

2019年7月15日

第3330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

- [対談] 医師需給を考える視座（桐野高明、権丈善一）…………… 1—3 面
- 第115回日本精神神経学会/ [連載] 漢字から見る神経学…………… 4 面
- [連載] 診断エラー学…………… 5 面
- MEDICAL LIBRARY/第20回日本言語聴覚学会/ [視点] PubMedリニューアルでモバイル利用に適合化へ（山口直比古）…………… 6—7 面

対談

医師需給を考える視座



桐野 高明氏

佐賀県医療センター好生館理事長/
東京大学名誉教授

権丈 善一氏

慶應義塾大学商学部教授

権丈 桐野先生は何ゆえに、『医師の不足と過剰』の執筆に取り掛かれたのでしょうか。

桐野 在るべき医師数の調整方法を議論するためのベースを示したいの思いからです。厚労省の医師臨床研修部会で長年、臨床研修制度の構築や見直しに関係してきた私は、初期研修医のマッチング定数の割り当てを行う中で、地域医療を担う医師の偏在問題に危機感を持ちました。

権丈 先生は、医師の地理的偏在や診療科偏在の問題を、「医療崩壊」が社会問題化して間もない2007年に日本学術会議の報告書で指摘されています。

桐野 はい。偏在問題を医師数の主要な論点と位置付け、偏在を解決しない限り医師不足の問題は「解決しない」と提起しました。ところが、反響はいまひとつだった。

権丈 当時は、医師を増やすべきとの世論が強くありましたね。

桐野 確かに、社会から見れば「足りなければ増やせばいい」と映るでしょう。今現在、医師の数そのものは一定の速度で増えているものの、増えた医師は都市部に集中するばかりで不足感のある地域・診療科に行き渡っていません。偏在問題は避けて通れないにもかかわらず、メディアを介した議論はあまりにも拙速な見解ばかりで……。

権丈 おっしゃるとおりです。私も偏在問題が重要と考えてきました。2015

年12月に始まった厚労省医師需給分科会の構成員も、偏在問題に取り組むのであれば引き受けました。

分科会では、2016年9月15日開催の第7回の資料に「医師の地域偏在・診療科偏在の解消に向けた強力な取組の推進」が打ち出され、「規制を含めた地域偏在・診療科偏在の是正策を検討」することが方向性として示されました。ところが、「強力な推進」が書き込まれた資料はその日だけしか使われず、分科会もその後半年ほど休会になり、偏在問題に関する本格的な議論が再開されたのは1年後でした。

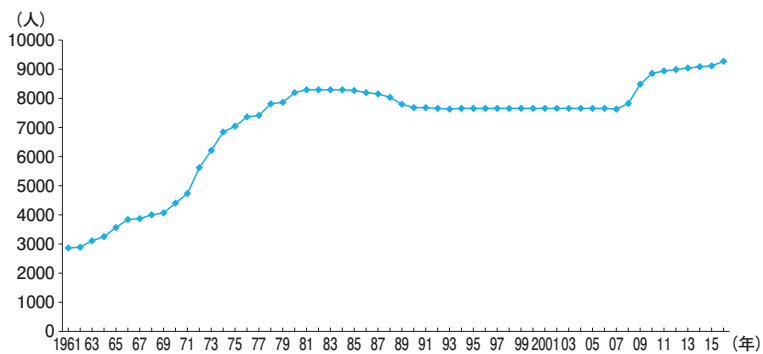
桐野 何らかの強力な意思が働いたわけですか。医師需給の議論はこれまで、医師不足の問題が突如湧き起こると、医師数の過剰の影響や制御の方法などを慎重に考えず短期的な視点で政策を進めることが繰り返されてきました。

その最たる要因は、医師数を決める明瞭で科学的な指標がないことです。現状より少し増やす/減らす必要性は誰もが認識できるものの、10年後、20年後の正確な予測に基づき医師数制御の方程式を考え出すのは容易ではありません。医師需給は、予測不可能な問題について解答を考え出さなければならぬ困難さがつきまとう問題なのです。

権丈 極めて重い言葉です。先生が書かれている「医師数の制御には賢明で周到な政策的介入が必要」との結論に至るまでを理解してもらうことが、実

医師は足りているのか、不足しているのか。1990年代の終わりから2000年代の初めかけ、患者権利や医療安全に対する社会の関心の高まりから、日本の医療の姿は大きく変わり始めた。相次ぐ医療事故により報道が過熱。医師—患者関係が変貌し、医療不信から医師の業務も逼迫していく。2003年以降、「医師不足」の報道が相次ぎ、医師の地方病院離れから「医療崩壊」と言われる状況に至った。2008年、政府は四半世紀ぶりに医学部の定員増を決め、毎年の医師養成数は現在、9400人を超えている（図1）。それでも、今なお地方を中心に医師の増員を求める声が聞かれるが、増員による過剰が将来問題を招くことはないのか。

医師の需給をめぐるこれまでの議論を『医師の不足と過剰』（東京大学出版会）にまとめた桐野高明氏と、同書のあとがきで紹介された『ちょっと気になる医療と介護 増補版』（勁草書房）の著書があり、厚労省検討会で医師の偏在問題を検討してきた権丈善一氏の2人が、予測の難しい未来の医師需給を考える確かな視座について意見を交わした。



●図1 医師養成数の推移（厚労省資料より）

1970年代の一県一医大構想により、医師養成数が年々増加。2008年度以降の伸びは臨時増員の実施によるもの。18年度以降の入学定員は9419人。

に難しい。たびたび過熱する公的年金の議論も同様で、予測不可能な将来について何らかの仮置きをしなければ制度の設計ができません。公的年金は予測に対して人知の限界があるために存在する制度なのに、将来の話が必要とするパラドックスを抱えていて、これがしばしば混乱を招いているわけです。

そもそも不足とは何か、ソーシャル・ニーズ論を手掛かりに

権丈 医師不足を考える上で、そもそも不足とは何かの根本を考えなければなりません。その手掛かりとして、1990年代初めに私がかかわった「看護師の不足」に関する研究とソーシャル・ニーズ論を考えることがあります。例えば企業の人手不足は、生産物

市場での需要増を原因とする派生需要の急増などから説明できますが、当時の看護師不足の要因は「駆け込み増床」による病床増が招いていました。これをどう説明するかを考えて、「人間が社会生活を営むために欠かすことのできない基本的要件で、その必要を満たすことが社会の合意となっている」というソーシャル・ニーズ論を使いました。方法論は次の4つに分類されます。

- 1) 専門的知識を持つ者によって判断される規範的ニーズ
- 2) ニーズを持つ者によって感得された感得ニーズならびに表明された表明ニーズ
- 3) 同じ特性を持つ他者・他グループ・他地域などにおいて判断される比較ニーズ
- 4) 社会的価値の導入

（2面につづく）

好評につき、ウェブ配信決定

…………『作業で創るエビデンス』発刊記念セミナー…………

作業療法士のための研究法の学びかた

エビデンスの作りかたと使いかたをテーマに、最新の作業療法研究を含め、なぜこの研究手法を用いたのかという思考過程と実用的な活用方法を紹介し、皆様のよりよい理解へとつなげます。研究に興味はあるけれども、どうすればいいかわからず足踏みされているのであれば、ぜひ本セミナーにご参加ください。アツくて楽しい先生がたと一緒に学びましょう！PCやスマートフォンで閲覧いただけるオンライン受講サービスとしてのご参加も可能です。



友利 幸之介 先生

東京工科大学 准教授、
作業療法士、博士（体育学）



京極 真 先生

吉備国際大学 教授、
作業療法士、博士（作業療法学）



竹林 崇 先生

大阪府立大学 准教授、
作業療法士、博士（医学）

医学書院

日時

2019年9月1日 13:00～17:00

対象者

作業療法士（臨床、教員、大学院生）
リハビリテーション関連職種（PT、ST、NSなど）

オンライン受講料

8,000円（消費税込、事前振込）

お申し込みは弊社Webサイトから▶▶

会場での受講も若干名追加募集中です！

<https://seminar.igaku-shoin.co.jp/>

医学書院 作業療法セミナー

Q検索



対談 医師需給を考える視座

「政策は結局,力が作るのであって正しさが作るのではない。しかし,正しさが力を持ち得るためにデータがある」



けんじょう・よしかず氏

1985年慶大商学部卒。2002年より現職。専門は社会保障・経済政策。社会保障審議会、社会保障国民会議、社会保障制度改革国民会議、社会保障制度改革推進会議の委員や社会保障の教育推進に関する検討会の座長などを歴任。15年から現在まで厚労省医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会の構成員を務める。著書に『再分配政策の政治経済学（Ⅰ～Ⅶ）』（慶大出版会）、社会保障の『ちょっと気になる』シリーズ3冊（勁草書房）など多数。

(1面よりつづく)

この論に基づけば、医師の需給は、3)の比較ニーズを軸とし、専門的知識を持つ人たちによる規範的ニーズや、医療を利用する人の感得・表明ニーズで補強しながら暫定的な解を見いだし、これをPDCAサイクルで回していくことになると考えられます。

桐野 医師の需要推計は、①現状から出発する積み上げ方式、②諸外国との比較、③関係者の意見を聞くの3点が主であり、①②が比較ニーズ、③が規範的ニーズに該当するでしょう。

権丈 現状から積み上げる方法をベースにしながらも、それが規範的ニーズと感得・表明ニーズとの乖離が大きくなると、政治判断など新たな動きが出てくる。今は、すでに出そろった地域医療構想の病床数をベースとした医師数の積み上げも、需要推計に利用されています。将来の不確実性を考えれば、どんなに工夫を凝らしても推計には難しさがありますね。

桐野 ええ。日本は1961年に国民皆保険制度が成立して以降、医療需要の拡大に対応するため人口10万人当たりの医師数を100人、200人と段階的にめざし、現在の目標は人口10万人当たり300人としています。ただ、これは比較ニーズに該当するOECD加盟国の平均値から指標を求めたにすぎません。現に今でも医師は毎年一定のペースで増えており、1960年代に増員となった60歳以上の層に続き、次に2008年以降1800人ほど増員した層

が現れます(図1、2)。

権丈 出生数が100万人を切ったのが2016年で、2018年には92万人まで落ちている。9419人の医学部入学者数を維持し続けて良いのか検討すべき時期にすでに入っているはずです。

桐野 18歳人口1000人当たりの医師養成数は2040年に9.57人、2050年には11.6人となり、現在18歳人口当たり最も多く医師を養成している西ヨーロッパ諸国を超え、マクロ的には過剰になると予想されます。医師数増加にアクセルを踏み続ける状況に果たして問題がないのか懸念があります。

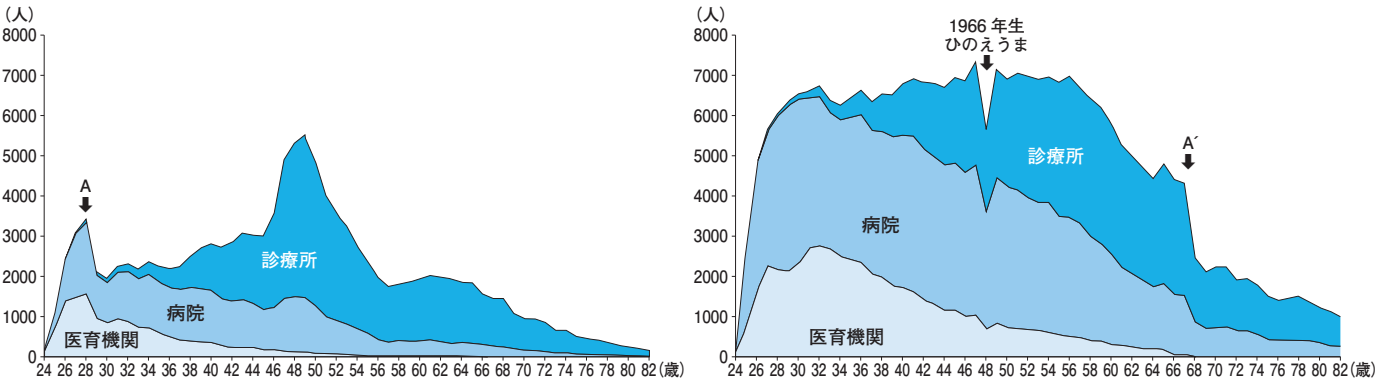
増えすぎたときに終息させるブレーキが利きにくい

権丈 医師の養成の成果が出るまでに最低10年は掛かります。医師の需給問題の難しさは、今は不足しているが将来は過剰になることがある程度わかっていても、今の不足を補う目的で入学定員を増やす策をとれない点にあります。一方、「市場に任せる」との言葉が好きの人もあります。

桐野 新自由主義者のミルトン・フリードマンは医師のような職業的免許制度さえも不要で、市場に委ねるべきとの極端な見解を示していますね。

権丈 はい。しかし、国家資格を伴う職種の需給を市場で調整する弊害があることは明らかです。需給の調整は瞬時に動くわけではありませんから。長い年月を要す医師の養成も、超長期的に見れば合理的に調整されるかもしれませんが、調整過程で若い人たちの人生を犠牲にする責任は誰が取るのか。

桐野 その通りです。私が東大本部に在籍した当時、法科大学院の制度に疑問を持ったので調べてみると、国の教育政策の信頼性を相当落とすものだと驚きました。国家資格を伴う職種を育成する場合、養成開始時に数を絞る「入口制御方式」と、国家試験で合格を厳しく制限する「出口制御方式」があります。法科大学院は卒業者の7～8割が法曹資格を取得できるとし、入口制御方式を企図してスタートしました。



●図2 医師の年齢別分布、1975年時点(左)と2014年時点(右)(厚労省「医師・歯科医師・薬剤師調査」をもとに桐野氏作成)

1975年時点の50歳前後に見られるピークは、戦時期に大量に養成され戦場から復員した医師。矢印Aは一県一医大構想により医師養成数が急増したときの先頭世代に当たる。その後2014年時点では矢印A'に達している。今後、2008年以降に増員した層が高く現れる。

権丈 ところが、実際には入口制御はあまりなされず、設置を希望し手を挙げた大学を次々と認めていった。

桐野 はい。入口制御と出口制御のダブル・スタンダードによって養成制度が立案されるという大きな問題を抱えて始まったために、法科大学院は次々設置され、養成数が増え続けているにもかかわらず誰も制御できませんでした。自然の経過に委ねられたことで問題がさらに深刻となり、社会問題化しようやく、成績の振るわない法科大学院への公的支援制限がなされました。

権丈 『医師の不足と過剰』の第1章には法科大学院の他、公認会計士、歯科医師、薬剤師、柔道整復師など、ライセンスを伴う職種の養成制度が概観され、それらがほぼ失敗の歴史を示しているとまとめられています。医師需給を考える視座を得るためには、本書の第1章は必読です。

地域偏在を解決に導く、エビデンスレベルの高い政策とは

権丈 将来の予測が不可能な中で考えなければならない医師の養成を、イデオロギー的に進めるのではなくデータに基づくエビデンスをもって理性的に制御するには、どのような政策が必要になるのでしょうか。先生は、著書の中で不平等度を示す「ジニ係数」で医師の分布を見られていました。

桐野 はい。医師数は、増加しても均等に拡散せず、偏在は緩和しないことがジニ係数を用いた先行研究から明らかになっています。

権丈 では、地域偏在をどう解決すべきか。私は、エビデンスレベルの高い政策として、①地元枠、②総合診療医の養成、③地域医療の経験の3点を医師需給分科会の中で示し、これらを教育、保険医の登録、管理者要件の各段階に制度設計として組み込むことを提案しました。

1点目の地元枠の代表的なエビデンスに、地元出身者は医学部卒業後も地元に残るとするノルウェーの研究があり、「鮭の母川回帰(Homecoming salmon 仮説)」に例えられています(Med Educ. 1993 [PMID: 8336575])。これは以前から暗黙に了解されており、過去に日本でも政策として試みられてきました。

桐野 1970年代の一県一医大構想です

桐野 国家資格を必要とする職種の市場は数を増やすのは簡単にできても、増え過ぎたときに終息させるブレーキが利きにくい。私が強調したかったことです。

権丈 「増やすのは易し、減らすのは難し」。これが失敗の歴史からの最大のメッセージです。若い有為な人材が生涯の仕事として国家資格に挑んでいるにもかかわらず、市場に任せて卒業後の職が不足する状況を作り出し、「市場で余った」「事後的に調整する」ということはあってはなりません。

桐野 まさにそうです。国家資格をめざす若者は国の大切な人的資源です。その育成を誤ることは国や社会の将来を危うくしてしまう。過剰状態を招くことが危惧される医師の養成について議論する際は、他領域の失敗例も把握した上で、適度な制御が必要になると私は考えています。

ね。1960～70年代に養成数を3000人から8000人にまで増やしました。それでも医学部のある県とない県で医師の充足に大きな隔たりがあり、地理的偏在の不満が生じていました。そこで、1970年の秋田大医学部の開設を先駆けとして1973年から一県一医大構想が始まり、1979年の琉球大医学部の開設をもって全都道府県に医学部が設置されます。

権丈 ところが、その構想が行き詰まりを見せたのが、1990年代のバブル崩壊です。挫折した「時代」の責任を、エリート層が社会から取らされる中、「手に職」を保障する医学部への進学熱が高まり、医学部は難関となった。これを受け、地方の医学部には受験技術に長けた都市部の進学校出身者が数多く進学しました。

桐野 入試は出身地を問わず受け入れます。都市部の出身者が地方の医学部に入学すると、Homecoming salmon 仮説に従って都市部に帰ってしまう。

権丈 結果、医師の都市偏重が加速してしまったわけです。そこで、地元医師を引き寄せるために2008年度から「地域枠」の入試が始まりました。しかし、臨時措置として地域枠に限り定員増を認められながら、入試の段階で一般枠と区別せずに選抜し、入学後

漢方

処方ハンドブック

編集 花輪 寿彦

●B6変型 頁488 2019年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03914-7]

北里流漢方診療のエッセンスを 白衣のポケットに

漢方が効く病態約50に対する処方解説。プライマリ診療に簡便な医療用エキス製剤を主としつつ、煎剤処方についても Advanced course で触れており、漢方を使い慣れた読者にも有用な1冊となる。内科系、整形外科を中心に小児・女性・高齢者の診療、鍼灸、生薬をカバーする内容。付録も充実－医療用漢方処方の選び方・使い方(腹証図付き)、エキス製剤情報、薬局向けの患者説明用処方解説、煎剤解説、生薬解説など。

目次

- 漢方の基礎知識
- 処方の実際 呼吸器／循環器／消化器／代謝／自己免疫／冷えとほてり／むくみ／貧血／神経／精神／関節痛／腰痛／皮膚／耳鼻／眼／小児／女性／高齢者／がん／在宅
- 生薬、鍼灸、EBM、医学史
- 付録

医学書院

医師需給を考える視座 対談

「医師需給は、予測不可能な問題について解答を考え出さなければならない困難さがつきまとう問題である」

参加が期待されます。

権丈 実は、管理者要件をどう組み込むかは、2017年の医師需給分科会第2次中間取りまとめに向けた議論の大きな山場でもありました。

桐野 2018年の医療法改正で、医師が地域医療を一定期間経験したと認められれば管理者要件となる制度が創設された点は評価できます。

権丈 しかし対象となる病院は最終的に、「地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院」に限られました。それでもここまでの動きを前向きにとらえたい。制度設計に携わってくれた人たちがせっかく、各所からの圧力に抗しながら認定医師と対象病院を分離して制度を作ってくれたのですから。

今後は国や地方自治体の病院、日赤や済生会、地域医療機能推進機構（JCHO）が手を挙げて、認定医師を自分たちの病院の管理者要件にすることができるようしておくことを、医師需給分科会（2019年1月30日・第27回）で提案しました。COML理事長の山口育子さんや日医副会長の今村聡先生らが賛成してくれて、第4次中間取りまとめでは、「一部の地域医療支援病院以外でも、地域医療への貢献を目指す病院・団体は、自主的に自院の管理者要件に認定医師であることを加えるべき」との文言が記されました。**桐野** 病院ごとの賢明な選択によって段階的に広げていく道が残されたわけですね。

権丈 はい。これまで認定医師なんてなかったわけです。それが今回、管理者要件に用いる道ができた。この制度が育つかどうかは、地域医療を考えている医療界の人たち自身の選択、そして心意気に掛かっていると言えます。

医師数の問題はデータによる賢い制御が必要に

桐野 権丈先生が携わった2013年の社会保障制度改革国民会議報告書に、次の文章があります。「データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっていることにも留意せねばならない」と。医師需給を考える上で、明瞭で重要な一文です。**権丈** 政策は結局、力が作るのであって正しさが作るものではありません。これは昔から言っていることで、実感してきたことでもあります。しかし、正しさが力を持ち得るためにこそデータがある。だから、データによる制御機構が求められているのです。

この国民会議の報告書を起草した私は、「需要」の言葉を使っていません。需要は既に顕在化したものですから、顕在化したものの要不要は判断できません。だから顕在化する前のニーズが



きりの・たかあき氏

1972年東大医学部卒。92年東大脳神経外科教授。同大学院医学系研究科長・医学部長、同大副学長を務める。国立国際医療研究センター研究所長、同センター総長、国立病院機構理事長を経て、2018年より現職。東大名誉教授。厚労省医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会長などを務める。著書に『医療の選択』（岩波書店）、「医師の不足と過剰」（東大出版会）など。

大切であり、ニーズと提供体制がミスマッチとなれば、ニーズに合わせて提供体制を変えていく制御機構が必要になるのです。日本は、市場でもなく政府でもなく、データによる制御機構を構築していかなければならない。それが、国民会議で示した方向性でした。

あわせて国民会議の報告書に「競争よりも協調を」の言葉を盛り込みました。働き方改革で医師の労働時間規制に強い制約条件が入り、この先医療界は変わらざるを得ません。特に急性期医療は一律に強化をめざす競争を続けられなくなり、協調へと進む道が整備されていくでしょう。

桐野 予測不可能な将来について、データに基づき見通しをつけ、注意深く制御していく持続的で辛抱強い政策が医師需給には必要になります。

かつて死因1位だった結核が、生活レベルの改善やストレプトマイシンなどの抗結核薬の開発と普及、そして結核予防体制の整備によって激減したように、がんの免疫チェックポイント阻害薬の広がりやAIによる画像診断の進歩によって、必要とされる専門医の数は中長期的に大きく変わる可能性があります。**権丈** おっしゃる通りです。目まぐるしく変化を続ける医療状況の中、医師の需給はデータに基づいた比較ニーズによる相対的な議論の上で、専門的知識を持つ人の規範的ニーズによって最終的に判断されるべきものでしょう。先生の著書にある「医師数の制御には賢明で周到な政策的介入が必要」であることを多くの人が理解し、建設的な議論ができればと願っています。（了）

に地域枠の意思を確認する手挙げ方式を取っていたために、地域枠が機能していない医学部が多くありました。その実態が2018年に明らかになるまで11年間も続いていたわけです。

桐野 日本では地域枠入学者よりも地元出身者のほうが臨床研修後に大学と同じ都道府県に勤務する割合が高いと

総合診療医への期待、多職種によるタスクシフティングの促進

権丈 2つ目の総合診療医の養成は、医師の偏在問題を解決するカギになると先生も著書で述べています。

桐野 医学部は伝統的に、急性期で人を治せる医師養成をめざしてきました。しかし、医師の数が十分でない地域の病院で高度に専門化した医師を全てそろえるのは、もはや現実的ではありません。こうした医療状況を解決し、患者に適切な医療を提供できると期待を寄せるのが総合診療医です。

権丈 都心部ではチーム医療の推進が解決策の一つになる一方、チームを組むのが難しい地域は総合診療医が不可欠です。総合診療医の活躍は同時に、日本全体の医師数の効率化にも寄与するとみています。

桐野 しかし、2018年度に開始された総合診療専門医の応募はまだまだ少ない状況です。

権丈 医師需給分科会の中で構成員の福井次矢先生（聖路加国際病院院長）は、次のような言及をしています。「ある大学で入学時には医学生の50%がプライマリ・ケアを将来やりたいと答えていたのですが、卒業時には2、3人になりました。それはなぜかと言うと、私も経験がありますけれども、総合診療部なんか入るなど、そういうメッセージをいろいろな臓器別専門診療科の先生方に言い続けるわけです」と（2017年12月8日・第16回）。

そこで第4次中間取りまとめには、「文部科学省は、厚生労働省との連携の下、医学教育モデル・コア・カリキュラムにおけるプライマリ・ケアや地域教育に関する内容の充実を図るとともに、大学に対して、各大学のカリキュラムにおけるプライマリ・ケア等の教育の充実を要請するほか、医師国家試験においてもプライマリ・ケア等をより重視していく」と記されました。**桐野** 総合診療医が医師全体の3～4割に達しないと今の医療提供体制は維持できないとの危機感は共有されてきました。プライマリ・ケア領域で働く希望者が潜在的にいるわけですから、先生が3点目に挙げた地域医療の経験はますます大切になります。**権丈** 社会的な注目と期待がさらに高まれば、総合診療医を志す学生も増えるはずです。

総合診療医の育成はさらに、日医のかかりつけ医機能研修制度などの将来像にも位置付けられないでしょうか。

桐野 年齢を重ねた臓器別専門医に対

の確かなデータがあります（厚労省・臨床研修修了者アンケート調査、2015、16年）。Homecoming salmon 仮説を踏まえ、地域枠でも、地元出身者に絞った「地元枠」を今後さらに拡充すべきでしょう。

権丈 昨年の医療法および医師法の改正で地元枠強化の方向性が明確に示され、良い方向に進んでいると思います。

し総合診療に関する充実したりカレント教育を提供できれば、他国とは異なる総合診療医の育成が可能になると私は考えています。多くの病院勤務の医師は60歳に近づくにつれ手術など大掛かりな医療からは離れ、外来など総合診療に近い部門に働く場をシフトします。日本の医師ならではのキャリアに注目したりカレント教育が必要です。**権丈** プライマリ・ケアを担当する医師が増え、広い範囲の医療をカバーできるようにすることが、偏在問題を解決に導く糸口になるわけですね。

桐野 はい。地域の医療を医師だけに委ねず、看護師をはじめチームでタスクシフティング、タスクシェアリングを進めることも求められます。国立大学は過去に十分な医療職を増やすことができなかった点に、医師が多くのタスクを抱え込んでしまう日本の医療モデルの問題があったと思います。

権丈 1969年に施行された、日本の国家公務員の総数を規定する「総定員法」の存在ですね。医療のモデルを作る立場にあった国立大学の医学部は、総定員法による定員枠の規制の範囲内で動かざるを得なかった。そのために、新たな医療動向に対してマンパワーを増やし、タスクシフトすることで業務をこなす医師の働き方のモデルを、国立大学医学部が構築できませんでした。**桐野** これは、誰かの何らかの意思というより、社会的構造によって問題が引きずられ今に至っているためです。今後、タスクシフティング、タスクシェアリングに対応した看護師はじめ多職種の育成が進めば、地域医療の大きな力になることは間違いありません。

管理者要件は偏在是正の道を切り開くか

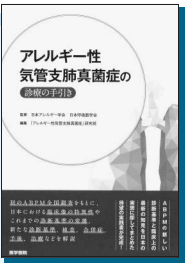
権丈 地元枠、総合診療医の養成、地域医療の経験の3点を今後、どう制度設計に組み込み偏在対策の具現化につなげるか考えたいと思います。**桐野** 大都市部以外の勤務経験を経たと認定された医師（認定医師）を、保険医登録の要件や病院の管理者になるための要件（管理者要件）として組み込むことは、偏在緩和に有効と考えます。先生の『ちょっと気になる医療と介護』にイヤになるほど全て書いてあるのですが（笑）。医師不足の地域での勤務経験に一定のインセンティブを与えることによって、将来、医療過疎の状態にある地域へより多くの医師の

アレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)の新しい診断基準と最新の知見をまとめました

アレルギー性気管支肺真菌症の診療の手引き

アレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)の新しい診断基準と最新の知見をまとめた診療の手引き。研究班の全国調査を経て得られたABPMのデータをもとに、日本の実情に合った形で作成し、ABPMの診療に役立つ内容となっている。

監修 日本アレルギー学会
日本呼吸器学会
編集 「アレルギー性気管支肺真菌症」研究班



わが国最初の甲状腺細胞診に特化したモノグラフ

甲状腺細胞診アトラス 報告様式運用の実例

編集 坂本穆彦



第115回日本精神神経学会開催

第115回日本精神神経学会学術総会が6月20～22日、染矢俊幸会長（新潟大学）のもと「ときをこえてはばたけ 人・こころ・脳をつなぐ精神医学」をテーマに朱鷺メッセ（新潟市）にて開催された。2018年度の診療報酬改定以降、抗不安薬や睡眠薬処方の減量がさらに求められるようになった。シンポジウム「平成30年度診療報酬改定後のベンゾジアゼピン系睡眠薬の減量」（コーディネーター＝久留米大・小曽根基裕氏。司会＝小曽根氏、秋田大学・三島和夫氏）では、減薬達成に向けた戦略が議論された。

2018年度の診療報酬改定で、抗不安薬や睡眠薬の処方に関して、①ベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬・睡眠薬を1年以上の長期にわたって同一用量・用法による継続処方する場合②抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬のいずれかを3種類以上、または4種類以上の抗不安薬および睡眠薬を処方する場合の減算が規定された。睡眠薬処方のおよそ6割は精神科・心療内科以外の診療科からであり、減薬達成に向け診療科を超えた取り組みが模索される。

睡眠薬減量をめざすために必要なことは

三島氏はまず、睡眠薬を初めて服用した患者を追跡した結果、10人に1人が1年以上の長期服用につながったことを示した氏らの調査を紹介した。睡眠薬を処方する精神科医・心療内科医の9割が症状改善後に睡眠薬を中止すべきと考えており、睡眠薬や抗不安薬処方適正化の推進に、複数回にわたる診療報酬改定が一定の成果を与えたと見る向きがある。一方で患者が減薬を嫌がる、減薬のタイミングがわからないなどの理由で実現には至らないケースがあると氏は話し、「適切な患者教育や精神科薬物療法の情報提供が求められる」と今後の課題をまとめた。要支援・要介護高齢者の増加の原因の一つに転倒による骨折がある。睡眠薬服用は転倒リスクの増大につながることから、老年医学を専門とする大黒正志氏（金沢医大）は、「ポリファーマシーの観点からも、高齢者において睡眠薬の減薬は重要」と主張した。氏



●写真 シンポジウムの模様

は、施設内で精神科や整形外科と協働し、減薬を達成した経験を持つ。この経験から、「老年内科医・精神科医・薬剤師等との多職種連携で薬剤評価を行うことで、睡眠薬使用の適正化に寄与可能だろう」と考察した。

睡眠薬の減量達成には患者の減薬意思が欠かせない。患者が前向きに減薬を達成するための手法として、須賀英道氏（龍谷大）はウェルビーイング思考を紹介した。ウェルビーイングは肉体的にも精神的にも、社会的にも満たされた状態を指し、ウェルビーイング思考では、健康を創生する視点で医療をとらえる。睡眠薬の減薬をウェルビーイング思考でめざす場合には、睡眠薬服用を主たる問題ととらえて減薬を目標とするのではなく、生活リズム改善の目標のもと副次的に減薬の達成をめざす。この思考法による減薬においては、睡眠薬を減らしても眠れた事実を記録し、できたことの振り返りで自己肯定感を高め、モチベーションを向上させるかわりが必要になると解説した。

他方、天谷美里氏（慈恵医大病院）は睡眠薬服用に不安を感じる患者が67%いるとの調査に着目。動画を作成し（<https://jikei-psy.com/zzz/>）、睡眠薬減量の動機付けをめざした。インターネットを介した動画視聴と視聴後のアンケート調査の結果、視聴前に減薬に後ろ向きだった群の86.9%で減薬意思が強化された。これらの減薬意思強化群において印象に残った動画の内容が「睡眠薬の副作用」「睡眠薬を内服しても自分の力で眠っていること」「必要睡眠時間が年齢とともに減少すること」だったことから、氏は「睡眠薬や睡眠の基本的な知識を伝える患者教育が減薬につながる可能性がある」と患者教育の重要性を訴えた。

外来患者における睡眠薬減量成功の要因は何か。小島居望氏（久留米大）は同大病院精神神経科外来で3種類以上の睡眠薬を3か月以内に複数回処方され、その後1年以上受診を継続した

第13回

幻覚と錯覚

書 大山九八

漢字から見る
神経学

普段何気なく使っている神経学用語。その由来を考えたことはありませんか？漢字好きの神経内科医が、数千年の歴史を持つ漢字の成り立ちから現代の神経学を考察します。

福武敏夫
亀田メディカルセンター 脳神経内科部長

幻覚とは感覚器に刺激がないのに知覚を生じる病的体験のことで、その中でも神経疾患では幻視が多く、パーキンソン病進行期やレヴィ小体型認知症（DLB）でよく遭遇します。幻聴はまれに側頭葉や橋の脳卒中でみられることがあり、橋病変では音楽性が有名です。言語性幻聴はやはり統合失調症を示唆します。幻臭・幻味・幻触は極めてまれです。

幻は乚（イトガシラ：糸の先端、細い糸）＋フのような形（木にぶら下げる）であり、染色した糸を木の枝にかけた象形を表し、色がいろいろと変わる様子から「まぼろし」の意味になったようです。日本語のまぼろしの語源は草川昇の『語源辞典 名詞編』（東京堂出版）によると、目（マ）惚（ホ）ロシまたは目（マ）朧（オボロ）とのことで、本来的に幻視のことです。乚を含む漢字として幼や幽は理解できます。幾も「いくばく」ならわかりますが、幾何はなんと geometry（幾何学）の geo の音訳にすぎないのです。

錯覚は対象を誤って知覚することであり、臨床的には錯視と錯聴があります。錯視は誰もが経験しますが、壁の染みがどうしても顔に見え、どんなに注意を集中しても消えないような場合は病的で、「パレイドリア」と呼ばれて DLB で研究されています。錯聴も側頭葉病変での出現が多いのですが、筆者はその下の高次中枢である内側膝状体梗塞例を世界で初めて報告しています。錯は金（金属）＋昔（重ねた残肉とそれを乾かす太陽からきて薄く乱れ重なる様子）であり、金属を塗り重ねてメッキすることを意味し、いろいろな金属が混じる様子を示します。昔を含む漢字には惜、借、籍などがあり、交錯するものを意味することが多いようです。

片頭痛ではごくまれに「不思議の国のアリス症候群」を伴い、身体の拡大/縮小感や錯視（大視症や小視症、変形視症）がみられます。

患者を対象に、減薬ができる要因について分析を行った。減薬成功率は年配者や双極性障害の患者で高く、ルネスタ®やベルソムラ®, アモバン®は中止率が高い睡眠薬だったという。一方、主治医別の減薬成功率には14.3～80.0%と大きなばらつきが見られ、「担当する主治医のモチベーションや医師－患者関係も減薬成功に大きな影響を与えている可能性が高い」と、今後の研究に意欲を示した。

＊

日本精神神経学会開催に併せて、5月に採択された ICD-11 を運用するためのトレーニングセミナーが開催され、ICD-11 第6章「精神、行動、および神経発達障害」作成の中心的役割を担った Geoffrey M. Reed 氏（WHO）と Michael B. First 氏（米コロンビア大）



●写真 講演する Michael B. First 氏（左）と Geoffrey M. Reed 氏

来日中の、ICD-11 第6章「精神、行動、および神経発達障害」作成において中心的役割を担った2人を講師に、トレーニングセミナーが催された。

が講師を務めた。症例を用いて実際に ICD-11 に基づいた診断を体験し、診断に至る思考回路や注意すべきポイントについて、講師や参加者同士でディスカッションを行った。

臨床から基礎研究まで、
双極性障害のあらゆる情報を網羅した決定版！

双極性障害

病態の理解から治療戦略まで

加藤 忠史

第3版

双極性障害の決定版入門書、待望の改訂第3版。臨床・基礎のあらゆる情報を網羅。双極性障害の全体像を把握することができる1冊。

目次

第1章 歴史

第2章 疫学と社会的影響

第3章 症状・経過

第4章 診断

第5章 治療戦略

第6章 治療薬とその薬理

第7章 環境因

第8章 ゲノム研究

第9章 脳研究

第10章 患者由来細胞を用いた研究

第11章 バイオマーカー研究

第12章 病態仮説

医学書院

医学書院

神経症状の 診かた・考えかた

第2版

General Neurologyのすすめ

福武 敏夫

まず手にとるべき神経内科の定番本の改訂版！
神経内科臨床のリーダーとして知られる著者の経験に基づく適切な
のよい記載と、一貫した神経症状へのアプローチがさらにバ
ワーアップした「通読できる本格的な神経内科書」

目次

第Ⅰ編 日常診療で遭遇する患者

第1章 頭痛

第2章 めまい

第3章 しびれ

第4章 パーキンソン病とその周辺

第5章 ふるえの診かた

第6章 物忘れ・デメンチア（認知症）

第7章 脊髄症状

第8章 精神症状、高次脳機能障害

第9章 「心因性」と間違えられやすい疾患

第10章 「奇妙」な症状

第Ⅱ編 緊急処置が必要な患者

第1章 けいれん

第2章 意識障害

第3章 急性球麻痺

第4章 急性四肢麻痺

第5章 脳梗塞

第Ⅲ編 神経診察のポイントと
画像診断のピットフォール

第1章 神経学的診察の実践

第2章 画像診断のピットフォール

●B5 頁424 2017年
定価：本体5,200円＋税
[ISBN978-4-260-03059-5]

ケースでわかる 診断エラー学

「適切に診断できなかったのは、医師の知識不足が原因だ」——果たしてそうだろうか。うまく診断できなかった事例を分析する「診断エラー学」の視点から、診断に影響を及ぼす要因を知り、診断力を向上させる対策を紹介する。

綿貫 聡

東京都立多摩総合医療センター
救急・総合診療センター医長

徳田 安春

群星沖縄臨床研修センター長

第7回

診断エラーの予防：患者協働②

ある日の診療

冬場の救急外来に腹痛を主訴に来院した 23 歳女性。来院当初、心窩部痛と嘔吐が主訴であった。軟便が 1 回あったが明確な下痢ではなく、救急外来でアセトアミノフェンを投与され症状は軽快した。救急外来の担当医だった A は、「胃腸炎の可能性あります。良くならないようならまた医療機関を受診してください」と廊下に座っていた患者に対して、立ったまま矢継ぎ早に説明を行い、早々に次の診療に向かった。

説明を受けた患者は救急外来をそのまま立ち去ろうとしていたが、救急外来の会計の壁に「質問し忘れたことはありませんか？」と書いたカードが飾ってあるのを見て、立ち止まった。そんなところに、指導医が通り掛かって声を掛けた。

前回（第 3326 号）に続き、患者協働を促すために、さらに医療者が工夫できる事柄と、患者側に主体的にかかわってもらうための具体的な方略について考えてみよう。

医療者－患者コミュニケーションを改善しよう

まずは、患者と医療者で共通の病状理解を擦り合わせる必要がある。そのための有効な方策として teach-back technique（復唱法）がある¹⁾。患者に話した内容について、患者から医療者に説明、もしくは図示してもらい、うまくできなければ医療者の説明が不十分であったと考え、説明し直すものである。患者に「今の説明、わかりましたか？」と聞いた際に、仮に患者が「はい」と言っても理解しているとは限らないのである。

類似の方略に、Ask-Me-3 questions がある¹⁾。これは、患者側から「一番の問題は何か？」「体調改善のために何をすれば良いか？」「なぜ、それをすることが重要か？」と医療者に逆質問してもらう方略である。

加えて、医療者と患者とのコミュニケーションを改善させる方略として 6 つのステップ¹⁾を紹介したい。

- ・ ゆっくり話す
- ・ 非専門用語など、簡単な言葉を使う
- ・ 絵を見せる、もしくは描く
- ・ 提供する情報を絞る、繰り返し伝える
- ・ Teach-back technique を使う
- ・ 恥をかかせない環境をつくり、質問を促す

また、患者満足度向上を意識し、接遇までを含んだ方略として AIDET^{®2)}

がある。日本でも、患者対応向上を目的として複数施設で導入されている。

Acknowledge 患者を名前呼び、あいさつする。アイコンタクトを取り笑顔で家族や友人にも声掛けを行う。

Introduce 自己紹介を行い、技能や保持している資格、診療経験などを伝える。

Duration 診察や検査の手順、待ち時間、所要時間、次の予定などのスケジュールを具体的に伝える。難しい場合には、次に進捗状況を伝えられる時刻を示す。

Explanation 次に何が行われるかを段階的に示し、質問に答える。コンタクトの取り方（ナースコールのボタンの位置など）を伝える。

Thank you 患者や家族に感謝を述べる。この病院を選び来院したこと、診療への協力、コミュニケーションに感謝を伝える。家族の患者サポートに対して感謝を述べる。

AIDET[®] は効果的なツールであるが、ただ手法としてのみ活用し、non-verbal コミュニケーションの寄与なしには患者の期待を超えることは難しい。具体的には、ボディランゲージを用いたりアイコンタクトを取ったりし、治療への情熱やポジティブな姿勢を示すことが患者の期待に影響を与えるとされる³⁾。

診断エラーの減少には患者の寄与が欠かせない

最後に、患者協働の観点から患者側がどのようなアクションが取れるかを考えてみよう。前回解説したとおり、患者とその家族は不満を述べることをためらったり、診断プロセス改善の機会を見逃したりしてしまいがちである。また、医療者は患者の不満や知識を重視しなかったり、症状に関連した患者の不安を聴取しようとしなかった

りする可能性もある。このような状況の中では、患者と家族側が病歴を子細に語るなど主体的に診断過程にかかわることで、診断エラーの減少につながるかもしれない⁴⁾。このような背景から、患者が医療者にすべき質問例として下記が挙げられる⁵⁾。

- ・ 私が一番気に掛けたほうが良い事柄と症状はどのようなものか？
- ・ 現在の診断はどのくらい確かか？
- ・ 診断の確度をさらに高められるような追加検査が他にあるか？
- ・ 提案している検査の結果によって治療方針は変わり得るか？
- ・ 現在の診断に矛盾する症状や所見はあるか？
- ・ 診断の確証を得るために、私が医療者に対してできることはあるか？
- ・ 検査結果はいつわかるか？
- ・ その診断名についてのおすすめの情報源は？

この質問内容は、患者からの質問のトーンや表現、医療者の受け取り方によっては、ともすると医療者－患者関係に緊張を招くかもしれない。われわれ医療者は、これらの質問が個人の診断能力への疑義として問われたものではないと認識すべきである。診断エラーという問題改善のために患者側が勇気を出して協力してくれていると認識しよう。

組織の医療の質改善そのものに患者に参画してもらう方略もある。診断エラーに関する情報は追跡しにくく、患者の経験を医療者と共有する機会は少ない。具体的には、投書、調査、直接フィードバックなどの手法以外にも、医療の質改善委員会のメンバーに患者・家族などを含めてシステムレベルでの協働を図る方略が考えられる。日本における先進的な取り組みとしては、群馬大病院での患者参加型医療推進委員会の活動などが挙げられる。

2 回にわたって患者協働を取り上げ、診断エラーを減らすために患者・家族と医療者が効果的に協働するためのコツについてまとめた。今回は診断エラーを減らすための組織的な介入について取り上げたい。

診療その後

〈AIDET[®] と teach-back technique, non-verbal コミュニケーション、患者からの診断エラーを防ぐ質問を意識的に活用すると……〉

帰宅しようとしていた患者に、救急外来の指導医が目線を合わせて穏やかに声を掛けた。

「救急外来の医師の B です。ちょっとお話をしたいので、診察室にもう一度入っていただけますか？〈Acknowledge, Introduce〉」

指導医 B は診察室へ患者を連れていき、椅子に座るように促し、自らも座った状態で話を切り出した。
「A 先生から説明があったと思うのですが、よくわかりましたか？」
「はい」

「良ければ、どのように理解されているか、私にも教えていただけませんか？〈teach-back technique〉」
「えっと……胃腸炎という診断で、様子を見て良くならなかったらまた来てくださって。現在の診断は、どのくらい確かなものなのでしょうか？〈患者からの診断エラーを防ぐ質問〉」

「確かに胃腸炎の診断ですが、もう少し様子を見ないと診断が付かない状態のようです。もう半日程度経過を見て、良くなかったらまた救急外来に来ていただきたいと私たちは考えています〈Duration, Explanation〉」
「そうなんですか、全然わかっていませんでした……。私が一番気に掛けたほうが良い事柄や症状はどんなものですか？〈患者からの診断エラーを防ぐ質問〉」
「お腹の痛みがまた悪くなったり、例えば右下の方に偏ってきたりしたときには、虫垂炎の診断が下る可能性があります。他に質問はありますか？」

「大丈夫です」
「ご来院いただきありがとうございます。また遠慮なく相談してくださいね〈Thank you〉」

半日後、症状改善が得られないことから患者は救急外来に再来し、虫垂炎と最終診断され、入院となった。

「今回は、救急外来の受付に飾ってあったカードで患者さんが診断に不安を持ってくれたから、対応できたね」と言う指導医に対し、A は、
「B 先生が用いていた AIDET[®] や teach-back technique を私も使って、患者さんが診断にさらに関与できる診療を心掛けようと思います」。

今回の学び

- 患者満足度を高め、コミュニケーションを改善する上で、AIDET[®] などのツールや、teach-back technique などを意識的に活用することが重要である。
- 診断エラーを避けるために、患者・家族側の積極的な関与が重要である。患者・家族らが取り得る戦略や、医療者への質問などに対して、医療者は、個人の診断能力への疑義を問われたものではないと認識すべきである。
- 患者から診断に関する質問が出た場合には、診断エラーの問題改善のために勇気を出して協力してくれていると認識しよう。

参考文献・URL

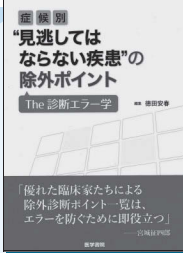
- 1) Weiss BD. Health literacy and patient safety : Help patients understand. 2nd ed. AMA Foundation ; 2010.
- 2) Rubin R. AIDET[®] IN THE MEDICAL PRACTICE: MORE IMPORTANT THAN EVER. 2014. <https://www.studergroup.com/resources/articles-and-industry-updates/insights/november-2014/aidet-in-the-medical-practice-more-important-than>
- 3) Schnoll W. ENHANCING COMMUNICATION SKILLS FOR PHYSICIANS: BEYOND THE FUNDAMENTALS OF AIDET. 2011. <https://www.studergroup.com/enhancing-communication>
- 4) BMJ Qual Saf. 2013 [PMID : 23893394]
- 5) Graedon J, et al. Top Screwups Doctors Make and How to Avoid Them. Harmony ; 2012.

「重篤疾患をどう除外するか」のポイントが明快、診断エラー防止に即役立つ

症候別 “見逃してはならない疾患” の除外ポイント The 診断エラー学

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

編集 徳田安春



Medical Library

今すぐ知りたい! 不妊治療Q&A

基礎理論からDecision Makingに必要なエビデンスまで

久慈 直昭, 京野 廣一 ● 編

B5・頁384
定価: 本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03826-3

生殖とは、生命体がこの世に現れて以来、連綿と繰り返してきた生命の保持を目的とした極めて重要な行為である。ヒトは生殖により次世代を産出し、個体の死を超えて存在することを可能にしている。近年の生殖医学の進歩には目覚ましいものがあり、生殖現象の解明のみならず、ヒトの生殖現象を操作する新しい技術も開発されている。とりわけiPS細胞や核移植胚由来のES細胞による配偶子再生は、今後の生殖医学や医療の展開にブレークスルーをもたらしてくれるかもしれない。少子化とも相まって、今後生殖補助医療によって誕生する子どもは増えるであろう。新しい医療技術を社会はどのように受け止め、家族としてどのように子どもを受け入れ、育てていくのか、あらためて問題となってくるであろう。

このたび東医大教授の久慈直昭先生、レディースクリニック京野理事長の京野廣一先生の編集により、『今すぐ知りたい! 不妊治療Q & A——基礎理論から Decision Making に必要なエビデンスまで』が医学書院より上梓された。本書においては、各専門家の長年の臨床経験に基づいた創意工夫や注意点が Question & Answer 形式で記載されており、日常臨床における疑問を解決する趣意で草されている。多岐にわたる生殖補助医療技術について、

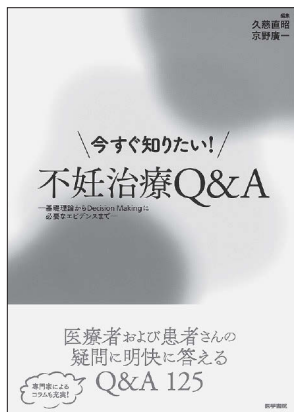
いずれも臨床現場の最前線でご活躍の先生方が執筆されており、適応と限界、方法、治療成績、そして副作用や合併症対策に至るまで、極めて明快に論述されている。生殖医療の現場に携わっておられる先生方によって、日常臨床で遭遇する問題ばかりが選ばれており、明日からの治療に役立つプラクティカルな書であり、類書をみない。さらに、生殖医療を実践しようとしている医師へのメッセージが随所に込められており、まさに衣鉢を伝えるための書ともいえる。臨床の現場で本書を携えることで、実践を通して得た知識を整

齊するためにも役立てていただきたい。また、生殖医療専門医、一般不妊治療に携わる医師、看護師から胚培養士をめざしている若い諸君に至るまで、clinical expertise を高める意味でぜひとも活用を祈ってやまない。

どのように科学が進歩しようとも、われわれは不妊という病気に対峙する一人の臨床医にすぎない。不妊治療の進歩は、素晴らしい先人たちの教えと、主治医としてかわらせていただく患者さんからのリサーチクエストンによるところが大きい。本書は今日の不妊治療を実践する上で、その現在をとらえ、新しい動向に対応していくための必読の書である。

評者 吉村 泰典
福島医大副学長/慶大名誉教授

不妊治療の現在をとらえ、実践するための必読書



医療職のための症状聞き方ガイド “すぐに対応すべき患者”の見極め方

前野 哲博 ● 編

B5・頁152
定価: 本体2,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03695-5

評者 坂口 眞弓
みどり薬局管理薬剤師

評者は薬局で生まれ育ち、いま薬剤師として72年続くその薬局の店頭に立っています。調剤業務が主ですが、健康サポート薬局の届出をしているので、OTC販売、健康相談、健康教室なども定期的に行っています。

処方箋調剤だけを見ると、薬局薬剤師はラストアクセスの医療人であり、医薬品を適正に使用するために、個々の生活スタイルに合わせた服薬指導、薬を渡した後のフォローを行っています。薬剤師の業務が対物から対人へシフトしたこともあり、薬学的な知識や技能をもとに、患者さんそれぞれに適した薬物治療の責任を担う業務はますます重要になるでしょう。

一方、「薬局は処方箋がないと入りにくい」「薬局の薬剤師に相談しているの？」などの声も聞かれ、薬局薬剤師が地域住民へ健康を支援する役割は、まだ広まってはいません。しかし薬剤師は、患者さんが最初に会う、ファーストアクセスの医療人でもあります。患者さんの訴えから正確な情報を聞き取り、解釈、判断をして、しかるべき対応を取ることが、大変重要な役割です。

薬剤師向けの「臨床判断」「臨床推論」の書籍は種々発売されており、健康サポート薬局の届け出に必要な研修にも「薬剤師の臨床判断」が組み込まれていますが、論理的、体系的に情報を集めて判断を下すトレーニングは、まだ十分に行われているとはいえません。本書は「症状アセスメント能力を身につけることは、否応なく症状への対応を迫られる現場において、患者の問題を素早く的確に評価し、円滑なチーム医療のもとで適切なマネジメントにつなげることに役立つ」と、まとめられたものです。

患者が最初に会う医療職に必携のテキスト



本書では、症状アセスメントを「情報収集」「解釈」「決断」の3つのステップに分けています。「ステップ1: 情報収集」には、「①全症候に共通する情報」「②症候ごとに共通する情報」「③個別に収集すべき情報で定型化できるもの」「④個別に収集すべき情報で定型化できないもの」の4段階があります。医療職は③までを確実にカバーすることが必須であり、本書はそれができるようにまとめられています。また3章では、主要な19症状について、部位、性状、程度、経過、状況、増悪・寛解因子、随伴症状を尋ねる、よ

り具体的なチェックリストを示しています。このリストはアプリも開発され、PCなどの端末から利用可能となっています。「ステップ2: 解釈」では、「部位+病因で考える」「スピードとトレンド」「寛解・増悪因子」「『合わないところはないか』考える」ことがポイントになります。そして「ステップ3: 決断」として、「すぐに受診」「数日中に受診」「ひとまず様子を見てよいが、しばらくしてはよくならなければ受診」「現段階では受診しなくてよい」のランクを示しています。また各症状の「緊急度判断チェックリスト」には、「見逃すな!」「これは安心!」の症状が記載され、その根拠もわかりやすく示されているので、相談者に回答するときに便利です。その他、症状アセスメントの実践例、医師への情報提供の方法が示されており、現場ですぐに応用できます。

気軽に相談できる、地域住民の健康を支援する薬局の薬剤師をめざす者にとって、そして患者さんと接する全ての医療職にとって、本書は最適なテキストです。

正常と異常が一目でわかる

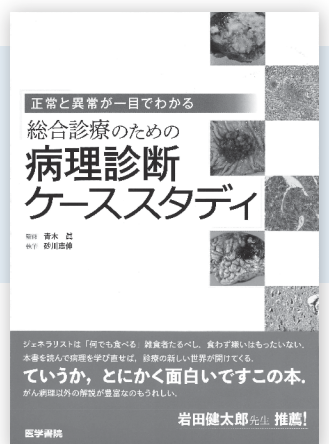
医学書院

総合診療のための病理診断 ケーススタディ

監修: 青木 眞 / 執筆: 砂川 恵伸

病理と内科の専門医資格をもつ著者が、内科診断のための「正常と異常の基礎」を解説。壊死、萎縮、塞栓、炎症、腫瘍といった病変のパターンを、20の症例で学ぶ。病変所見に加え、「正常像」も提示し、何が変わったのか、どう変わったのかを見える形で提示。

- 目次
- I 病理診断のルール
 - 1 肉眼診断のルール
 - 2 ミクロは紫色とピンク色
 - II 病理診断ケーススタディ
 - ・代謝障害
 - ・循環障害
 - ・炎症
 - ・腫瘍



● B5 頁152 2019年 定価: 本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-02872-1]

病理診断は内科診断学の延長である

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示するクォーターリー・マガジン

インテンシヴィスト
INTENSIVIST
2019年 年間購読申込受付中

Vol.11 No.3

特集: 栄養療法アップデート 後編

責任編集: 東別府直紀 神戸市立医療センター中央市民病院 麻酔科 / NST
安田英人 鉄蕉会亀田総合病院 集中治療科
真弓俊彦 産業医科大学医学部 救急医学講座

- 1部定価: 本体4,600円+税
- 年間購読料 19,096円(本体17,600円+税)
※毎号お手元に直送します。(送料無料)
※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。

特集	2018年	1号 PICU 集中治療後症候群 2号 酸素療法	3号 人工呼吸器 4号 膠原病・血管炎
	2019年(予定)	1号 重症感染症2 2号 栄養療法アップデート 前編	3号 栄養療法アップデート 後編 4号 気道



“純国産”集中治療本

重症患者管理マニュアル

● 編集: 平岡栄治・則末泰博・藤谷茂樹 ● 定価: 本体6,500円+税

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL 03-5804-6051 http://www.medsj.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 風明ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsj.co.jp

第20回日本言語聴覚学会開催

第20回日本言語聴覚学会が6月28～29日、木村暢夫学会長（JCHO 湯布院病院）のもと「私たちの地域包括ケア——言語聴覚士の専門性と人間力の融合」をテーマに開催された（会場＝大分市・iichiko 総合文化センター、他）。本紙では、シンポジウム「サルコペニアによる嚥下障害と老嚥，オーラルフレイルの理解」（座長＝木村氏，埼玉県総合リハビリテーションセンター・清水充子氏）の様子を報告する。

◆患者に合ったリハビリテーションを行うために適切な用語の選択を

最初に登壇した倉智雅子氏（国際医療福祉大）は、言語聴覚士（以下、ST）の役割が時代とともに変遷してきたことに触れ、近年は摂食嚥下領域での介入が増加したことに言及。職種間の垣根が急速に低くなる中、「STの付加価値はコミュニケーションの専門家としての視点を忘れないことで生まれる」と主張した。「老人性嚥下機能低下（老嚥），オーラルフレイル，オーラルサルコペニアの違いを説明できるだろうか」。福岡達之氏（広島国際大）は冒頭、会場に問い掛けた。摂食嚥下障害の患者に対し早期介入を行うためには患者の状態を適切に評価する必要があると主張した。評価の根拠となる口腔，嚥下機能の低下を指す用語の意味を正しく理解することが重要であると語った。

サルコペニアによる摂食嚥下障害への対処法を紹介したのは総合南東北病院の森隆志氏。本障害のリスク因子は低栄養とサルコペニアであることから，理想体重あたり1日30～35 kcal/日の栄養摂取と，早期からの嚥下関連筋群のレジスタンストレーニングを行う意義を解説した。ただし，嚥下関連筋群には未解明の点もあるため，今後治療法が改良されることに期待を示した。

最後に，訪問介護・看護事業を行う永未努氏（株式会社コンパス）は地域医療におけるSTの存在意義を問い掛けた。氏によれば，要介護状態となった嚥下障害患者や，要介護認定に該当しない虚弱高齢者が主体的にリハに取り組むためには，患者が実行したいと思える明確な目標設定が必要だ。リハに対する主体性を上げるためにも患者の希望を引き出す環境づくりにSTも参加すべきと訴えた。



●シンポジウムの模様

内科救急で使える！ Point-of-Care 超音波ベーシックス[Web動画付]

亀田 徹 ● 著

B5・頁240
定価：本体4,500円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-03805-8

評者 野村 岳志

東京女子医大教授・集中治療医学

Point-of-Care 超音波（POCUS）を教えている仲間で「亀田徹先生を知らない人はいない」といっても過言でない。その亀田先生が初めて一人で書かれたのがこの本である。

POCUS においては定性的な画像診断が有用となる。しかし，正常と異常の判別はその画像を見比べなければ難しい。本書はこのようなPOCUSの特色を踏まえて書かれている。Webで視聴できる243の付録動画の多さも驚きである。動画ではプローブ操作の基本から確認できる。まさにベーシックから学べる教本となっている。

POCUSは，ご存じのように多くの領域・分野で行われている。私も集中治療に携わる医師として日々，経胸壁心エコーを行っており，典型的な画像の描出や評価・測定は特に支障なく行うことができる。私の場合，エコー検査技術は，集中治療室で重症患者の診

療を行いながら超音波の基礎を自学し，また種々の講習会で学ぶことで習得した。臨床の合間に学んだ，いわば

「part time 学習生」であった。しかし，亀田先生は，プロフィールにあるように救急や総合内科の臨床を行っていく上で，超音波診断の必要性や有用性をいち早く見だし，1年以上にわたり超音波検査室で基礎から検査方法を学んでいる。つまり，「正規学習生」である。そのため，救急集中治療医で超音波に関する基礎から臨床に至る知識の広さにおいて，亀田先生にかなう

医師はいないと私は思っている。

そのような気持ちを持って，この本を開く。まず基礎を読み始めると，「空間コンパウンドイメージング」という言葉に視線がとまる。肺エコーのBラインの評価において重要であるが，私の知る限りこの技術が解説されている唯一の実践書である。続いて系統別，

ついに出了！ 亀田先生の Point-of-Care超音波



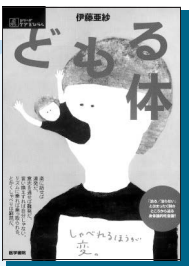
しゃべれるほうが，変。

<シリーズ ケアをひろく>

どもる体

何かしゃべろうとすると最初の言葉を繰り返してしまう（＝「連発」という名のバグ）。それを避けようと言葉自体が出なくなる（＝「難発」という名のフリーズ）。吃音とは，言葉が肉体に拒否されている状態です。しかし，なぜ歌っているときにはどもらないのか？ なぜ独り言だとどもらないのか？ 従来の医学的・心理的アプローチとはまったく違う視点から，徹底した観察とインタビューで吃音という「謎」に迫った画期的身体論！

伊藤亜紗



PubMed リニューアルでモバイル利用に適合化へ

山口 直比古

聖隷佐倉市民病院図書室司書



米国立医学図書館（NLM）が作成する医学文献データベースであるPubMedが，2019年9月にリニューアルされる。これまでのパソコンによる利用から，スマートフォンやタブレットでの利用を中心とした使いやすくシンプルな構成となる予定だ。

PubMedには約5200誌の医学雑誌（和誌およそ160誌を含む）から，年間80万件の論文が収録され，現在2950万件のデータが蓄積されている。1997年に世界へ向けて無料公開されて以来，年間およそ3億3000万回利用されている。

リニューアルの目的はモバイル端末での利用をしやすいとされ。PubMedはモバイル端末対応の画面もすでに提供されているが，現在，利用の約50%がスマートフォンやタブレットからであり，病棟や外来での利用が想定される。医師が文献情報を探す場合の最たる障害は「時間が無い」点であるが，モバイル端末でのPubMed検索はその1つの解決方法となり得る。

以下，本稿執筆時点（6月27日）での変更点を述べる。最も大きな変更点は，画面の表示方法である。モバイル端末の画面は小さいため，見やすさ，論文の見つけやすさを重視した「Best match（適合度順表示）」を初期設定としている。つまり，検索に用いたキーワードに最も適合する文献から順に表示する方法である。さらに一画面の表示件数は10件とし，求める文献がすぐに見つかる。NLMの調査で，利用者は検索結果の最初の1～2ページしか見ない傾向が確認されており，適合度の高い文献が最初のページに表示される意義は大きい。もちろん，従来のPubMedのように最新の文献から表示するよう並べ替えたり，11件目以降の文献を表示させたりもできる。また，検索に用いたキーワードが太文字などで強調表示されるスニペットという表示方法も取り入れられており，論文のタイトルや抄録でそのキーワードがどう用いられているか読み取る手助けになっている。

初期設定の検索結果の表示画面では，従来のタイトルや第一著者，掲載雑誌名に加え，抄録の一部も示されるようになる。従来通り，より詳しい抄録も読めるAbstract形式の表示に切り替えることも可能だ。

新しい機能が加わった反面，私たち医学図書館員が便利に利用していた機

症候別にPOCUSの基本的内容が記載されている。

研修医，超音波診断初学者，看護師他医療スタッフ，そして学生において

能で削除されたものもある。例えば，NLMが提供するPubMed専用のLink-Outというユーティリティだ。この機能を利用し各図書館が個別のLinkOutを作成することにより，施設が購読する雑誌に掲載された論文に，フルテキストが見られるページにジャンプできるアイコンが表示できていた。NLMは解決策として，同様の機能を持つ外部のユーティリティであるリンクリゾルバの利用を推奨している。しかし，リンクリゾルバの導入には相当な経費が必要となるため，日本で利用に至るまでには課題がありそうだ。

また，著者名や論題，掲載雑誌名，掲載巻号ページなど，論文を特定する上で重要な情報である書誌事項の確認に便利なSingle Citation Matcherというユーティリティもサポートされず，医学図書館員としては書誌事項の確認にひと手間増えることになる。その他にも，PubMedの検索キーワードであるMeSH（Medical Subject Headings）を探すためのMeSH Databaseや，臨床論文としての信頼性が高い研究デザインに絞り込んで検索結果を提供するClinical Queriesなども新しいPubMedにはリンクが見当たらない。9月のスタートまでに準備されるのか心配である。

こうしたリニューアルの開始時点では現在のPubMedも同時並行で提供され，2020年1月に新しいPubMedに置き換わる予定である。この新しいPubMedの試験公開版は，PubMed Labs（<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pubmed>）で現在利用できる。毎週のように新しい機能の追加や修正などが行われており，本公開されるまでにさらなる仕様の変更も考えられる。ただ，適合度順表示のような基本的な仕様が変更されることはないだろう。

いずれにしろ，モバイル端末での利用への適合化をめざしているのだから，利便性の向上には期待したい。なお，PubMed LabsにはFeedbackのアイコンがあり，改善点や希望，質問についてどしどしお問い合わせください，とのことだ。疑問点は遠慮なく質問するとよいだろう。

●やまぐち・なおひこ氏/1974年図書館短大卒。阪大中之島図書館（医学部），旭川医大附属図書館，浜松医大附属図書館，東邦大医学メディアセンターなど，大学医学部図書館で図書館司書（医学図書館員）として勤務。2016年より現職。

もWeb動画を見ながら学習できる良書となっている。価格もお手頃である。POCUSで疑問が生じたとき，ぜひこの本を手にとってほしい！

新刊

そのとき、何が起こっていたのか？
医療者、患者、司法……それぞれの視点を踏まえ医療訴訟を読み解く

判例ピックアップ
麻酔科・ペインクリニック領域編

▶医療裁判を取り上げ、医療事故の経緯から裁判結果までを解説した雑誌「LiSA」の好評連載「判例ピックアップ」を加筆、再構成し書籍化。臨床に従事する医療者として医療過誤や医療事故にいかに対処すべきか、複雑な事情が絡み合う医療訴訟の案件を、裁判資料を精査しかつ、著者独自の調査を踏まえ詳述。医療者目線に偏らず、判決に至るまでの裁判官の論理構成を明示し、医療者と司法の視点の「ずれ」を指摘する。当該領域医療者必読の書。

著：奥田泰久 獨協医科大学埼玉医療センター麻酔科

定価：本体5,000円＋税
B5 頁288 図46 2019年
ISBN978-4-8157-0165-9

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

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 29
プレミアム Vol.29
DVD-ROM for Windows

Today's Diagnosis and Treatment Premium

●DVD-ROM版 2019年 価格：本体78,000円＋税 [JAN4580492610384]

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



DVD-ROMドライブがなくても、インストール用ファイル一式をダウンロードし、インストールすることができます。

*この場合も、パッケージ(DVD-ROM)をお買い求めいただく必要がございます。
*ダウンロードにあたって、「医学書院ID」への本商品の登録が必要です。

スマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」付

『今日の診療プレミアムWEB』をスマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」が付いています。

※『今日の診療プレミアムWEB』をご利用にあたって、「医学書院ID」に本商品の登録が必要です。「Web閲覧権」の有効期間は、登録から1年間です。登録は、2020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。

詳しくは、『今日の診療』特設サイトへ
today'sdt.com

『今日の診療プレミアム』試用版をご利用ください。

優れた検索機能

日常診療の各段階に応じて、的確な情報を提供。
診療業務を強力にサポートいたします。

キーワードから一括検索



検索語の先頭数文字を入力すれば、候補の一覧が表示される「インクリメンタルサーチ」機能を搭載

処方例から治療薬情報にワンクリックでリンク



検索結果から該当項目の解説を表示

該当項目リストや本文中のアイコンから図表を表示

骨格をなす8冊を収録した
『今日の診療 ベーシック Vol.29』もご用意しております今日の診療
ベーシック Vol.29
DVD-ROM for Windows●価格：本体59,000円＋税
[JAN4580492610407]

※『今日の診療 ベーシック Vol.29』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 今日の診療指針
2019年版 Update | ⑤ 今日の小児診療指針
第16版 |
| ② 今日の診療指針
2018年版 | ⑥ 今日の救急診療指針
第2版 |
| ③ 今日の診断指針
第7版 | ⑦ 臨床検査データブック
2019-2020 Update |
| ④ 今日の整形外科治療指針
第7版 | ⑧ 治療薬マニュアル
2019 Update |

*書籍とは一部異なる部分があります

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 第2版 |
| ⑪ 新臨床内科学 第9版 |
| ⑫ 内科診断学 第3版 |
| 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 |



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7805 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp