

2018年5月21日

第3273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

- [寄稿特集]他職種に贈るThanks Card
(北別府孝輔,安藝敬生,瀬尾龍太郎,山室伊吹,大島洋平,藤本侑大,加藤博史)..... 1-3面
[連載]がんと感染症..... 4面
[寄稿]da Vinci手術の利点と課題(紺笠祐介)..... 5面
MEDICAL LIBRARY..... 6-8面

寄稿特集

他職種に贈るThanks Card

相手へのリスペクトが連携を生む



他者との対話は「相手へのリスペクト(敬意)と自己へのサスペクト(疑念)がなければ成り立たない」(朝日新聞2018年2月19日「折々のことば」より).....

北別府 孝輔

倉敷中央病院看護部/
急性・重症患者看護
専門看護師



理学療法士さんへ

患者・家族の身体と心に寄り添ったりハビリテーション,ありがとうございます。

理学療法士がICUにおける早期離床に尽力しているのは周知のことですが,身体機能の維持・改善だけでなく,実は心も支えているのを僕は知っています.....

安藝 敬生

長崎大学病院薬剤部/
救急認定薬剤師



管理栄養士さんへ

Critical Care Nutritionのまさに主役です。

救急・集中治療では,生命を脅かす病態に合わせたオーダーメイドの栄養管理が求められますが,確固たる療法の確立していないものも多く存在します.....

もしも。しかし, Critical Care Nutritionにおいては経腸栄養優先→医薬品のバラエティーの限界→多種多様な経腸栄養剤・栄養補助食品の発達と,管理栄養士に期待する役割は増大しています.....

(2面につづく)

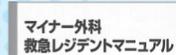
楽になるのか,回診時に医療チームメンバーそれぞれが頭を悩ませていました。そのとき,薬剤師が麻薬性鎮痛薬の増減と一緒に検討してくれ,他鎮痛薬の併用や症状に合わせた緩下薬,消化管蠕動改善薬などの追加・変更を提案してくれました.....

通して患者の生活の質も支えてくれる専門職]に変わりました。多職種連携になくはない輝かしいピースの一つです。

看護師のここに注目!

看護師は,多職種連携のハブ(ネットワークの中心)として,皆さんの専門性を理解し,連携を広げることができます.....

マイナー外科 救急レジデントマニュアル



監修 堀進悟 | 編集 田島康介

これで当直も安心!
マイナー外科の初期対応に自信がつく!

専門医「以外」のための,マイナー外科領域の当直本の決定版!扱うのは形成外科,口腔外科,整形外科,眼科,耳鼻科,泌尿器科,皮膚科の7領域。

B6変型 頁322 2016年 定価:本体3,800円+税 [ISBN 978-4-260-02545-4]

救急診療のポイントを押さえた 初期研修医・救急レジデント必携のマニュアル

救急レジデントマニュアル 第6版



監修 堀進悟 | 編集 佐々木淳一

救急・ERの現場で求められる実践的な情報をコンパクトな判型に詰め込んだ定番のマニュアル。①症状から鑑別診断と治療を時間軸に沿って記載,②診断・治療の優先順位を提示,③頻度と緊急性を考慮した項目立て,④教科書的な記述は思い切って省略し救急診療のポイントに絞った内容で,救急室で「まず何をすべきか」「その後何をすべきか」がわかる!初期研修医・救急に携わる若手医師,必携のマニュアル,待望の第6版。

B6変型 頁592 2018年 定価:本体4,800円+税 [ISBN 978-4-260-03539-2]

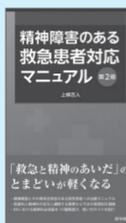
精神障害のある 救急患者対応マニュアル

第2版

上條 吉人

「救急と精神のあいだ」とまどいが軽くなる。救急現場でよく遭遇する35ケースを解説!

B6変型 頁304 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN 978-4-260-03205-6]



びびらず当直できる 内科救急のオキテ

坂本 壮

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。

A5 頁180 2017年 定価:本体3,600円+税 [ISBN 978-4-260-03197-4]



医学書院

瀬尾 龍太郎

神戸市立医療センター
中央市民病院
救命救急センター/医師



清掃業務の皆さんへ

いつも院内をきれいにしてくださり、本当にありがとうございます。

患者さんの入れ替わりが目まぐるしい救命救急センターでは、清掃業務の方々が、いつも迅速に部屋の掃除をしてくれています。出血や分泌物、鋭利物、さらには耐性菌など、清掃上気を付けねばならないことが多くある中で、適切に対応してくれています。また、皆さんいつも笑顔であいさつをしてくださり、ともすると忘れがちなあいさつの重要性を思い出させてくれます。

患者さんとそのご家族へ

医療チームの重要な一員でいてくださり、ありがとうございます。

患者さんと家族は、医療チームになくはない重要な存在です。ご自身の病気やハンディキャップへの対応において、患者さんは医療チームの一員としてかかわってくれます。また患者さんの家族は不安や心配を抱えながらも、それぞれのできる範囲で患者さんに寄り添っており、頭が下がる思いです。皆さんはまさにスペシャリストであり、「医療チーム」にも多くの示

(1面よりつづく)

看護師さんへ

24時間無休の情報提供に感謝!

患者さんの病態変化に伴う薬剤選択と用量調整は、薬剤師が最も得意とするところ。しかし救急・集中治療では薬剤師がベッドサイドで独自に得られる情報は「点」になりがちです。変動する患者さんの状態を先読みし、薬剤師と医師が連携した適切な薬剤選択・用量調整は、看護師からの24時間無休の連続した情報提供とアセスメントに支えられていると強く実感します。循環不全や鎮静薬投与、活動制限のある患者さんは腸管運動の低下を来し、感染性合併症の増加、経腸栄養の吸収遅延等へつながることがあります。薬剤師は胃管排液や消化管蠕動、排便状態を確認しながら適切な薬剤・用量を医師へ提案しますが、変動する情報を看護師が24時間与えてくれなければベストな介入は困難です。排便状態に至っては Bristol スケールおよび量まで詳細に記録されます。われわれのたった一つの提案の根拠に、その何十倍もの労力によって得られた看護師の情報提

「関西クリティカルケアコミュニティ」(主宰=集中ケア認定看護師・政岡祐輝氏)は9月1~2日、多職種連携を考える学習イベントを開催します。詳細は下記 URL。
<http://kansai-ccc.jp/seminar/kccc-next-forum-2018/>

唆をもたらしてくれます。しかし残念ながら、場合によっては皆さんがスペシャリストであればあるほど、皆さんへの対応に医療従事者が戸惑ってしまうことがあります。皆さんの認識や思い、経験はチームにとって大変重要です。医療従事者もその戸惑いが消失するように、頑張っていきます。そのような医療従事者の戸惑いに対して、それが改善されるまで温かく見守っていただければ幸いです。

医療事務の皆さんへ

医療を円滑に提供できるよう、大きなことから細かなことまで柔軟に対応してくださり、ありがとうございます。

医療ライセンスを持つ医療従事者は、自分たちのロジックを優先して物事をとらえがちです。そのため複数の職種が集まると、複数のロジックがぶつかってしまいます。医療事務の方々がそのはざままで対応してくれるおかげで、患者さんに適切な医療が届くようになっていきます。これからはよろしくお祈りします。

医師のここに注目!

医師は、実はとても弱い存在です。「知識や技術が劣っている」と他人から思われることに強烈な恐怖を感じ、時には自分の存在価値の否定にまで至ってしまいます。自分の存在意義を保守するために、皆さんに強い態度やそっけない態度を取ることがあるかもしれません。患者さんを第一に考える思いは皆さんと同じです。

供があることにいつも感謝しています。

理学療法士さんへ

せん妄管理のベストパートナーは理学療法士!

急性期の患者さんは、さまざまな合併症と闘います。その代表に治療の継続や回復を妨げ、入院日数の延長へとつながるせん妄があります。もちろん原因の排除が重要ですが、緊急の安全確保が優先され、しばしば非定型抗精神病薬やデクスメトミジンの投与を提案せざるを得ません。実はこれらの薬剤が効果的であるという明確なエビデンスはなく、有害事象にも悩まされます。推奨されているのは薬剤ではなく、早期のリハビリテーション介入による早期離床の促進です。われわれは、せん妄発症リスクのある患者さんに対して、常に理学療法士と緊密なタッグを組んでいます。お互いの意見交換により早期離床と薬物療法のバランスを整えてこそ、安全な患者管理が実現できるのです。

薬剤師のここに注目!

薬剤師には、薬学をベッドサイドで活用する「現場力」がチーム医療の中で求められています。投与に伴う「利」、副作用・医療コストなどの「害」を明確にし、処方設計から投与方法、投与ルート、投与後の作用、投与終了後まで継続的に関与し、最適な薬物療法へ導くことを責任感を持って追求していきます。

山室 伊吹

済生会熊本病院
栄養部臨床栄養室/
管理栄養士



薬剤師さんへ

当院のICU担当薬剤師さんは何よりコミュニケーション能力が高い!

私が初めてICUへ足を運んだ時に一番に声を掛けてくださり、安心したことを今でも覚えています。そのあいさつや話しやすい雰囲気や多くのスタッフとコミュニケーションを取る姿をよく目にします。その上臨床での知識も豊富で、私だけでなく多くのスタッフからも信頼を寄せられています。

栄養管理の面でも日々お世話になっています。当院では段階的に管理栄養士の病棟常駐を進めています。ICUには管理栄養士が常駐しており、毎朝のカンファレンスでは多職種で栄養についても議論します。その中で薬剤師さんは、中心静脈栄養(TPN)の組成や排便状況等を考慮した上で適切な薬剤の提案などを行ってくださっています。

言語聴覚士さんへ

口から食べることに関しての心強いパートナー!

ICU入室の方で経口摂取の可否を確認する際に、嚥下のタイミングや姿勢の問題で、嚥下評価の判断に迷う場合があります。その場合に言語聴覚士さんにはとてもお世話になっています。学会分類のどの段階なら摂取可能かを的確に評価することはもちろんのこと、患者さんの食べる速度や特徴、性格、好みなど細かい情報を教えてもらっています。

大島 洋平

京都大学医学部附属病院
リハビリテーション部/
理学療法士



管理栄養士さんへ

低栄養の患者さんがリハビリテーションをしている場面で、食事や栄養剤の工夫により、リハビリテーションの効果が高まりました。

リハビリテーションが必要となるようなADLが低下した患者さんの多くは低栄養状態にあります。低栄養の状態では積極的にリハビリテーションを行っているにもかかわらず筋力が回復しにくかったり、体重がどんどん減少してしまったりすることがあります。したがって、低栄養状態の患者さんに対しては、運動強度や運動量を抑えざるを得ないことがよくあります。そのような場面で、管理栄養士さんが介入してくださったことで総エネルギーやタンパク質の摂取量が増えた事例を経験しました。その患者さんは運動強度

また、気管切開後の患者さんに関しても呼吸状態や意識レベルを評価し、可能であれば嚥下造影検査(VF)を行い、経口摂取へ移行できるような介入を積極的にしてくれています。

食事開始、形態アップなどを主治医へ提案する際にも、言語聴覚士さんからのアドバイスはなくてはならない重要なものとなっています。

理学療法士さんへ

今後、さらに重要視される栄養と運動。密な情報共有をありがとうございます。

当院ICUのリハビリテーションはICU入室当日または翌日から開始されていて、早期離床を積極的に進めています。それに伴い理学療法士さんは、栄養量の増量、患者さんが摂取しやすい食形態や姿勢などをアドバイスしてくれられます。

経管栄養管理で腸管運動が悪い患者さんがいらっしゃる場合、リハビリテーションで改善できないかディスカッションすることもあります。またリハビリテーションを行う上で腹臥位など嘔吐のリスクがある場合、栄養量を維持できるように栄養投与の時間を調整したいなどの相談も受けます。管理栄養士の視点だけでなく、理学療法士の視点でも栄養について考えていただき、とても助かっています。今後も情報共有をお願いします。

管理栄養士のここに注目!

栄養に関することなら何でも(栄養投与量、栄養組成、投与速度、水分調整、形態、嗜好、アレルギー、食習慣、食事に関する患者背景など)相談に乗ります。患者さんにより適した栄養管理を実践することで、栄養状態や栄養摂取方法を入院前の状態に戻すためのサポートを行います。

や運動量を抑えることなく積極的にリハビリテーションができ、筋力やADLは順調に改善していきました。栄養あつての運動だということを実感しました。

外科医の先生へ

術後の早期離床の場面で鎮静・鎮痛管理、呼吸・循環管理をしていただき、安心して積極的なリハビリテーションができました。

現在、急性期のリハビリテーションにおいて早期離床はスタンダードな介入法となってきました。しかしながら、時に重大な基礎疾患や合併症を有し、侵襲の大きい手術をすることも少なくありません。そのようなハイリスク症例では、理学療法士や看護師だけの介入では限界を感じる場面にはしばしば直面します。例えば、もし人工呼吸管理中の患者さんのリハビリテーション中にSpO₂が低下したり、ファイティングを起こしたりした場合はどうでしょうか? 通常であれば、無理をせず「今日はここまで」となることを、医師がリハビリテーションに同伴するこ

災害医療はすべての医療従事者で行うべきもの

多職種連携で支える災害医療

身につけるべき知識・スキル・対応力

2011年3月の東日本大震災のあと、災害医療で変わったことは何だったのか。これまでの経験で活かされたことは何だったのか。本書には、38名の執筆者の経験に裏付けされた知識やスキルが記載されており、これからの災害に備える考え方や対応力をつけられる内容になっている。また、災害医療は急性期対応にとどまらず、長期ケアも重要であり、医師や看護師だけでなく、すべての医療従事者ともに対応する必要性が実感できる。

編著 小井土雄一
国立病院機構災害医療センター・部長
石井美恵子
東京医療保健大学大学院・准教授

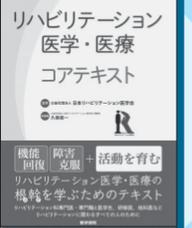


リハビリテーション医学・医療の根幹(コア)を学べる学会監修の公式テキスト

リハビリテーション医学・医療コアテキスト

日本リハビリテーション医学会が監修する公式テキストブック。リハビリテーション医学・医療の基本について、総論4章、各論21章、便覧1章の構成により、臨床面を中心に網羅的に解説している。簡潔でわかりやすい文章と、理解を深めるカラーイラストにより、患者の「活動を育む」ためのリハビリテーション医学・医療が一読して理解できる。リハビリテーション科医にはもちろん、医学生、研修医、他科医、関連職種に必携となる1冊。

監修 公益社団法人
日本リハビリテーション医学会
総編集 久保俊一
京都府立医科大学・教授
編集 加藤真介
徳島大学・教授
角田 巨
国際医療福祉大学・教授



藤本 侑大

大阪府済生会千里病院
リハビリテーション部/
作業療法士



救命救急医の先生へ

救急・集中治療領域の早期リハビリテーションおよび患者さんのADL、QOLの向上をめざす作業療法の専門性へのご理解をありがとうございます。

近年、救急・集中治療領域の早期リハビリテーションが注目されています。本領域では重症患者さんが多く、早期リハビリテーションを実践するには医師の理解が非常に重要です。当院では、救命救急センター・ICUに入室した患者さんの救命後、早期の段階から機能予後の改善を目的にリハビリテーション介入依頼が提出されます。その際、理学療法・作業療法・言語聴覚療法の各専門性も理解し、作業療法介入が必要な患者さんには早期の段階から他療法とともに介入依頼がなされます。時には重症患者さんの早期離床を図る際に、救命救急医が同席し徹底した全身管理、医療機器の管理のサポートをしてくれます。当院の早期リハビリテーションが安全かつ有効に行っているのは、救命救急医のリハビリテーションへの深い理解のおかげです。

病棟勤務の看護師さんへ

「できるADL」を「しているADL」に定着させてくれる患者さんへの日々のかかわりは、リハビリテーションの重要な一環です。

身体障害領域の作業療法では、一般的に早期離床から始まり、介助量の軽減、ADLの拡大、手段的ADL(IADL)の向上に取り組みます。しかし、作業療法士が1日のうち患者さんにかかわることができる時間は限られています。その限られた訓練時間を最大限に有効

にすることで鎮静薬や鎮痛薬を調整し、人工呼吸器の設定を変更し、循環管理を行った上で実施することが可能となります。その結果、離床を行う上での最適なコンディションのもとで、安全かつ積極的なリハビリテーションを実施できます。

病棟看護師さんへ

理学療法士が休診のときにリハビリテーションを実施していただき、ありがとうございます。

当院のリハビリテーションスタッフは土日が休みのため、その間のリハビリテーションは休診となります。今では365日体制の施設も随分増えてきているように思いますが、急性期病院では土日は休日体制のところもまだ多いのではないのでしょうか。当院では10年ほど前から、土日のリハビリテーションを看護師さんが行う取り組みを始めました。当初は看護師さんの間での

なものにするには、看護師さんの協力が必要不可欠です。離床時の医療機器の管理、訓練場面で獲得した「できるADL」を実生活でも「しているADL」へ定着させること、そして、在宅復帰に向けて患者さん・家族の思いの聞き取りなど多岐にわたり、理解と協力をしてきています。作業療法士等が介入するときだけがリハビリテーションの時間ではなく、病棟で生活している時間にもリハビリテーションの視点を取り入れ援助することで、患者さんの回復を早め、改善率の向上、生活の再構築につながっています。

患者支援センターの医療ソーシャルワーカー(MSW)さんへ

患者さんの転院調整や在宅・社会復帰に向けた医療と福祉の架け橋として、頼りにしています。

当院は、救急医療を含む急性期病院であり、幅広い年齢層、多種多様な疾患の患者さんに対応しています。その中で作業療法の対象患者さんには、「その人らしい生活の再獲得」をめざして介入を行っています。しかし、全員が自立して元の生活に戻るわけではありません。その際、作業療法士からMSWさんに、回復状況や生活場面における注意点を情報提供しています。その情報をもとにMSWさんには、ベストな転院先の選択や退院後の生活状況に応じた社会資源の導入調整を進めてもらいます。それぞれの転院先に応じ、安全で実用的な生活の継続を確保しながら、療養生活に取り組むことを支援できるスペシャリストとして日々頼りにしています。

作業療法士のここに注目!

