

座談会 がん患者の安心を紡ぐ二人主治医制

(1面よりつづく)

間はどのくらいですか。例えば15分くらいでしょうか。

西 そうですね。それに比してがん診療で対応すべき分野は抗がん剤治療の他、疼痛や呼吸症状の緩和、サバイバースhipとしての人生の送り方、お金の問題など広範にわたります。

川越 到底一人の医師で対応できる問題ではないわけですね。

西 はい。終末期に向かう療養の流れの中で、患者さんと話す医師や他職種がもう一人いるだけで、負担は大きく減ると思いますし、腫瘍内科医も抗がん剤治療に専念できます。

廣橋 もう一人医師がいて、分担しつつサポートし合えると本当に心強いですよね。

川越 医師から見た二人主治医制のメリットが明らかになってきました。逆に、患者さんから見たメリットはどこにあると考えますか。

廣橋 一番は、患者さんが治療医に「見捨てられた」と思わずに済むことです。治療の終了と同時に治療医との関係が途切れ、それから次の医師を探すとなるとどうしても「見捨てられた」と感じてしまいます。病院を転々としてきた患者さんの中には、「見捨てられて来ました」と話す方が少なくありません。それに対し二人主治医制で診てもらっていた患者さんは、治療に区切りをつける際も、次の主治医がいる安心感からその時期を納得して決められていると感じます。自分で決断できたからこそ「見捨てられた」と思わずに次のステージに進むことができる。患者さんにとって、大きなメリットです。

西 治療のさまざまな段階において、医師と患者の間にはどのような課題があるか。これを二人の主治医が理解することで、双方に足りないピースを介し埋めていくことができます。それが、結果的に患者さんのQOLの向上につながっていくのでしょうか。

治療開始早期からもう一人の医師がかかわる

川越 治療の過程での分断を避ける意味で、二人主治医制は有効でしょう。しかし、医師と患者の間に二人主治医制に対する認識のギャップがあっては、たとえシステムが良くても結果的に不幸なことになりかねません。二人主治医制を取る上で、それぞれの医師の「守備範囲」を知ってもらうことは不可欠だと思いますが、いかがですか。

西 腫瘍内科にかかっている患者さんの中には「この先生が最期まで自分を診てくれる」と思っている方がいます。緩和ケア医に紹介されても「この先生は、一体自分のどこを診てくれるんだろう？」と役割の違いを理解できていない場合も多い。

川越 「もう一人の先生の所へ行きな

●かわごえ・しょうへい氏

1991年東医歯大医学部卒。虎の門病院内科レジデント、同院血液内科医員を経て、99年に医師3人のグループ診療の形態で、在宅医療を中心に行う診療所を千葉県松戸市に開設。2004年より現職。同診療所では、医学士や研修医を受け入れ、地域医療に貢献する教育クリニックとしても機能。常勤医師は、密に連携している市立病院の緩和ケア病棟に交代で週に一日勤務することで、療養場所にかかわらず継続的な緩和ケアを提供できる体制づくりを志向している。2018年4月29～30日開催の第20回日本在宅医学会では大会長を務める。



さい」と言われ、よくわからずに来たという感じなのでしょう。どのような手順で説明すれば良いですか。

西 治療医は患者さんに対し、治療開始時から将来の療養の見通しまでを示し、緩和ケア医が二人目の主治医として新たな価値を提供すると説明すべきです。曖昧なまま治療をスタートしてしまうと、患者さんに困りごとが生じたとき、「どちらの先生に相談したらいいの？」となってしまいます。

川越 廣橋先生も同じような経験がありますか？

廣橋 「なんでこの病院に来なきゃいけないんだ」と言われたことはほとんどありません。おそらく紹介元の病院の先生方が、あらかじめしっかり説明していたのでしょう。西先生のおっしゃるとおり、治療開始時からの説明は重要なポイントです。都内の大規模病院は、「がん治療後の入院は難しい」「治療後について早めに相談しておくこと」とハッキリ説明する傾向があるため、患者さんも将来に備え、早めに二人目の主治医にかかっておこうという意識が強くなっていると思います。

患者のよろず相談から信頼関係構築を

川越 二人主治医制で求められる医師の役割とは具体的に何でしょうか。特に、治療を始めたばかりの患者さんに対し、二人目の主治医がどうふるまい、どのような役割を担うべきかについてはもう少し議論が必要だと思います。廣橋先生の経験から、意識されていることはありますか。

廣橋 まずは患者さんに、よろず相談の相手なんだと認めてもらうことです。治療中の患者さんが自分の所に相談に来たら、その意味を探り深く掘り下げて聞くよう心掛けています。

川越 どんな相談内容が多いですか。

廣橋 「治療が辛い。だけど、治療医の先生には“つらい”“やめたい”とは言えないんだ」ということです。他にも新たな治療法の検討、栄養や運動、精神的な問題、さらには代替医療の質問も多いですね。緩和ケア医として第三者の立場から、現状の治療の意

●にし・ともひろ氏

2005年北大医学部卒。家庭医療を志し、室蘭日鋼記念病院で初期研修を開始。その後、在宅医療と緩和ケアの両方を学べる川崎市立井田病院で総合内科/緩和ケア研修。09年より栃木県立がんセンターで腫瘍内科研修、抗がん剤治療を受ける患者さんの思いを学ぶ。17年より現職。現在、緩和ケアチームの業務を中心に、腫瘍内科、在宅医療にもかかわる。日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医、日本緩和医療学会教育研修委員会医学生セミナーWPG員。『緩和ケアレジデントマニュアル』(医学書院)を編集。



味や有害事象との兼ね合いなどをお伝えし、患者さんの今の思いを整理してあげる。そうして患者さんの不安を払拭し、安心して治療方針を選択してもらえるよう努めています。

川越 確かに、治療医の先生には相談しにくい内容もありますね。医師の役割がよりハッキリと共有されていれば、患者さんも二人の主治医にかかる意義がよくわかると思います。

西 がん患者さんに対しては、「がんを制御するための治療」と「生活の質をできるだけ高く保つための包括的な支援」の大きく2つの要素が必要であることを治療の始まる段階から説明し、そのためにもう一人の医師を立てたほうが患者さんにとってメリットが大きいということを誤解のないようにお伝えできると良いと思います。積極的治療の後にバトンタッチする医師の役割を紹介できれば、治療医も治療開始時点から廣橋先生のような医師と連

多様な形の二人主治医制が、がん診療の姿を変えていく

川越 がん診療は専門性が高く、なおかつ患者の生活までも考えなければならぬ分野です。だからこそ、一連の過程を切り分け、穴を埋める形でもう一人別の医師がかかわる意義があることを、先生方との議論から再確認しました。

西 二人目の主治医がかかわる体制がもっと浸透すれば、緩和ケア医だけでなく、在宅医や地域のかかりつけ医と連携してもいいかもしれません。

川越 そうですね。開業されているかかりつけ医の先生方の多くは医師キャリアの中で病院勤務の経験があり、専門科に特化して診療していた時代もあります。すると、二人目の主治医の候補者になり得ますよね。消化器や呼吸器、泌尿器などを専門とする先生が好例です。地域の特性や医師のスキルによって補える部分があれば、かかりつけ医もその患者さんを最期まで診ることができるでしょう。

二人主治医制は、「治療医と緩和ケア医」に限らず、「治療医と在宅医」「緩和ケア医と在宅医」など、さまざまな組み合わせがあってもいいと思うのです。患者さんのニーズに切れ目なく対

●ひろはし・たけし氏

2005年東海大医学部卒。三井記念病院内科などで研修後、緩和ケア医を志し、09年亀田総合病院疼痛・緩和ケア科、11年三井記念病院緩和ケア科に勤務。14年2月から現職。病院でも在宅でも切れ目なく緩和ケアを提供することを信条に、東京下町で病棟、在宅と2つの場の緩和医療を実践している。『二刀流の緩和ケア医 廣橋猛オフィシャルサイト (http://hirohashidr.com/)』では、がん医療や終末期医療、在宅ケアの現状や問題点をつづる。



携しやすくなります。廣橋 治療医とお別れする段階になっても、そこまでに築かれた信頼関係をもとに、今度は緩和ケア医である自分が中心的役割を果たす方向へと移行できます。患者さんも、ある時期から二人目の主治医が担うウエイトが大きくなるんだと認識できるはずですよ。

川越 早期からの緩和ケアが推進される中、二人主治医制でも早い段階から見通しをお伝えすることが大切になるわけですね。「抗がん剤治療を行いながらも、生活の質をできるだけ長く高く保つために、よろず相談に乗る医師がもう一人いたほうがいい。その人を、“副主治医”と呼びましょう」と。その二人目の医師には、最初は3か月～半年に1回の頻度で通院し、世間話から始まってかまわない。一見、無駄に思える時間を共有することが、その先のEnd-of-life discussionの素地になっていくのでしょうか。

応し、安心して療養を継続できることが一番の目的になるわけですから。

西 今の日本の医療連携は、doctor to doctorの流れが一般的なもので、まずは治療医と緩和ケア医との間でやりとりをしていくのがスムーズだと思います。しかしいざいざは、看護師などが中心となって相談を受ける役割を担っていいかもしれません。

廣橋 緩和ケアを介した先に、病院の看護師やソーシャルワーカー、地域の訪問看護師といった多職種が協働していけば、二人主治医制はもっと厚みのある仕組みになると思います。

川越 ありがとうございます。本日の議論を通じ、二人主治医制のイメージがだいぶ固まってきたように思います。二人目の主治医が担う主な役割は、地域や病院ごとの機能に応じ、今そこにあるリソースを患者さんに合わせてカスタマイズすること。それは、例えば多職種の協働を司ることや、多機関が連携する機能を差配することではないでしょうか。こうした認識を前提に二人主治医制による分担と補完を考えれば、未来のがん診療の景色は大きく変わってくるはずですよ。(了)

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マニュアル、待望の第7版

がん診療レジデントマニュアル 第7版

1997年に初版が刊行され、約20年。レジデントの執筆によるレジデントのためのマニュアルとしてスタートした本書は、この間、がん診療の現場で多くの医療従事者に活用されてきた。昨今のがん薬物療法の進歩は目覚ましく、最新の情報を適切に日々の診療に反映させるために、本書の果たす役割はますます大きくなっている。2人に1人ががん罹患の時代、がんに関わる医療者の必携書としてぜひポケットに!

国立がん研究センター内科レジデント 編



レジデントだけの本ではありません! 緩和医療に携わる全スタッフ必読の書、誕生!

緩和ケアレジデントマニュアル

緩和ケアの新スタンダードマニュアルが、ついに完成。第一線で活躍する気鋭の執筆陣が、基本から最新知見・ノウハウまで緩和のエッセンスを解説。各項目ではエビデンスを重視し、および限り非がん疾患にも応用できるよう心がけた。通読できるコンパクトサイズながら網羅的であり、入門書としても最適。若手のみならず、指導者にとっても有用な好書。日常診療では白衣のポケットに忍ばせていただきたい1冊。

監修 森田達也 聖隷三方原病院 副院長・緩和と支持治療科
木澤義之 神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学分野 特命教授
編集 西 智弘 川崎市立井田病院・かわさき総合ケアセンター 副院長
松本禎久 国立がん研究センター東病院・緩和医療科 医長
森 雅紀 聖隷三方原病院・緩和ケアチーム
山口 崇 神戸大学医学部附属病院・腫瘍センター緩和ケアチーム 特任助教



寄稿

測れないものは改善できない 手術の「全例」報告制度を医療安全に活かす

宮田 剛 岩手県立中央病院 副院長

●みやた・ごう氏

1985年東北大学医学部卒。同年より岩手県立磐井病院にて外科研修の後、88年東北大学第二外科入局。以後、食道外科、外科代謝栄養学を専門とする。院内外の栄養サポートチーム活動や一般社団法人医療安全全国共同行動にも参加。2013年より東北大学先進外科学分野准教授、14年より岩手県立中央病院に赴任し、15年より現職。医療安全管理部長、消化器外科長を兼務。

手術部におけるオカレンスや手術後の合併症などは、当事者としては自ら進んで発表したいものではなく、有害事象が起こったとしてもどちらかという大げらにはしたくないのは当然の心情である。医療安全部職員と当事者(特に外科医)の間で、「それはインシデントですから報告を出してください」「いや、合併症だから事前に可能性の説明もしているし報告する必要はない」というような対立構造はよく聞かれる。

「より安全で、円滑な手術の遂行」という手術部の使命を果たすためには、その障害要因を抽出して克服していかなければならない。「想定された

合併症だから報告しない」のではなく、「減ったほうが良いと思われる有害事象として、合併症全てを把握する」システムとすれば、心理的ハードルは下がる。

当院では手術部で起こったヒヤリハット事例を手術オカレンスとして取り上げ、従来の随意的インシデント報告とは別に、手術全例に対してこれらの有無と内容を報告するオカレンス報告制度を、また外科としては手術に関連した全ての合併症を記録報告する制度を2016年1月からそれぞれ開始した。本稿では、両制度の概要と成果を報告する。

手術部オカレンス報告制度

まずは、手術部オカレンス報告制度の運用について述べる。報告用紙は、あらかじめ40の項目をプリントした紙運用である(表1)。手術終了時にオカレンスがなかった場合には「なし」に、オカレンスがあった場合には該当するものに丸をつける。主治医(執刀医)、麻酔科医、外回り看護師で内容に合意の上、それぞれサインする。集計は手術室のクラークが行い、毎月の手術部運営会議と医療安全管理部会議にて報告・フィードバックされている。40項目の内容は、東北大病院手術部のオカレンス報告制度を参考にして作成された。

2016年1月から本制度を開始し、毎月平均485件の手術に対して平均40.4件のオカレンスが報告されている。月別の推移をみると、フィードバックや各種改善努力により、「手術部位マーキング未実施」などが徐々に減少傾向を示している。

一方で従来通り、医療安全管理部への各部署からのインシデント報告も運用されている。これは職種に限らず、スタッフがインシデント/アクシデントと感じたものを電子カルテ上で報告を行うシステムである。上記オカレンス報告制度が開始された2016年1月からの同時期の1年間で、手術部から報告されたインシデントは全部で81件であり、全手術5605件中の1.4%、チェックすべき項目の定義が若干異なるものの、オカレンスとして報告された485件(全手術数の8.7%)の5分の1以下であった。

消化器外科術後合併症報告制度

上記オカレンス報告と時期を同じくして、消化器外科でも手術症例全例に対する合併症報告制度を開始した。こ

●表2 手術合併症報告(実際は表裏1枚の紙、表面のみ抜粋)

Table with columns: 患者ID, 患者氏名, 手術日時, 記入者, 手術(臓器), 合併症, CD-grade (I, II, IIIa, IIIb, IVa, IVb, V), 術後出血, 不整脈, 消化管縫合不全, 臍液瘻, 胆汁瘻. Includes checkboxes for occurrence and a detailed legend for CD-grade categories.

●表1 オカレンスレポート

該当する番号を○で囲む。必要事項を記入の上、退室時にコントロールセンターへ提出。

Table with 2 columns: 項目番号, 内容. Lists 40 items for the Oka-rens report, including patient identification, consent, vital signs, and surgical details.

手術日 2017年 月 日 確認サイン
診療科 科
患者氏名

れは、想定範囲内の合併症であっても全て「手術によって生じた有害事象」として記録報告し、改善の糧とするものである。合併症の分類はClavien-Dindo分類に従い、消化器外科に関連する部分を抜粋して表裏1枚の紙にまとめた(表2)。手術患者が退院する際に術者が提出し、集計は消化器外科長が担当。そして毎月、消化器外科のカンファレンスにてフィードバックを行うシステムである。

2016年1月から1207件の手術が施行され、全体で237件(19.6%)の合併症が報告された。最多の合併症は創感染、次が臍液瘻であった。創感染に関しては常に対策進行中だが、臍頭十二指腸切除後の臍液瘻に関しては再建法の改善などによって減少傾向を見せている。また消化管縫合不全の頻度も減少傾向を見ている。

スタッフ12人と初期研修医2~3人で行われる消化器外科カンファレンスは、上部消化管・下部消化管・肝胆膵の3チーム合同で行われ、合併症に関してはチームを超えて共有し、科内全体を知る機会としている。

「全例」把握で正確性が増し、報告者の抵抗感も軽減

両制度の要点は、①合併症やオカレンスのなかった場合にも「なし」と記録する全例報告制度であること、②記載は詳細を求める自由記載ではなく規定の項目に丸をつけるだけの簡便な選択式であること、である。

これらは「記録のための記録」に終

わらずに、あくまで改善をめざしたベンチマークとして利用され、定期的なフィードバックの上、対策を協議するべきである。そのようなフィードバックがあると、報告した側としても「自分の報告は改善努力に向かって利用されている」という大義が生まれるし、管理者側としては、自部署の有害事象を全例ベースの数値としてとらえる機会となり、課題を把握する意味でも重要な手立てになる。「測れないものは改善できない」のである。

これまで一般的となっているインシデント報告制度は、それを「インシデントであると感じる感性」と、「報告をして改善に役立てようという意欲」のベンチマークにはなり、有用なシステムであることに変わりはない。これらの報告数は、減少するよりもむしろ増加するくらいの感性が育つことが望まれる。ただし、実際に起きている有害事象の数をそのまま表しているわけではないことは注意が必要である。

そこで、心理的ハードルを排して有害事象を客観的に定量評価するシステムも必要と考えられ、今回提示した制度を紹介した。手術「全例」に報告を課すことで有害事象発生頻度把握の正確性が増すとともに、報告者の抵抗感を軽減すると感じている。

今後は、抽出された課題の改善に向けて管理側が指示して現場が「やらされる」状況を作るのではなく、現場の当事者が意欲的に改善努力を行う雰囲気を作り、医療安全文化の醸成につながるができるか否かが鍵になると考えている。

臨床シナリオに沿って学ぶ新時代の教科書

症例で学ぶ外科診療 専門医のための意思決定と手術手技

Advertisement for 'Clinical Scenarios in Surgery' textbook, featuring author Anoda Yuki and a detailed description of the book's content and structure.

パーソナリティ障害評価のゴールデンスタンダード!

SCID-5-PD DSM-5®パーソナリティ障害のための構造化面接

Advertisement for 'SCID-5-PD' structured interview manual, including author information (Takano Toshiro, Oogami Kenji) and a description of the manual's purpose.

目からウロコ!

4つのカテゴリーで考える がんと感染症

森 信好 聖路加国際病院内科・感染症科副院長

[第16回]

ステロイドと感染症

がんそのものや治療の過程で、がん患者はあらゆる感染症のリスクにさらされる。がん患者特有の感染症の問題も多い——。そんな難しいと思われがちな「がんと感染症」。その関係性をすっきりと理解するための思考法を、わかりやすく解説します。

今回のテーマはステロイドと感染症です。ステロイドは、読者の皆さんが最も使用経験のある免疫抑制剤ではないでしょうか。膠原病領域や呼吸器疾患でよく使用されると思いますが、がん患者でもステロイドは頻繁に使用されます。本稿ではステロイドによる免疫低下の機序、そしてどの程度の量や期間で免疫不全が起きるのかについて説明します。

がん患者へのステロイド使用

がん患者に対するステロイドの使用は実にさまざまです。固形腫瘍に対する化学療法の際の嘔気対策としてデキサメタゾンや散発的に使用することもありますし、悪性リンパ腫に対する治療であるR-CHOP療法のように比較的量の多いプレドニゾロンを使用することもあります。また造血幹細胞移植後の移植片対宿主病(GVHD)に対する治療として、長期間減量しながら使用することもあります。ただ、いずれの場合も注意しなければならないのが、ステロイドにより疼痛や発熱がマスクされることがあるということ。象徴的なのが「好中球減少者の発熱」でしょう。

第4回(3191号)でも強調したとおり、「発熱」だけにとらわれていてはステロイド投与患者の感染症は容易に見逃されてしまう危険性があります。全身状態、発熱以外のバイタルサイン、詳細なreview of systemと身体所見により、緻密に感染症を見極めていく必要があります。ですので、本連載では一貫して「好中球減少時の感染症」として注意喚起をしてきました。

また、同じステロイド投与をする場合でも、がん患者は非がん患者と比較して敗血症のリスクが有意に高いとする英国からの研究¹⁾があり、注目を集めています。これは、がん患者では化学療法などを併用していることも当然その一因として考えられますが、興味深いことにがん患者では低アルブミン血症が見られ、そのことも感染症リスクを増加させているのではないかとされています。

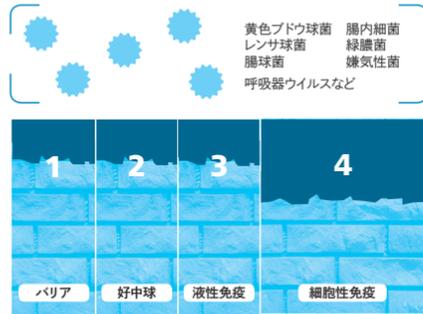
血症が見られ、そのことも感染症リスクを増加させているのではないかとされています。

ステロイド投与が引き起こす免疫不全とは

では、ステロイドによってどのような免疫不全が起きるのでしょうか。最も有名なものは「細胞性免疫の低下」ですね。ステロイドを投与するとT細胞、なかでもCD4陽性ヘルパーT細胞(Th)が低下します²⁾。第11回(3220号)で説明したとおり、Thは樹状細胞により抗原提示されることで5つのsubsetに分化します。細胞性免疫で特に重要なのがTh1, Th2, Th17でした。Th1はIFN- γ を産生することで細胞内寄生菌に対する免疫を司っていますが、ステロイドによる影響は特にこのTh1に対して最も大きいとされています³⁾。

それでは他の免疫不全はどうでしょうか。まず、ステロイドにより皮膚が菲薄化します⁴⁾。これにより「皮膚バリアの破綻」が起こりやすくなります。また、好中球に対する影響もよく知られています。特に重要なのは好中球遊走能の低下です。皆さんもよく経験されているかと思いますが、ステロイド使用患者では好中球が増加しますね。これは骨髄から好中球の放出を増加させることも一因ですが、好中球が血管壁に接着して血管外の炎症部位へ遊走しようとするのをステロイドが抑制し、結果として好中球が血管内に多くとどまるからです⁵⁾。そのため、ステロイドの投与により「好中球の機能低下」が見られるのです。

最後に液性免疫への影響はどうでしょうか。ステロイド投与によりT細胞ほどではありませんが、B細胞も低下させることが知られていますし⁶⁾、投与後数週間で免疫グロブリンも可逆的に低下します⁷⁾。従って、「液性免疫低下」も軽度見られると考えられています。



積算量が重要

ステロイドの量や期間と感染症の関係はどのようになっているのでしょうか。これについてはスイスからの研究⁸⁾が最も有名かもしれません。71の比較試験に対するメタ解析で、プレドニゾロン換算で1日量が10mg以上あるいは積算量が700mgを超えると、プラセボ群と比較してステロイド投与群で感染症の発症率が有意に高かった、というものです。つまり、ステロイドの量が多ければ多いほど、投与期間が長ければ長いほど感染症のリスクが増加することがわかっています。

量が多いと感染症リスクが上がることは感覚的に納得いただけるかと思いますが、「積算量が重要」であることをあらためて強調しておきましょう。比較的最近の研究⁹⁾でも、プレドニゾロン換算で1日量が5mgと少量であっても、3か月間、6か月間、3年間にわたり服用し続けた場合には、ステロイド非使用者と比較して重症感染症リスクがそれぞれ30%、46%、100%増加することが示されています。

ちなみに5mgを3年間服用したときの感染症リスクは30mgを1か月服用した場合と同等であるとされています。同じ研究で10mgを2年間服用し半年前に中止した場合には、今現在同量を服用し続けている場合と比較して感染症リスクが半減することがわかっています。ということで、不必要に長期間ステロイドを持続すると感染症リスクにさらされるということをぜひ覚えておきたいものです。

短期間投与の影響は

このように長期間使用と感染症リスクの研究は数多くあるものの、短期間使用の場合の影響はほとんどわかっていませんでした。そんな中、2017年に米国から興味深い研究¹⁰⁾が報告されたのでご紹介します。メディケアのビッグデータを用いた後方視的コホート研究で、2012年から2014年までに外来受診した18歳から64歳の患者においてどの程度ステロイドが処方されたか、また敗血症、血栓症、骨折などのステロイドに関連する有害事象がどの程度報告されたかを分析しています。

結果、約150万人の対象患者のうち21%で短期間(30日以内)のステロイドが処方されており、ステロイドの用量(1日量20mg未満, 20~40mg, 40mg以上)にかかわらず、投与から

30日以内の敗血症リスクが増大(HR 5.30 [3.80-7.41])することが示されました。ただし、敗血症の定義が「入院を要する感染症」であり、具体的にどのような感染症が発症したかの言及はありませんので、慎重な解釈が必要なのは確かです。短期間のステロイド投与と感染症リスクについては今後さらなる研究が待たれます。

PCP 予防を確実に!

ステロイド投与時の感染症予防と聞いて真っ先に思い浮かぶのはニューモシスチス肺炎(*Pneumocystis jirovecii* pneumonia; PCP)ではないでしょうか。HIV患者ではCD4が200/ μ Lを下回ればST合剤による予防投与を開始しますが、がん患者における予防のタイミングはやや複雑です。2014年に報告された13の研究に対するメタ解析¹¹⁾ではPCP発症リスクが6%を超えれば予防投与を行うべきとされています。では、具体的なステロイドの投与量と期間はどの程度でしょうか。小規模ですが、固形腫瘍および血液腫瘍患者を含む後ろ向き研究¹²⁾ではプレドニゾロン換算で1日16~25mgを1か月以上投与するとPCP発症のリスクがあるとされています。それを踏まえてNCCNガイドライン¹³⁾も1日20mg以上を4週間以上投与した場合に予防投与を考慮することが推奨されています。

皆さんが日常診療で頻繁に遭遇するであろうステロイドと感染症についてお話ししました。発熱がマスクされ得ることから、がん患者では「好中球減少者の発熱」の言葉にとらわれず、「好中球減少者の感染症」を意識することを強調しました。また、ステロイドによる免疫不全は「バリアの破綻」「好中球機能低下」「液性免疫低下」がそれぞれ軽度に見られるものの、やはりメインは「細胞性免疫低下」でした。そして、量と期間、特に積算量が感染症リスクと密接にかかわっていることを説明しました。今回で、本連載「がんと感染症」の前半部分は終わりです。すでに免疫の4つの壁とそれぞれの特徴を把握されていることと思います。次回からははいよいよ後半部分が始まります。そこでは各がん種においてどのような免疫が低下しどのような感染症に罹患しやすいかを、症例ベースで一緒に考えていきましょう。

[参考文献]

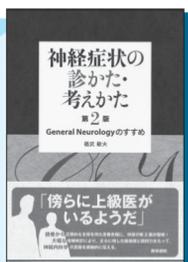
- 1) PLoS Med. 2016 [PMID : 27218256]
- 2) Sci Rep. 2016 [PMID : 26972611]
- 3) Regul Pept. 1998 [PMID : 9537674]
- 4) Br J Dermatol. 2007 [PMID : 17501951]
- 5) Ann Intern Med. 1976 [PMID : 769625]
- 6) J Lab Clin Med. 1983 [PMID : 6219171]
- 7) J Allergy Clin Immunol. 1978 [PMID : 681628]
- 8) Rev Infect Dis. 1989 [PMID : 2690289]
- 9) Ann Rheum Dis. 2012 [PMID : 22241902]
- 10) BMJ. 2017 [PMID : 28404617]
- 11) Cochrane Database Syst Rev. 2014 [PMID : 25269391]
- 12) Br J Cancer. 2005 [PMID : 15726101]
- 13) J Natl Compr Canc Netw. 2016 [PMID : 27407129]

まず手にとるべき神経内科の定番中の定番本に待望の第2版が登場!

神経症状の診かた・考えかた 第2版 General Neurologyのすすめ

ガイドラインに基づいた「無難な」標準的診療方法を記載した書籍は多いが、それで診療ができるかと言えば実際には難しい。そんな時代に登場した本書は、この領域にはめずらしい「通読できる本格的な神経内科書」として、神経内科学の「一冊目の本」の地位を固めた。神経内科臨床のリーダーとして知られる著者の「経験」に基づく歯切れのよい記載と、一貫した神経症状へのアプローチが、さらにパワーアップした待望の第2版!

福武敏夫
龍田メディカルセンター神経内科部長・
内科チエスマン

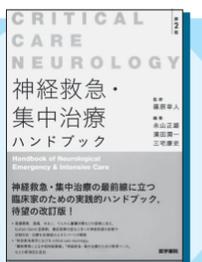


神経救急・集中治療の最前線に立つ臨床家向け実践的ハンドブック、待望の改訂版!

神経救急・集中治療ハンドブック 第2版 Critical Care Neurology

神経救急・集中治療の最前線に立つ臨床家のための実践的ハンドブックの待望の改訂版! 意識障害、頭痛、めまいなどの症候に加え、脳梗塞、重症筋無力症などの神経疾患の鑑別診断や初期対応・治療を、各領域のエキスパートが解説。「救命救急医学におけるcritical care neurology」「暑熱環境による中枢神経障害」「神経救急のための教育コース」などの新項目を追加。

監修 篠原幸人
東海大学名誉教授/
国家公務員共済組合連合会
立川病院神経内科
編集 永山正雄
国際医療福祉大学医学部教授・
神経内科学
濱田潤一
元 北里大学教授・神経内科学
三宅康史
帝京大学教授・救急医学/
高度救命救急センター長



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51回】

エリートイズムとボトムアップ ——自己を肯定しつつ、否定する

ぼくが医学教育にかかわってだいぶになるが、この5年くらいで、自身の教育態度に大きな方針変換を施している。それが、エリートイズム (elitism) とボトムアップ (bottom up) の問題だ。

もともとぼくは、教育とは「自分を乗り越える存在を育て上げること」だと思ってきた (今でもそう思っている)。教え子が自分を乗り越え、さらに素晴らしい仕事をしてくれば教育者として本望という気持ちでいた。そして、感染症屋としては世界のどこに行っても通用するトップレベルの人物育成が自分の仕事であると思っていた (今でもそう思っている)。アメリカの大都市でも、アフリカの奥地でもきちんとした仕事ができる。自分の所属する大学とか医局とか同門会とか、そういう仲間内だけでしか通用しない小人物にならない。まあ、こういった目標を持って教育を行ってきた。

誤解を恐れずに言うならば一種のエリートイズムである。そして、亀田総合病院や神戸大の教え子たちには、卒業後はスタンドアローンの医者として世界のどこに出しても恥ずかしくないようなスーパーな働きを期待してきた。

繰り返すが、今でもエリートイズムは持っている。そして、それは必ずしも悪いことではない。しかしながら、「エリート教育だけではだめだ」と思うようにもなった。それがこの5年くらいの心境の変化である。

スーパーな働きを期待するということは、そのようなパフォーマンスが示されない場合は失望するという意味だ。だから、ぼくはこれまでたくさんの失望感も味わってきた。しかし、この失望を止めようと考えている。つまり、ハイエンドな人材ばかりを育てる必要はない、という割り切りができるようになったのだ。

世の中には得手不得手というものがある。Aということをして、1の努力でやっける才能の持ち主もいれば、10の努力を要する者もいる。いや、どんなに頑張ってもできない者だっている。かくいってぼくも運動神経 (医学用語にあらす) が鈍く、長年やってきたサッカーが一向に上達しない自分の情けなさを呪ってきたものだ。できない者には、できない。それを簡単なハードルとして軽々と乗り越えてきた人は「何やってんの!」となじるのである。

もともと、「できない」という壁を自分自身が勝手に作っていることもある。本当はできるのに、やっていないのだ。「どうせ俺には無理」と挑戦する前から諦めているのである。怠惰のために、臆病のために。

しかしながら、そういう怠けている者、怯えている者の尻を叩いて無理や

りやらせてみても、やはりうまくはいかないのだ。そういうやり方で厳しく教えてしまうとその項目に対する嫌悪の情が芽生えてしまうからだ。時にそれは教育者に対する嫌悪の情にすら転化する。嫌悪の情が生じたものは長続きしない。

とはいえ、諦めてしまうのはもっとよくない。人物を諦めるのは一番残酷な仕打ちである。それは、厳しくしつけるよりもさらに残酷な仕打ちだ。

医学教育専門家と呼ばれる人たちのなかには、この手の残酷な仕打ちをえげつなく、いとも簡単に行っている人が多い。一般論として (もちろん例外はあるが)、英米における「教育」の要諦は優れた人物のセレクションにあるとぼくは思っている。専門家たちはソフトでナイスでフレンドリーな教育を展開し、自身の教育理論と哲学ののっとった柔らかい教育を実践するのが、相手の出来が悪く、ホープレスだと判断すると容易にドロップアウトさせるのである。タチが悪いことに、彼らは自分たちの残酷さにまったく気付いていない。

では、パフォーマンスの悪い教え子を厳しくしつけるでもなく、かといって諦めたり捨てたりするでもない。そのような教育が果たしてあり得るだろうか?

ある。それは、待つことである。教える側は決して教育のコンテンツを安売りしてはいけない。しかし、ステップを作ることはできる。「グラム染色やったくらいで感染症をわかったつもりになるな」と言ってはならない。「グラム染色さえやっつけば感染症はオッケー」とハードルを下げてはいけない。「今は、グラム染色ができてこの段階でよい」というステップの承認が大事だ。次のステップもちゃんとあることをほのめかすのである (直言する必要はない)。

医学には満足してよい到達点はない。ないけれども、「差し当たり今はここにいてもよい」という「休憩所」に各人はいる。自分に満足してしまえば、人は成長を止める。しかし、自分に不満ばかりでは常に不快感が残る。自己を肯定しつつ、否定する。「いいんだけど、だめだ」。そのよ

うなアクロバティックなメンタリティーが必要だ。

日本の教育の問題点の多くは「待たない」ことにある。進級や卒業や入試といった「締め切り」があり、その締め切りまでに決められたパフォーマンスを済ませなければならない。そのスピードを持っていない者が「劣等生」となるのだ。しかし、本当だろうか? 他人が1か月で習得できることを5か月で習得するのが悪いことであろうか。5年かけて、いや、10年かけて悟ることがいけないことであろうか。別に何年かけたっていいじゃないか。とぼくは思うようになったのだ。

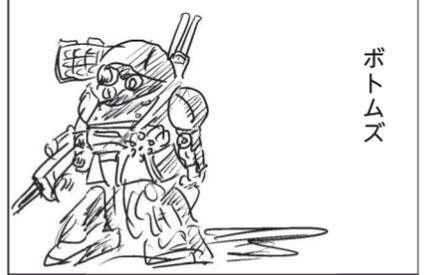
特に問題になりがちなのは、プロフェッショナルイズムとかキャラである。プロフェッショナルイズムを欠いた人物はたくさんいる。キャラに問題がある人物もたくさんいる (ぼくもその1人だ)。が、そういう人物がある日あるとき急に“飛ぶ”ことがある。もちろん、そんな都合の良い話がいつも起きるとは限らないが、少なくともそういう事例はある。逆に、非常に優秀だった研修医がダークサイドに落ちることだってある。いついかなる瞬間でも、ぼくらのパフォーマンスは飛躍的に伸びるチャンスや、地に落ちてしまう陥穽を持っているのだ。

だから、教育者はいついかなるときも一喜一憂している場合ではないのだ。一見、見込みがないように思える研修医でも10年後に大化けするかもしれない。いや、大化けしないまでも、いま2の力がない者が2の力を持つようになれば、指導の意味は十分にある。弟子の能力開発をするだけが教育の醍醐味ではない。全体のボトムアップに資していればそれでよいという考え方もある。

内田樹先生の逆説が好例だ。大学全入時代になって大学生が「バカになった」という人がいる。確かに大学生の平均のパフォーマンスは下がったかもしれないが、日本の若者全体の平均値は大学全入時代になって上がっているのである。小学校や中学校で進級を諦める人がいっぱいいる国と、みんなが大学教育を受けられるのとどっちが全体のパフォーマンスを上げるか。自明であろうと内田先生はいう。ぼくはそ

ちねしりちゃん

もがみ ちねしり



ういう発想が (も) 大事だと思うようになった。以前はそう思っていなかった。反対する意見 (エリートイズム) も理解するけれども。

ジェネシャリストは三角形である。三角形の大きさにゴールはない。どこまで横に広がってもストップラインは存在せず、どこまで高くとんがっていてもその先にはさらに高い道がある。だからこそ現状に満足し、かつ不満でい続けなければいけないのだ。

ずっと学生のレポートを添削しているが、「君のレポートは失敗作だ」とは評さない。「君のレポートは失敗作だ。でも、いまは失敗していてもよい。失敗しているという点に気付いていけば、それでよい」といった添削をするようになった。

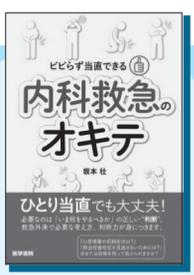
ぼくは日本の医学、医療教育のあるべき姿は「諦めないこと」だと思う。「諦めないこと」「待つこと」。この二つを実践していれば、英米型の教育よりもはるかに大きなパフォーマンスを全体としては示すようになると思う。長寿社会とは「成長を待つ」ことを可能にした社会ではなからうか。時間は (割と) たっぷりあるのだから。

ひとり当直でも大丈夫! 救急外来で“いま何をすべきか”正しい判断力が身につく

ピピらず当直できる 内科救急のオキテ

ひとり当直でも大丈夫! 必要なのは「いま何をやるべきか」の正しい「判断」。15症例をベースに救急外来で必要な考え方を学ぶことで、正しい判断力が身につく。「心筋梗塞の初期症状は?」「肺血栓塞栓症を見逃さないためには?」あなたは自信を持って答えられますか?

坂本 壮
順天堂大学医学部附属練馬病院
救急・集中治療科 / 西伊豆健育会病院内科 (非常勤)



本邦初! 関節リウマチの画像診断を解説した本格的テキスト

関節リウマチの画像診断

生物学的製剤などにより治療分野での進歩を遂げている関節リウマチ(RA)の診療において、画像診断の有用性がクローズアップされている。本書では、従来の単純X線に加えて、RAの早期診断を可能にするMRIや超音波などの検査法、診断の基本から、外科治療も含めた進行期RAの診断までを解説。さらにRA新分類基準(ACR/EULAR2010)に準拠した鑑別診断を詳述。スコアリング法や定量的解析の可能性も紹介。放射線科医、リウマチ・膠原病内科医、整形外科医必読。総合内科医にも有用。



編集: 杉本 英治 自治医科大学医学部放射線医学教授
神島 保 北海道大学大学院保健科学研究院医学生理学分野教授

定価: 本体7,200円+税
B5 頁368 図108・写真693 2017年
ISBN978-4-89592-894-6

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(03-3817-5650)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

ENGアトラス めまい・平衡機能障害診断のために

小松崎 篤 ● 著

A4・頁448
定価:本体8,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02131-9

評者 山本 昌彦
東邦大名譽教授

このたび、医学書院から『ENGアトラス』が出版された。著者は小松崎篤先生(東医歯大名譽教授)である。

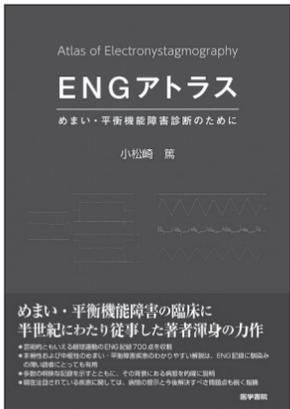
小松崎先生は、わが国のめまい・平衡障害疾患を牽引してきた先生で、この世界では知らない人はいない。先生は、私の師匠であり恩師である。既に大学を退職されてから20年近くになった今、なぜENG(electro-nystagmography)なのだろうか。また、このような400ページを優に超える著書の中に芸術的とも言える700余枚のENG記録を収録して出版されるエネルギーに、弟子の私は唖然となり、内容を見て二度三度と感激している。

先生はENG機器が真空管で作られた時代からトランジスタ・半導体になって安定性が得られるようになった現在までENGの電子情報技術産業協会(JEITA)規格や機器の改善に尽力されており、現在でも必要に応じて自ら外来でENG記録を行っている。そのためENGの性質については全てを熟知し、その知識を網羅した著書と言うことができ、ENG記録の基本から高度な診断力を要する異常眼球運動までがこの一冊に凝集されている。

現在は、赤外線ビデオカメラによる眼振や異常眼球運動の観察が多く行われるようになってきたが、VTR記録

をしていなければ戻って再観察することはできない。記録した動画を何度も反復させるのも面倒な操作である。また、同じ動画の眼球運動を何度も繰り返して観察しなければ、どのような異常を示しているのかがわかりにくい場合も多々ある。ENGは、記録紙を広げること、じっくり判断が可能である。赤外線ビデオカメラとENGについては、それぞれの利点・欠点はあるが、それぞれの欠点を補うためには双方での検査記録が重要である。従来のENGの欠点として回旋性眼振の記録ができないことが挙げられる。一方、赤外線ビデオカメラ、あるいはそれを利用した回旋性眼振の記録器も臨床に応用されているが、閉眼時の眼球運動の記録ができないことが欠点で、特に末梢前庭系疾患では暗所開眼より閉眼で暗算負荷のほうが眼振の出現率が大きいことは本書でも示されている。

ENG検査は、現在、臨床検査技師による生理機能検査部門として行われるようになってきた。医師が週に1~2件の検査を行うくらいではなかなかきれいで正確なENG記録はできない。長くENG検査を行ってきた臨床検査技師は、安定した記録ができ、さらに経験を積むに従ってきれいな記録ができるようになってきた。耳鼻咽喉科が



ENGの重要性を再認識させる
著者渾身の一冊

臨床検査技師のための 血算の診かた

岡田 定 ● 著

B5・頁184
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02879-0

評者 徳竹 孝好
長野赤十字病院輸血部課長補佐/骨髓検査技師

本書の特徴は、①豊富な症例の提示、②血算データのわかりやすい解説、③異常がみられた場合の検査技師の役割、④医師が異常を見逃す可能性があること、⑤医師も検査技師も異常を見逃してしま

った場合、など、血算データをどう読むかで患者の診断と治療がいかに正しい方向に進められるかを解説している本である。各症例に医師と検査技師の見逃しやすさについて、それぞれ星マーク3つで示されている点も面白い。

私が岡田定先生に初めてお会いしたのは2013年の冬である。面識もない私の手紙一つで、長野県臨床検査技師会の「信州血液セミナー」の講師として、湯田中温泉まで駆け付けてくださったことに役員一同感激したことを思い出す。さらに、当時先生が出版された『誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方』¹⁾の内容の一部を、症例を提示しながら熱心に講演いただいたことが昨日のこのように思い浮かぶ。またクームズ試験(抗グロブリン試験)を考案したCoombs先生は「クームズ」と読むことを教えられ参加者は皆驚いた(本書にも「クームズ試験」と記載されている)。

『誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方』は、臨床医向けに書かれた本ではあるものの、われわれ臨床検査技師にとっても血算を通して疾患や病態を把握するには十分な参考書だった。しかし今回、姉妹品として『臨床検査技師のための血算の診かた』を出版された。先生の検査技師への思いが感じられる。前書もそうであるが、本書もその構成がユニークでとてもわかりやすい。前書は「血算データの提

示」「一発診断」「確定検査」「最終診断」という構成であったが、本書は「血算データの提示」「どのような疾患や病態を疑うか」「検査技師としてどう行動するか」「最終診断」「医師はこのように見逃す」

「医師も検査技師も見逃してしまったら」という構成であり、まさに検査技師が日常行う仕事を、質の高い検査データとして報告できるように導いてくれる手順書となっている。

症例提示の他に、「column」として先生の臨床医としての経験談が随所にちりばめられている点も興味が湧く。また採血量が多くシリンジで一気に採血して採血管に分注する際、混和不足で血球が沈んでしまうとヘマトクリットが偽高値あるいは偽低値になる現象や、日常の検査でのピットホールも記載されていてとても参考になる。

ただ一点おこがましくも要望するならば、検査データに単位が表記されていればさらにわかりやすいと思われる。検査技師は単位と有効桁数に人並みならぬこだわりを持っている人が多い。赤血球数が400×10⁴/μLと表記するか4.00×10⁹/mLと表記するかで単位も変わってくる。

終わりに、血算は病気の診断・予後予測、治療方針決定と治療効果の判定全てにかかわる有用な検査である。本書を利用することで、血算を読むスキルが上がることは間違いない。初学者からベテラン技師まで幅広い経験の臨床検査技師に本書の一読をお勧めしたい。

1) 岡田定. 誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方. 医学書院; 2011.

めまい疾患の紹介を受ける機会が多くなっている現在、病院などの医療機関には十分なENG検査ができる設備が必要である。小脳の変性疾患の早期発見は、ENGなしには進まない。

重大な疾患を見逃すわけにはいかないとと言われるこの時期に、ENGにかかわる専門書が出版されたことは、今後の診療形態に改めてENGの重要性

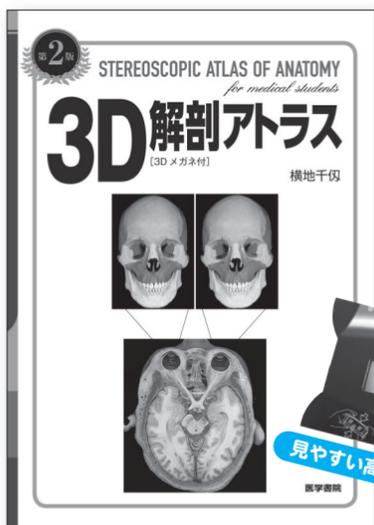
を再認識させてくれる。耳鼻咽喉科医はもとより、神経内科医、脳神経外科医、眼科医には必携の書である。また、ENGの記録の見本となるアトラスがふんだんにあり、臨床検査技師にもわかりやすい。さらには、めまい・平衡障害の疾患についての説明が網羅されており、医師のみでなく臨床検査技師、看護師などにも推薦したい書である。

あの『解剖学カラーアトラス』を3Dで体感できる!

第2版

3D解剖アトラス

[3Dメガネ付] 横地千仞



本書は、繊細・緻密な解剖技術と鮮明な標本写真からなる『解剖学カラーアトラス』に収録された数々の肉眼解剖写真が立体視できる3Dアトラス。誰でも容易に見られる3Dメガネを携え装いも新たに登場。頭部から頸部・胸部・腹部・骨盤内臓、膝関節、自律神経系までの構造が3Dで迫りくる体感、人体が備えた美術的精緻さへの激しい感嘆を呼び起こすだろう。「嗚呼、人体というマイクロコスモスいま我が眼前にあり!」

●B5 頁160 2017年
定価:本体2,900円+税
[ISBN978-4-260-01614-8]

MEDSiの新刊

複雑な症例を通してわかる、循環器専門医たちのリアルな診療と臨床感覚!

循環器臨床のリアルワールド

[1] 研修医・内科医・コメディカル編

[2] 循環器専門医志望者編



●定価:本体4,500円+税
●A5変 ●頁146
●図201 ●2017年
●ISBN978-4-89592-895-3



●定価:本体5,500円+税
●A5変 ●頁312
●図198 ●2017年
●ISBN978-4-89592-896-0

●編集:磯部 光章 東京医科歯科大学特命教授・名誉教授/日本心臓血管研究振興会附属神原記念病院院長
平尾 見三 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科循環制御内科学/心臓調律制御学講座教授/循環器内科科長・不整脈センター長
足利 貴志 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科茨城県循環器地域医療学講座教授
合屋 雅彦 東京医科歯科大学医学部附属病院循環器内科准教授/不整脈センター副センター長
山本 貴信 東京医科歯科大学医学部附属病院循環器内科助教

▶現実の循環器診療では、エビデンスやガイドラインに示された疾患別のスタンダード・原則論が通用しないケースも多い。救急患者・紹介患者を含め難しい患者が集まる東京医科歯科大学の循環器専門医たちが、日常臨床で遭遇する典型的とはいえない症例を提示し、教科書ではわからないリアルな対応と考え方を示す。

[1] 研修医・内科医・コメディカル編では、一般的な症候を中心にしており、循環器診療の基本、非典型例への初期対応、適切なタイミングで専門医に委ねる判断力を身につけることができる。

[2] 循環器専門医志望者編では、複雑な患者に対して大学病院の循環器専門医が行っている最新の検査・治療など、リアルな循環器診療の知識とイメージをつかみ、自身の診療に活かすことができる。総合内科医、救急医にも。

多発性硬化症・視神経脊髄炎診療ガイドライン2017

日本神経学会 ● 監修
「多発性硬化症・視神経脊髄炎診療ガイドライン」作成委員会 ● 編

B5・頁352
定価:本体5,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03060-1

評者 黒田 康夫
福岡記念病院院長

日本神経学会監修の『多発性硬化症・視神経脊髄炎診療ガイドライン2017』が出版された。同学会は2010年に多発性硬化症治療ガイドラインを作成しているが、今回のガイドラインは患者および家族も対象にし、治療だけでなく診断、検査さらには医療経済、社会資源まで診療全般に関するガイドラインになっており、改訂版ではなく内容構成が全く異なる新ガイドラインである。

特徴は診療において問題になる重要事項を漏れなく質問し、回答するQ&A形式で作成されていることである。回答は1990~2015年の25年間に発表された両疾患に関する全ての論文を医学文献検索専門家と疫学専門家も加えた作成委員会で検討した上でなされている。検索された論文には本邦からの小規模の研究報告も無視せずに含まれている。これらの論文を基にしてガイドライン作成委員会は委員の意見が一致するまで協議し、有効のエビデンスがあると意見が一致した治療法は強弱をつけた推奨度を付して紹介されている。作成委員間で意見の一致が得られないあるいは有効の根拠がまだ不十分な治療法は推奨度を付さずに紹介されている。

多発性硬化症では疾患修飾薬による

再発予防が主流になっているが、その種類、効果、副作用、投与方法および薬価まで詳細に説明されており、薬剤の選択に際して極めて参考になる。また両疾患ともにしびれ、運動麻痺、排尿障害など神経症状が急性期を過ぎても残存することが多いが、有効な対症療法も推奨度を付して紹介されているのでありがたい。

今回のガイドラインは患者および家族も対象にして作成されており、医療費補助など利用可能な医療福祉制度が手続きの仕方を含めて紹介されている。さらに診療する医師にとっては、両疾患で行う特殊検査が何回まで保険適用になるかが記載されているので極めて有用である。

本書は多発性硬化症、視神経脊髄炎の診療に関する全てを網羅した秀逸なガイドラインである。このようなガイドラインを作成された松井真委員長および作成委員の諸先生のご努力に敬意を表し、深謝したい。本書は患者、家族を対象にしているのも非常にわかりやすく記述されており、医師だけでなく、医学生、看護師、介護士などの医療福祉関係者の方々にも強く推奨する必携・必読書である。

必携・必読の新診療ガイドライン

組織で生きる 管理と倫理のはざま

勝原 裕美子 ● 著

四六判・頁328
定価:本体2,700円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03013-7

評者 浅井 文和
医学文筆家/元朝日新聞編集委員

広告代理店大手、電通で起きた新入社員の過労自殺が昨年、大きな社会問題になった。会社と上司は労働基準法違反の疑いで書類送検

され、社長は引責辞任した。この会社の中には、異常な長時間労働

を「なんか変だ」と感じていた社員はいたことだろう。それでも、「やっぱり変だ」と問題提起して組織を変えようとした社員はいなかったのだろうか。

本書は、組織の倫理に関する研究書であり手引書だ。組織で起きる倫理的ジレンマについて、具体的な事例を基に検討し、倫理的な意思決定をするためのプロセスを論じている。著者は大学教員を経て、聖隷浜松病院で副院長兼総看護部長を務めてきた。昨年退職され、長年温めてきた研究成果をまとめて本書が完成した。

検討されている事例は、例えば、看

護部長が外科手術での医療事故が隠蔽されている事実を知ったときにどうするか。事例にかかわる医師、看護師ら

多くのメンバーの倫理的課題を分解し、整理し、構造を明らかにしていく。読者は提示された問いに答えていくうちに、倫理的な意思決定が身についていくという仕組みだ。

このような具体例は看護の現場で起きたことなのだが、倫理的ジレンマは看護の世界だけで起きているわけではない。会社や官公庁、学校、病院など、あらゆる組織が倫理的ジレンマを抱えて苦しんでいる。

現実には、倫理的問題の当事者であってもなかなか直視して取り組めない。どうしていいかわからない。倫理的リーダーシップを発揮できない。意思決定するのが難しい。「個人的に

組織の倫理的問題を 考える道しるべに

皮膚科診断トレーニング

専門医が覚えておきたい100疾患

石河 晃 ● 監修
「臨床皮膚科」編集委員会 ● 編

B5・頁216
定価:本体9,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03198-1

評者 田中 勝
東女医大東医療センター皮膚科部長

どんな本か?

本書はひとこと言うと、既に雑誌『臨床皮膚科』に論文としてきちんとまとめられた症例の中から、特に重要と考えられる疾患100症例を抜粋し、クイズ形式でまとめたものである。

100症例は、皮疹から14の章に分けられ、各問には、難易度を表す★が1~3個付けられている。各症例、表に臨床写真を中心とした問題、ページをめくと裏に組織所見と解説というパターンで構成されている。

写真と図がメインで文字が少ないという、読者にとって読みやすくうれしい構成である。

誰が読むべきか?

はっきり言って、皮膚科医全員が読むべきである。

特に、皮膚科専門医として診断能力を高めたい人と、皮膚科専門医受験前の人には必修である。皮膚科医にとって診断力の向上ほど大切なものはない。

このような本のありがたみは計り知れない。時間のないわれわれ医師にとって、簡潔にまとめられたクイズ形式の症例集というのは、時間を節約しながら知識の吸収に最大限の効果をもたらすものだ。次の100問が第2集として出版されるのが楽しみでならない。

どのように読むべきか?

読み方は人それぞれかもしれない。もちろん、端から一気に読むという方法もあるが、私は興味があるところ、気になるところから読み、途中から加速して一気に読み終わるという方法の一つ提案する。

まず、裏表紙に10×10のマスを

は長時間労働は健康に良くないと思うけど、管理職としては無理をしてでも仕事を期限内に完成させなければならぬ」などと、異なった役割の間で葛藤する。

本書で展開される倫理的検討のプロセスは、長く会社組織の中にいた私には非常に貴重なものに見える。このような組織倫理の問題を系統立てて論議する機会が日本の会社組織では得難いからだ。組織の倫理的問題をどうとらえたらいいのか、学ぶ機会もほとんどない。経営倫理学について本書が「米国のビジネススクールでは当たり前のように教授されている科目であるが、残念ながら、日本ではいまだに一

書き、1~100の番号を入れる。目次を見て、最も気になる皮膚症状の項目を選んで、そのページに進む。難易度の★を確認し、初学者は★の問題、診断に自信のある人は★★の問題を選んで読むのである。1問読み終わったら裏表紙に戻って該当するマス目に斜線を入れる。これを繰り返すうちに、大部分のマスが斜線で埋まることになり、全部埋めるのが楽しみとなって、最後は学習が加速すること間違いなしである。せっかくの良い本も途中でやめたらもったいない!

お薦めの理由

本書をお薦めする第1の理由は、「日常診療で遭遇しにくい、遭遇しても知らなければ診断できないような重要疾患をそろえている」という点である。日常的に頻繁に接する疾患は誰でも診断に迷うことはないが、たまにしか遭遇しない病気というのはよほど日常的に意識していたり、論文を読んだり、学会に参加したりしていないと、頭に浮かばないものである。しかしながら、多くの先生方は日常が極めて多忙であるため、論文を読む時間は圧迫され、次第に減少しているに違いない。だからこそ、本書を利用することで、短時間に効率良く、たくさんの論文を読むことに匹敵する知識が得られるのではないだろうか?

第2に、写真がきれいで文字が少なめである、という点もありがたい。解答と解説が簡潔で明快である。

要するに、皮膚科専門医にとって大事な疾患をととも勉強しやすい!ということだ。

一般的とはいえない」(p.220)と指摘している通りだと思う。

そういう意味で、本書の読者を病院の看護部長、看護師長だけに限るのはもったいない。ビジネス書として、会社の管理職が読んでも、目の前に直面した複雑に入り組んだ倫理的ジレンマをどう考え、どう意思決定したらよいかのヒントがある。管理者の役割とは何かを見つめ直すことができる。

倫理的な意思決定のプロセスは、すっきり爽やかに割り切れるものではない。道徳的苦悩に満ちている。時として苦悩の大きさに圧倒されそうになる。だからこそ、道しるべになる本書の価値はかけがえのないものに思える。

ぱっと見開き すっきり理解
医学・看護・コメディカル、学生からプロまでずっと使える
カラー図解シリーズ最新刊

カラー図解 よくわかる生理学の基礎 第2版

Color Atlas of Physiology, 7th Edition

▶左頁に簡潔な解説、右頁に工夫されたイラストを配し、効果的な学習をサポートする「カラー図解シリーズ」最新刊。コンパクトながら生理学におけるさまざまな領域の基本的な知識を網羅。改訂に際し、臨床医学に関する記述を青色傍線で明示、また病態生理・臨床キーワードを各頁下部に記載し、臨床との関連付けを強調した。さらには姉妹書「カラー図解 症状の基礎からわかる病態生理」併読により、一層理解が深まる。初学者から専門職までずっと使えるアトラス&テキスト。

監訳:佐久間 康夫 東京医療学院大学学長/日本医科大学名誉教授

定価:本体6,800円+税
A5変 頁456 図201 2017年
ISBN978-4-89592-893-9

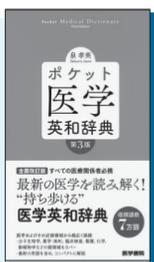
TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

ハンディで便利な医学英和辞典。海外の文献を読みこなす際に傍らに置きたい

ポケット医学英和辞典 第3版

海外の文献を読みこなす際に役立つポケットサイズの英和辞典が15年ぶりに全面改訂。医学用語を中心に、薬学や検査・看護用語なども幅広く収録。また重要な単語には訳語だけでなく解説も付し、実用性も満点。歴史的に意味のある用語や医学文献で汎用される一般用語・略語も可能な限り収録した。また、ノーベル賞受賞者を中心に人名も充実している。ポケットサイズでありながら強力な味方となる英和辞典。収録語数は7万語。

編集 泉 孝英
京都大学名誉教授/京都健康経営研究会理事長
編集協力 八幡三喜男
大阪北通信病院名誉院長
長井苑子
京都健康経営研究会副理事長・中央診療所所長
伊藤 稔
名古屋市立大学大学院呼吸器・免疫アレルギー内科学講師
Simon Johnson
(英語) 論文作成指導業



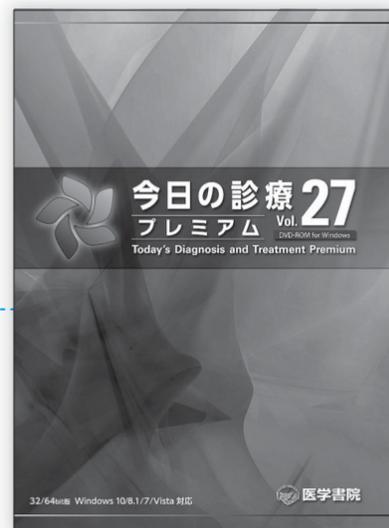
新書判 頁1282 2017年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02492-1]

医学書院

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

今日の診療 プレミアム Vol.27

監修 永田 啓
滋賀医科大学医療情報部 教授



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」でも検索可能)。Vol.27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」「今日の整形外科治療指針」「今日の精神疾患治療指針」の5冊を改訂。検索書籍リストのカスタマイズ機能を新規搭載。スマートフォンやタブレット端末でも利用可能な「Web閲覧権付」。さらにデータはPCにインストールできます。

今日の診療 ベーシック Vol.27

DVD-ROM for Windows

医学書院の書籍8冊を収録、Vol.27では、8冊のうち「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」「今日の整形外科治療指針」の4冊を更新。検索書籍リストのカスタマイズ機能を新規搭載。

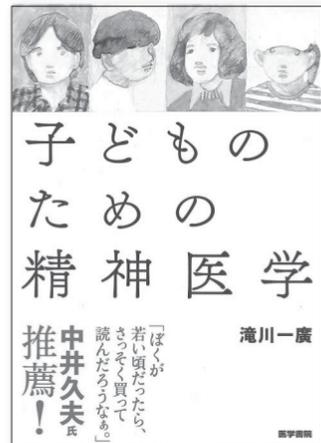
- DVD-ROM版 2017年 価格:本体59,000円+税 (JAN4580492610223)
- DVD-ROM版 2017年 価格:本体78,000円+税 (JAN4580492610209)

- DVD-ROM版 2017年 価格:本体78,000円+税 (JAN4580492610209)

素手で読める児童精神医学の「基本書」。
子どもの〈こころ〉にかかわるすべての人へ

子どものための 精神医学

滝川一廣



発達障害? アスペルガー症候群? 知的障害? 自閉症? ADHD? LD? とところでスペクトラムって何? 一本書を読めば、錯綜する診断名を「認識と関係の座標軸」のもとに一望できるようになる。読めば分かるように書いてある、ありそうでなかった児童精神医学の基本書。事例の機微をすくい上げる繊細な筆さばき、理論と実践の生き生きとした融合、そして無類の面白さ! マニュアルでは得られない「納得」がここに。

- A5 頁464 2017年 定価:本体2,500円+税 [ISBN978-4-260-03037-3]



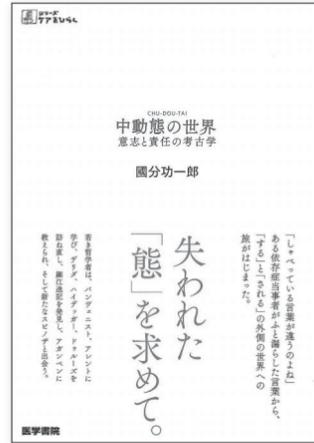
失われた「態」を求めて——
《する》と《される》の外側へ

中動態の世界

意志と責任の考古学 國分功一郎

自傷患者は言った「切ったのか、切らされたのかわからない。気づいたら切れていた」。依存症当事者はため息をついた「世間の人とは喋っている言葉が違うのよね」——当事者の切実な思いはなぜうまく語れないのか? 語る言葉がないのか? それ以前に、私たちの思考を条件付けている「文法」の問題なのか? 若き哲学者による《する》と《される》の外側の世界への旅はこうして始まった。ケア論に新たな地平を切り開く画期的論考。

- A5 頁344 2017年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-03157-8]



より見やすく、より分かりやすく、待望の改訂第3版

片麻痺回復のための 運動療法

第3版 [DVD付]

促通反復療法「川平法」の理論と実際

川平和美・下堂蘭恵・野間知一

脳卒中後の片麻痺に対する運動療法として広く認知されている「川平法」こと、促通反復療法について基礎編/実践編の2部構成、フルカラーで解説。基礎編では臨床研究とエビデンス、実践編では治療者がどのように患者に手技を行うかについて1コマ1コマの写真を用いて丁寧に解説。前版から好評のDVDも内容をすべて見直し、上肢・下肢を中心に70手技の動画を収録、読者のさらなる理解が得られるよう工夫されている。



- B5 頁224 2017年 定価:本体6,200円+税 [ISBN978-4-260-02216-3]

Essence for Resident

著 天沢ヒロ シリーズ

◎抗菌薬をとことんまとめました

わかる抗菌薬

- A5 頁212 2017年 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-02876-9]

◎抗菌薬の使い方、キホンのキ

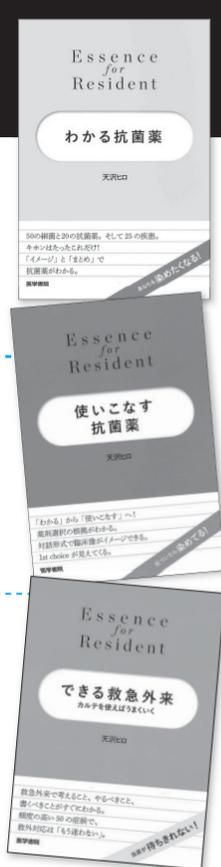
使いこなす抗菌薬

- A5 頁262 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02878-3]

◎当直が待ちきれない!

できる救急外来

- A5 頁352 2017年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-03028-1]



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp