

2020年10月12日

第3391号 for Residents

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

今週号の主な内容

- [対談] 仲間と越えるガラスの天井(及川美紀、河野香織)..... 1-2面
[寄稿] 「救急外来診療メニュー表」で学ぶ「お金」の話(三谷雄己)..... 3面
[寄稿] 高齢者に対する薬剤の適正使用のために(小島太郎)..... 4面
[連載] ケースで学ぶマルチモビリティ..... 5面
MEDICAL LIBRARY/[連載] 名画で鍛える診療のエッセンス(新)..... 6-7面

対談 仲間と越えるガラスの天井

「ガラスの天井」——それは「女性」という性によって、学術的・経済的な進歩が阻まれる障壁を指す。働く女性の姿が当たり前となる今も、日本企業の社長のうち女性が占める割合は8.0%¹⁾。要職に就く女性の少なさが問題視される。

ガラスの天井の存在は、医療界も例外ではない。2020年7月、現役医学生である河野香織氏は「JAMA Network Open」誌に、日本のアカデミックポストに就く女性の割合が低いことを報告した²⁾。

本紙では、ガラスの天井を自ら壊して大手化粧品メーカー、株式会社ポーラの社長となった及川美紀氏が河野氏と共に、女性医師のキャリアの在り方を考える。

及川美紀氏

株式会社ポーラ代表取締役社長

河野香織氏

島根大学医学部医学科6年

河野 初めに、今回私たちが報告した研究結果²⁾を紹介させていただきます。図は、約40年にわたる女性医師の学術職比率の推移を示したグラフです。女性医師の割合は年々増加しているにもかかわらず、准教授や教授などの要職に就く女性は依然少ない「ガラスの天井」の実態が見て取れます。

このように、ガラスの天井の問題は医療界にも存在します。「志にこそポストはついてくる」という及川さんの考えは、医療界の女性のキャリア形成にも通じるのではないのでしょうか。本日は、女性がキャリアを築く上で求められるマインドについて、ぜひお話を伺いたいです。

及川 当社は女性社員が多く勤める、女性向け消費材メーカーです。一見、医療界とは対照的な環境に思えます

が、類似点もあります。

化粧品会社に勤める女性の多くは、お客様に接する売り場に立っており、対して現場の管理や監督、指示といった企画業務を務めているのは男性が主です。翻って医療界で考えると、患者さんのケア業務に当たる看護師の9割は女性であり³⁾、男性の医師を中心とした構造が形成されているのではないのでしょうか。私たちの業界に似ています。私は、この縮図を受けて「今の日本には女性の意思決定者が少ない」と言い続けているのです。

マジョリティの中に生まれる違和感

河野 女性医師、特にアカデミックポストに就く女性医師が少ない理由は何

だと思いますか。

及川 女性の能力ではなく社会の枠組みに要因があるのでしょうか。まず、女性医師が男性医師より数が少ない原因の一つは、幼少期の教育にあると思います。「女の子はぬいぐるみ遊びをするもの」「男の子は虫に興味を持つもの」といった固定観念により、男の子と比べて女の子は理系の能力を育む環境を与えられにくいことが挙げられます。

さらに日本の場合、「妻が夫を支えるべき」「会議などでお茶を入れるのは女性のほうがいい」といった風潮が足かせになっています。その結果女性の社会進出が遅れ、要職に就くのが難しくなっていると考えられます。

河野 私は医学部入学前に一般企業での社会人経験があります。その際、女性というだけで「お茶を用意して」と頼まれ疑問に思ったことがありました。及川 お茶を用意すること自体が嫌なわけではなく、「仕事を中断してまで」という点に違和感を抱くのですよね。こうした違和感はマジョリティの中にと気付きにくいのです。女性を取り巻く違和感について、マジョリティである男性からも問題点を指摘することが大切です。

河野 男性に違和感を抱いてもらうために、御社で及川さんが行っている工夫があれば教えてください。

及川 昇格リストや成績優秀者リストなどに女性が入っていない場合は指摘を入れます。当社の社員(※販売職を除く)の男女比はおおよそ4:6であり、

理論上はリストに挙がる名前も4:6に近づくはずですが。女性の場合は産休や育休の影響で、名簿上の在籍人数に対してオフィスにいる社員数が少ないということはあるでしょう。とはいえ、リストに女性が1人も挙がらないのは明らかに不自然です。もちろん、リストの作成者は故意にリストから女性の名前を外しているわけではありません。リストに女性が挙がっていないことをそもそも認識していない場合が多いのです。

河野 女性を取り巻く環境の不自然さを認識していない人が多いのは、医療界も同様です。20~60代の男性医師約7000人を対象にしたジェンダー平等に関するアンケート⁴⁾では、半数以上の人が「現場における女性医師支援」に関して「やや不十分」「不十分」と回答しています。一方で、約半数の人が「職場における男女の地位」について「平等だ」と回答しました。問題意識の希薄な男性が多いことを如実に示した結果です。

ジェンダーの枠を外して個人のスキルを見てほしい

及川 同様のエピソードは当社でもあります。約3年前、ある課の管理職が私に「自分の課が人手不足なので、男性を1人異動させてください」と相談に来ました。彼の求める人物像を聞き、

(2面につづく)

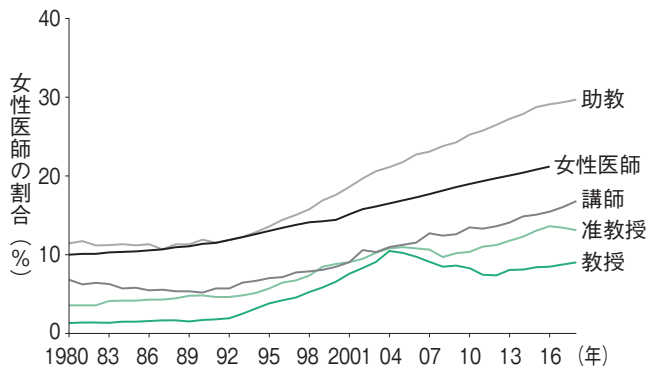


図 日本における女性医師の学術職比率の推移(文献2より作成)

日本の医学部および医学部附属病院において女性医師の割合は年々増加傾向にあるが、教授職における女性の割合は10%未満のまま2004年をピークに伸び悩んでいる。

October 2020 新刊のご案内 医学書院

Grid of book advertisements including titles like '内視鏡外科手術 役立つテクニック100', '下部消化管内視鏡診断アトラス', 'PT/OT/STのための臨床に活かすエビデンスと意思決定の考えかた', '疾患別摂食嚥下障害へのアプローチ DVD 全6巻セット', 'Advance Care Planningのエビデンス', '定本 M-GTA 実践の理論化をめざす質的研究方法論', '看護教員ハンドブック(第2版)', 'Let's Listen, Speak and Learn 臨床看護英語(第6版)', '病期・病態・重症度からみた疾患別看護過程(第4版)', '生活機能からみた老年看護過程(第4版)', '根拠と事故防止からみた老年看護技術(第3版)', '根拠と事故防止からみた小児看護技術(第3版)', '根拠と事故防止からみた母性看護技術(第3版)'. Each entry includes the editor's name, page count, price, and ISBN.

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。

対談 仲間と越えるガラスの天井

<出席者>

●おいかわ・みき氏

宮城県石巻市出身。1991年東京女子大卒業後、ポーラ化粧品本舗(現株式会社ポーラ)入社。美容スタッフ・ショップの経営をサポートする埼玉エリアマネージャー、商品企画部長、執行役員(商品企画・宣伝担当)、そして取締役就任(商品企画・宣伝・美容研究・デザイン研究担当)を経て、2020年1月より現職。国内の大手化粧品会社では初の女性社長。

●こうの・かおり氏

島根県松江市出身。早大卒業後、複数の職種・職種を経験し、2015年島根大医学部入学。大学で出会ったメンターと協力し、日本の医療界におけるジェンダー・ギャップについて論文を執筆。20年7月JAMA Network Openに掲載される。

(1面よりつづく)

私はその人物像に合った女性社員の名前をあえて挙げました。彼は「彼女を異動させてくれるんですか! 最高です」と答えたのです。私は、「彼女は男性じゃないけれど、いいの?」と確認しました。彼はそこで、無意識に男性という選択肢を提示していた事実気付いたのです。

河野 及川さんの問い掛けにハッとしたでしょうね。

及川 彼が思い描いていた人材要件は性別ではなく、能力でした。それなのに、求める能力を持つ人材がマジョリティである男性に多いとの理由で「男性社員がほしい」と言ってしまったのです。こうしたバイアスは気付く機会が与えられないとなかなか壊せません。当社にはジェンダー・バイアスに気付く機会が多々あるので、女性の管理職が増えたのでしょう。

河野 私自身も、「個」として活躍する以前に女性という属性で見られると感じた経験があります。

及川 働く女性の多くが一度は同様の経験したことがあるのではないのでしょうか。私はジェンダーと個人のキャラクターが混ぜられることに疑問を持ち続けています。例えば私が失敗をした時に「及川さんは数学の能力が弱いから、経営的視野が狭いよね」と言われれば納得できます。しかし「女性は数学が苦手だから、経営に向かないよね」と言われると釈然としません。そこには、無意識のジェンダー・バイアスが潜んでいるのです。

男性並みに働くことではなく、男性と平等の機会の確保を

河野 最近ようやく、SNS普及等の影響もあり、ジェンダー・ギャップの存在が明るみに出る社会へと、変化の兆しが見えてきました。

及川 数年前までは男性しかいない会議が当たり前で、自分たちの置かれている特異な状況に気付かなかつたのではないのでしょうか。しかし近年、ジェンダーの話がメディアで多く取り上げられるようになり、男性が多数を占め

る社会への違和感が露呈し始めています。問題点を可視化する意味でも、河野さんのように論文として発表することはとても大切です。

河野 今回私が論文を執筆する際、国際誌に載せて世界中の人々に情報を発信すること、科学的な要素も盛り込みながら数字で訴えることを意識しました。

及川 感情論ではなく理性的に語ることで説得力が増します。女性医師当人たちが、河野さんのようにロジカルに違和感を「見える化」することで、社会の枠組みの変化につながります。

河野 医療界では、私たちの論文が発表されるよりも前に女性の意見を「見える化」したデータがあります。その一つが日本外科学会による、女性外科医約1000人を解析対象とした妊娠と出産に関するアンケート⁵⁾です。結果の一部を抜粋し、下記に示します。

- 医局に妊娠・出産した医師がいなかったために、腫れ物に触れるような居心地の悪い期間を過ごしました。
- 残念ながら、現時点の日本においては、妊娠・出産をして第一線で働いている外科医はほぼ皆無です。
- 学位取得までは妊娠御法度、専門医取得までは妊娠御法度などの意見を聞きます。
- 現実的に、妊娠・出産など到底考えられない労働環境です。自分が女性であることを憎んでいます。

中にはスタッフに支えられ、妊娠を継続し仕事を両立できている医師のコメントもあります。しかし、母になるという女性ならではの夢と、医師として活躍する仕事の夢。片方をあきらめなければ残る片方の夢すらもかなわない現実を危惧します。

及川 努力すれば両方の夢をかなえられる機会が確保されるべきですね。現在、「女性活躍」を誤解している人が多いように思います。女性活躍とは、女性が男性並みに働くことではなく、女性にも男性と平等の機会があることです。

国連のSDGsの考え方では「誰一人取り残さない」ことを大前提としています。身体的に欠陥のある人や病を患う人はもちろん、女性を含むマイノリティを取り残さないとの考え方はどの社会でも重要です。妊娠・出産を迎える女性はある意味で社会的弱者です。弱者を強者にしてほしいわけではありません。弱者にも機会を与えてほしいのです。

誰かを特別扱いするのではなく、個々人のライフサイクルに合わせて全ての人を「待ってあげられる」制度を作ることこそ、本当のジェンダー平等だと私は思います。残念ながら今この世の中は、ケースバイケースが認められにくい「排除」の仕組みがあります。「排除」ではなく「包摂」を推進するには、意思決定者の多様性を進めることが求められます。

「可能性の扉は自動ドアじゃない」

河野 真の男女平等の実現に向け、何から取り組めばよいでしょう。

及川 まずは自分の意思を「言える」女性を増やすことです。ここで、1つ当社での例を挙げましょう。今からおよそ80年前の1938年のことです。当社の京都事業所に「セールスマン募集」が貼り出されました。

河野 「セールスパーソン」ではなく、「セールスマン」ですか。

及川 ええ。当時、営業販売はまだ男性の仕事でした。ですが、それを見た1人の女性が、「女ではあきまへんか」と言って門をたたきました。

彼女は努力して成果を出し、女性販売員の先駆者となりました。今では全国に約4万1000人ものビューティディレクターが活躍しています。これが当社の歴史の1ページです。門をたたいた女性の勇気も素晴らしいですが、彼女に機会を与えた男性陣も素晴らしいと思います。こういった歴史から、当社では現在に至るまで女性の可能性を信じてきました。

河野 1人の女性が当時の「ガラスの天井」を壊したのです。個人の意思表示を拾い上げられるよう、要職に就く人の中にも理解者を増やすことが必要だと思います。しかし、意思表示をしても上司の理解を得られなかったらどうしよう、という不安がよぎります。

及川 私は30代前半の頃、「17時までしか勤務できないけれど、この仕事をやるから、この企画のメンバーに加えてほしい」と、成果の約束と引き換えに上司に交渉したことがあります。「無理でしょ」と言われても「いえいえ、できます」と宣言し、そして有言実行しました。とはいえ、この手段を実行できる環境に誰もがいないわけではありません。意思表示をしたら、次のステップとして共感してくれる味方や仲間を作ることが大切です。

河野 共感者を増やすことは、男性、女性に関係なく現状に違和感を抱く人を増やすことへとつながり、職場に変化をもたらします。

及川 個人の事情にとどめず、社会の事情に普遍化していくと良いでしょう。女性医師の教授が少ない事実を河野さん個人の違和感で終わらせず、「社

会の違和感」に広げていく。そのためには、上の人はもちろん、横のネットワークを作り発信していくことでマジョリティを形成していけます。

河野 医療界、化粧品業界などの枠組みにとらわれず、業界や業種を越えて声を上げていきたいですね。

及川 「可能性の扉は自動ドアじゃない」。これは私がいろいろな場で発信しているメッセージです。扉を開きたいと思う人がどれだけいるかが重要なのです。1人ではなく、2人、3人と少しでも多くの人を扉を叩くことで初めて開かれるのです。自分たちのポテンシャルを提示できる人をいかに増やすかが、これからのジェンダー・ギャップを埋める上で大切になります。

*

河野 私はまだ学生ですが、医師国家試験に無事合格できれば医師として多くの人と共に声を上げたいと思っています。仲間を増やし、少しずつ声を集めれば、必ずやパラダイムシフトは起こせると信じています。

及川 人口比率から考えると、患者さんの半数は女性です。その上、超高齢社会の今、平均寿命の長い女性のほうがより多くなります。医療現場における女性の重要性は一層増すでしょう。河野さんのように多角的で新規性のある視点を持ち、自らチャンスをつくり出す人が増えていくことで、日本の可能性も広がると思います。医療を受け一人として、医師を志す女性が豊かに働ける環境になることを期待します。

河野 ありがとうございます。男性医師・女性医師が共に「医師になってよかった」と思えるような世界をつくりたいです。(了)

●参考文献・URL

- 1) 帝国データバンク。特別企画——全国「女性社長」分析調査(2020年)。2020。https://onl.tw/23vD5gJ
- 2) JAMA Netw Open。2020[PMID:32644136]
- 3) 厚労省。平成30年度衛生行政報告例の概況——結果の概要。2019。https://bit.ly/2Z32ZwS
- 4) 日本医師会。男女共同参画についての男性医師の意識調査報告書。2014。https://onl.tw/CXitnxw
- 5) 日本外科学会男女共同参画委員会。女性外科医の妊娠・出産に対する意識とその実態に関するアンケート報告書。2019。https://onl.tw/HZmjxmp

対談を終えて

物事が変化するには大きく分けて革命と維新の2つがあるそうです。前者は根本からやり方を変えるのに対し、後者は現状を少しずつ変えていく、「日々維れ新た」。及川さんと対談し、ガラスの天井を壊す過程はまさしく「維新」であり、地道に変化を起こし続けることの大切さを学びました。「仲間を作ること、ロジカルに理論武装すること、そして声を上げること」。対談後に届いた及川さんからのメールに書かれていた、これら3つの要素が維新に必要なのではないのでしょうか。また、当事者自身が「見える化」に取り組むことが大切、という及川さんの発言も強く印象に残っています。日本の医療界のジェンダー・ギャップは何となく空気として感じられても、国際社会に向けて「見える化」はなされていませんでした。私は、これは自分に巡ってきた役割であり、絶対に世界へ発信しないといけないという一種の使命感を持って取り組みました。今後もメンターをはじめ仲間と協力し、さまざまな現状を「見える化」することで性別問わず誰もが働きやすい社会の構築に貢献していきたいです。(河野香織)

NHK人気番組の完全書籍化

NHKスペシャル 人体II 遺伝子

生命の奥底で躍動する遺伝子の姿を、高精細CGで描く!

●B5 頁224 定価: 本体2,800円+税 [ISBN 978-4-260-04244-4]

新型コロナウイルス(COVID-19)などの未知のウイルスと向き合う上でもきわめて重要な、最新のゲノム解析が拓く新たな生物学の世界

第1集 あなたの宝物「トレジャーDNA」 第2集「DNAスイッチ」が運命を変える

さらには最新の情報を加えて書籍化した、大迫力のビジュアルブック!

NHKの人気番組の内容をもとに、さらには最新の情報を加えて書籍化した、大迫力のビジュアルブック!

医学書院

寄稿

研修医だからこそ知っておきたい 「救急外来診療メニュー表」で学ぶ“お金”の話

三谷 雄己 広島大学救急集中治療医学所/県立広島病院救急科勤務

皆さんは、救急外来で実施される検査や処置によって、普段どれだけの“お金”が発生しているのかをご存じでしょうか？ 診療報酬やDPCといった言葉や概念について、聞いたことはあっても十分に理解できていない方も多いのではないのでしょうか。

こうした病院の“お金”にかかわる業務は上級医が担うことが多いです。日々の診療で必要となる医学知識と比較すると、忙しい研修期間に学ぶ必要性を感じないかもしれません。しかし、病院で働く医療従事者である限り、最低限は知っておかなくてはならないことがいくつか存在します。

本稿では、病院にまつわる“お金”を理解する上で大切な「診療報酬の仕組み」をまず解説します。さらには、多忙な研修医でも最低限の知識を踏まえた診療ができるように筆者が考案した、「救急外来診療メニュー表」を紹介いたします。

診療報酬の仕組みと最低限意識すべきこと

診療報酬とは、保険診療による治療や検査を行った際に得られる報酬のことです。この報酬は、医療行為にかかる器材や作業量などを反映した原価(コスト)を参考に、国が価格を設定しています。普段私たちが何気なくオーダーしている採血検査や実施している創傷処置にも診療報酬が発生しており、これに自己負担割合を掛けた金額が、実際に患者さんが病院等で支払う自己負担額となります。

診療報酬は、病院の収益や患者さんの経済的負担に直結します。われわれ医師は病院経営にかかわる一員であり、保険診療の診察料や治療費を患者さんからいただいている以上は、各種検査や処置にかかる診療報酬について知ることはとても大切なことです。

次に、診療報酬算定の仕組みについて、概要を簡単に説明します。制度上は、初診・再診や入院時の基本的な診療行為をひと括りにした「基本診療料」と、これとは別に特別な診療行為に対して個々に点数が付く「特掲診療料」で構成されます。図1では、医師の視点からみて理解しやすいよう、診察の【基本料】、検査や処置の【実施分】に、休日・夜間などの【加算】を加えた3つの要素によって算出されるものとしてまとめました。

基本料や加算は、病院の機能や体制、受診のタイミングなどによって決まり

【基本料】		
●初診料	●再診料	●入院基本料
●オンライン診療料		
+		
【実施分だけ】		
●医学管理料	●検査料	●処方料
●リハビリ	●処置料	●手術料 など
+		
【加算】		
●乳幼児加算	●休日・夜間加算	
●総合入院体制加算		
●救急医療管理加算		
●看護配置加算		

●図1 診療報酬の構造(概要)

ます。一方、実施分については医師が必要に応じてオーダーした分だけ発生するため、われわれ医師の裁量によって大きく変動します。研修医の皆さんにとって、前者(基本料)は専門的で難しいかもしれません。まずは後者(実施分)にフォーカスして、自身の診療行為と診療報酬をひも付けて考えることをお勧めします。つまり、医師が診療報酬について考える上で重要なのは、各種の検査や処置が本当に必要なのか、そしてそれぞれどのくらいの“お金”が発生するのかを意識することと言えますね。

「救急外来診療メニュー表」を使ってみよう!

ここからは、研修医の皆さんも意思決定にかかわることが多い「救急外来での保険診療」を題材に、具体的に解説していきます。図2は、2020年度診療報酬を踏まえて、救急外来での各種検査や処置をまとめて作成した「救急外来診療メニュー表」です。

いかがでしょうか? 「想像よりも金額が安い/高い」など、さまざまな感想があると思います。個人的には、救急外来の処置の中でも比較的時間を要する創傷処置が思っていたより低価格なのだを知り、驚きました。

では、このメニュー表を用いた診療報酬の算定方法について説明します。まず基本診療料を確認し、これに実施した項目分のお金を合計します。最後に、メニュー表の左下にある自己負担割合を掛け算したものが患者さんの自己負担額となります。

例えば、初診の67歳の女性が休日・夜間に腹痛を主訴に来院し、各種検査および点滴を実施。最終的には症状が改善し帰宅した場合を考えてみましょう。まず基本料を計算すると、休日・夜間の初診であるため4800円となり

●みたに・ゆうき氏
2018年広島大医学部卒。マツダ病院での臨床研修を経て現職。日本医師会公認健康スポーツ医。信念である「知行合一」を実践できるよう、日々臨床で学んだ内容をアウトプットすることを心掛けている。広島の若手医療コミュニティ「HBD(Hiroshima Blue Doctors)」の運営メンバーであり、本稿のテーマもその勉強会で取り上げたもの。



初・再診料		画像検査	
		撮影料	診断料
		単純X線	¥570 ¥850
		単純CT	¥10,200 ¥4,500
		造影CT	¥15,000 ¥4,500
		MRI	¥16,200 ¥4,500
		微生物検査	
		血液培養2セット	¥4,300
		喀痰培養	¥1,600
		尿培養	¥1,700
		注射	
		点滴手技	¥980
		中心静脈カテーテル挿入	¥14,000
		PICC挿入	¥7,000
		観血的動脈圧測定	¥2,600
		処置	
		酸素吸入	¥650+α
		創傷処置(<100cm ²)	¥520
		熱傷処置(<100cm ²)	¥1,350
		創傷処理:筋肉臓器に達しない(5cm)	¥4,700

初・再診料		検体検査		生体検査	
		採血手技	¥350	12誘導心電図	¥1,300
		末梢血液検査	¥210	胸腹部超音波	¥5,300
		凝固(PT+APTT)	¥470	経胸壁心エコー	¥8,800
		凝固(PT+APTT+DD)	¥1,800		
		生化(基本項目1つあたり)	¥110		
		高感度トロポニン/NT-proBNP	¥1,150/1,360		
		血液ガス分析	¥1,390		
		プロカルシトニン	¥2,920		
		尿検査(一般)	¥260		
		尿検査(一般+沈渣)	¥500		

自己負担	
75歳以上	1割
70~74歳	2割
6~69歳	3割
0~6歳	2割

※70歳以上でも現役並み所得者は3割負担

●図2 「救急外来診療メニュー表」(2020年度診療報酬に基づく)

病院ごとの加算については考慮していないため、あくまで目安として利用すること。

ます。検体検査については、採血手技に加え末梢血液検査、生化の項目(10項目)を提出したため1660円(=350+210+110×10)。次に生体検査については、12誘導心電図および腹部超音波を実施したとすると6600円(=1300+5300)。最後に、注射の項目で点滴を実施すると980円。診療報酬の合計は、1万4040円(4800+1660+6600+980)となります。自己負担額は3割のため、最終的な患者さんの金銭的な負担は4212円(=1万4040×0.3)と計算できました。このように診療報酬を概算することで、救急外来の受診による患者さんの自己負担額を知ることができます。

メニュー表を明日からの診療に“賢く”生かすには

メニュー表を用いて診療報酬を意識した救急外来診療を行うことで、必要な検査を必要ぶんどけ実施する心掛けができます。各病院の研修医間の勉強会や、救急外来で勤務するスタッフとのカンファレンスなどでメニュー表を共有し、普段から診療報酬についてスタッフ全員で共通認識を持つことが

できるとより理想的です。

一方で注意すべきなのは、診療報酬の観点をあまりに重視して検査や処置の実施を決めてしまうと、結果として患者さんが不利益を被る可能性があることです。本来の救急外来の役割を考えると、瀕死の患者さんの命を救うことや、早期治療介入の必要性を判断し後遺症を回避することが何よりも優先されるため、医学的観点から見て必要な検査はたとえ費用が高くなろうと実施されるべきです。患者さんが最も利益を得られる選択を行えるよう、医学的知識を駆使すると同時に経済的負担も意識する経験を積んでください。

不必要な検査を避けることによって、患者さんの経済的負担を軽減することは、結果的には患者さんの満足度を上げることにつながります。「救急外来診療メニュー表」を用いて救急外来にまつわる“お金”を意識しながら、患者さんごとに必要な検査を“賢く”選択できる医師をめざしましょう。

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。

@igakukaishinbun

臨床志向の学生に完全にマッチした生化学テキストの決定版

マークス臨床生化学

Marks' Basic Medical Biochemistry: A Clinical Approach, 5/e

他科目と比べて臨床との関連が遠く感じられる、多くの化学反応を覚えなくてはならない、など生化学を「かったるい」と思う学生も多いかもしれない。諦めてしまったり、嫌になってしまったりする前に、是非本書を手にとって欲しい。すべての章で症例が提示され、あらゆる解説が臨床的コンテキストで語られており、医学生・医療系学生のために編まれた、まさに類を見ない生化学テキストである。単読のため読みやすさも極上である。

原著 Michael Lieberman
Alisa Peet
訳 横溝岳彦



共同意思決定(SDM)の手法について具体的に解説した、本邦初の実践型テキスト

慢性腎臓病患者とともにすすめるSDM実践テキスト 患者参加型医療と共同意思決定

近年の医療政策や医療現場での重要キーワード「患者参加型医療」。それを実現するために必要不可欠な共同意思決定(SDM、シェアード・ディシジョン・メイキング)の手法について解説した、本邦初の実践型テキスト。慢性腎臓病のさまざまな症例と、外来での具体的な会話例(シナリオ)をもとに、SDMへの理解を深めていくことができる。すぐに役立つ「金のフレーズ」をはじめ、付録も充実。

編集 腎臓病SDM推進協会



寄稿

高齢者に対する薬剤の適正使用のために

小島 太郎 東京大学医学部附属病院老年病科 講師

●こじま・たろう氏

1997年東大医学部卒。国立国際医療センター(当時)循環器科、東大病院老年病科での勤務を経て、2007年より宮内庁待従職。18年より現職およびHip Fracture Board室長。専門は老年医学、特に高齢者の薬物療法。

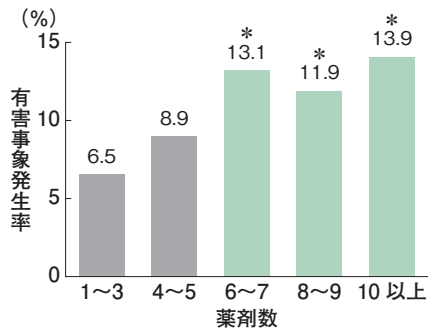


高齢者は高血圧や糖尿病、骨粗鬆症など、中年期からの生活習慣病に加え、心不全や動脈硬化性疾患、骨関節疾患、がんなどの複数の慢性疾患を合併することがある。どの疾患も治癒することが少ないため、疾患数は増加しやすい。慢性疾患が蓄積すると処方される薬剤も増える傾向にある。一般に複数の薬剤を飲んでいての状態を「多剤服用」と呼び、この多剤服用患者のうち、有害事象がすでに起きている、あるいは起きやすい状態を「ポリファーマシー」と呼ぶ¹⁾。また、薬剤が増える要因は薬物治療が推奨されやすい便秘や不眠、疼痛など老年症候群と呼ばれる症状も影響する。

薬物有害事象の発生リスク低減のためにまずは処方の見直しを

薬剤は病状の改善のために必要なものであるとはいえ、多数になると良いことばかりではない。高齢者、特に入院患者における薬物有害事象は、図1に示すように約10%程度と報告され²⁾、6種類以上服用する患者においては有意に有害事象発生率の増加を認めた。そのため、特に6種類以上処方されている場合はポリファーマシーのハイリスクと考えるのが妥当である。6種類以上の薬を服用する患者では、薬物相互作用を有する薬の組み合わせとなるリスクや、副作用などの薬物有害事象に遭遇しやすいリスク、飲み忘れや飲み間違いによる服薬アドヒアランスの低下など、服薬によるメリットの低下だけでなくデメリットの上昇も考えられる。他にも複数の降圧薬を服用することで血圧が下がり過ぎてしまうなど、同系統薬の複数処方による効き過ぎが起こることもあり、ポリファーマシー患者によって注意すべき点は異なる。すなわちポリファーマシーを防ぐための画一的な方法は、残念ながら存在しない。

とはいえまず必要なステップは、高齢者の処方薬を一度全て見直すことである。一般に、後期高齢者に対する薬剤の有効性に関するエビデンスは少なく、フレイルや要介護状態、認知症を有する患者を対象としたエビデンスはほとんど存在しない。そうした現状もあり、さまざまな薬剤が若年者のエビデンスに基づいて処方されている。個々の薬剤が本当に有効なのか、他の選択肢はないか、検討の余地は十分あるだろう。処方薬の見直しに関する具体的な方法は、日本老年医学会が発刊した『高齢者の安全な薬物療法が



●図1 ポリファーマシーと薬物有害事象の関連(文献2をもとに作成)

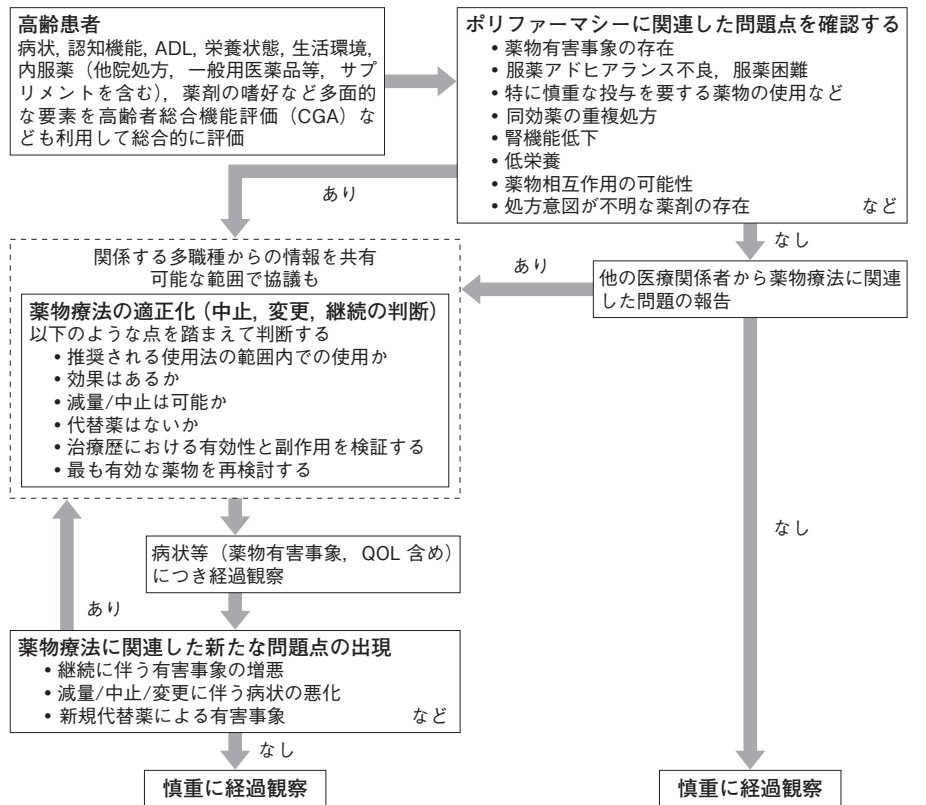
1995~2010年において東大病院老年病科に入院した65歳以上の患者2412人を対象に、薬剤数と有害事象発生率の関連を解析した。6種類以上で有害事象発症のリスクが特に増加することが示唆される。
*: P<0.05, vs. 5剤以下

イドライン2015³⁾に記載されている。ぜひ参照されたい。

慎重な投与を要する薬剤 PIM を意識する

上述のガイドラインには、特に慎重な投与を要する薬剤であるPIM(Potentially Inappropriate Medication)に関する記載がある。このPIMの使用を可能な限り避けたり、減薬・減量を行ったりすることが薬物有害事象を回避するのに有用である。PIMに該当する薬剤を列挙すると、例えばぶらつき・転倒、認知機能低下などの有害事象を引き起こすベンゾジアゼピン系睡眠薬や、上部消化管出血、腎機能低下を引き起こすNSAID(Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug)をはじめとする鎮痛薬、さらには低血糖のリスクを有するスルホニル尿素薬などが含まれる。これらの薬剤はどれも効果は十分な薬剤である一方、とりわけフレイルや要介護状態、認知症などを有する高齢者ではリスクが高く、可能な限り安全性の高い薬剤への変更あるいは減量・中止を考慮したい。使用する場合にはリスクに関して十分な説明を行い、継続的に有害事象の有無を確認することが重要である。

この他、服薬アドヒアランスの悪い患者にも注意を払いたい。こうした患者に対しては内服可能な方法を模索し、服薬回数を減らして服薬の負担を減らす、あるいは介護者が確認可能な時間に限定して服薬させるなど、できる限りの処方体制の見直しに取り組む必要がある。病状の改善のためには継続的な薬物療法が必要不可欠であるが、ポリファーマシー患者では安全性への継続的な配慮も求められる。



●図2 処方見直しのプロセス(文献1をもとに作成)

Overuse と Underuse について考える

一方で、PIMに該当しない薬剤に対しても処方を見直す必要がある。それは薬剤のOveruseとUnderuseについて考えることである。Overuseとは使用の必要性が低いにもかかわらず過剰に薬が使用されている状態であり、Underuseとは使用の必要性が高いにもかかわらず使用されていない状態を指す。

Overuseが起きる場合としては、過去に必要な薬剤が漫然と何年も継続され、処方理由がわからなくなってしまうケース、腎機能低下等の臓器障害が新たに出現しているにもかかわらず減量せずに使用されているケースなど、さまざまな原因が考えられる。特にPIMのOveruseは避けるべきであり、入院中に一時的に見られた不眠のために処方された睡眠薬が退院後も続けられる、あるいは一時的に認められたせん妄のために処方された抗精神病薬が退院後も続けられるなどは珍しいことではない。

Underuseも高齢者では重要な問題である。多剤になりがちであるために必要な薬剤の処方控えが起きたり、そもそも予後に影響を与えるような疾患が未診断なケースもあったりする。COPDや骨粗鬆症などは呼吸不全や骨折のリスクでありながら、診断のため

に必要な検査がされないこともある。Underuseで特に問題になるのは、疾患に対し処方すべき薬剤が処方されていないPPO(Potentially Prescribing Omission)の状態である。前述のガイドラインにはPPOがリスト化されているため、Underuseのスクリーニングに際し確認をしてもらいたい³⁾。

*
高齢者に対する薬剤の使用法は、若年者と異なり多大な配慮や注意が必要である。疾患を十分に治療できているかどうかだけでなく、特にPIMやOveruse, Underuseなどへの配慮が求められる。疾患の治療に対しては処方が必要であったとしても、特にフレイルや要介護状態、認知症を有する患者では予後が限られていることも多く、処方された薬剤に期待されるメリットが得られないことも多い。図2のように厚労省も薬の見直しに関する指針を出している¹⁾。若年者であれば豊富なエビデンスがあり有用性の高い薬でも、高齢者では減薬・減量を検討できないか、常に見直しを行う習慣を身につけていただきたい。

●参考文献・URL

- 1) 厚労省. 高齢者の医薬品適正使用の指針—総論編. 2018. <https://bit.ly/2HIEkO7>
- 2) Geriatr Gerontol Int. 2012 [PMID: 22998384]
- 3) 日本老年医学会(編). 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015. メジカルビュー社; 2015.

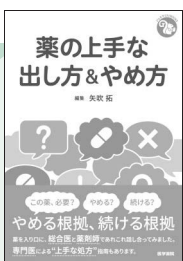
やめる根拠と続ける根拠、薬を入口に語り合います。専門医による上手な処方指南も!

<ジェネラリストBOOKS>

薬の上手な出し方&やめ方

なんとなく出し続けていたこの薬、他科でもらっているあの薬、必要?やめる?続ける?薬を入口に、総合医と薬剤師であれこれ話し合ってみました。「やめる根拠」と「続ける根拠」、「上手な処方」や「減薬」のヒント、そして薬の話にとどまらず「診療のコツ」がそこそこ。専門医による「上手な処方指南」もあります。答えは1つではない。正しい答えがあると限らない。けれど、考え続ける先に道はある。

編集 矢吹 拓

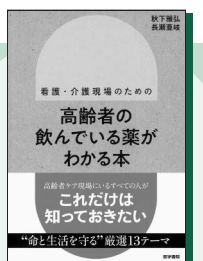


高齢者ケア現場にいるすべての人が知っておきたい“命と生活を守る”厳選13テーマ。

看護・介護現場のための 高齢者の飲んでいる薬がわかる本

「風邪薬で尿閉?」「鎮痛薬で腸管穿孔?」「食べられていないのに薬がこんなに……多すぎない?」「フタを開けてみれば、なんと薬が原因だった」という高齢者ならではのアクシデント事例をベースに、「なぜこんなことか?どうすればいいか?」をプラクティカルかつ平易に解説。高齢者ケア現場にいるすべての人が知っておきたい、「命と生活を守る」厳選13テーマ。

秋下雅弘 長瀬亜岐



ケースで学ぶ マルチモビディティ Multimorbidity

主たる慢性疾患を複数抱える患者に対して、かかわる診療科も複数となり、ケアが分断されている——。こうした場合の介入に困ったことはありませんか？ 高齢者診療のキーワードである Multimorbidity (多疾患併存) のケースに対して、家庭医療学の視点からのアプローチを学びましょう。

第7回

心血管/腎/代謝パターン 心不全を軸にしたアプローチ

大浦 誠 南砺市民病院 総合診療科

CASE 78歳男性。妻と2人暮らし。遠方に長男夫婦が住んでいる。50歳で高血圧症、2型糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病、高尿酸血症を指摘され、58歳で急性心筋梗塞を発症し、循環器内科に非弁膜症性心房細動、慢性心不全、肺気腫で通院していた。また、泌尿器科に前立腺肥大症のため通院していたが受診しなくなり、整形外科には変形性膝関節症と腰部脊柱管狭窄症で通院していた。ADLは杖歩行で、食事・更衣・排泄は自立している。要介護1でデイサービスを週2回利用している。嗜好歴は58歳まで喫煙、日本酒1合/日であった。今回は3kgの体重増加と労作時呼吸苦を主訴に受診した。心音聴診でIII音を聴取し、両下腿浮腫をみとめた。心電図では新規のST-T変化はない。肺エコーでB-lineを両側に認め、BNP 1100 pg/dLであったことから、慢性心不全の急性増悪の診断で入院された。入院時に内服薬が大量に余っていることが発覚。また高齢者総合機能評価で軽度の認知機能障害と抑うつ傾向を認めていた。

【処方薬】 循環器内科でヒドロクロロチアジド、トラセミド、エナラプリル、ピソプロロール、リバーロキサバン、クロピドグレル、シタグリプチン、ロスバスタチン。整形外科でセレコキシブ、プレガバリン。

マルモのプロブレムリストにまとめると、心血管/腎/代謝パターンが中心でした(表)。ポリファーマシーチェックでは、プレガバリンとセレコキシブが腎機能への影響を考えると減薬が望ましく、心理社会的問題では老老介護と服薬アドヒアランス不良が問題になっています。

心不全マルモにも疾患パターンがある

心血管疾患と慢性腎臓病と貧血がお互いに悪影響を及ぼし合うという概念が cardio-renal-anemia syndrome (CRA症候群) という名で提唱されています¹⁾。これは体液調節障害と血管内皮

障害から動脈硬化が促進され、細胞外液貯留による心血管への負荷が増強するという病態生理メカニズムです。

心不全マルモを調べたアジアの研究では、高齢者/心房細動、代謝性、若年者、虚血性、やせ型糖尿病という5つに分類されました。特にやせ型糖尿病は死亡、入院の割合が高く注意が必要です²⁾。本症例は、高齢者/心房細動パターンですが、他の分類とのオーバーラップを考慮し、糖尿病のコントロールや弁膜症や腎性貧血の有無が気になります。組み合わせを推定して先読みすると見落としが減ります。なおこの研究では男女比に偏りがありましたが、スペインの心不全パターン研究は男女比が均一で、女性は変性疾患、男性は代謝疾患が多いという結果もあります³⁾。

高齢者心不全と関連する疾患・薬剤

図は高齢者心血管疾患に関わる疾患と薬剤の関連図です⁴⁾。疾患同士の相互作用(心不全、慢性腎臓病、高血圧)、薬物の疾患への害(心不全とNSAIDs)、薬物相互作用(CYP2C19に係る一部のPPIとワルファリン)、作用機序の競合(心不全と気管支喘息の併存する患者へのβ遮断薬)があります。また、治療で寿命延長が望めるか(末期心不全患者へのスタチン)、加齢性変化の影響という問題もあります。特に認知症やうつ病、変形性関節症、がん、フレイル、消化管出血、腎性貧血の存在は心不全診療のバランスを崩します。利尿薬や降圧薬が転倒のリスクにもなるので、老年症候群を意識する

ことも重要です。こうなってくると、臨床研究に基づくパターン別の介入方法を組み合わせるだけではうまくいきません。

心不全による入院から90日以内に潜在的有害薬物(potentially harmful drug: PHD)が処方されていた割合は11.9%であり、最も頻繁に処方された薬剤はNSAIDs(6.7%)。

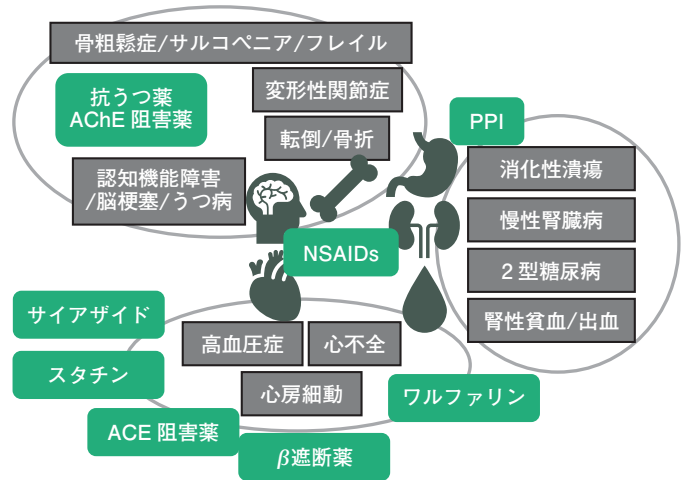
非ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬(4.7%)、チアゾリジン系薬、抗不整脈薬が続くと言われ、特にCa拮抗薬はリスクの高い入院と関連していました⁵⁾。PHDを減らすことが重要です。処方カスケードにも注意が必要です。例えば、スタチンによる筋肉痛にNSAIDsを処方し、それによる血圧上昇に降圧薬の使用、コリンエステラーゼ阻害薬による徐脈にペースメーカーを挿入、NSAIDs誘発性の心不全への薬物療法などが挙げられます⁶⁾。NSAIDsの心血管への有害な影響には血栓症、体液貯留を伴う腎障害、高血圧、ACE阻害薬と利尿薬の治療効果との相互作用が含まれます。一方で、高齢者には本来なら必要な薬の処方が不十分な場合もあり、代表的なものには、心筋梗塞後のアスピリンおよびβ遮断薬、降圧薬、心不全によるACE阻害薬、および心原性脳塞栓症に対する抗凝固薬があります⁶⁾。

心不全マルモは患者の価値観を反映させやすい疾患である

併存疾患が多くなると、患者中心の医療に基づいたケアが必要になります。特に心不全のような慢性疾患では患者が自分の意思を伝えることができることが多いため、患者の好みや優先順位や価値観を確認することが大事です。また、多職種連携の視点も重要になります。心理社会的および認知的側面をルーチンの患者ケアに組み込むことは、より精密なフォローアップと個別化された介入につながります⁷⁾。

実際のアプローチ

バランスモデルの項目を意識しながら、四則演算(連載第5回、3383号)をしていきましょう。**【足し算】**心疾患/腎/代謝パターンの中の代謝パターンあるいは心血管パターンと考え、関連しやすい糖尿病のコントロールや弁膜症、貧血の確認。Hb 8.0 g/dLの貧血があり、腎性貧血の診断で、エポエチンベータベゴルを開始。心腎貧血症候群の改善を認めた。肺気腫に対しては労作時呼吸困難が心不全介入後に改善したため軽症と判断



●図 高齢者心血管疾患の multimorbidity (文献4を筆者改変)

し、インフルエンザワクチン接種と呼吸リハビリテーションのみとした。

【引き算】 PHDを確認すると、セレコキシブとプレガバリンが心不全の悪化にかかわる可能性がある。大腿四頭筋訓練で膝関節痛の改善を図り、痛むときだけフェルビナク軟膏で対応した。ヒドロクロロチアジドは高尿酸血症の悪化も懸念されるためスピロラクトンに変更した。リバーロキサバン、クロピドグレルの併用をいつまで続けるかが悩ましいところであるが、ADLが保たれているうちは継続することとなった。

【掛け算】 抑うつの原因は、労作時息切れのために徐々に農作業に行けなくなり、もうやりたいことがないことが関係していた。認知症のためアドヒアランス不良であることが心不全のコントロール不良の原因であるため、内服のタイミングを工夫した。本人の薬の価値観を聞いたところ、薬は飲みたいが朝農作業に行く前に内服するのを忘れてしまっているようなので、朝食前ではなく「農作業前」に変更した。これだけのことでアドヒアランスの改善を認め、大好きだった農業ができるようになった。

【割り算】 整形外科・泌尿器科と相談し、診療科を一元化することとなった。

POINT

- 心不全マルモにもパターンがあり、併存疾患の推定が可能かもしれない。
- 潜在的に有害な処方が入っていないか確認する。
- 患者の価値観を聞くことで治療の突破口が見いだせることがある。

参考文献・URL

- 1) Nephrol Dial Transplant. 2003 [PMID : 14607993]
- 2) PLoS Med. 2018 [PMID : 29584721]
- 3) BMJ Open. 2019 [PMID : 31874886]
- 4) J Am Coll Cardiol. 2018 [PMID : 29747836]
- 5) ESC Heart Fail. 2020 [PMID : 32419388]
- 6) J Am Geriatr Soc. 2019 [PMID : 30536694]
- 7) Arch Gerontol Geriatr. 2020 [PMID : 32474170]

「倫理は生きている」MDアンダーソン発、臨床倫理の最良にして最新のテキスト

がん医療の臨床倫理

Ethical Challenges in Oncology; Patient Care, Research, Education, and Economics

目覚ましいスピードで変容を続ける、がん臨床の世界。しかし、その速度に現場のコミュニケーションは、そして倫理は十分に対応できているだろうか。答えの出ない問いにぶつかりながらも、それでも前に進むために。最前線の臨床家から、これから現場にでる医学生、看護学生、そして当事者まですべてを含めた臨床倫理の最新にして決定版。医療者のみならず倫理の研究者も必携の一冊。

原著 Colleen Gallagher
Michael Ewer (eds)
訳 清水千佳子
高島響子
森 雅紀



とことん考える、とことん悩む、とことん話す

「治る」ってどういうことですか？

看護学生と臨床医と一緒に考える医療の難問

代替医療、人工知能(AI)の医療への導入、出生前診断、病院での働き方、そもそも「治る」ってどういうこと?……etc, etc. 答えの出ない難問が山積みの医療界。それなら、とことん考えてみようじゃないか。酸も甘いも知り尽くしたがんの治療医と、まだ現場を知らない看護学生との対話を通して見えてきたものとは? 看護への絶対的な信頼からはじまる現代医療論。

國頭英夫



Medical Library

書評・新刊案内

皮膚病理診断リファレンス

安齋 眞一 ● 著

A4・頁530
定価:本体18,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04140-9

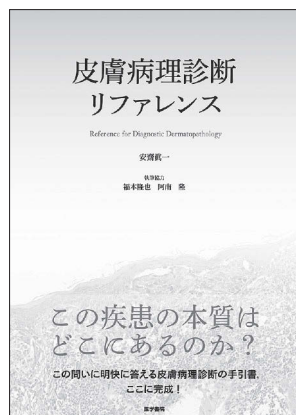
日本皮膚病理組織学会理事長である安齋眞一氏の著書最新刊が発売された。ずっしりと重く、持つだけで賢くなれそうな1冊である。

安齋氏の著書は常にエキサイティングである。皮膚病理診断学は極めて膨大な学問分野であるので、その書籍は辞書的な1冊とならざるを得ない。しかし、安齋氏はこれまでストーリー性に富んだ斬新な書籍を手掛けてきた。例えば、制作責任者を務められた『実践! 皮膚病理道場』シリーズ(医学書院)は、書籍では初めてのバーチャルスライドを用いた皮膚病理診断学を試み、大成功を収めている。また、皮膚軟部腫瘍や皮膚付属器腫瘍というプロフェッショナルでなければ診断できない領域のアトラスも見事に作った。

今回、彼が挑戦したのは、初学者から名人まで、これ1冊を顕微鏡の横に置いておけば、確定診断に至ることができる皮膚病理診断のためのマニュアル本の作成である。本書は、安齋氏の単著であり、序文には、通読は想定しておらず、「顕微鏡のそばに置いてかわいがっていただけたら」とある。

本文を見てみると、まず、「炎症性疾患および類縁疾患の病理診断の考え方」に掲載されている炎症性疾患のパターン診断の表が極めてわかりやすい。これに従えば一直線に診断に至ることができるだろう。安齋氏は、炎症性疾患の診断過程として、まず病理のみをみて診断し、その上で臨床情報を加味して確定診断に至ると書いている。この表はそのようなアプローチに

皮膚病理診断のための究極のリファレンスブック



おいて極めて有用であろう。

また、炎症性疾患の各項では、「病期による所見の違い」という項目も立てられている。これにより経時的変化の把握に弱い病理診断学の弱点を補うことができる。

「腫瘍性疾患および類症」では、冒頭に「皮膚腫瘍の病理診断の考え方」が書かれている。良性・悪性腫瘍の鑑別の要点、免疫組織化学で用いられる抗体に関するまとめの表や、表皮や付属器上皮細胞の分化所見などをまとめた表が掲載されており、すぐに使えて有用である。

腫瘍性疾患の各項では、全ての腫瘍にわたって、弱拡大から強拡大まで多数の明瞭な写真が掲載されている。弱拡大でパターンを把握して、強拡大で疾患を鑑別し、確定診断に至ることができるだろう。

個別の疾患では、「臨床病理相関」の項目が立てられている。これにより、病理→臨床→病理診断確定というプロセスを踏むことができる。「病理診断の決め手」の項目も複数の鑑別診断がある場合にはうれしい。

しかし、何とんでも白眉であるのは、「コメント」の項であろう。目からウロコの落ちるコメントが満載である。

本書の最後に掲載されている「診断の手がかり」と「用語集」も写真入りできれいにまとめられており有用である。

本書『皮膚病理診断リファレンス』は他の追随を許さない、究極のリファレンスといえよう。

評者 鶴田 大輔
大阪市大大学院教授・皮膚病態学

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 第2版

川村 孝 ● 著

B5・頁286
定価:本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04237-6

この『臨床研究の教科書』は、臨床研究にかかわるどんな人にも必ず役立つところがある、どんな人にも読む価値がある、そんな不思議な本である。

臨床研究の流れが、しっかり丁寧に順を追って網羅的に書かれている。「統計解析」に飛びつきがちな初心者は第1部で研究の計画の大切さを、さまざまなデータで統計解析を行ってきた中級者は第3部で統計解析の実践的な意義付けを、研究を計画し実行したことがある実践者は第2部でもっと上手に研究チームを動かすスキルを、これから臨床研究論文を書こうとしている執筆者には第4部でその注意点と秘訣を、それぞれ学ぶことができる。

第5部では、リサーチクエストから、研究の運営、その結果と反省点、そして発表まで、実際の研究を題材に細かく赤裸々に書かれている。現場で気付いた疑問から研究につなげ出版に至る流れが記されている。ランダム化比較試験だけではなく、臨床予測モデルや記述研究などもあるし、研究が予定通りにいかなかったときの「転んでもただでは起きない」事例もある。

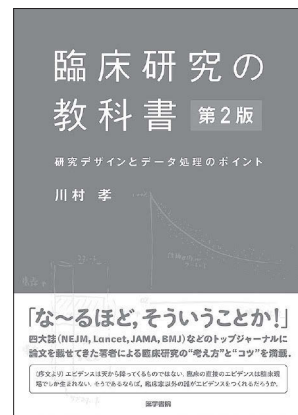
この本を貫いているのは、丁寧さと読みやすさである。基本概念を誤解なく伝える言い回しや事例も豊富に紹介されている。例えば、観察研究で行う

擬似ランダム化試験として傾向スコアを用いた解析法が、不確実さの対応としての感度分析が紹介されている。それぞれIgA腎症やウシ海綿状脳症などの事例を用いて説明されている。経験ある人は丁寧さを冗長さとするかもしれない。だが教える立場になったらその価値に気付くだろう。本書では統計解析や疫学用語にはほぼ全て日本語と英語が併記されている。初心者向けの配慮でもあるだろうが、英語に慣れてしまった上級者が、正しい用語で説明する時に大いに助けられるはずだ。

本当の初心者から上級者・専門家まで幅広く、やさしく丁寧に根気強く、そして細かな用語に至るまで正しく指導する、そんな著者の姿勢を感じた。脚注的を射たコンパクトな説明も理解を助ける。また第2版ではAdvanced Knowledgeと題されたコラムが書き加えられている。

医療や保健の現場ではさまざまな疑問を抱く。そこで少しデータをまとめてみたくなる。それが臨床研究の第一歩である。患者のために住民のために社会のために、自らがもっと役立つように、研究したくなる。そんな視点から研究を始める人、そんな人を支える人にぜひ読んでほしい本である。

評者 福岡 敏雄
倉敷中央病院副院長



がん薬物療法のひきだし

腫瘍薬学の基本から応用まで

松尾 宏一, 緒方 憲太郎, 林 稔展 ● 編

B5・頁474
定価:本体4,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04180-5

病院薬剤師が主人公のドラマ「アンサング・シンデレラ 病院薬剤師の処方箋」(フジテレビ系, 2020年)が話題になっている。患者さんに寄り添い、薬剤師として悩みながら、知識と経験に基づいて行動していく主人公。これまで、いろんな病院で、優秀で熱心で魅力的な薬剤師に支えられてきた私としては、〇〇さんや△△さんなどの姿を重ねながら、このドラマを楽しんでいる。現実離れた描写や、高圧的過ぎる医師の姿には批判もあるようだが、薬剤師の想いや仕事ぶりはうまく伝わっているように思う。チーム医療に欠かせない存在としての薬剤師がこのようにク

ローズアップされるというのは、チーム医療に救われている腫瘍内科医としても、とても喜ばしいことである。医師の指示のもと、薬剤師の管理だけを行うのではなく、患者さんのために、チーム医療の中心となって活躍することが、これからの薬剤師に求められる役割であり、それこそが、このドラマの重要なメッセージであろう。

がん薬物療法の分野では、進歩のスピードが加速しており、薬剤師が身につけておくべき知識も膨大なものになっている。今の時代は、知識を全て身につけているというよりは、知識のひきだし(エビデンスを検索する能力)ノ

チーム医療の中心となって活躍するための「ひきだし」

チーム医療の中心となって活躍することが、これからの薬剤師に求められる役割であり、それこそが、このドラマの重要なメッセージであろう。

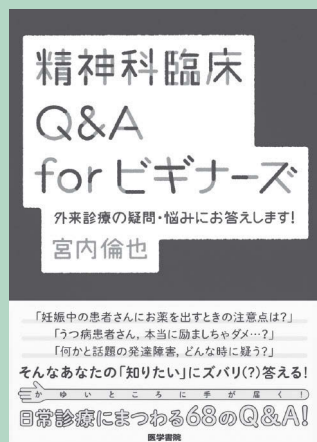
評者 高野 利実
がん研有明病院乳腺内科部長

それが知りたかった! かゆいところに手が届く68のQ&A!

精神科臨床 Q&A for ビギナーズ

外来診療の疑問・悩みにお答えします!

宮内 倫也



精神科の後期研修医や若手医師が外来診療で頭を悩ませたりしていることをQ&A形式で解説。基本的な心構えから診察・向精神薬、各疾患に対する薬物・非薬物療法まで幅広く取り上げる。具体的な状況がイメージできる内容にまとめた1冊。

目次

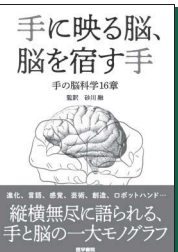
- まずは基本/初診と再診で気になること
- お薬の一般的な注意点/統合失調症/双極性障害/うつ病/不安症・強迫症・PTSD・適応障害/身体症状症/睡眠障害
- アルコール依存症/摂食障害/パーソナリティ障害/認知症/発達障害

手に映る脳, 脳を宿す手

The Hand and the Brain; From Lucy's Thumb to the Thought-Controlled Robotic Hand

手は脳の延長、と聞くと不思議に思う人もいるかも知れない。道具を使うだけでなく、手はさまざまな創造を担い、芸術を生み出す。運動器官であるばかりではなく、感覚器官でもある。いつも何気なく使う手は知られざる役割を担っている。手外科の大家が、人類進化から電動義手まで手まつわる多種多様なテーマを縦横に語り尽くし、読者の知的好奇心を満たすエキサイティングな16章。手の壮大な物語を堪能しよう。

原著 Göran Lundborg
監訳 砂川 融



すぐ・よく・わかる 急性腹症のトリセツ

高木 篤, 真弓 俊彦, 山中 克郎, 岩田 充永 ● 編著

B5・頁192
定価: 本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03945-1

和製Cope本——若手向け 腹痛本の新しいスタンダード



Copeをはじめ、あまたある腹痛の書籍における本書の位置付けは何か。「すぐ・よく・わかる」「急性腹症」のタイトルにあるように、腹痛の名著Cope “Early Diagnosis of Acute Abdomen”を今時に「超訳」された本(「はじめに」より)、

「はじめに」より、
「これは急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」

「これは急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」

「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」

「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」

「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」

「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」

「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」

「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」

「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」

「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」
「急性腹症の取扱(トリ)説明(セツ)書だ」

名画で鍛える 診療のエッセンス

大学の総合診療科医でもある著者が、
教育・診療の視点でアートの可能性を探ります。

森永 康平 獨協医科大学総合診療科 助教
ミルク代表

第1回 どうして医学教育にアートが必要なの？

本紙の座談会記事「対話型鑑賞で鍛える「みる」力」(第3379号)は、分野を越えて大きな反響を持って受け入れられました。名画の鑑賞は診療にどう生きるのでしょうか？ 今号から月1回、実際に名画をみながら、医学教育におけるアートの可能性を広く探っていきます。

みているようで、観察していない

さて、さっそくですが次の絵画(図)を見てみてください。



● 図 モナ・リザ (レオナルド・ダ・ヴィンチ)

「あ、モナ・リザでしょ？ 知っている」と言わずにもう少しじっくりと。作者や作品の美術史的な情報はネットで検索すればすぐに出てきます。しかし絵をみずに「人物の左右にそれぞれ描かれているものは？」や「手はどちらを前にしている？ どのように組んでいる？」と聞かれたら即答できますか？

実は私たちの目はみているようで、観察していないのです。つまり私たちの目は一度大まかな輪郭や色合いをみて「あ、モナ・リザだ」と認識すれば次の関心事に「目移り」してそれ以上細部をみることも、時間を掛けて注視することもなくなる「サボりたがり」です。

医学部の授業では、観察することや話を聞くことが診療に重要だと教わります。一方でそれらの具体的な実践法について時間を掛けて習うことはほとんどなく、臨床での経験で自然に培われるものと認識されています。同様に「問題を解く力」は徹底して教え込まれますが、試験問題には「問題文に記載していない情報は全て正しく、解答に影響しない」や、「問題文に記載してある情報は絶対無二の『事実』で疑う余地はない」などの大前提や暗黙の了解が存在します。

一方で実臨床では、見聞きした情報が正しい保証はなく、また手持ちの情報だけで解決法が見つかるとは限りません。そもそも情報自体、医療者自身が主体的に現場から集め、さらに取捨選択して活用しなければならぬのです。

アートが秘める大きな可能性

では医学とアートにはどんな関係があるのでしょうか。従来、アートは他分野との関係が薄いと考えられてきました。しかしアート作品を題材にすることで、これまで医学部の授業や指導で教わらなかった観察力や言語化能力、対話力、ひいては感性や美意識まで鍛えられるかもしれないとしたらワクワクしませんか？

そもそもアートとは途方もない量の経験や情報が蓄積して生成された結晶です。われわれが目にするアートは複数の時代を跨ぎ、無数の人間たちの鑑賞や推理、分析に耐え、選り抜かれたものばかり。正解の解釈がないアートだからこそ、人種や身分、表情、服装、体型など普段であれば扱いにくいデリケートな話題であっても、じっくり観察し、解釈や推理を述べ、物語を紡ぐことが自由自在にできるのです。

現代では私たちの手元にはスマートフォンがあり、わからなければすぐに調べる習慣が身につきました。その結果、事前知識や他者の解釈・意見などの情報なしで眼前の対象に五感をフル活用して向き合う機会は加速度的に減少しています。アートは主体的な観察力と思考力を取り戻す格好の呼び水となるのです。

もう一度「モナ・リザ」を前にまっさらな状態で観察してみましょう。目を見開き、作品に集中し、描かれているどんな情報も見逃さぬように身構えましょう。これまで何千回みても気付かなかった絵の細部に、すぐにあなたは気付いたのではないのでしょうか。

この連載では残りの11回を使って、医学教育におけるアートの可能性を広く探っていきます。回を重ねるごとに観察力や対話力などを研ぎ澄ましていけるプログラムをめざしております。ぜひご期待ください。

あの“セイブラ”が“セイブラ”になってリニューアル! 初学者からベテランまで使える実践的指南書

セイントとチョプラの内科診療ガイド

The Saint-Chopra Guide to Inpatient Medicine, 4th Edition 第3版

▶ 病棟診療に必要な膨大な量の臨床の原理原則を、図表、ネモニクス、Key-Point等をふんだんに盛り込み読者が覚えやすい工夫して編まれた定評ある入門ガイド、15年ぶりの改訂。改訂に際し、周術期管理に関する章を追加し、全面的にアップデート。また今版より編者セイントがチョプラとタッグを組み、彼らと親交の深い徳田安春先生が日本語版監修を担当。医学生をはじめ、入院患者を診る機会のある研修医や内科系医師の必携書。

監修: 徳田安春 群馬沖縄臨床研修センター長

定価: 本体5,200円+税
A5変 頁708 図23 2020年
ISBN978-4-8157-0300-4

救急現場こそ、緩和ケアが求められる最前線となりうる!

救急×緩和ケア ファーストブック

Palliative Aspects of Emergency Care

▶ cure(治療)だけでなくcare(ケア)の視点も重要な急性期重症患者を前に、医師としてどう対応すべきか? 忙しい救急外来で求められる緩和ケアの基本知識や考え方、具体的な対処法を包括的かつ簡潔にまとめた米国救急医学会(ACEP)緩和ケアセクション推薦図書の翻訳。原著者は救急医としてはじめて米国ホスピス・緩和医療学会(AAHPM)の会長を務めた第一人者。徹底した蘇生行為が患者に益するかどうか終末期患者対応のジレンマに悩む、救急医療に関わるすべての医師・研修医に贈る。

監修: 坂本哲也 帝京大学医学部附属病院 病院長
監訳: 柏木秀行・船越拓・伊藤香

定価: 本体3,400円+税
A5 頁192 図7・表46 2020年
ISBN978-4-8157-0303-5

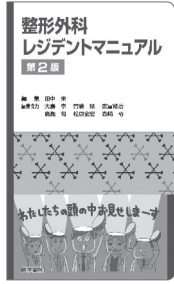
医学書院 レジデントマニュアルシリーズ

多数ラインナップ!

QRコードからシリーズの詳細がご覧いただけます。



臨床現場に必要な情報をコンパクトに！ 研修医・若手医師の強い味方



整形外科のプロフェッショナルの思考過程をたどる必読書、待望の改訂版

整形外科レジデントマニュアル 第2版

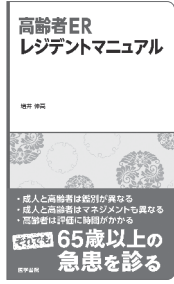
編集：田中 栄
頁458 2020年 定価：本体4,500円＋税 [ISBN978-4-260-04157-7]



発熱の原因検索に日々対峙しているレジデントへ、最高の助けになる臨床マニュアル

不明熱・不明炎症レジデントマニュアル

編集：國松 淳和
頁498 2020年 定価：本体4,500円＋税 [ISBN978-4-260-04201-7]



「高齢救急患者特有の診療・マネジメント」のコツを余すところなく注ぎ込んだ1冊

高齢者ERレジデントマニュアル

増井 伸高
頁298 2020年 定価：本体3,600円＋税 [ISBN978-4-260-04182-9]



定本として重宝されてきたマニュアル、ついに第8版!

がん診療レジデントマニュアル 第8版

編集：国立がん研究センター内科レジデント
頁584 2019年 定価：本体4,000円＋税 [ISBN978-4-260-03915-4]



心臓外科と呼吸器外科の実践を学べる!

胸部外科レジデントマニュアル

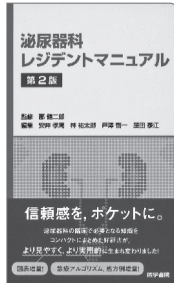
監修：小野 稔 / 中島 淳
編集：東京大学医学部附属病院・胸部外科(心臓外科・呼吸器外科)
責任編集：佐藤 雅昭 / 縄田 寛
頁576 2019年 定価：本体5,400円＋税 [ISBN978-4-260-03676-4]



初期研修医から血液内科専門医を目指す医師まで役立つ1冊

血液病レジデントマニュアル 第3版

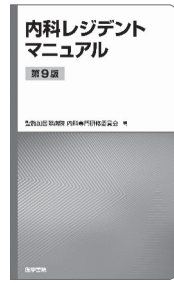
神田 善伸
頁504 2019年 定価：本体4,200円＋税 [ISBN978-4-260-03804-1]



より見やすく・実用的に、泌尿器科診療の生きた知識を凝縮

泌尿器科レジデントマニュアル 第2版

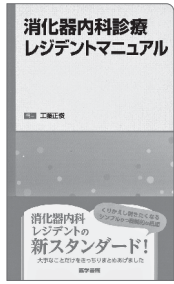
監修：郡 健二郎
編集：安井 孝周 / 林 祐太郎 / 戸澤 啓一 / 窪田 泰江
頁320 2019年 定価：本体4,500円＋税 [ISBN978-4-260-03838-6]



聖路加の内科研修がこの1冊に。研修医に求められることがわかる

内科レジデントマニュアル 第9版

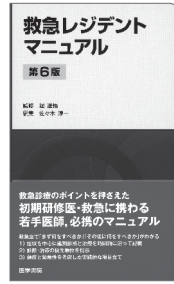
編集：聖路加国際病院 内科研修専門委員会
頁480 2019年 定価：本体3,400円＋税 [ISBN978-4-260-03613-9]



臨床でわきあがる「？」に素早くこたえる

消化器内科診療レジデントマニュアル

編集：工藤 正俊
頁480 2018年 定価：本体4,500円＋税 [ISBN978-4-260-03597-2]



救急室で「まず何をすべきか」「その後何をすべきか」がわかる!

救急レジデントマニュアル 第6版

監修：堀 進悟 編集：佐々木 淳一
頁594 2018年 定価：本体4,800円＋税 [ISBN978-4-260-03539-2]



*「レジデントマニュアル」は株式会社医学書院の登録商標です。

10

10 medicina

Vol.57 No.11

特集| 皮疹はこう見る、こう表現する

皮膚病変は難しい、どう見たらよいかわからない、という声をよく耳にする。本特集では、まず皮膚病変の表現方法を学び、各発疹の定義や成り立ちを理解して実際の皮膚病変を発疹レベルで観察できるように構成した。これまで何となく眺めていた皮膚病変を発疹レベルで捉えることで、理論的に観察・解釈できるようになる!

企画：常深祐一郎(埼玉医科大学皮膚科)

INDEX

- I章 皮膚病変の捉えかた
- II章 基本の発疹を理解する
- III章 よく見る皮膚疾患を発疹レベルで理解する

●1部定価：本体2,600円＋税

▶2020年増刊号(Vol.57 No.4)

早わかり診療ガイドライン100 エッセンス&リアルワールド

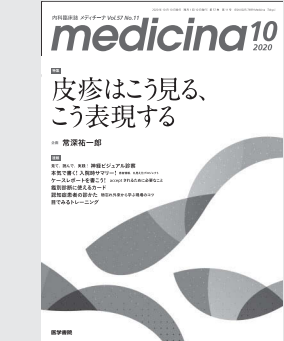
企画：「medicina」編集委員会
●特別定価：本体7,200円＋税

- 連載
- 見て、読んで、実践! 神経ビジュアル診療
 - 本気で書く! 入院時サマリー! 患者情報、丸見え化プロジェクト
 - ケースレポートを書こう acceptされるために必要なこと
 - 鑑別診断に使えるカード
 - 物忘れ外来から学ぶ現場のコツ 認知症患者の診かた
 - 目でみるトレーニング

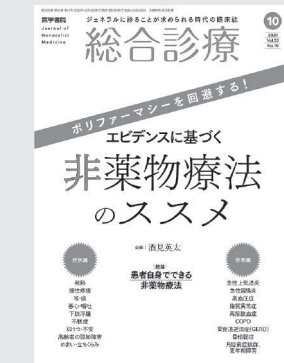
▶来月の特集(Vol.57 No.12) 膠原病・自己免疫疾患を「見える化」する

企画：安岡秀剛(藤田医科大学医学部リウマチ・膠原病内科学)

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/sogoshinryu>

総合診療

Vol.30 No.10

特集| ポリファーマシーを回避する! エビデンスに基づく非薬物療法のススメ

種々の薬物療法が人類の福祉に貢献している一方で、ポリファーマシーの害が叫ばれるようになって久しい。本特集では、何らかの苦痛や心配を訴えてやってきた患者に対し、薬物療法に走る前に、それらを軽減するための有効な、エビデンスのある非薬物療法を紹介し、その最大限の利用を患者に指導することで、処方制限を現実味あるものとするを旨としました。企画：酒見英太(済和会音羽病院)

INDEX

- 【総論】患者自身のできる薬物療法……酒見英太
- 【症状編】
- 発熱……米本仁史
 - 慢性疼痛……上田剛士
 - 急性胃腸炎……高宮陽介・佐藤健太
 - 咳・痰……倉原 優
 - 悪心・嘔吐……片岡 祐
 - 下肢浮腫……矢吹 拓
 - 不眠症……重島祐介
 - 抑うつ・不安……井本博之
 - 高齢者の認知障害……酒見英太
 - めまい・立ちくらみ……西村康裕
- 【疾患編】
- 急性上気道炎……長野広之
 - 急性胃腸炎……高宮陽介・佐藤健太
 - 高血圧症……丸山 尊
 - 脂質異常症……来住知美
 - 高尿酸血症……三野大地
 - COPD……阿部昌文
 - 胃食道逆流症(GERD)……清畑宏一
 - 骨粗鬆症……坂 正明
 - 月経前症候群、更年期障害……中山明子

[column]

- ① コロナ太り……酒見英太
- ② 喀痰に対する非薬物療法・指導……倉原 優
- ③ コンタクトスポーツと認知症リスク……酒見英太

●1部定価：本体2,500円＋税

▶来月の特集(Vol.30 No.11)

フィジカル・エポニム 身体所見の人名由来とその応用

企画：志水太郎(獨協医科大学総合診療学・総合診療科)

年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引!
配送料は弊社負担、確実・迅速にお届けします。
詳しくは医学書院WEBで。

2020年 年間購読料

- ▶ medicina 36,580円＋税(増刊号を含む年13冊)
- ▶ 総合診療 29,520円＋税 個人特別割引25,680円＋税あり 年12冊 医学生・初期研修医割引20,040円＋税あり

電子版もお選びいただけます

医学書院