

2017年12月18日

第3253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

- [座談会] 医療勤務環境の自主改革を(酒井一博, 木戸道子, 伊藤清子)..... 1-2面
[寄稿] 電子タバコ・加熱式タバコは禁煙に役立つのか(倉原優)..... 3面
[寄稿] 包括診療医の役割とは(園田幸生)..... 4面
[連載] がんと感染症..... 5面
MEDICAL LIBRARY/ [連載] 栄養学者の視点から/索引..... 6-7面

座談会 医療勤務環境の自主改革を



木戸道子氏
日本赤十字社医療センター
第二産婦人科部長

酒井一博氏(司会)
公益財団法人
大原記念労働科学研究所
常務理事・所長, 研究全幹

伊藤清子氏
神奈川県立がんセンター
副院長

労働基準監督署(労基署)が医療機関に立ち入り、是正勧告を出したとの報道が相次いでいる。マスコミに取り上げられることで注目を集める労基署の立ち入りは、国が進める「働き方改革」の流れとも重なり、医療の勤務環境を再考する大きなインパクトを与えている。一方で、医療界は「外圧」によって改善に乗り出す姿勢のままでよいのか。
本紙では、自主的な勤務環境改善をめざす厚労省「医療勤務環境改善マネジメントシステム」の導入に携わるなど産業保健が専門の酒井一博氏を司会に、医師の働き方改善や女性医師支援に携わっている産婦人科医の木戸道子氏、副院長として院内の勤務環境改善にかかわる伊藤清子氏による座談会を企画。医療機関と医療者が自主的に取り組む勤務環境改善への道筋を検討した。

酒井 私は、労働における疲労の科学的な研究の他、医療・介護職や教員など、人を相手にする「ヒューマンケアワーク」に共通する労働問題に取り組んでいます。当研究所は机上の発想から評論するのではなく、あくまで現場主義を貫き学際的な観点からエビデンスベースでの問題解決をめざしています。

伊藤 労働科学の知見が看護界に生かされたのが、2013年の「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」の作成でした。

酒井 そうですね。労働科学が医療界との接点を持ったのは1965年、「夜勤は2人以上、月8日以内」と示された「2-8(ニッパチ)判定」の時代です。以来、日本看護協会(日看協)とも協力してエビデンスを蓄積し、11項目からなる夜勤・交代制勤務のガイドラインを作り上げました。看護職の勤務環境も改善したのではないのでしょうか。

伊藤 はい。多くの病院が改善に向けて努力するようになってきました。それでも、ガイドラインにのっとり就労時間を遵守したからといって勤務環境の

改善が十分とは考えていません。私は2008年から3年間、医療安全管理者を務めたことで「職員の健康なくして医療の質と安全はない」と強く実感しました。現在は、看護職のさらなる勤務環境改善に向けた、日看協「看護職の健康と安全に配慮した労働安全衛生ガイドライン」の改訂に携わりながら、院内外の勤務環境改善に継続的に取り組んでいます。

組織のパフォーマンスを上げる新しい制度設計を

酒井 木戸先生が、医師の働き方改善に関心を持ったきっかけは何ですか。
木戸 医療安全や医師の健康に危険をもたらしかねない、当直を挟んだ30時間以上の連続勤務が常態化していることへの疑問からです。

酒井 医師の勤務環境改善にかかわった当初、当直の実態には驚きました。
木戸 看護職の三交代制に当てはめれば、日勤、準夜勤、深夜勤、次の日の日勤まで4勤務。忙しければ次の準夜勤まで4勤務半以上の連続勤務が医師では当たり前とされてきました。

特に産科は他科に比べ当直回数がダントツに多く、月に10~20回行う若手の医師もいます。医師養成数と比較して産科医が増えない状況に、勤務

環境の厳しさが関係しているのではないのでしょうか。

酒井 長時間労働が当たり前となる背景は何でしょう。

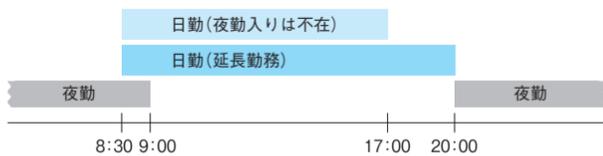
木戸 患者のため、自己研鑽のためには病院に長くいるべきという風土が根強いことです。

伊藤 私が新人の頃のレジデントも、自分の知識・技術が遅れないよう何日も病院に居続けるのが当たり前でした。

酒井 「背中を見て学べ」では、若い医師や医師を志す者には決してプラスに映らないと思うのですが。

木戸 おっしゃる通りです。働き方に関する社会の意識が変化している中、時間外診療の多い診療科や地域では医師確保が困難となり、診療科の偏在、地域格差がますます増幅しかねません。
伊藤 近年は過労による事故や自殺、医療の質低下の問題が社会的に認識され、風向きも変わりつつあります。

木戸 国の「働き方改革」は医療界には追い風です。ベストなコンディションで安全な医療を提供するのが医療者の責務。今、変えなければいつ変えるのか。個人の能力を最大限活用し、組織のパフォーマンスを上げる「新しい働き方」の制度設計が必要です。



●図 日赤医療センター産婦人科の交代制勤務の例
8時半の始業後、日勤者と引き継ぎを行い、前日からの夜勤者は帰宅。日勤者から夜勤者への引き継ぎ時間は、家族と夕食を取ってから出勤できるように20時に設定。17~20時は延長勤務者が担当する。

医師の交代制勤務のメリット

酒井 高い専門性と個性性を有する医療者の働き方は画一的に規制するのではなく、一定程度自己管理できる余地があってよいはずだと考えています。2014年には医療機関の勤務環境改善を目的に医療法が改正され、医療の質の向上や経営の安定化の観点から、医療機関が自らの理念に基づき改善をめざす「勤務環境改善マネジメントシステム」が各医療機関に導入されました。病院の実情に応じStep by stepで改善を進めるため、目に見える効果はすぐには出にくい。それでも、自主的な改善が図られる契機になると期待しているのです。

木戸先生の施設では医師の働き方に交代制勤務を導入するなど、勤務環境

(2面につづく)

●次週休刊のお知らせ
次週、12月25日付の本紙は休刊とさせていただきます。明年も引き続きご愛読のほど、お願い申し上げます。
(「週刊医学界新聞」編集室)

December 2017 新刊のご案内 医学書院
子宮頸部細胞診運用の実際 (第2版) ベセスダシステム2014準拠
<標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学別巻> 脳画像
日本腎不全看護学会誌 第19巻 第2号
インターライ方式ガイドブック ケアプラン作成・質の管理・看護での活用
サルコペニアを防ぐ! 看護師による リハビリテーション栄養
臨地実習ガイドンス 看護学生が現場で働く支援のために
看護学のための多変量解析入門
黒田裕子の看護研究 Step by Step (第5版)
図解 看護・医学事典 (第8版)
言語聴覚研究 第14巻 第4号

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。

<出席者>

●さかい・かずひろ氏

1969年早大理工学部卒。73年同大大学院理工学研究科工業経営学(人間工学)修了後、同年労働科学研究所に入所。86年フィンランド国立労働衛生研究所留学。労働科学研究所教育・国際協力部長、労働環境保健研究部長、副所長を歴任し、99年常務理事・所長に就任。2001年より研究主幹。07年より現職。医学博士。国交省「高速ツアーバス等の過労運転防止のための検討会」座長や、厚労省「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究委員会」委員長を務める。

●きど・みちこ氏

1988年東大医学部卒。同大大学院博士課程修了。同大病院分院産婦人科、長野赤十字病院勤務などを経て、2002年より日赤医療センター勤務。育児と勤務の両立で苦労した経験から、女性医師支援、医師の働き方改善にかかわる。厚労省「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究委員会」委員、社会保障審議会医療部会委員、日医「勤務医の健康支援に関する検討委員会」委員、日本産婦人科医会勤務医委員会委員長などを歴任。

●いとう・きよこ氏

1978年神奈川県立衛生短大卒。神奈川県立こども医療センター、神奈川県立がんセンター、神奈川県立保健福祉大実践教育センター勤務を経て、2012年神奈川県立循環器呼吸器病センター副院長兼看護部長。16年より現職。415床の急性期病床を持つ同院で二交代勤務移行を実施するなど勤務環境の改善を推進。日看協看護労働委員会の副委員長として、2017年度中の発行をめざす「看護職の健康と安全に配慮した労働安全衛生ガイドライン」の改訂に携わる。

(1面よりつづく)

改善に取り組みられてきました。きっかけは何ですか。

木戸 2009年の労基署による是正勧告です。勤務環境を改善せざるを得なくなり、当時の副院長が中心となり交代制勤務を立ち上げました(前頁・図)。

酒井 変化はありましたか。

木戸 連続勤務時間が32時間から、なんと最大13時間にまで減ったのです。表のようにメリット・デメリットの両面があるものの、介護や子育てなど自分の時間を確保でき、仕事と生活の調和が促進された点が特徴です。2009年の交代制勤務導入時には年2477件だった分娩件数は、2015年には3208件まで増加し収益も向上するなど、メリットは大きいですね。

一方、課題は日中の人員不足です。助産師との業務分担や、近隣のクリニックに妊婦健診業務を委託して病診連携を強化しました。ITの活用で診療情報を共有することも行っています。

交代制勤務の適用には、時間外も救急対応などで業務の多い基幹病院に限られる点は留意が必要です。

キャリアの中断防く短時間勤務

酒井 育児などで長時間勤務に制限のある医師が増えることで、不公平感が生じることはありませんか。

木戸 産科は特に、女性医師の割合が他科に比べ高いため、問題になりやすいところ。短時間正職員を組み入

れた、より細やかなシフトを組むことが当院の今後の課題です。例えば子育て中の医師は10~16時の勤務とすれば、子どもの登下校時には在宅できますね。酒井 長時間働くか完全に休むかの二者択一ではないと。

木戸 はい。産科は拘束時間が長く仕事と妊娠・出産・育児の両立がしにくい。そのため、非常勤や離職となるケースも少なくありません。一方で、フリーの非常勤医師が常勤復帰を希望する割合は57%にも上ることから¹⁾、組織的な対策は不可欠です。

伊藤 当院は2016年、医師と薬剤師を対象に常勤短時間制度を始めました。2017年4月から全職員を対象とし、看護師も制度を活用しています。

酒井 育児と介護が条件ですか？

伊藤 もともとあった育児の短時間制度の対象を介護や勉強まで広げました。ただし、制度自体は支持されても、実際は労働力が一時的に減るため現場の管理者としては難しい問題です。

木戸 でも、その状況の勤務がずっと続くわけではないですね。それまで短時間勤務だった医師も、子どもが成長するなど生活環境が変化すれば、またフルタイムで働けるようになるわけですから。

伊藤 そうなんです。仕事と家庭の両立ができれば、キャリアの中断を経ずに将来にわたり活躍してもらえます。

木戸 フルタイムで働けない医師をマイナスの存在と見るのではなく、組織に貢献するプラスの存在としてとらえることが大切です。多様な選択肢を組織が提示することは、本人のモチベーションの向上にもつながるでしょう。

伊藤 管理者に必要なのは、人材育成と組織の維持向上のための長期的な視点です。大切な人材が勤務を継続できるよう支援し、多様な働き方を選択できる組織でありたいですね。

酒井 医療の世界は女性医師数が増え、看護師も女性が9割以上を占めます。医療界がリーダーシップを取って多様な働き方を実現できるモデルを構築してもらいたいです。

ストレス軽減は組織的な課題に

伊藤 職員のストレスへの予防も勤務環境の重要な要素です。ハラスメント、患者からのクレームや暴言・暴力、職種間トラブルが勤務時間の問題以上に大きなストレスを与え、離職の原因になることもあるからです。

酒井 どう対処しているのでしょうか。

伊藤 医師と患者の対話を仲介する「医療メディエーター」の配置です。2015年から神奈川県立病院機構の各病院に1人配置され、医師や患者の要請があれば外来診察に同席します。对患者トラブルで医師らスタッフに過度な負担がかかるのを未然に防いでいます。トラブル後の対応だけでなく、定期的に部署をラウンドするなど予防的な取り組みも始めているところです。

木戸 クレームの放置はスタッフの心

●表 交代制勤務のメリット・デメリット (木戸氏提供)

| メリット | デメリット |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・オン・オフがはっきりし、精神的・身体的負担が軽減 ・育児・介護など家庭責任を担いつつ仕事と両立しやすい ・女性やシニアなど勤務に制限があってもシフトを分担し、フルタイムで働けない人材も能力を発揮できる ・長時間勤務の疲労による、ミス・事故防止。待遇の改善 ・人員配置効率化による救急応需率向上、人件費削減など生産性向上 | <ul style="list-style-type: none"> ・勤務が不規則で睡眠リズムが乱れやすい ・週末も勤務が入ることが多い ・当直料がなくなる分、収入が減少 ・外来診療の曜日が固定しにくく専門外来が設置しにくい ・担当医の入れ替わりによる診療の継続性低下。主治医が日中不在になることも ・育児等で時間外勤務に制限のある医師が増えるとシフトが組みにくい ・勤務表や外来担当表の作成が煩雑になる |

身を疲弊させ、勤務環境の悪化に直結します。日本医師会からも、勤務医の健康支援のアクションとして、暴言・暴力に対する組織的対応が提言されています。医師が一人で抱え込む前に、対応する部署に相談してチームとして問題に対処することで、負担が軽減され勤務環境の改善につながります。伊藤 診察室での第三者の存在は、医師だけでなく患者にとっても必要です。酒井 多職種が働く組織だからこそ、勤務環境改善には対話を通じたお互いの理解も欠かせないでしょう。伊藤 ええ。そこで、当院では職種間

改善に取り入れるべき、テクノロジー・生産性・効率性の視点

酒井 労働科学の観点から医療界に対して私は、テクノロジーの活用や生産性・効率性の向上を提言しています。伊藤 業務の標準化や見える化は、「医療にはなじまない」と思い込んできた点かもしれません。当機構は看護部長会が中心となり、企業の支援を受けて「見える化」を意識した業務改善に取り組み始めています。

木戸 カルテなどの日々の記録は作業量が膨大です。診療行為などの作業実態を後で時間をかけてカルテに書き込まなくとも、自動的に記録される技術が実用化されるといいですね。

酒井 自動車運転の分野では、映像に残るドライブレコーダーが注目され、貸切バスには搭載が義務化されています。実用化に向けて開発が進むデジタル・タコグラフ装置は、スピードや走行距離などが自動で記録されるため、手書きの労務記録も不要になり、勤務時間内で報告が完了できる。こうした動向は、医療界も参考になるはず。木戸 医師の業務には繁閑もあるので、テクノロジーの活用で医療ニーズに合わせた勤務編成や医療機関連携ができる、労働時間も減らせるのではないかと期待が膨らみます。

酒井 技術者側から「こんなことができる」と提示されたものだけを利用するのではなく、医療現場は何が必要かを訴えていかなければなりません。木戸 人口減少社会の今、病院間で設備投資の競争をするばかりではなく、「医療人」が活躍できる工夫とそのための投資がより重要です。

酒井 競争から協調へと考えをシフトしなければならぬわけですね。伊藤 当院の医師も、必要によって県内5か所の県立病院を行き来する施設間連携を始めています。より効率的な働き方の実現には、地域や法人内の

の対話を生む仕掛けとして、リハビリテーション科の協力を得ながら全職員対象に「ストレッチ・カフェ」や「アロマ・カフェ」を不定期で開催しています。勤務終了後に皆で体を動かすことで、話したことのなかった部署の職員との交流が生まれています。

木戸 日本産科婦人科学会も、部下の育児と仕事の両立などについて、対話を通じ支援できる管理職「イクボス」の啓発に取り組んでいます。対話の機会を作る環境作りとノウハウを提供する働き掛けは、すぐにできる勤務環境改善ではないでしょうか。

連携によるスタッフの適正配置がますます必要です。

木戸 さらに、勤務環境改善には住民の理解も欠かせません。軽症の人は大病院の外来を受診しないなどの適正利用への理解が浸透すれば、勤務医の負担軽減に大きな効果があります。

*

酒井 医療現場の勤務環境の改善はあくまでも、現場の自主的な取り組みで進められるべきものであり、それが日本社会の成熟度を示す指標になり得ると私は考えています。

木戸 行政による“外圧”で初めて改善に動く現状のままでは、医療者のための改善は果たせません。PDCAサイクルでより良い方法を考えることは医療者が日頃から意識して行っていることです。テクノロジーの活用も含め改善の方策を自分たちで考えなければなりません。

伊藤 「どうせ個人の力では無理」「組織にやってもらおう」という感覚を改めたいですね。個人と組織の両者が共に勤務環境について考えられるのが、健全な組織の姿ではないでしょうか。

酒井 それには、文化を変えていきたいものです。伊藤 ええ。睡眠、休養、食事が当たり前にできるという原点に立ち返って。木戸 めざすところは医療の質向上と、医療安全です。離職を防ぎ、地域の医療提供体制を維持するためにも、勤務環境改善は自分たち医療者に課された重要なテーマだと認識しなければなりません。

酒井 ありがとうございます。(了)

●参考文献

1) 日本産婦人科医会。産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告。2016。

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

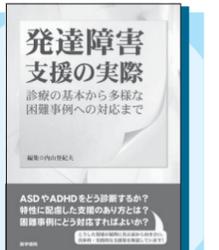


発達障害支援の“現場”の実態に沿ってまとめた実践的解説書

発達障害支援の実際 診療の基本から多様な困難事例への対応まで

自閉スペクトラム症(ASD)や注意欠如・多動症(ADHD)などの発達特性を有する人をどのように診断し、どう支援していくべきか——。本書は、昨今の精神医療・福祉の現場で最も関心の高いテーマの一つである発達障害の診療・支援に真正面から向き合い、具体的な対応策を提示するもの。検査ツールの使い方や薬物療法、困難事例への対応など、発達障害にまつわるさまざまなトピックを第一人者らが具体的に、実践的に解説。

編集 内山登紀夫 大正大学心理社会学部教授/よこはま発達クリニック・院長



Controversial

コモンディージーズの診療において議論のあるトピックスを、Pros and Cons (賛否) にかけて解説し、実際の診療場面での考え方も提示します。

倉原 優

国立病院機構近畿中央胸部疾患センター内科

くらはら・ゆう氏 ●2006年滋賀医大卒。洛和会音羽病院での初期研修を経て、08年より現職。日本内科学会総合内科専門医、日本呼吸器学会呼吸器専門医、日本感染症学会感染症専門医、インフェクションコントロールドクター、音楽療法士。自身のブログ「呼吸器内科医」(http://pulmonary.exblog.jp/)で論文紹介やエッセイを執筆。著書に「呼吸器診療 ここが「分かれ道」」「COPDの教科書」(ともに医学書院)、「ねころんで読める呼吸のすべて」シリーズ(メディカ出版)、「本当にあった医学論文」シリーズ(中外医学社)、「ポケット呼吸器診療2017」(シーニュ)など。

電子タバコ・加熱式タバコは禁煙に役立つのか

近年、日本でも「電子タバコ」という名前を耳にすることが多くなった。もともと電子タバコとは、乾燥したタバコ葉や専用の液体を発熱させてエアロゾル化する装置を指す。この液体には、当然ニコチンが含まれることが一般的だが、日本では葉巻法(旧葉事法)が障壁となりニコチン入りリキッドを販売することができない。そのため、日本と海外における電子タバコは実は少々定義が異なるのだ。

現在日本で従来のタバコの代替品・進化商品として使われている、いわゆる「電子タバコ」は、IQOS(アイコス)、Ploom TECH(ブルーム・テック)、glo(グロー)の3つが代表的なものである(表)。これらは全て厳密には電子タバコではなく、「加熱式タバコ」である。そのため、ここでは国際的な電子タバコが禁煙に役立つかどうか、また日本における加熱式タバコが禁煙に役立つかどうかを分けて論じたいと思う。

ちなみに、いずれもタバコと同じく煙(厳密には水蒸気)が出るため、公共の場では従来のタバコと同様に扱われる。そのため、私のような呼吸器専門医は吸うことはできない(吸えば呼吸器専門医の資格を剥奪される可能性がある)。

Pros 禁煙に役立つ

まず、電子タバコが禁煙に役立つことを支持している代表的な国は英国である。加熱式タバコではなく、液体式電子タバコの「VAPE」が支持されている。VAPEはプロピレングリコールと植物性グリセリンをベースに、ニコチンや香料を混ぜたリキッドを内部コイルで加熱して水蒸気を発生させたものである。

VAPEで、ニコチンの代わりにフレーバーを使うのはやりである。ただ、個人的にはニコチン依存の状態にある喫煙者がいきなりニコチンを含まないVAPEにスイッチしたところで禁煙に失敗する可能性が高いのではと懸念しており、このProsではニコチン含有電子タバコについて記載させていただく。

コクランレビュー¹⁾では、妥当な研究としてニコチン非含有プラセボ電子タバコ対照ランダム化比較試験を2つ挙げて検証している(電子タバコを用いた禁煙に関しては質の高い研究が少ない)。これによれば、低用量のニコチンを含む電子タバコは、少なくともプラセボ電子タバコと比べて6か月間の禁煙率が2倍以上高く(9% vs. 4%)、ニコチンパッチと同等の禁煙率であることが示されている。また電子タバコ群において、プラセボだけでなくニコチンパッチと比較しても従来タバコの

消費量が減った。

また、上記コクランレビュー後に報告された米国人16万人以上の喫煙調査(CPS-TUS)によれば、電子タバコ使用者のほうが非使用者よりも禁煙試行率(65.1% vs. 40.1%)と禁煙成功率(8.2% vs. 4.8%)が高かったと報告されている²⁾。ただし、これらのデータは自己申告によるものであり、リコールバイアスがあることには注意しなければならない。また、被験者に対する質問内容も「液体式電子タバコを主とした」と書かれているものの、本当に液体式電子タバコに限定されているのかどうか定かではない。

いずれにせよ現時点では、少なくともニコチンを含む液体式電子タバコについて、禁煙に対する効果がいくばくかあると考えて問題ないだろう。

Cons 禁煙に役立つしない

電子タバコが禁煙に役立つないと考える研究者もまだまだ多い。その原因の1つが、電子タバコによる有害性である。従来のタバコの数が増えて禁煙できても、新たな健康被害を生めば意味がない、そういう考えである。厳密には禁煙を達成できているのでProsの立場でもよいかもしれないが、議論すべき他の有害性があるという観点からConsのポジションをとっている研究者は多い。

●表 加熱式タバコの種類

| | IQOS (アイコス) | Ploom TECH (ブルーム・テック) | glo (グロー) |
|--------|-----------------------------|----------------------------|------------------------|
| 販売元 | フィリップモリスジャパン | 日本たばこ産業 | ブリティッシュ・アメリカン・タバコ・ジャパン |
| 仕組み | ヒートスティックを加熱ブレードに刺して内部から加熱する | リキッドを霧状化したものをタバコカプセルに通過させる | ネオスティックを外側から加熱する |
| におい | 焦げたにおいがある | ほとんどない | 少し焦げたにおいがある |
| クリーニング | 必要でやや難しい(加熱ブレードが折れやすい) | 不要 | 必要だが簡単 |

また、ニコチンを含まないVAPEの場合、当然ながらニコチン依存から解放することはできないため、バレニクリンやニコチンパッチほどの禁煙補助効果はなさそうに思える。またVAPEとして、水蒸気に含まれる物質が長期的に肺に障害をもたらす可能性は現時点で否定することはできない。

ちなみに学会の立場はどうかというと、日本呼吸器学会は「非燃焼・加熱式タバコや電子タバコに関する日本呼吸器学会の見解」を発表しており、「従来の燃焼式タバコに比べてタール(タバコ煙中の有害物質のうちの粒子成分)が削減されていますが、依存性物質であるニコチンやその他の有害物質を吸引する製品」として、「使用者にとっても、受動喫煙させられる人にとっても、非燃焼・加熱式タバコや電子タバコは推奨できません」という見解を示している³⁾。

私はこう考える 少なくとも従来のタバコよりは「まし」

呼吸器内科医としては、電子タバコ・加熱式タバコが禁煙に役立つかどうかよりも、COPDや肺癌などのその後の呼吸器疾患のリスク上昇が軽減できるかどうかが一番知りたい。しかし、そういった長期の疫学研究は今のところ存在しないため、煙に含まれる成分やマウスを用いた短期的な研究から推察するしかない。

ちなみに日本の加熱式タバコでは、タバコ葉や主流煙中の主成分であるタール、ニコチン、一酸化炭素、タバコ特異的ニトロソアミンの濃度を、従来の燃焼式タバコとIQOSで比較した国立保健医療科学院の研究がある⁴⁾。これによれば、IQOSでは従来のタバ

コと同程度のニコチンが検出されたのに対して、タバコ特異的ニトロソアミンは5分の1、一酸化炭素は100分の1にまで低減されることが示されている。少なくとも、燃焼時に発生する煙を吸うことに起因する呼吸器疾患リスクは軽減されるように思える。

COPDや肺癌などの呼吸器疾患、その他動脈硬化や脳卒中などの心血管系疾患に対して、従来のタバコと電子タバコ・加熱式タバコのどちらがリスクが低いかは今後の研究結果を待たねばならない。特に加熱式タバコに関しては、法律上の問題から日本では海外の電子タバコのように液体式主流ではないため、日本独自でエビデンスを蓄積しないと従来のタバコとの比較は困難である。実際、IQOSはその9割以上が日本で売られているため、わが国がエビデンスを発信する以外に道はない。そのためわれわれサイエンティストは、たとえ真実であったとしても「電子タバコ・加熱式タバコは禁煙に役立つ」という明言を避けなければならないだろう。

なお、個人的には「電子タバコ・加熱式タバコのほうがまし」だと思っている。

参考文献・URL

- McRobbie H, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (12): CD010216. [PMID: 25515689]
- Zhu SH, et al. E-cigarette use and associated changes in population smoking cessation: evidence from US current population surveys. *BMJ*. 2017; 358: j3262. [PMID: 28747333]
- 日本呼吸器学会. 「非燃焼・加熱式タバコや電子タバコに関する日本呼吸器学会の見解」について. 2017. https://www.jrs.or.jp/modules/information/index.php?content_id=1142
- Bekki K, et al. Comparison of Chemicals in Mainstream Smoke in Heat-not-burn Tobacco and Combustion Cigarettes. *J UOEH*. 2017; 39 (3): 201-7. [PMID: 28904270]

●COPDが日本一楽しく理解できる本



COPDの教科書

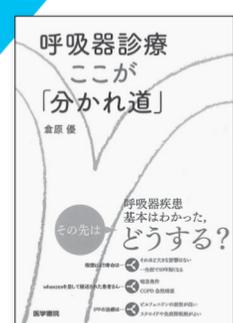
呼吸器専門医が教える診療の鉄則

監修 林 清二 / 著 倉原 優

COPD(慢性閉塞性肺疾患)のすべてがわかる読み物的な要素の詰まったテキスト。治療に重きが置かれ、COPD診療はこの1冊で完結できる。

●A5 頁348 2016年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02429-7]

●日常の呼吸器臨床で遭遇する無数の選択肢、あなたの進むべき道はこっちだ



呼吸器診療

倉原 優

日常の呼吸器臨床の場で岐路に遭遇した場合、臨床経験が豊富な医師はどのような思考回路で、数ある選択肢の中から最適な解を導き、診療するのか、その頭の中を解き明かす。

●A5 頁260 2015年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-02135-7]

ベセスダシステム2014に準拠した子宮頸部細胞診アトラス

子宮頸部細胞診運用の実際 第2版

ベセスダシステム2014準拠

従来のパピニコウクラス分類(日母分類)にかわり、日本に導入された子宮頸部細胞診の報告様式である「ベセスダシステム」。その2014年版に準拠したアトラス。日本の実状に合わせ、細胞診に携わる方々が疑問に思う部分を端的に捉え、分かりやすく解説している。豊富な写真にきめの細かい説明を加え、多くの初学者にとって改訂された報告様式が平易に理解できる内容となっている。

編集 坂本 穆彦
大森赤十字病院顧問
執筆 坂本 穆彦
大森赤十字病院顧問
今野 良
自治医科大学附属さいたま医療センター教授・産科
小松 京子
がん研有明病院臨床病理センター技師長
大塚 重則
藤間病院病理検査
古田 則行
がん研有明病院臨床病理センター副技師長



B5 頁232 2017年 定価:本体8,000円+税 [ISBN978-4-260-03237-7]

医学書院

医学書院

寄稿

多職種協働による患者中心のチーム医療を実践 包括診療医の役割とは

園田 幸生 済生会熊本病院包括診療部部長代行

●そのだ・ゆきお氏
1995年大分医大(現・大分大)医学部卒。2016年より現職。17年九大大学院医療経営・管理学専攻修了(公衆衛生学修士)。医学博士、日本外科学会指導医・専門医、日本消化器外科学会指導医・専門医、社会医学系専門医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医。日本病院会認定病院総合医プログラム作成委員を務める。



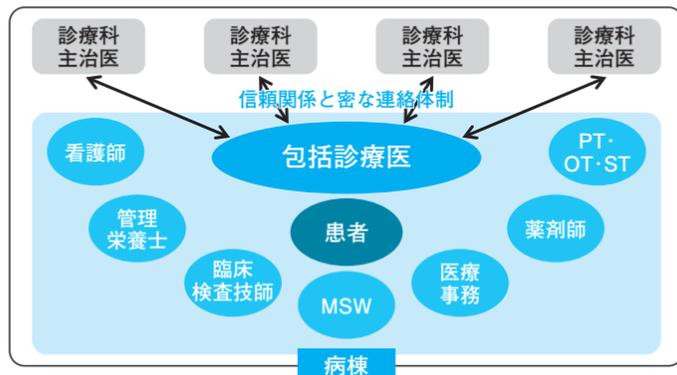
済生会熊本病院(400床)は2017年4月、4人の包括診療医をスタッフとして、包括的なチーム医療を実践する部門「包括診療部」を設置した(2017年10月現在5人)。本稿では、当院の課題を踏まえながら、包括診療部の業務について紹介する。

入院患者の健康を管理する “病院内かかりつけ医”をめざす

当院は重症度の高い患者が多く入院する急性期病院である。また三次救急指定病院として、救急車の受け入れ台数も全国的にトップクラスであり、多くの医療スタッフが懸命に働いている。定期入院の患者のみならず、緊急入院や緊急手術を受け入れることも多いため、病床稼働率は常に高い。在院日数は短く、入院・退院等の手続きに伴う業務量もおおざと増える。主治医や医療スタッフの身体的・精神的負担はかなり大きく、時間外労働の増加も労務上の大きな問題となっていた。

受療患者の高齢者率が極めて高いため、併存疾患も多岐にわたり、入院中の診療は主疾患の治療のみならず診療科横断的な医療の提供が必要となるケースが多い。一方で、主治医は定期・緊急手術、救急患者対応、外来業務と多忙だ。必然的に病棟に滞在可能な時間は限られ、患者のみならず医療スタッフとも日勤帯で情報を共有する時間が少なくなる。医療安全管理やチーム医療実践の観点からも解決すべき課題となっていた。主治医は診療科ごと、患者ごとに各病棟に複数存在しているものの、多分に漏れず病棟の全患者の状態を把握している医師は存在しなかった。多職種協働によるチーム医療をめざすような病棟マネジメントを考える上で、大きな障壁があったと言える。

こうした状況から、当院では診療科や所属を越えて専門診療科の病棟業務の支援を行う専任の診療医の存在が望まれるようになった。既に欧米では専門医は専門性の高い治療や手術を中心に、周術期管理を含めた入院管理は「ホスピタリスト」と呼ばれる病棟医が行うシステムが存在している。しかし日本では、専門診療科の主治医が手術等の処置、入院管理や急変時対応に至る一連の業務を行うことが一般的である。専門医業務と病棟医業務の完全な分離は極めて困難であると考えられ、欧米型のホスピタリストは日本ではなかなか理解されてこなかった経緯がある。そこで当院は、単に診療科主



●図 包括診療医は、病棟内で多職種協働による患者中心のチーム医療を実践し、主治医を支援している

治医の権限を病棟医に委譲するのではなく、主治医と入院患者との関係性は従来通りとした上で、主治医と協力し包括的な患者中心の医療をめざすことを目的に「包括診療医」と称した病棟医を配置することにした(図)。

入院患者は高齢者が多いため、入院中の健康管理業務を中心に、健康管理という観点から、入院中に発症する種々の症候への迅速な初期対応、併存疾患の管理、内服薬管理や処方といったさまざまな医師業務を総合医として行っている。診療科を問わず病棟内の全患者への回診や診察を毎日行っているため、包括診療医は全入院患者の身体状況の把握のみならず、患者やその家族に関する報告や相談などを受けられることも容易である。入院病室を自宅に見立てて“往診”する、いわば“病院内かかりつけ医”のような存在である。

さらには、包括診療医をリーダーとして、多職種によるチーム医療の実践や多職種カンファレンスの開催が日常的となり、患者中心の安心安全な医療を提供することも可能となっている。もちろん包括診療医は常に主治医とコミュニケーションを取り合いながら、密接な信頼関係を築いている。そのため、互いの業務を尊重しながら二人三脚で患者を診ており、患者優先の質の高い多職種協働の医療が実践可能となっている。

診療の質と患者満足度の向上をスタッフが実感

次に、包括診療部の設置による変化やメリットについて述べたい。2017年1月に包括診療医を四肢外傷センターに導入し、各種病棟業務を行ってきた。主治医が病棟不在時でも包括診療医が病棟内にいるため、急変時の初期対応、栄養・排便・睡眠といった生活機能への対処、さらには日常的に発

生している医師への確認業務などが迅速に行われるようになり、結果として時間外に発生する業務が減少した。

導入3か月後、同センターに従事する全職員(医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、セラピスト:52人)に対して施行したアンケートでは、100%の職員が包括診療医導入でメリットがあったと回答。その内容として、診療の質と患者満足度の向上が実感として得られたと多くの職員が答えた。注目すべき結果は、79%の職員が時間外勤務等の勤務状況が良くなり、また89%の職員が「働きやすくなった」と回答したことであった。近年問題となっている医療専門職の時間外労働において、包括診療医(病棟医)のような多様性のある働き方の導入が、解決の糸口になるのかもしれない。

専門性を活かした 多様な働き方を支援する

包括診療部のスタッフはそれぞれ専門医を取得しているが、総合医へのキャリアチェンジを目的に集まった医師である。包括診療医はそれぞれ担当病棟を持ち、総合医的な立場で病棟マネ

ジメントを行っている。組織横断的な業務を行う立場から、救急外来(総合外来)や周術期外来の診療業務の他、国際医療機能評価機関(Joint Commission International: JCI)認定などの病院事業、クリティカルパス事業、ロボット支援内視鏡手術イニシアチブ事業など、多部門にわたり積極的にかかわっている。スタッフには育児中の女性医師もいる。時短勤務でありながら、担当病棟ではチーム医療を支える上で欠かせない存在として活躍中だ。

包括診療部では週に1回、事務職員と共に医療経営管理カンファレンスを行い、病院経営の指標の見方、病院運営の課題、各事務部門の業務紹介、地域包括ケアについての勉強会を行っている。包括診療部は総合的医療のみならず、医師のマネジメントスキルを高め、病院経営管理や地域医療貢献ができる総合医養成をめざしている。

2018年4月よりプログラム開始予定の「日本病院会病院総合医」とリンクして、病院総合医の認定取得を目標としている。病棟マネジメントスキルを持つ包括診療医の存在は、高度急性期病院だけでなく地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟等でも、地域包括ケア推進に向けてその必要性が今後注目されると考える。

包括診療部では、包括的医療の実践に必要な技術や知識を体系的に学びたい医師、地域医療や高齢者医療に必要なスキルを学びたい医師、医療現場からしばらく離れ復職を考えている医師、今後地域医療に貢献したい医師など、キャリアチェンジをしたい医師を募集している。われわれ包括診療部は多様な視点から、今後の日本の医療を支える医師を養成したいと考えている。

●組織横断的な役割を果たす部門を作る(済生会熊本病院名誉院長・副島秀久)
包括診療医の構想は、約12年前にさかのぼります。当時、全国紙に総合医(GP)の必要性について書いたのが始まりです。「日本は、国際的に見ても総合医の制度がないことが問題」と指摘しました。2009年に院長に就任し、総合医の必要性を幹部研修や事業報告会などで訴え続けました。日病にも、「病院総合医」は病院団体が責任を持って育てるべきではないかと提案してきました。2011年に当院が救命救急センターに指定されたのをきっかけに、救急部と総合診療部を設置し、総合診療体制を拡充しました。期待したのは組織横断的な役割を果たす部門でしたが、総合診療部はあくまで内科のカテゴリーであり、内科の枠を越える意識はスタッフ間でも組織内部でも十分に醸成できませんでした。この間、米国研修でホスピタリストの存在を知り、専門領域の隙間を埋める病院総合医が不可欠との思いを強くしたわけです。その後、園田医師との出会いから2017年に包括診療部がスタートしました。包括診療医は病棟の患者を全て把握し、患者の訴え、一般的な処方、検査指示などにもすぐに対応するため、患者はもちろん、他職種からも評判も良い。スタッフの超勤も減り、満足度は確実に上がっています。今後の発展に大いに期待を寄せています。

健康の社会的決定要因に挑む
社会疫学 [上][下]
リサ・F・パークマン、イチロー・カワチ、M・マリア・グリモール [編]
高尾総司、藤原武男、近藤尚己 [監訳]
●各巻A5判上製・定価=本体5600円+税
健康格差、子どもの貧困、働き方改革…日本が直面する課題解決のヒントがここにある。
イチロー・カワチ教授 (ハーバード公衆衛生大学院) の人気講義、
“Society and Health” の指定教科書、待望の邦訳!
大修館書店 113-8541 東京都文京区湯島2-1-1
03-3868-2651 www.taisshukan.co.jp

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

マンモグラフィを管理するすべての放射線技師の方へ
デジタルマンモグラフィ品質管理マニュアル 第2版
マンモグラフィを行う施設では、高品質な検査を受診できることを保証しなければならず、そのために機器の日常的・定期的な管理を計画的に実行することが重要になってくる。本書では、受入試験・定期的な管理・日常的な管理の3つが大きな柱となっている。また今回の改訂では、「デジタルマンモグラフィの基礎知識」の項目が新設された。これにより、参考書的な要素が加わった。管理に携わる放射線技師全般に有用。
編集 NPO法人 日本乳がん検診精度管理中央機構
デジタルマンモグラフィ品質管理マニュアル
A4 頁152 2017年 定価:本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-03209-4]
医学書院

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19回】

固形腫瘍と感染症③

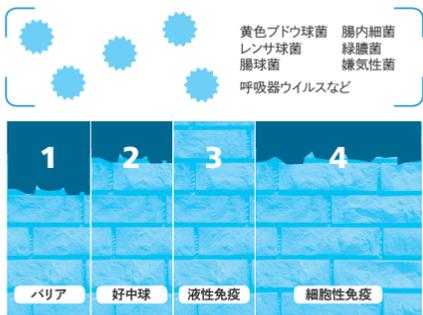
乳がんと人工物感染症

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。

乳がんによる免疫低下は

前回までは固形腫瘍特有の感染症や免疫チェックポイント阻害薬と感染症について解説してきました。今回は乳がんと感染症を取り上げます。なかでも乳房再建術の際に用いるティッシュエキスパンダー(tissue expander; T/E)やインプラントなどの人工物感染症について少し掘り下げて説明することにしましょう。

乳がんも他の固形腫瘍と同様、低下する免疫は治療に応じて異なります。手術や放射線治療、中心静脈カテーテルが挿入されていれば「バリアの破綻」が、細胞傷害性の化学療法を使用すれば「バリアの破綻」に加えて「好中球減少」が軽度見られます。また、ステロイドを用いる場合には「細胞性免疫低下」も引き起こします。



乳房再建後の人工物感染症

さて、ご存じのように乳がんは日本人女性の罹患するがんとしては最多となっています。がんの根治はもちろん重要ですが、乳房を失うという心理的苦痛に悩まされることから乳房全摘出術に二の足を踏む患者さんも多いとよく耳にします。そこで美容的な観点から乳房再建が重要になってきます。最も多い方法は、乳房全摘出術後に人工物であるT/Eを挿入し、生理食塩水を注入して1~2か月かけて徐々に拡張していき、最後にシリコン製のイン

プラントと交換するというものです。

ただし、T/Eもインプラントも人工物ですので常に術後感染症(surgical site infection; SSI)のリスクと隣り合わせです¹⁾。2004年から2011年までに行われたアメリカのナショナルデータ²⁾では、乳房切除術のみの場合のSSIの発症率が5.0%なのに対し、乳房切除術およびインプラントを挿入した場合には10.3%にも上がることが知られています。特に、放射線治療後、皮膚の癬痕や萎縮がある場合にはさらにリスクが増大します³⁾。

また、最近の研究⁴⁾では、乳房切除と同時に再建術を行った場合には乳房切除から1週間以上あけて再建術を行った場合に比べて、SSIの発症率が増加(8.9% vs. 5.7%, p=0.04)することがわかりました。

今回はこれらの人工物感染症について、症例をもとに詳しく説明していきます。

◎症例

47歳女性。左乳がんに対して左乳房全摘出術、センチネルリンパ節生検、腋窩リンパ節郭清およびT/Eによる乳房再建術施行。術後特に合併症なく第5病日に退院したが、退院の1か月後より37℃台前半の微熱および創部の発赤、疼痛が出現したため受診。

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、関節痛、筋肉痛なし。

来院時意識清明、血圧117/68 mmHg、脈拍数90/分、呼吸数18/分、体温37.1℃、SpO₂ 99% (RA)。身体所見上、左乳房創部の発赤、熱感、圧痛、腫脹あり。その他頭頸部、胸腹部、背部、四肢に異常所見なし。

乳房超音波検査にてT/E周囲に少量の液体貯留あり。穿刺液のグラム染色では白血球に貪食されたグラム陽性球菌(gram positive coccus; GPC) in cluster を認める。

原因微生物を特定する

この症例は典型的なT/E感染症です。T/E感染症では何としても原因微生物を突き止める努力をしなければなりません⁵⁾。ですので、血液培養に加

●表 MDACCにおけるT/E感染症に関する微生物の疫学(文献6より改変)

| 原因微生物(2003~12年) n=138 | 数(%) |
|-----------------------|--------|
| グラム陽性菌 | |
| メチシリン耐性表皮ブドウ球菌(MRSE) | 33(24) |
| メチシリン感受性黄色ブドウ球菌(MSSA) | 21(15) |
| メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA) | 16(12) |
| その他 | 16(12) |
| グラム陰性菌 | |
| 緑膿菌 | 19(14) |
| クレブシエラ | 5(4) |
| セラチア | 4(3) |
| その他 | 4(3) |
| 嫌気性菌 | 9(8) |
| 迅速発育型抗酸菌 | 7(5) |
| 真菌 | 4(3) |

*うち20例は混合感染

えて超音波検査を行い液体貯留があれば穿刺培養を提出しましょう。今回はGPC in clusterがグラム染色で見られています。

では、T/E感染症ではどのような微生物が関与するのでしょうか。例えば私がアメリカで勤務していたMDアンダーソンがんセンター(MDACC)では表の通りです⁶⁾。メチシリン耐性表皮ブドウ球菌および黄色ブドウ球菌が多いことがわかりますね。また、人工物感染症ではMycobacterium abscessusやM. fortuitumなどの迅速発育型抗酸菌やカンジダなどの真菌も起原因菌となり得ますので、抗酸菌・真菌培養も忘れずオーダーするようにしましょう。もちろん各施設でばらつきがありますので統計を取っておくことが非常に重要です。

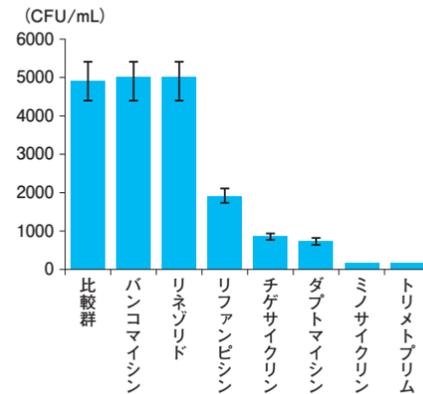
バイオフィーム透過性を考慮する

それではT/E感染の治療戦略はどのように立てれば良いのでしょうか。ランダム化比較試験が存在しませんので、残念ながら「この治療がベスト」と言い切ることはできません。ここではMDACCでの治療戦略をご紹介します。

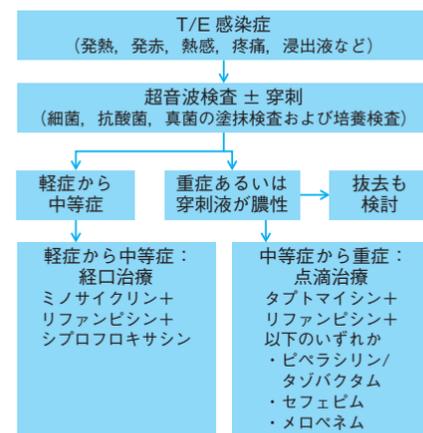
第3回(3187号)でも言及しましたが、人工物の感染症ではバイオフィームという微生物の塊が人工物表面に形成されます。抗菌薬治療を選択する際、このバイオフィームに透過性の良いものを選択する必要があります。これはカテーテル関連血流感染症の治療戦略でも同様ですね。T/E感染症では上述の通り、多くの場合MRSEやMRSAなどのメチシリン耐性菌が関与します。そこでこれらに対する抗菌薬のバイオフィーム透過性⁷⁾を見てみましょう(図1)。

バンコマイシンやリネゾリドはバイオフィーム透過性が悪いことがわかります。リファンピシンはバイオフィーム透過性が良いことは皆さんもご存じかと思いますが、ダブトマイシン、チゲサイクリン、ミノサイクリン、トリメトプリムはさらに良好ですね。

MDACCではこのデータを元に培養



●図1 抗菌薬のバイオフィーム透過性(文献7より改変)



●図2 培養結果判明までの経験的治療の手順(文献6より改変)

結果が判明するまでの経験的治療として、図2のようなアルゴリズムを作成しています⁶⁾。

もちろん、培養および感受性結果がわかればそれに応じて抗菌薬を変更することになります。

本症例ではグラム染色でGPC in clusterが見られ入院を要したことからダブトマイシン+リファンピシンで経験的治療を行いました。培養結果はMRSEであったため、感受性結果を受けてミノサイクリン+リファンピシンに変更し合計4週間の治療でT/Eを抜去することなく治癒しました。

今回は乳がんに対する乳房再建術後の人工物感染症について具体的に解説しました。原因微生物を同定することが極めて重要であり、バイオフィーム透過性の良い抗菌薬を選択することで、人工物を抜去することなく治療を行うことができ得ることをご理解いただけましたでしょうか。次回も固形腫瘍と感染症の中で注意すべきものをピックアップしてご説明します。

【参考文献】

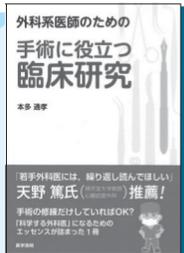
- Ann Surg Oncol. 2016 [PMID : 26219243]
- Infect Control Hosp Epidemiol. 2015 [PMID : 26036877]
- Lancet Infect Dis. 2005 [PMID : 15680779]
- JAMA Surg. 2017 [PMID : 28724125]
- Infect Dis Clin North Am. 2012 [PMID : 22284379]
- Plast Reconstr Surg Glob Open. 2016 [PMID : 27579229]
- Antimicrob Agents Chemother. 2007 [PMID : 17353249]

「科学する外科医」になるためのエッセンスが詰まった1冊

外科系医師のための 手術に役立つ臨床研究

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

本多通孝
福島県立医科大学教授・
低侵襲腫瘍制御学講座



日本臨床薬理学会が総力を挙げて編む、待望のテキスト改訂第4版!

臨床薬理学 第4版

薬物療法の重要性がますます高まり、新しい知見が日々もたらされる領域だからこそ、コアとなる知識をこの1冊に凝縮。必要事項を網羅しつつ情報は精選し、よりわかりやすくなった。医師、医学生、研修医はもちろん、看護師、薬剤師、臨床検査技師、製薬企業関係者まで、臨床薬理学に関わる医療関係者の定番書。臨床薬理専門医/認定薬剤師認定試験受験者には必携書!

編集 責任編集 小林真一
一般社団法人日本臨床薬理学会
昭和大学 特任教授、昭和大学臨床薬理研究所 所長/
昭和大学病院臨床薬理支援センター センター長

長谷川純一
鳥取大学医学部薬物治療学 教授
藤村昭夫
自治医科大学 客員教授/瀧田病院 学術顧問
渡邊裕司
浜松医科大学臨床薬理学講座 教授/
国立国際医療研究センター 臨床研究センター長



Medical Library

書評・新刊案内

そのとき理学療法士はこう考える

事例で学ぶ臨床プロセスの導きかた

藤野 雄次 ● 編
松田 雅弘, 畠 昌史, 田屋 雅信 ● 編集協力

B5・頁244
定価: 本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03004-5

【評者】 諸橋 勇
いわてリハビリテーションセンター機能回復療法部部长

本書の帯に書いてあるように、「根拠はわかった。理論も学んだ」、そして先輩の行っていることを毎日見ている、臨床においてうまく理学療法を行えていない理学療法士(以下、PT)は多いと思います。そこで「根拠や理論を得ることと同時に必要なことは何か」という問いが出てきます。昔から理学療法はサイエンスの部分とアート部分があると言われてきました。近年は前者が強調され、先輩PTの経験値が後輩に伝承されているとは言い難い状況にあります。

先輩理学療法士の経験値や臨床感を言語化した指南書



第5章では多くのPTが苦手としている統合と解釈に関して丁寧に解説されています。そして、最終第6章では本書の最大の特徴とも言える多数の疾患の事例報告が61例紹介されており、臨床の第一線で活躍されているそうそうたるPTが、自らの経験値を簡潔に言葉にして伝えていきます。

理学療法プロセスの標準化、技術の標準化は随分前から言われてきましたが、思うように進んでいません。その理由は、症例、事例の丁寧な検討が少なく、PTの意思決定過程の分析が不十分であるからだと思われています。

理学療法プロセスを追求すれば、個別性、テーラーメイドという壁にぶつかります。その壁を壊すためには、エビデンスを持ちつつ、その知識、技術をどのようにその症例に適応させていくかが重要になります。この部分から目をそらさずに本書が出版された意義は大きいと感じます。

本書は、臨床に出て症例発表をしたことのない若いPTの貴重な指南書となることはもちろん、中堅のPTにとっても臨床力、思考過程、意思決定をブラッシュアップするために大いに役立つ一冊になると考えます。本書を参考に、多くの事例報告が行われれば、人工知能では提示できない経験値も含めた理学療法の標準化もそう遠くないと考えます。

理学療法は情報収集、問題点抽出、統合と解釈、目標設定、治療計画の立案・実行、検証の一連のプロセスで進められます。この中には経験値から導き出された「勘」「コツ」「知恵」などがたくさん含まれています。そして、このような経験値、臨床感の部分が言葉や文章にされることが少ない印象です。「なぜ、あのPTはあんな運動療法の展開ができるのだろうか」「頭の中でどのようなことを考えているのだろうか」と思った経験は誰にでもあります。そんな疑問に答えようと出版されたのが本書なのだと思います。

本書は、第1章ではPTの在り方に触れ、第2章では思考過程でもあるクリニカルリーディングの要点が述べられ、第3章ではリスク管理、第4章では中枢神経疾患、運動器疾患、内部障害、神経筋疾患などの評価について、

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9話 減塩の是非

9月に発表された平成28年「国民健康・栄養調査」の結果(厚労省)については、糖尿病有病者数推計の1000万人到達が大きく報じられました。一方で私がおもって強調してもよいと感じたのは、「食塩摂取量の平均値」と「収縮期血圧が140mmHg以上の者の割合」の推移についてです。これらはこの10年間でみると有意に減少しており、良い傾向だと思います。しかし、減塩のエビデンスを見ていくと、良い影響ばかりとも言い切れない、難しい側面もあります。

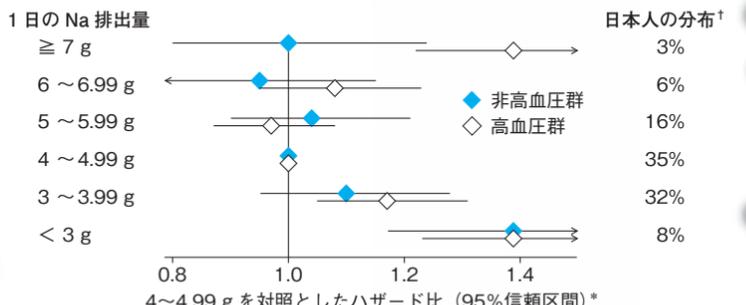
近年、尿へのナトリウム(Na)排出量が少なすぎると総死亡率などのリスクが高い傾向にあることが報告されています(図)。尿へのNa排出量はNa摂取量と強く相関するため、Na排出量と死亡リスクに「U字の関係」があると主張するこの報告は、減塩の是非についての議論を呼んでいます。

この報告に関する日本の医療者向けの記事からは、「Na排出量が少ない人は何らかの疾患を抱えていることが多いため、死亡率が高く見えている」と解釈している人が多い印象を受けます。私もその「因果の逆転」を最初は疑いました。しかし、当該論文の著者らは、健康者に限った解析や追跡開始から数年の間に罹患した人を除外した解析でも同様の結果を記しており(Lancet. 2016 [PMID: 27216139])、残念ながら因果の逆転は根拠の弱い反論と言わざるを得ません。

Na摂取量・排出量に着目したメタ解析では、脳卒中リスクなどと正の関係を示すものもあるものの(BMJ. 2013 [PMID: 23558163], Lancet. 2011 [PMID: 21803192])、先の論文が主張する「U字の関係」の根拠は乏しいままです。減塩の是非については、医学界でも問題提起されているのが現状です(N Engl J Med. 2016 [PMID: 27974027], Lancet. 2016 [PMID: 27216140])。

さまざまな生活環境因子の死亡率に対する重要性を比較した研究では、Na高摂取は他の因子に比べても重要と推定されています(JAMA. 2017 [PMID: 28267855], Lancet. 2017 [PMID: 28734670])。しかし(私もJAMAの論文の共著者ながら)それらの推定は、Na摂取量と血圧との関係、血圧と疾患リスクとの関係から導かれたものが主である点、「U字の関係」の可能性が考慮されていない点で問題があります。あくまで多くの前提に基づいた推定の域を出ません。

日本人に減塩を推奨するのは、高血圧や胃がん予防としての的を射ており、その推奨を改めるべきとは思いません。しかし、既存のエビデンスに基づけば、全ての人に減塩が必須と断言もできません(日本人のNa排出量は図を参照)。医療の専門家の方々にはぜひ、減塩については「検討の余地あり」と頭の片隅に入れてほしいと感じています。臨床において一人一人の患者に応じる際は、既往歴、日頃の高Naの食品摂取量などを把握した上で、改善すべき他の生活習慣とともに減塩の必要性を考えることを第一歩とするのが妥当でしょう。減塩の実践とその効果について、引き続き日本由来の強いエビデンスを期待しています。



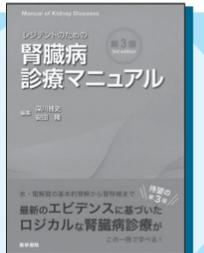
● 図 1日のNa排出量推定と総死亡率との関係
*Lancet. 2016 [PMID: 27216139] より作成。多変量回帰分析による(N=133,118)。循環器系疾患に着目しても同様の結果が得られている。†日本人のNa排出量分布はBr J Nutr. 2014 [PMID: 25111316] から概算。なお、Na量を2.54倍したものが食塩相当量とされる。

さらに使い勝手が向上した腎臓病診療マニュアルの決定版

レジデントのための腎臓病診療マニュアル 第3版

腎臓病診療マニュアルの決定版、待望の第3版が刊行! 最新のエビデンスに基づいて、水・電解質から腎移植まで腎臓病診療の基本を網羅する好評のスタイルはそのままに、高齢患者の診かた、他診療科との連携など「今知りたい」トピックを満載。目の前の患者の何を診て、どう治療すべきか、ロジカルな腎臓病診療の進め方がわかる1冊。

編集 深川 雅史
東海大学医学部内科学系
腎内分科代謝内科教授
安田 隆
吉祥寺あさひ病院副院長/
東京医科大学腎臓内科兼任教授



Hospitalist 2018 年間購読申込受付中

Vol.5-No.4 特集: 老年科 すべてのスタッフで高齢者を大切に! ここから始める高齢者診療

責任編集: 関口 健二 許 智栄 簡泉 貴彦
信州大学医学部附属病院 総合診療科/市立大町総合病院 総合診療科
アドベンチストメディカルセンター 家庭医療科
愛仁会高槻病院 総合内科

編集委員: 平岡 栄治・八重樫 牧人・清田 雅智・石山 貴章・簡泉 貴彦・石丸 直人・藤谷 茂樹

● 季刊/年4回発行 ● A4変 ● 200頁
● 1部定価: 本体4,600円+税
● 年間購読料19,008円(本体17,600円+税)
※毎月お手元に直送します。(送料別)
※1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

2017年 1号 神経内科 2号 呼吸器疾患2 3号 感染症2 4号 老年科
2018年(予定) 1号 腎疾患2 2号 糖尿病 3号 肝臓病 4号 循環器疾患2

たちまち重版! Hospitalistのマニュアル本

総合内科病棟マニュアル

● 編集: 簡泉 貴彦・山田 悠史・小坂 鎮太郎
● 定価: 本体5,000円+税

『週刊医学界新聞』 通常号索引

2017年1月~12月(3205号~3253号)

ニュース・ルポ

- ◇がん対策 次の10年...3205
◇10項目で見るがん対策の10年(加藤雅志, 藤下真奈美)...3205
◇日本臨床疫学会発足記念講演会...3207
◇健康医療分野のデータベースを用いた戦略研究合同フォーラム...3214
◇第44回日本集中治療医学会...3218
◇第15回姿勢と歩行研究会...3220
◇第57回日本呼吸器学会...3224
◇厚生労働省関連の国家試験合格状況...3224
◇第151回日本医学会シンポジウム...3230
◇ACP日本支部年次総会2017...3230
◇第22回日本緩和医療学会...3232
◇第113回日本精神神経学会...3232
◇第18回日本語聴覚学会...3232
◇第20回日本医薬品情報学会...3234
◇第42回日本外科系連合学会...3234
◇業務効率化の最前線...3235
◇第15回日本臨床腫瘍学会...3238
◇『総合診療』誌リニューアル記念セミナー...3238
◇日野原先生と『週刊医学界新聞』...3242
◇日野原先生が選ぶ「医学生のためのベッドサイド・ライブラリー」...3242
◇第51回日本作業療法学会...3244
◇第1回日本臨床疫学会...3246
◇第4回日本サルコペニア・フレイル学会...3247
◇金原一郎記念医学医療振興財団贈呈式...3249

対談・座談会・インタビュー

- ◇がん対策はこう動く(祖父江友孝, 中釜齊, 宮園浩平, 門田守人)...3205
◇がん免疫療法(松島綱治, 河上裕, 土井俊彦, 玉田耕治)...3207
◇リハビリ部門の実践を高める, 自分と組織のマネジメント(澤田辰徳)...3207
◇結核低まん延化の実現に向けて(石川信克, 吉山崇, 高崎仁)...3209
◇ゲノム医療を日常診療へ(藤原康弘, 中村清吾, 池田貞勝, 角南久仁子)...3210
◇「研究不正大国」からの脱却を(黒木登志夫)...3212
◇社会疫学が解明する「健康格差」とその対策(近藤克則, イチロー・カワチ)...3214
◇サルコペニアとフレイル(荒井秀典, 葛谷雅文, 若林秀隆)...3216
◇遠隔診療は医療に何をもたらすか(迫井正深, 武藤真祐, 高尾洋之)...3220
◇抗菌薬処方の基本軸を作る(大曲貴夫, 本康宗信)...3222
◇患者の「今」に向き合う医療者に(バルフォア M.マウント, 土屋静馬)...3222
◇人工知能×医療(松尾豊, 宮田裕章)...3224
◇診断に頼らない診かた(滝川一廣, 青木省三)...3226
◇医学部1年生から専門医までの精神科教育の在り方(神庭重信, 三村将, 西村勝治)...3228
◇総合病院のチーム医療で心理職は何をしているのか(花村温子)...3228
◇「孤立の病」依存症, 社会に居場所はあるか(松本俊彦)...3230
◇リアルワールド・データが示すDOAC時代の心房細動診療(赤尾昌治)...3232
◇「活動を育む」リハビリテーション科医を育てる(久保俊一)...3234
◇生産性向上のために医師事務作業補助者をどう活用するか(西澤延宏, 矢口智子)...3235
◇「有害事象」防止を追求する(林昌洋, 望月真弓, 佐藤大作)...3238
◇がん患者の安心を紡ぐ二人主治医制(川越正平, 西智弘, 廣橋猛)...3240
◇2016 WHO 分類から考えるこれからの脳腫瘍病理(新井一, 若林俊彦, 廣瀬隆則)...3244
◇人生の最期にどう向き合うか(小澤竹俊)...3246

- ◇病歴にこだわる神経診察(福武敏夫, 佐野正彦)...3247
◇医療を地域に開く(高橋敏士, 伊原和人, 榎本真津, 宇都宮宏子)...3249
◇「中動態の世界」と医療(國分功一郎)...3249
◇医療勤務環境の自主改革を(酒井一博, 木戸道子, 伊藤清子)...3253

寄稿・投稿・視点

- ◇暮らしを支えるがん対策とは(川越正平, 小松浩子, 天野慎介)...3205
◇新春随想2017(吉村博邦, 武田俊彦, 松本紘, 大曲貴夫, 岡野栄之, 大澤真木子, 山田不二子, 志真泰夫, 山本則子, 丸光恵, 小山珠美, 石本淳也, 村井説人, 田中牧郎)...3205
◇改正個人情報保護法は臨床研究にどのような影響を与えるのか(田代志門, 藤原康弘)...3207
◇世界の保健衛生向上に取り組むPMDAの国際戦略(佐藤淳子)...3210
◇FAQ 副作用を防ぐために知っておきたい腎機能の正しい把握法(平田純生)...3212
◇学校健診情報のデータベース化とその利活用(川上浩司)...3214
◇オーラルフレイルへの早期介入で高齢者の「食力」向上を(飯島勝矢)...3216
◇敗血症診療国際ガイドラインSSCG 2016を読み解く(山本良平, 林淑朗)...3218
◇おだやかな看取りからの病理解剖 在宅医療の新しい試み(内原俊記)...3218
◇終末期の鎮静をめぐる新しい局面(森田達也)...3220
◇FAQ 小児食物アレルギーの発症予防—最近の知見から(夏目統)...3222
◇日本集中治療医学会「DNAR指示のあり方」についての勧告(丸藤哲)...3224
◇地域中核病院から広がる医科歯科連携(内田信之)...3228
◇ブロードマン没後99年に寄せて(河村満)...3230
◇中動態は医療にどんな可能性をひらくのか(藤沼康樹, 青島周一)...3230
◇わが国の臨床疫学教育の現状と未来(康永秀生)...3232
◇FAQ ハイフローセラピーの正しい理解と適応(富井啓介)...3234
◇Progressing Palliative Care: 進化する緩和ケア(加藤恒夫)...3234
◇Patient Experience (PX) を用いたプライマリ・ケアの質評価・改善(青木拓也)...3235
◇外国人患者受け入れの備えは十分か(堀成美)...3238
◇手術の「全例」報告制度を医療安全に活かす(宮田剛)...3240
◇日野原先生と私(福井次矢, 川嶋みどり, 南裕子, 青木真, 黒川清, L.ティアニー, 岩井郁子, 松村真司, 水野篤, 岸野めぐみ)...3242
◇ケミカルコーピングと偽依存(山口重樹)...3244
◇薬剤師がクリニカルクエストを検証する(鈴木賢一)...3246
◇「ちょっと盛られた」臨床試験の気付き方(奥村泰之)...3246
◇RMPを用いた医薬品安全対策(川名真理子, 舟越亮寛)...3247
◇ネットワーク構築で「住まい」の質を担保(猿渡進平)...3249
◇電子タバコ・加熱式タバコは禁煙に役立つのか(倉原優)...3253
◇包括診療医の役割とは(園田幸生)...3253

連載

- ◇ジェネシャリスト宣言(岩田健太郎)
④知識と技術—ジェネシャリの“弱点”論...3209, ⑤睡眠・休養と安全...3212, ⑥多様性を認めるということ...3216, ⑦「患者」と「患者以外」の二元論—患者にも“責任”がある...3220

- 3220, ⑦「ジェネシャリスト」再考—実は「医療のスペシャリスト」...3224, ⑧「スペシャリスト」再考—ハードルの低い「スペシャル」...3226, ⑨エコノミカルなジェネシャリ...3232, ⑩「グローバル化」の意味は何か...3234, ⑪エリートイズムとボトムアップ—自己を肯定しつつ, 否定する...3240, ⑫「ジェネラルとスペシャル」再考—フレームワークを壊せるか?...3244, ⑬ジェネシャリストの三角形は「三歩進んで二歩下がる」で成長させよ...3246, ⑭ジェネシャリの未来...3247
◇ここが知りたい! 高齢者診療のエビデンス
⑩終末期の輸液, どう判断する?(玉井杏奈)...3207, ⑪「終末期」と見なす適切な時期とは?(関口健二)...3210, ⑫アドバンス・ケア・プランニングって?(許智栄)...3214, ⑬認知症の生命予後と終末期, どう判断する?(関口健二)...3218, ⑭胃瘻を適切に使うには?(玉井杏奈)...3222, ⑮臨床でせん妄にどう対応する?(狩野恵彦)...3226, ⑯高齢者の慢性便秘への適切な介入とは?(関口健二)...3230, ⑰サルコペニアとフレイル, 評価と治療法は?(許智栄)...3235, ⑱ビタミンDをどう使う?(玉井杏奈)...3238, ⑲認知症高齢者の疼痛管理(許智栄)...3244, ⑳認知症の神経精神症状とそのマネジ

- メント(狩野恵彦)...3247
◇目からウロコ! 4つのカテゴリで考えるがんと感染症(森信好)
⑧好中球減少と感染症(5) 中間リスク群...3209, ⑨液性免疫低下と感染症(1)...3212, ⑩液性免疫低下と感染症(2)...3216, ⑪細胞性免疫低下と感染症(1) どの微生物を考慮すべきか...3220, ⑫細胞性免疫低下と感染症(2) 細胞性免疫低下を引き起こすがんと治療...3224, ⑬細胞性免疫低下と感染症(3) 鑑別を絞り込む...3228, ⑭HIV感染症とがん...3232, ⑮リツキシマブによるB型肝炎ウイルス再活性化に注意...3235 ⑯ステロイドと感染症...3240, ⑰固形腫瘍と感染症(1) 固形腫瘍特有の病態を知る...3246, ⑱固形腫瘍と感染症(2) 免疫チェックポイント阻害薬と感染症...3249, ⑲固形腫瘍と感染症(3) 乳がんと人工物感染症...3253
◇栄養疫学からの視点から(今村文昭)
①栄養疫学という科学...3218, ②サプリメント(1)...3222, ③サプリメント(2) 遺伝疫学への期待...3226, ④受動喫煙の臨床試験...3230, ⑤高濃度ビタミンC点滴療法...3235, ⑥査読の課題: 高濃度ビタミンC点滴療法を例に...3238, ⑦コラーゲンのエビデンス...3244, ⑧遺伝疫学への失望...3247, ⑨減塩の是非...3253

レジデント号索引

ニュース・ルポ

- ◇「平静の心」塾...3206
◇第81回日本循環器学会...3219
◇第111回医師国家試験合格発表...3219
◇金原一郎記念医学医療振興財団贈呈式...3219
◇第120回日本小児科学会...3223
◇第8回日本PC連合学会...3227
◇第52回日本理学療法学会大会...3227
◇第28回「理学療法ジャーナル賞」...3227
◇新専門医制度の開始に向けて...3236
◇第65回医学教育セミナーとワークショップ...3236
◇第39回日本POS医療学会...3239
◇第23回白壁賞, 第42回村上記念「胃と腸」賞授賞式...3248
◇第25回総合リハビリテーション賞...3251
◇東京GIMカンファレンス特別編...3251

対談・座談会・インタビュー

- ◇この先生に会いたい!!(柳沢正史, 岩田直也)...3206
◇現場に渦巻く「研修医の感情」(平島修, 水野篤)...3211
◇卒業時の能力をOSCEでどう評価するか(金子英司, 孫大輔)...3215
◇卒前・卒後の一貫性ある医師養成実現へ(福井次矢, 北村聖)...3219
◇クスのリスクをどう学ぶ?(上田剛士)...3223
◇腎病理の「読み方」をどう習得するか(長田道夫, 門川俊明, 久道三佳子)...3223
◇医師たるもの, 身体診察を究めるべし!(平島修, 志水太郎, 和足孝之)...3231
◇「プロフェッショナル・オートノミー」を持って研修に挑んでほしい(松原謙二)...3236
◇内科外来サバイバル 踏み外さない診療戦略(岸田直樹, 西垂水隆, 濱口杉大)...3239
◇Point-of-Care超音波(谷口信行, 亀田徹)...3243
◇自信を持って直前に臨みたい君に(坂本壮)...3243
◇胸部X線写真の見かた(小林弘明, 柴田綾子, 笹本浩平)...3248
◇ライトの基準はこうして創られた(リチャードW.ライト, 皿谷健, 青木真)...3251

寄稿・投稿・視点

- ◇「抗菌薬啓発キャラバン」スタート!(高橋橋子)...3211

- ◇被災地・福島での研修が教えてくれたもの(福永久典)...3215
◇米国小児科専門研修の今(半田淳比古)...3219
◇日本医学教育評価機構が国際認証を受ける(奈良信雄)...3223
◇医学生・研修医に薦めたいベッドサイド・ライブラリー(水野篤, 河合真, 青木真, 江口重幸, 広田喜一, 錦織宏, 市原真)...3227
◇社会全体の健康を守る公衆衛生医師へのいざない(宇田英典)...3231
◇米国の指導医は研修医をどのように評価しているのか(野木真将)...3236
◇医学生は医学教育をどう見ているか(河野絵理子)...3248

連載

- ◇臨床医ならCASE REPORTを書きなさい(水野篤)
⑩Editorial officeのお仕事...3206, ⑪Case Reportマイスターから学ぶ(前編) あらためて, Case Reportの意義...3211, ⑫Case Reportマイスターから学ぶ(後編) 指導医もいろいろ考えて!...3215
◇めざせ! 病棟リライアンス(安藤大樹)
⑧バトンミス厳禁! スマートな引き継ぎのコツを身につけよう...3206, ⑨患者のジレンマ, 患者のジレンマ 知っていますか? 「アドバンス・ケア・プランニング」...3211, ⑩モンスター・ペイシエント? 「困った患者さん」にしちゃっているかも!...3215, ⑪退院したらあとはお任せ!? 患者さんの「その後」に思いをはせよう...3219, ⑫人生のフィナーレ その見送りは, 「最期」にふさわしいですか?...3223
◇賢く使う画像検査
①画像検査の「適切な利用」とは(隈丸加奈子)...3223, ②小児領域(田波稔, 岡部哲彦, 隈丸加奈子)...3227, ③心血管領域(隈丸加奈子)...3231, ④脳神経領域(渡邊嘉之, 隈丸加奈子)...3236, ⑤骨軟部領域(山下康行, 隈丸加奈子)...3239, ⑥乳腺領域(後藤眞理子, 隈丸加奈子)...3243, ⑦肺領域(隈丸加奈子, 村山貞之)...3248, ⑧腹部領域(曾我茂義, 岡田真広, 隈丸加奈子)...3251
◇身体所見×画像×エビデンスで迫る呼吸器診療(皿谷健)
①「思考の型」を持って病棟に...3231, ②肺炎を考える!...3236, ③片側性胸水の鑑別...3239, ④膠原病の鑑別...3243, ⑤肺癌を見逃さない!...3248, ⑥アレルギーを考える...3251

大好評のレジデントマニュアルシリーズに待望の「腎臓内科」版が新登場!

腎臓病診療レジデントマニュアル

レジデントマニュアルシリーズの新しいタイトル。「研修医がひとりでも、最低限必要な知識をもって、安全に実地できる」をコンセプトに、聖路加国際病院を基準とした検査、診断、治療指示の方針・手順がコンパクトにまとめられている。臨床研修の心強い味方となる1冊。

編集 小松康宏 聖路加国際病院副院長・腎臓内科部長



小児急性期診療の現場で頼れるシリーズ, 第1弾

小児救命救急・ICUピックアップ① ショック

日本小児集中治療研究会により編まれた、小児の救命救急・ICU領域における標準的な治療、最新の知見に基づく治療の選択肢を提示するシリーズ第1弾。基本事項からアドバンスな治療までを網羅し、マニュアル的な「こうすべし」だけでなく、なぜそうすべきなのか理解できる。症状や病態が成人と異なり、日常診療において苦慮することが多い「小児のショック」を1冊にまとめた唯一無二の書。

編集: 日本小児集中治療研究会

定価: 本体3,800円+税 B5 頁144 図32・写真26 2017年 ISBN978-4-89592-903-5



メディカル・サイエンス・インターナショナル 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

TEL.(03)5804-6051 FAX.(03)5804-6055

http://www.medsi.co.jp Eメール info@medsi.co.jp

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。医療従事者が心身を調えることが良い医療の提供となります。「環境を変えることは難しくても、自分自身は変わることができる」、そのような体験を得て明日の医療につなげましょう。



講師
恒藤 暁先生
(京都大学医学部附属病院 緩和医療科)



講師
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

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)

プログラム(予定)

オリエンテーション

レクチャー「マインドフルネスとは何か?」

ワーク1 ①レーズンエクササイズ ②ボディスキャン

ワーク2 ③ヨガ的ストレッチ ④坐瞑想

質疑応答

※プログラムは予告なく変更になる場合がございます。ご了承ください。

『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

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。



《ジェネラリストBOOKS》

病歴と身体所見の診断学

検査なしでここまでわかる

徳田安春

病歴と身体診察で得られた情報から、臨床疫学的なアプローチで、精度の高い診断を目指そう!本書は、症例をもとに、指導医と研修医の問答形式で感度・特異度・尤度比の使い方が学べる実践書。付録には、即戦力となる「尤度比一覧」のPDF(ダウンロード形式)を収録。

●A5 頁210 2017年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03245-2]



認知症はこう診る

初回面接・診断からBPSDの対応まで

編集 上田 諭

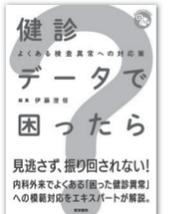
●A5 頁264 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03221-6]

健診データで困ったら

よくある検査異常への対応策

編集 伊藤澄信

●A5 頁192 2017年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03054-0]



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。患者の同意から予後予測、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」に役立てられる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]



保護者が納得! 小児科外来 匠の伝え方

編集 崎山 弘・長谷川行洋

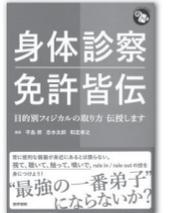
●A5 頁228 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03009-0]

身体診察 免許皆伝

目的別フィジカルの取り方 伝授します

編集 平島 修・志水太郎・和足孝之

●A5 頁248 2017年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03029-8]



2018年1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 | 2月号 Vol.82 No.2 1部定価: 本体2,400円+税 | 「早期発見」をめぐる課題 | 臨床婦人科産科 | 1-2月号 合併増大 Vol.72 No.1 特別定価: 本体3,800円+税 | 産婦人科感染症の診断・管理 —その秘訣とピットフォール |
| medicina | 1月号 Vol.55 No.1 1部定価: 本体2,600円+税 | 気管支喘息・COPD診療に強くなる | 臨床眼科 | 1月号 Vol.72 No.1 1部定価: 本体2,800円+税 | 黄斑円孔の最新レビュー |
| 総合診療 | 1月号 Vol.28 No.1 1部定価: 本体2,500円+税 | シン・フィジカル改革宣言! 私の「神技」伝授します。 | 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 | 1月号 Vol.90 No.1 1部定価: 本体2,700円+税 | こんなときどうする? 術中・術後のトラブル対応 |
| 循環器ジャーナル (旧 呼吸と循環) | 1月号 Vol.66 No.1 1部定価: 本体4,000円+税 | 循環器診療 薬のギモン —エキスパートに学ぶ薬物治療のテクニック | 臨床泌尿器科 | 1月号 Vol.72 No.1 1部定価: 本体2,800円+税 | 腎癌に対する薬物療法 —最新エビデンスを実臨床に活かす |
| 胃と腸 | 1月号 Vol.53 No.1 1部定価: 本体3,200円+税 | 胃型形質の低異型度分化型胃癌 | 総合リハビリテーション | 1月号 Vol.46 No.1 1部定価: 本体2,300円+税 | リハビリテーションにおける ICFの活用 |
| BRAIN and NERVE | 1月号 Vol.70 No.1 1部定価: 本体2,700円+税 | 筋痛性脳脊髄炎/ 慢性疲労症候群の今 | 理学療法ジャーナル | 1月号 Vol.52 No.1 1部定価: 本体1,800円+税 | 筋力低下と理学療法 |
| 精神医学 | 1月号 Vol.60 No.1 1部定価: 本体2,700円+税 | Reserch Domain Criteria (RDoC) プログラム の目指す新たな精神医学診断・評価システム | 臨床検査 | 2月号 Vol.62 No.2 1部定価: 本体2,200円+税 | Stroke-脳卒中を診る/ 実は増えている「梅毒」 |
| 臨床外科 | 1月号 Vol.73 No.1 1部定価: 本体2,700円+税 | 閉塞性大腸癌 —ベストプラクティスを探す | 病院 | 1月号 Vol.77 No.1 1部定価: 本体3,000円+税 | 病院は2035年の夢を見るか |
| 臨床整形外科 | 1月号 Vol.53 No.1 1部定価: 本体2,600円+税 | 脂肪幹細胞と運動器再生 | | | |



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