

2021年8月23日

第3433号

週刊(毎週月曜日発行)
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]人はなぜミスをしてしまうのか(小松原明哲,松村由美)..... 1-2面
[寄稿]大学病院での美容外科・美容後遺症診療(朝日林太郎)..... 3面
[寄稿]慢性痛対策に多職種介入が必要な理由(杉浦健之)..... 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 人はなぜミスをしてしまうのか
人間工学の見地から病院業務における確認作業を再考する



小松原 明哲氏
早稲田大学理工学術院
創造理工学部 教授



松村 由美氏
京都大学大学院医学研究科
医療安全管理学 教授

松村 ヒューマンエラーに起因する医療事故と一口に言っても、「医学上の事故」と「業務上の事故」の大きく2通りに分けられると、以前小松原先生から伺ったことがあります。対談を始めるに当たり、まずはこの点を整理いただけますか。

小松原 前者は、後から考えると提供した医療自体が適切でなかったという事で、誤診などが当てはまるでしょう。一方後者は、患者の取り違えや誤薬、投与失念など、医療提供プロセスにおいて生じるヒューマンエラーによるもののことです。もちろん両者がオーバーラップする事例もあり、原因としては通底することも多いのですが、医療事故を議論する際は両者を分けたほうが良いと考えます。「医学上の事故」は結果論であることが多く、医療者の医学的な専門性や力量が大きく影響する一方、「業務上の事故」は産業を越えて同様の問題構造のようです。そのため今回の対談では「業務上の事故」を中心に、ヒューマンエラーに関する意見交換ができればと思います。

効率よく作業することの代償とは

松村 医療安全について日々考える中で、新人とベテランではエラーの種類が異なると感じる事がよくあります。この違和感はどう説明できるのでしょうか。

小松原 エラーが起こる機序が両者で異なるのだと思います。新人は知識や経験不足に起因するエラーがほとんどです。また不安を感じても、先輩に質問するのは恥ずかしい、先輩に怒られるのではないかと気持ちもあり、疑

問があっても尋ねられないことも背景にあるのかもしれませんが。

他方ベテランの場合、業務への慣れが災いします。業務はスムーズに進められるのですが、時に確認が意識的になさず、取り間違えなどの不注意が生じやすい状態に陥ります。そんな時に業務の流れが乱れると、ヒューマンエラーに絡め取られてしまうのです。

松村 昔、点滴投与時に、患者ラベルと注射ラベルをバーコード認証システムに読み込んだ際に不一致を示す「×」マークが出ていたものの、流れるように作業し投与してしまった、というベテランが起こした事故がありました。何百、何千と問題なくこなしてきた経験があることから、×マークは目に映れど、心ここにあらずだったのでしょう。きちんと認識しながら判断を下していれば事故にはならなかったはずですが、その都度、確認を丁寧に行っていると脳が疲弊してしまうために、効率よく作業する代償として確認の過程が飛ばされたのだと考えます。私はこの状態を「脳がケチになる」と表現しています。

小松原 テクニカルタームで言えば、認知的儉約家(cognitive miser)ですね。人の認知形態である「システム1認知」と「システム2認知」の話(1)に換言できるといいます(表)。システム2認知はさまざまな可能性を吟味し意識して判断するタイプの認知形態であり、エラーは生じにくいけれども認知負荷が大きく時間もかかるので、人は避けようとしています。それゆえ代表的な情報のみで直感的に判断を行うシステム1認知に頼り、物事をどんどん進めるのが人の認知形態の基本とも言え、結果、確認が形だけになってしまうのです。

医療者は患者を救うため、日々、最善を尽くしている。しかしどれだけ注意を払っていても、ふとした瞬間に起こるヒューマンエラー(ミス)によって、せっかくの努力が水泡に帰してしまうことがある。

では、そもそも人はなぜミスをしてしまうのか。長年、人間生活工学の見地から医療をはじめ多くの産業現場でのヒューマンエラーを見つめてきた小松原明哲氏と、ヒューマンファクターの観点から医療安全管理室にて病院業務の見直しに取り組む松村由美氏が対談を行った。

●表 システム1認知とシステム2認知の比較(文献1をもとに編集部作成)

Table with 2 columns: システム1認知, システム2認知. Features include: システム1: 速い思考, 典型的パターン, 認知的負荷が低い. システム2: 遅い思考, 複雑な計算, 認知的負荷が高い.

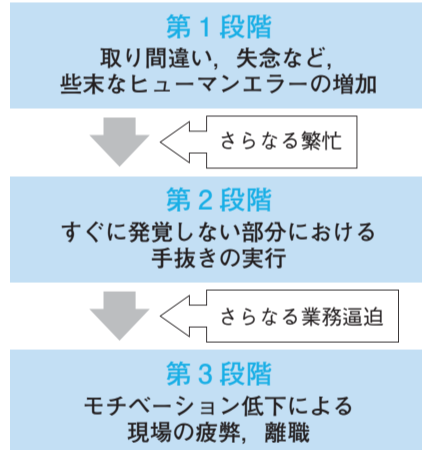
松村 テキパキと動ける人材は称賛されやすいように感じますが、安全面では課題もあるわけですね。

小松原 そうです。医療に限らず働く人は生産要員ですので、定められた時刻までに目標を達成しなければなりません。そのため時間がないほど、システム1認知も重なって無意識のうちに確認がスキップされます。いつも通りであれば滞りなく物事は進むのですが、何かがつまづくと、確認ミス、確認漏れが生じてしまいがちです。重要なポイントは、常に意識して確認することの習慣づけですね。

業務過多による負の連鎖に陥る前に管理側が積極的な介入を

松村 一方で、意図的な確認作業のスキップは、ある意味では「工夫」と表現できるかもしれません。

小松原 そういうことはありますね。以前、ある自動車メーカーで最終出荷検査の不備が指摘されました。ですがその後の会見で担当者は、「技術的には問題ありません。安全です」と言い切ったのです。恐らくそれは本当なのでしょう。つまり、不備が指摘された検査作業は、かつては重要な意味があったかもしれないが、現在では技術が進み、意味がないことであるとわかっ



●図1 軽微な確認作業のスキップが取り返しのつかない事態へと発展する

た、だから現場の工夫でしのいでいた、ということかもしれません。

松村 そのようなルールが厳しすぎたことも背景にはあるのでしょうか。

小松原 そうですね。日本は人口減少ですから、あらゆる産業で人手不足に陥っています。業務量が変わらなければ繁忙になるのは必至です。こうした背景も相まって、工夫とは言え先の自動車メーカーのような意図的な確認の省略も発生しかねません。この傾向は図1のような負の連鎖に表され、組織

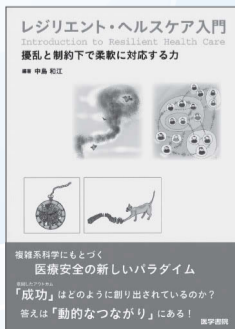
(2面につづく)

レジリエント・ヘルスケア入門

擾乱と制約下で柔軟に対応する力
Introduction to Resilient Health Care

編著: 中島 和江

目 さまざまな医療現場。失敗事例の教訓を蓄積するだけでは、未経験の事態には対処することができない。「人はなぜ失敗したのか」ではなく、「人はどのようにうまく仕事を行っているか」に注目する「レジリエンス・エンジニアリング」の視点から、組織や現場を混乱させる要因(擾乱)に人々がどう柔軟に対応しているかを、さまざまな医療現場の事例で解明する。今後の医療安全を考える上での必読書。



「失敗」ではなく「うまくいっていること」から学ぶ
一新発想の医療現場の安全管理

目次

- 第1章 レジリエンス・エンジニアリングとは | 第2章 統合的アプローチ | 第3章 Safety-IIの実践に向けて | 第4章 機能共鳴分析手法 | 第5章 レジリエンス・エンジニアリング理論にもとづく実践や研究の例 | 第6章 ヒューマンファクターズとレジリエンス・エンジニアリング | 第7章 すぐれたレジリエンスを実現するために | 第8章 ポリファーマシーと複雑適応系について | 第9章 手術室における輸血手順の改定 | 第10章 WAIとWADのギャップと調整に潜むリスク | 第11章 レジリエンス・エンジニアリングの外科手術への展開 | 第12章 日常業務の観察に基づきシリンジ改良を通じて行ったWAIとWADを近づけるチャレンジ | 第13章 救急医療現場における動的で適応的なチームパフォーマンス | 第14章 シミュレーション訓練を通じて、日常診療業務のうまくいっていることから学ぶ | 第15章 レジリエンス・エンジニアリングの視点からみた精神科医療現場における「やりがい」と「げんかい」 | 第16章 職員の力が組織の力

●B5 頁224 2019年 定価:3,520円(本体3,200円+税) [ISBN978-4-260-02828-8]

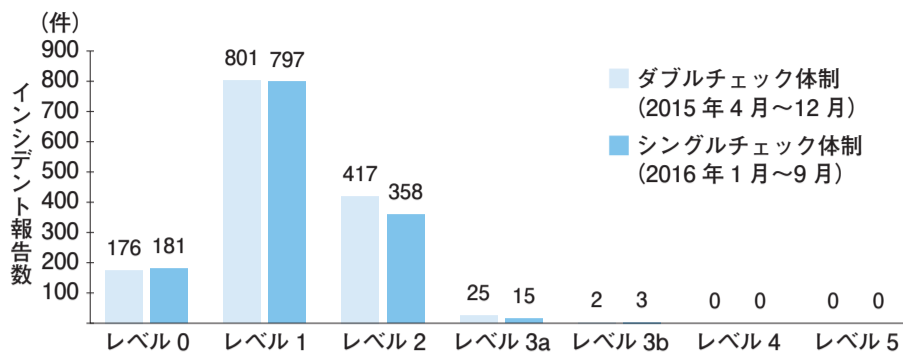
医学書院



書籍の詳細はこちらから

対談 人はなぜミスをしてしまうのか

●こまつばら・あきのり氏
1980年早大理工学部工業経営学卒。金沢工業大教授を経て、2004年より現職。博士(工学)。ヒューマンエラーの防止、現場力強化などの安全マネジメントに関する研究に取り組む。専門は人間生活工学。日本医療安全調査機構医療事故再発防止委員会委員をはじめ、国交省運輸審議会運輸安全確保部会委員、日本航空、JR貨物などの安全アドバイザーを務める。
●まつむら・ゆみ氏
1994年京大医学部卒業後、同大病院皮膚科勤務。2011年同大病院医療安全管理室室長に就任し、専従の医療安全管理者としての業務に加え、インフォームド・コンセントに関連した文書の整備や倫理相談を受ける体制を構築し、臨床倫理活動にも力を入れる。17年より現職。現在は、ヒューマンファクターや品質管理の観点から医療サービスの問題点の改善に励む。医療の質・安全学会理事長。



●図2 京大病院における内服薬チェック体制の変更前後の比較(京大病院データより作成)
麻薬を除く内服薬に対するチェック体制を、ダブルチェックからシングルチェックに変更。変更前後の9か月間における患者影響度レベルごとのインシデント報告数の変化はグラフの通り。ほとんど差は現れず、ダブルチェックの有無にミスの起こりやすさは関係がないことが示唆される。患者影響度レベル：エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった場合(レベル0)～死亡した場合(レベル5)まで、影響の程度に応じて7段階に分類したもの。

(1面よりつづく)

を揺るがす大問題に発展する可能性もあります。そう考えると現場のルール順守やコンプライアンスを強調する前に、いかに業務を減らすか、繁忙を緩和するか、といった管理・経営側のマネジメントが重要と言えます。

松村 生産能力が不足している時に、コンプライアンス強化教育をしても何の解決にもなりませんからね。

小松原 その通りです。医療では図1の第3段階まで達するケースはさすがにないと思いますが、第1段階や第2段階に入りかけてひやひやしている施設はあるかもしれません。人口減少の中で老年人口の割合が増加していく今後、医療分野は人手不足に陥るでしょう。現場の業務改善、改革を行い、業務量を減らす努力をせずにいると、業務過多による繁忙に陥り、医療事故が多発する懸念があります。

不必要なチェックが業務を圧迫

松村 そうした業務過多を引き起こす原因の一つに、ダブルチェックの過剰適用があると考えています。

小松原 なぜそう考えておられるのですか。

松村 医療者の中には、「ダブルチェックを行えばヒューマンエラーを防げる」という絶対的な安心感が根付いているからです。その事実を象徴するかのように、提出されるインシデントレポートには、「ダブルチェックをしていたのにミスが発生してしまいました。次回からダブルチェックを念入りに行います」との記述が散見されます。ここで気付くのは、「なぜエラーが起こったのか」という根本原因の探求がなされていないことです。もちろんダブルチェックが適切に実行されれば大きな効果を発揮することは論をまちません。けれどもダブルチェックは業務量を増やし、「とりあえずダブルチェックをしておこう」という手段の目的化にもなりやすく、チェックの緩みにつながる潜在性があると感じます。

小松原 そもそもダブルチェックとは

事故を起こさないための手段であり、エラーを排除する方法ではありませんものね。わざわざ倍の人数を割いてダブルチェックを行わずとも、シングルチェックが意味を成していれば、さらに言うとエラー自体が生じなければ、問題ないはずですよ。

松村 おっしゃる通りです。ダブルチェックを導入するにしても、「誰が」「いつ」行うのかは事前にはっきりさせておくべきでしょう。しかし実際は、そうした前提が曖昧なまま適用されていることも少なくありません。例えば医療安全のテキストでは、看護師による誤薬防止のためにダブルチェックが推奨される6R(対象患者:Right Patient, 薬剤:Right Drug, 目的:Right Purpose, 用量:Right Dose, 用法:Right Route, 投与時間:Right Time)が示され、その重要性が強調されているにもかかわらず、「いつ、どれを確認すべきか」という点に関して記載がないのです。

小松原 なるほど。確かに投与直前のタイミングであれば、薬剤自体の適用が本当に正しいのかという「目的」の確認は、看護師には困難なものです。

松村 「用量」も注射薬として混ぜられた後であれば確認できません。投与直前で確実に確認可能なのは、指示書に記載された名称と手にしているものが正しいのかという「薬剤」と、「対象患者」のみです。こうした状況で、もし投与に関連した事故が起こった際、6Rの実施が不十分だったとして最終行為者である看護師が全面的に責められてしまうのはおかしいと感じてしまいます。

小松原 優れた看護師であれば、この患者にこの処方はおかしいと、「目的」の誤りに気付くかもしれませんが、全員にそのレベルを期待することは、できる話ではありませんね。

松村 ええ。ですのではみくもに「6Rを徹底すべき」と伝えるだけでは不十分と考えています。まずは各プロセスで責任の所在を明確にし、業務の正当性を誰が保証するのか、さらには保証するための作業環境は適切なのかという議論が必要でしょう。この点がクリアになって初めて、ダブルチェックを

導入するか否かの検討ができるはずですよ。

ダブルチェックの一部廃止に向けた京大病院における実践

小松原 京大病院では一部の与薬業務に関してダブルチェックを中止されたという伺いました。

松村 業務を徹底的に見直し、患者への影響度が低い作業はシングルチェックに変更しました。まずターゲットにしたのが内服薬関連の業務です。患者の内服確認に看護師は日々励んでいますが、いざ退院をすると患者が内服を忘れてしまうケースはよくあり、製薬会社もそうしたケースを織り込んで製剤しています。すなわち、飲み忘れによってすぐさま死に至ることはないのです。それならば、一度の間違いも許さないほどの厳しい管理をする必要はなく、ダブルチェックを中止してもよいのではとの発想に転換したのです。

小松原 結果はどうになりましたか。

松村 変更前後の9か月間で患者影響度レベルを比較したところ、ほとんど差は現れませんでした(図2)2)。これを根拠に現在は、麻薬を除く内服薬はシングルチェックとしています。

さらに、注射薬も業務整理対象としました。注射薬の場合、ピッキングマシンが導入されているため、起き得るミスは、①医師によるオーダーの誤り、②看護師による投与患者間違いのいずれかであり、ヒューマンエラーがもともと起こりにくい状況です。そのため施設が必要な薬剤、カリウム・インスリン製剤、病棟常備薬、計量を必要とする薬剤以外はシングルチェックへと変更しました3)。

小松原 素晴らしい取り組みですね。不要なダブルチェックがなくなれば、他の業務に集中できる時間も増えるため、一石二鳥と言えます。

日々の業務の意義を問い掛け続けることがミスを減らす近道に

松村 先ほどインシデントレポートの記載に関してお話ししましたが、どの

ような再発防止策を講じればよいのかわからず、苦し紛れにダブルチェックを挙げた方も中にはいるはずですよ。対策立案時の注意点を教えてください。小松原 産業界ではしばしば、管理側がルールを作り、その励行を現場に求めることがなされます。しかし、これが行き過ぎると、現場は「定められたこと、言われたことだけやればいい」と受け身の思考に陥り、業務改善への意欲が失われやすいことには注意が必要でしょう。

余談ですが、ある企業で、管理者が安全基本動作一つひとつについてその意味を問うと、正しく答えられないスタッフが大半いたそうです。つまり、管理部門がマニュアルを定め、励行するよう指導していくことは大事である一方、それだけではなく、対策の原理原則を知ってもらうことでルール順守への取り組みが促されていくものと思います。そうした現場支援も重要だと考えます。

松村 同感です。当院の医療安全管理室でも、監視や命令をするのではなく、現場が考え改善できるようアドバイスすることに注力してきました。理由がわからない確認があれば、「この確認は不要ではないですか?」と言える職員が現れることを期待しています。

小松原 ヒューマンエラー防止への取り組みで重要なのは、例えば「なぜこのチェックをこのタイミングで行っているんだらう」と、現場のスタッフが日々問い掛け続けることです。それにより、自信をもって業務やその改善に取り組めるようになるはずですよ。

*

松村 事故があるたびに私たちは新たな対策を求めがちですが、医療ではヒューマンエラー対策へのテクニックはすでに出尽くしているのではないかと思います。すでにさまざまな取り組みを講じている施設ほど、行っている対策の見直しや、業務プロセス自体の簡素化など、追加ではない「引き算の対策」に取り組むべきと考えます。ヒューマンエラーに対するアプローチを見直せば、現場は徐々に変化し前向きに対策に取り組む文化が醸成されるはずですよ。読者の施設でも、ぜひ明日からの実践に生かしていただければと思います。(了)

●参考文献

- 1) ダニエル・カーネマン著、村井章子訳。ファスト&スロー。早川書房;2012。
2) 松村由美。医療現場におけるダブルチェックの現状と課題——誤りを犯す性質を持つ「人間」が2人で確認することのリスクとは。病院安全教育。2019;7(2):3-7。
3) 飯田恵。他。看護師の考えや行動の変容を目指した取り組み——注射薬調製時の確認方法におけるシングルチェックの実践。日本医療マネジメント学会監。医療安全研修テーマ・実践例集。メディカ出版;2020。pp81-7。

医療事故の見方、考え方を考える

医療におけるヒューマンエラー 第2版 なぜ間違える どう防ぐ

なぜ医療事故は減らないのか。それは、事故の見方・考え方が間違っているから。本書では事故の構造、ヒューマンエラー発生メカニズム、人間に頼らない対策の立て方を、心理学とヒューマンファクター工学をベースに解説。さらに人間の行動モデルからエラー行動を分析するImSAFERを紹介する。医療事故のリスク低減のために、事故の見方・考え方を考える1冊。

河野龍太郎

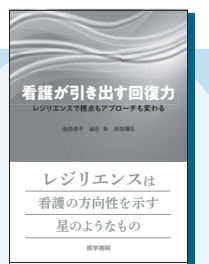


レジリエンスによって見える風景が変わる

看護が引き出す回復力 レジリエンスで視点もアプローチも変わる

糖尿病と診断され、血糖降下剤だけで凌いできた患者が、定年退職を機にインスリンを導入したが、糖尿病腎症を発症、敗血症性ショックに陥り生死をさまよう。この患者は「仕事を理由に病と向き合わない」「持病を理解していない人」など問題だらけで対応困難な人だろうか。本書では個人、地域、組織のレジリエンスを文献や事例から読み解く。レジリエンスを知ると、硬直した状況でも変化成長の可能性を感じられるかもしれない。

池田清子 澁谷幸 波田彌生 丹生淳子 八木哉子 山尾美希



寄稿

大学病院での美容外科・美容後遺症診療 形成外科診療との親和性を活かして

朝日 林太郎 日本医科大学 顔と心と体の美容医学講座(社会連携講座)講師

●あさひ・りんたろう氏
2009年三重大医学部卒。東京労災病院にて臨床研修修了後、日医大形成外科入局。2020年自治医大大学院修了。同年4月より現職(同年9月より自治医大形成外科非常勤講師を兼任)。日本形成外科学会専門医、日本美容外科学会正会員、日本熱傷学会専門医、日本創傷外科学会専門医。



日本医科大学付属病院では、20年ほど前より美容外科・美容後遺症診療を行っています。現在では電車やテレビの広告などでも美容外科を目にする機会は多くあり、広く身近なものになっていますが、当院美容外科・美容後遺症診療の立ち上げの頃は、まだ美容外科が広く普及していない時代でした。

美容外科は形成外科の一分野であるとともに、高度な形成外科の知識と技術が要求される分野でもあるものの、正式なトレーニングを受けていない一部の医師による医学的に不適切な治療が蔓延していた時代もありました。このため、特に豊胸手術関連で不適切な治療による後遺症患者が多くおり、当院はそうした患者さんを治療できる数少ない医療機関として実績を挙げてきました。医学の進歩とともに科学的根拠のある治療を行う正当な美容医療が広がりつつありますが、いまだ不適切・不誠実な治療を提供する医療機関も少なからずあるのが現状です。

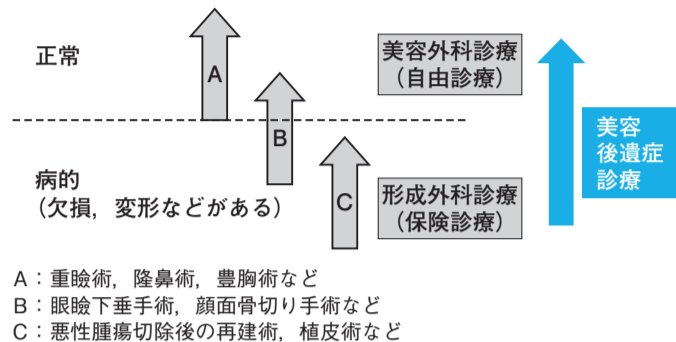
また、美容後遺症診療のみならず、通常美容外科診療も行っています。大学の美容外科を受診される患者さんは、いくつかの美容クリニックで手術を受けた方や、リクエストが複雑な方が多い印象があります。

「マイナスからゼロ」ではなく「マイナスからプラス」をめざす

形成外科診療と美容外科診療、美容後遺症診療、それぞれの位置付けとゴールを図1に示します。マイナスの状態を限りなく正常に近い状態にしていくのが形成外科診療です。これに対して美容外科診療は、もともと特に病気がないゼロの状態からプラスの方向へ、患者さんがより求める形にしていきます。

そして、美容外科によってプラスの状態を求めたのかえってマイナスの状態になってしまったのが美容後遺症診療の対象となる患者さんです。マイナスからゼロに戻すことは、美容後遺症診療としては最低限のラインです。美容外科医としてはさらに、患者さんがもともと求めていたプラスを実現することをめざします。

例えば、不適切な豊胸剤による後遺症のある方は、豊胸剤を除去する処置のみを行うと、もともと希望された胸の状態とはかけ離れた状態になります。これを希望した状態に近いところまでいかに安全に治療できるかが、美



●図1 形成外科診療・美容外科診療・美容後遺症診療の位置付け
「マイナスからゼロ」ではなく「マイナスからプラス」をめざす。

容後遺症診療に求められているゴールだと思えます(図2)。

美容後遺症診療は、患者さんそれぞれで経過や状態が異なるため、どのような治療が正解であるか、治療のゴールをどこに設定するかを、個別に考える必要があります。また、美容後遺症診療は全て保険適用外の自費診療になるため、コスト面も考慮して治療方針を立てなければなりません。これらは難題ではありますが、治療戦略を立てていく上で美容外科での経験はもちろん、形成外科における外傷治療などの知識と経験が非常に役立っています。

美容外科はあくまでも「体表を扱う外科」である形成外科の一分野ということ、これまでの経験から改めて認識するようになりました。さまざまな問題をうまく解決してマイナスからプラスへの移行を実現できた場合には、患者さんの人生を劇的に良い方向に好転させることができた実感、医師としてのやりがいを感じます。

美容後遺症に悩む患者さんを減らすために

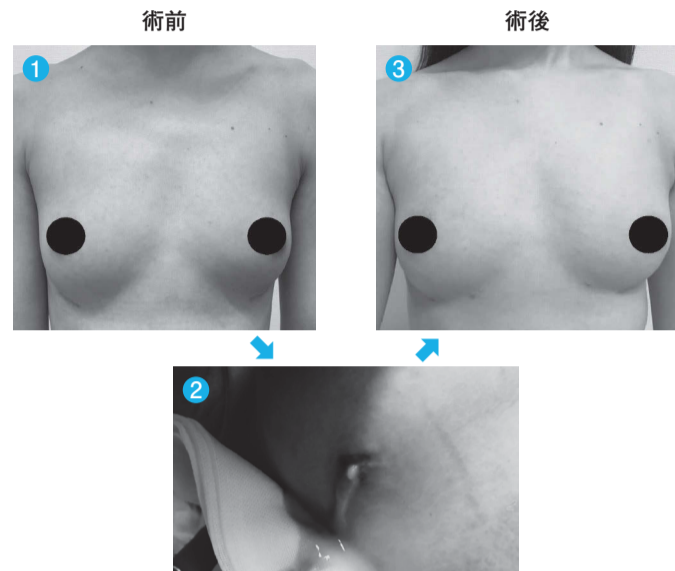
私は、2020年4月から日本医科大学付属病院の美容外科・美容後遺症診療を担当しています。まだ1年と少しですが、Twitter (@prs_asahi) などSNSを通じて、主に美容後遺症についての情報発信を行ったところ、初診患者はおよそ2倍程度増加しました。しかしあくまでも情報発信の目的は、当院の外来患者が増えることよりも、美容外科手術を今後考えている人や医療機関への働き掛けにより、美容外科の透明性・安全性を向上させ、美容後遺症患者の数を減らしていくことにあります。

私自身も美容外科診療に携わっており、あらゆる手術にリスクが伴うこと

は十分理解しています。また、そのようリスクは、手術の難易度や侵襲にかかわらず、簡単な手術でも偶発的に生じる場合があります。偶発的に生じてしまう合併症・後遺症に関しては、ゼロにするのは難しいと思います。しかし、当院を受診する患者さんを診ていると、偶発的に生じたというよりは、明らかに不適切な治療、学会などで注意喚起されている医療材料の使用などによる、必然的に生じた美容後遺症がほとんどです。このような事例に関しては、美容外科診療を受ける患者さん、美容外科診療を提供するクリニック、双方への働き掛けによって少なくできるのではないかと思います。

形成外科と美容外科の融合と人材育成に向けて

当院の形成外科は美容外科や美容外科後遺症診療の教育を行う、大学病院としては日本でも数少ない施設です。自分自身の診療レベル向上はもちろんですが、美容外科の知識を持つ形成外



●図2 美容後遺症診療の一例
①アクアフィリングによる豊胸手術後⇒②アクアフィリングの除去を実施⇒③適切な脂肪移植による豊胸手術を行った。

科医、形成外科のベースがある美容外科医を一人でも多く輩出することも、私たちの重要な役割であると考えています。

形成外科専門医取得には、経験した手術症例を提出する必要があります。外傷や先天異常など複数の項目があり、その中には「美容外科」も含まれます。しかし大学によっては、美容外科診療を全く行わない形成外科学教室も少なくありません。これは私個人の考えとしては非常にもったいないと考えます。美容外科診療の経験は、形成外科診療において役に立ちますし、その逆もあります。

美容外科診療で得られた知識を応用した知見について形成外科関連の学会で発表することを通じて、形成外科診療と美容外科診療の親和性をより多くの医師に伝えていくことが、私自身の今後の目標です。

**リハを始めるその前に！本書を見ておくと、
運動療法の質が変わります**

運動療法 その前に！
運動器の
臨床解剖アトラス

監修 北村 清一郎 / 馬場 麻人 編集 工藤 慎太郎

運動療法 その前に！
**運動器の
臨床解剖
アトラス**

監修 北村 清一郎 / 馬場 麻人 編集 工藤 慎太郎

リハを始めるその前に！本書を見ておくと、
運動療法の質が変わります

関節の可動域制限や不安定性、軟部組織の拘縮、そして圧痛に疼痛。なぜ動かせないのか？なぜ痛むのか？いったいその中身はどうなっているのか？本書が全部お見せします！筋や靭帯の周囲にある結合組織にも着目。臨床で問題となる部位を「ここから見たかった」角度で紹介。さらに運動療法による動態をエコーで明示します。

●A4 2021年 頁376
定価：8,800円(本体8,000円+税)
[ISBN978-4-260-04313-7]

書籍の詳細はこちら

医学書院

まずはここから！明日の遺伝カウンセリングにつながる、初のシナリオ集

遺伝カウンセリングロールプレイ

段階的に学べるシナリオ集

▶臨床遺伝専門職の養成課程必須の学習項目、遺伝カウンセリングのロールプレイを実践する際に参考となる、初のシナリオ集。教育的に厳選された11の事例(シナリオ)を通じ、カウンセリング担当者、加えてクライアントやオブザーバーを疑似体験することにより、コミュニケーションに関する「気づき」を得る機会を提供する。あわせてロールプレイの進め方や目標、注意すべきポイント、シナリオの意図を解説。勉強会や自習でも使える、技術を身に付けるための実習書。

著：三宅 秀彦
お茶の水女子大学大学院人間文化創成科学研究科
ライフサイエンス専攻 遺伝カウンセリングコース/領域 教授

定価2,750円(本体2,500円+税10%)
B5変 頁112 図16 2021年
ISBN978-4-8157-3025-3

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

寄稿

慢性痛対策に多職種介入が必要な理由

杉浦 健之 名古屋市立大学大学院医学研究科麻酔科学・集中治療医学分野 疼痛医学部門 教授

さまざまな要因によって修飾される痛み

興味深いことに、社会学・人類学的に痛みの閾値には民族的な差異があるとされている。この事実を裏付けるかのように、痛みの受容器 (Transient Receptor Potential Vanilloid 1: TRPV1) やオピオイド受容体 (Opioid Receptor, Delta 1: OPRD1) の遺伝子多型には民族的な差が見つかっており¹⁾、痛みの感受性の民族間における違いの説明に十分な生物学的証拠を与えているかもしれない。

もちろんわれわれの体験する痛みの本質が、単なる侵害受容神経の興奮だけで規定されるほど単純でないことはご存じの通りだろう。ニューロ・マトリクス理論²⁾としてよく知られた概念で一部説明されるように、痛み認知機構は性別・個人の遺伝的構成に加え、現在の身体状況、これまでの経験、事前学習、期待・気分など多くの生物学的・心理学的要因によって大いに修飾される。

さらに痛み認知は、社会文化的環境にも大きな影響を受ける。ヒトは社会生活やその成長過程で痛みについて学んでいく。例えば「男の子なんだから痛くても辛抱しなさい」と親に言われ続け、痛みを感じた時の対応 (辛抱・忍耐) を学んできた日本人は多い。その結果、痛みに対する忍耐力が身につく、日本には「痛みの表現を辛抱する文化」が作り上げられてきたと思われる。痛みに関するインターネット調査でも、自身の長引く痛みに対して、「痛みがあってもある程度、我慢すべきである」と考えている人が66.6%もいたことが報告されている³⁾。

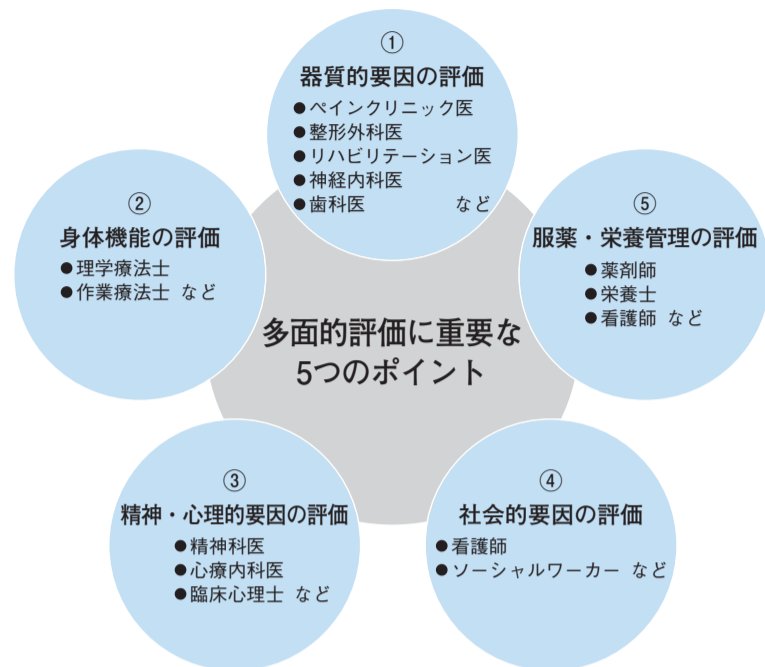
40年ぶりに更新された痛みの定義⁴⁾では、痛みのさまざまな特徴 (=多面性) を付記することで、感覚かつ情動の不快な体験である痛みの本質を端的にとらえている。定義の中では、痛みを感じた患者の訴え自体を重視することが強く求められ、痛みは極めて個人的な体験であること、思っている以上に生物学的、心理的、社会的要因によってさまざまな程度で影響を受けること、言葉だけでなく他の疼痛行動としても表出することが明記されている。もともと痛みは適応反応の役割を担っているわけであるが、その一方で身体・精神面の健康に悪影響を及ぼすこともあり、積極的な治療の対象となる。

標準的治療では歯が立たない慢性痛も一定数存在

痛み診療を専門とするペインクリニ

ックでは、薬物療法、神経ブロック、脊髄刺激や手術療法などの専門的技術による治療が行われている。休職を余儀なくさせる腰痛、電撃痛を誘発するため会話や食事が全くできなかった三叉神経痛、長年ADLを低下させていた頭痛、これらの痛みから解放されQOLの改善につながった患者は多い。しかし、治療法が進歩してきた今の時代ですら、標準的治療に反応しない患者が一定の割合で存在する。こうした患者に出会い、「生物学的モデル」による治療の限界を感じている医療者も少なくないだろう。重篤な神経障害性疼痛、精神疾患、全身痛の代表である線維筋痛症、非特異的腰痛症、舌痛症など、いまだ病態解明が困難なものから画像検査などでは評価できないストレスや不安要因により増悪している機能的疾患の痛みの多くが含まれていると考えられる。

これらの難治性・慢性化した患者群に対する多職種介入治療の実践は、1940年代にBonicaがワシントンの総合病院に世界で最初の痛みセンターを作った時から始まった。Bonicaの集学的治療は、薬物療法と運動療法、認知行動療法を組み合わせた治療プログラムであり、その効果、費用対効果、合併症の少なさにおいて、他に強い根拠に基づいた治療方法はないとされる⁵⁾。このような多職種チームによる慢性痛診療は、線維筋痛症⁶⁾や腰部疼痛など慢性疼痛症候群のアウトカムと費用削減の点で、最も効果のある治療



●図 慢性痛の多面的評価に重要な5つのポイントと関連する職種 (『慢性疼痛ケースブック』(医学書院)より)
慢性痛患者を生物心理社会モデルとしてとらえ、多診療科・多職種で診察する必要がある。

法の一つとして報告されている⁷⁾。

多職種カンファレンスにおける5つの評価ポイント

集学的治療では、慢性痛患者を多面的に評価しなければならず、「生物心理社会モデル」としてとらえる必要がある。したがって課題の整理や問題解決に向け、5つのポイントに分けてそれぞれの見地から評価を行うことが有用と考える (図)。

1つ目の観点が「器質的要因の評価」。ペインクリニック、整形外科などの身体科医師が痛みの原因となる病態を検索する。痛みの強さや部位、種類を詳細に問診し、必要な画像・血液・生理検査などを行う。Red flagの見逃しがないように気を付ける。

2つ目は「身体機能の評価」。理学療法士、作業療法士が姿勢、廃用、現在の身体機能を診察・評価し、さらにこれまでのリハビリの実施状況、身体機能評価に加えて、日常生活動作、生活の質なども確認する。

3つ目は「精神・心理的要因の評価」。患者の性格や精神状態、認知機能を臨床心理士が評価する。専門的な評価ができない場合でも、アンケート式質問票を用いて抑うつ・不安などを評価したい。そこで精神疾患が疑われる場合、精神科医や心療内科医による専門的な診察につなげる。

4つ目は「社会的要因の評価」。家族構成、学校や職場の状況などを看護

●すぎうら・たけし氏



1993年名古屋市大医学部卒。同大病院で研修を開始し、麻酔・集中治療・ペインクリニックに従事。米アイオワ大への留学を経験後、名古屋市大医学部講師、准教授を経て2018年より現職。同大病院いたみセンター長を兼務。専門分野は麻酔科学、疼痛医学。編著に『慢性疼痛ケースブック』(医学書院)。

師が確認する。慢性痛患者がその人らしく生活するために、患者の希望を把握することも重要である。また介護保険サービスや社会福祉資源活用状況などは、ソーシャルワーカーが確認する。

5つ目は「服薬・栄養管理の評価」。服薬歴、薬物依存、服薬コンプライアンスなどを薬剤師が評価する。副作用や飲み合わせにも注意を払う。身体・神経機能に影響を及ぼす食生活や栄養状態は、看護師や管理栄養士が評価する。

上記5つのポイントを専門的に評価した上で、多職種によるカンファレンスを通して治療目標を設定する。そして合意した目標に向かい独立した専門的治療アプローチを統合することで、それぞれの治療や介入がより一層有効に働くように調整でき、医療の質が向上する。また、診察と治療内容、患者情報の共有ができ、安全性の向上や医療スタッフの負担軽減にもつながる。

慢性痛対策は喫緊の国策

国内には2000万人を超える慢性痛患者が存在するとされる⁸⁾。「健康日本21」を実現するため、生活する地域で適切な治療を受けられるよう、現在、痛みの医療人育成、診療体制構築、議員立法の整備などの慢性痛対策が国を挙げて迅速に進められている。われわれの施設でも、2017年、大学病院内に多職種診療を行う「いたみセンター」を開設し、慢性痛診療が体系的に行える環境整備やトレーニングを行ってきた。地域の診療特性や病診連携を活用することでも、多職種診療の敷居は下げられる。今後ますます多くの基幹病院やクリニックにも慢性痛多職種診療が広がることを期待したい。

●参考文献・URL

- 1) Pain. 2004 [PMID: 15157710]
- 2) Pain. 1999 [PMID: 10491980]
- 3) ファイザー株式会社. 47都道府県 長く続く痛みに関する実態 2012年 vs 2017年比較調査. 2017. <https://www.pfizer.co.jp/pfizer/company/press/2017/documents/2017082302.pdf>
- 4) Pain. 2020 [PMID: 32694387]
- 5) Am Psychol. 2014 [PMID: 24547798]
- 6) J Clin Psychiatry. 2008 [PMID: 18537461]
- 7) Rheumatology (Oxford). 2008 [PMID: 18375406]
- 8) 矢吹省二. 第1編総論 痛みの多元性 2. 痛みと社会 (1) 疫学. 田口敏彦, 他監. 疼痛医学. 医学書院; 2020. pp16-20.

ここからからだにチームでのぞむ

慢性疼痛 ケースブック

明智龍男 / 杉浦 健之

ひとりじゃない チームで痛みに向き合おう。

慢性痛、がん関連疼痛、腰痛、頭痛、神経障害、うつ病、認知症、発達障害、文通月信...etc 充実の33症例!

慢性疼痛診療の新時代!

一生かかっても経験できない「痛み診療」のケースはここにあります。

慢性疼痛診療は困りごとの連続です。なくならない痛み、患者や家族との関わりかた、この介入は適当なのだろうか……。臨床実践に直結する定式化された方法がないなかで参考になるのはエキスパートによる症例のみ! 困ったときのヒントは読めば必ず見つかります。痛み診療の新時代へ踏み出そう。

CONTENTS

医学書院

- 1 慢性痛を知る
- 2 慢性痛をどう評価するか
- 3 慢性痛の臨床——エビデンスと治療の原則
- 4 ケースブック1 ICD-11分類に基づく慢性痛
- 5 ケースブック2 精神疾患と併発する慢性痛
- 6 ケースブック3 ライフステージと慢性痛
- 7 ケースブック4 臨床で気をつけたい慢性痛
- 8 ケースブック5 慢性痛診療のアプローチ

詳細はこちらから

●B5 2021年 頁304
定価: 4,730円(本体4,300円+税)
[ISBN978-4-260-04335-9]

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望ましいだろうか。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10回
**コロナ禍における
医療コミュニケーション**

新型コロナウイルス感染症(以下、新型コロナ)のパンデミックは、コミュニケーションの在り方を大きく変えました。本稿では、コロナ禍における医療コミュニケーションについて、事例を通じて考えていきます。

CASE 心配性な60代男性のAさん。COPD II期。外来にて薬物療法と生活指導を受けている。自分が新型コロナの重症ハイリスク者であると認識しているが、感染した場合の対応を医療者や家族と話し合っていない。妻と同居しており、遠方に社会人になる息子がいる。息子夫婦に孫が生まれたが、新型コロナの影響で会えないことを嘆いている。

コロナ禍では、医療コミュニケーションに2つの大きな変化が生じました。1つ目はマスク着用、2つ目は遠隔でのコミュニケーションです。

マスク着用がコミュニケーションに与える影響とは

最近の研究で、マスクがフィルターとして機能し、音声情報の劣化をもたらす可能性が指摘されました¹⁾。さらに、口元の動きから得られる情報はコミュニケーションにおいて聴覚情報を補う重要な役割を果たす²⁾ため、マスクによって読唇ができない場合には医療者の聞き取り能力が低下します。また、マスク着用が相手の感情誤認を増やすことが示され³⁾、嫌そうな顔を怒っていると誤認したり、楽しい、悲しい、怒っているなどの多くの感情を中立的な感情と認識したりするなど、相手の感情への評価の正確さが低下すると報告されています⁴⁾。

こうした問題を受け、マスクや防護服で医療者の顔が見えないことで患者さんが感じる不安を少しでも解消しようと、PPEなどに医療者の笑顔の写真を貼る取り組みが行われ、その結果患者さんから医療者への親しみが増すことが示されました⁵⁾。日本でも、聖マリアンナ医科大学病院で同様の取り組みが行われています⁶⁾。

広がる遠隔診療のニーズに 応えるために

プライマリ・ケアにおける患者の満足度とコミュニケーションの質を調べ

た研究では、遠隔診療は対面に劣らないことが報告されました⁷⁾。また遠隔のコミュニケーションでは、音声に加えてキャプションや字幕などの聴覚を補うテキストを合わせることで理解度を向上させられるようです⁸⁾。米国の精神科医に実施された遠隔医療の満足度に関するオンライン調査では利点として、柔軟なスケジューリング(77%)、タイムリーな開始(69%)が挙げられました。一方、ICT機器を使用できない患者さんがいる(52%)、親近感やつながりが感じられない(46%)などが課題として挙げられています⁹⁾。ICT機器を使用できる人とできない人との間に生じる格差を指すデジタルデバイドは、遠隔コミュニケーション導入に当たり最大の障壁です。遠隔診療のニーズが広がる中で、対策を講じる必要性が指摘されています¹⁰⁾。

また、デジタル技術の導入に併せてワークフローの最適化などの環境調整を行うことが実装に有効と考えられています¹¹⁾。そのためには、組織の力や政策による援助が必要と言えるでしょう。

患者の意思決定の方向性を 円滑に引き出す

コロナ禍では、患者さんの意思や最善の医療・ケアを受ける権利、限られた医療資源の配分などの倫理的な観点からACPをどう実施するかが世界的な課題とされ、各国でガイダンスやフォーマットが作成されています¹²⁾。日本では日本老年医学会により、高齢者

Aさん

COPDに罹患している私が新型コロナに感染したらどうなりますか？

医療者

(ゆっくり目を見て)ご心配を共有いただきありがとうございます。多くの方は回復する一方、高齢かつCOPD罹患患者では重症化しやすく、最悪の場合死に至ることもあります。

私は死ぬかもしれないのですか？

(十分な間を置いて)可能性はありますが、日本では最善を尽くす医療体制が整っています。また、一番大切な予防は、すでにさまざまなことを頑張っていると思います。

何となく、自分が感染したら重症化すると感じていました。

私はAさんが新型コロナに感染しないことを切に望んでいますが、仮に感染して呼吸困難に陥った場合、何を最も望みますか？

苦しんだり、妻に迷惑をかけたりすることは避けたいです。

苦しい状態が続くのはしんどいですよね。また奥様にご負担になることは避けたいとお考えなのですね。奥様とこの話題はお話しされましたか？Aさんが大切に思う価値を知ってもらうことは重要だと感じます。

妻は心配性なので、タイミングを見て話してみます。

私もできる限りのことはAさんと奥様のためにしたいです。次回、Aさんが奥様と話すことをどう考えたのか、またすでにお話しされた場合には内容を教えていただけますか。

わかりました。ありがとうございます。

● 図 新型コロナの重症ハイリスク者であるAさんと医療者とのコミュニケーション例

医療をめぐる倫理やACPの提言がなされました¹³⁾。

米ブリガム・アンド・ウィメンズ病院とハーバード大T.H.Chan公衆衛生大学院の共同センターであるAriadne Labsは、新型コロナに対応した医療者-患者間のコミュニケーションに関するツールキットを開発し、無償で公開しています¹⁴⁾。ここでは患者さんに共感的姿勢で接するだけでなく、患者さんの新型コロナへの理解度や感染対策の程度を評価すること、もし感染した場合の懸念や意思決定に必要な情報を事前に話し合うこと、そして不安な気持ちに寄り添いながら意思決定の方向性を円滑に引き出すことなどが推奨されています。図はこのツールから作成した、CASEのAさんとのコミュニケーションの一例です。

コロナ禍における エンドオブライフ・ケア

エンドオブライフ・ケアにおける患者さんの家族への調査では、「死が間近に迫っている時に家族がベッドサイドに同席すること」がコミュニケーションの質に関与すると報告されています¹⁵⁾。一方、コロナ禍では感染拡大防止のための面会制限などにより、臨床医が患者さんと家族をつなぐ役割を担っています¹⁶⁾。先ほどの日本老年医学会の提言では、患者さんや家族と医療者がコミュニケーションを取るために、電話やビデオなどの積極的な活用が推奨されています¹³⁾。

ある研究では、新型コロナ死亡患者の家族の69.5%がエンドオブライフ・ケアにおける遠隔コミュニケーションについて「非常に有効」と回答しました¹⁷⁾。しかし別の研究では、コロナ禍における電話やビデオによるコミュニケーションは有効な一方で、家族と医療者は対面に劣ると感じていると示さ

れています¹⁸⁾。画面や電話越しではなく、大切な人と対面で会いたいという患者さんと家族の気持ちを理解することも、私たち医療者には欠かせない観点でしょう。

今回のまとめ

- マスク着用時には情報伝達や受け取りの不確かさが強まる。
- 遠隔コミュニケーションでは、患者や家族の心情、デジタルデバイドを考慮する必要がある。
- 新型コロナ重症ハイリスク者の不安な気持ちに寄り添い、意思決定の方向性を円滑に引き出す。

参考文献・URL

- 1) J Acoust Soc Am. 2020 [PMID : 33379897]
- 2) Proc Natl Acad Sci USA. 2005 [PMID : 15647358]
- 3) Med Sci Educ. 2021 [PMID : 34035987]
- 4) Front Psychol. 2020 [PMID : 33101135]
- 5) PLoS One. 2021 [PMID : 34010319]
- 6) 津田泰伸. 「つながり強化」でCOVID-19患者・家族の孤立と悲嘆に挑む. 週刊医学界新聞. 2021. <https://bit.ly/3zGeLgS>
- 7) PLoS One. 2021 [PMID : 34270587]
- 8) Int J Audiol. 2021 [PMID : 34154488]
- 9) Psychiatr Serv. 2021 [PMID : 33593104]
- 10) 大井瞳. 他. 持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals: SDGs)としての遠隔認知行動療法の役割と限界. 認知行動療法研究. (早期公開). 2021. <https://bit.ly/36YL2TY>
- 11) J Am Med Inform Assoc. 2021 [PMID : 33463680]
- 12) 田中美穂. 他. 諸外国におけるCOVID-19関連のアドバンス・ケア・プランニングの概況. 日医総研リサーチエッセイ No.83. 日医総研; 2020. <https://bit.ly/3BLNA64>
- 13) 日本老年医学会倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」新型コロナウイルス対策チーム. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言——ACP実施のタイミングを考える. 2020. <https://bit.ly/3yco0Vv>
- 14) Ariadne Labs. Serious Illness Care Program COVID-19 Response Toolkit. 2020. <https://bit.ly/3i4TPda>
- 15) J Am Geriatr Soc. 2021 [PMID : 33320956]
- 16) Ann Intern Med. 2021 [PMID : 33284683]
- 17) J Pain Symptom Manage. 2021 [PMID : 33412269]
- 18) Ann Am Thorac Soc. 2021 [PMID : 33181033]

JRC 蘇生ガイドライン 2020

監修/一般社団法人日本蘇生協議会

詳しくは▼

●A4 2021年 頁532 定価・5,500円(本体5,000円+税) [ISBN978-4-260-04637-4]

JRC 蘇生ガイドライン 2020

その生命を
繋ぎ止めるために

改訂版の現場に必須のガイドライン、待望の改訂

救急蘇生の現場を支える 基本のガイドラインが5年ぶりの改訂

編集委員会、作業部会による徹底した議論によって検討され、まとめられたガイドラインは、蘇生現場のコンセンサスとして必携。すべてGRADEによる評価を採用した国際基準のガイドライン。新たに「妊産婦の蘇生」「海外での課題」の章を追加し、補遺にはCOVID-19への対応をまとめた。

Contents

序文
第1章 一次救命処置(BLS)
第2章 成人の二次救命処置(ALS)
第3章 小児の蘇生(PLS)
第4章 新生児の蘇生(NCPR)
第5章 妊産婦の蘇生(Maternal)
第6章 急性冠症候群(ACS)

第7章 脳神経蘇生(NR)
第8章 ファーストエイド(FA)
第9章 普及・教育のための方策(EIT)
第10章 海外での課題
補遺
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)への対策

医学書院

Medical Library

書評新刊案内

運動療法 その前に! 運動器の臨床解剖アトラス

北村 清一郎, 馬場 麻人 ● 監修
工藤 慎太郎 ● 編

A4・頁376
定価: 8,800円(本体8,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04313-7

「解剖学は本当に重要ですよね。多くの外科医や理学療法士をはじめとするセラピストに、こう言っていたことが多い。

このことは、本当に嬉しいことだと思ふ。やはり、しっかりと解剖学的基盤の上で、診断法や治療法が構築されることが重要であるし、そのための解剖学であることは言うまでもない。

その一方で、解剖学(この場合は肉眼解剖学に限定)においては、他の学問分野ではありえないようなことが起きているということも理解しておかなくてはならない。もし機会があれば1800年代から1900年代初頭に出版された欧米の解剖学書の「絵」と、現代の教科書の「絵」を比較していただきたい。現代の解剖学の教科書のほうが、臨床的な重要性をさまざまな角度から示唆する「絵」が描かれていることがわかる。しかし同時に、実に多くの省略もなされているのである。解剖学的記述にしても同様である。重要なところを強調し、学習の効率化を図るための省略は、臨床的関連事項を強調するためにも合理的なことであり、重要なことではある。一方で、「絵」から見えていないはずのさまざまな細かな線が

評者 秋田 恵一
東京医歯大大学院教授・臨床解剖学

消えてしまい、詳細な観察的記述も割愛されることにもなっており、それが常識であり、真実として受け入れられているところもあるのである。生理学的・運動学的な臨床研究が日々進化する中で、合理的につくられた教科書の知識が基盤となっているのであれば、ともすると学問的な障害にもなり得るのではないだろうか。

「人体の構造は単純ではなく、複雑なのである」という当たり前のことを理解するために、解剖学実習はある。本物に触れ、観察を通して、機能的理解を深め、さらなる応用を考えるための礎をつくることができる。ただ、多くのセラピストにとって、そのような機会を得ることは難しい。特に、本当に知りたい、理解したいと切望したとき、つまり臨床の場で悩みが生じたときに、すぐにアクセスすることはできない。

本書には、臨床で必要となるとき、いつでも本物に触れることができる多くの写真が収められている。課題となり得ることがすでに目次に示されており、課題に従ってさまざまな写真が示されている。一つひとつの写真をくまなく見ていただきたい。近年の解剖学書では省略されている、さまざまな筋束や構造を見いだすことができるはずである。本文の説明の行間を、写真の中に見いだしていくこと、それが、本書の醍醐味であると考えている。

本書を手にとることによって読者の想像力が喚起され、深い洞察を呼び寄せ、実診療をさらに高めていくこと

読者の観察力が、
価値を高める一冊

フレームワークで考える内科診断

André M. Mansoor ● 原著
田中 竜馬 ● 監訳

A4変型・頁676
定価: 9,130円(本体8,300円+税10%) MEDSI
https://www.medsico.jp

評者 岩田 健太郎
神戸大大学院教授・感染治療学

世の中には2種類の人間がいる。何でも「2種類」に分類したがる人間と、そうでない人間だ。

ぼくは前者である。「胸痛」患者がいれば、「心原性」と「非心原性」に分けずにはいられない。消化管出血なら「上部」と「下部」に分けずにはいられない。まあ、貧血のように「大」「中」「小」と3つに分けることもあるけれども、とにかく問題をざっくり大きくくくれば済まないタイプである。

理由は簡単だ。記憶力が悪いからである。50を過ぎて「天命を知る」どころか、ますます記憶力も理解力も落ちていく一方である。不明熱の原因を何百もリストアップできるかよ、とついつい考えてしまう方である。

だから、ぼくの頭の中はフレームワークでできており、診療は「こっちか? そっちか?」を常に患者に問いつつながらアプローチしている。よって、本書『フレームワークで考える内科診断』は大好物だ。そうそう、こうやって患者にアプローチしていけばいいんだよ、とふに落ちる構成、展開になっている。

ぼくのように記憶力が日々退化していても、網羅的に鑑別診断を検討する医師は多くない。勉強してないから、忙しいから、疲れちゃったから。理由は多々あるだろうが、「貧血」で止まってしまい、鉄剤を出したり、「低カリウム」で止まってしまい、カリウムを投与したり、「発熱」で抗菌薬をGo! となったりする。もちろん、ぼくらの多くは勉強不足で、忙しくて、疲れているので同情はするけれども、

そこで止まってはならない。行き着くところまで行かねば「診断」ではない。

だから、フレームワークだ。診療現場で多く遭遇するような問題を「ざっくり」2つに大別する。その後、さらに分けていく。そうやってバツサリ、バツサリ切っていくうちに、最終診断に行き着くというわけだ。全ての訴えに対する全ての鑑別診断を網羅的に記憶しておく必要はない。

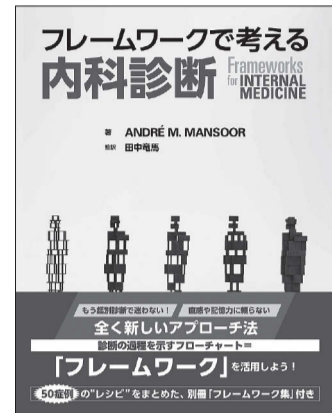
だから、本書は、極言を恐れずに言えば、「流し読む」本だ。もちろん、著者や訳者は「一字一句、こぼさず、丁寧に読み込まんかい」と思うに決まっ

ているのだが、まずはざっくり診断に行き着く道具と割り切ったってよい。そうやって何度も何度も行きつ戻りつ道具として使いこなしたら、例えば医学教育に応用したっていいだろう。そのとき、611ページ以降の「チョークトーク」のセクションを精読するチャンスにもなるだろう。本書はもともと、効果的な医学教育がきっかけとなって生まれたのだから。

それにしても、本書の守備範囲は非常に広い。守備範囲狭めな大学病院に身を置いていると、クラクラするような幅広さだ。よって、本書はそこそこ、大きく、重い。こういうコンテンツはカードとか、手帳サイズとかになっていると現場で使いやすいんだけどな、とついつい苦言を呈したくなってしまう……と思っていたら、ありました、カード。ちゃんと巻末に付いています。

そんな訳で、本書を活用して、今日も明日もビシバシ診断しましょう。

フレームワークで考え「る」、 内科診断



につながる期待される。本書の構成および解剖写真は、その目的に十分になかったものであると感じる。読者の観察力が、本書の価値をさらに素晴ら

しいものとするはずである。その意味で、読み手も試されていると言える一冊である。

医学書院 AD BOX
各雑誌の広告媒体資料・目次内報を掲載しております。
医学書院ADBOX 検索

コロナ禍で活用できるサービスも解説!
必要な医療福祉サービスが見つかる、わかる!

2021年度版
医療福祉総合ガイドブック
Guidebook of Medical & Welfare Service Resources

編集 NPO法人 日本医療ソーシャルワーク研究会

医療福祉サービスを利用者の生活場面に沿って解説したガイドブックの2021年度版。最新情報のフォロー、解説の見直しによりさらに理解しやすい内容に! **医療保険、生活保護、年金保険、介護保険、障害者総合支援法、子どものいる家庭への支援、自然災害に対応する支援等**、全国共通で利用頻度の高い制度から地域によって異なるサービスまで幅広く網羅。**コロナ禍で活用できるサービス**も解説! 医療福祉関係者必携の1冊。

書籍の詳細はこちらから

●A4 2021年 頁324 定価: 3,630円(本体3,300円+税) [ISBN978-4-260-04629-9]

ベストセラー、待望の改訂。2冊になって再登場! 新刊

はじめまして。『総合内科病棟マニュアル』の知識を横につなぐ、**総論編**です。

と呼んでください。

赤本
病棟業務の基礎

と呼んでください。

青本
疾患ごとの管理

総合内科病棟 マニュアル

Naika Manual

山田 悠貴彦
筒泉 史彦
小坂 鎮太郎

2021年7月発売

定価 6,160円 (本体5,600円+税10%)
B6変 頁848 図100 2色 ISBN978-4-8157-3020-8

定価 4,840円 (本体4,400円+税10%)
B6変 頁528 図40 2色 ISBN978-4-8157-3019-2

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

がん薬物療法副作用管理マニュアル 第2版

吉村 知哲, 田村 和夫 ●監修
川上 和宜, 松尾 宏一, 林 稔展, 大橋 養賢, 小笠原 信敬 ●編

B6変型・頁368
定価: 4,180円(本体3,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04478-3

がん診療のチームにおいて薬剤師の存在感は非常に大きなものとなっている。有能な薬剤師がいると診療は非常にスムーズになり、より高いレベルでのチーム医療が可能となる。われわれ腫瘍内科医の立場からすると薬剤師は医師と患者の架け橋のような存在であり、がん診療チームの要といっても過言ではない。本書の編集・執筆には現場で活躍する経験豊富な薬剤師、中でもエキスパートであるがん専門薬剤師が多く携わっており、非常に実践的で読み応えのある内容になっている。

本書の各論は主に症状・徴候から、原因となり得る薬剤と有害事象の頻度や好発時期・特徴、評価のポイント、対策のまとめが続く。各章の最初に「初期対応のポイント」、所々に「ひとことメモ」「Clinical Pitfalls & Pearls」があるのがうれしい。また、CTCAE以外のスケール、なかなか手元にないがん以外のガイドラインに関する記載は現場で役に立つことは間違いない。

また、各章の最後には「症例」の提示がなされており、典型的な副作用の症例ももちろんだが、現場でよくある「副作用以外によく起こり得る事象」がピックアップされている。がんの診療で遭遇する事象に対して、抗がん薬以外の原因について一考するのは重要

である。これらは副作用と鑑別すべきポイントである。一方で免疫関連有害事象(irAE)のようにまれであるが非常に重要な症例もあり、これら全てを本書で疑似的に経験できるのは非常にありがたい。読みながら「あるある!」とうなずくような症例が多く提示されているのは、現場感覚が生かされている本書のお勧めポイントなので、参考にしていただきたい。

今回は第2版の出版であるが、初版と比較しても細かなエビデンスやirAE関連のアップデートがなされているので、すでに初版を購入済みの方にもお勧めできる内容となっている。何より臓器横断的な副作用対策について非常にコンパクトにまとめられている点は他書と比較しても秀逸である。ちゃんと有害事象評価をしたい人、困ったときにペラペラとめくって利用したい人にもやさしい構成となっているので、ぜひ手元に置いていただきたい。

本書はがん診療の現場における知識と経験を凝縮した、非常に魅力的な仕上がりになっている。専門領域を問わず、がん薬物療法の習得をめざす医師・薬剤師・看護師、できる人になりたい全ての職種に自信を持ってお勧めできる一冊である。

評者 柴田 伸弘

関西医科大学がんセンター診療講師

できる人になりたい 全ての職種にお薦めの一冊

組織病理カラーアトラス [Web付録付] 第3版

坂本 穆彦, 北川 昌伸, 菅野 純 ●著

B5・頁434
定価: 13,200円(本体12,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04590-2

評者 泉 美貴

昭和大学教授・医学教育学

◆第3版を出来るとは

今日のような、本が売れない、教科書が売れない時代であって、『組織病理カラーアトラス』が第3版を出来るに至ったことは、大変な慶賀である。評者自身は15年前に上梓した著書の第2版を最近ようやく出来たばかりであり、これがどれほど凄いことかを実感するとともに、羨望と尊敬の念が交錯するのである。

◆著者は東京医歯大の精鋭3病理医

同書は、名門の東京医歯大の病理学教室を同門とする3人の希代の病理医によって上梓された。

初版出版の2008年当時、兄弟子の坂本穆彦先生が両者に声を掛け、同書の刊行を試みられたのはまさしく慧眼で、坂本先生は後に日本病理学会の副理事長を務められ、北川昌伸先生は現在同学会の理事長として八面六臂のご活躍である。一方、菅野純先生は日本毒性学会理事長および、国際毒性学連盟(IUTOX)でアジア初の会長(President-Elect)として世界を股に掛けて活動されている。

◆病気の理(病理学)の王道

本書は、総論として、炎症性疾患、腫瘍性疾患、代謝障害、循環障害および先天異常についてまとめられていることがまずうれしい。医学における膨大な疾患も実は、わずかこの5疾患群に分類でき、実診療においては診断がこの範疇をまたがないことが何より重要であることが自然と理解できる。最近の病理学は分子生物学が隆盛で、診断も遺伝子異常や染色体異常に頼る傾

られる単純な1本の管から始まる。このたった1本の管が咽頭から肛門管に至る消化管と肝臓や膵臓を形成する。1本の管でありながら多くの器官が原始腸管の決まった領域に形成され、各器官の位置や境界が厳密に決まっているのは生命の進化の神秘である。一方で、消化管の最も重要な生理機能は、食餌を消化吸収し生命維持に必要な成分に変換することであると知っておく必要がある。最適な消化管の状態をつくり出すために神経細胞や内分泌細胞が介在し、神経やホルモンの指示を受けて消化液を分泌する外分泌細胞が存在する、意外と複雑な臓器である。また、消化管には病原微生物に対する体内最大の免疫担当細胞が存在してい

向がある。病理医による形態診断では、HE標本は深く観察せずにすぐに多数の免疫染色に頼る傾向が強い中、病理学の基本を大事にされていることがわかる。疾患の概念や分類は、全てアップデートされている。

医学は歴史的に顕微鏡観察による形態学に端を発し、特定の組織模様を疾患として定義してきた学問である。本書では、各項目の文頭に「疾患概念」が端的に示してある。「病理診断のポイント」は箇条書きでコンパクトに見事にまとめられている。病理像は、1ページに2,3枚の大きな写真が読者に語り掛ける。

図は全て医学書院のWebサイトから閲覧することができ、パソコンのモニターに広げて見る図は迫力があり美しさに惚れ惚れする。

◆診る前に読め(見る前に飛べ)

医療系の学生、研修医、若い病理医および忙しい専門医らにとって、病理学を修得することはまるで、「琵琶湖の水を飲むよう」に困難であると感じるかもしれない。しかし、本書であれば1ページごとに完結しているので身構えて時間を作らずとも、パラパラと気軽に読み進められるため、気がついたら、琵琶湖の水も飲み干せると感じさせてくれる。

学修者には、本書を片手にWebサイトの画像を観察して、実習スライドや診断スライドと見比べて繰り返し学んで欲しい。本書により、見えなかった所見が、「見えた!」「わかった!」という、学問の最高の喜びを味わっていただけると期待している。

さらに、腸内細菌叢はエネルギー産生、蠕動運動・消化吸収の促進、物質代謝の調節、感染防御、免疫能活性化など多くの作用を有している。

つまり、消化管は生命維持の基本となる臓器であり、単純な原始的臓器であるがされど消化管である。本書を片手に、臨床における「なぜ?」に思いをはせていただければ、さらなる発見や飛躍があるはずである。治療においても、提示されている手技で満足することなく次の工夫につなげていただきたい。それが医学(Science)の進歩であり医療(Art)につながる。本書は極めて時宜にかなった内容であり、内視鏡検査・診断に従事する全ての先生に必携の書物である。

消化管診断・治療手技のすべて 胃と腸 Vol.56 No.5 2021年増刊号

定価: 7,920円(本体7,200円+税10%) 医学書院

評者 後藤田 卓志

日大教授・消化器肝臓内科学

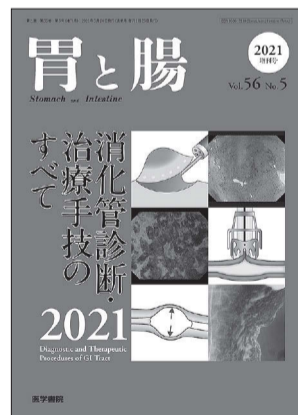
消化管の診断から治療を取り扱った書籍はこれまでも多数出版されているが、本書はそれぞれの臓器で解剖の解説から始まっているところが非常に斬新である。この大原則を押さえ、最新の内視鏡診断と治療につながる要諦が盛り込まれており初學者から上級医まで幅広い層に役立つ項目立てとなっている。消化管疾患はスクリーニングや無症状あるいは鑑別疾患除外目的に行った内視鏡検査で発見されることが多い。そして何らかの疾患に遭遇した場合、その疾患を報告書に的確にドキュメントしなくてはならない。また、意味のある・なしにかかわらず背景周辺粘膜の所見の把握は正確な診断的

確な治療につながる場合がある。

2000年代に入って内視鏡治療の進歩は目覚ましい。これは、早期病変での拾い上げが進んだことと同時に治療法の確立が寄与している。特に早期消化管癌の治療が外科医だけでなく内科医にも可能となった時代である。そして現在、多くの工夫や新規治療の登場によって知識として追いつくのも大変な時代である。本書は、解剖という一丁目一番地を押さえた上で診断のイロハが示され、治療法選択の助けとなるべく多種多様な内視鏡による治療法が網羅されており、臨床医にとって大いに役立つ。

消化器系の発生は原腸形成後につく

次はあなたの「なぜ?」と 工夫が主流となる!



医療の価値と価格
決定と説明の時代へ
田倉智之

あなたの提供する医療の価値を知っていますか?

医療とは? 価格とは?
医療制度を支える経済が激しい現在
医療経済学をもとにした価値と価格の説明が求められる

医療の価値と価格 決定と説明の時代へ

田倉智之

東京大学大学院・医療経済政策学

あなたの提供する医療の価値を知っていますか?

本書は価値や価格を論じるのに必要な基礎知識を体系的に整理。医療経済学をベースに医療の価値と価格を見える化し、価値に見合った社会的な負担を関係者に説明すること、そして、価値に関する議論や関係者の理解が進むことにより、わが国の医療の発展につながることを目指す1冊。

目次

- 序章 なぜ医療経済学を学ぶのか
—医療の価値と価格の説明が求められる時代
- 第1章 医療を取り巻く社会経済の動向
- 第2章 健康・生命の価値の考え方と表現
- 第3章 医療市場の価格水準の成り立ち
- 第4章 医療分野の価値と価格のケース
- 第5章 医療の価値の議論と価格のあるべき姿
- 終章 医療に対する価値観を共有し価格水準を考えることの重要性

●A5 2021年 頁272 定価: 3,850円(本体3,500円+税)
[ISBN978-4-260-04352-6]

医学書院



医学書院

10万項目、
著者1万人。
知りたい情報が、
いつも手元に。



今日の診療

▶ プレミアムWEB

▶ ベーシックWEB

- ✓ 診断・検査・治療・処方・ケア / エビデンス / 診療のTips など、現場ですぐ役立つ総合診療データベース
- ✓ PC・タブレット・スマートフォンで、いつでもどこでも。さらに、オフライン※でも
- ✓ 高機能な検索システム
- ✓ 常に最新情報にアクセス—収録コンテンツの改訂に伴い、データをアップデート
- ✓ 3,080円/月・34,320円/年から。目的と使用環境に応じた多様なプランをご用意

※「Windowsインストールオプション付」プランのご契約が必要です



収録コンテンツ一覧

★は「今日の診療プレミアムWEB」でのみご利用いただけます。



患者説明資料 その場で印刷し患者さんに渡せます

今日の治療指針 UPDATE
2021年版

今日の診断指針 UPDATE
第8版

今日の皮膚疾患治療指針
第4版★

ジェネラリストのための
内科診断リファレンス★

今日の治療指針
2020年版

今日の救急治療指針
第2版

今日の精神疾患治療指針
第2版★

急性中毒診療レジデントマニュアル
第2版★

治療薬マニュアル UPDATE
2021

今日の小児治療指針 UPDATE
第17版

新臨床内科学 UPDATE
第10版★

医学書院 医学大辞典
第2版★

臨床検査データブック UPDATE
2021-2022

今日の整形外科治療指針
第7版

内科診断学
第3版★

関連商品

『今日の診療プレミアム』のDVD-ROM版



今日の診療 プレミアム Vol.31

DVD-ROM for Windows

●価格：85,800円(78,000円+税10%)
[JAN4580492610537]

詳細は

🔍 今日の診療 個人向け

<https://www.igaku-shoin.co.jp/todaysdtp>

