

2016年9月19日

第3191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] 高齢心不全患者を診る(猪又孝元、富山美由紀、弓野大)…………… 1—2面
- [寄稿] あなたの組織、「危機管理」できていますか? (柏木秀行)…………… 3面
- [連載] 4つのカテゴリーで考えるがん感染症…………… 4面
- [連載] ジェネシャリスト宣言…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6—7面

座談会 高齢心不全患者を診る

生活の場をベースに、地域全体での体制構築を

高齢化の進展とともに、高齢心不全患者が増加している。複数の併存疾患を抱えていることが多い高齢者には、標準治療だけでは十分な効果が得られない場合も多く、患者の“生活の場”をベースに、一人ひとりの生き方に沿った治療・ケアを提供していくことの重要性が指摘されている。

そこで本座談会では、心不全診療に携わる三氏に、高齢心不全患者診療における特異性や、医療者が今後取り組んでいくべき課題などについてお話しいただいた。



猪又 孝元氏 同委会
北里大学北里研究病棟
循環器内科部長

弓野 大氏
ゆみのハートクリニック 院長

富山 美由紀氏
JA尾道総合病院
慢性心不全看護認定看護師

猪又 日本では、心疾患はがんに次いで死因の第2位となっています。そして心疾患の中でも、心不全で亡くなる方の割合は多い。特に高齢者は心不全の有病率が非常に高く、高齢になるほど予後が悪いことがわかっており¹⁻³⁾、心不全で亡くなる方は今後さらに増加することが予想されます。ところが、「心不全」はあまり問題視されていないのが現状です。

富山 私が勤めている病院は広島県の尾道市にあり、高齢化率が33%に達しています。そのため、ずいぶん前から高齢者医療に取り組んでいますが、先生が今おっしゃったように、心不全はあまり話題に上らず、主にごんや認知症に目が向いているように感じます。

まずは、医療者全体に心不全についてもっと知ってもらう必要があると思うのです。特に高齢者は、診断がついていないだけで、実は心不全を抱えている方が大勢いるのだということを知ってもらわなければなりません。

猪又 心機能は障害されているものの、まだ症状が表れていない「隠れ心不全」の患者さんは多いですからね。また、「心不全なのか老衰なのか、何なのかよくわからない患者さんが多く、どう対処すべきかわからない」といった声もよく聞きます。つまり、医療者自身が心不全診療の重要性をきち

んと把握しきれていない部分もあるので、私たち心不全診療に携わる医療者はもっと普及活動を行っていくことが求められていると言えるでしょう。

高齢者にどこまで治療を行うべきか

猪又 患者さんを拾い出せたら、次は治療です。心不全に限らず、高齢者を含む大規模臨床試験の結果は少なく、どの程度効果があるのか実際のところはよくわかっていません。ガイドラインに沿った治療をどこまで高齢者に適用すべきかは、難しい問題です。

富山 「高齢者」とひとくくりにして、治療の方向性を決定してしまっているのか疑問に思うことはありますね。90歳でもADLがよく保たれていて、元気に過ごされている方はいます。

弓野 おっしゃる通りです。“健康寿命を延ばす”という観点から、「抗凝固療法の適切な使用」と「フレイル(虚弱)の予防」は、高齢心不全患者の治療を行う上で念頭に置く必要があります。脳血管疾患やフレイルは、患者さんのQOLを急激に低下させる大きな要因となるので、その二つは重要なポイントになると考えています。

猪又 高齢者の場合、コモビディティ(併存疾患)やポリファーマシー(多

剤併用)の問題もあり、患者さんにとっての最適な治療を組み立てていくことは非常に難しい作業です。患者さんが抱える病態の重み付けをどのように行うか、また「何のための治療なのか」という点について、医療者はきちんと考えていかなければなりません。

弓野 そうですね。高齢者の治療介入は目に見えない治療より、目に見える治療に主眼を置く必要があるかもしれません。つまり、うっ血の管理、再入院の予防という観点です。

最近欧州心臓病学会から発表された心不全ガイドラインで、「フレキシブルな利尿薬の使用」というフレーズが、再入院させないための心不全管理プログラムのポイントとして挙げられていました。これは、例えば「3日間体重が2kg以上増加したら利尿薬を使用してもよい」といったように、患者さんにとっての柔軟さです。このガイドラインを読んで、日本でも高齢心不全患者の再入院予防のため、退院時に患者さんの自己管理に幅を持たせてあげられると良いのではないかと思います。

多職種チームで患者の自己管理を支える

弓野 高齢心不全患者が増加している今だからこそ、臓器や疾患を診るこれ

までの“病院レベル医療”から、生活の場をベースにした“地域レベル医療”への転換が、ますます求められていると感じます。

猪又 同感です。そのためには、やはり多職種チームでの介入が欠かせません。富山先生、慢性心不全看護認定看護師としての役割を教えてください。

富山 慢性心不全に限らず、認定看護師には実践家としての役割モデルがあります。私は週に一回、外来にも勤務していますが、外来は入院と在宅をつなぐパイプとなるので、病院と地域をつなぐ窓口としての役割は大きいのです。ただ私自身、患者さんの日々の変化を十分に追い切れているかと聞かれると、自信はありません。

猪又 病棟の交代制勤務の中で、それ以外の業務もこなさなければいけないわけですから、なかなか難しい部分がありますよね。そこを補うために、何か工夫などはされていますか。

富山 当院では、医師、看護師、理学療法士、薬剤師、栄養士、心理士、ケースワーカーなどから成る多職種チームを構成していますが、理学療法士を中心に心臓リハカンファレンスを行っています。理学療法士の方が患者さんをスクリーニングしてくださるので、非

(2面につづく)

神経内科臨床のエンサイクロペディア、待望の改訂

医学書院

神経内科ハンドブック 第5版

鑑別診断と治療

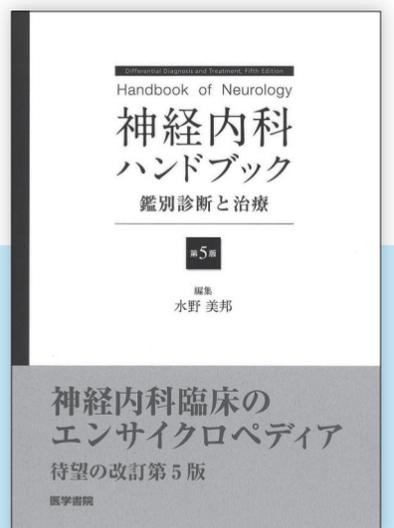
編集 水野美邦 順天堂大学名誉教授

神経内科専門医をめざす研修医・若手臨床医のための定番書、5年ぶりの改訂。進歩著しい神経学の知識をフォローすべく、各種領域のエキスパートが分担して内容をくまなくアップデート。神経学的診察法などについては従来どおり懇切丁寧に解説しながらも、改訂にあたり目次構成を見直し、ベッドサイドでさらに扱いやすくなることをめざした。まさに神経学の臨床エンサイクロペディアといえる1冊。

●A5 頁1368 2016年 定価:本体13,500円+税 [ISBN 978-4-260-02417-4]

Contents

- 1章 神経学的診察法
- 2章 局所診断
- 3章 症候から鑑別診断へ
- 4章 神経学的検査法
- 5章 診断と治療



座談会 高齢心不全患者を診る

<出席者>

●いのまた・たかゆき氏

1989年新潟大医学部卒業後、同大第一内科およびその関連病院で内科医として勤務。独マックスプランク研究所神経免疫学部門への留学を経て、98年北里大循環器内科学助手、2000年同講師。16年より北里大北里研究所病院循環器内科部長。博士課程で心不全、心筋疾患の研究に従事した経緯から、心不全臨床を専門とする。

●とみやま・みゆき氏

2002年より尾道総合病院に勤務。06年に3学会合同呼吸療法認定士、07年に心臓リハビリテーション指導士、12年に慢性心不全看護認定看護師を取得。多職種によるチーム医療、地域連携に積極的に取り組んでいる。現在、病棟に勤務しながら1回/週のハート外来(看護外来)を行っている。

●ゆみの・だい氏

1998年順大医学部卒業後、東京女子医大病院循環器内科入局。2006年、カナダ・トロント大客員研究員として、心不全と睡眠時無呼吸症に関する研究を重ねる。帰国後はふたたび東京女子医大病院に戻り、心不全患者を主とした治療・ケアを行う。12年ゆみのハートクリニック開院。慢性心不全の在宅ケアについて、積極的に取り組んでいる。

働き掛けをすると同時に、地域の医療機関と共に患者さんを診ようとする姿勢を持たなければいけません。

弓野 そうですね。地域へ戻すということは、病院が完全に関与しなくなるという意味ではありません。病院と診療所の“2人主治医制”で臨めると理想的だと思っています。そして病院と地域間の縦の連携はもちろん、地域の医療機関同士も横の連携を取り、コミュニティ・ベースで縦横連携のチーム体制を構築していくことが望ましいでしょう。猪又 弓野先生はそうした体制づくりをすでに実践されています。実際に苦労していることはありますか。

弓野 個人情報保護の壁は厚いです。ご家族やケアマネジャー、訪問看護師からの紹介があった際、すでにかかりつけとなっている病院に問い合わせをすることがありますが、情報提供を受けられないまま診療が始まるケースもあります。ですから、普段から関係づくりをきちんと行っておく重要性を本当に実感しているところです。

富山 やはり顔の見える関係性が欠かせませんよね。私の病院では、地域の医療介護関係者がよく顔を出してくださるので、そのときに自然と情報共有ができています。相手の顔が見えていることはお互いの安心感になりますし、患者さんにとっても、病院と地域が連携することは、療養生活を送る上で大きな安心につながると思います。

弓野 あくまでも顔が見えるアナログな関係性を、医療者同士が持ち続けることが大切です。直接会って話をする機会の一つとして、当院では、患者さんの退院時にスタッフが病院に行き、退院調整カンファに必ず参加するようにしています。

猪又 他施設とのカンファを試みようとしても、調整が難しいケースも多いように思うのですが。

弓野 多施設・多職種のメンバーが、忙しい合間を縫って時間調整を行うのは確かに大変です。当院では、日頃の連携や会議調整の旗振り役は、ソーシャルワーカーです。情報共有に関しては、直接会う、電話、メール、文書、ICTなどの手段を活用してコミュニケーションを取っていますが、そこで会議前のある程度多職種の意見を引き出しておくようにしています。そして、「この関係者は外せない」というキーになる存在がいるので、日程調整はその方を軸に行います。

猪又 患者さんを一緒に診ていくとなると、「情報提供書のやりとりを一度して終わり」ではありません。多施設間での情報共有をうまく図るための方法を模索していくことも、今後の課題と言えそうです。

早い段階から患者・家族と共に今後について考える

猪又 心不全で亡くなる方が増えてい

くと冒頭に話しましたが、そもそも心不全における終末期とは何でしょうか。

弓野 心不全においては、医療者にとっても終末期の見極めが非常に難しいです。がんの終末期は急激に病状が悪化していくのに対し、慢性疾患である心不全は増悪と寛解を繰り返しながら時間を掛けて病状が進行していきます。つまり、「もうダメだ」と思うような状態で入院となっても、元気になって退院するケースもあるわけです。猪又 とはいえ、いずれ終わりへと向かう場面が訪れますよね。そのタイミングを、どうとらえていますか。

弓野 医療者が自分たちなりの基準を持っておくことが必要になると思います。実際に、当院では判断基準を設けて皆で共有しています。

富山 終末期の見極めが難しいぶん、いつ患者さんやご家族に今後のことを

高齢心不全患者の特異性を明確にし、医療者全体で認識の共有を

猪又 心不全における終末期のもう一つの特徴としては、症状緩和・苦痛緩和の問題があります。がんの緩和ケアでは、がんそのものとは関わらずに、苦痛に対してのみ介入することが基本となっているのに対し、心不全では少々事情が異なります。

富山 症状緩和のための強心薬や利尿薬も、「もう何もしないと言ったのに、強心薬や利尿薬をいつまでも続けているのはおかしいのではないか」と考えるスタッフもいます。患者さんの苦痛をできるだけ取ってあげたいという気持ちは皆一緒なのですが、苦痛が十分取れないこともあるので、そのあたりは今後の課題だと感じます。

猪又 心不全における苦痛はあくまでも心不全によるものです。症状緩和が苦痛緩和にもある程度つながる以上、治療を完全にやめることはできません。それでも補いきれない部分への対応を考えていくことが、問われているわけですよね。

弓野 はい。苦痛緩和に関して言えば、「心不全の終末期＝モルヒネ」となってしまうのではないかと危惧しています。モルヒネにはあくまでもモルヒネの適応があって、苦しうだから、だるうだから……と、モルヒネを使うべきではありません。同様に、終末期で経口摂取ができなくなっている症例への安易な輸液も、推奨されるべきではありません。

猪又 心不全の終末期における苦痛や愁訴が、これまでにきちんと整理されてこなかったことも、混乱を招いている一因でしょう。実は、日本心不全学会で高齢心不全患者の治療に関するステートメントの作成が進んでおり、間もなく発表される予定です。その中で、終末期についても触れています。

弓野 終末期を含め、「高齢心不全患者」にどのような特異性・問題点があるのかを明確にし、非循環器専門医の先生方との認識を共有していく必要が

お話しすべきか悩むケースも多いです。口には出さなくても、患者さん自身が「もうダメかもしれない」と感じている瞬間があります。そう感じる前にお話しできればいいのですが、弓野先生はどうされていますか。

弓野 意思決定支援はそのプロセスが大切になるので、より早い段階から患者・家族、医療者が一緒に考える機会を持てるよう心掛けています。当院では、訪問診療などの依頼を受けたタイミングで、ソーシャルワーカーが事務的にリビングウィル調査票を出しています。事務的と言うと誤解を受けるかもしれませんが、患者さんや家族が、残りの人生をどう生きたいと考えているかを私たち医療者が聞き、それを共有し、一緒に今後を考えていく過程が重要なのだと感じます。

あります。また、これから社会全体の問題としていくなれば、患者さんがどのようなことで困っているのか、何を求めているのか、患者さんの生の声を拾い上げていかなければいけないでしょう。

*

富山 患者さんを支えていくための資源は地域ごとに異なります。今後は「医療」と「介護」だけでなく、「福祉」まで含めて、それぞれの地域に合った体制を作っていけると良いのではないかと思います。

弓野 心不全に限らず、最期をどこで迎えるかは今後の大きな問題になっていくでしょう。昔がそうであったように、地域、可能であれば自宅で最期を迎えることが、今の日本でも当たり前を選択肢になれば良いと思います。医療者には、まず最期を迎える場所として「家」という選択肢も示した上で、ご本人の意向を聞き、その後の展開を考えてもらいたいです。

猪又 心不全をハブとして、フレイルや認知症、独居といったさまざまな問題が存在しています。ですから、心不全への介入を主軸に、周辺のコモビディティを考えていくことができると思うのです。また、心不全は“病氣”ではなく“人”を診ることを学ぶための良い題材でもあります。そうした特徴を併せ持つ心不全診療は、これからの日本の医療体制の在り方を考えていく上での足掛かりになり得るのではないのでしょうか。「高齢者医療」という大きなテーマの中に、「心不全」が埋没してしまわぬよう、議論を深めていきたいとあらためて感じました。(了)

●参考文献

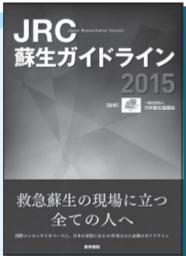
- 1) Circ J. 2006 [PMID : 17127810]
2) Circ J. 2004 [PMID : 15118283]
3) Circ J. 2011 [PMID : 21436596]

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

各国の蘇生協議会を束ねる国際組織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。日本蘇生協議会が総力をあげ、徹底的な議論を経て作り上げた。新たにファーストエイドの章が新設されたことをはじめ、すべての内容が改めて検討された。救急蘇生の現場に立つ、医師、看護師、救急救命士をはじめとする全ての人に必携のガイドライン。

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応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、本書ではさらに、聖路加国際病院心血管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。日々の臨床に役立つサイドメモ40題も収録。

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血管センター循環器内科部長



寄稿

あなたの組織、「危機管理」できていますか？ 医療安全だけが危機管理じゃない！

柏木 秀行 飯塚病院 緩和ケア科部長

医療の質・安全の重要性が以前より叫ばれているが、医学部教育から卒業教育を通じて、十分な教育・研修の機会が提供されているとは言い難いように思う。そのような問題意識から筆者は、2016年6月に開催された「第7回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会」において、「あなたの組織「危機管理」できていますか？」というテーマでワークショップを開催した。当院での実務経験と、筆者が通っていた経営大学院での学びを融合させたものであり、医療の質・安全における学びの一つとしてその概要を紹介したい。

医療安全以外のリスクへの備え 実際に発生したときの対応

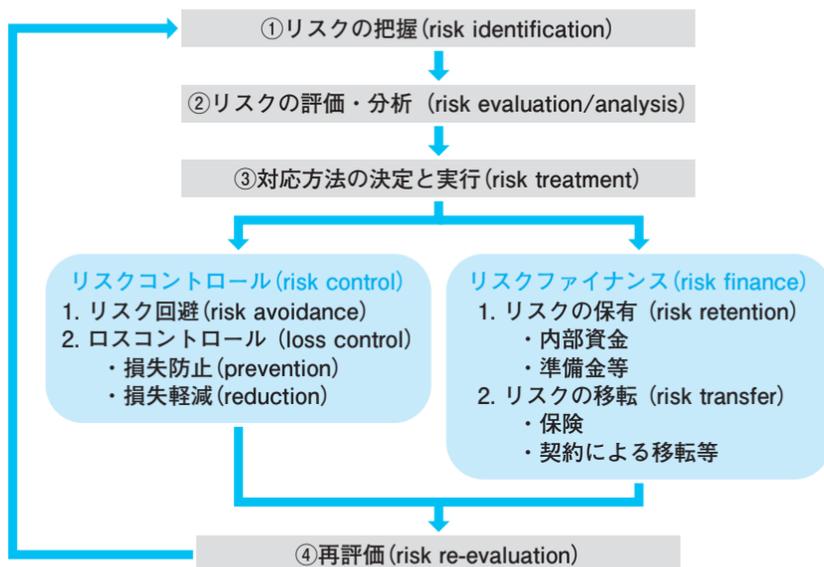
現在筆者は卒業後10年目の臨床医で、福岡県にある飯塚病院の緩和ケア科において、指導医および管理職を担っている。部門の運営に携わるようになると、好むと好まないにかかわらず、医療安全にもかかわらざるを得ない。2015年10月1日には医療事故調査制度も施行され、危機管理の重要性は今後さらに増すであろう。そんな中、筆者には以下2つの疑問が生じていた。

1) 危機管理では医療安全ばかりが取り上げられるが、それ以外にも備えておくべきリスクがあるのではないか

書店には医療安全に関する質の高い書籍が多く並んでいる。医療安全管理部門などが存在する一定規模の病院では、院内職員向けに勉強会を開催しているところも多い。しかし、組織が直面する危機は、医療安全に関するものばかりではない。例えば、
・職員が飲酒運転で逮捕され、テレビで実名報道された
・患者の個人情報が含まれる記憶媒体を紛失した
といった事態はどうだろうか。このように、医療機関が備えておくべきリスクは「医療サービス提供にかかわるリスク」だけでなく、「経営にかかわるリスク」なども含まれる。しかしながら、医師や看護師をはじめ、医療専門職がそうしたリスクについて学ぶ機会是非常にまれである。

2) 未然防止の大切さが強調される一方で、実際に生じてしまった場合にどう対処すれば良いのか

医療現場に限らず、リスク管理の分野では未然防止策を講じることの重要性が強調される。実際、多くの医療機関では医療事故を防ぐためにさまざま



●図 リスク管理のマネジメントプロセス (参考文献1をもとに作成)

な教育やシステムが導入されている。しかし、本来生じてはならないはずの危機が生じてしまった場合「管理者として何をすべきか？」という点について学ぶ機会は決して多くない。

リスクの把握と リスクの評価・分析を行う

こうした状況に漠然とした不安を抱いていた筆者は、一般企業で危機管理を担当する経営大学院の同級生と議論するようになった。その中で、他業界の取り組みをヒントに、医療機関が取り組むべき危機管理について学ぶ機会を作ろうと考えたのである。

学会当日のワークショップには18人が参加し、医師以外に薬剤師の姿もあった。まず、当院の医師2人(筆者: 卒業後10年目・緩和ケア科、岡村知直: 卒業後7年目・総合診療科)が、「危機管理概論」と題するレクチャーを行い、「危機管理とは、企業経営や事業活動、企業イメージに重大な損失をもたらす、あるいは社会に重大な影響を及ぼす事態を「危機」ととらえ、万一危機が発生した場合に損失や影響を極小化するための活動」であることを共有した。また、危機発生前の「平常時の取り組み」と発生後の「危機への対処」の双方が、組織の危機管理を考える上で重要であることを強調した。

リスク管理のマネジメントプロセス(図)においては、個別のリスク対応を実行する前に、「①リスクの把握」および「②リスクの評価・分析」を行うことが重要である(当然、医療サービス提供に限定した話ではない)^{1,2)}。そこでワークショップでは、これらの

プロセスを実習形式で学んだ。

具体的には、まず参加者全員に各自の施設の状況を鑑み、「医療行為に関連したリスク」と「医療行為以外のリスク」を、こちらで準備したリストに抽出してもらった。そして、それを基に組織に対する影響度と発生頻度を評価し、リスクマトリックスシートにプロットする作業を行った。この作業を通して、リスクを「直ちに対策の実施が必要な High Risk 群」、「High Risk 群にならないための対策が必要な Medium Risk 群」、「現状のままで定期的な評価を行っていけばよい Low Risk 群」に分け、組織に潜在するリスクの評価と対策の優先順位付けを行った^{2,3)}。

続いて、萱嶋誠氏(当院企画管理課長)が、広報担当としての経験に基づき、医療機関における危機対応のレクチャーを行った。組織規模や体制によって、できること・できないことは変わってくるが、準備が全くなされていない中で「危機」をどのように回避するかが重要である。医療機関や医療者は、一般社会から期待されるイメージや役割の大きさから、想定された以上の影響が発生することがある。特に、広報対応を誤ると当事者である個人とその組織に対して、二次的・三次的被害にもつながりかねないため、法的責任や社会的責任に加え、与える印象や感情への配慮も重要である。さらに、「万が一、飯塚病院でこのような危機が生じたら、誰が、どのように初動を行うか？」というテーマで、実際に想定される動きのシミュレーションも行い、医療機関における取り組みの一例として紹介した。

●かしわぎ・ひでゆき氏



2007年筑波大医学専門学群を卒業後、飯塚病院にて初期研修修了。同院総合診療科を経て、現在は緩和ケア科部長として研修医教育、診療、部門の運営に携わる。地域包括ケア推進本部、筑豊地区介護予防支援センター長などを兼任。グローバル経営大学院修了。ご質問ご要望は、hkashiwagi1@aih-net.com まで。

リスクの未然防止と、適切な対応が可能な人材の育成を

最後に、筆者の経営大学院の同級生である田原繁氏(九州電力株式会社地域共生本部 危機管理グループ)が、社会的影響の大きな企業の一例として、「一般企業における危機管理の取り組みや実際」を紹介した。東日本大震災や企業活動の中で経験したさまざまな危機事案に触れ、その中で見直しや改善を重ねてきた現在の危機管理体制について解説した。危機発生時の初動対応の組織化や、「事実の共有と伝わるスピード」を重視した情報の伝達体制、他社事例から学ぶための取り組みなど、大変参考になるものであった。終了後のアンケートでは、

- ・医療安全以外にもリスクがあるということが納得できた
- ・会見やマスコミとの付き合い方は、役に立った
- ・他業界の安全に対する考え方を学びたいと思った
- ・リアリティがあり、大変勉強になった。持ち帰れる部分はすぐにでも生かしたい

といった意見をいただき、組織を運営する上で危機管理に対する各施設の関心の高さがうかがえた。

冒頭でも述べたように、危機管理について学ぶ機会は少ない。しかしながら、医療機関の運営が複雑化し、社会から求められる機能や役割が高度化している昨今の状況においては、危機の未然防止、発生した危機への適切な対処ができる人材の育成が重要である。

本ワークショップは、医療を直接提供する専門職(医師や看護師など)だけでなく、組織を運営する事務スタッフなどにも他業界の取り組みを紹介することで、危機管理への関心を高めることをめざしたものである。今後、さらに内容を深め、より多くの医療機関で活用できる内容へと発展させていきたい。

●参考文献

- 1) 飯田修平. 医療安全管理者必携 医療安全管理テキスト 第3版. 日本規格協会; 2015.
- 2) 危機管理システム研究会メディカルリスクマネジメント分科会編. あなたの医療は安全か?—異業種から学ぶリスクマネジメント. 南山堂; 2011.
- 3) 平成18年度医療経営人材育成事業 ワーキンググループ事務局. 経済産業省サービス産業人材育成事業 医療経営人材育成テキスト [Ver.1.0]—13. リスク管理. 2006.

『科研費 採択される3要素』刊行記念セミナーのお知らせ

テーマ 「科研費」—採択されるために 実際の申請書の添削例を基にした実践的レクチャー

講師 郡 健二郎 先生(本書著者・名古屋市立大学・学長)

日時 2016年9月24日(土) 第1回 13:00~15:00 第2回 15:30~17:30
(第1回と第2回は同内容です。入れ替え制です)

会場 医学書院本社会議室(東京都文京区本郷1-28-23)

定員 各回80人

受講料 3,000円(税込、資料代などを含む、当日払い)※指定テキスト代別

参加お申込み方法 以下のセミナーページから、お申込みください。

<http://www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do>

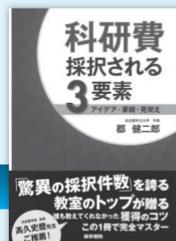
指定テキスト

郡健二郎著「科研費 採択される3要素—アイデア・業績・見栄え」(医学書院刊)をテキストとして使用いたしますので各自ご持参ください。当日会場での販売もご用意です。

採択される申請書は、どこが違うのか?

科研費 採択される 3要素

好評発売中!



アイデア・業績・見栄え
郡 健二郎

●B5 頁196 2016年 定価:本体3,800円+税
[ISBN978-4-260-02793-9]

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・感染症科医幹

【第4回】

好中球減少と感染症① リスク分類してますか？

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。

前回は「バリアの破綻」における感染症のお話でした。今回から数回にわたり、「がんと感染症」の“主役”でもある「好中球減少時の感染症」について説明したいと思います。

さて、「発熱性好中球減少症 (Febrile Neutropenia; FN)」または「好中球減少時の発熱 (Neutropenic Fever; NF)」と言え、今やほとんどの医師、あるいは医学生にとってもなじみ深いフレーズではないでしょうか。確かにFNは内科的緊急疾患 (medical emergency) ではありますが、一言でFNといっても、その病態や引き起こす微生物は、がん種や治療によって、またリスクによってかなり異なってきます。今回はFNを語る上で最も重要なリスク分類について詳しく述べていきましょう。

発熱性好中球減少症 (FN) の定義¹⁾

- 末梢血好中球数
500/ μ L未滿、もしくは
48時間以内に500/ μ L未滿となることが予想される
- 発熱
口腔温が38.3°C以上、もしくは
口腔温が38.0°C以上が1時間以上持続
(日本では腋窩温が37.5°C以上、もしくは口腔温が38.0°C以上)

FNという言葉に踊らされるな!

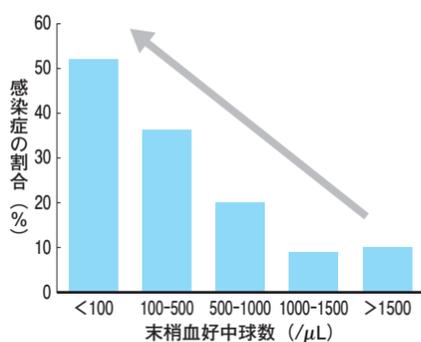
初学者の方は、FNの定義をしっかりと覚えておくに越したことはありません。ただし、これはあくまで「定義」であって、必ずしも実臨床に「そのまま」生かせるわけではありません。FNというものは「疾患群」ではなく、一つの「状況」を示しているにすぎないからです。つまり、「好中球数が減少して」「発熱している」という状況をもっともらしく表現しているだけなのです。

感染症を勉強している方は、「よし、FNだから抗緑膿菌活性を有する広域抗菌薬のセフェピムやタゾバクタム・ピペラシリン、またはメロペネムを速

やかに投与しよう」となるでしょう。多くの場合、患者さんの状態は良くなるかもしれませんが、そこでとどまってしまうと「がんの感染症」を本当に理解していることにはなりません。なぜなら、リスクに応じた起因菌の想定と治療アプローチが抜け落ちて

好中球減少時の「発熱」ではなく 好中球減少時の「感染症」

1966年、MD アンダーソンがんセンター (MDACC) の初代感染症科チーフであったDr. Gerald P. Bodeyは、末梢血好中球数が減少すればそれに応じて感染症のリスクが増大することを報告しました²⁾ (図)。



●図 好中球減少と感染症の関係(文献2より)

以降、FNの概念は急速に広まることとなります。

また好中球数のみならず、好中球減少の期間も感染症のリスクと密接に関連していることが知られてきました。

ただし、大事なことは「好中球が減少」している状態です。「発熱」そのものはさほど重要ではありません。ステロイドなどを使用していれば発熱がなくても当然構いません。また敗血症の際に低体温が見られることもよく知られています。

本稿を通じて皆さんには、好中球減少時の「発熱」ではなく好中球減少時の「感染症」という概念を持ってもら

いたいと思います。「好中球減少時」には「発熱」という非特異的な現象に盲目的に振り回されるのではなく、病歴、Review of System (ROS)、全身状態、身体所見、検査所見などを最大限に駆使して、感染部位や起因微生物を特定する努力をする。その上で、「好中球減少の程度(数)」と「好中球減少の期間」に注目するようにしましょう。そうすることで、たとえ感染部位や起因微生物がわからなくても、かなり絞り込むことができ得るのです。

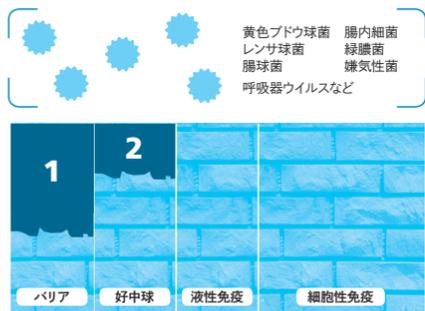
3つのリスクに応じて考える

FNのリスク分類といえば、真っ先にMASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer) スコア³⁾が頭に思い浮かぶ人もいることでしょう。確かにMASCCスコアは高リスク群と低リスク群に分類するのに有用ですが、致命的な欠点があります。それは好中球減少の程度と期間を考慮していないことです。ですのでMASCCスコアのみを用いるのはあまり望ましくありません。やや客観性に欠けるといふ批判もあります。より客観性のあるものにCISNE (Clinical Index of Stable Febrile Neutropenia) スコア⁴⁾がありますが、あくまで固形腫瘍のみを対象としており、全体的なリスク分類には使用できません。

臨床的に最もよく用いられるのは、米国感染症学会 (Infectious Diseases Society of America; IDSA)¹⁾ や米国臨床腫瘍学会 (American Society of Clinical Oncology; ASCO)⁵⁾、または全米総合がん情報ネットワーク (National Comprehensive Cancer Network; NCCN)⁶⁾ が提案しているリスク分類です。いずれも好中球減少の程度と期間を考慮しているからです。IDSAとASCOは高リスク群と低リスク群の2群に分類しています。MDACCでは、高リスク群、低リスク群に加えて中間リスク群の3群に分類したNCCNのリスク分類 (一部改変) が採用されていきました。より臨床に即していることがその理由です。以下にNCCNの各リスク分類を示します。

低リスク群

- ・好中球減少 (500/ μ L未滿) が7日以内
- ・MASCCスコアが21点以上
- ・がん種: 固形腫瘍など
- ・起因微生物: 基本的には細菌感染症。バリアの破綻があればカンジダも



- 1 カンジダ
- 2 緑膿菌
多剤耐性菌: MRSA, ESBL 産生菌

中間リスク群

- ・好中球減少 (500/ μ L未滿) が7日から10日程度
- ・がん種や治療: 悪性リンパ腫、慢性リンパ性白血病、多発性骨髄腫、自家造血幹細胞移植など
- ・起因微生物: 細菌感染症に加えてHSV/VZVなどのウイルス感染症も。真菌感染症ではカンジダがメイン。アスペルギルスはあまり多くない。ムコールは非常にまれ



- 1 カンジダ
- 2 緑膿菌
多剤耐性菌: MRSA, ESBL 産生菌
HSV/VZV
カンジダ
(糸状菌: アスペルギルス)

高リスク群

- ・高度好中球減少 (100/ μ L以下) が遷延 (7~14日以上) する場合
- ・MASCCスコアが21点未滿
- ・がん種や治療: 急性白血病、骨髄異形成症候群、同種造血幹細胞移植など
- ・起因微生物: 細菌感染症、ウイルス感染症に加えて真菌感染症が増える。カンジダ、アスペルギルス、ムコールが非常に重要



- 1 カンジダ
- 2 緑膿菌
多剤耐性菌: MRSA, ESBL 産生菌
HSV/VZV
カンジダ
糸状菌: アスペルギルス, ムコール

このように、リスクによって「好中球の壁」の下がり具合が異なり、現れる微生物も違ってきます。細菌のみなのか、ウイルスや真菌も考慮すべきなのか。特に中間リスク群、高リスク群において真菌は非常に重要です。予後不良のため早期治療が必要である一方、カンジダ、アスペルギルス、ムコールの治療法はそれぞれ異なるからです。

今回は「好中球減少と感染症」においてリスク分類の重要性をお話ししました。次回からはそれぞれのリスク群で具体的な症例を元に「好中球減少と感染症」に迫っていきましょう。

【参考文献】
 1) Clin Infect Dis. 2011 [PMID: 21205990]
 2) Ann Intern Med. 1966 [PMID: 5216294]
 3) J Clin Oncol. 2000 [PMID: 10944139]
 4) J Clin Oncol. 2015 [PMID: 25559804]
 5) J Clin Oncol. 2013 [PMID: 23319691]
 6) J Natl Compr Canc Netw. 2016 [PMID: 27407129]

新シリーズ **DSM-5® セレクションズ** 監訳 高橋三郎 医学書院

好評既刊の『DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル』、『DSM-5ガイドブック』、『DSM-5ケースファイル』、『DSM-5診断トレーニングブック』より疾患ごとに関連の記述を抜粋して1冊にまとめた新シリーズ

神経発達症群
●A5 頁240 2016年 定価:本体2,700円+税 [ISBN978-4-260-02845-5]

抑うつ障害群
●A5 頁176 2016年 定価:本体2,700円+税 [ISBN978-4-260-02844-8]

統合失調症スペクトラム障害 および他の精神病性障害群
●A5 頁168 2016年 定価:本体2,700円+税 [ISBN978-4-260-02843-1]

一挙3冊刊行!

10年ぶりの大改訂! さらにパワーアップ!
素朴な疑問を解決すれば、明日の麻酔が楽しくなる

新・麻酔科研修の素朴な疑問に答えます

▶研修医が抱く「素朴な疑問」に真正面から向き合い、Q&A形式で解説し、好評を博したベストセラーテキスト、10年ぶりの増補改訂版。麻酔科診療の全領域を網羅。近年の麻酔法の進展、使用薬物の変化などを踏まえ、大幅更新。かつ雑誌「LiSA」徹底分析シリーズで掲載された疑問を厳選しブラッシュアップ、書き下ろしの新項目とあわせて追加。全10章103問、360頁にボリュームアップ。麻酔科研修医のみならず、上級医・教官も目からウロコの一冊。

編集: 稲田 英一 順天堂大学医学部 麻酔科学・ベインクリニック講座主任教授

定価: 本体5,200円+税
B5 頁360 図47・写真18 2016年
ISBN978-4-89592-866-3

MEDSI 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 http://www.medsi.co.jp
FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学 / 神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第39回】

進歩の原理： 生涯学習の態度と方法

ジェネラリストよりも、スペシャリストよりも、「ジェネシャリ(ジェネシャリスト)」のほうが医師のモデルとしてふさわしいという話をずっとしている。しかし、言うはやすし。行うは難し。ジェネシャリになることも、そうあり続けることも簡単ではない。これは生涯学習の問題だ。

医学は進歩していく。細分化と情報増大が著しい医学の世界は“肥大”していると言ってよい。かつて見えていたはずの医学・医療の進歩の境界線は、はるかかなたの見えないところにある。

全領域において全ての医学知識をカバーするのはとても不可能であり、それを目標にすべきではない。いわゆる“ジェネラリスト”だって(かつて多くの若手医師がそうなりたいたと憧れたように)“何でもできる”わけではない。ジェネラリストであってもスペシャリストであっても、知識と技術が包括する範囲は、自分の診療環境にフィットしたものに限られる。悪性リンパ腫の最新の分類を暗記し、スワン・ガンツ・カテーテルをやすやすと入れるジェネラリストは稀有だろうし、そういう人をジェネラリストとは呼ばないだろう。

そこで生涯学習である。“肥大”し続ける医学の世界で、いかに勉強を重ねて進歩し続けることが可能であろうか。

一つは、「ノウハウ型」(=回答型)のアタマの使い方から、「質問型」のアタマの使い方に変換することである。

世の中は2つに大別できる。私の知っていることと、知らないことだ。私の知っていること、つまり「ノウハウ型」の知の体系内で勝負している限り、経験が重なっていけば学ばなければならないことは減っていく。研修医のときは薬の名前や投与量、輸液の使い方を覚えるのに四苦八苦したけれども、経験を重ねていくうちにそういうことはソラでできるようになる。言い換えるならば、“知っていること”は洗練されていく。

日本人の学習法は基本的に「ノウハウ型」だ。こういうときはこうすればよい。ああいうときはああすればよいという know how, あるいは do how の積み重ねだ。この型を覚えると日常診療は楽になるし、経験が長くなればさ

らに楽になる。経験値依存型の知の体系なので、年長者は年少者よりも常に偉い。「こういうときは、こうするものよ」と言えるパターンを多く持っている者の勝ちだからだ。卒業年数をすぐに知りたがり、「どちらが上から目線で物を言えるか」確認したがる日本の医者ムラは、ノウハウ型の診療が幅を利かせている結果とも言える。

ノウハウ型の知の体系であれば、年長者になればなるほど勉強するインセンティブを失ってしまう。だから勉強しなくなる。日本の多くの医者が、年齢が上がれば上がるほど勉強しなくなるのは、このためだ。

しかし、“知っていること”ではなく“知らないこと”にウェイトを置く質問型のアタマであれば、経験値が無勉強を促すことはない。経験を積み積むほど、患者の観察が細かくなり、これまで読み飛ばしていた疑問に対して、より自覚的になれるからだ。臨床医学において、わからないものはたくさんある。例えば、「尿酸値が高ければアロプリノール飲ませとけ」だったのが、「アロプリノールが患者に何をもたらすのか」というさらに高次の質問に転化できるわけである。

質問型の知の体系はインターネットによるデータベースへのアクセスによって実践が可能になる。これがEBMの要諦だ。日本でEBMが実践されにくい障壁は2つある。一つは英語力のなさ。もう一つは質問型メンタリティーのなさである。「風邪にはフロモックス使っとけ」みたいなノウハウ型の知の体系からでは、EBMはスタートのしようがないのである。

ただし、このような質問型の知の体系は、ともするとオン・ザ・ジョブのトレーニングの中では“自分の周辺”の知の体系に小さくまとまりがちだ。

それにたとえ質問型のメンタリティーを持っていても、それをEBMや研究を駆使してアンサーすることの繰り返しでは、それもまた一つの「ノウハウ」の型にはまってしまふ。「わからない→調べる→わかるようになる」という型も一つのノウハウだからだ。

さらに大きな枠でジェネシャリとして生涯学習をするためには、もっと広い体系で勉強する必要がある。学術集会や各種の講習会はその一助となる。

ただし、こういうのは緩い。居眠りOK、内職OK、スマホいじりOKで、学びの評価もない。“ゴリゴリと勉強する感じ”はないので、どうしても自分に甘くなりがちだ。年をとってくるとどんどん自分に甘くしてもよい言い訳を思いつく。記憶が劣化し、各種能力が衰えていく中では、若い時以上の努力と工夫が必要なのに。

その克服法として、学習活動にプロダクトを作る義務を課すというものがある。昨年、ぼくは感染症数理モデルの講習に参加したが、これがそのようなスタイルだった。10日かけて数理モデルを勉強し、自分でモデルを作ってみる。アウトプットがあるとかなり真剣に勉強しなければならない。

もう一つ克服法があり、それは前回(第38回)で述べた再認定試験(recertification)である。体系的に全部学び直すのだ。悪性リンパ腫の分類とか(こだわらなあ)。ABIMは批判されても再認定試験はやめないでほしい。日本の専門医制度でも定期的な再認定試験を生涯学習として課すべきだ。大人の勉強は弛緩型になりがちだ



が、時々には集中型にしたほうがよい。ゴリゴリと受験生のように勉強するのだ。そこで、ぼくは各種試験を年に2回程度、自分に課すことにしている。それは専門医試験だったり、語学の検定試験だったりする。このような足かせがあれば、怠惰な自分でもゴリゴリと勉強せざるを得ない。むしろ、そういう足かせがなくてもゴリゴリ勉強できるのが本当は素晴らしいのだろうけど。

米国「プレイントゥリーモデル」にみる、患者中心の医療モデル

「患者中心」で成功する病院大改造

医療の質を向上させる15章



原書編集 Susan B. Frampton・Patrick A. Charmel
訳 平原憲道・和田ちひろ

患者中心の医療のモデルとして知られている米国「プレイントゥリーモデル」の考え方と、導入した医療施設の概要をまとめたもの。患者中心の医療に求められる要素とは何か、医療の質を向上させるためのケアはどういったものか、実践も含めて解説。さらに、病院経営の視点からみた「患者中心の医療」、医療者と患者の関係、医療の質と安全性等にも言及。患者のための病院づくりに応用可能な事例も掲載。

●A5 頁368 2016年 定価:本体3,800円+税
[ISBN978-4-260-01242-3]

医学書院

●お願い—読者の皆様へ

弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください。

記事内容に関する件

☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ

書籍のお問い合わせ・ご注文

お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ
ご注文につきましては、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

「知」に足が着いた 臨床技能のステップアップを

新刊 循環器研修テクニカルノート 心不全

臨床を上手に行うための「頭と実地」のテクニック

▶循環器診療において、頭の中の知識をどう整理し、実際にどのように診療するのか、という思考と実地の両面を、具体的な方法(テクニカルな考え方・技術)として解説するシリーズ、第1弾。心不全診療の基本を重視しつつ、急性期・慢性期診療と薬物処方方のテクニックを筋道立てて実践的かつ具体的に指南。患者像をイメージしながら、臨床現場で手ほどきを受けるような感覚で読み進むことができる。循環器医・研修医はもちろん、心不全診療に携わる総合診療・救急・集中治療医にとっても、臨床技能の向上につながる珠玉の1冊。

著:樋口 義治 大阪警察病院循環器内科部長

定価:本体5,000円+税
A5変 頁268 図95・写真43 2016年
ISBN978-4-89592-865-6

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

MEDSI 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

Medical Library 書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部(03-3817-5657)まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

DSM時代における精神療法のエッセンス こころと生活みつめる視点と臨床モデルの確立に向けて

広沢 正孝 ● 著

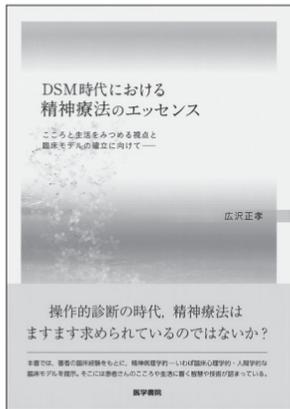
B5・頁160
定価:本体3,500円+税
ISBN978-4-260-02485-3

本書の目的は、精神療法を人間学的に基礎付けることにある。

本邦の精神医学には、精神病理学ないし人間学と呼ばれる知的伝統があり、著者もその学風に出自を持つ。この学派は、患者を症状の箇条書きとしてとらえるのではなく、むしろ、「人物像」ないし「ありよう」として理解しようとする。「患者」とは、実は「患者」である前に「ひとりの人間」である。ある町に生まれ、ある家に育ち、ある生い立ちを送る。人と出会い、愛し、愛され、そして、別れる。他者と和し、争い、歩み寄り、しかし、いつも人と人とのつながりの中で生きている。「患者」と呼ばれる人々の中で、「幻覚」「不安」「抑うつ」などの「症状」だけで満たされた人生を送る者などいない。彼らは、症状を持つ前に「ひとりの人間」であり、彼らにとって「症状」よりも、「生きること」のほうが切実な課題である。

このかけがえのない「ひとりの人間」

病める人を長く援助する 実地医家必読の書



評者 井原 裕

獨協医大越谷病院教授・こころの診療科

を支援することこそ、精神科臨床の目的である。しかし、こころの病を得た人は、人生に相応の影響を受ける。生まれ、生き、老い、といった人としての営みに、疾患によるバイアスが加わる。統合失調症なら統合失調症の、うつ病ならうつ病の、自閉スペクトラム症なら自閉スペクトラム症の、それぞれに特有の変容を受けつつ、人生の航路を進む。健全者と呼ばれる人にも多様な人生航路があるが、患者と呼ばれる人々もそれは同じで、かつ、疾患に共通する曲線を描く。

疾患は、このように患者をその人たらしめる特有の偏倚をもたらす。それを把握する一助となるのが、著者のいう「臨床モデル」である。患者の内的世界は多様であり、豊かであり、かつ独特である。それを理解するために、「人間学的な臨床モデル」(p.v)が提示されなければならない。それによって、「それぞれの疾患患者のもつ性格傾向、それと結び付いた価値観、社会の中での生き方の特徴、その生き方のもつ弱点、適応不全に至る心理的プロセス(内界の変化)とその際の苦悩の質、そして出現してくる精神症状の種類と、その症状のもつ意味」(p.133)を包括的に理解する道が開ける。精神療法の目的

救命救急のディジション・メイキング 実践のためのEBMハンドブック

今 明秀 ● 監訳

A5変・頁1088
定価:本体9,000円+税 MEDSI
http://www.medsico.jp/

評者 林 寛之

福井大病院救急科長/総合診療部長

集中治療となると、どうしても重症患者で思うようにいかないことも多い。確かに一つ一つの臓器を系統立てて診ていき、じっくり対応していくのがICUの醍醐味ではあるものの、先輩医師のアドバイスや病院のルーチン治療が、本当に世界標準の治療かどうか不安になることも多いだろう。

そんな不安を持つ初學者にとって本書は福音だ。集中治療の基礎となる思考過程がしっかりと最近のエビデンスに沿って解説されており、判断に迷ったときの心強い助け船になる。各章終わりの論文が実に多い! ウンチクを垂れるには絶好の本……あ、買いたくありませんか?

近年では超音波を集中治療でも使いこなすのが一般的になっており、RUSHプロトコルは全ての重症患者を診る医師に必須の技術と言える。また肺の超音波検査に関して一章割いており、BLUEプロトコルは刮目に値する。……ほうら、買いたくなってきたでしょ?

時代を反映して、老年医療と緩和ケアも網羅している。一見、高額医療になりがちな集中治療とは縁が遠そうなテーマだが、今や救急医療=老年医療と言ってもよいくらいだ。家族を交えてきちんとコミュニケーションをとることも集中治療では非常に大事なこ

判断に迷ったときの 心強い助け船



になっている。「集中治療って患者さんは気管挿管されているから、口下手でもいいや」と思っていたら大間違いなんだ。ほうら、ますます買いたくなってきたでしょ?

ハンドブックと言いつつ、結構分厚い本になっており、単に手順を書いたマニュアル本との違いは明白だ。どうしてそうなったかという経緯や理論が丁寧に記載されており、特に初期研修医や後期研修医にとってはむしろ理解が深まり覚えやすくなっている。また豊富なエビデンスを理解した上で臨床応用できるので、自信を持って患者の治療に専念で

きる。そう「井の中の蛙」ではない、標準的治療を目の前の患者さんに適用しているという気持ちを持って、胸を張ればいい。

また初期研修医や後期研修医が何を理解していないのか、何を教えると理解しやすいのかというヒントを指導医は本書から得られるだろう。

ERと集中治療は一連のつながりがあるべきであり、ER医もICU医もエビデンスに沿って有機的に連携していかないといけない。そういう意味でも本書を皆さんの施設の救急外来に一冊、ICUに一冊、医局に一冊、枕元に一冊、家のトイレに一冊……テヘペロ!

は、その理解に基づいて、治療者とともに「その人に見合った自己像」(p.135)を探すことにある。

著者は、特定の技法を声高に述べることは避けている。むしろ、個々の障害に固有の特徴を抽出し、その際に精神療法のエッセンスをさりげなく述べるにとどめている。著者のこのスタイルは、精神科医の任務は小手先・

口先の技法を弄することではなく、むしろ、まずもって目の前の患者さんを理解することにあると述べているように思える。

本書は、精神療法のノウハウを性急に追求する人には向かない。しかし、障害を深く理解し、人生を広く理解し、病める人を長く援助しようとする実地医家にとっては、必読の書となろう。

医学書院ホームページ

毎週更新しております

医学書院の最新情報をご覧ください

http://www.igaku-shoin.co.jp

ジェネラリスト向け好評書

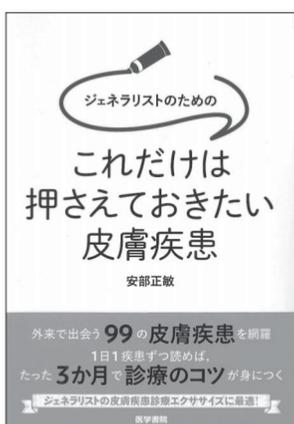
医学書院

ジェネラリストのための これだけは 押さえておきたい 皮膚疾患

安部正敏

アトピー性皮膚炎、おむつ皮膚炎、白癬など、内科外来で出会う皮膚疾患を網羅したまさに「痒いところに手が届く」1冊。ジェネラリストの皮膚疾患診療エクササイズに最適!

●A5 頁248 2016年
定価:本体4,000円+税
[ISBN978-4-260-02483-9]



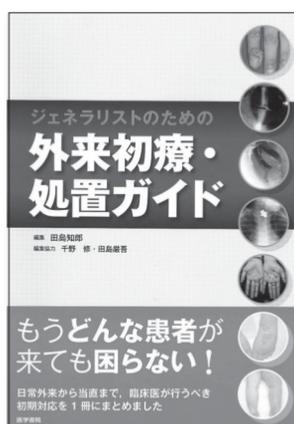
ジェネラリストのための 外来初療・ 処置ガイド

編集 田島知郎

編集協力 千野 修・田島巖吾

臨床医が行うべき初療・外来処置を1冊にまとめたガイドブック。豊富な写真・イラストを用いて、見逃してはならない重要症候や、外来でできる治療手技をわかりやすく解説。

●B5 頁312 2016年
定価:本体8,000円+税
[ISBN978-4-260-02420-4]

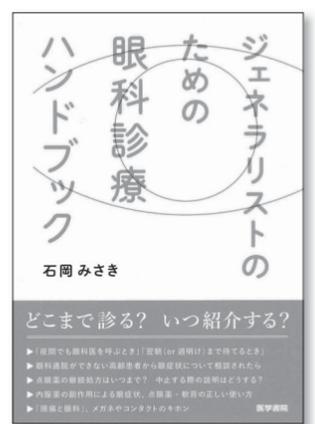


ジェネラリストのための 眼科診療 ハンドブック

石岡みさき

「当直でも眼科医を呼ぶとき」「翌朝(or 週明け)まで待てる時」など、救急やプライマリ・ケアの現場で迷いがちな「眼科」の疑問に答える。

●A5 頁198 2015年
定価:本体3,400円+税
[ISBN978-4-260-02418-1]



こどもの神経疾患の診かた

新島 新一, 山本 仁, 山内 秀雄 編

B5・頁256
定価:本体6,500円+税
ISBN978-4-260-02471-6

【評者】大澤 真木子
東女医大名誉教授

目にした途端思わず手に取ってしまう。温かく心が和む表紙の本である。編集は、日夜活躍中の“新しいアイデアに溢れ、即実行”の新島新一教授(順大練馬病院小児科)、“国際感覚溢れ、実践追究”の山本仁教授(聖マリアンナ医大小児科)、“子どもたちや家族の気持ちを大切に、勉強大好き、身を粉にして完璧追求中”の山内秀雄教授(埼玉医大小児科)による。いずれの方も教育熱心で次世代の小児神経診療を担う医師育成を切望してられる。著者は新進気鋭の37人から成る。

【初級者の手引書であると同時に、専門家が俯瞰するために有用】



本書の特徴は、何と言ってもI章で症候からの鑑別診断を列挙し、II章でおのおのの疾患について言及している点であろう。けれども、意識障害、知能低下・退行、発達障害、運動麻痺、失調、不随意運動、筋緊張異常・低下、筋力低下、頭痛、頭囲異常・頭蓋形態異常、感覚障害、眼の異常、聴覚障害という日常診療で遭遇しやすい14の症候を実感溢れる図と神経疾患のフローチャートで提示、おのおので挙げた29の代表的疾患〔新生児発作、熱性けいれん、てんかん、髄膜炎、急性脳炎、急性脳症、脳出血、脳梗塞、もやもや病、脳腫瘍、先天性代謝異常症、ミトコンドリア病、学習障害(限局性学習症)、注意欠如・多動症、自閉スペクトラム症、急性散在性脳脊髄炎、多発性硬化症、急性小脳失調症、脳性麻痺、筋疾患、重症筋無力症、末梢神経障害、Guillain-Barré症候群と類縁疾患、神経線維腫症、結節性硬化症、Sturge-Weber症候群、片頭痛、Down症候群・染色体異常、水頭症〕について、わかりやすく解説している。読んでみると実感を持って読者の目から脳に飛び込んでくる日常におけるヒントが山積みである。

ページの関係で一部の例を挙げるに

とどめるが、「1. 新生児発作」では発作時脳波を通常脳波とα脳波で示し、また原因検索、治療の手順なども示されている。「3. てんかん」では、2010年の発作型分類、良性てんかん症候群の症状や抗てんかん薬の作用機序と副作用も詳述されている。「5. 急性脳炎」では、一次性脳炎、二次性脳炎〔抗NMDA受容体抗体脳炎、抗VGKC複合体抗体脳炎、難治頻回部分発作重積型急性脳炎(AER-RPS)、欧米ではFIRESと呼称されることが多い〕の原因から治療に至る基本的考え方、「6. 急性脳症」ではけいれん重積型急性脳症

(AEFCSE/AESD)、可逆性脳梁膨大部病変を有する脳炎・脳症(MERS)、急性壊死性脳症(ANE)、先天性代謝異常に伴う急性脳症、出血性ショック脳症症候群(HSES)、Reye症候群が、病日を追った画像と共に言及されている。一読により、最近略語が飛び交い混乱しやすい概念を整理できる。

「7. 脳出血」では、小さな出血も見逃さない工夫、脳外科との連携法が言及されている。「13. 学習障害(限局性学習症)」「14. 注意欠如・多動症」「15. 自閉スペクトラム症」ではその道の超一流の専門家の日常診療での知恵や工夫が述べられ、本人や家族、教育者と向き合うときの参考になる。「26. Sturge-Weber症候群」では、脳外科手術に踏み切る基準なども豊富な経験に基づき書き込まれており、初心者のみならず専門医にも有用。さらに、各疾病解説に入る前に、患者(家族)が疑問に思うと考えられる質問のうち比較的答えづらいと思われる数項目を列挙し、読者を動機付けしながら、それに対する適切な答えを記載している。また20のコラムでは、専門医ならではの診療のコツが解説されている。索引は、欧文、和文から成り、和

統合失調症薬物治療ガイドライン

日本神経精神薬理学会 編

B5・頁176
定価:本体3,600円+税
ISBN978-4-260-02491-4

【評者】井上 猛
東京医大主任教授・臨床精神医学

統合失調症の薬物治療の際には、何がわかっていて、何がわかっていないのか、を知っていることは重要である。昔から自分が思い込んでいたり、精神科医の中で言い伝えられてきたりしてきた知識が実は根拠のないことであるということを知り、愕然とすることがある。例えば、本書では、副作用のアカシジアの対処としては、抗精神病薬の減量、定型から非定型抗精神病薬への変更を推奨しており、他の抗コリン薬、ベンゾジアゼピンなどの併用は推奨していない。若いときから、「低用量の抗精神病薬でアカシジアは生じやすく、高用量ではむしろ起こりにくい」という説を聞くことがあり疑問に感じていたが、本書を読んでこの説が間違っていたということを知った。

【臨床的な疑問に対して最新の文献を基に答えた一冊】



本書では、私たち精神科医が日頃から感じている臨床的な疑問(clinical question: CQと表記されている)に対して、最新の文献を基に、しかも論理的に回答している。まだ十分に研究が行われていないために十分なエビデンスが存在しない場合には、ごく控えめな推奨となっている。したがって、積極的に推奨している場合には自信を持ってその推奨を信じたほうがよいが、エビデンスレベルが低い場合は、まだよくわかっていないため推奨度が低いと考えたほうがよい。例えば、上に例を挙げたアカシジアに対する抗精神病薬以外の薬物併用療法は実臨床ではよく行われていると思われるが、このガイドラインでは「併用しないことが望ましい」と結論している。この非推奨のエビデンスの強さは低く、「行わないことを弱く推奨している」というニュアンスであることが、推奨度として

本書で明記されている。このように、推奨度とエビデンスの強さがきちんと明記されているので、本書を読むときに参考にされるとよい。併用の効果が強く否定されるほどではないがエビデンスは弱いので、むしろ他の抗精神病薬への変更のほうがエビデンスの強さは高いし、お薦めであるということかと推察する。さらに、抗精神病薬の減量のほうがエビデンスレベルは高いとは言えないがよりお薦めであるということでもあろう。このように痒い所に手が届く配慮がなされていることにより、微妙な判断の基準を知ることができ

る。若い医師にもベテランの医師にも本書をお読みになることをお薦めする。私自身読んでとても勉強になったし、私が誤解していたこと、知らなかったことを本書から学ぶことができた。解説を読むことにより、文献、エビデンスからどのように推奨の結論が得られたかについての思考過程を学ぶことができる。もちろん、解説に対して異論を感じることもあるであろうが、それも議論としては重要なことであり、学会などでタスクフォースの先生たちに質問されるとよいのではないかと。最後に、わが国以外ではあまり発売されていない非定型抗精神病薬についても言及されており、海外の文献から得られない知識が得られる点でも本書は非常に有用である。少しだけ残念なことは、海外では既に発売されていて、国内でも最近発売されたか、あるいは現在開発中の非定型抗精神病薬についての言及がなかったことであるが、これは無理もないことなので、改訂版にぜひ期待したい。

文に日常使用される欧文が併記されている。

初級者の手引書であると同時に専門家が俯瞰するために有用である。

これ1冊あれば大丈夫! これからの心理職に 必須の知識とスキルを網羅した決定版!

公認心理師必携 精神医療・臨床心理の 知識と技法

編集 下山晴彦・中嶋義文
編集協力 鈴木伸一・花村温子・滝沢 龍

公認心理師に求められる、医療・保健領域の現場でメンタルヘルズ活動を適切に行うために必要な情報を幅広く網羅した決定版。

●B5 頁360 2016年 定価:本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-02799-1]

公認心理師必携
精神医療・臨床心理の知識と技法

医療・保健領域で活躍するために最低限押さえておくべき知識とスキルはこれだ!
“公認心理師時代”の必携書、堂々完成!

医学書院

新刊

内科ポケットレファランス 第2版
Pocket Medicine: The Massachusetts General Hospital Handbook of Internal Medicine, 5th Edition

定価: 本体4,000円+税
●B6巻 頁292 図99
●2016年
●ISBN978-4-89592-836-6

日本語版監修 福井次矢
聖路加国際病院院長

ジェネラリスト&スペシャリスト御用達 史上最強の“備忘録”

世界的に名高いマサチューセッツ総合病院(MGH)の、蓄積された経験を集約したベストセラーレファランス、待望の日本語改訂版。「コンサルテーション」の章が追加され、全面的にアップデート。内容の充実が回りつつも、増頁は抑え携帯性を追求した備忘録としての機能を堅持。教科書「ハリソン内科学」で勉強し、実地書「ワシントンマニュアル」で知識を整理、そして現場では本書をさっと活用。研修医をはじめ内科診療に関わる医師にとって価値ある書。

救急ポケットレファランス
Pocket Emergency Medicine, 3rd Edition

監訳 北野夕佳
聖マリアンナ医科大学
横浜市西部病院救命救急センター

内科・麻酔科・ICU・プライマリケア・がん診療に続く、シリーズ第6弾。循環器系を中心とした緊要の救命セッティングのほか、外傷/産婦人科/小児/眼・鼻・耳/中毒などを幅広くカバー。救急外来を受診する患者像に忠実に、各状況下での診断・治療・方針決定を、箇条書きで簡潔に解説。コンパクトサイズながら群を抜く情報量で「クリニカル・パール」も満載。救急当直はもちろん、総合診療領域に関わる医師・研修医にとっても頼れるレファランス。

研修医・プロ兼用 救急診療最強の“備忘録”

定価: 本体4,200円+税
●B6巻 頁328 図11
●2016年
●ISBN978-4-89592-863-2

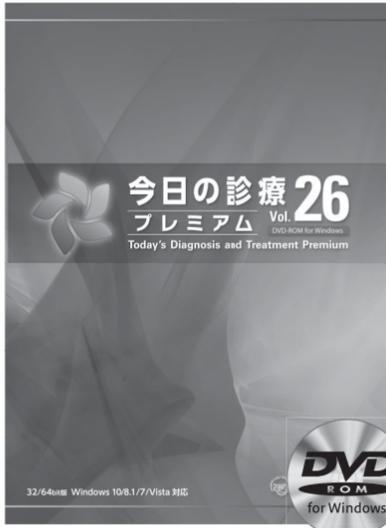
“ボケレフ”シリーズ続々刊行中!

<p>プライマリ・ケアポケットレファランス 日本語版監修 前野哲博 定価: 本体4,200円+税 2015年</p> <p>がん診療ポケットレファランス 監訳 島清彦 定価: 本体4,500円+税 2016年</p>	<p>ICUポケットレファランス 監訳 林淑朗 定価: 本体4,800円+税 2014年</p> <p>麻酔科ポケットレファランス 監訳 牛島一男 定価: 本体4,500円+税 2012年</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

113-0033 東京都文京区本郷 1-28-36 TEL 03-5804-6051 http://www.medsi.co.jp
FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsi.co.jp

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 26 プレミアム Vol.26 DVD-ROM for Windows



Today's Diagnosis and Treatment Premium

●DVD-ROM版 2016年 価格：本体78,000円＋税 [JAN4580492610155]

タブレット端末やスマートフォンなどでもご利用いただける「Web閲覧権」付

タブレット端末やスマートフォン、パソコンなど、お手持ちの複数の端末でご利用になれます*。



*2台以上の端末で同時にログインすることはできません。

※利用可能期間は、お申し込み後1年間です。お申し込みは、2017年4月30日で締め切らせていただきます。
※「今日の診療プレミアムWEB」ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。

today'sdt.com

『今日の診療プレミアム』試用版をご利用ください

医学書院のベストセラー書籍15冊、約100,000件の収録項目から一括検索



治療薬は独自検索機能でさらに便利に

「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。

Search form with fields for drug name, indication, contraindications, side effects, and manufacturer.

データはPCにインストールできます

本商品(DVD-ROM)のデータは、PCにインストールできます。また、オンラインライセンス認証により認証番号の取得を行えば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。

※認証番号の取得は、最大3台までのPCに行うことができます(特定の1人が使用する場合)。

骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.26」もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.26

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円＋税 [JAN4580492610179]

※「今日の診療 ベーシック Vol.26」には、Web閲覧権は付与されません。

収録内容

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2016年版 Update
- ② 今日の治療指針 2015年版
- ③ 今日の診断指針 第7版 Update
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第16版 Update
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2015-2016
- ⑧ 治療薬マニュアル 2016 Update

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第3版 Update
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス
- ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑮ 医学書院 医学大辞典 第2版

9 medicina

Vol.53 No.10

特集 超高齢時代の内科診療

これまでの医療のニーズは「見つけて治す」という単純なものだった。しかし、超高齢時代を迎えたわが国でそれが変化しつつあることは、誰もが実感しているに違いない。本特集では、multimorbidityが当たり前とも言える高齢患者の診療のポイント、新たなニーズ、そして座談会ではこれからの内科医について語られている。

INDEX

- 座談会 内科医が扱う患者の半数以上が超高齢者の時代にあって
- I. 総論
- II. 循環器
- III. 呼吸器
- IV. 消化器
- V. 感染症
- VI. 糖尿病
- VII. 新しいトピックス

連載

- Inpatient Clinical Reasoning
- Webで読影! 画像診断トレーニング
- 診断力を上げる 循環器Physical Examination
- あたらしいリウマチ・膠原病診療の話
- 目でみるトレーニング

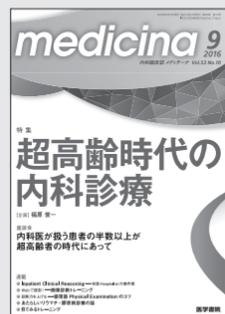
●1部定価:本体2,500円＋税

▶2016年増刊号(Vol.53 No.4)

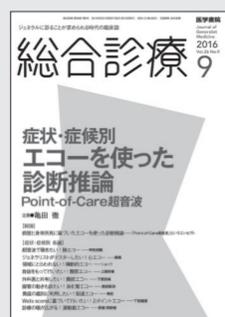
内科診断の道しるべ その症候、どう診る どう考える

●特別定価:本体7,200円＋税

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina>



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/sogoshinryo>

総合診療

Vol.26 No.9

特集 症状・症候別 エコーを使った診断推論 Point-of-Care超音波

企画: 亀田 徹 (安曇野赤十字病院 救急部)

診察の一環として行う「Point-of-Care超音波」というコンセプトが注目されている。病歴とバイタルサイン、身体所見に基づいた的確な診断推論は、観察的を絞って行われるPoint-of-Care超音波を適切に行う上で不可欠である。放射線被曝のない、体に優しいエコーを用いて適切な診断推論を展開すれば、ベッドサイドでの診療の質向上が期待できる!

INDEX

- 【総論】病歴と身体所見に基づいたエコーを使った診断推論 -「Point-of-Care超音波」というコンセプト…………… 亀田 徹
- 【症状・症候別 各論】
- 超音波で聴きたい! 肺エコー—呼吸困難…………… 鈴木昭広
- ジェネラリストがマスターしたい! 心エコー—胸痛…………… 方波見謙一
- 領域にとらわれない! 横断的エコー—ショック…………… 小淵岳恒
- 自信をもって行いたい! 腹部エコー—上腹部痛…………… 瀬良 誠
- 外科医と共有したい! 腹部エコー—下腹部痛…………… 亀田 徹
- 腸管の動きも診たい! 消化管エコー—腹部膨満…………… 小縣正明
- 黄疸の鑑別に利用したい! 胆道エコー—黄疸…………… 松坂 俊
- Wells scoreに基づいて行いたい! 2ポイントエコー—下肢腫脹…………… 吉井 肇
- 診療の幅が広がる! 運動器エコー—肩痛・関節痛…………… 白石吉彦

▶来月の特集(Vol.26 No.10)

内科診療を劇的に変える “まとめ” の達人

●1部定価:本体2,300円＋税

年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引されています。送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。

2016年 年間購読料(冊子版のみ)

▶medicina 35,520円＋税(増刊号を含む年13冊)

▶総合診療 27,120円＋税 個人特別割引25,680円＋税あり 年12冊

電子版もお選びいただけます



医学書院

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