

2012年2月13日

第2965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 刊出者著作権管理機構 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] 有害事象発生時の適切な対応とは(高橋長裕, 前田正一, 児玉聡)…… 1-2面
[寄稿] 直感的診断の可能性(志水太郎, 他)…… 3面
[連載] 老年医学のエッセンス…… 4面
[連載] 続・アメリカ医療の光と影/在宅医療モノ語り…… 5面
MEDICAL LIBRARY…… 6-7面

座談会

院内調査と情報開示, 共感の表明, 謝罪――

有害事象発生時の適切な対応とは



高橋 長裕氏
千葉市立青葉病院院長



前田 正一氏=司会
慶應義塾大学大学院
健康マネジメント研究科准教授



児玉 聡氏
東京大学大学院医学系研究科
医療倫理学分野専任講師

院内で有害事象が起きた際に迅速に院内調査と情報開示を実施し, また必要な場合には謝罪と賠償を行うという, 米国を中心に始まった取り組みが, 問題のスムーズな解決につながると, 近年日本の医療現場にも影響を与えている。こうした取り組みを院内に浸透させるには, 個々の職員がその有用性と重要性とを十分に理解し, 日常業務のなかで生かしていくことが必須となる。

本座談会では, 医療安全に早くから取り組んでいる3氏に, 日本の医療現場の現状と今後の課題についてお話しいただいた。

前田 日本では, 1990年ごろから医療訴訟の新規提起数が漸増し, その数は2004年には1110件に達しました(図)。近年では増加傾向は収まったものの, それでも長い年月を対象とすると, その数は現在でも非常に多い状況にあります。

海外の状況を見れば, 例えば米国は, 医療訴訟が多発する状況を日本よりも早くに経験しました。そうしたなか, 医療安全に関する取り組みや発生した事故の解決に関する取り組みが進められ, 1999年には米国医学研究所が“To Err is Human (あやまちをすることは人の常である)”という報告書を公表しました。

この題名から, 私たちは二つの取り組みの重要性を学ぶことができます。一つは医療安全に関する取り組みであり, もう一つは事故対応に関する取り組みです。例えば, 後者については過ちをするのが人の常であり, 医療安全活動を進めても医療事故の発生をゼロにはできないとすれば, 事故が発生した場合に当該事故を迅速・適正に解決することができるように, 事前に体制を整えておくことが重要であると言えます。この取り組みの一つとして, 以前より米国や英国では, 有害事象発生後の患者への情報開示や謝罪に関する取り組みが進められています。そこで

本日はこれらの問題について, お二人と検討していきます。

日本の医療現場は情報開示・謝罪をどうとらえているか

前田 現在, 高橋先生の病院では, 医療従事者の方は有害事象発生後の情報開示や謝罪の問題について, どのように考え, 行動しておられますか。

高橋 当院では, 情報開示や謝罪は患者だけではなく, 医療従事者にとっても重要であるとの認識が高まっています。有害事象が生じた場合には, 実際に情報開示や謝罪を適時に行うようになっていると言ってよいと思います。

前田 その際, 医療従事者が対応に苦慮していることはないでしょうか。

高橋 有害事象が生じて, 医療行為に過失があったかどうかの判断は難しい場合が少なくありません。特に, 有害事象の発生直後においては因果関係が明らかでないことも多いです。「迅速な謝罪」の重要性が一般に言われていますが, それが難しい場合もあり, この点では, 現場の医療従事者も組織も対応に苦慮しています。

前田 過失や因果関係の判断には時間を要することもあると思いますが, 例え

ば過失の判断ができていない段階で患者側から謝罪を求められることなどはありませんか。

高橋 確かにそのようなことはありますが, 当院では過失の有無が判断できていない段階では謝罪していません。その場合でも, 患者には可能な限り共感を表明するとともに, 有害事象の説明やその後の検証手続き等, 情報開示を徹底して行います。

前田 以前は, 過失の判断ができていない段階で見舞金が支払われたり, 医療費の支払いを免除する約束がなされたりするという話を聞くことがありましたが, こうした対応は現在ではなされていないと考えてよいのでしょうか。

高橋 他の医療機関の状況はわかりませんが, 当院ではそうした対応はしていません。

前田 今, 高橋先生から, 情報開示を徹底するとともに, 過失があると判断した際には謝罪を行うというお話があ

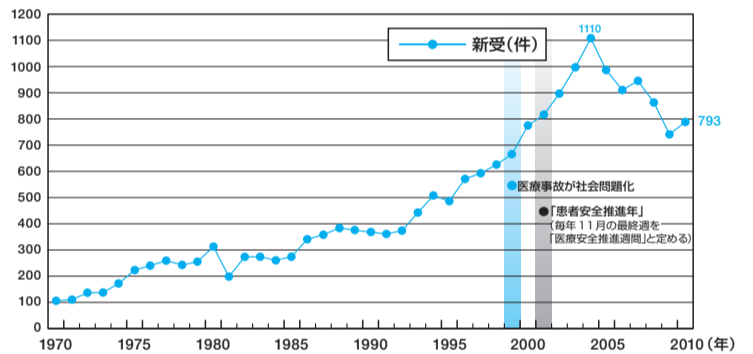


図 医療訴訟件数の推移(最高裁判所資料より作成)

りました。ただ, 数は少ないと思いますが, 医療事故の被害者の方が書かれた書籍などを読むと, 謝罪が必要な場合でもそれが適時なされていなかったり, 情報開示も十分になされていなかったりするケースがあることがわかります。児玉先生は以前, 『医療事故初期対応』(医学書院)を執筆される際, 情報開示や謝罪について海外文献の調査をされましたね。

児玉 海外文献の調査を通じて, 私は医療機関によって取り組みに大きな格差があるのではないかと感じました。日本の状況については, 現在前田先生が実態調査研究を進めておられますが,

(2面につづく)

February 2012

新刊のご案内

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは, お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店増担当)
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

救急救命士によるファーストコンタクト 病院前救護の観察トレーニング (第2版)

執筆 郡山一明
B5 頁148 定価2,730円
[ISBN978-4-260-01479-3]

帰してはいけない外来患者

編集 前野哲博, 松村真司
A5 頁228 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01494-6]

認知症疾患治療ガイドライン 2010 コンパクト版2012

監修 日本神経学会
編集 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会
A5 頁248 定価3,570円
[ISBN978-4-260-01337-6]

摂食障害治療ガイドライン

監修 日本摂食障害学会
編集 「摂食障害治療ガイドライン」作成委員会
B5 頁312 定価4,200円
[ISBN978-4-260-01443-4]

標準リハビリテーション医学 (第3版)

監修 上田 敏
編集 伊藤利之, 大橋正洋, 千田富義, 永田雅章
B5 頁552 定価7,350円
[ISBN978-4-260-01394-9]

〈Ladies Medicine Today〉 更年期・老年期外来 ベストプラクティス 誰もが知りたい104例の治療指針

編集 神崎秀陽
B5 頁408 定価8,925円
[ISBN978-4-260-01533-2]

〈標準作業療法学 専門分野〉 地域作業療法学 (第2版)

監修 矢谷令子
編集 小川恵子
編集協力 大熊 明, 加藤朋子
B5 頁280 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01438-0]

俺に似たひと

平川克美
四六判 頁242 定価1,680円
[ISBN978-4-260-01536-3]

〈標準保健師講座・別巻1〉 保健医療福祉行政論 (第3版)

執筆 藤内修二, 榎本真津, 島田美喜, 日隈桂子, 星野明子, 飯村富子, 阿部朱美, 兵井伸行, 三徳和子, 佐藤由美, 福田素生, 阿彦忠之, 村中幸子, 岡本玲子, 中瀬克己, 岩室紳也
B5 頁232 定価2,940円
[ISBN978-4-260-01405-2]

看護師国試 必修チェック!

編集 医学書院看護出版部
新書 頁356 定価1,260円
[ISBN978-4-260-01510-3]

学生のための医療概論 (第3版増補版)

編集 千代豪昭, 黒田研二
B5 頁312 定価2,940円
[ISBN978-4-260-01540-0]



座談会 有害事象発生時の適切な対応とは

＜出席者＞

●高橋長裕氏

1970年千葉大医学部卒。博士(医学)。座間米国陸軍病院インターンを経て、71年に渡米し、エピスコバル病院インターン、ハネマン医大レジデント、カンザス大メディカルセンター循環器フェロー、ハネマン医大小児循環器科 Assistant Professor。81年帰国後、国循小児科に勤務。94年千葉大講師、97年より千葉市立海浜病院、2003年より千葉市立青葉病院に勤務。10年より現職。医療事故紛争対応研究会の人材養成講座受講をきっかけに、医療安全活動に積極的に関与している。

●前田正一氏

2001年九大大学院医学系研究科博士課程修了。博士(医学)。同医学研究院助手、東大大学院医学系研究科特任講師、同特任助教授・准教授を経て、09年より現職。専門は医事法学、臨床倫理・研究倫理学、医療安全管理学。編著書に『医療事故初期対応』(医学書院)、『病院倫理委員会と倫理コンサルテーション』(監訳、草草書房)など。「科学的検証とそれに基づく実践など、真に有効な取り組みが可能となるように、わが国は今後迅速に、この分野の研究・教育体制を確立させるべきです」

●児玉聡氏

2006年京大大学院文学研究科博士課程修了。博士(文学)。日本学術振興会特別研究員、東大大学院医学系研究科医療倫理学分野助手を経て、07年より現職。専門は倫理学、生命倫理学、政治哲学。訳書に『病院倫理委員会と倫理コンサルテーション』『健康格差と正義』(いずれも監訳、草草書房)など。国内外の研究で明らかにされた医療事故の多さに驚くとともに、医療過誤訴訟に至る背景にインフォームド・コンセントの不備など医療倫理にかかわる要因が多いことに気づき、本領域に関心を持つ。

う価値観、行動様式、知識などを「hidden curriculum (潜在的カリキュラム)」と言いますが、医療事故が起きた際の謝罪についても、日々の診療のなかで上司や先輩から受ける影響は大変大きいです。これが組織文化になっている可能性があります。

前田 医療従事者が情報開示や謝罪をためらう状況は、諸外国でもあるのではないかと思います。高橋先生は米国で長く医療に従事されていましたが、米国の状況はいかがでしたか。

高橋 1970年代当時の米国でも同じような状況でした。その理由としてはやはり、児玉先生がお話しされた、組織文化や先輩からの教育が挙げられると思います。さらに、医療過誤保険の保険会社から多少の圧力もありました。

前田 そうした状況にあった米国でも、近年個々の医療機関で情報開示の取り組みが行われるようになっていますが、その背景にはどのような事情があるのでしょうか。

児玉 大きな理由の一つに、医療過誤訴訟に関する費用の増大が病院経営を逼迫しかねない状況になったことが挙げられます。これに対し、民事訴訟の損害賠償額に上限を設ける民事訴訟改革など、いくつもの対応がなされましたが、根本的な問題の解決には至りませんでした。そうしたなかで、1999年に情報開示と謝罪の利益に関する初めての学術論文<sup>1)</sup>が発表され、病院が自律的に問題解決を図る新たな取り組みが始まりました。

日本ではハーバード大学病院の取り組みがよく知られていますが、私たちが翻訳・出版した『ソーリー・ワークス!——医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム』(医学書院)のもととなった「Sorry Works!」運動は、この一連の流れに沿ったものです。英国の“being open project”やオーストラリアの“open disclosure”なども同様の取り組みと言えます。

適切な情報開示は 病院経営にも寄与する

前田 こうした各国の取り組みの中で「病院経営を逼迫しかねない費用」という点に関して効果を示している学術研究があれば教えてください。

児玉 費用についての体系的な研究はまだ行われていませんが、ミシガン大学の関連病院では、2001年に情報開示プログラムを導入したことによって、2006年には損害賠償請求の件数が262件から100件以下に減少したと報告されています<sup>2)</sup>。また、和解の費用が1件当たり4万8000ドルから2万1000ドルへと削減され、問題解決に至るまでの所要時間は、平均20.3か月から9.5か月に減ったそうです。

さらに、費用との関係ではありませんが、現場のスタッフの精神衛生との関係からも効果が上がっているとのこ

とです。職員の55%が「プログラムの存在が、自分がミシガン大学にとどまる大きな要因」と答えているという調査結果もあります。つまり情報開示プログラムの導入によって離職率が下がる可能性が示唆されているのです。

高橋 医療従事者は特に過失の判断ができていない段階など、どのように対応すべきか悩むことも少なくありません。私たち管理者は現場の医療従事者の苦悩をなくしたいと考えていますし、情報開示等の取り組みを促進する上でも、こうした研究が継続されてほしいですね。

適切な IC も鍵

前田 これまでの議論から、有害事象発生後の情報開示や謝罪は、患者、医療従事者、さらには医療経営にとっても重要であることがわかりました。最後に、今後医療現場で情報開示・謝罪が適時適切に行われるようになるために、わが国で必要な取り組みについて検討しておきたいと思います。

医療機関が教育プログラムや指針を策定し、自律的にこの問題に取り組むことが重要ですが、それ以外にも日常における取り組みとしてインフォームド・コンセント(IC)の実施や、学生教育における取り組みとして、医療安全・医療倫理に関連する教育の充実など、いくつか重要な点があるように思われます。

まずICは、有害事象の情報開示と謝罪のうち、少なくとも前者の促進には一定の機能を持つのではないかと私は考えています。生じる可能性がある有害事象について、患者へ事前にしっかりと説明をしていけば、それが現実化した場合には、そのことを患者へ説明しやすくなるでしょう。このことの妥当性については、研究者が科学的に検証することが必要ですが、ICについて早くから力を入れて取り組んでこられた高橋先生は、どのようにお考えですか。

高橋 私もまったく同じように考えています。例えば合併症についても事前に説明がなされておらず、発生後に初めて説明がなされると、患者さんは過失によって生じたのではないかと考えるでしょうし、そうなる、医療従事者の事後の説明も防衛的になってしまうかもしれません。

また、ICについては機会があるたびに前田先生と勉強をしていますが、もめごとを防止するといった視点からではなく、わかりやすい医療を提供するという視点から取り組まなければ、有害事象後の情報開示という点からも意味がないことに注意しておかなければならないと思います。

説明の際に私たち医療関係者が用いる言葉は時として難解で、患者さんに正確な情報が伝わりにくい場合もあります。また、説明の仕方によっても患

者さんの理解の程度は変わってきますから、私たちはICにおける説明の仕方についても日ごろから学んでおく必要があるように思います。説明時に、わかりやすい説明文書を用いることも重要ですね。

前田 以前私は、医師が作成した説明文書を事務担当の方などがわかりやすさの観点から精査することが重要ではないかと述べました。そうしたところ、高橋先生はさっそく医療事務担当者に依頼され、実践されておられます。

高橋 医療事務スタッフなどに協力をお願いして一部説明文書を改訂したりしましたが、まだまだ不完全です。なるべく易しい言葉を使おうと思うと説明文がどうしても長くなり、頁数が増えてしまうといった問題もあります。現在は、患者さんから直接「わからなかった言葉、わかりにくかった言葉」を投書の手形で指摘していただく活動を始めています。

学生時代からの継続した教育を

前田 次に学生教育についてですが、私たちが日本の医学部・看護学部を対象に実態調査をしたところ、事故の防止についての教育は進みつつあるものの、情報開示や謝罪の問題など、事故後の対応については、教育が進んでいないことがわかりました。高橋先生はこの分野の今後の教育について、どのようにお考えですか。

高橋 現在、医療技術は急速に進歩し、家族環境も変化していますし、何より患者さんの求めるものが、質・量の両面で以前より格段に高くなっています。ぜひ日本の教育機関には、これまで以上に医療安全・医療倫理の教育に積極的に取り組んでいただきたいと思っています。また、こうした教育は早い段階から継続して行ってこそ効果が上がります。

前田 児玉先生は既に倫理教育にも従事されていますが、教育について、今後特に重要とお考えのものを一つお示しいただけませんか。

児玉 一つ挙げるとすれば、この分野の教育者の養成を迅速に進めるということだと思います。このことについて、教育機関もそうですが、日本の国や行政も真剣に検討すべき時期に来ていると考えています。

前田 本日は、有害事象への対応の一つとして、患者への情報開示と謝罪の問題を取り上げ、検討しました。日本における取り組みの促進に寄与できれば幸いです。(了)

●文献

- 1) Kraman SS, et al. Risk management: extreme honesty may be the best policy. Ann Intern Med. 1999; 131(12): 963-7.
2) Richard C. Boothman, et al. Testimony before the U. S. Senate Committee on Health, Education, Labor and Pensions Committee, June 22, 2006.

(1面よりつづく)

私が文献調査を行った限り、情報開示や謝罪については、先進的な取り組みを行って成功している一部の医療機関がある一方で、そもそも後ろ向きの考えを持っている群と、考えとしては前向きだけれども、実際には情報開示や謝罪をためらってしまう群などに分類できるように思いました。後者に分類される施設はかなりあるように思います。

謝罪と賠償責任に関する誤解?

前田 情報開示等をためらう理由には、どのようなことが挙げられるでしょうか。

児玉 私は、「組織を守る」という意識が強いことも、医療関係者が謝罪をためらう要因として挙げることができるのではないかと考えています。昨年行われたある研修会では、受講者の方が「われわれが若いころは、先輩から『患者には謝ってはならない』と教わっていた……」と話していました。

この方のように明確な言葉で指示されなくても、黙示にそうした教育を受けることが以前はあったのかもしれませんが。教育現場において、無意識的かつ暗黙のうちに、生徒に伝達してしま

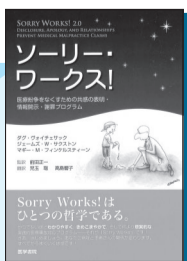
医療事故後の情報開示プログラムについて、具体的かつ実践的に解説

ソーリー・ワークス! 医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム

Sorry Works! 2.0 Disclosure, Apology, and Relationships Prevent Medical Malpractice Claims

米国で行われているSorry Works! 運動について解説した実践書の全訳。医療事故が起きた際にまず共感を表明(sorry)し、徹底した調査と情報開示を行い、必要な場合には謝罪と補償を行うという一連のプロセス、およびそれがもたらす利益について、とてもわかりやすくきめ細やかに書かれたマニュアルとなっている。病院責任者や医療安全管理者はもちろん、医療の質を高め、より良い医師-患者関係を築きたいと考える、すべての方へ。

著 Wojcieszak D. et al
監訳 前田正一
慶應義塾大学大学院准教授・健康マネジメント小児科
翻訳 児玉聡
東京大学大学院医学系研究科講師・医療倫理学分野
高島響子
東京大学大学院医学系研究科・医療倫理学分野

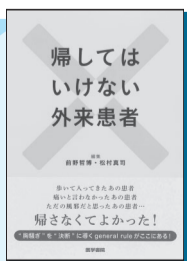


あの患者を帰さなくてよかった! 胸騒ぎを決断に導くgeneral ruleが満載!

帰してはいけない外来患者

歩いて入ってきたあの患者、痛いと言わなかったあの患者、ただの風邪だと思ったあの患者…、外来で何となく胸騒ぎを覚えた時に見逃してはいけないポイントはどこにあるのか。決断の手助けとなるgeneral ruleをまとめた。外来診療が必要とされる臨床決断のプロセスや、症候ごとの診察の視点が、わかりやすくまとめられている。症例も数多く掲載され、実践的な対応を学ぶことができる。

編集 前野哲博
筑波大学医学医療系地域医療教育学教授
松村真司
松村医院院長





寄稿

# 直感的診断の可能性

## DEM International Conference に参加して

志水 太郎<sup>1)</sup>, 松本 謙太郎<sup>2)</sup>, 徳田 安春<sup>3)</sup>

1) カザフスタン共和国ナザルバイエフ大学客員教授, 2) National Medical Clinic Family Practice, 3) 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター教授/水戸協同病院総合診療科

### 決断時の「直感の重要性」

われわれは今回、2011年10月に米国シカゴで行われた Diagnostic Error in Medicine (DEM, [http://www.smdm.org/diagnostic\\_errors.shtml](http://www.smdm.org/diagnostic_errors.shtml)) の International conference に参加した。本総会は、Society of Medical Decision Making の分科会として4回目の開催となる。医療現場において重要なテーマとなる「診断エラー<sup>1)</sup>」をいかにして減らすか、それが DEM で扱われる主なトピックだ。会場では症例を題材に検討が行われ、さまざまな認知エラーとその解決策が熱く議論された。

数々のセッションのなかでも特に衝撃的だった演題は、Gary Klein 氏の基調講演『What Physicians Can Learn from Firefighters』だった。Klein 氏は医師ではなく心理学者であり、多分野の現場における決断に関する研究を通して、決断時の「直感 (intuition) の重要性」を提唱している<sup>2)</sup>。氏の講演のなかでも印象的だったのが以下の式だ。

パフォーマンス =  
 ↑直感・熟練 (Intuition/Expertise)  
 +  
 ↓ミスを減らす (Analytical)

一見当たり前のようにも見えるが、診断学の観点から重要な示唆をはらんでいると感じた。以下、この式より着想を得たわれわれの考察を述べる。

### 診断プロセスは 2つの要素で構成される

「臨床推論」と一般に呼ばれる診断のプロセスは、「Dual processes model」といい、ふたつの要素から成ると説明される<sup>3)</sup>。ひとつは直感的思考 (Intuitive process; System 1)、もうひとつは分析的思考 (Analytical process; System 2) である (表)。

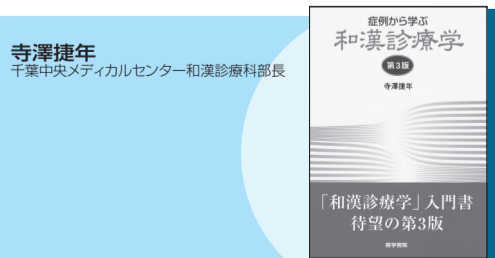
●表 直感的思考・分析的思考の診断プロセスの特徴

直感的思考 (Intuitive process) System 1	⇔ 相補・切替	分析的思考 (Analytical process) System 2
ヒューリスティクス, クリニカルパール	例	フレームワーク, アルゴリズム, Bayes の定理など
スナップショット診断	特徴	網羅的診断推論
迅速, 効率的, 芸術的	メリット	分析的, 科学的
バイアスに影響される恐れがある	デメリット	時間がかかり, 時に非効率的 豊富な知識が必要なぶん, 負荷も大きい
熟練者	頻用者	初心者

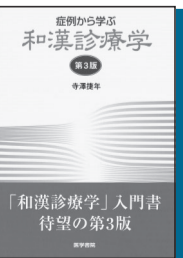
分かりやすく、実践的な漢方医学の入門書

## 症例から学ぶ和漢診療学 第3版

世界中で訳された、和漢診療学を志すすべての人々にとっての定番書の、待望の改訂第3版。日々蓄積される漢方のエビデンスを紹介し、症例も現在行われている医療をベースにし、より分かりやすく、より親しみやすく和漢診療を学べる。



寺澤捷年  
千葉中央メディカルセンター和漢診療科部長



「和漢診療学」入門書  
待望の第3版

直感的思考は、医師が豊富な臨床経験に照らし合わせた潜在意識下で行われる直感的メンタル・シミュレーション (intuitive mental simulation) に基づく診断であり、認知心理学ではヒューリスティクス (heuristics) とも呼ばれるものだ。具体的には、典型的な臨床症状・所見から診断をズバリ当てる「パターン認識」、またはヒューリスティクスと似た手法で迅速な診断を可能にする「クリニカルパール」などが該当する<sup>4)</sup>。熟練した医師は、豊富な臨床経験から得意分野の「症候学」をマスターしており、それらのプロセスを経て、的確かつ迅速な診断を行うことが多い。Klein 氏が強調するのも、この直感的思考である。弱点としては、経験に基づく直感、言わば直線的な思考過程故に、経験が未熟な場合には数々の認知バイアスの影響を受けやすいことが挙げられる。

一方、分析的思考は、ロジカルで周到に準備されたフレームワーク (VIN-DICATE など) やアルゴリズム, Bayes の定理 (検査前確率と尤度比で検査後確率を求める方法)、そしてネモニクス (mnemonics: AIUEOTIPS などの語呂合わせ) などを利用して診断を詰めていく診断思考である。直感的思考に比べ、より論理的かつ体系的なアプローチのためにミスが少なくセーフティネットとして用いられる診断法である反面、医師が記憶をたどる労力や分析に時間がかかり、時に直感的思考よりも効率が落ち、過剰な検査オーダーが行われたり、逆にシンプルケースではエラーを来したりするデメリットがある<sup>3)</sup>。

### 無意識のうちに 直感・分析を使い分けている

性質を異にする特徴を持つ両者であるが、一体どちらの方法が優れているのか。診断のスピードと網羅性のト

レードオフの間で、臨床家はどちらを採用すべきなのだろうか。

そこで、われわれ自身の日々の経験の積み重ねや、あるいは診断の名手として有名なローレンス・ティアニー医師らの推論の追体験から考えてみると、あることに気付くだろう。それは、日々の現場においては、「直感」と「分析」のどちらか一方を採用しているわけではなく、多くの場合、病歴上のコンテキスト (文脈) や現場の状況に応じて、両者を無意識のうちに使い分けているということだ。つまり、診断が比較的容易な症例・過去に経験のある症例であれば直感的思考に基づいて診断することが多いのに対し、困難な症例・未経験の症例であれば分析的思考を優先させる、または直感的思考と分析的思考を協働させながら診断を追い詰めていく。このような使い分けを無意識のうちにしているのだ。

### 意識的な使い分けが 診断能力を洗練させる

誰もが悩むような難症例が、時に「一発診断」として迅速に診断される。これはスピーディさが売りの直感的思考がきっかけとなることが多い。この思考プロセスの正体こそが診断におけるアート・暗黙知のひとつなのだが、その詳細がいまだ解明されていない現在、この迅速かつ鮮やかな診断技術は臨床家にとって羨望の対象だ。

実際に直感的思考に基づく診断を目の当たりにすると、この思考の持つ臨床的意義は大きいと感じる。一刻を争うような現場を過ごす臨床家にとっては、ある程度の妥当性を担保した迅速性のほうが、網羅性や論理性よりも優先されるケースもあるからだ。

こうした点から、鑑別を論理的に過不足なく挙げるという診断スタイル一辺倒ではなく、直感的思考をより重視

した臨床スキルの開発、そしてその教育に本腰を入れることも重要と言えようである。直感的思考に基づいた診断技術を能動的に磨くことによって、「直感⇔分析」の Dual processing を相補的に意識して使い分けることも可能になるはずだ。それによって医師の診断技術に多様性と柔軟性が生まれ、臨床家の診断能力はより洗練されたものとなる。直感的思考の「急所」と懸念されるバイアスの交絡についても、主に認知エラーによるバイアス回避の方法 (分析的思考) でもって適切にその弱点を補完でき、直感的思考が「危険な賭け」となることもないだろう。

直感的診断の技術を磨いていくためには、素晴らしいクリニカルパールを数多く蓄積し共有することや、日々の臨床経験を十分に積み、鋭い観察力でヒューリスティクスを見つけようとする地道な努力が大切となるだろう。

### 診断技術の向上がもたらす 社会的効果

昨今、診断のアート・暗黙知の解明に関する議論が熱を帯びてきている。今後、この形而上学的な概念を教育・伝達可能な具体的な形にまで一般化させることで、医療の質、特にプライマリ・ケア領域における医療の質の向上が期待できる。その恩恵は、「地引き網診療」ともやゆされる検査偏重の医療に歯止めをかけ、患者一人ひとりの健康改善はもちろん、医療経済的、医療従事者の人的・時間的コストの大幅な削減にもつながることが予想される。

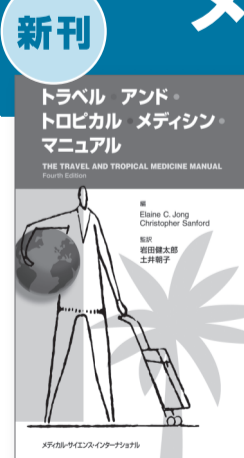
われわれの活動母体である Society of Diagnostic Medicine は、今回 DEM の承認を受け、このたび DEM Japan chapter を内部分科会として発足させることとなった。  
 代表者: 徳田安春  
 連絡先: demjapan@gmail.com

### 文献

- 1) Kohn LT, et al. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press; 2000: 1-287.
- 2) Klein G. The Power of Intuition: How to Use Your Gut Feelings to Make Better Decisions at Work. Crown Business; 2004.
- 3) Norman G. Dual processing and diagnostic errors. Adv Health Sci Educ. 2009; 14 (suppl 1): 37-49.
- 4) ローレンス・ティアニー著, 松村正巳訳. ティアニー先生のベスト・パール. 医学書院; 2011.

## ようこそ、素晴らしい旅行医学の世界へ！ トラベル・アンド・トロピカル・ メディシン・マニュアル

The Travel and Tropical Medicine Manual, 4th Edition



### 一般診療に携わる 全てのプライマリケア医必携!

ニーズの高まりつつある旅行医学・熱帯医学の実用的でハンディな手引書。全7パートで構成し、前半で旅行前のアドバイス、子どもや女性など特に注意が必要な旅行者に対するアドバイスをまとめ、後半で旅行者が高い頻度で遭遇する、発熱・下痢・皮膚病変・性感染症・蟻虫について項目別に網羅、解説する。一般診療に携わるすべてのプライマリケア医、感染症専門医必携。

監訳 岩田健太郎 神戸大学大学院医学研究科微生物感染症学講座 感染症療学分野教授  
 土井朝子 洛和会首羽病院感染症科

●A5変 頁800 図・写真45 2012年 ●定価 8,400 円 (本体8,000円+税5%) ●ISBN978-4-89592-693-5

本書ご購入の方 先着500名様限定!  
 電子版「無料」ダウンロードサービス  
 実施中!

目次	
PART 1 旅行前のアドバイス	PART 4 下痢
PART 2 特定の旅行者に対するアドバイス	PART 5 皮膚病変
PART 3 発熱	PART 6 性感染症
	PART 7 蟻虫



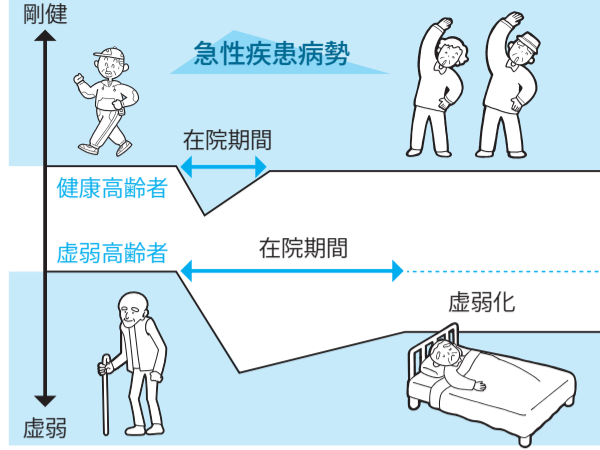
# 高齢者を包括的に診る 老年医学の エッセンス

その14

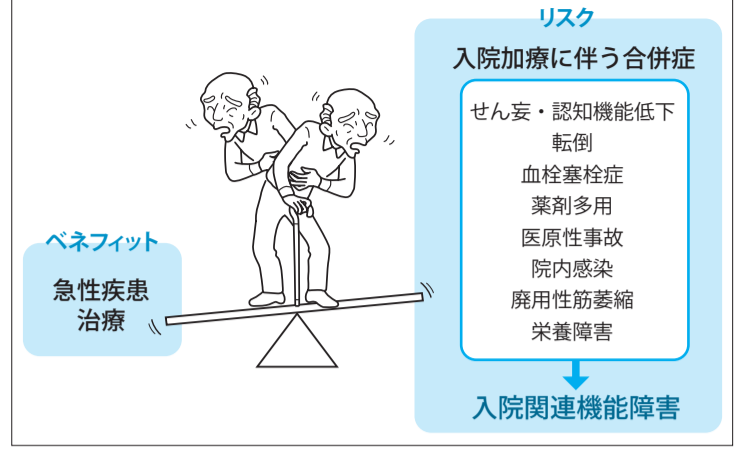
## An Inconvenient Truth in Geriatrics \* 虚弱高齢者と入院関連機能障害

高齢化が急速に進む日本社会。慢性疾患や老年症候群が複雑に絡み合っただけで虚弱化した高齢者の診療には、幅広い知識と臨床推論能力、患者や家族とのコミュニケーション能力、さらにはチーム医療におけるリーダーシップなど、医師としての総合力が求められます。不可逆的な「老衰」プロセスをたどる高齢者の身体を継続的に包括的に評価し、より楽しく充実した毎日を過ごせるようマネジメントする——そんな老年医学の魅力を一冊で本連載でお伝えしていきます。

大蔵 暢  
医療法人社団愛和会  
馬車公苑クリニック



● 図1 入院加療による体力や機能低下



● 図2 高齢者の入院加療におけるベネフィットとリスク

患にかかり入院加療を行っても、体力や機能低下の程度は小さく、病気の治癒とともに従来のレベルまで速やかに回復する(図1上段)。一方、虚弱高齢者は急性疾患や入院合併症による体力・機能低下が著しく、長期間の回復過程を経て従来のレベルまで戻らないことが多い(図1下段)。これは、入院関連機能障害(Hospitalization-Associated Disability)と呼ばれている。米国カリフォルニア大サンフランシスコ校のCovinskyらは最近の総説で、入院関連機能障害の危険因子を挙げ、それらの多くが転倒やめまいなどと共通していることから、入院関連機能障害も「老年症候群」のひとつであると提唱した(JAMA. 2011 [PMID: 22028354])。

### 入院加療による ベネフィット vs. リスク

筆者は虚弱高齢者の入院加療を考える際、常にそのベネフィットとリスクを比較する(図2)。虚弱高齢者は若年者や健康高齢者と比べて入院経過中に合併症を起こすリスクが高いため、軽症の肺炎や尿路感染症、うっ血性心不全など、入院加療のリスクよりベネフィットが小さいと思われる状況では病院受診をためらってしまう。在宅でも、しっかりした医療サポート体制があり、家族が献身的で、ある程度の診断や治療、観察能力がある場合は特に、入院加療のベネフィットが相対的に小さくなり、ためらいはより大きくなる。

リスク評価は包括的高齢者評価(CGA)そのものであるが、実際のリスク定量は難しい。入院加療を開始したのはいいが、直後のせん妄によって診断・治療行為が適切に行えなかったり、合併症が起きたりして、逆に期待したベネフィットが著しく減少することも珍しくない。

通常、入院経過とともに、急性疾患はコントロールされ(ベネフィットは減少)、リスクはさらに増加してくる。図2のシーソーがリスクのほうに傾いたら、在宅医療の体制や家族の意向などを考慮した上で、早期の退院を検討すべきである。

症例 施設スタッフがホームでの治療に不安を示したため、近

症例 2人の娘からとても愛されている87歳の虚弱高齢女性Sさんは、重度心臓弁膜症によるうっ血性心不全と軽度認知症(MMSEスコア23点)を持ち、有料老人ホームに入居している。あるとき、軽症の急性肺炎をきっかけに心不全が増悪した。2年前に同様の病態で病院に入院した際にはせん妄や院内感染を合併、それによる長期臥床からADL低下を来し、結果的に現在の老人ホームへ入居となった経緯がある。今回、2人の娘に病院受診の必要性を持ちかけたところ「可能ならホームで治療してほしい」と懇願された。

### もうひとつの老年症候群

高齢者が急性疾患や慢性疾患の急性増悪で入院し、医療を受けることは日常茶飯事である。そこで今回は、虚弱高齢者の入院加療に伴う問題点について議論する。

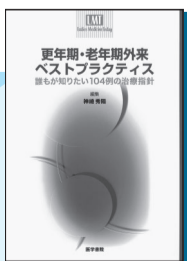
若年者や健康高齢者の場合、急性疾

更年期・老年期外来における診療上の疑問や悩みを解決!

## <Ladies Medicine Today> 更年期・老年期外来ベストプラクティス 誰もが知りたい104例の治療指針

更年期・老年期外来において対応に迷う頻度の高い諸問題に対して、具体的な指針がほしいという現場からの要望に応えて企画された。Q&A方式で、当該領域の専門家が最新の治療指針を解説している。診療の概要、治療方針、対処の実際、処方、要点などが簡潔明瞭に記載され、診療上の諸問題に即応できる実践的な内容である。

編集 神崎秀陽  
関西医科大学教授・産科学婦人科



前版を全面刷新! 使い勝手が向上した腎臓病診療マニュアルの決定版。

## レジデントのための腎臓病診療マニュアル 第2版

腎臓を専門としない内科でも実地臨床に役立つ情報がすぐに参照できるよう、現在明らかになっているevidenceを豊富に盛り込んだ内容が好評であったマニュアル、待望の改訂版。CKDの概念を取り込み、内容を全面刷新。レジデント、総合内科専門医を目指す若手医師に必要な情報を精選してコンパクトにまとめ、さらに使い勝手が向上した腎臓病診療マニュアルの決定版。

編集 深川雅史  
東海大学教授・内科学  
吉田裕明  
財団法人老年病医学総合研究所主任研究員  
安田 隆  
聖マリアンナ医科大学教授・腎臓高血圧内科





続 アメロカ医療の光と影

第215回

予防接種拒否をめぐる倫理論争

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

以前に本コラムのシリーズで詳しく論じたように、あらゆる医療技術の中で、歴史上、予防接種ほど「命を救う」ことに関して多大な貢献をした技術はない。しかし、皮肉なことに、過去に多くの人命を奪った感染症が予防接種のおかげで制御可能となるにつれ、重篤な後遺症を残したり死亡したりする実例を間近に目撃する機会が激減、感染症に対する恐怖は「リアリティ」を失ってしまった。予防接種のリスクと、実際に感染した場合のリスクを比較したとき、感染に伴うさまざまなリスクのほうがはるかに大きいにもかかわらず、「副作用が怖い」とか、「予防接種で人工的な免疫を獲得するよりも、自然に感染して免疫を獲得するほうがいい」とか言って、子どもへの予防接種を拒否する親が跡を絶たないゆえんである。

予防接種拒否の「自己決定権」は認められるのか

医療倫理上、「患者の自己決定権」は広く認められているとはいっても、予防接種拒否を通常の「自己決定権」の範囲に含めることについては否定的見解を取る向きが多い。というのも、「子どもへの予防接種を拒否する」という「決定」を下した結果、当の子どもだけでなく、コミュニティ全体に害をなす危険があるからである。

一般に、ある予防接種のリスクとベネフィットのバランスを個人レベルで考えた際、接種を受けることのご利益が最も大きいのは「集団全体の接種率が低く、罹患率が高い」状況である。反対に、「集団全体の接種率が高く、罹患率が低い」状況では個人レベルのご利益は薄れることとなる。集団全体の接種率が高く、「herd immunity(集団免疫)」が成立した状況にあっては、予防接種を受けない少数の人々も「間接的に」感染から防御され得るからである。しかし、「herd immunity」が達成されるためには、大多数の親が予防接種に伴う副作用のリスクを冒して子どもに予防接種を受けさせることが前提であり、「副作用が怖い」と接種を拒否する親たちは、大多数の親が冒したリスクの上に「ただ乗り」する形でそのベネフィットを享受するのである。さらに、自分の子どもに対する「副作用」のリスクは回避する一方で、コミュニティ全体の感染症防御能は低下させるのだから、公衆衛生上の観点からすれば「身勝手」とする非難も成り立ち得るのである

小児科医による診療の拒否

米小児科学会が行ったアンケート調査(註1)によると、調査前1年の間

に予防接種を拒否する親と遭遇した経験を持つ小児科医の割合は74%に達するという。同学会は、子どもの予防接種を拒否する親に対して「辛抱強く説得する」ことを正式なポリシーとしている(註2)が、辛抱強い説得にもかかわらずかたくなに予防接種を拒否し続ける場合、「堪忍袋の緒が切れる」小児科医が現れるのも無理はない。同学会の調査によると、接種拒否児の診療を「常に断る」小児科医は6%、「時に断る」小児科医は16%に上っているのである。

「堪忍袋の緒が切れる」と書くと、あたかも小児科医たちが感情的理由のみで行動しているかのような誤解を与えるかも知れないが、実は、彼らが診療拒否という「強い」行為に訴える最大の理由は、「予防接種拒否児の来院は、他の患者を無用なリスクにさらす」と強く信じることにある。実際、予防接種拒否児が海外旅行の際に感染した麻疹を持ち帰った挙げ句に待合室内で乳児に感染させるような事例が跡を絶たず、かたくなに子どもへの予防接種を拒否する親一般に対して「反感」や「怒り」を抱く小児科医は少ないのである。

米小児科学会は、そのポリシーで、予防接種をかたくなに拒否し続ける親に対しても「リスペクトフル」に振る舞い、関係を絶つべきでないとしつつも、その一方で、①信頼関係が著しく損なわれたり、②診療についての考え方が大きく食い違ったり、あるいは、③親と良好なコミュニケーションを保つことができない場合には、「他の医師にかかるよう」、つまり、「自分のところにはもう来ないでくれ」と勧めるのも仕方ないと容認している(もっとも、同学会のポリシーは、予防接種拒否患者の診療拒否が認められるのは「あくまでも例外的状況で」というニュアンスで書かれているので、間違っても、「診療拒否を推奨している」とは誤解しないように)。

というわけで、米国には予防接種拒否児の診療を拒否する小児科医が一定割合で存在するのだが、「接種を拒否した責任は親にあるのに、なぜ、子どもが診療を受けられないという罰を受けなければならないのだ?」と疑問に思うのは私だけだろうか?

註1: Periodic survey of fellows: #66 Pediatricians' attitudes and practices surrounding the delivery of immunizations. American academy of pediatrics, 2007.

註2: Responding to parental refusals of immunization of children. Pediatrics. 2005; 115(5): 1428-31. ちなみに、説得に応じて予防接種を受けさせる親の割合は約3割という。



在宅医療モノ語り 第23話

語り手 鶴岡優子 つるかめ診療所 聴くも聴かぬもあなた次第 聴診器さん

在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診靴に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いていく。往診靴の中を覗き道具を見つめていると、道具(モノ)も何かを語っているようだ。今回の主役は「聴診器」さん。さあ、何と語っているのだろうか?



医療人へのスイッチ 在宅医療では白衣着用率は低く、聴診器を出した瞬間に医療人モードに切り替えるという人もいます。最近の聴診器は性能、重量、価格、色の選択肢が豊富。今月はDr.コトーモデルの番が多く、私は中央で小さくなっています。私はダイヤフラムだけ新調してもらいました。

江口洋介モデルとか松嶋菜々子モデルって一体何の話かと思えば、私と同業者でしたよ。『救命病棟24時』っていう、ひと昔前のテレビドラマで使われたタレント聴診器さんのことです。リットマン社の「カーディオロジー」のシリーズで、どちらかといえば高級品。どうせ松嶋菜々子モデルなら、昨年高視聴率をマークした『家政婦のミタ』さんの靴から聴診器が出てきたらドラマ的にはおもしろかったかもしれませんが、聴診器のある家庭なんて一般的には存在しません。

在宅医療業界で一番使われている聴診器は何か? 聴診器は往診靴の中に必ず入っている道具ですが、私はこれに関する資料を持ち合わせておりません。高級品から普及品、よくある量産タイプからあまり見かけない日本製ステレオタイプまで、機種はバラエティーに富んでいます。私ですか? 特に芸名はついていません。正直言って地味で自己主張はしないほうです。値段もさほど高くなく、重量も控えめで、数は量産されています。「クラシックII SE」っていうんです。聞いたことありますか? そうですか、恐れ入ります。

私の使い方については省略しますね。『週刊医学界新聞』読者の皆さんのほうがお詳しいと思います。ええ、心臓の音、肺の音、お腹の音、血管の音、その辺はうちの主人も聴いているようです。もちろん血圧を測るのにも使いますね。いつもは聴こえない肺雑音が聴こえて肺炎を疑う、昨日まで聴こえていた心音が聴こえず死亡診断に至る、在宅ではこんな調子です。今みたいな寒い季節だと重ね着した下着を分け入って、やっと胸やお腹までたどりつくというのも珍しくありません。病気や衰弱が進み、痩せて肋骨が浮き彫りになっている方もいらっしゃいます。厚みがたっぷりダイヤフラムが立派な高級聴診器より、私のような“お手軽薄型”が結構よかったです。

現在私は現役を引退しましたので、いつもは往診靴の底で静かに眠っています。毎日活躍中の現役聴診器さんが急に体を壊されたとか、患者さんのお宅や車の助手席に置き去りにされたなど、何か事件が起こったときだけ現場に出ていくのです。聴診器のない医師の訪問は、クリープのないコーヒー以下です。体温計なら患者さんのお宅で借りることができませんが、聴診器は普通借りられません。

私と主人は医学部の学生のころからの付き合いで、今でも私には主人の旧姓が刻印されています。確か診断学の実習だったと思います。「聴診器はぶらぶら持ち歩かない、ちゃんと白衣のポケットにしまうこと」。続けて担当教員が言われた言葉が印象的でした。「若い医者はずぐに高級な聴診器を欲しがらる。でも、問題なのは聴診器じゃない。イヤピースの間に挟まれる、キミらの頭だ。諸君、いい医者になりたいければ勉強しなさい。勉強が足りなければ、聴こえる音も聴こえてこない」。そんな話だったと思います。ウチの主人はこの言葉を覚えているでしょうか? 20年たっても精進が足りなさそうで、ちょっと心配しています。ザイタクは雑音にあふれています。テレビの音を小さくしてもらって、患者さんにもご家族にもおしゃべりのストップをお願いします。聴診器を使う医師にも、耳と脳と心を澄まして聴いてもらいたいものです。



つるかめ ゆうこ氏……1993年順大医学部卒。旭中央病院を経て、95年自治医大地域医療学に入局。96年藤沢市民病院、2001年米国ケース・ウエスタン・リザーブ大家庭医療学を経て、08年よりつるかめ診療所(栃木県下野市)で極めて小さな在宅医療を展開。エコとダイエットの両立をめざし訪問診療には自転車愛用。自治医大非常勤講師。日本内科学会認定総合内科専門医。

日本独自の統合版高齢者ケアアセスメントマニュアル!

インターライ方式 ケア アセスメント 居宅・施設・高齢者住宅

interRAI Home Care(HC) Assessment Form and User's Manual 9.1

本書は、『MDS2.0在宅ケア』と『MDS2.1施設ケア』の発展版であり、2冊にさらに新たに「高齢者住宅版」を加えて、日本の地域包括ケアのニーズに応えるため、日本独自の統合版マニュアルとして発行。多職種による切れ目ないケアを提供するうえで最適なアセスメント方式でケアマネジャー必携の書。
著 Morris J. N., et al
監訳 池上直己
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
翻訳 山田ゆかり
コペンハーゲン大学公衆衛生研究所 社会医学部門
石橋智昭
ダイヤ高齢社会研究財団研究部長

●お願い—読者の皆様へ
弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください
記事内容に関するお問い合わせ
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ
書籍のお問い合わせ・ご注文
お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ
ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ



# MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

## 症例から学ぶ和漢診療学 第3版

寺澤 捷年 ● 著

A5・頁404  
定価4,830円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01386-4

評者 津田 篤太郎

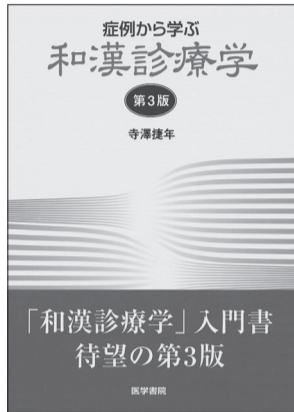
JR東京総合病院リウマチ膠原病科医長

レナード・バーンスタインに「答えない質問」という映像作品がある。これはハーバード大学での連続講義を収録したもので、モーツァルトからストラヴィンスキーまで、クラシック音楽がどのような構造や構成を持ち、音楽がいかに普遍的なメッセージを持つに至るのかを解き明かす、という内容である。

この作品について、20世紀前半の大指揮者、例えばフルトヴェングラーならこんな講義をしなかっただろう、いや、こういう講義をする必要性すらなかった、と評する人がいた。バーンスタインは20世紀後半を代表する指揮者なのだが、この半世紀の隔たりは大きい。素晴らしい演奏がただ存在し、その価値が自明のものであった時代は既に過ぎ、なぜクラシック音楽なのか、クラシック音楽とはなにか、が問われるようになったのである。

日本のクラシック医学である漢方も、20世紀後半に入り、同様の問いを提起されていると言えるであろう。漢方の書籍には、名医の治療経験をまとめたものが多い。それはそれで非常に素晴らしい価値があるのだが、西洋医学が爆発的に知識や技術を発展させた今日、どうして漢方医学なのか、そもそも漢方医学とはなにか、という問いは切実さを増している。かつての名医の経験談も、「使った・治った・効いた」の“3た論法”に過ぎぬ、と切っけ

現代医療における漢方の価値・意味を、わかりやすい言葉で再定義した名著の決定版!



られる時代なのだ。

著者の寺澤先生は、漢方医学に向けられた現代の問いに対し、正面から答えようとしている。気血水とはなにか、陰陽虚実とはなにか、五臓とはなにか、六病位とはなにか、漢方医学の基本概念を丁寧に解説するところから始め、その道具立てを使って漢方医が実際の症例に臨んでどのように漢方処方(「証」)を決定するかを説明する。それは、古典籍や先人の言の引用を羅列するのでもなければ、漢方を現代医学的に「証明」することのみに拘泥しているわけでもない。この本は、西洋近代医学の教育しか受けていない人々にも理解し得る言葉で漢方を再定義し、医学のあり方として西洋医学以外にもう一つの世界・普遍性を持った体系が存在することを描き出そうとする試みだ。

この本には「答えない質問」と同様の、現代から投げかけられた問いに答えるという時代意識がにじみ出ているが、それだけではないように私は感じる。著者は、江戸時代の古方派と呼ばれる、医史上の大転換期を築いた名医たちの研究でも有名である。

古方派は医学が普遍的な事実に基づくべきだと主張し、幕末以降は近代医学の受容を陰で支えた。古方派の伝統を受け継ぐトップランナーである著者の、漢方が普遍性を持った学問として現代の世の中にもっと認知されてほしい、という熱い思いもこの本からは伝わってくる。漢方の「次の100年」を拓く本であると言える。

## 上肢運動器疾患の診かた・考えかた 関節機能解剖学的リハビリテーション・アプローチ

中図 健 ● 編

B5・頁280  
定価4,830円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01198-3

評者 佐藤 真一

健康科学大教授・作業療法学

本書の帯にある「理学療法士/作業療法士に必要なのは 機能解剖学と生理学の知識です!」はまさに本書の性格を言い表している。セラピストが治療を実施するときには、まず機能解剖学と生理学の正確な基礎知識を基盤に持たなくてはならない。その上で臨床症状をいかに解き明かすか、本書はその診かた・考えかたをわかりやすく説いている。

上肢運動器疾患にかかわるセラピスト待望の書

部位別に頸椎から肩関節以下、手指関節までを関節ごとに関節機能解剖学の観点から読み解き、また治療方法とそのポイントも図や写真を多用し、視覚的にもイメージしやすく解説している。上肢運動器疾患に携わる理学療法士・作業療法士はここ数年増加しており、上肢関節部位ごとの整形外科学会に併設されているセラピストの学会・研究会でも近年活発な意見交換が行われている。また作業療法に関する学会においても上肢運動器疾患に関する演題は増加しており、ポスター発表においても若手のセラピストを中心に活発な意見交換が行われている。そのような現状の中で、本書は基礎知識の再確認と臨床現場での問題解決に役立つ本といえる。

また、各章のケーススタディにおいて、

では、“Thinking Point!!”としてケース個々の着目を挙げ丁寧な解説がなされている。これは臨床家の視点として重要であり、日頃の臨床場面における悶々とした疑問を解決するための早道を示している。前述の本書の帯に書かれているように「機能解剖学」「生理学」の基礎知識の上に成り立つ治療視点である。

編集・執筆に当たった中図健氏は関節機能障害研究会を主宰し、非常にアクティブに活動しており年数回の講習会や研修会を開催している。この研究会では、機能解剖学と生理学の基礎知識を基盤に、丁寧な臨床研究を通じた症例を紹介し、非常にわかりやすい講演を行い参加者から高い信頼を得ている。同時に、臨床に戻ってすぐに使える知識・技術の伝達も行っている。これらの深い蓄積が本書に凝縮されているといえよう。

上肢運動器疾患にかかわるセラピストにとって座右の書となるとともに、初学者や養成校の学生にとっても各章の「A. 基本構造」「B. おさえておくべき疾患」「C. 臨床症状の診かた・考えかた」を読み通すことで上肢運動器疾患をより身近なものに感じることができ一冊である。

## 胃の拡大内視鏡診断

八木 一芳, 味岡 洋一 ● 著

B5・頁148  
定価10,500円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01039-9

評者 小澤 俊文

佐藤病院消化器科

10年ほど前になるだろうか、成書にて胃の拡大内視鏡写真を見た。白色光にて捉えられた画像は胃炎粘膜のきれいな画像ではあったが、それ以上琴線に触れることなく時間が過ぎた。

胃の拡大内視鏡所見から組織像を想起可能とする教科書の登場

それから消化器内視鏡は飛躍的に光学的進歩を遂げ、NBI併用拡大観察がハイビジョンで可能となった。1970年代の故吉井隆博先生による実体顕微鏡観察や榎信廣先生による胃の拡大観察粘膜分類(ABCD分類)はあったものの、*H. pylori*の発見前の時代であり、観察機種の問題もあり普及には至らなかった。1990年代後半に細径の拡大内視鏡が開発されてからは各地の学会、研究会で胃の拡大観察に関する話題が取り上げられるようになったが、主に癌が対象となったのは胃癌大国の日本では当然の流れといえる。

そんな折、近隣で八木一芳先生の講演会があり40km離れた街に車を走らせ参加した。膨大かつきれいなスライ

ドと拡大観察の動画に魅せられたのは確かだったが、何よりも内視鏡画像と病理組織との対比の繰り返し、そこから所見を構成する要素、すなわち病理組織構築像を「想定」する理論に驚倒した。会終了後に、八木先生から新潟での拡大内視鏡勉強会開催を伺いすぐに参加を決めた。そこから拡大内視鏡観察の奥深さに魅せられることになった。

2010年10月に上梓された『胃の拡大内視鏡診断』は、前述した研究会に途中から参加させていただいた者として真に鶴首していた教科書である。きれいな内視鏡写真がふんだんに使用されており、ほぼ同じ数の組織像との対比は八木診断理論の真骨頂が貫かれている。

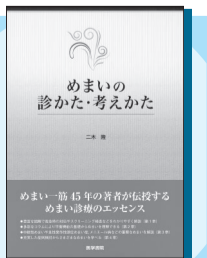
全ページの約3分の1が胃の正常粘膜と慢性胃炎という「異常粘膜」の解説に費やされるさまは壮観であり、初学者の理解を深めるにはうってつけの書である。拡大観察で見られる血管ノ

めまい一筋45年の著者が伝授するめまい診療のエッセンス

## めまいの診かた・考えかた

著者のライフワークであるめまいの診かた・考えかたを内科医と若手耳鼻咽喉科医向けに惜しみなく伝授!豊富な図解でめまい診療を簡潔にまとめた第1章、多彩なコラムにより平衡機能の基礎からめまいを理解できる第2章、中枢性めまいや良性発作性頭位めまい症、メニエール病などの重要なめまいを解説した第3章、さまざまめまいの症例を学べる第4章という充実した構成。多面的にめまいを学び、臨床に役立てることのできる1冊!

二木 隆  
日本めまい平衡医学会顧問/  
二木・深谷耳鼻咽喉科医院・めまいクリニック理事長



B5 頁178 2011年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01124-2]

医学書院

「週刊医学界新聞」 on Twitter!  
(igakukaishinbun)

### 新刊 日常診療を強力にアシストする!

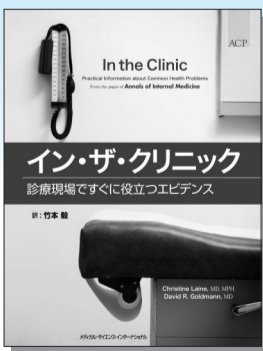
# イン・ザ・クリニック

診療現場ですぐに役立つエビデンス  
In the Clinic: Practical Information About Common Health Problems

訳: 竹本 毅 北里大学病院総合診療部外来主任  
編集: Christine Laine・David R. Goldmann

定価7,980円(本体7,600円+税5%)  
●A4変 ●頁384 ●図18 ●2012年 ●ISBN978-4-89592-695-9

- 米国内科学会(ACP)の機関紙“Annals of Internal Medicine”に連載中の“In the Clinic”24回分をまとめた1冊。
- 内科外来で遭遇するcommonな疾患を厳選、診療に関わる現実的な設問に答える形式で、EBMに基づいたアプローチ法を解説。
- 豊富な囲み記事を収めた独自レイアウトにより、読みやすさ、使いやすさを追求。
- 文献検索データや“Tool Kit”など、各種情報源を適宜収載。文献集、各疾患の情報収集のための手引としても有用。



教科書として、主要文献のレファレンスとして、手元に置けば何かと使える

### 好評“100ケース”シリーズ

**内科診断100ケース**  
臨床推論のスキルを磨く  
100 Cases in Clinical Medicine,  
2nd Edition  
監訳: 佐々木将人  
定価4,830円(本体4,600円+税5%)

**GP100ケース**  
プライマリ・ケア医としての  
総合力を身につける  
100 Cases in General Practice  
監訳: 佐々木将人  
定価4,620円(本体4,400円+税5%)

**心の診療100ケース**  
プライマリ・ケアで押さえない  
精神医学的キーポイント  
100 Cases in Psychiatry  
監訳/訳: 飯島克巳  
定価4,830円(本体4,600円+税5%)



# がんのリハビリテーションマニュアル

## 周術期から緩和ケアまで

辻 哲也 ● 編

B5・頁368  
定価4,830円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01129-7

今日、がん医療に対する注目は非常に高い。これはがん医療の進歩が著しく、不治の病ではなくなりつつあることが一つの理由であろう。ところで、このがん医療の進歩を支えるのがリハビリテーションであることをご存じだろうか。リハビリテーションは、一人一人の生活がより快適で意味のあるものになるようにさまざまな手法を用いてアプローチする専門技術である。がん患者の生存率が伸び、がんと共存する時代では、このリハビリテーションの良し悪しが人々の生活の質に直結し、ひいては人生そのものにも影響を及ぼすことは想像に難くない。薬物、放射線、手術などの進歩を、人にとってより恩恵のあるものとするために、リハビリテーションは不可欠である。

このたび辻哲也先生が編集された『がんのリハビリテーションマニュアル——周術期から緩和ケアまで』は、がんのリハビリテーションを行う上で、押さえるべき基本と実際の臨床をバランスよく著したもので、今まさに待望の一冊である。

辻先生は、日本におけるがんのリハビリテーションを先導され、今日、名実ともにこの分野でのリーダーである。2010年度診療報酬改定で設けられた「がん患者リハビリテーション料」算定に必要な研修会の開催を主導され、また、現在のがんのリハビリテーションガイドラインとグランドビジョ

ンの作成に傾注されている。この書物を編纂されるに最もふさわしい先生である。

本書の内容は以下のようなものである。第I章「総論」は辻先生の執筆により、がんのリハビリテーションの概要と重要性が簡潔に記されている。この章を読むだけでも十分価値のある書物であるが、臨床に携わる諸氏はさらにその実際を知らねばならない。第II章では、「脳腫瘍」「頭頸部がん」「乳がん・婦人科がん」「肺がん・消化器系がん」「骨・軟部腫瘍、骨転移、脊髄腫瘍」「造血器腫瘍」「小児がん」についての実践的な記述が続く。図表や写真を多用し、臨床ですぐに役立つように工夫されている。第III章は「緩和ケアのリハビリテーション」について述べられており、その中の見出しには「進行がん・末期がん」「がん性疼痛」「廃用症候群・体力消耗状態・がん悪液質症候群」「進行がん患者の基本動作、歩行・移動障害」「進行がん患者の呼吸困難」「日常生活動作」「緩和ケアチーム」「こころのケア」などの言葉が登場する。この分野のリハビリテーションアプローチも欠かすことはできない。

がん医療は上述のようにリハビリテーションなくしては成り立たない。この一冊ががん医療に携わる多くの人々に読まれ、がんのリハビリテーションが医療現場に浸透し、がん患者に恩恵がもたらされることを切に望む。

と構造とをそれぞれ分析、分類する方法論は諸家と通ずるものであるが、氏は恒常性の高い“構造”に重きを置いて white zone (WZ) なる“光学的用語”を用いる。豆知識には WZ が観察される氏なりの想定理論が記されているが、本書を読了後に膝をたたく想いをするのは小生だけではあるまい。胃癌診断には WZ と異常血管の組み合わせからなるフローチャートが用いられる。2つの高分化型腺癌のパターン (mesh 血管+不鮮明 WZ, loop 血管+顆粒・乳頭状 WZ) を基本とし、それに合致しない所見 (irregular mesh pattern, wavy micro vessels, ghost-like disappearance of WZ など) では他の組織像を考慮するとしている。胃癌の多様性に対処する優れた strategy であり、理解するには多少の時間を要するものの、WZ の可視性と組織の成り立ちを理解できれば自らの切除標本を顕微鏡で覗く衝動に駆り立てられる。

最後に新潟での研究会コアメンバーによる 20 症例が提示されているが、ここまで読み進めた読者は会参加の疑似体験ができるはずだ。“何を観てい

るのか”が理解できたときの喜びを、本書を通じてぜひとも感じていただきたい。またいくつかのコラムには、用語誕生の秘話などが書かれており興味は尽きない。

八木先生は、胃炎があまり注目されていない時代から静謐にも愚直なまでに拡大内視鏡を用いて病態を追求してきた。時には心ないやゆもあつただろう。H. pylori 診療が当たり前となった現在、その先見性は正しく、胃炎とは“非癌という正常粘膜”ではなく「炎症細胞浸潤を来した異常な粘膜」であることをあらためて認識すべきである。八木先生の想いは辛酸入佳境に違いない。

大腸や食道領域における拡大観察の有用性の後塵を押しつつも、胃には胃炎という炎症 (異常) の場が存在することが多いため、癌の範囲診断や深達度診断など興味も尽きないし、また課題も多い。新潟における八木先生を中心とした臨床と病理とのタッグがこの問題の答えに近づくことを期待し、気は早いとさらなる充実した内容の第二版を心待ちにしている。

# linitis plastica型胃癌

## その成り立ちと早期診断

中村 恭一、馬場 保昌 ● 著

B5・頁288  
定価15,750円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01241-6

がん研究会附属病院病理部の中村恭一先生に病理の教示を願って、九州より上京された馬場保昌先生は、臨床内科医として胃X線二重造影法創始者の一人である熊倉賢二先生に師事するまでの約2年間(1971—73)、がん研病理部に所属され、そこでお二人は、切除胃の全割と検鏡に明け暮れておられました。その後、馬場先生が病理から内科に転科する際に中村先生から要望がありました。それは、臨床面からの胃癌組織発生の意義についての研究です。

馬場先生は転科してすぐ、胃癌組織発生の観点から早期胃癌のX線・内視鏡所見と切除胃の肉眼所見と組織所見との対比を行いました。そして、馬場先生がX線的に見た陥凹型早期胃癌の組織型別肉眼形態の違いについて報告したのは、この全割症例の観察に基づいてなされた研究の一つです。すなわち、馬場先生は、IIC型早期胃癌の肉眼所見とX線・内視鏡所見との対比を癌組織型別に行ったところ、IIC型粘膜内癌の典型例あるいは質のよい写真とされているX線・内視鏡写真は未分化型に多く、それに反して、同じ条件下で撮影されているにもかかわらず、IIC型分化型早期胃癌の多くは質の悪いX線・内視鏡写真とされていることに気づきました。linitis plastica型胃癌(LP型胃癌)は未分化型癌ですから、このことはLP型胃癌の早期発見に大きな味方を神はなされたとは思っています。才に恵まれた馬場先生を愛弟子とされた中村先生、熊倉先生は共同研究者でもあり、人生のよき相談相手ともなっています。

『linitis plastica型胃癌——その成り立ちと早期診断』という大書は、中村先生と馬場先生の出会いがあったからこそ、また、お二人のみに書くことが許されていたと私は考えています。実は、2011年1月22日、半田医師会健康管理センターにて“胃X線診断へのアプローチ”のタイトルで馬場保昌先生に講演していただきました。その講演後、「中村恭一先生との共著でLP型胃癌の書物が医学書院より今春出版される」と教えてくださいました。

本書は大きく2部で構成されています。第1部「LP型胃癌の病理」は、「I. スキルス胃癌とLP型胃癌」「II. 組織学的なスキルス胃癌の発生」「III. LP型胃癌の原発巣は?」「IV. LP型胃癌の定義」「V. LP型胃癌の成り立ち」「VI.

### 消化器医をめざす 医師にとっての必読書



癌発生からLP型胃癌完成までの経過時間」「VII. LP型胃癌の発生から完成までの発育進展過程“LP型胃癌への小径”」「VIII. LP型胃癌の頻度」「IX. “胃癌の構造”の骨格—その中における“胃癌の三角”と“早期胃癌診断瀑布”と“LP型胃癌への小径”」の9章、第2部「LP型胃癌の早期診断」は「X. LP型胃癌臨床診断」「XI. LP型胃癌症例」の2章です。

臨床的にLP型胃癌をより早期に発見し、診断するためには、胃粘膜における癌細胞の発生から、微小癌期、粘膜内癌期、前LP型癌期、潜在的LP型癌期、典型的LP型癌期に至るまでの各発育過程における形態変化を知る必要があります。本書では31例のLP型胃癌症例が呈示され、各病期の症例を肉眼的所見とX線・内視鏡所見を交えてわかりやすく解説されています。初期病変の診断指標として、潰瘍を伴わない径1cm以下の未分化型癌、IIC型を標的病変とする必要があります。微小癌期に4症例を、粘膜内癌期に4症例を挙げ、X線・内視鏡的な診断指標が丁寧に述べられています。

症例ごとに呈示されたX線像は美学で、これぞ達人の芸です。微小IICでは、X線的には不整形バリウム斑と局所的な萎縮粘膜、内視鏡的には褪色粘膜と微小びらんです。小IIC型では、不整形の明瞭な粘膜陥凹であり、粘膜ヒダの中断像を伴います。これらの所見に加えて、X線的には顆粒状の凹凸面、内視鏡的には褪色中の発赤斑を指標とします。最終的には胃底腺粘膜領域の大きさ径1cm以下のIIC型胃癌を標的病変とする必要があります。

“LP型胃癌への小径”の病理組織学的な背景に、LP型胃癌をより早期に発見するためのX線・内視鏡的所見を加えることによって、基礎と臨床が一体となっています。実際に有用な“LP型胃癌への小径”という過程を考案された中村恭一先生、馬場保昌先生の偉大さには感服しています。

本書の行間から「X線と内視鏡との協力によってそれぞれの診断力を高めれば、難題であるLP型早期胃癌の発見は可能」と私には読み取れました。現在、第一線で活躍する消化器医にぜひ読んでいただき、後を継ぐ消化器医を、本書を活用して指導してほしいと思います。これから消化器医をめざす医師にとっても必読書となる一冊です。

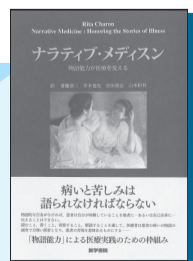
物語能力を用いた臨床実践の原典

# ナラティブ・メディスン 物語能力が医療を変える

Narrative Medicine Honoring the Stories of Illness

ナラティブ・メディスンとは、病いの物語を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動する「物語能力」を用いて実践される医療である。内科医であるとともに、文学博士であり倫理学者でもあるリタ・シャロンが、文学と医学、プライマリ・ケア、物語論、医師患者関係の研究成果をもとに、物語能力の概念、理論背景、その教育法と実践法を豊富な臨床事例を通して解き明かす、ナラティブ・メディスンの原典、待望の完訳。

著 Rita Charon  
訳 齋藤清二  
富山大学保健管理センター・教授  
岸本寛史  
京都大学医学部附属病院  
地域ネットワーク医療部・准教授  
宮田靖志  
北海道大学病院地域医療推進医支援センター/  
卒後臨床研修センター・特任准教授  
山本和利  
札幌医科大学地域医療総合医学・教授



A5 頁400 2011年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01333-8]

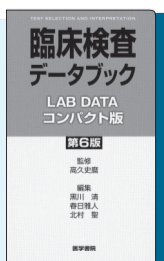
医学書院

ポケットに常に携帯可能なコンパクト版の最新版! 重要な検査のみをセレクト

# 臨床検査データブック[コンパクト版] 第6版

大好評の『臨床検査データブック』本体から『コンパクト版 第6版』が飛び出した! いつでもどこでも必要になる検査を中心に、205項目をセレクト掲載! ポケットに入る判型で、病棟、外来、実習など、常に携帯可能。本体と共に読者の臨床をサポートします。

監修 高久史麿  
自治医科大学学長  
編集 黒川 清  
政策研究大学院大学教授  
春日雅人  
国立国際医療研究センター研究所長  
北村 聖  
東京大学教授



三五変型 頁392 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01439-7]

医学書院



◎最新・最高の治療年鑑。1081名のエキスパートが贈る最新の治療ストラテジー

# 今日の治療指針2012

## 私はこう治療している

総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢



■医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2012」との連携: 「治療薬マニュアル2012」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利 (「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

■各領域について「最近の動向」を解説

- 日常臨床で遭遇するほぼ全ての疾患・病態への治療方針を解説
- 各項目はすべて新執筆者により毎年全面書き下ろし
- 大好評の付録「診療ガイドライン」では、29の診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- 付録「緩和医療における薬物療法」を新規収録

● デスク判(B5) 頁2064 2012年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01412-0]

● ポケット判(B6) 頁2064 2012年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01413-7]

◎この1冊さえあれば大丈夫!! 最も網羅性に優れた治療薬年鑑

# 治療薬マニュアル2012

監修 高久史磨・矢崎義雄

編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

別冊付録 「重要薬手帳」



本書の特徴

- 2,100成分、15,000品目の医薬品情報を2,500頁に収載
- 副作用情報は症状に加えて対処・処置まで掲載
- 使用目的や使用法、適用外使用など、臨床解説が充実
- 各領域の専門医による総論解説、最新の動向を各章に掲載
- 厳選された医薬品情報と代表的な処方例をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」

2012年版の特徴

- 2011年11月収録の新薬までを掲載
- 新規付録、ヒヤリ・ハットの事例を紹介
- 公知申請情報、製剤の味・風味情報を追加
- 「歯科用薬」を新規収録

● B6 頁2560 2012年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01432-8]

## 「治療薬マニュアル2012」×「今日の治療指針2012年版」合同プレゼント企画

特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2012年版」と「治療薬マニュアル2012」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2012」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2012年版」に同封の書籍の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください(2012年10月1日消印分まで有効)。

救急で診る患者にどう対応するか。救急に関わるすべての医師必携書

# 今日の救急治療指針

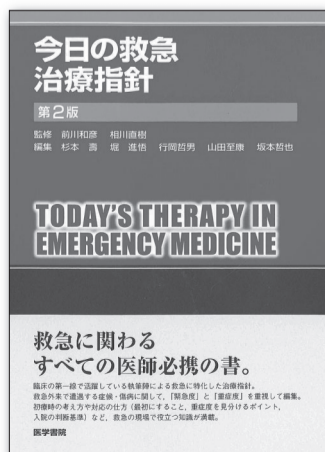
## 第2版

監修 前川和彦・相川直樹

編集 杉本 壽・堀 進悟・行岡哲男・山田至康・坂本哲也

臨床の第一線で活躍している執筆者による救急に特化した治療指針。救急外来で遭遇する症候・傷病に関して、「緊急度」と「重症度」を重視して編集。初療時の考え方や対応の仕方(最初にとること、重症度を見分けるポイント、入院の判断基準)など、救急の現場で役立つ知識が満載。

● A5 頁984 2012年 定価13,650円(本体13,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01218-8]



IDATEN(日本感染症教育研究会)感染症セミナーの好評2冊

## 病院内／免疫不全 関連感染症診療の考え方と進め方

### IDATEN感染症セミナー

編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会

医療者であれば誰もが遭遇する病院内感染症。医療が複雑化、高度化するなかで増加する免疫不全関連感染症。医療者はそこに、どうアプローチしたらよいのか。本書では、気鋭の講師陣がこれらの感染症における診療の考え方と進め方をわかりやすく解説する。「新しい日本のスタンダード」を示すIDATEN(日本感染症教育研究会)感染症セミナー待望の第二弾!

● B5 頁328 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01244-7]



## 市中感染症診療の考え方と進め方

### IDATEN感染症セミナー

編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会

● B5 頁216 2009年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00869-3]

日常診療で誰もが遭遇する市中感染症。医師は目の前の患者をどう診断し、治療していったらよいのか? 感染症診療の新時代を拓くIDATEN(日本感染症教育研究会)講師陣が、そのプロセスをわかりやすく解説する。相互レビューによって吟味された1つひとつの項目に、「市中感染症診療のスタンダード」が示されている。



医学書院

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