作業とは対象となる人々にとって目的や価値を持つ日常生活活動や家事、仕事などの生活行為を指します。生活行為の向上をめざし、こころとからだを元気にするリハビリテーション専門職種が作業療法士です。

意識の違いや、リハビリテーションスタッフと看護師さんの連携がうまくいかないこともありました。今では看護師さんから「週末のリハビリは何をすればいいですか?」「○○さんは離床が遅れているので看護師サイドでもできることはありませんか?」という声を聞くようになりました。看護師さんは患者さんのリハビリテーション状況を把握でき、リハビリテーションスタッフは病棟でのADLを把握でき、双方のコミュニケーションが密になったように思います。看護師さんもお忙しい中、本当にありがとうございます。

理学療法士のここに注目!

理学療法士が最も得意とするのは、患者さんの潜在的な身体機能を十分に引き出し、最大限のADLを獲得できるようにすることです。介助方法のちょっとした工夫や環境調整によってADLが改善することもあるため、気軽に相談してください。

加藤 博史

神戸市立西神戸医療センター
臨床工学士室副室長/
臨床工学技士



救急病棟の看護師さんへ

最適な呼吸療法に取り組んでいただきありがとうございます。

先日、酸素吸入の指示が出た患者さんについて救急病棟の看護師さんから問い合わせがありました。当院で採用していないカフ無しの気管切開チューブを使用しており、これにどのように加湿し酸素投与すべきかとの質問でした。患者さんの状況と医師の指示、使用するチューブや酸素器具などの特性を理解した上での問い合わせであり、私もその場で即答できませんでした。その後、訪室しRSTで検討し対応しました。救急病棟の看護師さんの疑問が最適な加湿と酸素投与につながりました。

物品供給部 (SPD) の皆さんへ

登録のない物品の払い出しに対応いただき、ありがとうございます。

SPDでの物品の請求は便利な反面、登録のないものは請求できません。以前、SPD責任者の方に「ちょうどいい大きさの樹脂製ボックスが100円ショップにあり、それと同様のものが欲しい」と相談をさせていただきました。その際、どこの100円ショップで販売しているか聞かれました。その日の午

後、その方が「これでいいですか?」と、請求した樹脂製ボックスを持ってきてくださいました。お昼休みに購入に行ってくださいました。100円ショップは仕入れの業者になっておらず、同様の商品が高額だったので直接購入していただきました。今も大切に使用させていただいています。ありがとうございます。

施設設備課の皆さんへ

医療機器用のコンセントを増設していただきありがとうございます。

当院では救急病棟の機器倉庫に人工呼吸器などの医療機器を多数保管しています。最近の医療機器はバッテリーを装備しているものが多く、常に充電を必要としています。これまでは、電源タップでのタコ足配線となっており、見た目、安全性ともに不適切な状態でした。この状態を施設設備課担当の方に相談したところ、2週間程度で、天井からレールつり下げ式のコンセントを設置していただきました。安全性を考慮して設置したとのことですが、その素早い対応に感謝です。天井からの電源供給になったので安全性、見た目、使い勝手ともに格段に向上しました。

臨床工学技士のここに注目!

臨床工学技士の活躍が最も求められるのは、医療機器にトラブルが発生したときだと思います。いろいろなトラブルに対応できるよう、実は日々トレーニングを積んでいるんです。



必要な医療福祉サービスが見つかる! わかる! 活用できる!

医療福祉総合ガイドブック 2018年度版

編集 NPO法人 日本医療ソーシャルワーク研究会



医療福祉サービスを利用者の生活場面に沿って解説したガイドブックの2018年度版。最新情報のフォロー、解説の見直しなどでより理解しやすい内容に!
医療保険、生活保護、年金保険、介護保険、障害者総合支援法、子どものいる家庭への支援、自然災害に対応する支援等、全国共通で利用頻度の高い制度から地域によって異なるサービスまで幅広く網羅。利用者からの相談に素早く、より確実に対応したい、医療福祉関係者必携の1冊。

●A4 頁312 2018年 定価:本体3,300円+税 [ISBN978-4-260-03586-6]

医学書院

手の外科に特化して、AOマニュアルがさらに進化!

AO法骨折治療 Hand

初版にあたる「AO法骨折治療—Hand and wrist」を分冊化し、手の外科に特化してリニューアル。部位別に豊富な症例写真と明解なイラストを用い、手術の適応、術前計画、推奨される進入法、整復法、固定法、リハビリテーションに至るまで、骨折治療の実際を詳細に解説。さらに、26例の動画がWeb上で閲覧できるなど、AOが有する教育資源を余すところなく詰め込んだ手の外科医のためのAOマニュアルが完成!

監訳 田中正
君津中央病院企業部・企業長
訳者代表 金谷文則
琉球大学大学院整形外科・教授
澤口毅
富山市民病院・副院長



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24回】

血液腫瘍と感染症④

多発性骨髄腫と感染症

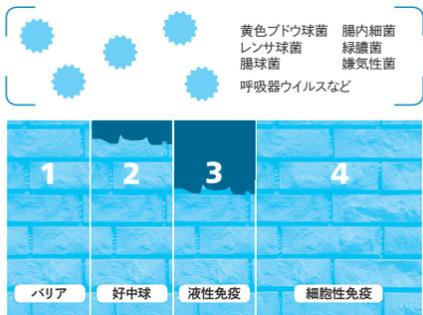
がんそのものや治療の過程で、がん患者はあらゆる感染症のリスクにさらされる。がん患者特有の感染症の問題も多い——。そんな難しいと思われがちな「がんと感染症」。その関係性をすっきりと理解するための思考法を、わかりやすく解説します。

多発性骨髄腫 (multiple myeloma: MM) の日本人の罹患率は年間10万人当たり5.4人程度です。悪性リンパ腫ほど多いわけではありませんが、特に高齢者(中央値66歳)によく見られる血液腫瘍です¹⁾。

あらゆる悪性腫瘍の中で、とりわけMMに対する治療はここ数十年で進歩し、全生存率は2倍以上に改善しています²⁾。「命を落とす疾患」から「慢性疾患」の意味合いが強くなっているのです。とはいえ、感染症はいまだにMMの経過において大きなインパクトを持ち、1年間のフォローアップでは約22%が感染症による死亡との報告もあります³⁾。具体的にMMではどのような免疫低下や感染症リスクが増大するのか。新規薬剤による感染症の影響も含め、掘り下げて解説します。

疾患そのものによる免疫不全

MMの病態は、骨髄で形質細胞が腫瘍性に増殖し、異常免疫グロブリンであるMタンパクを無制限に産生するものです。その結果、抗体産生が正常に行われなくなってしまいます。MMは「疾患そのもの」で「液性免疫低下」を来します⁴⁾(第10回・3216号)。また好中球が軽度減少することも知られています。これは好中球に対する抗体産生による自己免疫性好中球減少症(autoimmune neutropenia: AIN)であるとされています⁵⁾が、正確な機序はわかっていません。いずれにせよ、AINであればMMの治療とともに改善することがほとんどです。



この他にも、MMでは腎障害や病的骨折による脊髄圧迫に伴う神経因性膀胱など、感染リスクを増大させる要因に注意が必要です。

治療による免疫不全

MMの治療ではどのような免疫低下が起こるか、症例をベースに見ていきましょう。

◎症例

新規発症のMMに対してVRd療法(ボルテゾミブ [Velcade®], レナリドミド [Revlimid®], デキサメタゾン [dexamethasone])による導入療法中の64歳男性。アシクロビル内服中。2コース目の10日目より悪寒を伴う38.5°Cの発熱、黄色痰を伴う湿性咳嗽、吸気時の右胸部痛および呼吸困難が出現したため受診。その他、頭痛、鼻汁、咽頭痛、嘔気・嘔吐、下痢、尿路症状、関節痛、筋肉痛なし。

意識清明、血圧128/70 mmHg、脈拍数112/分、呼吸数24/分、体温38.6°C、SpO₂ 93% (RA)。身体所見で右中肺野のholo inspiratory cracklesを聴取。その他、頭頸部、心音、背部、腹部、四肢、皮膚に異常所見なし。

白血球数2100/μL、好中球数1000/μL、Cr 1.23 mg/dL、BUN 34 mg/dL。その他、肝機能、電解質などは正常。喀痰のグラム染色で貪食像のあるグラム陽性双球菌を多数認めた。尿中肺炎球菌抗原陽性。

胸部単純X線写真で右中葉にair-bronchogramを伴う浸潤影あり。

未治療のMMに対する治療として、従来はアルキル化剤であるメルファラン(Melphalan)にプレドニゾロン(Prednisolone)を併用するMP療法が主流でしたが、現在はVRd療法が標準治療⁶⁾となっています。

上述の通りMMの生存率は飛躍的に改善されてきましたが、その主翼を担ったのがまさにこのボルテゾミブやレナリドミドなのです。

●ボルテゾミブ

ボルテゾミブはプロテアソーム阻害薬に属します。NF-κBという転写因子の活性を阻害することでがん細胞のアポトーシスを誘導し、増殖を抑えているのです。また同時にTNF-αやT

