳 朝田 隆
東京医歯科大学医学部・特任教授

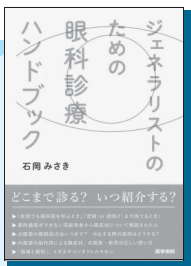


眼科患者にも自信を持って対応できる、頼れる1冊

ジェネラリストのための
眼科診療ハンドブック

救急やプライマリ・ケアの現場で迷いがちな「眼科」のギモンに答えます！「当直でも眼科医を呼ぶとき」「翌朝（or 週明け）まで待てるとき」「眼科通院ができない高齢患者から眼症状について相談されたら」「点眼薬の継続処方はいつまで？ 中止する際の説明は？」「内服薬の副作用による眼症状」「点眼薬・軟膏の正しい使い方」「メガネやコンタクトのキホン」など。手元にあれば安心の1冊。

石岡みさき
みさき眼科クリニック院長



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

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 ● 著

B5・頁208
定価：本体3,500円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02161-6

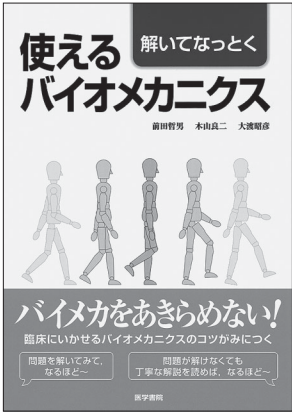
初学者のための、日常生活での身体運動や姿勢・動作の力学的理解を深める学習書が著された。『解いてなっとく 使えるバイオメカニクス』である。

理学療法（PT）学科や作業療法（OT）学科で力学になじんでいない学生を対象に、限られた時間内で、姿勢や動作のメカニズムを理解・納得させるのは想像以上に難しい。しかもそこまで対象をはっきりさせたまとまった教材がなく、本書は貴重な一冊と言える。

本書には大きく二つの狙いが見て取れる。一つは日常生活動作や姿勢のメカニズムを床反力で明らかにする解説書としての役割だ。床反力とは人が立ち、移動するときの床を圧する力を床から反力として逆向きに受けたときの力で、唯一計測できるものである。コンピューターのおかげでその大きさ、方向、圧中心が瞬時にわかるので重力下で行われる動作を理解するには便利な道具となっている。

もう一つの狙いは、動作の観察や分析に必要な生体力学的素養が身につく学習書である。素養を身につける過程では、一つの知識や理解を他の状況でも応用できる認識のレベルにまで高めることが必要となる。本書は目的達成のために、その素養を程よい大きさに分解し、表ページに一つの質問（課題）、

生体力学の入り口に立った
初学者への入門書



裏ページでその解説という体裁を採用している。力学の基本知識や理解を少しずつかつ順序良く学べれば、納得のレベルにまで達するという考えである。

タイトルの「解いてなっとく」の意味はここにある。

このチャレンジは高く評価したい。多くの初学者が救われると思う。また同業者として多くの示唆をいただいた。しかしそれでもまだ人の動作を力学的に理解できるようになるのは大変だとの印象は強い。本書は人形を用いて基本的理解を求めている。複雑なものを簡単なもので置き換えて説明するのは常套手段だ。しかし人形は動かない。静力学で扱われる。人は動くことが宿命付けられた身体を持つ。人は転倒しやすく、それだけ動きやすい。安定と不安定の繰り返しで身体を移動させる。これは動力学の分野であるが、明らかなことは静力学の基礎がないと動力学はうまく扱えない。その意味で静力学の要素が強い本書はまさに生体力学の入り口に立った初学者の入門書と言える。

しかし、本書を読み終わって心配事がないわけではない。人形から学んだ基本法則だけでは人の動作を誤って解釈する危険性が高いからである。学生は納得するのに自分の身体を使って人形をまねる。そのときその動きあるい

DSM-5®診断トレーニングブック

診断基準を使いこなすための演習問題500

Philip R. Muskin ● 原書編集
高橋 三郎 ● 監訳
染矢 俊幸, 北村 秀明, 渡部 雄一郎 ● 訳

A5・頁400
定価：本体4,800円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02130-2

評者 松崎 朝樹
筑波大診療講師・精神医学

「DSM-5®の問題集」のひと言で言い表せるこの一冊。大学のころに受けた試験や医師の国家試験のような選択式の質問が多数詰め込まれ、その内容は全て DSM-5® についてのものだ。この本を最初に手にしたときの印象は、診断基準の細かな点を扱った無機質なつまらぬ本ではないかというものであった。しかし、ページをめくり、問題を解き、解説を読み始めると、その印象はすぐに覆された。この本には、他の医学書とは違った特別な価値が見いだせる。

臨床的に DSM-5® を用いる上で、目の前の精神障害が典型的なものであれば診断に困ることはない。しかし、典型的ではない症例を目の前にしたとき、DSM-5® では何と診断したものか困ることがある。また、DSM-5® を用いて操作的に、すなわちアルゴリズムに従って診断されるはずのものが、細かな基準について曖昧な理解のまま、大まかな疾患のイメージであってしまっているのを見かけることは少なくない。この本の問題を解く中、その曖昧な点を鋭く突いた良問に時折ドキリとさせられる。

この本が活用される場として、さまざまな場が想定される。研究には医師や心理職など多職種がかかわるが、DSM-5® の操作的診断を使いこなすためには、十分な理解が必要とされる。臨床だけに没頭してきた医師は、実際には DSM-5® の細かな基準を把握せ

は姿勢は人と同じではないことに気が付いてくれるとありがたい。それに気が付かないときは他者からのコメント等、人形から人への橋渡しをしてくれる何かが必要である。

ずにいることもあり、心理職の中には医師に比べて経験してきた症例数が少ない者も少なくない。質の高い研究のために、参加する者の DSM-5® につ

いての理解を確認するのにも有用であろう。また、精神科の各専門医をめざす際に、自分の実力を試す問題集として、さらに強化する参考書として用いるのも手であろう。もちろん、DSM-5® の基準を正確に理解して臨床の場に生かすのにも役立つ。そして、それ以上に私自身が意義深いと考えるのは、精神医学そのものの理解を深めるツールとしての役割だ。DSM-5® に書かれ

ているのは診断基準ばかりではなく、おのおのの障害の理解を深める情報が豊富に盛り込まれており、この本も精神障害それぞれについて理解を深めるたくさんの問題が掲載されている。問題を解き、解説を読む過程で、さまざまな疾患の経過や予後、頻度など、障害について多くを学べることだろう。一つひとつの問題は短く、ちょっとした隙間の時間を用いて学びが得られる点もまた良い。

当初に抱いた印象とは大きく異なり、実際に本を開いて問題を解き始めると、障害に対する理解が深まる血の通った内容であり、多くの気付きと知識を与えられた。DSM-5® について、そして、精神医学そのものについて、私たちが何を見落としているのか、そしてその答えが何かを教えてくれる良い一冊である。

本書は自学のための学習書として有用ではあるが、教師の説明と共に使われる教材としてのほうが力を発揮するように思う。

2016年2月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

公衆衛生 3月号 Vol.80 No.3 1部定価：本体2,400円＋税	心疾患最前線	臨床外科 2月号 Vol.71 No.2 1部定価：本体2,700円＋税	イラストでみる 大腸癌腹腔鏡手術のポイント
medicina 2月号 Vol.53 No.2 1部定価：本体2,500円＋税	脳卒中はこう診る 新ガイドラインで何が変わったか	臨床整形外科 2月号 Vol.51 No.2 1部定価：本体2,600円＋税	MISの功罪
総合診療 (旧 JIM) 2月号 Vol.26 No.2 1部定価：本体2,300円＋税	フィジカル改革宣言! 診断からフォローアップまで	臨床眼科 2月号 Vol.70 No.2 1部定価：本体2,800円＋税	緑内障治療の 副作用・合併症対策総ざらい
Cancer Board Square 2月号 Vol.2 No.1 1部定価：本体3,400円＋税	早期緩和ケアの正体／ View-point がん診療「乳がん」	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 2月号 Vol.88 No.2 1部定価：本体2,700円＋税	①走り出した舌下免疫療法—現況と展望／ ②がん免疫療法のブレイクスルー— 免疫チェックポイント阻害薬
糖尿病診療マスター 2月号 Vol.14 No.2 1部定価：本体2,700円＋税	元気の出る糖尿病チーム医療 —Building and Coordination	臨床泌尿器科 2月号 Vol.70 No.2 1部定価：本体2,800円＋税	ここが知りたい! 筋層非浸潤性膀胱癌— エキスパートが答える日常診療の疑問点
呼吸と循環 3月号 Vol.64 No.3 1部定価：本体2,700円＋税	症状別・疾患別にみた 注意を要する心電図所見	総合リハビリテーション 2月号 Vol.44 No.2 1部定価：本体2,300円＋税	脳性麻痺の歩行機能改善を めざした治療
胃と腸 2月号 Vol.51 No.2 1部定価：本体3,200円＋税	まれな食道疾患の鑑別診断	理学療法ジャーナル 2月号 Vol.50 No.2 1部定価：本体1,800円＋税	最新の糖尿病治療と運動療法
BRAIN and NERVE 2月号 Vol.68 No.2 1部定価：本体2,700円＋税	筋疾患の認知機能障害	臨床検査 3月号 Vol.60 No.3 1部定価：本体2,200円＋税	日常検査からみえる病態—心電図検査編／ smartに実践する検体採取
精神医学 2月号 Vol.58 No.2 1部定価：本体2,700円＋税	妊娠・出産・育児と メンタルヘルスケア	病院 2月号 Vol.75 No.2 1部定価：本体3,000円＋税	進化するDPC

市中感染症診療の考え方と進め方 第2集

IDATEN感染症セミナー実況中継

IDATEN セミナーテキスト編集委員会 ● 編

B5・頁364
定価：本体5,500円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02056-5

大野博司先生（洛和会音羽病院感染症科）は、研修医時代には筆者が指導医として実際に接した勤勉なる先生である。2年次の2002年に抗菌薬の適正使用をめぐし、自ら講師になり感染症の院内勉強会を自分で計画立案した。さらには院外でも夏と冬にその勉強会を自主開催し、それが後にIDATEN感染症セミナーとなり、現在も続いている。彼はその準備のために深夜まで資料作りに励んでいたことを間近で見ていたが、その企画力とバイタリティーには深く感銘を受けた（研修医ですよ！）。筆者はこの感染症の勉強会資料を「贈り物」として受け取っていたが、その内容はさらに発展し2006年、医学書院より『感染症入門レクチャーノート』として上梓された。

その彼の発案でIDATEN感染症セミナーを2007年1月に飯塚病院で行いたい旨の連絡があった。二つ返事で承し、筆者は幹事として全国80人の医師と学生さんのお世話をさせていただき、今でもIDATENの活動を陰ながら見続けている。その当時の参加者リストは今でも持っているが、現在色々な分野で活躍をされているのに気付き、この活動がもたらした効果を今さらながらに驚いている。

この飯塚病院開催のスライドも手元にあるが、IDATENが伝えてきた教育のコンテンツのレベルは、2005年メイヨークリニック感染症科に留学時のモーニングレクチャーとさほど遜色がないことに気付いていた。この教育内

