

2023年7月24日

第3526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
COPY 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] 人文・社会科学の知見で臨床のもやもやを整理する(森田達也, 田代志門)……………1-2面
- [寄稿] 集中治療・急性期緩和ケアの日本比較(柏木秀行)……………3面
- [FAQ] 知って得する知財の知識——特許編(小林只)……………4面
- [連載] サイエンスイラストで「伝わる」科学……………5面
- 第25回日本医療マネジメント学会/[連載] 心の不調に対する「アニメ療法」の可能性(新)……………6面
- MEDICAL LIBRARY……………7面

対談

人文・社会科学の知見で

臨床のもやもやを整理する



田代志門氏

東北大学大学院文学研究科
准教授

森田達也氏

聖隷三方原病院 副院長/
緩和支援診療科

森田 田代先生は医療のフィールドで長く活躍されていますが、人文・社会科学の研究者でありながら、どうして医療現場への関心を持ったのですか。

田代 私は社会学と生命倫理学を専門としていますが、そうした学問が臨床現場でどのように生かせるのかに関心を持っていました。同じ領域の研究者間で議論を詰めて精度を上げるのも面白いのですが、一度も抜かない刃を研ぎ続けているような感覚もあり、時にはどのくらい使えるものなのか確認しながら研究を進めるべきなのではとの思いがありました。

森田 現場志向性が強いんですね。

田代 はい。症例検討会で医療者の皆さんが話し合っている際に、自分の中にある知識のストックを活用することがあるのですが、さまざまな事柄を説明する力のある言葉や概念もあれば、全然役に立たないものもあります。現実の場面で機能させることで概念や理論をブラッシュアップしたり、臨床の医療者の疑問から研究を展開させるサジェスションを得たりしています。そのように現場と研究の間を行ったり来たりしながら考えを煮詰めていくことに面白さを感じます。

森田 先生は人文・社会科学領域の知とはどのように出合われましたか。

森田 医師になって3年目、ホスピスでの緩和ケアに携わるようになってから、患者の意向や価値観に接する機会がぐんと増えました。患者の意向を受けて実際の処置をどうするのか、医療者の間で議論を進めると意見がいくつ

かに分かれるわけです。そして、そのいずれもがもっともらしく見える。答えのない問いにどう結論を出せばいいのか……と逡巡する体験が、人文・社会科学とのファーストコンタクトだったように思います。自分たちの持っている医学の知識だけでは対応し切れないエリアがあると気づきました。

田代 臨床の世界は良くも悪くも結論を出す必要がありますよね。反対に人文・社会科学系の学問の世界では結論をいくらかでも先延ばしにできる部分があり、それにも良し悪しがあります。

森田 臨床の医療者は、たとえ普段の仲がうまくいってなかったとしても、目の前の患者にとって益があるとなれば一致団結して決断を下し、事に当たりますからね。

田代 現場を持っていることの強みでしょう。自分たちの行為がどのような結果を生むのかをしっかりと見据えつつ迅速に判断していくことは大切で、私自身そこから多くを学びました。

臨床の医療者にとって アクチュアルな書籍に

森田 「医学教育モデル・コア・カリキュラム」(令和4年度改訂版)では、文化人類学や社会学といった人文・社会科学領域の学修目標が導入されました。しかし、誰がどう教えるのかは模索段階にあります。

田代 複数の大学で医学部生を相手に講義を行った経験から、なるべく具体的な事例を扱って、想像力を喚起しな

臨床現場で何だかもやもやする出来事に出くわしたけれど、状況をどう整理しよう考えればいいのかわからない——。書籍『臨床現場のもやもやを解きほぐす 緩和ケア×生命倫理×社会学』(医学書院)¹⁾では、そうした臨床でもやもやに関して、緩和ケア医の森田氏と生命倫理学者/社会学者の田代氏が往復書簡での議論を通して、「それでどうするの」「なんでそうなるの」という問いへの実践的な解を与えることをめざしています。

本紙では、両氏による対談を企画。臨床現場と人文・社会科学領域の知見の近接するポイントを瞥見した上で、ACP (Advance Care Planning) にまつわるもやもやについて話しました。

がら教えること自体には意義があると考えます。けれども、実習も未経験で臨床の事情をほとんど知らない学生たちは学びへの動機に乏しいと言わざるを得ません。人文・社会科学の知を医療者が学ぶとすると、臨床での経験が十分にある方たちの生涯教育がメインになるのではないのでしょうか。

森田 同感です。まずは現場に立つてからだ。

田代 一方で、そうした知への入り口を作ることも大切だと考えていて、今回の書籍『臨床現場のもやもやを解きほぐす 緩和ケア×生命倫理×社会学』¹⁾は1つのモデルになったのだと思います。学生向けの教科書はありますが、臨床の医療者が読んで面白いかと問われると必ずしもそうではありません。読み物として面白く、自身の臨床にぐっと引き付けて考えられるような内容をめざしました。

森田 書籍では、私が臨床の視点からあるテーマに関する事例を提示して、緩和ケアの立場から望ましい対応を解説した上で、田代先生が生命倫理の立場から論点を整理し、ひとまずどうすべきかについて方向を示します。以上を受けて再び田代先生が社会学の立場からもやもやを生む社会構造を解説し、最後に私が臨床家へのサジェスションを整理するという構成を取っています。特に後半の社会学の視点は私にとって新鮮で、面白く読みました。

田代 企画当初、社会的な視点は臨床ではあまり役に立たないだろうと考えていたのですが、書き進めるにつれ重要性を感じるようになりました。というのも、社会学は自身がその一部で

もある社会を一步引いて見ようと苦悶してきた学問でもあり、俯瞰的な視点に長けているからです。臨床では、目の前のケースにコミットしすぎて方向を見誤る場合もありますが、社会的なスタンスは一步引いた視点を担保してくれます。

森田 臨床家としても、少し引いた場所から自身のもやもやへの新たな視座を与えられることは心地良いと感じられそうです。

田代 前向きにさまざまな決定を下すカンファレンスにはなじまないかもしれませんが、臨床家が行った実践を振り返るリフレクションの場とは相性がいいのではないのでしょうか。リフレクションをするには、実践を行った自分自身から少し距離を取る必要がありますから。

自己決定だけがそんなに大事?

森田 ACP (Advance Care Planning) に関するもやもやについても話しておきたいです。私がおやつくのは、患者に希望をたくさん話してもらったところで、希望を実現するための医療体制や法の整備等が進んでいないことには、どうしようもないという点です。加えて、先々のことを前もって話しても仕方がないのではというもやもやもあります。人の希望は時間経過やそれに伴う状況の変化によって、容易に変わり得ます。

田代 ACP では基本的に、病状が進行して、患者自身では意思決定ができな

(2面につづく)



僕たちの日常臨床は、理系の知識だけではうまく説明できないことに満ちている。

臨床現場のもやもやを解きほぐす 緩和ケア×生命倫理×社会学

森田達也 田代志門

■A5 2023年 頁212
定価: 2,640円(本体2,400円+税10%)
[ISBN978-4-260-05055-5]

書籍の詳細は
こちらから▶



悩める緩和ケア医・森田達也と、生命倫理学者兼社会学者・田代志門による
リアルな往復書簡が、臨床のもやもやを解きほぐす!

文系×理系の視点で
「それでどうするの?」から「なんでそうなるの?」
までを考える、ゆるくて深い越境の書。

- 目次
- Part I 患者の希望が家族の希望と異なるとき
 - Part II 患者の希望が医療者の考える最善と異なるとき
 - Part III ある患者の希望をかなえることが公平性を欠くと思えるとき
 - Part IV 患者が「生きていても意味がないから、眠らせてほしい」と希望するとき
 - Part V 死亡直前になって患者の意思表示が曖昧になったとき

医学書院

●もりた・たつや氏

1992年京大医学部卒。聖隷三方原病院緩和治療科部長などを経て、2014年より現職。12年より京大臨床教授。『患者と家族にもっと届く緩和ケア ひととりのことをやっても苦痛が緩和しない時に開く本』(医学書院)など著書多数。共著書に『臨床現場のもやもやを解きほぐす 緩和ケア×生命倫理×社会学』(医学書院)。



●たしろ・しもん氏

2000年東北大学文学部卒。昭和大学研究推進室講師、国立がん研究センター研究支援センター生命倫理部長などを経て、19年より現職。『みんなの研究倫理入門』(医学書院)など著書多数。共著書に『臨床現場のもやもやを解きほぐす 緩和ケア×生命倫理×社会学』(医学書院)。



(1面よりつづく)

い状況が想定されているわけですね。その場で自分が意見を言えないため周囲の人に依頼する状況ですから、必ずしも自身の意思が反映された処置を受けられるとは限らないという。

森田 そうです。

田代 私は現実のACPには、2つの異なるレイヤーが混在しているのではないかと考えています。1つは、前もって自分の将来のことを決めて、固定してしまうという系統の話です。“拡大された自己決定”とでも言えそうですが、これはACPの前史とも言える事前指示書(Advance Directive: AD)的な発想ですね。もう1つは、本人が意思決定できなくなっても、本人の存在を中心に置きながら、家族や医療者等周囲の人たちが物事を前に進めていくための関係づくりをあらかじめしておくといった系統の話です。前者と後者には重なる部分もありますが、大きく異なるのは、前者の自己決定を貫徹させようとするスタイルではどこかで無理が生じる可能性が高い点です。実際には実現できることもあればそうでないこともあるわけですから。

森田 ええ。ですから、患者に意向を表明させるだけではなく、希望をいかに実現させるかに力点を置いて体制を整備するのがまず先なのではないかと思っています。その上で、希望が必ずしもかなうわけではないことを伝えるのが妥当でしょうか。

田代 そう思います。将来の選択には不確実性が織り込まれていて、完全にコントロール下に置くことは不可能だと踏まえておく必要があるのだと思います。未来のことまで全て自分の思い通りに決められるという感覚がある種の幻想なのだと。

また、そもそも自己決定だけが大事な価値なのかという議論もあります。人類学者アネマリー・モルは著書『ケアのロジック——選択は患者のためになるか』(水声社)²⁾の中で、現代社会では自分で選択することの価値が肥大化しすぎているけれど、選択すること自体に価値があるわけではないとの論を展開しています。

森田 そこで用いられる「選択」は、自己決定と同義なのでしょう。

田代 同じだと考えていただいて問題ありません。そもそも自己決定と本人利益は本来緊張関係にあるはずですが、本人が選べばそれが良いことだとこの価値観が現代では優勢になりすぎてしまい、それ以外の価値が見えにくくなっています。その意味で、運用次第では、自己決定への偏重を助長する装置になりかねない側面がACPにはあるのかもしれない。

森田 田代先生が2つ目に挙げた、本人を中心に置いて、本人利益が最大になるよう協力していくチームを作るといった発想は、そうした自己決定の理論とは異なる考えに立脚しているわけですね。

田代 はい。本人による自己決定一辺倒ではなくて、本人を中心にしつつも、周囲の人間も含めたチームでより良いと思える共通解を探るようなACPの在り方です。こちらのほうが実際のものではないかと私は考えています。

未来のことばかり考えず「今ここ」を大切に時間意識

森田 もちろん強固な価値観を持っていて、自己決定に重きを置くタイプの患者も少数ながら存在します。そうした患者に関しては自己決定をなるべく実現させる方向で対応すればいいけれど、そうでない大多数の人にまで未来の選択を迫るのは悪手でしょう。先のことばかりを見据えて今現在、目の前の生き方に目を向けられないのでは本末転倒です。

田代 未来に対する今現在ということですが、ACPを考えるに当たって、社会学者の真木悠介が『時間の比較社会学』(岩波書店)³⁾で展開した時間意識の議論はヒントを与えてくれるかもしれません。先々に備えて今のうちに決められることを決めておきましょうというACPの発想の前提には、直線的な時間意識があります。時間が過去から現在、未来へと一方向的に伸び続いていくイメージですね。これは、私たちの日常において支配的な感覚です。ある時点で学会報告があるから、その手前のどこかのタイミングで文献を読むなど、先のほうにするべきことがあって、そのために今を使っていくような時間感覚を指します。

森田 確かに、日常生活ではそのような感覚で過ごしています。

田代 それとは別に、今ここに重心を置いた時間意識もあります。緩和ケアの領域では、こちらの時間意識を大切にしてきたのではないのでしょうか。なぜなら、直線的な時間意識を強調することは、自身の死への恐怖とつながるからです。大多数の人間は今ある時間がずっと続いていく感覚で生きていて、来年の仕事なども平気で引き受けてしまうわけですが、余命数か月の状況におかれた患者は少し先の未来に予定が立つことはないという現実を直視

することになります。

森田 先のことばかりを考えて死が怖かったのが、ある時目の前の一日一日を大切に生きようとの方向に考えをシフトした途端、解放されて気が楽になったという話を患者さんから聞いたことがあります。そういう意味でも、未来の選択をしておくこと、それを実現することにばかり気を取られて、今ここで患者が何を感じているのかへの意識が希薄になってしまっはいけないですね。基本的には目の前の出来事にフォーカスしつつ、必要があれば先々のことも考えるとといった運用が適当なはずですが、医療現場ではそのバランスが崩れがちです。

田代 私自身もそうですが、医療者や家族は、どこまでいっても直線的な時間意識から抜け出るのは難しいのだと思います。周囲の人間は患者が亡くなったらその先に自分たちのやるべき仕事があるし意識もするわけですが、それは患者本人から見える世界とはおそろくずれている。そのずれが、バランスを欠きがちな原因の1つとしてあるのかもしれない。

森田 医療者はつい未来に目を向けてACPをどうするといったことを考えがちです。その目線に患者とのずれがあるのですね。未来のことばかりを考えないよう気を付けながら、先に挙げたチームでより良い方向性を探る作業を地道に行うのが現実的な方策でしょうか。

田代 チームでのいわゆる人生会議で話し合いを繰り返すうちに、もともと考えていたこととは違う考えが浮かんだり、合わないと思っていた周囲の意見を悪くないと思うようになったりと、患者側に変化が生じるケースも少なくないようです。

森田 ACPのプロセスを通して人生や生命にはアンコントロールラブルな側面もたくさんあることに気付き、受け入れて、今現在に目を向けられるようになることもあるでしょうね。そうなるともはやACPと言う必要もなくて、本人を含めた単なる多職種会議なのではという気もしてきます。

田代 確かにそうですね。ただ従来の多職種会議とは違い、その場に本人がいることが前提になっている点が大事なのだと思います。意思決定のプロセスに本人を巻き込んで、一緒に決めていく。そして本人が決められなくなっても本人中心のチーム編成を保つことで、ACPが本来的にめざすところが実現するのではないのでしょうか。

価値観は普段の言動からにじみ出てくる

森田 医療の目的のために、本人の大切にしている価値観を引き出すやり方に危うさを感じるものがしばしばあります。将来的に医療的な処置をどう行うかを決めておきたいとの目的が医療側の根底にあって、その目的のために性急なやり方で患者から情報を引き出すといったスタイルです。

田代 患者に価値観を尋ねておくこと自体は間違っているわけではないし、倫理的にも正当化できると私は考えています。先々にわたる選択を詳細に確認していても、実際にその時が訪れると個別具体的な状況に対応できないことは往々にしてあります。ですから、どのような場合にも対応して判断が下せるよう、選択の根拠となる価値観を聞いておくことには一定程度の妥当性があるはずだ。

森田 私が引がかかっているのは、順序が逆転している点です。つまり、本人とのコミュニケーションを重ねて関係性を構築し、日々の何気ない会話の中でにじみ出てきた価値観を感じ取って、それが結果として本人が意思決定できなくなった際に役立つのであれば、納得できるのです。しかし、先々の意思決定のために、関係性のできあがっていないうちから直接的に価値観を尋ねるのには違和感を覚えます。

田代 なるほど。確かに本人が何を大事にしているのか、どう生きたいのかは極めてプライベートな情報で、誰彼構わず開示したいはずがありません。それを引き出すとする行為は暴力的になり得るため、手つきが乱暴にならないよう注意が必要です。

森田 患者の側から見ても、日々のやり取りを通して価値観を共有すると、唐突に価値観を尋ねられるのとは、結果としての処置が同じだとしても大きく印象が異なると思います。

田代 人生会議を通して意向が変わることもあると先ほど言いましたが、人の価値観は一定ではありません。誰かと話しながら改めて自身の価値観に気づくこともあれば、新しく価値観が生成されることもあり、尋ねられて常に同じ答えが出力されるような単純なものではないのです。ACPの実践に当たっても、人間の意思決定の複雑さを加味する必要があるでしょう。

*

森田 本日はACPの話題を中心に、臨床でのもやもやについて改めてお話しできてよかったです。未来の意思決定には本質的に難しいところがあって一筋縄ではいきませんが、今後も引き続き考えたいです。

田代 直線的な時間意識だけでは、死の恐怖とうまく付き合っていけないのだと思います。こうした時間意識は私たちの社会では常識的なものですが、臨床でのもやもやには、その常識を見直す契機があることを再確認できました。(了)

●参考文献

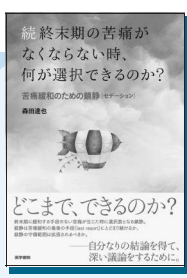
- 1) 森田達也, 田代志門. 臨床現場のもやもやを解きほぐす 緩和ケア×生命倫理×社会学. 医学書院; 2023.
2) アネマリー・モル(著), 田口陽子, 他(訳). ケアのロジック——選択は患者のためになるか. 水声社; 2020.
3) 真木悠介. 時間の比較社会学. 岩波書店; 2003.

どこまで、できるのか?

続 終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか? 苦痛緩和のための鎮静【セデーション】

前著『終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか?』から5年、世界では鎮静の位置づけが見直されつつある。精神的苦痛への鎮静、苦痛を予防する手段としての鎮静の実践が報告され、さらには安楽死の代替手段としての鎮静について、大きな議論がある。鎮静は苦痛緩和の最後の手段(last resort)にとどまり続けるか、鎮静の守備範囲は拡張されるべきか。自分なりの結論を得て、深い議論をするために。

森田達也



4つのトピックをめぐる対話が開く、深く新しい研究倫理の世界。

みんなの研究倫理入門 臨床研究になぜこんな面倒な手続きが必要なのか

「研究倫理」は気が重い。提出書類の山、法令や指針の束、退屈な研修会……。 「とりえす念のためにやっておく」手続きにとらわれていませんか。形式的な「法令順守」を離れ、研究倫理のルールの考え方に立ち返り、頭をひねって考えてみよう。症例報告に倫理審査は必要? 患者への謝礼はいくらなら許される? ——身近な疑問をめぐる対話から出合う研究倫理は、こんなに知的で面白い!

田代志門



寄稿

集中治療・急性期緩和ケアの日米比較

柏木 秀行 飯塚病院連携医療・緩和ケア科 部長

近年、急性期医療での緩和ケアが注目されている。特に集中治療領域では、人工呼吸器などの生命維持治療の差し控えや中止といった、医療現場の切実かつ倫理的な問題と合わせて議論される場面が増えた。私の所属する飯塚病院連携医療・緩和ケア科では、急性期緩和ケアチームを結成し、これらの問題に整備・対応していく体制を作っている。このたび、米国病院の緩和ケア部門を視察する機会をいただいた。視察での学びと合わせ、今後日本でさらに重要となるであろう、急性期緩和ケアについて述べる。

飯塚病院の急性期緩和ケアチームでの取り組み

われわれが結成した急性期緩和ケアチームのメンバーは、私を含む連携医療・緩和ケア科の3人の医師で構成されている。実働を担うのは救急医としての経験を有する医師と、急性期内科診療を中心にトレーニングした医師である。急性期緩和ケアの実践の難しさの一つが複雑な医学的側面の検討にあり、ある程度の急性期医療の経験を持つ医師の存在はチームの強みになるためだ。特に治療強度を高めたり治療を継続したりすることによって回復が期待できるのか、それとも回復は期待できず、むしろ中止することも妥当な医学的状況なのかを判断するのは難しい。明らかに後者と言える場合はあまり判断に迷うことはないが、実際には複数の医療者間で意見が異なる場合も多い。また、人工呼吸器など高度な医療機器の管理も急性期の緩和ケアには必須のスキルとなる。

急性期緩和ケアチームの主な役割は、①ICUなど重症患者の倫理・緩和ケアに関するカンファレンスへの参加、②心不全患者の緩和ケアの診療体制づくり、③若手医師に対する急性期緩和ケアの教育活動、④主治医としての診療やコンサルテーションの4点である。④では、ICUで集中治療を行っているものの回復が困難な患者を引継ぎ、緩和ケアを中心とした診療を行う。また、あと数時間で亡くなる状態で救急へ搬送されてきた患者を、症状緩和など看取りを視野に入れたケアを目的として入院させる際は、連携医療・緩和ケア科の医師が主治医として対応している。

全国的にみても、疾患を問わない急性期医療における緩和ケアを実践していると自負するわれわれであるが、課題は山積している。最も大きな課題は「人材が量的にも質的にも不足している」という点である。これは医師だけ



●写真 左・CSMCの緩和ケアスタッフへのプレゼンテーション。右・CSMCとわれわれの集合写真

飯塚病院の緩和ケアに関する取り組みについてプレゼンテーションを行った。

でなく、看護師およびその他全職種に共通する点だ。緩和ケアが悪性疾患だけでなく、非がん疾患や診断早期にも提供されることの重要性が叫ばれ、どのように日本の臨床現場に幅広い緩和ケアを実装していくか議論されている段階である。発展途上の段階ではまだこの分野を支える人材の教育やキャリアが確立されていないことも当然と言えるが、今後研修のできるフィールドを作っていく必要がある。

米国の急性期緩和ケア体制との共通点/相違点

今回われわれは、米ロサンゼルスにあるCedars-Sinai Medical Center(以下、CSMC)のSupportive Care部門を視察した。目的は急性期緩和ケアの実践をテーマに、今後の日本の急性期医療の現場に必要な緩和ケアの在り方を考えることにある。CSMCはICU150床を含む950床の大規模な急性期病院である。全米の病院評価ランキングで2位(https://bit.ly/3JPM5hq)を獲得するなど、さまざまな分野で非常に高い評価をされている病院であり、移植などの外科領域以外に循環器領域の診療にも力を入れる。

CSMCのSupportive Care部門は人員が多く、医師だけでなくナースプラクティショナー、ソーシャルワーカー、薬剤師、チャプレン(協会外の施設で働く聖職者)などがかわる。視察期間中はさまざまな話題、特に集中治療の中止や差し控えといった急性期緩和ケアにおける重要な論点についての彼らのプレゼンテーションを聞き、日本の臨床現場の光景も議論することができた。「どこまで治療をするか」といった医学的な判断の難しさだけでなく、家族間で意向が異なるケースなど、日本の急性期医療でわれわれが直面する問題については、米国においてもやはり同様に難しさはあるとのことであった。話し合いは数週に及ぶこともあ



り、本人の意向と法律、そして健康保険上のルールのみに基づいて医療者が方針を「決定」するのではなく、あくまで医療者は患者の意思決定を支える立場であるという点は、日本と米国で共通していた。

救急医や循環器内科医、神経内科医といった多様なバックグラウンドを有する医師がSupportive Care部門の診療に参加しており、日本と比べて人材が充実していた。緩和ケアの専門研修としてのフェローシッププログラムの応募について尋ねてみると、3人の採用枠に対して、90人の応募があったと言う。日本の緩和ケア部門の多くが3人未満の医師で運営していることを考えると、規模感は明確に異なる。このギャップは日本で急性期緩和ケアの提供モデルを考える上で、重要な論点になると感じた。

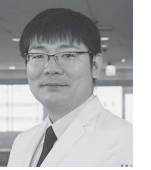
ディスカッションをする中で印象的だったのは、緩和ケアチームのコンサルタントとしてのかかわり方である。コンサルタントとして「ケアの推奨をカルテ記載して済ませるのではなく、主治医とコミュニケーションをとって伝える」ことを大切にしていると言っていた。これは日本でも大切であるものの、忘れられがちである。もう一手間をかけて、コミュニケーションを丁寧にしてあげれば良かったとの反省エピソードがある方も多いただろう。

また、カルテ記載にある程度のフォーマットが準備されていることも印象的だった。症状コントロール、ケアのゴール、アドバンス・ディレクティブ、コードステータスなどの、緩和ケアの実臨床ではしばしばカルテ記載が必要となるものについてフォーマットがあることは、業務効率向上や重要事項の記載漏れ防止に重要であろう。

他にもいくつかの部門を見学させていただいたのだが、紙面の都合上、以上の紹介にとどめる。その他についてはわれわれのブログに詳細をアップしているのので参考にさせていただきたい

●かしわぎ・ひでゆき氏

2007年筑波大医学専門学群卒業。飯塚病院にて初期研修、総合診療科での後期研修を経て緩和ケア科(現・連携医療・緩和ケア科)の立ち上げにかかわる。16年より現職。現在は緩和ケア部門の運営および人材育成に携わる。緩和医療専門医、日本緩和医療学会理事。



(https://renkei-kanwa.com/new-posts/)。

現実味のあるモデルを構築し、急性期緩和ケアの推進を

今回の視察を通じて、急性期緩和ケアにおいて日本でも必要だと感じた点を2つ挙げる。

1点目は、急性期医療における緩和ケアの提供モデルについて議論することだ。システムもリソースも異なる日米の医療現場を単純比較することに意味はないかもしれないが、米国に比べ、日本の急性期医療における緩和ケアの提供者は圧倒的に少ない。そもそも、急性期医療の提供者自体から少ないのである。その中でどのように現実味のある提供モデルを作っていくかは重要であり、「急性期医療でも緩和ケアは大切だ!」と唱えるだけでは実装は進まないだろう。施設内でできる取り組みの共有や、より密な連携を実現するための、どこにいても参加可能なオンライン形式でのコンサルテーションを本格的に検討する必要があるだろう。少なくとも集中治療や救急を提供する医療者自身が、基本的な緩和ケアや重篤な病状にある患者・家族とのコミュニケーションを自身で提供できることは必須であろう。そのための教育・研修体制はもちろん、緩和ケアに携わるスタッフとの連携体制を構築していきたい。

2点目は各職種がより積極的にかかわることである。単にタスクシフトの話ではなく、相手が医師であっても、かわる患者の最善のために自分の意見を建設的に伝えてディスカッションできるとの意味合いである。各職種の専門性の前に、どの職種も医療者であり、緩和ケアを必要とする多くの患者と家族に対して何をするべきかはもっとフラットに議論できるのではないだろうか。CSMCでは、ナースプラクティショナーが中心となって議論を回し、薬剤師が鎮静薬の投与量を積極的に提案、家族の心理的ケアや治療方針は議論に参加する全員が感じていることを率直にコメントしていた。このような光景をみて、もう少しだけ日本の医療現場でできることはありそう予感がしている。

今回の視察では全国の緩和ケア関係者の参加しているメーリングリストを活用し、視察する時に注目してほしい内容を募集した。今回のわれわれの経験を診療現場にはもちろん、全国各地で急性期緩和ケアを支える仲間たちにも届けていきたい。

最期まで患者の望む時間を提供するために。緩和医療スタッフ必携の書、改訂!

緩和ケアレジデントマニュアル 第2版

次々に起こる症状への対応、予後予測、ACP、家族のケア、リハビリテーション……、最期まで患者の望む時間を提供するために、何をすべきか。エビデンスをアップデートしつつ、経験も重視して、より実践的に改訂。病棟でも外来でも在宅でも、がんでも非がん疾患でも、すべての患者の苦痛緩和をめざす医療スタッフに必携の書!

監修 森田達也
木澤義之
編集 西 智弘
松本禎久
森 雅紀
山口 崇



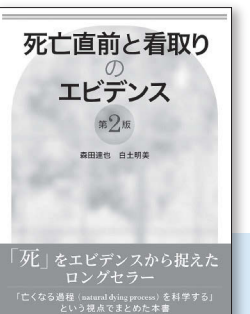
★8月発行予定!

医学書院

死亡直前と看取りのエビデンス 第2版

森田達也・白土明美

「死亡直前と看取り」に携わるすべての医療職者に向けた待望の改訂版



●B5 2023年 頁312 定価:3,740円(本体3,400円+税10%) [ISBN978-4-260-05217-7]

B6変型 頁536 2022年 定価:3,960円(本体3,600円+税10%) [ISBN978-4-260-04907-8] 医学書院

FAQ

今回の回答者

小林 只

株式会社アカデミア研究開発支援 代表取締役社長/ 弘前大学医学部附属病院総合診療部 学内講師

こばやし・ただし氏/2008年島根大医学部卒。20年より弘前大病院総合診療部学内講師。同大で医療法学の講義を担当。23年大学認定ベンチャー・株式会社アカデミア研究開発支援を創業。研究開発×知財法務×事業の三刀流として多分野の新規事業を支援する。博士(医学)。1級知的財産管理技能士、知的財産アナリスト。

今回のテーマ

知って得する知財の知識 特許編

知的財産は一般的に「知財(ちざい)」と略して使われます。知財とは「価値のある情報」であり、知財の活用という文脈では「第三者に対して優位性を持つ資産」とも言えます。アイデア、技術、知識、ノウハウ、ネットワーク、人材、組織等がこれに該当します。これら知財の中で、法律により特定の権利が付与されたものを「知的財産権」(以下、知財権)と呼びます。知財権とは「創造性を保護し、イノベーションを促進する」ための法制度です。具体的には、特許権(アイデアの保護)、意匠権(デザインの保護)、商標権(ブランドの保護)、著作権(作品の保護)等があります。著作権は高校の情報教育の必須学習内容となり、知的財産教育を提供する大学も増加しています。メディアでもドラマ「それってパクリじゃないですか?」(日本テレビ系)が放映され、一般の関心も高まっています。今回は、これら知財権の中でも特に医学生や医療者から頻りに寄せられる質問について、特許権を中心に回答していきます。

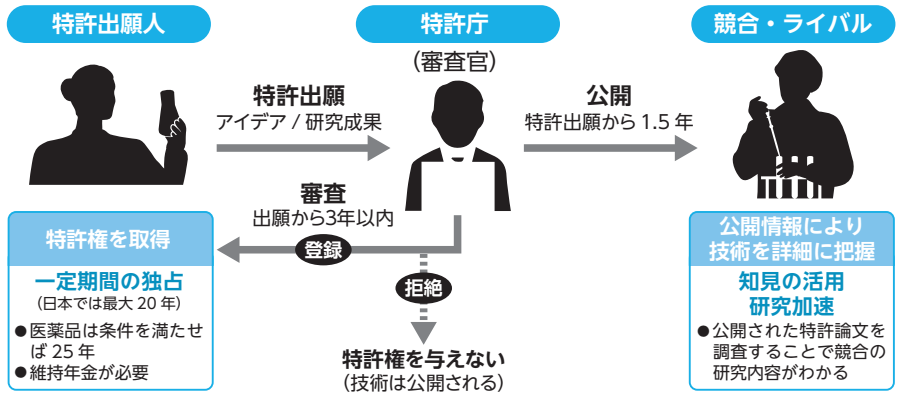
FAQ 1 医療者が特許権について知ること、どんなメリットがありますか?

2点ご紹介いたします。1点目はアイデアを適切に保護し、社会や現場をより良くしようという医療者や研究開発者たちのモチベーションを高めることです。素晴らしいアイデアほど「第三者に模倣される」のが世の常です。自身や自社で研究開発を行わず、他人の研究結果を「活用」するほうが低コスト・低労力・有益であるならば、誰も新たなアイデアを公表しなくなります。また、重複した研究が増え、社会全体の研究開発スピードが遅延する恐れもあります。特許制度とは、特許庁の審査によって認められたアイデアや技術を「一定期間、独占的に使用することを認める」かつ「そのアイデアや技術を世界中に公開する」ことで、研究開発

やイノベーションを加速させる制度として各国で活用されています(図)。自身が思い描いたアイデアが具体化し、社会に普及し、人々の役に立つ。これは医療者だけでなく、多くの人々が夢見ることでしょう。課題解決のため関連企業と協業し、システムやパッケージとして構築、事業化して普及させる強力な手段の1つが特許権です。特許出願すること、そして取得することは、研究者であれば論文と同等以上の「実績」になります。

2点目は、医療の仕組みを理解できることです。「なぜこの薬の合剤がでないのか」「なぜ各社のいいとこ取りの機器が開発されないのか」という疑問を拜聴します。製造販売には非常に複雑かつ多段階のステップがあり、それら1つずつに各企業の貴重なノウハウ(秘匿技術)が含まれています。例えば、医薬品や医療機器が購入者の元へ届くのは、製造(品質の管理、量産体制など)、流通(輸送費など)、販売後の管理(安全管理など)を企業が労力・コストをかけて行っているからです(このような製造販売全体を担当する企業を事業会社とも呼びます)。ある製品やサービス、流通のプロセス等に特許権が取得できていれば、一定期間(最大20年、医薬品は25年)その企業は協業先を自分で選び、戦略的に事業を拡大できます。現在、「オープン&クローズ戦略」がグローバルで進み、何を協業(オープン)し、何を自社秘匿技術(クローズ)にするのかを戦略的に実行するために切磋琢磨しています。つまり、いいとこ取りの製品が実現するかどうかは各企業の製造販売戦略に大きく依拠するのです。決して現場のニーズを軽んじているのではありません。「合わせる」という協業行為は、特許権の利活用やノウハウ管理等を手札とする企業間の駆け引きの上で成り立っています。

Answer...特許権は、自身のアイデアや技術を具体化し、広く普及させるための強力な手段です。



● 図 特許権の仕組み

特許権の仕組みとは、物や技術の独占権を与える代わりに技術内容を丁寧に公開することです。公開された内容をもとに研究が切磋琢磨し、イノベーションが促進されます(特許法の目的)。ただし審査の結果、特許権が取得できなくても技術は公開されるという点には注意が必要です。研究論文より早く公開される特許論文を調査することで最先端の研究情報が入手できます。

FAQ 2 研究論文として発表、あるいは学会で一度でも発表してしまったら特許権が取れなくなるって本当ですか?

研究論文は、世の中に研究成果を広く知らせることが目的です。一方で、特許権はアイデアや技術を独占的に使う権利を保有することで産業を促進させることが目的です。そもそも特許権は、特許庁へ申請し審査され、一定の基準を満たし、費用(特許年金と言います)を支払うことで権利が付与されます(図)。この審査基準の1つに「新規性」があります。新規性とは、同じアイデアや技術が既に「公開」されているかで判断されます。学会の抄録、大学の広報記事、SNSの記事(公開記事はもちろん、友達限定公開も含む)、臨床研究の情報公開としてUMINや研究機関Webサイト等に一度でも公開してしまうと、それだけで新規性が失われます(特許庁の審査官は公開情報を調査するプロです)。近年流行りの企業・金融機関・官公庁等が主催するアイデアピッチコンテストに出場して発表することも同じです。

運良く、既に公開していたことが明らかとならず、特許庁の審査段階で見つからず、特許権が取得できたとしても、この特許権を排除したい競合企業が一生懸命に調査し、「学会発表の演者スライドを第三者が写真に収めていて、そのスライドに特許権の内容を意図するアイデアが記載されていたこと」を見つけられてしまったら、特許権取得からたとえ数年が経過していても、その事実1つで無効審判(行政処分の1つ)により、特許権が無効(なかったこと)にされてしまいます。このような調査(専門的には無効調査と言います)を行う専門家や企業も多くあります。しかも、この「公開」は「世界中で」というのがポイントです。例えば、日本の学会の地方会でアイデアを一度発表してしまった場合、これが原因で米国や欧州で特許権が取得できなくなります。

特許は国ごとに申請し、審査を経て、権利を取得する必要があります(一方で、1つの国で出願したら全世界へ情報は公開されます)。そのため日本の

みで特許権を取得しても、外国ではその特許技術が自由に使えてしまいます。「日本」に限って言えば、発表して1年以内であれば、新規性喪失の例外規定(特許法30条)により特許権取得は可能な場合もありますが、外国では同様の制度を適用することは難しく、日本以外で特許権を取得することは原則できません。グローバル化が進んだ現在、特にバイオ系(基礎研究成果)のベンチャー企業は各国へ特許出願をしていなければ優位性を保てず、協業する事業会社も、研究開発に投資してくれる企業も集まらないのが現実です。

Answer...一度でも公表(例:学会、Webサイト、SNS)すると、特許権の取得は困難になります(運良く取得できても後日「無効」になる場合もある)。公表前に特許出願が必須です。

もう一言 「特許権についてどこに相談したらよいですか?」と聞かれることがあります。大学やアカデミア関連の人々(教員、スタッフ、客員研究員など)の場合、最近では組織内に産学連携担当者や知財担当者が在籍していることがほとんどです。医療機関に勤務する医療者は、各種相談窓口にお気軽にご相談ください。例えば独立行政法人工業所有権情報・研修館(INPIT)が47都道府県に設置した知財総合支援窓口では無料で相談対応をしており、主要都市では出張相談会も開催されています。都道府県や市町村の弁理士会、弁理士・知的財産コンサルタントの事務所も利用可能です。上記に相談すると、特許権取得はもちろんのこと、協業・連携候補の企業、第三者へのアイデア提供の方法や契約についてもアドバイスをいただけます。

特許権を含む知財について学習する際は、国家資格である知的財産管理技能士の学習サイト(<https://www.kentei-info-ip-edu.org/>)、知財初心者の研究者向けのWebサイト(<https://www.patentamuse.com/>)や書籍¹⁾、知財のビジネスへの活用事例紹介動画(<https://www.chugoku.meti.go.jp/ip/>)なども参考にしてみてください。

参考文献
1) 中島清一. 産学連携ナビゲーション 医学研究者・企業のための特許出願Q & A. 南江堂: 2014.

神経病理を学ぶなら、まずこの1冊から。

神経病理インデックス 第2版

神経病理の森を迷わず進むための羅針盤として圧倒的な支持を得た定番書が18年ぶりに待望の改訂。神経病理学のエキスパートとして長年の経験から得られた膨大なコレクションの中から「これぞ」という写真を厳選して掲載。改訂にあたり300点近い写真を新たに追加。簡にして要を得た解説が初學者にもわかりやすい。最短ルートで神経病理の最高峰を一望できる1冊。

新井信隆



B5 頁272 2023年 定価:11,000円(本体10,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05252-8]

医学書院

肝胆膵外科学会のオフィシャルテキスト。高度技能専門医を目指す医師必読の書。 医学書院

肝胆膵 高難度外科手術

第3版

編集 一般社団法人 日本肝胆膵外科学会

●B5 2023年 頁384 定価:12,100円(本体11,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05111-8]



詳しくはこちら

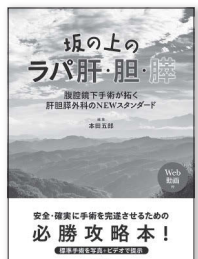
新刊 頂をめざす外科医に贈る標準手術のガイドブック

坂の上の ラパ肝・胆・膵

腹腔鏡下手術が拓く 肝胆膵外科のNEWスタンダード

編集 本田五郎/執筆 大目祐介・本田五郎

●A4 2023年 頁376 定価:19,800円(本体18,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04984-9]

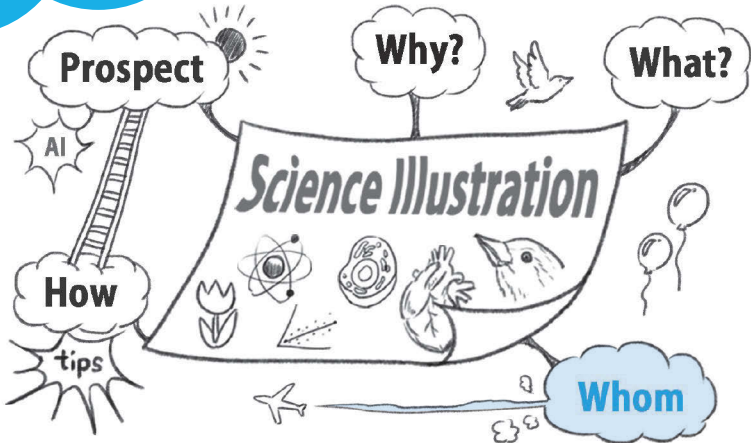


詳しくはこちら

サイエンスイラストで「伝わる」科学

大内田 美沙紀

北海道大学大学院教育推進機構
オープンエデュケーションセンター
科学技術コミュニケーション教育研究部門



イラストの活用によって見る人を惹きつけ、情報を直感的かつ記憶に残るかたちで伝えることができます。患者への説明、学会発表、論文のアブストラクトなどで効果的にイラストを活用する方法をサイエンスイラストレーターから学んでみませんか？

第3回 誰に何を伝えるか

前回、サイエンスイラストレーションにはあらゆるスタイルと用途が存在し、用途に沿って伝える相手とメッセージを意識して表現スタイルを変えていく必要があると述べた。今回は、私自身が意識しているスタイルの調整について例を挙げて紹介していきたい。

スタイルの描きわけ

まずは図1を見ていただきたい。これは私が京都大学iPS細胞研究所(CiRA)に在籍中、一般向けに発信している冊子『CiRA ニュースレター』¹⁾の表紙用紙にアクリル絵の具で描いたものだ。はっきり言って、何の説明もなければ意味不明な抽象画である。中央の丸い物体が印象的であるのと、(右上と右下に見切れている)丸い物体の縁に付いている突起物が特徴的な絵画である。「ちょっと気になるかも?」、それだけが狙いのイラストだ。

次に、図2を見ていただきたい。これも私がCiRAにいた頃に描いたもので、研究成果を発表するプレスリリースの概要図として使用した²⁾。コミカルなタッチで丸い物質に顔が描かれており、ハサミと共に描かれた三つの矢印によって、丸たちの反応が変わっている。図1よりも情報量があり、三つの操作による丸たちの因果関係を示すイラストだ。



● 図1 CiRA ニュースレター Vol.37 の表紙 (文献1より)

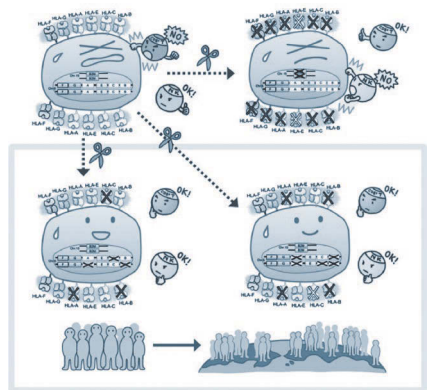
実は図1と図2は、同じ研究内容を表現したものである。なぜこれほどスタイルが違うのか。それはズバリ「伝える対象とメッセージ」が違うからだ。

伝える対象とメッセージの相関を考える

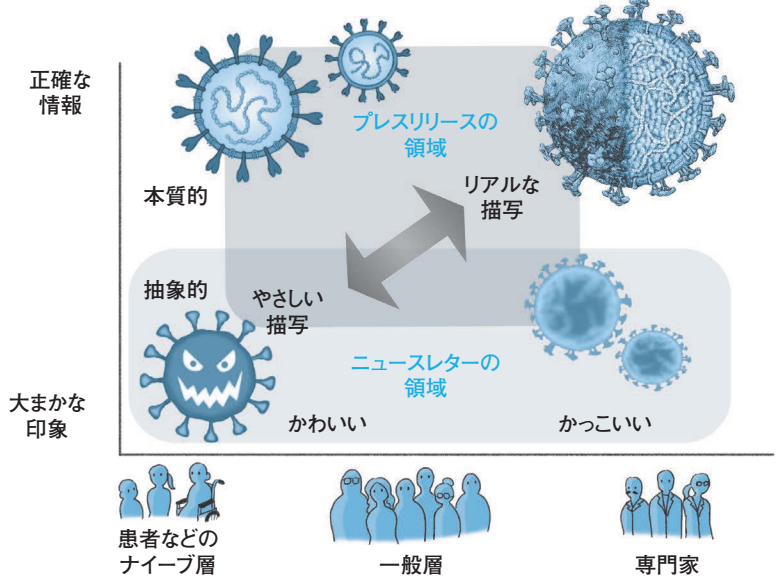
図1はニュースレターの表紙、図2はプレスリリースの概要図である。このことから、伝える対象が図1は広く一般向け、図2はメディア向けと言える。そして、伝えるメッセージは図1は「ちょっと気になるかも?」という程度の大まかな印象、図2は図1よりも研究内容が理解できる具体的な情報だ。

私はイラストのスタイルを考えると、伝える対象とメッセージを指標とした図3のような相関をいつも考える。必ずしも全てこの相関に当てはまるわけではないが、専門家を対象にするほど右上のリアルな描写、患者などナイーブな層を対象にするほど左下のやさしい描写で表現することで、伝える対象にピンポイントに刺さる「効果的」なイラストになるように思う。

図1の「ニュースレター」と、図2の「プレスリリース」の領域を図3の中で示してみた。ニュースレターの表

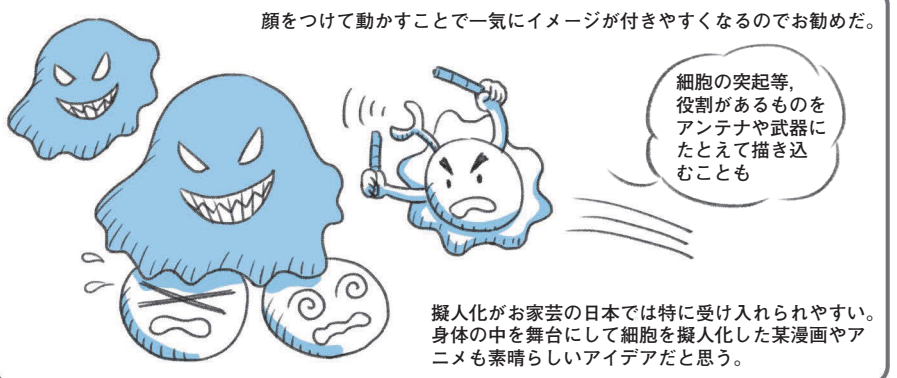


● 図2 CiRA プレスリリースの概要図 (文献2より)



● 図3 伝える対象とメッセージによるイラストスタイルの目安

使えるイラスト活用法



顔をつけて擬人化する

肉眼では見えない細胞や陽子、中性子といったミクロな粒子は擬人化との相性が非常に良い。

紙のように、広く一般向けに大まかな印象を与えるイラストは正確性に拘らず、「きれい」「かわいい」「かっこいい」といった感性を刺激するよう意識して制作する。一方、プレスリリースや論文の概要図等、研究内容を具体的に伝えるためのイラストは、伝える対象が絞られ、より本質的で情報量が多くなるように制作する。

図3はあくまで目安であり、見る人の好みにもよるが、私の経験上この相関図を基にしたスタイルの調整は非常に有効だ。もし研究内容を伝えるイラストでどのスタイルが良いか迷っている場合、まずは伝える対象とメッセージが何なのか考えて選んでみてはいかがだろうか。

顔をつけて敵・味方、役割を伝える

誰にもわかりやすく、かつやさしい描写にする簡単なテクニックがある。それは「顔をつけて擬人化する」ことである(図4)。先ほど挙げた図2のプレスリリースのイラストでは、対象は絞られているものの、科学的背景知識が少ない人でも理解できるように細胞に顔をつけて描写した。このように物質に顔を付けてキャラクター化すると大きく印象が変わる。さらに、表情を加えるだけで簡単にその物質の役割を表現できる。例えば、がん細胞は目を尖らせて口元が笑っている顔、がん

細胞に侵食されている細胞は泣いている顔、がん細胞を攻撃する免疫細胞は正義の味方として眉を尖らせた顔という具合だ。特に怒った顔、泣いている顔は見る人の感性を刺激して印象に残りやすい。iPS細胞の樹立でノーベル賞を受賞した山中伸弥教授もその昔、科学技術振興機構(JST)の研究助成金を得るための発表で、涙を流しているように擬人化したマウスや細胞のイラストをスライドに用いたそう³⁾。

さて、医療関係者の皆さんの場合はイラストを使用するとき、伝える対象が患者さんであるケースが多いと思う。患者さんは図3のナイーブ層にあたり、不適切なイラストを示すと驚いたり、傷ついてしまったりする可能性があるため、描写のバランスを慎重に判断しなければならない。何が適切で何が不適切かは、いわゆる「一般的な感覚」で決まる。今回はその一般的な感覚と、それに合わせたイラストの調整を話したい。

参考文献・URL

- 1) 京都大学iPS細胞研究所(CiRA). ニュースレター Vol.37. 2019. https://www.cira.kyoto-u.ac.jp/j/pressrelease/pdf/Newsletter_Vol_37.pdf?1683332385205
- 2) 京都大学iPS細胞研究所(CiRA). ゲノム編集技術を用いて拒絶反応のリスクが少ないiPS細胞を作製. 2019. <https://www.cira.kyoto-u.ac.jp/j/pressrelease/news/190308-010000.html>
- 3) 山中伸弥, 他. 「プレゼン」力——未来を変える「伝える」技術. 講談社: 2016.

検査で医学をリードする

臨床検査

2023年7月号 Vol.67 No.7

定価: 2,420円 (本体2,200円 + 税10%)

雑誌 臨床検査

◆月刊、増大2冊(4月・10月)を含む年12冊
年間購読のご案内

冊子: 33,660円(本体30,600円+税10%)
冊子+電子: 39,160円(本体35,600円+税10%)

7月号の詳細はこちら

臨床検査

7

造血器・リンパ系腫瘍のWHO分類 第5版

特集

造血器・リンパ系腫瘍のWHO分類 第5版

収録内容

- 骨髄系腫瘍概論/クローン性造血/骨髄系腫瘍を好発する遺伝性腫瘍症候群
- 骨髄増殖性腫瘍
- 肥満細胞症/好酸球増加症と特定の遺伝子再構成を伴う骨髄性/リンパ性腫瘍
- 骨髄異形成腫瘍(旧 骨髄異形成症候群)
- 骨髄異形成/骨髄増殖性腫瘍
- 急性骨髄性白血病/二次性骨髄性腫瘍
- 混合系統型ないし分化系統不明瞭な急性白血病/組織球/樹状細胞腫瘍
- リンパ系腫瘍概論
- B細胞優位の腫瘍様病変/Bリン芽球性白血病/リンパ腫
- 成熟B細胞腫瘍 1: 前腫瘍性および腫瘍性小リンパ球増殖症/脾 B細胞リンパ腫および白血病/リンパ形質細胞性リンパ腫/辺縁帯リンパ腫/濾胞性リンパ腫/マンツル細胞リンパ腫
- 成熟 B細胞腫瘍 2: 低悪性度 B細胞リンパ腫の組織学的形質転換/大細胞型 Bリンパ腫/パーキットリンパ腫/ KSHV/HHV8 関連 B細胞増殖症およびリンパ腫
- 成熟 B細胞腫瘍 3: 免疫不全症および免疫調節障害関連リンパ増殖症とリンパ腫/ホジキンリンパ腫/形質細胞腫瘍および異常蛋白を伴う他の疾患
- T/NK細胞のリンパ増殖性疾患とリンパ腫/T細胞優位の腫瘍様病変/前駆 T細胞腫瘍
- T/NK細胞腫瘍 1: 成熟 T/NK細胞白血病/小児 EBV 陽性 T/NK細胞増殖症およびリンパ腫
- T/NK細胞腫瘍 2: 原発性皮膚 T細胞増殖症およびリンパ腫/腸管 T/NK細胞増殖症およびリンパ腫/肝脾 T細胞リンパ腫/リンパ組織の間質由来腫瘍/genetic preposition syndrome (遺伝的高発症候群)
- T/NK細胞腫瘍 3: 未分化大細胞リンパ腫/節性 T濾胞ヘルパー細胞リンパ腫/その他の末梢性 T/NK細胞リンパ腫

第25回日本医療マネジメント学会開催

第25回日本医療マネジメント学会学術総会(会長=横浜メディカルグループ菊名記念病院・山本登氏:右写真)が、「病院医療の展望——『パンデミック・災害とBCP』から『求められる医療』へ」をテーマにパシフィコ横浜(横浜市)にて開催された。本紙では、大会のテーマを冠したメインシンポジウム『『パンデミック・災害とBCP』から『求められる医療』へ』(座長=労働者健康安全機構・有賀徳氏)の様態を報告する。



●写真 山本登氏

◆災害対策のために平時からの地域連携を

初めに登壇したのは、東北医薬大の伊藤弘人氏。氏は関東大震災、阪神・淡路大震災、東日本大震災において、災害関連死の80%以上は病院搬送前に起こっているとのデータを示し、地域の災害対策に病院が積極的にかかわり、医療組織と防災組織が平時から連携して災害への備えに当たる必要性を主張した。また、災害に強い地域を作ることは災害時の医療需要を抑制できる可能性にもつながるとし、既存の病院BCP(Business Continuity Plan)の在り方に「医療・介護連携」「インフラ保全・地域マネジメント」の2つの視点を追加した、災害に強い地域づくりに寄与する病院のフレームワークを示した。医療組織と防災組織の現実的な連携方法として、災害拠点病院→地域密着型病院→介護保険施設→地域防災組織という階層的な構造を挙げ、今後この連携構造の実効性を高めることの重要性を述べ、発表を終えた。

日赤災害医療統括監を務める丸山嘉一氏は、日赤での災害救護活動は発災時の応急救護のみならず、医療・保健・福祉・生活の領域を発災から復興・復旧まで支える、災害マネジメントサイクルの全般にわたる活動であり、支援のためにはボランティアをはじめとする地域内の他組織・団体との協力が不可欠であると述べた。日赤では47都道府県それぞれの支部が主体となって災害対応を行っており、これらの支部は日ごろからボランティア活動や講習会などを通じて地域のコミュニティづくりに貢献している。こうして構築した各地域独自の連携体制を、災害時の連携・協働にも生かしていると言う。また氏は復興・復旧時に必要となる健康と生活の支援活動には、日ごろから地域の各施設と連携を図る看護職・医療ソーシャルワーカー・ボランティアや、災害医療コーディネーターの活用が有効だとの考えを示し、これらの職種を生かした地域連携の方策をさらに検討していきたいと語った。

日本病院会救急・災害医療対策委員会の委員として、同団体が作成した「病院等における実践的防災訓練ガイドライン——補遺・改訂版」(2019年)と「病院等における風水害BCPガイドライン」(2022年)の内容を解説したのは、戸田中央メディカルケアグループの野口英一氏。これらのガイドラインは日本病院会会員病院の火災、浸水などの被害の被災経験に基づいて作成されており、実践的な対応をまとめたも

のである。「患者と職員の安全を一番にする」という行動目標を病院管理者が周知徹底し、職員は防災のプロではないことを前提にした対応策の立案が求められると述べ、病院の防火区画等の建物避難施設、自動火災報知設備やスプリンクラーなどの消火設備を生かしながら、早期通報によりプロである消防隊と連携することが実践的な火災対応であるとした。特に人員の少ない休日・夜間体制では、火災時に患者を介助しながら避難階段で下の階に降りる「垂直避難」は困難であり、同じフロアの隣接する防火区画に避難する「水平避難」や消防隊の到着まで防火区画内に籠城する「籠城避難」を検討すべきと解説。また、浸水危険などの水害については、気象予報を通じて事前に予測可能であることから、発災までのタイムラグを活用して危険回避対策をすることができる。状況に合わせた対応を講じるべく、組織的に水害対応の情報収集・伝達、対応判断を行う災害情報連絡室の設置を推奨した。

病院建築の専門家である小林健一氏(国立保健医療科学院)は、阪神・淡路大震災、東日本大震災、熊本地震について建築設備の視点から振り返った。氏は、それぞれの地震により病院の耐震化、敷地選定、地域連携の重要性が教訓として得られたと説明。熊本地震は、被害の大きな病院から小さな病院への患者搬送や病院間の物資の融通などが迅速に進んだことが特徴であり、平時からの地域医療連携の有効性が示された事例であると述べた。続けて、平成30年7月豪雨の際に愛媛県大洲市のとあるコミュニティホスピタルの被災から病院機能回復までの流れと、同施設が行った事前の対策を紹介した。この病院は床上浸水し、エレベーターやエスカレーター等の諸設備の基盤やMRIが水没したにもかかわらず、発災から3日後には病院機能を回復させ、外来診療を開始、翌日には予約手術も開始したという。過去の水害体験より、病院機能を2階以上に設置するなどの設備面での浸水対策を十分に行っていた上、職員の意識向上のために年1回防水訓練を実施していたことが、早期の復旧につながったとの見解を氏は示した。発表の最後に氏は、ハード面(病院設備)とソフト面(訓練による意識の徹底)の双方から対策することの大切さを強調し、過去の災害から学び、知識が蓄積されてきた今こそ、災害対策を実践に移すときだと参加者たちに呼びかけた。

心の不調に対する「アニメ療法」の可能性

パントー・フランチェスコ 慶應義塾大学病院精神・神経科学教室

現代社会において心のケアが大きな課題であることは誰の目にも明らかです。本連載では、文化精神医学の観点から心の不調についての考察を行った上で、そうした不調に対処するための物語療法、ひいては筆者が新たに提唱する「アニメ療法」を紹介します。イタリア出身の精神科医である筆者から見た日本アニメの可能性とは。

第1回 何をもって病気とするのか?——文化精神医学を知る

皆さんはじめまして。慶應義塾大学病院精神・神経科学教室のパントー・フランチェスコと申します。私はイタリアで生まれ育ちましたが、日本で精神科医として働くために来日しました。

メンタルケアにおける文化の相対的影響を調べることも、来日した目的の一つです。病気あるいは病的な現象は、文化とどうかかわりを持つのでしょうか。内科疾患同様、精神疾患の発症率は国によって異なることもあります。精神医学の領域において、引きこもり(Hikikomori phenomenon)や対人恐怖症(Taijin kyofusho)という社会的現象は日本に特有であると言われてます¹⁾。ローマ字で表記されていることが物語るの、これらの現象に初めて相対した海外の研究者が覚えた違和感なのかもしれません。もちろん引きこもりと対人恐怖症は欧米でも報告されていますが、その背景と人口当たりの有病率は異なります。少なくとも、ある社会にはある現象の発生を促す要因がより高頻度に認められるとは言えるでしょう。

このように、特定の文化に特定の現象ないし症状が発生しやすいことを文化精神医学は主張します。そして、ある文化に特有の精神病理性は「文化依存症候群」(cultural bound syndrome)と呼ばれています。『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』²⁾では、文化依存症候群を、一般に特定の社会または文化圏に限定され、特定の反復的、パターン化された、患者の日常生活において支障を来す一連の経験を指すとしています。

つまり、文化依存症候群では、特定の環境要因、行動慣習要因がきっかけとなり、特定の症候群が発症するということです³⁾。面白いことに、「何をもって病的であるとするか」は相対的なものであり、それを指定する文化により左右されるのです。自文化に特有の病的な現象は、通常その文化内では病的なもののみならず許容されがちで、そうした傾向は「文化許容行動」と呼ばれます。自文化が取る「問題行動」(=病的である程度の判定が甘くなること)を自覚することは難しいですが、異文化の立場から見ると客観的評価が可能となるでしょう。文化精神医学に必須なのは、そうした「部外者視点」を保持し続けることです。人間は「適応力の化け物」なので、容易にある組織や社会に溶け込み違和を感じなくなり、客観的観測ができなくなります。

現在の精神医学において、病気であるかどうかの判定を行うための指標は、当事者が困っている程度です。当事者の生活に悪影響がない限りは、病気として判定すべきではないとされます。『DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』⁴⁾においても、病的な感情、行動を判断するには、それぞれの文化における平均的な個人の感じ方と比較して、そこからどれだけ逸脱するのかを評価するとされています。健康な状態と病んだ状態はスペクトラム上にあり、相対的なものに過ぎないということです。

文化依存症候群の具体的な例を以下に挙げます。ラテン系民族にみられる、自己制御できないという感覚を特徴とした苦痛を示すアタケ・デ・ネルビオス(ataque de nervios)はよく知られています。ある研究によると、ataque de nerviosと診断されたドミニカ人およびプエルトリコ人の患者の36%がパニック症の基準も満たした一方、パニック症の症状は必ずしもみられなかったと指摘されています⁵⁾。つまりataque de nerviosは一般的な不安症ではなく、それとは独立とした現象なのです。

また、すでに触れた日本の引きこもりと対人恐怖症も著名な例で、自身の身体機能や外見、生理的な現象を恥ずかしく感じ、他人に不快感を与えることを恐れるといった特徴があります。その根底にあるのは、自分の存在で他人を困らせたくはないという気持ちです。新型コロナウイルス流行下で生じたマスク依存症も同根ではないかと私は考えています。劣等感に基づく恐怖は普遍的な社会的不安症の一種と解釈でき、日本文化の要素(迷惑文化など)とかかわる側面があるかもしれません。

本連載では、文化精神医学の観点から心の不調についての考察を行った後に、不調への対処法としての物語療法、ひいては筆者が新たに提唱するアニメ療法をご紹介しますと考えています。

参考文献

- 1) Int J Soc Psychiatry. 2012 [PMID: 21911434]
- 2) 高橋三郎, 他(訳). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院; 2002.
- 3) Yap PM. Classification of the culture-bound reactive syndromes. Aust N Z J Psychiatry. 1967; 1 (4): 172-9.
- 4) 高橋三郎, 他(監訳). DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院; 2023.
- 5) Cult Med Psychiatry. 2003 [PMID: 14510098]

精神疾患の国際的な診断基準、9年ぶりのアップデート!

DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision; DSM-5-TR

米国精神医学会 (APA) の精神疾患の診断分類、第5版のText Revision。DSM-5が発表された2013年以来9年ぶりに内容をアップデート。日本精神神経学会による疾患名の訳語も大幅にリニューアルとなり、全編新たな内容としてリリースする。

原著 American Psychiatric Association
日本語版用監修 日本精神神経学会
監訳 高橋三郎
訳 大野裕
染矢俊幸
神庭重信
尾崎紀夫
三村将
村井俊哉
中尾智博



152の治療薬を網羅! 臨床に役立つ“もうひとつの”ストール本

精神科治療薬の考え方と使い方 第4版

「ストール精神薬理学エッセンシャルズ」準拠
Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology, 7th Edition

▶「ストール精神薬理学エッセンシャルズ」の姉妹書、7年ぶりの改訂。臨床実践に焦点を当て、治療薬の理解を深める考え方と臨床に即した使い方を提示する。改訂にともない新薬が追加され、著者ストールのユニークな主張が垣間見える「臨床の知恵」も大幅更新。ストールの簡潔で鮮やかな記述、オールカラーで見やすく調べやすい構成は引き継がれ、日本での「商品名」「適応」「投与方法」「警告・禁忌」の記載は今版でも継続。「エッセンシャルズ」との併用でより理解が深まる。

訳: 仙波純一 東京愛成会 たかつきクリニック

定価12,100円(本体11,000円+税10%)
B5変 頁1024 色図21 2023年
ISBN978-4-8157-3076-5

Medical Library

書評・新刊案内

AO法骨折治療 Foot and Ankle [英語版Web付録付]

Stefan Rammelt, Michael Swords, Mandeep S Dhillon, Andrew K Sands ●原著
田中正 ●監訳
佐藤徹 ●訳者代表
野田知之, 松村福広, 峰原宏昌, 宮本俊之, 松井健太郎 ●訳

A4・頁664
定価:28,600円(本体26,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05062-3

AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) は1958年にスイスで誕生した骨折内固定法の研究グループである。AOは創設以降飛躍的な発展を遂げ、現在そのインベションは、基礎研究、製品開発、臨床検証、評価など多岐にわたり、骨折の外科的治療における革新者の役割を果たし続けている。教育においては世界中で870を超える教育イベントを提供しており、本書はその一環として2019年に出版された『Manual of Fracture Management—Foot and Ankle』の日本語版としてAO Trauma Japan 顧問の田中正先生の監訳の下2023年5月に医学書院から発行された。AO Trauma Japan 理事長の佐藤徹先生およびAO Trauma Japanの精鋭たちによる日本語訳は、原著の内容を全て漏らすことなく正確かつわかりやすい表現で記されている。評者自身、本書の理解しやすい構成もあり一気に最後まで読破することができた。そして読後には、多くの先人たちにより積み上げられてきたAO法の奥深さと、足関節・足部骨折治療の進化に感銘を受けた。

本書では術前の手書きの計画書や多くの図および写真が採用され、実際に骨折の治療を行っているかのような臨場感にあふれている。全ての外科的治療法にはピットフォールと合併症、代

評者 高尾 昌人
重城病院CARIFAS足の外科センター所長

替テクニックおよび術後管理とリハビリテーションが詳細に記載されており、すぐに臨床に役立つ構成になっている。監訳者の田中先生も述べられているように、本書は足関節・足部のあらゆる骨折に対する治療法についてCase-based learningの手法を用いて書かれており、症例をとおして包括的な知識を学ぶことができるように工夫されている。また、各章の始めにあるQRコードを読み込むことにより関連した文献、WebinarやWebcast、Lectures、教育ビデオ等のオンラインの教材に簡単にアクセスできる、読者にとって期待をはるかに上回るパフォーマンスを有する書である。

評者は、2001年にJOSSM/KOSSM/GOTSトラベリングフェローとしてバーゼルを訪れた際に、AOの創始者の1人であるMaurice E Müller先生と夕食をご一緒させていただき幸運を得た。Müller先生との会話において、先生のAOに対する思い入れや骨折治療を進化させるという情熱に圧倒された記憶がある。余談ではあるが、Müller先生は親日家でもあり、初めて日本を訪れた際の思い出をメモ帳に絵を描きながら楽しそうにお話されていたのが思い出される。そうした先人の熱い思いを礎に、足関節・足部骨折治療の世界的権威であるStefan Rammelt先生

読者の期待をはるかに超える書。骨折治療の進化を実感



脳波で診る救命救急 意識障害を読み解くための脳波ガイドブック

Suzette M. LaRoche, Hiba Arif Haider ●原著
吉野 相英 ●訳

B5・頁456
定価:15,400円(本体14,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05058-6

評者 松本 理器
神戸大学大学院教授・脳神経内科学

近年ICUでの脳波モニタリングにより、集中治療期患者の転帰が改善するなどの報告がなされ、持続脳波モニタリングをはじめとした神経集中治療は欧米で注目されています。それに伴い、本邦でもICUにおける脳波モニタリングの重要性が少しずつ認知されるようになってきています。ただ、本邦ではこれらICUにおける脳波所見の判読やそれに対する治療アプローチなどに関して、包括的な日本語の教科書はいまだない状況でした。

そのような状況の中で登場した本書は、英語の教科書として有名であった『Handbook of ICU EEG Monitoring』第2版の待望の日本語訳です。本書は、日本で集中治療や急性期疾患の治療に携わる脳神経内科医、脳神経外科医、集中治療医だけでなく、生理検査技師や看護師などのコメディカルの方々にも有用で、集中治療期患者の脳波所見や治療のみならず、脳波測定の方法やモニタリングユニットにおけるメディカルスタッフを含めた脳波測定の運用の仕方まで含めた包括的な情報を提供しています。本書の最初の章では、ICUでの脳波モニタリングにおける基本的な原則や技術、実際の脳波測定の行い方について詳細に説明されています。次に、脳波モニタリングの適応疾患について記載され、臨床家が遭遇する正常な脳波活動、異常な脳波活動、病態生理学が米国臨床神経生理学会の用語に基づいて記載されています。また、てんかん

を中心としたトップランナーたちによって『Manual of Fracture Management—Foot and Ankle』は執筆された。その日本語版である『AO法骨折治療

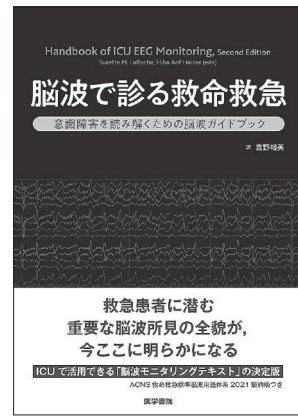
重積状態に対する治療アプローチについても詳しく説明されています。いずれの章も包括的ですが、箇条書きで読みやすい形式で書かれています。また各章には、脳波の実例やこれまでの研究に関する文献が豊富に含まれており、非常に実用的で通読も可能です。困った時の辞書として調べることも可能です。本書の附録でも述べられているとおり、米国臨床神経生理学会は2021年に脳波所見の用語の改訂を行っており、本書はそれ以前に出版されていますが、脳波所見の解釈や治療アプローチは本書で十分学ぶことが可能です。

また、最終章で述べられているICUでの脳波モニタリングに関する未解決の問題、例えばてんかん重積状態における最適な治療戦略の確立、脳波パターンと脳損傷の関連やリアルタイムでの脳波モニタリングの開発は今後の研究の方向性を定める一助になるでしょう。

総括すると本書『脳波で診る救命救急』は、重症患者の脳波モニタリングに関する包括的な教科書であり、最新の技術と臨床的なアプローチに焦点が絞られています。脳波モニタリングに携わる臨床家や研究者にとって非常に有用で、特に重症患者の治療に従事する医療従事者にとっては必読書と言えます。本書の登場により、本邦における神経集中治療がさらに普及し、発展することを願っています。

Foot and Ankle』は、整形外科医だけでなく、足関節・足部の骨折治療に携わる全ての医療人にとって必読の書である。

ER/ICUでの持続脳波モニタリングのバイブルとしてお薦めします



内科系専門医試験対策のためのオンライン問題集

WEB内科塾

- 1 トップ指導医たちによる最強の臨床トレーニングWEBアプリ
- 2 内科系専門医試験の出題形式にそって作成され、専門医カリキュラムの重要トピックを網羅
- 3 最新のガイドライン・エビデンスをふまえた問題と解説により内科臨床の必須事項は一通り学ぶことができる
- 4 専門医試験の約60%を占める臨床問題対策に最適の学習ツール
- 5 スマホ、タブレット、PCでいつでもどこでもスキマ時間に効率的に試験対策。学習支援機能も充実

トップ指導医たちが吟味を重ねた1200超の良問が内科系専門医試験合格をサポート!



主なエディターのご紹介



筒泉 貴彦
高槻病院総合内科
主任部長



山田悠史
マウントサイナイ医科大学
老年医学科
アシスタントプロフェッサー

掲載内容 (計1248問)

- THE 1 内科専門医問題集 (207問)
- THE 2 内科専門医問題集 (223問)
- THE 総合内科ドリル (218問)
- THE 内科専門医問題集 1 WEB版付 (207問)
- THE 内科専門医問題集 2 WEB版付 (223問)
- THE 総合内科ドリル WEB版付 (218問)

目でみるトレーニング 151問、2、3、4、みるトレ 60問!

こちらからアクセス!



医学書院 WEB内科塾
https://www.igaku-shoin.co.jp/webnaikajuku

医学書院

※ 掲載書籍および問題数は2023年5月時点の予定となります。予告なく変更・掲載される可能性があります。

PCで
 スマートフォンで
 すぐ役立つ
 総合データベースの
 決定版!



今日の診療

▶ プレミアムWEB ▶ ベーシックWEB

- 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
 - AIによる診断アシスト機能を実装。症状・症候から疑われる疾患の候補を表示します
 - 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

- 今日の治療指針(2年分収録)
- 治療薬マニュアル
- 臨床検査データブック
- 今日の診断指針
- 標準的医療説明
- 今日の救急治療指針
- 今日の小児治療指針
- 今日の整形外科治療指針
- 今日の皮膚疾患治療指針★
- 今日の精神疾患治療指針★
- 新臨床内科学★
- 内科診断学★
- ジェネラリストのための内科診断リファレンス★
- 急性中毒診療レジデントマニュアル★
- 医学書院 医学大辞典★
- 患者説明資料
その場で印刷して患者さんに渡せます
- 診療報酬点数表

★は『今日の診療プレミアムWEB』でのみご利用いただけます。

詳しくは

今日の診療



今日の診療 プレミアム vol.33

DVD-ROM for Windows も販売中です



医学書院

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