

2014年8月4日
第3087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 (社) 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

- [鼎談] 診断に迫る“勘”を養うために(宮城征四郎、藤田次郎、本村和久)……1-2面
- [投稿] ACPでの日米医学生によるWeb討論会(奥村和也、加納希生、折茂愛子)……3面
- [連載] 臨床倫理4分割カンファレンス 4面
- [連載] 診断推論キーワードからの攻略……5面
- MEDICAL LIBRARY,他……6-7面

鼎談 診断に迫る“勘”を養うために



本村 和久氏=司会
沖縄県立中部病院
プライマリケア、総合内科



宮城 征四郎氏
群島沖縄臨床研修センター長



藤田 次郎氏
琉球大学大学院感染症・呼吸器・消化器内科学(第一内科)教授

症例検討の場で、先輩医師が鮮やかに診断を絞り込んでいく過程にあこがれを抱く研修医の方も多いのではないでしょうか。一発診断に至る過程で披露される、一見華やかな“ひらめき”や、さえ渡る“勘”。しかしその背景には、情報をどのような形で集め、どう分析していくかというプロセスの確立や、経験したことを復習し、自分のものにして次回に活かしていくという、地道な作業が存在しています。

本鼎談では、このほど刊行された『Dr. 宮城×Dr. 藤田 ジェネラリストのための呼吸器診療勘どころ』の著者で、優れた臨床家である宮城征四郎氏、藤田次郎氏に、鑑別診断の思考過程について考察を重ねてきた本村和久氏が、正しく診断に迫る“勘”を養うために何を、何を学ぶべきかを問いかけます。

本村 お二人のご著書『ジェネラリストのための呼吸器診療勘どころ』を拝読しました。特に印象的だったのが、CASE10「若年者に発症した急性の呼吸困難で何を考えるか」でのやりとりです。21歳の男性で、発熱、初めての呼吸困難、というキーワードから、宮城先生が真っ先に急性好酸球性肺炎を鑑別に挙げ、結果的にそれが的中しておられるんですね。

藤田 今年2月の沖縄県臨床呼吸器同好会でも、同様のことがありました。子宮頸がんの化学療法を受けていた62歳の女性患者さんが下痢と嘔吐を主訴に入院され、臨床的には腸閉塞を疑っていましたが。当科の医師がプレゼンテーションで「腹部の聴診にて金属音がある」と示した瞬間、宮城先生が「糞線虫症だ」と指摘したのです。もちろん腹部単純X線を見る前に、ですよ。あのご指摘は、非常に衝撃的でした。

宮城 沖縄にはHTLV-1という、成人T細胞白血病の原因ウイルスを持っている人が多い。そして糞線虫症は、HTLV-1を持つ人に発症しやすい。さらに糞線虫は、腸管閉塞と非常に似た身体所見を示すけれど金属音を出す、ということは、沖縄で医療をしている者にとっては常識なんです。ヒストリーを聞く限りだと腸管閉塞と糞線虫症、どちらも可能性があると思っていましたが、金属音なら糞線虫症だなど。

藤田 「糞線虫過剰感染症候群に合併した急性呼吸窮迫症候群」の症例でした。当科の医師が準備万端で臨んだのに、宮城先生の「天の声」で、腹部身体所見のみで正確な診断名を指摘され

てしまったわけです(笑)。本村 私も、宮城先生のもとにいた者として、「天の声」という表現にはまさに同感するところなんです。そうした“勘”、“ひらめき”がどんな経緯で生まれるのか、正しく診断の絞り込みを行うには何を基礎とすべきか、本日はお伺いしたく思っています。

BMIから浮かび上がるイメージ

宮城 症例検討の際、プレゼンテーションの担当者に必ず渡すのがこの表です。まず重要なのが、どういう患者さんなのかイメージしやすくすること。特にポイントになるのが①の「BMI」です。普通、カンファレンスでは省略しがちな情報でしょう。

