

2013年7月8日
第3034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
JCOPIY (印刷者著作権管理機構 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

今週の主な内容

- [シリーズ] この先生に会いたい!! (齋藤昭彦, 古賀俊介)..... 1-2 面
- [寄稿] 豪・タスマニアで見えてきた家庭医と地域医療の未来像(中村光輝).... 3 面
- [寄稿] ワークショップを通して磨く“主治医力”(田中寛大)..... 4 面
- [連載] 「型」が身につくカルテの書き方..... 5 面
- MEDICAL LIBRARY, 他..... 6-7 面

日本人初の米国小児感染症専門医である齋藤昭彦氏。13年間に及び米国での臨床医・研究者としてのキャリアを経て、帰国後は日本小児科学会が初めて発表した予防接種スケジュールの作成にかかわるなど、小児感染症分野のエキスパートとして活躍されています。米国と日本の文化や制度の違いを乗り越えてキャリアを積み重ねてきた氏が、いま若手医療者に期待することとは——? 医学生古賀俊介さんが、齋藤氏のもとを訪ねました。

古賀 先生が小児科医を志したのはいつごろでしょう。

齋藤 医学部に入ったころからです。もともとは小学生のときに素晴らしい担任の先生に出会い、小学校の教員になりたいと思っていました。それが、高校生になると生物の勉強がとてもおもしろく、生物学者に憧れた時期もあって、進路を決めるころになると“生物”としての人間を対象にする医学を勉強したいと強く思うようになっていました。小学校の先生になりたかったという夢とも相まって、大学入学後には小児科に進む希望を持っていました。

古賀 小児科を志望する学生のなかには、子どもとうまくコミュニケーションをとれるか自信がない人もいます。先生はそのような不安は持っていませんでしたか。

齋藤 むしろその難しさが、実際に子どもを診る上での面白さではないでしょうか。子どもは嫌だったら「イヤ」って言うし、お世辞も言わない。嘘もつかないし、極めて純粋ですよ。

それに、この先、数十年も生きていく子どもたちを診ることは、未来の社会を支えることにつながります。社会の財産であり、これから活躍していく子どもたちを育む手助けができるというのは、小児科医だけが感じられる仕

シリーズ この先生に会いたい!! 齋藤 昭彦氏に聞く
新潟大学大学院教授・小児科学

自分の可能性を発見するために、
外の世界に“寄り道”しよう!

事のやりがいでしょう。

“無力感”がモチベーションに

古賀 米国への留学は学生時代から考えていたのですか。

齋藤 ええ。大学生のときにニューヨークに住んでいる親戚の家を訪ねたことがきっかけで、そのころから米国で研究、あわよくば臨床をしたいという漠然とした夢を持っていました。そのためには英語は必須ですから一生懸命自分なりに勉強していましたし、USMLE(米国医師国家試験)を意識しながら問題集を解いたりもしていましたね。ただ、共通の目標を持った人が周りにほとんどいなかったの

古賀 渡米を決意されたターニングポイントは何だったのでしょうか。

齋藤 留学を決めた当時、私は聖路加国際病院の小児科レジデントをしていて、主に血液腫瘍疾患を持つ子どもたちを診ていました。治療中の子どもは免疫が低下し、重篤な感染症にかかりやすく、なかには感染症がきっかけで命を落とす子どももいました。

ちょうどそのころに、成人の米国感染症専門医である青木眞先生が帰国され、聖路加の内科に赴任されました。そのとき私は、移植後の原因不明の発熱に苦しむ子どもを担当しており、どうしても解決できなかったことから、すぐに先生に相談しました。すると青木先生から、アセスメントの不十分さを指摘され、厳しいお叱りを受けたのです。とてもショックでしたが、自分を奮い立たせるきっかけになり、それから青木先生の指導を受けるうちに、小児感染症をもっと勉強したいと思うようになりました。米国で臨床のト

レーニング経験があった聖路加の松井征男先生や小児科の先生たちの後押しもあって、当時すでに小児感染症がサブスペシャリティとして確立されていた米国への留学を決意したのです。

古賀 学生の立場からすると、大学などの小児科では先天性の心疾患や血液腫瘍などの領域が主流であるようにみえるのですが、当時まだ日本では関心が低かった小児感染症の道にあえて進むことに、ためらいはありませんでしたか。

齋藤 全くなかったですね。確かに日本に戻ってからの職探しを考えれば、あまりよい選択ではなかったのかもしれませんが、感染症で患者さんを亡くしたときの無力感が、この道に進む強いモチベーションになりました。

寄り道のススメ

古賀 米国では、研究員を2年間、レジデントとクリニカルフェローを3年間ずつ、さらに指導医として5年間勤め、合計13年間も活動されたそうですね。

齋藤 最初から長くいると決めていたわけではありませんでした。渡米後、最初は無給研究員という立場だったのですが、渡米前に貯めたお金も徐々に減ってきて、帰国するかどうかの決断を迫られたとき、「まだまだ米国で学ぶことがあるのに、今の状態で日本に戻るのはもったいない」と思ったのです。でも、無給のままでは米国で生活できません。そこで初めて、日本の医師免許を持っていても米国では何もできないことを痛感しました。米国で生き残るために何ができるかを真剣に考え、資格を取らなければと思い、仕事をしながら本格的にUSMLEの勉強を



●さいとう あきひこ氏 1991年新潟大学医学部卒。聖路加国際病院小児科レジデントを経て95年渡米。ハーバードUCLAメディカルセンター・アレルギー臨床免疫部門リサーチフェロー、南カリフォルニア小児科レジデント、カリフォルニア大サンディエゴ校(UCSD)小児感染症科クリニカルフェロー・講師・アシスタントプロフェッサーを経て、2008年国立成育医療研究センター感染症科医長、11年8月より現職。日本人として初めて米国小児科学会認定小児感染症専門医を取得。現在でも、米国の大学のアポイントメントを持ちながら、日本と米国での研究・教育・臨床面でさまざまな活動をしている。

始めたのです。

古賀 米国でキャリアを積もうと考えられたのは、実際に現地で生活し始めてからだったのですか。

齋藤 ええ。数か月、がむしゃらに勉強し、なんとか試験をパスして、海外の医師が米国で臨床医として働くための免許であるECFMG Certificationを取得しました。そのとき、「これでなんとか米国でもやっていける」と安堵したと同時に、「これだけつらい時期を乗り越えたのだから、簡単には日本に帰れないな」という意識も芽生えたのです。それまで米国に長く留まることを考えていなかった反動でしょうか。結局13年間も米国にいました。

もし、あのとき日本に帰国していたら、その後の米国での素晴らしい経験ができなかったと考えると、お金がなくてつらくても米国に残る選択をして

(2面につづく)



聞き手 古賀俊介さん
筑波大学医学群医学類6年生

July 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。

<p>がん患者心理療法ハンドブック 監訳 内富庸介、大西秀樹、藤澤大介 A5 頁456 定価4,200円 [ISBN978-4-260-01780-0]</p>	<p>がん患者の在宅ホスピスケア 川越 厚 B5 頁176 定価2,730円 [ISBN978-4-260-01831-9]</p>	<p>感染対策マニュアル(第2版) 監修 大野義一朗 執筆 吉田美智子、藤井基博 B5 頁144 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01821-0]</p>	<p>保健師助産師看護師国家試験出題基準 平成26年版 編集 医学書院看護出版部 A4 頁200 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01882-1]</p>
<p>SHDインターベンションコンプリートテキスト 原著 J.D. Carroll, J.G. Webb 監訳 ストラクチャークラブ・ジャパン B5 頁448 定価14,700円 [ISBN978-4-260-01789-3]</p>	<p>臨床実践力を育てる! 看護のためのシミュレーション教育 編著 阿部幸恵 B5 頁216 定価3,570円 [ISBN978-4-260-01764-0]</p>	<p>介護施設の看護実践ガイド 日本看護協会 編 A5 頁216 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01881-4]</p>	<p>質的研究のピットフォール 陥らないために/抜けるために 萱間真実 A5変型 頁124 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01847-0]</p>
<p>臨床検査技師国家試験問題集 解答と解説 2014年版 編集 「検査と技術」編集委員会 B5 頁204 定価3,150円 [ISBN978-4-260-01879-1]</p>	<p>〈看護ワンテーマBOOK〉 苦手克服! 人工呼吸ケア 患者さんのつらさを軽減するポイント48 編集 廣瀬 稔、森安恵実 B5変型 頁136 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01785-5]</p>	<p>ひとを育てる秘訣 渋谷美香 A5 頁112 定価1,680円 [ISBN978-4-260-01629-2]</p>	<p>〈要点整理ビジュアルラーニング〉 成人看護学 血液・造血管 監修 小林 直 B5 頁80 定価1,575円 [ISBN978-4-260-00780-1]</p>

上記価格は、本体価格に税5%を加算した定価表示です。消費税変更の場合、税率の差額分変更になります。

(1面よりつづく)

本当に良かったと思いますね。

古賀 最近では、海外留学によって自分のキャリアにブランクが生じることを気にする学生も多いと聞きます。先生の場合はいかがでしたか。

齋藤 キャリアについては特に気にしていませんでしたね。私の場合、渡米してすぐは無給であったがゆえに、研究員として果たすべき義務は限られていましたから、英語を学びつつ、何か次につながるきっかけが得られればいいなという軽い考えで留学しました。

それに、当時の日本の研修システムに、あまり魅力を感じていませんでした。学生時代に卒後の研修先を探した際、ある大学病院に「他の病院で3-4年研修してから、大学病院に入ることできるか」と問い合わせたところ、「最初から研修医として勤めていなければ認めない」と言われてしまったのです。これには、啞然としました。

古賀 当時は今ほど多様なキャリアモデルが存在しなかったのですか。

齋藤 そのころは、大学病院に入るのが当たり前で、大学の組織に残らないのは、変わり者とされる時代でした。今でも、できるだけ有名な病院や大学に勤めてキャリアを積むのが最善の方法と考える人もいるのかもしれませんが、私はもっと冒険してほしいと思っています。数年間の寄り道は医師としてのキャリアにまったく支障なく、むしろさまざまな自分の可能性を発見できる大切な過程ではないでしょうか。そのためには研修医だけでなく、学生のうちから積極的に寄り道をしてほしいですね。

“土台”を築いた厳しい研修生活

古賀 ECFMGを取得したあとは、どのようにして米国でレジデントになられたのでしょうか。

齋藤 いまのようにインターネットで情報が得られる時代ではなかったので、レジデントになるのも一苦労でした。日本の医学部のカリキュラムはカリフォルニア州の基準に適合しないとと言われて、その調整に奔走しましたし、当時は外国の大学を出た医師というこ

とでいろいろな洗礼を受け、辛い思いもしました。インタビュー(面接試験)の準備にも、かなりの時間をかけましたね。そのころのことは、2001年に連載していた「これから始めるアメリカ臨床留学」に書いています(註)。

最終的には、米国最大の研修病院である南カリフォルニア大(USC)のカウンティ・ホスピタルのレジデントとして採用されることが決まりました。

古賀 カウンティ・ホスピタルというのは?

齋藤 主に、保険を持たない患者を対象にした郡の病院です。非常に忙しく厳しい環境の病院なので、他の一流大学のプログラムに比べると難易度は下がるのですが、本物の実践的な医療を体験したいという熱意ある若手医師が、レジデントとして全米・全世界から集まり、切磋琢磨していました。

古賀 どれぐらい忙しかったのですか。

齋藤 小児科だけで1日当たり平均15-20人、多いときは25人の患者が入院してきます。患者数が圧倒的に多い上、シニアのレジデントになると入院患者全員を診て、チャートを書いて、さらに医学生と初期研修医の指導も行いながら、患者の診療にあたります。そして翌朝、プログラムディレクターが前日の入院患者リストから気になる患者をピックアップして、その場での精細なアセスメントと治療方針の提示を求めてくるのです。

古賀 それだけの数の患者さんをすべて把握しなければならぬなんて、想像を絶します。

齋藤 しかもそのプログラムディレクターが大変厳しい先生で、問診と身体所見からのアセスメントに少しでも矛盾があったり、アセスメントと異なる治療をしていたりすると、ものすごく怒られました。

古賀 やはり基本を徹底的に指導されるのですか。

齋藤 そうですね。問診と身体所見から鑑別診断を考え、そして必要な検査をして診断、治療に結び付けることができるか、その思考過程を徹底的に教え込まれます。日本の臨床研修では、検査偏重で問診や身体所見が軽視されることがしばしば問題にされていますが、ここではまさに医師の“土台”が

繰り返し教育されるのです。

古賀 それほど厳しいトレーニングを、3年間も続けられたのですか。

齋藤 つらかったですよ。当時は本当に嫌で、こんなプログラム早く出て行ってやると毎日思っていました(笑)。ですが、最後の卒業パーティーで、プログラムディレクターが私のことを初めて褒めてくれたのです。「最初は英語すらおぼつかなかったのに、すごく頑張って小児感染症の一流のフェロウシッププログラムに入った。よくやった」と。

今だからわかるのですが、苦労は若いときにしかできない貴重なもの。指導者の厳しさも、そのときにしか受けられないものです。振り返ってみると、今の自分の医師としての基礎を築くのに、なくてはならない経験だったと思います。

立場を変えて、社会を変える

古賀 帰国後は、日本人初の米国小児感染症専門医として、さまざまな制度整備に携わっていらっしゃいますね。

齋藤 国立成育医療研究センターでは、感染症科の立ち上げや、感染症コンサルテーションのシステムの確立、抗菌薬管理プログラムの導入など、自らがリーダーとなって日本でやりたかった仕事を、周りの方々の協力をたくさんいただきながら実現してきました。また、日本小児科学会初の予防接種スケジュールを発表できたことも、大きな進歩だったと思います。

古賀 新潟大に移られたのには、何かお考えがあったのでしょうか。

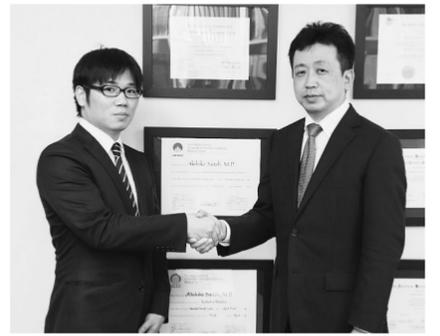
齋藤 今までの私の進路はすべてそうでしたが、自分が必要とされている場所で仕事することほど、幸せなことはありません。学生の若いエネルギーがあふれる大学で、しかも多くの若手医師が集まることで有名な新潟大の小児科で仕事ができることは、自分のさらなる可能性を発揮できる機会だと思いました。また、今後検討していかななくてはならない現行制度等の変革に携わる際には、今の立場のほうが学会活動などを通じてより積極的にかかわることができることも考えました。

古賀 社会を変えるためには、立場も非常に重要なのですか。先生が今のお立場になってから抱えている夢を教えてください。

齋藤 日本の小児感染症診療を世界標準のレベルに近づけたいと考えています。学会や、私が代表を務める日本感染症教育研究会(IDATEN)などの活動を継続的に行っていきたく思います。それから、小児感染症を一つのサブスペシャリティとして日本で確立させるのにも尽力したい。それが、これからの私の使命だと考えています。そのため、現状に満足せず、常に新しいことにチャレンジしていきたいですね。

外へ飛び立とう!

齋藤 また、教育者としての夢もあります。それは、若手を教育し、待った



なしのグローバル化に対応できる人材を、たくさん育成することです。私が米国で心に刻まれる臨床教育を受けたように、海外でのさまざまな経験は若いみなさんに素晴らしい刺激を与えてくれるでしょう。

特に医学生には、時間を有効に使えるうちに、もっと外の世界を見てもらいたいですね。自分の大学内だけではなく、できるだけ外へ——学外へ、国外へと目を向けてほしい。外にはいろいろな文化・宗教・生き方があって、もちろん医療もさまざまです。自分とは異なるものをたくさん見て、自分の立ち位置を問い直す経験を積んでほしいと思います。

古賀 海外に行くためには、英語も欠かせませんね。

齋藤 ええ。英語“を”勉強するのではなく、英語“で”勉強する習慣も、学生のうちから身につけてほしいと思います。残念ながら、英語力は日本の医学生、若手医師の非常に弱い部分ではありますが、海外留学やUSMLEの合格をめざすためにはもちろん、臨床現場で最新の知見を得たり学会発表するためにも絶対に必要となる能力です。学生時代から真剣に取り組んでもらいたいですね。

さらに、研修医の方には、“考える医師”になっていただきたい。問診、身体所見から鑑別診断を確実に挙げ、必要な検査を行い、アセスメントし、診断とその治療に結び付けるトレーニングを積んでほしいですね。

持論ですが、医師としての基礎は、最初の3-4年ぐらいで決まってしまうように思います。その短い期間に良いトレーニングを受けるためには、環境も大事。やる気のある人は、ぜひ米国での臨床研修にもチャレンジしてほしいと思います。(了)

註:『週刊医学界新聞』連載「これから始めるアメリカ臨床留学——第8回インタビュー(面接試験)への対応、準備」, 2001年11月19日発行, 第2462号 http://www.igakushoin.co.jp/nwsprr/n2001dir/n2462dir/n2462_09.htm#00



●写真 厳しい指導を受けたUSCのプログラムディレクター、Lawrence Opas氏とのレジデント修了時の一枚。医師としての土台形成と同時に、英語“で”学ぶ素晴らしい体験ができた。

専門医たちが吟味を重ねた実践的臨床トレーニング、待望の第2集!

目でみるトレーニング 第2集 内科系専門医受験のための臨床実地問題

内科医のプロフェッショナルをめざす読者に評価の高い『目でみるトレーニング』に、待望の第2集が登場! 「目でみる」臨床所見を手がかりとする、内科臨床問題159題を収録。専門医たちが吟味を重ねた実践的な内容と、洗練された出題形式で、さらなる地固めを。そして次の一歩へ! 内科系専門医試験対策としてはもちろん、日々の臨床トレーニング、日常診療の参考にも。

監修 『medicina』編集委員会
責任編集 岡崎仁昭
自治医科大学教授・医学教育センター

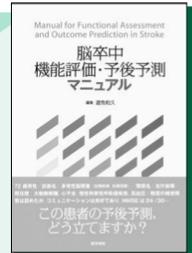


まずは予後予測を立ててみよう!

脳卒中機能評価・予後予測マニュアル

脳卒中の機能予後予測は、リハビリのゴール設定や入院治療期間の設定に極めて重要である。本書は、リハビリに携わる医師ならびに療法士に向けて、まず予後予測のために必要となる機能評価法について解説、それを踏まえてより実践的な予後予測ができるように、従来から最新の予後予測法を幅広く取り上げた。また代表的な症例を通して、具体的な臨床応用の実例を紹介。常に予後予測が求められるリハビリスタッフ必見の書。

編集 道免和久
兵庫医科大学・リハビリテーション医学教室
主任教授



豪・タスマニアで見えてきた 家庭医と地域医療の未来像

中村 光輝 福島県立医科大学医学部地域・家庭医療学講座 後期研修医/社団法人養生会かしま病院総合診療科



●中村光輝氏
2010年福島医大卒。JA福島厚生連白河厚生総合病院にて初期研修。福島で生まれ育ち、福島県民のための地域医療を志す。

地域医療の崩壊が叫ばれる昨今、家庭医・総合診療専門医(以下:家庭医)はその再生への切り札として注目されてきている。しかしながら日本ではいまだ臓器別専門医志向が根強く、家庭医を志す医学生・研修医にとっては将来的なキャリアの不確実性から志を断つ者も少なくない。

こうした中、福島県立医科大学医学部地域・家庭医療学講座では、毎年新たに入局した後期研修医が家庭医というキャリアに自信を持って進んでいけるよう、海外の家庭医療・総合診療(以下:家庭医療)に触れ、世界標準のレベルを知る、海外家庭医療先進地視察を行っている。2013年は、「海外の家庭医がいかに地域医療・へき地医療を行っているのかを知りたい」という筆者の希望で、オーストラリア(以下、豪)本土の南方に位置する島、タスマニア州を視察した。そこで見えてきた地域医療における日本とタスマニアの違いから、これからの日本で地域医療を担う家庭医とはどうあるべきか、見解を述べたい。

家庭医のグループ診療体制が 地域医療崩壊を阻止し得る

タスマニアは、北海道の8割程度の面積に人口約50万人が生活している。島の南に位置する州都ホバートに人口の4割を占める20万人が集まり、北西部地方の小さな町からは高速道路で約8-9時間かかる。今回の視察では主に北西部のバーニー(人口約2万人)、北部のローンセストン(人口約10万人のタスマニア第2の都市)、そしてホバートの3か所でRural Clinical School(以下:RCS)¹⁾やLaunceston Clinical School(以下:LCS)²⁾、家庭医診療所を訪問した。

まず驚かされたことは、どの家庭医診療所でも複数の家庭医によるグループ診療が行われていることだ。タスマニアではこのグループ診療と、後述する診療所と大学の連携により、日本にはない形で地域医療が展開されていた。

訪問した家庭医診療所の診療時間の案内を見ると、夜9時まで毎日診療かつ夜間時間外も電話対応可であり、夜間・休日の対応が日本とは明らかに異なっていた。地域医療の崩壊はまず救急医療の崩壊から始まるといわれており、その問題は夜間・休日により顕著となる。日本では多くの診療所が一人診療であるため、夜間は対応不可、日曜祝日は休診が圧倒的に多く、その場合は地域の救急病院または休日当番医



●写真 筆者らの視察を伝える地元紙(右写真は左から筆者、葛西氏、井伊氏)

を受診するしかないが、タスマニアではグループ診療で家庭医が交替で休むことができるため、このような対応が可能なのである。

日本では、開業医とはいえそれぞれ専門領域が異なりグループ診療が難しいが、開業医が行えるプライマリ・ケアの質を標準化してグループ診療が普及すれば、日当直業務に疲弊している病院勤務医の負担軽減につながり、救急医療の崩壊を阻止する手立てとなり得ると思われた。

教育・研究にかかわる家庭医

また、タスマニアでは教育の充実により家庭医を志す医学生が近年急増している。豪の医学部教育は5年間で、1-3年次はホバートのキャンパスで学び、4-5年次はホバート、RCS、LCSの3つのキャンパスのうち、希望した地域に滞在して学ぶ。RCSは「へき地」のキャンパスとして機能していて、診療所での家庭医療や地域病院での急性期ケアなど、臨床教育を受けられる。宿舎や遠隔教育等の設備が優れていることも印象的だった。

RCSのあるバーニーから東南東へ約150kmのところローンセストンがある。ここで訪問したLCSではユニークな教育手法であるPatient Partner Program(P3)³⁾について話を聞いた。日本の卒前教育で行われる模擬患者が参加する教育と異なり、P3は実際に家庭医を受診している患者さんがボランティアで患者役をしてくれるため、学生は患者さんから病歴や身体所見の取り方を学ぶことができる。

ローンセストンからさらに高速道路を南へ約200km下るとホバートに到着する。ここではタスマニア大学家庭医療学講座主任のMark Nelson教授の研

究室を訪問した。Nelson教授は、ANBP2(6000人を対象とした高血圧診療アウトカム調査)に代表されるような豪全土の家庭医が参加する大規模トライアルを行っていた。このような大規模研究を可能にするのは、全住民の90%が家庭医を受診するという豪ならではの医療事情に加え、全国の家庭医が大学とのネットワークを組んで研究も行っていることにある⁴⁾。

日本では医学教育・研究といえば大学病院であり、開業すると大学との関係は疎遠になることが多く、タスマニアのように診療所でこれほどの教育・研究を行うことはまず考えられない。マンパワーを生み出すグループ診療と、大学がキャンパスをへき地に置き、地域の医療機関、地域住民と協力して教育・研究に取り組むことで大きな成果をあげているのだ。

その他ホバートではプライマリ・ケアのサポートを行う公的機関であるMedicare Local Tasmania⁵⁾と、家庭医専門研修のプロバイダーであるGPTT(General Practice Training Tasmania)⁶⁾を訪問した。特に前者では、慢性疾患管理も行う専門性を高めた看護師(nurse practitioners)の養成に力を入れ始めているという話が興味深かった。このように国家的にプライマリ・ケアを支援する仕組みが充実していたことも日本との大きな違いと思えた。

タスマニアで知った福島の強み

タスマニアの家庭医のレベルの高さに感動した視察であったが、逆に福島の強みも見つけることができた。日本では民間病院の一部門として家庭医療

●ともに視察を行った二氏より

「家庭医制度=英国のGP」という単純な理解をしている人が日本では少なくないが、多くの国々が自国の実情にあわせて、独自の家庭医(GP)制度を構築している。豪では日本と同様にフリーアクセスであるが、結果として地域住民はGPを選ぶ。なぜなら、地域の家庭医診療所(多くは民間の開業医)と協力して運営されるレベルの高いプライマリ・ケアの卒前教育と卒後教育(日本の後期研修に相当)によって、GPが優れたgatekeepingから看取りの医療まで行えるからだ。豪から学ぶことは多い。(一橋大学国際・公共政策大学院教授 井伊雅子)

豪・タスマニアの家庭医療は、地域を基盤としたプライマリ・ケアを実践しつつ、家庭医がトップレベルの大規模臨床研究にも取り組めることを教えてくれる。プライマリ・ケアやへき地医療が「二流の医療」ではなく、魅力ある専門分野として若者にアピールできている。研修医を成長させる系統的な教育もなく、ただ義務年限で地域にしばらくつけることは対極の人材養成の姿勢がうらやましい。今後日本でもめざすべきモデルになるだろう。(福島県立医科大学地域・家庭医療学講座主任教授 葛西龍樹)

を行うケースがほとんどだが、福島ではタスマニア同様、大学・行政・各地の病院や診療所が協力して家庭医療の臨床や教育を行っている。

また、福島医大のユニークな教育プログラムである「ホームステイ型医学教育研修プログラム」は、タスマニア大学の教授・指導医・医学生からもとても関心を持たれた。本プログラムは医学生・研修医が地域住民宅にホームステイしながら、地域社会の一員として生活体験し、密接な交流を通じて地域医療に対する住民の生の声を理解するもので、筆者自身も医学部6年生時にプログラムに参加し、家庭医療の面白さと地域からのニーズに気付かされてこの道を選んだ。現在後期研修を行っているかしま病院では、福島医大の家庭医療指導医とかしま病院の各科専門医から多くの学びを受けながら、かなり満足度の高い研修をしている。

今回の視察で海外の家庭医療に触れ、あらためて筆者の未来像を描いてみた。救急や入院医療といった病院総合医としての能力も発揮しながら、家庭医としてへき地で数千人規模の医療圏を当講座のメンバーとグループ診療で包括的にケアし、日本一健康な町村を作りたい。また、大学との関係を保ちながら第一線の臨床医として教育・研究も行い、若い世代の育成を支援したい。こうした取り組みが地域ごとに地道に行われ、地域住民の医療満足度が向上し、家庭医を志す若い世代が育まれることが国を動かす大きな流れとなり、必ず日本の地域医療が再生する日がくると確信している。

●参考 URL

- 1) <http://www.utas.edu.au/rural-clinical-school/>
- 2) <http://www.utas.edu.au/medicine/about-us/campuses/lcs>
- 3) <http://www.utas.edu.au/medicine/programs/p3>
- 4) <http://www.menzies.utas.edu.au/>
- 5) <http://www.gptasmania.com.au/>
- 6) <http://www.gppt.com.au/>

Dr.孝志郎による内科系専門医試験対策問題集がついに登場!

内科系専門医試験 解法へのアプローチ

Dr.孝志郎による内科系専門医試験受験にあたってこれだけは押さえておきたい重要テーマ・頻出テーマを厳選した問題集。問題はすべてオリジナルで、内科系専門医試験の出題範囲を網羅する。解説ページでは、正解にいたるまでの思考プロセスをポイントを絞って惜しみなく披露。試験対策ばかりでなく、Dr.孝志郎ならではの診療のコツも伝授。試験直前のおさらいに最適な巻末正誤問題付き。

藤澤孝志郎
本書をテキストに使用する「Dr.孝志郎の認定内科医試験 完全攻略講座」
メック 認定内科医 完全攻略 検索

頭痛診療のエキスパートがまとめた最新エビデンスに基づくガイドライン

慢性頭痛の診療ガイドライン2013

日本頭痛学会が2006年に編集したガイドラインの改訂版。頭痛診療のエキスパートが最新のエビデンスに基づき、片頭痛についてのクリニカル・クエスチョンを中心に大幅改訂。付録として「スマートリブタン在宅自己注射ガイドライン」「バルプロ酸による片頭痛治療ガイドライン」「プロプラノロールによる片頭痛治療ガイドライン」を新しく追加。頭痛をよく診る神経内科医、脳神経外科医のみならず、プライマリケア医も必携。

監修 日本神経学会・日本頭痛学会
編集 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会



寄稿

ワークショップを通して磨く“主治医力”

田中 寛大 天理よろづ相談所病院・チーフレジデント

2013年5月11-12日、当院で「主治医力を磨くワークショップ」を開催した。本稿では、本ワークショップのテーマであった「主治医力」がいかなるものか、当院のレジデント制度の文化や同ワークショップの内容に触れつつ、考察したい。

知識と技術、患者さんに寄り添う姿勢を統合した“主治医力”

実際の臨床現場において、科学的な診断・治療によって解決できる疾患は少なく、患者さんは病とともに生きていく。がんの患者さんであれば、突然自らの死を意識し、将来の夢を失う苦しみを味わっているかもしれない。その患者さんの家族は、絆を失う苦しみを感しているかもしれない。こうした患者さんやその家族が抱える本当の苦しみは、客観的にとらえられる疾患の徴候や障害に対峙するだけで癒すことができるものではない。このときに医師に求められるのは、“主治医”として、病を抱えた患者さんの人生に寄り添い、訪れる苦難とともに乗り越えていく姿勢なのではないだろうか。

『広辞苑』によると、“主治医”は「主となってその患者の治療に当たる医師」「かかりつけの医師」とある。患者さんから見れば、「わたしの、僕のお医者さん」というところだろうか。そこにも科学的な視点を越えた、もっとも人間的な、患者さんと医師とのありようがうかがえる。もちろん、医師としての知識や技術も不可欠だ。しかしそれらも、主治医として患者さんに寄り添う姿勢と、相互に補完的かつ相乗的なものである。主治医として、あくまで客観的に診断や治療を行うとともに、患者さんに、人間的な態度でかわる力。それこそが、私たちの考える“主治医力”だ。

「医師としての根幹」を養成する研修環境

当院では1976年に、全国に先駆け



●写真 左：模擬患者の問診をする参加者。右：小グループでのディスカッションなどを主体にワークショップを進行する。

てレジデント制度を開始した。当院には、患者さんの理解、医療スタッフの理解と協力に加え、全国から集まった切磋琢磨できる仲間、豊富なロールモデルや生涯のメンターとの出会いがあり、屋根瓦方式の教育システムが整っている。研修を行う上で恵まれた環境と言えよう。

レジデント制度では、研修医に対し、開始から約40年間一貫して、患者さんのマネジメントについて“主治医”として考え、自分の意見を持つよう要求してきた。その一つの例がモーニングカンファレンス、通称「朝カン」である。研修医は総合病棟ローテーション中に患者さんを受け持つと、翌日の朝カンでフルプレゼンテーションをすることが義務付けられている。そこでは、病歴や所見は暗記し、入院後の検査計画や治療方針まで自分の意見として述べるのが要求される。また、朝カンの他にも、必ず1日2回、1回は医師として、もう1回は相談相手として、患者さんのベッドサイドを訪問することが義務付けられているのだ。

こうした当院レジデント制度の卒業生約200人に対するアンケートを見ると、「レジデント時代に学んだこと」として、おおむね「態度」「丁寧な診察」「問題解決能力」に大別される回答が得られた。真摯な態度と丁寧な診察なくして、患者さんの苦しみをとらえることはできない。一方で、苦しみをとらえたとしても、問題解決能力が伴っていなければ、その苦しみを癒すこと

は難しい。いずれも卒後の多感な時期に体得し、医師として生涯大切にすべきものである。いわば「医師としての根幹」という言葉に集約されるものだろう。このレジデント卒業生が体得した「医師としての根幹」こそ、そのまま“主治医力”につながると言えるのではないだろうか。レジデント卒業生へのアンケートを通じ、当院のレジデント制度は、主治医力を磨く場としてふさわしいと確信している。

臨床場面を想定した実践で、主治医力を考察

「主治医力を磨くワークショップ」は、主治医力とは何か、どのように磨いていくべきかを参加者・主催者の双方で考えられる会にしよう企画したものだ。東は埼玉県から西は熊本県まで、医学部4-6年生38人、卒後1-6年目医師11人の計49人に参加していただいた。また、当院からはレジデント卒業生も含め50人以上がファシリテーターや模擬患者などとして出席し、全体で100人以上が一堂に会して「主治医力」を考える機会となった。

ワークショップでは、参加者は小グループに分かれ、模擬患者の診察、臨床推論、意思決定支援を体験することを主体とした(写真)。臨床推論では、特に生活背景の変化を詳細に問診することで、病気の進行具合を把握する重要性を感じ取れるよう工夫した。多くの参加者から、「生活背景の変化を



●田中寛大氏
2009年阪市大医学部卒。同年天理よろづ相談所病院ジュニアレジデント、11年より同院神経内科シニアレジデント、13年より同院チーフレジデント。

「神経内科の診療では、気管切開や人工栄養などについて、難しい意思決定支援によく出会います。主治医として患者さんに寄り添った意思決定支援を行うにはどうすればよいのか感じ、考える日々を送っています」。

らえることの有用性を感じた」「鑑別診断における(疾患の経過をとらえる)重要性に気付かされた」といった意見が寄せられた。

また、意思決定支援の体験として、終末期医療の意思決定プロセスについて、Jonsenの臨床倫理4分割表を活用してシミュレーションを実践した。「嚥下障害による肺炎を繰り返す患者さんの今後の食事をどう考えるか」といった具体的な場面を想定し、どのような意思決定支援が求められるかを検討することができた。「意思決定支援の難しさを感じた」という声もあった一方、「患者の気持ちや社会的状況を把握することの重要性に気付いた」と、患者さんに寄り添うヒントを得ることもできたようだ。

ワークショップ開始前、多くの参加者は、主治医力を「患者さんの全体を診て、診断、治療を行う力」と考えていたようだった。しかし終了後、「適切な診断、治療を行うとともに、患者さんに寄り添って、適切なゴールに向かって共に歩む力」といった意見へと変化が見られたことは興味深い。患者さんの視点に立つとはどういうことか、どうすれば良いのかについて、ワークショップを通して共に考えることができた結果と思われる。

*

ワークショップを通じ、当院のレジデント卒業生からは「レジデント制度が一貫して大切にしてきたものが、現役レジデントにもしっかりと引き継がれており、心強かった」との意見が寄せられた。今後も「医師としての根幹」の醸成を一貫して継続し、「主治医力を磨く」レジデント制度を継承するとともに、私自身も、患者さんに寄り添うことのできる主治医になるべく成長していきたい。

輸液をまるで知らない私にもつかえる入門書



一目でわかる 輸液 第3版

ベストセラー10年ぶりの改訂。全40章、各章は見開き2頁で完結。患者の体液調整や栄養管理、日常臨床のなかでも最もポピュラーな治療法である輸液療法の基本知識を俯瞰する。付録には、「輸液製剤一覧」「カラー写真でみる輸液器具」を記載。輸液に関して全く予備知識が無い人にもベテランの再学習としても有用。医学生、研修医、看護師、看護学生に最適な入門書。

著 飯野靖彦 日本医科大学 名誉教授

●定価 2,940円 (本体2,800円+税5%) ●A4変 頁112 図40 ●ISBN978-4-89592-747-5

「水電解質」を面白く理解！ロングセラー、堂々改訂

一目でわかる 水電解質 第3版

ベストセラー11年ぶりの改訂。全40章、各章は見開き2頁で完結。水電解質の知識をかみくだき、わかりやすく解説。本改訂では新しい酸塩基平衡の考え方にも言及。生命史・自然史のトピックスも織り交ぜて、数字や知識の単調な羅列に陥らないような工夫もあり、面白く読むことができる。臨床に即した臨場感あふれる内容で暗記に頼らず理解できる。

著 飯野靖彦 日本医科大学 名誉教授

●定価 2,940円 (本体2,800円+税5%) ●A4変 頁100 図40 ●ISBN978-4-89592-740-6

好評

一目でわかる 血液ガス 第2版

●定価 2,940円 (本体2,800円+税5%)

CKDブック

慢性腎臓病管理の手引

Handbook of Chronic Kidney Disease Management

腎臓病診療における重要なテーマのひとつである慢性腎臓病(CKD)診療の諸側面を網羅したガイドブック。図表を豊富に掲載し、病態生理に関する記述も充実。CKDと高血圧、糖尿病、肥満、メタリックシンドロームなどの生活習慣病や心血管病変との密接な関係が明らかになった現在、腎臓専門医のみならず、循環器、内分泌、一般内科など各臨床医にとっても必須の知識を提供する。

監訳 南学正臣 東京大学大学院医学系研究科腎臓内科学・内分泌病理学教授
監訳協力 和田健彦 東京大学医学部附属病院腎臓・内分泌内科助教授
花房規男 東京大学医学部附属病院腎臓病診療学講座特任准教授

シュライアー 腎臓病と病態生理

Schrier・Renal and Electrolyte Disorders, 7th Edition

監訳 南学正臣・奥田俊洋・和田健彦・花房規男

●定価 10,500円 (本体10,000円+税5%)
●B5 頁680 図101 2011年

慢性腎臓病(CKD)患者管理に役立つ強い味方

CKDブック

慢性腎臓病管理の手引

Handbook of Chronic Kidney Disease Management

Edited by John T. Daugirdas, MD

監訳 南学正臣
監訳協力 和田健彦 花房規男

●定価 9,450円 (本体 9,000円+税5%)
●B5 頁640 図・写真46 2013年
●ISBN978-4-89592-741-3

考える腎臓病学

著 谷口茂夫

●定価 4,200円 (本体4,000円+税5%)
●A5 頁248 図28 2011年

「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

北海道医療協札幌病院内科

第13講 (最終回) Always SOAP & Problem oriented

昨年7月から月1連載の形で1年間続けてきた本連載ですが、今回で最終回となります。

■まずは「基本の型」が何より大事
自分自身で試行錯誤しながら学び、そして研修医たちに指導し続けることで「カルテの書き方」に真剣に向き合うこと10年以上が経ちますが、この連載を書きながら「自分のカルテの型」を見つめ直すことができて、かなり濃厚な学びと自分自身の成長につなげることができました。

当初は、カルテの歴史や紙カルテと電子カルテの違いなどにも触れながら、「カルテ学総論」とでも呼べるような大層な企画を構想していましたが、対象読者である「カルテの書き方に悩んでいる初期研修医たち」に何を伝えたいのかを考えながら余計な枝葉を落とし、「カルテの書き方」そのものを伝える形に落ち着きました。伝えたかったメッセージは「カルテをちゃんと書ければ面白いし臨床能力も伸びる」「基本的な型に沿って練習すれば必ず書けるようになる」ということです。そしてこの企画を通して「総合診療医や家庭医の臨床への向き合い方」を伝えることでジェネラリストをめざす人が一人でも増えれば、という思いも込めて書いてきました。

今回は紙面の都合もあり、カルテの書き方の「基本中の基本」をお伝えす

連載回数	テーマ	メッセージ
第1講	企画紹介	型の重要性。きちんとしたカルテの重要性や研修上の有用性について。
第2講	基本の型：S・O (Subjective・Objective) 編	焦らずに、まずはきちんとしたS・Oを書いてReporterに。S・Oの定義・違いを理解して各項目を実直に埋めていくのが成長の近道。 型：導入、現病歴、既往歴、その他、身体所見、検査所見
第3講	基本の型：Assessment 編	介入が必要な問題点を漏れなく列挙し、適切な命名と「深化」を。鑑別診断は重み付けと根拠の明示を習慣付けることで、Interpreterへと確実に成長できる。 型：問題リスト、Brief Summary、鑑別診断、方針、特記事項
第4講	基本の型：Plan 編	方針ではなく、具体的な「計画」を書くべし。きちんと計画を書くために勉強し、指導医チェックも受ければ、着実にManagerへと成長できる。 型：Tx治療、Dx診断、Ex説明、Px予防、Wx福祉
第5講	病棟編：入院時記録	入院診療の質を左右する、大事な「はじめの一步」。完璧な記録を書くことを優先せず、「未聴取」や「仮プロブレム」を活用して迅速に記載し、情報共有と指示出しを終えることが大事。「方針」には退院までを見据えた見通しを書こう。
第6講	病棟編：経過記録	日々深化する問題リストで全体の俯瞰をしながら分析的で漏れのない診療を実現。By problem形式の経過記録で、効果的な情報収集能力と根拠に基づく診断推論能力を育てよう。変化があればその都度、そうでなければ評価・介入したプロブレムだけ一日一回記録しよう。
第7講	病棟編：退院時要約	退院後の連携に目を向けた情報共有ツールであり、退院時病状や退院後方針を明記する。PDSA形式で入院後経過を記載し、病状や治療の変遷を一望。考察は起承転結で、患者の病態を文獻的に分析しつつ、今後のケアや生涯学習につなげよう。
第8講	外来編：初診外来	初診外来は最も難しいが、Patient-centered Interviewに準じた型で、患者の不安・関心に対応。PtC(患者中心)とDC(医師中心)の情報を区別して記載し、仮プロブレムも活用。プランの具体化、特に予防プラン、ネクストプランを大切に。
第9講	外来編：継続外来	「慢性疾患管理」は問題リストの適切な病名と充実した備考欄で、適切な目標に基づいた長期管理を行う。「マイナートラブル」のパターンから潜在的な問題を見抜きつつ、「健康管理」も忘れずに。毎回の経過は簡潔に、ポイントを押さえて。
第10講	訪問診療	臨床倫理四分割法を応用した問題リストで患者の意向や家族の状況・QOLを把握。CGAをベースに、毎回の往診で変化の芽を早期に拾い、安楽な生活維持と穏やかな看取りをめざそう。
第11講	救急外来	救急初期診療ユニバーサルアルゴリズムをベースにした4ステップカルテ記載で迅速かつ的確な救急診療を実現。事前準備で作戦を練り、重症度評価に応じて適切なバイタル管理、確定診断で終わらず、転帰まできっちり記録に残す。忙しく大変なときこそ、簡単でも記録に残そう。
第12講	ICU	By systemで臓器系ごとに異常を評価し、漏れなく管理しよう。時間単位で変化する。

るので精一杯だったため、この連載を読み終えただけで完璧なカルテが書けるようになるわけではありません。所属する地域や病院の文化、将来所属する科によって、そして対象とする患者やみなさんの臨床に対する姿勢によってもベストな書き方は変わってくるでしょう。

しかし、毎回引用している立川談志の「型ができていない者が芝居をする」と型なしになる」という言葉や、私が学生時代に取り組んでいた弓道で言われる「守破離」の考え方からもわかるように、「オリジナリティを出す前に、医師として基本となる考え方と表現方法にのっとった『基本の型』を身につけておくこと」は何よりも大事と考え、あえて基本だけに絞って書いてきました。ぜひとも初期研修中はこの基本を“馬鹿正直に”繰り返し練習してきれいな型を身につけ、その後の後期研修で徐々に最適化されたオリジナルの型を編み出してほしいと思います。

■「臨床能力の研さん」と「基本ののったカルテ記載」は車の両輪

各回の内容を表にまとめました。
第2—4講では「基本の型」としてS・O・A・P各要素の書き方を、第5—12講では「応用の型」としてセッティングごとに「基本の型をどのように応用させればよいか」について説明してきましたが、連載全体を通して伝えたかったメッセージは「Always SOAP & Problem oriented」です。

「S→O→A→P」の順番で記載し、かつできる限り「問題リスト」に乗っているプロブレム名に沿って、そしてそのプロブレム名を適切な形に深化し

続けるのが基本姿勢です。もし今回扱わなかったシチュエーションでのカルテの書き方に迷った場合は、この基本を思い出して各自で工夫してみてください。

ただ、「カルテはただのツールでしかなく、美しいカルテを書くこと自体が目的ではない」という当たり前のことだけは忘れないようにしてください。カルテの書き方を学び始めたころは原則論に偏りすぎてしまい、現場で好まれないカルテ記載になることがあります(自分自身を振り返っても、これまでかかわってきた多くの研修医たちを思い出しても)。カルテは、医療現場での医師同士や他職種、患者・家族との情報共有のツールであり、また同時に診療の質向上や研修の効率向上に活かすためのツールです。常に「何のために自分はカルテを書くのか?」を意識しながら、現場のルールや職場の文化、指導医の流儀や好みも踏まえてカルテを書くようにしてみてください。

そして何より、カルテの書き方以前に基本的臨床能力の向上が大事なのは言うまでもありません。臨床的な実力以上のカルテはどうひっくり返っても書けません。一方で、きちんとした型ののっとって書いたカルテは、自分に欠けているところを浮き彫りにしてくれますし、読みやすいカルテであればそれを読んだ指導医やコメディカルが的確なフィードバックをくれる確率も上がります。「臨床能力の研さん」と「基本ののったカルテ記載」を車の両輪と考えて、どちらも大事にしながら今後の研修をしてほしいと思います。

■「表現を磨く」ための推薦図書

臨床的に立派な内容のカルテが書けるまでの道のりは長いですが、まずは文章の表現方法だけでも上達すれば読みやすくて確かな情報共有ができるようになるため、臨床現場でのツールとしての有用性も増します。もしさらなる勉強をしたいという方は、以下のテキストも読まれるといいでしょう。

- 1) 倉島保美著『論理が伝わる 世界標準の「書く技術」』(講談社, 2012年)
↑「パラグラフライティング」という、要点を簡潔に伝える書き方の入門書。
- 2) 本多勝一著『日本語の作文技術』(朝日新聞出版, 1982年)
↑助詞や形容詞の使い方など正しい日本語の書き方についての解説書。
- 3) 齊藤裕之・佐藤健一著『医療者のための伝わるプレゼンテーション』(医学書院, 2010年)
↑カルテ以外に、医師として表現・伝達する技術全般の解説書。

まだまだ伝えたいことはたくさんありますが、そろそろ紙面が尽きてきました。もしニーズがあれば書籍化できるかもしれませんので、そのときには今回扱えなかったりハビリ記録、患者急変時記録、紹介状記録、カンファレンス記録といった各論に加え、カルテ学総論的な内容も含めて加筆修正したいと考えています。

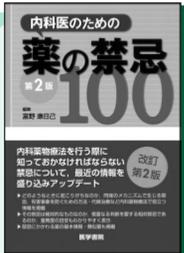
最後になりますが、これまで連載を読んでくださった皆さんにお礼を申し上げます。時々届く感想やご意見は、毎月やって来る締め切りを乗り切るための大きなエネルギーになっていました。ありがとうございました。

なぜその処方禁忌なのか。どうやって禁忌処方を防止するか—待望の改訂版

内科医のための薬の禁忌100 第2版

内科領域の日常診療で「禁忌」とされる薬物療法について、重要なもの100項目を選び解説。禁忌の種類(絶対的か、相対的か)、重篤度、関連する領域、基本薬剤データ(一般名、商品名、適応、副作用、類似薬)、禁忌の理由と起こりうる病態、禁忌処方をしてしまいやすい状況、同様の作用機序で発症する禁忌、禁忌処方の防止策、代替治療などを簡潔にまとめた実践書。

編集 富野康己
順天堂大学大学院教授・腎臓内科学



乳幼児の異常を早期にみつけるためのエッセンスと、発達を促しかたを伝授!

乳幼児の発達障害診療マニュアル 健診の診かた・発達を促しかた

発達障害のエキスパートの目と技、診療のコツを伝授! 乳幼児の発達異常を早期にみつけるためのエッセンスとお母さんに伝えたい「発達を促すアドバイス」「家庭で気にかけてほしいポイント」をわかりやすく提示。健診で「様子を見ましょう」と保護者に伝える際、その後に適切な言葉が続けなければ早期発見・介入の機会を逃すことになる。本書では、その「次の一言」のヒントを多数紹介。乳幼児健診にかかわるすべての医療者に贈る1冊。

洲鎌盛一
元・国立成育医療研究センター総合診療部 医長



Medical Library

書評・新刊案内

神経診断学を学ぶ人のために 第2版

柴崎 浩 ● 著

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

柴崎浩先生の『神経診断学を学ぶ人のために』改訂第2版が出版された。この書は既に2009年に第1版が出版され大変好評であったが、今回の改訂が加えられ装いも新たに出版されたものである。

まず、柴崎先生ならではの大変な労作であると感じる。序で先生自ら述べられているが、電算化や画像化がどれだけ進んでも、神経診断学は学習と経験に基づいた病歴聴取と診察の中から生まれるものであることをまず宣言されている。最近の神経診断がややもすると画像やコンピューターに基づく知識に偏りすぎていて、安直な形で進められてしまっていることへの警鐘にもなっている。神経診断学は、理論に基づき系統的に行えば正しい診断に達することができるものであり、かつその背後に潜む神経系の美しさや素晴らしさが見えてくることを示しているのが本書である。

本書にはいくつかの特徴がある。その第1は、柴崎先生がお一人で執筆された点である。先生の長年にわたる経験や考え方や提言をまとめた書であることである。全編に満ちる確信の書きぶりや小気味よい端正な記述の流れは、まさにこのことによる。

第2は、診断や病態理解に至る解剖学的、神経機能的背景が、まさに互いに関連する形で述べられており、考え方の道筋が示されている。特に不随意運動、姿勢・歩行、運動機能などは先生ご自身の研究成果も多く取り入れられて、考え方の根拠がはっきり述べられている。

第3には実践的であるということである。三段階診断法や病歴聴取、診療の手順を始め、各項目に診察の具体的な手順が述べられていて初心者にも診断の流れやポイントが理解できるようになっている。さらに具体的な疾患の記載が手際よく文脈に挿入されており、知らず知らずのうちに疾患にたどり着いている。

第4には新しい神経学の知見が盛り込まれている。最近の診断の電算化は電子カルテをはじめ、画像や検査、情報の扱いなど、われわれの日常の診療に大きな変化をもたらしている。もちろん多くの良い点が見られるが、神経診察の領域でも、ややもすると不都合が起こっているかもしれない。例えば患者の神経症候の変化を時系列でみることがおろそかになっていないか。感覚障害の分布や強度、modalityを細かく描出する作業は、以前は診察の基本であったが、IT化とともに稀薄になってはいないか。若い人たちは、電子化情報の中に本質があると誤解してはいないか。本書は、臨床神経学の本質は、患者が訴える症状とその時間的経過の把握、および診察によって得られる症候の組み合わせであるとする考え方は少しも変わってはいないことを教えているように見える。

本書がこのような時代の中で、あらためて改訂版として出版される意義は誠に大きいと考えられる。

本書は、一方では、神経診断は決して難しいものではなく、その背景を理解することによって多くの人が共有すべきものであることを述べている。また神経診察は極めて実践的なものであり、診断や治療に向かうtoolとして多くの人が共有すべきものであることを示している。

神経診察にかかわる全ての人々に、啓発の書として本書を薦めたい。

神経診察に関わる全ての人々に薦めたい啓発の書



評者 祖父江 元
名大大学院教授・神経内科学

込まれていることである。それは新規の疾患遺伝子であったり、治療法であったり、疾患分類であったりする。このup-to-dateは改訂版の大きな特徴である。

第5には90にも達するコラムの存在である。ポイントを押さえたテーマの選択と簡潔な記述のコラム欄は本書の大きな特徴で、重要な情報が凝集されており、本文と絶妙な掛け合いになっている。

第6は、視床の項の存在である。視床についてこれだけ簡潔にその系統的な機能がまとめられているものはあまり例を見ない。特にその中継核としての視床の重要性をあらためて考えさせられる項目である。

最近の診療の電算化は電子カルテをはじめ、画像や検査、情報の扱いなど、われわれの日常の診療に大きな変化をもたらしている。もちろん多くの良い点が見られるが、神経診察の領域でも、ややもすると不都合が起こっているかもしれない。例えば患者の神経症候の変化を時系列でみることがおろそかになっていないか。感覚障害の分布や強度、modalityを細かく描出する作業は、以前は診察の基本であったが、IT化とともに稀薄になってはいないか。若い人たちは、電子化情報の中に本質があると誤解してはいないか。本書は、臨床神経学の本質は、患者が訴える症状とその時間的経過の把握、および診察によって得られる症候の組み合わせであるとする考え方は少しも変わってはいないことを教えているように見える。

本書がこのような時代の中で、あらためて改訂版として出版される意義は誠に大きいと考えられる。

本書は、一方では、神経診断は決して難しいものではなく、その背景を理解することによって多くの人が共有すべきものであることを述べている。また神経診察は極めて実践的なものであり、診断や治療に向かうtoolとして多くの人が共有すべきものであることを示している。

神経診察にかかわる全ての人々に、啓発の書として本書を薦めたい。

心臓外科の刺激伝導系

黒澤 博身 ● 著

A4・頁224
定価18,900円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01504-2

評者 中西 敏雄
女子医大病院心臓病センター教授・循環器小児科学

本書評の結論をまず冒頭に述べたい。先天性心疾患の解剖や刺激伝導系の解剖は、外科医にとっては必須の知識であり、外科医には本書は必読の書である。内科医、小児科医にとっては、外科

先天性心疾患の診断治療に携わるすべての関係者必読の書

医と先天性心疾患患者の診断治療について討論する上で必要な知識が本書の中にちりばめられている。先天性心疾患の解剖を理解したいと欲する内科医、小児科医には強く本書をお薦めする。

以下に本書の内容を私なりの理解で紹介する。

まず刺激伝導系の発生、心室ループやAV concordance, discordanceと房室結節の位置の関係がわかりやすく解説されている。

次に心室中隔欠損(VSD)についてであるが、VSDの分類は、多くの分類があつて若い医師を混乱させるものである。本書では、その点が明快にされており、さまざまなVSDにおける刺激伝導系の位置について、凝縮されて解説されている。

Trabecula septomarginalis(TS)の章が一つ設けられている。読者の中にはTSがなぜ重要なのか、と疑問を持たれる方もいるかもしれない。VSDにおけるHis束penetrating bundle、それに続く右脚の走行が、TSの後方進展(後方脚)で覆われている例とそうでない例があることを見いだしたのが著者である。外科医がVSDを閉じるときに、針のかけ方が異なるゆえに、TSの理解、前乳頭筋群との関係の理解は非常に重要になってくる。膜様部中隔欠損へのカテーテルでの閉鎖留置は、数%に完全房室ロックが発生するため、わが国や米国では認められていない。刺激伝導系がTSで覆われず内膜直下にある場合には、閉鎖栓で房室ブロックが発生しやすくなることが考えられる。この章はTSについて、他書にない見解が述べられており、外科医にとっても内科医、小児科医にとっても重要なものとなっている。

刺激伝導系右脚は直接房室ブロックにつながるものではないが、著者は一章を割いてVSDとの関係、右脚ブロック防止方法を解説している。著者の右脚ブロックも防止すべきという考えが伝わってくる。

本書が単に刺激伝導系解剖の本でないことは、「先天性心疾患の心機能」という章があることでもわかる。読者は、ここに来て、え？心機能？とびっくりされるかもしれない。著者は、



長年、先天性心疾患は手術して終わりではなく、患者が一生、普通の生活を送れるべく、術後の心機能に注意を払うべきという方針をとってこられた。

刺激伝導系と心機能についての直接の言及はないが、先天性心疾患を手術する外科医が常に心しておくべきことが、術後、特に遠隔期の心機能であること、遠隔期の心機能を良くするには、心臓の解剖を熟知して良い手術をすべきであるという著者の哲学が伝わってくる章である。

Nomenclatureとデータベースの仕事も著者のlife workの一つである。ここでは、Nomenclatureとデータベースについて解説されている。

以上の総論に続いて、各論でさらに詳しく各疾患の刺激伝導系について述べられている。VSD、房室中隔欠損症、ファロー四徴症、完全大血管転換症、両大血管右室起始症、修正大血管転換症における刺激伝導系の走行が、多くの図説と手術写真に基づいてつまびらかにされている。特に両大血管右室起始症の刺激伝導系については、何度講演を聞いても筆者には理解できなかったものであるが、こうして本になって熟読すると、よく理解できる。

本書は、刺激伝導系のみでなく、それぞれの疾患の解剖の勉強に役立つ。従来の先天性心疾患の解剖の教科書は、白黒写真で、立体関係がいまひとつわかりにくかったが、本書にはカラー写真が多用されており、非常にわかりやすいものとなっている。加えて、著者の先天性心疾患への深い造詣が満載されているので、読者は魅了されることであろう。

本書は、今までになかった、先天性心疾患の解剖と刺激伝導系の解剖についての「立体がわかる」本である。著者のlife workが凝縮されていることは言うまでもないが、決して私見ではなく公平に分析された解説となっている。先天性心疾患の診断治療に携わるすべての関係者に一読をお勧めする次第である。重ねてになるが、外科医には本書は必読の書である。先天性心疾患の解剖を理解したいと欲する内科医、小児科医にも強く本書をお薦めする。

@igakukaishinbun

本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

日本を代表する泌尿器外科エキスパート陣の技を、豊富かつ美しいイラストで伝授!

解剖を实践に生かす 図解 前立腺全摘術

前立腺全摘術の新アトラス誕生! 手術に役立つ臨床解剖と、ロボット支援(ダヴィンチ)・腹腔鏡・小切開手術の各アプローチを、著者自身が手掛けたおよそ900枚の豊富かつ美しいイラストで解説。付録として、各手技のポイント部分の手術映像をオンラインで配信する。本書を読み、実際の動画を観ることで、より一層理解を深めることができる。前著「図解 泌尿器科手術」とともに、泌尿器科医に贈る著者渾身の第2弾。

執筆 影山 幸雄
埼玉県立がんセンター泌尿器科部長
執筆協力 吉岡 邦彦
東京医科大学教授・泌尿器科
近藤 幸尋
日本医科大学教授・泌尿器科
蜂矢 隆彦
春日部市立病院泌尿器科部長



2人の精神科医が「大人の発達障害」について、とことん語った至極の対談録

大人の発達障害ってそういうことだったのか

近年の精神医学における最大の関心事である「大人の発達障害とは何なのか?」をテーマとした一般精神科医と児童精神科医の対談録。自閉症スペクトラムの特性から診断、統合失調症やうつ病などの精神疾患との鑑別・合併、薬物療法の注意点、そして告知まで、臨床現場で一般精神科医が困っていること、疑問に思うことについて徹底討論。立場の違う2人の臨床家が交わったからこそ見出した臨床知が十分に盛り込まれた至極の1冊。

宮岡 等
北里大学教授・精神科学
内山 登紀夫
よこはま発達クリニック・院長



医療者のための結核の知識

第4版

四元 秀毅, 山岸 文雄, 永井 英明 ● 著

B5・頁208
定価3,570円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01686-5

評判の高い本書が上梓されたのは2001年3月であり、この度早くも第4版となった。医学の進歩のスピードが目覚ましいからではあるが、結核医

療が政策医療であることも理由の1つである。

初版の序を読み直してみると、結核に立ち向かう著者たちの思いが伝わってくる。病原微生物としては不器用で鈍重であるが、紀元前からきた結核菌に畏敬の念を抱いているようにも読み取れる。そして今回の版では新たな著者により遺漏なく最新の知見が加えられ、さらに充実した。

結核医療は結核専門の医師だけでなく、一般医家、コメディカルスタッフ、行政職員との協働がなければ成り立ちゆくものではない。したがってそこに関与する者全てに、結核に関する必要最小限の知識を有していることが求められる。そのためには幅広い職種を対象とした結核に関する良書が必要となるが、本

幅広い職種で共有すべき結核の良書



【評者】長尾 啓一
千葉大名大学教授/東工大特任教授

書こそまさにその目的に叶った書である。

まずは、結核の歴史、疫学、検査、治療、予防についてコンパクトではあるが深く解説されている。項目ごとに「ポイント」と称して重要事項が箇条書きにされており、概念を頭にインプットしやすい。結核の病態は極めて多岐にわたるため、とすると結核が鑑別診断に上がらないこともある。免疫不全と結核、さまざまな結核症例の提示の項、さらに付録の非結核性抗酸菌症は、一般診療の場で遭遇する多様な結核症およびその類縁疾患を知るのに極めて有用である。また、政策医療であるがために多くの届け出・申請が必要となるが、それらの書類すべてが巻末に参考資料として掲載されており、実務面でも大いに役立つと思われる。適正な結核医療のためにもぜひ座右に備えていただきたい1冊である。

もしも心電図が小学校の必修科目だったら

香坂 俊 ● 著

A5・頁192 2013年03月
定価3,360円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01711-4

■求められるパラダイムシフト
帰国以来20年、評者の営みは熱やCRPを治療する感染症診療から患者を治療するそれに変えようとするものであった。その循環器版を遥かに高いレベルで行われるのが香坂先生である。元来、機械が好き、手技が好き日本人と循環器科の相性は極めて良い。しかし、そこがまた落とし穴になる。冠動脈が狭くなっていけばそれを広げ、不整脈があればそれを止めてよしとするのではなく、患者を治療し予後を改善しなければならない。何のためらいもなく毎年、検診と称して行われる心電図が、どれほど人々の健康に寄与しているのか、逆に被害を与えているのか……。広い意味でのパラダイムシフトが求められる今日の日本の医療である。本書は単なる心電図の教科書で

心電図が苦手な人にこそ薦めたい1冊



【評者】青木 眞
感染症コンサルタント

はなく、循環器の世界観を垣間見せながらわれわれが追求すべきアウトカムを意識した医療を再考させるものである。

■今日から使える内容

本書では心電図が日常のどの場面で使えるか、逆に使ってはいけないかが極めて明確に記述されており、循環器音痴+心電図アレルギーの評者でも「これは使える……」といったものが目白押しだった。例を挙げると、
〈診断に関して〉
1) 心房と心不全：心不全では心室の収縮が障害される前に拡張が障害されており、それが心房の負荷・拡大となって表現される。心房の大きさや心電図上の変化は心不全を考える良い材料である。
2) ST上昇を認める病態は複数あるが、鏡面像の変化を伴えば心筋梗塞による

Generalist について語る場を

関西若手ジェネラリスト・フェスティバル開催

関西にゆかりのある医学生、初期研修医、後期研修医ら約100人が集まり、関西若手ジェネラリスト・フェスティバルが6月2日、キャンパスプラザ京都(京都市下京区)において開催された。

◆関西に新たなネットワークを作りたい

「初の試みではないか」とオープニングのあいさつで述べた実行委員長・中山明子氏(西淀病院)によると、開催のきっかけは、家庭医である氏と病院総合医である佐田竜一氏(天理よろづ相談所病院)との意見交換だったという。「互いにジェネラリストとしての活躍の場は今後も広がっていくが、キャリアパスについてはまだ十分に提示されていない」「関西ではGIM(General Internal Medicine)の研修会は数多く開催されているが、FM(Family Medicine)は根付いておらず、活躍の場もまだ少ない」という現状の課題を前に、「GIMとFMが手を組み、関西でGeneralistについて語れる場、新たなネットワークを構築していきたい」との発案から開催に至った経緯を紹介した。

◆Generalistは同床異夢ではなく大同団結を

基調講演では松村理司氏(洛和会音羽病院)が「超高齢者社会のジェネラリストはClinician-educatorで！」と題し、呼吸器外科医から総合診療医へと進んでいった自身のキャリアを紹介した。医師のキャリアをワイングラスの形状に例え、最初は幅広い知識と技術で土台を固めてから専門性を高めていき、その先さらに広がりのある熟練した医療を提供していくことが求められると説明。総合医の育成に当たっては、病院総合医や家庭医に限らず、還暦前後の勤務医、老年科医や小児科医などの専門医も取り込んでいかなければならず、「大同団結が必要だ」と参加者らにエールを送った。



●Work shop のもよう。「Generalist」から想起されるキーワードをめぐって、活発な議論が行われた。

「Work shop」では、Generalistに関するキーワードを集め、GIMとFM、両者の共通点を探り、これからのGeneralist像を描いていった。

実行委員の一人である錦織宏氏(京大医学教育推進センター)は、「社会科学的に質的研究を応用して実施したこのWork shopは、Generalistのキャリアを“見える化”する意味もある」とその有益性を語った。また、「GIMとFMは歴史的にみて別物という印象が強いが、日本ではプライマリ・ケア連合学会が発足して両者を統合しようという動きがある。このWork shopを通してその可能性があることを、参加者たちに実感してほしい」と結果に期待を寄せた。

その可能性が高い。
3) 心電計のコンピュータは横方向の異常(例:房室ブロック,脚ブロック)に強く、縦方向のそれ(例:ST上昇)に弱い。一般的に「正常」の診断は信用できることが多いが、「異常」は信用できない。

4) 心外膜炎,気胸,くも膜下出血に特異的な心電図変化はあるが、臨床現場では身体所見,胸部X線,頭部CTで診断すべきもの。

〈治療に関して〉

1) 房室結節リエントリー頻拍といったマクロエンター回路にはアブレーションによる治癒率は95%を越える。
2) 低リスクの安定狭心症には至適薬物療法のみで十分。PCIは不要場合が多い(COURAGE試験)。

3) 一定以上に割れた左脚ブロックのQRSには両室ペーシングが有用。

4) カテーテルによる治療(PCI)にするかバイパス手術(CABG)にするかは内科・外科領域双方の専門家による議論で決定し、その際にはSYNTAXスコアなどを参考にする。

■心電図が苦手な人にこそ薦めたい

評者は素人的に循環器の領域を弁、冠動脈,心筋・膜,リズムなどに分けている。このうちリズム以外の領域は

超音波その他の画像検査などにより、その対象を視覚化できるのに対し、リズムだけは心電図という抽象化された情報を扱うことになり背景にある電気生理を含めて苦手とする医師は少なくないと思う。しかし自身にとって処女作となる心電図の論文を『Stroke』という超一流誌に載せることからキャリアを始めた筆者は、心電図の背景にある複雑な電気生理を十分理解しつつ「現場で使える」部分のみを切り取りわれわれに提示してくれた。その点で本書は数式を用いない統計学の本に似て親しみやすく、同時にノーベル賞クラスの理論物理学者が小学生に算数を教えるような広さ、高さ、奥行きを示している。

評者のように心電図を学ばんとするのは敗退を繰り返してきた方にも、循環器を専門とする方にも強くお勧めします。

●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

TEL(03)3817-5694・5695

FAX(03)3815-7850

「週刊医学界新聞」編集室

がん疼痛管理のすべてがわかる

がんの痛み

アセスメント、診断、管理

Cancer Pain: Assessment, Diagnosis, and Management

▶がんの痛みのメカニズムをはじめ、がん種ごとの特徴から鎮痛薬の選択法まで、がん患者の疼痛に対して適切な診断・治療を行うために必要な包括的知識を提供するテキスト。がん患者の管理に関する一貫したアプローチを明示する。がん患者の治療に関わるすべての臨床家、腫瘍内科、放射線腫瘍科、外科、ペインクリニック、麻酔科の各専門医や専門ナース、緩和医療従事者にただちに役立つ情報を収載。

監訳: 中根実
武蔵野赤十字病院腫瘍内科部長

定価15,750円(本体15,000円+税5%)
A4変 頁408 図・写真151 2013年
ISBN978-4-89592-745-1



原理・原則を知れば、よりよい対策ができる

【新刊】**感染予防,そしてコントロールのマニュアル**
すべてのICTのために
Manual of Infection Prevention and Control, 3rd Edition

▶感染制御の原理・原則をわかりやすく解説したテキスト。感染制御の用語に始まり、基本概念、疫学・統計、消毒・殺菌、手の衛生、抗菌薬、さまざまな感染症についてなど、全20章で構成。ICTのメンバーが知りたい基本的な内容をバランスよく網羅、単著にして読みやすい。感染対策に携わる医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師必携の書。

監修: 岩田健太郎
神戸大学大学院医学系研究科・医学部微生物感染症学講座感染治療学分野教授

監訳: 岡秀昭
関東労災病院感染治療管理部長

定価4,725円(本体4,500円+税5%)
A5変 頁400 図43 2013年
ISBN978-4-89592-746-8

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

【新刊】**がんの痛み**
アセスメント、診断、管理
Cancer Pain: Assessment, Diagnosis, and Management

▶がんの痛みのメカニズムをはじめ、がん種ごとの特徴から鎮痛薬の選択法まで、がん患者の疼痛に対して適切な診断・治療を行うために必要な包括的知識を提供するテキスト。がん患者の管理に関する一貫したアプローチを明示する。がん患者の治療に関わるすべての臨床家、腫瘍内科、放射線腫瘍科、外科、ペインクリニック、麻酔科の各専門医や専門ナース、緩和医療従事者にただちに役立つ情報を収載。

監訳: 中根実
武蔵野赤十字病院腫瘍内科部長

定価15,750円(本体15,000円+税5%)
A4変 頁408 図・写真151 2013年
ISBN978-4-89592-745-1

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

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.23

DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2013年
価格81,900円(本体78,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01802-9]
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14冊、約90,000件の収録項目から一括検索

『今日の救急治療指針 第2版』『今日の精神疾患治療指針』『急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版』の3冊を新規収録。また、書籍の改訂に伴い、『今日の治療指針 2013年版』『臨床検査データブック 2013-2014』『治療薬マニュアル 2013』の3冊について、最新のデータを収録しました。

2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

「MedicalFinder」ボタンを押すと、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。
- **より使いやすく** 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、小見出しリストをデフォルトで表示する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.23 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM版 2013年
価格 61,950円(本体59,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01800-5]

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 2013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 2012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**
- ⑤ **今日の小児治療指針 第15版**
- ⑥ **今日の救急治療指針 第2版** New
- ⑦ **臨床検査データブック 2013-2014** Update
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ **治療薬マニュアル 2013** Update
付録の一部を除く全頁を収録

プレミアムにのみ収録

- ⑨ **今日の皮膚疾患治療指針 第4版**
- ⑩ **今日の精神疾患治療指針** New
- ⑪ **新臨床内科学 第9版**
- ⑫ **内科診断学 第2版**
序・付録を除く全頁を収録
- ⑬ **急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版** New
- ⑭ **医学書院 医学大辞典 第2版**

*書籍とは一部異なる部分があります

◎100名を超える執筆陣が提示する、初の“リハビリテーション指針”

今日のリハビリテーション指針

編集 伊藤利之・江藤文夫・木村彰男
編集協力 上月正博・仲泊 聡・田内 光・清水康夫

人気の治療年鑑『今日の治療指針』のリハビリテーション版がついに登場。リハビリテーションの領域で問題となる疾患や障害に対する「リハ処方」をまとめた初のリハビリテーション指針。評価や技法が異なるレベルで抽出された242の項目に対し、113名の経験豊富な執筆陣が典型的かつ汎用性が高い方策を提示する。リハビリテーションにかかわる全ての医療者がクイックリファレンスとして活用できる1冊。

●A5 頁624 2013年 定価9,450円(本体9,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01690-2]



◎医療・福祉に関するサービス一覧の最新2013年度版

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

医療・福祉サービスの社会資源を、利用者の視点で一覧できるガイドブックの2013年度版。医療・福祉制度の概要が理解できるように解説を見直すとともに、「通知」レベルの最新情報も従来通りフォローしながら大幅刷新。利用者からの相談に素早く、より確実に対応するための保健・医療・福祉関係者必携の1冊。

●A4 頁308 2013年 定価3,465円(本体3,300円+税5%) [ISBN978-4-260-01770-1]



7 medicina

Vol.50 No.7

特集 “実践的” 抗菌薬の使い方 —その本質を理解する

今回は抗菌薬の特性を理解し、その原則をもとに実践的な使い方をするための知識を集めた。総論では、臨床的に類似する抗菌薬ごとにその特性と使用法の原則を解説。各論では、類似する薬剤の特徴を踏まえた個別の抗菌薬の使い分けと使用法を示した。また、保険適用量と国際的な使用量が違う場合、その抗菌薬をどのように使用すればよいか、保険適用の使用量内で有効に使う工夫など、実践的な知識も紹介する。

INDEX

座談会 抗菌薬の添付文書とPK-PDのギャップ・本来あるべき抗菌薬の適正な使用

Editorial 添付文書だけでなく、サンフォードだけでもない抗菌薬の使い方

総論 薬剤同士の“同じ部分=類似性”をまとめてその特徴を理解する
グラム陽性菌用の薬剤、グラム陰性菌用の薬剤、抗真菌性菌薬、抗緑膿菌薬、βラクターム系薬、フルオロキノロン系薬、アミノグリコシド系薬、マクロライド系薬、経口抗菌薬の使い方

各論 薬剤同士の“違い=個別性”を理解して実践的な使い分けを習得する
ペニシリンGとアンピシリン、アンピシリン・スルバクタムとピペラシリン・タゾバクタム、セファゾンとオキサシリン/ナフシリン、バンコマイシンとテイコプラニン、リネゾリドとダプトマイシン、アジスロマイシン、メロニダゾール、ST合剤、他

連載

- 顔を見て気づく内科疾患
- 実日本生まれの発見
- 神経診察の思考プロセス
- 目でみるトレーニング
- 依頼理由別に考える心臓超音波検査 —とりあえずエコーの一步先へ—
- 皮膚科×アレルギー・膠原病科 合同カンファレンス
- 睡眠時無呼吸症診療の最前線

●1部定価 2,625円(税込)

▶ 来月の特集 (Vol.50 No.8)
今日から役立つ
高血圧診療のノウハウ

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>

JIM

Vol.23 No.7

特集 | 症候別 “見逃してはならない” 疾患の除外ポイント

【責任編集：徳田安春】

鑑別診断では、診断名にさまざまな用語をかぶせて、その確率の程度を表現することがよく行われている。most likely, likely, possibleなどがそうである。しかしながら、臨床現場においては、検査前確率が低い疾患であっても、見逃すと致命的なことがある疾患は、鑑別診断のリストにおいて重要な位置を占めるべきである。本特集では、主要な症候における“見逃してはならない”疾患を見やすいtableとして提示。そしてこれらの疾患の除外ポイントを、病歴、身体所見、検査の各項目に分けて示し、検査除外のための適応も示した。鷓鴣でも、本命、對抗馬に続いて「大穴」がある。臨床医が「大穴」疾患の落とし穴に落ちないように、本特集号を外来診療につなぐに携行することを望みたい。

INDEX

【総論】

本特集の活用の仕方 症候別“見逃してはならない”疾患の除外ポイント……徳田安春

【項目】

- めまい……………高田史門・志水太郎
- 全身倦怠感……………山本 健・山中克郎
- 体重減少……………仲里信彦
- 発熱……………岩田健太郎
- 頭痛……………黒田有紀子・林 寛之
- 咳・痰……………岸田直樹
- 呼吸困難……………喜舎場朝雄
- 動悸……………澤村匡史
- 胸痛……………吉岡隆文・今 明秀
- 腹痛……………窪田忠夫・町 淳二
- 下痢・便秘……………篠浦 丞
- 腰背部痛……………田中裕之・石松伸一
- 関節痛・筋肉痛……………陶山恭博・岸本暢将
- 四肢のしびれ……………塩尻俊明

●JIMで語ろう 徳田安春×岸田直樹
公開収録「誰も教えてくれなかった『風邪』の診かた」(前編)

▶ 来月の特集 (Vol.23 No.8)
「完全解説 ロコモティブシンドローム」

●1部定価 2,310円(税込)

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