2013年4月8日
第3022号 for Residents

週刊（毎週月曜日発行）
購読料1部100円（税込）1年5000円（送料、税込）
発行＝株式会社医学書院
〒113-8719　東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694　FAX (03) 3815-7850
E-mail：shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 〈㈳出版者著作権管理機構 委託出版物〉

New Medical World Weekly
週刊 医学界新聞
医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

■[座談会]真に臨床教育に資する医師国家試験をめざして（高久史麿,別所正美,北村聖,青木茂樹）/[連載]外来診療 次の一手 …… 1―3面
■第107回医師国家試験合格発表…… 4面
■[連載]「型」が身につくカルテの書き方 …… 5面
■MEDICAL LIBRARY…… 6―7面

座談会

真に臨床教育に資する医師国家試験をめざして

北村 聖氏
東京大学医学教育国際協力研究センター教授

高久 史麿氏＝司会
日本医学会会長

別所 正美氏
埼玉医科大学学長／全国医学部長病院長会議会長

青木 茂樹氏
順天堂大学医学部教授・放射線医学／第107回医師国家試験試験委員長

日本における医師国家試験は，本年度で107回目を数えます（4面に合格発表記事）。国試に関してはこれまでも，医師になるための最終関門にふさわしい試験であるよう検討と改善が重ねられてきましたが，今なお，試験形式や問いの内容，実施方式などについて議論が絶えません。そこで本座談会では，国試に関する諸課題を洗い出し，医師としての真の臨床力を問う試験とするための策を考察します。医学生・研修医の皆さんもぜひ，当事者の立場から，医師国家試験の在り方について考えてみてください。

高久　日本における医師国家試験は図のような変遷をたどっており，2001年度からは3日間で500問を解く形態が定着しています。皆さんご存じのとおり，医学生は4年次の終わりから5年次初めにかけ，大学ごとに共用試験（CBT・OSCE）を受けて臨床実習に入り，その後卒業試験をパスした上で国試に臨みます。

私が学長を務めていた自治医大では，卒後すぐに地域医療の第一線に出る学生が多いこともあり，臨床実習を非常に重視してきました。一方，各自治体の医師の卵を預かっている立場から，彼らを確実に国試に合格させる必要もある。膨大かつ細部にわたって“知識”を問う国試対策にかなりの時間が費やされる結果，実習期間が削られてしまうこと，さらに初期研修までにブランクができ，実習で得た現場感覚が薄れてしまうことを以前から懸念してきました。このようなジレンマは，どの大学も多かれ少なかれ共通して抱えているのではないでしょうか。

別所　全国医学部長病院長会議が第102回の国試受験生に実施したアンケートでは，大学での国試対策は早ければ5年生の終わりから始まり，6年生のほとんどの時期を費やす場合もありました。卒前・卒後の臨床教育の連続性が，国試によって途切れてしまうという懸念は，もっともなことと思います。

高久　そこで本日は，臨床教育を促進するプロセスの一環に国試を組み込み，臨床現場で真に必要な力を問う試験とするために，どのような変革・改善が必要か，議論したいと考えています。

回		第87―90回	第91―94回	第95―98回	第99―102回	第103―106回	第107回―
年		1993―96	97―2000	01―04	05―08	09―12	13―
一般問題	内容	医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論			
	数	200問		250問			
臨床実地問題	内容	医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論			
	数	120問		250問			
設問数		計320問		計500問			
試験日数		2日間		3日間			

出題基準：1978―
ブループリント（設計表）：2001―

2001―　問題の公募
01―　問題回収　06―問題の持ち帰り可
06―　正答肢の公表

●図　近年の医師国家試験の変遷（医師国家試験改善検討部会報告書より改変転載）

「3日間で500題」は適切なのか

高久　私がまず気にかかっているのが，500題という問題数です。外国の医師に話すとその数に驚かれることもあるのですが，学生の負担になっているのではないでしょうか。

別所　昨年，第106回国試の受験生の声としては，試験のボリュームについては「適当」と「多い」との回答が相半ばしている状態でした[1]。教員の回答と比べると，受容度は意外に高い印象を受けます。

青木　500題は，確かに少なくはありません。ただ，学生側からの「医師としての体力と知力を要求している」という声もあり，ハードな試験を乗り切れるだけの力も，医師になるためには必要ではないかと感じています。

北村　Multiple choice question（多肢選択式問題）の利点は，数をこなすことで“まぐれ”での合格・不合格を減らせることですから，その点からも，ある程度の問題数は維持するべきと考えています。また国試を経験した研修医に聞くと，答えに悩む問題の比率が増

（2面につづく）

4 April 2013 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。

標準免疫学（第3版）
監修　谷口　克
編集　宮坂昌之、小安重夫
B5　頁472　定価7,875円　[ISBN978-4-260-00932-4]

トワイクロス先生のがん緩和ケア処方薬
薬効・薬理と薬の使い方
編集　R. Twycross、A. Wilcock、M. Dean、B. Kennedy
監訳　武田文和、鈴木　勉
A5　頁752　定価5,775円　[ISBN978-4-260-01521-9]

CKD早期発見・治療ベストガイド
寛解につながる慢性腎臓病へのアプローチ
佐中　孜
A5　頁360　定価3,570円　[ISBN978-4-260-01425-0]

神経内科の外来診療
医師と患者のクロストーク（第3版）
北野邦孝
A5　頁332　定価3,990円　[ISBN978-4-260-01769-5]

今日の神経疾患治療指針（第2版）
編集　水澤英洋、鈴木則宏、梶　龍兒、吉良潤一、神田　隆、齊藤延人
A5　頁1136　定価15,750円　[ISBN978-4-260-01621-6]

SHDインターベンションハンドブック
監修　ストラクチャークラブ・ジャパン
編集　古田　晃、原　英彦、有田武史、森野禎浩
B5　頁244　定価6,825円　[ISBN978-4-260-01708-4]

ゾリンジャー外科手術アトラス
原著　Zollinger RM、Ellison EC
訳　安達洋祐
A4　頁520　定価15,750円　[ISBN978-4-260-01714-5]

重症頭部外傷治療・管理のガイドライン（第3版）
監修　日本脳神経外科学会・日本脳神経外傷学会
編集　重症頭部外傷治療・管理のガイドライン作成委員会
A5　頁284　定価3,150円　[ISBN978-4-260-01685-8]

脳動脈瘤とくも膜下出血
編集　山浦　晶
執筆　山浦　晶、小林英一、宮田昭宏、早川　睦
B5　頁328　定価8,400円　[ISBN978-4-260-01647-6]

〈眼科臨床エキスパート〉
所見から考えるぶどう膜炎
シリーズ編集　吉村長久、後藤　浩、谷原秀信、天野史郎
編集　園田康平、後藤　浩
B5　頁352　定価15,750円　[ISBN978-4-260-01738-1]

〈眼科臨床エキスパート〉
All About 開放隅角緑内障
シリーズ編集　吉村長久、後藤　浩、谷原秀信、天野史郎
編集　山本哲也、谷原秀信
B5　頁424　定価17,850円　[ISBN978-4-260-01766-4]

決められない患者たち
原著　Groopman J、Hartzband P
訳　堀内志奈
四六　頁396　定価3,360円　[ISBN978-4-260-01737-4]

医療福祉総合ガイドブック 2013年度版
編集　NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会
編集代表　村上須賀子、佐々木哲二郎、奥村晴彦
A4　頁308　定価3,465円　[ISBN978-4-260-01770-1]

〈標準臨床検査学〉
遺伝子検査学
シリーズ監修　矢冨　裕、横田浩充
編集　宮地勇人、横田浩充
B5　頁280　定価3,990円　[ISBN978-4-260-01519-6]

〈標準理学療法学　専門分野〉
神経理学療法学
シリーズ監修　奈良　勲
編集　吉尾雅春、森岡　周
編集協力　阿部浩明
B5　頁416　定価5,250円　[ISBN978-4-260-01640-7]

作業療法がわかる
PBLチュートリアル Step by Step
編集　宮前珠子、新宮尚人
B5　頁184　定価3,675円　[ISBN978-4-260-01700-8]

〈すぐ調〉
ICU・CCU
編集　香取信之
A6変型　頁168　定価1,260円　[ISBN978-4-260-01791-6]

新生児集中ケアハンドブック
原著編集　G. Boxwell
監訳　沢田　健、エクランド 源 稚子
B5　頁552　定価7,140円　[ISBN978-4-260-01654-4]

看護診断
第18巻　第1号
編集　日本看護診断学会
B5　頁92　定価2,940円　[ISBN978-4-260-01777-0]

一部の商品を除き、本体価格に税5%を加算した定価を表示しています。消費税率変更の場合、税率の差額分変更になります。

（2面につづく）

座談会　真に臨床教育に資する医師国家試験をめざして

＜出席者＞

●高久史麿氏

1954年東大医学部卒，60年医学博士号取得。群馬大，東大，シカゴ大などを経て72年より自治医大内科教授。82年東大医学部第三内科教授，88年同大医学部長。国立病院医療センター病院長，国立国際医療センター初代総長を経て，96−2012年自治医大学長。04年より現職。日本の医療・医学教育におけるパイオニアの一人として，昨年瑞宝大綬章を受章。『新臨床内科学』（医学書院）をはじめ，監修・編著書多数。

●別所正美氏

1977年東京医歯大医学部卒。85年医学博士号取得。同年埼玉医大第一内科助手，97年より同大教授。同大病院副院長，副学長などを歴任し，2010年同大医学部長，大学院医学研究科長。11年より現職。01年より10年間，全国医学部長病院長会議「医師国家試験に関する専門委員会」委員長を務め，12年より会長職に。専門は血液内科学。

●北村聖氏

1978年東大医学部卒，同大にて内科研修。同大第三内科，免疫学教室を経て，84年米スタンフォード大医学部腫瘍学教室に留学。86年東大助手，90年講師，95年助教授。2002年より同大医学教育国際協力研究センター教授，03年より同大病院総合研修センターセンター長，11年より総センター長を併任している。日本医学教育学会副理事長。

●青木茂樹氏

1984年東大医学部卒。87年米UCSF神経放射線部門に留学。95年山梨医大放射線部助教授，2000年東大放射線科助教授を経て，08年より現職。神経放射線学，MRIを専門とする。第104回以降医師国家試験試験委員を務め，第106回副委員長，第107回（2013年2月実施）委員長。

（1面よりつづく）

えてしまうので，問題数は減らさないほうがいいという声もありました。

髙久　なるほど。出題形式に関してはもう一つ，禁忌肢があることに対するプレッシャーが大きいとも言われますが，実際のところはいかがでしょうか。

青木　11年6月の医師国家試験改善検討部会による報告書[2]で初めて禁忌肢による不合格者数が公表されましたが，第104回，第105回はともに0人でした。また，禁忌肢は1問選んでしまっただけで不合格になるわけではなく，ここ数年は3問より多く選んだ場合を不合格と判定しています。そうした事情を踏まえると，現状では，学生にとってそこまで恐れる対象にはならないと考えています。

「臨床研修を始める」資格を問う試験に

髙久　それでは，問題の内容について議論していきたいと思います。青木先生，現在，問題作成はどのような基準のもと行われているのでしょうか。

青木　国試の出題基準は4年に1度，医師国家試験改善検討部会による報告書に基づいて改定されます。12年5月に発表された最新の出題基準[3]では，前回改定に引き続いて臨床重視の方向性が踏襲されており，実習で教わること，あるいは目にすることを盛り込んだ問題の出題が求められています。

問題作成においてもそうした方針を反映できるよう心掛けており，例えば第107回の問題では，血管造影の手順（B-26），採血法（C-10），中心静脈カテーテルの入れ替え時期（C-15），静脈留置針の留置手順（H-17），尿道カテーテル留置の際の固定法（F-25）などが象徴的だと思います。第106回では点滴ラインの写真を出してその使い方を問うもの（第106回F-15）もありました[4]。

髙久　医学部長病院長会議では，どのような見解でまとまっているのですか。

別所　本会議では，2011年「医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン――地域医療崩壊と医療のグローバル化の中で」[5]において「医師国家試験は『医師として具有すべき知識および技能について，これを行う』と定めた医師法第9条に立ち返り，『知識』と『技能』に対する評価としての資格試験とする。なお，評価される知識・技能・態度レベルは，医師として卒後研修を開始するのに必要な基本的な臨床能力であり，それ以上に高度である必要はない」という提言を行っています。

髙久　病歴の聴取とフィジカル・イグザミネーション，そしてクリニカル・リーズニングといった基本的な診療能力がきちんと身についているか，研修に出る前に試せるような機会とするべきということですね。

別所　ええ。この提言は，昨年実施した全国の医学部・医科大学の教員へのアンケート[6]でも実に98％の賛同を得ています。

北村　具体的に言えば，定型的な知識の確認はCBTに任せ，国試の出題領域も「初期臨床研修を始めるための試験」との位置づけのもとに限定すべきでしょう。研修の2年間，一度も見ないような病名ではなく，現場で即必要とされるプラクティカルな知識やcommon diseaseに絞って問う。そうすれば，実習の成果を生かせると同時に座学の負担も減りますし，なにより実習，国試，研修を通じて臨床教育の連続性を強化することができます。

現状の500題の内訳は，一般問題が250題，臨床実地問題が250題（そのうち必修問題は100題）です。そのうち一般問題をカットして臨床実地問題のみとし，そのなかで必修問題を200題，長文の症例問題を300題としてはどうでしょうか。一般問題には誤答肢に珍しい疾患が入ることなどがあり，“重箱の隅をつつく”ような試験対策の原因となり得ます。確かに長文問題を300題にすると，単純計算で100例の症例が必要になりますが，各診療科にうまく振り分けることで，問題作成も可能になると考えています。

青木　症例問題の増問を考える際には，ぜひ同時に試験のコンピューター化も検討していただきたいと思います。紙ベースの試験だと，どうしても連続する設問からヒントが得られてしまう。例えばある症例に関する問題の1問目に患者の情報があり，診断名を問われたとします。2問目にその患者に施された治療が書いてあれば，治療から推測される診断を，1問目まで戻って解きなおすことができる。つまり3問とも読んでから，整合性が一番ある選択肢を選べばよいということになります。

髙久　本来問いたい能力を，きちんと測れない可能性があると。

青木　はい。刻々と変化する臨床情報をどのように処理するかという経時的な判断を問いたいのですが，前の設問の解答を踏まえ，次に行うべき判断を問うような問題作りが現状では難しく，かなり苦労しています。

北村　確かに，コンピューター試験ならそうした対策も可能になりますね。実際，CBTでは解き直しができないので，次に出てくる問いを読めば答えがわかるような問題も多く出題されています。

また，コンピューター化することで，画像を読み取る問題などもかなり出題しやすくなるのではないでしょうか。

髙久　CBTを実施していますから，各大学の設備は整っているでしょう。会場をまとめるのは難しくとも，各大学で一斉に試験をするといったかたちで，コンピューター化も検討できるかもしれません。

公平性を担保したAdvanced OSCEの推進を

髙久　さて，筆記あるいはコンピューターでの試験では，“知識”は問えても“技能”を問うには限界があるとして，国試にOSCEを導入すべきという声があります。米国では04年からUSMLE（United States Medical Licensing Examination）にOSCEが導入されており，09年からは韓国でも国試にOSCEが取り入れられました。日本におけるOSCE導入の実現可能性はあるのか，海外との比較も併せ，ここで検討してみたいと思います。

北村　USMLEのOSCEは，3段階の試験のうちSTEP 2，Clinical Skills（臨床技能）を問うものとして実施されています。スタンダードな症例について，模擬患者（SP）への問診，診察，診断までを行うものです。学生は12のステーション（部屋）を回り，電話による問診といったシチュエーションも用意されています。

髙久　学生とSPは，1対1で接するのですか？

北村　ええ。評価も，SPが面接して感じたことを基準とします。SPが付ける評価表には「この学生にもう一度診てもらいたいと思いますか」という質問があり，「Yes」であれば合格ですが，「No」と付くと不合格になってしまう。かなり主観的な評価基準ではありますが，SPがよくトレーニングされているのでぶれもなく，「Pass」か「Fail」のみのシンプルな試験をうまく運用できているということです。

ただ，科挙の文化が潜在的に生きており，試験において厳格な公平性の担保を求める日本のような国で，同じような試験方式で国試への導入を図ろうとしても，誰もが納得するような評価方法を見いだすことはなかなか難しいかもしれません。

髙久　Advanced OSCEとして，各大学での積極的な取り組みを推進するほうが現実的でしょうか。

北村　そうですね。共用試験のOSCEの場合は，グループ大学から評価者を招いて，ピアレビューを行います。その手法をAdvanced OSCEにも取り入れること。また，一般の方にもっとSPとして参加していただくなど，開かれた，透明性のある試験を心掛ける

MEMO　医師国家試験関連用語解説

●一般問題　短問で，あるキーワードについての知識を問う。配点は1題1点。合格基準は相対基準で例年65−70％。

●臨床実地問題　症例呈示を読み，所見や対応を問う。配点は1題3点。合格基準は相対基準で例年65％前後。1症例1題の問題のほか，1症例3連問の「長文問題」がある。1症例の配点が9点と高い長文問題は，例年10症例＝30題出題される。

●必修問題　医師としての常識的な知識を問う。一般問題と臨床実地問題あわせて100題が出題され，合格ラインは絶対基準（平均点や順位により変動しない基準）で8割。

●禁忌肢　生命の危険や主要器官・臓器の廃絶をもたらす危険を生じたり，違法行為となるような選択肢（伴信太郎．医学教育の現状と展望．日内学誌．2007；96（12）：25.）を指す。どの問題・選択肢が禁忌肢であったかは非公表。

●プール制　試験問題をあらかじめ作成・蓄積しておき，その中から出題する方式。プール制を採用している共用試験のCBTでは，320問のうち正答率など問題の特性が判明している約240問（プール問題）が採点対象となり，新規に作成した残りの約80問は採点対象とせず，次回以降のプール問題にするか否かの評価のみ行われる。

●Advanced OSCE（臨床実習後OSCE，卒業時OSCE）　臨床実習終了から医学部卒業の期間に行われるOSCE。共用試験のOSCEでは問わない臨床推論を主体とし，より難度が高まることから，日本では“Advanced”と称されている。

4 April 2013 新刊のご案内 医学書院

〈すぐ調〉
在宅ケア
編集　鈴木陽一
A6変型　頁184　定価1,260円　［ISBN978-4-260-01792-3］

医療安全ワークブック（第3版）
川村治子
B5　頁248　定価2,940円　［ISBN978-4-260-01788-6］

〈要点整理ビジュアルラーニング〉
成人看護学　腎・泌尿器
監修　細谷龍男，岡美智代
B5　頁100　定価1,890円　［ISBN978-4-260-00783-2］

根拠と事故防止からみた
母性看護技術
編集　石村由利子
編集協力　佐世正勝
A5　頁496　定価3,990円　［ISBN978-4-260-01137-2］

薬剤師レジデントマニュアル
編集　橋田亨，西岡弘晶
B6変型　頁368　定価3,570円　［ISBN978-4-260-01756-5］

言語聴覚研究
第10巻　第1号
編集　日本言語聴覚士協会
B5　頁64　定価2,100円　［ISBN978-4-260-01811-1］

電子辞書DF-X11000
PASORAMA+
電子辞書　価格85,575円　［ISBN978-4-260-70090-0］

一部の商品を除き，本体価格に税5％を加算した定価を表示しています。消費税率変更の場合，税率の差額分変更になります。

神経生理学の第一人者が神経診断学の極意を解説，待望の改訂第2版

神経診断学を学ぶ人のために 第2版

難解な神経診断学の理解のため，基礎的知識（解剖，生理，薬理）から臨床への橋渡しとなる解説をめざした初版の機能・系統別構成はそのままに，全編を大幅増補。「視床」「イオンチャネル異常症」の章新設など構成を変更，「眼球運動の中枢調節」「基底核の神経ネットワーク」「パーキンソン病の病態生理」「呼吸の調節機構」など最新の知見を基に増補。またトピックス等をまとめたコラムを46→90題に倍増，新しい図・文献も追加され充実した内容となった。

柴崎　浩
京都大学医学研究科名誉教授・臨床神経学/脳機能総合研究センター

B5　頁400　2013年　定価8,925円（本体8,500円＋税5％）　［ISBN978-4-260-01632-2］　医学書院

こと。そうすることで，一組織が独善的に評価を行っているわけではないと，納得してもらいやすくなるのではないでしょうか。

別所　Advanced OSCE を実施している大学は 5 割，卒業判定に取り入れている大学はそのうち 3 割で，年々増加がみられています。実施状況の変化にも注目しつつ，研修に臨む前に一定の“技能”が担保できる策については，引き続き議論が必要だと考えています。

問題作成の負担軽減と試験の質改善のために

髙久　かつて，国試は年に 2 回，春と秋に実施されていました。ただ，春も秋も同じだけ労力と費用がかかるにもかかわらず，秋の受験者数は非常に少なかった。そこで 1984 年からは試験を年 1 回とし，その分，試験委員のトレーニングなどに注力できるよう変革した経緯があります。

とはいえ，国試当日たまたま風邪をひいていたり，あがってしまったりして不合格になる学生たちを目にしてきたことから，同じ年のうちに何らかのかたちで再チャレンジのチャンスがあればとも思うのです。

青木　それにはやはり，問題作成にかかる負担が軽減されることが前提となるでしょう。現状でも，新作 500 問近くを毎年作る作成者側の負担はかなり大きいものがあります。公募問題や既出問題も少しは使いますが，ほぼ全問を刷新するため，全国から試験委員が集まり，何日も缶詰になって問題作りをしている状況です。

髙久　CBT と同様，かつては国試でもプール制への移行をめざし，試行問題の出題や問題用紙の回収が実行されましたが，第 101 回以降は中止されています。今後，問題作成の負担緩和といった観点から，プール制をはじめとした対策があらためて検討される可能性はないのでしょうか。

北村　プール制にするには，まずは問題数のストックを相当多く作らなくてはなりません。CBT では現在，1 万 2000 題以上がプールされていますが，国試ですと数万題規模でのプールが必要でしょう。そうでないと，いくら“考えさせる”試験にしようとしても過去問を丸暗記しておけばよくなりますから，試験の本来の意図が薄れてしまいます。

また，日進月歩の医学の世界では，問題そのものも年々古くなっていきます。その妥当性をどのようにチェックするかも，課題の一つですね。

青木　解剖・生理はそれほど変わりませんが，特に診断，治療に関しては，少し年数が経つと厳しいですね。昨年の第 106 回国試で「採点除外等の取扱い」とされたのは 1 題のみでしたが，その 1 題というのが既出問題でした。既出問題の精査が必須であることは，試験委員の間では常識的に語られています。

別所　その点で言うと，現在の，ほぼ毎年試験委員が変わる状況を見直し，CATO(医療系大学間共用試験実施機構)のような独立・常設の第三者機関を作り，プール制も含めた問題作りを検討したり，試験の精査を行っていくことを考えるべきではないでしょうか。

それにより，問題作成ノウハウの蓄積や，継続的に試験の質を改善できるというメリットが生まれると思うのです。同時に，国試の担当者がそれぞれの所属大学で卒業判定にもかかわっており，自身が卒業を許可した学生を，国家試験で不合格とし得る矛盾も解消しやすくなるように思います。

髙久　確かに共用試験の CBT は，CATO のもとで継続的な改善を行うことができています。独立的な新しい機構を創設するか，もしくは CATO の機能を拡大するなどして，共用試験と医師国家試験との連関も考慮しつつ，問題作成や質の担保を行っていくというのは理にかなっていますね。

北村　米国 ECFMG（Educational Commission for Foreign Medical Graduates）が 2023 年以降「国際的な認証を受けた医学部の卒業」を米国で臨床研修を行う要件とすることを発表しており，これを受け日本でも，国際的な教育基準に則った認証機関を作るべきという声があります。

例えば一つの組織で，共用試験，臨床実習から国試までの質を一貫して担保できるようにして，それぞれの効果を最大限に高め合えるようなシステム作りの権限を持たせる。そうして，国際標準の臨床教育体制の構築にまでつながれば理想的ですね。

＊

髙久　本日は，“臨床教育に資する国試”の在り方について議論してきました。問題数は現状維持とするものの，定型的な知識の確認は CBT に任せ，初期研修を受けるための知識，技能に絞って問うべきこと。そして，各大学で Advanced OSCE を積極的に実施していくこと，また今後の展望として，独立・継続的にブラッシュアップを行っていける第三者機関の設立をめざすべきことを提言したいと思います。本日はありがとうございました。　（了）

●参考 URL
1）http://www.ajmc.umin.jp/24.8.8-1.pdf
2）http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001f1cf-att/2r9852000001f1dw.pdf
3）http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/05/tp0510-01.html
4）第 106 回国試の問題および正答は http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/04/tp0420-01.html を参照。例年 4 月中旬―下旬にその年の問題と正答が公開される。
5）http://www.ajmc.umin.jp/23.12grand.pdf
6）http://www.ajmc.umin.jp/24.9.20-2.pdf

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◎小曽根早知子
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13回　「昨日から下腹部が張って，苦しいんです……」

症例　T さん　80 歳男性

T さん　「昨日から下腹部が張っていて，苦しいんです。強い痛みじゃないんだけど……」
Dr. M　「食事やトイレはどうですか?」
T さん　「食事は食べられました。便は昨日出ました。尿はむしろ近くなりました」

バイタルサイン：体温 36.4℃，血圧 132/80 mmHg，脈拍 82/ 分（整）。

次の一手は？

読み取る　この病歴から言えることは？

下腹部膨満感を訴える高齢男性の症例である。高齢というだけで，何らかの基礎疾患を抱えているかもしれない。腹部の症状では，原因となる臓器は腸管，肝胆膵，腎尿路，血管系など幅広い。「強い痛みではない」と言うが，この情報だけで重篤な疾患を除外できるわけではない。食事，排泄ができている点からは，消化管の完全閉塞などの病態は考えにくい。頻尿気味のようだが，高齢男性であり基礎疾患に前立腺肥大症はあるかもしれない。バイタルサインには特に異常はなさそうだ。

考える　鑑別診断：「本命」と「対抗」に何を挙げる？

「本命＝下部消化管病変」。便は出ており腸管の完全閉塞は考えにくいが，腸管の狭窄病変に伴う便秘，腹部膨満の可能性は残る。基礎疾患として，大腸癌などの除外は必要である。

「対抗＝尿閉」。尿は出ているというが，高齢男性で頻尿があることから前立腺肥大症に伴う尿閉の可能性はある。

「大穴＝上腸間膜動脈閉塞」。腹部膨満感というより強い腹痛を訴えることが多い疾患だが，基礎疾患によっては実際よりも軽症に見える可能性がある。高齢男性のため血管リスクが高い可能性もあり，除外はできない。

作戦　ズバッと診断に迫るために，次の一手は？

「尿は本当にいつも通りの量が出ていますか？」

患者の「尿は頻尿になっているけど出ている」を安易に「いつも通りに尿が出ている」と解釈してはいけない。尿閉に伴う溢流性尿失禁を，患者は「尿が出ている」と表現することがある。頻尿でもそれなりに尿量があるのか，それともチョロチョロずつしか出ていないのか，というところまで患者に確認する必要がある。もし一回あたりの尿量が保たれていれば，上記のような幅広い疾患を考えていけばよい。

その後

患者の尿はチョロチョロずつしか出ていないとのことであった。腹部超音波で膀胱の緊満を認め，導尿にて約 1 L の残尿が確認され，導尿後に症状は消失した。前立腺肥大症に伴う尿閉・溢流性尿失禁と診断された。

POINT
「尿が出ている」と言っても
尿閉のことがある！

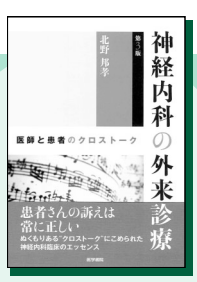
●お願い―読者の皆様へ
弊紙記事へのお問い合わせ等は，お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850　**「週刊医学界新聞」編集室**

ぬくもりある“クロストーク”にこめられた神経内科臨床エッセンス

神経内科の外来診療 第3版
医師と患者のクロストーク

本邦で草分け的な神経内科専門クリニックの院長が著した好評書の第3版。医師と患者の臨場感にあふれた対話（クロストーク）と簡潔な解説により，難解な神経疾患をわかりやすく理解できる。各疾患の解説では新薬やガイドラインをフォローした処方例も示されており，読み進めるうちに実践的な知識が身につく。“患者さんの訴えは常に正しい”“一流の医療を街の中へ”といった言葉で示される著者の臨床エッセンスがつまった1冊。

北野邦孝
松戸神経内科医院院長



A5　頁332　2013年　定価3,990円（本体3,800円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01769-5]　医学書院

緩和ケアに用いる薬剤を網羅した薬剤情報集。薬理作用から実践的な使用方法まで解説。

トワイクロス先生のがん緩和ケア処方薬 薬効・薬理と薬の使い方
Hospice and Palliative Care Formulary USA, 2/e

緩和ケアに用いられる薬剤を薬効別に解説した情報集。疼痛緩和に用いられる薬剤のほか、治療に伴う合併症・随伴症状に用いられる薬剤まで多数掲載。薬理作用から使用方法、注意、コクランレビューまで、臨床で役立つ情報が満載。緩和医療の第一人者であるトワイクロス先生が贈る実践的情報集。

編集　R. Twycross
　　A. Wilcock
　　M. Dean
　　B. Kennedy
監訳　武田文和　埼玉医科大学客員教授
　　鈴木　勉　星薬科大学教授

A5　頁752　2013年　定価5,775円（本体5,500円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01521-9]　医学書院

7696人が医師への第一歩踏み出す

第107回医師国家試験合格者発表

第107回医師国家試験（2月9―11日実施）の合格者が，3月19日，厚労省により発表された。受験者数は，前回（第106回）の8521人から8569人に増加し，合格者数も前回より8人増の7696人。女性受験者数は2749人（32.1％）と例年と同水準だが，合格率は91.5％と，男性（合格率89.0％）に比べ高率を維持する傾向が今年も継続した。

●合格基準
一般問題を1問1点，臨床実地問題を1問3点としたとき，①必修問題は200点中160点以上，②必修問題を除いた一般問題は200点中139点以上，臨床実地問題は597点中427点以上，③禁忌肢問題選択数は3問以下

臨床で必要となる知識が問われる

4年に1度の出題基準改定後，初の試験となった今回。会場では「新規の問題が多く，過去問や対策問題集の知識だけでは足りなかった」「術後管理など，実習で学んだことを問われた」という声が聞かれ，臨床現場で必要とされる実践力が問われている印象を受けた。

なお昨年と同様「採点除外等の取り扱いとした問題」は，設問および選択肢が不十分とされた1問のみにとどまった。

“理想の医師”をめざし研修へ

喜びに沸く会場で，これからどんな医師をめざしたいか尋ねてみたところ，「外科か産婦人科をめざしたい」とすでに進路を定めている合格者もいたほか，「患者さんの心に寄り添える医師になりたい」という声も聞かれた。

●受験番号を見つけ，携帯電話で撮影する合格者ら＝東京，厚労省にて

なお次回，2014年の第108回医師国家試験は，医学部入学定員の増員が08年に開始された後の入学者にとって初の試験となる。定員増に合わせ，国家試験合格者数が今後どのように推移していくかが注目される。

●第107回医師国家試験学校別合格者状況

学校名	総数 受験者数	総数 合格者数	総数 合格率	新卒 受験者数	新卒 合格者数	新卒 合格率	既卒 受験者数	既卒 合格者数	既卒 合格率
（国立）									
北大	119人	108人	90.8％	113人	106人	93.8％	6人	2人	33.3％
旭川医大	105	100	95.2	94	91	96.8	11	9	81.8
弘前大	117	108	92.3	107	103	96.3	10	5	50.0
東北大	112	98	87.5	102	96	94.1	10	2	20.0
秋田大	113	102	90.3	98	95	96.9	15	7	46.7
山形大	95	85	89.5	87	79	90.8	8	6	75.0
筑波大	107	103	96.3	104	100	96.2	3	3	100.0
群馬大	108	99	91.7	94	91	96.8	14	8	57.1
防衛医大	82	75	91.5	72	68	94.4	10	7	70.0
千葉大	104	99	95.2	99	96	97.0	5	3	60.0
東大	108	102	94.4	99	98	99.0	9	4	44.4
東京医歯大	89	82	92.1	85	79	92.9	4	3	75.0
新潟大	113	106	93.8	105	102	97.1	8	4	50.0
富山大	101	91	90.1	93	87	93.5	8	4	50.0
金沢大	105	98	93.3	94	92	97.9	11	6	54.5
福井大	106	99	93.4	97	94	96.9	9	5	55.6
山梨大	115	104	90.4	110	100	90.9	5	4	80.0
信州大	102	88	86.3	91	82	90.1	11	6	54.5
岐阜大	78	71	91.0	69	65	94.2	9	6	66.7
浜松医大	95	88	92.6	93	87	93.5	2	1	50.0
名大	116	108	93.1	105	100	95.2	11	8	72.7
三重大	108	100	92.6	103	97	94.2	5	3	60.0
滋賀医大	112	104	92.9	108	101	93.5	4	3	75.0
京大	116	105	90.5	100	96	96.0	16	9	56.3
阪大	105	96	91.4	97	92	94.8	8	4	50.0
神戸大	105	96	91.4	95	92	96.8	10	4	40.0
鳥取大	82	74	90.2	77	73	94.8	5	1	20.0
島根大	102	95	93.1	91	87	95.6	11	8	72.7
岡山大	103	96	93.2	95	90	94.7	8	6	75.0
広島大	99	89	89.9	95	88	92.6	4	1	25.0
山口大	113	100	88.5	100	91	91.0	13	9	69.2
徳島大	96	86	89.6	84	79	94.0	12	7	58.3
香川大	110	100	90.9	95	90	94.7	15	10	66.7
愛媛大	105	94	89.5	98	88	89.8	7	6	85.7
高知大	100	76	76.0	88	70	79.5	12	6	50.0
九大	121	111	91.7	104	101	97.1	17	10	58.8
佐賀大	111	103	92.8	100	94	94.0	11	9	81.8
長崎大	123	108	87.8	105	95	90.5	18	13	72.2
熊本大	112	95	84.8	102	89	87.3	10	6	60.0
大分大	100	91	91.0	92	87	94.6	8	4	50.0
宮崎大	117	103	88.0	99	92	92.9	18	11	61.1
鹿児島大	109	94	86.2	100	91	91.0	9	3	33.3
琉球大	118	101	85.6	98	89	90.8	20	12	60.0
国立計	**4,557**	**4,131**	**90.7**	**4,137**	**3,883**	**93.9**	**420**	**248**	**59.0**

学校名	総数 受験者数	総数 合格者数	総数 合格率	新卒 受験者数	新卒 合格者数	新卒 合格率	既卒 受験者数	既卒 合格者数	既卒 合格率
（公立）									
札幌医大	108人	100人	92.6％	98人	92人	93.9％	10人	8人	80.0％
福島医大	87	84	96.6	80	79	98.8	7	5	71.4
横浜市大	66	63	95.5	62	60	96.8	4	3	75.0
名市大	77	76	98.7	74	74	100.0	3	2	66.7
京府医大	110	101	91.8	104	99	95.2	6	2	33.3
阪市大	75	69	92.0	72	68	94.4	3	1	33.3
奈良医大	108	99	91.7	100	96	96.0	8	3	37.5
和歌山医大	64	61	95.3	62	60	96.8	2	1	50.0
公立計	**695**	**653**	**94.0**	**652**	**628**	**96.3**	**43**	**25**	**58.1**
（私立）									
岩手医大	98	78	79.6	82	66	80.5	16	12	75.0
自治医大	107	106	99.1	105	104	99.0	2	2	100.0
獨協医大	111	99	89.2	96	91	94.8	15	8	53.3
埼玉医大	101	99	98.0	99	99	100.0	2	0	0.0
杏林大	102	93	91.2	94	88	93.6	8	5	62.5
慶大	100	95	95.0	97	95	97.9	3	0	0.0
順大	99	97	98.0	94	93	98.9	5	4	80.0
昭和大	121	113	93.4	112	107	95.5	9	6	66.7
帝京大	115	95	82.6	96	86	89.6	19	9	47.4
東医大	112	108	96.4	107	104	97.2	5	4	80.0
慈恵医大	95	91	95.8	90	89	98.9	5	2	40.0
女子医大	117	103	88.0	108	99	91.7	9	4	44.4
東邦大	115	97	84.3	99	86	86.9	16	11	68.8
日大	117	115	98.3	114	113	99.1	3	2	66.7
日医大	99	93	93.9	88	86	97.7	11	7	63.6
北里大	118	99	83.9	110	96	87.3	8	3	37.5
東海大	129	117	90.7	114	106	93.0	15	11	73.3
聖マリアンナ医大	122	100	82.0	108	90	83.3	14	10	71.4
金沢医大	114	85	74.6	100	74	74.0	14	11	78.6
愛知医大	113	101	89.4	94	86	91.5	19	15	78.9
藤田保衛大	114	108	94.7	107	104	97.2	7	4	57.1
阪医大	111	95	85.6	104	91	87.5	7	4	57.1
関西医大	120	104	86.7	105	98	93.3	15	6	40.0
近畿大	101	86	85.1	85	77	90.6	16	9	56.3
兵庫医大	107	95	88.8	106	95	89.6	1	0	0.0
川崎医大	129	105	81.4	108	90	83.3	21	15	71.4
久留米大	112	91	81.3	99	85	85.9	13	6	46.2
福岡大	126	102	81.0	101	87	86.1	25	15	60.0
産業医大	100	98	98.0	94	92	97.9	6	6	100.0
私立計	**3,225**	**2,868**	**88.9**	**2,916**	**2,677**	**91.8**	**309**	**191**	**61.8**
認定および予備試験	92	44	47.8	37	17	45.9	55	27	49.1
その他計	**92**	**44**	**47.8**	**37**	**17**	**45.9**	**55**	**27**	**49.1**
総合計	**8,569**	**7,696**	**89.8**	**7,742**	**7,205**	**93.1**	**827**	**491**	**59.4**

「レジデントマニュアル」シリーズに待望の薬剤師版が登場!

薬剤師レジデントマニュアル

卒後1、2年目の薬剤師に向けて、現場で役立つ情報を箇条書きで歯切れよく、ポケットに入るサイズに編集。総論は調剤、注射、DI、検査、フィジカルアセスメントなど。各論は循環器疾患、消化器疾患、がんなど主要52疾患について、「患者の状態把握→治療（標準的処方例）→薬剤師による薬学的ケア→処方提案のポイント」の順に解説。全国屈指の人気を誇る研修病院、神戸市立医療センター中央市民病院の薬剤部・総合診療科が総力を挙げて執筆！

編集　橋田　亨
神戸市立医療センター中央市民病院
院長補佐・薬剤部長
西岡弘晶
神戸市立医療センター中央市民病院
総合診療科部長・臨床研修センター長

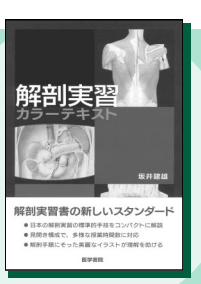
B6変型　頁368　2013年　定価3,570円（本体3,400円＋税5％）　[ISBN978-4-260-01756-5]　医学書院

解剖実習書の新しいスタンダード

解剖実習カラーテキスト

日本における解剖実習の標準的手技を、コンパクトかつビジュアルにまとめた。全ページを見開き構成とし、多様な授業時間数に対応可能。解剖手順にそった美麗かつ詳細なオリジナルイラストは秀逸。適宜「Clinial View」「Lecture」などの項目が設けられ、実習とともに解剖学の理解を深めることができる。

坂井建雄
順天堂大学大学院医学研究科教授



B5　頁400　2013年　定価6,720円（本体6,400円＋税5％）　[ISBN978-4-260-01702-2]　医学書院

「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と型なしになる。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10講

訪問診療編 老年医学・臨床倫理を応用したカルテの書き方

今回は訪問診療の際のカルテの書き方について解説します。訪問診療は内科学の知識だけでは対応が難しく，老年医学やリハビリテーション医学，緩和医学，臨床倫理などに基づく診察・判断能力が必要とされます。今回紹介する「カルテの型」を活用しながら診療を重ね，わからないところは多職種への相談や自己学習を行っていけば，自然と必要な視点が身についてきます。

■訪問診療の特徴

病棟や外来とは患者層が異なり，虚弱から終末期段階の患者が対象となるため，かかわり方や治療目標も異なります。急性疾患の治癒や慢性疾患に対する生命予後延長のための治療よりも，「生活機能維持・穏やかな看取り」をめざしたかかわりが重要になってきます（**表1**）。

●表1　高齢者の各段階に適した診療モデル

段階	診療モデル	内容	目的
健康	急性期疾患	診断・治療を中心とした診療	疾患の治療
慢性疾患	慢性疾患	治療を中心とした診療	疾患進行防止
虚弱	高齢者	予防的ケアを中心にした診療	生活機能低下防止
終末期	緩和	症状を緩和する診療	理想的な死

参考文献1より著者改変

カルテ記載例　患者：89歳，女性

訪問診療用問題リスト

医学的問題リスト❶

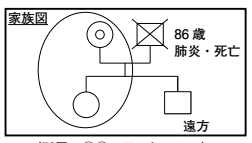
	原疾患名（Disease）	状態（Disability：スコア・自覚症状）	介入内容
認知機能 BPSD・うつ （介護負担）	アルツハイマー型認知症 BPSD hyper（＋）	HDS-R13/MMSE15，FAST4（H24.6月）❷ 夜間不穏→介護負担増	ドネペジル，家族教育 抑肝散，デイケア・睡眠衛生調整
ADL/IADL 運動器不安定 （転倒・疼痛）	慢性腰痛症，膝 OA	IADL：炊事一部可，ほか要介助。 ADL：D・E・A・T・H 自立 膝痛たまに，転倒歴3回/年	訪看・デイケアで下肢筋力訓練 栄養管理，疼痛時アセトアミノフェン 外出・買い物等はヘルパー＋家族
内科疾患 （予後・苦痛） （栄養・褥瘡） （排尿・多剤）	高血圧症 過体重 Polypharmacy（8剤）❸	Ⅰ度，軽度 LVH あり，CKD：G3aA1 BMI26（＝BW 56 kg） 睡眠薬・降圧薬あり	アムロジピン 2.5 mg1× 現状維持で 漸減予定

患者の意向❹

往診への期待・希望：本人・家族とも「来てくれるのはありがたい。月に2度の楽しみ」。
苦痛なく笑顔で過ごせることが大事。良くならないなら検査や病気の説明は最低限でいい
意思決定能力：　あり・なし・[その他]　（理由：認知症徐々に進行のため。快・不快は判断可　）
（代理決定者：長女＞長男　）
事前指示　[あり]・なし
↓
DNAR：[蘇生しない]・蘇生する
状況ごとの選択：[肺炎など治癒可能性あれば頑張る]（自宅で・入院もあり）・あらゆる状況で DNAR
個別の医療行為：~~人工呼吸器・ICU，CC・大王透析・点滴（末梢・中心）・胃ろう・バルーン~~
最後のときは　：[自宅で看取る]・[苦痛があれば入院も検討]・状況にかかわらず入院

周囲の状況❺

キーパーソン：　長女
意向：　父の壮絶な闘病生活を見ていて
知識も持った上で侵襲的治療・延命は希望せず
その他 重要人物：長男→普段遠方だが，重要な決定では必ず
一言発言したい希望あり，尊重必要。

家族図


訪問看護：　1回/週　　担当看護：○○　　（所属：○○ステーション　）
ヘルパー：　2回/週
その他サービス：　　担当ケアマネ：　　（所属：△△　　）

介護認定：　要介護3
身体障害：　なし
経済状況：遺族年金＋長女収入，不自由なし
住居状況：床凹凸あり，トイレ遠い・寒い，ベッドと机椅子生活
交通手段：娘の車　　服薬管理：娘，1日2回が限界

QOL❻

誰が決定・判断するのか：本人＞家族
本人が人生・生き方として重視すること
本人曰く「食べるのだけが楽しみ」
「人付き合いも大事だけど，家でのんびりが落ち着く」
「うちのワンちゃんが一番かまってくれる」
介護者の QOL：長女は介護＋仕事で実は大変と以前発言
最後まで家でみることに使命感強い
医療者の QOL：今のところトラブルなし，長男の扱い気を使う

総合評価
現状での QOL：　自己評価は良
医師から見ても良さそう
目標とする QOL：現状維持

目標に近づけるための課題
苦痛や ADL 低下の早期発見と対応

経過記録

2013年5月×日
S）最近着替えや入浴の説得が大変で…。最近は夜動き出しなく寝てくれています。❼
薬飲めてる。❽ 快便，快食，快尿。❾ 痛・苦（＋・－）。
長女：腰痛調子よく，夜もまずまず眠れてます。❿
O）いつもの椅子でにこやかにお出迎え。長女は前回より元気そうに振舞っている。
BP124/62，HR68・整，SpO_2 98%，体重 56 kg（変化なし）。
トイレまでの歩行軽いフラつきのみ，悪化なし。⓫
A）かわりなし。認知症の FAST 進行の可能性あり。
P）Rp Do →次回シェロングテストとふらつき確認し降圧薬減量検討。
次回 s-CGA と認知機能評価実施し問題リスト再調整→介護プラン見直し。

❶問題リストは，介護に影響する精神・心理機能と身体機能，生命予後や心身の苦痛に直結する疾患，のように在宅生活への影響を考慮して記載する。実際の生活状況や介護・治療の必要性を判断できるよう，重症度の記載も行う。
❷認知機能の評価は，実際の生活状況や介護負担度と相関しやすい FAST[5] が使いやすい。
❸ Polypharmacy（多剤服用）は，特に高齢者では ADL・QOL を損なう原因となることも多い。副作用・相互作用を意識して減量していくために問題リストに載せる。
❹患者の生活や QOL を支えるためには「患者の意向」がとても重要になる。意思決定能力や事前指示は毎年評価する。
❺家族・介護サービスを中心に周辺情報を列挙しておく。
❻生命予後ではなく QOL の維持向上が目的となるためとても重要な項目。いくつかの評価指標があるが，「本人がどう考えているか」を直接聞くことが重要。
❼特記事項。チェックリスト以外で患者や家族が自発的に話し始めた話題は重要なことが多く，記録に残しておく。
❽「薬は指示通り飲めているか」と，予想される副作用があればそれもチェック。処方内容の一覧は毎回確認する。
❾五快は○・×で。快重（体重変化）と快動（ADL 変化）は O 欄に具体的に記載。
❿介護者のケア。「娘さんは最近どうですか？」など話題にする。
⓫ ADL 等については年数回，または見た目や家族の訴えで変化があればきちんと評価する。普段はトイレや洗面所まで歩かせて様子を観察する程度としている。

■訪問診療で有用な「カルテの型」

患者診察や家族の相談に乗りながらでも，訪問先の机がない環境でも，短時間で記載できるフォーマットが求められます。訪問診療カルテの書き方として確立されたものは見当たりませんが，高齢者診療の質改善に一定のエビデンスのある「高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment；CGA）[2]」が参考になります。当院では，これを初学者教育用に簡素化したチェックリスト形式の経過記録[3]と「臨床倫理四分割法[4]」を応用した問題リストを採用しており，研修医が訪問診療の観察ポイントを学ぶ上で有用と感じています。

■包括的な問題リスト

生物・心理・社会的側面にわたるプロブレムを整理し，さっと問題点を把握するために，「臨床倫理四分割法」のフレームを活用した問題リストを採用しています。

これにより，特定の問題（自分の専門領域の疾患や，特に目立つ家族・生活状況など）に目を奪われすぎずに全体を把握できるようになります。特に，急変時の対応に関する希望や本人の考える QOL など，病状が安定しているときには意識しづらい臨床倫理に関係する情報を普段から意識できるようになる効果は大きいと感じています。関係するスタッフがいつでも自由に閲覧・記入ができるように，カルテの目立つ位置に配置します。

■初回訪問時の経過記録

初回訪問の際には，10分程度で実施できる「Start-up CGA（**表2**）」を利用して必要最低限の情報を集めています。漏れなく短時間で埋めるために項目を印刷して○×でチェックすると便利です。得られた情報は問題リストに転記し，不足分は次回訪問時の診察やケアマネジャーなどへの情報収集で埋めていきます。

■定期訪問時の経過記録

内科的な病態は安定している患者が多いため挨拶と雑談だけで終わりがちですが，潜在的に進行しADL・QOLを損ない得る変化がないかを毎回評価する必要があります。老年医学や家庭医療の視点から必要なチェック項目を抽出した「Modified CGA（**表3**）」が便利です。

副作用を起こしている可能性のある薬剤の減量・中止検討や，患者の五快や苦痛の確認はより安楽な在宅生活に重要です。また普段意識されづらい介護者の腰痛や不眠などは，介護者の燃え尽きによる緊急入院や施設入所につながることもあるため忘れずに確認しましょう。これも印刷したチェックリストや電子カルテのテンプレートを活用すれば速やかに記入でき，項目数も少ないため研修医でも3―4回の訪問診療実習で自然に覚えられます。

実際には，訪問診療経験豊富な医師や看護師からのフィードバックや，老年医学・リハビリテーション医学の学習などなしには訪問診療の質向上は難しいですが，今回紹介したカルテの型に沿った記録をしていけば独学でもかなりの力がつくと考えています。

●表2　Start-up CGA（s-CGA）

- Support：公式・非公式サポート
- Cognition：認知機能
- Geriatric giants：うつ・尿失禁・転倒
- ADL：ADL/IADL/AADL*

＊Advanced ADL：日課や趣味，生きがいを続けられているか。

●表3　Modified CGA（m-CGA）

- Medication：内服状況・減量できるか
- Care the caregiver：介護者のケア
- Geriatric vitals：五快
  快眠・快食・快便・快動（ADL）・快重（体重変化）
- Analgesia：緩和ケア
  身体・心理・社会・霊的苦痛の確認・緩和

次回はセッティングを変えて，「救急外来」でのカルテの書き方について解説する予定です。

参考文献
1）宮下淳．病院総合医の臨床能力を鍛える本．カイ書林；2012.
2）長寿科学総合研究 CGA ガイドライン研究班．高齢者総合的機能評価ガイドライン．2003.
3）佐藤健太，他．在宅診療の場で簡便に CGA を行うための教育ツール『modified-CGA』．日本プライマリ・ケア連合学会学術大会抄録集．2010；1：45.
4）臨床倫理の4分割法
http://square.umin.ac.jp/masashi/4box.html
5）Functional Assessment Staging（FAST）
http://www2f.biglobe.ne.jp/~boke/fastjp.pdf

New 新刊
小児科領域のすべてが詰まったPearl Book-必携必備のリファレンス、決定版
ハリエットレーンハンドブック 第2版
ジョンズ・ホプキンス病院小児科レジデントマニュアル
The Harriet Lane Handbook, 19th Edition

▶歴史あるジョンズホプキンス病院のレジデントと指導医により執筆された、50年以上にわたり改版を続けるロングセラー、邦訳第2版。改版に伴い内容を更新、一新。病棟・外来、救急現場で遭遇する小児疾患全領域の診断、治療に関する重要事項を手際よく解説。また関連薬剤を豊富に掲載、処方に関し包括的に解説し、翻訳に際し我が国の実情に照らしてデータを追加、修正。小児科臨床医・レジデント必携必備の書。
監訳
五十嵐 隆・北中 幸子・張田 豊・松石 豊次郎・須田 憲治・木津 純子
定価9,240円（本体8,800円+税5%）
A5変　頁1114　図・写真114　2013年
ISBN978-4-89592-737-6
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　FAX.(03)5804-6055
http://www.medsi.co.jp
E メール info@medsi.co.jp

New 新刊
胸部画像のエキスパートによる、頼れるMinimal Requirements!
胸部画像診断スタンダード

▶胸部放射線研究会により編集された胸部画像診断に関する簡易的かつ包括的な教科書。取り上げた140疾患は、医学放射線学会専門医研修ガイドライン2012年版に準拠して選定。1項目ごとに見開き2ページで構成し、左頁にEssentials（要点整理）、臨床的事項、病態生理・病理像の解説、右頁に画像所見の解説と症例画像を呈示。専門医試験の準備に最適、また放射線科はもちろん、胸部疾患にかかわる呼吸器科や内科の研修医・臨床医にも日常診療のガイドとして利用価値が高い。
編集：
髙橋雅士・上甲 剛・高橋康二・栗原泰之・田中伸幸
定価6,300円（本体6,000円+税5%）
B5　頁352　図17・写真530　2013年
ISBN978-4-89592-738-3
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　FAX.(03)5804-6055
http://www.medsi.co.jp
E メール info@medsi.co.jp

Medical Library 書評 新刊案内

あなたへの医師キャリアガイダンス

岡田 定，堀之内 秀仁，藤井 健夫●編

A5・頁240
定価1,890円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-01620-9

評者 早野 恵子
済生会熊本病院救急総合診療センター

若手医師ばかりでなく，熟年世代の医師にも薦めたい一冊

この本は，聖路加国際病院出身の50名の医師たちが書いた本ですが，誰のために書かれたのでしょうか？さっと全体に目を通せば，これからキャリアを築いていく研修医・専門研修医や医学生が読むのに最適な本であることがわかります。なぜなら，若手医師の最大の関心事である進路の選択やキャリア形成を経験した先輩の文章が掲載されていて，ロールモデルや後輩へのアドバイスを見出すことができるからです。

さらに読み進めると，聖路加国際病院でさらなる研修を続けた医師，あえて国内の病院へ異動して研鑽を続けた医師，リサーチのための留学や海外での臨床研修やフェローシップの機会を得た医師，あるいは他の病院で研修後（海外も含めて）スタッフとして迎えられた医師など，その多様さに驚くと同時に，「みんなちがって，みんないい」（金子みすゞの詩より）というフレーズを思い起こします。

鈴木翔二先生が書かれたように，本や文献を読む時間さえ潤沢ではない「ハードな研修生活」の中で患者さんや指導医から実地に体感しつつ学ぶことにより，「初期研修で医師としての振る舞いや思考回路」が形成されていき，比良野圭太先生の文のように「知的好奇心を継続すること」は，その後の生涯にわたる学びの動機付けとなると思います。

市中病院に長い間勤務した臨床医は，大生定義先生のように自分自身で「サバティカル（研究休暇）」を創造した生き方に共感することでしょう。願わくは，長年勤務した医師が希望すればサバティカルと職場への復帰が保証される制度が日本にもあればと思います。

出雲博子先生が経験された，米国での数々の有益な研修の途上で，家庭の事情による方向転換をしなやかに受け入れ，生涯学習を継続する生き方は，ぜひお手本としたいものです。私も沖縄県立中部病院での研修後，諸般の事情による職場の異動や，腎臓専門医から総合診療医への転換を経験しましたが，子育てや両親の看取りの経験は決してハンディとはならず，人として臨床医としてかけがえのない経験や糧となっています。星哲哉先生が書かれたように予定外のことも寛容に受け入れ，そのときに与えられた役割を懸命に果たせば，地位や名誉とは質の異なる“パッチワークのように調和のとれた作品”を手にすることができるかもしれません。

五十嵐正男先生の「いつまでも専門医でいることはできない」という文は，多くの医師が壮年や晩年を迎えるときに実感していることであり，日野原重明先生の「臨床経験が，医師を『本当の医師』にする」という言葉はもはや説明の必要はなく，しみじみとした共感を覚えます。この本の序文を読むと，さまざまな年代の医師に対して，寄稿者である医師たちを紹介せずにはいられないという編集者の想いや意図が自然に伝わってきます。

最後に，この本は若手医師ばかりでなく熟年世代の医師にもぜひ読んでほしいと思います。その理由は，第一にこの本の中で発展途上の若手医師に出会うことができ，底知れぬパワーやエールを受け取ることができるからです。第二に，この本とともに研修医時代やこれまでの歩みを振り返ると，行く手に人生との調和のとれたライフステージが見えてくるかもしれないからです。指導医が周囲の研修医たちにぜひ読むように薦めるだけでなく，逆にこの本の中の若手医師の中にロールモデルを見つけたり，啓発されたりすることさえあるかもしれないと期待しています。

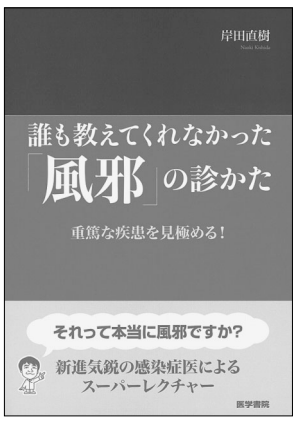
誰も教えてくれなかった「風邪」の診かた
重篤な疾患を見極める！

岸田 直樹●著

A5・頁192
定価3,360円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-01717-6

評者 大曲 貴夫
国立国際医療研究センター・国際感染症センター長

「風邪」の診かたは，医師にとっての一般教養



研修医たちと接していると感じるのは，彼らが急性上気道炎（以下，本書に倣い「風邪」と表記する）の診かたを知らないということである。市中肺炎や腎盂腎炎，髄膜炎の診療は知っているのに，である。何とも不思議な状況であるが，無理もない。かわいそうなことに，医学教育の流れの中で，風邪を系統的に教わることはまずないのだ。こんなにありふれた疾患であるにもかかわらず，だ。

おそらく多くの医師は，風邪自体を「そんなことは当たり前」として，そもそも医療上の問題としてとらえていないと思われる。いわば医療化されることのない，体調不良の一種としてとらえていることがほとんどである。しかし当事者である患者が風邪による症状に対して，民間療法では対処不能として医療を求めはじめたとき，結果として施される診療の中身は，顔をしかめてしまうものが多い。

問題の中身を挙げておこう。第一には，患者の問題は本来抗菌薬の必要のない風邪であるのに，別の診断を付けてしまうことである。発熱・咽頭痛・鼻汁で来院した患者に「A群β溶連菌咽頭炎の可能性あり」として抗菌薬を処方する，などがその例である。患者が抗菌薬アレルギーによる全身発疹を発症したらどうするのだろうか。第二の問題は，患者が発熱を訴えて来院した場合に，本来は重篤なほかの疾患によるものであるのに，「風邪」と診断してしまってこれらの重篤な疾患を見落とし，後手に回ってしまうということである。当初「風邪」と診断され，結果的に深頸部感染症から縦隔炎・肺膿瘍となり亡くなった若者の事例などが報告されている。

本書は，これらの問題に切り込むため，風邪様症状へのアプローチとして「風邪を風邪と診断する」「風邪に紛れた風邪以外を診断する」ことの重要性を指摘し，その実際を説いている。「風邪を風邪と診断する」には，さまざまな臨床像を取り得る「風邪」を豊かなイメージとともに知っておくことが必要である。それは疾患の発症から完成そして改善までの一連の流れを，みずみずしい像として知っておくことにほかならない。本書はこの点を豊かに描いている。そして「風邪」のイメージを自分の中で作り上げることができれば，そこに当てはまらない臨床像の患者に遭遇した場合に，何やらおかしいと感じとることができる，と指摘する。そうすれば後は「風邪に紛れた風邪以外を診断する」ために，風邪以外の疾患の臨床像を，やはりみずみずしいイメージとしてたたき込んでいけばよい。

本書は，その過程を導いてくれる良書である。この本を読んだら，まずは自分自身が風邪をひいたときや，家族や同僚が風邪をひいたときに，ぜひ本書の内容を適用していただきたい。そうやって繰り返し症例に当たり，検証することで風邪診療は身についていく。

『medicina』創刊50周年記念セミナー
Dr.須藤の『最後はやっぱり身体診察』
内科臨床誌『medicina』の創刊50周年を記念して、
日本を代表する身体診察のスペシャリストである須藤博先生をお招きし、
若手医師のみなさんを対象としたセミナーを開催します。

●開催日：2013年6月9日（日）
●時　間：13：30 ～ 17：30（懇親会含む）
●会　場：医学書院 本社（東京都文京区本郷）
●講　師：須藤 博 先生（大船中央病院内科部長）
●対　象：若手医師（研修医含む、卒後10年目までの方）
●定　員：80名
●参加費：￥3,000（懇親会は無料）
（『medicina』の定期購読者および
定期購読をお申込みいただいた方は受講料が無料となります。）
<講師プロフィール>　須藤 博 氏
1983年和歌山県立医大卒。茅ヶ崎徳洲会総合病院、米国Good Samaritan Medical Center腎臓内科などで臨床研修後、94年池上総合病院内科、2000年に東海大医学部総合内科。06年より現職。診断への思考過程を重視した勉強会「大船GIMカンファレンス」を主宰。毎回熱心な医学生や研修医からベテランの医師まで多くの参加者がある。新刊「サバイラー身体診察のアートとサイエンス 原書第4版」（医学書院）を監訳。
●お申込方法：Webにて先着順受付。
詳細は医学書院Webサイト内『medicina』誌のページをご参照ください。定員に達し次第受付終了となります。なお、対象以外の方からのご応募は無効とさせていただきます。予めご了承下さい。
●お問い合わせ：医学書院 PR部
TEL：03-3817-5696（平日9時～17時）

知識と記憶を持ち歩く　DAYFILER
医学用電子辞書
DF-X11000
NEW MODEL
PASORAMA+
「医学書院 医学大辞典 第2版」と「ステッドマン医学大辞典 改訂第6版」の2つの医学大辞典に加え、「治療薬マニュアル2012準拠」（電子版）を収録。カラー液晶、タッチパネル、ドキュメントリーダー／ライター、手書き入力、無線LAN、フレキシブルサーチ、PC検索モード「PASORAMA+」の7つの新機能を搭載。

セイコーインスツル株式会社
システムアプリケーション事業部
［販売］
株式会社医学書院販売部
●電子辞書　2013年　価格85,575円（本体81,500円+税5%）
[ISBN978-4-260-70090-0]
医学書院

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

ダグ・ヴォイチェサック，ジェームズ・W・サクストン，
マギー・M・フィンケルスティーン●著
前田 正一●監訳
児玉 聡，高島 響子●翻訳

A5・頁216
定価2,730円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-01493-9

評者　田中 まゆみ
北野病院総合内科部長

不毛な医療訴訟を防ぎたいすべての関係者へ

2012年10月に日本脳炎予防接種後の急死例が大々的に報道された。このケースでもそうだが，医療事故には複雑な要因がからんでおり，過誤の有無，過誤が悪い結果（死亡・後遺症など）の唯一の原因であったのかなど，すぐには結論が出ないことが多い。しかし，被害者にとっては「予期しない悪い結果」の原因は人為をまず疑うのは当然であろう。もし初期対応が不適切であると，「加害者 vs. 被害者」の対立構図が生じ，訴訟に至ってしまう。

しかし，医療訴訟に勝者はいない。信頼を裏切られた患者家族だけでなく，疑われた上，「訴訟中は何もしゃべるな」と厳命される医療者もまた苦しむ。司法解剖がされたとしてもその結果は遺族にも医療者にも知らされることはないので，再発防止にも役立たない。最終的には医学的に医療過誤とはいえないという結論で終わることも多いが，それを「医療とはもともと不確実で未熟なものであり，司法でそれを裁くには限界がある」というふうにではなく，「医療訴訟では患者側が勝つことは難しい」というように受け止められてしまう。

医療訴訟では被害者も加害者も救われないというのなら，それに代わる医療事故の良い解決方法はないのだろうか。本書は，医療者がすぐにも実行できるいくつかの重要な提案をしている。

まず，医療行為が悪い結果に終わった場合は，何をおいても，医療者側は共感のこもった遺憾の念を心から表明すべきだということ。とにかく「残念な結果に終わった」事実を認め，無念さを遺族と共有する場を持つ。次に，真実の解明のためにすべての情報を公開すること。

真っ先に「ソーリー（本書での和訳は『すみません』）」と言うのは，遺族と医療者が共に死者を悼んでおり，対立しているのではないことを示すのに非常に有効だ，と著者は言う。積極的で完全な情報公開も，医療者側も同じように原因究明・再発防止を願っていることの確認になる。対立する必要は全くないのである。

もちろん，いくつかの留意点がある。ここでの「ソーリー」は日本語に訳すと「こんな結果に終わって残念です（共感の表明）」という意味であり，「ごめんなさい（謝罪）」ではない点が第一。第二に，「責任」と「お金」については病院全体が調査してからしか対応できないので，「私の一存では決められません」と即答を避けること。第三に，もしも十分な調査でも医療者側に不適切な点が見つからない（医療水準を満たした治療であった）場合は，決して和解してはならない（訴訟になったら，「毅然と受けて立つ」しかない）こと。第四に，医療者側に不適切な点があったなら，その情報をすべて示してから，きちんと場を設定して心から謝罪すべきであること（とにかく謝るのではなく，原因調査報告を提示して謝ることが大切）。そして最後に，賠償金を支払うことになった場合は，以後の請求権を放棄する旨を書面に署名してもらうなど，条件を明確にして後顧の憂いを断つこと。

「『ソーリー』と言うな，言ったら非を認めたことになり訴訟で不利になる」と言い続けてきた張本人の米国人が何を今さら，と多くの日本人は反発するかもしれない。だが，情に流されて法的に穴だらけの対処をしてしまう（福島県立大野病院事件で，医療事故保険金を遺族に払うために安易に非を認めた調査報告書を書いてしまい，それが刑事告発に利用されたことはまだ記憶に新しい），日本の文化の甘さを思い知らされる「留意事項」の数々こそが，実は本書の真骨頂であろう。「弁護士に頼むのはお金の話になってからというのも，本書が米国で喝采を浴びたゆえんであろう（弁護士は，そもそも，患者と医療者が対立していなければ出る幕はない）。

訳者は，文化も法律も異なる中での翻訳に苦労されたと思う。しかし，以上のようなメッセージは明快に伝わってくる。契約社会・訴訟社会での「成熟した」態度を日本の医療界も身につけねばならない。本書が，「不幸な医療事故が不毛な医療訴訟になる」ことを防ぎたいすべての関係者（医療・司法・行政・報道）の大きな助けになることを確信する。

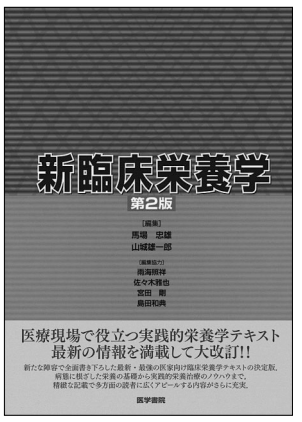
新臨床栄養学　第2版

馬場 忠雄，山城 雄一郎●編
雨海 照祥，佐々木 雅也，宮田 剛，島田 和典●編集協力

B5・頁792
定価12,600円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-01615-5

評者　小越 章平
高知医大名誉教授

長年のライバルによる画期的な医家臨床栄養学テキストの今日的大改訂



このたび医学書院より，『新臨床栄養学』が6年ぶりに改訂になり刊行された。本書は馬場忠雄先生ならびに山城雄一郎先生が中心となり，それに若手というより現在，旬のベテラン4人が編集協力者として加わって全面改訂が行われ，第2版として刊行に至ったことに，まずはご同慶の至りと心よりお祝い申し上げる。

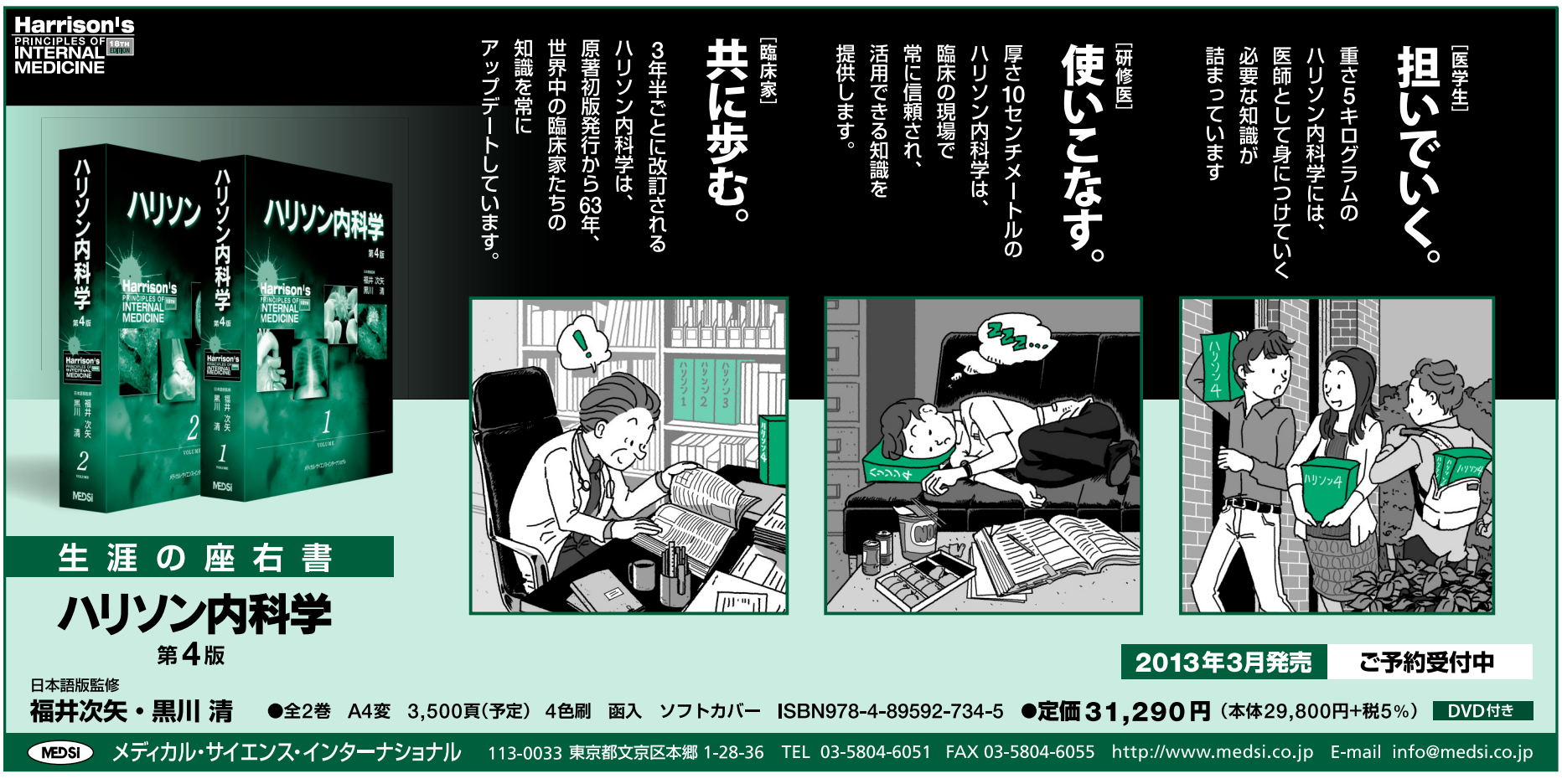
初版は紹介するまでもなく，故・岡田正先生の孤軍奮闘の力作であり，当時は少なかった医家向けのスタンダードをめざしたテキストで，かなり画期的といえるものであった。栄養学にとってのこの30年は，高カロリー輸液，そして経腸栄養は成分栄養法を中心として方法論はもとより，その臨床効果は「抗生物質に並ぶ20世紀最高の治療手段」といわれ，重症患者の管理には不可欠のものとなった時代である。今から振り返ると，当初臨床栄養学の全般を網羅するこのような教科書を完成させたのは，全く岡田先生の情熱のほかの何ものでもないと感心させられる。

私事であるが，図らずも岡田先生と評者は年齢も近く，同じ時期に米国留学（岡田先生はミネソタ大，評者はペンシルベニア大）を経て，帰国後の研究も同じ「外科栄養」の仕事であった。やはりお互い意識せざるを得なかったであろう（その辺りの事情は，以前，岡田先生の追悼文集にまとめて書いたので参照していただきたい。［小越章平．静脈・経腸栄養の発展を思い出すままに．ジェフコーポレーション；2011.］）。

岡田先生と評者はよく対比され，「西の岡田，東の小越」「静脈栄養の岡田，経腸栄養の小越」「外科代謝の岡田，JSPENの小越」などと，時代の流れとともにそう呼ばれたようである。先生が本書の第1版を企画されたころは，まだ当時のそうしたライバル意識が残っていたためか，評者の「エレメンタル・ダイエット」関係，「栄養アセスメント」関係の仕事についての文献引用もわずかにとどまっていた。しかしその後はお互いの仕事をよく理解するに至り，学会での無二のライバルであり，親友となった。

私事の話が多くなったが，今回の第2版の改訂は岡田先生が当時から，30余年後の今日のこの領域の発展を見越していたかのような，さらなる内容の充実を図り臨床栄養の理論と実践を学生，一般医家にも良く理解できるように，すべてを漏れなく取り上げている。

改訂を受け持たれた馬場先生，山城先生はじめ，また編集協力者の先生たちのご努力に敬意と謝意を表したい。理論だけでなく日々変化する実践的栄養管理テクニックのテキストとして，間違いなく多くの医師，学生，NSTに興味を持つコメディカルの方々に薦められる。そして日進月歩の変化に即した今後のきめの細かい改訂を希望するものである。



信頼と実績の治療年鑑

今日の治療指針　TODAY'S THERAPY 2013

私はこう治療している

好評発売中

1119疾患項目はすべて毎年全面書き下ろし

総編集
山口　徹・北原光夫・福井次矢

■処方例に掲載の商品名に対応する一般名がすぐにわかる別冊付録「商品名・一般名対照表」
■各科領域の「最近の動向」を解説

●新規付録「予防接種（ワクチン）の種類・接種時期一覧」「プライマリケア医のためのがん診療の最新動向」を収載
●大好評の付録「診療ガイドライン」：30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
●医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2013」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）

◉デスク判（B5）　頁2064　2013年　定価19,950円（本体19,000円＋税5%）[ISBN978-4-260-01643-8]
◉ポケット判（B6）　頁2064　2013年　定価15,750円（本体15,000円＋税5%）[ISBN978-4-260-01644-5]

一般名処方に最適！ 価値ある情報をこの一冊に網羅！

治療薬マニュアル2013＋別冊付録「重要薬手帳」

監修　高久史麿・矢崎義雄
編集　北原光夫・上野文昭・越前宏俊

2013年版の特徴
■妊産婦・授乳婦への投薬リスクをアイコン表示！
■後発品は剤形、規格単位、製造販売社まで掲載
■2012年に薬価収載された新薬を収録

本書の特徴
■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
■2,200成分、16,000品目の医薬品情報を約2,600頁に収録
■使用目的や使用法、適応外使用など、臨床解説が充実
■重要薬、重要処方情報をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」

好評発売中

◉B6　頁2592　2013年
定価5,250円
（本体5,000円＋税5%）
[ISBN978-4-260-01677-3]

治療薬マニュアル特設サイト開設！　http://www.chimani.jp

「治療薬マニュアル2013」×「今日の治療指針2013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2013年版」と「治療薬マニュアル2013」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2013」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2013年版」に同封の書籍の「ご注文書はがき」に貼付してお送りください（2013年10月1日消印分まで有効）。

カラー図譜を新設し、検査にかかわる全医療従事者を強力にサポート！

臨床検査データブック LAB DATA 2013–2014

監修　高久史麿　日本医学会会長
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総長
　　北村　聖　東京大学教授

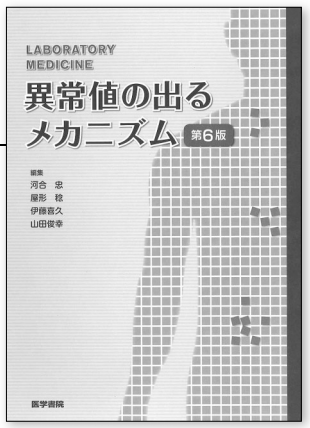
“考える検査”をサポートする検査値判読マニュアルのベストセラーの改訂版。今版は新たに巻頭カラー図譜を設け、血液細胞、グラム染色、尿沈渣などの写真を掲載した。また、新規保険収載項目、保険点数情報などの最新情報も引き続きブラッシュアップ。異常値のでるメカニズムを理解し、必要な検査と無駄な検査を見極めるのに役立つ本書は、圧倒的な情報量で全医療関係者をサポートします。

●B6　頁1106　2013年　定価5,040円（本体4,800円+税5%）[ISBN978-4-260-01675-9]

検査で得られた医療情報から実像を捉え、その背景を考える能力を養う

異常値の出るメカニズム　第6版

編集　河合　忠　国際臨床病理センター所長
　　屋形　稔　新潟大学名誉教授・予防医療学分野
　　伊藤喜久　旭川医科大学教授・臨床検査医学
　　山田俊幸　自治医科大学教授・臨床検査医学



日常診療で広く使われる検査項目を重点的に取り上げ、患者に負担の少ない臨床検査を重視、その検査結果を最大限に診療に生かす方策に到達するための、知識と考え方を提供する。網羅的で辞典的な本とは一線を画し、medicineを学ぶ医学生や研修医、生涯学習を続ける医療関係職が、デジタル情報に振り回されることなく、専門教育の初期段階から、“得られたさまざまな医療情報から実像を捉え、その背景を考える能力”を養う。

●B5　頁480　2013年　定価6,300円（本体6,000円+税5%）[ISBN978-4-260-01656-8]

4 内科臨床誌メディチーナ medicina

Vol.50 No.4
特集 エマージェンシーの予兆を察知する
—リスクを評価し危機に備える

2013 medicina 創刊50周年

これまでのエマージェンシー特集は、緊急事態が起こった後の対応に重点が置かれていたが、緊急事態が起こってからの対応には限界がある。また、軽症そうな患者や非典型的な症例など、予期しない急変がトラブルの種になりやすい。今回の特集は、危機が起こってからの「危機管理」よりも、起こる前の備え「リスクマネジメント」に重点を置き、不安定化、重症化のきざしをどのように認識し、起こりうる危機への備えなどに言及した。

INDEX
第1章　総論：リスクという概念を理解する
第2章　バイタルサインから緊急性を読みとる
第3章　症候に潜むリスクを評価する
第4章　リスクの組み合わせから隠れた危険を察知する
第5章　予期しない検査異常（パニック値）に対応する
第6章　疾患名に潜むリスクを評価する
第7章　リスクとコミュニケーション
座談会「危機の予兆とリスク評価」

連載
- 顔を見て気づく内科疾患
- 実は日本生まれの発見
- 神経診察の思考アプローチ 新
- 目でみるトレーニング
- 皮膚科×アレルギー膠原病科 合同カンファレンス
- こんなときどうする?—内科医のためのリハビリテーションセミナー

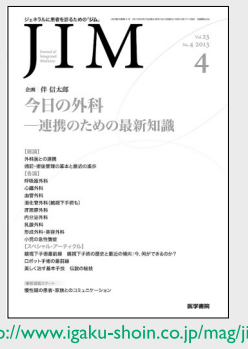
●1部定価 2,625円（税込）

▶来月の特集（Vol.50 No.5）
胃食道逆流症（GERD）
—“胸やけ”を診療する

▶2012年増刊号（Vol.49 No.11）
いま、内科薬はこう使う
●本号特別定価 7,560円（税込）

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!

http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina



http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/jim

ジェネラルに患者を診るための「ジム」
JIM Journal of Integrated Medicine

Vol.23 No.4
特集 今日の外科—連携のための最新知識

ジェネラリストが具有すべき外科関連の臨床能力としては、日常診療での外科的処置もさることながら、外科医と適切な連携をとることができる能力が重要だ。どのようなタイミングで外科に紹介すべきか、あるいは、今日の外科的治療はどこまで進んでいるかなどの知識は、ジェネラリストとしての臨床実践に必要欠くべからざるものである。
本号ではジェネラリストが知っておくべき外科的知識について特集し、「紹介・コンサルト」をするにあたって役立つと思われる最新の知識についてまとめた。

INDEX
【総論】
外科医との連携……新井利幸
術前・術後管理の基本と最近の進歩……星　寿和
【各論】
呼吸器外科……堀尾裕俊
心臓外科……阿部恒平
血管外科……井上芳徳
消化管外科（鏡視下手術も）……林　弘人・柳井秀雄・佐藤　穣
肝胆膵外科……蒲池浩文
内分泌外科……堀内喜代美・岡本高宏
乳腺外科……山内英子
形成外科・美容外科……秋月種高
小児の急性腹症……馬場徳朗・松藤　凡
【スペシャル・アーティクル】
鏡視下手術最前線　鏡視下手術の歴史と最近の傾向：今、何ができるのか?……加納宣康
ロボット手術の最前線……宇山一朗
美しく治す基本手技　伝説の秘技……市田正成
●新連載　慢性期の患者・家族とのコミュニケーション……岡本拓也

●1部定価 2,310円（税込）

▶来月の特集（Vol.23 No.5）
この組み合わせに注意！　日常診療で陥りやすいpitfall

年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引されています。
配送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。
詳しくは医学書院WEBで。

2013年 年間購読料（冊子版のみ）
▶medicina　37,190円（税込）—増刊号を含む年13冊—
▶JIM　27,720円（税込）個人特別割引25,410円あり 年12冊

電子版もお選びいただけます

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