

2020年3月16日

第3363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

- [対談]問診で絞り込む神経症状(黒川勝己、中西重清)……1-2面
- [寄稿]地域に軸足を置いた抗菌薬適正使用を(林俊誠)……3面
- [連載]フランス医療制度のいま……4面
- [連載]図書館情報学の窓から……5面
- MEDICAL LIBRARY……6面

対談

レッドフラッグを見逃さない、もうひと言を!

問診で絞り込む神経症状



黒川 勝己氏
川崎医科大学総合医療センター
内科副部長/特任准教授

神経疾患の鑑別を「苦手」「難しい」と感じる方は多いのではないかと。頭痛、めまい、しびれなど、日常診療でよく遭遇する神経症状の中には、時に重篤な疾患が潜んでいることがある。そこで、神経非専門医(以下、非専門医)に求められるのが、重篤な疾患(レッドフラッグ)を見逃さないための病歴聴取(問診)だ。

本紙同名連載(2013年10月~2014年9月)の『“問診力”で見逃さない神経症状』(医学書院)がこのたび書籍化された。著者で脳神経内科医の黒川勝己氏と、プライマリ・ケアの現場で診療を行う中西重清氏は、かつて市中病院と開業医院の間で患者を紹介し合う関係だった。その2人が、経験症例を交え病歴聴取のポイントについて議論。黒川氏の口からは、病歴聴取の大切さを強調するきっかけとなったある症例が語られた。



中西 重清氏
中西内科 院長

中西 一般外来の初診において「わからない」症状・症候のパターンに、神経疾患、内分泌性疾患、心因性疾患があります。実際に、頭痛やめまい、しびれなど、神経症状を訴える患者さんを診る機会は多くあります。しかし、「おかしいな」と疑っても、自信を持って診断できない難しさがあります。

黒川 中西先生のようにプライマリ・ケアの現場で患者さんを診ていらっしゃる非専門医にとって、神経症状は難しいと感じる理由は何でしょう。

中西 患者さんの主訴からだけでは、神経疾患との関連を判断できないことです。例えば、手のしびれから脳や脊髄の疾患をとっさに思い浮かべられません。

黒川 それに、主訴が神経症状であっても、その原因の全てが神経疾患とは限りません。歩けなくなった原因が熱性疾患である場合も多いですし、一過性意識消失の原因が不整脈など循環器疾患である場合もあります。多岐にわたる原因が想起される神経症状から、どう診断に近づき、どのような時に専門医に紹介すればよいかの判断も、非専門医が神経症状の診察を難しく感じる点ではないでしょうか。

コモンな神経症状に潜む重篤な疾患を見逃さない

中西 神経症状を訴える患者さんを非

専門医が診る際、まず何に注意すべきでしょうか。

黒川 最も大切なことは重篤な疾患を見逃さないことです。危険な疾患の可能性を常に検討し、疑わしければ専門医に紹介してください。そこで重要となるのが、病歴聴取です。

中西 黒川先生が安佐市民病院に在籍した当時、市中病院の一般内科医や開業医に向け、神経診察の教育に尽力してくださいました。患者の紹介時や研修会で病歴聴取のアドバイスを受ける中、「わからない」症状からだんだんと具体的な神経疾患を考えられるようになりました。

黒川 病歴聴取は、神経学的所見や画像検査よりも重要だと考えています。的確な病歴聴取により、短時間のうちに診断を絞り込めるからです。

ただし、確定診断に至るまでの的確な病歴聴取ができるようになるためには、疾患に対する豊富な知識が必要です。さまざまな疾患に対する知識を基に病歴聴取を行い、そして疾患を絞り込んでいくわれわれ脳神経内科医は、重篤な疾患かどうかの病歴聴取を最初に必ず行っています。

重篤な疾患を見逃さない臨床力が求められるプライマリ・ケアの現場では、脳神経内科医の診察で初めに行われる病歴聴取のポイントを押さえていただきたいです。

中西 黒川先生が病歴聴取を重視する

きっかけは、何かあったのでしょうか。

黒川 はい。頭痛を主訴にかかりつけ医を受診した60代男性の症例です。この方は、医師に「肩こりはあるか」と聞かれ、緊張型頭痛と診断されて帰されました。ところがその夜、自宅で倒れ救急搬送されたのです。原因は片頭痛や緊張型頭痛のような一般的な疾患ではなく、重篤な疾患であるくも膜下出血でした。

中西 見逃してはならない徴候が何かあったのでしょうか。

黒川 くも膜下出血を疑う明らかな項部硬直もなかったそうです。大切なのはやはり病歴です。患者本人の日記に、「朝、昆布茶を飲んだ瞬間に頭痛がドーンときた」という内容が書かれていました。緊張型頭痛はドーンときません。くも膜下出血は1回目に「警告出血」と言われる小さな出血が起こり、2回目に起こる出血が致命的とされます。残念ながらこの患者は亡くなってしまいました。

中西 初診時に何を聞いておけばよかったのでしょうか。

黒川 「頭痛が起こった瞬間何をしていましたか?」「このような頭痛は初めてですか?」という質問です。頭痛診療で大切なのは、片頭痛や緊張型頭痛といったコモンな一次性頭痛と診断する前に、重篤な二次性頭痛を見逃さないことだと思います。われわれは頭痛のレッドフラッグとして、①突然

発症の頭痛と、②New headache(このような頭痛は初めてと言える頭痛)の2点を挙げて、必ず最初に聞くようにしています。この患者も受診時に、「頭痛は突然きたか」さえ聞いていれば、重篤な疾患と気付けたはずなのです。中西 肩こりから緊張型頭痛と判断してしまい、危険なサインを見落としてしまったわけですね。

黒川 ええ。病歴聴取の重要性を強調するきっかけとなったこの患者は、実は私の父なのです。当時既に自分が脳神経内科医になっていたが、父を救えませんでした。

先生方は皆、患者さんを救いたいとの思いで診察していらっしゃると思います。だからこそ、コモンな神経症状に潜む重篤な疾患を見逃さないために病歴聴取が大切だと強調しています。

一過性意識消失、明確な誘因がなければ専門医に紹介を

中西 頭痛に次いで突然の「意識消失」も問診の際に注意したい症状です。

黒川 一過性意識消失の主な原因はてんかんや失神です。その他に、頻度は高くありませんが椎骨脳底動脈系の脳血管障害や心因性などがあります。失神は、心原性失神とそれ以外に大きく分けられ、最も見逃したくないのは心

(2面につづく)

「問診力」で見逃さない神経症状
History is everything!
黒川勝己 園生雅弘
頭痛、めまい、しびれ、意識消失...
コモンな神経症状鑑別のキモは「病歴聴取」にあり!
【週刊医学界新聞】の人気連載を書籍化

「問診力」で見逃さない神経症状
著: 黒川勝己 園生雅弘

重篤な疾患を見逃さない、問診の技術
神経疾患の詳しい知識がなくても、神経学的診察が苦手でも、「問診だけ」で鑑別疾患はここまで絞り込める!『週刊医学界新聞』の好評連載が待望の書籍化。「頭痛」「めまい」「しびれ」「意識消失」などよく診る神経症状について、Common(一般的)な疾患を見分け、Critical(重篤)な疾患を見逃さない「問診力」が身につく1冊。

医学書院
目次
第1章 総論
・非専門医が神経症状を診るために必要なスキルとは?
・コモンな症状を診るための「問診力」とは?
第2章 よく診る症状別症例集
・頭痛
・めまい
・しびれ
・一過性意識消失
・その他の症状
● A5 頁150 2019年 定価: 本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-03679-5]
詳細はこちら
QRコード

<出席者>

●くろかわ・かつみ氏

1989年広島大卒。同大病院等を経て、2000年川崎医大神経内科講師。02年米アラバマ大に留学。帰国後、広島市立安佐市民病院にて地域の神経内科医療の充実に力を注ぐ。川崎医大病院神経内科准教授、広島市民病院神経内科主任部長、大田記念病院神経内科部長を歴任し、19年より現職。日本神経学会神経内科専門医。著書に『“問診力”で見逃さない神経症状』(医学書院)、『神経症状の診療に自信がつく本』(カイ書林)。

●なかにし・しげきよ氏

1977年日医大卒後、広島市立安佐市民病院(呼吸器内科、内科一般)などの勤務を経て、91年中西内科を広島市安佐北区に開設。2004年より安佐市民病院臨床研修指導医、広島大総合内科・総合診療科臨床教授(医学部学生実習)を兼任。16年に開業医による医師のための勉強会「21世紀適々斎塾」「合水塾」を立ち上げ、「万年研修医」の気持ちを持つ医師や若手と互いに刺激合って勉強を続けている。

(1面よりつづく)

原性失神です。心原性失神には致死性不整脈や器質的心疾患など極めて重篤な疾患が含まれるからです。

中西 気を付けるために、どのような病歴聴取が必要でしょう。

黒川 われわれは必ず、明確な誘因の有無を確認するようにしています。血管迷走神経性失神では、長時間の起立・緊張や、恐怖・痛み・驚愕などの情動ストレスといった明確な誘因があるはず。もし誘因が明らかでなければ、血管迷走神経性失神以外の病態(疾患)が考えられますので、専門医へ紹介してください。

先日、一過性意識消失で救急搬送された90代の患者さんがいました。明らかな誘因はなく、血管迷走神経性失神は否定的で、高齢発症のてんかんを疑いましたが、救急搬送時に吐いていたことが病歴でわかりました。また、診察時にも嘔吐していた。一般に、てんかんであれば意識が戻った後に頻回に吐くことはありません。

中西 吐いたとなると、鑑別に何を挙げればよいのでしょうか。

黒川 例えばワレンベルグ症候群や、小脳の血管障害です。この患者は脳幹症状や明らかな四肢失調は認められず、頭部MRIの拡散強調画像で異常所見はありませんでしたが、脳血管障害を強く疑い、当院脳卒中科に治療を依頼しました。すると、翌日再検した頭部MRI画像には小脳に脳梗塞が出現していたのです。

中西 病歴聴取によって画像検査の結果よりもいち早く絞り込めたわけですね。

黒川 はい。その結果、すぐ治療を開始できました。

中西 病歴を聴取しないまま画像検査に頼るのではなく、ここに疾患があると病巣を仮定した上で画像検査を行う。そうでないと、画像検査が無駄になるばかりか、早期発見の機会を逸してしまいます。非専門医では相当な経験がないと自信を持って判断できない

面もあるため、レッドフラッグを疑ったらずに専門医へ紹介するのが望ましいですね。

黒川 おっしゃる通りです。今回の原因は、てんかんや失神ではなく、まれな椎骨脳底動脈系の脳血管障害でしたが、診断にたどり着けたのは、レッドフラッグをまず確認したからです。確定診断は脳神経内科の専門性に任せ、非専門医の先生には何より、レッドフラッグを含め病歴聴取のポイントを押さえていただきたいです。

「しびれ」や「震え」からどう診断に迫る？

中西 コモンな症状に「しびれ」があります。しびれの病歴聴取で注意したい点がありますか。

黒川 初めに、患者の訴えているしびれが麻痺や動かしにくさに伴う運動障害なのか、感覚鈍麻や異常感覚による感覚障害なのかを明らかにします。その上で脳血管障害やギラン・バレー症候群などの重篤な疾患を見逃さないように病歴聴取をします。

中西 ギラン・バレー症候群も特有の症状がありますね。以前、「風邪みたく、急に動けなくなった」という患者さんが来ました。身体の片側だけ悪ければ脳血管障害を疑うのですが、両脚が立たない。さすがに見当がつかず、黒川先生に紹介したところ、ギラン・バレー症候群とわかりました。突然歩けなくなって来るとは思わず、驚きました。でも、一度特徴を知ったことで、その後何度も気付くことができました。黒川 ギラン・バレー症候群は、下痢や呼吸器感染症の後に急性発症する四肢麻痺を主徴とする末梢神経疾患です。発症早期に治療を開始することが重要であり、呼吸不全を来し得るため、脳血管障害と同様、ギラン・バレー症候群も神経救急疾患です。

急性発症の四肢麻痺の最も多い原因疾患であり、先行感染が7割の患者で確認できます。「急性発症の四肢麻痺・しびれ」と「先行感染」という病歴聴取によって、ギラン・バレー症候群を疑っていただきたいです。

中西 「震え」もよく出会う症状です。中には、神経難病を疑う患者さんもいるので気を付けたいものです。

印象に残るのが、「手が震えるんです」と言って来院し、私が初めてパーキンソン病と診断した患者さんです。「パーキンソン病は体の片側から発症する」との黒川先生の教えを思い出し、診察室内で歩行試験を行いました。すると、歩き始めた途端に右手だけが震え始めたのです。

黒川 先生の見立ての通り、パーキンソン病でした。パーキンソン病では一般に症状に左右差があるのが特徴です。また、パーキンソン病の震えは、静止時が主体ですが、歩行時に手の震えがはっきりとする方がおられます。震えがどちらの手から始まったのか、どのような時に震えるのかを病歴や診

察で確認することがとても有用です。中西 歩行時の手の震えから「これはパーキンソン病だ!」と確信できました。

診断はハンマーによる神経学的検査や画像検査が必須と考えていましたが、診察を1つ加えるだけで診断を絞り込めるのだと実感しました。

黒川 パーキンソン病は、コモンな疾患です。発症後、早い段階で診断をつけて治療につなげることは患者さんのQOLのためにも大切です。また、治療薬も多く、薬剤トリハビリテーションによる早期の適切な治療で症状も軽快します。

中西 黒川先生から「よく診断できましたね」と言われたときは、小学生がテストで良い点数をもらったようにうれしかったのを覚えています。

黒川 中西先生のように、神経症状を最初に診るかかりつけ医や一般内科の先生方がパーキンソン病を疑ってくださることは、本当に重要なことだと思います。

神経難病 ALS も日常生活動作やピクつきから疑う

中西 複数疾患を抱え、中には神経難病を思い来院する高齢者が増えています。予想以上に診る機会が多いと感じるのが筋萎縮性側索硬化症(ALS)です。2年に1例ほどの頻度で当院に患者さんが来ます。ALSの患者さんに共通するのが、「ペットボトルの蓋やアルミ缶が開けられない」「文字がうまく書けなくなった」との訴えです。黒川 中西先生から以前、「ALSではないか」と紹介を受けたときは驚きました。まだ親指の症状が出ただけで、その他の症状がない初期の段階でした。今でこそ「スプリットハンド(split

hand)症候群」の名が付き、親指側の筋萎縮が小指側よりも強ければALSを疑うとされますが、脳神経内科医でも見逃すことがあるのではと思うような段階での紹介でした。

中西 ALSの病歴聴取で確認しておきたいことはありますか。

黒川 体の「ピクつき」です。線維束性収縮とってALSに特徴的な所見です。頸椎症や腰椎症で手術をする前に脳神経内科に紹介されると、ピクつきの有無を全例必ず聞くようにしています。ALSは脊椎などの手術によって筋力低下が進行してしまうからです。

中西 筋肉のピクつきは、「体重が減った」「力が入らない」といった症状と異なり患者さん本人もあまり困らないため、聞かれないと意識しないのでしょうか。黒川 そうですね。ピクつきの有無の確認は、原因不明の体重減少や筋力低下がALSによるものだと診断するきっかけになるので重要です。

中西 パーキンソン病同様、ALSは早期に発見する意義の大きい疾患のため、プライマリ・ケア医による診断が役立つと思います。

黒川 おっしゃる通りです。たとえ治らない病気であっても、症状が顕著でない早期に診断がつくことで、患者さんやご家族と今後の見通しや治療方針について時間をかけてお話しできるからです。

QOLの良好な時間を少しでも長く有意義に過ごしてもらうためには、初療での発見が鍵を握ります。

中西 紹介した患者さんはその後、黒川先生が当院に返して下さったことで、主治医として本人や家族の側で見守ることができました。自宅で最期を迎えるまで責任を持って診るという、開業医の使命を果たした経験にもなりました。

「患者はあなたに診断を告げてくれている」

中西 一つ、専門医の先生方にあります。それは、紹介した患者が、どのような診断だったかフィードバックすることです。専門性を要する疾患は、診断や治療方針が適切か答え合わせする必要があります。それを受けてプライマリ・ケア医も学び、経験を積み重ねることで自信を深めていけるはず。黒川 中西先生のように、神経難病も含めてさまざまな疾患を持つ患者さんをまるごと診てくださる先生方に頭が下がりますし、感謝しております。

脳神経内科医はまだ不足していて、多くの非専門医の先生に助けられています。これからもそのような先生方に神経疾患の診断とその後の治療方針についてお伝えしたいと思います。中西 開業して30年になる私が最近特に意識しているのは、病気について学び続けることです。中でも神経疾患を学ぶのは楽しいですね。学びがすぐに患者さんの役に立つからです。神経症状は診断が難しく、専門医に紹介すべきか判断に迷う方も、黒川先生のノウハウが詰まった、『“問診力”で見逃

さない神経症状』に目を通せば、日常診療に役立つでしょう。

黒川 中西先生のように楽しく学んでいただければありがたいです。本書にある神経症状の診かたは共著者の園生雅弘先生(帝京大)にご教示いただいた内容であり、脳神経内科医に求められるジェネラリストの素養は中西先生に教えていただきました。学び続ける大切さをあらためて実感しています。

中西 そして、忘れてはならないのが患者さんからも学ぶことです。オスラーが言っていますね。“Listen to the patient, he is telling you the diagnosis”(患者の話に耳を傾けなさい。あなたに診断を告げてくれているのだから)と。患者さん自身が自分の病気を一番よく知っています。

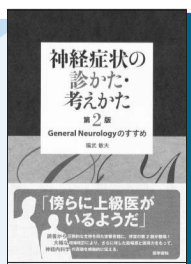
黒川 神経症状は、患者さんに教えてもらうことは実に多いですね。本書に載せた病歴聴取のポイントは、私が園生先生や患者さんから学んだことを基に書いています。患者さんやその家族の方のQOL向上に、少しでもお役に立てれば幸いです。(了)

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述と、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



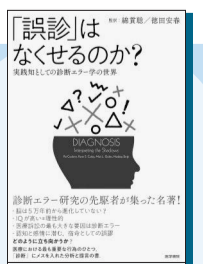
診断にメスを入れた、世界的名著

「誤診」はなくせるのか? 実践知としての診断エラー学の世界

Diagnosis; Interpreting the Shadows

どのような名医でも誤診をする。一方、診断エラーは医師の能力不足だけで起こるわけではない。認知科学、行動経済学、脳科学などの最新研究を用い、目にも見えないくつもの原因をひとつずつ解明する、診断を客観的に分析した世界的名著の邦訳版。

監訳 綿貫 聡 徳田安春



寄稿

地域に軸足を置いた抗菌薬適正使用を

林 俊誠 前橋赤十字病院感染症内科 副部長

ある地域の病院があらゆる院内感染対策に注力した。しかし、耐性菌に苦しむ患者は一向に減らなかった。院外にも軸足を置いて対策を広げたら、まさか、耐性菌が減り始めた――。

今からちょうど30年前に『院内感染』(河出書房新社、1990年)という書籍が出版され、以来、耐性菌を広げない感染管理や耐性菌を作らない抗菌薬適正使用に目が向けられる時代となりました。しかし、「院内」の感染対策に注力するだけでは、病院の耐性菌は減らせません。「院外」、すなわち地域全体での抗菌薬適正使用に着目すべきです。

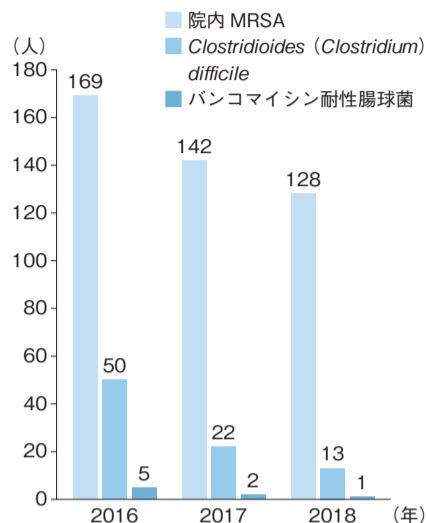
例えば、当院の全入院患者に抗菌薬を使用したとして、その人数は最大でも1日に555人です。しかし内科・歯科の診療所が大部分を占める、当院の登録医640施設の外来ではもっと多数の患者に抗菌薬が処方されている可能性があります。耐性菌に苦しむ患者を本当に減らしたければ、地域の医師会・歯科医師会や診療所が外来で担う抗菌薬適正使用にアプローチする重要性が見えてきます。

アンチバイオグラムを地域の開業医に公表する

当院が位置する群馬県は2016年、第3世代セファロスポリン系薬耐性大腸菌の分離率の高さが東日本第1位でした¹⁾。このような結果を生んだ感染症診療(抗菌薬適正使用)の背景は、おそらくどの地域でも同じであろう2つの課題が考えられます。すなわち、不適切な抗菌薬選択と、本来不必要な処方です。

そこで、まず取り組んだのは抗菌薬選択の問題でした。開業医に課題を聞くと、培養を出しても保険請求で査定されることがある、培養は外部委託になるから結果判明まで5~6日間要するなど、大規模病院の中からは見えない問題が浮上しました。これではより広域の抗菌薬選択となり、経口第3世代セファロスポリン系薬が頻用されるのも当然です。しかし第3世代セファロスポリン系薬を選択しなくてもよい、選択しないほうがよい菌・感染症が多いことも事実で、それをどう伝えるかに苦心していました。

そこで考えたのが、当院の微生物検査統計情報「アンチバイオグラム」を当院に登録されている全ての診療所に配布する案です。アンチバイオグラムには例えば、咽頭炎や丹毒を起こすよ



●図 前橋赤十字病院における耐性菌検出患者数の推移

うな連鎖球菌では現在でもペニシリンや第1世代セファロスポリン系薬の感受性が100%であること、大腸菌のキノロン感受性は60%に低下しており、尿路感染症のFirst choiceとしての役割よりも副作用リスクのほうがもはや上回るなど、抗菌薬選択を行う上で欠かせない情報が満載されています。

院外に目を向けた薬剤耐性対策が功を奏す

当院の採用抗菌薬や、院内で使用している疾患別推奨処方薬の一覧表も同時に配布しました。当院は高度救命救急センターを有し、県内の最重症患者を診察する地域の基幹病院です。これだけ重症な患者の診療においても、経口第3世代セファロスポリン系薬を一切使用せずに温存し、ペニシリンなど「古典的」な抗菌薬で問題なく診療が行えていることを登録医の先生方にお伝えしたかったのです。蜂窩織炎でこの菌が疑われればコレ、腎盂腎炎や肺炎でこの菌が疑われる場合はコレ、慢性誤嚥ではコレ……などと具体的に推奨抗菌薬を記載し、診療で忙しい診療所の先生の目にも留まるように工夫しました。

次に取り組んだのは本来不必要な処方の削減です。厚労省から「抗微生物薬適正使用の手引き」という素晴らしい資料²⁾が出ています。これには、抗菌薬を使用すべき状況、使用せずに慎重に経過を見るべき状況についてわかりやすく書かれています。しかし診療で忙しい中、自身でわざわざウェブサイトからダウンロードして印刷して読んで……というのは手間が掛かり過ぎます。ダイジェスト版頒布の機会がちょうどあったので、650部を頂戴して



●写真 eBAS研究会で行うグラム染色実技講習会の様子

アンチバイオグラムや採用抗菌薬一覧、推奨薬一覧と共に当院の登録施設に配布しました。

その結果、診療所の医師から「『手引き』のおかげで自分の処方が変わった。ペニシリンでまだまだ治せるものだね」とうれしい言葉を複数いただきました。それだけでも達成感があつたのですが、効果はこれにとどまりませんでした。なかなか減らなかった院内の耐性菌検出数がついに減り始めたのです。2016年の取り組み開始から3年間で院内MRSA感染患者数は24%減少、Clostridioides (Clostridium) difficile感染症患者数はなんと74%も減少しました(図)。院内でこれまでさまざまな方策を行っても減らせなかったのが、驚きの結果でした。地域病院の「院内」感染を減らしたいのであれば、むしろ「院外」に目を向けて対策することこそが必要であると実感しました。皆さんの病院でも、地域にまで広げた薬剤耐性対策を始めてみませんか？

グラム染色実技講習会で判読の不安を解消する

抗菌薬が不適正に使用される理由のほとんどは起病菌が推定できないからです。その感染臓器に菌がいるのか、いないのか。もし菌がいるならば何の菌なのか。それが瞬時にわかる簡便で安価な検査があればいいのに、と思ったことはありませんか？ グラム染色

●はやし・としまさ氏

2008年群馬大卒。武蔵野赤十字病院、国立国際医療研究センター病院で専門研修後、14年に前橋赤十字病院に赴任。15年に群馬県初の感染症内科を立ち上げ感染管理室長を兼任する。モットーは「グラム染色なしに、感染症診療なし」。耐性菌に苦しむ患者ゼロをめざし活動している。



ならば、ものの数分でその願いを叶えてくれます。しかし、染色手技は簡単でも、その染色像の判読(鏡検)が難しいと思われており、気後れや不安を感じる医療従事者が多い検査です。

NPO法人EBIC(Evidence-Based Infection Control)研究会はその不安を解消すべくグラム染色実技講習会を2013年から毎年開催し、グラム染色を活用した抗菌薬適正使用の普及啓発活動を行ってきました。これらの取り組みは、2019年に第2回薬剤耐性(AMR)対策普及啓発活動表彰・厚生労働大臣賞を受賞しました³⁾。2019年以降は、私が会長となったeBAS(evidence-based antimicrobial stewardship)研究会がグラム染色実技講習会を引き継ぎ開催しています(写真)。

たった1日の集中コースで実際にグラム染色を行ったり、29症例の実際のスライド標本を観察したりして、翌日から自信を持って日常診療にグラム染色が活用できるようになります。参加者の高い満足度で評判となり、毎年キャンセル待ちが出るほど人気の講習会です。2020年も11月頃に講習会を開催予定ですので、詳細はeBAS研究会ウェブサイト⁴⁾をご確認ください。

*

2020年は、「薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン」が掲げる目標に向けて取り組む最後の年です。皆さんの地域におけるAMR対策の見直しに絶好の機会です！

●参考文献・URL

- 川上小夜子, 他. JANIS 検査部門報告 2016 年都道府県別「特定の耐性菌」と「CRE」. 日本臨床微生物学会発表ポスター. 2018. <http://bit.ly/2HUJG05>
- 厚労省健康局結核感染症課. 抗微生物薬適正使用の手引き 第二版. 2019.
- 国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター. 多職種協働を目指した、13年間の AMR 対策普及活動. 2019. <http://amr.ncgm.go.jp/case-study/005.html>
- eBAS 研究会ウェブサイト. <http://ebas.kenkyukai.jp/>

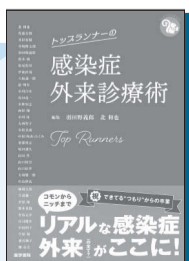
これぞリアルな感染症外来！ もう“できてつもり医”とは呼ばせない！

<ジェネラリストBOOKS>

トップランナーの感染症外来診療術

シリーズ(ジェネラリストBOOKS)の1冊。外来で遭遇する感染症への基本的な対応からワンランク上の対応までをまとめるもの。この領域のトップランナーたちが、診療の基本からよりアドバンスなテクニックまでを自身の診療や過去の経験などを踏まえながら解説。著者の失敗談やそこから学んだことなどについても紹介しており、「本書を読めば外来で診る感染症診療の質が上がる！」と言っても過言ではない充実の内容。

編集 羽田野義郎
北 和也



抗菌薬、なんとなく選んでいませんか？
的確な狭域化・処方変更を本書でマスター！

これでわかる！ 編集 藤田 直久

抗菌薬選択
トレーニング

感受性検査を読み解けば処方が変わる！

薬剤感受性試験結果の見かた、教えます！ 抗菌薬を処方する際には、感染症と抗菌薬の知識はもちろんですが、薬剤感受性試験結果を読み解く力も大変重要です。ところが、今までのこの部分にスポットをあてた書籍はほぼ皆無でした。本書では、約60問の精選問題に取り組んでいただくことで、実践で役立つ基礎力が身につくようになりました。抗菌薬適正処方とAMR対策に、医師のほか、ASTにかかわる薬剤師・臨床検査技師にもおすすめです。



こちらから
書籍の詳細が
ご覧いただけます

菌トレ
しようぜ！



●B5 頁194 2019年
定価:本体3,600円+税
[ISBN978-4-260-03891-1]

フランス医療制度のいま

第2回

公的緊急医療サービス：SAMU

奥田 七峰子 日本医師会総合政策研究機構フランス駐在研究員/医療通訳

救急車はさながらミニICU

仏国の公的緊急医療サービスであるSAMU (Services d'Aide Médicale Urgente) は、各県に1か所以上、全国105か所設置されている。全国共通のダイヤル15に電話するとSAMUにつながる。SAMUが送り出す救急車(SMUR)の中はミニICUのようになっており、患者に必要なクリティカルケア(例:トロポニン測定→ヘパリン、人工心肺、蘇生、外科処置等)を車内で施しつつ病院に搬送できる(写真)。

搬送先の病院では担当医とスタッフがオペ室や病室を既に確保してスタンバイしており、ERを通らずにそのまま即治療に入る。搬送前に行う専門医とのベッドを確保するレギュレーションも、現場に駆けつけて初めの診断・処置を行うのも必ず医師で、パラメディックではない。搬送先は現場からの距離よりも機能重視で選ばれるため、転送はゼロ。

ECMO(体外式膜型人工肺)は、通常手術室や集中治療室で使用される人工心肺だが、75歳未満で一定の条件を満たす患者に対してはSMUR内でも積極的に導入するようになった。これまで4%だった救命率が導入後改善した。さらに30%が後遺症なく治療できるようになった。このような高次の救命救急がSAMUの最大の存在意義で、もちろんそれを最優先にすべく効

率的なシステムになっているのだ。

医師のトリアージュで転送ゼロを実現

SAMUの特徴は、高機能のドクターズカーもさることながら、トリアージュと呼ばれるSAMUコールセンターでの患者優先度選別のシステムが筆頭に挙げられる(図)。患者からの電話を最初に受ける電話オペレーター(基本的な医療教育を受けており、元臨床看護師などパラメディックがリクルートされることが多い)が、現在いる場所・電話番号・保険情報と主訴を最初に尋ねる。その後、全ての電話を必ず医師に渡し、医師が症状を詳しく聞き出す。

救急医同乗で救急車を現場に向かわせる必要があると医師に判断された場合(≒日本での三次救急)、現場に赴いた医療職が、患者から電話で収集した情報を実際に確認して臨床情報をSAMUへコールバックし、現場に向かう医師・コールセンターでトリアージュする医師・その日の勤務ローテートで替わる医師が協働して最適な医療機関を探す。ただ単にリアルタイム情報を見てコンピューター画面で探すのではなく、コールセンターの医師が受け入れ先候補の病院の医師に電話で状況を直接説明し、受け入れの可否を確認した上でSMURに搬送ゴーの指示を出す。このため、搬送先からの転送はゼロ、ERを通らずに病棟の手術室やカテーテ

ル室、集中治療室に直接運べる。現場からの距離としては最短ではなくとも、ERを通らない・転送がない点を考えた仏国式は効率が良く、米国と比べ脳血管疾患での救命成績も高いという。

このコールセンターには電話オペレーター、医師(General Practitioner、小児科医、循環器科医、救急専門医など)が常勤している。緊急ではないと判断された患者には、電話での医療相談や、消防救急車(≒日本の一般的な救急車)、民間の有料往診公認サービスSOS Médecins、民間医療搬送タクシー等の利用を案内し、他の非救急医療の機関へ誘導する。

逆もしかりで、救命救急ほど切迫していないと思われて消防救急車やSOS Médecinsに連絡の入った患者にその実救命救急の必要があった場合には、SAMUに連絡が入る。電話をかけてくる患者には医療知識がなく判断が難しいため、SAMUへの連絡調整は各機関によって行われることが多い。

その一方で医療ではなく、例えば冬季の路上生活者の凍死防止や独居老人の徘徊など、社会福祉的な要素を持つケースにはSAMU Socialと呼ばれる福祉的救急システムが発動する。SAMU Socialではソーシャルワーカー、赤十字、行政との連携を図りつつ、SAMUの医師自らも活動に参加している。救急車が必要でなくても医師のアドバイスを必要とする患者はたくさんいる。社会の医療全般に対応し

●おくだ・なおこ氏
日本医師会総合政策研究機構フランス駐在研究員。1992~2004年 American Hospital of Parisにて医療通訳として勤務。https://www.naokookuda.fr, https://www.facebook.com/naoko.okuda.54にて仏国の医療制度について発信中。MAIL: naoko.okuda@gmail.com

ているシステムと言えるだろう。

効率的なトリアージュシステムのおかげで、かかってくる電話の多くは救急車出動の必要がなく、他の一次・二次救急的医療機関との連携、あるいは電話相談のみで済む。210万人のパリ市民に対して、全体で15台のSMURで充足しているという。SMURは三次救急に特化していると考えられるため日本の救急車台数と一概に比較することに意味はないが、学ぶべき点は多くあるだろう。

なお、医師が必要と判断して救急車で送られた場合には、医療費は全額保険でカバーされ、国民皆健康保険である患者の自己負担はゼロであることも補足しておく。

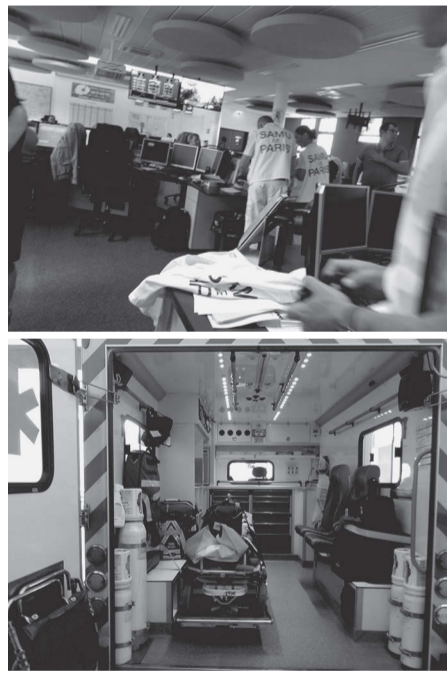
ロジカルな医療体制を構築する

日本の医療職者と幾度かSAMUの視察訪問を重ねた後、どうしても一つだけ疑問が浮かんだ。世界に誇る救命率の高さを効率的に支えるこのトリアージュの段階で、ヒューマンエラー、電話口でのミスジャッジはないのか? 訴訟はないのか? 尋ねることが憚られる質問を不躰に投げしてみた。これに対するSAMUの副責任者Carli Perre教授の回答を紹介しよう。

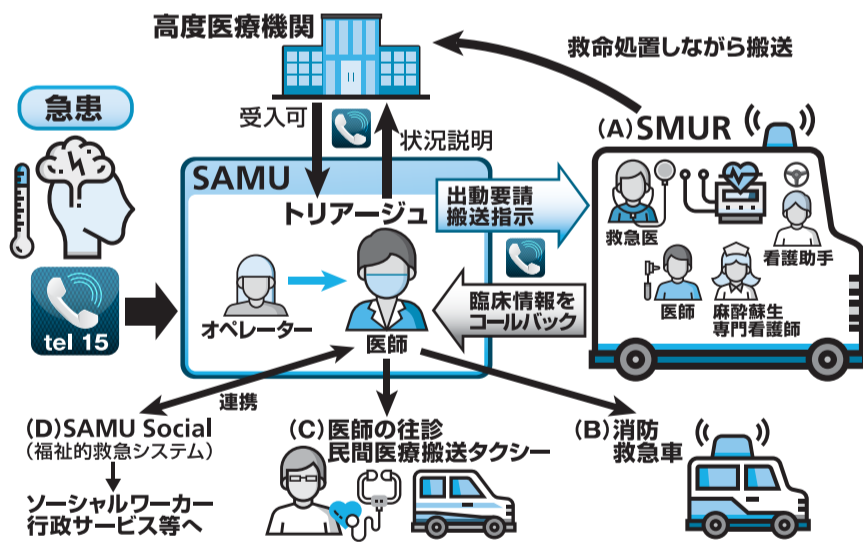
「訴訟はゼロではない。マスコミを騒がせたことも過去に幾度かあった。しかし救われた命の数とエラーの数を秤に掛け、仏国はSAMUの必要性を再確認し、その存続を決めた。当然、システムの改善は続けている。例えば、今ではどんなに軽症と思われる訴えであっても、電話オペレーターは必ず電話を医師に渡す。医師が判断した、という事実が重要。医師の判断に対する責任はSAMU全体で請け負う。一方で、もし全ての電話に医師同乗の救急車を送っていたらどうなるか? 医療経済上あまりにも非合理的で、本当に救命救急車を必要とする患者への対応が遅れる可能性すらある」。

この考え方は、日本と仏国の医療を比較する際によく見られる考え方の違いを非常にわかりやすく表す。仏国では2018年から11種のワクチン接種が義務化された。予防接種に対する考え方や政策の違いにも共通する「救える命の数が圧倒的に多いのであれば、国は制度として推し進めるべき」という仏国の考え方である。いかなる場合にも、医療にリスク・ゼロは存在しない。一方で、リスクをゼロにするためにあまりにも非効率なシステムを許す余裕は仏国にはないのだ。

さすがデカルト、パスカルの国。ワクチンに関してはパスカルの国。そのどこまでも積極的かつロジカルな姿勢には、学ぶものが多くある。



●写真 (上) SAMUのコールセンター内。(下) SAMUの救急車(SMUR)内。さながらミニICUのようになっており、搭載されたECMOやエコー撮影機器などを用いて搬送中から車内で処置が施される。



●図 仏国の公的緊急医療サービスSAMUのコールセンターにおけるトリアージュ
日本の「119番」に相当するのが、仏国では「15番」。15番をコールするとSAMUにつながり、原則全例医師によるトリアージュが行われ、緊急性が判断される。(A)特に救命の必要があると考えられるケース(いわば三次救急相当)はSAMUから救急車(SMUR)が出動する。SMUR内で一通りの救命処置・外科処置が行われながら、SAMUが電話で調整した搬送先の医療機関へ向かう。(B)緊急性はあるが重症度は高い二次救急レベルのものは消防救急車が出動する。(C)緊急性がないと判断された場合は民間対応となり、民間医療搬送タクシーや、医師の有料往診サービス等に誘導する。(D)医療ニーズよりも社会福祉的ニーズが強い場合は福祉的救急システムであるSAMU Socialと連携しつつ、SAMUの医師も対応する。

幻とき、
幻が消えた
幻は、
消えたと
わかる。

誤作動する脳

樋口直美

脳の中からの
鮮やかな
現場報告!

「時間という一本のロープにたくさんの写真がぶら下がっている。それをたくり寄せて思い出をつかもうとしても、私にはそのロープがない」——たとえば〈記憶障害〉という医学用語にこのリアリティはありません。ケアの拠り所となるのは、体験した世界を正確に表現したこうした言葉ではないでしょうか。本書は、「レビー小体型認知症」と診断された女性が、幻視、幻臭、幻聴など五感の変調を抱えながら達成した圧倒的な当事者研究です。

詳細はこちらから

●A5 頁260 2020年 定価: 本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-04206-2]

医学書院

図書館情報学の窓から

第10回

「図書館情報学」というあまり聞き慣れない学問。実は、情報流通の観点から医学の発展に寄与したり、医学が直面する問題の解決に取り組んだりしています。医学情報の流通や研究評価などの最新のトピックを、図書館情報学の窓からのぞいてみましょう。

佐藤 翔 同志社大学免許資格課程センター准教授

新型コロナウイルスに関する研究データ・成果オープン化の動向



新型コロナウイルスに関しては本稿執筆時点(2020年2月第3週)で日々、新たな情報が報道されている状況です。2月が流行のピークだ、とする説も出ていますが、掲載される3月時点ではどうなっていることでしょうか。本紙読者・関係者の方々の中にも感染拡大の食い止め等のために活動されている方もいることと考えられ、医療従事者の皆さんには一市民として頭が下がるばかりです。

社会問題としての側面はもちろんのこと、新型コロナウイルスに関してはその研究も非常に急ピッチで進められています。さまざまな論文が短時間で査読を終え、公開されていることなども興味深いところですが、査読前の論文をプレプリントとしていち早く公開する、あるいは研究データそのものを公開・共有することも盛んに行われています。Wiley, Taylor & Francis, Elsevier, Springer Natureといった主要大手学術出版社は新型コロナウイルス関連論文を無料で公開し始め、また生命科学分野のプレプリントサーバーbioRxivには2020年2月13日時点ですでに49件の「2019-nCoV」関連論文が掲載されていました。さらに2020年1月31日に英国の医学研究助成機関 Wellcome Trust が発表した新型コロナウイルスに関する研究データ・研究成果の広範かつ迅速な共有に関する声明には、2月13日時点で97もの団体・出版社等が署名しています¹⁾。



感染症の国際的な拡大に当たって、研究成果やデータを常になくオープンにし、必要な誰もが入手できるようにしよう……という試み自体は、以前から行われていました。近年では2014年の西アフリカでのエボラ出血熱流行時に、いくつかの出版社が関連論文を無料で公開しています。また、2015~16年の中南米におけるジカ熱流行、2018年のコンゴにおけるエボラ出血熱流行に当たっては、今回と同様に研究成果やデータの共有に関する声明が発表されています。

いずれの声明においても、関連する論文は無料で公開すること、研究成果

を事前にプレプリント等として公開しても「既発表」扱いとしない(発表済みとして投稿を断るなどしない)こと、研究途中あるいは完了後のデータを公開すること等が求められています。ただ、2016年のジカ熱流行時の声明署名機関は57で、2018年のエボラ出血熱流行時には25にとどまっていた。

新型コロナウイルスに関する声明の署名機関ははるかに多く、過去の署名には参加しなかった Elsevier などの大手商業出版社も参加しています(大手の中でも Springer Nature は2016年の署名には参加したものの、2018年不参加。その他の主要大手出版社は今回、初参加)。直近のオープンアクセス・オープンサイエンスの潮流によるところもあるでしょうが、それ以上に、新型コロナウイルスの感染拡大が各国にとってより危機的にとらえられていることの証左とも考えられます。

声明の内容も、新型コロナウイルスに関しては過去に比べてより具体的な指示となっています。まず既に出版されているものも含め、関連する査読論文について、オープンアクセスとして公開するか、少なくとも感染拡大中は無料で公開することが出版社には要求されています。「無料で公開」と「オープンアクセス」の差ですが、オープンアクセスの場合には再利用を認める等のライセンス付与も求められるので、「そこまで……」という出版社に配慮してのことでしょう。また、関連する研究が雑誌に投稿された場合には、その段階で出版社ないし著者が WHO と共有することも定められています。

さらに研究成果は査読前の段階でも、プレプリントサーバー等を通じて、しかも元データが手に入る場所も明示して公開する、とされています。研究者に対しては途中段階あるいは最終のデータを、データ収集等のプロトコル付きで、可能な限り広く共有することも求められます。さらに、そうしてプレプリントやデータを公開した場合でも、出版社は「既発表」扱いとはしない……というのは従来の声明同様です。

多くの出版社・助成機関等が声明に参加しています(日本からも AMED と武田薬品工業が参加しています)。

今後、新型コロナウイルスに関する研究情報の共有は安心して、迅速に進めることができると考えられます。むしろ声明発表以前から、多くの研究者がプレプリントを公開していたことを思えば、研究者たちの側にもこの問題については慣習にとらわれず、迅速に情報交換をしていかなければいけない、という強い思いがあったのでしょうか。



ただ、常になく注目を浴びている問題に関する査読前のプレプリントが流通することには、懸念がないでもありません。連載第3回(第3333号)でも触れた通り、医学分野ではかねて、健康・生命にかかわりかた多くの人が興味を持つこの分野において、査読前の情報を共有することへの忌避感が存在しました。それでも慎重にプレプリント公開の試みが行われ、さほど大きな問題を起こさなかったため、臨床医学分野のプレプリントサーバー公開等が実現するまでに至ってきたわけです。

しかし新型コロナウイルスをめぐるプレプリントの中でまさにそうした問題が現実になる例が出ています。一部で話題になりましたが、新型コロナウイルスに HIV ウイルスと「不気味なほど(uncanny)」類似したタンパク質が含まれると主張するタイトルのプレプリント²⁾を、インドの研究者らが bioRxiv に投稿したのです。抄録の中では「自然界で偶然起こるとは考えにくい」など、暗に人為的な関与を示唆するような文言が述べられていました。著者らは後に「陰謀論にくみするつもりがあったわけではない」等とコメントしていますが、もともと「新型コロナウイルスは武漢の感染症研究施設から流出した、人為的に生み出されたものだ」とする風説があったこともあり、一部で大きな反響を生みました。

最終的にこのプレプリントに対してはそもそも、主張されている類似が偶然起こり得ないようなものではない、という指摘が多くの研究者から寄せられ、ほとんど炎上状態になって2日で撤回されました。雑誌に掲載された論文に誤りが見つかったとしても、撤回には何年もかかる場合があるのだから、これ



THE PREPRINT SERVER FOR BIOLOGY

HOME | ABOUT | SUBMIT | ALERTS / RSS | CHANNELS

Search Advanced Search

bioRxiv is receiving many new papers on coronavirus 2019-nCoV. A reminder: these are preliminary reports that have not been peer-reviewed. They should not be regarded as conclusive, guide clinical practice/health-related behavior, or be reported in news media as established information.

● 図 bioRxiv に表示される、新型コロナウイルス関連報告への注意喚起のキャプチャー画面

だけ迅速に撤回されたのはプレプリントに対する研究者の批判が健全に機能している証しだ……という主張もあります³⁾。とは言えそもそも査読があれば、陰謀論めいた言説を含むタイトルや抄録が素通りすることはなかったのではないかと考えられます。



この件を受けてか、現在、bioRxiv では全プレプリントに「bioRxiv には現在、新型コロナウイルスに関するプレプリントが非常に多く投稿されているものの、それらは査読を受けていない段階にあるものであって、何らかの結論が出たものと解釈したり、臨床実践等に用いたり、ニュースメディア等で取り上げるべきではない」と注意喚起が表示されるようになりました(図)。ただ、そもそも真つ当な医学根拠等何もない風説ですら流布するようなネット空間で、この注意喚起がどれだけ真摯に受け止められるのかは難しいところです。医療従事者やファクトチェックのあるメディアにおいてはさておき、アクセス数を得ること自体が目的のようなメディアにおいては、どこまで通じたものでしょうか。プレプリントが新たなフェイク情報の産出元になる、等というのはオープンアクセス関係者としてはなんとか避けたいシナリオなのですが……。

とまあ一抹の不安があるとはいえ、全体としては新型コロナウイルスに関する研究成果の共有はこれまでのところ、常になく迅速に回っているように見えます。それがワクチンの開発や感染拡大の防止等、迅速な沈静化に結び付いていくのであれば、医学分野においてプレプリント公開やデータ共有が積極的に行われることの意義を示す機会ともなるのではないのでしょうか。

参考文献

- 1) Wellcome Trust. Sharing research data and findings relevant to the novel coronavirus (COV ID-19) outbreak. 2020. <https://wellcome.ac.uk/press-release/sharing-research-data-and-findings-relevant-novel-coronavirus-covid-19-outbreak>
- 2) Pradhan P, et al. Uncanny similarity of unique inserts in the 2019-nCoV spike protein to HIV-1 gp120 and Gag. bioRxiv. 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.01.30.927871>
- 3) Oransky I, et al. Quick retraction of a faulty coronavirus paper was a good moment for science. STAT. 2020. <https://www.statnews.com/2020/02/03/retraction-faulty-coronavirus-paper-good-moment-for-science/>

スパルタ病理塾
あなたの臨床を変える!
病理標本の読み方
小島伊織

病理を読まないなんて、もったいない!
「事件現場」そのものだ!

スパルタ病理塾
あなたの臨床を変える!
病理標本の読み方
小島伊織

病理を読まないなんて、もったいない!

「病理診断のプロセス」を「診断屋」が教えます

病理を読まないなんて、もったいない! 病理標本を読み解き、病態を理解できれば、臨床が変わります。「普段戦っている相手(=疾患)の本質」がわかり、「病理診断のプロセス」がわかる、臨床と病理をつなぐ1冊。「病理に詳しい臨床医になりたい!」を「診断屋」が叶えます。

● A5 頁210 2020年
定価: 本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-04130-0]

医学書院

CONTENTS

序章 病理標本を読むべき理由、これまで読めなかった理由

第1章 病理所見で何を認識し、どう診断に至るのか

第2章 一番「よくみえる」対物レンズはどれだ?

第3章 腫瘍における組織型の考え方と眼の付けどころ

第4章 炎症性疾患の診断で組織所見が果たす役割

第5章 たかがパターン、されどパターン

第6章 特殊染色との向き合い方

第7章 免疫染色の使いどころとピットフォール

第8章 伝わりやすい病理所見プレゼンテーション

本編のおわりに
付録

詳細はこちら

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・PR部(03-3817-5650)まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

6ステップで組み立てる 理学療法臨床実習ガイド

臨床推論から症例報告の書き方まで

木村 大輔 ● 編

B5・頁272
定価:本体3,600円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04134-8

評者 内山 靖

名古屋大学大学院医学系研究科リハビリテーション療法学
理学療法学講座・教授

このたび、『6ステップで組み立てる理学療法臨床実習ガイド—臨床推論から症例報告の書き方まで』が、木村大輔氏を編著者として刊行されました。

本書は、臨床実習を学ぶ際の①理学療法技術、②自己学習、③思考の3つの視点から、臨床実践での理学療法の流れに沿って、学生の行動を6つのステップに分割して整理されたものです。論理的に他者へ説明する手段として、三角ロジックを適用しながら極めて身近な話題を取り上げ、対話形式を交えて、事前準備、目標の抽出、仮説の立案、問題点の抽出と優先順位の決定、治療プログラム立案・実践、効果判定・今後の方針からなる理学療法の流れを解説しています。

2020年4月から理学療法士の養成課程に適用される指定規則は101単位となりますが、そのうちの20単位が臨床実習に配当されていることからその重要性は揺るぎないところです。臨床実習は、その過程でいくばくかの困難や自己への課題と向き合ったとしても、病める対象者の思いと臨床における理学療法士の真剣な眼差しは、学生にとって学内教育では経験できない

自己を振り返る機会ともなってきました。多くの学生が、臨床実習を通して見違えるような知識の統合と職業意識ならびに自発的な学習意欲を身につけ、一段と成長した上で卒業していく様子を目の当たりにしています。

臨床実習では、対人関係、これまでの知識の不足を一気に挽回しようとする過剰な学習、有病者に適用できる基本的技能、実践レベルでのコミュニケーション能力、周囲のペースやニーズに合わせながらの臨機応変な行動など、新たな学習課題が複合的に関連するために学生や指導者は相応のストレスにさらされています。この解決のために多くの努力が払われていますが、根幹的な課題の一つとして、既存の知識・技術・態度を統合する思考の整理について臨床の流れの中で学習することが重要になります。著者らは、早い段階でこの本質的な課題に気づき、正面から真摯に向き合ってきた成果の一端が本書に凝縮されています。完成度の高い内容もさることながら、理学療法に対する熱い思いと学生に対する温かい眼差しをこれほど強く感じさせる書籍は珍しいと思



「おしりの病気」アトラス [Web動画付]

見逃してはならない直腸肛門部疾患

稲次 直樹 ● 著

A4・頁256
定価:本体8,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03955-0

評者 黒川 彰夫
黒川梅田診療所院長

真っ先に目に飛び込んできた「特徴別疾患画像一覧」では、多くの医師たちが戸惑う疾患がインパクトのある100余枚の写真と動画で示されている。これらの画像だけでも頭の隅に置いておくか否かで明日からの日常診療が変わるのではないかと。

外科のみならず、内科、産婦人科、皮膚科の日常診療で活用したい必読書

直腸肛門部の疾患は、日常診療で頻度の高いありふれた疾病であり、一般に「痔」と称して軽んじて扱う傾向にある。大学の卒業研修を含む医学教育においても、辛うじて下部消化管の外科の一部として教えられるが、実際の日常診療に役立つ内容ではない。それが、わが国における「肛門病学」の実態であり、直腸肛門部疾患を扱う専門医の間では、しばしば切実な問題として論じられてきた。しかも、今日まで初心者にも理解できる成書すら存在しなかった。肛門科医がみて役立つ立派な専門書や技術書は数多存在しているにもかかわらずである。

多くの医師は、直腸肛門部疾患に対する知識が患者さんの知識と同程度しかないことに気付いていない。結果、おしりの診断・治療の問題を、患者さん側から私たち専門医に持ち込まれて難渋する場面がある。

今回の稲次直樹先生が著した『「おしりの病気」アトラス』は、直腸肛門部疾患を知ろうとする若き医師たちにとっては、これまでにない教科書となるであろう。

I編の「直腸肛門部診療の基本」では、実際の診察の手ほどきが、問診表から順序よく、写真をふんだんに使

てわかりやすく述べられている。若き医師のみならず、ベテランの医師にとっても有益な内容である。

II編の「直腸肛門部疾患アトラス」では、良性の痔疾患から始まり、注意すべき直腸肛門部の悪性腫瘍までが、臨場感のある写真を網羅しながら明確に解説されている。視診所見、病態、病理組織、鑑別診断、症状、治療方針そして経過が示されており、専門医にとっても非常に勉強になるので、この分野における必読の書となるであろう。

巻末にある、III編の「内科医・内視鏡医が知りたかったQ&A集」、さらに付録の患者さんとの意思疎通やコミュニケーションの仕事に役立つ「おしり問診表」も興味深い企画となっている。

実際に、表紙の帯で武藤徹一郎先生も述べられているように、この本は、稲次直樹先生にしか成し得なかった大作といえる。直腸肛門部疾患を知ろうとする医師の百科事典として後世にまで残ることであろう。また、外科の先生だけでなく、内科、産婦人科、皮膚科の先生方にも日常診療で利用されることを期待している。

知り合って40年近く切磋琢磨して共に歩んできた友の一人である稲次直樹先生の著書は、私の日常診療の現場でも「座右の書」となるに違いない。医学、医療のみならず全人間的視野を持って人に接する人柄と心の奥に秘めた普遍的で高邁な philosophy (哲学) を持った人が、稲次直樹先生であることを述べて擲筆する。

います。著者らは、ロジカルシンキングに関心を持って同じ研究会に所属しているようで、日々の熱い討議が紙面を通じて伝わってきます。

このような書籍に共通したジレンマとして、一定の理解や関心がある人はさらによくわかるようになり、そのため工夫の余地も大きいのですが、一定のレディネスに到達していない人に

は難解で、何を学ぶかがよくわからない点をいかに乗り越えるのかの課題が横たわります。その点からは、本書は学生とともに、臨床実習指導に携わる関係者にお勧めするものです。また、学生が考えていることや、何がわからないかがわからなくなりつつあるシニアの臨床家や教員にぜひとも推薦したい一冊です。

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示するクォーターリー・マガジン

インテンスイvist

2020年 年間購読 申込受付中

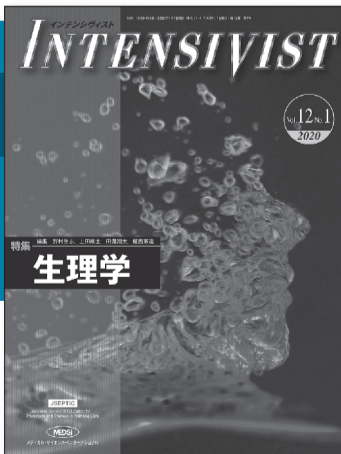
Vol.12 No.1

特集: 生理学

責任編集: 野村岳志 東京女子医科大学 集中治療科
上田剛士 洛和会丸太町病院 救急・総合診療科
田邊翔太 聖マリアンナ医科大学 救急医学
植西憲達 藤田医科大学 救急総合内科

●1部定価: 本体4,600円+税
●年間購読料19,360円(本体17,600円+税)
※毎号お手元に直送します。(送料無料)
※1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

2020年(予定) 1号 生理学 3号 移植(ドナー・レシピエント)
2号 災害とICU 4号 ICUの今と未来



“純国産”集中治療本 重症患者管理マニュアル

●編集: 平岡栄治・則末泰博・藤谷茂樹 ●定価: 本体6,500円+税

患者全体を見すえた内科診療のスタンダードを創る

ホスピタリスト Hospitalist

2020年 年間購読 申込受付中

Vol.7 - No.4

特集: 内科エマージェンシー
ERにおける時間軸とエビデンスを重視した Decision Making

責任編集: 船越 拓 東京ベイ・浦安市川医療センター 救急集中治療科
森 浩介 横浜市立市民病院 救命救急センター
石丸直人 愛仁会明石医療センター 総合内科

●1部定価: 本体4,600円+税
●年間購読料19,360円(本体17,600円+税)
※毎号お手元に直送します。(送料無料)
※1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

2019年 1号 外来マネジメント 2号 総合内科のための集中治療
3号 抗血小板薬、抗凝固薬のすべて 4号 内科エマージェンシー
2020年(予定) 1号 アレルギー 2号 ホスピタリストのための画像診断・胸部・縦隔腫瘍
3号 手技 4号 病棟管理



もはや定番! Hospitalistのマニュアル本 総合内科病棟マニュアル

●編集: 筒泉貴彦・山田悠史・小坂鎮太郎 ●定価: 本体5,000円+税

Minds

Minds (マインズ) は、厚生労働省
委託事業:EBM(根拠に基づく医療)
普及推進事業の愛称です。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

病気のことや治療法についてもっと知りたい時

「診療ガイドライン」なら

Mindsへ

無料で!

「診療ガイドライン」を 公開

Mindsガイドラインライブラリ上で、
調べたい疾患名を入力し検索すると、
その疾患に関連した「診療ガイドライン」
を閲覧することができます。

信頼できる!

質の高い 医療情報の提供

Minds(マインズ) が公開している「診
療ガイドライン」は、医学的根拠に基
づいて作成され、評価・選定を経て、
掲載されています。

わかりやすい!

診療ガイドライン解説

診療ガイドラインを、一般的なわかり
やすい言葉やイラストを用いて、解説
しています。

パソコン、タブレット、スマートフォンから、
だれもがいつでも無料で閲覧することができます。

「診療ガイドライン」のネット図書館

Minds ガイドラインライブラリ

<https://minds.jcqhc.or.jp/>

マインズ ガイドライン 検索



SNSでも情報発信中!



大好評！ 電子版付

セット購入により電子版で2冊がリンク！

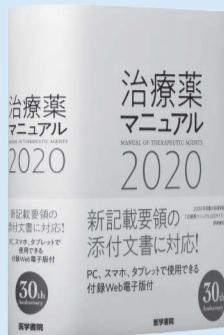


62年の信頼と実績。1,172の疾患項目は毎年全面新訂

今日の治療指針
私はこう治療している
TODAY'S THERAPY **2020**

総編集 福井次矢 / 高木 誠 / 小室一成

●デスク判(B5) 頁2192 2020年 定価: 本体19,000円 + 税
●ポケット判(B6) 頁2192 2020年 定価: 本体15,000円 + 税



創刊30周年！「治療指針」のベストパートナー

治療薬マニュアル
2020

監修 高久史磨 / 矢崎義雄

編集 北原光夫 / 上野文昭 / 越前宏俊

●B6 頁2816 2020年 定価: 本体5,000円 + 税

電子版はすぐに使える

本書にある「電子版ご利用ガイド」のQRコードから、専用画面をひらく。

表紙裏側にある銀色部分を削り、記載されたシリアル番号を入力する。

電子版はどこでも使える

診察室や薬局のパソコンでも

分厚い書籍も片手でラクラク！
ベッドサイドや訪問診療先でも

電子版登録でプレゼントが当たる
キャンペーン実施中！！

締切は2020年5月末日。お早めにご登録を！



などを合計360名様に
プレゼント！

くわしくは



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [ウェブサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売・PR部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7805 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp