

2019年10月21日

第3343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

- [座談会]URAとめざす研究活動の活性化(高橋真木子,稲垣美幸,白井哲哉) 1-2面
[寄稿]米国の医師が取り組む患者エクスペリエンス(前編)(近本洋介)..... 3面
[連載]診断エラー学..... 4面
MEDICAL LIBRARY/[連載]漢字から見る神経学/2018年『胃と腸』賞授賞式..... 5-7面

座談会

研究推進支援のプロフェッショナル

URAとめざす研究活動の活性化



稲垣 美幸氏
金沢大学
先端科学・社会共創推進機構
准教授/URA

高橋 真木子氏
金沢工業大学大学院
イノベーションマネジメント研究科
教授

白井 哲哉氏
京都大学学術研究支援室URA

高橋 URAと言われてもピンとこない人が多いので、簡単な自己紹介から始めましょう。

私は理学部生物系の大学院修了後、研究機関で研究マネジメントの仕事に就きました。複雑な研究成果の伝え方、産学連携をめざした知的財産化など、研究活性化のためにはマネジメント業務の専任者が必要だと思い、URAという職名がない時からURA的な仕事をしてきました。その後URA制度発足に携わり、現在はURA機能の在り方、大学研究力強化に資するマネジメントを研究対象とする傍ら、URAシ

ステムの定着と充実をめざしています。

稲垣 私は博士号取得後、1年程度の博士研究員を経てURAになりました。現所属の金沢大でURA導入時に声を掛けられたのがきっかけです。主な業務は、プレアワードと呼ばれる研究費獲得支援です。と言っても申請書チェックだけが仕事ではありません。大学のビジョンに沿った研究費の情報を仕入れ、獲得に向けた折衝を大学執行部や研究者と行うこともあります。

白井 私もかつては生命科学の研究者でした。研究を進めるには研究環境整備が必要だとその時に感じたことから科学技術社会論に専門を移し、生命科学におけるELSI(ethical, legal and social issues)の研究者としてURA的な仕事も行いました。その後、京大にURAが配置されるタイミングで移籍し、今に至ります。京大にはURAが多数所属しているため、分業が進んでいます。私の仕事の一つに広報業務があります。研究や大学の広報支援の他にURAそのものを広報することも仕事です。広報は研究を推進させるため

近年、リサーチ・アドミニストレーター(URA, MEMO)と呼ばれる、研究推進支援の専門職が大学等に配置されるようになりました。2018年度の調査¹⁾によると、1200人を超えるURAが日本全国で活躍しています。

読者の研究者の皆さんとの接点には、研究費申請のサポートや、医工連携・産官学連携などの融合研究のコーディネート、大型プロジェクトのマネジメントなどがあります。とはいえ、まだ「名前は聞いたことがあるけど、詳細はわからない」という人が大多数かもしれません。

本座談会では、知的資源の源として社会に貢献する研究活動が強く求められる大学・研究機関において、期待に応えるために配置された新たな専門職・URAを取り上げます。3人の異なる立場のURAの議論から、研究成果の最大化をめざすに当たってのヒントを探ってみましょう。

の重要なツールです。多くのステークホルダーに対して正しいことをわかりやすく伝えるのは難しいことですが、自分の専門の科学技術社会論の知見を実践で生かせる場だと思います。

高橋 今日はこの3人の議論でURAとは何かを知っていただき、読者の研究者の皆さんとのさらなる協働を考えたいと思います。

研究費獲得から社会還元まで共に歩む

高橋 URAを一言で表せば「研究推進支援の専門職」です。研究を実際に行う職種である研究者から見れば、研究「推進支援」が具体的に何か疑問に思うでしょう。研究者にとって最もイメージしやすい例は何だと思いますか。稲垣 研究費獲得支援ではないでしょうか。金沢大でURAの活動が始まったきっかけは、テニュアトラックで採用した若手研究者の支援でした。その最もわかりやすい仕事が、研究費獲得支援です。独り立ちするには、まず自分で研究費を取らなければなりません。高橋 自分の研究に適した研究費獲得は、全ての研究者の課題ですものね。

「週刊医学界新聞」の読者である医学部の先生について、他分野の研究者との協働の経験を通じて特徴的だと感じるところはありますか。

白井 自身で研究費を獲得するまでのパスに特徴があると思います。理工系の学部では早ければ学部生で研究室に入り、修士課程では研究費申請に触れ

ることもかなりあると思います。対して医学部出身の先生は、臨床を経て博士課程に進学して初めて、基礎研究活動の一環で研究費獲得が必要となるケースが多いです。研究費の種類や申請方法などをより丁寧に詳しくお伝えする必要があると感じています。

稲垣 その上、研究に加えて臨床も行うので、研究室全体がとかく忙しいとの課題があり、研究室外からの支援がより一層効果的だと感じます。ただし、医学部の研究者のポテンシャルはかなり高いので、少しの支援で大きな成果が得られるとの実感があります。

高橋 同感です。特に産学連携は、圧倒的に医学部の先生に強みがあると思います。産学連携を意識したとき、シーズを生み出す研究者と、ニーズに直接接する事業家(臨床医)の視点を兼ね備えているからです。

産学連携の最終到達点は、研究者自身が通常かかわることがない市場や新規事業です。そのシーズとなる研究成果を考えて知識生産に当たることが研究者に求められますが、接点がないれば難しい。しかし医学系の産学連携、つまり治療法開発では、事業家である研究者自身が臨床で芽吹かせられるシーズを踏まえて研究できるのです。臨床を行う先生にはぜひ、その強みを生かして研究を行ってほしいです。

白井 臨床上の課題解決のために研究をしている研究者は、産学連携だけでなく、倫理や法律等の諸課題解決への

(2面につづく)

●表 金沢大・京大のURA制度の比較

Table with 3 columns: 項目, 金沢大学, 京都大学. Rows include 教員総数, 名称, 部署内人数(うちURA), URAを配置した年, 学内での位置付け.

MEMO リサーチ・アドミニストレーター(university research administrator; URA)

大学などの研究力強化に貢献する専門職。米国では60年以上の歴史を持ち、資格を要する専門職として、研究にかかわる管理と支援から経営戦略に携わる。

日本では2011年に始まった文科省「リサーチ・アドミニストレーターを育成・確保するシステムの整備事業」を契機に、大学でのURA配置が進んだ。2011年当初は全国50機関に323人しかいなかったURAが、2015年には87機関761人と倍近くまで増加²⁾。国立大学に限定すれば、約6割の大学にURAが配置され、専門職として大学の研究力強化に資することが期待される。URAの多様な役割を明確にし、またURA全体のスキルアップをめざして現在、URAに求められるスキルの区分整理が進められ、さらに資格認定制度化が検討されている。

がん診療の定本として多くの医療者に現場で重宝されてきたマニュアル、ついに第8版!

医学書院



がん診療レジデントマニュアル 第8版

編集 国立がん研究センター 内科レジデント

昨今、免疫チェックポイント阻害剤等の躍進により多くの領域で標準療法がめまぐるしく塗り替えられている。またがんゲノム診療元年でもある2019年は、がんゲノム医療中核拠点病院・がんゲノム医療連携病院が選定され、保険診療としてがん遺伝子プロファイリング検査が開始された記念すべき年でもある。とはいえ本書の目的は変わらず第一線の医療者に向けて、目の前の医学的事象に対し常に「現実的な最適解」を提供し続けることである。

目次

- 1 がん診療と患者医療者間のコミュニケーション
2 がん薬物療法の基本概念
3 臨床試験
4 肺がん・悪性胸膜中皮腫
5 乳がん
6 頭頸部がん・甲状腺がん
7 食道がん
8 胃がん
9 大腸がん
10 肝・胆・膵がん
11 神経内分泌新生物・消化管間質腫瘍
12 婦人科がん
13 泌尿器腫瘍
14 胚細胞腫瘍
15 造血器腫瘍
16 骨軟部悪性腫瘍
17 皮膚がん
18 原発不明がん
19 脳腫瘍
20 がん性胸膜炎・がん性腹膜炎・がん性髄膜炎・がん性心膜炎
21 感染症対策
22 がん疼痛の治療と緩和ケア
23 骨髄抑制
24 消化器症状に対するアプローチ
25 腫瘍随伴症候群、抗悪性腫瘍薬の調製・投与方法と漏出性皮膚障害
26 がん治療における救急処置—オンコロジック・エマージェンシー—
27 免疫療法の有害事象
付録1 抗悪性腫瘍薬の種類
付録2 抗悪性腫瘍薬の略名
付録3 体表面積算定表

B6変型 頁584 2019年 定価:本体4,000円+税 [ISBN 978-4-260-03915-4]

<出席者>

●たかはし・まきこ氏

1991年東北大学農学部卒業後、東工大、東北大、理研などの研究企画関連部署を経て、2013年より現職。10年東北大学大学院工学研究科修了。博士(工学)。文科省、経産省の各種委員を務める。国内でのURA制度確立をめざした文科省「リサーチ・アドミニストレーターを育成・確保するシステムの整備推進委員会」委員を務めるなど、URA制度の発展に尽力する。

●いながき・みゆき氏

2006年金沢大学大学院自然科学研究科修了。博士(学術)。07年より金沢大でURAとしての勤務を始め、15年より現職。RA研究会の実施など、URAネットワーク構築に初期から携わる。学内ではプレアワード業務を中心に、研究、教育、国際にかかわるさまざまな事業へ関与している。

●しらい・てつや氏

2006年岡山大学大学院自然科学研究科修了。博士(理学)。京大大学院生命科学研究所特任助教、同大人文学研究所特定助教を経て、12年より現職。17年より同大プロポスタオフィス兼担。研究者時代の学際研究経験や科学技術社会論の知見を生かし、研究現場の環境を改善をめざす。

高橋 研究プロジェクト企画や申請書作成支援をURAの主業務として求める機関が多いと、私たちの調査でもわかっています³⁾。

白井 近年は、②大学経営・戦略に関する業務を担うURAが増えています。

自大学が持つ研究力を評価して学内予算の研究への配分率や学内ファンドの設計を検討し、大学全体の経営戦略・研究戦略を定めるのに貢献します。URAは研究者支援を行うことで、研究者の研究の流れや方向性、学内の研究状況を深く知ることで、それを生かした業務と言えるでしょう。

高橋 欧米のURAは研究面から組織経営にかかわることが求められるので、欧米式に近いと言えるかもしれません。③URA活動基盤整備は白井さんが携わっている業務ですね。

白井 ええ。地味だけれど重要な仕事です。研究資金情報の整備やURAの育成の他、URAを周知するための広報等がこの枠内の仕事です。

稲垣 URAの認知度向上はURA全体の課題です。②の仕事を通して大学執行部とのかかわりが大きくなる一方、研究者との接点が①を除いて少ないのは否めません。加えてURAが実際に担当する業務が多岐にわたる上、担当業務の範囲も大学ごとに異なることが、URAが何者かの認知を難しくする原因になっているかもしれません。これでは、一緒に仕事をする研究者とのコラボレーションが始まらなかったり、1回限りで終わってしまったりと、研究支援体制を整えても本当のシナジーは生まれません。URAの認知度が低い現状で、白井さんは京大でどんな工夫をしていますか。

白井 研究者との接点作りに科研費への申請を活用しています。研究領域を問わずほとんどの研究者が申請するので、科研費申請支援は多くの研究者にURAを知ってもらう機会となっています。

高橋 大学によっては科研費の申請が義務化されています。研究者自身が忙しいのも相まって、科研費申請に支援を必要とする方は多数いるでしょう。

白井 それに科研費申請支援には、URAの認知度を高める以上のメリットもあるんです。URAは支援を通じて研究内容を知ることができます。それだけでなく産学連携や成果発信などの研究周辺の活動に取り組むモチベーションや悩みなども知る機会となります。そうすると今度は、研究者の悩みに即した支援プログラムや研究活動に即したファンドをURAから紹介できるようになるのです。研究者の希望する研究活動にマッチしたファンドに申請することで採択可能性を高められます。

稲垣 個人で取ることが難しい大型研究費の獲得にもつなげられますよね。大学内の研究を見渡して、チームを組



●図1 URAの位置付け(白井氏提供資料より一部改変)

んだら研究成果が出そうな企画を大学執行部の意向も聞きながら立案して、研究者に提案もできます。こうした取り組みによってURA支援の有用性をさらに感じてもらえれば、必要なときに支援を要請してくれる好循環につながります。URAによる支援の有用性を認識された研究室主幹の先生が、研究室員に対して「研究費申請はURAに相談するように」とおっしゃるケースもあるようです。

表面的な忙しみの解消がURA支援の真の目的ではない

白井 ただ、有用性がわかって、支援が自分に必要だと認識していないケースも多々あると最近気付きました。稲垣 猫の手も借りたいあまり、とりあえずURAに支援を依頼する研究者もいますが、表面的な忙しみの解消がURA支援の真の目的ではありません。こちら辺も実は難しいところかと。

白井 おっしゃるとおりです。研究者が忙しかった要因の一つは、研究者に求められる役割が増えたことです。研究費を利用する上で求められる活動が、研究者自身の生業である知識生産への注力だけでなく、周辺領域への貢献まで広がりましたね(図2)。特に税金が拠出元となる場合は、研究成果の公開や倫理的課題に関する市民との対話など、知識生産以外の多様な業務が研究者に強く求められます。一方で研究者は本来、知識生産の専門家。それだけで大変な上、周辺業務の遂行を方法論も含めて学んできた人は極めてまれです。事務系職員も状況は同じなので、求められる周辺業務の支援を十分に行えず、それゆえ研究費獲得が難しくなったり、研究以外の業務を効率よく進められずに時間が取られたりする状況が生じたのです。

高橋 そこで、こうした業務を専門的に担う人材の必要性が高まり、2011年に文科省「リサーチ・アドミニストレーターを育成・確保するシステムの整備」事業が発足したわけです。個々の研究者に対しては研究時間の確保を含めた研究に専念できる環境を提供し、組織に対しては学内研究資源活用の最大化を図る。これが研究推進支援機能の本質だと思います。

専門家同士の協働が、広く社会に影響を与える成果を生む

高橋 十数年も前の昔話ですが、文科



●図2 社会の中の研究者の役割

従来、研究者には知識生産のみが求められた。しかし近年、研究成果の公表や法整備、生産した知の応用など、知識生産周辺領域への関与まで求められるようになった。

省等の委員会でURAの価値を端的に説明するたとえを問われ、「研究者は作家、URAは編集者」と答えました。今、お二人なら何にたとえますか？

稲垣 私は音楽プロデューサーだと思います。原曲をニーズに合わせてアレンジする。このクリエイティビティがURAの仕事の面白さでもあります。

白井 ただし、私たちURAができるのはあくまでアレンジ。原曲となる研究や知識をURAが生み出すことはできません。名曲にアレンジできるかは元の素材の良しあしに左右されます。高橋 同じ音楽関連職種でも、視点を変えて指揮者ととらえたURAもいました。

白井 研究チーム作りをとらえれば、稲垣さんは指揮者的なURAの一面もあると思います。

稲垣 皆が一様に指揮者である必要はないですが、指揮者的なURAの活躍も求められるようになってきたんですね。

白井 多様な人材が必要という観点から、私は映画制作にたとえて説明してきました。俳優である研究者がいなければ映画は作れない。ただ、俳優以外の多様な人材が映画制作に携わることも大切です。カメラマン、脚本家、制作資金を集める人……。URAも、研究費獲得に特化した人、宣伝に特化した人など、俳優の魅力を実際立たせるいろいろなタイプが必要だと思うのです。

高橋 いいたとえですね。俳優兼監督の研究者が自主制作で映画も作れる。でも、より広く社会に影響を与える映画をめざすにはハードルが高い。専門家同士が知見を持ち寄って協働することで初めてその域に到達できるということでしょうか。

URAには多様な仕事求められるため、多様な人材が必要です。そして多様な人材がいるからこそ、各研究者の研究をさらに輝かせるURAがいるはず。研究を活性化するための専門家の必要性を踏まえた協働が始まれば、私たちURAとしてもますます面白い仕事ができると思います。(了)

●参考文献・URL

- 1) 文科省科学技術・学術政策局産学連携・地域支援課 大学技術移転推進室。平成29年度大学等における産学連携等実施状況について。2019。
- 2) 高橋真木子。他。日本のアカデミアにおける研究推進・活用人材——競合から協働へ向かう産官学連携コーディネータとURA。GRIPS Discussion Paper 18-11, 2018。
- 3) 高橋真木子。他。日本のURAの役割の多様さとその背景——総合的な理解のためのフレームワーク。研究技術計画。2016; 31(2): 223-35。

(1面よりつづく)

モチベーションも高いですね。ガイドライン化や倫理・法的問題の解決を切り抜けなければ、研究成果を患者さんへ届けることができませんから。

ただし、諸課題を解決して研究成果を社会に還元するために知らなければならぬことがあまりにも多く、どんな超人でも一人で全てを行うのは困難です。現に、社会還元というゴールまでの道をまっすぐに描ける研究者は限られています。そのときURAが、最短距離になる道を示して途中でマイルストーンを建てて。そうすることで今着手すべきことが明確になります。頭の整理を一緒にしたり、倫理問題などへの必要な対応を定めたり、相談できる専門家集団へのアクセスを取り計らったり。URAができることは、ゴールに至るまでのあらゆるステップにあるのです。

研究費申請支援を次の支援のステップに

高橋 具体的な活動や研究者との役割分担のイメージができたところで、URAの役割の全体像を、大型の総合大学である京大を例にもう少し整理してみましょう(図1)。研究機関ごとの違いがあるとはいえ、大きくくるとほとんどのURA業務は①研究者支援、②大学経営・戦略、③URA活動基盤整備に集約できそうです。

白井 ①研究者支援は、URA制度確立の目的「研究者が研究活動に専念できる環境の実現」を果たすための大変重要な業務ですね。URAの仕事として想起しやすい「外部資金獲得支援」はこれに当たります。その他にも、研究成果の広報や産学連携や国際共同研究推進の支援、プロジェクトの進行管理も含まれます。

稲垣 URAが少ない大学では分業せず各人がこれらの幅広い業務に従事しますが、外部資金獲得支援の優先順位が高くなっていると思います。

頭部外傷治療・管理のガイドライン 第4版

監修 一般社団法人日本脳神経外科学会・一般社団法人日本脳神経外傷学会
編集 頭部外傷治療・管理のガイドライン作成委員会
編集協力 一般社団法人日本外傷学会

医学書院

A5 頁272 2019年 定価:3,000円+税 [ISBN 978-4-260-03960-4]



初期診療から専門診療への連携、治療後の社会復帰支援との連携にも着目した充実の改訂版

頭部外傷診療を取り巻く環境変化、蓄積されたエビデンスを反映した待望の改訂版。専門診療後の後療法や社会復帰支援との連携に着目し「早期リハ」、初期診療から頭部外傷専門診療への連携を重視し「凝固線溶解療法」「多発障害」を新設。「画像診断」「高次脳機能障害」「高齢者頭部外傷」「スポーツ頭部外傷」の各項では更なる充実を図った。

※第3版までの『重症頭部外傷治療・管理のガイドライン』からタイトルを変更した。

- 1 救急医療体制と脳神経外科医
- 2 初期治療
- 3 画像診断
- 4 ICU管理
- 5 手術適応と手術方法
- 6 頭蓋顔面損傷への対処
- 7 小児頭部外傷
- 8 高齢者頭部外傷
- 9 軽症・中等症頭部外傷への対処
- 10 スポーツ頭部外傷
- 11 外傷に伴う高次脳機能障害
- 12 外傷に伴う低髄液圧症候群
- 13 補遺

寄稿

米国の医師が取り組む患者エクスペリエンス(前編)

近本 洋介 Caring Accent 主宰, Certified Patient Experience Professional

医師のコミュニケーションに関する患者からの評価が低かったり、苦情が繰り返されたりすると、ボーナスに影響が出て、時には勤務契約更新も厳しくなる。そんな事態を防ぐため、任意ではなく時には半強制的に、コミュニケーションのトレーニングに参加を求められる。そんな状況に米国の医師は直面している。

「患者による主観的評価」向上が経営の最重要課題に

その発端は、高齢者対象の政府管掌保険であるメディケアが、病院に対する保険からの入院ケアへの支払いに Value-based Purchasing プログラムを導入し、その Value の中に患者エクスペリエンス (Patient Experience; 以下、PX) を組み込んだことにある¹⁾。同様の動きは 2015 年に超党派で成立したメディケアアクセス・CHIP 改正法 (MACRA) の下、外来ケアにも適用されることが決まってお²⁾、さらには民間保険会社も追従する動きがある。そんな中で、入院/外来にかかわらず PX に多大な影響を与えるのが、医師のコミュニケーションである。

米国の医療機関等を対象にした 2019 年の調査では、今後 3 年間のプライオリティのトップ 3 に PX が入ると回答した機関が 79% に上り、「コストマネジメント」の 24% や「スタッフのリクルートやリテンション」の 15% などに比べて突出して高い³⁾。PX が経営陣の関心を引きつけ、医師に対しても患者とのコミュニケーションの改善を主要課題として奨励するようになったわけである。

筆者はここ 10 年ほど複数の医療機関において、医師のコミュニケーションを中心とした PX の向上に取り組んできた。この課題に現場で一緒に取り組んだ医師らの声、さらには関連学会や専門誌などで共有された情報をもとに、米国の医師を取り巻く諸事情について紹介・考察していきたい。

なお紙面の都合上、PX は「ケアに関する患者による主観的評価」と述べるにとどめ、その詳細な定義や背景については省く。ただし、時に PX が誤解を招いたり言葉だけがひとり歩きしたりすることもあるため、関心のある読者はベリル研究所による白書を参考にしてほしい⁴⁾。

PX の台頭を米国の医師は実際にどう受け止めているのか

前述した PX 重視の動きは、米国の

医師に「最初からすんなりと」受け入れられたわけではない。「患者に医療の質を評価するスキルはない」「患者のご機嫌取りをやっていたのでは、安全で効果的な医療は提供できない」「不満を持つ患者だけがアンケートに答えるので不公平だ」「時間がなくて無理だ」などといった反論を今でも耳にすることがある。

ただ、実はこのようなネガティブな反応は、PX に関する戦略が現場にうまく導入されていない時に見られることが多い。例えば、医師のコミュニケーションに関するスコアを、医師間・診療科間・病院間などで比較し、当事者、さらに最近では一般市民にまで公開して、医師の競争心に訴え掛けようとするような場合である。指標が何であれ、可視化することは改善に向けた第一歩として重要である。ただし、経営陣と最前線で診療に携わる医師との間で、PX や医師のコミュニケーションの意義に関して議論を行う機会がなく、さらには改善方法に関する情報やスキル習得のサポートも提供されない状態で上記のようなマネジメント戦略が導入されたのでは、どんな医師でも反発を感じるのは当然のことであろう。

日本と同様、米国の医師のほとんどは、EHR (電子健康記録) の導入、それに伴う診療の詳細に関する報告義務、競争激化の中で余儀なくされる効率化など、日々のプレッシャーの中で懸命に患者の診療に携わっている。燃え尽きてしまったり、自死へと追い込まれてしまう医師も少なくない。そんな状況を打破するために PX の改善に携わる専門家が試みるのは、それぞれの医師が自分なりに納得のいくコミュニケーションの意義を検討するための機会を提供することである。

医師のコミュニケーション能力の向上を図るアプローチ

医師と効果的に協働するには、医師のカルチャーに合ったアプローチが必要である。医師は「科学的知見」と「自分の経験値」を重視するという考察に基づいて、以下のようなアプローチが頻繁に用いられている。

医師のコミュニケーションに関する学術報告の数は年々増え続けており、その効果の多様性が示され、効果に関する確信度も増している。医師のコミュニケーションは患者満足度にとどまらず、患者の治療への積極的参加のレベルやアウトカムそのものにも影響を与えることが繰り返し報告されている。また、コミュニケーションの仕方

と医療訴訟との関連、診療時間短縮の可能性についての報告もある。さらには、新しいコミュニケーション方法を身につけることが医師自身のウェルビーイングや仕事の充足感にも良い影響を及ぼすことも示唆されている。ヘルスケア・コミュニケーションに関するさまざまな学術報告は、関連機関のデータベースを参照してほしい⁵⁾。

ただし、コミュニケーション研究の領域に限らないが、いずれの研究もその方法論には限界がある。このことから、研究報告の細部に関する批判に終始してしまい、「自分に役立つかもしれない情報」に目を向けられない状況も少なからず存在する。

そこで、「医師は自分の経験値を大切にしよう」という考察を踏まえることになる。医師の心が動くきっかけになるのは「患者の声」を聞くことである。その一つの方法として、コミュニケーションに関する具体的な質問項目とそれに対する自分の患者のレスポンスの生データを提供することが効果的となる。実際に利用されている、医師のコミュニケーションに関する質問項目を以下に示す。

医師はあなたにわかるように説明しましたか？

「いつも」わかるように説明していた
「たいていの時は」わかるように説明していた
「時々」わかるように説明していた
「全く」わかるように説明していなかった

医師はあなたの言うことを注意深く聞いていましたか？

「いつも」聞いていた
「たいていの時は」聞いていた
「時々」聞いていた
「全く」聞いていなかった

医師はあなたに敬意を払い礼儀正しく振舞いましたか？

「いつも」そうだった
「たいていの時は」そうだった
「時々」そうだった
「全く」そうではなかった

この際、医師が自由に率直にデータを持つ意味を探索できるような環境を作ることが大切である。ここでは、例えば医師が実際に患者の話を聞いていたか否かは問題ではなく、あくまでも患者の主観的な評価に関するデータであること、患者によってさまざまな感じ方があることを強調、共有する。すると、自らのコミュニケーションが患者に及ぼす影響についていろいろな可能性を思い浮かべることが容易になる。「もしも、治療法の選択を大きく左右する情報について A さんがわかっていたらどんな影響が出るだ

●ちかもと・ようすけ氏
獨協医大越谷病院(当時)の臨床心理担当を経て渡米。スタンフォード大、カリフォルニア州立大、アメリカン大に勤務の後、カリフォルニアの統合医療システムのカイザー・パーマナテ、ニューヨークのマウント・サイナイ病院等にて医師のコミュニケーションスキルアップのプログラムを担当。2018年にシリコンバレーにて、ヘルスケア・コミュニケーションに特化したコンサルティング会社 Caring Accent を創設。博士(健康教育学)、Certified Patient Experience Professional。



ろう」とか「聞いてくれないのであれば言っても仕方ないと B さんが割り切ってしまうと、診断のために必要な情報も提供してくれなくなるかもしれない」など、医師自らの経験の枠組みの中で「患者の主観的評価」の持つ意味が実感できるようになるのである。

技法以前に目標の共有を

医師は、多くの人が健康で幸せな生活を送れるように支援したいと思っている。そのためであれば、できる限りのことをしようと努力している。わざと難しい説明をしたり、わざと患者の話の聴かなかつたりする医師はいない。最善の医療の提供を試みようとする医師の意図を明確に、目の前の患者に伝える。そこにコミュニケーション技法の役割がある。医師と患者の双方が合意できる目標を PX が掲げていることが医師に理解・実感されて初めて、具体的なコミュニケーション技法の探索へと踏み出すことができる。

後編では、米国の医師がどのようなコミュニケーション技法を使って、より良い患者との治療関係を築き、患者の話に傾聴する態度を明確に示し、患者にわかりやすい説明をしようとしているのかについて概観する。加えて、医療機関がどのようにコミュニケーション技法の習得を支援しているかも紹介する。

●参考文献・URL

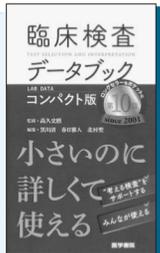
- 1) CMS. The Hospital Value-Based Purchasing (VBP) Program. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/HVBP/Hospital-Value-Based-Purchasing.html>
- 2) CMS. MACRA. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/MACRA-MIPS-and-APMs/MACRA-MIPS-and-APMs.html>
- 3) The Beryl Institute. 2019 State of Patient Experience: A Call to Action for the Future of Human Experience. 2019. <https://www.theberylinstitute.org/page/PX-BENCHMARKING>
- 4) The Beryl Institute. Defining Patient Experience. (日本語訳ダウンロード可) <https://www.theberylinstitute.org/store/View-Product.aspx?id=8924463>
- 5) Academy of Communication in Healthcare. Academic Articles. <https://www.achonline.org/Resources/Academic-Articles>

頼れる情報をポケットに

臨床検査データブック [コンパクト版] 第10版

いつでもどこでも必要になる検査項目 200 余を解説。病棟に、外来に、臨床実習に、ポケットに入れて持ち歩ける小さな本。小社刊『臨床検査データブック 2019-2020』から、基準値、共用基準範囲、パニック値、測定法、検体量、検査所要日数、検査目的などの基本データに加え、Decision Level、採取保存法、薬剤の影響、検査前後の患者指導を抜粋した。この第 10 版でさらに見やすい紙面となり、情報量は群を抜く。すべての医療者・学生におすすぬ。

監修 高久史磨
編集 黒川 清
春日雅人
北村 聖



一流英文誌に採択される論文を書くために知っておくべき英語論文作成のノウハウが満載

新訂 うまい英語で医学論文を書くコツ 世界の一流誌に採択されるノウハウ

英語論文を執筆しようと思ったら、まず本書で comfortable English をマスターするべし。一流英文誌に論文を採択されたかったら、まず本書で世界で通用する論文構成を学べし。新章「学術論文のうまい書き方」を加え「あの」名著がさらにパワーアップして復活。

植村研一



ケースでわかる 診断エラー学

「適切に診断できなかったのは、医師の知識不足が原因だ」——果たしてそうだろうか。うまく診断できなかった事例を分析する「診断エラー学」の視点から、診断に影響を及ぼす要因を知り、診断力を向上させる対策を紹介する。

綿貫 聡

東京都立多摩総合医療センター
救急・総合診療センター医長

第10回

徳田 安春

群馬沖縄臨床研修センター長

診断エラーの新たな要素「過剰診断」

ある日の診療

先日、私は非喫煙者の30歳男性の診察を行った。下痢が先行した後の腹痛で、身体所見上は腹痛の局在が明瞭ではなかった。臨床的には胃腸炎の診断と思ったが、本人からの強い要望もあり腹部造影CT検査を行ったところ、腹部に問題はなかったが肺野に5mm台の結節影が認められた。後日呼吸器内科へ紹介したところ3か月後にフォローアップとなり、そのときには結節影は消失していた。この事例の顛末についてどう解釈したらよいか悩んだ私は、指導医に相談することにした。

過小診断だけが 診断エラーではない

診断エラーの領域では、適時に診断に至れないなどの過小診断に関する問題が今までは多く取り上げられてきた。しかし近年、過小診断から見ればコインの裏表とも言える過剰診断(overdiagnosis)、特にその背景にある過剰検査が大きな問題として着目され、これを診断エラーの中に含めて考えるべきとの意見が出てきた¹⁾。

過剰検査は、①無症状の患者に対して行われる、推奨されないスクリーニング検査、②症状や徴候のある患者に対して行われる、必要以上の検査とされている²⁾。

過剰診断は、その診断や関連した治療が患者に利益をもたらす可能性が低い、または必要のない診断が付けられた場合に一般的に使用される用語である³⁾。もともとはがん検診の文脈で使用されることが多かったものの、最近では幅広い領域において使用される。

過剰検査、過剰診断、さらに過剰治

療は、医療の質管理上の問題ととらえられる。不要な検査や治療によって身体的危害、副作用、生活の質への悪影響、個人の医療費増加、医療システム資源の無駄使いや無駄な機会費用を生む可能性がある⁴⁾。過剰診断により懸念される内容としては以下がある⁵⁾。

- ・スクリーニングでの過剰診断により意図しない結果が生じる(例：乳房スクリーニングでの上皮内乳管癌の発見)
- ・患者利益に関するエビデンスのない心血管リスク管理(高血圧治療など)について治療閾値が低下する
- ・(特に多疾患併存に関して)多剤併用のリスク
- ・適用が推奨されないはずの母集団に対してガイドラインが適用される
- ・患者個人の希望と、医療安全管理の視点での推奨が対立する
- ・『Good medical practice』で推奨されるshared decision makingが行われないことがある
- ・より高いニーズを有する患者への介入時間が短くなる

実際に英国では、英NHSのhealth

check(健康診断)が、罹患率や死亡率に影響を与えないとの証拠があるにもかかわらず、代謝性疾患対策として経済的インセンティブをもって全国的に導入されて問題になった事例などがある⁶⁾。

米国の研究では、医師は21%の医療的なケアが不必要なものと感じ、分類別では、処方で22%、検査で25%、処置で11%ほどである⁶⁾。日本におけるデータの数は少ないが、日本の医師たちも20%程度の医療的ケアにおける検査が過剰なものであると認識しているとの報告⁷⁾がある。日本においても、過剰検査による過剰診断が存在すると予想される。

検査の適正な使用と 診断プロセスの改善

検査の使用に関して診断プロセスを改善する方向性は2つある⁸⁾(図)。第一は、危険な疾患について、必要な検査の不適用や治療の過小使用を改善して偽陰性を減らす(矢印①)ことで生命予後を改善する(ただし、コストが増える可能性もある)。もう一方は、良性疾患に対しての不適切な検査や治療の過剰使用の改善によって偽陽性を減らし(矢印②)、コストと患者利益の双方を改善させる方向がある。

これらの組み合わせにより、高品質で低コストの価値が高い診断が可能になる。冒頭のケースの過剰診断で調整されるべきは②であり、こちらについての方略を考えることが重要である。

過剰診断をどう認識し、 対応するか？

しかしながら、個別の診療から過剰診断を認識するのはなかなか難しい。過剰診断は、後ろ向きに、また人口ベースで認識されるものだからである。とはいえ身近な範囲で過剰診断を認識しやすい事例にincidental diagnosisがある。具体例を見てみよう。

- ・90歳男性の腹痛診療で腹部CTを撮影したところ、肺に結節影が偶然見つかった
- ・40歳男性の腹痛診療で尿管結石を疑い腹部CTを撮影したところ、腸管壁の肥厚が偶然確認され、後に潰瘍性大腸炎の診断に至った

以上のように、「担当医が予想していなかった診断」に偶然たどり着いてしまうことは臨床現場ではよく認められる。このような事象について、有病率の確認、検査や診療手順の妥当性などを振り返らずに今後の診療を行うと、自身の診療を振り返る機会を得られずに過剰な検査や診療行為の繰り返しに至る可能性があると思われる⁹⁾。

このような臨床現場での診療意思決定における有用な概念としてdiagnostic calibration(診断における較正)の概念¹⁰⁾が出てきた。一般に、診療の正

確性に自信を有していない医師は過剰に検査を行い、自信を有している医師は患者の訴えを過小評価しやすいとされる。診断プロセスの振り返りを行うことで、診療過程が妥当なものだったかを省みて、過剰診断や過小診断に揺れ過ぎた場合には次回以降の診療において検査の適用判断を意識的に行うなどして較正する。Diagnostic calibrationによって妥当な診療につなげる過程を経ることが、臨床現場における医療職、また医療チームの診療プロセス、意思決定の改善につながると予想される。

診療 その後

指導医は、本症例の振り返りカンファレンスを提案した。診療チームのメンバー、放射線科医などが集まり、議

論を行ったところ、

- ・放射線検査のメリット、デメリット、コスト
- ・非喫煙者の30代男性が肺がんを有する確率(有病率)
- ・診断的価値の少ない検査に対する考え方、患者への説明の仕方などが議題に上がった。

今回の事例は、小腸型の腸炎の暫定診断でそもそも問題がなく、CT検査の適用がなかったこと、患者に対して検査適用がないことを明確に伝える必要があったこと、過剰検査・診断の問題点に習熟する必要があることについて、チームで学習することができた。私自身は、検査の適用判断を次回の課題に据え、適用外検査を望む患者に出会った際の説明の方法を勉強すると決めた。

今回の学び

- 過剰診断も診断エラーの一部としてとらえる必要がある。
- 過剰診断は、身体的危害、副作用、生活の質への悪影響、個人の医療費の増加、医療資源の無駄使い、無駄な機会費用を生む可能性がある。
- 現場での過剰診断の問題を考えるにはincidental diagnosisの事例などに対する振り返りを行うことが大切で、診療プロセスにおける過剰診断・過小診断のバランスを取る意味でdiagnostic calibrationを意識的に行う必要がある。

参考文献・URL

- 1) Diagnosis (Berl). 2015 [PMID: 26955512]
- 2) Am J Med. 2014 [PMID: 24269325]
- 3) Preventing Overdiagnosis. Overdiagnosis. https://www.preventingoverdiagnosis.net/?page_id=1176
- 4) BMJ Qual Saf. 2018 [PMID: 29572297]
- 5) Royal College of General Practitioners. RCGP Standing Group on Overdiagnosis. <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2015/C72-Standing-Group-on-Overdiagnosis-revise-2.ashx?la=en>
- 6) PLoS One. 2017 [PMID: 28877170]
- 7) J Gen Fam Med. 2018 [PMID: 29600125]
- 8) Society to Improve Diagnosis in Medicine. The Roadmap for Research to Improve Diagnosis. Part 1: Converting National Academy of Medicine Recommendations into Policy Action. 2018.
- 9) 鶴木友都, 他. Incidental Diagnosisを適切に振り返ろう——ラッキー診断症例とover diagnosisの狭間で、第19回日本病院総合診療医学会学術集会. 2019.
- 10) JAMA. 2017 [PMID: 28828468]

医療者の評価

		危険な疾患	良性疾患
実際の病態	危険な疾患	True Positive : 検査・治療の適切な使用が必須 頻度は高くない	偽陰性 : 検査・治療の過小使用 まれだが許容されない
	良性疾患	偽陽性 : 検査・治療の過剰使用 頻度は高いが望ましくない	True Negative : 検査・治療の不適用 非常に頻度が高い

● 図 診断改善のための方略(文獻8 改変)

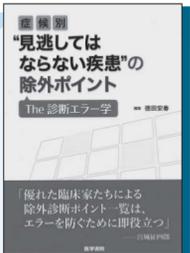
危険な疾患(集中的な診断調査または治療を必要とする)と良性疾患(集中的な診断調査または治療を必要としない)の区別を想定すると、実際の病態と医療者の評価で4象限に分類できる。診断の改善には、偽陰性の減少(矢印①)と偽陽性の減少(矢印②)の2つの方略が考えられる。矢印①は危険な疾患を正しく診断・治療することで患者の生命予後を改善するが、コストが増加する可能性がある。矢印②では、不適切な検査・治療を削減することで、患者への過剰診断の悪影響を排除しつつコストカットも行うことができる。

「重篤疾患をどう除外するのか」のポイントが明快、診断エラー防止に即役立つ

症候別「見逃してはならない疾患」の除外ポイント The 診断エラー学

徳田安春先生編集による診断エラー学の決定版! 主要な40症候における重篤疾患を「どう除外するか」という「除外診断のポイント」が明快にわかる。各症候について、①「見逃してはならない疾患」のリスト、②各疾患についての除外ポイント、③見逃すほどの程度危険か、④まとめとパル、で構成されており、診断エラーを防ぐための、優れたエキスパート診断医による的確なアドバイスが即役立つ!

編集 徳田安春

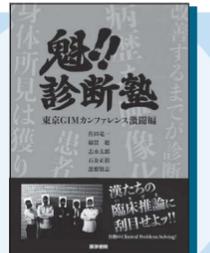


私に診断できぬものなし!

魁!! 診断塾 東京GIMカンファレンス激闘編

東京GIMカンファレンスで実際に提示された症例を題材に、某名作漫画を愛する5人の医師が繰り広げる熱いclinical problem solving! 『medicina』誌で好評を博した異色連載を書籍化。

佐田竜一
綿貫 聡
志水太郎
石金正裕
忽那賢志



Medical Library 書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR部(03-3817-5650)まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

マウス組織アトラス

岩永 敏彦, 小林 純子, 木村 俊介 ● 著

A4・頁168
定価: 本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03433-3

こんなアトラスが欲しかった! そう思わせる実用的な図譜に久しぶりに出合えた。医科学研究にとって遺伝子改変マウスの解析は当たり前の時代である。ノックアウトマウスで予想外の組織に影響が出たとき、あるいは組織特異的ノックアウトマウスの顕微鏡解析を初めて行うとき、どうするか。これまで私は、関連論文を検索するところから始めていた。でもこれからは違う。この『マウス組織アトラス』がすぐそばにある。

大きな特徴は、免疫染色による写真の多さであろう。ブラウンに染まるDAB染色像、そしてグリーン、レッド、ブルーを基調とした蛍光カラー写真が目を引く。しかも、質の高いものばかりである。これほど免疫組織写真を多用しているアトラスは珍しい。そこから得られる情報はまさに「機能」を前面に出した組織学である。HE染色では目立たない特殊な細胞や構造、そして機能分子を可視化すれば、組織構造と機能の同時理解が一気に進む。医学生にとっては病理診断が重要であるから、教育現場でのHE染色像は欠かせない。しかし、研究の世界ではこだわる必要はない。機能重視の優れた染色法のほうが先端をいける。その意味で、時代を先取りした一冊といえよう。

遺伝子改変マウスを扱う研究者に福音



評者 和栗 聡
福島県立医大教授・解剖組織学

もう一つ忘れてならない特徴は、簡潔さである。ほとんどの項目が見開き2ページでまとめられており、そこには短い導入の記述と10枚程度の写真が収められている。また、マウスに特有の肉眼解剖写真や模式図が随所に見られる。さらに、付録にはマウス組織で使える抗体がリストアップされ、研究のスピードアップが図られる。経験者は一目で、入門者は短時間見る(そして読む)だけで、組織の概要が理解できてしまう。これほど膨大な知識をコンパクトにまとめるには、解剖学全体の知識のみならず、組織学研究的ポイントと最新の知見を併せ持つ必要がある。

著者は日本の組織学を牽引してきた岩永敏彦先生と、その門下の方々(北大)である。岩永先生といえば、故・藤田恒夫先生(当時新潟大)の研究室で組織学を極め、最近では藤田尚男先生・藤田恒夫先生の『標準組織学 総論・各論』(医学書院)の改訂版を手掛けたことでも知られる。実際、学会でお会いした際は、染色法や使用抗体について教わることが多い。中でも「良い標本を作成しさえすれば、学生の理解は進む」という先生の持論は忘れられない。これは研究の世界にも当てはまる。論文で良いデータを示せば、レ

こどもの整形外科疾患の診かた 診断・治療から患者家族への説明まで 第2版

亀ヶ谷 真琴 ● 編
西須 孝 ● 編集協力

B5・頁432
定価: 本体9,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03677-1

評者 服部 義
あいち小児保健医療総合センターセンター長

日本の少子高齢化が止まりません。厚労省の統計によれば2018年の出生数は91万8397人、合計特殊出生率は1.42で出生数、出生率とも3年連続の減少となっています。こどもが少なくなれば、当然こどもの整形外科疾患患者も少なくなり、全国で小児整形外科疾患を診る機会がますます少なくなってきています。

小児整形外科の診断遅延や誤診断を防ぐ一助となる書



そのような状況の中、日本小児整形外科学会が行った発育性股関節形成不全(DDH)全国多施設調査では、2年間の乳幼児未整復脱臼例1295人中、199人(15%)が1歳以上の診断遅延例で、また3歳以上まで診断されなかったこどもたちが36人いて、調査するとそのほとんどが乳児健診を受けており、さらにその中には医療機関を受診していたにもかかわらず診断されていなかったこどもたちも多くいました。DDHのみならず、こどもの整形外科疾患の見逃しや誤診断は、こどもや家族に与える影響が大きく、時にはその後のこどもの人生に大きな負担を掛けることにもなります。

このような診断遅延や誤診断を防ぐべく、一般整形外科医の小児疾患診察の助けとなる一冊として、2011年に出版された本書の初版は、整形外科外来に常備しておくべき成書として、大いに役立つしてきました。その後8年が経過し、待望の第2版がこの度出版

されました。初版と同じく編集は亀ヶ谷真琴先生、編集協力は西須孝先生の千葉県こども病院の師弟コンビであり、その下に、日本にとどまらず世界の小児整形外科のメッカともいえる千葉県の小児整形外科グループの先生方が著者に名前を連ねています。対象疾患は初版の40疾患から64疾患に増えており、また文献に基づいた最近の知見も追加提供されています。

特に本書が有用となるのは整形外科外来にこども・家族が来院し、その診断・治療方針に不安を感じたときであり、本書をひもつけば、たちどころにそのさまざまな不安が解消されます。まず疾患別に患者家族からよくある質問が羅列され、その回答、診療上の留意点、さらに専門医に紹介するタイミング、疾患の解説・治療法まで親切に記載されています。まさしく整形外科外来に置いておくべき座右の書と断言したいと思います。小児整形外科の英文でのバイブル的成書『Tachdjian's Pediatric Orthopaedics』(いわゆるタビジャン)に対して、編者自らが名付けた「亀ジャン」と呼ばれる本書が、日本におけるバイブル的小児整形外科の成書になり、少なくなりつつある小児整形外科疾患の基本知識の啓発に役立ち、疾患を持つこどもたちの診断遅延や誤診断が多少でも減れば、小児整形外科医にとり幸甚この上ないことと思います。

このように診断遅延や誤診断を防ぐべく、一般整形外科医の小児疾患診察の助けとなる一冊として、2011年に出版された本書の初版は、整形外科外来に常備しておくべき成書として、大いに役立つしてきました。その後8年が経過し、待望の第2版がこの度出版

ビューアーも読者も読得できるのである。写真のプレゼン手法にも数々の経験とこだわりを垣間見ることが出来る。論文図作成の良いお手本にもなるアトラスである。本書は退職を前に編集したとのことであるが、まさに真のエキスパートによる集大成といえよ

う。まえがきには「標本を観察したときの感動を若い研究者に伝えたい」とある。伝わるとどうなるだろう? そう、「感動は人を動かす」のだ。感動したからこそ私も本評を書かせていただいた。マウスを扱う研究室には必ず一冊、そろえてほしい。

臨床から基礎研究まで、双極性障害のあらゆる情報を網羅した決定版!

双極性障害

病態の理解から治療戦略まで

加藤 忠史

第3版



●A5 頁440 2019年
定価: 本体5,000円+税
[ISBN978-4-260-03917-8]

双極性障害の決定版入門書、待望の改訂第3版。臨床・基礎のあらゆる情報を網羅。双極性障害の全体像を把握することができる1冊。

目次

第1章	歴史
第2章	疫学と社会的影響
第3章	症状・経過
第4章	診断
第5章	治療戦略
第6章	治療薬とその薬理
第7章	環境因
第8章	ゲノム研究
第9章	脳研究
第10章	患者由来細胞を用いた研究
第11章	バイオマーカー研究
第12章	病態仮説

医学書院

こどもの整形外科疾患の診かた 第2版

診断・治療から患者家族への説明まで

編集: 亀ヶ谷 真琴 編集協力: 西須 孝

好評の小児整形外科診療本、新たに24疾患を加えたコンプリート版が誕生!

日常外来で遭遇する小児の整形外科疾患の診かたについて、患者家族からの質問に対する回答例をはじめ、専門医への受け渡しのタイミングを含めた診断・治療の流れを解説。

目次 Contents

こどもを診るために	D スポーツ障害
—小児整形外科概論	E 成長に伴う問題
A 下肢にみられる疾患	F 腫瘍性疾患
B 上肢にみられる疾患	G 全身性疾患
C 体幹にみられる疾患	



●B5 頁432 2019年
定価: 本体9,000円+税
[ISBN978-4-260-03677-1]

Medical Library

書評・新刊案内

《標準言語聴覚障害学》 地域言語聴覚療法学

藤田 郁代 ● シリーズ監修
半田 理恵子, 藤田 郁代 ● 編

B5・頁232
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03637-5

評者 長谷川 幹
三軒茶屋内科リハビリテーションクリニック院長

脳卒中などを発症すると入院し、障害が残ったまま退院する。そこで、地域でのさまざまな医療・福祉関係者がチームを組んで障害のある人の支援をすることになる。

子供の病気は発達障害、周産期の障害など幅広くあるが、子供を専門に診ているリハビリテーション病院は公立などに限定されていることが多い。教育も絡み、地域に生活している障害のある子に十分な対応ができていないのが現状である。

また、超高齢社会に突入し、嚥下障害の高齢者が多くなり、その対応も重要である。

このように小児から高齢者、さまざまな疾患による障害のある人に対する地域の体制づくりが大きな課題である。

こうした中で、本書が登場したのは時宜にかなっている。言語聴覚士が国家資格になってまだ約20年という歴史から、地域で活動している言語聴覚士は少ないため、編者の序で、「先例となるテキストや理論が存在しないため、執筆者はご自分の経験を頼りに荒野を耕すような思いで一字一句を生み出されたことと思う」と述べている。そのような思いを込めて挑戦している姿が思い浮かぶような本である。

第1章の「社会的背景と意義」では、第一次大戦以降のリハビリテーションの歴史、わが国における高齢者～小児の社会保障制度の変遷などを大局的に述べ、第2章以降につなげている。

第2章の「成人・高齢者の地域生活

を支える」では、求められる地域言語聴覚療法に関して、地域包括ケア、医療、介護などのシステムと制度以外にインフォーマル支援に着目している。

地域で言語聴覚療法をする際の情報収集と評価、支援計画などを基礎として、具体的な地域での介護予防、通所、在宅、介護老人保健施設などの場での言語聴覚療法について、そして、失語症、高次脳機能障害、神経難病、がん、吃音などのある人への地域での言語聴覚療法について、幅広く述べている。

第3章の「小児の地域生活を支える」では、発達、教育の視点で乳幼児、通所、就学後、特別支援教育、重症心身障害児について、支援のシステム、他の職種との動きと言語聴覚士の役割、動きを詳細に述べている。

第4章では最近組織化された災害時へのリハビリテーション体制と言語聴覚士の役割、第5章でコミュニケーション機器について述べている。

このように地域での言語聴覚士の活動の場は極めて広く、評者も学ぶ点が多かった。歴史的に見てまだ未成熟な部分が多く、若い世代もこれを機に地域で挑戦し障害のある人と共に課題を解決していこうとすれば、言語聴覚士の活躍する場面が拡がりその内容が深化すると思う。

言語聴覚士のみならず関連職種、学生などにもぜひ読んでいただきたい本である。

地域での言語聴覚士の活躍の拡がりを示す



Evidence Based で考える

認知症リハビリテーション

編集 田平 隆行 / 田中 寛之

ナラティブを超えたエビデンスベースのリハビリテーション介入戦略

エビデンスがあり、かつ、適応と限界、アウトカムとの関連が明確に示されている最新の認知症リハビリテーションの評価法、介入法を紹介。「臨床」と「研究」をつなぐ1冊。

●B5 頁312 2019年
定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03923-9]



作業療法の話をしてよう

作業の力に気づくための歴史・理論・実践

編集 吉川 ひろみ

魅力あふれる作業療法の世界に浸る

偉人たちが紡ぎ上げてきた作業療法の歴史を踏まえたうえで、現代から将来への作業療法のビジョンを明確に提示する。作業療法の魅力を発信したくなる1冊。

●B5 頁256 2019年
定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03832-4]



脊髄損傷リハビリテーションマニュアル 第3版

神奈川リハビリテーション病院 脊髄損傷リハビリテーションマニュアル編集委員会 ● 編

B5・頁336
定価:本体5,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03696-2

評者 徳弘 昭博
吉備高原医療リハビリテーションセンター院長

脊髄損傷(以下、脊損)は本人・家族、さらに周囲の人々にもその後の人生に多大な影響を与える重要なリハビリテーション(以下、リハ)の対象障害である。その障害は多面的で、初期のリハから生涯にわたる包括的ケアが必要となる。リハにかかわる医療者はチームで対応するが、障害は重く、対応の範囲は広く、要する知識は膨大で、医療現場での身体的・精神的負担は大きい。わが国で専門的リハ医療を展開できるリハ施設は限られている。

神奈川リハビリテーション病院は脊損リハの長い歴史と多くの経験があり、高度な技術と知識を持つわが国有数の施設である。本書にはその技術・知識・経験が全ての領域にわたって記述されている。本書は優れた現場の技術書であり、同時に脊損リハの全貌を知ろうとする者にとっては絶好の教科書である。

本書の初版の序の冒頭には「この本は実践の技術書である」と編者の志が示されているが、今回の第3版もこの姿勢が貫かれると同時に、新たな技術・知見が盛り込まれた最新の内容になっている。写真・図を多用しビジュアルに理解を促進するという配慮がなされており、読者は脊損リハ全般の知識とその全貌が理解できると同時に、

技術・知識・経験が全領域にわたり記述された優れた技術書



リハ医療が対応する分野の広がりや深さに気付かされる。医療現場の医療文化やリハに向かう姿勢をも発信されているように思える。

脊損の発生状況は変化しつつあり、現在は高齢者の四肢不全麻痺が多数を占める状況となった。高齢者に対しては各地域の施設でリハ治療が行われることが多いが、脊損に対する経験があまりない医療者は心理的な負担を感じていると聞く。そのようなときも本書は高齢脊損者のリハ医療にも触れられているので絶好の技術書となり、各施設の脊損リハ技術・知識の普及・向上に役立つだろう。

また脊損医療の現在の関心は再生医療にあるが、それが本格的に開始された後も社会復帰には地道なりハ訓練を経なければならぬ。その際にも本書に記述された内容は有用であり続けると思われる。

脊損リハの現場では医学的エビデンスを明らかにできない医療も実際行われている。本書は医療者が抱くそうした疑問に合理性ある記述で応えている。読みやすく考慮されており脊損リハの入門者にはもちろん、脊損リハに現在かかわっている医療者にとっても技術や知識の確認・整理に最適である。

内科救急で使える! Point-of-Care 超音波ベーシックス [Web動画付]

亀田 徹 ● 著

B5・頁240
定価:本体4,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03805-8

評者 山中 克郎
福島県立医大津医療センター研修教育センター長/教授・総合内科学

「共に老いてゆこう。いちばんいい時はこれからだ。人生の最後、そのために最初が作られたのだ」

と詩を詠んだのは英 国の詩人ロバート・ブ ラウニング(1812~89年)です。

60歳になると細かい字を読むことはできなくなり、数日前に勉強したことも忘れてしまいます。診療手技は若者にとてめかないません。しかし、病気の診断まで若手医師に負けるなんて悔しいのです。

亀田徹先生に初めてお会いしたのは、数年前に軽井沢で開かれた診断推論をテーマにした研修医セミナーの会

場でした。そこで亀田先生が Point-of-Care ultrasound (POCUS) の有用性を熱弁されていたのです。直感的に、これからの診断推論にはエコーを効果的に使った診断が非常に有用であると感しました。

その後、亀田先生は医学書院の雑誌『総合診療』に「診察で使える! 急性期 Point-of-Care 超音波ベーシックス」を連載し、ますます多くの医師が POCUS の有用性を実感するようになりました。救急室では若手医師らが超音波診断装置を積極的に使い、的確に診断していく姿をよく目にします。ベテランも負けてはいられません。新しいもの

エコーを効果的に使い、的確な診断推論に役立てよう!

今すぐやってみよう! コマンドライン操作・データ解析のコツとスキルが身につく

生命科学者のための Dr. Bono データ解析実践道場

▶データ解析を行う上で必須の操作であるコマンドラインの使い方の基礎を説明したうえで、生命科学領域の代表的な6つの解析手法を取り上げ、その具体的な手順を、実際にコンピュータを操作しながら追っていきながら詳しく解説。読者がコマンドの意味を理解しながらコマンドラインを使いこなせるようになることを目指す実践書。姉妹書「Dr. Bonoの生命科学データ解析」を教科書として参照すればなお理解が進む。

著: 坊屋秀雅 ライフサイエンス統合データベースセンター(DBCLS)特任准教授

定価: 本体3,000円+税 B5変 216頁 図40 2019年 ISBN978-4-8157-0172-7

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

画像所見のよみ方と鑑別診断

胆・膵 第2版

花田 敬士, 植木 敏晴, 湯沼 朗生, 糸井 隆夫 編著

B5・頁400
定価: 本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03238-4

本書は初版に引き続き、日本消化器画像診断研究会を基盤として発刊された。日本消化器画像診断研究会は、1983年に有山襄先生、竹原靖明先生により創設された研究会で、各施設が持ち寄った貴重な1例を、発表時間5分、討論時間15分をかけた、消化器内科医、放射線科医、病理医がけんけんごうごうの議論を戦わせる会である。CT, MRI, ERCP, EUSなどの画像と病理を突き合わせ、診断が正しいか否かのみではなく、その画像と病理像との整合性、診断に至るストラテジー、さらに治療方針の妥当性、

遺伝子変異や病因論などについても延々と討論が行われ、時間オーバーが当たり前前の研究会である。私は以前より、本研究会は「画像オタク・病理オタクの晴れ舞台」と感じていた。質問者が自分でレーザーポインターを持って来て発表者にかみ付く学会・研究会など他にあらうか？発表者をそっちのけで質問者同士が議論することなどは、他の学会・研究会ではまず見たことがない。本研究会は、発表者に多くの緊張を強いるが、その反面、発表がうまくいくとホッとするとともに、さらに勉強しようという意欲が湧く、まさに若手にとって最高の鍛錬の場でもある。本研究会の代表世話人は、初代の有山先生に始まり、堀口祐爾先生、山雄健次先生、そして現在の真口宏介先生に脈々と引き継がれているのである。第2版を執筆された、花田敬士先生、植木敏晴先生、湯沼朗生先生、糸井隆夫先生は、現在の日本消化器画像診断研究会の中心人物であり、また次世代

画像オタク・病理オタクの新たなバイブル



を支えるホープでもある。彼らによって初版本に引き続き、今回もまた、「画像オタク・病理オタクのバイブル」と言える素晴らしい本が完成したことに敬意を評したい。

小生は外科医であるので、実際に内視鏡をしたり診断を下したりすることは少ないが、常日頃から消化器内科医、放射線科医、病理医の診断に助けられていることを実感している。われわれは彼らの診断結果を受けて患者さんを手術したり、治療方法を変えたり、術後のフォローアップを行うのであり、画像診断・病理鑑別診断は、まさに患者さんの生死

を分ける最重要事項であり、常に頭に入れておく必要がある。外科医にとって本研究会は、「画像オタク・病理オタク」の熱い討論とそれから導かれる多くの知見により外科臨床が助けられていることを、身をもって体感できる場である。良い外科治療成績が得られるのも、良い内科医、放射線科医、病理医がいて初めて達成できるものであり、それは車の両輪のように両者が機能して初めて真っすぐに進んでいくものと思っている。

繰り返しになるが、本書は「画像オタク・病理オタクのバイブル」というべき極めて魅力的な本で、現在の「オタク」はもちろん、このようなオタク世界が広がっていることを若い医師にも紹介できる素晴らしい出来である。「オタク」は求道者でもある。「オタクのバイブル」である本書に刺激を受けて消化器画像診断の求道者が一人でも増えること、そしてその結果、多くの患者さんを救えるようになることを期待している。

を覚えるのは非常に苦痛ですが、有益なものはどんどん学ばなければ医学の進歩から取り残されていきます。

私は新しいことを学ぶときにはお気に入りの1冊の入門書を熟読することから始めます。内科診察室や救急外来での超音波診断を学ぶのにこの本ほど適したものはありません。

本書では、まず、超音波診断の基礎理論が述べられています。次に疾患を腹部(急性胆嚢炎、腸閉塞、急性虫垂炎、尿路結石、腹部大動脈瘤、腹腔内出血)、循環器(左室収縮能低下、心タンポナーデ、急性肺塞栓症、循環血液量減少、下肢深部静脈血栓症)、呼吸器(気胸、心原性肺水腫、肺炎、胸

水)に分類し、超音波診断の方法について動画を交えながらわかりやすく解説がなされています。観察項目とポイント、身体所見と超音波検査所見との組み合わせでの診察、POCUSのエビデンスについて引用論文を用いて熱く語られているのです。

さらにもっと高度なPOC活用を学びたい人のために、ショックと呼吸困難の評価、心停止の評価、気管挿管の確認法と続きます。

若手医師に負けてはいられません。ブラウニングはこんな名言を残しています。

「成長せずに、どうしてこの世に存在する意味があるだろうか」

2018年『胃と腸』賞授賞式

2018年『胃と腸』賞の授賞式が9月18日、笹川記念会館(東京都港区)で開催された早期胃癌研究会の席上にて行われた。本賞は『胃と腸』誌に掲載された論文から、年間でも優れた論文に贈られるもの。



●写真 竹内学氏

今回は、対象論文185本の中から、竹内学氏(長岡赤十字病院)らによる「食道表在癌における深達度診断からみたB2血管の意義」[胃と腸. 2018; 53(10): 1343-52.]が受賞した。当日は選考委員の松本主之氏(岩手医大)から、選考経過の説明とお祝いの言葉が述べられ、竹内氏に賞状と盾が授与された。

◆正診率の低いB2血管における深達度診断精度向上に資する

2011年に作成された日本食道学会拡大内視鏡分類は現在、臨床の場で広く用いられている。この分類に基づくB1血管やB3血管における食道表在癌の深達度診断正診率は高い一方、「ループ形成に乏しい異常血管」と定義されるB2血管の正診率の低さが課題とされる。誤診の一因として、B2血管を呈する病変の深達度が他の血管と比較し幅広いことが考えられた。竹内氏らはB2血管の領域性に着目し、受賞論文ではその長径と深達度の相関を検討した。

検討の結果、誤診されやすい深達度であるT1b-SM2癌のB2血管領域長径中央値は、それより有意に大きいことが明らかになった。そこで氏らは、B2血管領域がB2血管のみで構成されるpure typeと、B1血管が混在するmixed typeに分けて多施設での検討を実施。Pure typeでは、T1b-SM2癌のB2血管領域長径はそれより有意に大きい結果が得られた。B2血管における深達度診断の精度向上のためには、B2血管の領域性を加味した診断が有用である可能性を報告した。

受賞のあいさつで竹内氏は自身の研究生生活を振り返り、「多くの先生方から内視鏡と病理のつながりを指導していただく中で、病理組織を顕微鏡で自ら観察し、それを内視鏡にフィードバックする光景に衝撃を受けた経験が、自分を診断学の道に導いてくれた」と恩師への感謝の言葉を述べた。今後の抱負については「これまで培ってきた診断学を『胃と腸』誌や早期胃癌研究会に生かせるよう努力し続けたい」と語った。

*授賞式の模様は『胃と腸』誌(第54巻12号)にも掲載されます。

第16回

腱反射

漢字から見る
神経学

書・大山九八

普段何気なく使っている神経学用語。その由来を考えたことはありませんか？漢字好きの神経内科医が、数千年の歴史を持つ漢字の成り立ちから現代の神経学を考察します。

福武敏夫
鳥田メデイカルセンター脳神経内科部長

今回は、医師なら誰しもハンマーで叩いたことのある腱反射(tendon reflex)についてです。Google Scholarで昔の日本語文献を検索する限り、1890年に鉛中毒の症例報告の中で、「上下両肢ノ腱反射ハ著シキ亢進ナク」と使われたのが最初のようなのです。その後も腱反射という用語は長く用いられています。

しかし、解剖生理学的に最も望ましい表現は筋伸張反射(muscle stretch reflex)です。腱はハンマーで叩く部位にすぎず、腱への刺激により筋の伸長が生じ、筋紡錘が引っ張られることで反射が開始されるのです。同じ意見が2015年の『Muscle & Nerve』誌に掲載されています(PMID: 26228437)。神経学辞典の最高峰たる『Companion to Clinical Neurology』でも、tendon reflexは最も行き渡ってしまった誤称(misnomer)の1つとされています。とは言っても、ここまで汎用されてきた用語を変えろとは言いません。

ところで、深部腱反射(deep tendon reflex)もそれなりに用いられている用語です。Google Scholarで検索すると、深部腱反射でヒットする文献は3450件、(深部腱反射を引いた)腱反射は1万2250件であり、PubMedではdeep tendon reflexは5000件、(deep tendon reflexを引いた)tendon reflexは9000件であり、日本語でも英語でも、深部(deep)を付けない方が多く使われてきています。表在腱反射は存在しませんから、「深部(deep)」という言葉をつけることには全く意味がありません。

英語圏の標準的な神経診察学の教科書である『DeJong's The Neurologic Examination』では、並記はされていますが、deepが残存しています。Deepが付いているのは「多分に英語の語呂(euphony)によるともいう」(平山恵造『神経症候学 改訂第二版』)ことと思われます。深部腱反射という言葉は、バビンスキー徴候などの表在反射(正確には皮膚・粘膜反射)を意識して作られた言葉と思われるかもしれませんが、それなら「腱」が余計でした。中国では、これらの反射は表在反射と深部反射とに大別されており、これはこれで許容されます。

難解なMRIの撮像原理をやさしく、パワフルに解説する
大好評の定番テキスト、待望の第4版

MRIの基本パワーテキスト 第4版

基礎理論から最新撮像法まで MRI: The Basics, 4th Edition

▶ 難解なMRIの撮像原理を基礎理論から最新撮像法まで系統立てて丁寧に解説した定番テキスト、8年ぶりの改訂。数式の使用は平易なものにとどめ、解説図を豊富に用い視覚的なわかりやすさを追求。実際のMR画像も多数掲載。新たに磁化率強調画像、エラストグラフィ、制限拡散画像などの最新の撮像技術、MRの安全性のパートが追加され、専門医模擬試験100問を収録。

訳: 荒木 力 山梨大学名誉教授

定価: 本体6,500円+税
B5 頁504 写真279・色図397 2019年
ISBN978-4-8157-0169-7

MEDI 医療・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.medsci.co.jp
FAX. (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

Gastropedia

消化器にかかわる医療関係者のために

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

電子版 ありますよ。

医学書院のあの本、



新刊も、雑誌も、ベストセラーのあの本も!

詳しくは **医書ジーピー** の
WEBサイトへ (<https://store.isho.jp/>) ▶▶



現在約4,000点がラインナップ

 **医書ジーピー**は、医学書院を含む医学専門出版社の
書籍・雑誌の電子版を配信しています。

登録無料!

今なら全ページ
『ちょっと立ち読み』できます!

- 医書.jp 商品のご購入・ご利用にあたり、会員登録が必要です。
- 医書.jp 商品はWEBサイトまたはパートナー書店からご購入いただけます。
- 購入いただいた書籍・雑誌は、専用ビューアまたはWEBブラウザにて閲覧できます。
- 法人向けサービス「医書.jp オールアクセス」もごございます。
詳細はWEBサイトをご覧ください。▶ <https://www.isho.jp/serviceguide/>



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp