

2015年9月21日

第3142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

- [鼎談] 科学コミュニケーションを考える (標葉隆馬, 高橋政代, 八代嘉美)…… 1-2面
- [連載] ジェネシャリスト宣言…… 3面
- [連載] クロストーク日英地域医療…… 4面
- [座談会] リハビリテーション専門職種の動向 (伊藤利之, 中村春基, 半田一登, 深浦順一, 藤谷順子)…… 5面
- MEDICAL LIBRARY…… 6-7面

鼎談 科学コミュニケーションを考える

社会への説明責任を果たし、理解と支持を得ながら研究を行う



標葉 隆馬氏

成城大学文芸学部
マスコミュニケーション学科
専任講師



高橋 政代氏

理化学研究所
多細胞システム形成研究センター
網膜再生医療研究開発プロジェクト
プロジェクトリーダー



八代 嘉美氏 司会

京都大学 iPS 細胞研究所
上質倫理研究部門准教授

科学者と社会の間で、科学にかかわる情報をやりとりすることを「科学コミュニケーション」と呼ぶ。歴史を振り返ると、科学技術への誤った理解により、過剰な期待や批判が生まれてきた。医療・科学の健全な発達のためには、研究者・医療者が関与する医療技術の社会全体での位置付けと責任をあらためて認識し、患者さんの理解と現実のギャップを解決していくことが求められる。

本鼎談では、遺伝子組換えと再生医療分野での事例を基に、社会的な理解を得ながら研究を進める必要性について論じていただいた。

八代 高橋先生は昨年9月、iPS細胞から作製した網膜色素上皮細胞の移植を、世界で初めて患者さんに対して行いました。その際にもさまざまな情報発信をされていましたが、先生はそれ以前から社会と再生医療の関係構築のために積極的な科学コミュニケーションを行ってきていますね。

高橋 研究者・医療者は、ただ研究や医行為をしているだけではいけません。適切な情報発信をし、かつそれが報道機関を通して社会全体に正しく伝わるように努力せねばならない。私はそう考えています。

そのために、報道関係者との勉強会を定期的に開催したり、学会中に講演の時間とは別枠で報道関係者からの質問の場をつくったり、開かれた場でのディスカッションを行ってきました。八代 いろいろからそのような活動が行われているのでしょうか。

高橋 2001年、虹彩細胞への遺伝子導入による視細胞様の細胞の作製と網膜への生着が成功した際、完全な視細胞はできていないにもかかわらず、「視細胞ができた」「これでもう網膜の病気が治る」などと報道されたことがきっかけです。報道の後に、新聞を持った患者さんが、外来にドッと来ました。「治らない病気だから仕方ない」と、ある意味では平穏に暮らしていた方が、再生医療に希望を持ってお越しになったのです。しかし、まだその段階

ではないとお伝えせねばならなかった。実際にできることと比べて、過剰に大きな期待を持たせてしまったことで、結果として患者さんに第二の絶望を与えてしまうことになった。これは非常に辛いことです。

八代 すでに確立した治療だと勘違いして臨床研究に参加する「セラピューティック・ミスコンセプション (therapeutic misconception)」も、大きな倫理的問題として指摘されています。患者さんが多くの情報に触れられる時代になったからこそ、積極的な科学コミュニケーションによって、患者さんの理解と現実のギャップを解決していかなければなりませんね。

将来起こり得る課題を先んじて議論し、発信する

八代 科学コミュニケーションが不十分なことによる問題は、過剰な期待だけでなく、誤解による批判というかたちでも生じ得ます。例えば、同じ再生医療分野の中でもES細胞については、「胚葉を壊すのは倫理的問題がある」という主張が強調して報道され、ネガティブな印象が広まりました。

標葉 マスメディアの力は大きく、社会の問題意識が報道内容によって影響を受けることは確かだと思います。しかし私は、議論の偏りや理解の乖離が生じるのは報道機関だけが問題なので

はないと考えています。研究者自身が、きちんとした情報を的確なタイミングで発信できていない面もあるのではないかとことです。

八代 標葉先生は、遺伝子組換え(GM)や再生医療についてのメディア報道分析を行っていますね。

標葉 はい。その動向を見ると、再生医療にはGMをめぐる生じた議論から学ぶべき教訓があることに気がきました。最も重要なことは、「将来起こり得るさまざまな課題に関しては、倫理的・社会的な問題を含めて研究者たちの中であらかじめ十分に議論し、早い段階で組織的に発信する」ということです。

具体的な例として、GMには研究者側の対応によりその後の社会の流れが異なった二つの事例があります。一つは、研究者が自治を発揮できたともいえる事例、1975年に開催された「アシロマ会議」です。「新しい技術を実際に応用する前に、まずはルールをつくろう」とGM技術を開発した研究者自身が中心となって行われた世界会議で、28か国から約150人の専門家が参加しました。GM技術が登場してすぐに、多くの研究者たちが自主的に一度研究の手を止め、自らの社会責任を問いつながりガイドラインの作成に取り組んでいったのです。それがアシロマ会議を経て一つの形になりました。その成果は『Science』や『PNAS』と

いった国際誌を通じても共有され、NIH (National Institutes of Health) のガイドラインにもつながっていきました。世界全体の研究の枠組みを研究者自らが決定した事例であり、研究者が自ら先んじて議論する重要性を示したものと いえます。

一方、対応が後手に回ってしまった事例が、2005年に施行された「北海道遺伝子組換え作物の栽培等による交雑等の防止に関する条例」です。全国に波及すれば日本でのGM作物の野外栽培研究が難しくなるような厳しい基準を設けた条例だったため、関連する六学会により、GM植物の適切な受容を求める共同声明が当時発表されました。

八代 学会が共同声明を出すというのは大きな動きですね。

標葉 しかし共同声明の発表は、条例の「施行」と同じ2005年で遅きに失した感は否めません。条例の「議論」は2003年には開始されていきましたから。

もちろん、2005年以前にもGMをめぐるコミュニケーションを試みた活動はありましたが、かつてBSEによる風評被害が生じた北海道側の事情も考慮し、社会全体のイメージを変えるような大きな動きを研究者側がより早い段階でできていれば、展開が変わっていた可能性もあるのではないかと思

(2面につづく)

小児診療に携わるすべての医師の必携書

医学書院

今日の小児治療指針 第16版

総編集

水口 雅・市橋 光・崎山 弘

●A5 頁1032 2015年
定価: 本体16,000円+税
[ISBN978-4-260-02084-8]

小児に関わる全領域を網羅し、第一線のエキスパートが最新の治療法を具体的かつ実践的に解説。今版では、小児領域でも注目が高まる「小児在宅医療」の章を新設。また、重要疾患の「治療のポイント」、「専門医へのコンサルト」、「患児・患者説明のポイント」等の情報も随時掲載した。ハンディサイズで、日常診療に役立つ1冊。

今日の小児治療指針

第16版

総編集 水口 雅 市橋 光 崎山 弘

TODAY'S THERAPY IN PEDIATRICS

子どもの診かた最新版

小児の日常的な疾患から在宅医療まで、第一線のエキスパート668名が示す、最良の治療方針

好評ある「今日の治療指針」シリーズ
小児科編(全5巻)

医学書院



鼎談 科学コミュニケーションを考える

<出席者>

●しねは・りゅうま氏

2006年京大農学部応用生命科学科卒。08年同大学院生命科学科生命化学分野修士課程修了、11年同博士課程修了。11年総合研究大学院大先導科学研究科助教を経て、15年より現職。

●たかはし・まさよ氏

1986年京大医学部卒。92年同大学院医学研究科博士課程修了。同大眼科助手、米国ソーク研究所留学、京大探索医療センター開発部助教を経て、2006年理化研発生・再生科学総合研究センター網膜再生医療研究チームチームリーダー。14年11月より現職。先端医療センター病院眼科再生部門部長・神戸市立医療センター中央市民病院非常勤医師として、現在も眼科患者の診察を行う。

●やしろ・よしみ氏

2003年名城大薬学部卒。05年東大大学院医学系研究科修士課程修了、09年同大学院医学系研究科病因・病理学博士課程修了。09年慶大医学部生理学教室・総合医科学研究センター特任助教、11年東女医大先端生命医科学研究センター特任講師、12年慶大総合医科学研究センター幹細胞情報室特任准教授を経て、13年より現職。

(1面よりつづく)

います。

たしかに1997—2002年前後に不安やリスクを強調した報道が多数なされたことは事実ですが、その前の長い期間は、記事数は少ないながら期待感にあふれた書き方をされていたのです(図)。八代 大きな流れが決まってしまった後では、覆すのは難しい。

高橋 だからこそ、再生医療分野では、情報発信をタイムリーに行うように心掛けています。今はインターネットを通してすぐに情報発信ができるので、便利な時代ですね。報道機関を通して間違った情報が伝わってしまっていると感じたときにも、Twitterなどで即時訂正できます。

国外でも、ヒトiPS細胞が発表された2年後の2008年には、国際幹細胞学会が「ISSCR 幹細胞の臨床応用に関するガイドライン」を発表しています。

標葉 再生医療分野ではコミュニケーションが比較的進んでいると感じます。

高橋 よく接している記者の方を見ても、10年前とは知識レベルが違いま

す。2000年代初頭は、まず眼の構造から解説しないと話が通じず、説明に1時間以上かかっていましたが、いまでは要点だけ伝えればよいので15分くらいで十分になりました。情報に接する機会が多いため、iPS細胞については一般の方の理解も進んでいるように感じます。

八代 私が2012年に行った研究²⁾の、「あと何年くらいでiPS細胞が臨床応用できると考えますか?」という質問への回答を見ても、研究者と一般の方々の間で認識のずれはほとんどありませんでした。山中伸弥先生(京大教授)がノーベル生理学・医学賞を受賞する直前の調査でしたが、「今すぐに応用できる」と思う人はほぼいませんでした。

標葉 データの取り方が異なるので一概には比較できないのですが、私が2008年に行った調査³⁾と比べても、八代先生の調査では研究者の感覚と近い方が多いようでした。2008年の調査では「臨床応用できるのは10年後くらい」と答えていた方が、2012年には「20年後くらいではないか」と答えているといった具合です。

高橋 現実と近い認識の方がだんだんと増えているのですね。説明の努力を続けてきたかいがあったようでうれしいです。

科学者自らが“正しい”情報を発信する

八代 社会全体の理解力が上がってくると、報道媒体を通す前の、われわれが発信する情報の正確さについてもあらためて考えねばならないと感じます。

例えば、イギリスの20数大学のプレスリリースと新聞報道を比較した研究⁴⁾によると、成果が誇張された報道の内、8割はプレスリリースの段階で既に誇張されていたそうです。発信者側が上げさに言っている場合には、社会での認識も引張られる可能性が高い。一方で、プレスリリースが冷静に書かれていれば報道記事もほぼ誇張されない、と。日本でも、因果と相関が不明確だったり、動物の研究成果をすぐにでも人間に応用できるかのように書かれた報道はたくさんありますよね。

高橋 特にアメリカなどベンチャー企業が先導している研究の場合、資金集めのために成果を強調しすぎる場合もあるようです。

八代 新しい科学や医療の成果は社会や人々の価値観を変えていくものだからこそ、どのように伝えるかのバランスが難しいですね。今後の課題ばかりを指摘して、期待値が下がってしまったら、研究

への社会的後押しが減るかもしれない。しかし、誇張されすぎたり誤解された情報が広まってしまうと、エビデンスや透明性に欠ける、いわゆる“医療まがい”の行為がはびこる温床にもなりかねない。

高橋 エビデンスが乏しかったり、過大な比喩表現が使われていたりしないか、研究者が発信する情報も見直さねばなりません。さらに、もし同じ専門家が誤った発言をしてしまっていたときに、「批判」ではなく「指摘」できる空気をつくることも必要だと思います。

八代 時として、訴訟リスクを恐れてコメントしないこともあるようですが、アカデミシャンとしては、それではいけないと思います。一見するとさも科学的であるかのように装われた理論の場合、一般の方は誤りであることに気付かず、納得してしまうことも少なくありませんからね。

高橋 誤った理論に基づいた意見でも、その声が大きければ影響されてしまう方もいます。それに対しては、“恣意的”ではなく“正しい”情報を提供していくしかありません。

大学や研究所では、情報発信を広報担当に任せきりにしている場合もあるかもしれませんが、現状が一番正しく理解しているのは研究者自身です。やはり、自ら科学コミュニケーションを行っていく意識が必要なのではないかと思っています。

「個人」ではなく「組織」「政策」レベルの取り組みを

八代 視野を広く持って、医療にかかわる科学技術・倫理について総合的に理解した上で、的確な情報発信ができる人材を育てていかねばなりません。

標葉 5年に一度策定されている科学技術基本計画では第2期(2001—2005年)以降、研究者による科学コミュニケーション活動が推進されています。若手世代を中心にその重要性は浸透してきてはいるのですが、依然として課題もあるようです。

少し前ですが、私が2008年に行った調査⁵⁾では、積極的に活動している方の多くが、制度の不足、機会や場の不足、協力的な環境の不足を訴えていました。例えば「年に1回数時間研究室から離れるとなったときの周囲からの協力がほしい」「せめてもう少し好意的に見てほしい」という声です。2013年に科学技術振興機構科学コミュニケーションセンターがより大規模に行った調査⁶⁾でも、ほぼ同様の結果が出ています。

八代 現状では「そんなことをやっている暇があるなら、研究に専念しなさい」と言われてしまうこともある。

標葉 「科学コミュニケーション活動が大事だと思うか」「参加する気があるか」という設問への回答を職位別に見ると、教授クラスでは、社会の理解

と支持を得ながら研究を行う必要性や責任を理解し、実際に積極的に活動をしている方が多い。次に積極的なのは、博士・院生・ポスドククラス。しかし、准教授クラスは「忙しい」「時間がない」という理由でネガティブな反応が多い傾向にありました。

八代 結果として、意識のある一部の研究者が過剰な負担を抱えてしまっていることも気になりますね。

標葉 学会などの領域単位での活動への移行に加え、政策的な支援や制度化も必要なのではないかと思っています。適切に評価を行った上で、研究者一人ひとりの負担を軽減できるシステムをつくる必要があります。

八代 おっしゃる通りだと思います。自分の研究領域を支えるための努力は個人で行うだけでなく、アカデミアや業界全体がスキームをつくっていかないとはいけなし、そのための支援システムがないかぎり体系立っていかない。高橋 私は今年、再生医療学会の広報委員長に就任しました。ですから、今までは私個人で行ってきたメディアの方との勉強会などを一部、学会として行っていきたいと考えています。

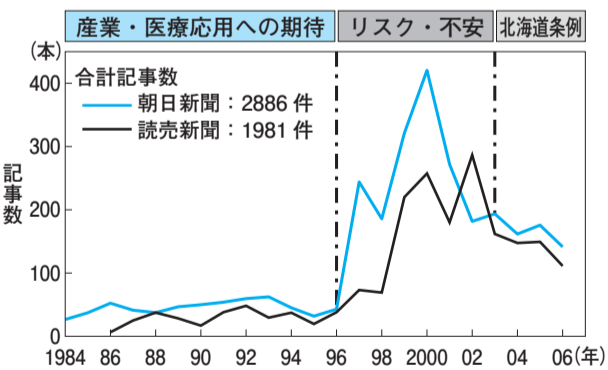
八代 再生医療学会では、私が責任者となって文科省のリスクコミュニケーションのモデル形成事業(註)も実施しています。さらに、推進派と慎重派の専門家同士の対話を公開で行うなど、一般の方にも見える形で、透明性を高めていく予定です。

科学コミュニケーションは、医療を含む科学全体が社会の信頼を得ていく上で不可欠なものです。再生医療分野だけでなく、全ての研究者たちが取り組んでいかねばなりませんね。(了)

註: 科学技術への信頼が揺らぐ事故・事件が起きた際に、社会への説明責任を果たすために専門家集団や組織としてリスクコミュニケーションを行う取り組みを支援し、モデル化する事業。科学技術への信頼回復を促すための科学コミュニケーション強化、問題解決に向けた場の創出、媒介機能を担う人材の育成など、先行モデルをつくり水平展開を促す。http://www.mext.go.jp/a_menu/suishin/detail/1349625.htm

●参考文献・URL

- 1) Ryuma Shineha, et al. Analysis of Japanese newspaper articles on genetic modification. Journal of science communication. 2008; 2: 1-8.
2) 再生医療研究における動物の利用をめぐる市民と研究者の意識調査。武藤香織; 第70回日本生命倫理専門調査会; 2012. <http://www8.cao.go.jp/cstp/tyousakai/life/haihu70/siryu5.pdf>
3) 標葉隆馬, 他. 生命科学分野研究者の科学技術コミュニケーションに対する意識——動機、障壁、参加促進のための方策について. 科学技術コミュニケーション. 2009; 6: 17-32.
4) BMJ. 2014 [PMID: 25498121]
5) Stem Cell Rev. 2010 [PMID: 20091428]
6) 研究者による科学コミュニケーション活動に関するアンケート調査報告書. 独立行政法人科学技術振興機構科学コミュニケーションセンター. 2013. http://www.jst.go.jp/csc/archive/pdf/csc_fy2013_03.pdf



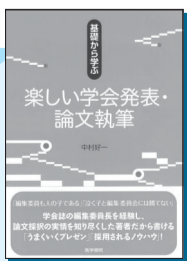
●図 日本の新聞における遺伝子組換え報道数の動向¹⁾ 1997—2002年にかけてGM食品のリスク・不安を強調した報道多数。その後、北海道条例の話にシフトしつつ記事数減少へ。

学会発表がうまくなる、論文執筆が楽しくなる!

基礎から学ぶ 楽しい学会発表・論文執筆

若手医療関係者や医療系学生に向けて、学会発表や論文執筆のコツを具体的に解説。学会選び、抄録・スライド・ポスターの作成、口演とポスター発表の違い、投稿雑誌選び、投稿規定の重要性、編集委員会とのやりとり、やってはいけない「べからず集」など、実践的な情報が満載。「基礎から学ぶ 楽しい〜」シリーズ第2弾。隠れファンの多い脚注も一読の価値あり。本書を読めば、学会発表がうまくなる、論文執筆が楽しくなる!

中村好一 自治医科大学教授・公衆衛生学

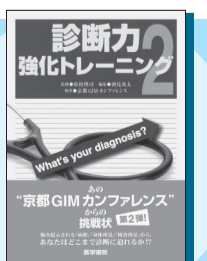


京都GIMカンファレンスからの挑戦状、第2弾。あなたはどこまで診断に迫れるか?!

診断力強化トレーニング2 What's your diagnosis?

あの「京都GIMカンファレンス」からの挑戦状、第2弾! 順次提示される「病歴」「身体所見」「検査所見」を見て、あなたはどこまで診断に迫れるか?! よくある疾患だがまれな症候、よくある症候だがまれな疾患も続々登場。診断の「手がかり」はどこにある? 「めくらまし」にだまされるな! 臨場感あふれる88症例を連続体験し、診断力を鍛えよう。さあ、こんな患者さんがあなたの前に来たら、何を聞き、何をしますか?

監修 松村理司 洛和会総長/洛和会京都厚生学校校長
編集 酒見英太 洛和会普羽病院副院長/洛和会京都医学教育センター所長
執筆 京都GIMカンファレンス



医学知識は爆発的に増大しているが、情報へのアクセスそのものはよくなっている。情報集めの方法論に通じていれば、われわれの「知識の欠如」はさほど恐れるほどの問題ではない。問題なのは「知識の欠如」そのものではなく、その知識がないことに対する「自覚の欠如」である。

UpToDate® が作られた背景には、医者が患者から受けた質問の3分の2に対して、答えを知らなかったという研究がある¹⁾。われわれがどんなに勉強しても、医学知識はもっともっと多く、さらにやっかいなことに患者の質問の多くに「まだ答えが存在しない」。よって、医者にとって大切なのは「どのくらい物知りか」ではなく、「どのくらい情報検索に優れているか」にある。インターネットの利用をかつて「ネットサーフィン」と呼んでいた。その意味するところは、大量の情報の波の間を泳ぎに泳いで、自ら欲しい情報をつかみとっていくという能動的なものであった。しかし、現在われわれがネットで「見せられている」情報は、アルゴリズムを用い、他人が斟酌して「われわれが見たいであろう」と選択された恣意的な情報となった。だから、ワクチン陰謀論で頭がいっぱいな人物がネット検索すると、ワクチンの悪口を書いた陰謀論たっぷりのサイトにしかたどり着けない。こうしてバイアスは増幅され、彼(彼女)は本当に必要な情報を入手することができなくなってしまう。

バイアスを排し、自分が耳にしたい都合の良い情報も、自分が耳をふさぎたい「不都合な真実」もきちんと読むことが、誠実な医療者として大切なスキルである。それは「スキル」である。よってオーセンティックな方法で訓練し、その技術を身につけなければならない。バイアスを排す方法はたくさんあるが、一番手っ取り早い方法は、まず、製薬業界からの情報を遮断することにある。MRからの情報提供を受けなければよいのだ。これは物理的にはとてもシンプルな方法だが、ある種の人々にとっては非常に精神的なハードルが高い営為であるようだ。医者は薬を施設に採用したり、処方したり、ある

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

「ジェネラリストか、スペシャリストか」。二元論を乗り越え、「ジェネシャリスト」という新概念を提唱する。

岩田 健太郎
神戸大学大学院教授・感染症治療学
神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第27回】

情報集めの方法論 ——PubMedとハリソン

いは講演で宣伝したりする絶対的な権限を持っている。製薬業界はこの権限を最大限に利用し、自社利益を追求しようとする。営利企業なのだから当たり前だ。

マーシャ・エンジェルの『ビッグ・ファーマー——製薬会社の真実』によると、2001年にいたアメリカのMRは総勢8万8千人²⁾。その活動のためのコストは55億ドルであった。もちろん、これは医者に対する慈善事業のコストではない。営業コストである。日本円にして何千億円という出費は、商売のための必要経費なのだ。事実、2002年のアメリカの処方薬の売上高は2千億ドルだった。きちんと投資したぶんは取り返しているのだ。

日本における製薬業界のMRに関連した営業コストは、1兆5千億円だったという³⁾。こちらも、ちゃんとリターンがあるからこそ出されているコストに決まっている。そもそも営業の訓練を受けた営業のプロであるMRが、これだけの金をかけてわれわれを接待し、自社の製品を売り込もうと努力しているのだ。「そのバイアスには誘導されない」と言うほうがどうかしている。多くの医者は「自分たちはMRにはダメされない。ちゃんと情報を取捨選択して吟味している」と言うが、「自分たちはダメされない」と固く信じ込んでいる人物こそ、詐欺師にとっては最もたやすくダメすることができるカモである。「ダメされるかもしれない」とおびえている人物のほうが、ダメされにくいものだ。

第14回(第3088号)でも述べたが、医学情報のほとんどは英語でできている。「医局のやり方」がやり方の全てだった時代ならともかく、「英語ができない」はあり得ない。英語情報を使いこなせない医者は、医者として機能できない。そしてこの傾向は今後どんどん強まっていく一方で、弱まることはない。

先日、とあるHIV感染症治療薬を当院に売り込みに来たMRと話をした。ぼくらはMRの営業自体をお断りしているのだけれど、行き掛かり上、ついそういうシチュエーションになっ

てしまった。そこで彼は自社の製品が効果的で安全であると主張した。MRはもちろん嘘はつかない。ただ、その製品が既存の薬よりもずっと高額で、得られる利益に見合ったものとは即断できない、という事実を黙して語らないだけだ。

日本では薬のコストが学術界で議論されることは少なく、もちろんメーカーもそうした話には触れたがらない。新薬のほうが高いのは当たり前だからだ。しかし、海外の学会や論文を読むとそのような議論は必ずなされている。英語の医学情報に触れることができる「そういう議論が存在している」ことにすら気付かないこともあるのだ。

時に、最新の医学文献を手に入れ、Evidence-Based Medicine (EBM) を実践するにはPubMedが便利である。PubMedのような最新の論文(エビデンス)を入手できるツールこそが偉いのであって、情報更新の遅い旧来の教科書は読まなくてよい、と断言する人たちもいる。

最近では、ウェブ上で教科書の記載を更新したり、訂正したりする出版社もあるが、いずれにしても新規性という意味では、トラディショナルな教科書はウェブ媒体に遅れをとることになるだろう。しかし、こうした教科書に「意味がない」というのは短見だとぼくは思う。

まず、エビデンスの構築は、治療の進歩には大きく貢献しているが、診断については弱い傾向にある。スポンサーが少ないからだ。それに「新しいエビデンス」ほど、「さらに新しいエビデンス」にひっくり返されやすい。「なんとかスタディーで出された結果を、かんとかスタディーがひっくり返す」なんて事例も珍しくない。たいていの論文は、「further studies are needed」と締めくくるのだ。第一、新規性と言うならば、論文より学会発表のほうが早い。早いぶん審査や議論が熟しておらず、後々まで使える情報は多くない。論文が出るまで待つ……という態度のほうが妥当なときも多い。

同じように、数十年経っても変わらない寿命の長い教科書の記載が、重厚で信用に足る「エビデンス」だったり



ワクチンには、絶対ダメ!! 医療は不要だ!! 戦つてはいけない!!

することは多い。数十年前から変わらぬ記載の部分が今後ひっくり返される可能性ももちろんあるが、先週出されたスタディーの結果がひっくり返される可能性のほうがはるかに高い。だから、そういう変わらないところを大切にしたい。ぼくが「ハリソンを読め」と学生や研修医に勧めるのはそのためだ。

もちろん「古い教科書」ならばなんでもよい、ということはない。その話は次回する。

- 参考文献・URL
- 1) 岩田健太郎. 悪魔の味方——米国医療の現場から. 克誠堂出版; 2003.
 - 2) マーシャ・エンジェル著, 栗原千絵子他訳. ビッグ・ファーマー——製薬会社の真実. 篠原出版新社; 2005: 146.
 - 3) 平成28年3月期第1四半期決算発表資料. エムスリー株式会社; 2015. http://corporate.m3.com/ir/library/presentation/pdf/20150724_04.pdf

メルマガ配信中

毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。
お申込みは医学書院ウェブサイトから。

医学界新聞メルマガ

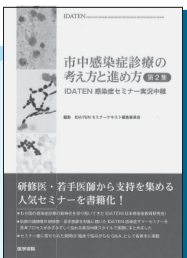
研修医・若手医師から支持されている人気のセミナーを書籍化!

市中感染症診療の考え方と進め方 第2集

IDATEN感染症セミナー実況中継

わが国の感染症診療の新時代を切り拓いてきたIDATEN(日本感染症教育研究会)。その気鋭の講師陣が研修医・若手医師を対象に開いた感染症サマーセミナーの内容を、診療の現場で役立つ実践的な情報として理解できるように、思考プロセスがみずみずしく伝わるスタイルでまとめた。セミナーで演者に寄せられた質問は「臨床で悩みがちなQ&A」として、各章の項末に掲載。

編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会

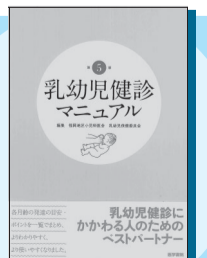


わかりやすくすぐに読めて使える、乳幼児健診の心強い味方

乳幼児健診マニュアル 第5版

本書編集の委員会は、全国でもアクティブに活動する先導的な団体として、特に乳幼児健診では「福岡式」として認知度が高い。改訂にあたって基本のコンセプトは第4版までを踏襲、詳しくは要点をまとめた使いやすさを心がけ、乳幼児健診を良く知らない人でも合格点の健診ができることを目標としている。今版では、情報内容を更新し、さらに各月齢別健診の目安やコラムを新たに整理することで読者の利便性を追求した。

編集 福岡地区小児科医会乳幼児保健委員会



川越 澤先生は、日本でいくつかの診療所や在宅医療に力を入れる医療機関を見学されたと伺っています。その中では、医師の姿勢や患者さんの状態像も垣間見られたと思うのですが、どのような印象を持ちましたか。

澤 拝見したのは数える程度ですが、相違点よりも類似点のほうが強く印象に残っています。日本と英国とではあらゆる違いはあっても、「人が人を支える」という医療の本質的な部分は変わらないのだ、と。医療者の「それぞれの患者に合う十人十色の個別化した医療を提供したい」という思いは、日英で共通するものでした。

川越 なるほど。驚くほどの差はなかったということですね。

澤 でも、ある程度の違いを感じたのは事実です。点滴や胃ろうといった患者につなげる管の多さや、ベッド周りにモニターが置かれている様子など、英国の在宅患者では比較的珍しい姿が日本では見られました。

日本の在宅医療現場で働く医療者の話を聞く限りですが、胃ろう患者や寝たきり患者が多いということですから、英国よりも医療化が進みやすい傾向にあるのかもしれないと考えます。そこには国の文化や医療体制の違いという理由もあるでしょうし、国民が抱く医療への期待度の大きさも異なるな

クロストーク 日英地域医療

川越正平

あおぞら診療所院長/理事長

澤 憲明

英国・スチュアートロード診療所
General Practitioner

企画協力：国際医療福祉大学大学院 堀田聡子

日本在宅医と英国家庭医——異なる国、異なるかたちで地域の医療に身を投じる2人。
現場視点で互いの国の医療を見つめ直し、「地域に根差す医療の在り方」を、
対話【クロストーク】で浮き彫りにしていきます。

第 10 回

「患者中心」である ということ①

ど、さまざまな事情が重なっているためだと思いますが……。ただ、日本において、患者を「アドボケート（支援・擁護）」する役割を持つ医師が今以上に機能することで、現状も変わるかもしれないと思っています。

川越 では、今回はそこを起点にお話を伺っていきましょう。

二人三脚で意思決定を実現することが「患者中心」

川越 患者をアドボケートする役割についてですが、やはり英国では、かかりつけ医であるGPが担うことになるのでしょうか。

澤 そのとおりです。健康問題の第一の相談窓口として、患者が適切な医療・ケアを受けられるように患者を導いていく伴走者としての役割を担います。

川越 それこそがかかりつけ医の本分だと思いますからね。日本も同じようなスタンスで取り組む医師がいることはもちろん知っています。しかしながら、体系化されたシステム・教育が存在するわけではないために、地域の医師全てがそうした役割を意識しているとは言えないのも事実です。

では、そのGPがアドボケートの役目を果たす上で注意していることは何だと思われませんか。

澤 患者中心(Patient-centred)のコミュニケーションが一つ挙げられるでしょうか。GPはこれを基盤とした医療面接技法の学術的なトレーニングを受けます。日頃の診察を動画に撮って指導医と一緒に振り返るビデオレビューや、模擬患者を用

いた診療訓練・試験など、家庭医療の専門研修・専門医試験でも厳しく審査される項目です。外科医にとってメスが大切であるように、GPにとってはコミュニケーションが欠かせない、と言えますね。

川越 「患者中心」というのも、言葉のとらえ方によって意味合いが変わってきます。どのようなアプローチを指すのか、もう少し具体的に教えてほしいです。

澤 医学的な情報と患者の物語の両方をGPが把握し、患者との相互理解を図りながら二人三脚で意思決定を実現していく方法です(表)。「患者中心」というと誤解を生むかもしれませんが、何もこれは患者の一方的な要望に従う「消費者中心」(Consumer-centred)のコミュニケーションではありません(表①)。かといって、科学的根拠のみに基づき、医師が一方的に決める「医師中心」(Doctor-centred)のコミュニケーションでもない(表②)。こうした関係性ではなく、医師と患者が対話のキャッチボールを続け、お互いが歩み寄る双方向性のかかわり合い、です。それが真に患者中心のコミュニケーションであると考えられています(表③)。

受療行動の最適化も 医師の役割である

川越 例示されているように、医療が実際に提供できる利益よりも、ずっと大きな効果を期待する患者・家族も少なくありません。なんでも治療できるかのように思われていたり、または不要な薬剤・検査を行ってほしいとおっしゃったり。そうした方々から要望があったとしても、患者と話し合い、時には教育的にかかわっていく。そうしたコミュニケーションの在り方も内包しているのですね。

澤 はい。医療への期待が過度に高まる中でも、患者の受療行動の最適化を図ることはGPの大切な役割ですから。川越 以前(第9回/第3138号、第8回/第3134号)ご紹介いただいたお話からも、GPがそうした役割を意識していると伺えます。本来、全ての医療者が徹底すべきことなのだと思いますが、英国では家庭医療の専門医に重視されている点から考えると、プライマリ・ケアの担い手であるGPこそ、その役目を果たすことができるかと期待されているのでしょうか。

*

川越 今回、英国GPが大切にする「患者中心のコミュニケーション」について紹介していただきました。本連載の原点に戻り、地域の医療を担う医師の役割を考えさせられる話ではないでしょうか。ただ、こうしたテーマはクリアカットに話すことが難しいものもあります。今回は臨床場面を踏まえながら話を伺っていきたく思います。(つづく)

●表 医師—患者間のコミュニケーション例(澤氏作成)

頭痛を訴える20代女性(田中さん:仮名)の症例を基に、3つのコミュニケーションモデルを紹介する。

①消費者中心(Consumer-centred)のコミュニケーション

患者:頭が痛いので、CT検査をしてください。

医師:はい、わかりました。ご希望であればやりましょう。

→医療が「公共財」ではなく「商品」として扱われる医療制度下でよく見られるモデル。意思決定の中心がサービス利用者にシフトすることで、「患者としての医学的必要性」ではなく、「消費者からの要求」に応える傾向が強くなる。一見、「優しい医師」という印象を与えるかもしれないが、医学的な情報が軽視され、適切な検査や治療が行われないのであれば、患者にとって思いやりのある行為とは言えない。また、「顧客の個人的利益のみを追求する行為」が正当化されれば、高まる要求に応じて過度の医療化が進み、医療提供体制の持続可能性が脅かされる。それは同時に、本来医療が必要となる患者が、間接的に悪影響を受ける恐れもあることを意味する。

②医師中心(Doctor-centred)のコミュニケーション

医師:(一連の診察後)この頭痛ではCT検査は必要ないので行いません。

患者:はい、わかりました。

→スペシャリスト・病院医療に重点を置く医療制度下でよく見られるモデル。医療者が問診、身体診察、検査結果といった医学的な情報だけに集中し、患者の内なる感情や、健康問題が及ぼす私生活への影響といった患者側の情報を軽視する傾向が強い。おのずと、多様化する患者・家族のニーズに応じることも困難になる。

③患者中心(Patient-centred)のコミュニケーション

患者:頭が痛いので、CT検査をしてください。

医師:なるほど。CTを希望されるのには何か心配なことでも?

患者:頭痛が2—3日ほど続いているのですが、数年前、父を急な頭痛で始まる脳出血で亡くしたことを思い出して……。それでCT検査をしてほしいと思っているんです。

医師:そうだったんですね。不安になるお気持ちはわかりました。それではお父さまのことも念頭に置いて一緒に方針を考えましょう。まず幸いにも、現時点で頭痛の原因が脳出血である可能性は極めて低いと思います。脳出血はまれな上に、起こったとしても田中さんのお父さまのようにある程度年齢を重ねられた方に見られる可能性が高く、劇的な頭痛が突然に始まることが多いです。でも、田中さんの頭痛は比較的ゆっくり始まっており、鼻水やのどの痛みを伴っているため、風邪の可能性が高いと思います。

患者:そうなのですね。安心しました。でも、念のためにCT検査をするというのは?

医師:わかりました。それでは、CT検査も選択肢の一つに入れましょう。ただ、現時点でCT検査を行っても脳出血が見つかる可能性はゼロに近く、放射線被ばくによる身体への負担もあります。これらを踏まえると、今の段階では風邪として経過を見ることにし、さらなる症状が現れたときにCT検査を行うというオプションもありますが、いかがですか? もちろん、「今すぐ」がお望みであれば喜んで手配しますよ。

患者:そうなる今回は様子を見たほうがいいのかもしいですね。/それでも不安なので、CT検査をお願いします。

医師:そうですね。それでは少し様子を見ましょう。/はい、わかりました。それでは手配しましょう。

→全人的かつ包括的なケアを提供するプライマリ・ケアの担い手によって用いられるモデル。医学的な情報とともに、患者の不安や期待、患者の日常生活や家庭環境などの社会的状況、価値観といった患者の情報を踏まえて、医師—患者間の相互理解のもと、一緒に意思決定を行う。

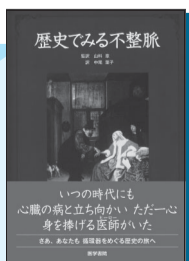
古代から現代までの不整脈診療の歩みを、貴重な図譜とともに紐解く

歴史でみる不整脈

History of the Disorders of Cardiac Rhythm, 3/e

いつの時代にも、心臓の病と立ち向かい、身を捧げる医師がいた—自身の静脈から心臓に尿道カテーテルを刺し、新治療を探った男。百余年前、ひとりドイツに渡った日本人医師の歴史的大発見。小型かつ、航空機・ミサイル以上の精度と品質が求められる機器開発—そのすべての原動力は、患者と医療に対する使命と情熱。古代から現代までの不整脈診療の歩みを貴重な図譜とともに紐解く—さあ、あなたも循環器をめぐる歴史の旅へ!

原著 Berndt Lüderitz
監訳 山科 章
東京医科大学 循環器内科学分野 主任教授
訳 中尾 葉子
国立循環器病研究センター 予防医学・疫学情報部、予防健診部 上級研究員



難治性不整脈への新たな治療戦略。基礎、治療、研究の最前線を集積した本邦初の成書

冷凍カテーテルアブレーション

難治性不整脈の新たな治療戦略として、2014年に待望の保険承認を得た「冷凍カテーテルアブレーション」。本システムの基礎知識、治療の最前線、研究のトピックスを集積する本邦初の成書。薬剤抵抗性の不整脈に対して、これからの循環器医が「冷凍カテーテルアブレーション」を安全に有用に適用するために。次の一歩へ。

沖重 薫
横浜市立みなと赤十字病院心臓病センター長



座談会

『総合リハビリテーション』誌43巻9号より

リハビリテーション専門職種の動向



伊藤 利之氏
横浜市総合リハビリテーションセンター顧問



中村 春基氏
日本作業療法士協会会長



半田 一登氏
日本理学療法士協会会長



深浦 順一氏
日本言語聴覚士協会会長



藤谷 順子氏=司会
国立国際医療研究センターリハビリテーション科医長

日本リハビリテーション医学会創立から半世紀以上が経過し、リハビリテーション医療はいま節目のときを迎えている。『総合リハビリテーション』(医学書院)誌では、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を代表する協会会長が集まり、リハビリテーション専門職種の現状と課題、さらに次のステージに向けた展望についてディスカッションを行った。本紙では同座談会のうち、「回復期での新たな役割」についての議論の模様を抜粋してお伝えする【座談会全文は『総合リハビリテーション』誌(43巻9号)に掲載】。

回復期の役割——退院後の生活の見通しを立てる

藤谷 回復期での役割についてお伺いしたいと思います。先ほど在宅でのリスク管理のお話でもありましたが、嚥下障害や失語症は、回復期から在宅を見通す必要が大きい課題ですよね。

深浦 嚥下障害の方は、回復期の後半では安全な食事の作り方や食べ方を本人、家族や介護者の方に確実に習得していただく必要があります。せっかく退院したのに、すぐ肺炎となる方がおられますが、家族や介護者の方にきちんと理解していただくのは、結構大変だと思います。

失語症の方も家で自己練習できるように、本人、家族や介護者にその方法を身につけていただくことは重要だと思います。2年、3年かけて改善される方もいますので、言語聴覚士による評価と適切な自己練習を長期にわたって行うことが必要だと思っています。どちらの障害においても、本人、家族や介護者も治療者の一員であるという観点が必要なのでしょう。

半田 回復期リハビリテーションに関して今、疑問を感じている点があるのですが、介護保険下でリハビリテーションを受けている人にアンケートを取ると、一番の要望は、「もっと上手に歩きたい」というようなことが多く、急性期と同じなのです。介護保険制度が始まる前は、1つの病院でリハビリテーションを一生懸命やるなかで、どこかで医師を中心として障害受容という段階がありました。障害手帳をついたりして、切り替え点があったのです。ところが、今はその切り替え点

がないままの気がするのです。生活期の人たちまでも、急性期や回復期と同じように元のように回復したいという願望をもってすべてが構築されています。以前はリハビリテーション科でしっかり説明をしたり、説得をしたり丁寧な対応が行われていました。今、そういった障害受容などの切り替えをどこが担うべきかといったら、やはり回復期ではないかと思うのです。

深浦 患者さんや家族に対する指導で、これからは、自分の家での生活ができる範囲で自立するためにはこういうことが必要ですよというところに、指導の中身がなかなかシフトしていませんね。

伊藤 一番根本にあるのは、さっき、半田会長が言われた障害受容の問題です。やはり価値観の変換をどういうふうに通すかではないでしょうか。障害があるなかでどう生活するか。それは、今後の見通しだと思います。要するに、生活する見通しを立てるということですが、これは回復期でしかできないと思います。ボディイメージを再構築して、生活に対する見通しをどう立てるか。見通しがあれば新たな気持ちになって、そこに向かって生活できるわけです。そういう機能が、今の回復期では非常に弱いんですね。

そこに追い討ちをかけるのが在宅復帰率です。70%を守るために家へ帰そうとするのでしょうか。家族がしっかりしている30~50代の方々は帰しやすいものですから、その人たちをまずは帰すわけです。そうすると、彼らのリハビリテーションは在宅復帰でストップしてしまい、そのあとの社会生活とか、職業復帰などへのリハビリテーションの道が断たれてしまいます。在宅

生活が目標になっていると、ケアマネジャーさんたちもその先まで考えてくれないし、本人も一度家へ帰ってしまうと閉じこもってしまう。ですから障害者支援施設などは利用者が減少しています。

家に帰って、「次の計画はこうですよ」という話にしたいのですが、そこをケアマネジャーに任せてしまう。ところがケアマネジャーはそういう教育を受けていないわけです。回復期病棟の専従医はリハビリテーション医でないことが多いですから、やはりリハビリテーション専門職の3者が、生活の見通しが立てられるような予後予測をきちんと行えるかが重要だと思います。

中村 その通りだと思います。実際に患者さんを診ていますと、予後予測を立てて、体験させないと理解してもらえません。

伊藤 そうしないと分からないですよ！初めてのことですからね。

中村 そうです。自分で体験して、「これはできる」、「これはできない」と、そのなかでイメージをつくっていく作業なので、先生の言われた通り、回復期の集中的な3か月間の中でそういうチャンスをつくってあげないといけないと思います。

伊藤 今は、CTもMRIもあるので、技術的には発症から3か月も診れば、予後予測は確実にできますし、それはリハビリテーション医でなければ絶対にできないことではなくて、皆で協力し合えばできると思います。そのときに大事なのがカンファレンスです。

深浦 障害児教育の現場では個別支援計画というのがあって、幼児期からずっと流れていくようなシステムを作っています。これと同じように、脳卒中なんかの場合には、障害発症から将来的な支援計画を最初の段階で立てて、それが節目で修正されながら進んでいく。そういうものが、一人一人の障害や疾患の生じた方たちに必要なかなという気がします。それが全くないから、つまり計画的でないから、今みたいなことが起こるのではないでしょう

か。

伊藤 一番重要なのは人だと思えます。キーパーソンがずっと診ていることが必要だと思います。例えば子供たちの場合、学校の先生は代わるけれども、主治医は代わらない。医師が子供たちをずっと診てきたという歴史があります。ですから、子供たちの場合は主治医がキーパーソンになっていることが多いのですが、それがプツプツと切られている。

半田 以前は理学療法士のやりがいとして、受け持った脳卒中患者や家族と人生を共にするような時間軸がありました。亡くなるまでずっと家族ぐるみで付き合うことも少なくありませんでした。いまは病期によってプツプツ切れますから、理学療法士としての面白さとか、やりがい、あるいは目的がはっきりしません。目の前を患者が流れていくという感じしかないのです。われわれのころは、面白い理学療法の仕事をさせてもらっていたと思います。そういう面白さが、いまのセラピストにないのはかわいそうだなと思います。

伊藤 そうですね。野球と同じで、先発完投型だったのが、いま先発は5回までという分担ですからね。でも、チーム一体となった動きになって試合には勝つ。そこをどうつくるかです。

藤谷 連携が大事ということですが、連携には時間がかかりますね。紙に書いて送れば大丈夫、というわけではないですね。

伊藤 私は、そこは制度で縛ったり誘導することはできないと思っています。地域の力ですから、人が動かない限り無理だと思います。いまみたいに書類を回すようなやり方では心までついてきません。われわれが動きやすいように制度はつくってほしいのですが。

藤谷 エビデンスを出すまでの時間はなくても、あるべきモデルというのはどんどん示していかないと政策には反映しないですね。

(抜粋部分終わり)

もう苦手とは言わせない。本書でバイオメカ(生体力学)がきつと身につく

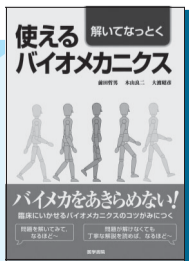
解いてなっとく 使えるバイオメカニクス

どうしても苦手意識を持ちがちな生体力学。物理はもう勘弁、とあきらめてしまう前にぜひとも本書をひも解いてほしい。問題を解き解説を読めば、なるほどと生体力学の勘所がわかる、本書はそんなテキスト。分かりやすい図に平易な解説により、臨床に役立つ生体力学の知識がきつと身につく。教科書、副読本、演習書としても最適。

前田哲男
鹿児島大学 学術研究院医学域
医学系基礎理学療法学講座 教授

木山良二
鹿児島大学 学術研究院医学域
医学系基礎理学療法学講座 助教

大渡昭彦
鹿児島大学 学術研究院医学域
医学系基礎理学療法学講座 助教



IPF/UIP画像診断の最新テキスト、待望の刊行!

特発性肺線維症の画像診断
蜂巣肺, IPF/UIP画像診断の理解のために

▶原因不明の間質性肺炎(IIPs)の中でも予後不良な疾患として知られる特発性肺線維症(IPF)に焦点を当て、画像-病理対応の理解も含めて、画像診断の問題点を示し、新たな診断の可能性を探る。IPF/UIPの重要な画像所見である蜂巣肺の解釈について詳述、IPFの周辺疾患との鑑別や、急性増悪・合併症にも言及。IPF/UIP診断に関わる放射線科医や呼吸器内科・外科医、病理医必携の書。

編集: 酒井文和 埼玉医科大学国際医療センター画像診断科教授
上甲剛 公立学校共済組合近畿中央病院放射線診断科部長
野間恵之 天理よろづ相談所病院放射線診断科部長

定価: 本体6,400円+税
B5 頁276 図214・写真276 2015年
ISBN978-4-89592-824-3

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

Medical Library

書評・新刊案内

帰してはいけない小児外来患者

崎山 弘, 本田 雅敬 ● 編
長谷川 行洋, 広部 誠一, 三浦 大 ● 編集協力

A5・頁224
定価:本体3,600円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02138-8

小児診療について、全国全ての地域・時間帯を小児科医だけでカバーすることは不可能であり、実際には救急医や総合診療医などの「非小児科医」が小児診療に携わる機会が多い。特に総合診療医には「地域を診る医師」としてあらゆる年代層の診療をカバーすることが期待されており、実際、2017年度から新設される総合診療専門医の研修プログラムにおいても、小児科は内科、救急科とともに必修の研修科目として位置付けられている。

このような小児診療にかかわる非小児科医にとって、最低限果たさなければいけない役割は何だろうか？

さまざまな意見があるかもしれないが、最終的には「帰してはいけない患者を帰さない」ことに尽きるのではないだろうか。たとえ自分一人で診断を確定したり、治療を完結したりできなくても、「何かおかしい」と認識できれば、すぐに小児科専門医に相談して適切な診療につなぐことができるからだ。

このたび、そんな非小児科医にとっても最適の本が発刊された。タイトルはズバリ『帰してはいけない小児外来患者』である。

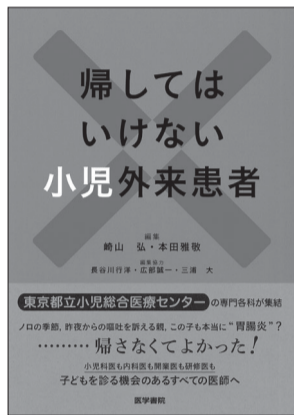
本書は第1章の総論と第2章のケースブックから構成されている。

第1章では、筆者の豊富な診療経験と、臨床推論の理論的背景をもとに、一見軽症に見える「死の合図に該当」する疾患をうっかり見逃してしまうプロセス(=見逃さないためのポイント)

が症例や図を交えてわかりやすく述べられている。その内容は小児診療のみならず、全ての診療に通じるものであり、ぜひ一読をお勧めしたい。

評者 前野 哲博
筑波大病院総合診療グループ長

経験豊富な小児科医の思考プロセスを追体験できる一冊



第2章はケースブックである。ここに提示されている40の症例は、ほとんどはありふれた訴えから始まる。ケースの紹介に続いて、外来担当医の考えた鑑別診断やそれに至る思考回路が示される。その一連のプロセスの中で、危険な疾患が潜んでいることに気付いたポイントが「転機」として示され、さらに「教訓」としてその解説、そして「最終診断」「TIPS」の順に記載されている。

ちなみに、同じ医学書院からは2012年に、主に成人患者を対象とした『帰してはいけない外来患者』が発刊されている。私もその編集にかかわったが、両書とも症例の経過と医師の思考回路を通して危険な疾患を見逃さないためのポイントを解説するコンセプトは同じである。読者は、思わず見逃しそうになった経緯から、どんでん返し！で最終診断がつく経過まで、臨場感をもって学ぶことができるため、非常に興味深く、また記憶に残りやすい構成になっている。

一般的な教科書では、知識を学ぶことはできても、経験豊富な小児科医の「頭の中」、つまり思考プロセスを学ぶことは難しい。それを追体験できる本書は、小児科研修中の医師はもちろん、小児診療にかかわる全ての人にお勧めの一冊である。

《精神科臨床エキスパート》 他科からの依頼患者の診方と対応

野村 総一郎, 中村 純, 青木 省三, 朝田 隆, 水野 雅文 ● シリーズ編集
中村 純 ● 編

B5・頁264
定価:本体5,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02113-5

評者 秋山 剛
NTT東日本関東病院精神神経科部長

本書は、レベルが高いガイドブックである。

各分野の最も優れた臨床医が執筆され、症例→解説という流れもわかりやすい。「依頼患者の診方と対応」「精神症状・心理的問題が生じやすい身体疾患とその病態」「精神症状・心理的問題が生じやすい身体疾患治療薬」という構成は包括的であり、病態についてのMedicalな説明、治療薬の解説が現在の最高水準で、かつわかりやすく述べられている。

ただ、本書は、「他科のスタッフの対応能力を高めるようにどう支援するか」「リエゾン精神看護専門看護師(Certified Nurse Specialist: CNS)の働き」「精神科リエゾンチーム(LT)でのスタッフの協働」などについては、記述が乏しい。これは、他科への対応・支援をLTが行うという体制が、まだ十分に確立していないためであろう。

しかし今後は、他科の患者に精神症状が生じた場合の対応は、LTを通して行われる流れになると思われる。LTでは、患者や家族に対する支援は主にCNS、臨床心理士などが担当し、他科の看護師へはCNSが支援・コンサルテーションを行い、他科の医師へはLTの医師が支援を行うという協働体制が基本となろう。他科で困っている関係者が複数いる場合には、LTの支援も複合的になるので、支援の方向性が一貫するように、LTとしてケースカンファレンスを行う必要がある。

他科の関係者の中で、看護師は患者の身近にいて、精神症状を一番正確に把握し、ケアの責任を負い、困難を感じやすい立場にある。一方、看護師は集団としてケアを行うために、看護師が獲得したスキルは集団として受け継がれる傾向がある。精神症状へのケア

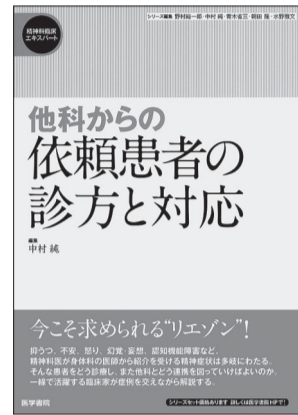
に対するモチベーションの高さ、スキル伝承の可能性を考えると、他科の対応能力を高めるには、看護師のスキルアップを図ることが最も効果的であると考えられる。CNSによる他科看護師への研修、コンサルテーションを精神科医がうまくバックアップすることが重要である。

本書で述べられている個別の問題について筆者の経験を述べると、患者の怒りによるトラブルに前向きに対応するためには、「診療効果の限界」「他の患者への不利益」を挙げるのがよい。他科から精神科への依頼については、「他科の診療だけでは、患者の症状が改善する見込みに乏しく、精神科の診療で症状が改善する可能性があるときに、他科の診療だけ

を続けることは患者の利益にならず、医の倫理に反する」と説明してもらえばよい。特別扱いを要求する患者には、「他の患者の治療への影響・不利益が起きるので特別扱いを継続することはできない」と説明する。通常行われない特別な診療はしないという原則を提示し、その上で、可能な選択肢の中から患者が決定するという形を維持する。患者が病になったことを受容できずスタッフに八つ当たりしている場合、「八つ当たり」を放置することは、治療スタッフに有害無益な負担を強いるばかりでなく、患者の疾病受容のプロセスをやめてしまうことになり、反治療的である。患者の怒りを受容しつつ、治療によって何が達成されるかを丁寧に説明する。

最後に、本書のタイトルには、「他科」という言葉が使われているが、文中には「身体科」という言葉がしばしば出てくる。筆者が「身体科」という言葉を使用したところ、他科の医師に「身体科という科はない」と言われた。ア

最高水準、かつわかりやすく述べられたガイドブック



医師、看護師、薬剤師……、がん診療にかかわるすべての「プロ」が集まる広場「Square」。

『Cancer Board Square』は「臨床のリアル」と「最新のEvidence」の理想的な関係をめざす、新しいがんのプラットフォームです。

◆Cancer Board Squareの4本の柱

Cancer Board Conference

実際に行われたカンサーボードを誌面で再現。

Feature Topic

時流と社会状況に応じたがんのフロントラインを取り上げます。

View-point がん診療

毎回ひとつの癌種をテーマとして設定。臨床上のリアルなトピックについて視点の異なる3名のエキスパートが回答。

連載

医学から人文学まで多彩なラインナップによる連載陣。

- ・レジデントのためのオンコロジーカンファレンス(企画:勝俣範之)
- ・Evidence "The Classic" Review(第1回:加藤 健・原文 聖)
- ・死にゆく患者と、どう話すか(企画:國頭英夫)
- ・Art of Oncology(第1回:日野原重明)

他多数。

ひとつ先のがん診療へ。
「がん」にかかわるすべてのひとのための、

Cancer Board Square

2015年10月創刊



医学書院

◆創刊号 Vol.1 No.1 ISBN978-4-260-02451-8

Feature Topic

がん診療のフロントライン
——2020年から考える

View-point がん診療

「肺癌」

企画:後藤 悌(国立がん研究センター中央病院)

◆年3冊刊(2月・7月・10月)

並製 2色(一部4色) 判型 215×275 ミリ
1部定価:本体 3,400円+税

◆2016年 年間購読料(本体価格、送料弊社負担)

冊子+電子版/個人 9,240円+税
冊子+電子版/共有 10,620円+税

◎2016年の年間購読者の方は電子版も見られます!

内視鏡下鼻内副鼻腔手術 [DVD付]

副鼻腔疾患から頭蓋底疾患まで

森山 寛, 春名 眞一, 鴻 信義 ● 編

A4・頁336
定価: 本体18,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02094-7

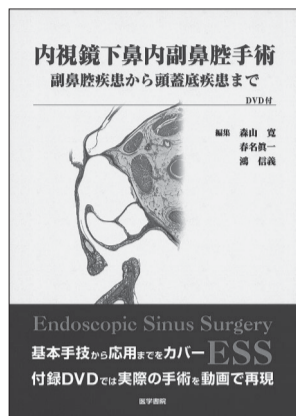
評者 佐伯 直勝
千葉大教授・脳神経外科学

本書は経鼻的内視鏡下垂体・頭蓋底手術を行う脳神経外科医に必須の書籍である。これから本法を学ぼうとする若い医師から習熟したベテラン医師まで、全ての術者にお薦めする。

経鼻下垂体・頭蓋底手術を行う脳神経外科医に必須の書籍

私は、経鼻内視鏡下単独頭蓋底手術を始めた2006年に、慈恵医大耳鼻咽喉科の鼻内内視鏡研修会を見学させていただいた。慈恵医大耳鼻咽喉科は1992年よりいち早く本領域の研修会を開催し、日本でも一番の歴史を誇っていた。熱気あふれる解剖学教室で、3日間にわたり教室の先生方が、全国からの若い先生方を丁寧に教育・指導されていた。一番印象に残っているのが、森山寛先生のライブサジェリーのデモンストレーションであった。その数十分に及ぶ操作の間、内視鏡先端をほんの1、2回だけ洗浄しただけであった。とてもきれいな手術野であった。

今回、鼻内内視鏡手術を日本でいち早く開始し、常に本領域のリーダーとして活躍してこられた慈恵医大耳鼻咽喉科の先生方が、本書を刊行された。長い歴史を誇る研修会で培った本法に対する思い入れやノウハウが詰まっている。経鼻手術の、術前後の準備、ケア、器具、鼻腔・副鼻腔手術法、下垂体・頭蓋底手術、そして、合併症へ



の予防・対応法など、耳鼻咽喉科領域からの考え方、工夫が述べられている。

さらに本書で特に有用なのが、付録DVDによる頭蓋底の臨床解剖、鼻内法およびcombined法の各アプローチ、各種病変に対する内視鏡下鼻内副鼻腔手術として嗅神経芽細胞腫、下垂体腫瘍、錐体尖部コレステリン肉芽腫症、斜台病変について、順を追って丁寧に説明されている点である。

特に印象に残るのが、蝶口蓋動脈、前・後篩骨動脈といった鼻粘膜の血管解剖を丁寧に描写している点などであり、私たち脳神経外科医にとり比較的なじみが

薄いものの、こういった鼻腔粘膜を操作する際の必須の情報も見逃せない。

経鼻下垂体・頭蓋底手術を行っている脳神経外科医は、耳鼻咽喉科医の仲間と常に診療できているかという、その実情はさまざまである。アプローチの際、通り道でありながら相当の部分を耳鼻咽喉科の先生の助けを借りずに行っていることが多いのではないかと思います。

本領域に携わる脳神経外科医は、積極的に耳鼻咽喉科医から学び、できるだけ共同作業を行う努力をすべきである。本書はそういった実情と心構えを持つ経鼻下垂体・頭蓋底手術を学び施行する脳神経外科医に必須の良書である。

また医療安全管理の立場から、筆者が、患者にケアを行う院内の医師全員にBasic Life Support (BLS) 研修を求めたところ、放射線診断・病理診断の医師は、患者のケアにまったくかわらないのでBLS研修の例外とされることがわかった。精神科医は、もちろん全員BLS研修を受けた。精神科が、総合病院内で一番特殊な科だと思うのは、精神科医のセルフステイグマにすぎない。「精神科—身体科」という二

分法で考えるより、精神科は総合病院にある多数の診療科の一つであり、全ての診療科がそうであるように、他科との連携をより円滑に行う義務を負っていると考えるのがよいように思われる。

レベルの高い素晴らしいガイドブックが今回発行されたので、今回は、筆者が付け加えた点も含めた、さらに包括的な企画をしていただければと、ぜひいたくなお願いをする次第である。

今日の理学療法指針

内山 靖 ● 総編集
網本 和, 臼田 滋, 高橋 哲也, 淵岡 聡, 間瀬 教史 ● 編

A5・頁562
定価: 本体5,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02127-2

評者 奈良 勲
金城大大学院リハビリテーション学専攻科長 / 元日本理学療法士協会会長

日本に理学療法士が誕生したのは1966年で、今年で50年目の節目を迎える。この時期に、医学書院から『今日の理学療法指針』が刊行されたことは誠に嬉しい。

臨床での思考過程をフローチャートで明示した書籍

医学書院の看板書籍の一つである『今日の治療指針』は、1959年に創刊されている。当時、編集を担当された日野原重明氏は、「教科書ではなく、臨床の最前線にいる医師による実践書。その道の専門家が“私はこう治療している”ことを書くもの」と述べている。

現在、医療においてはエビデンスに基づく医療が推進され、診療ガイドラインの推奨グレードは医師を含めた医療者の教育課程でも積極的に教授され、いわば治療の標準化が進められている。評者は、やはり医学書院の看板書籍である標準シリーズとして、2000年に『標準理学療法学』のシリーズ監修を引き受け、これまで15のタイトルを発行してきた。本書の総編集を担当された内山靖氏には、『理学療法評価学』『理学療法研究法』『理学療法概説』の編集を依頼している。

理学療法は、“サイエンスとアーツの総体”であり、かのWilliam Oslerは、“臨床医学は不確実なサイエンスであり、確率のアートである”と表現しているように、臨床実践は標準化と個別化の両輪で成り立っている。『今日の理学療法指針』では、理学療法士であれば日常臨床で遭遇するであろう16章208項目という多くの病態・動作不全を取り上げ、具体的な治療/介入プログラムを紹介している。

本書の最大の特徴は、臨床判断の流れを統一のフローチャートで示している点にある。理学療法50年の歴史の変遷の中で、標準的な検査・測定と多くの治療手技が開発され、普及してきた。一方で、評価から治療方法を選択する臨床思考過程を実践的に明示した書籍は皆無であり、本書はこのことに真摯に取り組み、臨床での柔軟さを視覚化しようとする姿勢に魅力を感じる。執筆者111人の中には、中堅から若

手も数多く含まれており、今後、改版を重ねることで、さらに充実した内容に熟成していくことを期待している。

その際、本書では専門用語も厳密に使用し、「訓練」などの適切でない用語は使われていないが、「障害」という用語についても再考してほしい。また、病態・障害、評価、治療/介入、リスク管理、経過・予後の5項目で統一されているが、上述した特徴から評価については極めて簡潔に記載されている。ぜひとも『今日の診断指針』に対応する『今日の理学療法評価指針』も、近いうちに発刊されることを希望したい。また、医学・看護領域では、関連する書籍を電子版として利用者の便宜を図っていることから、この機会に『標準理学療法学』シリーズや『理学療法学事典』と合わせて、理学療法関連書籍の電子化を進められることを医学書院に要望しておきたい。『今日の理学療法指針』は理学療法を学ぶ学生や臨床で働く理学療法士はもちろんのこと、理学療法を処方する医師、チーム医療を展開する看護師、作業療法士、言語聴覚士も一読して携行する価値の高い書籍である。

本紙の人気連載が書籍化!

「型」が身につくカルテの書き方

佐藤 健太

「基本の型」の部で、SOAP形式や問題リストなどのカルテ記載法のエッセンスを、「応用の型」の部では、外来・救急などセッティング別のカルテ記載法を習得できる。

●B5 頁140 2015年
定価: 本体2,800円+税 | ISBN978-4-260-02106-7

今日から使える医療統計

新谷 歩

“できるだけ数式を使わず”に今日から使える統計学の知識を、読み物形式で伝授。論文を紐解くための統計学の極意がここに。

●A5 頁176 2015年 定価: 本体2,800円+税 | ISBN978-4-260-01954-5

医学書院



https://gastro.igaku-shoin.co.jp/



MEDSiの新刊

心臓発生の知識が、先天性心疾患や再生医学の理解を深める



そうだったのか! 臨床に役立つ心臓の発生・再生

●著: 古川 哲史 東京医科歯科大学難治疾患研究所 生体情報薬理分野教授
●定価: 本体4,500円+税
●A5変 ●頁192 ●図・写真106 ●2015年
●ISBN978-4-89592-826-7

先天性疾患に限らず発生が関係する心血管疾患、そして臨床応用目前の心臓再生医療を理解するうえでのカギとなる「心臓発生」を、循環器臨床に近い視点から解説。心臓の発生・解剖・機能を関連づけて理解することで、様々な心疾患の背景が見えてくる。また、期待が高まっている再生医療についても、発生と関連づけてわかりやすく整理。循環器臨床医の理解を助けるよう配慮した図表・コラムも多数。

大好評「そうだったのか!」シリーズ

そうだったのか! 臨床に役立つ心血管ゲノム医学

●著: 古川 哲史 ●定価: 本体4,500円+税 ●A5変 ●頁224 ●図38 ●2014年

そうだったのか! 臨床に役立つ循環薬理学

●著: 古川 哲史 ●定価: 本体4,500円+税 ●A5変 ●頁216 ●図68 ●2013年

そうだったのか! 臨床に役立つ不整脈の基礎

●著: 中谷 晴昭・古川 哲史・山根 禎一 ●定価: 本体4,500円+税 ●A5変 ●頁212 ●図112 ●2012年

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.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 鳳鳴ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

本邦最大級の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

今日の診断指針

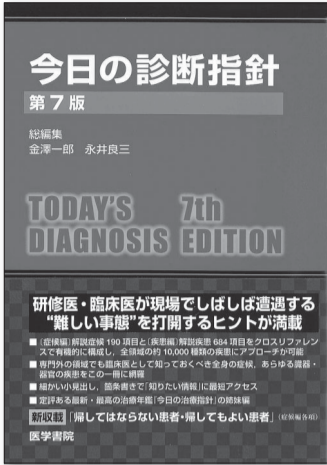
第7版

総編集

金澤一郎
永井良三

本書の特徴

- 症候編190項目と疾患編684項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇する全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
- 研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示
- 【第7版新収載】「帰してはならない患者・帰してもよい患者」(症候編各項目に掲載)

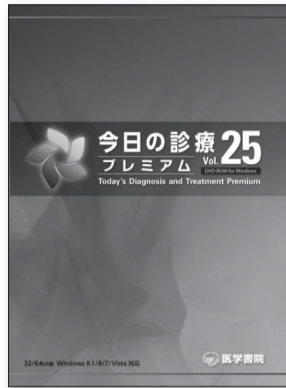


- デスク判(B5) 頁2144 2015年 定価:本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-02014-5]
- ポケット判(B6) 頁2144 2015年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02015-2]

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 Vol.25

プレミアム DVD-ROM for Windows



医学書院発行の書籍15冊を収録、全文横断検索可能な国内最大級のリファレンスデータベース(インターネット接続環境では電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」からも検索可能)。Vol.25では「今日の治療指針」「治療薬マニュアル」「臨床検査データブック」を更新、「ジェネラリストのための内科診療」を新規収載。基本設計、操作画面等、全面リニューアル。また、「今日の診療プレミアムWEB」をパソコン、タブレット、スマートフォンで利用できる「Web閲覧権」付与(登録より1年間)。

- DVD-ROM版 2015年 価格:本体78,000円+税 (JAN4580492610063)

今日の診療 Vol.25

ベーシック DVD-ROM for Windows

医学書院発行のベストセラー8冊をDVD-ROMに収録。3冊を更新。

- DVD-ROM版 2015年 価格:本体59,000円+税 (JAN4580492610087)

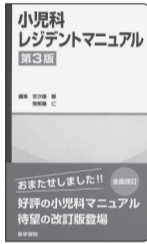
レジデント向け書籍

小児科レジデントマニュアル

第3版 編集 安次嶺 馨・我那覇 仁

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、沖縄県立中部病院のスタッフが中心となり作成した、好評の小児科マニュアル第3版。全面改訂によりさらに内容が充実!

- B6変型 頁672 2015年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-02017-6]



レジデントのためのアレルギー疾患診療マニュアル

第2版 岡田正人

実際のアレルギー診療の場での順序に沿った病態の解説で診断を的確に下せる。また治療目標とタイミング、調整時期やその決断のためのフォロー方法なども具体的に明示。

- A5 頁440 2014年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02034-3]



呼吸器病レジデントマニュアル

第5版 編集 谷口博之・藤田次郎

執筆者はすべて呼吸器疾患のエキスパート。一般外来および病棟・救急の場で具体的・実践的な答えがすぐ見つけられる構成で、呼吸器疾患に関する知識を効率よく習得できる。

- B6変型 頁660 2015年 定価:本体5,700円+税 [ISBN978-4-260-02142-5]

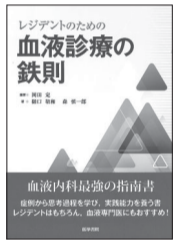


レジデントのための血液診療の鉄則

編著 岡田 定/著 樋口敬和・森 慎一郎

血液内科で頻度の高い疾患、緊急度の高い症候と疾患を、症例ベースで解説する。血液専門研修医がまずおさえておくべき診断・治療・患者管理の「鉄則」をマスターできる。

- B5 頁336 2014年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01966-8]

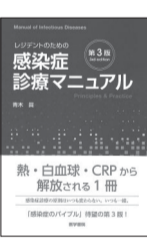


レジデントのための感染症診療マニュアル

第3版 青木 眞

幅広い読者層に支持されてきた感染症診療のバイブル、待望の第3版。熱・白血球・CRPに依存した感染症診療から自由になるための1冊。

- A5 頁1536 2015年 定価:本体10,000円+税 [ISBN978-4-260-02027-5]



整形外科レジデントマニュアル

編集 田中 栄・中村耕三
編集協力 河野博隆・中川 匠・三浦俊樹

レジデントにとって最も必要となる、的確な診断にまで辿り着ける道筋を示す。また、初診のときに何を考え、どのように診察に当たるべきかを提示する。

- B6変型 頁400 2014年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-01935-4]



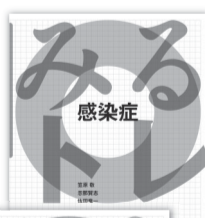
みるトレ 百問は一見にしかず!
日々の診療レベルアップに、そして専門医試験対策に、最適の臨床トレーニング問題集がシリーズで登場!

みるトレ 感染症

笠原 敬・忽那賢志・佐田竜一

3人のエキスパートが、すべての臨床医に必要とされる「みる力」のトレーニングのためにまとめた感染症臨床問題集の決定版。一問一問を解くたびに、感染症診療の力がアップしていく。

- B5 頁200 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02133-3]



みるトレ リウマチ・膠原病

松村正巳

病歴+関節・皮膚の所見で何を考えるか? リウマチ・膠原病診療では、手や足に現れる身体所見と病歴の組み合わせで、診断を考えることが診療のポイント。どんな鑑別疾患を挙げ、診断を絞っていくかを学べる。

- B5 頁172 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02050-3]



みるトレ 神経疾患

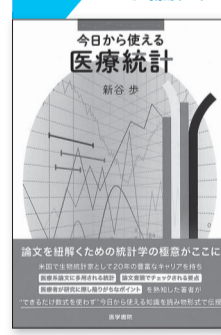
岩崎 靖

神経疾患を適切に診断に導くためには、初期診療の段階で患者の訴えや表情や動作に現れるサイン(神経学的所見)を見逃さないことが重要。本書は、一般医には意外と知られていない診療のコツをわかりやすく解説。

- B5 頁188 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02132-6]



◎論文を紐解くための統計学の極意がここに



今日から使える医療統計

新谷 歩

米国で生物統計家として20年の豊富なキャリアを持つ著者が、熟知した「医療系論文に多用される統計」「論文査読でチェックされる要点」「医療者が研究に際し陥りがちなポイント」を解説。「できるだけ数式を使わず」に今日から使える統計学の知識を、各章に例題/具体例/サマリーを折り込みつつ読み物形式で伝授。論文を紐解くための統計学の極意がここに。大きな反響を呼んだ「週刊医学界新聞」連載、待望の単行本化。

- A5 頁176 2015年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-01954-5]

◎必要な医療・福祉サービスが見つかる! わかる! 活用できる!



医療福祉 2015年度版 総合ガイドブック

編集 NPO法人 日本医療ソーシャルワーク研究会
編集代表 村上須賀子・佐々木哲二郎・奥村晴彦

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2015年度版。最新情報をフォローし、医療・福祉制度がより理解しやすくなるように解説を見直し、大幅刷新! 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例まで、幅広く網羅。利用者からの相談に素早く、より確実に対応するための医療・福祉関係者必携の1冊。

- A4 頁320 2015年 定価:本体3,300円+税 [ISBN978-4-260-02122-7]



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693