コンパクトにまとめられた
臨床感染症の優れた入門書

● 評者 清田 雅智
飯塚病院総合診療科診療部長

容を活字化した前書が2009年に上梓され、筆者は当然のように購読したが、セミナーを受講できない人に対する重要なテキストになっているという感想を持っていた。そして今回、6年の歳月を経てその第2集が刊行された。大野博司先生が勇退し、彼の飯塚病院の後輩でもある山本舜悟先生と、IDATENのメーリングリストで素晴らしい発言をされていた上山伸也先生がその事業を引き継いだことに時代の推移を感じ取った。

前書に比べて、本書はさらに臨床的な広さと奥行きを増した本となっている。以前は感染症の基礎知識である微生物や抗菌薬の記載もあったが、省かれている（つまりはそれを伝える類書が十分にある）。新たに、小児の感染症、ワクチン、「風邪」、リンパ節腫脹、HIV診療、渡航医学の領域の執筆内容が加わり、時代の要請に沿った内容の変更が行われていることがわかる。それでも前書より100ページ以上増えている。

本書は臨床感染症の優れた入門書という位置付けが確定したと思う。感染症を極めようとする、4000ページ近くに及ぶ膨大な“Mandell”（Saunders）のような成書をひもとく羽目になるが、300ページ程度でコンパクトにまとめられた本書は最初を読むべき本であろう。初学者にも、後期研修医にも対応できている内容であることが、筆者の目からは確認できた。

今日の小児治療指針 第16版

水口 雅、市橋 光、崎山 弘 ● 総編集

A5・頁1032
定価：本体16,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02084-8

小児科診療の第一線では、重症度・種類が多様な小児疾患に対応しなければならない。本書は小児科医が遭遇する疾患ごとに、その領

域の第一線のエキス
子どもの診療にかかわる全ての
医師に勧めるマストハブの書

法を具体的かつ実践的に、重要疾患の「治療のポイント」「専門医へのコンサルト」「患児・家族説明のポイント」「看護・コメディカルへの指導」などの情報を盛り込みながら解説してある。また、救急医療の項では、症候別・疾患別に鑑別法とともに治療法が記載してある。

検査や疼痛緩和のための鎮静法、治療手技や小児診療に必要な知識も漏れなく盛り込まれている。腎・泌尿器疾患、生殖器疾患、精神疾患、心身医学

● 評者 原 寿郎
福岡市立こども病院院長／九大名誉教授

的問題、思春期医療、骨・関節疾患、皮膚疾患、眼疾患、耳鼻咽喉・気管の疾患、小児歯科・口腔外科疾患など、特に他診療科と協力が
必要疾患では、必要
に応じ「専門医への
コンサルト」という項目
で明確に解説してある。そして付録や資料では小児薬剤投与法の原則、脳死判定と脳死下臓器提供、標準値、予防接種スケジュールなど小児科診療に必要な情報が添付されている。

本書は1970年の初版から現在の第16版まで長い歴史を有し数年ごとに改訂されているが、今回も編集者の新しい企画が生かされた意欲的な書となっている。

編集には専門知識が豊富な大学教授

今日の理学療法指針

内山 靖 ● 総編集
網本 和、臼田 滋、高橋 哲也、淵岡 聡、間瀬 教史 ● 編

A5・頁562
定価：本体5,400円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02127-2

● 評者 鶴見 隆正
湘南医療大リハビリテーション学科長

深みのある藍色の『今日の理学療法指針』を手にしたとき、「とうとうここまで理学療法士界は来たのだ」という感慨を覚えた。なぜなら、1966年に全国で
大きな節目の時期に
提示された最新のアプローチ

した理学療法士界が、50年という大きな節目を迎えたこの時期に、医学書院の名書シリーズである『今日の治療指針』に、内山靖氏総編集による本書が加わり、これまでの理学療法士界の臨床・教育・研究活動の「来し方」が凝縮され、さらなる理学療法の発展すべき指針が込められているからである。振り返れば草創期の理学療法士教育は3年制の専門学校で始まったが、現在では98大学、56大学院での教育へと進化し、理学療法士国家試験合格者の累計数は約13万人となり、その活動領域は医療から行政、産業保健などに広がっている。また日本理学療法士協会は神経理学療法や運動器理学療法などの7分野の認定・専門理学療法士制度を設けるとともに、日本小児理学療法学会や日本基礎理学療法学会などの12分科学会などの臨床研究体制が整っている。

一方、この間の医療情勢は激変し、入院医療の機能分化と医療連携が強化され、施設医療から地域医療へシフトしている。同時に診療ガイドラインや診療の標準化、電子カルテなどのIT化が図られ、質の高い医療体制と地域包括的ケア体制の整備をめざしており、これらに対応した効果的な理学療法が求められている。このような中、病態・障害、評価、治療/介入、リスク管理、経過・予後など一連の理学療法過程を臨床判断の視点で解説し、統一のフローチャートで可視化した『今日の理学療法指針』の刊行は、まさに時宜を得ており意義深い。

米国理学療法士協会では、「理学療法における臨床判断」と題した研修会を1980年10月に開催し、臨床への導

と第一線での臨床経験が豊富な開業医が参加し、幅広い視野で行われている点も特徴である。

今版から小児医療の新しい問題「小児在宅医療」の章が新設され、訪問診療、在宅医療の要点が記載されている点は注目に値する。今後ますます必要性が増す医療分野で一層実用性が高い情報源となっていくと思われる。

各種疾患の治療法については広汎な情報が簡潔に集約されている。この情報の包括性は、初期・後期研修医、実地医家、救急診療に従事する一般小児科医はもちろん、種々の小児科専門分野の診療に従事するサブスペシャリス

トにも有用である。またプライマリ・ケア医、他科専門医が小児患者に接する場合でも大いに力を発揮するだろう。小児科学の膨大な知識を全て吸収し正確に記憶することは不可能に近い。それが多忙な小児科医にとって臨床の現場で知識を確認できるよう、コンパクトな一冊にまとめられている。治療に使用する薬剤は実地臨床に役立つよう商品名も記載されている。まさに日々の臨床時に手元に置いて参考にすべきマストハブの書であると推薦する。

入啓発に努めてきたが、広く汎用されるまでには至っていない。その背景には理学療法に関するエビデンスの蓄積不足と理学療法の個別性重視などが根底にあったが、現在では臨床推論の考えと臨床判断を踏まえた理学療法をいかに適応させるかが問われている。その点、本書は、日々の理学療法業務で担当することの多い運動器系疾患、中枢神経系疾患、呼吸循環器系疾患、代謝系疾患などの他に、重症心身障害児や精神疾患、周産期を含むウイメンズ・ヘルス、産業理学療法における健康増進や訪問理学療法などの全16章208項目を取り上げて、病態・障害を細分化し、病期や重症度に対応した臨床判断を基に、最新の標準的アプローチを全てに提示している。これは本書の最大の特徴である。

臨床現場の理学療法士は、限られた分刻みの単位内に、impairmentのみでなく患者・家族の社会参加や活動までを視野に入れた個別性のある理学療法の立案・実施に腐心しているのが現状である。それだけに今回、分担執筆された各専門領域のエキスパート総勢111人の長年の経験則を基盤に、最新のエビデンスを軸にしたサイエンスとアートの融合した臨床力の提示は心強い。各項目には、臨床判断する上でキーワードとなる文献提示と臨床のコツを織り交ぜており、読者にとって参考になるが、今後、改版される際には臨床判断のクリティカルな情報をさらに増して、臨場感に富む理学療法を思考する書となることを願っている。

『今日の理学療法指針』は、医療最前線から介護老人保健施設や通所リハビリテーションなどで日々、臨床判断を重ねる理学療法士にとって必携必読の書として、また臨床実習に取り組む学生にとっても理学療法過程を理解する上で参考になる良書としてお薦めする。

@igakukaishinbun

グラント解剖学図譜 第7版

長く医学生に愛用されてきた解剖学アトラスの最新版。解剖標本に忠実に描かれた定評のあるイラストは、解剖実習や臨床で役立つ絶妙のアングルで描かれ、多くの医学生・医師の助けとなってきた。さらにCTやMRIなどの画像写真、断面写真も充実し、知識の整理に役立つ表や理解を助ける模式図も豊富。名著の伝統と現代的な使いやすさが見事に調和した味わい深い図譜。手に取れば、愛され続けてきたその理由がわかるだろう。

原著 Anne M.R. Agur
Arthur F. Dalley
監訳 坂井建雄
順天堂大学大学院医学研究科 教授
訳 小林 靖
防衛医科大学校 教授
小林直人
愛知大学医学部総合医学教育センター センター長・教
市村浩一郎
順天堂大学大学院医学研究科 准教授
西井清雅
防衛医科大学校 准教授



A4変型 頁920 2016年 定価：本体15,000円＋税 [ISBN978-4-260-02086-2]

医学書院

EBMをしっかりと理解し、使いこなすべく、いざ論文の海へ！

新刊

医師として知らなければ恥ずかしい
50の臨床研究

50 Studies Every Doctor Should Know - The Key Studies that Form the Foundation of Evidence Based Medicine, Revised Edition

▶ 医師が最低限押さえておくべき50の臨床研究をコンパクトにまとめた、エビデンスの理解を助ける水先案内本。予防医学、内科、外科、産科、小児科、放射線科、神経内科・精神科、医療制度・社会制度に基づいた治療の8分野の研究を掲載。各研究に対する批判と制限事項、関連研究と有用情報、臨床症例サンプル、巻末にはQ&Aも収載し、知識のみならず一段高い思考力が身につく。新展開があった研究には訳者の補足コメントを追加。

訳：谷口 俊文 千葉大学医学部附属病院

医師として
知らなければ
恥ずかしい
50の臨床研究

医師として
知らなければ
恥ずかしい
50の臨床研究

定価：本体3,500円＋税
A5 頁304 図50 2015年
ISBN978-4-89592-833-5

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

セット購入で 2冊がつながる!



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

圧倒的な量の情報を、書籍・電子の両方で提供

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2016

私はこう治療している

監修 山口 徹／北原光夫 総編集 福井次矢／高木 誠／小室一成

2016年版の特長

- 「同種薬の特徴と使い分け」を新設。降圧薬や糖尿病治療薬等、多くの同種薬につき、最適な薬剤の選択に有用。
- 電子版限定コンテンツとして、新たに「エビデンス」を追加。

本書の特長

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に
- 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

●デスク判(B5) 頁2192 2016年 定価：本体19,000円＋税 [ISBN978-4-260-02392-4]
●ポケット判(B6) 頁2192 2016年 定価：本体15,000円＋税 [ISBN978-4-260-02393-1]

治療薬マニュアル 2016

監修 高久史磨／矢崎義雄 編集 北原光夫／上野文昭／越前宏俊

ハンディサイズで「使用上の注意」をカバーした唯一の治療薬年鑑

- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2015年に収載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を収載。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 医薬品リファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

新薬・最新薬価情報は chimani.jp 特設サイトで随時提供!

●B6 頁2752 2016年 定価：本体5,000円＋税 [ISBN978-4-260-02407-5]

☑ 両書籍とも購入特典・電子版付

☑ セット購入により、電子版で2冊がリンク

「今日の治療指針」に掲載された薬剤の詳細情報を、「治療薬マニュアル」電子版で瞬時に参照できます。

※ 電子版は、本書を購入された方が無料で利用できるサービスです。電子版単体のお申し込み・ご購入はできません。

※ 閲覧期限は2017年1月末までとなります。

※ 2016年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2015年版のものです。2016年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2016年4月の予定です。



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