細胞に対しても抑制的に働く⁷⁾ことが知られており、細胞性免疫低下が見られます。とりわけ帯状疱疹に特異的な細胞性免疫が低下⁸⁾し、臨床的にも帯状疱疹や単純ヘルペスウイルス感染症の発症が強く懸念されています⁹⁾。したがって、ボルテゾミブ使用患者にはアシクロビルの予防投与が推奨されているのです¹⁰⁾。

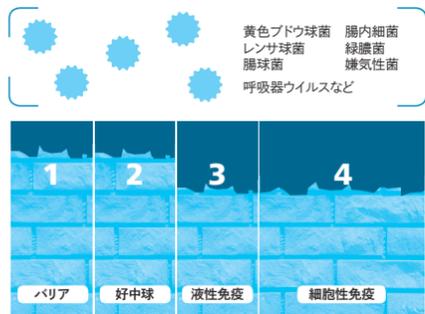
ちなみに新しい世代のプロテアソーム阻害薬であるカルフィルゾミブやイクサゾミブ¹¹⁾も同様に帯状疱疹のリスクがあるためやはりアシクロビルの予防投与が推奨されています¹⁰⁾。

●レナリドミドとボマリドミド

レナリドミドは免疫調整薬に属します。腫瘍細胞のアポトーシスの誘導や、T細胞、インターロイキン-2(IL-2)、インターフェロンγの産生を亢進することで抗腫瘍作用を発揮すると考えられています¹²⁾。レナリドミドは新規発症のMMにデキサメタゾンと併用して使用した場合、21%でグレード3/4の好中球減少が起きるとされます¹³⁾。

新しい世代の免疫調整薬であるボマリドミドは再発・難治性のMMに対して用いられますが、やはり40~60%程度でグレード3/4の好中球減少が起きる¹⁴⁾ため注意が必要です。

では本症例に戻りましょう。新規発症のMMに対してVRd療法中の急性肺炎です。疾患そのもので液性免疫の低下、ボルテゾミブおよびデキサメタゾンにより細胞性免疫が低下、そしてレナリドミドによる好中球減少が見られます。さらにボルテゾミブにより帯状疱疹のリスクが増大するためアシクロビルが投与されているわけです。



液性免疫低下では莢膜を有する微生物、特に肺炎球菌やインフルエンザ桿菌が重要でした。今回は喀痰のグラム染色から肺炎球菌性肺炎と診断し、ペニシリンGで治療を行い奏効しました。

その他の新規薬剤

上記以外にも難治性・再発性MMに対して2015年以降4つの新規薬剤が登場していますので、起こり得る免疫低下や感染症との関連性を含めてご紹介いたします。

●パニピノスタット

ヒストン脱アセチル化酵素(histone deacetylase; HDAC)阻害薬に分類されており腫瘍細胞のアポトーシスを誘導することで抗腫瘍作用を発揮します。ボルテゾミブ、デキサメタゾンと併用することで無増悪生存期間(progression-free survival; PFS)を延ばす

ことができますが、34%でグレード3/4の好中球減少が見られます¹⁵⁾。米国食品医薬品局(FDA)は重症の下痢や虚血性心疾患の副作用について注意喚起しており、慎重な使用が必要です。

●エロツズマブ

SLAMF7(signaling lymphocyte activation molecule family member 7)に結合するモノクローナル抗体です。作用機序としては、NK細胞に発現するSLAMF7に結合してNK細胞を直接的に活性化するとともに、抗体依存性細胞傷害(antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity: ADCC)作用を誘導することにより腫瘍増殖を抑制していると考えられています。

レナリドミドおよびデキサメタゾンと併用することでPFSが改善することが知られています^{16, 17)}が、感染症に対する影響としては日和見感染症や真菌感染症、および帯状疱疹のリスクが増大することが報告されています¹⁸⁾。

●ダラツムマブ

腫瘍細胞表面に発現するCD38抗原に対するモノクローナル抗体です。補体依存性細胞傷害作用やADCC作用、抗体依存性細胞貪食作用を介して腫瘍増殖を抑制すると考えられています。レナリドミドおよびデキサメタゾンと併用することでPFSが改善します¹⁹⁾。

感染症への影響は、好中球減少のリスクはやや上昇するものの実際の感染症が増えるわけではなさそう²⁰⁾です。

多発性骨髄腫の治療薬は飛躍的に進歩しており、もはや「慢性疾患」になりつつありますが、その分感染症の発症に注意を払う必要があります。近年、新規薬剤が続々登場しており、それぞれが感染症にどのようなインパクトを与え得るかを解説しました。次回からはいよいよ、本連載の大トリである「造血幹細胞移植と感染症」に入ります。お楽しみに。

[参考文献]
1) 公益財団法人がん研究振興財団. がんの統計 '17. 2018. https://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2017/cancer_statistics_2017.pdf
2) N Engl J Med. 2016 [PMID: 27705251]
3) Haematologica. 2015 [PMID: 25344526]
4) Clin Infect Dis. 2009 [PMID: 19769539]
5) Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2014 [PMID: 24183500]
6) Lancet. 2017 [PMID: 28017406]
7) Biol Blood Marrow Transplant. 2013 [PMID: 23707853]
8) J Clin Virol. 2015 [PMID: 26546878]
9) J Clin Oncol. 2008 [PMID: 18711175]
10) NCCN Guidelines ver 1. 2018 Prevention and Treatment of Cancer-Related Infections.
11) Br J Haematol. 2017 [PMID: 28485007]
12) Oncotarget. 2017 [PMID: 29228683]
13) Blood. 2010 [PMID: 20876454]
14) Leukemia. 2014 [PMID: 24496300]
15) Lancet Oncol. 2014 [PMID: 25242045]
16) N Engl J Med. 2015 [PMID: 26035255]
17) Br J Haematol. 2017 [PMID: 28677826]
18) U.S. Food and Drug Administration. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2015/761035s000lbl.pdf
19) N Engl J Med. 2016 [PMID: 27705267]
20) Blood. 2017 [PMID: 28637662]

聖路加国際病院の屋根瓦式教育のエッセンスが詰まった1冊

内科レジデントの鉄則 第3版

臨床現場で最も大事なこと——蓄えた知識を最大限に生かし、緊急性・重要性を判断したうえで、いかに適切な行動をとれるかということ。本書は、まさにここに主眼を置いて構成。よく遭遇する教育的な症例をベースに、絶対知っておきたい知識を整理するとともに、どのようにワークアップし、動くべきかということが一貫して強調されている。今回の改訂では、基本から少しアドバンスな内容、最新の知見も記載。参考文献もさらに充実。

編 聖路加国際病院 内科チーフレジデント

内科レジデントの鉄則

3

聖路加国際病院内科チーフレジデント

待望の改訂第3版。これぞ！聖路加国際病院の屋根瓦式教育

カリスマ臨床医、気鋭の若手指導医らによる感染症診断の極意とパール!

病歴と診察で診断する感染症 System1とSystem2

近年、感染症診断法の進歩はめざましい。しかし、検査が充実すればするほど、臨床現場では「病歴」と「診察」が軽視されているように感じなくもない。本来、感染症の診断で最も重要なのは、感染臓器・病原微生物を突きつめることである。そしてこれは、病歴と診察で可能なかぎり検査前確率を高めることによってなされるべきである。「病歴」と「診察」にこだわった執筆陣による「匠の技」を伝授したい。

編集 志水太郎 獨協医科大学病院 総合診療科診療部長/総合診療科教育センター長

忽那賢志 国立国際医療研究センター国際感染症センター 国際感染症対策室長/国際診療科副部長

病歴と診察で診断する感染症 System1とSystem2

究極の感染症 36 診断!

System1 (身体診察) System2 (この4冊を手帳のように感染症診断の良友にも!)

寄稿

da Vinci 手術の利点と課題

ロボット支援下手術を推進するには

絹笠 祐介 東京医科歯科大学大学院消化管外科学分野教授/同大医学部附属病院大腸・肛門外科診療科長

●きぬがさ・ゆうすけ氏
1998年東医歯大卒、腫瘍外科学入局。2001年より国立がんセンター中央病院(当時)勤務。06年より静岡県立静岡がんセンター勤務、10年4月より同センター大腸外科部長。17年9月より現職。日本内視鏡外科学会技術認定医。日本ロボット外科学会理事。大腸癌治療ガイドライン作成委員会委員。専門は大腸がんの外科治療、腹腔鏡下手術、ロボット支援下手術。



手術支援ロボットは、内視鏡下手術の低侵襲性に加え、①高画質3次元画像による視認性、②直感的な操作、③繊細で複雑な鉗子操作が可能であるといった利点から、新たな手術アプローチとして期待される。ロボット支援手術は米国を中心に世界中で導入され、特に泌尿器科、婦人科を中心に急速に普及し、最近、欧米では一般・消化器外科領域での増加が著しい。現在、手術支援ロボットの主流である da Vinci Surgical System (ダ・ヴィンチ手術システム, Intuitive Surgical 社) は、米国で1999年に販売が開始され、2017年12月末までに世界で4400台以上が導入された。ダ・ヴィンチ手術システムを用いた手術は、この7年間で約2倍の増加を来し、17年度の総手術件数は80万件を超えている。

本邦では09年にダ・ヴィンチ手術システムが薬事承認され、大学病院を中心にロボットが導入された。12年4月より前立腺がんに対する全摘出手術が保険承認されたことにより国内においても急速に導入が進み、17年12月現在、約280台が稼働しており、5年前と比べると約5倍に増加している。18年4月からはこれまでの前立腺全摘、腎部分切除に加えて、新たに12術式(表)が保険適用となり、本邦でもますますの増加が期待される。

da Vinci 手術の利点

利点①人間の手首より広い可動域

従来の腹腔鏡下手術における課題の1つである鉗子の可動性に関しては、ダ・ヴィンチ手術システムでは先端が人間の手指や手首の動きを模倣する7自由度の可動範囲を持つ Endo Wrist[®] により制限が軽減される(図1)。この Endo Wrist[®] の可動域は540度と人間の手首の可動域より広い。特に、男性の前立腺背側から肛門管近傍の剥離に関してや側方郭清においては、その利点が重要となってくる。

利点②鮮明な画像情報による空間認識

3次元ハイビジョンカメラによる鮮明な画像情報が得られ、空間認識の点でも有利であり、腹腔鏡に不慣れな初心者においても、目的の位置に鉗子を容易に到達させることが可能となる。すなわち本システムは、開腹手術、腹腔鏡下手術双方の利点を取り入れた術式になり得ると期待できる。

利点③縮尺機能と手振れ防止

実際の手の動きよりも最大5分の1

●表 2018年度診療報酬改定にて保険収載されたロボット支援下内視鏡手術

内視鏡手術用支援機器を用いる対象となる手術名

1. 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
2. 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
3. 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除または1肺葉を超えるもの)
4. 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
5. 胸腔鏡下弁形成術
6. 腹腔鏡下胃切除術
7. 腹腔鏡下噴門側胃切除術
8. 腹腔鏡下胃全摘術
9. 腹腔鏡下直腸切除・切断術
10. 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
11. 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る)
12. 腹腔鏡下腔式子宮全摘術



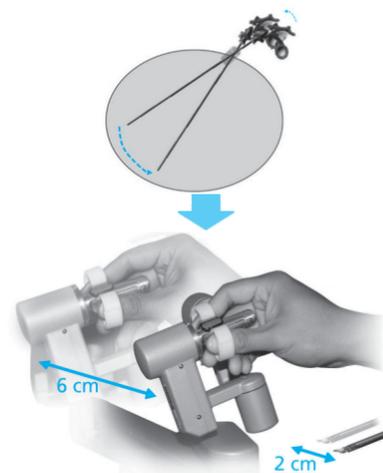
●図1 人間の手首より広い540度の可動域を持つ Endo Wrist[®] (©Intuitive Surgical, Inc.)

まで縮小して動かすことができる縮尺機能が備わっている上に、手振れ防止機能も有しているため、高画質拡大視野と相まって、腹腔鏡では操作が困難な骨盤深部においても非常に精緻な手術を行うことができる(図2)。

筆者の経験においても、男性の下部直腸癌や進行直腸癌など難度の高い手術においては、これまでの開腹手術や腹腔鏡下手術と比べて、より自分の思い描いた通りの剥離層を実現できると実感しており、前任地の静岡がんセンターでの手術成績でも、従来の腹腔鏡下手術や開腹手術と比べて、術後排尿障害の減少や術後局所再発率の低下が証明された。

利点④二人羽織の手術指導を実現

また、容易な手術操作により、ラーニングカーブが従来型の腹腔鏡手術と比べて短く、初心者であっても比較的早期に安定した手術が可能になり、患者にとっても大きな利点となる。さらにデュアルコンソールを用いれば(図3)、完全な二人羽織の手術指導が行え、手術を安全に指導でき、またその教育効果も非常に高い。



●図2 最大5分の1まで手の動きを縮小できる縮尺機能 (©Intuitive Surgical, Inc.)



●図3 デュアルコンソールによる手術の様子

da Vinci 手術の課題

課題①触覚の欠如

ダ・ヴィンチ手術システムにはいくつかの課題がある。一つ目は触覚の欠如である。手術においてこの欠点は致命的とも言えるが、実際に手術してみると、鉗子の微細な動きや組織の変化、剥離層の広がり方として先端の触覚が視覚的に伝わってきて、筆者はそれほど欠点とは感じていない。それほど力のかかり方は腹腔鏡下手術以上に繊細に調整が可能である。現に

当科での安全性試験においても、このことが起因となる合併症は認めなかった。しかし、手術において重要な、臓器・組織に対する愛護的な操作には、ロボットの特性を十分に理解しておく必要があるし、これらを踏まえた手術が行えないと、かえって危険な手術手技となり得る。

課題②アーム・鉗子同士の干渉

二つ目の課題は、ロボットの個々のアームが大きく太いため、体腔内・外でのアーム・鉗子同士の干渉が起こり得ることだ。第4世代の da Vinci Xi Surgical System では、その干渉は大幅に解消されたものの、正しいセッティングが手術時間のみならず、手術全体の成否を決定する重要な因子である。このように、いくらラーニングカーブが短いといっても、ロボットには特有のコツとピットフォールがあり、導入当初は、難度の低い症例を選ぶような慎重な導入が必要と考える。

課題③指導医、トレーニング施設不足

ロボット支援下手術を開始するに当たって、十分に経験を積んだ指導医が必要であることは言うまでもないが、国内において、十分に経験を積んだ医師は非常に少ないのが現状である。また、国内にはトレーニング施設も不足している。既存のトレーニング施設も既に予約でいっぱい状況が続く、気軽にトレーニングできる環境ではない。海外ではご遺体を用いた cadaver トレーニングが主流となっているが、国内ではそのような施設は少なく、ロボットを使える cadaver トレーニングセンターは、現時点では見当たらない。指導医やトレーニング環境の整備に比べて、国内で既に導入されているロボット数も多く、指導医の育成やトレーニング環境の整備が急務である。学会主導の下、まずは緩やかな普及に努めるのが肝要と思われる。

胸部のCT 第4版

新刊

胸部CT診断の基準となる包括的テキストのベスト&ロングセラー、7年ぶりの改訂。胸部領域の新しい疾患概念や、肺癌のTMN分類や組織分類、癌取り扱い規約の改訂などを踏まえ、画像、記述内容ともに全面的にアップデート。臨床の現場で役立つ教科書を目指し、より疾患の解説に重点を置く構成となった。放射線科のみならず、呼吸器内科・外科、一般内科の医師にとっての必読・必携書。

胸部CTのバイブル、全面改訂!

<p>編集 村田喜代史 滋賀医科大学医学部放射線医学講座 教授 上甲 剛 近畿中央病院放射線診断科 部長 村山貞之 琉球大学大学院医学研究科放射線診断治療学 教授 酒井文和 埼玉医科大学国際医療センター画像診断科 教授</p>	<p>●定価: 本体 15,000円+税 ●B5 頁904 写真1540・原色図219・色図50 2018年 ●ISBN978-4-8157-0118-5</p>
---	---

好評関連書

<h3>腹部のCT 第3版</h3> <p>編集 陣崎雅弘</p> <p>肝胆膵のCT・MRI 定価: 本体 12,000円+税</p> <p>腹部のMRI 第3版 定価: 本体 13,000円+税</p>	<p>関節のMRI 第2版 定価: 本体 15,000円+税</p> <p>頭頸部のCT・MRI 第2版 定価: 本体 14,000円+税</p>	<p>脳MRI 定価: 本体 15,000円+税</p> <p>顎・口腔のCT・MRI 定価: 本体 8,200円+税</p>
---	---	---

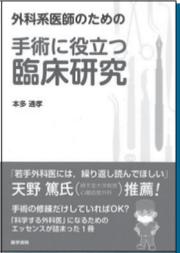
●定価: 本体 13,000円+税
●B5 頁704 写真142・写真1491 2017年
●ISBN978-4-89592-877-9

「科学する外科医」になるためのエッセンスが詰まった1冊

外科系医師のための 手術に役立つ臨床研究

外科領域の臨床研究には、内科とは違う特有の難しさがある。しかし、体系的に方法論を学ぶことで、若手外科医でも「手術に役立つ」質の高い臨床研究ができる。本書は、これから臨床研究、学会発表、論文執筆を行うすべての若手外科系医師に向け、研究計画の立て方からトップジャーナルに通用する論文の書き方まで、臨床研究の基本と実際を具体的にわかりやすく解説。本書を読めば、きっとあなたも臨床研究がしたくなる!

本多通孝
福島県立医科大学教授・
低侵襲腫瘍制御学講座



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

慢性痛のサイエンス 脳からみた痛みの機序と治療戦略

半場 道子 ● 著

A5・頁244
定価:本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03428-9

半場道子先生のご講演は何度か拝聴したことがある。痛みに関する脳科学、神経科学についての最新のお話で、大変興味深くお聞きした。しかしながら、あまりなじみのない脳の解剖用語や限られた講演時間の中で、先生が話されたことを全て理解できたとはいえなかった。一度、先生の知識と考え方をまとめた形で伺いたいと願っていたところ、書籍執筆のお話をお聞きし、上梓されたらぜひ拝読したいと申し上げた。本書を拝受後、3日ほどで読ませていただいた。

本書は、慢性痛を侵害受容性、神経障害性、非器質性に分け、そのメカニズムについて脳科学、神経科学の観点から最新の知見を紹介している。近年の機能的脳画像法や基礎医学的な研究成果を基に、脳を中心とする神経系のダイナミックな機能を解説している。さらに、解明されたメカニズムを基に慢性痛に対する各種の治療法と、その科学的根拠について述べている。それぞれ興味深い内容であるが、中でも「骨格筋は分泌器官であり、筋活動は慢性痛の軽減に有効である。また、筋活動により多くの疾患の原因となる慢性炎症を抑制でき、疾患の予防につながる」という事実は大変興味深く、日常診療でも患者さんの指導に役立てたい知識である。

脳科学・神経科学の観点から慢性痛を解説する



評者 高橋 和久
前・千葉大大学院教授・整形外科

本書を読み始めると、聞き慣れない解剖用語や専門用語が多く現れ、読者は戸惑うかもしれない。しかし、気にせず読み進められるのがよい。重要な用語については繰り返して述べられ、その都度意義が解説される。読み進めるうちに自然とその用語が記憶に残り、読者はその意味を多面的に理解することができる。本書は極めて高度な科学的内容を解説しているが、冷徹な科学書ではなく、随所に半場先生の人間に対する哲学ともいえる優しい思いが述べられている。本書は繰り返し読むことにより、記載内容をより深く理解できる書籍である。

インターネットなどにより、多くの情報が散乱する現代において、精査された情報をコンパクトにまとめた書籍の役割は大きい。本書にはそれぞれの記載の根拠となった文献が添付されており、とくに興味ある内容については検索が可能である。半場先生のご努力に改めて敬意を表す。

本書は、整形外科、脳神経外科、神経内科、麻酔科、ペインクリニック科、リハビリテーション科ほか、慢性疼痛患者に関与するあらゆる医療関係者、さらに基礎研究者にとって有用な書籍である。ぜひ、ご一読をお勧めする。

外科系医師のための手術に役立つ臨床研究

本多 通孝 ● 著

A5・頁244
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03259-9

評者 紺野 慎一
福島医大教授・整形外科

従来、大学での医学研究は基礎的な研究が主流だった。テーマは教授から与えられ、それを従来の手法で行うのが常だった。しかし現在では質の高い臨床研究により、さまざまな疾患の診断や治療の科学的な根拠を明らかにすることが可能となった。臨床研究の質は、研究デザインの質とそのアウトカムが個人や社会にどの程度大きなインパクトを与えるかにより決まる。質の高い臨床研究を行うことは容易ではない。それを教育する教材は極めて乏しい。本書は外科系医師のための臨床研究を行う教材としては最も優れた本といえる。

1990年代に臨床研究のエビデンスが重要視されるようになり、外科的な疾患に対する診断や治療のエビデンスが求められるようになってきた。本書は、『外科系医師のための手術に役立つ臨床研究』というタイトルである。まず第一に臨床研究を行う場合、質の高い臨床研究をデザインすることが求められる。本書はそのための手順を初心者でも理解できるように平易に記述

している。一つの手術手技のエビデンスを明らかにすることは簡単ではない。しかし時代がエビデンスを求めている以上、それに応える臨床研究を行うことが今われわれ外科系医師に求められている。若い医師からベテランの外科医に至るまでぜひ読んでいただきたい一冊である。

治療はもちろんエビデンスが全てではない。アートも求められる。したがって実際の臨床では必ずしもエビデンスに依存することはない。しかし日常診療で日々さまざまな疑問が浮かんでくる。本当にこの診断や治療は科学的に有効なのだろうか。若い医師には特にその日常の疑問を明らかにできる無限の可能性が

ある。ぜひこの一冊を利用し、日々の疑問を科学的に証明する努力を惜しまずに行ってもらいたい。本多通孝先生は福島医大低侵襲腫瘍制御学講座教授としてバリバリの臨床家であると同時に、一流の臨床研究を活発に行っている。彼に負けない臨床研究をできる外科医がたくさん育つことを祈念している。

無限の可能性を持った若手外科系医師たちへ



専門医が教える 研修医のための診療基本手技

大村 和弘, 川村 哲也, 武田 聡 ● 編

B5・頁304
定価:本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03026-7

評者 徳田 安春
群馬沖繩臨床研修センター長

総勢49人の各科専門医が研修医にとって特に必要な診察手技を書いた本です。病棟や救急室で必要とする診察手技を網羅していることが特徴です。冒頭の「医療面接」のチャプターは、病歴聴取や診療録の記載の仕方の基本、温度表、小児の診察などが網羅されているだけでなく、これからプロフェッショナルとして成長していく研修医にとって重要な事項もカバーしています。プロフェッショナルリズムやフィードバック、臨終の立ち会いなどの項目です。

さらにはコラムとして、臨床倫理コンサルテーションや事前指示、アドバンス・ケア・プランニングなどの具体的なやりかたについて学習することができます。超高齢社会に直面している日本では、全ての医師が、事前指示やアドバンス・ケア・プランニングについての理解と実践方法を身につけることが求められています。2年間もの激し

い心理的および肉体的ストレスにさらされる研修医には、ストレスコーピングについての項目は大きな助けになるに違いないと思います。

次のチャプターは「基本診察法」。豊富な写真やイラストとわかりやすい解説で、基本的な診察方法を身につけるベースを研修医に与えてくれます。診察部位によっては高度な手技の解説も含まれています。特に、頭頸部、眼科、歯科の領域における診察手技については、これまで出版された類書には含まれていなかった技が披露されています。頭頸部の項目では、編集者の一人であり本書の企画を考えられたエキスパート耳鼻咽喉科医の教育への情熱に触れることができます。

続いて、「基本的な臨床検査」のチャプターがあります。研修医が現場で実施すべき心電図や超音波検査、ベッドサイドの画像診断に加えて、血液型判定と交差適合試験の基本と実施方法

好評のレジデントマニュアルシリーズに「皮膚科版」が登場!

皮膚科レジデントマニュアル

レジデントマニュアルシリーズに待望の皮膚科版が登場! 診断、治療、検査、主要疾患へのアプローチなど、皮膚疾患診療に必要な知識を1冊に凝縮。コンパクトでありながらも、日常診療で目にする代表的疾患の臨床写真を多数収録。また、各疾患の頻度、好発年齢、男女比はアイコンで、好発部位はイラストで示すなど参照しやすい構成となっている。研修医、若手皮膚科医はもちろん、皮膚疾患を診るすべての医師必携の1冊。

編集 鶴田大輔
大阪府立大学大学院教授・皮膚科学



B6変型 頁344 2018年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-03439-5]

医学書院

MEDSiの新刊

小児科医、プライマリケア医の日常診療に効く、必読論文50選



医師として知らなければ恥ずかしい 50の臨床研究 小児編

50 Studies Every Pediatrician Should Know

●訳: 中河 秀憲 淀川キリスト教病院小児科
●定価: 本体3,500円+税 ●A5 ●296頁 ●図73 ●2018年
●ISBN978-4-8157-0117-8

▶医師としてこれだけは押さえておくべき50論文を厳選、レビューするシリーズ、「正編」「内科医編」「神経編」に次ぐ第4弾「小児編」。小児領域に影響を与えた重要な論文で、かつ日常診療に親和性の高い項目を収録。要約文はシリーズ他書と同様、できるかぎりオリジナル論文著者へのフィードバックを行い精度を高めた。日本の小児医療の現状を踏まえた訳者コメント付き。小児科医のみならず、小児医療にかかわるプライマリケア医・総合診療医・開業医にも有用。

好評関連書

医師として知らなければ恥ずかしい50の臨床研究

●訳: 谷口 俊文 ●定価: 本体3,500円+税 ●A5 ●頁304 ●図50 ●2015年

医師として知らなければ恥ずかしい50の臨床研究 内科医編

●訳: 石山 貴章・谷口 俊文 ●定価: 本体3,500円+税 ●A5 ●頁288 ●図49 ●2016年

医師として知らなければ恥ずかしい50の臨床研究 神経編

●監訳: 岩田 淳 ●定価: 本体3,500円+税 ●A5 ●頁304 ●図50 ●2017年

死を前にした人に あなたは何かができますか?

小澤 竹俊 ● 著

A5・頁168
定価: 本体2,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03208-7

小澤竹俊先生は、求道者であると思う。緩和ケア医師として長い年月を終末期の方とその家族の傍らで過ごし、本人や家族とともに苦しみながら、援助者として何が出来るだろうかと問い続け、探求し続けた。そして到達したことを平易な言葉で書き表して下さった。感謝しつつ読了した。

本書の流れは序章で明快に示され、各章が続く。第1章「援助的コミュニケーション」では、苦しんでいる人から「この人は私のことをわかってくれる人だ」と認めてもらえるための「聴き方」を学ぶ。第2章「相手の苦しみをキャッチする」では、「苦しみは希望と現実の開き」ととらえ、その苦しみに答えがある(解決できる)のか否かを見極める必要を知る。全ての苦しみをゼロにすることはできないと認めることも必要なのだ。第3章「相手の支えをキャッチする、強める」では、解決できない苦しみの中でも自分にとっての大切な支えに気付くとき人は穏やかでいられると示される。そして第4章「自らの支えを知る」では、苦しむ人の力になれずに苦しむ援助者が逃げないでかわり続けるための支えを考える。

全体を通して、意外にもスピリチュアルペイン、スピリチュアルケアという言葉はほとんど現れない。実は小澤先生には、10年ほど前にスピリチュアルケアについてお考えを聞かせていただいたことがある。緩和ケア病棟から在宅診療に転身された頃であった。尊敬し師事してこられた村田久行先生

について学ぶことができます。評者の研修医時代、深夜の当直時間帯に遭遇した重症多発外傷患者に対し生血輸血診療を行った頃にはいい教科書がなく、検査技師さんから徒弟的に教わり、やっとの思いでマスターしたことを思い出します。今では本書があるおかげで効率的に学べると思います。

さて、後半の2つのチャプターの「基本的手技」と「外科・救急手技・ベッドサイド手技」が、本書のコア部分であると思います。ここでも写真とイラスト、簡潔明瞭な解説文によって、それぞれの手技の全体像と重要ポイントを短時間でマスターすることができます。基本的手技を学習していく方略として最近ではビデオやシミュレーシ

の考え方を基盤として、死を前にした人のスピリチュアルケアに取り組んでおられた。しかし、本書では「苦しむ人に何が出来るか」をスピリチュアルケア論として展開してはいない。看取りを幾千と重ねた中から道筋を探し、誰でも実践できるように具体的なステップを組み上げている。

筆者もスピリチュアルケアをどう実践するのか考え続けているが、本書は新鮮であった。苦しみを「希望と現実の開き」としてとらえ、答えることのできない苦しみの本質がスピリチュアルな苦しみであるとすれば、スピリチュアルペインを特定する精度は低くてもよいのではないかと。答えることのできない苦しみを持ちながらも穏やかでいられるには大切な自らの支えに気付けばよいのであれば、援助者が意識すべきは苦しむ人の支えは何かということなのだと思わされた。

個人の支えは大きく分けると「将来の夢」「支えとなる関係」「選ぶことができる自由」だと小澤先生は語っている。これは村田先生の説く人間存在の「時間性」「関係性」「自律性」を実践の日にちを咀嚼し、「支え」の視点でとらえ直したものであろうか。あえて「スピリチュアル」を封印された潔さに驚きつつ、看取りが誰にとっても身近な課題として迫っている現実への小澤先生の危機感を感じる。

本書を片手に、私たちそれぞれも何が出来るか、求道の歩みを早めていかなければならないだろう。

ントレーニングなどが導入されていますが、学習者の脳内シミュレーションをロジカルに構築するためにも、本書をよく読んでその図表をビジュアルとして記憶しておく学習効率が高くなると思います。ビデオやマネキンと異なり、プリントされた書物での学習にはグラフィック記憶を促す効果があると思います。

以上、初期研修医が最も必要とするコンテンツが効率よく学習できる書物です。クリニカルクラークシップを始める前の医学生の時からこの本を持ち歩いて何度も読み返すことにより、初期研修へのスムーズな移行がよりよくできることにつながると思います。

苦しむ人に何が出来るか、 求め続けた先に見えた道筋



評者 河 正子
NPO法人緩和ケアサポートグループ

発達障害支援の実際

診療の基本から多様な困難事例への対応まで

内山 登紀夫 ● 編

B5・頁264
定価: 本体5,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03239-1

本書は、編者の「序」によれば、厚生労働科学研究費補助金による二つの研究を基盤に、主に思春期以降から成人期にかけて発達障害の人を支援する専門家に向けて出版されたものです。

青年期以降の発達障害の書籍は既に多数出版されておりますが、本書では、従来、支援が難しいと思われる「多様な困難事例」の理解とかかわりについて網羅し、これが大きな特徴となっています。

内容は9つに分かれています。第1章「発達障害の疫学」ではエビデンスを重視し、自閉スペクトラム症(ASD)と注意欠如・多動症

(ADHD)の有病率や原因について言及しています。医療分野にとどまらず、保健福祉分野や矯正施設などの疫学的調査にも触れています。第2章「診断とその方法」では面接方法と最新の評価・診断ツールについて紹介しています。ASDやADHDは年齢、発達状況で多様な様相を見せ、ツールをいかに有効活用しても、結局は行動観察、発達歴聴取によって診断は下されるべきとの編者の弁には強くうなずくことができます。第3章で合併・併存する障害について触れ、第4章では、不登校、ひきこもり、自殺、非行、犯罪など対応に苦慮する二次障害を取り上げ、支援の心構えを説いてくれます。こうした状況を読み進み、第5章で「支援のアイディアは個々の評価に基づき個別化して行われるべき」「(その)アイディアを活用することでより自立的な生活が送れる」ことをめざすべき(p.113)と支援の原則が説かれ、たとえ非行・犯罪問題であっても、復帰支援方法は必ずあると勇気づけられます。支援の各論は第6章で詳述され、本書の大きな柱となっています。各機関それぞれの取り組みを詳しく知ることが出来ます。個々の役割を知ることで、正しい多職種連携が可能になることでしょう。対応に苦慮する方々であっても支援する術はあります、ということでCRAFTや弁証法的行動療法、性加害行為への治療的アプローチといった最新かつ先駆的な支援技法が紹介され、第7章でリスクアセスメントを学びます。リスクアセスメントは「個別の状況を精査することにより、それによって生じうる問題の要因を明らかにし、将来の不測の事態を未然に防ぐために必要な介入のタイプを明らかにする」(p.186)ものと定義され、具体的な手

評者 田中 康雄
こころそだちのクリニックむすびめ院長

法やアセスメントツールが紹介されています。第8章では、法に触れた発達障害のある方々への5か国の海外情勢が紹介され、結果、日本には日本の取り組みを一刻も早く作る必要があると理解するのですが、その前に、この分野に真剣に取り組む姿勢を、日本はまず示すべきというメッセージを強く感じました。最後の各事例に関しては、読者諸氏が症例検討会に参加したつもりで読むと役立つと思いました。

本書はエビデンスに裏打ちされた書籍です。読ませていただき、全ての執筆者に敬意を払うとともに、長く発

達障害臨床をされている内山登紀夫先生にとって、触法や対応困難事例というのは、避けては通れない課題であったのだろうと痛感しました。

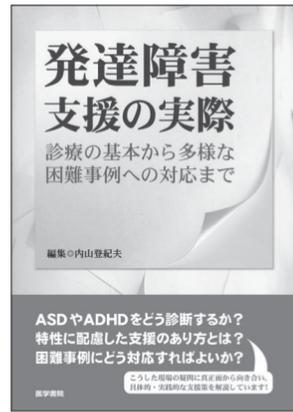
本書で取り上げたツールや手法は、一般の臨床ではまだ使用できないところもあり、今しばらく待たねばならないことに一抹の焦りを感じつつ、それほど先駆的なテーマを紹介してくれたことに感謝しています。

2点、評者として注文があるとしたら、いわゆる虐待・トラウマと発達障害との関係についてあまり言及されていないことと、本書のタイトルが「発達障害支援」となっていることです。前者は、さらに今後の発展を期待したいところです。後者は、本書の内容がASDを対象としているといっても過言ではないため、「自閉スペクトラム症支援の実際」と表記したほうが内容が正しく伝わるのではないかと思います。中身が非常に優れたものだけに、表題で損してしまわないかと危惧したところでした。

いずれにしても本書は、ASD中心の発達障害支援分野における、半歩先の未来を見据えた予言の書、あるいは大きな方向性を指し示す良書であることは間違いありません。

どうか、医療関係者だけでなく、連携し合う多職種の方々全てに、ぜひ読んでいただきたいと思います。

発達障害支援分野の 半歩先を見据えた予言の書



メルマガ配信中

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

医学界新聞メルマガ

新刊 持ち歩ける「ICUブック」はじめての重症患者管理は世界で信頼されるこの1冊から

リトルICUブック 第2版
Marino's The Little ICU Book, 2nd Edition

▶ 集中治療医学の大ベストセラー「ICUブック」の子本「リトル」が8年ぶりに改訂。親本と相互参照できる構成。最新ガイドラインへのアップデート対応、新規書き下ろし収載など、全面的に刷新。病態生理から重症患者管理を考えるMarinoスタイルはそのまま、「ダイジェスト版」の枠に収まらず、「リトル」のみでも充分に使える充実した内容。値下げしてポケットサイズに生まれ変わり、日常的に持ち歩きたい研修医にもおすすめ。

監訳: 稲田 英一 順天堂大学医学部 麻酔科学・ペインクリニック講座 主任教授

定価: 本体5,000円+税
B6変 頁688 図90・表186 2018年
ISBN978-4-8157-0122-2

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

新刊 純国産「麻酔の手引」「決定版」が完成! 専門医レベルの必要事項をコンパクトに凝縮

麻酔科臨床SUMノート

▶ S: 讃岐, U: 内田, M: 森本が、携帯サイズの中に麻酔科臨床における必要事項をまとめた「和製」ハンドブック。手術室でもベッドサイドでも、気になったことをその場で確認。図や表を多用し、簡潔な記述で、知りたいことにストレートに到達できる。「ミラー麻酔科学」日本語版と原著の参照章および麻酔科専門医認定試験の過去問情報も併記。研修医から専門医までずっと使える最強ツール。

編者: 讃岐美智義 広島大学病院麻酔科
内田 整 千葉県こども病院麻酔科
森本裕裕 宇部興産中央病院麻酔科

定価: 本体7,500円+税
B6変 頁624 図173 表190 写真7 2018年
ISBN978-4-8157-0121-5

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

Medical Library

書評・新刊案内

《ジェネラリストBOOKS》 いのちの終わりにどうかかわるか

木澤 義之, 山本 亮, 浜野 淳 ● 編

A5・頁304
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03255-1

人は誰でも死から逃れることはできず、医療者は、いのちの終わりに向き合う機会が多い。ところが、医療者になるためのトレーニングでは、病気を取り除いて回復をめざす治療法については詳しく学ぶものの、エンドオブライフ・ケアについて体系的なトレーニングを受ける機会は極めて乏しい。そのため、往々にして医療者は、患者がいのちの終わりに向かう事実をタブー視したり、自らの業務範囲外と見なしたりしがちである。その上、エンドオブライフ・ケアに正面から向き合うにも、医療者の個人的な経験や見識

に任されている部分が多いので、具体的にいつから、どのように対応すべきなのか戸惑うことも多い。

本書『いのちの終わりにどうかかわるか』は、まさにこのテーマに正面から取り組んだ本である。本書は、いのちの終わりが近づいたときの時系列に沿って構成されており、冒頭の総論に引き続いて、評価、予後予測、治療とケアのゴールの話し合いについて取り上げられている。臨死期の対応については、1週間、48時間、臨終時のそれぞれのフェーズに合わせて詳しく述べられており、さらに患者が亡くなった後の喪失と悲嘆への対応と続き、最終章では、アドバンス・ケア・プランニングとベスト・インタレスト論がまとめられている。このように、エンドオブライフ・ケアの全てのフェーズが網羅されているので、本書一冊で包括的にエンドオブライフ・ケアについて学

医療者が行うべき行動に 焦点を当てた実践書



ぶことができる構成となっている。各章では、典型的なケースが取り上げられ、簡潔でわかりやすい解説に続いて、ケースへの具体的な対応、そしてClinical Pearlsの順にまとめられている。本書の特徴は、全ての章が、実際に医療者が行うべき行動に焦点を当てた実践書というコンセプトで貫かれていることである。さらに詳しく勉強したい読者に対しては、簡単な解説のついた参考文献リストがついているので、さらに掘り下げて学びを深めるガイドにもなっている。

エンドオブライフ・ケアの対象となるのは、がん患者の緩和医療のみではなく、病気の終末期になってから考え始めるものではない。医学的な症状にだけ対応すればいいわけではなく、ケアの対象は患者のみでもない。身近なところで、包括的に、継続的に、チームで協調しながら、一人ひとりの状況や価値観を尊重しながら行うべきものであり、本書を読んで、これはまさにプライマリ・ケアの特徴として位置付けられるACCCC (Access, Comprehensiveness, Continuity, Coordination, Contextual care)に通じる概念であることを改めて実感した。

未曾有の多死時代を迎える今、医療者としての確かなスキルを持って、いのちの終わりに正面から向き合い、最善のエンドオブライフ・ケアを提供するために、プライマリ・ケアにかかわる全ての医療者に、ぜひ一読をお勧めしたい。

評者 前野 哲博
筑波大病院総合診療科

脳腫瘍臨床病理カラーアトラス 第4版

日本脳腫瘍病理学会 ● 編
若林 俊彦, 渋井 壮一郎, 廣瀬 隆則, 小森 隆司 ● 編集委員

A4・頁232
定価:本体19,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03047-2

評者 嘉山 孝正
山形大医学部参与/国立がん研究センター名誉総長

私が医学部を卒業した1975年ごろの脳腫瘍病理は、その分類が世界でまちまちで統一されたものがありませんでした。したがって、治療成績の比較も科学的にはできなかつたのです。その後、世界保健機関(WHO)が79年に脳腫瘍を世界共通の分類でまとめました。日本では、88年に医学書院が本書の初版を世に出しました。それ以前は、欧米の書物以外で進歩に合った知識を得ることは困難だったのです。初版が世に出た時には、日本の全ての脳神経外科医は必携の書にしました。その後、本書は版を重ね、それぞれの時代の各著者の熱意と能力で時代の進歩に合った素晴らしい著作としての評価を得てきました。

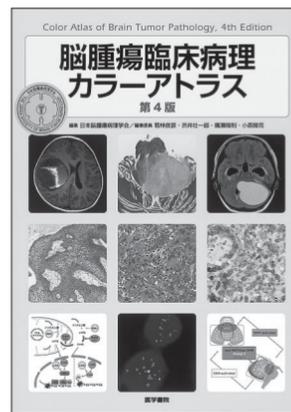
脳腫瘍を治療する脳神経外科医にとって、病理学的知識は時には手術手技以上に重要です。腫瘍の生物学的特性を理解しないと脳腫瘍の的確な治療はできません。腫瘍の生物学的特性を理解していれば、手術では摘出範囲の参考になり、放射線の効果も予測でき、抗がん薬も的確に使用できます。

分類とは、ある疾患の予後を決める最も重要な要素です。その分類の根幹といえる腫瘍の生物学的特性は、従来、組織学的分類が基礎になっていました。「組織学的」は「形態学的」と言い換えてもよい分類でした。しかし、世界の研究者の貢献で、形態学的分類では計り知れなかった腫瘍の遺伝学的特性の解析が蓄積されました。ここ十数年は脳腫瘍の分類も形態学と遺伝子解析とが入り混じったカオスの状態でしたが、2016年のWHO分類で形態学と遺伝子解析が統合された分類が提唱されました。本書はこのWHO分類の改訂に合わせて編集されています。したがって、全ての脳神経外科医は、標準医療をするにしても最先端の

医療をするにしても、本改訂第4版は常に机の上に置いておくべき書物といえます。

第4版が従来のもとは大きく異なる素晴らしい点を挙げると、従来以上に総論に厚みが出て、脳腫瘍病理の本質がより理解できる内容となっていることです。私が上記した内容が懇切丁寧に記載されており、脳腫瘍病理を習得する際に最も重要な歴史、分類、遺伝子解析や免疫学的解析の現在までにわかっている事項と課題が適切に記載されていて、若い研究者のこれからの研究のヒントも包含する内容になって

脳腫瘍病理の本質を 理解するための必携書



います。

各論では、本書の従来からの特質である美しいカラー写真がふんだんに配置され、理解の大きな援助になっています。内容は、従来の書式に加えて新たな知見が大幅に加筆され、形態学と遺伝子解析が統合された記述になっています。すなわち、形態学としての光顕所見、電顕所見に加えて、免疫染色所見と遺伝子所見が統合され記載されています。ここ十数年のカオスが整理されていますので、理解度が大変上がっています。これらができたのは、今回から著者が大幅に変わったからです。従来版では脳神経外科医の中の脳腫瘍病理を勉強された方が主に解説していたところに、腫瘍病理学者、神経病理学者が共著として加わり、従来と比較して記載の厚みが出ています。編集者の知恵が詰まっているといえます。

以上の大改訂を経ている本第4版は、脳腫瘍の治療を専門とする医療者、研究者だけではなく、専門医資格取得以前の脳神経外科医、すでに専門医を取得し終わった脳神経外科医全員が手元に置いておくべき書物として推薦いたします。

好評書のご案内

◎創刊60周年。信頼と実績の治療法年鑑

今日の治療指針 2018年版

私はこう治療している

総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

2018年版の特徴

- 第60巻記念企画「総編集者が選ぶ—これからの医療がわかる10大テーマ」を掲載。
- 第27章「在宅医療」を新設。
- 新見出し「不適切処方」を主な疾患項目に掲載し、薬物療法の注意点を解説。
- 1158疾患項目は毎年全面書き下ろし。

本書の特徴

- 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 2018年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-03233-9]
- ポケット判(B6)頁2192 2018年 定価:本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-03234-6]



◎添付文書を網羅。さらに専門家の解説を加えた治療薬年鑑

治療薬マニュアル 2018

監修 高久史磨・矢崎義雄
編集 北原光夫・上野文昭
越前宏俊

本書の特徴

- ハンディサイズ本では唯一「使用上の注意」をすべて収録
- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2017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。
- 医薬品レ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。

●B6 頁2752 2018年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-03257-5]



医学書院

◎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 2018

監修 福井次矢/編集 小松康宏・渡邊裕司

本書の特徴

- 治療薬を薬効ごとに分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、コンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。2018年版では、運転注意・休業・投与期間制限等の情報を追加し、コンパクトなサイズのまま、さらに充実。

●A6 頁1088 2018年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03196-7]



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:03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp