

- [対談] 一歩進んだ感染対策の実現へ(坂本史衣、本田仁)..... 1-2面
- [寄稿] がん領域におけるオンライン治療の実践(中村健一)..... 3面
- [インタビュー] 脳卒中リハビリテーションの臨床実践を支援する(金子唯史)..... 4面
- [連載] サイエンスイラスト「伝わる」科学..... 5面
- [連載] 心の不調に対する「アニメ療法」の可能性、他..... 6-7面

対談

一歩進んだ感染対策の実現へ



個々の対策は現場の努力で頑張っているが、網羅的ではない——。コロナ禍を通じた感染対策への意識の高まりを評価する一方で、日本の感染対策の現状をこう評価した坂本史衣氏。同氏は、国内の感染対策のレベルを底上げするため、このたび『感染対策60のQ&A』(医学書院)を上梓した。「基本的な医療関連感染対策について、理論と活用の両面からわかりやすく語りたい」と序文で記したように、同書では医療関連感染の予防と制御に従事する初学者をメインターゲットに、感染対策における“哲学”とも表現できる、“なぜ?”に答えた解説がちりばめられている。そこで本紙では Hospital Epidemiologist として長年活躍してきた本田仁氏との対談を企画。日本の感染対策の現状を共有し、今後に向けた課題について議論を行った。

本田 対談に臨むに当たって新刊『感染対策60のQ&A』を読ませていただきました。この一冊だけで院内の感染対策マニュアルに置き換わってしまうくらいに網羅的です。お世辞抜きでまさにバイブル。当院ではこの書籍を1年かけて感染対策のチームで輪読しようと思っています。特に書籍の顔となる第1章で標準予防策を取り上げている点はとても良いですね。先生が標準予防策の重要性を意識されていることを感じました。

坂本 ありがとうございます。コロナ禍の激動とともに書いた、私にとっても思い出の一冊です。

本田 これまで私は Hospital Epidemiologist として院内での感染対策に従事してきた中で、「なぜ医療者は標準予防策を徹底しなければならないのか」との疑問をぶつけられることが多く、その意義を理解してもらえないケースが多々あったのですが、本書はそうした根本的な疑問を解決できる解説がふんだんに盛り込まれています。例えば「病院を訪れる患者の中で、ヒトヒト感染する病原体を持つことが事前に判明している患者は全体のひと握りにすぎません。したがってすべての患者の湿性生体物質には感染性があると考えて取り扱うことが、既知および未知の病原体による感染から医療関係者と患者を守ることに繋がります」とのようなメッセージ。こうした前提、言わば“感染対策における哲学”が押さえられていないと、「感染対策チームから言われたのでやります」という受け身の姿勢にスタッフたちがなりやすいのです。

有益な情報にいかにアクセスできるか

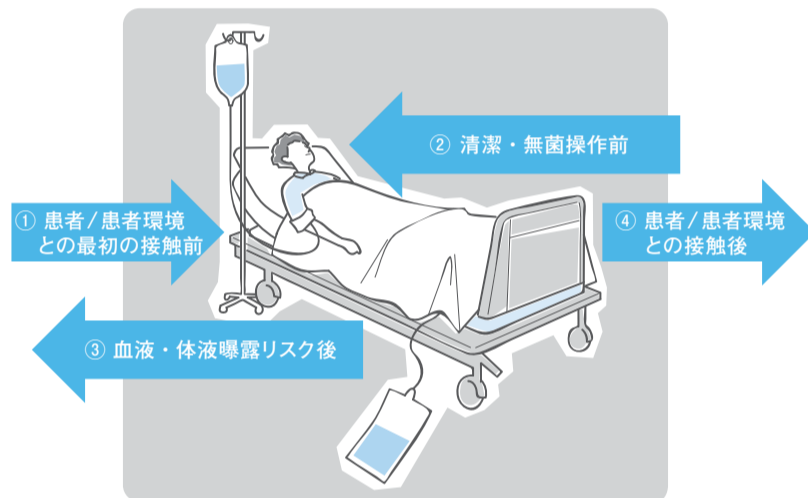
本田 今回の書籍で目に留まったのは、カナダ・オンタリオ州公衆衛生局が公開している感染対策の情報が数多く引用されていたことです。一般的に感染対策の分野では米国疾病予防管理センター(CDC)や米国医療疫学会(SHEA)といった米国発の文献が紹介されることが多い中で、カナダの取り組みに着目された理由を教えてください。

坂本 世界で広く知られ、活用されているWHOやCDCの指針を参考にすることはもちろん多いのですが、エビデンスに忠実なあまり、表現が抽象的あるいは複雑で、使いづらい勧告も多いと言えます。例えばWHOによる手指衛生の5つのタイミング¹⁾は下記のように示されていますが、患者との接触については前・後が推奨されているのに、患者周辺環境との接触については後のみが推奨されている点にモヤッとすし、現場の人は覚えづらい。

- ①患者との接触前
- ②清潔・無菌操作前
- ③血液・体液曝露リスク後
- ④患者との接触後
- ⑤患者周辺環境との接触後

他方、カナダ・オンタリオ州公衆衛生局が公開している指針²⁾では下記の4項目が示されています(図)。

- ①患者/患者環境との最初の接触前
- ②清潔・無菌操作前
- ③血液・体液曝露リスク後
- ④患者/患者環境との接触後



● 図 カナダ・オンタリオ州公衆衛生局による手指衛生の4つのタイミング(文献2より)

このように、カナダの指針はわかりやすく、実践に落とし込みやすいのが特徴です。他にも医療環境に関するガイドライン(https://onl.la/kMGdiJZ)の内容も質が高く、勧告を行う「背景」に関する説明が丁寧で、現場での活用例も豊富です。日本ではあまり知られていませんが、有益なガイドラインと言えます。

本田 日本の文献ではそうした痒い所に手が届くようなものはないので、海外のこうした情報にアクセスできるか否かで大きな差が生まれますよね。

坂本 ええ。その問題が可視化されたのがコロナ禍です。イタリアや米国で日本よりも先にクラスターや医療逼迫が起こっていた中、最前線の医療者がSNSを通じて発信した情報が拡散され、早い段階で感染対策の検討が進められました。新型インフルエンザやSARS、MARSの時と比較すると段違いの早さです。現地の医師とつないで

リアルな声を伝えたJAMAのポッドキャストも大変参考になりました。これら最新の情報にアクセスできた人がうまく情報をピックアップし拡散できたらよかったです。特に感染拡大初期の混乱時は、うまく切り分けられた施設と対応に苦慮した施設が国内で二極化してしまっただけで、今後同じ状況になった時に、好事例をいち早く共有できるプラットフォームがあればと考えています。

トップのスタンスが感染対策の成否を左右する

本田 最近では院内におけるユニバーサルマスクングをいつやめるかとの話題も議論されるようになりました。世間的には緩和ムードが漂う中で、院内における医療者の感染対策へのモチ

(2面につづく)

感染対策
60の
Q&A

坂本史衣

● A5 頁328 2023年 定価:3,300円(本体3,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05271-9]

感染対策

60の
Q&A

坂本史衣

医療関連感染対策の
心強い相棒!

「担当者が直面する悩み」を解決する具体的な情報
シリーズ第1巻『60のQ&A』に続き、医療関係者
最前線に欠かせない科学的視点や実務者
Q&A形式で解説

医学書院

医療関連感染対策の問題解決のための 理論と実践をQ&A形式で具体的に解説

医療関連感染対策の現場で起こる複雑で多様な問題を解決する情報が満載。押さえておきたい60テーマを8カテゴリー(①標準予防策 ②感染経路別予防策 ③医療器具関連感染予防 ④職業感染予防 ⑤洗浄・消毒・滅菌、⑥医療環境管理 ⑦サーベイランス ⑧新興感染症のパンデミック)に分類し、Q&A形式で具体的に解説。

詳細はこちら



目次

- 第1章 標準予防策—感染予防はここから始まる
- 第2章 感染経路別予防策—標準予防策に追加する対策
- 第3章 医療器具関連感染予防—適正使用とケアバンドル
- 第4章 職業感染予防—安全な職場環境作り
- 第5章 洗浄・消毒・滅菌—再生処理の全体像

姉妹書はこちら

感染対策
40の鉄則



感染対策
40の
鉄則

坂本史衣
医療関連感染対策を
成功させよう!

- 第6章 医療環境管理—多部門で行うリスク評価と改善
- 第7章 サーベイランス—感染対策の羅針盤
- 第8章 新興感染症のパンデミック—これからの備える

医学書院

●さかもと・ふみえ氏

1991年聖路加看護大(当時)卒。97年米コロナ肺炎大衆衛生大学院修了。同年に帰国し、聖路加国際病院看護部勤務。2001年日看協看護研修学校に出席して認定看護師教育課程感染管理学科専任教員を務め、02年より聖路加国際病院にて感染管理に従事する。23年11月より現職。感染制御および疫学資格認定機構(CBIC)による認定資格(CIC)を03年に取得。『感染対策40の鉄則』『感染対策60のQ&A』(いずれも医学書院)など著書多数。専門は医療関連感染対策。



●ほんだ・ひとし氏

2000年北里大医学部卒。日本での研修後、04年より米ハワイ大にて内科研修を行う。その後、米ワシントン大にて感染症科フェロー、感染対策/医療疫学フェロー。10年に帰国し、手稲溪仁会病院総合内科・感染症科医長を経て、13年東京都立多摩総合医療センター感染症科医長。22年より現職。米国内科専門医、米国内科感染症専門医。専門は病院疫学、病院感染対策、抗菌薬適正使用、臨床感染症。



イランスデータの整備が求められます。定期的な評価を行い、ベンチマークと比較をして、明確に「ここがダメです」と可視化し、感染対策の意義をトップに理解してもらえよう訴えていくべきです。当院では、ある領域に課題を見いだした際、教授会で話をすることを院長にセッティングしていただくこともありました。

坂本 トップが感染対策の重要性を表明し、支援してくれているのは良いですね。感染のリスクや対策の効果を可視化するには、転倒・転落や誤薬などの目に見えるインシデントとは異なり、専門技能が必要です。感染対策のプロセスやアウトカム評価を病院の質改善プログラムに組み込んで、トップを含めた関係者と共有することが推進される仕組みになることを期待します。

ポジティブなフィードバックができる場面では最大の評価を

坂本 リスクを数値で可視化し、比較を通して改善状況を評価する。こうしたリスク評価は日本人のメンタリティにすぐにはなじまないかもしれませんが、感染予防には不可欠です。米国では消費者団体が医療の質に関する各種指標を公開しており³⁾、患者は各病院の成績を見て受診する病院を決められます。このレポートは、単に「医師や看護師が親切だった」といった口コミではなく、医療関連感染の発生率など、病院から開示された客観的データに基づいて作成されています。医療の質改善の行程は、データを重要なステークホルダーである患者・家族に開示し、改善活動への参加を促すことまでを含むものだと私はとらえています。日本の文化に合った形で実現できると良いと思います。以前の勤務先では、データによる可視化を前向きにとらえてもらうために、手指衛生実施率を個人別に算出し、その結果をボーナスの算定に反映させる部署がありました。

本田 興味深い事例ですね。日本ではあまりそうしたケースは聞きません。金銭的なインセンティブはプラスに働いたのでしょうか。

坂本 スタッフ自身がモニタリングに参加し、現場で指導を行うなど主体的な改善活動を行った結果、遵守率が高い水準で維持されるようになりました。

本田 一般的に行われる感染対策指導は懲罰的に見えるので、努力した方にポジティブなフィードバックができる機会は貴重です。

坂本 医療安全についても「インシデントレポートを出させられた」と受け手側がネガティブにとらえてしまうケースは多いですね。けれどもインシデントレポートの結果を踏まえて改善ができるのだから、質改善を推進する側としては、むしろ「報告してくれてありがとう」と言うのが筋です。「インシデントレポートを提出する義務がある」と伝える必要はあるものの、そ

れだけで安全文化を作り上げるのは難しい。改善の努力に対するポジティブ

感染対策を強化するために必要なのは全体像を把握する力

本田 2014年に坂本先生も参加し開かれた座談会「全ての医療者が行うべき“スタンダード・ケア”——手指衛生からはじめよう」(本紙3096号)で手指衛生に関して議論した頃は、感染対策への医療者の関心がまだまだprimitiveであったと記憶しています。しかし、それから約10年が経過し、近年は特に疫学やデータを意識した感染対策へと変容してきたことを実感する機会が増えてきました。

坂本 臨床感染症医が感染予防の領域にも関心を示すようになったことも大きいですね。その人数は今でも決して多いとは言えませんが、彼らがかかわってくれるようになったことで感染対策の幅が広がりました。とはいえ、日本の病院での感染対策の進め方には課題もまだ多い。特に全体像から見える弱点を把握して対策を講じる力が弱いと感じます。手指衛生一つとってみても、思い付きで始めた一つの介入のディテールは気にするけれども、多面的介入のフレームワーク、つまり手指衛生を推進するために必要な全要素におけるその介入の必要性や見込まれる効果が明確ではなく、その他の介入の必要性に関するアセスメントも不十分という光景をよく見かけます。個々の対策は現場の努力で頑張っているが、網羅的ではないのです。こうした改善の取り組みをOECDはレポート⁴⁾の中で“haphazardly applied”として説明していました。つまり、質改善の取り組みが無いわけではないが、何の脈絡もなく始まり、網羅的でも継続的でもないことが指摘されているのです。

本田 日本の感染対策は、やはりどこか断片的ですね。感染対策向上加算においては、算定要件に医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師の4職種の参加が規定され、この4職種でラウンドすることが求められているものの、果たして感染対策の改善に職種の規定が必要なのだろうか疑問を抱いています。坂本 医療関連感染予防に求められる専門性には、縦割りにした職種別の技能ではカバーできないものがあります。日常的な感染のリスク評価に求められる疫学や統計学、質改善のためのプロジェクトマネジメントや情報管理がその例で、「得意な人が誰もいない」中核となる技能は4職種の隙間に落ちてしまします。これも全体像の話になるのですが、米感染管理疫学専門家協会(APIC)が示しているような感染予防担当者のコンピテンシーモデルが、日本で示されていないことは課題と言えるでしょう。同モデルでは、感染対策担当者のレベルに応じて、リーダーシップ、プロフェッショナルとしての姿勢、質改善、プログラム運営、情報管理、研究の6領域に分けて技能レベルを評価できるようになっています。

な評価の積み重ねが安全文化を醸成していくはずですよ。

本田 米国はフレームワークをつくるのがうまいです。しかもその多くがチェックリスト方式になっていて不足部分を浮かび上がらせます。

坂本 フレームワークが活用されていれば、人材に多少の能力の差はあれど最低限の質が保証されているために、組織が機能しやすいです。現状の日本は、従事する個人個人の能力に大きく依存してしまっています。

本田 神の手が一人いるよりも、均質な人材が複数人いたほうが属人的な状況から抜け出すことを可能にし、組織は安定します。患者にとっても有益に働くはずですよ。そうした人材を養成するためのトレーニング体制が併せて構築できれば、持続可能性を持った感染対策チームを国内でも生み出すことが十分可能でしょう。

*

坂本 米国のCIC(Certification in Infection Control)のような職種を問わない認定試験に関する検討が国内の学会でも始まっており、私もこの議論に携わらせてもらっています。個人的には、先ほど話題に挙げたAPICのコンピテンシーモデルを参考にしながら、介護施設や産業保健師などを想定した初級者レベル、認定看護師資格を取得したばかりの方を想定した中級者レベル、専従者としての経験が長く、知識が豊富な方を想定した上級者レベルの試験があるとよいのではないかと考えています。これが実現すれば、どの職種であっても所属組織のニーズにあった知識レベルを担保できるはず。最終的にこの認定基準が診療報酬の算定要件となれば、日本の感染対策は大きく変容していこうと考えています。

本田 良い取り組みですね。少なくとも上級者レベルの試験は簡単に合格できないような質の高い試験であることを期待します。実践での経験値がないと解けないような問題があればさらに良いでしょう。試験の存在が自分に足りない部分に気付くきっかけになるべきです。坂本 制度に関する細部の検討はこれからだと思いますが、試験による更新制を導入し、生涯学習を求める形になればと考えています。日本の感染対策への意識がさらに高まるきっかけになるとうれしいです。(了)

●参考文献・URL

- 1) WHO. Your 5 Moments for Hand Hygiene. 2009. <https://onl.la/eS4TkMQ>
- 2) PIDAC. Best Practices for Hand Hygiene in All Health Care Settings, 4th ed. 2014. <https://onl.la/prLafXV>
- 3) Leapfrog Hospital Safety Grade. How safe is your hospital? 2023. <https://www.hospitalsafetygrade.org/>
- 4) OECD. OECD 医療の質レビュー日本——スタンダードの引き上げ：評価と提言。2014. <https://onl.la/F2NQHjf>

(1面よりつづく)

バージョンを持続させることに苦勞をしています。

坂本 難しい問題ですね。前任の聖路加国際病院では周りに人がいない時はマスクを外してよいという方針でした(2023年10月末時点)。人がいる場面でのマスクの着用については、リスクを取りすぎると集団感染によって業務縮小に至る可能性があるため、外してもよい場面を増やしていくに当たって、リスクをどこまで許容できるのかを各施設で議論する必要があります。

COVID-19に限りませんが、感染対策の根拠となる科学と病院経営のバランスの取り方は、経営層の医療の質や安全に対する考え方の影響を大きく受けます。ですので、人の健康への影響を考えた時に妥協が望ましくない部分と、トップの判断に委ねてよい部分を切り分けて折衝するようにしています。

本田 経営層の考え方一つで感染対策の成否が大きく左右されるという点は非常に頷けます。トップのスタンスをはっきりさせることは重要です。

坂本 感染対策チームの悩みとして「スタッフが言うことを聞いてくれない」との話をよく聞きますが、「感染予防は病院の方針であり、職員はそれに従う義務がある」との明確な指針があれば、感染予防をやる/やらないの選択肢が職員側に委ねられる事態は避けられます。「価値観が異なるので承服できない」と意見する人に対しては、感染予防に対する説明責任のあるトップが、「病院の方針なので従ってください」と伝えることもできます。しかし、この責任の所在が曖昧であるが故に、感染対策チームが現場との板挟みになってしまう光景を頻繁に目にします。

本田 そうした状況を変えるためにも、感染対策チームには院内のサーベ

効果的な感染対策に欠かせない知識とコツが満載

感染対策40の鉄則

医療関連感染対策を成功させるために、筆者が実践している40のルール(=鉄則)をつぶさに紹介! 例えば、「鉄則1:手指衛生消毒薬の使用量から手指衛生実施率を知ることはできない」「鉄則23:感染経路別予防策は、感染症の疫学的特徴に合わせてカスタマイズする」など。効果的な感染対策に欠かせない科学的視点や思考過程についてわかりやすく解説。医療機関で活用できる知識とコツを満載した充実の内容。

坂本史衣

感染対策 40の鉄則

医療関連感染対策を成功させよう!

悩める感染症医の思考過程から、適切な抗菌薬選択の考え方を学ぼう!

ケースで学ぶ抗菌薬選択の考え方 耐性と抗菌メカニズムの理解で深掘りする

抗菌薬適正使用に必要な、抗菌と耐性のメカニズムの本格的な解説が魅力。症例編では、なかなか効果が発揮されない抗菌薬治療を見直し、菌の同定、耐性の状況などを探っていく過程から、適切な処方選択・変更の考え方を学ぶことができます。

監修 矢野寿一 笠原敬 著 小川吉彦

ケースで学ぶ 抗菌薬選択の考え方 耐性と抗菌メカニズムの理解で深掘りする

寄稿

がん領域におけるオンライン治験の実際

中村 健一 国立がん研究センター中央病院 国際開発部門長

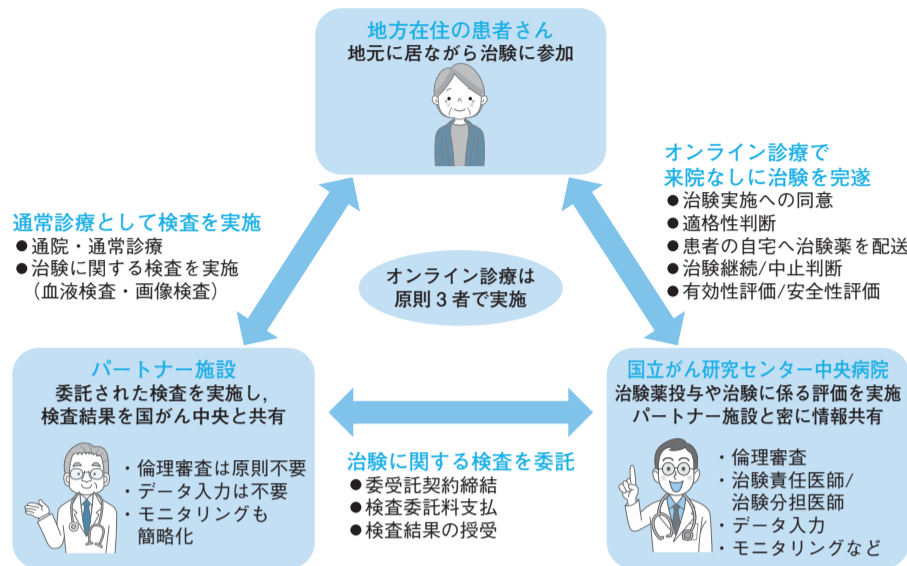
分散型臨床試験 (Decentralized Clinical Trial: DCT) とは、オンライン治験あるいはリモート治験とも呼ばれる新たなタイプの臨床試験である。従来、患者が臨床試験に参加するには医療機関への来院が必要であったが、DCTでは全くの来院なしに臨床試験への参加が可能となったり (フルリモート型 DCT)、一部をリモートに置き換えることで来院回数を減らしたりすることが可能となる (ハイブリッド型 DCT)。

がん領域では 2019 年よりがん遺伝子パネル検査が保険収載されたものの、パネル検査を受けたとしても実際に治療薬へ到達できる患者の割合は 9.4% と極めて低い¹⁾。その原因の 1 つが地方に在住する患者の治験アクセスの悪さである。特に希少がん、希少フラクションの治験は都市部に集中しており、地方在住の患者が頻りに都市部まで通院して治験に参加することには、時間的、経済的、身体的に大きな負担が伴った。DCT は、こうした地方在住の患者における治験へのアクセスを劇的に改善させる手法として期待されている。

フルリモート型 DCT のメリットとは

DCT の良い適応となるのは、①アクセス面での制約がある場合 (例: 患者が遠隔地に在住、高齢者や障害を持つ患者で移動が困難)、②患者が医療機関を訪れることがリスクとなる場合 (例: コロナ禍での来院)、③ウェアラブルデバイスやスマートフォンを介した情報収集が適している場合 (例: 患者自身が報告する QOL がアウトカムである場合) などが挙げられる。DCT は米国を中心に、移動に困難を抱える精神神経疾患患者等に対して行われてきたが、日本でもコロナ禍を契機に初診からのオンライン診療が可能となり、各領域で試みられるようになった。がん領域でも、2022 年より愛知県がんセンターで、医師主導治験によるフルリモート型 DCT が開始となり²⁾、23 年からは国立がん研究センター中央病院 (以下、国がん中央) においても、希少がん医師主導治験に対してフルリモート型 DCT が導入された。

国がん中央で実施しているフルリモート型 DCT の仕組みを図に示す。従来、地方在住の患者が国がん中央の治験に参加するにはビジットごとに東京まで何時間もかけて通院する必要があった。しかし、フルリモート型 DCT ではオンライン診療で国がん中央と患者自宅近隣のパートナー施設を



●図 国立がん研究センター中央病院で実施しているフルリモート型 DCT の仕組み

結び、患者は東京に来ることなく治験への参加が可能となる。治験参加への同意は eConsent と呼ばれるシステム上でデジタルサインを行うことによりなされ、治験薬 (経口薬) は国がん中央から患者宅へ直接配送される。一方、治験に必要な血液検査や画像検査等は患者が自宅近隣のパートナー施設を受診する形で実施し、検査結果はパートナー施設から国がん中央へ共有される。この仕組みにより、患者は自宅近隣を離れることなく遠隔地から治験への参加が可能となる。

なお、このパートナー施設は、「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」(GCP 省令) 39 条の 2 に定められた委受託契約により、検査等を委託された施設との位置づけとなる。つまり治験実施機関には相当しないため、倫理審査を受ける必要はなく、治験責任医師や治験分担医師としてのトレーニングも免除される (委託業務を遂行するためのトレーニングは必要)。またデータ入力は、共有された検査結果に基づき国がん中央で行う。そのため遠隔地への訪問モニタリングが不要となり、モニタリングコストが大幅に軽減できるメリットも存在する。

こうしたフルリモート型 DCT のメリットをまとめると、まず患者にとっては自宅近隣から移動することなく治験への参加が可能となり、治験へのアクセスが劇的に改善する。治験実施機関にとっては日本全国から患者をリクルートすることが可能となり、早期に患者登録を完了できるようになる。また、製薬企業にとっても、早期の患者登録完了により承認時期の前倒しが可能となるほか、登録期間の短縮やモニタリングの簡略化によってコストダウンが可能になるなど、多くのステーク

ホルダーにとってメリットがある仕組みと言える。

普及に向けた課題

今回の仕組みで導入している主な DCT 要素は、eConsent、オンライン診療、データ共有システム、治験薬直接配送の 4 つである。このうち eConsent とオンライン診療は市販の DCT 用システムを利用している。前者については厚生労働省から 2023 年 3 月にガイダンスが発出されており³⁾、今後 DCT に関連したガイダンスが順次公表されることになっている。一方、市販の DCT 用システムには診療予約や医療費決済の仕組みが組み込まれていなかったため、別のシステムを準備することを余儀なくされた。また、遠隔地のパートナー施設から国がん中央へインターネットを介して検査結果を共有するには、医療情報の電子的な取り扱いを定めた 3 省 2 ガイドラインを遵守する必要がある⁴⁾。しかしながら、今回の仕組みに適した市販のデータ共有システムが存在しなかったため、インハウスで独自のデータ共有システムを構築する必要が生じた。結果的に複数のシステムを組み合わせた手順とせざるを得なかったわけだが、DCT 実施に必要な要素がオールインワンで揃ったシステムが開発され、さらにそのシステムに合わせた標準的な手順が整備されれば、今後各医療機関における導入が容易になるであろう。

国境を越えた DCT の実現に向けて

今回提示した仕組みは、理論的にはパートナー施設が海外に存在する場合

●なかむら・けんいち氏

1999 年京大医学部卒業後、関連病院で 7 年間外科医として勤務。2006 年より国立がん研究センター中央病院で日本臨床腫瘍研究グループ (JCOG) の運営・管理に当たる。15 年には同院で医師主導治験の支援部門を立ち上げ、日本最大規模の支援機能を有する組織を構築。20 年より現職。アジア臨床試験ネットワーク構築や DCT 実装、治験に関する規制要件の政策提言等を行う。横市大および広島大客員教授。



でも可能である。実際、この仕組みを海外へ拡張するために、タイをはじめ、いくつかの国と交渉を行ってきた。拡大に当たっての最大の障壁は、国境を越えてオンライン診療を行うには現地の医師免許が必要という点であった。タイ保健省と最初に交渉を行った際にも、日本の医師が日本からオンライン診療を行うにはタイの医師免許が必要という説明を受けた。

しかし、DCT におけるタイ側のメリットを関係各所へ粘り強く働きかけた結果、2023 年 6 月にタイ保健省と国がん中央との間で、国境を越えた DCT 推進のための協力覚書を締結するに至った。この覚書には DCT を担当する国がん中央の医師に temporary medical license (臨時医師免許) を発行することが含まれており、国境を越えた DCT 実現に向けた最大の障壁が取り除かれた。現在はタイ側のパートナー施設を決定し、登録開始に向けた準備を進めている。

*

今回紹介したフルリモート型 DCT の 1 例目は希少がんに対する医師主導治験であるが、同時に来院とリモートでのオンライン診療を組み合わせたハイブリッド型 DCT の準備を、企業治験や特定臨床研究で進めている。DCT は患者や治験実施機関、パートナー施設、製薬企業等、多くのステークホルダーにメリットのある仕組みであり、今後事例が増えることが見込まれるが、そのためには効率的なオペレーションを可能にする統合型のシステムの構築と手順の標準化が不可欠である。特に施設間でのクラウド上のデータ共有とモニタリングの簡略化は、今後の治験 DX の本丸であり、日本全体での取り組みが期待される。

●参考文献・URL

- 1) 厚労省. がんゲノム医療中核拠点病院等の指定について. 2023. <https://bit.ly/3Fw99CY>
- 2) Cancer Sci. 2023 [PMID: 36971104]
- 3) 厚労省. 治験及び製造販売後臨床試験における電磁的方法を用いた説明及び同意に関する留意点について. 2023. <https://bit.ly/3u3dVny>
- 4) 厚労省. 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 6.0 版. 2023. <https://bit.ly/3QuWle9>
- 5) 経産省, 総務省. 医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン 1.1 版. 2023. <https://bit.ly/3QbXQfF>

現代の医療・福祉分野のニーズに応えられる 46 の QOL 尺度を徹底紹介

臨床・研究で活用できる!

QOL 評価マニュアル

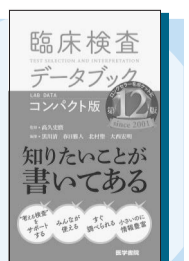
QOL を医療や福祉分野のアウトカムとして活用しようとする流れが加速している昨今、医療者は QOL 尺度の基礎知識と実際の使い方を把握しておく必要があるといえる。本書は、現代の医療・福祉分野でおさえるべき 46 の尺度をピックアップ。各々の特徴を述べるとともに、尺度を使用する際に必要となる開発者、質問票、版権や採点方法、さらにはエビデンスベースの活用方法をまとめている。QOL 評価の新たなバイブルとなる 1冊。

監修 下妻晃二郎
編集 能登真一

いつでもどこでも頼れる お役立ちデータブック

臨床検査データブック [コンパクト版] 第12版

『臨床検査データブック 2023-2024』(2023 年 1 月刊行) から、いつでもどこでも必要になる検査 216 項目を抽出し、ポケットに入るサイズに編集。この検査値の意味は…? 病棟に、外来に、実習に、持ち歩いてさっとひけ、コンパクトサイズながら情報がぎっしりと詰まっています。調べたいことが載っている、本当にお役立ちなデータブック。医療職みんなの臨床をサポートします。

監修 高久史磨
編集 黒川 清
春日雅人
北村 聖
大西宏明

脳卒中リハビリテーションの臨床実践を支援する



interview 金子唯史氏(株式会社 STROKE LAB 代表取締役社長)に聞く

リハビリテーション業界ではエビデンスが重視される一方で、現場ではエビデンスを実臨床に活用できない療法士が多く、必要な情報が必要としている人に十分に届いていない。こう語るの脳卒中のリハビリテーションを解説した新刊『脳卒中の機能回復——動画で学ぶ自主トレーニング』(医学書院)を上梓した金子唯史氏である。同氏が代表を務める STROKE LAB では、臨床実践の際に押さえておきたいリハビリテーションの Tips を SNS を通じて発信している。Web 上に存在する情報は玉石混交な現代において、情報発信を続けるねらいとは。書籍発行の背景や情報発信活動に込めた思いを金子氏に聞いた。

情報のギャップを埋める橋渡し

——まずは書籍『脳卒中の機能回復——動画で学ぶ自主トレーニング』の発行に至った経緯を教えてください。
金子 臨床経験を積み重ねてきた中で、リハビリテーション領域における“情報のギャップ”を感じていました。近年では本領域でもエビデンスが重視され、最先端を走る臨床家や研究者たちが臨床実践の結果を論文にまとめて報告しているもの、そうしたデータを参照し十分に活用できる基礎力の高い療法士が多いとは言えません。

この状況を打破するために、2015年に立ち上げたのが STROKE LAB です。リハビリテーションを行う際に知っておきたい基本的知識を YouTube や SNS 上で発信してきました。情報発信を続ける中で、ブルンストロームステージや FMA (Fugl-Meyer Assessment) などの評価バッテリーの具体的な実施手順や解釈を解説した投稿のビュー数が多いことに気付いたのです。これらは養成課程で必ず習う項目であり、臨床現場では知っていて当たり前とされます。しかし、実際には需要があったのです。この気付きから、現場レベルで本当に必要とされている知見をまとめた書籍の発行に至りました。

——本書では脳卒中の機能評価やリハビリテーションの当事者の自主トレーニング方法などをエビデンスと共に見開き2ページで説明することを基本とし、同ページには STROKE LAB が運営する YouTube チャンネルへの QR コードも掲載しています(図)。こうした紙

面の構成としたのはなぜでしょう。
金子 現場の療法士や当事者に実践的に使ってほしかったからです。脳卒中のリハビリテーションを総論的に解説した参考書は一定数ありますが、臨床現場での活用が想定された実践書は多くありません。また、例えば外来では当事者一人にかけられる時間は限られており、その中で機能回復を早めるには、自宅等での自主トレーニングも必要です。そこで、自主トレーニングの指導の参考となるようエビデンスと共に紙面と動画でわかりやすく示したかったのです。

——療法士だけでなく当事者が読んでも実践できる内容になっているのですね。
金子 はい。情報のギャップは療法士と当事者(や家族)の間にも存在しています。現場で「ここを参考にしてください」と活用されることを想定し、本書には「家族もできるトレーニング」といった内容も盛り込みました。

また、自主トレーニングとは単に運動のみを指すのではなく、病態の基礎知識を理解することも含まれます。当事者自身が病態への理解を深めることで、リハビリテーションの効果も変わってくるでしょう。本書ではそうした体を動かすための知識も解説しているので、療法士の方にはぜひ現場での指導の際に活用してもらいたいです。

リアルな共感体験ができる場所

——金子先生は10年以上の臨床経験を経てから STROKE LAB を起業されています。起業の経緯を教えてください。
金子 保険診療での限界を感じて、当事

者の自己負担でリハビリテーションを行う(自費リハビリ)施設として立ち上げました。起業当時は自費リハビリを提供する団体や施設がいくつか出始めていた頃で、本領域が徐々に盛り上がってくるであろうとの予感がありました。自費リハビリのメリットは施術できる日数に制限がなく、長期にわたりリハビリテーションを行える点です。

また自費リハビリ事業に加えて、療法士向けの講習会を開催する教育事業も起業当初から開始しました。いくつかの書籍の翻訳に携わったことで病院主催の講習会に講師として呼ばれるようになり、教育にも需要があることに気がきました。

——現在は療法士向けにリハビリテーションの技術などを解説する講習会やセミナーはさまざまあります。他の講習会との違いはどういった点ですか。
金子 同じ時間や空間を長期間(半年以上)共有する共感体験を重視し、実地/オンラインで双方向なやりとりが行える点です。臨床現場においてエビデンスは重要であるものの、リハビリテーションの対象は感情を持った人間であり、エビデンスを押さえてマニュアル通りに行うだけでは当事者の総合的な支援にはつながりにくい。論文やセミナーを受動的に読む・受けるだけでなく、当事者の感情の機微に配慮した情報の伝え方や筋肉の反応を直接手で感じ取ることといった人間中心のアプローチを学べるよう工夫しています。

また、SNSの発達によって情報発信が容易になり、リハビリテーションの要点を解説する投稿が見受けられます。Web上に存在する情報は玉石混交ですが、取捨選択を正しく行えるなら有料級の知識を無料で学べる時代です。そうすると、相対的にリアルな共感体験ができる場所の価値は上がってくるかと想定していました。弊社の講習会が500人以上の修了者を輩出できたのは、われわれが重視する共感体験が評価されているからでしょう。

金子 大なり小なり自らが置かれている環境への不満や悩みは尽きないと思います。それらを解決するには自分が頑張るだけでなく、上司や先輩・後輩、当事者と向き合っ対話してみてください。その際、感謝の気持ちを忘れずに物事をポジティブにとらえてみると良いでしょう。

本書は STROKE LAB を起業しておよそ10年の臨床知をまとめた集大成です。第1章の症例紹介から入り、脳卒中の基礎知識→評価→自主トレーニング→当事者の本音という若手療法士や当事者に読んでほしい順に目次建てを構成しました。そうした本書に込めたストーリーをぜひ感じ取ってください。(了)

●かねこ・ただふみ氏

2002年に作業療法士免許を取得後、近森リハビリテーション病院に入職。04年から順大附属順天堂医院に勤務する。15年株式会社 STROKE LAB を設立し、22年より現職。自費リハビリ事業だけでなく若手療法士の教育や登録者計7万人超えの YouTube チャンネル『STROKE LAB ニューロリハビリ研究所』『脳リハ.com』などを通じた情報発信にも注力する。著書に『脳卒中の動作分析』『脳卒中の機能回復』(いずれも医学書院)など。X (旧 Twitter) ID : @thinkable77

STROKE LABの YouTube チャンネルはこちらから

当事者のニーズを個別に解決！自主トレーニングの新しいカタチ
STROKE X RECOVERY
脳卒中の機能回復
動画で学ぶ自主トレーニング
執筆 金子唯史 執筆協力 丸山聖矢
脳卒中患者のリハビリに携わる療法士に向けた革新的なガイドブックが誕生。本書は30時間に及ぶ YouTube 動画と連携し、療法士が患者に対して、より個別化された自主トレーニングの提供や実践的な説明、指導を行うための手引き書となっている。機能回復に必要な情報や評価手順、家族でも実施可能なトレーニングなど、療法士や患者家族が知りたい情報も豊富に収録。学生の臨床実習から現場の療法士まで幅広い層に最適な一冊。
目次
症例紹介/脳卒中の基礎知識/評価/
上肢の自主トレーニング/下肢の自主トレーニング/
体幹の自主トレーニング/嚥下の自主トレーニング/
家族もできるトレーニング/Q&A/
生活アイデア/料理

書籍の詳細はこちら

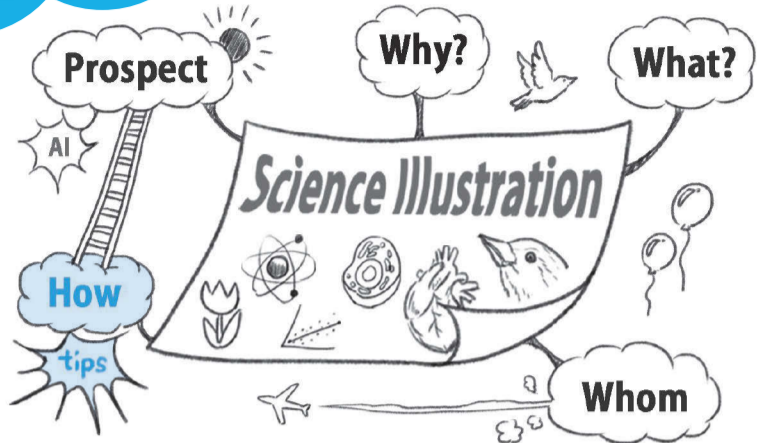
神経学的評価
ブルンストロームステージ
Brunnstrom Stage
ブルンストロームステージは、脳卒中後の運動機能の評価方法として臨床でよく用いられている検査です。しかし原著論文や教科書では詳細な評価基準が示されておらず、検査者によって評価基準に差が生じています。運動機能の回復に共通認識をもたせよう、上田式12段階評価を取り入れたブルンストロームステージの評価方法について解説します。
評価ポイント
評価はステージ3から開始し、関節運動や筋収縮の有無を対象とします(図1)。
図1 ブルンストロームステージのフローチャート
評価方法
上肢評価
ステージ3
【方法】①(両手共同運動)手を膝の上から持ち上げるまで動かす(両手共同運動)手を膝の上から持ち上げるまで動かす
【判定基準】1つ以上可能でステージ4へ移行
ステージ4
【方法】①両手のつまみ(握をつまむ動作でも可)、②母指の伸縮
【判定基準】1つ以上可能でステージ5へ移行
ステージ5
【方法】①対向つまみ(ペンをつまむ動作でも可)、②薬指の伸縮
【判定基準】1つ以上可能でステージ6へ移行
ステージ6
【方法】①すべての指の握りが可能、②全可動域の伸縮が可能
【判定基準】どちらも可能でステージ6確定
下肢評価
ステージ3
【方法】膝関節・股関節屈伸と足関節屈伸の同時収縮が可能
【判定基準】明確な関節運動がなければステージ1・2へ移行
ステージ4
【方法】①座位で足底を床に接触させ後ろに倒れる、②座位で踵を浮かす足関節屈伸
【判定基準】1つ以上可能でステージ5へ移行
ステージ5
【方法】①立位で股関節伸展位の足関節屈伸、②立位で踵を浮かす足関節屈伸
【判定基準】1つ以上可能でステージ6へ移行
ステージ6
【方法】①立位での股関節外転、②座位での足関節内反・下屈内旋、足関節外反・下屈外旋の反応
【判定基準】どちらも可能でステージ6確定

●図 『脳卒中の機能回復——動画で学ぶ自主トレーニング』の紙面サンプル

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7回 見やすくするルール

前回(第3537号)紹介した「パッと見てわかるゾーン」は、見やすくするルールがある程度確立されており、プロでなくても効果的なイラストを制作することは可能だ。筆者は現在所属している北海道大学で、グラフィカルアブストラクト制作演習を担当している。演習を通してイラスト制作初心者を含む受講生それぞれが、自身の研究に関するグラフィカルアブストラクトを制作している。今回はその演習内容に沿って、制作フローにおけるTipsを順を追って説明する(図)。

解説系か比較系か

まず、自分の研究のタイプについて考えてもらいたい。「○○のしくみ」「△△の影響」と示すことができる「解説系」と、「AとBの比較」といった「比較系」に分類できるとすれば、どちらになるだろうか？

これまで制作してきたグラフィカルアブストラクトを振り返ると、この解説系と比較系で工夫するポイントが違うことに気づいた。解説系は視線誘導、比較系は対照性を意識してレイアウトするという点である。具体的な手法については後述する。

キービジュアルを入れる

次に、一番印象付けたいキービジュアルを考える。例えば、新型コロナウイルス感染症に関連した解説系の研究であれば「ウイルス」と「肺や気管支」、ゲノム編集や薬の投与による細胞の変化を調査した比較系の研究であれば、「細胞」「ゲノム編集」「薬」がキービジュアルになるだろう。なお、目立つキービジュアルがたくさん詰まっているとゴチャゴチャした印象になるので、キービジュアルはできれば1つか2つ、多くても3つぐらいが良い。

レイアウトを考える

上記のキービジュアルをどのようにレイアウトして研究の流れを見せるかが肝心である。解説系と比較系で意識するポイントを下記に示す。

解説系：視線誘導を意識した配置

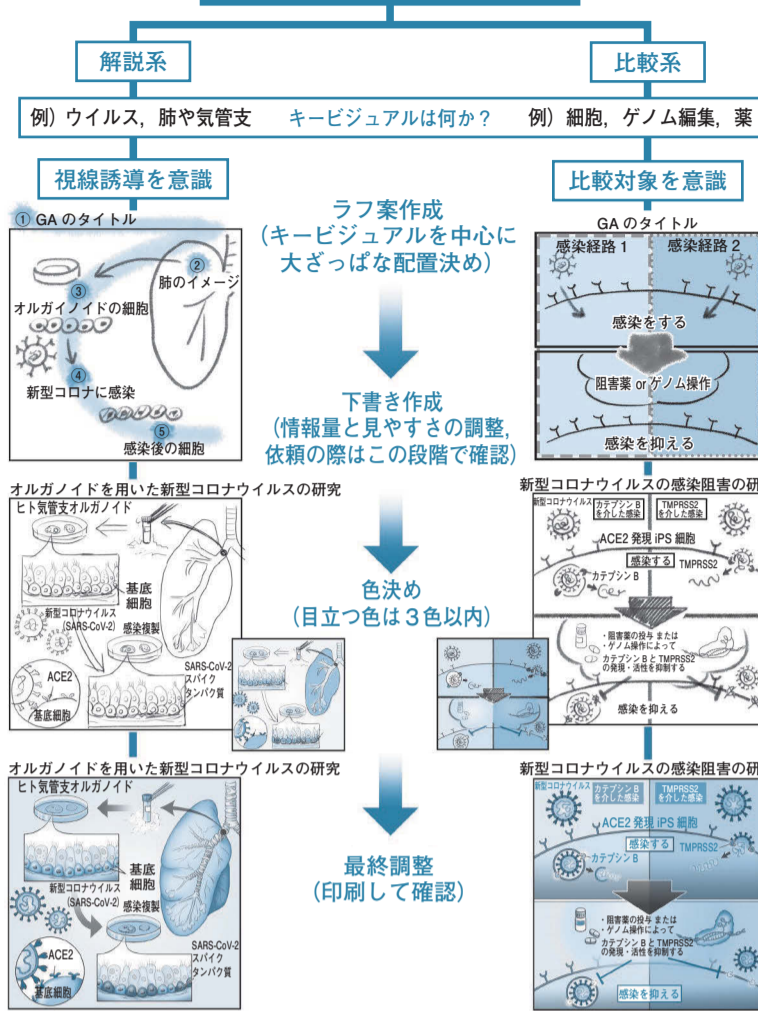
今この連載記事を左から右、上から下と読んでるように、基本的に人の視線は左から右、上から下へと流れる。限られたスペースにあるビジュアルとテキストを素早く見せるには、このような視線誘導の法則を利用すると効果的だ。人の視線をリアルタイムで追跡するアイトラッキングを使ったこれまでの報告¹⁾では、視線誘導の形にはパターンがあり、特にメリハリのないレイアウトで情報が羅列されている場合はF型(最初に左上から左下に垂直方向に流れ、左上に戻り左から右へと水平方向に進む)、情報の密度がそれほど高くない場合はZ型(最初に左上から右上へと水平方向に流れ、斜め下に視線を戻した後また水平方向に流れる)になるケースが多いらしい。

私は解説系のレイアウトでは、後者のZ型を少し変形したひらがなの“て”を描くような視線誘導を意識して、なんとなくキービジュアルを配置している。キービジュアルの位置は右上や右下など、いったん視線の流れが止まる位置に配置するとより効果的である。

比較系：対照的な配置

比較系のイラストでは、とにかく対照的にレイアウトすることが大事である。感染前と感染後、変化前と変化後、旧プロトコルと新プロトコルなど、比較するものを同じ構図で配置することで何が変わったのかがわかりやすくなる。キービジュアルは比較する2つの中と同じ構図に入れることもある。図のように、比較する事象が2つある場合、上下左右両方も対照的にレイアウトする時もある。

自分の研究は解説系か比較系か？



●図 グラフィカルアブストラクト(GA)の制作フローにおけるTips

基本のデザインルールを忘れない

その他、色を多用しない、情報を詰めこみすぎない(余白スペースを入れる)など基本的なルールは、数多くまとめられているデザインの教科書と同じだ。なお、背景は寒色系にすると落ち着いた印象になり、さらにキービジュアルが暖色系であると背景とのコントラストが際立つ(本紙web版ではカラー図を掲載している。解説系の肺のイラストを参照されたい)。

全ての事例が図に示すフローに当てはまるわけではないが、筆者の経験ではこのやり方で制作すると非常に効果的(パッと見てわかりやすい)なグラフィカルアブストラクトが制作できるので、ぜひ参考にしてほしい。

こうしたグラフィックはこれまでMicrosoftやAdobeのソフトウェアで作成するのが一般的であったが、最近

は素材が豊富で初心者でも感覚的に扱えるデザインツール[Canva (https://www.canva.com/ja_jp/), Mind the Graph (<https://mindthegraph.com/>), Bio Render (<https://www.biorender.com/>)など]が普及してきた。これらのツールを用いて今回紹介したTipsさえ意識すれば、プロのイラストレーターにも引けを取らないイラストを、誰もが短時間で作成できるだろう。サイエンスイラストレーターの仕事がなくなるようなことを言ってしまう、自分の首を絞めるようで苦々しいが、世界を席巻している生成AIの件も含めて、これからのサイエンスイラストレーションの話については最後の回にとっておきたい。

参考文献・URL

- 1) Kate Moran. How People Read Online: New and Old Findings. 2020. <https://www.nngroup.com/articles/how-people-read-online/>

使えるイラスト活用法(打ち出してみよう)

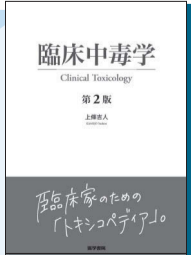
グラフィカルアブストラクトはパソコン上で全て制作できる。しかし、ときどきあえて紙に打ち出してみようことをオススメする。「情報量が多すぎて見にくくなっている」「視線誘導がうまく機能していない」「キービジュアルが悪目立ちしすぎている」など、画面上で拡大して見ていたときには気づかなかったことにハッと気づくことがある。さらに紙媒体にすることで他の人にも共有しやすく、気軽に意見を聞ける利点もある。

臨床家のための「トキシコペディア」。

臨床中毒学 第2版

わが国の中毒診療のトップランナーとして精力的に活動を続ける著者が、「臨床現場で役立つ中毒学の成書」をコンセプトに、これまでの自身の経験・知見と最新のエビデンスを惜しみなく注ぎ込んだ決定版。1章「急性中毒治療の5大原則」に続き、2章以降は中毒物質112物質をジャンル別(医薬品、農薬、家庭用品、化学・工業用品、生物毒)にまとめ、フローチャートも交えて解説する。巻末には「近年の中毒トピックス」も掲載。

上條吉人

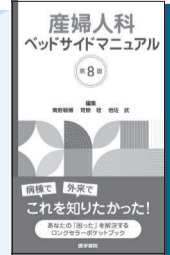


代々受け継がれ、磨かれてきた 産婦人科臨床必携マニュアル

産婦人科ベッドサイドマニュアル 第8版

産婦人科臨床必携との定評あるポケット判マニュアルが5年ぶりにアップデート。実臨床に徹して内容を精選、配列したことにより初版刊行から30年以上にわたり支持されてきた。臨床で困ったこと、不明な事態に遭遇したときに、本書を開けばほぼ間違いなく答えが得られる。病棟のみならず外来診療にも心強い味方。研修医にもベテラン臨床家にも、本書を迷わずおすすめする!

編集 青野敏博
奇原 稔
岩佐 武



Medical Library

書評・新刊案内

肝胆膵高難度外科手術 [Web動画付] 第3版

一般社団法人日本肝胆膵外科学会 ● 編

B5・頁384
定価:12,100円(本体11,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05111-8

消化器外科手術の中でも肝胆膵外科手術は難易度が高い手術が多い。それゆえ、高難度肝胆膵外科手術を日本全国の皆さんに安全かつ安心して受けていただくことを理念として、2011年に日本肝胆膵外科学会高度技能専門医制度が立ち上げられた。その趣旨は、「高難度の手術をより安全かつ確実に行うことができる外科医師を育てる」ことであり、実技評価に基づき、術者とその修練施設を認定するものである。発足後、10余年を経て、2022年7月現在、高度技能専門医497人、修練施設288施設と、多くの高度技能専門医と修練施設が認定された。しかし、本制度は専門医の質を担保するべく、書類と手術ビデオにより厳密に審査が行われるため、合格率は50%前後と外科系基盤学会の専門医合格率(外科専門医合格率約95%、消化器外科専門医合格率約75%)と比べ、狭き門となっている。

そこで、高度技能専門医をめざす肝胆膵外科医や指導的立場の高度技能指導医が知っておくべき外科解剖や基本手技、偶発症に対する対処法、代表的な術式などを解説した公的テキストが本書である。2010年の初版、16年の第2版を経て、今回、大幅に内容を改訂して23年6月に第3版が発刊された。第3版では、審査する側が気付いた問題点を反映し、より一層申請者のニーズに応え、わかりやすい内容となった。換言すれば、「痒いところに手が届く」指南書と言えよう。その特徴

評者 海道 利実
聖路加国際病院消化器・一般外科部長

を3つ挙げたい。1点目は、「手術記録の書き方」や「ビデオの上手な撮り方」など、申請者が特に知りたかった具体的なコツを「技術認定取得のための心構え・留意点」として、I章に独立させた点である。2点目は、II章の「肝胆膵の外科解剖」に、内視鏡外科時代の新たな解剖学的知見であるPAM (precision anatomy for minimally invasive surgery) を肝臓・膵臓それぞれについて追加した点である。3点目は、V章の「基本となる高難度手術術式」に加え、VI章として近年、肝胆膵外科領域でも導入が進んでいる「腹腔鏡下・ロボット支援下肝胆膵手術」を肝切除術、総胆管嚢腫切除、膵頭十二指腸切除術、膵体尾部切除術について詳細に解説している点である。さらに第3版では、文章や図による説明のみでは理解しにくい点について、要所要所に35編のWeb動画を収録している。「百聞は一見に如かず」であり、これらによって、読者の理解が高まることは言うまでもない。

評者は高度技能指導医であり、手術が大好きである。今回、本書を熟読し、Web動画を見ることで、新たな気付きがあり、楽しく清々しい気分になった。高度技能専門医をめざす若き肝胆膵外科医の皆さんはもちろん、ベテラン外科医の皆さんも、本書をお読みいただくことで、より安全かつ質の高い高難度肝胆膵外科手術の遂行が可能になると信じてやまない。ぜひ、ご一読いただきたい。

高度技能専門医をめざす肝胆膵外科医はもちろんベテラン外科医にも



ケースで学ぶ抗菌薬選択の考え方 耐性と抗菌メカニズムの理解で深掘りする

矢野 寿一、笠原 敬 ● 監修
小川 吉彦 ● 著

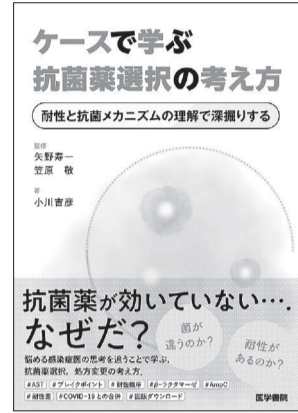
B5・頁328
定価:6,380円(本体5,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05238-2

評者 林 俊誠
前橋赤十字病院感染症内科部長

感染症診療のマニュアル本は持っているし、一般的な感染症はだいたい治療できている。とは言え、もしも耐性菌やそれに対する抗菌薬選択について聞かれたら、スムーズに答えられるほど詳しくいわけではない。いっそ専門書を読んでみたいけど、読める自信もない。見慣れない・聞き慣れない菌は、微生物学の本を読んでもしっくりこない。そんなあなたに、こうしたギャップを乗り越えステップアップするためにおすすめなのが本書である。

第1章は薬剤耐性の総論である。「MICの数字を横読みする」「CEZを使用し続けても、そのMSSAはMRSAにはなりません」など、耐性菌に対する抗菌薬選択に欠かせない基礎知識が満載だ。続く第2章は臨床で主に使用される抗菌薬に対する耐性機序の解説で、ここまでをじっくり読んでも2時間程度で理解できるのがうれしい。最もよく出合うβ-ラクタマーゼについては特に図が豊富なため、この分野について初めて読む場合でもイメージしやすい。また、AmpCの「心変わり」や複雑怪奇なカルバペネムゼがわかりやすく解説されている。本書の真骨頂とも言えるのが第3章である。グラム陽性菌が20症例、グラム陰性菌が18症例、その他が11症例。それぞれ10分程度で読める分量なので、ちょっと空いた時間に一読できる。検査室の情報から起原菌を特定するためのコツや、その菌に対する治療戦略を考える上で必要な耐性機序の知識など、臨床現場で中堅が悩むときの感染症医の考え方を身につけることができる。取り上げられているのがマニアックな症例ではなく、臨床で日々問題となるようなものばかりなのが良い。腎盂腎炎や肺炎、胆管炎、髄膜炎

感染症診療の「苦手意識」のギャップを埋めてくれる



などよく出合う感染症で、もしも耐性菌が検出されたときのシミュレーションができる。レンサ球菌群を溶血性などから分別する方法、グラム染色で見えているブドウ球菌が黄ブ菌なのかそれ以外か、痰でCorynebacterium属が検出された場合に治療するべきか、HACEKが血液培養から生えたらどうしたら良いか。菌が顕微鏡で見た段階、菌が発育した段階、菌名が同定された段階、薬剤感受性結果も判明した段階、それぞれでどのように抗菌薬選択を考えるかも教えてくれる。あまりに記述がリアルなので、著者のも

とで研修しているような感覚になってしまい、いつもなら本を読みながら手にしてしまうスマホの存在を忘れるくらい、症例の世界に入り込んでしまった。まるで読者の手をやさしく引っ張って、専門書を読むための基礎体力を鍛える手助けをしてくれるような一冊だ。

本書にはさらに別の「使い方」もある。例えばグループ学習の題材として最適だ。週に一症例ずつ、指導医と勉強してみよう。指導医は初学者がどこにギャップを感じるかわかるし、指導医自身が「あれ、そうだったかしら」と改めて調べなおす機会にもなる。そのグループに臨床検査技師や薬剤師も交えて学び、気になったことを互いに聞くことで職種間のギャップを解消するためのツールにもなる。また、本書の洗練された薬剤感受性結果は菌別の「selective reporting」の見本として取り入れるべき資料的価値もある。COVID-19対応に奔走していた著者が「反骨精神のようなもの」で執筆した熱い想いが伝わってくる、あらゆるギャップを埋めてくれる一冊である。

胃と腸

増大号のご案内

■増大号定価:7,920円(本体7,200円+税10%)

雑誌・書籍の詳細はこちらをご覧ください



2023年10月増大号
Vol.58 No.10



咽頭・食道 9問
胃 16問
十二指腸 6問
小腸 8問
大腸 14問
全消化管 3問
計 56問

誌上読影会へようこそ

2023年4月増大号
Vol.58 No.4



咽頭・食道 9問
胃 14問
十二指腸 8問
小腸 7問
大腸 13問
全消化管 3問
計 54問

医学書院

モニター募集

レジデントのための腹部エコーの鉄則

ご協力いただける方に『レジデントのための腹部エコーの鉄則』を1冊進呈します。ご活用いただいたうえで、下記2点にご協力ください。

- 1 『レジデントのための腹部エコーの鉄則』に関するアンケート
- 2 『週刊医学界新聞』等に掲載となる企画記事へのご執筆 [400字程度]

詳しくは応募フォームをご覧ください

募集対象
初期研修医、医学生(1~6年生)
謝礼
QUOカードPay 2,000円分



レジデントのための腹部エコーの鉄則 編集 亀田 徹



医学書院

双極症 第4版

病態の理解から治療戦略まで

加藤 忠史 著

A5・頁464
定価:5,720円(本体5,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05294-8

本書は、研究所から大学病院という臨床現場へ活躍の場を移された加藤忠史先生によって『双極性障害 第3版』に改訂を加えられたものである。最近、病名の改訂が検討されたDSM-5-TR、ICD-11に基づき、今回の改訂版のタイトルは『双極症 第4版』へ変更されている。「病態の理解から治療戦略まで」というサブタイトルにもあるように、本書の特筆すべき点は、双極症の歴史から疫学、症状と経過、診断、治療、生物学的研究における最近の知見に至るまで幅広く網羅していることである。

本書の膨大な情報量を目の前にすると、とても著者一人でまとめたとはにわかに信じ難いが、30年以上ひたむきに双極症の病態解明に取り組んできた著者にしかなし得ないことだと確信する。

本書の「第1章 歴史」で紹介されているように、双極II型の概念の源流は、「双極症患者のうち躁状態入院歴のある群を双極I型、うつ状態のみで入院した群を双極II型に分類した場合、I型とII型では家族歴や臨床経過が異なる」というDunnerらの臨床研究が基になっている。このことは、19世紀にKraepelinが定義した「躁うつ病」に重症の反復うつ病も含まれていたことと合致しているが、このような双極II型の概念は現在用いられているDSM-5-TRには反映されていない。双極II型の臨床病像は多様化していることから、双極II型の定義の見直しは今後の課題と言えよう。

疫学の項においては、双極症と創造性との関連について疫学的研究のみならず、ゲノム研究の結果も紹介されている。アイスランド全国民のゲノムデータを用いた研究により二大精神病(統合失調症と双極症)と創造性が遺伝学的な基盤を共有していることが示唆されたことは興味深い。以前より著者が患者向けパンフレットに「双極性障害になりやすくなる遺伝子があると、それにプラスの意義があるからこそ、その遺伝子を持っている人が多いのだと考えられます」と記載しているように、生殖年齢である若年で発症し、子孫を残すという点では不利であるにもかかわらず、淘汰されずに一定の罹患率を保って存在し続けていることは、世の中に必要な存在であり続けている証拠とも言えるだろう。

症状・経過の章においては、混合状

態の概念に関して、Kraepelinの定義に立ち返り、診断法についてのいまだ残る課題が提示されている。加えて、躁状態やうつ状態の極期に錯乱・昏迷

を呈することがあり、このようなカトニア(緊張病)を呈する患者群は非定型精神病と重なりがある可能性が指摘されている。診断基準としては、DSM-5-TRに準拠するものの、DSMに代表される操作的診断基準をマニュアル的に用いただけの表面的な診断に陥るのではなく、背景にある長い精神医学研究の歴史を把握した上で、個々の症例を診たてるとの重要性が強調されており、本書に

おいて双極症の詳細な歴史が記載されていることの意義が示されている。

治療の総論の項においては、「エビデンスに基づいた治療を目指すために」と題してあるが、臨床試験のデータに基づくガイドラインの限界とともに、「躁状態の患者をどのようにして受診につなげるか」といった治療において最も困難で重要な臨床課題についてのエビデンスが現時点でないことが指摘されている。これらのことから、実臨床においては、本書の記載にとらわれず、最新のエビデンスに基づいた診療を心掛け、エビデンスが乏しい部分は経験により補っていく必要があることが示されている。実際に今回の改訂版では、臨床現場に戻った著者の経験に基づき、新たに「難治性双極症」の治療」という項目が加わっている。

本書で最もページ数を占めているのが生物学的研究に関する内容である。特に近年盛んに行われているゲノム研究、脳画像研究、iPS細胞を用いた研究に関して最新の知見が網羅されており、基礎研究に精通していない臨床家にとっても理解しやすく解説されている。最新の知見を踏まえ、著者が提唱するミトコンドリア機能障害仮説をアップデートするとともに、今回の改訂版で新たに加えられた「双極症の原因と治療薬の作用機序」の項目において、各治療薬の作用機序についても新たな知見に基づいた考察がなされている。

本書の末尾は「いまだ原因不明なままであった双極症の原因解明は、いよいよ射程内に入りつつある」と締められているが、この部分は前版から改訂されないままとなっている。ここに著者の願いが込められているように思う。第5版へ期待したい。

30年以上病態解明に取り組んできた著者にしかなし得ない著作



心の不調に対する「アニメ療法」の可能性

パントリー・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5回 物語がメンタルにプラスの作用をもたらす仕組み①

「アニメ療法」とは民間療法の類なのか医学的根拠のあるセオリーなのか、疑問に思う方も多いでしょう。今回は、筆者が提唱する「アニメ療法」の基盤にある物語療法についてお話することで、理解を深めていただければと思います。アニメ療法とは、アニメ、ゲーム、漫画など、いわゆる創作物の、娯楽を超えた価値を活用する療法です。精神健康のために物語を用いるセラピーと言い換えられます。そもそも物語が精神的なサポートをできることは、医学においても前代未聞のことではありません。

まずはアニメ療法の根底にある3つの理論を紹介します。1つ目は、米国の心理学者 Albert Bandura により提唱された観察学習理論。他者(モデル)の行動や態度、あるいは感情表出を観察することで、その行動型を学習するとする理論です。1960年代、Banduraらは、人は他者をまねるのではなく、他者の行動からありのまま学びとるのだと主張しました¹⁾。観察対象は生身の人間だけではなく、架空のキャラクターでもこの理論を活用できるのではないかと筆者の考えです。

また、Michael White のナラティブセラピーはアニメ療法と深くかかわります。ナラティブアプローチによれば、私たちの悩みの原点は「支配的な物語」です。それは、私たちの中に存在する、他の可能性を想像できない物語を指します。セラピストの目的は、対話を通じて新しい物語(支配的な物語とは異なるもの)を紡ぐことです。「あなたはこうはなれなかったかもしれないけれど、別の可能性もあるのですよ²⁾」といった具合に、代替となる物語の可能性を示します。創作物を対象者に提供することで、あり得る他の可能性を想像しやすくなるのではないかと筆者は考えています。

3つ目は、米国の臨床心理士 Janina Scarlet によるスーパーヒーローセラピーです。バットマン、キャプテン・アメリカ、ワンダーウーマンなど、自身と関連しそうなヒーローになりきることを患者に推奨するものです。カウンセラーは通常、患者に本や映画、テレビに出てくるヒーローで好きなものがあるかを尋ねることから治療を始め、患者の現在の症状や治療目標の設定・実施との関連性を引き出すことに取り組みます³⁾。アニメ療法ではヒーローに限定はしませんが、対話の方法はスーパーヒーローセラピーと類似します。

物語はどのようなメカニズムで効果を発揮するのでしょうか。私たちは物語を鑑賞する時、内容を理解するだけではなく、感情反応をはじめとしたさまざまな体験をします。こうした体験をひっくり返して「物語への没入」と呼びます。キャラクターやストーリーに対して感情移入できるからこそ私たちの態度や信念は変化するし、鑑賞後の喜びや楽しみも高まるのです。もう一つ、物語療法の魅力的な点があります。それは治療を継続しやすい点です。私たちは健康でない状態であれば治療を受ける必要性を感じます。しかし、面倒になって途中で治療をやめた経験を持つ人は少なくないでしょう。患者のアドヒアランスを高めることは至難の技です。創作物の鑑賞に伴う楽しさで、私たちは治療を継続しやすくなります。

ただし、物語作品はポジティブな側面ばかりを持つわけではありません。ゲームには依存を助長する側面があることは事実です。2019年にWHOは「ゲーム障害」を新たな疾病に認定しました。日常生活に支障が出るほどゲームに時間を費やし、依存することと定義されています⁴⁾。一方で、創作物は孤立や依存ではなく、自己啓発や社交を伴う活動だととらえられるデータもたくさん存在します⁵⁾。

日本の文化財産とも言えるアニメやゲームは、臨床現場において役割を果たせるのでしょうか。遠隔医療、メタバースが発展する現在、効果検証をした上で臨床に導入することは突飛な考えではありません。筆者の研究においても、頻繁に創作物を消費するひきこもり体験者は、消費が少ないひきこもり体験者と比べて、他者に対する共感性が高い結果が示唆されました(残念ながら因果関係は証明できていません)⁶⁾。次回も引き続き、物語療法の仕組みを考えます。

参考文献・URL

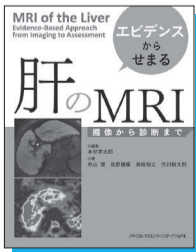
- Child Dev. 1966 [PMID:4165810]
- Payne M. An Overview of Narrative Therapy. In: Payne M. Narrative Therapy: An Introduction for Counsellors 2nd ed. SAGE Publications: 2006. pp5-17.
- Scarlet J. Superhero therapy: A hero's journey through acceptance and commitment therapy. J Youth Adolesc. 2017; 46: 1629-32.
- WHO. Gaming disorder. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gaming-disorder>
- Mohd CK. Autism kits app: Interactive mobile game for visual impairment among autism spectrum disorder. Intern J Psychosoc Rehabil. 2020; 24 (1): 582-91.
- F1000Res. 2021 [PMID:35342623]

肝MRIに特化した深掘り解説に納得!

新刊 エビデンスからせまる肝のMRI

撮像から診断まで

▶肝のMRI検査・読影・診断に関し、最新の文献の考察とガイドライン(「画像診断ガイドライン」+肝疾患の各診療ガイドライン)を参照しつつ包括的に総整理し解説。撮像の基礎を簡潔に提示する「撮像方法」、実際の読影で直面する画像所見に対する理解を深める「所見の解釈」、鑑別疾患を絞る際のポイントと、陥りがちな診断のピットフォールについて豊富な症例写真を用いて解説する「各種疾患の画像」の3部構成。放射線科医はもちろん消化器内科医・外科医も必読。

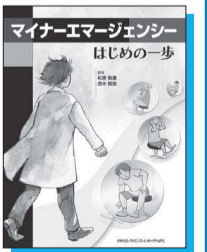
編集:本杉宇太郎 甲府共立病院放射線診断科
著:舟山 慧・佐野勝廣・森阪裕之・市川新太郎定価8,470円(本体7,700円+税10%)
B5変 頁412 図20・写真1245 2023年
ISBN978-4-8157-3084-0

「一番大事などがめっちゃ具体的!コレならできる!!」写真・イラスト・動画で見て学べる

新刊 マイナーエマージェンシー

はじめの一步

▶専門的な手技・治療を行わなくても対処できる軽症の救急疾患=「マイナーエマージェンシー」の指南書。眼科、耳鼻科、皮膚科、整形外科、泌尿器科、外科の6領域について疾患名ではなく受療動機や主訴で項目を構成。各項目は初期診療や手技のみならず、プレホスピタルケアおよびポストホスピタル(ホームケア)の内容についても掲載。豊富な写真・イラスト・動画・アルゴリズムで手技や初期診療の流れを見て学べる。非専門医や学生、初期研修医の導入書として最適。

監訳:松原知康 広島大学脳神経内科
茂木俊俊 福岡記念病院総合診療科定価6,050円(本体5,500円+税10%)
A4変 頁200 図154 写真198 2023年
ISBN978-4-8157-3086-4

MEDSI

メディカル・サイエンス・インターナショナル

113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

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

MEDSI

メディカル・サイエンス・インターナショナル

113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

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

対象 第59回PT・OT国家試験の受験予定者

無料

Webセミナー



第1回 国試直前冬季講習

2023年 12月16日(土)
13:00より配信開始(15:00終了予定)

主なプログラム

闘う前に敵を知ろう!
～国試の概要と第59回国家試験
合格をグッと近づける国試の勉強法
国試問題解説～このポイントを押さえる!
受験生へのメッセージ

塾長

町田志樹

了徳寺大学健康科学部医学教育センター

町田塾

PT・OT国家試験予備校

詳細・申込



勝負の冬 国試は落とさない

PT・OT国家試験問題集

できるもん・でたもん 過去問Online

苦手領域をデータで把握!
解答・解説を読んで得点UP

国試は スマホで 解く。

CHECK!



まずは1週間 無料トライアル!



PT・OT 学生の味方 **でる・でたマン!**



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:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp