

2021年1月18日

第3404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

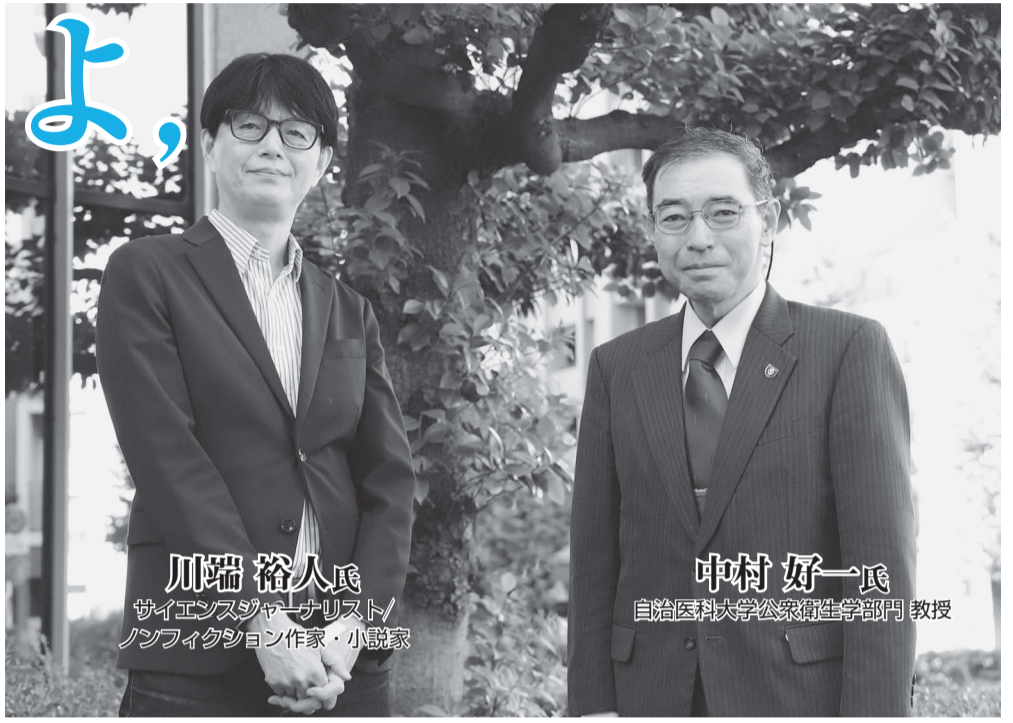
週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [対談] 疫学は続くよ、どこまでも(中村好一、川端裕人)…………… 1-2面
- [インタビュー] 効果的なSDM実践のために(小松康宏)…………… 3面
- [FAQ] 訪問診療医が気をつけたい緑内障診療のピットフォール(石岡みさき) 4面
- [連載] ところが動く医療コミュニケーション…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6-7面

対談 疫学は続くよ、どこまでも



川端 裕人氏
サイエンスジャーナリスト/
ノンフィクション作家・小説家

中村 好一氏
自治医科大学公衆衛生学部門 教授

2020年はCOVID-19の感染拡大に伴い疫学研究の存在感が高まりをみせた1年となりました。論文におけるデータ解釈の仕方など、あらためて勉強し直したいと思った方も多いのではないのでしょうか。

このたび、疫学の入門書として定評のある『基礎から学ぶ楽しい疫学』(医学書院)が7年ぶりに改訂、第4版が出版されました。本書を上梓した中村氏と、第2版から本書を愛読し、小説『エビデミック』(2007年角川書店、2020年に集英社文庫)では疫学者らの感染症との闘いを描いた川端氏が、疫学の奥深さと魅力、その可能性を語り尽くしました。

中村 私医学部に入学した1970年代の医学は「勘と経験の世界」。まだ科学的とは言えませんでした。大学でサイエンティフィックな領域を探る中で出会ったのが疫学です。私は疫学の奥深さに魅了され、卒後40年にわたり川崎病やプリオン病を中心に疫学研究を続けています。

川端 中村先生の取り組みは、『基礎から学ぶ楽しい疫学』、通称「黄色い本」を通して拝見してきました。

中村 ありがとうございます。サイエンスジャーナリスト・ノンフィクション作家・小説家と多彩な顔をお持ちの川端先生は、どのように疫学と出会ったのでしょうか。

川端 きっかけは2001年に執筆した小説『ニコチアナ』(文藝春秋)で喫煙とがんの因果関係について踏み込んで考えたことです。倫理的観点から人体実験ができないこの分野では、疫学のアプローチが科学性を担保する上で重要な役割を果たしているのではないかと。取材を重ねるうちにそう気が付いたのです。

中村 コロナ禍で話題となっている、感染症疫学をテーマにした小説『エビデミック』は2007年に刊行されてい

●表1 症例対照研究で「2×2表」を作成する(『基礎から学ぶ楽しい疫学 第4版』p.65より改変)

	曝露	非曝露	合計
症例	a	b	a+b
対照	c	d	c+d

1つの観察対照集団の中で疾患を持つ者を症例、持たない者を対照としてオッズ比(a×d)/(b×c)を求め、曝露と疾病との関連の強さを計算する。

ます。まさに現在の日本社会を予言した内容です。本書を執筆した背景を聞かせてください。

川端 疫学に探偵物語としての魅力を見だし、小説にしたいと考えたのです。疫学者が「時間・場所・人」の3要素を丹念に調べて感染源にたどり着くプロセスは、探偵が証拠を地道に積み重ねて犯人を突き止めるプロセスによく似ているのではないのでしょうか。

中村 同感です。疫学者は収集した情報をもとに仮説を設定し、「2×2表」(表1)などのさまざまな道具を用いて、曝露と疾患の関連の強さを明らかにしていきます。ここに疫学の楽しさがあるのです。

疫学の研究成果を臨床現場に還元し、疾病対策につなげる

中村 疫学とは疾病予防、寿命の延長、QOLの向上を目的に現状を変革して人々の健康を支える方法論であり、人間集団における健康状態とそれに関連する要因の分布を明らかにする学問だと私は考えています。

疫学の原点は、英国の麻酔科医ジョン・スノウがコレラの発生源となる井戸を突き止めた1850年代にまでさかのぼります。ただしこの時代の疫学は記述疫学を中心とした観察疫学で、2つの集団間の疾病頻度の比である相対危険などの観察がなく、まだ科学的とは言えません。

川端 では、疫学の科学的な学問としての始まりはどこにあるのでしょうか。

中村 私自身は喫煙と肺がんの研究にあると踏んでいます。1964年に当時の米公衆衛生局長官 Luther Terry氏が公表したレポート『Smoking and Health』は、7000編以上の文献から喫煙が肺がんやさまざまな疾病の原因であることを明らかにした重要な資料です。本レポートで因果関係を推定する時の、関連の一致性、強固性、特異性、時間性、整合性の5つの視点は疫学研究者は必ず身につけるべき視点です。

川端 曝露と疾病の因果関係を導くところに、疫学の大きな学問的意義がありますね。中村先生がわが国における川崎病の疫学像を明らかにするために進めている川崎病全国調査は、50年の長い歴史を持っています。これはどのような調査なのでしょう。

中村 本調査は1970年から2年に1度の頻度で行われ、全国の小児科医に回答をいただいています(註)。本調査のような記述疫学研究では疾病の患者規模を把握します。これは研究者が疾病研究を行う土台となるのです。

(2面につづく)

つぎのページをめくるのがワクワクする。「疫学って楽しい!」

基礎から学ぶ楽しい疫学

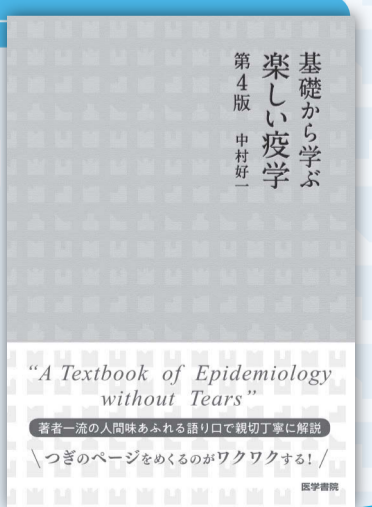
編集 中村好一

A message from an old epidemiologist 第4版

疫学の初心者向けの定番教科書。著者一流の切れ味鋭くユーモアに富んだ語り口で、疫学研究の方法論、バイアスの問題、統計処理の方法など、疫学の基礎知識を学べます。第10章「疫学に必要な統計」では、平均の差の検定、割合の差の検定、相関係数の検定などの解説を追加。隠れファンの多い脚注も一読の価値あり!

目次 Contents

- 第1章 疫学とは
- 第2章 疾病頻度の測定
- 第3章 既存のデータ
- 第4章 疫学研究方法
- 第5章 偏りと交絡
- 第6章 因果関係
- 第7章 スクリーニング
- 第8章 サーベイランスと疾病登録
- 第9章 臨床疫学
- 第10章 疫学に必要な統計
- 第11章 疫学と倫理
- 第12章 疫学の社会への応用
- 第13章 これからの疫学、疫学のこれから



●A5 頁242 2020年 定価: 3,520円(本体3,200円+税10%) [ISBN978-4-260-04227-7]

医学書院

この調査で研究対象者全員の最期を見届けるのが、疫学者としての責務。



●なかもら・よしかず氏

1982年自治医大卒。同年より福岡県職員として県庁・保健所に勤務、89年より同大公衆衛生学教室教員、99年より現職。92年米テキサス大公衆衛生学部、98年慶大法学部卒。専門は疫学、保健統計学、医療情報学、医事法学。著書に『基礎から学ぶ 楽しい学会発表・論文執筆』『基礎から学ぶ 楽しい保健統計』『基礎から学ぶ 楽しい疫学 第4版』(いずれも医学書院)。

(1面よりつづく)

川崎病ではしばしば冠動脈瘤や心筋梗塞などの心疾患後遺症がみられるため、追跡調査を行って長期予後を解明することが大切です。そこで虚血性心疾患や脳血管疾患など循環器系疾患の増加の有無を調べることを目的に追跡調査を行っています。最終追跡が行われた2009年時点で対象集団のおよそ8割はまだ20歳代で、循環器系疾患の好発年齢となる50歳代に至るまでにはまだ時間がかかります¹⁾。

川端 この種の調査に臨む疫学者には“長期戦”の覚悟が求められるのですね。

中村 ええ。私はこの調査で研究対象者全員の最期を見届けるのが、疫学者としての責務だと考えています。しかし、これを一人で達成するのはとても難しいでしょう。追跡調査は実に息の長い仕事なのです。

川端 臨床医からしてみれば、こうした疫学調査の結果が自らの治療や診断に確信を持ったり疑問を抱いたりするきっかけにもなるのだと思います。

中村 特に本調査では、小児科の先生方が労を惜しまず調査に協力してください。そしていただいた回答が川崎病研究のエビデンスを作り上げていくのです。同時に、疫学者には疫学の研究成果を臨床現場に還元する意識を高めてほしいと考えています。疫学者と臨床医が協働することで、研究の精度は飛躍的に向上するでしょう。

疫学は疾病対策にも重要な役割を果たしています。エビデンスに基づいた政策の立案に不可欠なデータを提供するのは、まさに疫学なのです。

川端 エビデンスを必要とするあらゆる分野では、そのバックボーンに疫学があるのではないのでしょうか。例えば

●表2 「2×2表」で疫学的思考を行い、判断の外的妥当性を考える

	病気Aに罹患した	病気Aに罹患しなかった	合計
マスクをした	6人	4人	10人
マスクをしなかった	3人	?	3+?人

例えば「ある行動をした人たちが、マスクをしていた10人のうち6人が病気A(呼吸器感染症)に罹患した。一方、マスクをしていなかった人は3人しか罹患していない。マスクは感染防止の役に立たない」という主張に対してどう判断すべきか。頭の中で「2×2表」を考えると、4つのマス目のうち3つは埋められる。しかしもう1つのマス目である、マスクをしない状態で病気Aではない人がわからない限りオッズ比が出せない。そこでこの情報からは、「マスクは感染防止の役に立たない」ではなく「マスクをしていても気をつけよう」などの判断が導かれることになるだろう。

健康の社会的決定要因を疫学的に解明する社会疫学はわかりやすい例です。他にも学校現場における教育効果の評価や、どの政策を選ぶと犯罪が減るかのエビデンスが必要な時も、疫学の手法が活躍します。2020年のCOVID-19の世界的感染拡大では、感染症疫学と経済を両立させるという“応用編”の課題も浮き彫りになりました。

中村 両者をミックスして社会を最適化する思考が求められていますね。親和性の高いアプローチを取り込み、問題解決のための発展をめざすことが疫学の重要なテーマです。

COVID-19に立ち向かう術としての感染症疫学

中村 COVID-19の世界的感染拡大は感染症疫学の存在感を飛躍的に向上させた転換点とも言えるでしょう。

川端 感染症疫学の中でも、特にわが国では理論疫学にも基づく数理モデルが大きな注目を集めましたね。昨年4月に緊急事態宣言が発出された際に、厚労省クラスター対策班の西浦博先生(当時北大)が数理モデルを用いてシミュレーションを行いました。これを受けて政府は「人と人との接触機会を極力8割削減」と国民に呼び掛け、数理モデルが国民の関心を引きました。

中村 感染症の流行動態を数式で記述する数理モデルは、例えば予防接種の目標普及率や優先順位を考える際には効果的です。また放射線被曝の事故のように曝露が単発であれば大きな力を発揮するはずですが、一方で、COVID-19のように感染力が高く次から次へと感染が広がる病気では、数理モデルの正確性がどこまで担保できるかの検討がこれから必要でしょう。

川端 モデルの精度を含め、数理モデルはこれからさまざまな批判や意見にさらされながら学問として発展していくのだと思います。2020年は数理モデルがスタート地点に立った「数理モデル元年」とも言えますね。

厚労省のクラスター対策班において、報道で目にする機会が多かったのは西浦先生のデータ解析チームや押谷仁先生(東北大)のリスク管理チーム

です。他方で対策班内の実働部隊としては、国立感染症研究所のFETP(実地疫学専門養成コース)が大きな役割を果たしていました。

中村 川端先生が執筆された『エビデミック』では未知の感染症が発生し医療体制が逼迫する中で、感染拡大を防ぐべくFETPをモデルにした実地疫学隊「FET」が活躍し、限定された情報しかない状況から探偵役として感染源を突き止めていますね。

川端 ええ。FETPは現場で感染動態を調査してアドバイスを行う接触者追跡調査のプロフェッショナルです。研修生と修了生を中心としたチームが各都道府県の派遣要請に応じて現地で接触者の追跡を行っていました。しかし人員は全く足りておらず、感染症疫学を担う人材不足の深刻さがあらためてあらわとなりました。

中村 人材不足の原因は養成者数の少なさだけではありません。2年間のプログラムを終えた修了生が必ずしも実地疫学の専門家として活躍しているわけではなく、その活躍の場がなかったことも課題と言えるでしょう。もし修了生がそれぞれの場所で核となって実地疫学の専門家を育てて活動していたら、接触者追跡調査の在り方は違う形になっていたはずですが。

COVID-19を通して、感染症疫学に関するさまざまな課題が見えてきました。これに立ち向かい、人々の健康を守る社会を実現するための働き掛けが疫学者には求められているのです。

これからの「疫学」は幅広い人のために

中村 サイエンスジャーナリストの立場から、川端先生がこれからの疫学に期待することを教えてください。

川端 疫学はありとあらゆる誤分類やバイアス、交絡因子に長年真正面から向き合ってきた学問です。私は疫学を思考スキームでもあると考えています。疫学を通じて、バイアスなどを考慮に入れて物事に向き合い物事を客観的に見て考える、疫学的思考が広まることを期待しています。

中村 これは何も医療者や研究者だけ

エビデンスを必要とするあらゆる分野では、そのバックボーンに疫学がある。



●かわばた・ひろと氏

1989年東大教養学部卒。日本テレビ報道局で科学報道に従事。97年に退社しフリーランスとなる。小説の取材を進めるうちに疫学と出会い、その科学性にセンス・オブ・ワンダーを見いだす。『色のふしぎ』と不思議な社会——2020年代の「色覚」原論(筑摩書房)、『理論疫学者・西浦博の挑戦——新型コロナからいのちを守れ!』(中央公論新社)など著作多数。

に求められる素養ではないですね。川端 おっしゃる通りです。私は自分の子どもたちが大学生になる時にその時々の最新版の「黄色い本」を子どもと一緒に読み、「さあ、ここから先は君たちが自分で考えていくんだ」と伝えました。疫学は今を生きるための基本的なツールセットです。

例えば冒頭で中村先生にお話しいただいた「2×2表」は普段の生活でも有用だと思えます。人は自分の経験を他の事項にそのまま当てはめてバイアスにとらわれ、判断を誤ってしまいがちです。そこで「2×2表」を頭の中で組み立て、マス目に入る内容を考えてみる。表2の場合は、判断に際して外的妥当性を評価するに足る情報が集まっていないとわかるでしょう。

中村 なるほど。疫学のエッセンスから幅広い人がクリティカルな思考センスを涵養することで、自己を冷静に見つめ直すことができますね。

これからの疫学者にはデータ分析や解析にとどまるのではなく、「社会はどうあるべきか」という理想を抱いて、疫学を社会にどう適用するかまで深く総合的に考えてほしいです。疫学は個人の日常生活の変革を通じ、社会全体では社会の在り方を変革する力を持っていると私は信じています。疫学の大きな可能性を疫学者が認識し、世界をよりよくするための行動に一步踏み出してほしいですね。(了)

註：本調査の成績と調査票は、第1回から最新の結果まで自治医大地域医療学センター公衆衛生学部門のWebサイト(リンクは右記QRコード)に掲載されている。



●参考文献

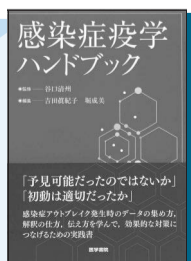
- 1) J Epidemiol. 2013 [PMID : 24042393]

感染症アウトブレイクに対する連携と協働のために

感染症疫学ハンドブック

感染症アウトブレイク発生時のデータの集め方、解釈の仕方、伝え方を学んで、効果的な対策につなげるための実践書。国立感染症研究所実地疫学専門養成コース(FETP-J)出身者が中心となって執筆。医療機関、自治体、保健所のスタッフが知識と経験を共有して活動していく上で必須の1冊。

監修 谷口清州
編集 吉田真紀子
堀 成美



効果的な感染対策に欠かせない知識とコツが満載

感染対策40の鉄則

医療関連感染対策を成功させるために、筆者が実践している40のルール(=鉄則)をつぶさに紹介! 例えば、「鉄則1:手指衛生消毒薬の使用量から手指衛生実施率を知ることはできない」「鉄則23:感染経路別予防策は、感染症の疫学的特徴に合わせてカスタマイズする」など。効果的な感染対策に欠かせない科学的視点や思考過程についてわかりやすく解説。医療機関で活用できる知識とコツを満載した充実の内容。

坂本史衣

感染対策
40の
鉄則

医療関連感染対策を
成功させよう!

効果的なSDM実践のために

interview 小松 康宏氏に聞く

群馬大学大学院医学系研究科 医療の質・安全学講座 教授

共同意思決定 (Shared Decision Making: SDM) は「New England Journal of Medicine」誌に取り上げられた2012年¹⁾以降、その役割が広く注目されるようになった。しかし、医師と患者双方が情報を共有しながら治療方針を決定する考え方であるSDMの具体的な実践方法に悩む医師は多いのではないかと。本紙では、腎臓病SDM推進協会を設立し、セミナーなどでSDMの普及に向けた活動を行う小松氏に、SDMを進める際に知っておきたい理論や求められる実践、医療チーム内で取り組むための工夫を聞いた。

——治療方針決定の代表的なアプローチとしてSDMのほかに、パターンリズムとインフォームド・モデルが挙げられます²⁾。初めにこの2つの特徴について教えてください。

小松 医師に判断を全て任せる医療、すなわちパターンリズムは「医師は患者にとって最善の判断ができる」との前提に立つアプローチです。日々の診療に際し、医師が血液検査項目などの選択を決定することに問題はありますが、手術など侵襲度やリスクが高い処置を行う場合に、医師の判断だけで治療方針を決めるパターンリズムは患者さんの自己決定権尊重に反してしまいます。このような場面では、医師が提供した医療情報を基に患者さん自身が治療方針を決定するアプローチ、すなわちインフォームド・モデルが広まってきました。

——一見すると、インフォームド・モデルによる治療方針決定が患者さん自身の意見を反映しているため、最適と感じられてしまいます。なぜSDMが求められるのでしょうか。

小松 医療技術の発展、社会の高齢化、多疾患併存患者の増加により、医療の目的が患者中心志向となったことと、治療選択肢が多様化したことが背景にあります。選択する治療方針次第で生命予後や生活、QOLが変化するケースが増えたのです。そのため、患者さんにとって最善の決定を行うためのプロセスとして、医師はエビデンスに基づく医学的情報を、患者さんは自分にとって大切なこと、健康観、価値観をそれぞれ共有の上、協働して治療方針を決定する考え方、つまりSDMが求められるようになりました。

——どのような場合にSDMは有効なのですか。

小松 例えば、腎不全が進行し尿毒症によって命の危険が迫っている場合、患者さんの生活と生命の質を向上させ維持させるには、透析療法、腎臓移植などの腎代替療法が必要になります。透析療法のうち血液透析では週3回の通院治療が必要になり、腹膜透析では自宅で患者自らが治療を行う必要があります。両治療法ともに5年生存率には大きな差がないものの、生活に与える影響や患者の負担が異なるので、医

師だけの判断ではどちらがベストな治療なのかを断言できないのです。腎臓・透析領域をはじめ、精神科、神経内科、緩和ケア、がん医療など、治療選択肢の多い分野では特にSDMが欠かせません。

“Ask-Tell-Ask”で患者さんの「思い」を引き出そう

——確かに、それらの分野ではSDMの必要性が特に叫ばれています。ただ、実践に悩む医師も多いのではないのでしょうか。適切なSDMの実践が難しいのはなぜですか。

小松 治療方針にかかわる情報を患者さんと共有する際、多くの医師が、医学的な説明を中心に行ってしまうことが要因として挙げられるでしょう。説明の内容が高度であればあるほど患者さんは戸惑い、疑問を抱いたとしても質問がしづらかったり自身の希望を伝えるにできなかったりする可能性があります。一方的な説明にならないよう、患者さんが知りたいこと、大切にしたいこと、不安なことを尋ね、それらに焦点を当てて話し合い、患者さんの理解を患者さんの言葉で話してもらう、“Ask-Tell-Ask”の姿勢を持つことが大切です。

——そのためには何が必要ですか。

小松 SDMの重要性を患者さんにも理解してもらい、患者さんを巻き込んでいくことです。特にセルフマネジメントが求められる慢性疾患では、治療方針の決定や治療に際して患者さん自身の協力が欠かせません。例えば医師が薬剤を処方しても、患者さんが薬剤の必要性を理解しないまま服薬しなければ、治療の効果は当然現れないわけです。

その上で、治療開始後に想定される日常生活の変化や、仕事継続の可否など、患者さんが最も心配している項目を聞き出して話し合います。その時、押さえておきたいのが、下記の9つの要素です。

- 1) 意思決定が必要なことを示す
- 2) 医療者と患者の対等な関係を構築する
- 3) 唯一最善の選択肢がないことを伝える
- 4) 選択肢の良い点、リスクを示す
- 5) 患者の理解と期待を調べる

- 6) 選好 (preference) を明らかにする
- 7) 合意に向けて話し合う
- 8) 共同決定 (Shared Decision)
- 9) フォローアップを準備する

これは、SDM実践プロセスの評価指標として2006年にSimonらがまとめたものです³⁾。

特に注意したいのは「9. フォローアップを準備する」でしょう。治療を続ける中で、患者さんの価値観や気持ちが変わることもあります。一度意思決定したらそこで終わりではなく、「前回の診察後、ご家族と話していかがでしたか」などと声を掛け、患者さんにとってベストな生活をサポートし続けることが重要になるのです。

ロールプレイで醸成する関係性リーダーシップ

——患者さんの価値観や生活に寄り添うという点では、患者さんとの距離が近い看護師など、多職種の協力も大切になりそうです。

小松 ええ。医師に対しては緊張してしまうけれども看護師に対してはリラックスして話せる患者さんは多くいます。そのため私はSDMを行う際、看護師を交えて3人で話したり、医師だけでなく看護師からも治療法の説明をする機会を作ったりといった工夫をしています。

——医師以外の職種がかかわることで、患者さんのより多様な意見が吸い上げられるのですか。多職種がチームとなってSDMを行う際、重視したい考え方はありますか。

小松 「医師対他職種」「管理者対現場スタッフ」が「リーダー対フォロワー」という形式を取るのではなく、医療者全員が自分たちの得意分野でリーダーシップを発揮する「関係性リーダーシップ」という考え方を重視したいですね。

職種は異なれど、患者さんに最適な治療を提供するという目的は皆同じです。チーム全体でこの目的を達成するために、職種にかかわらず気付いたことがあれば気兼ねなく発信し合える関係性が求められます。

——とはいえ、職種間の関係性を一朝一夕にして変えることは難しいです。良好な関係性を形成するために有効な取り組みがあれば教えてください。

小松 チームでのロールプレイとそのフィードバックです。私が所属する腎臓病SDM推進協会では、過去3年間にわたって約20回、ロールプレイ式の研修を行ってきました。研修の中では、医師と看護師をペアにし、モデルケースを用いてSDMを実践してもらいます。ロールプレイ終了後、患者役にはそれぞれ気付いた点をフィードバ



●こまつ・やすひろ氏

1984年千葉大医学部卒。97年東京女子医大博士(医学)。2010年米ノースカロライナ大チャペルヒル校公衆衛生学修士(MPH)。聖路加国際病院腎臓内科部長、副院長などを経て、17年より現職。編著に『慢性腎臓病患者とともにすすめるSDM実践テキスト』『腎臓病診療レジデントマニュアル』(いずれも医学書院)。「患者にとっても医療者にとっても満足できる医療を実現したい」。

ックしてもらい、より良い実践をめざします。

この取り組みは各病院のどの診療科およびチーム内でも実践可能です。ロールプレイはSDMの質向上のみならず、チーム内で気兼ねなく懸念事項を伝えられる空気も醸成できて医療の質と安全向上にもつながるため、ぜひ取り組んでもらいたいですね。

*

——これからSDMを始めたいと考えている医師は、どこから取り組むといいでしょうか。

小松 SDM実践に役立つ意思決定ガイドの活用をお勧めします。腎臓病SDM推進協会では、書き込み式の意思決定ガイドや患者さんとの会話で使えるフレーズ集を作成しています。これらは『慢性腎臓病患者とともにすすめるSDM実践テキスト』(医学書院)にも掲載しており、腎臓領域以外の医師にも参考になる内容です。

このようなツールも活用していただきながら、医療者と患者さんが一緒になって、最適な治療方針を話し合う。その時に、職種を問わず医療者からも自分なりの経験からどんどん提案をしていく。それが当たり前の世界になればと思います。(了)

●参考文献

- 1) MJ Barry, et al. N Engl J Med. 2012 [PMID: 22375967]
- 2) C Charles, et al. Soc Sci Med. 1999 [PMID: 10452420]
- 3) D Simon, et al. Patient Educ Couns. 2006 [PMID: 16872793]

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



大好評のレジデントマニュアルシリーズに待望の「腎臓内科」版が新登場!

腎臓病診療レジデントマニュアル

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

編集 小松康宏



FAQ

今回の回答者 **石岡 みさき**
みさき眼科クリニック院長

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions)：頻繁に尋ねられる質問に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

訪問診療医が気をつけたい 緑内障診療のピットフォール

緑内障は視神経が障害され視野が狭くなったり暗点が出たりする進行性の疾患で、ほとんどの場合、確実な原因は不明です。有病率は40歳以上で約5%、70歳以上では約10%^{1,2)}であり、加齢とともに増えていく疾患のため、今後のますます進行する超高齢社会では患者数の増加が予想されます。また通院が困難な患者さんの増加で、訪問診療医が点眼薬を処方する機会も増えると思われまます。そこで訪問診療医が気をつけたい緑内障診療のポイントをまとめました。

FAQ 1 緑内障治療に際して、訪問診療医は点眼薬を継続しているだけで良いでしょうか。もしくは眼科医に往診を頼んだほうが良いのでしょうか。

緑内障は視神経が慢性進行性に障害されていく疾患です。そのため継続中の治療は中止せず、点眼を続けてください。ただしその治療が緑内障の進行の抑制に十分な効果があるかは、検査をしなければわかりません。点眼薬の効果や緑内障の進行を調べるには、眼底写真撮影、眼底三次元画像解析(OCT)検査、視野検査などを行う必要があります。これらの検査を行わなければ点眼薬の効果は確認できません。点眼薬の処方を受けても、緑内障が進行し失明する可能性があります。眼科の診察であれば、検査で緑内障の進行が認められて点眼薬の効果が不十分と考えられた時は、点眼薬の変更や合剤への変更、追加処方を行います。現在継続している点眼薬が必ずしも最終手段とは限らないのです。

また、緑内障治療に際して眼科医が往診してもできることはあまりないと思ってください。上記に挙げた検査機器の往診用を持っている眼科は少数です。当院にはどれもありません。一方で眼底検査は往診でも行えるので、緑内障の可能性があるかの診断は可能です。また同じ眼科医が継続して往診していれば、症状が悪化しているかどうか

かはある程度わかるでしょう。しかしそれまでと異なる眼科医による往診の場合は、写真などの記録がないため、症状が進行しているかどうかの判別ができません。

適切な検査機器がそろっていない状況での緑内障診療は難しいです。患者さんが通院できれば眼科受診したほうが良いため、近隣の眼科医への相談を勧めてください。通院が不可能であれば、治療の限界を本人やご家族に説明するほうが良いでしょう。

Answer…点眼治療の継続は必要ですが、それだけでは緑内障が悪化することもあります。緑内障患者さんに対して眼科医が往診してもできることは限られるため、通院可能であれば眼科受診を勧めてください。

FAQ 2 認知症があるため、眼科受診は可能でも検査の実施が難しい緑内障患者の場合、眼科受診が望ましいのでしょうか。

完全に寝たきりで座ることができないと、眼科受診してもできる検査は限られます。また認知症があると視野検査ができないこともあります。視野検査は大変集中力を要し、健常若年者でも実施が困難な場合もある検査です。ただ眼圧測定や眼底写真撮影、OCTは座ることができれば行えるので、ある程度の緑内障の状態を評価することは可能です。

FAQ 1でも述べた通り、緑内障治療において点眼の継続は大事です。しかし訪問診療医からの点眼薬処方のみでは、そこで眼科医と患者さんとのつながりが途絶えます。そうなると患者さんは眼科受診できるのに来院をやめてしまい、眼科医からの検査を勧められなくなるからです。訪問診療医からも、受診可能な緑内障患者さんへの眼科受診の提案をお願いします。

Answer…認知症があっても、座ることができれば行える検査があります。その場合緑内障のある程度の病状把握は可能なので、認知症で車椅子などを

使用していても、受診可能であれば眼科受診を勧めてください。

FAQ 3 眼科受診が難しい場合でも緊急で受診が勧められるのは、どんな場合でしょうか。

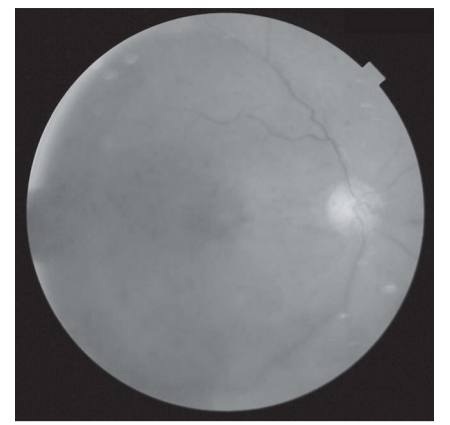
緑内障にはいくつかのタイプがあります。急性の緑内障発作では頭痛や眼痛、悪心、嘔吐などの症状が出ますが、多くの緑内障では自覚症状がありません。自覚症状が出るとしたら視力低下ですが、緑内障は進行してかなり悪化した状態でも中心視野が保たれることがほとんどです。そのため末期まで視力は良好なことがよくあります。緑内障点眼薬使用中の視力低下は、緑内障が原因ではないほうが多いと言えます。

写真は訪問診療医から緑内障の点眼薬を処方されていたものの、1年前から急に視力が低下したとの訴えがあった患者さんの眼底です。家人は緑内障が進行したと考え、そのうち眼科受診させればよいと考えていたようですが、網膜中心静脈閉塞症が確認できます。同時に撮ったOCTでは網膜全体が浮腫状になっていて、視力は光覚弁(暗室にて眼前で照明を点滅させ明暗を弁別できる視力)でした。当然、網膜中心静脈閉塞症は緑内障とは治療方法が異なります。放置すれば眼内の血流が滞り新生血管緑内障になって、痛みを伴うようになります。

網膜中心静脈閉塞症は発症時に特徴ある放射状の出血が起こるので、直像鏡で眼底を見ることが出来る医師であれば、発症直後に診断まで行うことは可能だと思います。しかし診断をつけることよりも、突然視力が低下した原因を考えることのほうが重要です。

緑内障の末期の場合は視野が狭くなり、視力が低下する可能性もあります。とはいえもともと診察していた眼科医に問い合わせなければ、視力低下の原因は判断できません。もしくは最後に行った視野検査の結果があれば、それをもとにして他の眼科医でも緑内障か判断することが可能となります。

緑内障の末期では、積極的治療をあきらめるのも1つの考えです。しかし緑内障の進行具合が視力が低下するほどでなければ、他の疾患を念頭に置く必要があります。今回の疾患に限らず、視力が低下する疾患はさまざま考えられます。眼科医に往診を依頼するか、



●写真 網膜中心静脈閉塞症が起こり、網膜全体が浮腫状になっている患者さんの眼底写真 (Web版ではカラー掲載)

全体に点状出血が散在し、視神経乳頭部分には新生血管と思われるものが確認できる。同時に撮ったOCTでは、網膜が浮腫状となっていた。

患者さんに眼科受診を勧めたほうが良いでしょう。

この患者さんはもともと当院で診ていた方ではありませんでした。当院で診察したところ傍眼に緑内障の所見が全くなかったため、訪問診療医から高眼圧に対して点眼薬が処方されていたと考えられます。視野に変化のない方だったので、突然光覚弁になるほどの視力低下は緑内障とは考えにくいのです。緑内障の継続治療を訪問診療で行う場合、訪問診療医はもともと診察していた眼科医から経過や現況を聞いておいたほうが良いと思われます。

Answer…緑内障が原因とは考えにくい視力低下が起きたときは、処置治療が必要な別の疾患が考えられます。患者さんに眼科受診を勧めるか、眼科医への往診を依頼してください。

もう一言 緑内障の治療点眼薬は中止すべきではありませんが、白内障の治療点眼薬は中止してもかまいません。白内障も緑内障同様に加齢性の変化ですが、点眼薬の効果はほとんど期待できません。白内障は原則手術で治療する疾患であり、手術が手遅れになることはまれです。このことは分担執筆した『薬の上手な出し方&やめ方』(医学書院)にも記載しています。ぜひお読みいただければ幸いです。

参考文献
1) Ophthalmology. 2004 [PMID : 15350316]
2) Ophthalmology. 2005 [PMID : 16111758]

救急やプライマリ・ケアの現場で迷いがちな「眼科」のギモンに答えます！

ジェネラリストのための 眼科診療ハンドブック

第2版

石岡みさき

「当直でも眼科医を呼ぶとき or 翌朝まで待てる時」「通院できない高齢患者から眼症状を相談されたら」「点眼薬の継続処方はいつまで?」「内服薬の副作用による眼症状」「点眼薬・軟膏の正しい使い方」など、手元があれば安心の1冊。第2版では、巻頭に診断フローチャート、本編に「眼に症状の出る全身疾患」、巻末に点眼薬の基本情報も加わりさらに充実。



●A5 頁216 2019年
定価:3,740円(本体3,400円+税)
[ISBN978-4-260-03890-4]

医学書院

ジェネラリスト BOOKS

薬の上手な出し方&やめ方

編集: 矢吹拓



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」がそこそこに。専門医による「上手な処方指南」もあります。

1章 処方上手になるために 2章 カンファレンス de ベスト処方・ベター処方
3章 専門医が教える薬の始め時・やめ時

- 循環器疾患の薬 / 消化器疾患の薬 / 呼吸器疾患の薬 / 内分泌疾患の薬 / 膠原病の薬 / 感染症の薬 / 泌尿器疾患の薬 / 神経疾患の薬 / 精神疾患の薬 / 皮膚疾患の薬 / 耳鼻科疾患の薬 / 眼科疾患の薬 / 整形外科疾患の薬

●A5 頁312 2020年 定価:4,400円(本体4,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-03959-8]

医学書院



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!

こころが動く 医療コミュニケーション

患者さんの意思決定を支え、行動変容を促すにはどのようなかわりが見込めるのか。行動科学の視点から、コミュニケーションを通じたアプローチの可能性を探ります。

中島 俊
国立精神・神経医療研究センター
認知行動療法センター臨床技術開発室長

第3回 **医療者が陥りがちな6つの罠**

患者さんの話を聞くことは医療者の基本的なかかわりです。しかし最近の研究では、半数以上の医療者が患者さんに受診の理由を尋ねる機会を設けず、また尋ねたとしても患者さんの話を途中で中断させてしまうことが報告されています¹⁾。この報告によると医療者が患者さんの話を遮るタイミングは開始から3~234秒(中央値:11秒)でした。話を遮ることは正確な診断と治療のために必要な場合があります²⁾が、少なくとも患者さんの話を医療者が数秒聞いただけで遮ってしまう場合は双方にとって良い結果にならないでしょう。医療者と患者さんのコミュニケーション不足は再入院のリスク因子の一つだとする報告もあります³⁾。

そこで本稿では医療者が陥りがちな、患者さんとの初期段階での関係悪化を引き起こす、コミュニケーションの6つの罠(表)⁴⁾を紹介し、

患者との関係を悪化させるコミュニケーションの罠

1) アセスメントの罠

医療者が患者さんとの面接の初期段階を単なる情報収集と考えて、アセスメントのために、特にはいいえで答えられる「閉じた質問」ばかりしてしまうことです。患者さんの会話を中断させる医療者の行動の59%は「閉じた質問」だったと報告されており¹⁾、この罠にはまった医療者と接した患者さんは疎外感を感じたり治療に対して受け身になったりします。患者さんとの初期のかかわりはアセスメントではなくその人を知るためのものと考え、医療者が聞きたい内容だけでなく相手が何を話したいのかを考えることが必要です。

2) 専門家の罠

医療者が患者さんの話を聞かずに専門家として解決を図ろうとしてしまうことです。プライマリ・ケア医と専門医では、専門医のほうが患者さんの話を遮りがちと報告されています¹⁾。この罠にはまらないためには、医療者は患者さんが一緒に問題を解決していく

パートナーであるという認識を持つことが重要です。

3) 早過ぎるフォーカスの罠

医療者が問題解決を急ぐあまり、患者さんの話を聞かず会話を展開させてしまうことです。面接のプロセスは①関係構築とアジェンダ設定、②探索と仮説検証、③治療計画とされています²⁾。しかし①を飛ばして②や③に進んでしまう場合は、この罠にはまってしまうと言えます。この罠にはまらないためには、①~③の面接のプロセスを意識することが重要です。

4) レッテル貼りの罠

医療者が患者さん自身の情報だけでなくその人を決めつけたかかわりをしてしまうことです。「うつ病の人は神経質な人が多い」という思い込みによって患者さんとかかわろうとする場合はこの罠にはまってしまうと言えます。目の前の患者さんの訴えに耳を傾ける姿勢は欠かせません。

5) 患者探しの罠

医療者の態度によって、患者さん自身が自身に問題の原因があると考え、医療者からの批判を恐れ防衛的になってしまうことです。例えば昼夜逆転して困っている患者さんの趣味が夜にスマホでゲームをすることだった場合、患者さんは医療者から責められることを心配して防衛的になることがコミュニケーションを難しくさせます。この罠にはまらないためには、誰が悪いのかなどの患者探しを目的とするのではなく、医療者は患者さんが何で困っているかに対してどういった援助ができるかに関心がある旨を患者さんにまず伝えることが肝要です。

6) おしゃべりの罠

名前の通り、本来のアジェンダから外れて会話を進めてしまうことです。3) 早過ぎるフォーカスの罠への対処と同様に面接のプロセスを意識してどのようなアジェンダを扱うのか考えることが重要です。

例えば図では睡眠・覚醒リズムの後退を伴ううつ病患者さん(20代)と医師の診察の会話を示しています。こ

●表 6つの罠に関するそれぞれの特徴(文献4より改変)

罠の種類	特徴
アセスメントの罠	面接を情報収集ととらえ患者さんに質問ばかりする
専門家の罠	患者さんの協力的な問題解決をしようとする
早過ぎるフォーカスの罠	患者さんの話を聞かず、話し合いたい話題にすぐ移る
レッテル貼りの罠	「うつ病の人は〇〇」のようなレッテルにとらわれた状態で患者さんとかかわる
患者探しの罠	患者さんが医療者に責められることを恐れ防衛的に振る舞う
おしゃべりの罠	本題以外の話題で盛り上がり過ぎてしまう

(部屋に入室する) 失礼します。

(予診票にうつで休職中、昼夜逆転と記載あり) はじめまして。医師の〇〇です。今はうつで眠れないことでお困りなのですね? お薬は飲んでますか?(アセスメントの罠)

大体そんな感じです。薬もちゃんと飲んでるんですけど眠れなくて。

そうなのですね。眠る前にスマホをいじってますか?(専門家の罠)

んー、やっぱり眠れないとやる事がなくてスマホをいじってます。

スマホの光は夜型を助長させますから、スマホのせいかもしれませんね。寝る前はスマホを控えてはどうか?(早過ぎるフォーカスの罠)

眠れたらスマホもいじらないと思うんですけど……。何かいい方法はないですかね?

昼間、運動はしていますか?(アセスメントの罠)

●図 複数の罠にはまった医療者のコミュニケーション(筆者作成)

実際にはこれらの「罠」は1つの会話の中で重複することが珍しくないが、本例では医療者の1つの会話ごとに分かれて登場している。

の例では医療者は複数の罠にはまり一方的な会話を展開してしまっています。このようなかかわりでは、患者さんの本音を引き出すことが難しいだけでなく、正確な病態把握も困難になりがちです。本ケースでは初めに、①どのような悩みで来院されたかや現状について共感的にかかわり、会話が脱線しても遮らず自由に話してもらう、②アセスメントだけでなく、その人の価値観や考えを知るためにかかわりを持つ、③治療計画を共有していく、というプロセスを意識すると良いでしょう。

医療者の診察時間が短いことでどのような弊害が生じるか

ここまで、医療者と患者さんの関係悪化を引き起こすコミュニケーションについてお伝えしてきました。この問題の背景には医療者のコミュニケーション・スキルだけでなく、診察時間の短さも大きく関連していると考えられています⁵⁾。では診察時間を長くすればいいのかというと、現在の診療報酬体系のまま診察時間を長くしただけでは、患者さんの待ち時間の増加や医療者の業務量の増加につながると懸念されており⁵⁾、慎重な議論が必要です。現状、短い診察時間の中で医療者がどのくらい患者さんの話を遮らずにいれば、患者さんが自分から話したい内容を

を話してくれるのでしょうか。冒頭の研究¹⁾では、医療者が話を遮らない場合に患者さんが話したい内容を話し始めるまでの時間は2~108秒(中央値:6秒)でした。これらを踏まえると、2分間ほど患者さんに好きに話してもらっただけでも、患者さんの満足度はだいぶ高まるかもしれません。

医療にも「急がば回れ」の精神が必要と言えます。

今回のまとめ

- 医療者は患者さんの会話をついつい遮りがちである。
- その背景には医療者のコミュニケーションの問題と診察時間の短さがある。
- 患者さんの会話を引き出すために自身が陥りがちなコミュニケーションの罠を知り対策を練ることが役立つ。

参考文献

- 1) J Gen Intern Med. 2019 [PMID : 29968051]
- 2) JAMA. 2017 [PMID : 28291896]
- 3) JAMA Intern Med. 2016 [PMID : 26954564]
- 4) ウイリアム・R・ミラー, 他. 原井宏明(監訳) 動機づけ面接上巻, 第3版. 星和書店; 2019. pp58-67.
- 5) J Gen Intern Med. 2019 [PMID : 31270787]

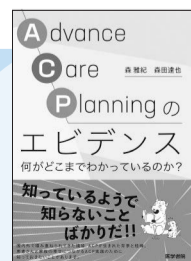
ACP、知っているようで知らないことばかりだ!

Advance Care Planningのエビデンス

何がどこまでわかっているのか?

「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人と家族、医療者が繰り返し話し合うプロセス」=ACP。でも不確実な将来を話し合うことは、誰にとっても難しい。どうやって話し合いのきっかけを作るか、どうすれば患者と家族の希望に沿った医療・ケアを提供できるか、国内外で積み重ねられてきたエビデンスが、ACPを深めるためのヒントを与えてくれる。患者と家族の幸せにつながるACP実践のために、知っておきたいことがある!

森 雅紀
森田達也



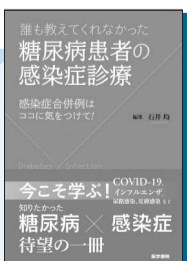
糖尿病患者を感染症から救う! 感染症ごとに特に注意すべき点をまとめました

誰も教えてくれなかった糖尿病患者の感染症診療

感染症合併例はココに気をつけて!

糖尿病患者は免疫不全状態であり、感染症に罹患しやすいが、感染症診断が遅れがちである。また罹患すると感染症が重症化しやすい。血糖コントロールも難しくなり高血糖が悪化する。新型コロナウイルス感染症においても、糖尿病患者は重症化しやすいと言われている。そこで糖尿病と関連の深い感染症を中心に、感染した糖尿病患者を診療する際に必要な情報を内科医向けにまとめた。

編集 石井 均



Medical Library 書評新刊案内

疼痛医学

田口 敏彦, 飯田 宏樹, 牛田 享宏 ● 監修
野口 光一, 矢吹 省司, 上園 晶一, 山口 重樹, 池内 昌彦 ● 編

B5・頁400
定価:6,600円(本体6,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04083-9

【評者】小川 節郎
日大名譽教授

「痛み」に正面から対応するための本邦初の教科書。疼痛研究・教育に最前線で携わる執筆陣が結集し基礎研究から臨床まで『疼痛医学』のスタンダードを示す。これは本書のカバー帯に書かれている紹介の文章であるが、この紹介文がまさに本書の特徴を正確に表している。

現在におけるわが国の疼痛医学各分野のエキスパートを総動員して完成した本書は、基礎から臨床の隅々に至るまで、詳細で、かつ明快な解説によって構成されている。1つの例を挙げてみよう。ほとんどの疼痛関係の成書では、痛みの定義を「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こり得る状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快感体験」とのみ記載し、これに付随する6つの付記については省略していることが多い。実はこの付記が非常に重要な意味を持っている。例えば付記1として「痛みは常に個人的な経験であり、生物学的、心理的、社会的要因によって様々な程度で影響を受けます」と記載され、痛みの複雑性に目を向けるように注意している。本書ではこの6つの付記についてもきちんと触れられており、痛みを正確に理解しようとする科学的態度が見られ、そのような配慮がどの項目においてもよく施されているのである。

「痛み」に正面から対応するための教科書



「痛み」の多元性」「第II編 基礎科学」「第III編 臨床病態」「第IV編 痛みの評価と治療」の4項目からなっている。前述したように、痛みに関するさまざまな面に触れている本書の特徴は各所に表れており、全ての項目を紹介できないが、例えば「第I編 総論：痛みの多元性」では、小項目として1. 疫学、2. 痛みの医療経済、3. 痛み研究の歴史と倫理、と普通では省略されることがまれではない領域についても記載されている。

現在、慢性痛への対応が臨床で大きな課題となっており、特に脳機能との関係に興味注がれているが、第II編においては、痛みの脳科学と疼痛行動の心理学の項目が設けられ、この課題についても最近の知識を得ることができる。慢性痛患者に接する実際の臨床の場合、医療従事者が最も難渋することの1つは、患者との対話ではないだろうか。この件についても痛み治療におけるコミュニケーションスキルについての項目も設けられており、すぐに役立つ内容となっている。

以上、最初に述べたように、本書はまさに「痛み」に正面から対応するための本邦初の教科書である。「痛み」にかかわる全ての医療従事者・研究者にとっていつも手元に置いて勉強する『教科書』と確信した。

本書の構成は、「第I編 総論：痛

ウォーモルド内視鏡下鼻副鼻腔・頭蓋底手術

Peter-John Wormald ● 原著
本間 明宏, 中丸 裕爾 ● 監訳
鈴木 正宣 ● 訳者代表

A4・頁328
定価:本体20,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04200-0

【評者】藤枝 重治
福井大教授・耳鼻咽喉科学

内視鏡下鼻副鼻腔手術のバイブルである P. J. Wormald の原著『Endoscopic Sinus Surgery』の初の邦訳が本書である。P. J. Wormald は世

界でも屈指の rhinologist として名高く、彼が心血注いで書き続けている原著は第4版まで刊行され、改訂されるごとに手術アプローチやコンセプト、周期管理に至るまで進化を続けている。もちろん、本書は最新の第4版の邦訳である。内視鏡やナビゲーションなどデバイスの進歩とともに内視鏡下鼻副鼻腔・頭蓋底手術における知識や技術のアップデートが必須であるが、原著を十分に理解するには、多忙な臨床医にとって「言語」という壁が敷居を高くしていた。このたび、P. J. Wormald の spirit (魂) を受け継ぐ北大の先生たちの手によって待望の訳書が発刊されると聞き、彼の金言をより身近なものとして感じられることに胸が躍った。

あえて紹介するまでもないかもしれないが、P. J. Wormald はオーストラリアを中心に world wide に活躍する top surgeon である。また彼は手術のみならず研究者の顔も持ち、国際誌に330以上の論文を掲載している類まれなる rhinologist でもある。本書は FESS (内視鏡下鼻副鼻腔手術) や鼻中隔矯正術など広く市中病院で行われている手術から、前頭蓋底手術など限られた医療施設でしか経験できない手術まで網羅されている。また下垂体腫瘍、前頭蓋手術など経鼻内視

鏡下手術を行う脳神経外科医にとっても必要な解剖や手術手技が細部に至るまで書かれている。初学者から鼻科専門医まで非常に学ぶことの多い至高の一冊と

他の手術書と異なる本書の特徴として以下の3点が挙げられる。つまり、①前頭窩に複雑に存在する蜂巣をブロックで3次元的に表現することで、排泄路同定を容易にする building block concept、②解剖学者との協力の作成された鮮明な手術視野のカダバー画像、そして③個々の医師による経験則ではなく客観的データ(エビデンス)に基づき手術法を評価している点、である。これらの特徴により、読者は解剖についての理解が深まり、合併症を回避しながら世界標準の手術を提供できるようになる。

本書は初学者にとっては歩むべき道を照らす道標として、鼻科専門医にとってはより高みをめざす心強い相棒として、後進を育てる指導医にとっては客観的データを基にした優れた指導書として、その力をいかんなく発揮するだろう。そして、日常診療において「即戦力」としてわれわれに恩恵をもたらしてくれることを確信している。昨今のコロナ禍において、実際に海外へ渡り P. J. Wormald 自身から教を乞う機会は今まで以上に稀有なものとなってしまったが、幸いなことに本書を通じて P. J. Wormald の真髄を身近なものとして迎えられることに感謝したい。

本書は FESS (内視鏡下鼻副鼻腔手術) や鼻中隔矯正術など広く市中病院で行われている手術から、前頭蓋底手術など限られた医療施設でしか経験できない手術まで網羅されている。また下垂体腫瘍、前頭蓋手術など経鼻内視

医療者のための成功するメンタリングガイド

徳田 安春 ● 監訳

A5・頁168
定価:2,750円(本体2,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04311-3

【評者】和足 孝之
島根大病院卒後臨床研修センター

むさぼるように読んでしまった。一言で言うと、本気で悔しい。書籍を読んで悔しいと感じることはそうそうないが、今回ばかりは、

今までの医師人生で苦勞して、本気で悩んだことや、うれしいこと

悲しいこと、研修医や医学生が急激に成長して部分的に自分を越えた瞬間のアノ複雑な心境までも、これまで時間をかけてようやく感得してきた経験値(誰にも言わずにこっそり隠し持っていたもの)を完全に勝手に暴露された気がした。

メンターが行うべき実践手法や考え方、そのいちいち全てが、自分が優れ

たメンターを観察して苦勞して学んだこと、数多くのメンティーたちと接したときに生じた悩みや、研修医や医学生が抱えていることが

多い相談内容にぴったりとフィットしているのだ。何を隠そう、大

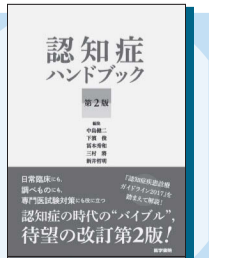
学教員である自分は一時期、やる気がない(ように見える?) 医学生や研修医に対してすごく悩んだ。若さゆえの過ちというやつか、誰にでも公平にできるだけ丁寧な良い教育を!! と鼻息荒く取り組んでいた。結果的に、うまくいかず苦しかった。しかしある日、原著者の Dr. Chopra & Dr. Saint が発表した「メンターが心得るべき6つのメ

認知症診療のエンサイクロペディア、最新ガイドラインを踏まえ待望の改訂!

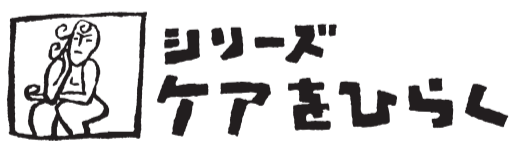
認知症ハンドブック 第2版

認知症にかかわる医療従事者が知っておきたい知識を網羅した決定版、7年ぶりの改訂。診断や薬物療法・非薬物療法、リハビリテーションやケアなど、臨床で必要となる情報を『認知症疾患診療ガイドライン2017』の内容に沿って解説。基礎研究に関する情報も臨床で役立つ内容を中心にアップデート。今回も「臨床のエンサイクロペディア」と呼ぶにふさわしい内容に仕上がっている。

編集 中島健二
下濱 俊
富本秀和
三村 将
新井哲明



A5 頁946 2020年 定価:11,000円(本体10,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04166-9] 医学書院



創刊 20周年
フェア開催中

シリーズ書籍2冊ご購入でオリジナルトートバッグを応募者全員にプレゼント!

【フェア期間】～2021年1月末日

2020年新刊



詳細はこちらのWEBサイトへ▶



医学書院

全39冊 / 各巻定価:本体1,980円～3,080円(税込)

すこし、朗報

2冊ご購入でスマホが 総合診療データベースに 大変身!!

「今日の治療指針2021年版」と「治療薬マニュアル2021」はいずれもweb電子版付き
 実は^{オマケ}付録の域を超えた実用性とクオリティです
 2冊ともご購入いただくと電子版がリンクしさらに便利に
 例えば 処方例→薬剤情報 薬剤情報→関連疾患 と瞬時にジャンプ
 膨大な情報量と網羅性を誇る最新年鑑だからこそ電子版の検索性が真価を発揮します
 2冊がリンクした電子版のスペックは次のとおり——まさに“総合診療データベース”です

スマホ・PCに対応 クリック・タップ操作で情報に到達

見やすいインターフェイス 高機能な検索システム

改訂・更新状況 ————— 全疾患項目*・全薬剤項目を最新内容にアップデート
*2021年版用に1168疾患項目を完全新原稿で更新

エビデンス情報 ————— 治療の根拠となる文献やガイドラインの概要を明示

疾患：1168項目 ————— 日常診療で遭遇する疾患・病態を網羅(処方例も満載)

薬剤：約18000品目 ————— 医療用医薬品を網羅(警告・禁忌・副作用等の重要項目も全て掲載)

※web電子版の利用期限：2022年1月末まで

“確かな情報をすばやく確認できる安心感”が明日の臨床をサポートします

初期診療に必要な情報/処方例/専門家のTipsが満載



今日の治療指針 2021年版

総編集 福井次矢/高木 誠/小室一成

- デスク判(B5) 頁2192 2021年 定価20,900円(本体19,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04282-6]
- ポケット判(B6) 頁2192 2021年 定価16,500円(本体15,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04283-3]

後発医薬品・2020年収載の新薬まで網羅



治療薬マニュアル 2021

監修 高久史磨/矢崎義雄
編集 北原光夫/上野文昭/越前宏俊

- B6 頁2848 2021年 定価5,500円(本体5,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04297-0]



医学書院

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