

2019年1月21日

第3306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]介護は程よく明るく、時に笑いを(黒川由紀子,阿川佐和子)…………… 1-2面
- [寄稿]集中治療・救急医療領域で期待される薬剤師のリーダーシップ(安藝敬生)…………… 3面
- [連載]診断エラー学(新)…………… 4面
- [連載]漢字から見る神経学/[視点]チーム医療と患者教育に活用したい「心不全手帳」(眞茅みゆき),他…………… 5-7面

対談

介護は程よく明るく、時に笑いを



阿川 佐和子氏
エッセイスト・作家

黒川 由紀子氏
慶成会老年学研究所 所長

認知症とともに生きる本人・家族の生活の豊かさを、家族や医療者はどう導き伸ばせるだろうか。

作家、エッセイスト、キャスター、さらには女優として幅広く活躍する阿川佐和子氏は、94歳で亡くなった父・弘之氏を看取り、今は認知症の母を介護する。その体験を『見る力』(文春新書)で語り、認知症の母との生活を小説『ことごとこーこ』(KADOKAWA)で描いた。高齢者心理の専門家でも、このたび『認知症の心理アセスメント はじめの一步』(医学書院)をまとめた黒川由紀子氏が、インタビューの名手として知られ普段は聞き手に立つことの多い、旧知の仲でもある阿川氏に、介護を担う家族の現実、触れた医療の世界、そして理想の老いについて聞いた。

黒川 阿川さんは、作家やインタビュアーとして多方面で活躍する傍ら、ご両親を介護され「ケアする心」のかたまりを持ったような方だと私は感じています。

阿川 そんなことはないですよ。介護は報われないことも多いからこそ、笑いや楽しさに何とかつなげないと、こっちが持たないと思っただけです。

黒川 認知症介護を身近に感じたきっかけはいつですか？

阿川 「これが、介護かな」と感じたのは2005年、広島で一人暮らしをしていた当時97歳の伯母が転倒して救急車で運ばれたあたりからです。それ以降、高齢の伯母をチェックするために新幹線でたびたび広島へ行っていたのですが、ある時「午後に着くからね」と伝えていたにもかかわらず、朝からずっと台所で待っていたらしく、私が着くなり「アンタはちっとも来ない」とものすごく怒っていて。そんな怒り方はそれまでなかったの……。

黒川 これは様子がおかしいなと。

阿川 ええ。また別の日には、「昨日ね、病院へ行ったら待合室ですずっと待たされて、気がついたら私だけになっていて、もう真っ暗になってるのに誰も呼んでくれなかったのよ」なんて言い出した。最初、私もその話を真に受けたんですが、どうやら認知症の初期症状だったみたいで。その後、伯母を東京に連れてくるべきか、でも住み慣れた広島から移したらもっと混乱するとか、いろいろ考えているうちに伯母が

家での転倒を繰り返すようになって。ようやく県内の老健施設に入居させてからは落ち着き、現在110歳でまだ生きております(笑)。

認知症介護に正面から向き合う

黒川 それから、阿川さんのご両親の介護も始まったわけですね。

阿川 はい。2011年の秋頃に母が心筋梗塞で手術を受け、その年の冬に父が転倒して緊急入院しました。今思えば伯母の介護がいい意味で「予行演習」になりました。でも「いずれ親を介護する時が来るだろう」と若い頃から覚悟ができていれば、もっと用意周到にいったかもしれませんけれどね。

黒川 実際は考えたくないものです。

阿川 「その時が来たら……」とつい先延ばししていましたから。

黒川 漠然と考えると恐怖心だけが膨らんでしまいます。実際にお母様の認知症に気づき、専門家を受診したのはいつでしょう。

阿川 認知症には気づいても、それが病気だという認識はないですからねえ。病院へ行くという考えは、当初は全くありませんでした。

黒川 家族であり、まして娘の立場では認知症だとはそもそも思いたくないものですよ。

阿川 私も最初のうちは、もしかしてトレーニングすれば元に戻るんじゃないかと思って、脳トレのドリルをやらせてみたりクイズを出したりしていま

した。父も弟も、学習させれば治るんじゃないかと思うらしく、「さっき覚えていると言ったのはウソか? どうして忘れるんだ? もう一度、やってみなさい」なんてきつく叱りつけたり。黒川 事実を伝え、現実を認識させたい。お父様も認知機能が回復すると信じていらしたのでしょうか。

阿川 ある日、家族で食事に行くと、母が「あら、このお店、前にも来たわね」と。すると父が「いや、ここは初めてだ」「いえ、来たことがありますよ」「何を言っているんだ。初めてだといったら初めてだ」「でも私は……」なんて言い合いになって、とうとう母が泣き出す大騒ぎに。父は母に真実を理解させようとするんですけど、母にはもう無理だったんですね。私も母の間違いをおおらかに受け止めようと思いつつも、何度も同じことを言われたりすぐに忘れちゃったりする母を見ると、ついイライラして言葉も態度もきつくなるが多かった。認知症の初期って、当人もまだ自分のそういう状態に慣れていなくて、半ばしっかりしているところも残っているだけに、不安ともどかしさが募るからイライラするし、家族は家族でショックが大きいから精神状態が不安定になるし。互いに一番不安定な時期だから衝突が多くなりましたね。

黒川 お母様もご自身の物忘れをうすうす自覚し始めた時期だけに、なおさらショックだったのでしょうか。

阿川 そうだと思います。モノがあふ

れた母の部屋をこっそり片付けたとき、古いレシートや手紙の間から母の手書きのメモを見つけたんです。そこに「バカ、バカ、バカ。どんどん忘れる」とか「忘れないこと! ○○さんへお礼状」とか、小さな字で書いてあって。びっくりしました。自分が忘れることをこんなに怖れていたんだと思ったら泣けました。

明るい性格なら、「まあいいか!」

阿川 そんな状況が続いて1年近く経ってから、友達に教えられたんです。「認知症の進行を遅らせる薬があるよ。病院で診てもらったら?」って。ならば試しに行ってみるか、と、心臓の手術でお世話になった先生に紹介していただき、神経内科を訪ねて脳の検査を受けた上で、アルツハイマー型認知症と診断されました。で、お薬を処方してもらって。その薬が効いたのかはよくわかりませんが、最初の認知症の気づきからすでに7~8年経っているにしては進行が穏やかではないかと思っています。初期は怒りっぽかった母も、最近ではひたすら明るくて。怒ったりひがんだり機嫌を悪くしたりってことは全くないです。時々話は混乱しま

(2面につづく)

認知症にかかわる心理職必携! アセスメントも支援へのつなぎ方もわかる1冊

認知症の心理アセスメント はじめの一步

編集: 黒川由紀子/扇澤史子

検査結果の背景に脳のどんな障害があるのか、イラストと豊富なデータ、事例でしっかり解説し、公認心理師対策にも生かせる「神経心理学」の基本が身につく。病院や地域、福祉施設など様々な場面でのアセスメントと支援、報告書の書き方も明快に提示。認知症にかかわる心理職が「はじめの一步」を踏み出せる1冊!



目次

- 序章 なぜ認知症の心理アセスメントが大切なのか
- 第1章 知っておきたい アセスメントのための基礎知識
- 第2章 部位別に見た 脳の機能とその検査
- 第3章 認知症の病型別に見た 認知機能障害の特徴とアセスメントの実践
- 第4章 場面別に見たアセスメントと結果の伝え方・その後の支援への活かし方
- 第5章 対談 認知症の心理アセスメント、その先へさらに学びを深めたいあなたへ
- あとがき

●B5 頁184 2018年
定価:本体2,800円+税
[ISBN978-4-260-03262-9]

医学書院



●くろかわ・ゆきこ氏

1979年東大教育学部教育心理学科卒。博士(保健学)。臨床心理士。東大医学部精神医学教室、大正大学教授、上智大総合人間科学部心理学科教授を経て、2018年より現職。上智大名誉教授。米ミシガン大老年学夏期セミナー運営委員などを務めた。著書に『認知症と回想法』(金剛出版)、『いちばん未来のアイデアブック』(木楽舎)、『高齢者のマインドフルネス認知療法』(誠信書房)、『認知症の心理アセスメント はじめの一步』(医学書院)など多数。

(1面よりつづく)

すけど。その混乱具合に自分でも笑ったりしていますから。そのくせ、けっこう切り返しが鋭いんです。案外、頭がしっかりしてるぞって思う部分もあって。

黒川 それは救いですね。

阿川 この間もあいさつ代わりに、私が自分の鼻に指を当てて、「誰だかわかってる?」って聞いたら「うーん、それは鼻」って。「違う! 誰ですか?」「娘さん」とかね。「じゃ、母さん、今いくつ? 生年月日言える?」と質問すると、にやっと笑って「私がほけたら困るでしょ」(笑)。本当に知恵が回るから、しょっちゅう笑わされています。確かに母が認知症になったときは悲しかったし、切なかった。でも、なっちゃったらもう仕方ない。今、ガハガハ笑えることをありがたいと思って、それを楽しむようにしています。

黒川 それは素晴らしい視点です。

阿川 フランスの高齢者ケア技術「ユマニチュード」を日本に紹介した本田美和子先生(東京医療センター)とイヴ・ジネストさんから、認知症ケアのお話を『週刊文春』の対談で伺い、目からウロコでした。そこで早速実践してみようと思い、朝、寝室から出てきた母に向かってなるべく遠くからニコニコと、膝を曲げて視線の高さを母にそろえて「おはよう、母さん」「おはよう、おはよう」って迎えてみた。そしたら母も両手を広げて膝を曲げるので、また私が膝を曲げ、二人がどんどん小さくなっていった末に、母がキョトンとした顔で、「あんた、何やってんの? バカみたい」だって(笑)。

黒川 笑いの生まれるやりとりから朝が始まっていますね。

阿川 あとは、しつこくハグしたり、くすぐったり、おへそ探しごっこをしたり。赤ちゃんを笑わせるようなことを何度も繰り返したりして、できるだ

け母を大笑いさせようとしてみるんです。元には戻らなくても感情豊かに生活するほうが良いような気がして。いつか感情の起伏もなくなってしまうかと思うと、今の母のけっこうシャープな反応は貴重だと思いますからね。

黒川 ユマニチュードのエッセンスを日々の介護に取り入れ実践されている。それによってお母様が元々得意とした、目の前の人と明るく豊かな関係を築くことを上手に引き出しています。

阿川 それでも、だんだん進行しているなど気づくことがあるんですが、過去の栄光にすがっても情けなくなるだけなので。今を楽しく生きていけばそれで十分。まあ、いいかって気分です。

「できないこと」ではなく、「できること」を評価する

黒川 実は今日、ご両親の介護を通じて医療の世界と深いかわりを持った阿川さんが、医療にどのような印象をお持ちかお聞きしたいと思っていました。

阿川 認知症の病名が付けばマニュアルに沿って決められた手順でケアが進められますね。医療側に決まりごとが必要なのは理解できます。でも、認知症患者も十人十色。私の母みたいに明るい人もいれば、そうではない人もいるだろうし、日常生活でできる範囲は人それぞれ異なります。

あと、データに頼って物事を判断し過ぎているのではと感ずることがあります。これは医療に限らず、現代の社会全体に通じることもかもしれません。何かを判断する要素として平均があれば「なるほどね」と納得できます。けれども、その平均値が実際役に立つかといえば、役に立たないことのほうが多いですからね。

黒川 おっしゃるとおりです。集めたデータから出された正規分布では平均や中央値に目が行きがちですが、外れ値にも大きなクリエイティビティが潜んでいる。いわゆるポジティブ・デビアンスの考えです。例えば、栄養が行き届かない貧困地域で、多数の子どもが栄養失調になっているデータがあるとしたら、外れ値の小さな値に注目し、そこに栄養失調ではない子がいるか、その母親が何をしているかを観察して全体の底上げにつながる知恵やヒントが得られています。

少数の好例にもっと注目する視点がないと、医療者や患者・家族もデータの渦に巻き込まれ窮屈に感じてしまうでしょう。標準医療に基づくかわりが誰にでも当てはまるとは限りません。

阿川 やっぱりそうですか。母は認知症になってから台所仕事を一切なくなりました。「もう疲れちゃった、明日やる」って私に甘えるんです。ところが、弟一家がやってくると急にキビキビ動いて料理を始める。台所仕事は女性の役割との認識が根底に残っているのでしょうかね。男性の前ではシャンとするし、あいさつもしっかりする。できる/できないで線を引くのではな

く、できることをその都度評価しないといけないと思うんです。

黒川 できることに目を向けられれば、きっとお互いに生活がしやすくなるはずですよ。

阿川 母は庭仕事が好きで、物忘れが進んでも花の手入れを続けていました。転んだら危ないから、さすがにやめさせようと思った時期もありました。

黒川 ケアする側は、安心ですからね。

阿川 でも、庭に出るのが楽しいと思っているうちは周りが注意して見ているれば済む話で。人それぞれ、今まで蓄積してきた生活スタイルがあって、それをなるべく崩さないよう守ってあげられるのもケアする側の役割だと思うんです。今はひたすら介護する側の合理性を優先し過ぎていような気がします。

黒川 私が専門とする認知症患者の心理ケアアセスメントも、検査を“やりっ放し”では、その人は何ができないかを測るだけで終わってしまいます。生活の中でできることを伸ばし、できないことを補う目的を持って心理職も検査をしなければなりません。

阿川 平均ではとらえきれない面白いことや大切な情報が、実はたくさん転がっているのではないのでしょうか。

人生で大切にしてきたことを解き放てる医療・介護の環境を

黒川 もし阿川さんが介護される立場となったら、どのような暮らしを望みますか?

阿川 好きなことができる。これが一番いいな。私だったらゴルフ。ロクに飛びもしないゴルフ好きの高齢者を集めて、「さあ、今日も行くぞ」と(笑)。

ウィーンには高齢となった音楽家たちが暮らす施設があって、入所者が演奏して過ごせるそうなんです。自分たちが若い頃から職業としてきたことを、高齢になっても必要とされる生活がある。これは理想だなと思いました。

黒川 好きなことを禁止するのではなく、人生で大切にしてきたことを普段の生活の中でも楽しめる。そんな解き放たれた環境で過ごせるといいですね。

阿川 高齢者施設という、お決まりのように童謡を歌わせたり、手をつないでフォークダンスを踊らせたりするでしょう。でも、今の70代はジーンズをはき始め、ロックで育った世代なんです。そもそも音楽の趣味だって全然違う。「老人はこれ」と固定観念にとらわれない魅力的なケアがもう少し必要ははずです。

黒川 自由がたくさん手に入り始めた社会を過ごした世代の、多様なニーズをくんだサービスを考えたいですね。

阿川 病室も、そもそも自分の部屋と



●あがわ・さわこ氏

1976年慶大文学部西洋史学科卒。『ああ言えばこう食う』(檀ふみ氏との共著、集英社)で講談社エッセイ賞、『ウメ子』(小学館)で坪田譲治文学賞、『婚約のあとで』(新潮社)で島清恋愛文学賞を受賞。2012年『聞く力』(文春新書)が年間ベストセラー1位に。14年菊池寛賞を受賞。近著に『正義のセ』(KADOKAWA)、『強父論』(文春文庫)、大塚宣夫医師との対談『看る力』(文春新書)、認知症の母との生活を描いた小説『ことごとこ』(KADOKAWA)など。

は違う非日常の空間なので、もう少し希望が叶えられるといいなと思います。

父は入院中、病室に自分の好きな絵を飾らせてもらいました。ずいぶん雰囲気が変わって、何となく父の部屋にいるような感じになったのです。「絵一枚でこんな簡単に変わるんだ!」と。

黒川 毎日過ごす場所だからこそ、好きなことが可能な範囲で許されれば生活は一層豊かに感じられる。高齢で介護が必要になったとたん、本人の自由度がぐっと減るのは見直したいですね。

*

黒川 阿川さんは、伯母様の介護経験や友人の情報を踏まえ、ユマニチュードなど専門的知識も集めながらご両親のそばに寄り添いケアの工夫を見いだしてこられました。大変な中でも面白さを見つけ、笑いを生み、時に本音を程よく明るく出しながら。

阿川 家族の介護でやむを得ず退職する人も多いそうですね。でも、それって悪循環だと思うんです。多忙でも気分転換の場所を持つことは大切ですよ。一人で抱え込んでしまうと、自分だけが不幸だと思ってますますつらくなっちゃうから。何とか周りの人の助けを借りて、外に出て人に会えば自分の今置かれた立場を相対化でき、時に楽になることもあるはずなんです。

黒川 そうですね。患者さんやご家族が暮らしに満足な状態に置かれているか、当事者の声を聞く役割が私たち医療者には今後ますます求められます。専門職も自分自身の生活に潤いを持つことで、他者をケアする際の余裕や閃きが生まれるのかもしれない。(了)

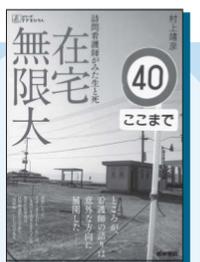
対談 ●明るくお茶目で気配り抜群、頭の回転が速く働き者の阿川さん。忙しい日々、を終えて多くの仕事をこなしながら「明るい介護」をめざす語りを引き込まれ、あつと言う間に時が過ぎた。日本語に厳しい父による英才教育を受けたせいか、切れ味抜群の言葉で、山あり谷ありの体験を語ってくださった。聞き上手で知られるが、話し上手でもある。プライベートな時間には、「しゃべり過ぎ。人の話も聞いて!」と注意されることもある。次は『話す力』を書いてみては。認知症の心理アセスメントに基づく「少し明るく、時に笑いのある介護」が広まりますように。(黒川由紀子)

「普通に死ぬ」を再発明する。

<シリーズ ケアをひらく> 在宅無限大 訪問看護師がみた生と死

病院によって大きく変えられた「死」は、いま再びその姿を変えている。現在の在宅死は、かつてあった看取りの文化を復活させたものではない。先端医療が組み込まれた「家」という未曾有の環境のなかで、訪問看護師たちが地道に「再発明」したものである。著者は並外れた知的肺活量で、訪問看護師の語りを生け捕りにし、看護が本来持っているポテンシャルを言語化する。「看護がここにある」と確かに思える1冊。

村上靖彦 大阪大学人間科学研究科教授



魔法? 奇跡? いえ「技術」です。

ユマニチュード入門

「この本には常識しか書かれていません。しかし、常識を徹底させると革命になります。」一認知症ケアの新しい技法として注目を集める「ユマニチュード」。攻撃的になったり、徘徊するお年寄りを「こちらの世界」に戻す様子を指して「魔法のような」とも称されます。しかし、これは伝達可能な「技術」です。「見る」「話す」「触れる」「立つ」という看護の基本中の基本をただ徹底させるだけでなく、そこには精神論でもマニュアルでもないコツがあるのです。開発者と日本の臨床家たちが協力してつくり上げた決定版入門書!

本田美和子 国立病院機構東京医療センター イヴ・ジネスト ジネスト・マレスコッティ 研究所長 ロゼット・マレスコッティ ジネスト・マレスコッティ 研究所副所長



寄稿

集中治療・救急医療領域で期待される 薬剤師のリーダーシップ

安藝 敬生 長崎大学病院薬剤部/救急認定薬剤師

患者のQOLを改善する——。これは薬剤師が患者さんのケアを行う上で達成すべき成果(GOAL)との考え方があります。例えば、患者さんのアドヒアランスが低下していることが明らかで、病識・薬識の不足が原因の一つとすれば、計画的でオーダーメイドな服薬指導を行うことで結果的にその患者さんのQOLは改善するはず。一方で、薬剤師にできる「患者のQOL改善」は、病識・薬識の不足によるアドヒアランス低下に対する服薬指導に限られません。

集中治療・救急医療領域では、患者さんの緊急度や重症度が高く、多くの医療スタッフの個々の専門性を束ねた迅速かつ高度で安全な医療の提供が求められます。病態も多岐にわたる上に多くの合併症を来し、外科的な介入とともにさまざまな薬物療法が行われます。このような状況で、薬剤師が「患者のQOLを改善する」という成果のために、医師・看護師をはじめとした他の医療スタッフとは異なる薬学的な観点で何ができるのでしょうか。

薬学的介入で必要とされる役割を考える

例えば、循環不全や全身性炎症反応症候群に伴う多臓器不全での投薬、敗血症のように分布容積が過度に増大した状況での投薬となれば通常の薬物動態とは大きく異なり、変動に合わせて効果/副作用を最適化する、あるいは用法・用量へのこまめな介入や影響を受けにくい他剤への変更(薬剤選択)への関与が求められます。

急性腎障害に循環不全を合併した患者さんに対し、オーダーメイドな持続的血液濾過透析の施行時は、残存腎機能から、投与される薬剤のクリアランスと持続的血液濾過透析の透析条件依存的なクリアランスを踏まえた用法・用量の最適化(投与設計)が求められます。また、複数の合併症を来し、既往疾患の治療継続も必要となるケースも存在するため、多くの薬剤を併用します。重症の患者さんでは消化管機能も低下しており、確実かつ調節性に優れた注射剤での投与が基本となるため、限られた投与ルート数で複数の注射剤を投与するルート設計には薬剤師のかかわりが強く求められます。

さらには、薬剤はある病態の存在下では使用ができなくなる(禁忌)条件があり、このように急激に病態が変化し、あるいは合併症を来しやすい状況では、投与している薬が安全に使用

●表 ABCDEバンドルの内容(文献1より抜粋)

Awaken the Patient Daily : Sedation Cessation =毎日の覚醒トライアル
Breathing : Daily Interruptions of Mechanical Ventilation =毎日の呼吸器離脱トライアル
Coordination : Daily Awakening and Daily Breathing =A+Bの毎日の実践
Choice of Sedation or Analgesic Exposure =鎮静・鎮痛薬の選択
Delirium Monitoring and Management =せん妄のモニタリングとマネジメント
Early Mobility and Exercise =早期離床

可能かを継続して確認することも必要となります。

薬剤師が薬剤師としての専門性を生かし患者さんのQOLに貢献するためには、チーム医療の一員として動くことが非常に重要です。看護師の観察力・情報力、医師の診断・診察・方針決定、臨床工学技士や理学療法士、管理栄養士等との連携なくして多種多様な患者さんにタイムリーで最適な薬学的介入は困難であると考えてよいと思います。

ABCDEバンドル実践に 薬剤師がリーダーシップを発揮

現在、当院高度救命救急センターで具体的に取り組んでいるテーマの一つにPAD(Pain:疼痛, Agitation:不穏, Delirium:せん妄)管理があります。近年集中治療による救命率が向上する一方、集中治療中や退院後に生じる運動機能障害、認知機能障害、精神障害は長期的なQOL低下や死亡率上昇に寄与することが示され、2010年に米国集中治療医学会よりPICS(Post Intensive Care Syndrome:集中治療後症候群)の概念が提唱されました。

PICSには過剰な鎮静や不必要な安静など医原性の要因が関与すると考えられ、この発症因子を改善し予防していくためのABCDEバンドル(表)が示されています。

具体的な流れは、鎮痛・鎮静レベルを評価しながら鎮静薬の減量・中断により患者を覚醒させ、自発呼吸を促し、これを繰り返す間にもせん妄の評価とリハビリは継続し、早期離床を図るものです。

このバンドルの実践は一つの職種のみでできるものではなく、当院では当初、エビデンスと実臨床の間に少なからず溝が存在していました。そこで、チームの中で薬剤師が中心となって果たすべき役割につい

て、①十分な鎮痛(鎮痛薬の選択と用法・用量)とその評価、②不要な過鎮静の回避(鎮静薬の選択と用法・用量)、③せん妄の適切なモニタリングとそのマネジメント、④薬剤による早期離床遅延の回避の4点を、救急看護認定看護師と綿密に協働し、課題を踏まえながら洗い出しを行いました。

まずは、概念やエビデンス、全体像の教育、適切な痛みスケール・鎮静スケール・せん妄スクリーニング評価の標準化を行いました。次に、実患者さんで実施された評価をもとに、高度救命救急センター医師、受け持ち看護師と共に薬剤選択、用法・用量、非薬物療法の積極的な併用、そして振り返りを行っていきました。現在はこの評価を高度救命救急センターにかかわる医師、看護師、薬剤師、理学療法士全ての職種で共通に実施しています。個々の症例についてチームでバンドルを丁寧に実施することで、目に見えて早期離床が進むようになったとの実感があります。

薬剤適正使用を可能にする マネジメントの実行を

さらに次のステップとして、専門家が不在でもこの日常的な評価によるアセスメントプラン、アクションが実行できるよう標準化の検討を行っています。高度救命救急センター医師、看護師、薬剤師、精神科リエゾン医師、理学療法士でマネジメントチームを立ち上げ、薬剤選択・鎮静薬と鎮痛薬の具体的な用量調節プロトコルを作成し、日々の問題点を抽出した情報共有、医療スタッフ向け勉強会の開催などを行っています。今後このプロトコルの運用が患者さんにどのようなアウトカムを及ぼしたか評価を行っていく予定です。

集中治療・救急医療領域における薬剤師の役割は、ともするとベッドサイドばかり注目されるかもしれませんが、しかし、患者さんのQOL改善に向けた薬剤師の専門的なかかわりはベッドサイドに限られません。患者さんの病態が刻一刻と変動する環境では、薬剤選択・用量調節を適切に行うプロトコルの作成、プロトコルを動かすための情報の集約化、日々の運用マネジ

●あき・けいせい氏

2004年九大大学院薬学府修士課程修了。福岡徳洲会病院を経て、09年福岡大薬学部助教。10年より長崎大病院に移り高度救命救急センターの設立に関与する。11年に日本臨床救急医学会救急認定薬剤師第1回認定試験で資格取得。現在、日本集中治療医学会「集中治療における薬剤師のあり方検討委員会」委員として薬剤師の業務指針作成に携わる。集中治療・救急医療領域における患者アウトカム改善に関する薬学的な研究を進める。



メントといった、薬剤師不在でも動ける薬剤適正使用のシステム作りへのリーダーシップも重要と考えています。

今後求められる 業務指針作成、エビデンス創出

近年、集中治療・救急医療領域での薬剤師の活動による医療の質向上が示されるようになってきましたが、薬剤師のこの領域での歴史はまだ浅く、介入や教育の標準化も十分とはいえません。診療報酬の後押しもあり、薬剤師のICU関連業務への関与の割合は専任・専従合わせて29%²⁾で年々増加傾向にあるものの、かかわり方は各医療機関の機能や運営体制、人員配置等の環境によりさまざまであり、業務内容は試行錯誤の中で決められているのが現状です。現在、この課題を少しでも克服すべく日本集中治療医学会「集中治療における薬剤師のあり方検討委員会」において薬剤師の業務指針の作成に取り組んでいます。

また、施設間を超えたOff the Job Trainingに加えてOn the Job Trainingの機会の充実も課題と考えています。そして何より重要なのが、チーム医療の一員として他の医療スタッフとコミュニケーションをとる力です。チーム医療とは、医師、看護師、薬剤師などの医療スタッフが患者個々の問題に対して共通の方針を持って互いの専門性を尊重し、能力を引き出し合い、最善の医療を提供するという、どの分野でも共通する取り組みです。患者の容態が多様で、時間単位で変化する集中治療・救急医療領域では、医療スタッフとの綿密なコミュニケーションがあって初めて、薬剤師が存分に力を発揮することが可能となるのです。

今後、このような課題を少しずつクリアしながら、薬剤師のチームへの参画が患者さんのアウトカムにどう影響を与えるかに関するエビデンスの創出をはじめ、集中治療・救急医療領域の薬物療法や薬物動態に関する研究成果、医療安全への貢献をより明確に示していくことが期待されます。

●参考文献

- 1) Chest. 2010 [PMID: 21051398]
- 2) 日病薬会総務部. 平成29年度「病院薬剤部門の現状調査」集計結果報告. 日病薬誌. 2018; 54 (9): 1041-110.

魅力的で奥深い集中治療の世界へようこそ。

集中治療、ここだけの話

集中治療の分野で議論のあるトピックに関して、第一線の集中治療医はどのように考えて診療しているのか。本書は「昇圧薬・強心薬の使い方」「HFNC vs NPPV」「ICUでの鎮静・鎮痛」など、読者の関心が高い50テーマを取り上げ、関連するエビデンスを豊富に紹介しながら丁寧に解説していく。集中治療が専門ではない若手医師・看護師・薬剤師でも、「Controversial」な状況に強くなれる「ここだけの話」!

編集 田中竜馬
Intermountain LDS Hospital
呼吸器内科・集中治療科

集中治療、ここだけの話

エキスパート50人の
「私はこうしている」

救急で最低限やるべき&守るべきことがわかる! 経験に裏打ちされた珠玉の厳選パール

ERのクリニカルパール 160の箴言集

ERで笑うな! エラーに向き合え! 空振りを恐れるな! 気道を優先しろ! 鎮痛をためらうな! 患者を寒がらせるな! etc. ERでの心得から実践まで、熱い魂がこもった箴言160パール。経験が少なくても、大きな失敗をせず、重篤な病態を見逃さないために、救急で最低限やるべきこと&守るべきことがわかる。「すべての患者に治療をもたらすことはできないが、すべての患者に親切にすることは可能である」

執筆 岩田充永
藤田医科大学救急総合内科学 教授



ケースでわかる 診断エラー学

「適切に診断できなかったのは、医師の知識不足が原因だ」——果たしてそうだろうか。うまく診断できなかった事例を分析する「診断エラー学」の視点から、診断に影響を及ぼす要因を知り、診断力を向上させる対策を紹介する。

綿貫 聡

東京都立多摩総合医療センター
救急・総合診療センター医長

第1回

徳田 安春

群馬沖縄臨床研修センター長

診断エラーとは何か

ある日の診療

1月△日(土曜日)。準夜帯の混雑した救急外来は、診察待ちの患者で溢れかえっていた。隣の部屋では酩酊後に階段から転落した若年男性が騒いでいる。その隣の部屋では化学療法後の高齢女性が発熱で来院し診察を待っている。外には診察待ちの救急車が3台並んでいる。受診希望の電話も鳴り止まず、救急外来はやや殺伐とした雰囲気であった。

問の悪いことに、当直の医師は前日からやや風邪気味で、体調が悪いことを自覚していた。当直を代わってもらうこともかなわず、そのまま勤務に入るようになった。

*

未治療の高血圧と糖尿病を持つ70歳の男性が、「胸が痛い」と言って救急外来に歩いてやってきた。この患者さんは過去に、さまざまな訴えで救急外来を頻回に受診していた。そのたびに違う医師が診察し、身体的には問題がないとのことで帰宅判断になることが多かった。△日までの1週間で、4回目の来院であった。

バイタルサインはJCS 0、呼吸18回/分、脈拍80回/分・整、血圧130/70 mmHg、体温36.4℃、SpO₂ 95% (room air)。全身状態は良好で、一般身体所見上は頭頸部、胸部、腹部と異常を認めなかった。受診歴をひもとくと、前日にも「胸が痛い」との訴えで来院していた。心電図と採血では問題を認めず、帰宅判断となっていた。忙しい診察の中で、「昨日は同じ症状で問題なかったし、今日もおそらく身体的な問題はないだろう」と判断し、説明もそこそこに、帰宅判断とした。

この連載をご覧になる医師の中で、今まで診断についてトラブルが生じたことがない、という方はおそらく一人もいないだろう。日常、現場で働く臨床医の皆さんは、自らの判断によって診断に関するトラブルが生じたり、いつもの自分の能力なら問題なかったはずなのに、なぜか診断をうまく付けることができなかつたりと、腑に落ちない悔しい思いをされた経験があるのではないだろうか。

また、診断についてトラブルが生じたときに、自らの能力不足・知識不足を過剰に恥じ、ともすると自分の能力や知識、注意の不足だけがエラーの要因だと解釈してはいないだろうか。さらに、自分の周りで診断に関するトラブルが生じた際に、「トラブルを起こした個人の資質や努力不足に問題がある」と決めつけてしまったことはないだろうか。実は、私(綿貫、以下同)も以前にそうしてしまったことが何回もあった。しかしながら、必ずしも能力や知識の不足だけが原因ではないという研究が海外で発表されており、啓発活動や対策の立案が進んでいる。

診断トラブルの原因と対策を正しく理解するために

個々の医師が、診断についての能力

を向上させるために努力することは当然の責務と私は考えている。学習方法の1つとして、疾患スクリプトと呼ばれる疾患ごとの来院時の典型的な経過を覚えたり、見逃しがちな非典型的な来院経過を学んだりすることは確かに有効な戦略である。そういった書籍や症例報告は近年、日本語でも多く出版されている。

しかしながら、あらゆる知識を習得することは現実的には不可能である。さらに、医師が努力しているにもかかわらず、診断にトラブルが生じてしまったという、振り返りきれない事象がある。知識としては持っているはずなのに、なぜか診断できなかったというトラブルに、私は常々悩まされていた。

そんな中で、私は診断エラー(diagnostic error)という概念を知った。米国で開催されている国際診断エラー学会(Diagnostic Error in Medicine International Conference)に2014年から参加し¹⁾、診断エラーという概念を継続的に学習している。診断に関するトラブルが生じたときに、どのような点に問題があったのか、また、どのような対策が必要かを理解する言葉や概念、知識を得ることができた。理解が深まるにつれて、自分の中でうまく振り返りもできるようになった。

「診断エラー」の定義

「診断エラー」について、米国医学研究所は、次のように定義している^{2,3)}。

患者の健康問題について正確で適時な解釈がなされないこと、もしくは、その説明が患者になされないこと

特筆すべきは、診断を下すという決断の中に、「患者への説明」が含まれていることである。説明には患者の理解が含まれ、診断エラーがあったかどうかについては医療者側が単独で決定するものではないと示されている。

患者と家族に、患者の健康問題について説明し、コミュニケーションを図り、患者のケアに関する意思決定を協働して行う(shared decision making)必要がある。

また、国際診断エラー学会のpresidentであったMark Graberは診断エラーに関して3分類を示している⁴⁾。

- ①診断の見逃し(missed diagnosis): 本当はAという疾患に罹患しているが、罹患していないと診断した
- ②診断の間違い(wrong diagnosis): Aという疾患をBという別の疾患であると診断した
- ③診断の遅れ(delayed diagnosis): Aという疾患の診断が適切なタイミングで行われず、遅れてしまった

3つの分類には重なりがあり、診断エラー全体を満たすように設定されている。実際の診断エラーの事例ではどれか1つに当てはめることは不可能なこともあり、3つの要素のうち複数を満たす事例も多く存在する。

私がこの中で特に難しいと思うのは、③の「診断の遅れ」である。日本でも「後医は名医」との格言があるように、診断における重要な手掛かり(diagnostic clue)が診断過程の初期の段階ではそろわず、後からそろってくることは一般的である。診断の見逃しや診断の間違いについても同様の状況にある。

わかりやすい例としては、忙しい救急外来やプライマリ・ケアの現場で付けられた暫定診断(working diagnosis)は、高次元医療機関に所属する経験豊かな専門家の側から、時系列でより後に、「誤りがあった」と指摘されやすい。

その一方で、「後出しジャンケン」になりやすい状況の中で、暫定診断に診断エラーが存在したかどうかを正確に定量化するのは非常に困難な作業である。診断エラーの定量化については現在も試行錯誤が続いている。

良くない転帰に至った原因と、現実的な対策に向けて

さて、冒頭に紹介した救急外来患者さんである。帰宅判断とした医師の決断を、あなたはどのように思っただろうか?

前日の受診時にそうであったように、今回の受診も患者さんは身体的には何も問題がなかったかもしれない。

そして後日、違う訴えで救急外来にまた来院するかもしれない。しかし、今回の判断の結末が、急性心筋梗塞による胸痛であったと後日判明するかもしれない。

「胸が痛い」と訴える患者を診たときに、急性心筋梗塞を鑑別診断に挙げない医師はおそらくいないだろう。また、急性心筋梗塞を適切に診断できなかった場合、どのような望ましくない事態が起こるか理解していない医師も少ないだろう。しかしながら、現実には「胸が痛い」と言って来院した患者の診察で、急性心筋梗塞を除外する作業をスキップする判断が行われ、一定の割合で良くない転帰が生じる可能性がある。

では、良くない転帰が生じた場合に、問題はどこにあるのだろうか? その場で判断した医師のみに責任があるのだろうか? さまざまな背景の存在を考慮する必要はないだろうか? さまざまな制約がある医療現場で現実的な解法を得るには、どのように対策するのが良いのでしょうか?

そこで、この連載を通じて、読者の皆さんと一緒に診断エラーについて考えていきたいと思う。私が学習した「診断エラー学」を皆さんと共有することで、読者が下記の3点を達成することを目標としたい。

連載の目標

- なぜ診断についてトラブルが生じてしまうのか、その理由を知る
- 診断についてトラブルが生じた事例に対して、適切に振り返る
- 診断についてトラブルが起りやすい状況を改善するために、どのような工夫が効果的か知る

参考文献

- 1) 綿貫聡, 徳田安春. 診断エラーを減らすために、我々は何ができるか?—「Diagnostic Error in Medicine 7th International Conference」に参加して. 総合診療. 2015; 25 (3): 300-1.
- 2) Balogh EP, et al. Improving Diagnosis in Health Care. National Academies Press; 2015.
- 3) 綿貫聡. 診断エラーとは何か?. 医療の質・安全学会誌. 2018; 13 (1): 38-41.
- 4) Arch Intern Med. 2005 [PMID: 16009864]

●わたぬき・さとし氏

2006年慈恵医大卒。都立府中病院にて初期・後期研修。12年より都立多摩総合医療センターにて、救急診療科、総合内科、リウマチ膠原病科を兼務。16年より現職。うまく診断できなかった事例「診断エラー」の理解を啓発する講演多数。共著に「魁!! 診断塾——東京GIMカンファレンス激闘編」(医学書院)がある。

●とくだ・やすはる氏

1988年琉球大医学部卒。沖縄県立中部病院、聖路加国際病院、筑波大病院水戸地域医療教育センター、地域医療機能推進機構研修センター長などを経て、17年より現職。米国で研究が進む「診断エラー学」にいち早く着目し、日本への紹介に尽力している。

我らに診断できぬものなし!

魁!! 診断塾 東京GIMカンファレンス激闘編

東京GIMカンファレンスで実際に提示された症例を題材に、某名作漫画を愛する5人の医師が繰り広げる熱いclinical problem solving! 『medicina』誌で好評を博した異色連載を書籍化。

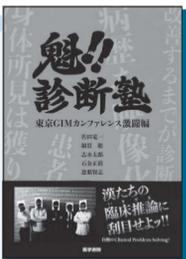
佐田電一
龍田総合病院 総合内科・内科共同プログラム

綿貫 聡
東京都立多摩総合医療センター 救急・総合診療センター

志水太郎
獨協医科大学 総合診療科・総合診療教育センター

石金正裕
国立国際医療研究センター 国際感染症センター・AMP臨床リファレンスセンター

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



検査値の推移と組み合わせから、「病態を読み解く力」を身につける

検査値を読むトレーニング ルーチン検査でここまでわかる

検査値の推移と組み合わせから、「病態を読み解く力」を身につける本。「RCPC」の手法では、病歴や身体所見の情報なしで、検査所見のみから病態を推論する。本書はこれに時間軸と複数検査値の組み合わせを加え、患者の病態を13の基本項目に分け、全39症例の検査値の推移から病態の変化を読み解いていく。「患者の体に何が起っているのか?」を推論する力を磨きたいすべての医師、臨床検査技師に。

本田孝行
信州大学教授・病態解析診断学



Medical Library

書評・新刊案内

ペースメーカー・ICD・CRT実践ハンドブック

Kenneth A. Ellenbogen, Karoly Kaszala ● 編
高野 照夫, 加藤 貴雄 ● 監訳
伊原 正 ● 訳

B5・頁544
定価: 本体13,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03599-6

循環器疾患にはさまざまな病態があり、それに対するさまざまな治療がある。その中で中心を貫くキーワードは心不全であり、その病態解明、そして治療は循環器疾患に携わっている医療従事者にとって究極の目標となってくる。今回上梓された高野照夫先生、加藤貴雄先生、伊原正先生が翻訳された実践的なハンドブックがカバーしている。ペースメーカー・ICD・CRTはまさに心不全の治療の一環である。

そして、心不全の治療も含めて多くの循環器の治療の方針決定は、現在では内科医、外科医、リハビリテーション関連療法士、臨床工学技士、看護師などの多職種が集まるいわゆるハートチームカンファレンスでなされること、循環器治療のさまざまなガイドラインでクラスIのレベルで推奨されている。つまり、内科医、外科医が、目の前に現れた患者に自分たちのできる治療をとりあえず行うのではなく、多職種でカンファレンスを行うことにより、患者の人生の時間軸の中で、どのような治療をどの時点で介入させていくのかを、透明性を持った形で決定す

評者 夜久 均
京都府立医科大学大学院教授・心臓血管外科学

ることが非常に重要となっている。その場合、ハートチームカンファレンスが有効に機能するためには、全ての職種の者が、循環器の治療の動向をある程度把握しておく必要がある。ペースメーカー・

ICD・CRTの治療に関して、実際に治療を施す医師はその分野に精通した専門医であるが、カンファレンスに参加する者は、非常に専門的ではなくても、ある程度その治療について知識を持つ必要がある。この書籍は、ペースメーカー・ICD・CRTに関して、まさに必要かつ十分な記載になっており、またその基礎となる原理的な内容も含まれており、理解に非常に役立つ。そういった意味で、ハートチームカンファレンスに臨むペースメーカー・ICD・CRTの専門家以外の職種の者が、ディスカッションに参加するための知識の補充にはうってつけの一冊かと思う。

ぜひ、循環器疾患の治療に携わっておられる多くの職種の方々が本書を手元に置かれ、より充実したハートチームカンファレンスの一助になることを期待する。

ハートカンファレンスに臨む多職種の知識補充に最適

DSM-5 児童・青年期診断面接ポケットマニュアル

Robert J. Hilt, Abraham M. Nussbaum ● 原著
高橋 三郎 ● 監訳
染矢 俊幸, 江川 純 ● 訳

B6変型・頁368
定価: 本体4,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03602-3

この本の帯には、「子どものこころを診る医療者、必携！」と大きく書いてある。言うまでもなく帯には、限られた小さなスペースの中で、その本を最大限にアピールするような練った言葉や印象に残る短文がつづられている。本書を読んで、この帯に書かれた一文は、ある意味正しく、ある意味正しくない、私は思った。つまり、この本の内容は、「全てのこころを診る医療者に必携！」なのである。

このことを証明するために、私はこの本を隅から隅まで読むことを要求しない。この書評のタイトルにあるよう

評者 塩入 俊樹
岐阜大学大学院教授・精神病理学

に、「だまされたと思って第3章の36ページだけ読んでください！」である。300ページを優に超える本書の中のたった36ページ余りを読んだだけで(30分もあれば十分である)、この本の価値を十分理解できるし、これまでの知識がきちんと整理されること請け合いです。

では、この36ページには、いったい何が書かれているのであろうか。第3章の表題は、「共通する臨床的懸念」である。原文が“Common Clinical Concerns”なので、少し堅苦しい和訳となっているが、つまりは、「よくみられる主訴」と言ってよい。筆者らは、

だまされたと思って第3章の36ページだけ読んでください!

音声障害治療学

廣瀬 肇 ● 編著
城本 修, 生井 友紀子 ● 著

B5・頁208
定価: 本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03540-8

このたび、音声障害の研究と臨床の基礎を築かれてきた廣瀬肇先生が『音声障害治療学』を上梓された。廣瀬先生は、音声治療を担当する言語聴覚士の育成にも長年力を尽くされてきた。本書においても、言語聴覚士として音声障害の治療・研究に長年取り組んでこられた城本修先生、生井友紀子先生が音声治療(行動学的治療)の理論と臨床について担当している。本書出版の意図が言語聴覚士の音声治療の普及とその技術向上にあることがうかがえる。

本書の特徴は音声障害の治療に力点を置いていることである。音声障害の治療は、医学的治療と音声治療の両者の特徴と適応をよく理解して行う必要がある。医学的治療に関しては、多くの教科書で詳しく述べられているが、音声治療について詳述した教科書は少ない。本書では、廣瀬先生が医学的基礎・治療、評価から治療までの流れを簡潔に記述され、城本、生井両先生が記述した音声治療(行動学的治療)について多くのページが割かれている。

また、本書では機能性音声障害という声帯に器質的病変や運動障害を有しない音声障害、すなわち発声法や発声習慣に問題を抱える音声障害に対する音声治療を中心に記述されている。音声治療の基本は運動学習であり、運動

評者 深浦 順一
国際医療福祉大学大学院教授・音声障害学/日本言語聴覚士協会会長

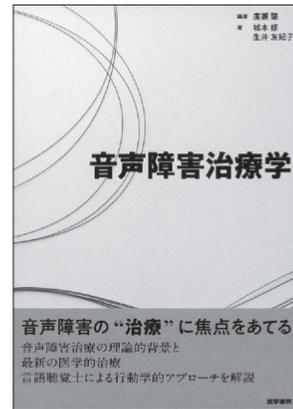
学習理論に基づくものである。本書の中でも述べられているように、運動学習が維持されるには週3~5日の訓練が必要とされているが、現実の臨床では週1~2回となっており、時間的に十分な音声治療が実施されているとはいえないのが現状である。効果的な音声治療を実施するには、音声障害のタイプや重症度によって異なるが、週3~5回は実施することの必要性が示唆されている。本書に記述された音声治療の内容は、機能性音声障害以外の運動障害性構音障害や全身の状態の変化による音声障害(男性化音声、加齢性

音声障害など)、喉頭手術の治療前後にも適応できる内容となっている。

音声障害を主な対象とし、実際に音声治療を実施している言語聴覚士は少ない。しかし、高齢社会を迎え、加齢性音声障害の数は急増している。高齢者の社会参加の促進が叫ばれている本邦において重要な課題である。また、従来その取り組みの重要性が叫ばれている生活習慣による音声障害(声帯結節、ポリプ様声帯など)の予防、運動障害性構音障害における音声の問題という観点からの音声治療も今後言語聴覚士が取り組むべき課題である。

多くの言語聴覚士が本書を読んで、音声障害で苦しむ方々の治療に取り組んでいただくことを強く希望する。

音声治療を詳説する数少ない教科書



本章の冒頭で、「すべての子どもと青年は個性的であるが、若い人達が臨床的関与を求める最も多い理由として一握りの共通の懸念がある」と述べ、子どもが懸念を抱く様式(=症状)は共通していると結論付けている。具体的には、①学業不振、②発達遅延、③秩序破壊的または攻撃的行動、④引きこもりまたは悲哀気分、⑤易怒性または気分の変動性、⑥不安性または回避的行動、⑦頻回で過剰な身体愁訴、⑧睡眠の問題、⑨自傷と自殺念慮、⑩物質乱用、⑪食行動の異常、⑫産後の母親の精神保健、の12である。ここでは、小児期や青年期にはまれとされる、神経認知障害、ギャンブル障害、パラフィリア障害、パーソナリティ障害および機能不全は外されているが、これだけでも、実は成人期においても十分に通用する。さらに本書では、これらの12の症状について、それぞれ表が作成されている。その中には、「第一に考慮すべきこと」と「よくみられる

診断の可能性」という項目があり、それぞれにスクリーニング用の質問例まで記載され、とても具体的ですぐに臨床応用可能となっている。たった36ページにこの内容をまとめた筆者らの力量と熱意がうかがわれる。

さらに、第4章「子どもの15分間診断面接」と第5章「子どもの30分間診断面接」では、実臨床での有用性を考えた診断面接のノウハウをわかりやすく述べている。「百聞は一見に如かず」、まずは36ページだけ、ぜひ読破していただきたい。

週刊医学界新聞 WEB版

バックナンバーが読めます
キーワード検索できます

スマホアプリも配信中
医学界新聞で検索!

おさえるべきマネジメントスキルを紹介

新刊 医療現場で働く管理職1年目の教科書
あなたの悩みに答える24ケース

▶管理職に求められる問題の解決方法やマネジメントスキルを医療現場特有のケースを用いて学べる入門書。対人関係、組織行動、課題達成、病院経営、自己管理におけるスキルに関して、医療現場で想定される問題に当てはめながら、会話文例や経営・経済理論を交えて解説する。ハーバード大学公衆衛生大学院で医療政策・管理学修士号を取得し、現在は臨床・経営・卒後研修管理の第一線で活躍する著者が、管理職として戦う武器を授ける。

著: 小西竜太 関東労災病院 経営戦略室室長・救急総合診療科部長

定価: 本体2,700円+税
A5 頁248 図28・表15 2018年
ISBN978-4-8157-0138-3

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル
TEL: (03)5804-6051 http://www.medi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36
FAX: (03)5804-6055 Eメール: info@medi.co.jp

こんな使い方もあったんだ! 今日から研究にすぐ使える便利ツール

新刊 生命科学データベース・ウェブツール
図解と動画で使い方がわかる! 研究がはかどる定番18選

▶生命科学の研究者にとって、いまやマストなスキルとなったデータベースやウェブツール。ラボで役に立つ定番18ツールの使い方を徹底的にわかりやすく解説。インターネットの動画サイト「統合TV」の編集部による責任編集。パソコンの操作手順をわかりやすく図解。さらに、動画でも確認できるように、「統合TV」の動画サイトリンクを表示。研究を始めて間もない学部生・院生はもちろん、中堅・ベテラン研究職にも、「こんな使い方があったんだ」と力強い味方に。

監修: 坊農 秀雅 ライフサイエンス統合データベースセンター (DBCLS) 特任准教授
小野 浩雅 ライフサイエンス統合データベースセンター (DBCLS) 特任助教

定価: 本体2,800円+税
AB 頁168 図300 2018年
ISBN978-4-8157-0143-7

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル
TEL: (03)5804-6051 http://www.medi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36
FAX: (03)5804-6055 Eメール: info@medi.co.jp

Medical Library 書評新刊案内

トワイクロス先生の緩和ケア QOLを高める症状マネジメントとエンドオブライフケア

Robert Twycross, Andrew Wilcock ● 編
武田 文和, 的場 元弘 ● 監訳

A5・頁440
定価:本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03550-7

評者 恒藤 暁
京大病院緩和医療科長

英オックスフォード大緩和ケア講座の初代主任教授であったトワイクロス先生が1984年に執筆し、武田文和先生が翻訳された『末期癌患者の診療マニュアル』(医学書院、1987年)が出版されてから30年以上が経過した。当時、緩和ケアの実践に関する日本語の書物はほとんどなく、むさぼるように読んで診療に当たったことを思い出す。過去30年においてわが国での緩和ケアの知識と技術の普及には目覚ましいものがあるが、患者に対する心構えについての教示を受ける機会が乏しく、物足りなさを感じていたところに本書が世に出たことは時宜にかなっていると感じる。

トワイクロス先生はセント・クリストファー・ホスピスの研究所の所長として招聘され、がん患者の痛みの治療法などの研究に励み、その後、「WHO方式がん疼痛治療法」(1986年)の作成会議の専門家委員として中心的な働きをされた。監訳者のお一人である武

田文和先生とは、それ以来の深い親交があり、お二人は「WHO方式がん疼痛治療法」の普及活動と医療用麻薬の管理規制の改善に取り組まれている。本書は、トワイクロス先生の50年にわたる緩和ケアの臨床・研究・教育の経験を通して得られた英知の集大成といえるであろう。

本書を通して、緩和ケアの概要、倫理、コミュニケーション、心理的ケア、スピリチュアルケア、死別ケア、症状マネジメント、緊急事態、アドバンス・ケア・プランニング、エンドオブライフ・ケア、小児緩和ケア、非がん疾患(循環器疾患、呼吸器疾患、神経疾患)のケア、医学教育カリキュラム、エッセシャルドラッグなどの緩和ケアにおける不可欠な領域を見渡すことが可能である。

緩和ケア従事者だけでなく、全ての医療従事者が本書を手にして、トワイクロス先生の緩和ケアの奥義を極めたいと心から願っている。

緩和ケアの奥義を極める

ゾリンジャー外科手術アトラス 第2版

E. Christopher Ellison, Robert M. Zollinger, Jr. ● 原著
安達 洋祐 ● 訳

A4・頁576
定価:本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03228-5

評者 土岐 祐一郎
阪大大学院教授・消化器外科学

手術は目で学ぶものなので昔から手術アトラスというのは外科医にとって最も大事な教科書である。われわれが研修医のころは「〇〇手術体系」という全40巻以上の大作があり、手術の前には図書館に行ってコピーしたものである。また、コピーのない時代なので手術所見を書くときはその中の絵を丁寧に模写し、それが手術の復習にもなっていた。

そして時代は進み最近では手術の動画が簡単にインターネットで見られるようになった。今更仰々しい手術書などいらぬのではないかと、この本もやや否定的な気持ちで開いてみた。約500ページの中に実に150にも及ぶ手術の綺麗な線画と適切な解析が載っている。多くの術式は2ページに(最長は

臍頭十二指腸切除術の18ページだがそれでも簡潔といえよう)まとまっており、動画を何分も見続けるより、ずっと容易に手術が理解できる。事典的に使うのであればインターネットよりはるかに便利

内視鏡手術の時代にこそ必要とされる良質の手術書

だなどというのが第一印象であった。しかし読み続けているうちに手術ビデオとの決定的な違いに気が付いた。

最近の手術ビデオのほとんどは術者と視野を共有した内視鏡手術の動画である。そこでは鉗子の先端だけが拡大視されており、例えば胃癌では上腹部全体は見えていない。手術にとって最も大事な大局観、どの程度胃を取って、次にどこまで郭清して、その後空腸のどのあたりと吻合して、というのは常に術者の頭の中の中のみあり、ビデオで

《標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学 別巻》 がんのリハビリテーション

辻 哲也 ● 編
高倉 保幸, 高島 千敬, 安藤 牧子 ● 編集協力

B5・頁272
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03440-1

評者 内山 靖
名古屋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

リハビリテーション科医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の編集体制によって、2018年4月に『がんのリハビリテーション』が発刊されました。がん対策基本法が2006年6月に成立し、がん患者の状況に応じた良質なリハビリテーションの提供が求められました。2007年から、がんのリハビリテーション研修ワークショップ(CAREER)が開始され、医師、看護師、リハビリテーション専門職によるチーム医療の普及が進められています。

多職種連携・チーム医療の本質が具現化されたテキスト



本書は7章272ページと比較的コンパクトですが、病期ごとの実践を念頭に置きつつ代表的ながん種の症状やリスク管理を踏まえて、運動耐容能、摂食嚥下、浮腫に対する具体的な対応に言及し、さらに心のケアについて取り上げた充実した内容となっています。

数年の間ががんのリハビリテーションに関する複数の書籍が編集・出版されていますので、この機会にあらためて読み比べてみました。本書では、従来の各職種の専門性からみた知識や役割を並列的に整理するのではなく、対象者の病期と症状を基軸として、そこに多くの専門家がいかにかかわるのかについて、職種を主語にすることなく記載が進められている点は特筆されます。多職種連携・チーム医療の本質が見事に具現化されており、病期、主たる症状を踏まえた対象者の主な課題やニーズに応じて各職種のイニシアティブや役割が自在に変わり得る必然性が表現されています。

がんのリハビリテーションは、がん

の直接的・間接(遠隔)的影響に加えて、治療の過程において起こり得る制限や制約、そしてがんを有する対象者の心理・生活といった側面に、適切な

時期に速やかかつ柔軟に対応することが不可欠であることが特に明確な領域です。この点から、がんのリハビリテーションそのものの中核モデルともいえ、リハビリテーション概論や多職種連携・チーム医療を教授する上でのテキストとしても適しています。

1980年代のがんに対する理学療法は、原発性悪性骨・軟部腫瘍もしくは転移性骨腫瘍における切断、脳腫瘍・脳転移に対するものが主体でした。さらに、転移性脊椎腫瘍、乳がん、肺がん・縦隔腫瘍、造血器悪性腫瘍へと適用を拡大し、ハイリスク・体力消耗状態への介入を含めて消化器系のがんを含めた系統的な取り組みが充実してきました。評者自身、編集協力者の高倉保幸先生ががん研究所で取り組まれていた理学療法のあり様や、近隣の大学病院における移植片対宿主病を念頭に置いたリハビリテーション、食道発声に取り組む同僚の言語聴覚士の姿を目の当たりにし、私自身が関心を持っていた神経難病の理学療法・リハビリテーションにも大きな影響を与えられたことを昨日のこのように思い返しています。

今後、地域の中での予防、治療、生活、緩和においてもがんを有する対象者への対応は一層重要になると思われ、本書を多くの関係者が手に取られることをお勧めする次第です。

はその操作が始まり画面でアップになるまで見ている人にはわからないのである。滑らかな鉗子の動き、血の出ない切離に見とれるばかりで実は全体像は見えていないというのが手術ビデオの限界なのだ。一方、開腹術では術者は45度の全体視野と3度の中心視野を同時に認識している。

いうまでもなく手術の流れを理解するには45度の全体視野のほうが大事なのだが、優れた手術書は全体視野と中心視野とをうまく混ぜて10枚程度のスケッチで全てを理解させる。特に本書は最新の内視鏡手術を多く取り入れているが、そこでは誰も見るはずのない内視鏡手術の全体視野の絵が多く

記載されている。よほど慣れた術者が想像して書くのでなければできない仕事である。内視鏡手術の時代においても、いや内視鏡手術の時代だからこそ手術書が大事なのだとあらためて認識させられた。

最後の決め手は訳者の絶妙な訳注がたくさん載っていることである。「訳注:日本の外科医は自動縫合器を使わず、きちんと根部で結紮・切離するだろう」とあるのを原書の編集者や執筆者は知っているのだろうか少し心配になるが、優れた外科医である安達洋祐氏のおかげで本書は日米の壁を越えた即戦力として有用性の高いものに仕上がっている。

学会公式! リハビリテーション科専門医・認定臨床医をめざす医師必携の参考書

リハビリテーション医学・医療Q&A

リハビリテーション科専門医を目指す医師が知っておかなければならない知識のエッセンスをQ&A形式で解説。『リハビリテーション医学・医療Q&A』に準拠し、リハビリテーション医学・医療全領域にわたって問題を精選。リハビリテーション科専門医試験の形式にのっとり、口頭試験のサンプルも示した。

監修 公益社団法人 日本リハビリテーション医学学会
総編集 久保俊一
公益社団法人 日本リハビリテーション医学協会理事長/
京都府立医科大学 教授



B5 頁256 2019年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-03819-5]

医学書院

公式テキストで認定試験対策を万全に

放射線治療技術標準テキスト

放射線治療専門放射線技師の認定試験に対応した公式テキスト。機器の進歩に伴う最新知識を網羅し、認定講習会のみならず、取得後の知識の再確認のためにも最適。

監修 日本放射線治療技術
専門技師認定機構
編集 奥村雅彦
近畿大学医学部附属病院技術部・部長
小口 宏
名古屋大学院医学系研究科
医療技術学専攻医用量子科学講座・准教授
保科正夫
駒澤大学医療健康科学研究科・教授



B5 頁472 2019年 定価:本体7,000円+税 [ISBN978-4-260-03605-4]

医学書院



第7回 優性遺伝と劣性遺伝

漢字から見る 神経学

普段何気なく使っている神経学用語。その由来を考えたことはありませんか？漢字好きの神経内科医が、数千年の歴史を持つ漢字の成り立ちから現代の神経学を考察します。

福武敏夫
亀田メディカルセンター 脳神経内科部長

書・大山九八

2018年12月11日に日本医学会公開シンポジウム「適切な遺伝学用語のあり方」が開催されました。そこでは2017年9月に日本遺伝学会から唐突に提案された「優性/劣性遺伝」から「顕性/潜性遺伝」への用語変更の問題を主題に、関連学会による検討の報告や各界からの提言がなされました。平日午後の開催であり、私は残念ながら業務のために参加できませんでしたが、賛否が分かれ、戸惑いも多く、結論は持ち越されたそうです。

私は脳神経内科医かつ日本漢字学会員として、この微妙な問題の性急な決着には反対です。その理由を述べる前に、まず確認しておくべき次の3つの原則があると思います。①非科学的思考を排して、あくまでも科学的に議論すること。「劣性」が差別的と言うなら、「劣位半球」や「下位運動ニューロン」、「貧血」はどうなのでしょう。②変更するのなら、遺伝子の働きをできるだけ表すものであること。優性は対立遺伝子における支配性を表し、劣性は従属性を表すもので、「優劣」という対語をなし、不適切ではありません。③漢字/日本語文化としての整合性を保つこと。中国では「顕性」と「隠性」が使われており、「隠顕」は対語をなしています。日本医学会の遺伝学用語改訂に関するワーキンググループに漢字/日本語学者が入っていないのは不思議です。

さて、「優」は「喪に服して憂えて悲しむ人に寄り添う人」が原義で、やさしい→ゆったりしている→力がすぐる、すぐれると変化してきたようです。「劣」は字形のまま「(鋤を使う)力が弱い」が原義です。日本語の「おとる」の「おと」は落つ、落とすと同根で、低い位置にあることを意味し、「おとひと(年下の人)」が「おとと(弟)」になり、「おとめ(乙女)」や「おとひめ(乙姫)」も派生語です(『古典基礎語辞典』角川学芸出版、2011年)。決して差別語ではなく、大事に守っていく対象を表す言葉です。私の推論では、「すぐる」も過ぎると同根で、年上のことかもしれません。

てんかん学ハンドブック 第4版

兼本 浩祐 ● 著

A5・頁446
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03648-1

評者 山田 了士
岡山大大学院教授・精神神経病態学

日本のてんかん臨床は、小児科、脳神経内科、脳神経外科、精神科の4科が一定のすみ分けをもってかかっている。しかし残念なことに、てんかんはこれらの診療科の診療や研究の中心的な対象とは言い難く、卒前教育でもてんかんを学習する機会は限られている。これは日本で100万人と推定されるてんかんのある人々とその家族にとって、非常に困ったことである。ただ幸い、てんかんに関心を持つ医療者はかなり増えてきているので、ここはぜひとも、最新のてんかん学をわかりやすく伝道してくれる書物が必要である。

そこに、兼本浩祐教授の『てんかん学ハンドブック 第4版』が、内容も装いも大きく「深化」して再登場した。初版以来20年以上も読み継がれてきたてんかん学の名著が、新しいiPhoneのように今の読み手のニーズをとらえている。

本書の序文に、「第1章がマスターできれば成人てんかんの8割は理解できる」と書かれている。手ほどきのてんかん群分類は、臨床経過と治療の視

点に基づき、極めて合理的でわかりやすく、いわば兼本てんかん学の骨子である。それを理解した上で頻度の高い

いくつかの疾患に絞って習熟すべきという見解に深く賛同したい。

続く第2章では、多様なてんかん治療が実践的に紹介され、爽快でさえある。ここまで読めば、とにかく何とかできそうと勇気が出る読者は少なくないだろう。第4章以降でてんかんのあらゆる知識が網羅されている。中でも白眉は第4、5章に見られる鑑別診断で、てんかん以外の疾患も含んだ見事な鑑別リストを読むことができる。臨床記述はこうでなくてはと思う。

著者の真骨頂は、複雑な事象をシンプルにシェーマにまとめ上げる手腕だと思う。これらの図表は、整理された構造によって直感的な理解に導き、読者は迷い道から抜け出たような体験を得られる。この第4版では、こうしたシェーマが一層パワーアップしてたくさん挿入されているのがうれしい。そのため、第5、6章のような辞書的部分でも常に明快である。てんかん学は

さらにわかりやすく深化した、てんかん学の名著

視点 チーム医療と患者教育に活用したい『心不全手帳』

眞茅 みゆき 日本心不全学会「心不全手帳」作成委員会/北里大学看護学部教授

心不全の進展や増悪を予防する上で患者のセルフケアは重要であり、心不全医療ではセルフケアを促進するための患者、家族への教育や医療者による効果的な支援が不可欠である。

昨今、各医療機関では、多職種チームによる心不全治療・管理が浸透し、治療アドヒアランスやセルフモニタリング能力の向上をめざし、患者教育や退院後の継続的支援を強化している。しかしながら、心不全患者や家族にとって、心不全の病態や治療を理解することや自己管理を継続することの難しさが指摘されており、効果的な支援方法の確立が求められている。

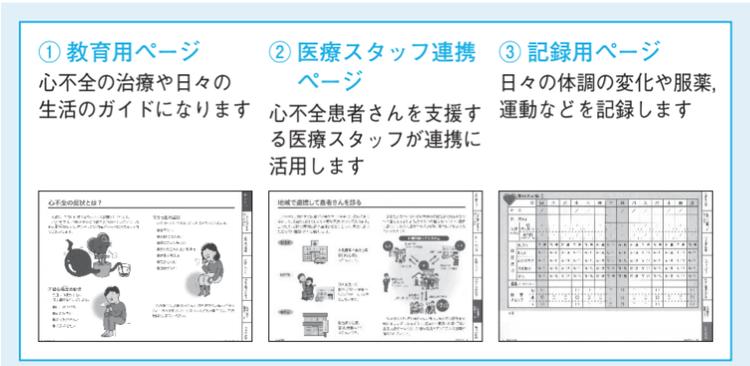
そこで、日本心不全学会では、患者教育やセルフケア支援のための有用なツールとして、正しい知識の提供と患者のセルフモニタリング情報の蓄積の役割を持つ、心不全手帳を発行している。2012年の初版の発行に続き、2018年に「急性・慢性心不全診療ガイドライン」が発表されたことに併せて第2版を発行した(図、<http://www.asas.or.jp/jhfs/topics/shinhuzentecho.html>)。

初版では、教育用資材の機能を有した「連携手帳」と日々の体重、血圧、症状等を記録するセルフモニタリングの機能を有した「記録手帳」の2冊に分冊していたが、第2版では1冊にま

とめ利便性を高めた。手帳の前半に「治療のガイド」として、心不全という病態や治療、日常生活で守ってほしい内容を記載し、後半の記録部分には、日々の体重、血圧、脈拍数が記録できるとともに、心不全増悪の徴候を見逃さないためのチェック項目だけでなく服薬チェックなどを盛り込んだ。

第2版の特徴の一つとして「アドバンス・ケア・プランニング(Advance care planning; ACP)」についての説明を加えたことが挙げられる。これは、「急性・慢性心不全診療ガイドライン」に新しく「緩和ケア」の章が設けられ、心不全治療の一つとしての緩和ケアの重要性が示されていることを受け、心不全手帳でACPに触れることで、より多くの患者にACPの概念を知ってもらう機会を提供することを意図している。また、地域連携の観点から、急性期の治療を実施した医療機関と退院後の患者を診療するかかりつけ医や訪問看護ステーションとの情報共有を目的とした「医療スタッフ連携ノート」を追加したことも特徴の一つである。

この心不全手帳が患者教育のための教育資材としてはもちろんのこと、心不全患者と医療者とのコミュニケーションツールとしても用いられ、心不全の疾病管理の効果的な実施と質の向上に寄与することを期待している。



●図 心不全手帳第2版の主な内容

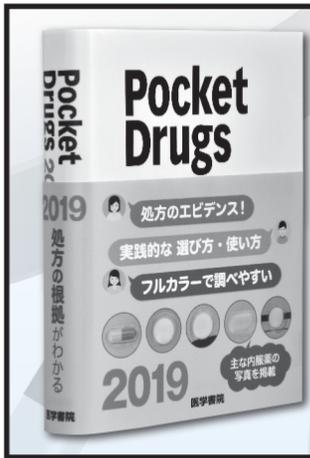
①教育用、②医療スタッフ連携、③記録用の各ページがある。①は心不全の治療や日々の生活に関する患者向けのガイド、②は心不全患者を支援する医療スタッフが地域連携に活用できる「地域包括ケア」などを紹介する。③には患者自身が日々の体調の変化や服薬、運動を記録し、医療スタッフも確認できる。

わかりにくいという方は、これらの図表を見てぜひすっきりしてほしい。

本書のもう一つの特長は、豊富なコラム群である。この第4版では34に上る症例群がコラム形式で各所に挿入され、理解を大いに助けてくれる。巻末に紹介されたアンリ・ガストーの手紙にある「(てんかんは)臨床によってしか理解することができないことがら」だという言葉の意味を実感する。臨床メモなどのコラムでも、一度読んだら忘れない臨床実践に触れるこ

とができる。著者は読み飛ばしてもよいと言うが、もったいない。つまみ食いするだけでも必ずや読者の臨床力が上がり、てんかんへの洞察が深まるであろう。

第4版で装丁が大きく変わり、本文の書体も読みやすいモダンゴシックになった。紙質の手触りが心地よい。若手ベテランを問わず、てんかんに少しでも関心のある方には、全国100万の患者さんのためにもぜひお読みになることをお勧めする。



Pocket Drugs 2019

治療薬を薬効ごとに分類し、その冒頭に第一線で活躍する医師による「臨床解説」を掲載。「薬剤情報」では、「選び方・使い方」、選択・使用時の「エビデンス」をコンパクトに解説。目的の情報が見つかるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載した。臨床現場で本当に必要な情報をまとめた1冊。

監修 福井次矢 聖路加国際病院・院長
編集 小松康宏 群馬大学大学院教授・医療の質・安全学
渡邊裕司 浜松医科大学理事・副学長/
国立国際医療研究センター・臨床研究センター長

●A6 頁1088 2019年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03614-6]

医学書院

電子版、大幅進化!

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2019

私はこう治療している

総編集 福井次矢 / 高木 誠 / 小室一成

●デスク判(B5) 頁2160 2019年 定価:本体19,000円+税
●ポケット判(B6) 頁2160 2019年 定価:本体15,000円+税

治療薬マニュアル2019

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2784 2019年 定価:本体5,000円+税

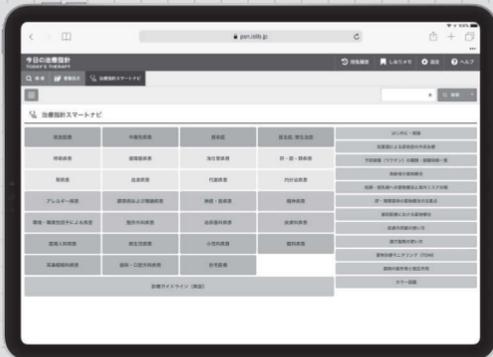
電子版の
使い方を解説 chimani.jp



セット購入により、電子版で2冊がリンク

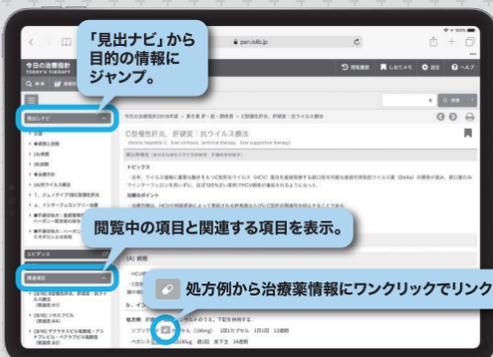
今日の治療指針・電子版

治療指針スマートナビ



本書収録の1,163全疾患項目を、クリック操作だけで参照可能

斯界の専門家による確かな解説



病態と診断→治療方針→処方例の流れで日常診療に即応する情報を提供

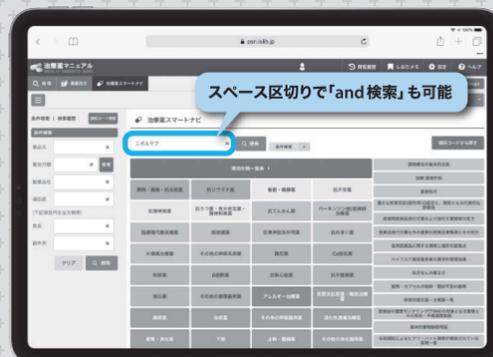
治療薬マニュアル・電子版

QuickDrugs



医薬品の概要を解説。同種薬、類似薬の比較・選択に有用

治療薬スマートナビ



全文検索、条件検索など様々な検索方法に対応



電子版の登録でもれなく、オリジナルトートバッグをプレゼント!!

※プレゼントをご希望の方は、電子版登録の際、送付先の入力をお願いいたします。



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・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp