

- [シリーズ] この先生に会いたい!! (天野篤、竹原朋宏)..... 1-2 面
- [インタビュー] 研修医リスクマネジメント心得(田中まゆみ)..... 3 面
- JIMセミナー/[連載] 外来診療..... 4 面
- [連載] 「型」が身につくカルテの書き方(新)..... 5 面
- MEDICAL LIBRARY..... 6-7 面

今年2月の天皇陛下の冠動脈バイパス手術で執刀医を務め、「異例の大抜擢」とメディアを賑わせた天野篤氏。手術に臨む際には、「自分の命を賭けるぐらいの覚悟が必要」と決意を求めると同時に、「納得できる理由さえあれば経験年数にかかわらず手術のチャンスはある」とも語る。果たして氏の考える外科医の在り方は――。

世界にその名を轟かす心臓血管外科医の哲学に、医学生の日原朋宏さんが迫ります。

竹原 循環器分野ではさまざまな治療のエビデンスが出てきています。冠動脈バイパス手術を選択する際に、先生はどの程度エビデンスを重視されますか。
天野 それは症例にもよります。例えばパイロットの場合、乗務中の急変は絶対にあってはなりません。なので以前米国では、病変を確実に治療し、それを質的にも評価できる観点から、バイパス手術の選択は絶対条件と言われていました。危機管理の面を含め二重・三重のバックアップを考えたときには、エビデンスにかかわらずバイパスで血管をつなぐことが適切という判断が優先される典型例です。

竹原 つまり、場合によってはエビデンスを当てはめないほうがいいこともあるということですか。

天野 エビデンスレベルが低い場合、医療環境によっては有害となることもあるでしょう。エビデンスを第一義とせず、医療倫理的な背景や患者個人の生活環境、そして外科医の技量も判断材料として、治療法は決定付けられるものです。

竹原 リスクが高い場合は、手術を避けることも選択されると思います。

天野 もちろん少しでも患者さんのコンディションをよくし、リスクを下げないようにまずは努めます。しかし、リスクにかかわらず「自分がやらなければ



聞き手
竹原朋宏さん
慶應義塾大学医学部
6年生

シリーズ この先生に会いたい!! 天野 篤氏に聞く
順天堂大学教授・心臓血管外科学

選んだ道を悔やまない。
覚悟を決めて、頂点をめざせ!!

ばいけない手術」というものがあります。それは、他の医師よりも自分が行うほうが絶対に成功確率が高い手術です。

治療のリスクは、ご家族や可能であれば患者さん本人ときちんと話します。これが自分の考えている手術ですが、場合によっては必要な処置まで届かないかもしれない。それをお互いが納得して、結果によらず受け入れられるよう治療を決めるのです。

竹原 手術の結果に関係なく、ですか。
天野 そうです。そのために大切なことは、コミュニケーションをとることです。私は患者さんにまず「どこに住んでる?」と聞きます。打ち解けられる話題から関係性をつくり、患者さんが理解できるよう状態や治療の説明をしています。

心臓外科医は視野狭窄になりがちですが、医師になって経験することのほとんどは世の中のどこかに既に答えがあります。患者さんが発するサインでも、世の中に似たようなものが必ずあるのでそれを見逃さない。また、治療の上で必要なことを患者さんから伝えてもらえるような状況設定が大事です。

3秒で考える次の一手

竹原 先生は慎重に慎重を重ねて手術を行うタイプ、とメディアで紹介されています。

天野 私は決して慎重なのではありません。自分のなかにある経験に基づく医療をエビデンスと照らし合わせて、その場その場で最適の治療法を判断するので、慎重と思われる方もいるでしょう。

一例ですが、満員電車で突然立ってられないほど揺れたらどうしますか? 吊革につかまっていたはケガを

します。そういう場合は、一度身をゆだねなければ駄目。ゆだねながら、3秒で次にどうするか考えるというのが私の答えです。そして、それに責任を持ち後悔しないことも重要です。

竹原 たった3秒で次の手を見いだすのは、決して簡単ではないと思います。

天野 必要なのは知識と経験の統合です。経験には時間が必要なもので、若いうちはまず自分が興味を抱いたものを探究心を持って掘り下げ、1つひとつ知識を積み重ねていくといい。例えば内胸動脈であれば、どこにあり、何に使われるのか。バイパス手術に使うことがわかれば、いつ誰が最初に手術に成功したのか。そういった知識のネットワークが多くできれば、それらは統合されていきます。

竹原 先生自身はこれまで、どのように学んでこられたのですか。

天野 私は熱にほだされるというか、1つのことに夢中になってしまう性格なんです。夜中に胃癌の標本からリンパ節を探っていたらその上で寝ていたこともあるし(笑)。

竹原 仕事に取り憑かれていた。

天野 そう。だから初期研修医時代は、例えば血液内科に行ったら血液だけを学ぶ。次に循環器を回れば循環器だけを勉強し、そこで学んだ知識を統合する。そうすると貧血ひとつとっても、「抗血小板薬の副作用である腸管出血が原因となるケース」のような単純だけ意外なパターンも頭に入ってくる。そういったことを、若いうちにたくさん頭のなかに刻み込んでおくといいでしょう。

竹原 手術手技はどう学んだのですか。

天野 「先生の手術をビデオに撮らせてください」ってよくお願いされるけど、ビデオじゃ無理ですね(笑)。と



●あまの あつし 1983年日大医学部卒。関東通信病院(現NTT東日本関東病院)で初期研修後、亀田総合病院心臓血管外科で心臓外科を学ぶ。新東京病院心臓血管外科部長、昭和大横浜北部病院教授を経て、2002年より現職。冠動脈バイパス手術のスペシャリストとして知られ、これまでの総手術数は6000件に迫る。米国胸部外科学会正会員。日本心臓血管外科学会評議員、日本胸部外科学会評議員。

というのは、動画は多くのメモリが必要のように、よほどの記憶力がないと覚えきれないからです。だから、私は紙芝居のように、大事なところだけをスナップショットで覚えました。1つの術式で5-6枚のイラストを頭に入れ、その間を知識でつなげるんです。

竹原 間の部分は個々の患者さんによっても違うということですね。

天野 手術する環境や自分のコンディションによっても違います。それに、最初から正確な動画のように記憶してしまうと、異なる状況に出合ったときに変えようがない。医学では抽象化したイメージでつかんでおくことが大事です。

その手術を自分が行う
必然性はあるか?

竹原 知識と手技を学んでいけば、手術を経験できるチャンスはくるのですか。

天野 手術を任せられる大原則は、患

(2面につづく)

July
2012

新刊のご案内

医学書院

●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 (書店様担当)
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

CT・MRI実践の達人
聖路加国際病院放射線科レジデント 編
A5 頁216 定価3,780円
[ISBN978-4-260-01475-5]

救急レジデントのTIPS
編集 ERカンファレンス
B5 頁292 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01388-8]

がんサイバー
医学・心理・社会的アプローチで
がん治療を結いなおす
原書編集 Miller KD
監訳 勝俣範之
訳 金 容孝、大山万容
A5 頁464 定価4,200円
[ISBN978-4-260-01522-6]

M-Test
経絡と動きでつむむ症候へのアプローチ
向野義人、松本美由季、山下なぎさ
B5 頁184 定価3,780円
[ISBN978-4-260-01608-7]

ブルガダ三兄弟の心電図
リーディング・メソッド82
原著 Brugada J, Brugada P, Brugada R
訳 野上昭彦、小林義典、鶴野起久也、蜂谷 仁
B5横 頁232 定価4,725円
[ISBN978-4-260-01544-8]

顕微鏡検査ハンドブック
臨床に役立つ形態学
編集 菅野治重、相原雅典、伊藤恵子、伊藤 仁、手島伸一、矢富 裕
B5 頁416 定価6,825円
[ISBN978-4-260-01554-7]

臨床検査技師国家試験問題集
解答と解説 2013年版
編集 「検査と技術」編集委員会
B5 頁204 定価3,150円
[ISBN978-4-260-01638-4]

NANDA-I看護診断
定義と分類 2012-2014
編集 T.ヘザー・ハードマン
監訳 日本看護診断学会
A5変型 頁648 定価3,150円
[ISBN978-4-260-01557-8]

〈シリーズ ケアをひらく〉
ソロニユの森
田村尚子
B5変型 頁132 定価2,730円
[ISBN978-4-260-01662-9]

腎不全看護
(第4版)
編集 日本腎不全看護学会
B5 頁440 定価4,410円
[ISBN978-4-260-01560-8]

〈看護ワンテーマBOOK〉
快適! ストーマ生活
日常のお手入れから旅行まで
松浦信子、山田陽子
B5変型 頁128 定価1,890円
[ISBN978-4-260-01601-8]

根拠と事故防止からみた
小児看護技術
編集 浅野みどり
A5 頁516 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01138-9]

根拠と事故防止からみた
老年看護技術
編集 亀井智子
A5 頁560 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01139-6]

今日の診療ベーシック Vol.22
DVD-ROM for Windows
DVD-ROM 価格54,600円
[ISBN978-4-260-01611-7]

治療薬マニュアル2012準拠
CASIO電子辞書データカード版
EX-word DATAPLUS2~6対応
価格8,925円
[ISBN978-4-260-01655-1]

(1面よりつづく)

者さんのことを最もよく知り、「予後を向上させる」という熱い思いを持ち、最低限その患者さんの予後を変えない治療を完遂できる技術と経験を持つことです。その治療をその医師が行う必然性を患者さんが認めてくれれば手術のチャンスはあります。

竹原 外科医としての経験年数とは関係ないのですか。

天野 関係ないと思ってやってきました。私の考える術者に求められる要件とは、「その医師がやったほうが良い手術なのか」「その手術にその医師が関与すれば良い結果を生むか」のどちらかです。だから、若い医師でも「自分が手術すべき」という説得力ある理由があれば、いくらでもチャンスを与えます。

ただ自分が最もよい治療だと判断しても、それが間違っていることもあるわけです。失敗はそのまま患者さんの命にかかります。当然同じ過ちを繰り返すことは許されないし、手術を行うには自分の命を賭けるぐらいの覚悟が必要なんです。

でも最近は、私を超えるぐらいの強い気持ちを持った若者には出会っていないかな。

竹原 実際は決意を持った若者は少なくないと思います。

天野 アピールが少ないのかもしれないけど、出し方も下手ですよ(笑)。

私が現役を終えるときは、それこそ私自身がやってきたことを革新的な考えと技術で斬り捨ててほしいと思っています。その前には、「誰が手術を行うか」という闘いがもちろんありますから、自分で手術場を奪い取れるような若手が出てきたらいいですね。

量でも質でもなく「濃さ」が重要

竹原 外科手技の上達のためには、十分な症例数が必要だと思います。欧米では専門医に定員があり、研修医数も絞られています。一方、日本では診療科の選択が自由にできるシステムであり、志望者が増えるとトレーニングの場が失われることが考えられます。

天野 個人的には、外科は相撲部屋に近いと思っています。つまり、全員が関取になれるわけじゃないけど、ある程度的人数が入門してくれないと体制そのものが維持できない。また、入るからには全員に頂点をめざしてほしいのです。自分たちのなかからイチローのような一流の選手が1人生まれて満足するのではなく、「次は俺だ」と思えるような環境が外科研修には合っていると思います。

竹原 お互いに刺激し合うことで、集団として高まっていくのですね。

天野 そう。だから外科を選択したことには迷わない。特に心臓外科の領域は、何があっても心臓外科一本でいくという覚悟を決めないと駄目。「絆」という言葉がいまよく使われるけど、

そういう見えない糸でチームが結ばれている状況でないと、最後のところで患者さんを救えないんです。

竹原 選択できる科が多いと、どうしても迷ってしまいます。

天野 どの科でも入れるけど、その科で一人前と認知されるかどうかは別の問題です。どこに行っても通用する腕になるまでスキルを積んで、初めて医師の質の担保につながります。それは世界共通で、日本だけが特殊なわけではありません。

竹原 技術を高めるためには、症例を多く経験する必要もあると思います。

天野 私が一人前になるまでの過程で経験した症例数は、決して多くはない。心臓外科の研修医個人が1年間に対応すべき患者は、せいぜい200例です。代わりに、いつ、どんな手術をして、術後に何があって、家族はどういう人か、といった患者のすべてを頭のなかに入れることが重要です。

竹原 量より質ということですか。

天野 質というより、1例を5例に伸ばすような「濃さ」ですね。1例経験したときに、「病変のここが違ったら手術はどう変わるか」といったことを文献で調べ、1人の患者さんからいくつものパターンを自分のなかに取り込む努力を私は一生懸命してきました。

竹原 経験を積むために、症例の多い海外へ留学するという道は、どうお考えですか。

天野 私は留学をしなかったのですが、日本語で教えてもらってよかったと感じています。もし同じことを海外で経験したとしても、「わび・さび」まで感じ取れないレベルの語学力だったら、おそらく同じ技術は身につかなかった。

竹原 深いニュアンスまで理解できる言語で学ぶことが大切なのですね。

天野 外科は技術とアウトカムがすべてですが、研修医レベルであればまずコミュニケーションを自分の芯にするのがいいと思います。自分を熱くできる環境に身を置くことが大事で、それには日本人であれば日本に関係することがいちばん簡単だと思います。そこで受けた刺激から、次の段階を考えればいいのです。

「大発見」を掘り下げる楽しみ

竹原 手技の面では、かなり以前に確立された手術法が今でも通用し、新たに生まれる術式はほとんどデバイスの改良によるものだと思います。アプローチが根本的に違うような術式は近年出ていないと感じるのですが、そのような新たな手技はもう生まれないのでしょうか。

天野 現在では臓器はもちろん、既にゲノムまでほぼ解明されているので、新しい画期的な手術はおそらくもう誕生しないでしょう。よく医学生に伝えることですが、これから医療のなかで出くわすことは「大発見」と思っても、過去に絶対誰かが見つけているものです。あえて言えば、論文になっている

かどうかの違いだけ。

日本の近代医学の祖というと緒方洪庵の名前が挙がり、同時期に順天堂を興した佐藤泰然の名はあまり出ないでしょう。おそらくこれは、緒方洪庵については福沢諭吉などの門下生が多く、外科医の佐藤泰然の行ったことは実学であり、記録が残っていないことに由来すると考えています。

竹原 記録として世の中に残すことが大切なのですね。

天野 ただ、歴史でも現代史にはいろいろな解釈があるように、医学でも新しい知見にはいつも解釈の違いがつきまといます。例えば一時期、心筋保護には冷却と高カリウムがよいと言われていましたが、今では冷やし過ぎるのはもちろん、カリウムも高すぎるのはよくないと、有名な教授が発表した結論でも全く変わってしまいました。

竹原 医学の常識が、時に大きく覆る楽しみみたいなものもあります。

天野 それもあるし、自分が大発見だと思っても掘り下げた結果、「なんだ、こんな昔に見つかるんだ!」とわかったときもまた楽しいものです。その掘り下げていく手間を惜しまないことが大事ですね。

外科医の辞め時

竹原 医師として生涯現役で働きたいと思っています。一方で、外科医は視力や体力・気力の面で、術者でいられる期間は短いのではないかと感じることもあります。

天野 外科医の寿命は、自身のアシストデバイスをどれだけ持てるかにかかっています。私が医師になったころは、拡大鏡もヘッドランプもあまり使われておらず心臓外科医は50代になると老眼で駄目だと考えられていたのが、いまは少なくとも10年は延びました。また以前、ビデオ画面を活用して自分の目の衰えを克服した、60代の外科医にも会ったことがあります。

竹原 なるほど。現代のテクノロジーが外科医の寿命を延ばしたのですね。

天野 私自身も40代の半ばから老眼が出てきて、手術中も「見えにくい」「暗い」という状況となりとても定年まではできないと思っていたら、いま使っている二重焦点のコンタクトレンズに出会いました。

生涯現役でいたいのなら、周りの人たちがあきらめたり挫折した理由を知



って、自分はその道に入り込まない努力が必要です。ただ医師には社会的な義務があり、また人の命を扱うことを考えるとそれだけ責任の重さがあることも忘れないでほしい。

竹原 何かあったときのリスクは確かに大きいです。

天野 だから必ずどこかで退き際があります。現役とは、おそらく自分が「これなら納得」という仕事ができている限りの間なのだと思います。王貞治さんは引退した年でもホームランを30本打っていたけど、「自分のホームランじゃなくなったから」と引退した。そういう退き方もあるわけです。

声を掛け、手を引こう

竹原 最後に、医学生、研修医に向けてメッセージをお願いします。

天野 医学生・研修医時代というのは、患者さんに限らず誰にでも自分から声を掛け、困っている人がいたら手を引くことを、日常動作としてできるようにすべき時期だと考えています。というのも、最近の医学生は受験などの競争を勝ち抜くなかで、「自分さえよければいい」という意識を心のどこかに持っていると感じられるからです。

竹原 他者に対するかかわり方に人間性が表れるのですね。

天野 だから、例えば電車で座っている1つ向こう、可能なら2つ向こうのドアまで、お年寄りが乗ってきたら手を引いて自分の座席に座らせてほしい。そういうことはあまり教育されないけど、それができたら必ず臨床現場で役に立ちます。私自身、若いころに会得できていたら、もう少し早くいろいろなことに気付くことができたでしょう。

そこから始まって、弱者だけでなく周囲の皆をいたわられるようになってほしい。そういうことが自然に振る舞えるようになると、これからの医師の在り方も変わってくると思いますね。

(了)

インタビュー 心臓血管外科医として世界のトップを走る天野先生は、患者の治療への使命感に燃える熱い先生でした。やみくもに多くの症例を診るのではなく、1つひとつの出会いを大切に、多角的に学ぶことにより、一人の患者から何例にも値する学びができることを教えていただきました。先生はメモをせずに、瞬間瞬間に記憶することを反復して学んだそうです。そして常に患者が良くなることを考えて試行錯誤しながら、知識と経験を統合させていったとのこと。悩んだときは医学以外の分野から解決のヒントを探すと良いそうです。若いドクターに対しては、自分の情熱を最大に注げる分野を選択し、トップをめざし、妥協しないで切磋琢磨することをメッセージとしていただきました。確固たる努力に裏打ちされた、先生の心臓血管外科医としての自信を感じることでできたインタビューとなりました。(竹原朋宏)

臨床研修で高い人気を誇る4病院救急部のコラボレーション!

救急レジデントのTIPS

落とし穴があった症例や示唆に富んだ症例など、レジデントに伝えたい「現場の実践知」がこの1冊に。臨床研修病院として人気の聖路加国際病院、国立病院機構東京医療センター、国立国際医療研究センター病院、国立成育医療研究センター病院の救急部による編集・執筆。少し背伸びをしたいレジデントに役立つTIPS!

編集 ERカンファレンス



他人のエラーがこんなに身にしみるなんて! 他院のM&Mカンファレンスをのぞこう!

内科救急 見逃し症例カンファレンス M&Mでエラーを防ぐ

M&M (morbidity & mortality) とは、死亡例・重症例・見逃し症例などを検討し、再発防止のためにシステムや環境の改善を行うカンファレンス。本書はM&Mカンファレンスで取り上げられた内科救急の症例をもとに、エラーの原因に迫り、致死的疾患に隠れる落とし穴や間違った認識などについて、最新の文献をもとに解説する。M&Mカンファレンスのやり方も詳しく、自施設で始めてみたい人にも最適。

長谷川耕平 ハーバード救急医学レジデンシー マサチューセッツ総合病院 フリガム&ウィメンズ病院シニアレジデント 岩田充永 名古屋済済会病院救命救急センター 副救命救急センター長



研修医リスクマネジメント心得

医療トラブルのリスクから、自分の身を守るために

interview 田中 まゆみ 氏（田附興風会医学研究所北野病院総合内科部長）に聞く

どれだけ熱意を持っていても、慎重に行動しているつもりでも、医師であれば誰もが当事者になり得るのが医療トラブルです。研修医とて例外ではなく、むしろ医師として未熟であるがゆえに、トラブル予防と対処により精通しておくべきとも考えられます。本紙では、このたび『研修医のためのリスクマネジメントの鉄則——日常臨床でトラブルをどう防ぐのか?』を上梓した田中まゆみ氏に、日本における医療トラブルをめぐる現状と、そのなかで研修医が自分の身を守っていく術について伺いました。

研修医も責任を問われ得る 日本の医療現場

——先生が研修医だったころ「リスクマネジメント」についてはどのように考えておられたのですか。

田中 “患者さんに医師が訴えられる”という心配をしたこと自体、あまりありませんでした。新米医師であっても身分を明かす必要はなく、患者さんはすべてを「お任せ」するのが普通。今にして思えば、医療倫理的には非常に問題のある慣行がまかり通っていたと思います。

——それが後々、医療と社会の関係におけるさまざまな問題につながっていくわけですか。

田中 そうですね。それまで長きにわたった医療者側の秘密主義や価値観の押し付けがたたって、医療の受け手側はすっかり不信を抱くようになっていました。医療のリスクや不確実性がなかなか理解されない日本の現状は、そうした不信感が根底にあるためではないかと考えています。

——米国でも長く臨床に従事されましたが、医療のリスクに関して、米国ではどう考えられているのですか。

田中 当初私には、米国はとにかく訴訟社会で、医療訴訟も頻発しているイメージがありました。リスク回避のために、まず医療倫理と医事法を学んでから研修に入ろうと、ボストン大の公衆衛生大学院で学ぶことにしたのです。

するとそこで、米国では医療事故は専ら民事で扱われ、刑事罰が科されるのは、さまざまな要件が重なった極めて例外的な場合しかないことを知り、たいへん驚きました。実は先進国で、日本のようにまず警察に届け出る国のほうが珍しい¹⁾。ほとんどの国では、医療事故にいきなり警察が介入することはないのです。

——研修医による医療行為は、よりリスクが高くなると思われますが、どのような対応がとられているのでしょうか。

田中 確かに海外の統計では、研修医全体の45%が最低一度は過誤を経験し、その31%が患者の死につながったとあり、研修医が医療事故を起こす確率は、非常に高いことがわかっています²⁾。

例えば米国では、初期研修医は研修

病院内でのみ有効な仮免許を所持している状態です。指導医の監督下でなければ医療行為を行えない反面、トラブルがあっても病院や指導医が責任を持つ。批判の矢面に立ったり、訴訟の対象になることはまずないのです。

一方日本では、研修医と言えども一人前の医師として免許を交付され、法的に保護されていないばかりか、厳しく責任を問われた例さえある。「上級医がいるから大丈夫」「自分が訴えられるわけがない」という甘い気持ちでいると、痛い目を見る可能性は大いにあります。

避けられないリスクに どう対応するか

——では具体的に、日本の研修医は、リスクについてどんな意識を持って臨めばよいのでしょうか。

田中 まず「医療事故は一定の確率で起こる」と自覚することです。「医療事故」の定義はいろいろありますが、最も広義のものを言えば、過失の有無を問わず“予定通りにいかなかったこと”はすべて医療事故なのです³⁾。

ただ、誰も責めを負うべきではない事例でも、当事者となった患者さんやご家族にとっては、当該の医療行為によってもたらされた結果がすべてです。誰かを責めずにはいられないこともあるでしょうし、その予先はほとんどの場合、最も身近な医療関係者に向かいます。普段から患者さんに密度濃く寄り添っている研修医の責任も、必然的に問われる可能性が生じます。

それを考えると、「現場で自分がいちばん弱い立場にある」ことを自覚しておくのも、大事だと思います。

——自分で自分の身を守る方法も、考えておかねばならないわけですか。

田中 ええ。未熟な研修医は、ただでさえ「あいつがミスしたんじゃないか」と責めを負われやすい。まして日本では、未熟なのにフルで免許を与えられている状態ですから、いっそう慎重な行動が求められると言えます。

上級医の指示に対しては、教科書やガイドラインで論拠を探してみる。口頭で言われたことは、必ず後で確かめる。何かおかしいと思ったら聞いてみる。そうせずにいて、後になって「言われた通りにしたんですけど」と訴え

ても遅いのです。

——日ごろから、周囲と意識的にコミュニケーションをとることも重要になりそうです。

田中 「報告・連絡・相談（ほう・れん・そう）」はとても大事ですね。しかし研修医は、そうした社会常識が十分に身につけていない場合も多々あります。指導医としてもヒヤヒヤしますが、患者さんはそれ以上に不安になるでしょう。何らかのトラブルが起きた場合には、その不安が怒りを増幅させてしまうのです。

傾聴は最良のリスク予防

——患者さんの不安を抑えるために、研修医には何ができるのでしょうか。

田中 研修において、私が最も強調しているのは「傾聴」です。

当科では1年目の研修医にも外来を担当させていて、その場でフィードバックまで行います。そこで、文字通り、“身を傾けて”患者さんの悩みや訴えを聴き「私はあなたの困っていることを何とかしてあげたいと一生懸命なのです」という姿勢を示すことの重要性を教えています。

——真摯に話を聴くというのは、すぐにできそうでいて、なかなか難しいことですね。

田中 まずは、パソコンに向かう手を止めて、患者さんのほうに身を傾けてと、形から入るのでもよいと思います。初めは、患者さんの話から“病気が見えてくる”ことがなかなか実感できなくても、症例数を経験するにつれ、“ひっきり”を感じ取り、知らず知らず身が入るようになるでしょう。

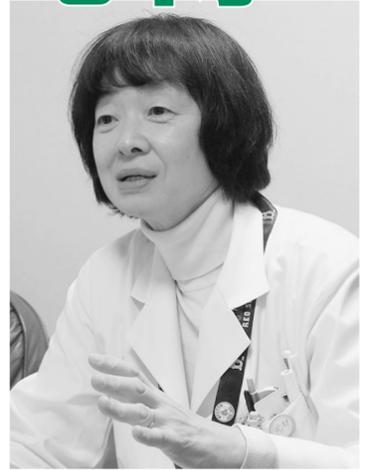
親身に耳を傾ける医師は、なにより患者さんに感謝されます。また“新米”であることを補って余りある熱意、姿勢が伝われば、「実は先生……」と、問題解決につながる情報を、患者さんが進んで提供してくれることも増える。問題点が的確に整理され、早期に解決されれば、研修医の評価を上げることに結びつきます。

——それが最終的に、リスクマネジメントにまでつながると。

田中 その通りです。自然に、無意識のうちに、“患者さんとの信頼関係の構築”という、最良のリスクマネジメントがなされていることになります。

指導医との率直なやりとりで、 研修医は成長する

——指導医の目線から、シビアな医療の現場をかいくぐって研修医が成長する“コツ”を教えてください。



●田中まゆみ氏

京大医学部卒。天理よろず相談所病院小児科、京大大学院を経て、マサチューセッツ総合病院などでリサーチフェロー。医事法の大家、ジョージ・アナス教授に師事しボストン大公衆衛生大学院修了。2000年よりブリッジポート病院で内科臨床研修に従事。04年に帰国、聖路加国際病院を経て、10年より現職。著書に『ハーバードの医師づくり』（医学書院）。

田中 まずはやはり、少しでも疑問に思ったら相談してほしいということです。指導医の指示には、一つ一つに必ず理由があります。「なぜこんなことを言ったんだろう?」という心中の問いを、口に出してみることはとても大事です。知ったかぶりをせず、素直に“知りたいから聞く”研修医は成長しますし、周囲からも愛されます。

——失敗もすると思いますが、そのときどんな心がけでいけばよいですか。

田中 医学界は、失敗は許されないことが“建前”の厳しい世界ですが、指導医や上級医たちは失敗してこなかったのかと言えば、そんなことはありません(笑)。ヒヤリとする小さな失敗や、叱られた経験も、後々の大きな危機を乗り切る糧になると考え、自らの教訓としてぜひ役立ててほしいですね。

インシデント・レポートも積極的に書いて、自分の医療行為が有害事象にどうつながったのか「根本原因分析」をしてください。指導医の指示が原因と思ったら、それも正直に書く。そして事例検討の中で、率直に意見交換する。また同じ有害事象が繰り返されないために、何より患者さんのために、屈辱感もプライドも乗り越え、研修医と指導医が協力し合う反権威主義のカルチャーを構築すること。それこそが、究極のリスクマネジメントでもあると考えています。

——ありがとうございました。(了)

註1：医師法第21条：異状死の届け出義務
註2：Weingart SN et al. Epidemiology of medical error. BMJ. 2000; 320: 774-7.
註3：医療事故の定義の例：「計画に反した医療行為または治療目的に反した計画」（米国医療研究機構、1999年）、「医療の全過程で発生する人身事故一切を包含する」（第18期日本学術会議第7部、2002年）

医療事故の当事者になる前に、ぜひ読んでおきたい「リスクマネジメントのABCD!」

研修医のための リスクマネジメントの鉄則

日常臨床でトラブルをどう防ぐのか?

医療訴訟などの医療紛争は日本でもめずらしくはなくなりました。しかし、そのような事故をどう予防し、いざ事故が起こった際にどう対応するかについては、十分な教育が行われていたとはいえない。本書は、まだ臨床経験の乏しい研修医のために、医療現場におけるリスクマネジメントの基本をわかりやすく記した。日米の問題症例を紹介しつつ、明日から役立つ具体的なアドバイスも伝える研修医必読の1冊。

田中まゆみ
田附興風会医学研究所北野病院総合内科部長



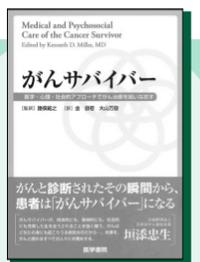
がんと診断されたその瞬間から、患者は「がんサバイバー」になる

がんサバイバー 医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす

Medical and Psychosocial Care of the Cancer Survivor

がんを克服した人だけを指すのではない。がんを克服した時から人はサバイバーとなり、一生サバイバーであり続ける。診断・治療時、再発監視時、完治後の各々に異なるニーズとケアを理解し、可能な限り高い質で生きていけるようサバイバーを支援するにはどうすればよいか。医療者が知っておくべき医療・心理・社会的支援の知識を解説。

原書編集 Miller KD
監訳 勝俣範之
日本医科大学武蔵小杉病院教授 腫瘍内科
訳 金 容考
聖隷浜松病院・化学療法科
大山万容
京都大学大学院 人間・環境学研究所



診断を“構造”から問い直す 医学書院「JIM セミナー」のもようから

岩田健太郎(神戸大),名郷直樹(武蔵国分寺公園クリニック)の両氏を講師に迎えたJIMセミナー「Dr.岩田&Dr.名郷が語る『ゼロからの診断学』」が6月17日,医学書院(東京都文京区)にて開催された。それぞれ感染症,EBMの専門家として名高い両氏が,医学生・研修医に向け,医療に不可欠な診断を根源から問い直した。



●左から岩田健太郎氏,名郷直樹氏

その診断は患者のためになるのか

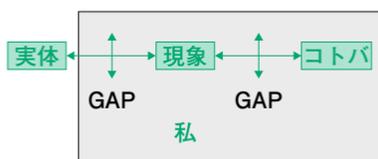
まず名郷氏が,構造主義科学論からみた診断について語った。「ある100人を,胃癌を持つ人と持たない人に分けることは可能か」と参加者に問いかけ,最も現象を正確にとらえたとされる生検でさえ偽陰性・偽陽性の可能性は排除できないことから,胃癌という現象と診断名にはギャップがあると説明。胃癌の実体は「コトバ」だけでは描けないが,現在の診断は「コトバ」が独り歩きしているのではないかと問題提起した。氏は,「実体」「現象」「コトバ」「私」から成る構造主義医療の枠組み(図)を示し,コトバではなく実体・現象に立ち戻りながら診断を行うことが重要との考えを述べた。

続いて岩田氏が登壇。早期発見・早期治療が可能になった現在の医療では,疾患という現象があいまいになり,疾患を医学のコトバに落とし込むこと

が難しくなったという。例えば,インフルエンザではキット陽性というだけで診断が行われることもあるが,「ウイルスの存在≠インフルエンザ」と指摘。現象を適切にコードする能力がある医師こそがプロフェッショナルであると強調した。また氏は,神経梅毒患者を治療し神経症状が治まったところ性格が激変し,家族から「先生,どうしてくれるんですか」と告げられたエピソードを紹介。ただ検査結果から治療を決めるのではなく,日ごろから「何のための診断であり,治療なのか」と遠くから俯瞰することにより,診療の幅が広がると締めくくった。

診断における疑問を解決

後半の「クロストーク 差異と同一性の診断学」では,両氏への参加者からの質問(下記参照)で議論が白熱。参加者からは「現象のとらえ方,実体とは何かがあった気がする」「診断に関する医師個人の主体性をどう涵養すればよいか,興味が深まった」などの声が聞かれた。普段の医学・医療にはない視点から診断学に触れることで,多くの参加者にとって有意義な時間となったようだ。



●図 構造主義医療の枠組み

質疑応答から

◆診断を正しい治療につなげていくためには,どうすればよいのでしょうか?

岩田 診断と治療は分けようがなく,診断は直接治療に向かいます。「体が痛い」と訴える不安で不眠症のおばあちゃんの「実体」に迫るならば,ただ赤沈を測ってリウマチ性多発筋痛症と診断し,ステロイド投与という治療にはならないでしょう。大事なのは,「何をめざしているか」を考え続けることです。

名郷 患者さんは患者さん自身の関心のなかで,病気や治療を考えています。医療者と患者のコミュニケーションギャップを「現象」と「コトバ」のギャップと置き換え,そのギャップにアプローチしていくような対話が,患者さんに必要な治療を見極めるには有効だと思います。

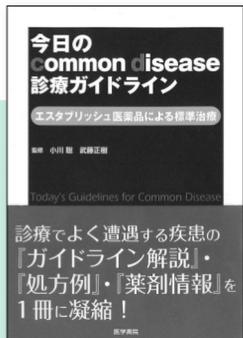
ガイドライン解説・処方例・薬剤情報を1冊に凝縮!

今日の common disease 診療ガイドライン

エスタブリッシュ医薬品による標準治療

監修 小川 聡 国際医療福祉大学三田病院・院長
武藤正樹 国際医療福祉大学大学院・教授

common disease59疾患の「ガイドライン解説」と「処方例」,処方薬の基本情報を「薬剤一覧」にまとめた,全医療従事者必携のクイック・リファレンスブック。各疾患解説中の「処方例」と巻末の「薬剤一覧」は,相互参照できるユニークな構成となっている。本書では,エビデンスに基づく診療ガイドラインに記載されるような標準的治療薬で,しかも費用対効果の優れた医薬品を「エスタブリッシュ医薬品」と位置づけ,それらの薬剤を中心にとりあげた。common disease情報のアップデートに,患者説明・服薬指導に,薬剤銘柄選択に…あらゆるシチュエーションにおいて,多忙な現場をサポートする1冊。



●B6 頁480 2012年
定価4,725円
(本体4,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-01525-7]

医学書院

外来診療

次の一手

監修◎前野哲博
筑波大学附属病院
総合診療科教授

執筆◎服部一哉
筑波大学附属病院
総合診療科

本連載では,「情報を集めながら考える」外来特有の思考ロジックを体験してもらうため,病歴のオープニングに当たる短い情報のみを提示します。限られた情報からどこまで診断に迫れるか,そして最も効率的な「次の一手」は何か,ぜひ皆さんも考えてみてください。

第4回「最近,体重が減ってしまって……」

症例 Bさん 30歳女性,少しやせ気味

Bさん 「ここ最近,体重が減ってしまって……。」
Dr. M 「なるほど,実際に体重を測って変化がありましたか?」
Bさん 「3か月前に比べて5kg減っていました。」
バイタルサイン:体温37.0℃, 血圧140/66 mmHg,
脈拍110回/分(整),呼吸数12回/分,
身長160cm,体重45kg。

次の
一手は?



読み取る この病歴から言えることは?

体重減少を主訴に受診した30歳女性。患者が体重減少を訴えた場合,「どの程度の体重減少」が,「どのくらいの期間」でみられたのかをまず具体的に確認したい。体重をいつも測っているとは限らないので,衣服のサイズの変化から体重減少に気付くこともあるのは知っておきたい。

体重減少の原因として最も多く,また見逃せないのは悪性腫瘍である。ただし,症例は若年者であり,悪性腫瘍は可能性が低いだろう。しかし,悪性リンパ腫は若年者にもみられることがあるので,鑑別診断には必ず挙げておきたい。また,極端なやせがあれば摂食障害も鑑別に挙がる。バイタルサインでは頻脈があり,これにも注目したい。

考える 鑑別診断:「本命」と「対抗」に何を挙げる?

「本命」は甲状腺機能亢進症。若年女性であり,頻脈を伴っていることから甲状腺機能はみておきたい。「対抗」には摂食障害を挙げる。若年女性の場合,体重減少を主訴としないこともあるが,無理なダイエットなどはないかを確認する。このためには問診が最も有用である。

そして,悪性腫瘍を「大穴」としたい。体重減少を来しやすい悪性腫瘍の臓器として,消化管,肺,膵が代表的であるが,この症例では年齢から可能性は低いと思われる。

作戦 ズバツと診断に迫るために,次の一手は?

「食事の量は変わっていませんか?」

食事が変わらない,あるいは増えているのに意図せず体重減少がみられる場合は,若年者であれば代謝内分泌疾患,特に甲状腺機能亢進症や糖尿病を第一に考える。食事摂取量が低下しているならば,体重が減るのはその結果であり,「食欲の低下の原因」=「体重減少の原因」と考えて原因を探しにいかねばならないだろう。原因は多岐にわたり,悪性腫瘍は代表的であるが,消化性潰瘍,炎症性腸疾患などの消化器疾患も鑑別したいので,下痢や腹痛がないかを確認しよう。器質的原因のみならず,精神状態の評価(抑うつはないか,ボディイメージの障害,やせ願望はないか),物質乱用(薬物,アルコール)も忘れずに評価したいところである。

その後

患者に食事の量について尋ねたところ,食欲低下はなく,むしろ食事は増えているとのことだった。診察では甲状腺腫大を認め,血液検査の結果,TSHが著明に低値,FT4高値,TRAb陽性であった。バセドウ病と診断し,抗甲状腺薬による治療を開始した。



POINT 意図せぬ体重減少では,食事がとれているのかをまず確認!

「診断」という罫を知り,次の一手を考える。岩田健太郎「初の診断論」

構造と診断 ゼロからの診断学

「病気を診断することについて,深く考えてみるのが本書の目的である」。この書き出しで始まる本書を手取る読者には,難解さわかる診断学論を期待する向きもあるだろう。しかし,読み進めるうちに気づくのは,「古今東西の叡智を援用しつつ,そこで著者が語るのは,臨床という名の戦場を『診断』という陥穽にはまらずに,患者とともに生き抜く戦略だ」ということである。著者初,ユニークなサバイバル診断論。

岩田健太郎
神戸大学大学院医学研究科教授
(微生物感染症学講座感染治療学分野)
神戸大学医学部附属病院感染症内科診療科長



「型」が身につくカルテの書き方

「型」ができていない者が芝居をする型なしになる。型がしっかりした奴がオリジナリティを押し出せば型破りになれる。(by 立川談志)
本連載では、カルテ記載の「基本の型」と、シチュエーション別の「応用の型」を解説します。

佐藤 健太

北海道勤医協札幌病院内科

第1講

「型なし」、あるいは「型通り」から「型破り」へ

カルテをきちんと書くことの重要性はみなさん認識しているはずですが、「どうしたらきちんと書けるようになるのか?」と聞かれると答えられないのではないのでしょうか。毎日なんとなく書いては頭を悩ませているのかもしれない。

できる人はきちんと書ける

私が「カルテの書き方」に向きあうようになって10年以上になります。始まりは医学部4年生のとき。OSCE対策として、カルテの記載法を勉強しようとしたのですが、書店では適当な書籍が見つからず、学内で配布されたOSCEのテキストで該当箇所だけを読んで済ませました。そして5年生になり臨床実習に出てみると、「達筆すぎて読解不能」「SOAPののっっていない」「病名も方針も書いてない」カルテばかりで良いお手本が見当たりません。また、学生にカルテ記載の権限がない科が多く、たまに書かせてもらってもフィードバックはありませんでした。

そんなとき、大学の枠を超えて医学生が参加するメーリングリスト (college-med) を先輩に紹介されました。そこは、提示された症例に対して医学生が鑑別診断や検査・治療プランを提示し、臨床医からフィードバックがもらえるという夢のような環境でした。

入院時のカルテ記載例

【全体像①】コントロール不良の高血圧・糖尿病で定期通院中の82歳女性の尿蛋白・全身浮腫。ネフローゼ症候群を中心とした腎疾患を疑い、腎生検を含めた精査目的での入院。

【主訴】全身倦怠感、全身浮腫

【現病歴②】入院1か月前より倦怠感が出現し徐々に増悪、2週間前に足のむくみに気づき、1週間前にはいつもの靴が履けなくなり前医受診。ネフローゼ症候群疑いで〇月〇日当院紹介入院となった。週単位で増悪傾向の浮腫あり。圧痕性浮腫で、下肢に目立つが顔面・上肢にも見られ全身性。靴下の跡がつくがすぐに消える。皮膚の熱感や疼痛の自覚なし。心不全症状：なし。肝不全症状：なし。先行感染症状：なし。

【既往歴③】高血圧症(20年前に指摘され内服治療中、普段は150/80 mmHg前後)、糖尿病(15年前に指摘され内服治療中、普段はHbA1c 8%前後)、急性腎盂腎炎(5年前)、急性虫垂炎(65年前に虫垂切除術)。輸血歴なし、アレルギー歴なし、妊娠歴：3妊2産1流。

【内服薬】エナラプリル 10 mg 1×、ピオグリタゾン 30 mg 1×、グリメピリド 4 mg 2×。

【家族歴】腎疾患・透析歴なし、心疾患、肝疾患なし。夫が糖尿病・高血圧、娘が糖尿病。

【生活歴】飲酒なし、喫煙なし。定期的運動習慣なし。1日3食、外食せず、塩分多め。便秘あり下剤服用。頻尿あり夜間尿3回。

【身体所見④】肥満で全体的にボテッとした体型。つらそうな表情はな

く元氣そう。JCS0・GCS15、BP156/82、PR80・整、RR24、SpO₂ 95%(room air)、BT35.6。頭頸部…、胸部…、腹部…、四肢…。

【検査所見】尿検査：尿蛋白(+++)、尿潜血(+)、尿白血球(++)…。血液検査：血算、凝固、肝機能、腎機能、電解質、自己抗体、他。心電図：洞調律、…。胸部Xp：CTR…。

【問題リスト⑤】#1.全身性圧痕性浮腫 #2.全身倦怠感 #3.高血圧症 #4.糖尿病

【初期評価】#1.全身性圧痕性浮腫…高齢で心血管リスク因子を持つ患者の、亜急性経過で進行する全身性浮腫。⑥

S/O 糖尿病性腎症または良性腎硬化症によるネフローゼ症候群(併存症や経過、検査結果から矛盾せず)、R/O 慢性心不全、肝硬変、腎不全(症状・採血・胸部Xpから疑いは低い(要評価)、R/O 急速進行性糸球体腎炎・血管炎症候群、感染症(感染性心内膜炎他)(全身状態等から可能性は低い(要評価)、診断や治療の遅れが命にかかわり要検討) ⑦

まず検査を進め鑑別診断を狭めつつ、腎臓内科に早期コンサルト。診断確定までの間、食事と利尿剤増量で反応を見る。⑧

Tx：減塩6g・蛋白制限40g食、フロセミド40mg 1×を追加。Dx：連日、体重・尿量・下腿周囲径とバイタルチェック。週2回、腎機能・尿検査評価。採血で〇〇追加。腎臓内科〇〇医師コンサルト。Ex：安静度と薬物変更の説明、今後の検査プランと検査結果説明日の連絡。栄養士から上記食事療法の説明。⑨

#2…⑩

- ①全体像が一発でつかめるように。
- ②時系列で整理し、主要症状の詳細やSystem reviewも記載され、具体的に疾患を想起しやすい。
- ③現在治療中の併存症は治療状況も記載。過去の既往症は時期や病状を簡潔に記載。
- ④身体所見や検査所見はデータ量が多くなるので、順番に沿って書かないと情報が見つかりにくい。
- ⑤ここがキモ。今後じっくり解説します。
- ⑥現病歴から検査所見までの情報量が多いので、考察に入る前に病態のブリーフサマリーを入れる。
- ⑦鑑別診断を重み付けして並べ、根拠も簡潔に説明する。S/O：suspected of (可能性の高い疾患)、R/O：rule out (除外すべき疾患)。
- ⑧以上を踏まえて当面の「方針」を書く。
- ⑨プランは具体的に。Tx：治療プラン、Dx：検査プラン、Ex：教育プラン。
- ⑩以後、同様に各問題リストを評価し計画を立てる。

特に目を引く学生の投稿を読んでいると、知識量や発想がすごいだけでなく、記載様式がわかりやすく思考過程が読み取りやすいことに気付いたのです。この経験から「きちんとカルテを書くことによって論理的思考が身につく、診断能力を高められる。適切な指導を受けることもできる」という期待感と、「大学内で学べないことはWebで学べばよい」というヒントを得ました。

Web検索で「内科学研鑽会」(<http://kensankai.lolipop.jp/>)のサイトを見つけ、ここで紹介されていた「総合プロブレム方式」¹⁾を毎晩少しずつ勉強してカルテの書き方を身につけました。

その後実際に医師として働き始め、原則論だけでは対応できない状況もたくさん経験しました。さまざまな医師のカルテを読んだり他職種からフィードバックをもらったりしながら、家庭医療学や医学教育学のエッセンスも取り入れた、現在のカルテ記載法にたどり着きました。今はこの方法論を研修医に教えていますが、基本的なポイントを1時間ほどレクチャーするだけで、みんな劇的に成長しています。

繰り返し「基本の型」の練習を

では、どうすればカルテの書き方が上達するのでしょうか。「すごいカルテを書きたい」という気持ちが先走りして、オリジナリティに富むものの「読むこと自体が苦痛になる」ようなカルテをたびたび目にします(私もそうでしたが…)。私が研修医に対して繰り返し強調しているのは、個性を出して創意工夫する前に、「基本的な心得」を忠実に守ることです。具体的には以下の3点です。

1) 正しい日本語で書く…接続詞や「てに

をは」の使い方、文の長さや配列が適切。2) 簡潔…個人的な思いや診断・方針に関連しない情報、他職種記録にある情報の重複などがなく、必要十分な長さ。3) フォーマットに沿う…日記やメモではなく、所定の位置に適切な情報が書かれている。

特に、フォーマットに沿う、言い換えれば「基本の型」を身につけることはとても大切です。落語家の立川談志(7代目、故人)は「型ができていない者が芝居をすると型なしになる。メチャクチャだ。型がしっかりした奴がオリジナリティを押し出せば型破りになれる」という言葉を残しています²⁾。「型」も知らずに手探りで努力する研修医は、熱意こそ伝わるものの、残念ながら大成しません。「型通り」の基礎練習を繰り返すほうが、効率良く正しい技術を習得し、最終的には個性も生きる「型破り」な能力を身につけるケースが実際に多いです。カルテ記載に限らず、少なくとも研修医のうちは「基本の型」を繰り返し練習することをお勧めします。

今回は、「入院時のカルテ記載例」を図示します。このような「基本の型」を身につけると、以下のようなメリットがあります。

- 1) 業務効率の改善…型通りに書けばいいので、書く前に考える必要がない。また、整理された情報は後で閲覧・検索しやすく、速やかに現状や全体像を把握できる。後日研究データなどをまとめるときにも便利。カギはSOAP形式におけるS欄・O欄の書き方。
- 2) 診断推論能力の習得…診断推論の論理的考え方に沿って記載することによって、毎日カルテを書くだけで自然と

診断能力が身につく。特に問題リストを含めたA欄をきちんと書くべし。

3) 多職種連携に活きる…患者やコメディカルが読んでも現状と今後の方針を理解できるため、関係者全員が主体的に治療にかかわることができる。P欄が乏しいと、こうはいかない。

4)トラブルが減る…情報収集や計画のチェックリストにもなるため、漏れや忘れが減り、判断ミスによる患者への不利益を予防できる。万が一訴訟などに発展したときにも強力な証拠となる。



今後の連載では、最初の数回でカルテ記載の「基本の型」を丁寧に解説し、後半ではさまざまなシチュエーション(内科病棟、内科外来、訪問診療、救急…)における「応用の型」について解説していく予定です。初期研修で身につけるべきプライマリ・ケアにおけるカルテ記載については、十分な範囲を含んでいると考えています。

今回はSOAP形式について、少し掘り下げて解説します。

参考文献

- 1) 栗本秀彦著『総合プロブレム方式——新時代の臨床医のための合理的診療形式』(プリメド社)
- 2) 立川談春著『赤めだか』(扶桑社)



さとう・けんた ● 2005年東北大学医学部卒。勤医協中央病院にて初期・後期研修を受け、内科認定医・家庭医療専門医を取得。11年7月より北海道勤医協札幌病院内科医長・指導医として赴任。地域密着型の中小規模病院をベースとしながら、病棟・外来・在宅とあらゆるフィールドで活躍する医師を志している。日本プライマリ・ケア連合学会若手医師部会執行部。ブログ「病院家庭医を目指して」http://blog.livedoor.jp/gp_ken/

シリーズ『精神科臨床エキスパート』5巻

シリーズ編集：野村総一郎・中村 純・青木省三・朝田 隆・水野雅文

医学書院

これからの退院支援・地域移行

編集 水野雅文

いち早く退院支援・地域移行へチャレンジしている精神科病院・クリニックの取り組みをモデルケースとして紹介するもの。執筆者らがこれからの精神科地域ケアのあり方について語る座談会も収録。



●B5 頁208 2012年 定価5,670円 (本体5,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01497-7]

専門医から学ぶ 児童・青年期患者の診方と対応

編集 青木省三・村上伸治

具体的なケースを提示しながら、子どものどこに注意して診察し、どのように援助や治療を行えばよいかを、第一線で活躍する専門医が平易に解説。



●B5 頁240 2012年 定価6,090円 (本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01495-3]

抗精神病薬 完全マスター

編集 中村 純

1996年のリスペリドン導入後、使用できる新規抗精神病薬の数は増え続け、適応も拡大した。従来型薬の再評価や新薬の動向にも触れ、この1冊で抗精神病薬の全貌が分かる。



●B5 頁240 2012年 定価6,090円 (本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01487-8]

多様化したうつ病をどう診るか

編集 野村総一郎

●B5 頁192 2011年 定価6,090円 (本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01423-6]

認知症診療の実践テクニック 患者・家族にどう向き合うか

編集 朝田 隆

●B5 頁196 2011年 定価6,090円 (本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01422-9]

5巻セットでのご購入申し込み受付中! セット定価 各巻の合計定価30,030円→27,300円

Medical Library

書評新刊案内

ERエラーブック Avoiding Common Errors in the Emergency Department

Amal Mattu, Arjun S. Chanmugam, Stuart P. Swadron, Carrie D. Tibbles, Dale P. Woolridge, Lisa Marcucci ● 監訳
岩田 充永 ● 編

A5変型・頁976
定価7,980円(税5%込) MEDSI
http://www.medsico.jp/

評者 山中 克郎
藤田保健大教授・総合救急内科

「人はいつも自分にできないことをやろうとして、自分にできることをおろそかにしてしまう」とは米国のジャーナリスト Ed Howe の言葉である。

救急室(ER)では、その治療と診断の過程自体が波乱万丈のドラマなのだが、一つ一つのドラマで忘れてはならない教訓は「クリニカルパール」となり、それがいくつも集まって「救急診療」というまばゆいばかりの王冠を作り上げている。クリニカルパールを学んでさえいれば、回避できる危険は多い。

『Avoiding Common Errors in the Emergency Department』という本は2010年の発売以来、救急指導医の間では話題となっていたが、ついに日本語訳が出版された。名古屋掖済会病院の岩田充永先生による『ER エラーブック』である。前書きで岩田先生が述べられているように、これは米国の若手救急医が先輩にレクチャーをする目的で書かれた本である。救急室で陥りやすい398ものピットフォールに対する問題解決法を具体的かつ簡潔に述べた後に、その論旨の根拠を示す参考文献が引用してある。

第6章「肝硬変患者では『見た目が元気』でも特発性細菌性腹膜炎(SBP)の可能性を考慮すること」では、SBP診断における臨床的印象の精度は低く、感度76%、特異度34%であると述べられている。発熱は50-68%、腹痛は49-60%、意識障害や肝性昏睡は50-60%、反跳痛は10-42%の患者にしかみられないという。これは救急室でSBPの診断をするときの印象によく一致する。すなわち疑わなければ絶対に診断できないのである。腹水穿刺では尿試験紙を用いることにより白血球エラスターゼ陽性であればSBPの診断が可能である(感度89-100%、特異度98-100%)ことは全

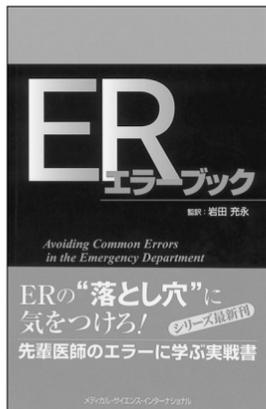
く知らなかった。このように本書には少し注意すれば防ぐことができるようなエラーが、または知っていると言にさりげなく自慢できるような診療のコツが満載である。

また、第56章には「1回の『トロポニン陰性』、あるいは『トロポニンの顕著な上昇なし』のみで急性冠症候群を否定しないこと」とある。1回のトロポニン測定で急性心筋梗塞を否定することができないこと、少なくともトロポニンを2回、適度に間隔をあけて測定を必要とすること、トロポニン値だけではなく臨床症状を含めた全体の評価が重要であることが力説されている。これらは救急室で働いている若手医師にとって極めて重要なメッセージである。

さらに、これら実践的な救急診療のコツだけでなく、第76章「ERでは『顧客サービス』に配慮すること」においては患者だけでなくその家族、コンサルタント医、救急室内外の医療スタッフというさまざまな顧客に対するサービス精神についても論じられている。救急室での心構えやチームプレイの重要性にも議論は及ぶ。

華やかに輝いてみえる米国の救急医療の歴史も、実は試行錯誤の積み重ねにすぎないのだろう。だからこそ、誰もが犯す過ちをできるだけ少なくしてより良いシステムを構築しようというメッセージが心に染みる。救急室で診療のレベルアップをめざす初期/後期研修医、救急チームとして質の高い標準化を試みている指導医にはとりわけ購読を薦めたい良書である。訴訟や医療崩壊にあえぐ今の日本が取り戻したいのは、剛毅で快活な精神ではないかと思う。指導医が教えるクリニカルパールに目が留まれば、若手医師は医学の奥深さに感銘を受け、もっと診療を楽しみたいくなるだろう。

診療のレベルアップをめざす
研修医や指導医に
購読を薦めたい良書



不整脈診療レジデントマニュアル

小林 義典, 新田 隆 ● 編

B6変型・頁432
定価4,725円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01225-6

評者 村川 裕二
帝京大溝口病院内科科長/第四内科教授

先日、博多で学会があった。書籍販売のコーナーをひとめぐりした。自分が書いた本が目立たないレジ近くの奥に1冊ポツンと置かれているようなら一大事。「これは評判がいい」とつぶやきながら自腹を切って買うつもりでいた。しかし、幸いなことに、人目に触れる「しかるべき場所」に置かれていた。

安堵しながらふと見渡すと、旧知の小林、新田両先生の編集した『不整脈診療レジデントマニュアル』という本が積まれている。ポケットに入るサイズ。その手軽さに引かれて、うっかり買ってしまった。

そして10日ほどたった。書評を書けと同じ本が送られて来た。前もって言ってくれたら、よかったのに……。

この本はマニュアルではあるが、同時に小さな「臨床不整脈学全般のテキスト」である。日本医大の不整脈一派と、その縁のある東海大学八王子の諸氏が執筆している。

本をたくさん売るためには読者母集団が広範であることが望ましい。編者是不整脈の診療にかかわる医師以外のスタッフも念頭に置いていると、「はじめに」に書いてある。中身をのぞいて「ほんまかいな」と思ったのだが、もう一度「はじめに」を見直すと、「一定以上の経験を積んだ」看護師、検査技師、うんぬんを書いてあった。さすがに、本書のレベルは専門的治療に携わるスタッフでないとこなせない。私なら、多く売するために誰でも簡単に読み通せるかのごとき誤解は恐れないのだが、正直に“多少は読者を選ぶ”と

告げている。

心電図による心室期外収縮のフォーカスやWPW症候群の副伝導路の部位の推定、ペーシングによる心室頻拍の興奮回路の判断など不整脈診療に必要なことは網羅されている。図や表の量が本のサイズとバランスが取れていて良い。

各章で文献の数に差がある。こうしたコンパクトな本にたくさん文献を並べるのは格好が悪い。

類書はあるかと問われれば、「ない」と答える。疎漏なく、かつコンパクトに不整脈診療を詰め込んだ本はなかった。

使えるかと問われれば、「私は使える」と答える。最近、物忘れが激しく、当然知っているべきことも溶けて忘れてしまう。本書は知りたいことにアクセスすることが簡単だ。

冒頭に略語一覧があるくらいでは驚かないが、「アルゴリズム、鑑別診断、診断基準などの一覧」、「ガイドラインの一覧」、「各種分類、図表の一覧」が載っている。このリストにより本書はタダの小さい本ではなく、本当のマニュアルになった。「入り口がなくて建物に入りにくい」本なら多い。この本は「入り口を作って客を招く」ことを知っている。これは、“ささやかな”工夫ではない。本質的に価値を高めるサービスだ。

外科治療と心臓リハビリテーションの項は楽しんで読んだ。

不整脈診療に携わるなら重宝するはずの本だ。

ただし、2冊手元にあっても、2倍役に立つわけではない。

標準神経病学 第2版

水野 美邦 ● 監修
栗原 照幸, 中野 今治 ● 編

B5・頁632
定価7,350円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00601-9

評者 西澤 正豊
新潟大脳研究所教授・神経内科学

神経学の代表的なテキストとして、医学生だけでなく、リハビリテーション学生、薬学生にも広く読まれてきた『標準神経病学』が、初版から11年ぶりに改訂されたことを

まず歓迎したい。本書編者の熱意が随所にあふれた、ユニークで、高度な内容の神経学テキストは田嶋義昭・吉田充勇両先生の編集によるユニークな、しかも高度な内容を含んだ神経学のテキストとして名高く、当時レジデントであった筆者も愛読していたものである。

その後継書として、標準シリーズの1冊として出版された本書の初版は、神経学をわかりやすくという視点から、

神経系の構造と機能を中枢から読み起こすことを避け、神経系の症状を一番末梢の筋肉から順に末梢神経、中枢神経系にたどるという独創的な編集方針が採用された点で、類書に無いユニークな構成をとっていた。この考え方は、例えば、筋力低下を診て局在診断を考

える場合、筋肉から順に中枢にさかのぼって考えるほうが確かに整理しやすく、多くの神経内科医が実践している実際的な方法であろう。

今回の改訂第2版も、初版の末梢から中枢へという編集方針が踏襲されており、編者の神経学をよりわかりや

パッと見て、すぐわかる!

すぐ調シリーズ 全14巻

病期や治療効果を評価するための指標、略語、薬剤など、日常の業務に役立つ情報をポケットサイズにぎゅっと凝縮。疑問に思ったときは辞書として、また現場で得た知識を書き込み、頼れるオリジナルノートとしても活用できる。

●A6変型 2012年 各巻 定価1,260円(本体1,200円+税5%)
消費税変更の場合上記定価は税率の差額分変更になります。

医学書院



呼吸器	編集 福永興彦	頁144	[ISBN978-4-260-01451-9]
循環器	編集 高橋寿由樹	頁136	[ISBN978-4-260-01452-6]
消化器	編集 浦上秀次郎	頁132	[ISBN978-4-260-01453-3]
糖尿病	編集 山田 悟	頁 88	[ISBN978-4-260-01454-0]
腎・透析	編集 松浦友一	頁128	[ISBN978-4-260-01455-7]
脳・神経	編集 佐々木貴浩・田中蔵人	頁148	[ISBN978-4-260-01456-4]
精神科	編集 秋根良英	頁116	[ISBN978-4-260-01457-1]
耳鼻咽喉科	編集 神崎 晶	頁128	[ISBN978-4-260-01458-8]
泌尿器	編集 菊地栄次	頁112	[ISBN978-4-260-01459-5]
産婦人科	編集 谷垣伸治	頁168	[ISBN978-4-260-01460-1]
小児科	編集 内田敬子	頁132	[ISBN978-4-260-01461-8]
整形外科	編集 奥山訓子	頁104	[ISBN978-4-260-01462-5]
皮膚科	編集 鈴木洋介	頁136	[ISBN978-4-260-01463-2]
眼科	編集 武蔵国弘	頁 96	[ISBN978-4-260-01464-9]

日常の診療に必要な、信頼ある最新情報を網羅した国内最大級のリファレンス データベース

今日の診療 プレミアム Vol.22

DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2012年
価格76,650円(本体73,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01609-4]
消費税変更の場合、上記価格は税率の差額分変更になります。

1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

収録項目は約88,200件。お手元のパソコンで最新の情報に手軽にアクセスできます。
また、書籍の改訂にともない「今日の治療指針 2012年版」「今日の小児治療指針 第15版」「治療薬マニュアル 2012」「今日の皮膚疾患治療指針 第4版」の4冊のデータが最新になりました。

2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

入力した検索語を使って、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」を検索できます。医学書院から発行されている全雑誌を対象に検索を行うことができます。*インターネット接続環境が必要です。また、全文の閲覧には別途料金がかかる場合がございます。

3 高速検索エンジンで快適な操作。登録語マーカーで記録が残せます。

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、「記録と記憶」をサポートする機能を強化しました。

●高機能な治療薬検索

「薬品名」「適応症」「副作用」「薬効分類」「製薬会社名」「禁忌」のそれぞれの項目による条件検索が可能。

●登録語マーカー

本文の一部にマーカーを引き、コメントをつけることができる機能です。また、登録された語をリスト表示して、その中から選んで表示させることもできます。

●より使いやすい

ご要望が多かった、文字のサイズを調整する機能や、本文タブをワンタッチで閉じる機能、壁紙機能などの改良を行いました。



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.22」もご用意しております

今日の診療 ベーシック Vol.22 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM版 2012年
価格 54,600円(本体52,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01611-7]

収録内容詳細

●プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2012年版 Update
下記の付録を除く全頁を収録
(「臨床検査データ一覧」、「新薬、医薬品等安全性情報」)
- ② 今日の治療指針 2011年版
口絵・付録を除く全頁を収録
- ③ 今日の診断指針 第6版
付録を除く全頁を収録
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
全頁を収録
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15版 Update
資料の一部を除く全頁を収録
- ⑥ 救急マニュアル 第3版
全頁を収録
- ⑦ 臨床検査データブック 2011-2012
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2012 Update
付録の一部を除く全頁を収録

*書籍とは一部異なる部分があります

●プレミアムにのみ収録

- ⑨ 新臨床内科学 第9版
全頁を収録
- ⑩ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
- ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版 Update
全頁を収録
- ⑫ 臨床中毒学
全頁を収録
- ⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版
全頁を収録

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月収載の新薬までを掲載
- 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」を新規収載

●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)。

◎皮膚科治療のすべてがわかる!
全面改訂、オールカラー

今日の皮膚疾患治療指針 第4版

●編集 塩原哲夫・宮地良樹・渡辺晋一・佐藤伸一

●A5 頁1024 2012年 定価16,800円
(本体16,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01323-9]

◎精神科臨床におけるありとあらゆる情報を網羅した決定版

今日の精神疾患治療指針

●編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田 隆・中込和幸

●A5 頁1004 2012年 定価14,700円
(本体14,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01380-2]

◎小児を診るすべての医師のための必携書

今日の小児治療指針 第15版

●総編集 大関武彦・古川 漸・横田俊一郎・水口 雅

●A5 頁1028 2012年 定価16,800円
(本体16,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01231-7]

◎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

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



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