

2018年6月4日

第3275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] 私たちのアドバンス・ケア・プランニング(紅谷浩之, 川島篤志, 松下明, 廣橋猛, 高田弥寿子, 藤田愛)..... 1-3面
[寄稿] 終末期患者に対する救急・集中治療の在り方(伊藤香)..... 4面
[連載] 高齢者の「風邪」の診かた..... 5面
MEDICAL LIBRARY/日本在宅医学会第20回記念大会/[連載] 栄養疫学者の視点から..... 6-7面

寄稿特集

私たちのアドバンス・ケア・プランニング

実践・普及に向けて



患者・家族の価値観を尊重し、医療者からの適切な情報のもと将来のケア方針を繰り返し話し合うプロセス、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)が提唱されて以来、その重要性が認識されてきました。2018年3月に改訂された「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚労省)においても、ACPの実践・普及が明文化されています。患者一人ひとりの生き方の選択を支援する立場から、医療者はどのようにACPを進めればよいでしょうか。病院・在宅の最前線で終末期医療に携わる医師・看護師に、ACPへの考えを深めた事例や今後の展望を尋ねてみました。

紅谷 浩之

オレンジホームケア
クリニック理事長



結論を急がず、迷いながら進むプロセスを大切に

①私は福井県福井市を中心に訪問診療を行う在宅医である。2011年に福井県初となる在宅医療専門クリニックを開業し、年齢や疾患を問わず、幅広い方々の自分らしい生き方と向き合い、その実現に向けたお手伝いをしてきた。16年には外来のクリニックも始め、命を脅かすような病気になる以前から、かかりつけ医として切れ目のない人生へのかかわりも続けている。

今年3月の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の改訂に際し、私も検討会の構成員として参加し、現場での

こんなことを尋ねてみました

- ①現在の仕事とACPへのかかわり
②ACPの重要性を認識した事例
③ACPの普及に向けて

実践例を通して意見を述べてきた。

②80代女性。外来で慢性疾患の定期受診が続いていた。夫婦仲は良く、水泳が趣味で週に何日もプールに通っていた。そんな彼女に突然、末期のがんが見つかった。説明を受けた後、「まだまだ生きたい。しっかり治したい」と言ったことが記録に残っている。抗がん薬の治療を続けるうちに体力が奪われ、歩行に支障が出始めた。「気長に治したい。死ぬまで楽にいたい」と言う彼女に、転移もあり完治は難しいことを私は伝え、抗がん薬中止を提案した。彼女は「よくわかりました」と落ち込むようなそぶりを見せながら、「まだまだ生きているかもしれないよ」と家族に語っていた。話し合いの途中、家族は他の治療法を探ろうとしたが、最終的には「本人が望む、負担のない治療」を選択した。その後、彼女は体力の続く限り外出や食事を楽しみ、最期は自宅のベッドで家族や知人に囲まれながら静かに息を引き取った。

この事例において、私は彼女から何度か「先生にお任せします」と言われたことがあった。しかし一度たりとも私が結論を決めたことはなかった。ただひたすら医師として客観的な事実を伝え、しかし同時にその場を客観視することなく、本人や家族とともに答え

川島 篤志

市立福知山市民病院
総合内科医長/研究研修
センター長



病院から地域のACP文化をつくりたい

①現在、地方都市の基幹病院で病院総合医として奮闘している。入院から退院へのプロセス、再入院を視野に入れた高齢者医療においてACPの普及は

の出ない現状と向き合い続けた。結局のところ、彼女が自らの人生の最期に満足していたかどうかはわからない。しかし、少なくとも私を含めかわった人たち全員が、その時々で微妙に変化する彼女の意思を感じ取ろうとし、繰り返し話し合いを続け、選択を重ねていったことは事実である。彼女の死の直後に家族の一人が発した言葉が心に残っている。「人ってこんなに楽に死ぬんですね。私もこうありたい」。③大事なものは誰かが決めるのではなく、結論のようなものを急がずに家族と共に皆で一緒に悩みながら、思いを共有していくことである。あらかじめ

必須と感じている。

②地域基幹病院の総合内科・救急で診療に従事していると、高齢者における「人生の最終段階の医療の方法」におけるモヤモヤに遭遇する。10年前に当院に赴任したときも、よくある誤嚥性肺炎や認知症だけでなく、当地域に専門家が不在の領域を主として、「主治医・かかりつけ医」の役割が果たされていないような症例を数多く対応した。

それは、さまざまな複雑な医学的問

(2面につづく)

意思表示しておく「事前指示書」などもあるが、文書に書いたことが絶対になってはいけない。人は迷いの中で選択を繰り返して生きている。曖昧で揺れながらも前に進んでいく、そのプロセス自体を大切にしたい。

今後さらにACPが普及していくためには、話し合いをもっと明るく前向きなものにしていく必要がある。死や最期のときを意識することは決してタブーではない。進学や就職、結婚などについて家族と相談するように、早い段階から生活の中でもっと自然に話し合える文化をつくっていききたい。

6

June

2018

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医学専門店または医学書院販売・PR部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

パーキンソン病診療ガイドライン 2018

監修 日本神経学会
編集 「パーキンソン病診療ガイドライン」作成委員会
B5 頁308 5,200円 [ISBN978-4-260-03596-5]

大人の発達障害ってそういうことだったのか その後

宮岡 等、内山登紀夫
A5 頁328 3,000円 [ISBN978-4-260-03616-0]

精神科身体合併症マニュアル (第2版)

監修 野村総一郎
編集 本田 明
B6変型 頁448 4,500円 [ISBN978-4-260-03545-3]

認知症イメージングテキスト 画像と病理から見た疾患のメカニズム

編集 富本秀和、松田博史、羽生春夫、吉田真理
B5 頁266 9,000円 [ISBN978-4-260-03231-5]

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
B5 頁184 2,800円 [ISBN978-4-260-03262-9]

京都ERポケットブック

編集 洛和会首脳病院救命救急センター・京都ER
A6 頁408 3,500円 [ISBN978-4-260-03454-8]

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
B6変型 頁594 4,800円 [ISBN978-4-260-03539-2]

タラスコン救急ポケットブック

原著 Hamilton RJ et al
監訳 船越 拓
A6変型 頁320 2,600円 [ISBN978-4-260-03547-7]

耳鼻咽喉・頭頸部手術アトラス [上巻] (第2版)

監修 森山 寛
A4 頁432 37,000円 [ISBN978-4-260-02105-0]

大阪日赤ラバロ教室 イラストで学ぶ腹腔鏡下胃切除 [DVD付]

編集 金谷誠一郎
A4 頁128 10,000円 [ISBN978-4-260-03167-7]

今日の耳鼻咽喉科・頭頸部外科 治療指針 (第4版)

監修 森山 寛
編集 大森孝一、藤枝重治、小島博己、猪原秀典
A5 頁670 16,000円 [ISBN978-4-260-03452-4]

皮膚付属器腫瘍アトラス

編集 安齋眞一、後藤啓介
A4 頁264 16,000円 [ISBN978-4-260-03546-0]

実践! 皮膚病理道場2 [Web付録付]

バーチャルスライドでみる炎症性/非新生物性皮膚疾患
編集 日本皮膚科学会
A4 頁248 12,000円 [ISBN978-4-260-03533-0]

臨床に活かす病理診断学 消化管・肝胆膵編 (第3版)

福嶋敬宜、二村 聡
B5 頁280 8,000円 [ISBN978-4-260-03553-8]

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

原著 編集 Twycross R, Wilcock A
監訳 武田文和、的場元弘
A5 頁440 3,400円 [ISBN978-4-260-03550-7]

<ジェネラリストBOOKS> 外来でよく診る 病気ストレスな症例への生活処方箋

エビデンスとバリューに基づく対応策
浦島充佳
A5 頁212 3,600円 [ISBN978-4-260-03593-4]

寄稿特集 私たちのアドバンス・ケア・プランニング

松下 明

岡山家庭医療センター
奈義・津山・湯郷
ファミリークリニック所長



地域ぐるみでエンディング
ノートの活用を進める

岡山県と鳥取県の県境に位置する人口6000人弱の中山間部の町・岡山県奈義町で2001年から診療所での外来と訪問診療を家庭医として実践し、家庭医療・総合診療専門医の後期研修プログラムを提供している。
町の人たちは健康寿命が長く、90歳独居で外来に一人で通院される患者も多い。しかし診療している患者のうち、年1、2人程度は予想されないタイミングでの急変で地域の第三次医療

機関に搬送され、望まない形で最期を迎えるケースもある。

例えば、偽痛風・変形性膝関節症などで外来通院をしていた93歳女性。内科疾患はこれまでなく、膝が痛いとき以外は畑仕事を生きがいにしていた。ある日突然の脳出血で、第三次医療機関に緊急搬送となり、ICU管理となった。緊急搬送時にすでに状態は悪かったそうだが、事前にACPの話し合いはなく、家族としても助けたい一心で心肺蘇生と人工呼吸器管理をお願いしたとのことであった。退院後に訪問診療で再会することになったが、気管切開後、在宅酸素、胃ろう栄養の状態、自らの意思表示は困難な状況であった。要介護5の患者を70代の息子が介護する状況で、どうすることが良かったかを悩みながら訪問診療を継続した。

地域ぐるみでエンディングノートをかか

わりを持ち、再入院が予想される退院患者でも、入院時には総合的な医療情報収集・整理に加え、退院先への情報提供・共有を行っている。

日々の実践に加えて、院内の研修管理委員会が主催・招聘する院外講師からもACPに関連する話題提供をいただき、院内の文化が少しずつ変わってきた。ただ数年前までは残念ながら、地域全体として「人生の最終段階の医療の方法」に関しての周知・定着は十分ではなく、一施設からの提案を地域全体に押し進めることも難しかった。近隣医療機関に対しても紹介状のやりとりの中で意識的に啓発を行っていたが、「(ACP的なアプローチは)しません」と明確に断ってきた医療機関も残念ながら複数あった。

そういった中、2015年春には厚労省から「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及啓発リーフレットが全国の8000以上の医療機関に配布された。また同年夏には京都府医師会でも「ACPについて——ACPの概念・必要性・普及への取り組み」という生活機能向上研修会があり、地域内での意識に変化が見られた。そして17年夏に、「地域医療の円滑な推進を図るために、ACPについての理解を医療従事者のなかで深めよう」という病院としての方向性が示された。外部講師招聘によるACP啓発の講演があり、ACP・PFM(Patient Flow Management)推進チームが立ち上がった。構成員は44人で、副院長・看護部長をリーダーとし、医師・看護師・薬剤師・理学療法士・栄養士・医療ソーシャルワーカー・事務職員から成る。病棟はもちろんのこと、救急外来や集中治療室のスタッフも関与している。まだまだ障壁はあるが、地道に診療にかかわることによって、少しずつ院内・地域内の文化が変わり、地域医療の質向上に少しでも貢献できればと思っている。

作成して、自身の事前意思を確認し、家族と共有する重要性は理解していたが、実際に取り組みを始めようと思うと、高齢の方やその家族から「早く死ぬというのか!」「超高齢者には医療はいらないというのか!」という言葉が聞かれそうな不安から、地域の会議などで提案することをためらってきた。

そういった中、奈義町では2012年から5年間にわたり地域医療ミーティングが開催された。クリニック医師、訪問看護師、ケアマネジャー、保健師に加え、特養施設長、民生委員、愛育委員、区長、老人会会長、PTA会長、消防署長など多様な方が集まり、現在の奈義町の地域医療の問題を議論した。救急医療の在り方、プライマリ・ケアと第三次医療機関の役割分担、訪問診療や訪問看護の在り方、在宅看取り、認知症などをテーマに話し合い、地域でのシンポジウムや健康祭開催、先進地域への視察などを通して家庭医療の役割について理解してもらう機会を持った。

長年の懸案事項であったACPに役立つ地域でのエンディングノート作成についても提案でき、老人会会長から普及を住民側で頑張ると心強いご意見をいただいた。完成した奈義町版エン

こんなことを尋ねてみました

- ①現在の仕事とACPへのかかわり
②ACPの重要性を認識した事例
③ACPの普及に向けて

ディングノート(註)は年齢にかかわらず全2400世帯に配布し、説明会を行うだけでなく、介護と演劇のワークショップを通しての普及活動を開始した。説明の際には「治る見込みがないときにだけ適用されるもので、治る場合は使いません」「代理意思決定をお願いする人は必ず記載しましょう」「家族とお正月やお盆にこの冊子を元に話し合いをしましょう」とお伝えしている。

地域でのエンディングノートの活用はまだまだこれからであるが、超高齢社会で「最期まで自分らしく生きる町、奈義町」にとって、終末期の自己選択と家族支援はとても大きな取り組みで、一歩を踏み出したといえる。

註:終末期医療の内容や提供場所、要介護時の要望などから構成される。エンディングノートは奈義町ウェブサイト(http://www.town.nagi.okayama.jp/)にて近日公開予定。

(1面よりつづく)

題や社会的問題が指摘されないままになっていることにより、既存・既知であるべき問題が未指摘・未介入の状態である病院において顕在化してしまうことだ。その患者に今までかかったことのない医療者が初めて、本人・家族と重篤な問題に直面せざるを得ないことが多々あった。明らかに間質性肺炎が進行している方が救急搬送されて、「こんなに悪いとは聞いてなかった」とか、COPDの併存に気付かれずに「肺が悪いと言われたことがない」とか、抗認知症薬は処方されているのに意思決定支援については検討されていないとか……。

がんにおいては、医療者・患者側共に主治医の概念や緩和ケアの意識が高まりつつある。一方で非がん疾患に対しては「主治医・かかりつけ医」意識が双方に持たれないままに、急性期病院でも入院に関連した疾患のみにアプローチして、将来的な問題を先送りしていることは少なくない。

家庭医療の研修を積み、マインドを理解した総合内科という医師集団が、当院での入院診療にかかわりを持って、10年弱が過ぎた。「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換、複数疾患罹患・生活背景の脆弱性を持った高齢者に対する「患者中心の医療の方法」を意識した病院内での家庭医療・総合診療の実践が根付いてきた。緩和ケア領域のsurprise questions(「もし目の前の患者さんが1年以内に死亡したとしたら驚くであろうか」と医療者が自問自答する質問)になぞらえて、「1年以内に入院しても主治医として驚かない」病状にある患者は優先的に時間を割いて情報を要約する努力、そしてACPについての検討が必要であることを、診療所医師・病院勤務医に対して提唱し続けている。不安定な病状の患者には外来診療時から積極的に

廣橋 猛

永寿総合病院
がん診療支援・
緩和ケアセンター長



治療医と共に、
早期からのACPを

私は東京都で活動する緩和ケア医です。がん治療医との二人主治医制を敷き、治療を進めながら将来の過ごし方を考えるかかわりを大切にしています。

60代の卵巣がんの女性。術後の再発に対して「怪しい」治療を選択しそうになっていたときに出会い、化学療法を受けることの意味を話し合いました。その後は信頼できる腫瘍内科医を紹介し、化学療法を開始。二人主治医でかかわり続けました。治療がうまくいっているときは共に喜び、副作用や痛みで困るときは解決法を提示しながらかかわりを継続しました。再発した卵巣がんに対する化学療法の目的は延命であり、一時的に治療が奏効したとしてもいつかは治療に限界が訪れることを、患者さんは受け止められるようになりました。

やがて患者さんは、自分が亡くなる時の準備はしっかりしておきたい、そしてやりたいことは先に精いっぱいやっておきたいという意思をお持ちになりました。身辺整理として、自宅の片付けや形見分け、自身の遺影の準備などを少しずつ進めました。また最期のときは自宅ではなく緩和ケア病棟で

過ごしたい、苦痛が強ければ鎮静を受けてでも穏やかに眠るように最期を迎えたいという意思を表明され、ご家族とも共有しました。そして、以前からの趣味であったフラダンスを楽しみ、化学療法を継続しながら発表会にも臨まれました。患者さんは、「自分の身体のこと、先のことも相談できていて、それをわかってくれる医療者や家族がいて、だから何も不安はないの。安心できています。大船に乗った気持ちです」とよく話していました。

数年間の治療を経て、何度か治療の奏効と再燃を繰り返しながら、やがて腫瘍の増大によりADLが低下し、化学療法の継続が困難になりました。痛みの増大もあり、患者さんの以前からの希望通り、当院の緩和ケア病棟に入院されました。ご本人も家族も、予定通りの入院に安堵した様子でした。以前から準備されていたフラダンスの衣装を着た写真を遺影に使う予定ですと、病室にもその写真を飾りました。

状態は日に日に悪化し、次第に起きることがつらい状況になりました。ご本人は以前からの希望のように、起きていたものつらいから、寝ている時間を増やしたいとはっきり主張されました。ご家族も、会話ができなくなるのは悲しいが、前から相談したことであり、彼女の意思を尊重したいと、鎮静を掛けていくことで了解されました。浅い鎮静から開始し、経過を見ながら最終的には持続的な深い鎮静を施し、患者さんは希望通り、眠るように旅立たれました。ご家族も最期まで患者さんの意思や希望を尊重し、しっ

June 2018 新刊のご案内 医学書院
骨盤・脊柱の正中化を用いた非特異的腰痛の治療戦略
上肢運動器疾患のリハビリテーション
おだん子×エリザベスの急変フィジカル
精神科ならではのファーストエイド
言語聴覚研究 第15巻 第2号
今日の診療プレミアム Vol.28 DVD-ROM for Windows

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

## 高田 弥寿子

国立循環器病研究センター  
看護部/急性・重症患者  
看護専門看護師



## 心不全の経過を踏まえた支援を

① 2013年から循環器緩和ケアチームに所属し、随時コンサルテーションを受けて、慢性心不全患者・家族を中心としたACPの支援を行っています。

② 40代女性、右心不全と低心拍出量症状を繰り返すカテコラミン依存性の末期患者さん。高校生、中学生の息子との3人暮らしで、実父は遠方で別居中。これまで何度も病状を説明しているため、人生の最終段階に望む医療についてはある程度考えられるのではないかと考えられました。一方で、患者の性格特性や置かれている状況からBad Newsを伝えた場合、希望を失い自暴自棄になり、患者が治療を拒否するのではないかと、希望を失わず現実的に考えてもらうためにはどのように対話のプロセスを進めていけばよいのか、思春期の子どもをどこまで巻き込んでよいかといった個別性に対する不安や葛藤がありました。

そんな患者さんに、主治医チームから緩和ケアチームにコンサルテーションがありました。主治医チームに、まず患者に対してACPを実施することを提案し、心不全の経過特性を踏まえたACPの進め方と具体的なコミュニケーション技法を助言し、ACPを実施しました。患者は「自覚症状があまりなかったから、そこまで悪いと思っていたので、もしものときを考えたことがない」といった反応であり、末期の自覚がありません。終末期に移行したことを踏まえた準備も全くできていない状態でした。病期の受容ができていない状況であったため、具体的な話を進めることはせず、これからも最善の医療は行うことを保証し、これから先のことを医療者とともに少しずつ考えていくことを提案しました。

その1か月後に患者から、息子の受験が終わってから実父も含めて一緒に話し合いたいという申し出があり、複数回に分けてACPを実施していきま

ゝかりと看病されました。

お別れになったあと、ご家族は「本人が決めた通り、安心して最期まで過ごすことができ感謝しています。本人も悔いはないでしょう」とお話しになりました。

③ 治療困難ながん患者の場合、ACPを意識したかわり、すなわち「共に最善を期待しつつ、最悪に備える支援」を心掛けるべきです。終末期の過ごし方を考え、そこに至るまでの人生設計を共にすることで、患者は安心して最

した。その結果、「外出し、母親がいない環境で子どもたちがきちんと生活できているか確認したい」との思いや、「ずっと病気の苦痛と闘ってきたので、延命治療を望まない」という治療に対する意向や感情を医療者・家族の前で吐露することができ、子どもに伝えたいことや思い残したことを伝えることができるようになりました。

④ 医療者は、DNARや事前指示を得ることに目を向けがちですが、患者自身が人生の最終段階について主体的に考えるように支援するには、これまでの病状経過を振り返りながら患者と病期の共有を行うとともに、病状経過の受容状態を判断し、患者の受容状態に応じて患者の希望を支えながら継続的にACPを進めていくことが重要です。患者の望む生活を叶えていくために医療従事者は、最善の医療の提供を保証しながら、患者に対して何ができるのか、何が最善の選択なのかを患者・家族と共に悩み・考える。そのプロセス自体が支援になるのだと、この事例を通して再認識しました。

また、事例のように循環器領域においては、ACPの必要性を感じても、体系化された方法論がないため、終末期医療について対話を行うことに対して医療者の困難感が強く、ACPが普及していない現状があります。当院では、慢性心不全におけるACPの普及と質の向上を目的に、2014年度厚生省事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」で実施したACPの実施結果および網羅的文献検討に基づき、本邦における慢性心不全患者・医療者のニーズを踏まえた対話のプロセスを重視したACP支援ツール(医療者用ガイド、患者用ガイド)を開発し、その効果を検証中です。

近年、慢性心不全におけるACPは「急性・慢性心不全診療ガイドライン2017年改訂版」においてCLASS Iで推奨されており、循環器領域に従事する全ての医療者がACPを行うためのコミュニケーションスキルを習得することが必要な時代に入ってきています。全ての医療従事者がACPの展開に不安や葛藤を来すことなく実施できるように、これからも循環器専門病院に従事する医療者として、循環器領域のACPの普及と質の向上に向けて、一層努力をしていきたいと思えます。

期まで過ごすことができます。また、ACPの過程で家族も一緒に話し合いに参加し、患者の希望を理解し共有することで、いざそのときが来ても患者の希望を尊重して代理意思決定する役割を担い、迷いなく治療選択ができ、やりきった感を抱くことにも役立つのは間違いありません。ACPのかかわりは、まさに早期からの緩和ケアで行うべきことであり、緩和ケアの専門家だけでなく治療医を含めた多職種でかかわっていきたくと考えています。

## 藤田 愛

北須磨訪問看護・  
リハビリセンター所長/  
慢性疾患看護専門看護師



## 叶えられなかった願いを意思決定支援実現の看護へつなげる

① 当センターは2004年に開設した。現在、常時200人の利用者がおり、そのうち慢性疾患を有する75歳以上の利用者が7割を占めている。開設直後からがん患者だけでなく、「非がん終末期高齢者と家族への意思決定支援と実現の看護」を行っている。人生の最終段階を迎えた高齢者たちから、「なぜ私にどうしたいかを聞いてもらえないのか。無念だ」という最期の言葉を託され、心に留めてきた。一人、二人とその言葉を聞くにつれ、幸せに生き、命を助けるための医療が、むしろ不幸を生み出しているのではないかと考えた。看護師に求められる役割は何かと考えるようになった。

② 活動の出発点となった高齢者の最後の表情や言葉を、今でも忘れることはない。

80代の男性だった。認知症と多系統萎縮症の進行ではぼ寝たきりの状態。いよいよ食べられないときが訪れた。生命を維持するための栄養補給と療養場所を選択する時期になった。男性と家族との意向は一致していなかった。結局、主治医と家族の相談で、入院して胃ろう造設の方針となった。隣室で行われている話し合いの間、いつもなら眠って過ごしている男性が目を開け、会話を耳を澄ましていた。

最後の言葉となった男性の意思表示である。「なぜ先生と家族だけで胃ろうを入れる話をしているのですか。私の人生、私の生命なのに、なぜ私の希望を尋ねてはもらえないのですか。そんなものなどしたくない。最後まで食べ続けたい。だめなら、それが私の寿命です。私は入院などせず、家にいたいんです。お願いします」とそばに座っていた看護師に伝えた。すでに言葉も十分に発することができず、何度も聞き返ししながら、男性の伝えたい言葉を拾い集めてはつないで、こういうことですかと確認した。大きくうなずいたため、看護師はふすまを開けて、医師と家族に男性の意思を代弁した。どちらからか、「それでは看護師さんは、命を見殺しにするのですか？」とあきれたような表情で発された言葉に、私は何も答えられず、大切なことだと思いますがと消え入るような声でつぶやくのが精いっぱいであった。

状況を変えられないことを悟った瞬間、男性の目から光が奪われ、どこを見るでもなくぼんやりとしたまなざしで過ごし、その後一度も言葉を発する

ことはなくなった。胃ろうを造設したが、介護負担を理由に転院し、1か月後に一人静かに息を引き取った。

男性との出会いと別れの中で、「今は力になれずごめんさい。いつか必ずその無念を看護につなげるから」と心に誓った。

二人暮らしの妻も高齢で、男性の望みを全て叶えることは現実的に難しかったかもしれない。しかし大切なことは全ての望みを叶えることではない。この男性も含めて、私たちに託された高齢者たちからのメッセージが示唆を与えてくれる。それは、「高齢者の最終的な療養についての選択は、最後までどのように生き、どうありたいかの意味が含まれている。その意思を知り、実現を支えること。自分の最期をどうしたいかを聞いてもらえず実現の検討もされないことが、死よりも大きな絶望と無念を生む。そして無念を抱えたまま生を終える」ということだ。

③ 男性やこの言葉を託した高齢者たちから得た学びから私は、何を大切にどのように日々を暮らしたいか、最期をどこでどのように過ごしたいか、どんな医療を受けたいかなどの問いかけや選択を支えることを、「非がん終末期高齢者と家族への意思決定支援と実現の看護」と名付けた。訪問看護師の重要な役割であると考え、看護の確立をめざして取り組みを始めた。

それぞれ異なる臨床経験を持つ看護師の中には、看護師は医師に指示された診療行為を決められたケアをする、患者、家族への治療や病状に伴う説明は医師の役割であると考える人もいた。患者や、まして家族の意思や意向、気持ちに触れたことがないという人も少なくなかった。その意識改革から始め、事例検討を行い、意思を尊重した暮らしを最後まで続けるために必要な情報を項目にしたアセスメントシートを5年前から試行しているところだ。本人・家族の日々の暮らしだけでなく、最終段階をどこでどのように過ごしたいか。どのような医療を希望するか。本人の意思を尊重する意向が家族にあるか。なければ、何を大切にしているのか。本人と家族の意向について、タイミングや言葉を探して問いかけている。その意思や意向を踏まえ、最期まで本人の意思を最大限尊重した過ごし方ができるよう看護を行っている。シートの活用や事例検討を繰り返す中で、最初は何をどうしたらよいかかわからず行動を起こせなかった看護師たちも、今は「本人の生き方や望みを含む、意思の実現を支えられる看護師になりたい」という目標を持ち、日々の訪問看護に向き合うようになっていく。

十人十色の状況や価値観、気持ち、家族との関係性などACPには多要因が絡み合い、めざしている看護の確立は道半ばだが、この過程こそが大切なのではないかと感じている。

パーキンソン病を診るすべての医療者必携！ 待望の改訂版、遂に完成！

医学書院

# パーキンソン病診療ガイドライン 2018

監修 日本神経学会／編集 「パーキンソン病診療ガイドライン」作成委員会

治療に特化していた前版「パーキンソン病治療ガイドライン2011」から7年、名称を“診療”ガイドラインに変更した改訂版が、満を持して登場！ 最新治療はもちろん、新たに国際的な診断基準や画像検査、病因なども網羅した。厳選したクリニカルクエスチョン(CQ)と50のQ&Aで、臨床の課題を徹底解説する。

●B5 頁308 2018年 定価：本体5,200円＋税 [ISBN978-4-260-03596-5]

## ■目次

- 第I編 抗パーキンソン病薬、外科手術、リハビリテーションの有効性と安全性
- 第II編 Evidence Based Medicineの手法を用いた推奨
- 第III編 パーキンソン病診療に関するQ&A



寄稿

# 終末期患者に対する救急・集中治療の在り方

伊藤 香 帝京大学医学部附属病院高度救命救急センター講師

帝京大学医学部附属病院高度救命救急センター（以下、当センター）は、都内1~2位を争う三次救急の受け入れ件数を誇り、年間約2500人の入院がある（院外心肺停止を含む）。その約40%が75歳以上であり、彼らの院内死亡率は約60%に上る。そのうち約45%が救急車搬送直後の初療室で死亡しており、入院後2日目までに死亡しているケースは院内で死亡した75歳以上の高齢者全体の約70%にも上る。

人生の最終段階にある脆弱な高齢者が、明確な「事前意思表示」を持たないまま施設で急変したり自宅で倒れたりして、救急車で全力の心肺蘇生を行われながら搬送されてくる。これは、当センターに限らず多くの救急医療現場で日常茶飯事となっているのではないかと。本稿では、終末期患者に対する日本の救急医療の在り方について、米国の例を交えながら考えたい。

## ガイドラインに準じた患者の意思尊重はできているか

筆者は米国で外科専門医・外科集中治療専門医を取得し、外傷外科・一般外科緊急手術・外科集中治療を専門とするAcute Care Surgeonとして11年間の臨床留学を経験した。その後、2016年10月に現職である当センターのスタッフに着任した。ここでは、高齢患者の割合の高さ、ほとんど誰も「事前意思表示」を持っていないこと、当センター集中治療室では緩和ケア科やホスピス科の介入が一切ないことに衝撃を受けた。

当センターの現状は、米国ではまず見かけない光景だった。米国で筆者が受けた集中治療のトレーニングでは、集中治療のゴールはあくまで機能回復であった。心肺蘇生は、回復可能な病態の治療を開始するまでの補助的治療であり、機能的予後の見込めない患者はその適応にはならなかった。患者自身が望むQOLを保てるだけの機能的予後が見込めない状況では、侵襲的な救命治療の継続は患者の尊厳を損ねることになるとの認識があった<sup>1)</sup>。

米国で2011年から2016年に発表された文献のシステマティックレビューでは、約80万人の対象者のうち、事前指示書を所持していたのは36.7%と報告されている<sup>2)</sup>。一方、本邦では、厚労省による2013年の国民調査で、自分の人生の最終段階に関して家族と詳しく話し合ったことがあるのはたった2.8%だった<sup>3)</sup>。こうした背景から厚

労省は、2007年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(以下、プロセスガイドライン)の第1版を策定した後も、2015年の改訂<sup>4)</sup>に続き、2018年3月に最新の改訂版を発表している<sup>5)</sup>。

2014年には、日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会の3学会合同による「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン——3学会からの提言」が発表された<sup>6)</sup>。これらのガイドラインには基本的に、患者の意思を尊重することが明記され、緩和ケアの重要性も記載されている。しかしながら、これらのガイドラインが現場で実際に診療に当たる医療者側にどれだけ浸透しているのか、その実態は明らかではない。

当院には、救命治療を終了する場合の意思決定に関する院内プロトコルがある。基本的には患者・家族の意思、事前指示、推定意思<sup>おもひよびか</sup>を慮る。そして、決定する内容(生命維持装置の終了、血液浄化の終了、人工呼吸器設定や薬剤投与量の変更、心停止時の心肺蘇生の要否)により、診療科長を含む医師、看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師など多職種カンファレンスでその是非を議論する。

コンセンサスが得られれば、院内の臨床倫理委員会が開催され、救命治療の要否が判断される。場合によっては最終決定までに1週間以上かかることもある。生命維持装置の終了に関しては、患者に意思決定能力や事前指示があり、家族の同意があったとしても、この全てのプロセスを経る必要がある。承認がなければ、患者の意思通りにいかない状況になることもある。

## 緩和的治療まで見越す米国集中治療の現場

米国の集中治療現場では意思決定の過程は大きく異なる。救命治療終了などの重大な意思決定の中心は必ず、患者とその家族である。倫理委員会での検討が必要となるのは、身寄りのない患者や、患者の家族内に意思決定に対する葛藤がある場合、明らかに不適切と思われるような患者家族の場合だけであった。

手を尽くしても機能的予後を見込めないと思われるとき、多職種カンファレンスに患者の家族も招き、主治医チーム、集中治療チーム、緩和ケアチーム、担当看護師など実際に診療に当たっているスタッフとじっくりと話し合うEnd-of-Life (EOL) discussionを行う。

そして、患者の価値観を尊重し、どのような死にゆく過程をめざすか決定していく。こうしたカンファレンスを取り仕切るのも、集中治療医の大きな役割の一つとなっている。

綿密なEOL discussionの結果、患者家族が延命治療の終了を選択した場合、緩和ケア科とホスピス科のどちらか、または両方にコンサルトし、緩和的治療(comfort care)へ移行して延命治療は終了する。すなわち、患者は抜管され人工呼吸は中止となり、カテーテル類も抜去されて、輸液、昇圧薬、抗菌薬投与などは中止、抑制も外される。患者の苦痛を緩和するためにモルヒネ持続点滴およびベンゾジアゼピンを併用するプロトコルが用いられる。立ち会いたい家族は皆、病室に入ることができ、患者が最期を迎える時間を静かに共にする<sup>7)</sup>。

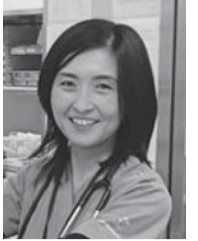
Comfort careに移行した後、救命治療終了から患者の死までのプロセスは、緩和ケア科にコンサルトの後、主治医チームで行うこともあれば、患者が安定していればホスピス科により評価を行い、適応があるとホスピス科へ転科することもある<sup>7)</sup>。集中治療終末期の患者に対しても、ホスピス科の医師により、ガイドライン<sup>8)</sup>に沿った評価が行われ、その適応が決められる。ガイドラインには、「疾患にかかわらず臨床状態の低下の診断基準に合致し生命予後が6か月以下と予測される場合」、ホスピスの適応になると明記されている。日本ではホスピスと言えば末期がん患者のものというイメージがあるかもしれないが、米国では「疾患にかかわらず」適応となる。

## 集中治療終了後の指針も必要に

超高齢社会を迎えた日本の医療現場は今後、どのような方針が求められるだろうか。厚労省は前述の「プロセスガイドライン」がなかなか浸透しない状況を受け、2016年にはガイドラインの普及・啓発および相談員を含む医療・ケアチームの育成を目的に、「人生の最終段階における医療体制整備事業」を立ち上げた。その一環として、神戸大学緩和支援治療科・木澤義之特命教授が指揮を執り、現在全国で展開している「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」の教育プログラム「意思決定支援教育プログラム(Education For Implementing End-of-Life Discussion; E-FIELD)」<sup>9)</sup>は、救急医療現場でも患者の意思決定を支援する助けとなるのではないかと。

### ●いとう・かおり氏

2000年慈恵医大卒。聖路加国際病院で外科専門医取得後に渡米。米ハーバード大ブリガム・アンド・ウィメンズ病院外科研究員、外科インターンを経て、15年に米ミシガン州立大で米国外科専門医、16年に米デトロイト市ヘンリー・フォード病院にて米国外科集中治療専門医を取得。同年帰国し10月より現職。



研修会では、「プロセスガイドライン」を実臨床に適用する際の流れを5段階に分け、講義と受講者によるロールプレイで学習する。高齢者がある程度元気なうちから人生の最終段階について考える、Advance Care Planning (ACP)の相談を受けられる人材の育成をめざす。

プロセスガイドラインの2018年3月の改訂版では、E-FIELDで強調されるACPの重要性が盛り込まれている<sup>5)</sup>。地道な活動ではあるが、必ずや訪れる人生の最終段階について国民と医療者一人ひとりが意識を高めることで、無益な延命治療の末に亡くなっていくような結末を、ある程度は回避することができるのではないだろうか。

筆者は今後、人生の最終段階における集中治療に関して、緩和ケア医療の観点も加えた集中治療(救命治療)終了後のマネジメントに関する、リコメンデーションも含めたガイドラインが必要であると考える。

### ●参考文献・URL

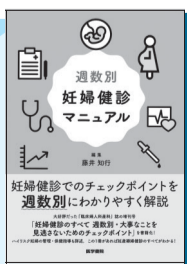
- 1) Chapter 15 Ethics in Critical Care Medicine. In: Killu K, Sarani B, editors. Fundamental Critical Care Support 6th ed. Society of Critical Care Medicine; 2016. pp295-308.
- 2) Health Aff (Millwood). 2017 [PMID: 28679811]
- 3) 厚労省. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. 2014. [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847\\_3.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf)
- 4) 厚労省. 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079906.pdf>
- 5) 厚労省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 2018. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- 6) 日本救急医学会, 他. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン——3学会からの提言. 2014. [http://www.jaam.jp/html/info/2014/pdf/info-20141104\\_02\\_01\\_02.pdf](http://www.jaam.jp/html/info/2014/pdf/info-20141104_02_01_02.pdf)
- 7) McPhee, SJ, 他. 38章 生命維持の中止: 終末期の集中治療. 日経メディカル編. 終末期医療のエビデンス. 日経BP社; 2017. pp579-93.
- 8) Centers for Medicare & Medicaid Services. Local Coverage Determination (LCD): Hospice-Determining Terminal Status (L33393). 2015. [http://www.highpeakshospice.org/files/public/pdf/Local\\_Coverage\\_Determination\\_for\\_Hospice\\_-\\_Determining\\_Terminal\\_Status\\_L33393.pdf](http://www.highpeakshospice.org/files/public/pdf/Local_Coverage_Determination_for_Hospice_-_Determining_Terminal_Status_L33393.pdf)
- 9) 平成29年度厚労省委託事業. 人生の最終段階における医療体制整備事業. <https://square.umin.ac.jp/endoflife/2017/index.html>

妊婦健診でチェックすべき項目を週数別に解説。ハイリスク妊婦の管理や保健指導も網羅

## 週数別 妊婦健診マニュアル

雑誌『臨床婦人科産科』で好評を博した増刊号「妊婦健診のすべて 週数別・大事なことを見逃さないためのチェックポイント」を書籍化。妊婦健診でチェックすべき項目を週数別に解説するとともに、ハイリスク妊婦の管理や保健指導についても詳述。各種ガイドラインの改訂への対応はもちろんのこと、近年その重要性が指摘されている産後健診、特に「産後うつ」に関する記載が充実している。

藤井知行  
東京大学大学院医学系研究科産婦人科学講座 教授



皮膚病理診断の入門書第2弾

## 実践！ 皮膚病理道場2 [Web付録付]

バーチャルスライドでみる炎症性/非新生物性皮膚疾患

日本皮膚科学会総会的好评教育講演の書籍化第2弾！今回は、アトピー性皮膚炎、アレルギー性接触皮膚炎、蕁麻疹、薬疹、天疱瘡、乾癬、ガングリオン、ヘルペスウイルス感染症、白癬、疥癬など、炎症性/非新生物性の皮膚疾患を収載。本書で観察すべきポイントを把握したうえで、Web付録のバーチャルスライドを観察することにより、病理診断のプロセスを身につけることができる。ピギナーからエキスパートまで必読の1冊。

編集 日本皮膚科学会



# 高齢者の「風邪」の診かた

実際どうする？  
どこまでやる？  
高齢者感染症の落としどころ

## 第六回

### 受診のきっかけ 高齢者の発熱・炎症所見の 原因を「一元的に考えない」

岸田直樹

総合診療医・感染症医  
北海道科学大学薬学部教員

風邪様症状は最もよくある主訴だ。しかし高齢者の場合、風邪の判断が難しく、風邪にまぎれた風邪ではない疾患の判断も簡単ではない。本連載では高齢者の特徴を踏まえた「風邪」の診かたを解説する。

前回（第3271号）は高齢者の急性の発熱・炎症所見チェックリストをご紹介しました。高齢者診療では「Atypical is typical（非典型こそ典型）」が日常です。高齢者の急性の発熱・炎症所見はチェックリストとして医療者皆で指差し確認することが重要です。チェック項目を見てもわかるように、大切なことは具体的な症状というよりはベースラインからの変化ですので、原因に最もよく気が付くのは医師ではなく普段接している医療者や介護者、家族です。発熱の原因を介護者に教えてもらうことは多々あります。この視点から、皆で高齢者の変化に気が付くことが重要です。さて、そんな高齢者診療ですが、臨床ではまだまだきれいごとでは許されないもやっとした難しさがあります。しかしそれにも論理的に説明可能なコツがある印象です。これらを理解すると臨床の幅がとてま広くなると感じます。

### 診断学の原則を高齢者診療に当てはめる際の注意点

診断学の世界では多くの原則・格言があります。「dual processes model（診断は直感的思考と分析的思考の2つの要素から成る）」<sup>1,2)</sup>、「Sutton's law」, 「Tissue is the issue」など、どれも正確

な診断に至るためには重要です。しかし、これら高齢者診療へ当てはめるにはいくつか修正が必要そうです。

これら原則の中でも特に高齢者診療での修正が必要なものとして「Unifying diagnosis（一元的に考える）」があります。簡単に説明すると、患者さんに起こっている病態をうまく説明できない場合、どうしても2つ以上の別な病態が同時に起こったと考えたくなりますが、ぐっとこらえて「1つの病態で説明できる病態を探そう」という原則です。

ところが高齢者ではこの原則がうまく当てはまらないことをよく経験します。ティアニー先生（カリフォルニア大サンフランシスコ校）の「Under 50 years old one disease, older than 50 years old multiple diseases」という名言を知っている人は多いでしょう。実はこの名言、元はあの『ハリソン内科学』のハリソン先生（1900~78年）のものです<sup>3)</sup>。「若い人の診断過程では一元的な説明を心掛け、高齢者は多面的であることが多いことを心掛けよ」というものですが、ここを丁寧に考えてみたいと思います。ひとまず、この素晴らしい格言は、「高齢者は何でもありだよ」という臨床での思考停止をサポートするものではありません（自戒の念を込めて）。また、「高齢者の検査では異常所見がたくさん見つかるよね」というものでもありません。高齢者で見つかった異常所見は、今回の病態を説明するものか偶発的に見つかったものを丁寧に考える努力を忘れないようにしましょう。

さてこの格言ですが、まず年齢を変えましょう。前回のサザエさんの話にもあったように、解剖学的・機能的な変化が起きる年齢も昔と大きく変わりました。そのため、「Under 75 years old one disease, older than 75 years old multiple diseases」が今は妥当なラインと感じます。ここで大切なのは、「この格言が実臨床でどう役立つか？」です。どのような事例が多いのでしょうか。Caseを元に考えてみましょう。

#### CASE

脳梗塞でベッド上寝たきりの87歳女性。施設入所中。1週間前から食欲が低下し、いつもより活気がなかった。数日前から37.2℃の微熱を認めていたが、それ以外のバイタルは変わりなかった。本日はいれん様の動作あり。熱を測ったところ38.2℃あったため往診医に連絡したところ、救急要請となった。SpO<sub>2</sub> 92%（RA）で来院時のX線撮影で右下肺に軽度浸潤影を認めた。食事の際のむせこみもあり、誤嚥性肺炎の診断で入院となり、セフトリアキソン（CTRX）が投与開始となった。

### 「高齢者、受診のきっかけUTI」

Caseはよくある高齢者診療です。往診医からのカラーパスがよくあるということではありません。けいれん疑いが悪寒戦慄だったことが「あるある」ということでもありません。本症例は「一元的ではない典型症例あるある」

です。どこらへんが？と思われた方もいるかもしれません。本症例は入院後やや解熱傾向を認めましたが、血液培養からESBL産生大腸菌が検出されました。喀痰培養は良質な痰ではありませんでしたが、常在菌のみで大腸菌は検出されませんでした。このCaseは大腸菌肺炎でしょうか？肺炎があることは明確ですが、血液培養が陽性となるグラム陰性桿菌の肺炎にしては、浸潤影は軽度で呼吸状態もそれほど悪くはありません。Fever workupで検査した尿からは、血液培養と同じ感受性の大腸菌が10<sup>5</sup> CFU/mL検出されました。そうなのです。血液培養の大腸菌は尿路感染症（UTI）の起病菌です。これは最もよく出会う形で「**高齢者、受診のきっかけUTI**」と研修医には指導しています。Caseの病態をもう少し丁寧に説明しますと、1週間前から誤嚥による化学性肺炎<sup>4)</sup>を発症していましたが、感染が成立し誤嚥性肺炎となり、微熱とともに食思不振もあり脱水傾向となり、尿流が停滞し尿路感染症となりました。その悪寒戦慄と高熱が受診の一番のきっかけになったのです（図）。このような「受診のきっかけUTI」はよく見かけます。「亜急性～慢性疾患+急性疾患」の組み合わせで、診療の際には急性疾患に目を奪われがちです。受診のきっかけUTIでは「誤嚥性肺炎+UTI」以外にも、「○+UTI」として表のようなものがよく出会う印象です。

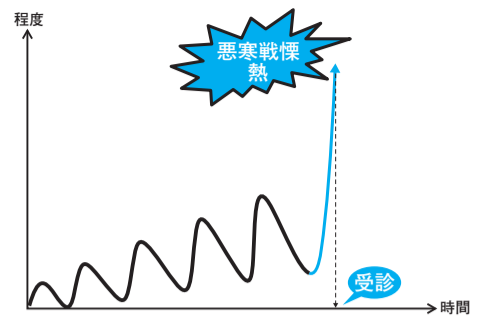
●表 受診のきっかけUTIの背後にある頻度の高い疾患（筆者作成）

- ・誤嚥性肺炎/誤嚥性肺炎
- ・膿胸/肺膿瘍
- ・肺結核
- ・深部膿瘍を伴う褥瘡感染
- ・未指摘肺がんに伴う閉塞性肺炎
- ・大腸がん腫瘍感染など

受診のきっかけシリーズもまだいくつかある印象です。「受診のきっかけ頸部骨折(大腿骨)」は言うまでもなく、「受診のきっかけ偽痛風(動けない)」も時々出会います。感染症で脱水となり偽痛風が誘発されます。特に高齢者の偽痛風は多関節炎となる場合があります。「動けなくなり救急搬送」となります。偽痛風の背後に感染症（誤嚥性肺炎や胆のう炎など）や、薬剤によるものも含めて脱水を来す病態がないかを確認しましょう。

### 「暫定病名誤嚥性肺炎±UTI」は現実的な方針

上記理由からも高齢者診療では病態を一元的に説明しにくい場合は多々あります。また、X線撮影での浸潤影が微妙だったり、無症候性細菌尿かもしれないとはわかっていながらも尿検査での膿尿・細菌尿くらいしかなく、誤嚥性肺炎疑い/UTI疑いという方針にしたくなることも多いでしょう。これは臨床能力不足ではなく、極めて現実的な方針と感じます。ここで大切なこ



●図 一元的に考えてはいけない高齢者診療

とは、迅速な軌道修正です。急な悪寒戦慄で尿路感染症疑いで入院。尿培養から大腸菌が優位に検出されたが、血液培養から黄色ブドウ球菌が検出された……という具合に治療方針と培養結果に乖離があれば軌道修正しましょう。黄色ブドウ球菌なので、検索すると深部に膿瘍を伴う褥瘡感染が見つかった、腸腰筋膿瘍だった、人工物感染だった、という場合も、最初のアセスメント不足というのはどうかと思いません。褥瘡感染症はいったんかなり減少しましたが、近年再度増加傾向です。これは高齢化のスピードに介護の現場が追いついていない現状によるものと日々の臨床で感じます。

### “正確な診断”は必ずしも高齢者診療のGoalではない

医療者の多くは、「正確な診断、高度な医療こそが患者の求めているもの」と考えがちです。特に急性期病院がその役割を担っていることは間違いありません。「急性期病院に運ばれてきたんだから」とつい言いたくもなりますが、高齢者診療はその限りではありません。急激な高齢化に医療システムが追いついていないことが原因のひとつであることは間違いありません。しかし現場の変化が落ち着くのは、人口学の側面からもまだ10年以上はかかると感じます。診断学の原則を高齢者診療に当てはめる際の最も忘れがちな注意点は、実はここにあるのかもしれない。

### 今回のまとめ

- 「一元的に考えない」にもパターンあり
- 「受診のきっかけUTI」の背後にある頻度の高い疾患を意識する
- 「暫定病名誤嚥性肺炎±UTI」は現実的な方針。培養結果で迅速な軌道修正を！
- 診断学の原則・格言を高齢者に当てはめる際には修正が必要

#### 参考文献

- 1) LT Kohn, et al. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press: 2000.
- 2) 志水太郎. 診断戦略——診断力向上のためのアートとサイエンス. 医学書院: 2014.
- 3) ローレンス・ティアニー. 他. ティアニー先生の診断入門 第2版. 医学書院: 2011.
- 4) 岸田直樹. 誤嚥性肺炎の抗菌薬・嫌気性菌カバーの考え方. medicina. 2009; 46 (10): 1582-5.

それって本当に風邪ですか？……重篤な疾患は風邪にまぎれてやってくる！

## 誰も教えてくれなかった「風邪」の診かた 重篤な疾患を見極める！

プライマリ・ケア現場には、多くの患者が「風邪」を主訴にやってくる。しかし「風邪症状」といっても多彩であり、そこに重篤な疾患が隠れていることは稀ではない。本書では、「風邪」の基本的な診かたから、患者が「風邪症状」を主訴として受診するさまざまな疾患（感染性疾患から非感染性疾患まで）の診かたのコツや当面の治療までを、わかりやすく解説する。新進気鋭の感染症医による「目からうろこ」のスーパーレクチャー。

岸田直樹

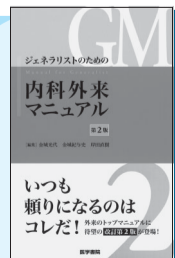


内科外来のナンバーワン・マニュアルにパワーアップした第2版が登場、内科医必携！

## ジェネラリストのための内科外来マニュアル 第2版

ナンバーワン・マニュアルとして不動の地位を得た『ジェネラリストのための内科外来マニュアル』（通称：ジェネマニユ）に、内容を大幅にパワーアップした第2版が登場！ 診療情報のアップデートに加え、対応する主訴・検査異常の数を大幅に増やし、より幅広い臨床プロブレムに対応できるよう使い勝手を向上。トップジェネラリストならではの外来マネジメントのエッセンスも盛り込まれた、外来で「最も頼りになる1冊」。

編集 金城光代  
金城紀与史  
岸田直樹



# Medical Library

書評・新刊案内

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

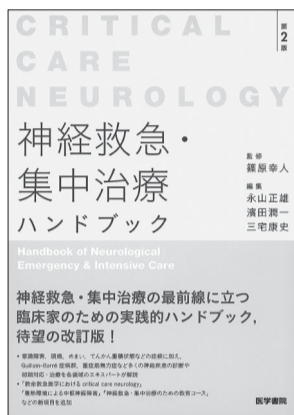
篠原 幸人 ● 監修  
永山 正雄, 濱田 潤一, 三宅 康史 ● 編

A5・頁672  
定価:本体6,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01754-1

評者 阿部 康二  
岡山大学院教授・脳神経内科学

2004年度から卒後臨床研修が必修化され、幅広い基本的臨床能力を身につけることを目標として、医学部卒業生が全国の基幹病院へ臨床研修に行く時代となって、15年になる。この間、大学医局を中心としたこれまでの教育システムから、より開かれた研修システムが少しずつある。すなわち、医学部で受けた教育を実際の臨床現場での研修によって自分のものとする

### 神経救急・集中治療の新しいバイブルを手にする幸せ



することで、医師としての将来的な発展のための基礎づくりが標準化されたのである。同時に初期研修修了後は、引き続き後期研修を選択する人やより専門的分野への興味を実現したい人など、個々人によってさまざまな選択が可能となり、医師生涯教育の多様化時代といえる。「医の原点は救急現場にあり」とはよく知られたことであるが、それまで必ずしも十分に救急や集中治療のトレーニングを受ける機会に恵まれなかった研修医たちにとって、新しい臨床研修制度下で救急現場研修が義務化されたことは歓迎すべきことである。救急現場における神経系の疾患は最も遭遇頻度が高いものの一つであり、脳卒中をはじめ、頭痛、めまい、ふらつき、しびれ、痙攣発作、髄膜炎、脳炎、せん妄など多様な症状から鑑別すべき疾患もまた多様であり、救急患者の意識レベルの判定や、基本的診察手技、脳画像検査、血液ガス分析、腰椎穿刺、

脳血管造影など枚挙にいとまがないほど多数の検討項目がある。このような、一見難しいが基本をしっかりと体得すればどのような救急・集中治療現場でも意外とすんなり対応できる神経救急について、これまで座右に置く参考書が少なかったのは不思議である。

編者の永山正雄先生らはこの点に着目して早くから本書初版を出版して救急現場や集中治療現場に貢献されてきた。現代はまさに「新しい戦争」の時代であるといわれているが、19世紀プロイセンの軍人クラウゼヴィッツは不朽の名著『戦争論』の序文において「戦争

の問題に関心をもつ人なら、恐らく一度ならず手にしても悔いがないような書物を著したかった」と述べている。永山先生らは本書を編集するに際して、おそらく神経救急・集中治療について同様の決意をもって臨まれたものと推察される。実際このたび改訂された第2版を手にしてみると、各項目ともこの分野の第一人者の先生方による充実した執筆となっており、私たちは久しぶりにこの分野の新しいバイブルを手にする幸せに恵まれたという感想を持つ。本書は救急現場で日々苦闘する研修医だけではなく、救急・集中治療を専門とする医師にも極めて有用な内容であり、さらに脳神経外科医や神経内科医、麻酔・蘇生にかかわる医師など臨床医の方々に広く座右に置かれることをお勧めしたい。

## 魁!! 診断塾 東京GIMカンファレンス激闘編

佐田 竜一, 綿貫 聡, 志水 太郎, 石金 正裕, 忽那 賢志 ● 著

A5・頁272  
定価:本体3,500円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03194-3

評者 矢吹 拓  
国立病院機構栃木医療センター内科医長

『魁!! 男塾』(集英社)が連載されたのは1985~91年。まさに私の小学生時代を共に過ごした名作でした。当時、『週刊少年ジャンプ』でまず読むのは『ドラゴンボール』でしたが、時間をかけて読むときは『魁!! 男塾』の門をたたいたのを覚えています。当時、そのあまりの人間びっくりショー的な強烈さに仰天した漫画の一つでした。本書はその世代を過ごした中堅医師たちの熱い思いがほとばしる、会話形式の臨床推論の指南書になります。

### 熱い思いがほとばしる臨床推論の指南書

症例が全部で24提示されていますが、まずその冒頭で伝授される「診断塾塾生心得九カ条」は必読です。どの心得も素晴らしく、ここで九カ条全てを箇条書きにしてもよいくらいですが、その中でも特に病歴を重視する姿勢が共感できます。例えば第三条の「病歴を映像化せよ!」などは、評者も普段の臨床やカンファレンスで意識することであり、症状の発症機転(Onset)や詳細な経過を映像化できるほど詳細に確認していくことの重要性を実感しています。痙攣や失神など、ほぼ病歴で

勝負がつくような疾患・病態も多く、とにかく困ったら病歴確認をと考えています。また第四条では「患者の主訴

1つより, illness script で考えるべし!」と主訴のみにアンカーしてしまうような認知バイ

アスへの対処も促しつつも、第八条で「経過が複雑で困ったときは、患者の解釈モデルに着目せよ!」と患者に聴く姿勢の重要性にも触れています。この部分だけで山ほど語れそうです。症例提示自体も会話形式のやりとり

に飽きさせない工夫が随所にあり、結構診断が難しい症例も多いのですが、あつと言う間に読めてしまうのも良い点でしょうか。ほけと突っ込みなど登場するそれぞれの先生のキャラが立っていて、かつ必要な鑑別やパルが満載です。それから、「あとがき座談会」で症例の内容なども振り返っているのですが、この内容が非常に自己省察的で、それぞれの先生方の本音を垣間見ることができました。多くの先生方の手に本書が届くことを願っています。

最後になりましたが……なぜ BEAT CRUSADERS?

## 《理学療法NAVI》 臨床の“疑問”を“研究”に変える 臨床研究 first stage

網本 和, 高倉 保幸 ● 編

A5・頁296  
定価:本体3,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03227-8

評者 木村 貞治  
信州大学教授・基礎理学療法学

超少子高齢社会という情勢において、理学療法には、治療的介入と予防的介入の両面からの対応による、国民の健康や生活の質向上に向けての貢献が求められている。このような中で、安全で効果的な理学療法を実践していくために理学療法士の力源となるものは、対象者の健康や生活の質の向上を願う熱意と、自身の専門性の向上を追求し続けるプロフェッションとしての自律的な向上心である。

### 経験と実績を基盤とした「研究法」のナビゲーション

その志を具現化するための第一歩は、対象者の臨床的、心理・社会的特性と、自身が実施した理学療法の内容、そして、その結果に関する正確な記述と振り返りである。このような臨床活動の記述と振り返りという能動的な学びが継続されなければ、臨床実践の経験は、個々の理学療法士の記憶の引き出しの中に、無形の「暗黙知」としてとどまることになる。そこで、理学療法における臨床実践の経験的事実を、可能な範囲で「形式知」として明示化し、経験科学という枠組みの中で体系

的に整理していくことが、生涯学習における重要な礎となる。この臨床実践の形式知化を通して、評価・治療・指導方法やその効果に関する疑問などさまざまな臨床的疑問(Clinical Question: CQ)が生じることになる。

日々の臨床実践から生じたCQを解決するためには、CQに関連したエビデンスの内容、自身の臨床能力(知識、技能、経験則)、施設の設備・環境と、対象者の意向や価値観との折り合いをつけながら最適な臨床判断を行うための行動様式である「根拠に基づく理学療法(Evidence-based Physical Therapy: EBPT)」を地道に実践していくことが重要となる。日常の臨床活動において、CQに関するエビデンスも参照しながら真摯に対象者に対峙していく中で、次なる疑問が生じることになる。それは、より深く、より科学的に、臨床像を把握したり、理学療法の効果を検証したりするための評価方法や、より安全で効果的な治療方法、指導方法を考究する過程で派生してくる研究疑問

## 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, Second Edition

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

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、新規書き下ろし収録など、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。

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

大好評 親本

レジデントからIntensivistまで圧倒的な支持を獲得し続けてきた集中治療の唯一無二のバイブル

## ICUブック

第4版 MARINO'S The ICU Book, 4th Edition

監訳 稲田 英一

B5 頁880 図246 ISBN978-4-89592-831-1 2015年 定価:本体11,000円+税

新刊 指導医と研修医のコラボによる、現場で役立つ「医療安全」本

## ワシントンマニュアル 患者安全と医療の質改善

The Washington Manual® of Patient Safety and Quality Improvement

▶世界で圧倒的な支持を受ける「ワシントンマニュアル」シリーズに「医療安全」が新登場。各章ごとに症例と問いかけを提示して、基本的な考えから臨床現場での具体的なアプローチ、役立つ情報やツールを簡潔にまとめる。指導医と研修医がペアとなって執筆するシリーズの伝統は健在。ワシントン大学で研鑽を積んだ監訳陣が贈る、日々医療エラーと隣り合わせの医師、看護師におすすめの1冊。

監訳:加藤良太郎 板橋中央総合病院 副院長/総合診療内科 主任部長  
本田 仁 東京都立多摩総合医療センター感染症科 医長

定価:本体5,000円+税  
A5変 頁448 図・写真54・表79 2018年  
ISBN978-4-89592-904-2

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

## まちづくりから考える人生の最終段階 日本在宅医学会第20回記念大会開催

厚労省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が2018年3月に改訂された。4月29～30日開催の日本在宅医学会第20回記念大会(大会長=あおぞら診療所・川越正平氏、会場=グランドプリンスホテル新高輪)のシンポジウム「望まない延命治療をしないためのまちづくり——救急医療と在宅医療の有機的な連携のためにできること」(座長=ドクターゴング診療所・泰川恵吾氏、慶大・山岸暁美氏)では、住民の生活を支援する「まちづくり」の観点から、人生の最終段階の在り方を考える各地の取り組みが紹介された。



●川越正平大会長  
大会長講演では、地域を一つの「パッチャル病院」ととらえるまちづくりを提唱した。

### ◆住民の生涯を包括したICT活用

全国平均を上回る高齢化率の千葉県松戸市(人口49万人)は今後、高齢者の救急搬送の増加が予想される。松戸市立総合医療センター救急医の村田希吉氏は、同市内の行政、医療、介護や医師会などの職能団体による共同事業として実施される「救急医療と在宅医療・介護の連携促進事業(ふくろうプロジェクト)」を紹介した。緊急時に本人の意向に沿った対応ができるよう、あらかじめ治療や療養の希望を記載した「ふくろうシート」を医療福祉従事者と共有することが目的の一つ。高齢者本人の意向が尊重された救急搬送や病診連携が可能か、ふくろうシート介入群と非介入群の2群に分けて調査を進めている。氏は「住民と消防局、救急医療スタッフの満足度も検証したい」と述べた。

中野智紀氏(東埼玉総合病院)は、2012年度から運用開始の「埼玉利根保健医療圏地域医療ネットワークシステム(とねっと)」の今後の可能性を解説した。とねっとは、患者の情報を地域の病院などで共有するシステムで、患者の電子カルテや臨床検査、画像検査などの情報を圏内の医療機関や消防本部が把握できる。とねっとに登録した住民には「かかりつけ医カード」が発行され、救急搬送時には救急隊員がモバイル端末で患者情報を参照できる。氏は、全住民の生涯にわたる情報共有も今後可能になるとし、「生涯を通じた伴走型支援の実現にICTの活用は有用」と語った。

大阪市浪速区は救急医療と在宅医療の両立をめざし、急変時対応の「ブルーカードシステム」を2009年に、多職種連携システム「Aケアカード」を2016年に導入した。同区医師会の久保田泰弘氏によると、同区住民を対象に患者情報を事前に登録するブルーカードの導入で、緊急時の受け入れ拒否が皆無となり、搬送所要時間も導入以前より平均7～8分短縮したという。Aケアカードは区内の医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャーの持つ患者情報をコンピュータで管理し多職種で共有するシステムで、救急搬送時にも最新情報が確認できる。データをもとに、「将来的には、患者に役立つ情報のフィードバックに役立てたい」と展望を話した。

宮崎市は、人生の最期をどう迎えたいかを記す小冊子「わたしの想いをつなぐノート」を作成し、市職員が希望者本人に手渡しで配布している。この取り組みにかかわる板井孝幸郎氏(宮崎大病院)は、市民一人ひとりが意思決定能力の低下に備え将来を考えるには、「エンディング・ノート」のような一過性の流行にとどまらず、地域特性に根ざした実効性ある仕組みづくりが必要と指摘。Advance Life Planningの視点を持った「『どんな暮らしをするか』を支える情報提供・支援体制の整備が大切」と訴えた。

指定発言の山口道子氏(厚労省)は、人生の最終段階の医療に関する厚労省の検討会や国民調査の経過を報告。2017年度開始の、患者の意思を関係機関で共有するための連携ルール策定を支援する「在宅医療・救急医療連携セミナー」を紹介した。

Research Question(RQ)である。このように日常の臨床活動から生じたCQとEBPTの実践、そして、その実践結果との照合から生じたRQを解決していくためには、正しい「研究法」の理解に基づいて、妥当性と信頼性のある臨床研究を地道に積み重ねていくことが、極めて重要な課題となる。

本書は、編者や著者の方々の長年にわたる臨床経験と研究実績を基盤として、理学療法士が、日々の臨床活動の中でCQやRQに直面したときに、臨床という大海原で、臨床研究の針路を正しく進んで行くために不可欠な「研究法」というナビゲーション(航海術)の全容が、とてもわかりやすく示されている。海図としての本書の内容は、臨床研究の概念・哲学に始まり、研究デザインの分類と実施上の要点、研究倫理、測定機器の特性と実際の測定方法、臨床例を題材とした統計解析の具体的な進め方、研究成果の学会発表や論文文化の要点、そして、国際誌への投稿方法までが、図や表も活用しながら、

とてもきめ細かに、そして、包括的に解説されている。特に、研究デザインや統計学などの章において組み込まれた「Case」というコーナーでは、代表的な神経疾患や運動器疾患など具体的な理学療法事例が紹介されているため、理学療法における臨床研究の実際をととてもイメージしやすいように工夫されている。また、要所に記された「用語解説」のコーナーでは、臨床研究を進めていく上で鍵となる用語がわかりやすく解説されているため、研究法を理解していくための大切な道標になっている。

本書の理解を通して、次代を担う理学療法士の皆さんが、エビデンスを使う臨床活動と、エビデンスを作る臨床研究活動というものを一体化させていくことの本質的な意義をしっかりと感じ取られ、そして、自律的な生涯学習を通して、わが国の理学療法の質を高めていくための力源として活躍していかれることを心から期待したい。

**新刊** 水・電解質、酸塩基平衡異常を病態からじっくり、しっかり理解したい人のための本格的な教科書、世界的「定番」「ハルペリン」最新第5版の邦訳

### ハルペリン 病態から考える電解質異常

Fluid, Electrolyte, and Acid-Base Physiology: A Problem-Based Approach

具体的な症例を踏まえ水電解質、酸塩基平衡異常を病態から解き明かし、診断と治療に結びつけて解説した名著。体液異常がなぜ引き起こされたのか、生理学、生化学に踏み込んでその病態を徹底的に解説。結果として十分な「臨床力」の獲得(醸成)をはかることができる。水電解質に関して「なんとなく理解しているがやや曖昧」という医学生、研修医、医師にとっての決定版テキスト。

訳: 門川 俊明 慶応義塾大学医学部医学教育統括センター教授

定価: 本体7,800円+税  
B5 頁528 図159 2018年  
ISBN978-4-8157-0119-2

TEL. (03)5804-6051 http://www.medsj.co.jp  
FAX. (03)5804-6055 Eメール info@medsj.co.jp

## 栄養疫学者の視点から | 今村 文昭

英国ケンブリッジ大学  
MRC(Medical Research Council)  
疫学ユニット

栄養に関する研究の質は玉石混交。情報の渦に巻き込まれないために、  
栄養疫学を専門とする著者が「食と健康の関係」を考察します。

### 第15話

## お米にまつわる疫学の一端

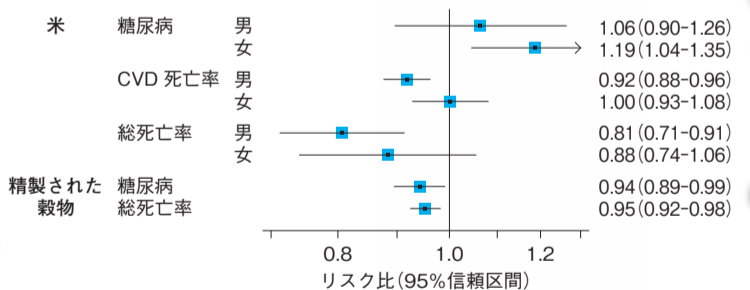
今回は、老若男女、人が二、三人集まればとかく話題になりがちな「低糖食・低炭水化物食」について考えたいと思います。私個人としては、非感染性疾患の予防には食物繊維の摂取を多くしつつ、エネルギー源となる炭水化物の摂取を少なくすべきと考えています。私自身の論文を含め(PLoS Med. 2016 [PMID: 27434027]),さまざまな研究や多くの国・学会による推奨でもそれを支持しているからです。

こうした栄養成分に関するエビデンスの応用には、地域や食文化ごとの食品への「翻訳」が欠かせません。欧米では炭水化物の筆頭はジュースやお菓子の類いで、砂糖税の導入などが議論されています。一方、日本ではそれらの影響はそれほど強くありません(Circulation. 2015 [PMID: 26124185])。血糖値の上昇度合いの指標を考えると、日本で注視すべきは白米といえるでしょう。また、菓子類、果物、麺類、パン、非精製米(玄米、胚芽米など)も挙げられます(Nutrition. 2018 [PMID: 29290357])。しかしこうした指標も病理の一部にすぎない、食べ合わせの効果を考慮できないなどの問題があり、解釈には注意が必要です。

観察研究はどんな結果を示しているのでしょうか。血糖値の考察から、お米の摂取と糖尿病リスクとの正の関係が話題となりがちですが、死亡率とは負の関係も推定されています(図)。精製された穀物全体を考えると、糖尿病を含め疾患リスクとの正の関係は認められません。食物繊維の豊富な穀物が種々の疾患リスクを下げる可能性があるとしても、精製されたものが悪いとは断定できないことがわかります。

では、一般にも関心を集めている精製度の低いお米は良いのでしょうか。玄米の摂取と疾患リスクに関する観察研究はハーバード大学による医療従事者を対象とした研究のみです。糖尿病と負の関係はあるものの(Arch Intern Med. 2010 [PMID: 20548009]),心疾患、脳卒中やがんとは有意な関係は認められていません(例: Am J Clin Nutr. 2015 [PMID: 25527760])。また、健康意識の高さや他の穀物の摂取などの交絡因子も除去しきれません。そうした課題を鑑み、同大学は白米と玄米とを比較する16週間の介入研究を中国で行いました(n=202)(J Nutr. 2011 [PMID: 21795429])。主要アウトカムを空腹時血糖値と体重などを検証したものの、有意な結果は白米のほうがLDLコレステロールをより下げるという予想外のもののみでした。他の小規模な研究を含めても、玄米が疾患リスクを下げるエビデンスは未成熟といえます。

精製されていない穀物が良いとはいえ、日本人にとって何が最適なのかはまだ研究を要します。未精製の穀物にはフィテン(第14話・3271号で紹介)や残留農薬などが比較的多く含まれ、既存の疫学ではそうした細部に答えを出すのは困難です。嗜好や経済的視点から、実社会における効果と効能についても検証が求められます。(栄養疫学界はさらに尽力せねばなりません)現状では、お米のみならず麦、蕎麦、麩、稗、粟、蜀黍、黍、栃、豆、根菜などの多様性を、日本の歴史や風土、時に自然災害や飢饉と闘ってきた先人たちに思いをはせつつ腹八分を意識して楽しみましょう、というのが私の個人的な意見です。医療現場では個人の嗜好や社会環境に重きを置き、食だけではなく人をみて(註)生活全体の改善を図るのが基本とされていることでしょう。生活に根付いた主食の研究が困難なのは当然です。だからこそ、食文化を世界遺産として誇る日本独自の研究にこれからも期待したいです。



●図 米、穀物摂取(1日150g当たり)のリスク比のメタ解析  
複数の論文(PMID: 22422870, 24158434, 27301975, 27577106, 28397016, 28446499)から今村氏が算出

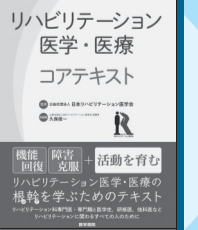
註: 白米中心だった海軍の食事に麦飯を導入するなどの改善をし、脚気予防に貢献した高木兼寛は「病気を診ずして病人を診よ」との言葉を残している。

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

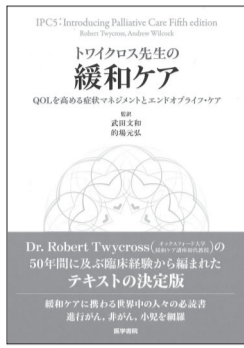
## リハビリテーション医学・医療コアテキスト

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「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



# アドバンス・ケア・プランニングに有用な書籍のご案内



## 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  
監訳 武田文和・的場元弘

緩和ケアのすべてを見通せる類い稀な一冊  
定評ある教科書の初邦訳



緩和ケアの標準テキストとして世界中で読み継がれてきた名著、最新第5版の完訳。進行がんのみならず、非がん疾患、小児ケアも網羅しており、緩和ケアのすべてを見通せる一冊。

● A5 頁440 2018年 定価:本体3,400円+税  
[ISBN978-4-260-03550-7]



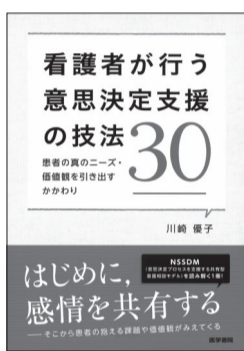
## 死を前にした人にあなたは何かができますか?

小澤竹俊

「わかってくれる人」に、私はなりたい

相手の話を聴き、支えを見つけること。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、穏やかに看取するための方法。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]



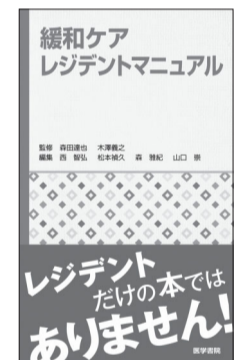
## 看護師が行う意思決定支援の技法30

患者の真のニーズ・価値観を引き出すかわり  
川崎優子

はじめに、感情を共有する  
—そこから患者の抱える課題や価値観がみえてくる

著者のがん相談支援員としての経験から体系化されたNSSDM(意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデル)に含まれる9つのスキルと30の技法を紹介。意思決定支援のガイドとなる1冊!

● A5 頁136 2017年 定価:本体2,000円+税  
[ISBN978-4-260-03022-9]



## 緩和ケアレジデントマニュアル

監修 森田達也・木澤義之  
編集 西智弘・松本禎久・森雅紀・山口崇

レジデントだけの本ではありません!  
緩和医療に携わる全スタッフ必読の書

気鋭の執筆陣が、基本から最新知見・ノウハウまで緩和のエッセンスを解説。各項目ではエビデンスを重視し、および限り非がん疾患にも応用できるよう心がけた。

● B6変型 頁456 2016年 定価:本体3,600円+税  
[ISBN978-4-260-02544-7]



## ジェネラリストBOOKS 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

「多死社会」で役立つ終末期の実践ガイド

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。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。

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



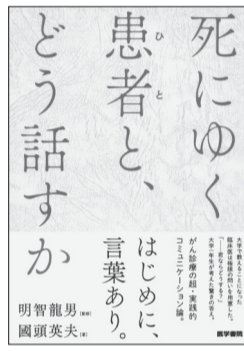
## 終末期の苦痛がなくならない時、何が選択できるのか?

苦痛緩和のための鎮静(セデーション)  
森田達也

鎮静を、深く知る!

終末期の苦痛に対応する手段には何かがあるのか。眠ることでしか苦痛を緩和できないとしたら、私たちは何を選択できるのか。鎮静を多方面から捉え、臨床での実感を交えながら解説する、鎮静を深く知るための書。

● B5 頁192 2017年 定価:本体2,800円+税  
[ISBN978-4-260-02831-8]



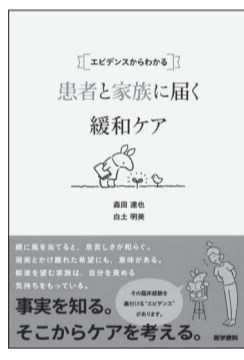
## 死にゆく患者と、どう話すか

監修 明智龍男 著 國頭英夫

……君ならどうする?

臨床医が看護学生と考える「死にゆく患者といかに語るか」についての超・実践的コミュニケーション論。臨床の泥沼で最善のものを見つけるために知っておきたい信用と信頼のコミュニケーション・スキルを学ぶ7講。

● A5 頁306 2016年 定価:本体2,100円+税  
[ISBN978-4-260-02857-8]



## エビデンスからわかる患者と家族に届く緩和ケア

森田達也・白土明美

エビデンスがわかれば、緩和ケアに自信がもてる!

オピオイドを拒否する患者さんには、その理由を尋ねてみる。現実とかけ離れた希望も、否定せず大切に。日常のケアを裏付けるエビデンスから「今、できる緩和ケア」を考える本。

● A5 頁200 2016年 定価:本体2,300円+税  
[ISBN978-4-260-02475-4]

### 2018年6月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

公衆衛生 7月号 Vol.82 No.7 1部定価: 本体2,400円+税	脳性麻痺と産科医療補償制度	臨床婦人科産科 6月号 Vol.72 No.6 1部定価: 本体2,700円+税	がん免疫療法の新展開 —「知らない」ではすまない今のトレンド
medicina 6月号 Vol.55 No.7 1部定価: 本体2,600円+税	「ここさえ分かれば」 輸液・水・電解質	臨床眼科 6月号 Vol.72 No.6 1部定価: 本体2,800円+税	第71回日本臨床眼科学会講演集(4)
総合診療 6月号 Vol.28 No.6 1部定価: 本体2,500円+税	聴診・触診×エコーで診断推論! Point-of-Care超音波(POCUS)の底力	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 6月号 Vol.90 No.7 1部定価: 本体2,700円+税	知っておきたい麻酔の知識
胃と腸 6月号 Vol.53 No.7 1部定価: 本体3,200円+税	知っておきたい直腸肛門部病変	臨床泌尿器科 6月号 Vol.72 No.7 1部定価: 本体2,800円+税	エキスパートが本音で語る! 膀胱癌診療の最前線
BRAIN and NERVE 6月号 Vol.70 No.6 1部定価: 本体2,700円+税	芸術を生み出す脳	総合リハビリテーション 6月号 Vol.46 No.6 1部定価: 本体2,300円+税	失語症の今
精神医学 6月号 Vol.60 No.6 1部定価: 本体2,700円+税	医療・医学の課題としての 身体合併症	理学療法ジャーナル 6月号 Vol.52 No.6 1部定価: 本体1,800円+税	地域に広がる 心臓リハビリテーション
臨床外科 6月号 Vol.73 No.6 1部定価: 本体2,700円+税	こうやって教える・学ぶ 高難度消化器外科手術 —新エキスパートへの登竜門	臨床検査 7月号 Vol.62 No.7 1部定価: 本体2,200円+税	尿検査の新たな潮流/ 現場を変える! 効果的な感染症検査報告
臨床整形外科 6月号 Vol.53 No.6 1部定価: 本体2,600円+税	変形性足関節症の最前線	病院 6月号 Vol.77 No.6 1部定価: 本体3,000円+税	機能転換が拓く病院の未来



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