

2018年1月29日

第3258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] マインドフルネス(伊藤絵美、藤澤大介)…………… 1—2面
- [寄稿] 包括的な支持療法が示すQOL改善効果(岡本浩一)…………… 3面
- [インタビュー] 認知症の人と対話し、張り合いをつくる診療を(上田諭)…………… 4面
- [連載] がんと感染症…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6—7面

対談

マインドフルネス

なぜ医療現場で有用なのか エビデンスとその効果



伊藤 絵美氏
洗足ストレスコーチング
サポートオフィス所長

藤澤 大介氏
慶應義塾大学病院
精神・神経科専任講師

マインドフルネス (mindfulness) をご存じだろうか。メディアでその名を目にしたことはあっても、概念まで知る方は少ないのではない。中には宗教思想や単なるビジネススキルと誤解する声も聞かれる。マインドフルネスは医療現場でも応用されており、その効果がエビデンスとして次々に示されてきている。今や精神医療の中では欠かせないものであり、心理職でなくとも医療職であればぜひ身につけてほしい概念、技法と言える。本紙では、認知行動療法 (以下、CBT) にマインドフルネスを取り入れている伊藤絵美氏と、がん患者への集団療法に用いている藤澤大介氏に、エビデンスとその効果をお話いただいた。

藤澤 マインドフルネス (MEMO ①) の医療分野における活用は、米マサチューセッツ大の Jon Kabat-Zinn が 1970 年代に開発した慢性疼痛に対するマインドフルネスストレス低減法 (MEMO ②: Mindfulness-based Stress Reduction; MBSR) に始まりました。1990 年代には Mark Williams らにより、反復性うつ病患者の再発予防に対するマインドフルネス認知療法 (Mindfulness-based Cognitive Therapy; MBCT) が開発されました。

マインドフルネスは仏教思想の理念と実践に端を発しますが、宗教的要素は排除され、文化を問わず広く用いら

れるよう改編されています。MBSR や MBCT 以外の心理療法にも取り入れられ、現代型の心理療法では欠かせない概念になっています。精神的問題だけでなく、疼痛をはじめとする身体的問題にも有効であり、さらに、医療者自身のストレスケアやバーンアウト (燃え尽き) 予防にも有用であると期待されています。

マインドフルネスのエビデンス

伊藤 私がマインドフルネスを知ったのは、『認知療法実践ガイド: 基礎から応用まで——ジュディス・ベックの

認知療法テキスト』(星和書店, 2004 年) を共訳した際、藤澤先生があとがきでマインドフルネスに言及していたことがきっかけでした。

1 粒のレーズンを触り、観察し、食べるという「レーズンエクササイズ」を私自身が実践したところ、たったそれだけの行動の中にもさまざまな体験が詰まっていることに気づかされました。日頃気づかない「今・ここ」のリアルタイムな体験に、深く、思いやりを持って触れられるようになるのが、マインドフルネスです。現在では、患者さんへの個別の心理療法の中で、症状や状況に応じたマインドフルネスの技法を選択して提供しています。

藤澤 私はがん患者さんへの心理ケアを行う中で、問題解決的な介入や旧来の認知行動療法に限界を感じ、マインドフルネスに関心をもちました。留学先の米国では、心理療法としてはもちろんですが、対人援助全般においてマインドフルネスの考え方が広く浸透していたことに驚きを覚えました。

現在は、乳がんや不安障害の患者さん、医療者 (セルフケア) を対象とした臨床研究を行っています。具体的には、自身の心身の状態に気づく練習として、自分の呼吸や体の症状に注目して、集中すべき対象からそれた注意を意図的に取り戻す練習をします。集中力が育まれたら、次に注意の範囲を広

げ観察力を育んでいきます。その結果として、目の前の体験の質が深まり、本来自分が価値を置く行動を選びやすくなったり、人との関係性により深い気遣いや思いやりが育つようになったりしていきます。

伊藤 マインドフルネスの効果には近年さまざまなエビデンスが出ていますね。メタアナリシスやレビュー論文も多数発表されています。

藤澤 がん、慢性疼痛、循環器疾患、呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、肥満、HIV/AIDS、移植患者、皮膚疾患、てんかん、多発性硬化症、慢性疲労症候群などで、心身両面への効果が実証されています^{3,4)}。私たちのグループでも乳がん患者さんや不安障害の患者さんに対する MBCT の効果を RCT で実証しました。

医療者に向けたプログラムも開発されており、心理的な状態を改善し、バーンアウトを予防する効果が示されています⁵⁾。私たちのパイロットスタディでもレジリエンス (困難に対する抵抗力) やコンパッション (思いやり・慈しみの心) の向上が観察されました⁶⁾。

伊藤 マインドフルネスにそうした効果があるのはなぜでしょうか。

藤澤 痛みや苦しみに対して、私たちはしばしば二次的な感情や考えを生じ

(2面につづく)

セミナー開催のご案内

マインドフルネスをがん診療に活かす

医療従事者のストレスマネジメントやバーンアウトは、医療における重大な課題です。医療従事者は「患者に寄り添う医療」を心がけるあまり、自分自身のことには気づかない状況に陥っている人も少なくありません。本セミナーでは、講義とワークを通してマインドフルネスの理解を深め、がん診療と実生活に活かせることを目指します。

定員 60名 受講料 6,000円 (税込、資料代を含む、当日払い)

対象 がん診療に関わる医療従事者 (医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、MSW など)

講師 恒藤 暁 先生 (京都大学医学部附属病院 緩和医療科) 朴 順禮 先生 (慶應義塾大学看護医療学部)

日時 2018年3月3日(土) 13:00~17:30

会場 医学書院本社 2階会議室

参加申し込み方法 医学書院ウェブサイトの応募フォームからお申し込みください。http://www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do

※先着順で、定員に達し次第、受付終了となります。

『Cancer Board Square』年間購読者にお得な割引キャンペーン! → 詳しくは下記の応募フォームをご覧ください



＜出席者＞

●いとう・えみ氏

1990年慶大文学部人間関係学科心理学専攻卒、95年同大大学院社会学研究科博士課程修了。精神科クリニック勤務、民間企業におけるEAP(従業員支援プログラム)活動、大学での学生相談などを経て、2004年より現職。個人と家族を対象にCBTやスキーマ療法に基づく心理療法を提供している。『つらいと言えない人がマインドフルネスとスキーマ療法をやってみた。』『ケアする人も楽になる マインドフルネス&スキーマ療法 BOOK1&BOOK2』(いずれも医学書院)など著書多数。社会学博士、臨床心理士、精神保健福祉士。

●ふじさわ・だいすけ氏

1998年慶大医学部卒。国立がん研究センター東病院、米Massachusetts General Hospitalなどを経て、2014年より現職。『精神科レジデントマニュアル』編集協力、『がん患者心理療法ハンドブック』監訳(ともに医学書院)など。専門はサイコオンコロジー、認知行動療法。

(1面よりつづく)

ます。例えば、過去の出来事を思い返して「どうしてあの時あんなことをしてしまったのか」と後悔して落ち込んだり、まだ見ぬ将来に関して「これからどうなるのだろうか?」と想像して不安になったりします。悩みを抱えているとき、私たちの心は「今」ではなく過去や未来に焦点が向けられ、二次的な苦痛を感じる事が多いです。マインドフルネスは、そうした思考のあり方に気づき、そこから一歩距離を取ることで、負の思考に巻き込まれた状態を修正する手助けをします。

伊藤 効果は心理学的尺度にも表れますし、画像研究では脳機能の質的な変化が示されていると聞きます。

藤澤 脳機能画像などを用いた神経科学的な実証研究も発展が目覚ましいですね。最近、分担執筆させていただいた『Cancer Board Square』4巻1号でも解説されています。

マインドフルな状態は
好ましい変化の土台

伊藤 マインドフルネスの技法を患者さんに実践してもらう中で気づいたのは、これまで行われてきた他のさまざまな心理療法による変容の過程でも、マインドフルな状態を経ているということです。すなわち自らの体験に気づきを向け、評価するのではなくありのままに受容し、慈しむ状態です。そうすると、医療者が積極的に介入しなくても患者さんが自ら変容していけるケースが多いです。

藤澤 逆に、そうした心のあり方が患者さんの中で十分に育っていないと、どのような心理療法でもなかなか改善が得られない気がしますよね。

伊藤 そう感じます。例えば、自分の体験、特にネガティブな感情に触れることを恐れる境界性パーソナリティ障害の患者さんは、CBTにおける自己観察やアセスメントが難しいことがよくあります。そうした場合は、最初からネガティブな感情と向き合うのではなく、レーズンといったニュートラル

な刺激を使ったマインドフルネスの練習を行うことで、次第に感情にもアクセスできるようになります。ネガティブな自動思考が反すうされることで症状が悪化していくうつ病の患者さんであれば、川を流れる葉っぱに自動思考を乗せて自然に流していくという「葉っぱのエクササイズ」により、思考に巻き込まれる必要はなく、思考に責任を持つ必要もないということに気づいてもらうことができます。

藤澤 マインドフルネスは、心理療法のさまざまな介入を患者さんが受け取り、好ましい変化を起こしていくための土台と考えられるかもしれません。

伊藤 ある患者さんは、マインドフルネスを「闘わないコーピング」と表現していました。変容を求めずに、でも自分を大事にできるようになる。気をつけて使えば侵襲性が低く、汎用性が高い。既存の心理療法の中では見えていなかった側面が、マインドフルネスによって説明されたと感じています。

医療本来の人と人との温かい
つながりに踏み込む力

藤澤 患者さんに対する医療者の接し方として、「傾聴」「受容」「共感」などが言われます。いずれもとても大切ですが、しかし実はそれは医療者にとって心理的負荷の高い作業でもあるのです。「共感疲労」という言葉があるように、一方的な傾聴や共感医療者自身にも心の消耗を来し、患者さんの視点に立った思いやりを向ける心のゆとりを減らしたり、バーンアウトを生じさせたりします。医療者に必要なのは、自分をすり減らすリスクのある「共感」ではなく、患者さんだけでなく自分の感情や思考に対しても気づき、配慮を向ける「コンパッション」なのです。マインドフルネスはコンパッションを涵養すると言われています。

伊藤 マインドフルな心のあり方を身につけると、患者さんのネガティブな感情に振り回されにくくなります。

藤澤 人との相互作用で生じる感情や認知にこれまでと違う対処方法がもたらされ、ストレス下での難しい感情処理にも良い影響を与えます。

伊藤 マインドフルネスをセルフケアに用いることで、私は2つの変化がありました。1つは頭痛薬の服用が劇的に減ったことです。以前は痛みを感じるとすぐに薬を飲んでしまっていたのですが、痛みを「観察」することで、薬を飲まなくても時間がたてば消える頭痛もあることに気づきました。もう1つは、家事ストレスが減ったことです。お皿1つ洗うこともマインドフルネスのワークの対象になり、嫌ではなくなったんです。

藤澤 私は診療の疲れが減りました。以前は、患者さんを何とか変えようと躍起になり、知らないうちに過剰に力が入っていたのだと思います。

伊藤 うまくいかないケースほどのめりこんでしまいがちですよ。

藤澤 私の同僚の、がん医療に携わる医師は、患者さんへの病状説明面談の際に、患者さんと自分、そしてそれを観察するもう1人の自分が診察室の中にあるイメージをするとうまく進むと言っていました。マインドフルネスはそれに近い気がします。対話に向き合う自分の姿を俯瞰的に見る感じです。

伊藤 医療者の中にはマインドフルなあり方が自然と備わっている方もいるかもしれませんね。

藤澤 はい。安定感があり、思いやりに富んだ医療者の態度や振る舞いは、マインドフルネスという概念で説明できる部分があるかもしれません。

医療が本来持つ、人と人との温かいつながりや触れ合いという、当たり前なものをあらためて学び直す手掛かりになるかもしれません。

まずは医療者自身に「体験」
してほしい

伊藤 マインドフルネスを患者さんに実践してもらう際は、どのような定義で、何を意図して行うのか、なぜ有用なのかを医療者自身が説明できる必要があります。「とりあえずやってみて」だけでは、患者さんは混乱しますから。「レーズン? 何で?」って(笑)。

藤澤 マインドフルネスにはいろいろな技法がありますが、技法の意図を踏まえないと、怪しげな民間療法のよう受け止められてしまう危険がありますね。

また、「マインドフルネス」という言葉は、MEMO①で示したように3つの意味で用いられますが、メディアではそれらの混用があります。マインドフルな心の状態①にたどりつき維持する方法の一つがさまざまな技法③の実践であり、技法をパッケージ化したものがプログラム②です。効果が実証されているのは定型化したプログラムであり、単発の技法が万能に効くわけではありません。

伊藤 マインドフルネスの意図がきちんと伝わっていないと、「心の鎮静化」や「感情の抑圧」という本来の目的と異なる活用をされ、自身の心の傷や欲求に触れる妨げになることもあります。

誤解の一例として、著書『つらいと言えない人がマインドフルネスとスキーマ療法をやってみた。』(医学書院、2017年)では、「痛みを消したい」と希望する患者さんを登場させました。マインドフルネスの効果は痛みを「消す」ことではなく、痛みは消せないという現実の中で、痛みをありのままに観察し、必要な行動を取ることです。

藤澤 瞑想は技法の一つですが、現実から離れるリラクゼーション手段と誤解されていることも多いです。その誤解から、「瞑想しても現実には変わらないので解決にならない」「日々多忙でのんびり瞑想する暇なんてない」という批判につながっている気がします。瞑想は副次的にリラクゼーション効果

をもたらすこともありますが、大切なのは自身の二次的な認知や感情に気づき、それに引きずられずに現実を客観的に見つめられるようになることです。それはより良い問題解決につながることもあるのです。

伊藤 出家して生活の全てを瞑想に注ぐ方々と異なり、私たちは生活の中で生かすことを目的にしています。瞑想のみに集中するというより、迷ったときに戻る心のポジションを確保するイメージで活用できるといいですね。ゆっくり歩く方法が基本とされる「歩行瞑想」も、忙しいなら急いで歩きながら行うのでもよい。本質を見失わなければ、それぞれに合った方法で取り組むとよいと思います。

藤澤 マインドフルネスには、短時間で実践できる技法もあり、生活の一部として生かすことができます。例えば、一人の患者さんを診察して、その病室を出て次の病室に行くまでの間に簡単な歩行瞑想をすることで平生の心を取り戻せば、前の患者さんとの話に引きずられずに、次の患者さんの言葉に全身で耳を傾けることができます。

伊藤 日常的に取り組むことが重要ですよ。ただ、マインドフルネスには即効性はありません。身につけるにはそれなりの時間がかかります。何かワークを少し試せば幸せになるとか、急に苦しみがなくなるとか、過剰な期待を持つ方もいます。続けてもらうためにはどうすればよいでしょうか。

藤澤 プログラムとして提供する場合は初めに、一定期間練習を続けることが定説であることを説明し、受講者に心構えを持ってもらうことです。グループ療法には、参加者同士で支え合いながら進められるというメリットがあります。

伊藤 体験の共有はワークをより効果的にするポイントですね。ワークへの感じ方は人によって多様です。それを否定せず、良し悪しを判断するのではなくありのまま受け入れる。そこで生まれる肯定感が大切です。そうした場を作るためには、指導する医療者もマインドフルなあり方を身につけている必要があります。

藤澤 マインドフルネスを言葉だけで理解するのは難しいです。また、自身が実践できている程度にしか人に教えることはできないとも言われます。医療者向けワークショップなどに参加し「体験」から学んでみてはいかがでしょうか。(了)

●参考文献

- 1) Jon Kabat-Zinn 著, 春木豊訳. マインドフルネスストレス低減法; 北大路書房, 2007.
- 2) J Clin Psychol. 2015 [PMID: 25099479]
- 3) PLoS One. 2015 [PMID: 25881019]
- 4) Clin Psychol Rev. 2013 [PMID: 23796855]
- 5) Halifax J. G.R.A.C.E. for Nurses: Cultivating Compassion in Nurse/Patient Interactions. Journal of Nursing Education and Practice. 2014; 4 (1): 121-8.
- 6) 藤澤大介, 他. 特集 マインドフルネスを医療現場に生かす. Cancer Board Square. 2018; 4 (1). (inpress)

人を助けるひとは、なぜ自分を助けられないのか。

つらいと言えない人がマインドフルネスとスキーマ療法をやってみた。

「感情を出す人をレベルが低いと見下す」「オレ様」開業医のヨウスケさん。「他人の世話ばかりしてしまう」「いい人」心理士のワカバさん。本書に登場するふたりは一見対照的ですが、意外な共通点があります。どちらも「つらいと言えない」のです。いえ、もしかして医師・看護師をはじめとする援助専門職は、みなこの“病”を持っているのかもしれませんが。そんな人たちが、マインドフルネスとスキーマ療法をやってみたら……。



マインドフルネスで「感じる力」を戻し、スキーマ療法で「生きづらさ」を乗り越える。

ケアする人も楽になる
マインドフルネス&スキーマ療法 BOOK1/BOOK2

認知行動療法を超えて効果がある2つのアプローチ。「マインドフルネス」と「スキーマ療法」をカウンセリング体験できます。BOOK1はマインドフルネスが中心、BOOK2はスキーマ療法が中心。読み進めていけば、これらの技法が自然に理解できます。トラウマなどにより「感じる心」を閉ざしてしまった人、ネガティブな思考によって日常のささいな出来事でも極端に揺られてしまう人、そして日々感情を揺さぶられる援助専門職のあなたへ。



寄稿

包括的な支持療法が示す QOL 改善効果 食道がん化学療法での有害事象とサルコペニアを防ぐ

岡本 浩一 金沢大学医薬保健研究域医学系 消化器・腫瘍・再生外科

食道がんは進行すると通過障害に伴う低栄養・筋量減少を来す。また化学療法や放射線療法、手術などの治療に関連した有害事象のために、十分な治療が行えなくなることがしばしば経験される。

本稿では、食道がん化学療法によって起こり得る口腔粘膜炎や骨髄抑制とそれに伴う発熱性好中球減少症などの有害事象の発生や、サルコペニアの進行などを食い止め、食道がん患者のQOLを維持しながらより安全で有効な化学療法を行うために当科で行っている3つの予防的対策(バンドル療法)について紹介したい。

① Oral cryotherapy の施行

氷の使用で口腔粘膜炎を軽減できる

食道がん化学療法に用いられるフルオロウラシル(5-FU)やドセタキセルは高率に口腔粘膜炎を発症し、口腔内の痛みや食事摂取困難、二次性感染症の原因となり得る。当科では、口腔粘膜への抗がん薬の局所分布を妨げることによる口腔粘膜炎の抑制効果を期待して、口腔粘膜への局所冷あん療法である「Oral cryotherapy」を行っている^{1,2)}。方法は非常に簡便であり、当科では角の取れた氷塊をドセタキセル投与開始10分前から投与終了後まで口に含ませ続けることで口腔内の冷却を図るという方法で行っている。

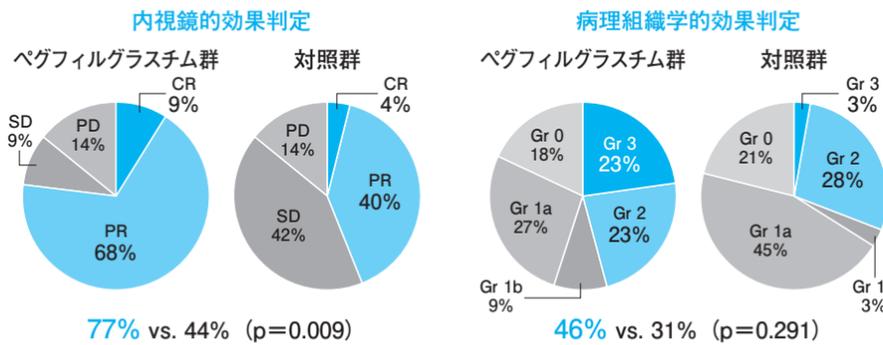
口腔粘膜炎を高頻度に発症し得るDCF療法(5-FU, シスプラチン, ドセタキセルの3剤併用化学療法)において、cryotherapy 施行群の中等症(CTCAE分類Grade 2)以上の口腔粘膜炎発生率は17%で、cryotherapy 未施行群(62%)よりも低率に抑えられた。副次的効果として中等度以上の食欲不振を呈した患者も低率であった(施行群22% vs. 未施行群54%)。

② G-CSF 製剤の予防投与

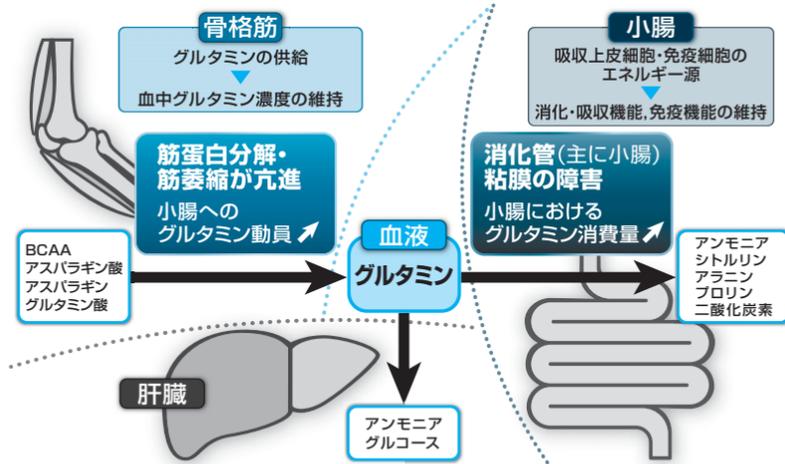
副作用予防で化学療法の効果を最大化

食道がんに対するDCF療法では、白血球減少や好中球減少、血小板減少などの骨髄抑制を高率に来し、化学療法の減量や中止を余儀なくされるケースが多い。予防的対策をとらずに施行した際には、60%程度の患者に重症の白血球減少や好中球減少を生じ、それに高率で続発する発熱性好中球減少症が化学療法の継続を妨げる深刻な問題となっていた³⁾。

当科では持続型顆粒球コロニー刺激因子(G-CSF)製剤であるベグフィル



●図1 ベグフィルグラスチムの予防投与による効果
内視鏡的效果判定: CR=完全奏効, PR=部分奏効, SD=安定, PD=進行。病理組織学的効果判定: Gr 3=完全奏効, Gr 2=かなり有効, Gr 1=少し有効(a=軽度, b=中等度), Gr 0=無効。



●図2 化学療法が及ぼす体内グルタミン動態の変化

グラスチムをDCF療法の抗がん薬投与終了24時間後、予防的に皮下注射することで、重症(CTCAE分類Grade 3以上)の白血球減少、好中球減少の発症率は20%以下となり、発熱性好中球減少症の発症率も20%から9%に減った。また2コース目以降の化学療法の減量や中止の頻度は72%から22%に減少し、安全性を保ちつつ、より十分な量の抗がん薬投与が可能となったことで、内視鏡的效果判定による奏効率は44%から77%へ向上し、化学療法後の切除例においては病理組織学的効果判定による奏効率(Grade 2; かなり有効以上、施行群46% vs. 未施行群31%)も高い傾向にあった(図1)。

③グルタミンを含む栄養支持

治療関連サルコペニアを防ぐ

筋量や筋力の低下をもって定義される「サルコペニア」は、本来加齢に伴うものを指す言葉であるが、近年炎症性疾患や悪性腫瘍、臓器不全などの疾患に関連した二次性サルコペニアに注目が高まっている。われわれは消化器がんに対する手術や化学療法の施行患者に全身消耗に伴った骨格筋量の減少を認めることに注目した。

化学療法はがん細胞のみならず、正

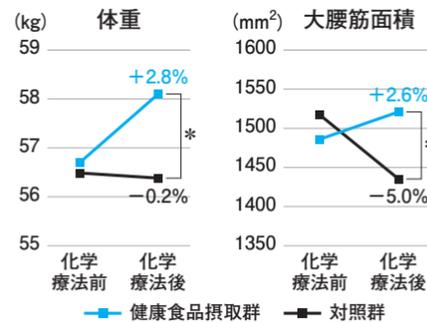
常組織においても障害が生じ得る。小腸粘膜の障害や萎縮に伴って生じる下痢や腹痛は単独でも時にQOLを著しく障害することがある。また、非薄化した腸管粘膜を介した血液中やリンパ管内への腸内細菌の侵入(バクテリアル・トランスロケーション)に伴って、発熱性好中球減少症や敗血症の発症・重症化によって全身消耗が進行し、食道がんに対する化学療法の継続がさらに難しくなることが懸念される。

障害された腸管粘膜の修復には主にグルタミンが利用されることが知られている⁴⁾が、療養中の食事のみでは粘膜修復に必要な十分量のグルタミンを含むアミノ酸の摂取は困難であるため、骨格筋の分解を介してグルタミンが血中へ供給され腸管へと動員される機構が備わっている(図2)。この反応系の連鎖により、腸管粘膜の萎縮がサルコペニアのさらなる進行を助長することが想定されるため、この病態に見合ったアミノ酸を強化した支持栄養療法が不可欠であると考えられる。

当科では治療関連サルコペニアの予防を目的に、1包当たりグルタミン7g、アルギニン7g、ロイシンの代謝産物であるβ-ヒドロキシ-β-メチルブチレート1.2gを含む健康食品を、化学療法前から摂取することを患者に推奨

●おかもと・こういち氏

2003年金沢大学医学部卒。金沢大病院消化器・腫瘍・再生外科で消化器外科医として研鑽を積む。日本外科学会専門医、日本消化器外科学会専門医・指導医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医、日本食道学会食道科認定医・食道外科専門医、日本静脈経腸栄養学会NST認定医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医。



●図3 栄養支持療法により体重と大腰筋面積が有意に増加(*; p<0.05)

している。その結果、2コースのDCF療法に伴い第3腰椎下縁レベルの大腰筋面積(骨格筋量の指標)が5%減少した非摂取患者と比較して、当該健康食品を治療前に2週間以上摂取(1~2包/日)した患者では、大腰筋面積はむしろ2.6%増加しており、体重も2.8%の増加を認めていた(図3)。また、他施設から報告されている同レジメンにおける下痢や腸炎などの発症率と比較して、当該健康食品を摂取した患者群では消化管毒性の発症率は低い傾向にあったことより、腸管粘膜の障害と骨格筋の分解が抑制されたと示唆された。

がん治療の進歩をQOL向上につなぐ支持療法の見直しを

本邦における食道がんの治療成績は外科的治療における鏡視下手術の導入、化学療法における多剤併用療法の開発、化学放射線療法における併用薬剤と照射線量など、臨床試験に基づいたエビデンスの集積が今まさに進行中である。その一方で、それらの治療を支える支持療法に関してはいまだ十分に論じられておらず、化学療法における制吐剤の使用、骨髄抑制や発熱性好中球減少症に対する治療指針のエビデンスが各種ガイドラインの各論で取り上げられている程度にすぎない。今回取り上げた支持療法を包括的に行うバンドル療法により、今後の固形がん診療におけるQOL維持と有害事象対策ならびに予後改善を含む治療成績の向上が期待される。

●参考文献

- 1) J Clin Nurs. 2005 [PMID: 15946284]
- 2) J Clin Nurs. 2005 [PMID: 15946283]
- 3) Expert Opin Biol Ther. 2015 [PMID: 26488491]
- 4) Indian J Med Paediatr Oncol. 2012 [PMID: 22754203]

特集 マインドフルネスを医療現場に活かす

—がん診療のための新しいプラットフォーム—

Part1 理論を学ぶ

マインドフルネスの背景/藤澤大介
マインドフルネスとコンパッションの神経科学/藤野正寛
マインドフルネスと仏教瞑想-曹洞禅の観点から/藤田一照

Part2 実践を学ぶ

患者のためのマインドフルネスの実践/朴順禮
医療者のためのマインドフルネスの実践/笹良剛史
看護師の燃え尽き症候群を予防するためのマインドフルネスの実践/佐藤幸子
学生教育におけるマインドフルネスの実践/高宮有介
G.R.A.C.E. -コンパッションに基づくケアのためのトレーニング/村川治彦
[実践レポート]医学教育プログラムにおけるマインドフルネスのワークショップ

Part3 キーパーソン

ジョン・カバットジン/越川房子・石川通至 テイク・ナット・ハン/島田啓介 ジョアン・ハリファックス/村川治彦

Cancer Board Square

見えないけれど大切な「こころ」のトレーニング

2018年2月号
vol.4 no.1

●1部定価:本体3,400円+税
[ISBN978-4-260-02458-7]

医学書院

がん×マインドフルネス

認知症の人と対話し、張り合いをつくる診療を

interview 上田 諭氏 (東京医療学院大学教授・精神医学) に聞く

認知症は専門医に限らず、多くの医師が日常的に診る疾患の一つである。しかし、低下した認知機能の回復は現在の医学では困難だ。臨床で多くの認知症患者の診療を行い、このたび『認知症はこう診る』(医学書院)を編集した上田氏は、認知機能だけに主眼を置いた診療では行き詰まると警鐘を鳴らす。患者、家族・介護者、医師の3者にとって満足度の高い認知症診療とは何か。上田氏に、認知症診療にかかわる全ての医師が持つべき診療の心構えを聞いた。

——上田先生の主な診療分野について教えてください。

上田 専門分野は老年精神医学で、認知症、うつ病を中心に診療しています。認知症では他院で認知症の診断を受けた後、家庭や施設内で新たな問題が生じた患者さんを診ることも多いです。——専門外の医師にとって、認知症診療は難しいと聞きます。

上田 難しいと言って良いでしょうね。老年精神医学を専門にし始めたころは、私も悩みに悩んでいました。どうすれば認知症の人と家族・介護者が満足する診療ができるのだろうと。

——同じ悩みを持つ医師は多いと思います。難しさの理由は何ですか。

上田 認知症診療がうまくいかない第一の理由は、患者の問題を診断し治療的に解決するという「医学モデル」を治療目標としていることです。これは医学の標準的な考え方ですが、根治療法がない進行性疾患の認知症にそのまま当てはめることは間違っていると思うのです。

大事なのは、認知症の人の生活の質(QOL)に着目し、本人が張り合いのある楽しい生活を送ることではないでしょうか。いわば「生活モデル」です。これを認知症診療の基本として、認知症を診る医師全員に実践してもらいたいです。

「治さなくていい」を出発点にした治療目標に

——まず、「医学モデル」による認知症診療の問題点を教えてください。

上田 生活上の困った点、つまり「症状」を介護者から聞き取り、認知機能を測定して診断した上で、生活能力や認知機能検査の数値の改善を治療目標にします。しかし、根治療法のない認知症では改善は基本的に見込めません。やがて治療は行き詰まってしまう。

さらに、患者さんの「困ったこと探し」になりがちなことや、家族・介護者の意向ばかり優先されることも難点です。家族・介護者が困っているために通院が始まることが多いので、家族・介護者が患者さんの問題点を訴え

る場面が自然と多くなります。結局本人の気持ちはほとんど聞かないまま、家族・介護者の意向をもとにした治療をしてしまいます。

——それでうまくいくのですか。

上田 ほとんどのケースで問題は解決しません。認知症の進行につれて家族・介護者の不満は大きくなっていき、医師は抗認知症薬の増量などで対処しようとする。患者さんはその間に挟まれて、自分の問題点が増えるのを聞きながら、悲しそうにポツンと座っている状況が生まれます。家族・介護者の不満はどうしても本人に向けられてしまい、本人と周囲の衝突なども起こりやすくなってしまいます。

——医師にとっても望ましい展開ではありませんね。

上田 はい。家族・介護者も医師も、認知機能の改善にしか目が向いていないことが大きな問題です。見方を変える必要があります。

——どのように変えればよいのですか。

上田 認知機能をなんとか向上させたいと考えるのはやめて、「治さなくていい」を出発点としてほしいのです。根治療法はないのですから。認知症を持ちつつも本人が張り合いを持って楽しく過ごせることを治療目標とする「生活モデル」へ転換してほしい。同時に、生活の中で患者さんが失いつつある自己肯定感や自尊心を少しでも回復してもらいたいです。

——具体的には何をするのでしょう。

上田 問診では家族・介護者の話より先に患者さんの話に耳を傾けることと、家庭やデイサービスなどで患者さんの張り合いにつながるような何らかの役割を持ってもらうことの2つです。

本人に向き合い、言葉と気持ちを共有する

——認知症の人と話す際、何を大事にしていますか。

上田 まずは話をしっかり聞くことです。例えば、本人の正面に医師がきちんと座る。認知症でも感情や心理は保たれているので、会話はあくまで肯定的な態度で傾聴し、話を真剣に聞いて

くれる医師だと患者さんに思ってもらうことが大切です。

初回の診療では生活史を聞いていきます。生まれや通った学校、学生時代に得意だったもの、結婚、仕事、子育てに至るまで。最近の楽しみがないことや感じている退屈さなども。最後には、「生活で不満に思うことや希望はありませんか」と聞きます。

——患者さんの本音や気持ちを引き出したいのですか。

上田 はい。すると、自分ができなくなったことを指摘する家族への不満や、面倒をかけても世話をしてくれる家族への感謝も出てきます。多くの家族・介護者は病識がないと思込んでいるので、驚かれることもしばしばです。

先日、認知症の母親を入院させたいと来院した家族もそうでした。料理や洗濯がうまくできなくなって、何もわからなくなったと家族は思ったのでしよう。患者さんが私としっかり会話し、家族に感謝の言葉を語る様子にとっても驚かれました。家族は本当の能力を知り、「家で見ていきます」と考えが変わりました。家族の話だけを聞く診療だったらそのまま入院となっていたかもしれません。

——生活を続ける上で、医師が家族・介護者に伝えるべきことはありますか。

上田 改善を求めたり、誤りを指摘したりしないことです。また、「しっかりして」は励ましになりません。患者さん本人の立場では叱られたのと同じで、恥をかかされたと感じます。

——患者さんにとっては受け入れ難いものかもしれません。

上田 傷つきます。「忘れる、できない、間違える」はやむを得ない障害の結果です。本人も中等度までであれば内心気付いています。わざわざ、能力が下がったと追い打ちをかける必要がありますか。病名告知をするかどうかの議論もそうですが、認知症診療では、あえてはっきりさせず、あいまいにして見守ることは、人生の大先輩に対する礼儀の一つだとも思います。

「生活モデル」に転換し患者の張り合いづくりを

——認知症の人にとっての張り合いとは何ですか。

上田 自分に必要とされる役割があり、感謝されることです。普段、人は社会で何かの役割を果たすことで自己肯定感を保っています。しかし認知症では病状の進行に伴って、以前のよう



●うえだ・さとし氏

関西学院大社会学部卒。朝日新聞記者として9年間勤務した後、医師をめざす道へ進む。1996年に北海道大医学部卒業後、東京都老人医療センター(現・健康長寿医療センター)精神科などを経て、米デューク大で電気けいれん療法を研修。2007年より日本医科大精神神経科で助教および講師、17年4月より現職。現在も老年期精神科を中心に臨床に携わる。『治さなくてよい認知症』(日本評論社)で一般にも広く注目を集める。

には役割を持ってなくなっていく。——張り合いや自己肯定感を失ってしまうのですか。

上田 その回復こそが治療の焦点です。認知症は「孤独になる病」です。時々見かける元気のない認知症患者さんは、「うつ」などではなく、人との交流がなくなり、引きこもりがちになって生活の張り合いを失っただけです。だからそこにアプローチする。

——医師はどのように指導すればいいのでしょうか。

上田 すぐできることは社会資源の活用です。デイサービスに通ったり、ヘルパーさんとの交流を持つたりすれば、張り合いを得る機会になります。人と交流し、役割ができることで元気になる方もたくさんいます。

——何か得意なことをやってもらおうのが良さそうですね。

上田 最近では、デイサービスでお茶を出す役割を、お茶専門店を運営していた認知症の人に任せたという話を聞きました。周りの方の「おいしい、ありがとう」という言葉でその方は見違えるほど元気になったようです。「自分はこれでいいんだ」と思える場を周囲が与えることで、生きがいを取り戻していくのです。

——今後、さらに認知症の人が増えていく中で、非常に重要な視点だと感じます。

上田 認知症の人本人と家族・介護者だけでなく医師にとっても幸せな診療にするために、認知症の診方を見直してほしい。医師は慣れ親しんだ「医学モデル」からすぐ離れるのは難しいかもしれませんが、今こそ本人の生活の張り合いを優先する「生活モデル」への転換を考えていただきたいと思えます。(了)

認知症診療の悩み、解決します

<ジェネラリストBOOKS>

認知症はこう診る 初回面接・診断からBPSDの対応まで

「認知症は日常的に診るけれど、イマイチ診方がわからない。薬を出すだけでいいの？」そんなかかりつけ医のお悩みに効く本が登場！当事者の「心」を理解して、治療やBPSDへの対応をうまく進めるコツを、豊富な事例をもとに具体的に提示。「病名は告知する？」「抗認知症薬って効くの？」といった疑問にも考え方の道筋を示した、従来型認知症診療に新たな視点をもたらす1冊。

編集 上田 諭
東京医療学院大学教授



“認知症の時代”の診療スタンダード、待望の改訂!

認知症疾患診療ガイドライン2017

認知症に関する情報を網羅した診療ガイドラインに待望の改訂版。定義や疫学、診断、治療、社会資源などの総論的な内容から、アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症など原因疾患ごとの具体的な特徴や診断・治療法といった各論的な内容までを幅広く網羅。全編クリニカル・クエスチョン形式で、読者の疑問にダイレクトかつわかりやすく答える内容となっている。

監修 日本神経学会
編集 「認知症疾患診療ガイドライン」
作成委員会



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20回】

固形腫瘍と感染症④

注意すべき4つの感染症

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。

「固形腫瘍と感染症」の最後となる今回は、固形腫瘍で特に注意すべき感染症について解説します。脳腫瘍におけるニューモシスチス肺炎（*Pneumocystis jirovecii* pneumonia；PCP）、大腸がんに関連する細菌感染症、ペバシズマブ（アバスタチン[®]）による感染症リスク、膀胱がんに対するBCG膀胱内注入療法後のBCG感染症の4つについて症例を交えてお話しします（表1）。

脳腫瘍ではPCPに注意

◎症例1

71歳女性。膠芽腫（グリオブラストーマ）に対して腫瘍摘出術後、放射線療法およびテモゾロミドによる治療を行っている。今回は来院1週間前からの微熱と労作時呼吸困難を伴う乾性咳嗽を主訴に受診。

来院時意識清明、血圧138/84 mmHg、脈拍数88/分、呼吸数24/分、体温37.1℃、SpO₂ 93%（RA）。身体所見上、頭部の手術創に感染徴候なく、その他頭頸部、胸腹部、背部、四肢に異常所見なし。胸部単純X線写真で両側に対称性にびまん性のすりガラス影を認め、胸部CT検査でも末梢肺野に正常部分を残したびまん性すりガラス影あり。気管支鏡検査を施行し、グロコット染色で酵母様真菌を認めPCPの診断となった。

PCPは血液腫瘍や造血幹細胞移植患者で圧倒的に多く見られる感染症です。第16回（3240号）でも紹介したように、ステロイドを使用すれば固形腫瘍でも発症します。ステロイドを使用せずとも注意しなければならない固形腫瘍が脳腫瘍なのです。脳腫瘍、中でも極めて悪性度の高いグリオブラストーマに対する治療として、経口のアルキル化剤であるテモゾロミドと放射線治療の併用療法があります。放射線治療単独での全生存期間中央値が12.1か月であるのに対しテモゾロミド併用療法では14.6か月と有意に改善¹⁾し、その後の追跡調査でも5年生存率の有意な改善が証明されました²⁾。テモゾロミドによる好中球減少はごくわずかですが、リンパ球数の減少が問題となります。特にCD4陽性Tリンパ球数の低

下が深刻でありPCP発症のリスクが増大します³⁾。従って、テモゾロミドを使用する際（放射線治療との併用時）にはPCPに対する予防投与が必要である⁴⁾ことを肝に銘じておきましょう。

大腸がんと感染症

次に大腸がんに関連する細菌感染症⁵⁾についてです。ここでは2つの細菌を取り上げます。1つ目は *Streptococcus gallolyticus* という細菌です。以前呼ばれていた *S. bovis* と聞けばピンとくる方もいらっしゃるかもしれませんが、*S. gallolyticus* はD群レンサ球菌に分類されるグラム陽性球菌で、大腸がん患者では健康人と比べてはるかに高頻度に腸管内に常在していることが知られています⁶⁾。また、血液培養から検出された場合には感染性心内膜炎を引き起こしますので注意が必要です。

もう1つの細菌は *Clostridium septicum* という嫌気性菌で、致死率の非常に高い敗血症や壊死性筋膜炎を引き起こします⁷⁾。*S. gallolyticus* や *C. septicum* そのものが発がん性を持っているか否かはまだ結論が出ていませんが、これらの細菌感染症を見た場合には大腸がんの有無の確認が重要です。

ペバシズマブの注意点

ペバシズマブ（アバスタチン[®]）は血管内皮細胞増殖因子（vascular endothelial growth factor；VEGF）に対するモノクローナル抗体であり、血管新生や腫瘍の増殖、転移を抑制する働きがあります。転移性大腸がん、非小細胞肺癌、卵巣がんなどでよく使用されていますが、2つの重要な副作用とそれに付随する感染症を把握しておきましょう。1つ目は腸管穿孔による腹膜炎です。ただし、がん種により腸管穿孔のリスクは異なります⁸⁾。非小細胞肺癌ではあまり問題となりませんが、転移性大腸がんや卵巣がんでは深刻な副作用となりますので注意が必要で

●表1 固形腫瘍において特に注意すべき4つの感染症

	注意すべき感染症	リスク因子
脳腫瘍	ニューモシスチス肺炎（PCP）	テモゾロミドと放射線療法
大腸がん	<i>Streptococcus gallolyticus</i> ：感染性心内膜炎 <i>Clostridium septicum</i> ：敗血症、壊死性筋膜炎など	大腸がんそのもの
大腸がん 非小細胞肺癌 卵巣がんなど	腹膜炎（腸管穿孔）、創部感染症（創傷治癒遅延）	ペバシズマブ（アバスタチン [®] ）
膀胱がん	BCG 感染症	BCG 膀胱内注入療法

●表2 膀胱がんに対するBCG膀胱内注入療法後のBCG感染症（文献11より一部改変）

局所感染症	尿路感染症	膀胱炎、前立腺炎、精巣上体炎、腎盂腎炎
全身性感染症	播種性感染症 筋骨格系感染症 肝臓 血管系 その他	敗血症、粟粒結核、骨髄浸潤 骨髄炎、関節炎、筋膿瘍 肝炎（肉芽腫性）、肝膿瘍 感染性動脈瘤、人工血管感染症 粟粒結核以外の肺病変、眼内炎など

す。2つ目の副作用は創傷治癒の遅延による創部感染症です。血管新生を抑えるペバシズマブの性質上避けられないものですが、手術を行う場合にはペバシズマブの投与後6週間以上間隔を空ける必要があるとされています⁹⁾。

BCG 感染症に注意

◎症例2

63歳男性。膀胱がんに対して経尿道的膀胱腫瘍切除術（TUR-Bt）後、BCG膀胱内注入療法を施行中。合計6コースのうち3コース目が終了していた。3コース目終了の3日後から微熱、全身倦怠感、関節痛、筋肉痛が出現。市販の解熱鎮痛薬で対応していたが、7日後には悪寒を伴う39℃の発熱を認め経口摂取も低下したため外来受診。Review of System（ROS）では上記以外、頭痛、鼻汁、咽頭痛、咳嗽、喀痰、呼吸困難、嘔気・嘔吐、腹痛、下痢、排尿時痛、排尿困難、頻尿なし。

来院時意識清明、血圧108/64 mmHg、脈拍数110/分、呼吸数20/分、体温38.7℃、SpO₂ 99%（RA）。身体所見上、肋骨弓下に肝臓を2横指触知。両手首、肘、膝関節痛はあるものの、熱感、腫脹、圧痛、発赤はない。その他、頭頸部、胸腹部、背部、四肢、神経学的異常所見なし。血液検査ではWBC 2500/μL（Eos 6%）、Hb 10.1 g/dL、Plt 120 × 10³/μL、T-bil 2.3 mg/dL、AST 56 IU/L/37℃、ALT 62 IU/L/37℃、Cr 0.74 mg/dL、BUN 15 mg/dL。胸部単純X線写真で肺野に明らかな異常所見を認めず。腹部超音波検査で肝臓に3~5 mm程度の小結節影が散在。

高リスクの表在性膀胱がんや上皮内がんに対しては再発予防の観点からBCGを直接膀胱内に注入する治療が一般的になってきています。BCGとはウシ型弱毒結核菌のことで *Mycobacterium bovis* の生ワクチンです。正確な機序はわかっていませんが、局所のさまざまな免疫反応を惹起し抗腫瘍効果を発揮していると考えられます¹⁰⁾。問題は副作用です。*M. bovis* という抗酸菌を直接注入するわけですから、当然それに伴う感染症が危惧されますね。BCG感染症は局所の尿路感染症と全身性の感染症に分かれます¹¹⁾（表2）。

まず注入後に炎症を起こしますので多くの症例で膀胱炎が見られます。自然に改善することもあります。進行してその他の上部・下部尿路感染症を引き起こすこともあります。

また注入の6~8週間後に血流に乗って全身性感染症を起こすと厄介です¹²⁾。敗血症、粟粒結核、骨髄浸潤などを引き起こす播種性感染症が最多で

すが、骨関節や臓器、あるいは血管そのものに影響を及ぼすこともあります。

今回のケースでは血液培養は陰性であり胸部CT検査でも粟粒結核は否定的でしたが、汎血球減少を認めたことから骨髄穿刺を行ったところ結核菌群PCR（Polymerase Chain Reaction）法が陽性となり後日 *M. bovis* が培養されました。また肝生検では非乾酪性の肉芽腫に加えて抗酸菌の浸潤が見られ、肉芽腫性肝炎に合致する所見でした。

治療についてはランダム化比較試験が存在せず、ケースシリーズがよりどころとなります¹¹⁾。ポイントが3つありますのでぜひ覚えておきましょう。

- 1) 抗結核薬の中でピラジナミドは耐性
- 2) 局所の尿路感染症に対してはレボフロキサシンやイソニアジドの単剤投与
- 3) 全身性感染症にはリファンピシン+イソニアジド+エタンブトール、あるいはリファンピシン+イソニアジド+レボフロキサシンなどの併用療法

なお、治療期間について確たるデータはありませんが、全身性感染症に対しては3~6か月の投与が標準です。

固形腫瘍はがんそのもので、「バリアの破綻」は起きるものの、好中球減少、液性免疫低下、細胞性免疫低下はほとんど見られないことから「くみしやすい」ことは確かです。でも、感染症が起きないわけではありません。知らなければ見過ごしてしまう重要な感染症があることをご理解いただけましたでしょうか。本連載もいよいよ終盤を迎えつつあります。次回からは血液腫瘍の疾患ごとに見られる免疫低下と感染症について解説していきます。

【参考文献】

- 1) N Engl J Med. 2005 [PMID: 15758009]
- 2) Lancet Oncol. 2009 [PMID: 19269895]
- 3) Clin Cancer Res. 2011 [PMID: 21737504]
- 4) Ann Hematol. 2013 [PMID: 23412562]
- 5) World J Gastroenterol. 2016 [PMID: 26811603]
- 6) N Engl J Med. 1977 [PMID: 408687]
- 7) World J Surg Oncol. 2009 [PMID: 19807912]
- 8) Lancet Oncol. 2009 [PMID: 19482548]
- 9) Eur J Cancer. 2012 [PMID: 22196033]
- 10) Clin Infect Dis. 2000 [PMID: 11010831]
- 11) Medicine (Baltimore). 2014 [PMID: 25398060]
- 12) Clin Infect Dis. 2003 [PMID: 12522745]

慢性痛のメカニズムからその正体に迫り、痛み診療に希望を与える1冊

慢性痛のサイエンス 脳からみた痛みの機序と治療戦略

痛みの概念に大きなパラダイムシフトが起きている。本書では、加速化する新しいサイエンスの視点から、慢性痛を脳科学、神経科からそのメカニズムを紐解き、そこから治療のターゲットを明らかにする。さらに、新しい痛みの概念として慢性炎症による神経変性疾患の病態に迫る。

半場道子
福島県立医科大学整形外科学教室 客員講師慢性痛の
サイエンス

脳からみた痛みの機序と治療戦略

半場道子

【帯】

鮮明な写真で体表からの解剖学的構造と徒手検査法を解説、待望の第3版。

触診解剖アトラス 第3版

体表からの解剖学的構造を鮮明なモノクロ写真により解説する「触診解剖アトラス」の第3版。上肢・下肢が合本となり、全身の触診解剖が1冊で学べるようになった。触診部位の加筆に加え、体節部ごとの解剖図はより詳細となり、また、臨床にいかせる触診上の注意点がコラム・クリニカルヒントとして追加された。

監訳 奈良 勲
金城大学 特任教授
訳 川口浩太郎
兵庫医科大学リハビリテーション学部 教授
金子文成
慶應義塾大学医学部 特任准教授
藤村昌彦
広島都市圏大学健康科学部 教授
佐藤春彦
北里大学医療衛生学部 准教授



Medical Library 書評新刊案内

《ジェネラリストBOOKS》 認知症はこう診る

初回面接・診断からBPSDの対応まで

上田 諭 ● 編

A5・頁264
定価:本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03221-6

認知症患者数が急増する中、総合診療医、家庭医といった非専門医が、認知症専門医と良好な連携をとって、認知症患者を診ることが求められている。しかし自治体から

認知症疾患医療センターを委託されている病院の精神科医である評者は、「物忘れを訴えたら、脳画像検査を実施され、認知機能の十分な評価なしに、抗認知症薬を処方された」「高齢者施設で少し興奮したら、話も聞かれないことなく、BPSDと診断され、抗精神病薬を出された」「認知症の治療中に、ゆううつ感と不眠を訴えたら、すぐ抗うつ薬

と睡眠薬を処方された。薬の種類は増え、かえってばーっとしている」「あの医師は認知症を専門に診ていると言うが、生活面のアドバイスを何もしてくれないし、地域にどんな社会資源があるかも知らないようだ」などの不満を、患者、患者家族、認知症ケアに当たる医師以外のスタッフから聞くことが多い。問題は認知症の過剰診断、抗認知症薬の過剰処方、薬物療法以前の基本的な対応不足などに集約されるであろう。各自自治体ではかかりつけ医を対象とした認知症対応力向上研修が開催され、認知症に関する書籍も数多くあるが、認知症の診断と治療における課題はなかなか改善されない。本書は「イントロダクション——認

知症診療 こう進めたい」と、「診療のためにまず知るべきこと」「認知症診療、こんなときどうする?」「知っておきたい、MCIとさまざまな認知症」の

3章からなり、さらに Pros and Cons として議論が分かれている2つの問題(「本人への病名告知はどうする?」と「抗認知症薬は効く?効かない?」)を取り上げている。

評者が本書を認知症医療にかかわる多くのスタッフに読んでほしいと思うのは、特に以下の2点からである。

第一に、よく BPSD と呼ばれる症状を含む行動の変化や生活の困難さへの非薬物的対応に多くのページが割かれている。しばしば参照される厚労省研究班による図(本書、p.136)は、確かに「非薬物的介入を最優先する」としているが、薬物に関する記載が多いため、かえって現場の適切な対応の妨げになっているのではないかと気にしていた。非薬物的介入について、本書が教えるさまざまな事例と対応はまさにすぐ活用すべき知識である。ただ評者もかつて述べたことがあるが¹⁾、薬物療法を第一と考えず、これほど症例ごとの対応が求められるとき、BPSD という診断名とも症状名ともつかない用語は不要に思える。

第二に、Pros and Cons で、それぞれの問題について賛否の立場から2人が執筆し、編者がその議論をまとめている

評者 宮岡 等
北里大教授・精神科学

認知症医療にかかわる
多くの人に読んでほしい一冊



てんかんとその境界領域 鑑別診断のためのガイドブック

Markus Reuber, Steven Schachter ● 編
吉野 相英 ● 監訳

B5・頁344
定価:本体10,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03023-6

評者 重藤 寛史
福岡山王病院てんかん・すいみんセンター長

てんかん診療を行っている痛感するものが、いかに多くの“てんかんのよう

でてんかんでない疾患”がてんかんと診断され、治療されてしまっているか、という明日からのてんかん診療に役立つ最新のガイドブック

る。一定の指針を決めるよりも読者が自ら考えて対応すべきと強調しているように見え、臨床家の姿勢として重要である。ただ抗認知症薬を勧める立場から「著効例では意欲が向上しADLが改善」のような記載があるのは気になった。添付文書に記載されている効能・効果は「認知症症状の進行抑制」である。意欲低下やADL低下の改善が目的であれば、それは適応外使用と言えるかもしれない。

編者である上田諭氏の認知症観、医療観は「イントロダクション」に凝縮

査、遺伝子検査など新たなテクノロジーを得た現代の専門家によって、てんかんの境界領域である疾患の発症メカニズムと鑑別のロジックを詳細に解説して、なるほど、とうなずいてしまう。失神、心因性発作、パニック発作、めまい、頭痛、一過性脳虚血、一過性健忘、睡眠関連の発作、アルコール関連の発作、不随意運動などのてんかんと鑑別を要する疾患に加え、自己免疫介在性てんかん、非けいれん性てんかん重積、自閉症、抑うつなど、現在のてんかん学でトピックになっている疾患にも多くのページを割いており最新の知見を得ることもできる。

単に教科書的で平板なガイドブックと異なり、Gowers が多大な症例観察に基づいた記述をしていたのと同様に、本書でも多くの具体的な症例を取り上げて、それらの症例を科学的に解説しているため、推理小説的な面白さも併せ持っている。また、てんかんの境界領域である疾患の治療を、最新の情報に基づいて総括的、具体的に提示している唯一のテキストであるので、明日からの臨床に、すぐにでも役立つことができる。てんかん学の初心者から専門家まで、小児科から成人科まで、てんかんと診断することの難しさ、てんかんの境界領域にある疾患の治療の困難さに直面している者が、常に傍らに備えておきたい一冊である。

されており、教えられることが多い。認知症医療が混乱しているこの時期に本書を編集してくださったことに感謝したい。また本書は総合診療医や家庭医に有用であるのは言うまでもないが、実は精神科医こそ本書を読み、患者の心と暮らしをみようとする初心を取り戻さねばならない。

1) 日経メディカル Online. 連載:宮岡等の「精神科医のひとりごと」BPSD という用語は使わない方がいい! . 2015年6月16日. <http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/miyaoka/201506/542632.html>

「多死社会」で役立つ終末期の実践ガイド



いのちの終わりに どうかかわるか

編集 木澤義之・山本 亮・浜野 淳

総合診療医や内科医、およびそれを取り巻くメディカルスタッフに求められるエンドオブライフ患者へのかかわり方の知識とスキルをまとめた1冊。患者の同定から予後予測、患者・家族との話し合い、起こりうる症状、臨終時の対応まで、余命数か月の患者に起こること、および求められる対応を網羅。来る「多死社会」に役立つ新たな実践的ガイドとなること間違いなし!

●A5 頁304 2017年 定価:本体4,000円+税
[ISBN978-4-260-03255-1]



医学書院

「わかってくれる人」に、私はなりたい

死を前にした人に あなたは何かができますか?

小澤竹俊

看取りの現場では、答えることのできない問いを突き付けられる。「下の世話になるくらいなら、いっそ死にたい」「どうしてこんな目に合うの?」。そこでは説明も励ましも通用しない。私たちにできるのは、相手の話を聴き、支えを見つかること。言葉を反復し、次の言葉を待つこと。それは誠実に看取りと向き合ってきた在宅医がたどりついた、穏やかに看取るための方法。死を前にした人に、私たちにできることがある!

●A5 頁168 2017年 定価:本体2,000円+税
[ISBN978-4-260-03208-7]



医学書院

仮想気管支鏡作成マニュアル

迅速な診断とVAL-MAPのために

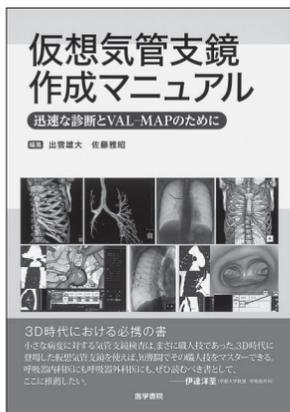
出雲 雄大, 佐藤 雅昭 ● 編

B5・頁144
定価: 本体8,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03052-6

近年、あらゆる領域においてCTが汎用され、一般的な検査としての意味合いが強くなってきたと感じている。呼吸器領域においては小型肺癌、特にすりガラス状の陰影は胸部単純X線では描出されず、CTが発見の契機になることが多々経験される。このようなことが早期肺癌増加の最大の原因であり、日常で遭遇する「肺癌像」は明らかに異なってきた。早期肺癌は予後良好であるが、気管支鏡で確定診断するためには腫瘍径が小さいほど苦勞を伴う。手術に際しても根治と機能温存を両立することが期待されるため、胸腔鏡手術や縮小手術など高度な技術が要求される。また、CTですりガラスを呈する症例は術中に局在診断が困難な場合さえある。

CTで腫瘍の局在や性状、周囲への浸潤などを評価しつつも、最近では3次元画像を作成して種々の用途に用いるようになった。3次元画像で肺血管を描出することにより症例ごとの血管の走行が明らかになり、手術のシミュレーションに用いることが可能となった。手術ナビゲーションにも利用すれば手術安全に寄与すると確信する。小型陰影に対する気管支鏡診断の際には

必須とされる新技術の均てん化に有益な書



評者 池田 徳彦
東医大主任教授・呼吸器外科学

3次元画像による仮想気管支鏡画像を作成し、ナビゲーションとして利用することが必須であろう。小腫瘍の術中の局在同定にも術前のナビゲーションを併用した気管支鏡によりマーキングを行うことが有用である。

上記の内容は呼吸器を専門とする医師が強く認識していることであり、これを明快に解説したのが『仮想気管支鏡作成マニュアル——迅速な診断とVAL-MAPのために』である。従来の診療方法では早期肺癌に対する質の高い診断、治療を行っていると言いつても言い難い時代となってきた。通常のCT画像から3次元画像を作成することは短時間かつ容易であり、即刻に日常診療に導入すべき技術である。

本書は仮想気管支鏡を中心に、原理、適応、画像の作成法、応用技術など必要事項をくまなく網羅し、理解しやすく解説してある。技術の導入から熟練まで最短の時間で到達することができるであろう。必須とされる新技術の均てん化に有益な書を執筆いただいた出雲雄大先生、佐藤雅昭先生に心より敬服する次第である。本書を呼吸器を専門とする多くの医師に熟読いただきたいと強く願うものである。

標準解剖学

坂井 建雄 ● 著

B5・頁662
定価: 本体9,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02473-0

現在、解剖学を学ぶ学生は、増えている。学生でなくても「人体の仕組みを知りたい」という思いを持つ人は、潜在的に多く存在する。私は、さまざまな職種をめざす学生だけでなく、既に臨床などで活躍している人々に対しても解剖学の講義を行ってきた。あらゆる医療のコアとなる解剖学を、学生や臨床家たちにどのように教えるのか。これが常々私の課題となっていた。

本書の著者である坂井建雄先生(順大大学院教授)は、解剖学に深い造詣を持つ一流の研究者であり、解剖学実習を担当する教員でもある。また、「どのように解剖学を伝えるか?」ということに関して熱心で、学会などでご意見を伺ったこともある。その坂井先生がどのように本書をまとめたのか、ぜひ知りたいと思って本書を手にとった。

解剖学を学ぶ全ての人へ

評者 荒川 高光
神戸大大学院准教授・生体構造学

まず、美しいイラストと読みやすい文章で、とても見やすい教科書だと感じた。次に、本書の構成に驚きを覚えた。系統解剖学としての講義内容が、「解剖学総論」として最初にまとめられており、その後、胸部、腹部、骨盤部、背部、上肢、下肢、頭部、頸部、中枢神経が、部位ごとに記載されている。この構成は、臨床家や学生にとって、非常に有益である。なぜなら、臨床で何か困ったことがあったときに知りたいのは、「そこ」がどうなっているのか、だからである。そのとき、部位ごとに記載がまとまっている本書は、知りたいことを探しやすい。これは、解剖学実習を担当している坂井先生だから可能であったのでは

トワイクロス先生の緩和ケア処方薬 第2版

薬効・薬理と薬の使い方

Robert Twycross, Andrew Wilcock, Paul Howard ● 編
武田 文和, 鈴木 勉 ● 監訳

A5・頁928
定価: 本体5,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03031-1

評者 本家 好文
県立広島病院緩和ケア支援センター長

本書は“Palliative Care Formulary 5th Edition (PCF5)”の日本語版である。日本語版は初版が2013年3月に『トワイクロス先生のがん緩和ケア処方薬』として発刊され、4年余り経過した2017年6月に第2版が発刊された。第2版ではタイトルを『がん緩和ケア処方薬』から『緩和ケア処方薬』に変更している。緩和ケアががんに限らず「非がん」にも広がりを見せる時代の流れに沿ったものであり、改訂版ではCOPDやうつ血性心不全などに関する内容も盛り込まれている。

安全で最適な方法で緩和ケアの薬を使うための必携書



初版と比較して総ページ数が928ページと1.2倍以上になった。第I編「薬剤情報」では、緩和ケア領域で問題となること多い項目には、「早わかり処方ガイド」というコラムで解説を加えて理解しやすいように工夫されている。また第II編「基本知識」では80%近くページ数が増やされ、「死が差し迫った病期の薬物療法」「嚥下困難な患者への薬の投与」「薬物反応性の変動」「かゆみの治療薬」「経口栄養サプリメント」といった緩和ケアに関連の深い項目が新たに追加されて、より充実した内容となっている。

筆頭編者であるRobert Twycross先生が在籍していたOxford Sir Michael Sobell Houseは、WHO指定研究協力センターとして世界各国の医師や看護師が緩和ケアを学ぶ機会を提供してきた。20年ほど前にInternational School for Cancer Care, Course on Palliative Cancer Careに参加して、Twycross先生から直接指導を受け、その人間愛と科学

的根拠に基づいた実践の重要性に触れたことは、今でも貴重な財産である。その研修で最初に手渡された書籍が“Symptom Management in Advanced Cancer”と“British National Formulary (BNF)”の2冊だった。

“Symptom Management in Advanced Cancer”は、既に邦題『トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント』として、2003年11月に第1版、2010年9月には第2版が発行されている。症状マネジメントに必要な知識だけでなく、緩和ケアに従事する医療者としての「態度」や「心構え」についても記載

されているバイブル的な書籍である。そこにみられる患者・家族に配慮した実践は、今版の『緩和ケア処方薬』にも反映されている。

また当時第31版であったBNFは、その後も年に2~3回更新され続け、現在は第74版が発行されている。『緩和ケア処方薬』はBNFの中から緩和ケアに関連の深い薬剤や薬理学に関する幅広い情報で構成されている。そうした信頼できる情報に基づいて実践するための指針が本書には示されており、安全で最適な方法で薬剤を使う手助けとなっている。

Twycross先生の『がん患者の症状マネジメント』と、この『緩和ケア処方薬』の2冊は姉妹書であり、これらをそれぞれ臨床の現場で、いつでも手に取って確認できるようにしておく、良質な緩和ケアを提供するために有用である。

ないかと思う。すなわち、解剖学実習を行って生じる疑問も、局所的なものが多いからだ。だからといって全てが局所解剖学的か、と言うとそうではない。最初にしっかりと系統解剖学としてまとめてあるだけでなく、他部位とのつながりも記載されている。

要所要所にある「Developmental Scope」「Functional Scope」「Clinical Scope」は、対象となる構造を学習するに当たって興味を引くだけでなく、その知識が他分野へと有機的につながる仕組みになっている。

また、動脈の起始・走行・分布、末梢神経の由来・脊髄分節・支配する筋・皮膚への分布、骨格筋の起始・停止・神経支配・作用が表としてまとま

っている。この表は、学生の理解を大いに助ける。なぜなら、このような表は、今まで学生自身が教科書を読んでノートなどに作っていた(私を含めて)ものだからである。

本書は、「解剖学を勉強したい。知りたい」と思っている全ての人にお勧めできる教科書である。学生から臨床家まで、初学者から教員まで、医師・歯科医師からコメディカル、その他の職種の人々まで、お勧めできる。このような広くお勧めできる本は、めったになかった。

もし私が学生の時に本書があったら、もっと効率よく、しかも深く解剖学を学べただろう。今、本書で勉強できる学生は幸せだと思う。

こどものリハを一望できる実践的なテキスト。時代の変化にあわせて全面改訂!

こどものリハビリテーション医学 第3版

発達支援と療育

医学サイドだけでなく総合的なこどものリハの特性を学べる実践的なテキストの全面改訂版。ハイリスク児、重複障害、発達障害の増加など、より現代の社会状況を反映した内容に再構成され、こどものリハの世界を一望できる。こどもにかかわる職種なら必携の1冊。

監修 伊藤利之
横浜市リハビリテーション事業団・顧問
編集 小池純子
横浜市北部地域療育センター・センター長
半澤直美
よこはま港南地域療育センター・センター長
高橋秀寿
埼玉医科大学国際医療センター運動・呼吸器リハビリテーション科・教授
橋本圭司
はしもとクリニック経営・院長



カナダ発! 緩和ケア「メッカ」のエッセンス

新刊 Pallium Canada (ハリウムカナダ) 緩和ケアポケットブック

Pallium Palliative Pocketbook, 2nd Edition

▶緩和ケアに必要なエッセンスを過不足なく抽出した、カナダの国家プロジェクト“Pallium Canada”発のマニュアル。緩和ケアの理念、アドバンス・ケア・プランニング、コミュニケーション、予後予測から症状管理まで臨床での必須事項をポケットサイズにまとめる。内容は専門医の査読で洗練され、重要ポイントをわかりやすく箇条書きで提示。緩和ケアに携わる医療者にとって頼れる一冊。

監訳: 丹波 嘉一郎 自治医科大学附属病院緩和ケア部教授
大中 俊宏 賛育会病院緩和ケア科部長/順天堂大学大学院医学研究科緩和医療学

定価: 本体4,800円+税
A5変 頁408 図8 2017年
ISBN978-4-89592-890-8



『治療指針』のおかげで 解決できた、と実感。

(40歳代・開業医)

60th

今日の治療指針

私はこう治療している

TODAY'S THERAPY 2018

総編集

福井次矢 高木 誠 小室一成

●デスク判(B5) 頁2192
定価：本体19,000円+税
[ISBN978-4-260-03233-9]

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



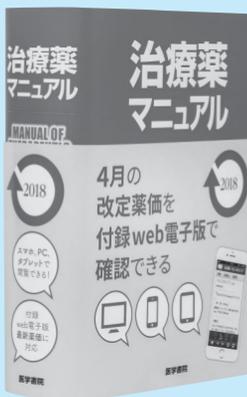
「今日の治療指針」のベストパートナー
オールインワン治療薬年鑑。

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

web 電子版は、2018年4月(予定)の薬価改定に対応

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



- ☑両書籍とも購入特典・web 電子版付
- ☑セット購入により、web 電子版で2冊がリンク

- 『今日の治療指針 2018年版』に掲載されている薬剤の詳細情報を『治療薬マニュアル 2018』へのリンクで瞬時に参照。
- 『治療薬マニュアル 2018』に収録されている各薬剤について、それらを掲載している『今日の治療指針 2018年版』の疾患項目を瞬時に参照。

※閲覧期間は2019年1月までとなります。
※2018年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2017年版のものです。
2018年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2018年3月末の予定です。



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 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 浜松医科大学教授・臨床薬理学/
国立国際医療研究センター・臨床研究センター長

治療薬を薬効ごとに分類し、第一線で活躍する臨床医による「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。

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

CONTENTS

- | | |
|-----------|---------|
| 精神 | 感染症 |
| 神経 | 眼科 |
| 循環器 | 耳鼻科 |
| 呼吸器 | 皮膚科 |
| 消化器 | 救急 |
| 腎・泌尿器 | 漢方 |
| 産婦人科 | その他の医薬品 |
| 内分泌・代謝 | 事項索引 |
| 血液 | 薬効索引 |
| 癌 | 薬剤索引 |
| 抗炎症・アレルギー | |



医学書院

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