

2021年3月29日

第3414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

- [インタビュー]内科医養成の在り方は(岡崎仁昭) / [視点]日本の科学を元気に!「日本版AAAS」設立へ(宮川剛) 1-2面
[寄稿]退院当日の看護業務を削減する力ギは、退院前日の医師の業務にあった!(森岡将大、金尾玉青)..... 3面
[寄稿]日本でSDMの実践をどう推進するか(後藤友子)..... 4面
[座談会]臨床感染症2000~2021変わったこと・変わらないこと(青木真、上原由紀、岡本耕)..... 5面

新しい内科専門医制度でめざす
内科医養成の在り方は

interview 岡崎 仁昭氏に聞く

自治医科大学医学教育センターセンター長・教授/日本内科学会資格認定試験委員会委員長

2018年度から日本専門医機構主導で新専門医制度が開始された。それに伴い、内科領域では新しい内科専門医制度に移行し、2021年7月には初めての内科専門医資格認定試験(以下、内科専門医試験)が実施される。

新しい内科専門医制度は、どのような内科医の養成をめざすのか。また試験に備えて専攻医はどう学習を進めるべきか。試験の将来的な在り方も見据え、日本内科学会資格認定試験委員会委員長を務める岡崎氏に話を聞いた。

——従来の内科専門医制度(認定医制度)では、卒後3年の研修で認定内科医を取得後に、内科サブスペシャリティ領域に進むことができました。一方の新しい内科専門医制度では、内科サブスペシャリティ領域専門医に進むには卒後5年の研修が内科専門医取得の基本となり、専攻医からは「早く臓器別サブスペシャリティに進みたい」などの声も聞かれています。

——従来は、卒後3年の研修で認定内科医を取得後に、内科サブスペシャリティ領域に進むことができました。一方の新しい内科専門医制度では、内科サブスペシャリティ領域専門医に進むには卒後5年の研修が内科専門医取得の基本となり、専攻医からは「早く臓器別サブスペシャリティに進みたい」などの声も聞かれています。

——従来は、卒後3年の研修で認定内科医を取得後に、内科サブスペシャリティ領域に進むことができました。一方の新しい内科専門医制度では、内科サブスペシャリティ領域専門医に進むには卒後5年の研修が内科専門医取得の基本となり、専攻医からは「早く臓器別サブスペシャリティに進みたい」などの声も聞かれています。

——従来は、卒後3年の研修で認定内科医を取得後に、内科サブスペシャリティ領域に進むことができました。一方の新しい内科専門医制度では、内科サブスペシャリティ領域専門医に進むには卒後5年の研修が内科専門医取得の基本となり、専攻医からは「早く臓器別サブスペシャリティに進みたい」などの声も聞かれています。

——従来の内科専門医制度(認定医制度)では、卒後3年の研修で認定内科医を取得後に、内科サブスペシャリティ領域に進むことができました。一方の新しい内科専門医制度では、内科サブスペシャリティ領域専門医に進むには卒後5年の研修が内科専門医取得の基本となり、専攻医からは「早く臓器別サブスペシャリティに進みたい」などの声も聞かれています。

試験対策を通じて一貫した診療能力を身につけてほしい

——2021年7月に第1回の内科専門医試験が実施されます。具体的な出題傾向を教えてください。

岡崎 全250問のうち、消化器や循環器、総合内科など10分野について必須の知識や判断力を問う一般問題が100問、年齢や性別を記載した症例から診断や治療を問う臨床問題が150問と、臨床問題の比重が大きい試験となります。臨床問題は、具体的には内科救急疾患の初期治療に関する問題や、コモンディジーズを中心に治療方針と対応を問う問題、症候から鑑別診断を進める臨床医の思考過程に沿った問題

などが出題される予定です。——出題分野で特に重視される領域はあるのでしょうか。

岡崎 ええ。一つは総合内科分野です。出題数を増やし、同一の症例に関して医療面接や身体診察所見、検査、病態生理、診断、治療という一連の流れで問う臨床実地長文連問形式が導入されます。

もう一つは内科救急分野です。多くの場合、診療場所によって内科医に求められる能力は異なります。例えばへき地の診療所ではプライマリ・ケアの能力、大学病院ではより高度なICUやHCUでの能力などでしょう。しかし患者さんが救急搬送されてきた時に対応する内科初期救急の能力は、診療場所を問わず必須です。

——おのずと試験の難易度は高くなりそうですね。

岡崎 研修期間が長くなる分、従来の1階部分の資格である認定内科医試験よりも求められるレベルが高くなるのは確かです。ただし2階部分の資格である総合内科専門医試験のレベルまで難易度を引き上げるわけではありません。

——試験対策を通じて、専攻医にはどのような能力を涵養してほしいと考えていますか。

岡崎 内科医としての一貫した診療能力です。内科専門医試験では卒前・卒後教育のシームレスな接続を強く意識しています。共用試験CBTでは症候学や診断について問い、医師国家試験では診断を付けた上での対応や治療方針を問いますよね。卒後教育である内科専門医試験では、先に述べた卒前教



●おかざき・ひとあき氏

1984年自治医大卒。博士(医学)。93年より米スタンフォード大医学部リウマチ免疫科、99年より自治医大内科学講座アレルギー-膠原病学部門准教授を経て、2008年より現職。日本内科学会資格認定委員会委員長。医師国家試験合格率9年連続全国第1位を達成する自治医大において、医師国家試験対策関連の部長などを務める。

育から一步踏み込み、症状を手掛かりに疾患や病態を探る、深い症候学と治療方針を問うこととなります。

そもそも新しい内科専門医制度では、試験結果のみではなく、専攻医がどのような症例を経験しているかなど「学びのプロセス」の評価を重視します。日々の臨床の中で経験した症例をベースに診察や現病歴、検査を踏まえて幅広い知識や技能を身につけてもらうことが、専門医資格取得の近道となるのです。

サマリー作成を通じて臨床実技能力を確認できる

——具体的には、どのように専攻医の学びのプロセスを評価するのでしょうか。岡崎 日本内科学会では、症例登録を行うための専攻医登録評価システム(Online system for Standardized Log of Evaluation and Registration of specialty training System: J-OSLER)を構築しています。内科専門医試験の受験前に、専攻医にはJ-OSLER上で症例のまと

(2面につづく)

3 March 2021 新刊のご案内
医学書院
●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売・PR部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ(https://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。
コアカリ準拠 Dr.ミカミの動画で学ぶ基礎医学
標準泌尿器科学(第10版)
総合内科マニュアル(第2版)
小児科レジデントマニュアル(第4版)
帰してはいけない外来患者(第2版)
連合野ハンドブック 完全版
百症例式 早期胃癌・早期食道癌内視鏡拾い上げ徹底トレーニング
がん薬物療法副作用管理マニュアル(第2版)
薬剤師レジデントマニュアル(第3版)
摂食嚥下障害学(第2版)
言語発達障害学(第3版)
リフレクションを視覚化するティーチング・ポートフォリオ・チャート作成講座(Web解説動画付)
まんが やってみたいくなる オープンダイアローグ
WHO推奨 ポジティブな出産体験のための分娩期ケア
看護医学電子辞書15

interview 内科医養成の在り方は

(1面よりつづく)

めの提出や半年に一度の自己評価の提出などを行ってまいります。

症例のまとめとしては、①症例登録と、②病歴要約の提出を求めています。①では、医学的プロブレムや症例の概略、自己省察などを入力して56疾患群・160症例以上の短いサマリーを作成します。全人的アプローチや医学的考察などの観点から、受け持ち症例を指導する症例指導医が評価します。一方②では、確定診断名や病歴、検査所見、画像診断、プロブレムリストなどを挙げて29症例以上の詳細なサマリーを作成し、最終的な総合考察まで行います。診断プロセスや治療法の適切さなどの観点から、メンターとなる担当指導医やプログラム外の査読委員が評価します。

専攻医はこれらをクリアして初めて、内科専門医試験の受験に進むことができます。

——専攻医は多忙な日々の業務に加えて、症例に関する多くのサマリーを作成する必要があります。これは専門医資格取得までのハードルとなるのではないのでしょうか。

岡崎 負担は小さくないと思います。ただ認定試験だけでは専攻医の臨床能力を確認できないため、代替としてこれらの提出を求めているのです。サマリー作成は、病態の全体像をとらえる能力や問題解決能力など、臨床実技能力を確認する重要な役割を果たします。

サマリー作成を通じて臨床能力を身につけた上で内科専門医試験に臨む一連のプロセスによって、内科医としての総合力を養うことができるのです。

専門医試験における将来的な展望は？

——現在、厚労省の医師国家試験改善検討部会では、医師国家試験におけるコンピュータ制導入の方向性が示されています¹⁾。卒前・卒後教育のシームレスな接続という観点から、内科専門医試験においても将来的なコンピュータ制の導入は検討されているのでしょうか。

岡崎 まさにその方向で、現在議論が開始されています。コンピュータ化する

ことで、コロナ禍のようなパンデミックや災害などで通常の試験実施が困難になった場合に、試験回数の増加や試験会場の分散といった柔軟な対応が可能になると考えています。

——コンピュータ化されれば、専門医試験で問われる内容も変わりそうですね。

岡崎 その通りです。音声や動画などのマルチメディア対応型問題の導入が考えられます。実臨床で多く耳にする心雑音や肺の副雑音などを判別する能力を、試験対策を通じて担保することが可能となるでしょう。これからの専攻医には、従来どおりの書籍・雑誌を用いた学習に加えて、Webベースのマルチメディア対応型問題学習に取り組む意識も持ってほしいと思います。

——コンピュータ制への移行には課題はあるのでしょうか。

岡崎 主に2点考えられます。医師国家試験でも内科専門医試験でも、設備投資などの予算と、受験者に異なる出題を行うための大量のプール問題の準備が必要です。

医師国家試験のコンピュータ化については、2021年度の厚労科研費に私たちのグループが申し込んでいます。プール問題の準備は、自治医大で2010年からマルチメディア対応型試験を導入しており、医師国家試験レベルの問題を5000題ほどプールしている実績があります。このノウハウを将来的な内科専門医試験のコンピュータ化に生かして、対策を通じてより専攻医の臨床能力の向上をめざせる試験にしたいと考えています。

*

——最後に、第1回となる内科専門医試験の受験を控える専攻医へのメッセージをお願いします。

岡崎 内科専門医試験は資格試験であり、競争試験ではありません。地道な臨床研修を行っている専攻医の皆さんに有利になる問題を出題したいと考えています。専攻医の皆さん、頑張ってください。期待しています。

(了)

●参考文献・URL

1) 厚労省. 医師国家試験改善検討部会報告書. 2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000693879.pdf>

視点

日本の科学を元気に！「日本版AAAS」設立へ



宮川 剛

藤田医科大学総合医科学研究所システム医科学 教授/

日本版 AAAS 設立準備委員会 研究環境改善ワーキンググループリーダー

日本の科学を元気にするための組織「日本版 AAAS (仮称)」を設立するための準備委員会が、2021年2月1日に発足しました。私は、この会の「研究環境改善ワーキンググループ」のリーダーを拝命しております。簡単にこの委員会の紹介をさせていただきます。

◆日本に求められる

分野横断的な科学コミュニティ

わが国の研究力の低下が指摘されるようになって久しいです。若手の研究職志望者の激減や論文数の低下など、さまざまな指標・エビデンスがこの状況の深刻さを示しており(註)、これらが昨今における日本の国力低下の間接的・直接的要因となっている可能性もあります。このような状況が生じてしまった背景には、政治家・官僚などの政策の立案・決定にかかわる方々と科学コミュニティの対話、また科学コミュニティ内での対話が十分でないことが一因としてあると考えられます。

そこで2019年7月、日本学術会議の若手アカデミーの一部メンバーを含めた数人の有志で、自民党科学技術イノベーション戦略調査会・科学技術基本問題小委員会の取りまとめをされていた船田元氏と畑恵氏に相談に伺いました。お二人は、この危機的現状をよく理解されていて、3時間以上にわたる活発な議論がなされました。その議論の中で「日本には分野横断的で誰でも参加できる科学関係者の組織、米国科学振興協会(American Association for the Advancement of Science: AAAS)のような組織が存在しておらず、そういうものを日本でも立ち上げるとよいのではないか」との意見が挙がりました。また、国会議員の中にも科学技術の振興を支援したいというモチベーションのある方は党派を超えてどの党にもいらっしゃるとのこと。最終的には、そうした党派横断的な国会議員の方々、官僚や国民の皆さまと密接にコミュニケーションを行いながら、協力して日本の科学を盛り立てていく「日本版 AAAS」のような組織を立ち上げましょう、と議論がまとまり、本設立準備委員会の発足につながりました。

◆一方向性の「提言」だけでなく、

実現に向けた積極的な「対話」をめざす

2月の発足時に各種マスメディアで報道されたように、この委員会には新進気鋭の若手・中堅の研究者が多数参加しています。しかし同時に、私のよ

うなシニア研究者や、研究をサポートするさまざまな職種や企業の方々、初等中等教育の教員なども参加する、多様性に富んだ会となっています。現在、すでに700人弱の方々に賛同いただき、140人以上の委員によるいくつかのワーキンググループが少しずつ動き始めたところです。私がリーダーを務めている「研究環境改善ワーキンググループ」では、大学教員のみならず、大学院生から文科省の現役課長までを含む40人強のメンバーが、SlackやZoomを用いて、研究者のキャリアパスや基盤的研究費の在り方、理想的な研究環境のグランドデザイン等について、ざっくばらんな意見交換を行っています。

この会の目標は、一方向性の「提言」を発するだけでなく、政策の立案・決定にかかわる方々と密接に対話しつつ、個々の案の実現を通じて、日本の科学を元気にすることにあり、そうした目標を共有しながら活動が開始されています。先日、科学技術政策などを担当する井上信治内閣府特命担当大臣からも、「このような取組が科学コミュニティの中でもっと進むように、政府としても、しっかりその取組を応援していきたいと思います」とのお言葉(<https://bit.ly/3qdAuHF>)をいただきました。科学コミュニティ・政策立案者・国民を結ぶ組織の誕生は目前に迫っていると云えるでしょう。

*

現在、本設立準備委員会の趣旨に賛同していただける方を募集中です。単に気持ちとして応援したい、という方から、積極的に活動に参加したい、という方まで歓迎です。詳細は本設立準備委員会ウェブサイト(<https://jaas.group>)をご覧くださいと幸いです。

註：詳細は、本紙3336号掲載の対談「研究に専念できる環境の構築——科学技術立国再建をめざす」(https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2019/PA03336_01)をご覧ください。

●みやかわ・つよし氏/1993年東大文学部心理学科卒。博士(心理学)。米国立精神衛生研究所ポスドク研究員、米マサチューセッツ工科大ピコワー学習・記憶センター主任研究員などを経て、2003年より京大医学研究科先端領域融合医学研究機構助教授。07年より現職。

●お願い—読者の皆様へ
弊紙記事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。
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室

四肢に特化したMRI診断のスタンダードテキスト、待望の改訂
新刊 関節のMRI 第3版
日常診療において今や必要不可欠となった関節領域におけるMRI診断の本格テキスト、7年ぶりの大改訂。新知見を取り入れ、高解像度の最新画像を1400点以上掲載、さらに本文を2色+4色刷に変更し視認性を向上。四肢の関節を中心とした構成に変更された。放射線科、整形外科、リウマチ科をはじめ運動器疾患の診療に携わる全ての臨床医と、これから専門医を目指す専攻医にとって必携の書。脊椎の項目は「エッセンシャル脊椎・脊髄の画像診断」として2021年出版予定。
編集：上谷孝孝 青木隆敏 神島 保 江原 茂 杉本英治 福田国彦
定価14,300円(本体13,000円+税10%) B5 頁704 図75 表22 写真1407 2020年 ISBN978-4-8157-0187-1
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.medsi.co.jp 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

亀田総合病院歴代レジデントの英知を結集したポケットの中の相棒、亀マニユ!改訂
総合内科 マニュアル 第2版
監修 八重樫牧人・佐藤暁幸
編集 亀田総合病院
日本屈指の研修プログラムを有する亀田総合病院の秘密を大公開!多忙な総合内科ローテをする初期研修医のためのサバイバルガイドとして好評を博した「総合診療・感染症科マニュアル」が、書名も新たに復活した。今版からエビデンスグレードと推奨度を記載。世界標準の内科医を目指すなら必携の1冊。
●三五変型判 2021年 頁520 定価:3,080円(税込) [ISBN978-4-260-03658-0]
医学書院

寄稿

退院当日の看護業務を削減するカギは、退院前日の医師の業務にあった！

森岡 将大 聖路加国際病院 医事課入院係アシスタントマネージャー

当院では、病棟看護師の業務過多や慢性的な残業労働などの現状の見直しを図るために、看護部と経営企画室が中心となり2013年に看護業務改善プロジェクトを実施しました。

最初に現状把握を行うべく、内科系・外科系の一般病棟でそれぞれ1病棟を対象にアンケート調査を行い、その結果延べ213件もの業務改善案が寄せられました。その業務改善案を「業務をなくせるもの」「業務を減らすもの」「業務を変えるもの」「業務を他部署に移すもの」に分類し、現場の声をヒアリングしながら1つひとつの改善活動に取り組みました。今回はその中で、退院当日の看護業務削減に取り組んだ事例の紹介を行います。

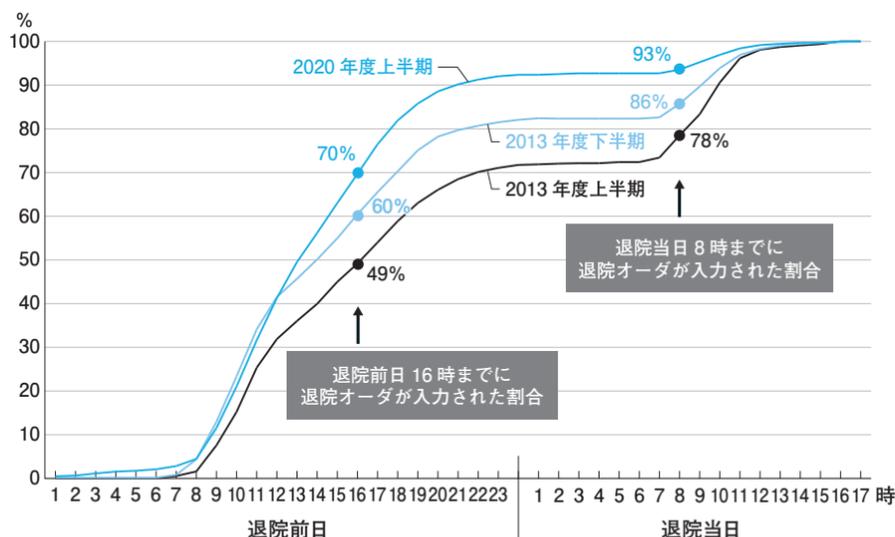
「退院当日の看護業務が多い」という課題の原因分析と解決策

病棟看護師へのアンケートを通じて浮かび上がってきた課題のひとつに、「患者が退院する当日の業務が多いため、朝早くから出勤してその準備をする必要がある」というものがありました。退院当日に病棟看護師が行う業務をヒアリングすると、以下の通り多種多様な内容に看護師がかかわっていることがあらためて明らかになりました。

- ・退院薬の準備
- ・薬剤指導に入る患者の調整
- ・退院時の療養計画書や退院証明書の準備
- ・退院後の生活指導
- ・退院会計ができたかの電話確認
- ・退院後の再診日確認

これらの業務ではそれぞれ、各診療科、薬剤部、医事課など他部署との連携も必要です。また当院では、午前中に入院および退院をする患者が非常に多いため、病棟では退院する患者への対応や業務記録に加えて、入院患者の対応も同時並行で進める必要がありました。

病棟の看護師にヒアリングをする中で、「どの患者がいつ退院するのが退院直前までカルテに入力されておらず、病棟側も退院患者の準備を計画的に行うことができない」という声が上がっていました。実際、電子カルテに入力されたデータをもとに2013年度上半期の期間における現状分析を行った結果、「退院前日の16時までに退院オーダーが入力された割合」は49%であり、それ以外の退院オーダーは退院前



●図 退院オーダーが電子カルテに入力された時間帯と累積入力率

2013年度上半期4876人、2013年度下半期4694人、2020年度上半期4743人を対象に、退院オーダーの入力状況調査を実施（調査対象外としたケース：救急外来受診後の緊急入院、日帰り入院、宿泊ドック入院、死亡退院）。「退院前日16時までに退院オーダーが入力された割合」は49%（2013年度上半期）から70%（2020年度上半期）に。「退院当日8時までに退院オーダーが入力された割合」も78%（2013年度上半期）から93%（2020年度上半期）に上昇している。

日の夕方回診、または退院当日の朝回診後に入力されていることが明らかになりました（図）。

患者の退院日の業務を行うのは看護師が中心となりますが、退院を決めるのは医師の業務になります。退院オーダーをカルテに入力する時刻が退院前日の夕方以降になると、その頃には日勤の看護師は夜勤の看護師に申し送りをし、日中業務は終了しているため、人数の少ない夜勤帯スタッフや、翌日の日勤帯のスタッフが退院の準備に追われてしまうという負のサイクルが発生していました。

医師が退院前日までに退院日を決定し、早いうちからカルテに退院オーダーの入力と、退院にかかわる書類の作成や処方入力を完了しておけば、看護師が忙しい「退院当日の午前」に準備していた業務を、入院患者・退院患者の動きが少ない「退院前日の午後」に実施することが可能になります。病棟におけるピークタイムの業務量を減らしつつ、効率的に業務が行える仕組みを整えるべく、プロジェクトチームで検討を重ねました。そして、「医師が退院前日の所定時刻までに、退院オーダーと退院にかかわるカルテ記載（必要文書の立ち上げ、退院処方オーダーなど）を入力する割合を高めること」という解決策を立てて、院内全体への情報発信と各現場への解決策の落とし込みを行いました。

業務改善の成果と思わぬ副産物

具体的な院内への情報発信として、診療科別にいつ退院オーダーを入力しているかを調査した上で、医師・看護師の管理職が参加する会議体で全体に報告し、「退院オーダーを早く入れましょう」というキャンペーンを院内全体で行いました。医師部門については、「退

多職種連携による業務改善で得られるもの

金児 玉青氏 聖路加国際病院 副看護部長

病院における看護師は、医療の調整役としてさまざまな業務を行っています。どれも必要性があって行っているはずですが、その中身は玉石混交の感があり、本来の看護ケアから乖離しているような業務も発生しています。「業務のための業務」の中に埋もれることもままあり、こうなってくると時には精査が必要です。しかしながら、看護師同士で議論した結果、ありがたいことは他の職種へ移譲をお願いすることです。他の職種も突然新しい業務を振られては、たまったものではありません。

そのような中で、看護業務を客観的に精査し、必要性に順序を与え解決の糸口を見いだそうとしてくれる事務部門の力は、非常に大きなものです。近視眼的になりがちな状況から、俯瞰し忌憚のない意見をもらうことができ、より良い成果を得られることができます。業務改善だけでなく、患者に提供する医療の質改善にも事務職員と医療者が協働して成し得ることは数多くあるはずですが、未来の病院のあるべき姿を、一緒に模索していきたいと思っています。

●かねこ・たまお氏/1987年京大医療技術短大看護学科卒業後、聖路加国際病院に入職。95年聖路加看護大科目等履修修了。病棟・外来勤務を経て2019年より現職。院内では、バイシエント・エクスペリエンス（患者経験調査）、フットケア等を担当。院外では、慢性皮膚病である乾癬の患者会、現・NPO法人東京乾癬の会を01年より支援している。



●もりおか・まさひろ氏

2013年一橋大商学部を卒業後、聖路加国際病院に入職。経営企画室・医事課入院係・QIセンター（医療安全・品質の改善部門）への配属を経て、20年より現職。現在は医事課にて医事業務全般に加え、医事課スタッフの採用・教育、監査対応や各種委員会の事務局業務を担当する。

院オーダーを前日16時までに入れなかった診療科のリスト」を院長自らチェックし、時には各科医師へ直接改善を求めるような働き掛けを行うという徹底ぶりによって現場の行動変容を促していき、プロジェクトチームにとって大きな援護射撃となりました。

その結果、2013年度下半期には「退院前日の16時までに退院オーダーが入力された割合」が49%から60%まで上昇し、「退院予定がわからない」ことによって発生する退院当日の看護業務に改善をもたらすことができました。

なおこの取り組みは2014年度以降も継続して行われ、2020年度上半期では「退院前日の16時までに退院オーダーが入力された割合」が70%にまで達しています。また遅くとも退院当日8時までは、退院オーダーの入力がほぼ完了するようになりました（2013年度上半期78%→93%）。

さらには、患者の退院予定が早くわかるようになったことで、薬剤部は退院前日に退院処方や退院時服薬指導の準備をすることができるようになり、医事課では退院前日に患者の入院会計を作成できるようになるなど、他部署にも業務改善の大きな成果をもたらしました。そしてなにより、退院当日の患者さんが病院側の準備の都合で必要以上に待たされずにご帰宅できるようになったことが、業務改善の最大の成果と言えるでしょう。



外来診療に必要な知識をブラッシュアップ。やっぱり帰さなくてよかった！

帰してはいけない外来患者 第2版

やっぱり帰さなくてよかった！第2版では外来診療に求められる「臨床決断」「診断エラー」「28症候」の知識をブラッシュアップ。「帰宅して様子を…」と言いたくなる47症例はすべて書き下ろし。「緊急性、重篤性、有病率、治療可能性から決断する！」「秒単位、突発で持続する症状は危ない！」「増悪傾向の症状はピークアウトするまで目を離さない！」など、外来で使えるgeneral ruleが満載。外来研修にも最適。

編集 前野哲博 松村真司

帰してはいけない外来患者

第2版

リアルな47症例

高次脳機能研究の基礎と臨床をつなぐ

連合野ハンドブック 完全版

神経科学×神経心理学で理解する大脳機能局在

高次脳機能をつかさどる連合野の研究は、これまで神経科学と臨床神経学の両面から進められてきた。本書は前頭連合野、頭頂連合野、側頭連合野それぞれが担う高次機能を、サルスの知見（基礎編）とヒトの知見（症候編）から解説。その土台として重要な神経解剖学の解説も詳しい。脳の解明を目指す基礎科学者にも、高次脳機能障害を診る臨床家にも役立つ、ラボとベッドサイドをつなぐこれまでにない1冊。

編集 河村 満



寄稿

日本でSDMの実践をどう推進するか

後藤 友子 国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部 研究員

近年、完治が難しい慢性疾患患者の増加や、提供可能な医療やケアの選択肢の拡大などにより、患者が自分らしく生き抜くための治療方針を選択することが難しくなりました。このような背景の下、国内外で必要性が高まるのが共有意思決定支援(Shared Decision Making: SDM) (註1)です。

対話による意思決定支援の方法の一つであるSDMは、①患者と専門職の少なくとも2人が参加すること、②両当事者が情報を共有すること、③両当事者が選択肢の存在とそれらの詳細を承知すること、④両当事者が意思決定基準を共有しながら決定の合意をすること、の4要素から成るとされています¹⁾。SDMは遺伝子検査や小児疾患、がん、呼吸器疾患、外科手術等における患者・専門職間の意思決定や、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)における基本的意思決定支援技能として適用されています。

なぜ臨床でSDMが求められるのか?

こうしたSDMの手法は、治療やケ

アについて患者に相談の上選択・決定し、実行するpatient-centered careの考え方が基になっています。カナダのMoira Stewartらの著書『Patient-Centered Medicine』が出版されたのを機に、patient-centered careは欧米諸国を中心に普及し始めました。やがてpatient-centered careは医療政策や医学教育にも取り入れられ、現在ではケア領域にもその考え方が拡大しています。

英国をはじめとする欧米諸国においてSDMは、医師や医療専門職の基礎教育課程に技能教育が組み込まれているほか、各学会のガイドライン等にも取り入れられています。一方で日本は、患者の権利を守る社会的ルールの基盤が欧米諸国と大きく異なっており、世界と比べてSDMが普及しているとは言えません。日本では、世界医師会の宣言である「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」²⁾と現行の医療法に基づき、情報提供型の意思決定支援であるインフォームド・コンセント(IC)が多く医療現場で行われています³⁾。

ICは医師や専門家が説明を行い、患者が必要な情報を全て理解した上で治療方針を選択することを前提に構築された意思決定モデルですが、医療者が一方的に情報を提供するだけでは患者の理解度にはつながりにくいとされています⁴⁾。このような背景から、医療者と患者とがかかわり合い、医療情報を患者が理解していることを確認した上で治療方針を決定するSDMの重要性が日本でもようやく主張されるようになりました。

一般の方にとって、専門的な情報と自身の価値観やヘルスリテラシーを基に、多様な治療やケアの選択肢を自力で理解し選択することは容易ではありません。筆者らが日本のプライマリ・ケア外来で行った調査においては、治療方針の疑問点などを医療者や知人に質問するのが苦手な高齢者ほど、SDMによって意思決定による葛

藤が大きく減少したことが確認されました⁵⁾。高齢患者が増加し続けている日本では、SDMの技能が医療者に強く求められているのです。

世界の動向から垣間見える日本独自の研究結果

SDMを取り入れた研究は、さまざまな治療や検査、ケアの領域で進められています。その中でも主に、①専門職に対する教育研究、②患者など一般市民にSDMを実践する人に対するアプローチの研究、③decision aidと呼ばれる意思決定のための情報補助ツールの開発研究の大きく3つが世界的に進められています。SDMの研究・啓発を目的とした国際学会(International Shared Decision Making Society: ISDM Society)では、2年に1度、世界中のSDM研究者たちが集まり最新の研究知見を共有していますが参加者は欧米の研究者が多く、日本では活発な研究領域とは言えません。

そこで筆者らはSDMを日本の医療でも普及させるため、独ハンブルグ大のEppendorfら医療心理学チームが開発した、患者が意思決定のプロセスにどの程度関与しているかを測定するためのアンケートであるSDM-Q-9/SDM-Q-Docを基に、日本語で使用可能なSDMの評価尺度を作成しました(註2)^{5,6)}。患者が回答するSDM-Q-9および医師が回答するSDM-Q-Doc(図)はそれぞれ9つの項目で構成された1因子構造の評価尺度で、回答は6段階のリッカート式となっています。SDM-Q-9/SDM-Q-Docは日本語のほか、合計29言語に翻訳され公式ウェブサイトで公開されています⁷⁾。

世界的にはSDMは、専門職と患者の1対1の対話形式が主流です。日本でも1対1での対話、対応を進める専門職教育にシフトしてきています。しかし、SDM-Q-9/SDM-Q-Docを日本のプライマリ・ケア外来に用いた筆者らの研究では、医療者と患者の1対1によるSDMよりも、医師1人と患者1人に加え、医師を支える看護師1人が立ち会う「3人一体」で実践するSDMのほうが、医師・患者ともに評価が高いという結果が得られたのです⁶⁾。

この現象は日本でしか確認されていません。日本では専門職がチームでアプローチして患者の意思決定を支えるSDMが重要なのです。

●ごとう・ゆうこ氏

2010年日赤看護大卒。12年聖路加国際大学院博士前期課程修了、同年より現職。在宅医療や地域包括ケアなどの研究に取り組んでいる。初めて医療にかかわる市町村の不安を払拭するため、15年に『在宅医療と介護の連携事例集』(http://zaitakuiryo-yuumizaidan.com/docs/booklet/booklet40.pdf)の執筆を担当。

チームアプローチの視点を学べる「あいち ACP プロジェクト」

筆者らは、チームとしてのSDM実践を推進するため2018年度からの3年間にわたり、愛知県の委託を受けて「あいち ACP プロジェクト」というACP実践人材育成のための教育事業を展開しています。本プロジェクトでは、筆者が座右の銘としている聖徳太子の言葉、「和を以て貴しと為す(以和為貴)」の精神の下、患者やさまざまな専門職といった立場が異なる者同士が意見や価値観をしっかりと話し合い、お互いの視点をすり合わせるプロセスを学び、SDMを実践できる人材を育成しています。ここではSDMの技能獲得にとどまらず、異なる職種や立場の専門職から自身のSDMを評価してもらい、助言を得られる気づきの多い研修として受講者の高い満足度を得ています。この成果を客観的に分析し、来年度以降、愛知県以外の地域にも事業を拡大する予定です。

*

超高齢社会に伴い、認知症患者も増加し続けている日本において、意思決定能力が高い時期から患者にかかわることができる、かかりつけ医や介護支援専門員などにはぜひともSDMの技術を身につけていただきたいです。また将来的には、医療や介護、福祉の専門職の基礎教育にSDM技能教育が組み込まれることが望ましいと考えます。

註1: 「Shared decision making」にはさまざまな日本語訳がつけられており定訳はないが、本稿では「共有意思決定支援」として紹介した。

註2: 日本語版SDM-Q-DocおよびSDM-Q-9のPDFはそれぞれ右記QRコードから保存と印刷が可能。



●参考文献・URL

- 1) Soc Sci Med. 1997 [PMID: 9032835]
- 2) 日本医師会. 患者の権利に関するWMAリスボン宣言. https://onl.tw/LnpRfHt
- 3) 久我咲子, 他. Shared decision makingを実践する医師の特徴——都内10区2市の診療所内科医に対する郵送調査. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2016; 39(4): 209-13
- 4) Trials. 2021 [PMID: 33446265]
- 5) JMA J. ONE. 2020 [PMID: 33150255]
- 6) PLoS ONE. 2021 [PMID: 33566830]
- 7) SDM-Q-9/SDM-Q-Doc ウェブサイト. https://bit.ly/3bpoYEE

共有意思決定についての質問票 医師用【SDM-Q-Doc】

●患者の受診の目的は何ですか(診断名・病名・症状など)

●どのような決定がなされましたか

今回の意思決定に関する下記の9項目について、それぞれ最も当てはまるものに記をして下さい。

1. 私は患者に、治療に関して何らかの決定をしなければならぬ事があるということを明確に伝えた	全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおよそ当てはまる	よく当てはまる
2. 私は、患者がどのように決定に関わりたかを知るように努めた	全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおよそ当てはまる	よく当てはまる
3. 私は患者に、今回の病状に対して様々な治療の選択肢があることを伝えた	全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおよそ当てはまる	よく当てはまる
4. 私は患者に、それぞれの選択肢におけるメリット(利点)とデメリット(欠点)を明確に説明した	全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおよそ当てはまる	よく当てはまる
5. 私は、説明した全ての情報を患者が理解できるようにサポートした	全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおよそ当てはまる	よく当てはまる
6. 私は患者に、治療においてどの選択肢を希望するのか尋ねた	全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおよそ当てはまる	よく当てはまる
7. 患者と私は、それぞれの治療方法について徹底的に比較検討した	全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおよそ当てはまる	よく当てはまる
8. 患者と私は、一緒に治療上の選択肢を選んだ	全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおよそ当てはまる	よく当てはまる
9. 患者と私は、今後の治療の進め方について合意した	全く当てはまらない	ほとんど当てはまらない	どちらかといえば当てはまらない	どちらかといえば当てはまる	おおよそ当てはまる	よく当てはまる

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.
 *原題(translation) of the original "The Questionnaire about Shared Decision Making for Doctor (SDM-Q-Doc)"
 原題の許可を得て翻訳作成しました。
 *原題の作成者: Jankovic B, Hutter B, Inhoffe S, Schulz U, University Medical Center (Insurg-Eppendorf, Germany)
 *日本語版として承認された日付: 2015年3月(March 2015)
 *日本語版作成者: 後藤友子, 三浦寿幸 (Translated by Yoko Goto, Hisayuki Miyazaki)
 *日本語版制作: 国立長寿医療研究センター 国立研究開発機関 国立長寿医療研究センター

●図 医師が回答する、共有意思決定についての質問票(SDM-Q-Doc)の日本語版

日本で信頼性と妥当性が確認されたSDMの評価尺度。9つの項目で構成された1因子構造で、回答は6段階のリッカート式となっている。

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

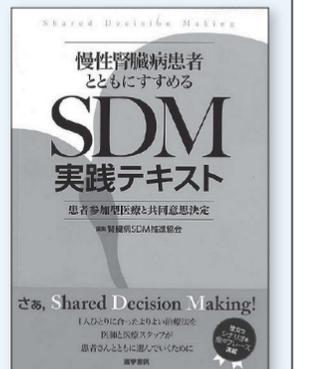
医学書院

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 (編集 腎臓病SDM推進協会)

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する本邦初の実践型テキスト。 ●B5 2020年 頁200 定価:3,080円(税込) [ISBN978-4-260-04320-5]

- 目次
- 第1章 患者参加型医療とは何か
 - 第2章 治療法決定の3プロセス
 - 第3章 SDMのエッセンス
 - 第4章 意思決定支援ツール
 - 第5章 SDMの実践手法
—現場でSDMを実践する際の手順の基本
 - 第6章 SDMの実践手法
 - 第7章 SDMとサイコネプロロジー
 - 第8章 多職種で取り組むSDM
 - 第9章 SDMの研修法について
 - 第10章 SDMの実践を評価する
 - 第11章 SDM実践上の問題点 付録



臨床感染症 2000~2021 変わったこと・変わらないこと



青木 眞氏
感染症コンサルタント



上原 由紀氏
聖路加国際病院
臨床検査科・感染症科



岡本 耕氏=司会
東京大学医学部附属病院
感染症内科

『medicina』誌 58 巻 5 号より

感染症診療のバイブルともいえる『レジデントのための感染症診療マニュアル』（医学書院）の初版発行から 20 年ほどが経過し、感染症診療を取り巻く環境は大きく変化した。日本の感染症診療の発展を支えてきた医師たちはこの変化をどのように感じているのか。『medicina』誌では、同書著者の青木氏をはじめ 3 人の医師が感染症教育の変化と今後見込まれる改善・成長の余地について語り合う座談会を企画。本紙では、その内容をダイジェストでお伝えする（座談会全文は『medicina』誌 58 巻 5 号に掲載）。

総合診療マインドの重要性

青木 感染症診療は、総合診療の中に取り込まれると健康な姿を見せます。最近、ある番組で「これからいろいろなパンデミックが来るはずだけれども、それに対する備えとして、日本に一番必要なのは何かだと思いますか」と聞かれて、僕はそれは「総合診療マインドである」と答えたのです。

コロナも、血液凝固の問題から若者の脳血管障害で表現されたり、急性腎障害が出てきたり、糖尿病になったり、子どもだったら川崎病みたいになったりします。今後、どんな微生物によるどんな臨床像を呈するパンデミックが起こるかわかりませんが、普段からある程度全身の unknown を扱い慣れている総合診療とか、プライマリ・ケアの人たちの層を厚くすることが、とても重要だと思っています。

そういう意味でも感染症診療が、感染症診療だけを発達させるのではなくて、日本に一番必要とされる総合診療マインドを持ったホスピタリストとか、プライマリ・ケア、在宅の先生たちを増やすドライバーになってくれたらいいですね。その意味では、総合診療マインドを広げる、1つのいいきっかけとして感染症科が役立つと思います。

上原 未知のものを扱うというのはとても大変なことですね。10年ほど総合診療科に在籍していましたが、ちゃんとトレーニングもしないままに持てる知恵をすべて振り絞って外来をしていたので大変でした。でも振り返ってみると、on the job trainingで幅広い診かたを身につけることができました。

感染症科の外来をしても、感染症ではない方が感染症科に紹介されて、診る機会があります。感染症である確率は5割程で、それ以外は試行錯誤しながら道筋をつけることも多かったりして、やっぱり感染症診療と総合診療は親和性が高いと思いますし、感染症のことだけやっているのは、危う

いことかもしれません。

岡本 感染症診療では病因で捉えて臓器横断的に診るのが本質ですし、複数の臓器で問題が起きたときに、総合診療的マインドがあるといういろいろな角度からアプローチしやすいですね。それに、上原先生が言われたように、感染症じゃないことがしばしばあるけれども、いろいろな科で「うちじゃありません」と言われて、気づいたら私だけがフォローしているようなこともあって(笑)。

上原 「うちじゃない科」ですね。

岡本 そうなんです。そういったときに、自分なりに頭をひねって、何だろうと考える。実際、感染症科だったり、感染症医が、感染症だけじゃなくて総合診療的なマインドを伝える役割を担っているというのは重要な部分じゃないかと思っています。

青木 感染症マインドが総合診療マインドのドライバーになる、総合診療の追い風になる面があると同時に、逆のベクトルもあると思うんです。総合診療マインドというのは、その人の家族がどうなのか、社会的・公衆衛生的にどんな広がりがある病気なのかということにも感受性がありますね。

「国家全体で使用可能なPCRの量がこれくらいしかないときに疫学、公衆衛生的に、こういった集団にどのように使ったら最も多くの生命を守れるのか？」といった視点が大事です。総合診療マインドが与える、疫学的な問題の広がりや経済的な問題を見ながら大きな視点からどうアプローチしていくべきかを教えてもらうという、逆のベクトルも大事であり、それに対する謙虚さみたいなものが、臨床医や微生物学者の感染症マインドに必要なことなのです。

そして、それを上手にコーディネーションしてくれるような人がこの国にはもっと必要だと思うんです。そういう意味では、微生物、臨床、公衆衛生と、全体像を把握する公衆衛生的な感染症領域の人が、もっと必要だということも、今回のコロナでわかった気が

がします。

変わらない価値

青木 ぜんぜんよけいな話をしていいですか。すごくこの国の感染症に大事な、歴史的なことなので。

岡本 どうぞ、どうぞ。

青木 沖縄県立中部病院の喜舎場朝和先生は、41年前に僕をしごいていた先生ですが、その喜舎場先生は感染症フェロー時代に Raff という Louisville 大学の教授に師事しました。Raff 教授は、朝鮮戦争時に軍医として日本に駐屯した経験があり、大の日本ファンでした。彼は米国の感染症の教授にしては珍しく、病歴や身体所見を非常に大事にする Old School だったんです。ニュアンスとしては、南部に住むユダヤ人医師的な感じで Sapira に似ています。そんな教授に日本人フェロー第1号として師事して、彼はそれを日本に持って帰ってきたわけです。

日本人は、デジタルが好きではあるけど、一方で名人芸的なものが非常に好きじゃないですか。一種名人芸的な世界を大事にする日本人に、喜舎場先生のカラーがマッチしたと思うんです。ですから、上原先生や岡本先生が、グラム染色を愛してくれる背景には極めて日本的な要素があるんですよ。米国では、ちょっと望めない。

だから、そういう意味で喜舎場先生が Louisville 大学に行ったというのは、非常に僥倖だったというか、そのあと僕もそこで喜舎場先生に教わって、そのあと岩田健太郎先生や本郷偉元先生といった方がそれに触れたのは、よかつたなあと思うんです。このテクノロジーの時代に、今も沖縄県立中部病院に脈々と流れる喜舎場イズムというのは、精密な病歴とか身体所見を大切にしているんです。

今後いろいろなテクノロジーが出てきて、あるものは廃れ、あるものは残るでしょう。その中で「何を大切に、何を基軸にして」残す、残さないを決めるのか・これが大事です。

なので、これから日本の感染症をどちらのほうに進めていくのかということに、(最近の米国の市中肺炎のガイドラインのように)、本当に「血培なし、グラム染色なし」で良いのかをよく考える必要があります。単純に生死といったハードアウトカムだけを見てガイドラインを作るのではなく、それを見て育った研修医たちがどんな感染症診療をするようになるのか、どのような臨床医として成長していくのか、そういったことに注目し続けることが、すごく大事だと思うんです。

ある意味、岡本先生たちはこれから日本の感染症がキャピタリズムに引っ張られていくかどうか、という critical な時代におられると思うんです。先生たちは、アジアや日本人独特のマインドを維持しつつ、いいところは取り入れ、ネガティブなところは排除していく。そういった明晰な能力を持っていると思うので、峻別しながら日本のこれからの感染症を育てていくといいなと思いますね。

上原 米国が全面的によいという雰囲気がある中で、実は日本にもいいところがあるというのは、すごく励まされるお話ですね。私は普段、グラム染色と血液培養は、いくらやっても怒らないと研修医には言っているんです。アナログのよいところといいますか、もちろん米国のよいところも学びつつ、日本のよいところを残すというのは非常に大事だなと思ってお話を伺っていました。

岡本 本当にそうですね。喜舎場先生の Louisville 大学から連綿と続く流れは止まらないでしょうし、皆が、それが当たり前であることすら気づかなくなっていくように思います。

変わらない価値があるというか、忘れてはいけないところがある。それを学生さんや研修医の先生に伝えていくことがより重要になっていくと思います。指導医が提供できる大事なことの1つは、変わらない原則を伝えていくことなのかなと思いました。

(抜粋部分終わり)

医学書院

レジデントのための 感染症診療 マニュアル

第4版

青木 眞

レジデントのための
感染症診療マニュアル
Principles & Practice

第4版

青木 眞

20年
まずはこの1冊、やっぱりこの1冊
初版から20年。積み重ねられる感染症診療のバイブル

- 20年 初版から20年。積み重ねられる感染症診療のバイブル
- Principles 診療一貫して進む診療原則を学ぶ
- Practice 「最新一巻一冊」という新書から発展し、病歴の確定と適切な薬剤選択による診断
- COVID-19 最新知見を収録し、臨床のリアリティを追求
- AMR 最新知見を収録し、最新の検査法などを収録
- AMR 最新の治療法・検査法の実践知識
- Zoonosis 疫学知識

まずはこの1冊、やっぱりこの1冊。
最新版が出ました！

感染症診療全般を網羅したバイブルの改訂第4版。病原の同定と適切な薬剤選択を基本に、臨床の実践知が学べる。トピックとして新型コロナウイルス感染症(COVID-19)、ゾーニング、薬剤耐性菌(AMR)対策、最新の検査法などを収録。一線で活躍するエキスパートらの臨床知が凝縮された渾身の1冊。

●A5 頁1728 2020年
定価：13,200円(本体12,000円+税10%)
[ISBN 978-4-260-03930-7]

LINE 公式アカウント
はこちら！

限定サービス実施予定



Medical Library 書評新刊案内

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

腎臓病 SDM 推進協会 編

B5・頁200 定価:3,080円(本体2,800円+税10%) 医学書院 ISBN978-4-260-04320-5

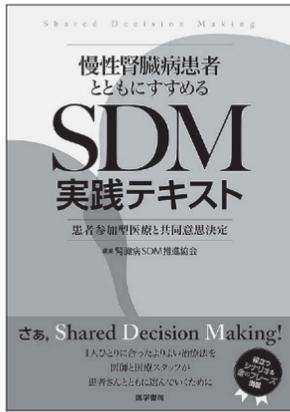
【評者】福井 次矢 聖路加国際病院院長

EBM (Evidence-based medicine: 根拠に基づいた医療) という言葉が医療界で初めて提唱されたのが1992年。提唱者を個人的に知っていた私は、その直後から、わが国においてEBMの普及に努めてきた。そのような私にとって、心の重荷を下ろし、希望の灯と映ったのが、本書である。

理由は、次のとおりである。EBMとは「最も信頼できる研究成果(エビデンス)を知った上で、患者に特有の病状や意向・価値観(個別性)、医師の経験や医療環境(状況)に配慮して医療を行うこと」であり、最も信頼できるエビデンスを踏まえる点に最大の特徴がある。今や、わが国においても、診療現場では当然のごとくエビデンスについての議論が正しく行われ、エビデンスに基づいた診療ガイドラインも普及し、医療の質が向上したことは疑いがないところである。ところが、私自身、当時新規性のあったエビデンスに注意を引き付けようとするあまり、「患者に特有の病状や意向・価値観に配慮する」という部分の実践手順を普及しようとする意欲には欠けていて、EBM普及の達成感とは裏腹に、何とも言えない心の重荷になっていたところである。

そのような私の心の重荷を下ろして

SDMを学び進める上での 模範的な教科書



くれたのが、本書である。SDM (Shared decision making) とは、医療者と患者が医学的情報と患者の価値観、意向を共有し、共同で最善の決定を下す「共同意思決定」であり、腎臓病領域でSDMの普及をめざす腎臓病SDM推進協会の幹事を中心とした執筆陣の手に成るものである。したがって、SDMを進めるのに必要な理論と具体的な実践手法が、腎代替療法選択を例に、大変わかりやすく記述されている。

最初の5章が総論で、SDMの手順としては Makoul と Clayman による「基本の9要素」、米国の AHRQ による「SHARE アプローチ」、Elwyn による「3段階会話モデル (Three talk model)」などが紹介されている。医療にかかわる全ての人々には、この総論の部分じっくり読んでおくよう強く勧めたい。

個人的には、3段階会話モデルの Team talk (医師・医療者と患者のどちらかが一方的に決めるのではなく、一緒に考え、医療者は患者を支える立場であることを理解してもらう)、Option talk (選択肢とそれらの内容・利点・リスクを説明し、患者の知識・理解度を確認しながら、決定を支援する)、Decision talk (患者の意向・好みを明らかにして、選択肢のうちの1つに決定する) の3つの Talk さえしつ

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!

石井 均 編

A5・頁192 定価:3,740円(本体3,400円+税10%) 医学書院 978-4-260-04351-9

【評者】稲垣 暢也

京大大学院教授・糖尿病・内分泌・栄養内科学/日本糖尿病学会常務理事/日本糖尿病協会理事

2020年、新型コロナウイルスによる感染症(COVID-19)のパンデミックに襲われ、世界は一変した。そして、糖尿病がCOVID-19によって重症化しやすいという多くの報道がなされ、糖尿病患者は不安におびえている。しかし、そもそも糖尿病患者は、血糖コントロールが不良であれば、さまざまな感染症が重症化しやすいことは古くから知られており、COVID-19に限った話ではない。わが国における最近の10年間の調査によれば、感染症は糖尿病患者の死因の第2位なのだ。今回の新型コロナウイルス感染のパンデミックは、糖尿病と感染症の関係についてあらためてその重要性を見直す良い契機となった。

本書は、そのような時期に、糖尿病患者の感染症診療についてまとめられた、まさにタイムリーな待望の一冊である。

糖尿病患者は、COVID-19だけでなく、インフルエンザや市中肺炎、そして結核などの呼吸器感染症が重症化しやすいだけでなく、尿路感染症、皮膚感染症、胆嚢炎なども重症化しやすい。

かり頭に入れておけば、基本の9要素およびSHAREアプローチで説明されている詳細な項目は柔軟に活用できるように思う。

第6章には、患者と医師、看護師などとの会話の実例が7つ紹介されていて、うまくいった例だけでなく反省が必要であった例も含まれている。第7章以降は、SDMとサイコネフロジー、チーム医療との関係、SDMの研修法、SDM実践の評価、SDM実践上の問題点などが個別に章立てされ、4つの付録(SDMの対象例、意思決定・

さらには足壞疽や歯周病にも留意する必要がある。本書は、糖尿病におけるこれらの感染症診療に関する最新の知見を、症例提示も交えながら、わかりやすく解説している。

糖尿病を診療する医師にとって最も重要なことは、患者のリスクを的確にとらえ、これらの感染症が重症化する前に、予防や早期に発見・治療することで、編者の石井均先生が述べておられるように、日常診療の中で、細やかな観察や会話、患者が納得できる丁寧な説明や情報提供、セルフケアなどの患者教育などが求められるのだ。編者のこの

一冊に込められた思いは、まさに、この「医師-患者関係」の重要性にある。

そして、編者も述べておられるように、これらの感染症に関する情報が、糖尿病患者に対する社会的スティグマにつながるのではなく、血糖コントロールを良好に行えば重症化リスクが低減するのだといった正しい情報を発信することにより、社会全体で患者の安全を守るようなメッセージとなることを切に願っている。

会話ツール、「金のフレーズ」集、具体例としての聖路加国際病院の腎代替療法選択外来)とともに、多くの診療現場で有用な経験知、ツールとして活用されよう。

診療現場に密着したSDMの手順の紹介のみでなく、SDMの学び方にきめ細かく配慮した本書は、真のTextbook(模範的)である教科書となっていて、執筆のリーダーシップをとられた小松康宏先生をはじめ、26人の執筆者の皆さんに深く敬意を表するところである。



新刊 内科ポケットレファランス 第3版



Pocket Medicine: The Massachusetts General Hospital Handbook of Internal Medicine, 7th Edition

- 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、最新版の邦訳。
- 膨大かつ研ぎ澄まされた情報を、略語/記号を駆使し、簡潔な文章・図表で網羅。
- 白衣のポケットに入れて実地で活用できる「備忘録」としてコンパクトさ・機能性を維持しつつ、文字サイズを拡大、読みやすさに配慮。
- 必要な情報を常に携帯し、より日常診療のレベルを向上させたい医師必携。
- 臨床実習に臨む医学生や病棟・外来で働く看護師にも。
- 「ハリソン内科学」、「ワシントンマニュアル」との併用で迷いを払拭。

MGH発! 史上最強の備忘録 最新版 レジデント&ジェネラリスト必携

日本語版監修 福井次矢 聖路加国際病院 院長 ●定価4,620円(本体4,200円+税10%) ●B6変 頁440 図56 2021年 ●ISBN978-4-8157-3013-0

- 携帯性はそのままに
- 文字サイズ拡大
- 読みやすく

史上最強の備忘録“ポケレブ”シリーズ

救急ポケットレファランス Pocket Emergency Medicine, 3rd Edition 監訳 北野夕佳 ●定価4,620円(税込)

がん診療ポケットレファランス Pocket Oncology 監訳 自清彦 ●定価4,950円(税込)

ICUポケットレファランス Pocket ICU 監訳 林潤朗 ●定価5,280円(税込)

麻酔科ポケットレファランス Pocket Anesthesia 監訳 牛島一男 ●定価4,950円(税込)

第9回 新潮 ドキュメント賞 受賞作

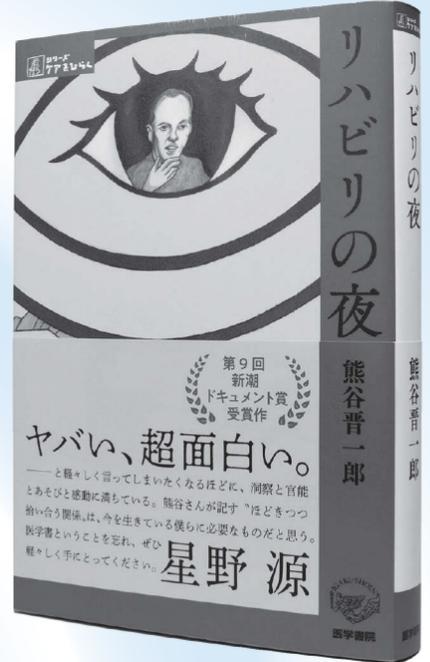
痛いのは困る。

現役の小児科医にして脳性まひ当事者である著者は、あるとき「健全な動き」を目指すリハビリを諦めた。そして〈他者〉やく〈モノ〉との身体接触をたよりに官能的にみずからの運動を立ち上げてきた。リハビリテーションを根底から定義しなおす驚愕の書。

熊谷晋一郎

リハビリの夜

●A5 頁264 2009年 定価:2,200円(本体2,000円+税10%) [ISBN978-4-260-01004-7]



医学書院

CDCのフィールド疫学マニュアル

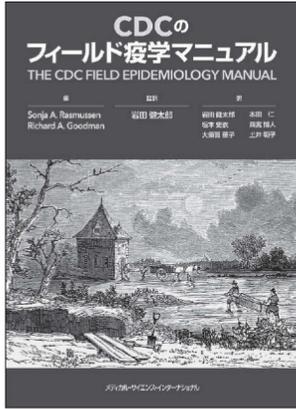
岩田 健太郎 ●監訳・訳
坂本 史衣, 大須賀 華子, 本田 仁, 四宮 博人, 土井 朝子

B5変型・頁312
定価:4,620円(本体:4,200円+税10%) MEDSI
http://www.meds.co.jp

評者 押谷 仁
東北大学教授・ウイルス学/感染症疫学

本書は米国CDC(Centers for Disease Prevention and Control)のフィールド疫学の方法について書かれた“The CDC Field Epidemiology Manual”を日

より実践的な内容になった改訂版



本語訳したものである。タイトルには「マニュアル」とあるが、この本に書かれたことに従ってその手順通りやればよいというようなマニュアルではなく、感染症の流行だけでなくフィールドで起こるさまざまな疫学上の課題に対処していくための基本的考え方を説明したものである。さらに本書には、チームマネジメントの問題やコミュニケーションの課題など現場で直面する多くの問題についても実践的な指針が書かれている。ここでいうフィールドとは必ずしも流行調査を行う現場だけを指しているだけではなく、疫学データを基に問題解決のために行動することが求められる全ての現場がここでいうフィールドを指しているものだと考えられる。この中には保健所や医療機関・行政機関などの現場も含まれる。迅速な意思決定の求められるフィールドでは、シンプルでかつ迅速に実施できる疫学解析、その結果を適切に解釈できるコンセンサス、さらにその解釈に基づいて行動できる行動力が必要である。そのようなフィールドで求められる疫学のエッセンスが本書にはまとめられている。

本書は1996年に発刊された“Field Epidemiology”を全面的に改訂したものである。私は公衆衛生修士(MPH)を取得するために米国に滞在していた時に、出版されたばかりのこの本を米国で購入した。その後も折に触れこの本を手にしてフィールド疫学の基本を振り返っていたが、全面的に改訂された本書は、実際のデータや事例が多く含まれており、より実践的な内容になっている。その実践的な内容の基礎と

なっているのは1951年に設立されたCDCのEpidemic Intelligence Service(EIS)というトレーニングプログラムでの経験である。私もこれまで、数多くのEIS OfficerやEISプログラムの経験者と一緒に仕事をする機会があった。彼らの基本に忠実で、問題解決に向けて迅速に最適解を見つけようとする姿勢には多くのことを学んできた。特に危機の深刻度が深まれば深まるほど基本に忠実であることが求められる。感染症の危機管理では常に想定外の事態が起こり得る。特に未知の感染症の流行対応は不確定要素が多く、データ

に限られている中で迅速な対応を求められることも多い。そのような本当の危機管理の現場に必要なのは、基本的に立ち返って疫学的特徴を分析し、困難な状況の中で最適解を探すことのできる能力である。そのためには本書に書かれているようなフィールド疫学の基本を十分に理解した上で現場の経験を積み必要がある。

日本では感染症疫学を専門とする人材が圧倒的に少ないことが長年指摘されてきたが、その問題が解決しないままに新型コロナウイルス(COVID-19)のパンデミックに直面することになった。この問題は一朝一夕には解決する問題ではないが、現場にいる多くの人たちが感染症疫学の基本を理解できるようになることはこの問題の解決の最初の1歩にはなると考えられる。少なくともそれが日々の感染者数の増減によってしか重要な政策判断ができないような状況を改善する一助にはなるのではないだろうか。そのためにも日本の現場にいる多くの人に本書を読んでいただきたい。

最後に、COVID-19への対応で多忙を極めている臨床現場の方々、COVID-19のパンデミックの最中に本書の日本語訳に当たられたことに敬意を表したい。

臨床にいかす表面筋電図[Web動画付]

セラピストのための動作分析手法

加藤 浩, 山本 澄子 ●編

B5・頁160
定価:4,950円(本体4,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04256-7

評者 上條 史子
昭和大学講師・理学療法士

表面筋電図の計測や解析を最初に実施した記憶があるのは、誰しも学生時代と思われる。その当時は、教員の言葉や指導書の記載事項通りに計測を行い、何とかレポートを作成した方がほとんどだと思う。

いざ、患者さんに向き合い始めると、なぜ先輩はうまくいくのか、治療方法が合っているのかなどのさまざまな疑問が湧き、その疑問を解決しようと考える。手法としては、文献や書籍を読むことや、実際に生じた疑問を解決してくれる客観的な機器や器具を使うことが選択される。ここで出てくるのが、表面筋電図や三次元動作解析装置などの客観的な評価手法である。いざこのような装置を使用すると、まず原理や使用方法がわからない、職場にも聞ける人が少ない、そもそもそんな高額な機器がない……だから諦める、と負のループに陥り疑問を解決しなくなってはいないだろうか。前述した三次元動作解析装置はまだ高価で、計測するまでの準備と計測後の処理にも時間がかかる。一方、表面筋電図は安価なものが出てきており、準備や計測後の処理も簡易なものになってきているため、利用しやすくなってきている現状がある。

本書は、表面筋電図を使用するに当たり必要な基礎知識から、電極貼付の仕方を含めた計測方法、解析方法、臨床での応用の実際まで網羅されている。執筆されている先生方は、バイオメカニクスのみならず、筋の特性やその機能について研究されており、治療対象者への応用も実践されている。そのような執筆陣だからこそ、難しい言葉の羅列ではなく、わかりやすい言葉を用いながら、必要な情報が入っている一冊となっている。さらに図やイラストも豊富に使用されており、原理や

方法がわからない、職場に聞ける人がいないという最初の負のループを必ず、うち砕いてくれる書籍である。また、表面筋電図のみならず、正常動作での関節モーメントの説明と筋電図波形が並列して記載されており、両者を関連付けて考えやすい構成になっている。表面筋電図が苦手であるという方にも手に取りやすい一冊と考える。

私たちセラピストが改善させるのは、動作である。この動作を行っているのは、もちろんヒトであり、筋が適切に働くことで成り立っている。そのため、動作における筋活動を

把握することは非常に重要で、表面筋電図から得られる情報は評価や治療の効果判定に用いることができる。もちろん、治療対象者に筋活動をその場で実際に見てもらいながら、セラピストの考えを示すことや治療前後の活動の違いを説明するツールにもなり得る。セラピストの主観、治療対象者の主観だけで治療を終わらせず、両者にとって治療へのモチベーション向上の効果が期待できるであろう。そういった面でも表面筋電図は、もう少し臨床現場で使用されるべきものと思われる。ぜひ、この一冊から表面筋電図に興味を持っていただき、臨床現場に生かすスタートとしていただきたい。

表面筋電図を臨床に生かすスタートに



医学界新聞 WEB版

バックナンバーが読めます
キーワード検索できます

www.igaku-shoin.co.jp/paper

新型コロナウイルスにどう立ち向かうか! COVID-19を最前線の医師らが解説!

別冊「呼吸器ジャーナル」

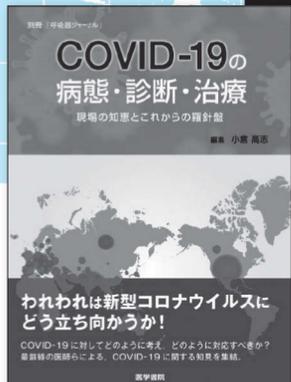
COVID-19の病態・診断・治療

現場の知恵とこれからの羅針盤

編集 小倉高志

国内での第1波から第2波にかけて、この未知の感染症でわかった知見をまとめる。現在COVID-19についてわかっている病態・診断・治療について、最前線の医師らが解説する。

- 目次
- I章 COVID-19総論
 - II章 COVID-19を理解するために必要な基礎知識
 - III章 各論:疫学・診断・治療
 - IV章 COVID-19に対する治療薬の臨床試験の論文を極める
 - V章 COVID-19時代に疾患管理はどのように変わるのか
 - VI章 各施設はどのようにCOVID-19を診断・治療していたのか
 - VII章 新規に出現した疾患に対して、どのように考え、どのように対応すべきか



●A4変形 2021年 頁208 定価:5,280円(本体4,800円+税)
[ISBN978-4-260-04585-8]

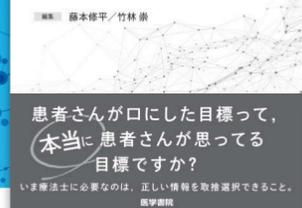
医学書院

臨床現場での情報活用から意思決定の方法までを体系的に理解できる!

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

編集 藤本 修平/竹林 崇

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

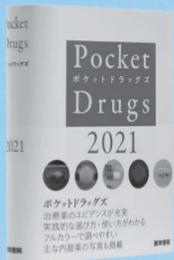


臨床に携わる療法士にとって、「臨床」と「研究(エビデンス)」は欠くことのできない要素といえる。本書ではその両者を融合することの必要性を説くとともに、患者の価値観という大切な要素もそこに組み合わせる。エビデンスの活用だけで適切な意思決定ができない場合に、自身の経験、また患者の価値観をどのように反映させていくか、治療に必要な知識を情報へ転換し、活用するスキルを身に付けるための具体的な指針を提示する。

- CONTENTS
- 序章 玉石混交の情報から治療法を決めるスキルが求められている
 - 第1章 エビデンスと世の中の情報を取捨選択するための基礎知識
 - 第2章 患者の価値観・希望
 - 第3章 治療法を決定するための目標設定とコミュニケーション
 - 第4章 臨床における意思決定過程

医学書院

●B5 2020年 頁320 定価:4,180円(本体3,800円+税)
[ISBN978-4-260-04271-0]



カラー・見やすい・コンパクト Pocket Drugs 2021

文庫本サイズ・2.5cm厚
色分け見出しで知りたい項目がパッとみつける



- 薬剤の選び方・使い方もわかる
- 安全性情報、Evidence情報も充実
- A6 頁1154 2021年 定価4,620円(税込) [ISBN978-4-260-04258-1]



検査値が深く読める。もっと役立つ。 臨床検査データブック 2021-2022

見逃してはならない異常値も、
検査の選び方も、薬剤の影響も、この1冊で



- 各検査項目の記述が詳しくわかりやすい
- 約300の疾患名からも検索可能
- B6 頁1136 2021年 定価5,280円(税込) [ISBN978-4-260-04287-1]

春風や 闘志いだきて 丘に立つ

桜舞う丘、澄みわたる空。
眼下に広がる春のむこうに、
虚子は何を見据えていたのだろう。
目標を胸に、一步踏み出すこの季節。
さあ、今こそ丘に駆け上がるろう。
そこでしか見えない特別な景色が、
きっとあなたを待っている。
新たな挑戦は、即戦力の医学年鑑とともに。

※本句は大正二年、高浜虚子が俳壇復帰にあたっての決意を込めて詠んだものとされています。



なんでも載ってる。つまり安心。 治療薬マニュアル 2021

高機能なWeb電子版付
稀な副作用や注意事項までわかる
ダントツ詳しい治療薬年鑑



- 「図解 薬理作用」を刷新…新薬の作用機序も一目でわかる
- 適応外使用や使用目的など、添付文書にない情報も随所に解説
- B6 頁2848 2021年 定価5,500円(税込) [ISBN978-4-260-04297-0]



名医の処方とコツ、教えます。 今日の治療指針 2021年版

高機能なWeb電子版付
初期診療、当直・救急時、
今必要な情報をすぐ確認できる



- 処方例が満載。薬の使い分けのポイントがさらに充実
- ポケット判(B6) 頁2192 2021年 定価16,500円(税込) [ISBN978-4-260-04283-3]
- デスク判(B5) 頁2192 2021年 定価20,900円(税込) [ISBN978-4-260-04282-6]

「今日の治療指針2021年版」、「治療薬マニュアル2021」は、いずれも電子版付。条件検索・詳細検索に対応。

2冊併用なら、
電子版が融合しグレードアップ! ➡ ●薬剤情報ジャンプ機能!
●1168疾患、薬剤約18000品目の情報から瞬時に検索!

スマホ・PCが“総合診療データベース”に大変身! ➡



医学書院