

2016年4月4日

第3169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
JCOPIY 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

今週の主な内容

- [特別寄稿]敗血症の新定義・診断基準を読み解く(山本良平,林淑朗)……1-3面
[寄稿]当直機能の共有で,地域の在宅医療を支える(佐々木淳)……4面
[連載]高齢者診療のエビデンス(新)……5面
MEDICAL LIBRARY/金原一郎記念医学医療振興財団……6-7面

特別寄稿

敗血症の新定義・診断基準を読み解く
2001年以來の改定で臨床・研究はどう変わるか

山本良平1), 林淑朗1,2)

1) 亀田総合病院集中治療科 2) キーンズランド大学臨床研究センター

敗血症の定義が2001年以來, 15年ぶりに改定された。新定義では臓器障害を伴う病態のみを「敗血症」とし, 旧定義における「重症敗血症」という用語は消失した。また, 診断基準としてSOFAスコアが採用されたほか, ICU外でのスクリーニングツールとしてqSOFAスコアが新たに考案されるなど, 大幅な変更となっている。

今回の改定にはどのような背景があるのか? 日本の臨床および研究はどう変わるのか? 新たな定義・診断基準を支える重要な臨床研究を踏まえて解説する(「週刊医学界新聞」編集部)。

敗血症の定義が変わった。「敗血症および敗血症性ショックの国際コンセンサス定義第3版(Sepsis-3)」が2016年2月22日, 第45回国集中治療医学会において報告され, JAMA誌にも同時掲載されたのである。敗血症は集中治療室のみならず, 一般病棟や救急外来, 急性期病院以外においてもよく遭遇するため, 定義・診断基準の改定内容を把握することは, 多くの医療者にとって重要である。

1991年定義から2001年定義へ, その経緯と問題点

Sepsis(敗血症)の語源は古代ギリシャ語で「腐敗」を意味するseptikosからなり, その概念は古くはヒポクラテスの時代から存在していた。現代では, 1914年にSchottmüllerが「細菌の血流感染による侵襲」をsepticemiaと定義し, 以降はsepsis, septicemia, toxemia, bacteremiaなど, 同一の臨床状態を表す用語が次々に登場し, 混同され用いられてきた。

1989年にBoneらがsepsis syndromeという概念を提唱し, これをもとに1991年, 米国の専門家らが敗血症を「感染による全身性の炎症反応症候群

(Systemic Inflammatory Response Syndrome; SIRS)」と定義した2)。この定義には, 全身性の炎症反応に焦点を当て, バイタルサインを中心とした簡便な基準で幅広く敗血症を拾い上げるという利点があり, 「感染症+SIRS」が敗血症の診断基準として広く用いられることとなった。

しかしながら, 敗血症の病態は過剰な炎症反応だけでなく抗炎症反応もあり, この定義は敗血症の病態の一部を反映するにすぎない。また, 軽度の侵襲下患者でも拾い上げてしまうことがSIRSの問題として指摘された3,4)。

その後2001年に, 欧州や米国のより多様な専門家らによって敗血症の定義が改定された5)。2001年の定義ではSIRSのみを診断基準として使用することをやめ, 敗血症を「感染に起因する全身症状を伴った症候」と定義し, 診断基準にSIRSの構成要素以外にも多数の項目を採用している(表1)。この定義は, 国際的な敗血症診療ガイドラインであるSurviving Sepsis Campaign Guidelinesの第3版(SSCG 2012)6)においても踏襲されている。

しかし1991年定義と比べて診断基準の項目数が多く, 診断基準をいくつ

表1 敗血症・重症敗血症・敗血症性ショックの定義と診断基準(2001年)

Table with 2 columns: Definition and Diagnostic Criteria. Includes categories like敗血症, 重症敗血症, and敗血症性ショック with their respective criteria.

満たせばよいのかの明確な記載やカットオフ値の科学的根拠もなかった。また, 敗血症の診断に対する感度・特異度も1991年定義と大きく変わらな

ったため7), より簡便かつ客観的な1991年定義が臨床現場や臨床研究で

(2面につづく)

4 April 2016 新刊のご案内 医学書院
COPDの教科書
CCUレジデントマニュアル(第2版)
子どもの神経疾患の診かた
外科専門医受験のための演習問題と解説(第1集 増補版)
加齢黄斑変性(第2版)
<眼科臨床エキスパート> 角結膜疾患の治療戦略
<眼科臨床エキスパート> 知っておきたい神経眼科診療
臨床研究の教科書 研究デザインとデータ処理のポイント
医療福祉総合ガイドブック 2016年度版
脳卒中の下肢装具
これなら使える看護介入(第2版)
看護診断 第21巻 第1号
新人看護師の成長を支援するOJT
2017年版 系統別看護師国家試験問題集
2017年版 保健師国家試験問題集
2017年版 准看護師試験問題集

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。

特別寄稿 敗血症の新定義・診断基準を読み解く

●表2 敗血症・敗血症性ショックの新たな定義と診断基準 (2016年)

Table with 2 columns: Definition (敗血症, 敗血症性ショック) and Diagnostic Criteria (定義, 診断基準).

●表3 SOFAスコア (文献1より)

Table with 6 columns: Organ System (呼吸器, 凝固能, 肝臓, 循環器, 中枢神経, 腎), Score (0点, 1点, 2点, 3点, 4点), and Value (e.g., PaO2/FiO2, Bilirubin).

DOA: ドパミン, DOB: ドブタミン, Ad: アドレナリン, NOA: ノルアドレナリン

(1面よりつづく)

用いられることが多かった⁸⁾。

さらに、1991年定義と2001年定義に共通して言えることであるが、敗血症 (sepsis) と重症敗血症 (severe sepsis) という用語が混同され、臨床現場・学術論文共に、敗血症は「重症敗血症」の意味で使用されることが多かった。

また、敗血症性ショック (septic shock) は「十分な輸液負荷にもかかわらず持続する低血圧を伴う敗血症」と定義されたが、血圧のみで定義することは細胞・代謝の異常を伴う敗血症性ショックの病態を正確に反映する上で不十分であった。

そこで、米国集中治療医学会/欧州集中治療医学会の専門家19人から成るタスクフォースが設置され、敗血症の新定義・診断基準を策定することになった。

最終的に日本集中治療医学会を含む31の専門家団体の賛同を得て確定版の公表に至った。

新定義・診断基準のポイントと裏付けとなる臨床研究

以下、新定義・診断基準(表2)のポイントを解説する。

1) 「重症敗血症」という用語の消失

旧定義における「臓器障害のない敗血症」は取り扱われなくなり、新定義の敗血症は「感染症が疑われ生命を脅かす臓器障害」とされた。

2) 敗血症の診断基準に「SOFAスコア」を採用

新診断基準ではSOFAスコアが採用された(表3)^{10,11)}。SOFAスコアは、臓器障害を簡便にスコア化し記述することを目的に、Vincentらにより1994年に作成されたスコアリングシステムである。

敗血症の新診断基準作成においては、「生命を脅かす臓器障害」という定義を反映したいという意図があった。

●表4 項目の組み合わせによる院内死亡率 (文献9より)

Table with 5 columns: Group (Group1-6), Criteria (十分な輸液負荷, 乳酸値の上昇, 血管作動薬の使用), and In-hospital mortality rate.

れにふさわしい」と考え、検証研究を行った。Seymourら¹²⁾は大規模データベースを用いて、感染症が疑われる患者のSOFAスコア、SIRS、LODS(Logistic Organ Dysfunction System)、qSOFAスコアと院内死亡率との関連を評価した。

LODSがSOFAスコアより複雑であることを踏まえ、「死亡リスクを評価するための臓器障害評価にはSOFAが最適」と結論付けた。また、SOFAスコアの2点以上の増加で院内死亡率が約10%増加することを根拠として、敗血症の診断基準は「SOFAスコアのベースラインから2点以上の増加で、感染症が疑われるもの(合併症のない患者であれば、0点がベースライン。合併症があれば、その時点でのSOFAスコアからの変化の差が2点以上)」と決められた。

3) ICU外では「qSOFAスコア」を採用

SOFAスコアは、臓器障害を簡便にスコアリングし記述できるツールとして、ICU内の患者を対象に作成されたものである。それゆえ、ICU外でのこの診断基準を用いることの妥当性が不明であった。

Seymourら¹²⁾が行った研究によると、ICU外の感染症が疑われる患者において、「GCS(Glasgow Coma Scale)13未満」「収縮期血圧100mmHg以下」「呼吸数22/分以上」のうち2項目以上を満たす場合に、SOFAスコアより優れた予測死亡率を示した(AUROC=0.81;95%CI0.80-0.82)。

qSOFAスコアは意識・循環・呼吸の項目から成り、SOFAスコアの項目

に対応しながらも、ベッドサイドで簡便に素早くスコアリングすることが可能になると期待されている。ICU外の場合は、qSOFAスコアが2点以上であれば敗血症を疑い、臓器障害の評価を行うことが推奨されている。

4) 敗血症性ショックの定義に「低血圧」のほか「細胞・代謝」の異常を追加

敗血症性ショックの旧定義は「十分な輸液にもかかわらず持続する低血圧を伴う敗血症」であり、低血圧つまりは循環不全であることが主点となっていた。しかしこれだけでは敗血症性ショックの病態を説明するには不十分であった。

5) 敗血症性ショックの診断基準を明確化

敗血症性ショックの旧診断基準における問題点として、「十分な輸液負荷」「低血圧」が何を意味するかが明確ではないことが挙げられた。新診断基準策定に当たり、Delphi法を用いて合意形成が行われた(Delphi法は、専門家のパネルに対してアンケートなどを用いて同様の質問を反復して行い、意見の集約を行う合意形成の手法。ガイドライン作成にも用いられている)。

その結果、血圧に関しては平均動脈圧65mmHgを基準とすることで合意が形成された。しかし、「十分な輸液」「血管作動薬の必要性」に関しては合意が得られなかった。

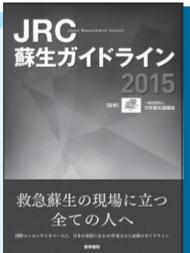
また、「実質的に死亡率を上昇させる重度な循環・細胞・代謝の異常」という敗血症性ショックの新定義を診断基準にも反映させる必要があった。Delphi法により「十分な輸液負荷にもかかわらず平均動脈圧65mmHg未満」「乳酸値の上昇(>2mmol/L)」「血管作動薬の使用」の3項目が診断基準の候補としてふさわしいということで合意が形成された。

救急蘇生の現場に立つ全ての人へ、必携のガイドライン最新版

JRC蘇生ガイドライン2015

各国の蘇生協会の束ねる国際組織ILCORが5年ぶりに作成した国際コンセンサスであるCoSTRに基づいて、日本の実情にあわせて作成されたガイドライン最新版。日本蘇生協会の総力をあげ、徹底的な議論を経て作り上げた。

監修 一般社団法人日本蘇生協議会



CCUおよび循環器科の日常診療で湧き上がる疑問に答える実践マニュアル

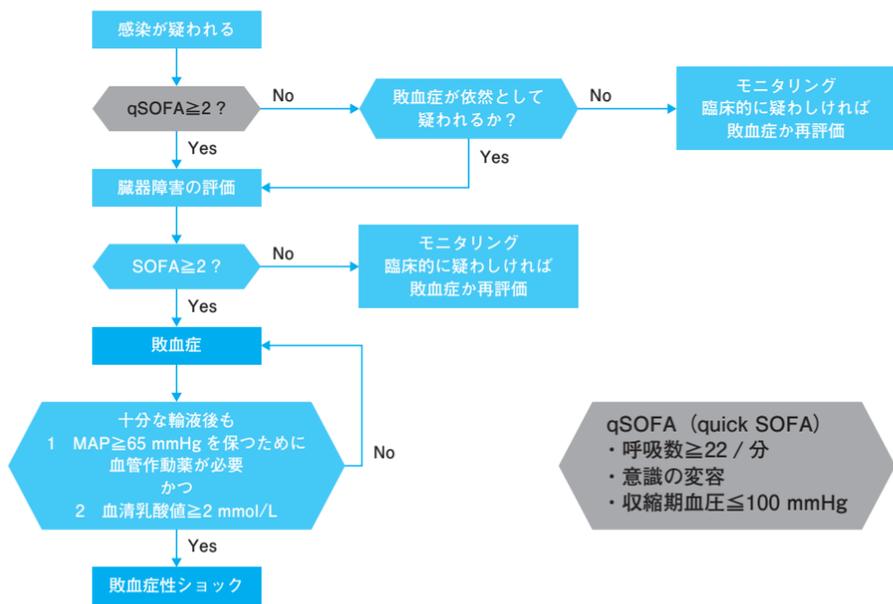
CCUレジデントマニュアル 第2版

CCUおよび循環器科で働く研修医、専門医をめざす循環器医のための実践マニュアル。膨大な臨床試験を背景とするガイドラインは、現時点における専門家の総意であり、これはもとより本書では、聖路加国際病院心臓センターの循環器内科、心臓血管外科、成人先天性疾患分野のスタッフが、医学的、時間的、人的、社会的など多くの制約の下で創意工夫して行う診療の実践をまとめた。

編集 高尾信廣 高尾クリニック院長 西裕太郎 元聖路加国際病院心臓センター循環器内科部長



2001年以來の改定で臨床・研究はどう変わるか 特別寄稿



●図 敗血症、敗血症性ショックの判別手順 (文献1より)

ならず平均動脈圧 65 mmHg 未満」「乳酸値の上昇 (>2 mmol/L)」「血管作動薬の使用」の3項目を満たす群での死亡率は42.3%であり、他の群と比較して有意に院内死亡率が高かった。このことから、敗血症性ショックを「十分な輸液負荷にもかかわらず、平均動脈圧 65 mmHg 以上を維持するために血管作動薬を必要とし、かつ血清乳酸値が2 mmol/Lを超えるもの」と定義した。

敗血症診断の手順と残された検討課題

臨床現場で今回の定義・診断基準がどのように使用されるかを図に示した。留意しなければならないのは、「感染症を疑わなければ何も始まらない」ことである。ベッドサイドで採血なしに測定可能な qSOFA スコアは生命を脅かす感染症を素早く認知することに役立ち、敗血症/敗血症性ショックを簡便にスクリーニングできるように見える。しかし図示のとおり、出発点は「感染が疑われる」であり、従来からの敗血症診断同様、スクリーニングのきっかけは医療者個々人の能力や主観に依存している。

また、qSOFA スコアの2点以上の増加が ICU 長期滞在や院内死亡率上昇と関連することが証明されているが、敗血症のスクリーニングとしての有用性は定かではない。実際、他のショック、せん妄、頻呼吸を引き起こす疾患においても qSOFA スコアが陽性になることは想像に難くない。過去に SIRS による過剰診断が指摘されたのと同様⁴⁾、qSOFA スコアも特異度の低い可能性があり、取り扱いに注意が必要である。今後 qSOFA スコアを敗血症のスクリーニングツールとして使用するに際し、感度・特異度を検証していく必要がある。

SOFA スコアに関しても検討課題は残されている。意識評価の項目で GCS¹³⁾ が採用されているが、鎮静・挿管患者や全身麻酔患者におけるスコアリングに統一ルールがない^{14,15)}。例えば、意識清明であるが処置のため鎮静・挿管が必要であるような、実質的には意識障害のない患者では、①鎮静前の意識清明な状態、②現時点で推測される意識状態、③鎮静・挿管状態、のいずれの状態でも評価するかのよって点数が大きく変わってしまう。このような場合、臨床研究では「過去24時間の最悪値」を用いてスコアリングされることが多いが、GCS に関しては臨床的な実情を反映させるために特別ルールが付け加えられることが多かった。いままでは研究ごとにスコアリングの仕方を決めれば良かったが、共通な症候群の診断基準に採用するからには明確なルールが必要である。

さらに、SOFA スコアの循環評価の項目では、平均動脈圧 70 mmHg 以下をカットオフ値にしているが、敗血症性ショックの診断基準では平均動脈圧 65 mmHg 以下を採用しており、カットオフ値の根拠と診断基準との整合性に欠ける。また、血管作動薬としてドパミンの使用量やドブタミンの使用の有無によってスコアが変化する仕組みになっているが、今日の敗血症診療においてはノルアドレナリンが血管作動薬の第一選択薬であり、ドパミンやドブタミンが使用されることは稀である^{6,16)}。敗血症の診断基準として用いるならば、現状のマネジメントに即した基準への変更が妥当と思われる。

日本の医療体制で機能するか、臨床研究は仕切り直しへ

では、今回の新定義・診断基準は、診療現場や臨床研究に実際どのような影響を与えるであろうか。非集中治療医には馴染みのない SOFA スコアが敗血症の診断に必要な不可欠となり、多くの臨床家が困惑するであろう。それを見越して非集中治療医のために qSOFA スコアが考案され、

これを利用した敗血症スクリーニングが提唱されている。おそらく、「敗血症は集中治療の専門チームによる治療の対象であり、qSOFA スコアで敗血症が疑われればこれらの専門家にコンサルトすべき」という意図があると思われる。多くの先進国ではこのようなシステムが既に確立されているが、現状で集中治療専門サービスが一般的に確立されているとは言い難い日本で、このようなプロセスが機能するかは疑問である。また、敗血症性ショックの診断に乳酸値測定が必要となっており、これも大規模病院以外では困難な場合も多く、敗血症性ショックの患者が大規模病院の ICU に集約されるわけではない日本の現状では、混乱を招くであろう。

臨床研究への影響のひとつは、新定義となったことで、敗血症および敗血症性ショックの疫学が未知となったことである。新定義の敗血症は従来の重症敗血症と近い集団と考えられる。新定義の敗血症性ショックは旧定義のそれよりも基準が厳しいぶん、より重症度・死亡率の高い集団であることが予想される。これまでの膨大な知見を活かしながら、新診断基準を臨床や研究に採用していくとしたら、新旧の診断基準による(重症)敗血症、敗血症性ショックがどれほど異なる(あるいは同じ)集団なのかは大変興味深い。新診断基準を採用した今後の臨床研究では、SOFA スコアによって(合計スコアだけでなく各サブスコアが記録されていれば)敗血症が傷害臓器別に分類しやすくなるであろう。敗血症は極めて異なる集団の寄せ集めであるが、SOFA スコアによる傷害臓器別、傷害の程度による層別化が、サブ解析や患者組み入れ基準に用いられるようになるかもしれない。

定義や診断基準が変わっても、診療の基本は変わらず

敗血症の新しい定義と診断基準が提唱され、診断基準に SOFA スコアが導入された。新旧の診断基準の優劣は現時点で不明であるが、新定義・診断基準は国際的に多くの専門家団体から賛同が得られており、今後普及していくと思われる。

そもそも敗血症は診断のリファレンス・スタンダードがない症候群であるため、いかなる診断基準を考案しても課題は残ってしまう。新しい診断基準による非敗血症と敗血症もリアルワールドでは連続した病態である可能性も想定され、診断基準を満たさなくても「敗血症的ナニカ」としてマネジメントしていくことは十分あり得るだろう。特に敗血症の初期対応は、あくまでも感染症および一般内科診療の一部である。医療の専門家として、新しい定義や診断基準に精通することは重要であるが、定義や診断基準がいかに変わっても、感染症および一般内科診療のこれまでの常識を働かせて振る舞うことが大切である。

●参考文献

- 1) JAMA. 2016 [PMID : 26903338]
- 2) Crit Care Med. 1992 [PMID : 1597042]
- 3) Crit Care Med. 1997 [PMID : 9034279]
- 4) N Engl J Med. 2015 [PMID : 25776936]
- 5) Crit Care Med. 2003 [PMID : 12682500]
- 6) Crit Care Med. 2013 [PMID : 23353941]
- 7) Crit Care Med. 2012 [PMID : 22610176]
- 8) Lancet. 2013 [PMID : 23472921]
- 9) JAMA. 2016 [PMID : 26903336]
- 10) Intensive Care Med. 1996 [PMID : 8844239]
- 11) Crit Care Med. 1998 [PMID : 9824069]
- 12) JAMA. 2016 [PMID : 26903335]
- 13) Lancet. 1974 [PMID : 4136544]
- 14) J Neurotrauma. 2016 [PMID : 25951090]
- 15) Intensive Care Med. 2016 [PMID : 26564211]
- 16) Cochrane Database Syst Rev. 2016 [PMID : 26878401]

- やまもと・りょうへい氏/2012年東医歯大医学部卒。東京医療生活協同組合中野総合病院、東医歯大病院を経て、14年より亀田総合病院集中治療科フェロー。
- はやし・よしろう氏/1998年群馬大医学部卒。豪ウィーンズランド大臨床研究センター上級講師などを経て、2013年より亀田総合病院集中治療科部長。ウィーンズランド大臨床研究センター名誉准教授。日本集中治療医学会敗血症診療ガイドライン改定版作成委員会委員。

@igakukaishinbun

本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

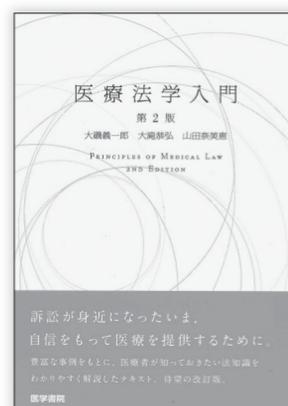
医療従事者として知っておくべき法知識をまとめたテキストの改訂版

医療法学入門

第2版

大磯義一郎・大滝恭弘・山田奈美恵

医療者が知っておきたい法知識をわかりやすく解説した好評テキストの改訂版。「なぜ医療法学なのか」から説き起こし、「刑事責任、行政責任」、「民事医療訴訟」は、豊富な事例をもとに医師と弁護士両方の資格をもつ著者らが解説する。第2版では、新たに「介護保険制度」、「労働法」の章を新設。訴訟が身近になったいま、自信を持って医療を提供するために必読の1冊。



●A5 頁328 2016年 定価:本体3,800円+税 [ISBN 978-4-260-02450-1]

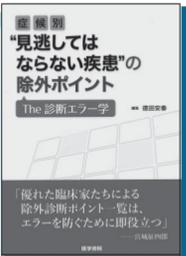
医学書院

「重篤疾患をどう除外するのか」のポイントが明快、診断エラー防止に即役立つ

症候別 “見逃してはならない疾患” の除外ポイント The 診断エラー学

徳田安春先生編集による診断エラー学の決定版! 主要な40症候における重篤疾患を「どう除外するか」という「除外診断のポイント」が明快にわかる。各症候について、①「見逃してはならない疾患」のリスト、②各疾患についての除外ポイント、③見逃すとどの程度危険か、④まとめとパル、で構成されており、診断エラーを防ぐための、優れたエキスパート診断医による的確なアドバイスが即役立つ!

編集 徳田安春 地域医療機能推進機構 (JCHO) 本部 総合診療顧問



寄稿

当直機能の共有で、地域の在宅医療を支える オープンで持続可能な、24時間支援体制の構築をめざして

佐々木 淳 医療法人社団悠翔会理事長・診療部長／一般社団法人次世代在宅医療プラットフォーム事務局長

在宅療養および看取りをサポートするのが在宅医療だ。自宅での医療ニーズに総合的に対応することで、身体機能低下に対する予防医学的支援や認知症のケア、がんの緩和医療、在宅での看取りなどを包括的に支援するものと言えよう。厚労省は2006年に「在宅療養支援診療所」(以下、在支診)を定義するなど診療報酬を通じて、この在宅医療を強力に推進してきた。しかしながら、質量ともに日本の在宅医療は十分なレベルには達していない。

在宅医療における 診診連携は難しい

喫緊の課題は量、つまり在宅医療の担い手の増加である。しかし、最大の参入障壁が存在しており、それが「24時間対応の義務」だ。在宅医療を標榜する診療所であっても、1施設で休日・夜間まで対応するというのは難しい。在支診でも在宅看取りに対応できているのは全体の約5割で、看取りを行っている在支診でも大部分が年1〜3人程度の看取りにとどまっている¹⁾。24時間の在宅医療を医師個人が背負い続けることは不可能だ。地域全体の課題としてとらえ、持続可能な形で24時間を支える仕組みを構築していく必要がある。

単純に、同地域の複数の在宅医が連携すれば、一人ひとりの在宅医の負担を分散できると考えるかもしれない。確かに、診診連携によって24時間対応を試みようとした前例は多数ある。先駆的かつ成功例を挙げると、長崎県の認定NPO法人「長崎在宅Dr. ネット」だろう。長期にわたり、地域のNPO法人が独自のシステムを運用・発展させている。「地域のインフラ」と言えるレベルで、オープンな関係性の24時間対応の仕組みを実現させた、「極めてめざらしい例」だ。そう、前例は多いが、このような成功例は決して多くないのである。

その理由は、「連携医が輪番でオンコールを担当する」という仕組みを取らざるを得ないからだ。この方法は、オンコールを担当する医師により対応基準や診療内容にばらつきがある、クリニックの診療規模(患者数)や患者の重症度の違いがある、見えない障壁(人間関係のわずらわしさなど)が多いなどの課題が生じやすい。オンコールの輪番制でうまくいっている地域もあるものの、それらは個人的に強い信頼関係で結び付いた、言わば「閉鎖的」なグループであることが成功要

因であることが多く、他地域でなかなか真似できる仕組みとは言い難い。在宅医療における診診連携を、オープンな関係性で展開することは難しいのだ。

「当直機能」を地域に開放

医療法人社団悠翔会は、首都圏半径25キロ圏で9クリニックを展開し、3000人の患者に在宅医療を提供する、在宅医療に特化した法人だ。当法人は、「当直機能」を有している点の一つ、特徴がある。主治医は日勤帯の診療を担当するのだが、休日は3人の日直医が、夜間は2人の当直医+1人のオンコール待機医が「副主治医」として緊急対応を担当する仕組みである。法人内では、オンコールではなく、休日・夜間専任の医師を置くことで日勤とは完全に分業としているわけだ。

主治医・副主治医間の情報共有は、クラウド型電子カルテシステムを介して行っている。当直医はカルテに記載された主治医の診療方針および法人内で策定した一定の対応基準に従い、患者の求めに応じて緊急対応を実施。緊急対応の内容はリアルタイムに電子カルテに記載され、電話再診や緊急往診の状況も、録音および事務当直の診療同行によりトレース可能な形で記録される。患者満足度調査を毎年行っているが、同体制は、従来試みてきた夜間対応体制(主治医オンコール、常勤医師オンコール輪番)よりも高い満足度を得ることができている。

私たちは、以上の「当直機能」を地域の開業医(医療機関)に開放することを考え、実際に2013年から取り組みを開始している。法人の枠を超え、「専任の当直医による救急診療機能を共有するモデル」を構築することで、地域の24時間対応の在宅医療を実現しようというわけだ。これにより連携した医師は必要に応じ、休日・夜間の対応を悠翔会に依頼できる(緊急コール番号を当直医に転送する仕組みを引く)。休日・夜間を完全に休める上、都合の悪い日だけ依頼することもできるので、持続可能性を担保しながら在宅医療や在宅看取りに取り組むことが可能になるはずだ。

もちろん診診連携の上では、患者情報がきめ細やかに共有される必要がある。その点は、悠翔会と連携クリニックで電子カルテシステムを同じくすることで情報共有を図っている。当直医は、連携先の主治医や担当クリニックに確認することなく、コールしてきた患者の診療録に速やかにアクセス

でき、そのまま診療を開始できる。カルテ内には療養方針や緊急対応方針、プロブレムリストなどを記載することを求め、患者が継続的な診療を受けられるよう工夫している。

なお、当直の依頼に当たって、患者1人につき1晩50円の待機料を連携先に負担していただいている。この待機料は当直機能維持のために使用しているが、患者数に応じたコスト分担としているため、連携医に不公平感はないように思う。2016年3月末時点で、悠翔会は連携する14診療所の在宅患者1500人の休日夜間対応を支援するまでに至った。

地域の在宅医療のレベルが向上

2014年から1年以上連携した7診療所の変化を追うと、当直機能の提供開始後、在宅患者数と在宅看取り数が全診療所で増え、合計すると診療報酬算定患者数409人⇒727人、年間看取り件数22件⇒76件と推移した。また、これまで在宅看取りの経験のなかった4診療所では年間計24件看取りができた。大幅な増加の要因は、やはり「夜間コールの増加を抑制したい」という医師側の無意識のブレーキがなくなった影響が大きいと考える。この結果から、一人でも多くの患者に在宅医療を提供でき、在宅看取りを支援できたと言えるのではなかろうか。

副次的な効果もあった。診療所が他院の当直機能を利用するということは、「ソロプラクティス」から「地域単位のチームプラクティス」への移行を意味する。チームプラクティスになることで、外部の目が入るようになり、日中の診療の質が向上しているのだ。事実、連携開始後、連携医のカルテ記載が充実し、療養方針が明記されるようになった。病状経過の説明やレスキューオーダーもきちんと行われるようになったので、緊急コール自体が大幅に減少している(1晩当たりの夜間コール:87人に1人⇒233人に1人)。

連携医の満足度も高い。月1回、連携カンファランスでは診療面のみならず、経営面についてもディスカッションする場ができたことに加え、診療規模の拡大やワーク・ライフバランスの確立、常勤医師の確保などがしやすくなった点で評価されたようだ。もちろん、当直機能に対するクレームは少数ながら存在する。ただ、それらの多くは主治医との信頼関係の欠如、説明不足やカルテ記載の不備に基づくものであるため、フィードバックを生かして



●ささき・じゅん氏
1998年筑波大学医学部専門学群卒。三井記念病院内科での研修を経て、2000年同院消化器内科。その後、東大病院消化器内科、井口病院副院長、金町中央透析センター長などを経て、06年医療法人社団悠翔会(立ち上げ当時は「MRCビルクリニック」、08年に改名)を開設。首都圏で在宅医療に取り組む。365日24時間対応の「在宅総合診療」の展開を志し、一般社団法人次世代在宅医療プラットフォームを立ち上げ、地域での仕組み作りに尽力する。

改善できると考えている。

在宅医療の在り方と 地域における役割分担を

2016年診療報酬改定で「在宅医療専門クリニック」が初めて認められた。年間看取り20件以上、平均要介護度3以上などの医療介護依存度の高い患者の割合が50%以上など、高いハードルが示されている。在宅医療に特化してきたわれわれにとっては、在宅医療が一つの専門領域として認識されたと受け取り、高く評価している。

もちろん、在宅医療専門クリニックが主治医を担当することが、全ての患者にとってベストであるとは考えていない。そもそも在宅医療は、人生の最終段階を支える医療として、従来の地域医療の延長上に存在すべきものだ。患者にとって一番の幸せを考えても、かかりつけの主治医が通院困難になっても最期まで診察をしてくれることであろう。そういう意味では、プライマリ・ケアを担う全ての開業医が在宅医療に対応すべきである。ただ、全てを開業医に任せるのではない。そこで開業医のセーフティネットとして、在宅医療専門クリニックが活躍するのである。例えば、開業医が対応できないケースの主治医を担い、認知症や緩和ケアなど開業医単独で対応困難な局面の在宅診療を支援し、休日や夜間の緊急対応のバックアップを行うのだ。今回紹介した当直機能の共有はその一例だと考えている。

在宅医療専門クリニックが、一定以上の診療規模を確保し、当直医を雇用する。そして、その当直医の機能を地域で共有する。そうすることで地域全体の在宅医療力・看取り力を大幅に強化する――。このモデルは東京のみならず、全国の都市部でも有効であるはずだ。現在、われわれは首都圏23診療所と連携し、4500人の患者を24時間見守る当直機能を動かしている。このモデルを首都圏で広げ、さらには各地の在宅医療専門クリニックの力を借りながら全国の都市部に構築できればと考えている。

●参考文献

- 1) 厚労省、在宅医療(その1)。平成25年2月13日。
http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146781&name=2r9852000002uvk3_1.pdf

大規模災害時のメンタルヘルスのための実践書

災害時のメンタルヘルス

今後予想される大規模自然災害における精神的対応について、災害発生直後・急性期から中長期までを網羅して解説する。第1章から第8章までは被災現場での支援ならびに被災地外からの支援について、その方法、理論的背景、実際に今後活かせる視点でまとめた。第9章は、医師、保健師、自治体、大学精神科、精神科病院などさまざまな立場からの、主に東日本大震災での実際の経験を実践編としてまとめた。

監修 酒井明夫 岩手医科大学教授・神経精神科学講座
丹羽真一 福島県病院局・病院事業管理者/福島県立医科大学会津医療センター特任教授
編集 松岡洋夫 東北大学大学院教授・精神神経学分野
大塚耕太郎 岩手医科大学特命教授・災害・地域精神医学講座
加藤 寛 兵庫県こころのケアセンター長
金 吉晴 国立精神・神経医療研究センター-精神保健学系/大阪府立総合医療センター長
松本和紀 東北大学大学院准教授・精神神経学分野

大規模災害時のメンタルヘルスのための実践書

下肢装具の達人に学ぶベスト・フィッティング

脳卒中の下肢装具 第3版 病態に対応した装具の選択法

脳卒中の下肢装具療法は種類が多く(短下肢装具:約30種類、長下肢装具、股装具、膝装具など)、患者の病態もさまざまのため、フィッティングは容易でない。本書は装具の機能分類だけでなく、片麻痺者の身体機能を加味し、個々の状態に適した装具の機能を紹介。今版では、理学療法士へのアンケートをもとにした項目「脳卒中歩行訓練と装具の選定・適応に関する理学療法士の質問」を新設し、より実践に即した内容に改訂。

渡邊英夫 佐賀医科大学名誉教授/社会保険大年田天領病院リハビリテーションセンター所長
平山史朗 社会保険大年田天領病院・理学療法士
藤崎拓憲 熊本県麻生リハビリテーション病院・理学療法士

ベスト・フィッティング

ここが知りたい! 高齢者診療のエビデンス

高齢者は複数の疾患、加齢に伴うさまざまな身体的・精神的症状を有するため、治療ガイドラインをそのまま適用することは患者の不利になりかねません。併存疾患や余命、ADL、価値観などを考慮した治療ゴールを設定し、治療方針を決めていくことが重要です。本連載では、より良い治療を提供するために「高齢者診療のエビデンス」を検証し、各疾患へのアプローチを紹介。老年医学のエキスパートたちによる、リレー連載の形でお届けします。

第1回 認知症治療薬、どう使う?

関口 健二 信州大学医学部附属病院/市立大町総合病院 総合診療科

症例

71歳女性、物忘れを心配して夫と受診。夫によると、この1年間で物の置き忘れなどが目立つようになった。料理中に鍋を焦がしたことも2回あったため、現在調理はさせていない。家に引きこもりがちで、ちょっとしたことでイライラするようになった。ミニメンタルステート検査では30点中19点。Treatable dementiaや認知症様症状を来す病態(せん妄、うつ病、薬物有害事象)は否定され、アルツハイマー型認知症と診断された。

ディスカッション

- 認知症治療薬のそれぞれの特徴は?
- そもそも薬物療法を開始すべきなのか?
- 増量・継続はどう判断する?
- 認知症治療薬による有害事象か否かの見極めは?

認知症の治療戦略は、認知機能障害とBPSD(認知症に伴う行動・心理症状)に対する治療から成る。認知機能障害の治療は、脳を活性化させるようなリハビリや家族へのコミュニケーションテクニックの指導、環境調整といった非薬物療法と、薬物療法に分けられる。現在、認知症治療薬は4種類あり(表)、それぞれの特徴を理解した上で適切に使い分けことが重要である。

認知症治療薬はいずれも同程度の効果を示す

●コリンエステラーゼ阻害薬(ChEI)

ChEIはドネペジル、リバスチグミン、ガランタミンの3種類に大別される。ドネペジルは選択的アセチルコリンエステラーゼ阻害、リバスチグミンはアセチルコリンエステラーゼ阻害と

ブチリルコリンエステラーゼ阻害、ガランタミンはそれらに加えてニコチン性アセチルコリン受容体刺激作用を持つ。ADAS-cog(70点満点の認知機能検査;点数が高いほど重度)のメタ分析によると、ドネペジルは2.8点、リバスチグミンは3.9点、ガランタミンは2.5点だけ、内服していない患者よりも点数が低い¹⁾。別のメタ分析でも、薬剤の種類によらず1年当たり2か月程度ADL低下を遅らせる効果があるとされている²⁾。薬理作用に若干の違いはあるものの、いずれも同等の効果を有しており、どれかがより優れているということはないと言えるであろう。

適応はいずれもアルツハイマー型認知症だが、血管性認知症に対しても同程度の効果を有することが複数のRCTで報告されている^{3,4)}。また、レビー小体型認知症に対してはリバスチグミンが他よりも効果を有することが示されている⁵⁾。ただし、前頭側頭型認知症は脳内のアセチルコリン系の障害を認めないことから、ChEIは効果がなければ、易怒性や焦燥が出現する可能性があり、注意が必要である。

●NMDA受容体拮抗薬

NMDA受容体拮抗薬であるメマンチンは、中等度以上のアルツハイマー型認知症に適応となっている。NMDA受容体を阻害することで神経興奮毒性の抑制をうながすため、焦燥感や幻視などのBPSDがみられる患者で特に効果が期待される。認知機

能・ADLの改善に関しては、ChEIと同程度の効果が証明されている一方で、軽度から中等度認知症に関してはADAS-cogで1点以下の差しかない⁶⁾。また、メマンチンはChEIとの併用が可能で、中等度から高度アルツハイマー型認知症で効果が認められている⁷⁾。

有害事象を適切に評価し、その後の投与を考える

上述のように、臨床効果そのものは決して大きいとは言えない認知症治療薬であるが、そもそも本当に服薬を開始すべきなのだろうか。データ上では効果が限定的とはいえ、試す価値がないと言い難い。30-50%の患者では全く効果を示さないものの、約20%の患者ではADAS-cog7点以上の改善を認めたという報告もある⁸⁾。患者と家族にエビデンスを提供し、開始するか否かの協議を行なうべきであろう。また、ChEIを6週間中止することで認知機能はプラセボ群との有意差が消失するとのデータ⁹⁾もあり、認知症そのものを治療しているわけではないことも併せて説明したい。開始することが決まれば少量から開始し、増量は時間をかけて慎重に行い、必ずしも添付文書どおりの用量まで増量する必要はない。筆者は、いずれかのChEIを開始して3-4か月経過しても何の変化も認めない、あるいは有害事象を疑う症状が出現するようであれば、他のChEIへの変更を考慮するようにしている(過剰医療を行わないための推奨事項を示す「Choosing wisely」では、12週間での評価を推奨)。

認知症治療薬の服薬中は、有害事象の出現評価が重要になる。ChEIに共通する有害事象で最も多いのは、消化器症状(嘔吐、下痢)。リバスチグミンは消化器症状の有害事象が比較的少なく、消化器症状の出現しやすい患者に有用と言えよう。ChEIはコリン作動性神経に作用することから、徐脈性不整脈も有害事象として挙げられる。

知らなければ有害事象と気づきにくい症状が、錐体外路症状、興奮、不穏である。頻度は多くないものの、処方した医師が自覚的でないと、安易な薬剤の増量や他の薬剤の併用などを行い、さらなる悪化を招きかねない。有害事象であることに気付くには、有害事象を疑うべき症状の出現様式や環境変化の有無、服薬アドヒアランスなどをきちんと聴取し、認知症症状の増悪か、薬剤の有害事象かを見極めることが必要になる。有害事象が疑われる場合、中止や減量、他剤への変更(ChEI間の切り替えも可)を考慮するとよい。服薬を中止した後に症状が軽快するようであれば薬剤による有害事象である可能性が高く、中止しても症状が改善しなければ認知症症状の増悪である可能性が高いと言える。

NMDA受容体拮抗薬であるメマンチンは、ChEIに比べると有害事象は少ないものの、興奮、幻覚、ふらつき、

便秘などが挙げられる。また、腎機能障害(CCr<30 mL/分)のある患者には慎重な投与が必要になる。

症例その後

患者・家族と協議し、ドネペジル3mgから開始、2週間後5mgに増量した。4か月後、以前よりご飯を食べなくなった、怒りっぽくなった気がするなどの報告が夫からあり、うつ病の合併も考慮されたが、GDS(老年期うつ病評価尺度)では15点中3点と否定的。ドネペジルの有害事象を疑い、2週間の休薬後にリバスチグミン4.5mgから開始し、漸増した。さらに4か月後、物忘れについては改善を認めないものの、食欲不振はなく、イライラする様子も減って穏やかに暮らしているとの報告があり、効果ありと判断し薬物療法を継続している。

クリニカルパール

- ✓ 認知症治療薬は、効果が限定的であることも、改善効果を示すこともあり、各薬剤の特徴を知って適切に使用したい。
- ✓ 認知症治療薬は少量から開始し、有害事象にも注意しながら12週間を目安に効果を判定する。
- ✓ 服薬中の錐体外路症状、興奮、不穏は、薬剤の有害事象である場合もある。
- ✓ 薬剤の有害事象かどうかの判断は、薬剤を中止してその症状が軽快するか否かで見極める。

【参考文献】

- 1) Ann Intern Med. 2008 [PMID: 18316756]
- 2) JAMA. 2003 [PMID: 12517232]
- 3) Cochrane Database Syst Rev. 2004 [PMID: 14974068]
- 4) Lancet Neurol. 2007 [PMID: 17689146]
- 5) Lancet. 2000 [PMID: 11145488]
- 6) Cochrane Database Syst Rev. 2006 [PMID: 16625572]
- 7) JAMA. 2004 [PMID: 14734594]
- 8) JAMA. 2004 [PMID: 15598922]
- 9) Neurology. 1998 [PMID: 9443470]

一言アドバイス

- 高齢者で新規の転倒をみたら、ChEIによる徐脈性不整脈も原因として疑いたい。現実的に認知症治療薬が投与可能か、誰が管理すべきかも検討が必要である。パッチ剤が3枚も4枚も貼られたままの患者さんに遭遇することもある。(玉井 杏奈/台東区立台東病院)
- ChEI継続症例では、止める時期も検討しておきたい。作用機序から考えても重度に進行した場合の効果は未知数である。施設に入るような状況では中止しても安全だという報告もあり、重度認知症では中止を考慮するようにしている。(許 智栄/アドベンチストメディカルセンター)

読むうちに臨床研究に必要な知識と技術が身につく!

臨床研究の教科書 研究デザインとデータ処理のポイント

「な〜るほど、そうだったのか!」。複雑な疫学や統計学を初学者にもわかりやすく解説。ニューイングランド・ジャーナルやランセット、JAMAなどのトップジャーナルに論文を載せてきた臨床家による臨床研究の知識と技術、そしてコツを満載。研究デザイン、データ解析方法、中途打ち切り例の取扱い、多変量解析の限界など、初学者でも読んでいくうちにポイントがわかる。京大の臨床研究者養成コースのハイライト授業を再現!

川村 孝
京都大学 環境安全保健機構 健康科学センター長

臨床研究の教科書

研究デザインとデータ処理のポイント

川村 孝

「な〜るほど、そうだったのか!」

最新研究を最先端に紹介する。臨床研究の現場で役立つ実践的知識を満載。

研究デザインとデータ処理のポイント

研究デザインとデータ処理のポイント

研究デザインとデータ処理のポイント

研究デザインとデータ処理のポイント

ゲノム医療の「なぜ?」「なに?」に答える体系的入門書

ゲノム医学

ゲノム情報を活かす医療のために
Genetics and Genomics in Medicine

▶最新の遺伝子診断、出生前診断、リスク判定、予防医学といったゲノム医療を理解する上で必須な遺伝学・ゲノム学を解説。全11章で、基礎となる理論・技術から倫理問題まで、明快な図とわかりやすい文章でコンパクトに整理。まれな疾患、がんなどのコモンディージーズ、遺伝学的多様性、エピゲノムなどの解明と臨床応用が、どこまで進んでいるかを理解できる。学生・院生、研究者から臨床家まで、ゲノム医学・医療の全体像を把握できる入門教科書として最適。

監訳: 菅野 純夫 東京大学大学院新領域創成科学研究科 教授
福嶋 義光 信州大学医学部遺伝医学・予防医学講座 教授

定価: 本体8,600円+税
A4変 568頁 図264・写真30 2016年
ISBN978-4-89592-844-1

Medical Library 書評新刊案内

臨床てんかん学

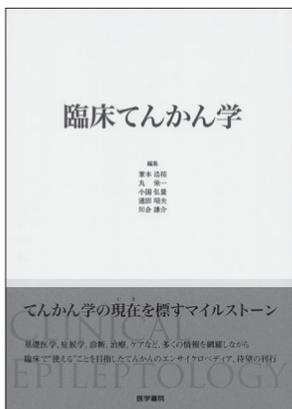
兼本 浩祐, 丸 栄一, 小国 弘量, 池田 昭夫, 川合 謙介 ● 編

B5・頁688
定価: 本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02119-7

評者 大澤 真木子
東女医大名誉教授

一言で言えば、素晴らしい書である！ 国際的にも活躍中で著名な各分野のリーダーである5人の編集者〔兼本浩祐氏(精神医学), 丸栄一氏(基礎医学), 小国弘量氏(小児神経学), 池田昭夫氏(神経内科学), 川合謙介氏(脳神経外科学)〕による、臨床現場で役立つてんかんの百科事典のような本である。数多くの執筆者は、熱烈なてんかん学探究者であり、それぞれの分野で眼を輝かせながらそれぞれの視点でてんかんの真実に迫ろうと日々切磋琢磨しておられる。本文653ページ、数字・欧文索引6ページ、和文索引11ページ、図228点、表116点より成る。

臨床現場で役立つてんかんの百科事典



てんかん学は、抗てんかん薬の作用機序の理解にも有用である。

「第5章 てんかんの遺伝学」では、遺伝・遺伝子関係の用語解説から始まり、メンデル遺伝形式を示す疾患としててんかん、先天的な構造異常(限局性皮質異形成、異所性灰白質、裂脳症、神経皮膚症候群)、特発性全般てんかんと遺伝性の標準的な説明がある。

「第6章 徴候・訴えから考える鑑別診断」では、鑑別診断は専門家であっても決して容易な作業でないことにも言及し、てんかん診断の特異性と醍醐味を「証言の積み重ねによ

って起こった出来事を再構築する裁判の判決のような作業」と初心者にも合点がいくように述べられている。症例の経過見取り図や、初発てんかん発作らしい発作に遭遇したときの鑑別診断のプロセスが図示されている。けれどもという語の曖昧さや、症候として脱力・転倒、笑い・泣き、意識障害・認知障害、主観的訴えにも言及している。

「第7章 てんかん発作の症候学」では年齢と特異的てんかん症候群の分布図と解説もあり、脳の発達に伴い発作が発生し年齢とともに自己解決するてんかん症候群の不思議に迫る。

「第11章 てんかんおよびてんかん類似症候群」では、前者では反射てんかんが詳述され、また後者では、心因性非てんかん性発作、失神、片頭痛、

「第1章 歴史的展望」では欧米、日本、分類、外科治療の歴史が、「第2章 てんかんの疫学」では疫学調査の方法、成績、今後の方向が、「第3章 てんかんの病理学」では、海馬硬化、大脳異形成、てんかん原性脳腫瘍や周産期脳障害、脳動脈奇形、海綿状血管腫など、脳血管障害や先天代謝異常症が美しいカラーの図で説明されている。「第4章 てんかんの生理学」ではキンドリング、イオンチャネル、シナプス伝達物質と受容体、グリア細胞や血液-脳関門の機能にも言及している。脳内環境のホメオスタシス、焦点性てんかん、欠損てんかんの神経機序が親切的な図と新知見とともに整理可能

Grant's 解剖学図譜 第7版

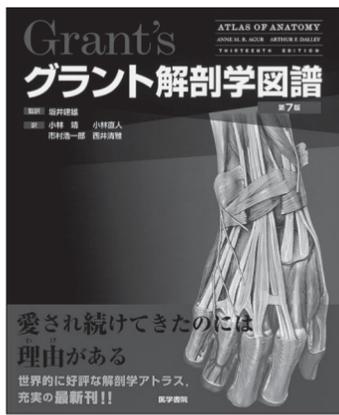
Anne M. R. Agur, Arthur F. Dalley ● 原著
坂井 建雄 ● 監訳
小林 靖, 小林 直人, 市村 浩一郎, 西井 清雅 ● 訳

A4変型・頁920
定価: 本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02086-2

評者 竹田 扇
山梨大教授・解剖学

人間は規範(norm, ノルム)を求める。自らの相対的位置を規範に照合して決めることで、落ち着き、安心できるからである。では、何が規範たり得るのか。現代はインターネットを使ったサイバースペースに情報が満ち溢れており、何を規範としたらよいかを決めかねる時代である。そこでの情報は玉石混淆であり、かつ専門家や同好の士の査読を経ていないため多くは信頼できず、当然規範とはなり得ない。一方、それぞれの分野であまたの成書が用意されていると、規範とすべきものを選定する判断基準が問われる。

現代解剖学の規範的アトラス 変わらないものと、進化するもの



このとき、長く版を重ね続けてきた教科書、参考書にはやはり規範たり得る理由がある。そこには伝統というたすきで受け継がれた、変わらない、確かな知識が存在するためである。

『Grant's解剖学図譜 第7版』はまさにそのような、解剖学における規範的な知を求める者にとって好適なアトラスと言える。1943年の初版以来、実に70年以上続いている名著であり、原書は既に13版を重ねている。本書の最大の特徴として、初版より続く実物の観察によって描かれた多くの図版があるが、そこには熟練の解剖学者の肉眼を通じて得られた視覚情報が見事に捨象、統合された構造物として描かれている。これらは初学者が実際に人

体を解剖しながら学ぶ上で、写真アトラスでは代用のできない頼りがいのある案内役となるであろう。

他方、本書は創業の理念を押さえつつも積極的に新しい情報や視点を加えることで時代の医学教育の要請に応え進化しながら、守成にも成功している。各章の末尾に加えられている画像診断情報はまさにその代表例で、これらは臨床医学を未習の医学生にも、解剖学の知識が臨床の理解に必須のものであることを端的に提示する。さらには重要な構造や概念を、適切なモデル図を用いて説明し理解を助ける思想

が本書全体に貫かれている。それらは、臨床実習中の医学生が現場で得た医学知識を解剖学に立ち返り有機的に統合しようとする際にも、現役医師が卒業後数年経って自分の専門領域以外の局所解剖学を俯瞰したいときにも便利である。

以上の理由から本書を、系統講義において若干羅列的にならざるを得ない知識に潤いを与え、肉眼解剖実習の現場でも局所の構造同定に役立つ、臨床解剖学の重要性を理解させる、という規範的かつ全方位的な解剖学アトラスとして全ての医学生に薦めたい。本書の監訳がわが国の規範的な解剖学者によるものであるところも心強い。

一過性脳虚血発作、一過性全健忘、ナルコレプシー、レム睡眠行動障害や発作性(非)運動誘発性ジスキネジアなどの状態にも記述が及ぶ。

「第15章 ライフステージによる課題とその対処法」では、学校生活、告知、ピア・カウンセリング、就労、結婚、妊娠・出産、運転免許、公的助成

制度、さらには親亡き後の介護にまで言及されており、患者に真正面から向き合い全人的医療を考慮したもので、臨床に役立つことを見据えた本書ならではの取り上げ方であろう。さらに、医療連携(第16章)、ガイドラインの特徴と使い方(第17章)にも言及されている。

内科診断学の定番テキストに、新たなステージを拓く待望の新版登場

内科診断学 第3版

編集 福井次矢
聖路加国際病院院長

奈良信雄
順天堂大学医学部特任教授・東京医科歯科大学特命教授



症候から診断への思考プロセスを丁寧に解説した、内科診断学の定番テキストの最新版。さらに診断学に特化するべく、好評の「症候編」を大幅拡充し、医学生・研修医が知っておきたい症候・病態をカバー。加えて、診断のプロセスを具体的な症例で解き明かす「症例編」を新設。また、図版を整理、全文オールカラー化で、一層読みやすく生まれ変わった。本文を収録した「付録電子版」付。定番のその先を狙った、野心的な大改訂。

●B5 頁1064 2016年 定価: 本体9,500円+税 [ISBN978-4-260-02064-0]

医学書院

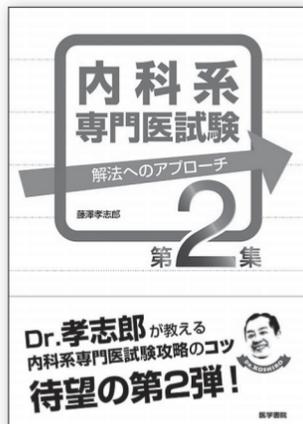
Dr.孝志郎が教える内科系専門医試験攻略のコツ 待望の第2弾!

内科系専門医試験 解法へのアプローチ 第2集

藤澤孝志郎 Dr.孝志郎のクリニック院長

Dr.孝志郎による内科系専門医試験対策問題集の第2弾がついに登場! 第2集では、症候学や電解質異常、低血糖、ショック、染色体や遺伝子など、第1集では取り上げ切れなかったテーマも網羅する。問題はすべてDr.孝志郎によるオリジナルで、頻出・重要テーマを厳選。病態生理から説き起こした解説を読めば、得点力アップはもちろん、臨床力もアップすること間違いなし! 試験直前のおさらしに役立つ巻末正誤問題付き。

●B5 頁160 2016年 定価: 本体5,000円+税 [ISBN 978-4-260-02399-3]



内科系専門医試験 解法へのアプローチ 藤澤孝志郎

既刊本

●B5 頁160 2013年 定価: 本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-01809-8]

医学書院

自閉症スペクトラムの精神病理

星をつぐ人たちのために

内海 健 ● 著

A5・頁304
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02408-2

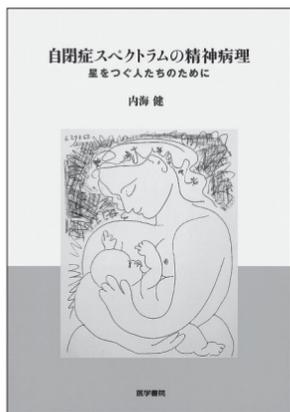
本書は成人自閉症スペクトラム障害(ASD)、それも高い言語能力を持つ患者、あるいはASDと診断されるほど極端ではないが強いASD特性を持つ成人患者(関下ASD)を対象としている。発達障害への感度が上がった今日なお、言語を流ちょうに話すASD(関下ASDも)の人々は幼児期に「発達の遅れ」というわかりやすい要素がないがために、周囲に理解されないという長い孤独の時間を過ごし、社会に居場所を求めて苦闘している。そして精神科臨床にはこうした成人ASDが一定の割合で潜在する。

診療時間を十分に取れない精神科医にとって、通常の医師-患者関係を築きにくいこうした一群の患者の深刻なニーズはわかるものの、どのように彼らの訴えを理解し、対応するのがよいかはすぐにでも知りたいところであるだけに、ASDの精神内界に迫る本書はその先鞭をつけた待望の一冊と言える。精神病理学者として多数の名著を世に送ってきた著者の手による初のASD論である本書は、精神病理学をベースとしているが精神病理学だけに閉じられていない点で全ての読者にとって読みやすくかつ刺激的な内容となっている。発達障害に苦手な印象を抱いている精神科臨床医には開眼の衝撃を与え、また発達障害の知識を持つ読者には自らの臨床経験に立ってその前提を批判的に検討することを促すに違いない。

「第1章『心の理論』のどこがまちがっているのか?」で取り上げられたのは、「定説化」している自閉症の「心の理論」仮説である。この心理学的仮説は1980年代に脚光を浴びた後、主役の座から降りたものの今なおASDの脳画像研究などでは前提とされるこ

とが少なくないが、著者はこれを正面から批判的に検証し、自閉症仮説以前に、そもそも人が他者を理解する際の仮説として間違っている、と一蹴する。

開眼の衝撃を 与える一冊



まず自己ありきという「心の理論」仮説に対して、他者からの志向性に対して立ち上がってこない自己をASDの問題の本質ととらえ、既成の発達心理学の発達論や自閉症の症候論を広く展望した上で他者に対する了解、という観点から論を展開する。そしてASD者は発達過程のいずれかの時点で自己にめざめるが、そのめざめこそが成人ASD者の固有の問題を形作る、と

する。このような議論は、著者の視線がASD者、定型発達者双方に向けられ、これまで見る側であった定型発達者のありようを容赦なく問い直し相対化した結果、生まれたものである。

成人ASD者のエビデンスのピースをつなぎ合わせる事ができないでいた評者の立場からは、文献を展望した上でご自身の豊富な臨床経験を素材として内海先生ならではの論考を加えてこうした精神病理学的臨床論を提示して下さったことに心から感謝したい。女性ASDのアンメット・ニーズの奥底に光を当てたという点も、本書の試みは新しい。これを機に精神医学においてASD、そして発達障害をめぐる架橋的な治療論が活発となることを期待する。

本書の利点として「はじめに」に次のような文章がさりげなく書かれている。「適応が改善していくということである。小さな工夫の積み重ねが、意外なほど役に立つ。その前提となるのが、彼ら彼女たちの精神世界を理解することである」(p.2)。このくだりこそが本書の価値を一番表しているかもしれない。

金原一郎記念医学医療振興財団

第30回研究交流助成金・第30回留学生受入助成金贈呈式開催

金原一郎記念医学医療振興財団(理事長=東大名誉教授・野々村禎昭氏)が、3月9日に医学書院(東京都文京区)にて、第59回認定証贈呈式を開催した。



同財団は、基礎医学の振興を目的に、年に2回、助成金を交付している。下期である今回は、海外で行われる基礎医学医療に関する学会等への出席を助成する研究交流助成金と、基礎医学医療研究を目的に日本へ留学する大学院生等を助成する留学生受入助成金が交付された。今回の助成対象者は29人で、対象者を代表して贈呈式には竹内純氏(東大分子細胞生物学研究所)、他5人が出席した。

開会に際し、金原優同財団常務理事(医学書院代表取締役社長)が、医学書院の創業者・金原一郎の遺志を継いで設立された同財団の概要を紹介。「実際に海外へ行き、海外の先生方と研究テーマについて活発な議論をすることは大変意義深い。今回の受賞が、現在の研究をさらに良いものへと結び付けていく一助になればうれしい」と語った。

認定証の贈呈後、選考委員長を務める野々村氏が選考過程について説明。資金の確保が困難になっている近年の基礎医学研究の状況に触れ、「助成金を有効に使い、今後も研究に励んでほしい」と出席者を激励した。

続いて交付対象者を代表して竹内氏があいさつに立った。氏は、心臓の発生過程において未分化細胞の運命がどのように決定され、分化へと転じていくかに関する研究に取り組んでおり、その中で特定の制御因子に着目。細胞自身が持つ可塑的・可逆的機構について、少数の細胞がストレス下において心筋へと分化することが判明したという。この分化に先んじてバイオマーカーとなる因子を同定することで、細胞の可逆的機構が明らかとなる可能性があると話した。氏は、「今後も基礎生物学と医学の橋渡しとなるような研究成果を出せるよう、さらに邁進していきたい」と意気込みを語った。

今回の助成対象者は29人で、対象者を代表して贈呈式には竹内純氏(東大分子細胞生物学研究所)、他5人が出席した。

開会に際し、金原優同財団常務理事(医学書院代表取締役社長)が、医学書院の創業者・金原一郎の遺志を継いで設立された同財団の概要を紹介。「実際に海外へ行き、海外の先生方と研究テーマについて活発な議論をすることは大変意義深い。今回の受賞が、現在の研究をさらに良いものへと結び付けていく一助になればうれしい」と語った。

認定証の贈呈後、選考委員長を務める野々村氏が選考過程について説明。資金の確保が困難になっている近年の基礎医学研究の状況に触れ、「助成金を有効に使い、今後も研究に励んでほしい」と出席者を激励した。

続いて交付対象者を代表して竹内氏があいさつに立った。氏は、心臓の発生過程において未分化細胞の運命がどのように決定され、分化へと転じていくかに関する研究に取り組んでおり、その中で特定の制御因子に着目。細胞自身が持つ可塑的・可逆的機構について、少数の細胞がストレス下において心筋へと分化することが判明したという。この分化に先んじてバイオマーカーとなる因子を同定することで、細胞の可逆的機構が明らかとなる可能性があると話した。氏は、「今後も基礎生物学と医学の橋渡しとなるような研究成果を出せるよう、さらに邁進していきたい」と意気込みを語った。

《眼科臨床エキスパート》 緑内障治療のアップデート

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信 ● シリーズ編集
杉山 和久, 谷原 秀信 ● 編

B5・頁424
定価:本体17,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02379-5

評者 富田 剛司
東邦大医療センター大橋病院眼科診療部長

医学書院の《眼科臨床エキスパート》シリーズに新たに『緑内障治療のアップデート』が加わった。金沢大の杉山和久教授ならびに熊本大の谷原秀信教授という現在の日本の緑内障学を牽引する最

緑内障治療の最新のスタンダードを示唆する教科書

る。昨今は、医療のスタンダード化の波が押し寄せ、さらにはエビデンスに基づいた医療の実行が世界的な規模で求められるようになってきている。わが国でも今後、眼科分野においても新しい診療ガイドラインの策定が精力的に行われるようになると思われる。

そのような流れの中で、緑内障治療に関する現時点における最もアップデートで新しいスタンダード、いわゆる、preferred practice pattern (PPP) につながる流れを示唆する教科書が本書であると考えられる。ただ難しい文献を並べて、それを云々する内容ではない。より積極的に、この手技・治療はこうあるべきだということを主張しつつ、その根拠を文献によってしっかり押さえてある。

具体的には、緑内障病型ごとにその対処法と実際の点眼処方箋が商品名で

挙げられている。どの時点で手術治療を考慮するかについても具体的に記載されている。イラストもきれいで、写真の解像度も良くクオリティーが高い。相当に吟味されていると感心する。特にチューブシャント手術の項目は、これまでの教科書ではなかなか詳細な解説はなかったが、テクニックも詳しく述べられている。

また、今後の緑内障手術の傾向として microinvasive glaucoma surgery (MIGS) が注目されているが、その一端として、全周 suture トラベクトミーなども収録されており、大変参考になる。さらには、手術手技はいくらイラストや写真で解説してもうまく伝わらないものだが、Web 動画でも閲覧できるという優れたものである。

眼科初心者、専門医をめざす人はもとより、現在の緑内障治療は少し前とはずいぶん違ってきていることを、シニアのドクターにも本書で確認していただきたい。ただ、強調したいのは、単にハウツーだけに興味を持つのではなく、なぜそうなのか、という本書が訴えている根本のところも押さえていただければ幸いである。

MEDSiの新刊

揃えて読めば理解も深まる! 臨床直結のストール本

精神科治療薬の考え方と使い方 第3版

「ストール精神薬理学エッセンシャルズ」準拠

Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology, 5th Edition

● 訳: 仙波純一 (さいたま市立病院 精神科部長) ● 定価: 本体11,000円+税
● B5変 ● 頁868 ● 色図12 ● 2016年 ● ISBN978-4-89592-842-7

「ストール精神科治療薬処方ガイド」5年ぶりの改訂、改題。基礎的な薬理学について扱う「ストール精神薬理学エッセンシャルズ」の姉妹書で臨床実践に焦点を当て、136の治療薬の理解を深める考え方と臨床に即した使い方を提示する。ストールの簡潔で鮮やかな記述、オールカラーで見やすく調べやすい構成は引き継がれ、新薬の追加や副作用の記述等を中心に内容をアップデート。日本での「商品名」「適応」「投与方法」「警告・禁忌」付き。



好評「ストール」関連書籍

ストール精神薬理学エッセンシャルズ 第4版

神経科学的基礎と応用 Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, 4th Edition

● 監訳: 仙波純一・松浦雅人・太田克也 ● 定価: 本体12,000円+税

ストール先生からの挑戦状! 精神薬理学Q&A

Stahl's Self-Assessment Examination in Psychiatry: Multiple Choice Questions for Clinicians

● 訳: 仙波純一 ● 定価: 本体4,600円+税

臨床遺伝専門医からのメッセージ 日常的に患者と向き合う医療者として、何をすべきか、どうあるべきか

ジェネティック・ラウンズ

臨床遺伝医が出会った16のストーリー Genetic rounds: A Doctor's Encounters in the Field that Revolutionized Medicine

▶ 臨床遺伝専門医の著者が医療現場で出会った、遺伝性疾患を持つ患者とその家族をめぐるドキュメンタリー全16話。小さな手がかりから病気を探り、患者・家族の身体面・精神面での支えとなり、ときに倫理的なジレンマに直面し苦悩しつつも奔走する医師や医療スタッフ及び患者・家族の姿が真実かつ温かい眼差しで描かれている。臨床遺伝専門職はもちろん、遺伝性疾患に関わる機会が多い小児科医や産婦人科医をはじめとした医師、医療従事者にとって患者との関係を見つめ直すきっかけとなり、学生等にとっては遺伝診療の現場が垣間見られる書。

監修: 沼部 博直 (お茶の水女子大学基礎幹細胞生物学専攻 自然科学系ライフサイエンス専攻遺伝カウンセリングコース) 定価: 本体2,600円+税
訳: 中川 奈保子 (鳥取大学医学部附属病院 次世代高度医療センター遺伝子診療科) 四六判 360頁 写真10 2016年
ISBN978-4-89592-843-4

毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑。
1,135疾患項目は、すべて毎年全面書き下ろし

今日の治療指針

私はこう治療している

2016年版

監修 山口 徹・北原光夫

総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

- 「同種薬の特徴と使い分け」を新設。降圧薬や糖尿病治療薬等、多くの同種薬につき、最適な薬剤の選択に有用。
- 電子版限定コンテンツとして、新たに「エビデンス」を追加。
- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に。
- 大好評の付録「診療ガイドライン」：診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説。
- 購入特典・電子版付!
「治療薬マニュアル 2016」とのセット購入により、電子版で2冊がリンク



- デスク判(B5) 頁2192 2016年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02392-4]
- ポケット判(B6) 頁2192 2016年 定価:本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-02393-1]

添付文書を網羅。
圧倒的な量の情報を、書籍・電子の両方で提供

治療薬マニュアル

2016

監修 高久史磨・矢崎義雄

編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊



- ハンディサイズで「使用上の注意」をカバーした唯一の治療薬年鑑。
- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2015年に記載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を収載。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 各薬剤の使用目的や使用法、化学構造式、適応外使用など、臨床解説が充実。
- 医薬品レファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。
- 購入特典・電子版付!
「今日の治療指針 2016年版」とのセット購入により、電子版で2冊がリンク

- B6 頁2752 2016年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02407-5]

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

2016



監修 福井次矢

編集 小松康宏・渡邊裕司

全治療薬を収録したポケットサイズの医薬品集。添付文書情報に加え、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ薬の「選び方・使い方」、その根拠となる「エビデンス」も掲載。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で製剤写真も掲載。2016年版では見やすくレイアウトを変更。薬効分類・同効薬が一目でわかるだけでなく、さらに薄くポケットに入りやすく改良した。

- A6 頁1058 2016年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02207-1]

本邦最大級の情報量に、
最速でアクセス可能な診断マニュアル

今日の診断指針

第7版

総編集 金澤一郎・永井良三

- 症候編190項目と疾患編684項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇しうる全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
- 研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示
- 【第7版新収載】「帰してはならない患者・帰してもよい患者」(症候編各項目に掲載)



- デスク判(B5) 頁2144 2015年 定価:本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-02014-5]
- ポケット判(B6) 頁2144 2015年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02015-2]

2016年4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 5 Vol.80 No.5 1部定価: 本体2,400円+税	専門医制度の確立と地域医療	臨床婦人科産科 4 Vol.70 No.3 1部定価: 本体2,700円+税	産科大出血に慌てない!!
medicina 増刊 Vol.53 No.4 特別定価: 本体7,200円+税	内科診断の道しるべ —その症候、どう診る どう考える?	臨床婦人科産科 増刊 Vol.70 No.4 特別定価: 本体8,500円+税	知りたい最新情報がすぐわかる! 不妊・不育症診療パーフェクトガイド
medicina 4 Vol.53 No.5 1部定価: 本体2,500円+税	心電図を詠む—心に残る24症例から	臨床眼科 4 Vol.70 No.4 1部定価: 本体2,800円+税	第69回日本臨床眼科学会講演集(2)
総合診療 (旧 JIM) 4 Vol.26 No.4 1部定価: 本体2,300円+税	ケースとクイズで総ざらい! 街場の2型糖尿病治療	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 4 Vol.88 No.4 1部定価: 本体2,700円+税	嚥下障害の完全マスター
糖尿病診療マスター 4 Vol.14 No.4 1部定価: 本体2,700円+税	糖尿病と外科—併発症治療の最前線	臨床泌尿器科 増刊 Vol.70 No.4 特別定価: 本体8,200円+税	泌尿器科処方ofのすべて —すぐに使える実践ガイド
呼吸と循環 5 Vol.64 No.5 1部定価: 本体2,700円+税	Acute Aortic Syndrome —最新の話と今後の展望—	臨床泌尿器科 4 Vol.70 No.5 1部定価: 本体2,800円+税	これだけは伝えたい! 腎癌手術のコツ
胃と腸 4 Vol.51 No.4 1部定価: 本体3,200円+税	薬剤関連消化管病変	臨床皮膚科 増刊 Vol.70 No.5 特別定価: 本体6,800円+税	最近のトピックス 2016
胃と腸 増刊 Vol.51 No.5 特別定価: 本体7,200円+税	消化管拡大内視鏡診断2016	総合リハビリテーション 4 Vol.44 No.4 1部定価: 本体2,300円+税	地域包括ケア時代の リハビリテーション
BRAIN and NERVE 増大 Vol.68 No.4 特別定価: 本体3,800円+税	治せる認知症	理学療法ジャーナル 4 Vol.50 No.4 1部定価: 本体1,800円+税	理学療法からみた 「予防」の取り組みと効果
臨床外科 4 Vol.71 No.4 1部定価: 本体2,700円+税	大腸癌肝転移 —最新の治療ストラテジー—	臨床検査 5 Vol.60 No.5 1部定価: 本体2,200円+税	体腔液の臨床検査/ 感度を磨く—検査性能の追求
臨床整形外科 4 Vol.51 No.4 1部定価: 本体2,600円+税	THA後感染の 予防・診断・治療の最前線	病院 4 Vol.75 No.4 1部定価: 本体3,000円+税	医療介護連携 —地域包括ケアシステムを構築するために



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