本村 確かにそうですね。宮城 でも、BMIがわかればある程度体型が想像できますし、例えばBMIが35なら、それだけでいわば肥満という“病気”です。ここから、ずいぶんいろいろなことが学びとれるわけです。藤田 身長と体重とBMI、そして年齢・性別がわかるだけで、患者さんのイメージがフワッと浮かんでくる。これは私も、宮城先生と一緒に勉強させていただくようになって気付いたことで、非常に参考になっています。

例えば同じインフルエンザウイルス感染症を想定しても、BMI16の人なら免疫抑制状態であると理解し、二次性細菌性肺炎に留意することが重要となります。一方、BMI35の人なら、サイトカインストームを予測してステロイドの早期投与を考えねばならな

い。すなわち体格によって診断、および治療方針も大きく異なるので、その点から考えても、まずBMIを示すというのは理にかなっています。

もう一つ、診断を絞り込む上で宮城先生が重要視されているのが「時間経過」です。②の「主訴」を示す際に、単に「咳、痰」とするのではなく、「3か月前から湿性咳嗽」のように、時間経過の視点を加えるのです。

本村 時間軸は、最も診断に結びつきやすい情報だと言われますものね。

宮城 あとは、重症度も忘れてはいけません。一口に呼吸困難と言っても、労作時か、安静時かで全く重症度は異なりますし、VAS(Visual Analog Scale)で必ず示してもらうこと。そうすれば、イメージも膨らみやすいでしょ。

藤田 「救急車で来たのか」それとも「歩いてきたのか」といった情報があると面白いですね。患者さんの重症度をイメージしやすくなります。

①の5項目から患者像がイメージされ、そこに時間経過を加えた主訴が加われば、その時点でほぼ鑑別診断が絞り込まれる。私自身、病棟回診時に、主治医に身長・体重・BMIと主訴を最初に呈示するよう求めています。毎週40人ほどの患者さんを回診するのですが、これらの情報のみで、大半の患者さんの診断名を指摘することが可能となります。

患者さんの生活の全てを知ろうとする姿勢で

本村 ⑥の「生活歴、個人歴」も、診

●表 プレゼンテーションの順序

- ① 症例ID、性別、年齢、身長、体重、BMI
- ② 主訴
- ③ 現病歴
- ④ 既往歴
- ⑤ 家族歴
- ⑥ 生活歴、個人歴
- ⑦ Review of Systems (系統的レビュー)
- ⑧ 生命徴候 (バイタルサイン)
- ⑨ 身体所見
- ⑩ 問題点の整理
- ⑪ 各問題点ごとの鑑別診断 (“most likely”, “likely”, “less likely others”) に分け、最も考えられる病態から挙げる
- ⑫ 鑑別診断に沿って簡単な検査結果から順序よく挙げる (病態の約7割はここで見当がつく可能性が高い)
- ⑬ 臨床診断 (overall clinical diagnosis)
- ⑭ 臨床計画: 診断学的, 治療学的, 患者教育

断を絞り込むためには重要になりますよね。

宮城 はい。病気というのは、その人の生活ぶりがバックグラウンドにあって発症してくるものですから、生活の全てを詳細に聴取しておくような姿勢が大事だと思いますね。

冒頭のCASE10を例にとれば、若い人が急性の呼吸困難を来したなら、喫煙など何らかの誘因があるはずです。本人が吸わなくても、友達が皆ヘビースモーカーで、もくもくした煙のなかでマージャンを楽しむような趣味があるかもしれない。

また、例えばオーストラリアに新婚旅行に行き、羊の分娩体験をした夫婦が帰国後発熱したなら、Q熱は鑑別から外せないでしょう。

(2面につづく)

8 August 2014

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。

レジデントのための血液診療の鉄則

編著 岡田 定
著 樋口敬和、森慎一郎
B5 頁336 4,200円 [ISBN978-4-260-01966-8]

消化器外科レジデントマニュアル (第3版)

監修 小西文雄
編集 加山敏樹
B6変型 頁336 4,200円 [ISBN978-4-260-01964-4]

実践 病院原価計算 (第2版)

編著 渡辺明良
A5 頁176 3,000円 [ISBN978-4-260-01936-1]

症状・経過観察に役立つ 脳卒中の画像のみかた

市川博雄
B5 頁120 2,500円 [ISBN978-4-260-01948-4]

〈看護ワンテームBOOK〉 患者さんが安心できる 検査説明ガイドブック

編集 東京慈恵会医科大学附属病院 グリーンカウンター
B5変型 頁176 2,200円 [ISBN978-4-260-01918-7]

〈好評発売中〉

DSM-5® 精神疾患の診断・統計マニュアル

原著 American Psychiatric Association
日本語版用語監修 日本精神神経学会
監訳 高橋三郎、大野 裕
訳 染矢俊幸、神庭重信、尾崎紀夫、三村 将、村井俊哉
B5 頁932 20,000円 [ISBN978-4-260-01907-1]

<出席者>

●宮城征四郎氏

1964年新潟大医学部卒。京大大学院(単位取得後中退。その後同大より医学博士号取得)を経てデンマーク・コペンハーゲン大 Rigs Hospital, 米国 Colorado General Hospital に留学。72年より沖縄県立中部病院勤務, 96年同院院長, 2004年より現職。日本有数の臨床家であると同時に, 教育者として多くの優れた臨床医を育ててきた実績を持つ。今春, 藤田氏との共著として『JIM』誌の連載をまとめた『Dr. 宮城× Dr. 藤田 ジェネラリストのための呼吸器診療勘どころ』を刊行した。

●藤田次郎氏

1981年岡山大医学部卒。虎の門病院内科レジデント, 国立がんセンター病院内科レジデントを経て, 85年米国ネブラスカ医大呼吸器内科に留学。帰国後, 香川医大(当時)医学部附属病院助手, 講師を経て, 2005年より現職。宮城氏監修の『呼吸器病レジデントマニュアル』(医学書院)ほか編著書多数。宮城氏と共に沖縄県臨床呼吸器同好会の代表世話人を務め, 毎回のカンファレンスの様子を記録。現在も『JIM』誌にて連載を継続している。

●本村和久氏

1997年山口大医学部卒。同年より沖縄県立中部病院プライマリケア医コース研修医。県内の離島にある伊平屋診療所勤務を経て, 沖縄県立中部病院で内科後期研修に従事。同県立宮古病院, 王子生協病院などを経て, 2008年より現職。ジェネラリストとして, 研修医へのプライマリ・ケア教育に携わっている。

(1面よりつづく)

そういう背景事情を細かく聴取していくことで, それとなく考えていた診断が裏打ちされ, はっきりとしたかたちで現れてくるのです。

本村 糞線虫の例のように, 居住地域の独自性を頭に入れておくことも求められますね。

宮城 ええ。例えば沖縄では, レプトスピラ症を知らずに臨床はできないくらいですが, 本土には少ない。逆にツツガムシ病は沖縄ではめったに診ませんが, 新潟, 山形あたりでは結構経験します。世界から見れば狭い日本の国土でさえ, 北海道から沖縄まで直線にすればかなりの距離があり, 気候風土差も大きい。95%は全国共通の知識でカバーできるかもしれないけれど, 残りの5%は, その土地のことを知らないと埋められないのです。

藤田 HTLV-1のキャリアも, 本島には多いけれど宮古島ではその頻度は低い, といったように, 沖縄という一つの県の中でさえ, 存在するウイルスの種類が異なる場合があります。

宮城 ただこういうことは, 30年, 沖縄で医療をしてきたからこそわかるところがあるのも確かです。若い人にはちょっと難しいかもしれないね。

本村 ある程度経験を積んでこそ導かれる“勘”かもしれません。

病歴, 身体所見, 簡単な検査で7割は診断できる

宮城 今すぐにもできることを言えば, 基礎的な検査を怠らないことです。沖縄県立中部病院では, 救急室でもICUでも, 痰が出る人にはグラム染色とチール・ネルゼン染色をルーティン

で義務付けています。

本村 ええ。グラム染色の習慣が身についていたおかげで, 離島の診療所に行った際にはとても助かりました。

宮城 そう。離島のような場所でこそ, とっても活きる検査なんです。チール・ネルゼン染色にしても, 99%ネガティブだからといって, スキップしてあたかも検査したかのごとく報告する“要領のいい人”がたまにいますが, 後で上級医が診たらガフキーが10号で, 大問題になることがある。記憶にあるでしょう。

本村 はい。

藤田 確かに, 喀痰の抗酸菌染色をスキップして画像のみで判断すると, 後々痛目目に遭うことがありますね。高齢者の肺炎様陰影で, 抗菌薬で改善しないために器質化肺炎を疑ってステロイドを投与すると, その後に結核菌が大量に検出されたりするのです。

宮城 専門家になるほど, 基礎をおろそかにして画像や侵襲的な検査で判断しようとしがちになります。けれど医師である以上は, 臨床医学の基礎を大事にしてほしいですね。僕自身, 患者さんの5割程度はヒストリー・テイキン

臨床の“アート”を“サイエンス”へと昇華

藤田 沖縄県立中部病院を見習い, 琉球大学医学部附属病院でもルーティンでグラム染色を義務付けています。おそらく沖縄県全域のほぼ全ての基幹病院で, グラム染色が実現できている状況にあるはず。米国のプラクティカルな臨床医学を早くから取り入れたからこそ, これほどのグラム染色の普及率を達成できたと感じています。

逆に米国では今, 研修医がグラム染色を行わなくなっており, 『Clinical Infectious Diseases』誌に“米国にグラム染色がなくなって, 感染症診療が物足りない”という趣旨の論文が載ったこともあります。それに対して岩田健太郎先生(神戸大大学院)が「東洋の沖縄県にはグラム染色の文化は残っている」とコメントされ, 面白いことに中部病院を“ガラパゴス・ホスピタル”と紹介しておられます(Clin Infect Dis. 2004. <http://cid.oxfordjournals.org/content/39/11/1742.full>)。

宮城 独自路線をとって有名になったわけですからね。基礎的なことをきちんと受け継いでいく伝統を保っているのは, やっぱ素晴らしいことですよ。

でも, “ガラパゴス”のまま満足してはいけません。良い医療のやり方を沖縄だけにとどめず, むしろ全国に発信し, 広げていくのが理想です。ですから藤田先生が沖縄に来てくれて, プラクティスに偏りがちだった私たちの医療を, 論文や書籍など, アカデミックなかたちで広めてくださっていることは, 本当にありがたいと思っています。

本村 宮城先生をはじめとして, 沖縄で培われてきた臨床の“アート”を, “サイエンス”に昇華しておられるのが, 藤田先生というわけですね。

グで判断がついています。身体所見や簡単な検査も含めれば, おそらく7割くらいの患者さんを診断できるでしょう。**本村** 基礎を大事にするだけで, 相当数の患者さんの診断がつくということです。

宮城 あとの3割は, 特殊なアプローチをしないと診断がつかない例ですが, 症例検討の目的は, そういう希少な疾患を当てることをめざす“シマウマ探し”ではありませんから。

藤田 宮城先生は「最終診断を当てることは必要ない。診断に至るまでの過程が重要」とおっしゃいますよね。

宮城 ええ。基礎をきちんと踏まえて, 最終診断に持っていくまでの経緯を固めることのほうが大切です。

本村 インフルエンザやオウム病など, コモンディーズといわれる疾患こそ最終診断にたどり着くことは難しかったりするもので, それが臨床診断の奥深さのゆえんでもあります。“シマウマ探し”に走らず, よく診る疾患を確実に鑑別できるよう基礎固めをしていくというお考えは, 納得できるところです。

藤田 貴重な症例も, 診断に至るまでの臨床のコツも, 記録に残さなければ, まとまることなく埋もれていってしまいます。私は幸い, 若いころから論文を書くトレーニングを積んできて, 文字にすることが苦ではありません。わが国のさまざまな地域のジェネラリストに, 沖縄のプラクティカルな医療の在り方を伝えていきたいですし, それは巡り巡って, 沖縄の医療への貢献にもつながるのではないかと, そう考えて記録を続けています。

復習こそが, “勘”を育てる

藤田 ずっと研究会の記録を取っているのですが, 宮城先生の“勘”は以前に比べてますますパワーアップされていますね。

宮城 そうですか。やっぱり, 復習をきちんとしていますからね。復習を必ずして, 次回は間違えないようにする。僕が間違えると, 研修医がワーツと喜ぶから, わざと間違えたりすることもあるけどね(笑)。

医師になるような, 勉強のよくできる人は, 子どものころから「予習が大

事」と言われて育っているでしょう。しかし, 臨床というのは次に来る患者を予測できない。予習のできない唯一の学問なんですよ。では, どうすればいいかという, 復習することです。それが次に来る症例の予習になる。その日に診た症例について毎日コツコツ復習する, その積み重ねが大事なんです。**本村** それが, 臨床の“勘”を育てるコツだと。

藤田 今でも, 回診で知らない症例が出てきたら, 帰ってから UpToDate® で勉強されておられるのでしょうか。

宮城 中部病院にいた64歳までは呼吸器を専門に診ていればよかったけれど, 群星沖縄に移ってからは, ジェネラルを学ばないと教育回診ができなくなりましたからね。僕の呼吸器以外の知識の大部分は, UpToDate® による復習で培われているんです。

本村 どの領域の症例が飛び出すかわかりませんが, さぞ大変だったのではないですか。

宮城 でも, 医師人生の後半にこんなに多くを学べて幸せだったと思いますよ。今は中途半端ながらジェネラリストとして毎日教育回診をしていて, 呼吸器の症例はほとんど診ないくらいですが, 毎日楽しいですね。

藤田 そういう学びをより確実にするには, やっぱり記録に残すことだと思います。貴重な症例を経験しても, そのままでは記憶は薄れていきますから, 病歴要約として, もし可能であれば症例報告としてまとめることが重要です。記録を積み重ねることで, こういう症例ならこういう所見があるはず, こういう画像になるはず, という予測ができるようになります。

ただし1人が経験できる症例数には限界がありますから, 沖縄県臨床呼吸器同好会のように多くの先生方が集まって, 症例を共有し, さらに論文化する。同様の症例を集積していけば, 復習に役立つのみならず, 新たな疾患概念を提唱できる可能性さえあります。

宮城 一つひとつの症例について, ヒストリーやフィジカルなど臨床の基礎に忠実なアプローチを心掛け, 鑑別診断に持ち込む。皆でディスカッションしてプロセスを振り返り, 学びを得て, それを記録に残す。そういう一連の流れこそが臨床の醍醐味であり真髄だと僕は思いますし, “勘”を養う基礎になるのではないのでしょうか。

本村 ありがとうございます。(了)

●鼎談を終えて(本村和久)

お二人の卓越した臨床能力は, とうてい追い付くことのできないような名人芸の域にあるが, その基礎は地道に医学教育を行ってきた歴史にあることが実感できた鼎談であった。また, 名人の域に達しても, 慣れ親しんだ専門領域にとどまらず, カンファレンスを振り返り, 教科書や文献でさらに臨床の幅を広げる不断の努力をされている姿はまさに reflection on action (行為に基づく省察)¹⁾ を実践されていると感じた。鼎談での一発診断のエピソードは「熟慮に基づく直感」と言えるのではないかと。認知心理学では, 情報処理, 推論といった過程に直感的なもの(「システムI」と熟慮による分析的なもの(「システムII」)の二つが関係するという二重過程理論で説明することがあるが²⁾, 熟慮と直感が織り成している思考過程をこの鼎談で実感できたように思う。知的好奇心を刺激するこのような場に参加でき, とても光栄に感じた。

1) Schön DA. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. Ashgate. 1994.
2) J Pers Soc Psychol. 1992 [PMID: 1556663]

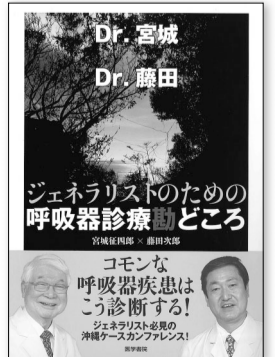
コモンな呼吸器疾患はこう診断する! ジェネラリスト必見の沖縄ケースカンファレンス! 医学書院

Dr.宮城×Dr.藤田
ジェネラリストのための
呼吸器診療勘どころ

宮城征四郎・藤田次郎

●B5 頁192 2014年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-01979-8]

収載の15症例は内科医がよく遭遇するコモンな呼吸器疾患。Dr.宮城の豊富な経験による「臨床の勘どころ」と、Dr.藤田の画像診断と文献考察を各症例から学ぶことができる。本書の哲学は、問診や身体所見を重視する沖縄オリジナルの総合診断学であり、1つの症例につきさまざまな角度から臨床推論、得られた情報をもとに最終診断に迫る全人的アプローチを用いている。ジェネラリスト必見のケースカンファレンス!



ACPでの日米医学生によるWeb討論会

投稿 = 奥村和也 (島根大学医学部), 加納希生 (島根大学医学部), 折茂愛子 (東海大学医学部)

2014年5月31日—6月1日に行われたアメリカ内科学会(以下、ACP)日本支部年次総会2014において、米国ワシントン大・ブラウン大の医学生と、Google+ハンガアウトを用いて、キャリアや医学教育、そしてワークライフバランスをテーマにWeb討論会を行いました。

きっかけとなったのは、2013年のACP日本支部年次総会で、支部長の小林祥泰先生(島根大)からいただいた「日米の教育制度について勉強している学生がいるが、君たちも参加してみないか」という一言でした。ただ当時は脊髄反射で「やります!」と答えたものの、ここまで大掛かりな企画になるとは思ってもいませんでした。

Live discussionの発案から当日に至るまで

本企画を主催したのは、ACP日本支部のCAMSEという委員会です。正式名称はCommittee for Associate and Medical Student Enrichmentで、ACP日本支部における学生・研修医向けの委員会として組織されています。先生方と学生との距離が非常に近く、学生主体で考えたことをすぐに提案できる、そんな自由な雰囲気がCAMSEにはあります。

以前は英語で症例検討を行う“Western Style Case Discussion”を開催していましたが、今回は「他の勉強会やワークショップではできないような、米国の学会であるACPの特長を生かした企画をしたい」という全員の共通の想いがありました。そこから「米国の学生を巻き込んだLive discussionをしよう!」という案が出てきたのは、ある意味、自然な流れだったのだと思います。

いろいろな縁が繋がり、まずは、米国シアトルにある名門・ワシントン大医学部の医学生3人との、Google+ハンガアウトを使った事前Web会議から企画がスタートしました。

シアトルとの時差は16時間あるため、準備のための事前Web会議はいつも日本時間の深夜12時、シアトルの朝8時でした。まず双方の学生がともに関心のある内容が何かを話し合った結果、テーマとして挙がったのが「キャリア」「医学教育」「ワークライフバランス」でした。次に日米双方の学生が自国の実情についての簡単なプレゼンテーションを準備し、そのブラッシュアップと当日の議論の進め方について、1回1時間以上、計4回話し合いました。話し合いの中で、米国の医学生も日本と同じような悩みを抱えているとわかったことが印象的でした。深



●当日の様様。日米のポリクリについて討論中!

夜という時間帯もあって、いつもセッション高めで臨んだこの事前Web会議が、振り返ってみると一番楽しかったようにも思います。

討論会で得られた気づきとは

討論会当日は、ワシントン大の医学生3人に加えて、別の縁でつながったブラウン大の医学生2人、そして日本全国から集まった医学生・研修医20人前後、さらに日米の医師数人にオブザーバーとして参加をお願いしました。オンラインを通じて一堂に会した当日は、少しの不安と200%の期待と楽しさ、そんな気持ちを抱えての幕開けでした。セッション時間は90分。最初は日米のキャリア、医学教育、そしてワークライフバランスに関する現状説明を行い、その後自由討論に入りました。

議論の中で得られた主な気づきは、以下の3点です。

1) 日本の医学部臨床実習のよさもある!

多くの日本のポリクリは“Bed Side Shadowing”であり、学生が主体で患者さんの診断、治療計画を行うことは少ないです。また、一つの科を回る期間が平均して1—2週間と短いですが、ほぼ全ての科を体験できます。米国の臨床実習は“Bed Side Experiencing”で学生がより主体的に診療に参加できますが、内科などの主要な科のみをローテートするカリキュラムが一般的です。実習後すぐに専門を決定するので、ローテートできない科は自らアポイントを取って別に実習する必要があります。このことでした。

2) 日米の就業時間はイメージと逆!?

日本人医師は働きすぎ、アメリカ人医師は余暇や家族との時間を大事にする。皆さんもそんなイメージをお持ちではないでしょうか。実は1週間あたりの平均労働時間は、日本で46.6時間¹⁾、米国で50時間台と²⁾、米国のほうが日本より少し長くなっています。また、米国のインターン(1年目研修医)は上級医より早く病院に行き(朝4—5時出勤も珍しくない)、患者さんの診察、上級医へのプレゼンの準備を

することが一般的とのことでした。

もちろん、休暇は米国のほうが取得しやすいでしょうが(特に麻酔科と放射線科が群を抜いて休みやすい)³⁾、想像以上に米国の医師は普段働いている印象を持ちました。ちなみに、働かないと学費などの借金を返済できない側面もあるようです。

3) アメリカの指標は面白い!

米国の医師の「幸福度」調査⁴⁾、ご覧になったことがある方はいるでしょうか。米国では専門を決める際、その結果を参考にすることが一般的のこと。データを蓄積してそれをもとに決定するというのは、エビデンスを重視するアメリカならではの姿勢だな、と感じました。ちなみに調査では、幸福度が特に高かったのは眼科、皮膚科で、他に形成外科なども高めでした。

終了後、アンケート形式で米国の医学生にセッションの感想を聞きました。参加の動機としては、医学生が主体となって運営していることや、他国の医療制度や医療教育・臨床研修制度を学ぶことに魅力を感じたという声がありました。セッションの進行については、Web討論会として企画したこと自体は好評価でしたが、音声システムの不具合で議論がしばしば中断したこともあって、技術面の改善が必要との意見も見受けられました。

内容については、日米間での制度の類似点・相違点などが挙がっていました。また、両国の卒業臨床研修についてもっと深く話し合いたかったという意見もありました。概して、テーマや討論の評価は高かったものの、時間が

●オブザーバーより一言

今回のセッションは、私にとっても日本の教育制度の潜在的な強みを見直す貴重な機会になりました。私が米国で内科研修をした際、チームにはしばしば医学部3年生が所属しており、特に内科志望の学生には病歴聴取を任せたり、ある程度プランの立案までさせることもありました。毎日新しいUpToDate[®]の記事や総説などを読んでくる学生も多く、自分の学生時代と比較して、米国の医学部教育はずいぶんよくできていると感心していたものです。

今回のセッションを通し、日本の教育制度が米国の医学生にどのように映るのかわかることができ、(米国と比べて)自由時間が多く評価が厳格でない点、多くの診療科に曝露される機会が確保されているなど、キャリア選択の自由度が高い点、一人前の医師になるまでの経済的負担が少ない点などは強みたり得と感じました。昨今、医学生による自発的・内発的な勉強会が複数の大学をまたいでさかんに開催されているのも、そのよい例ではないでしょうか。このよい点を取り込む際に、現在の制度の長所とどのように折り合いをつけるのかという議論を今後より深めていければと思います。(大雄会クリニック総合内科・飯村傑)

私のような「医学教育を科学する」立場から見ると、日本の医師・医学生には「米国の医学教育は日本のそれよりも優れている」ことが身体化されているように感じます。そもそもACP日本支部という構造もそうですね。ただ現在、医学教育学の研究者としてアジア・欧州などで国際的に活動するようになってわかったことは、「(単純な)米国からの輸入」は早く卒業したほうがよいということ。もちろん「いいものはいい」ので米国に学ぶことも多いですが、グローバル化が進む現在はむしろ「日本から世界に何を発信するか?」が求められています。医学生・研修医の皆さんには、ACP日本支部という「窓」を通して、ぜひ国際社会に貢献できる医師になってもらいたいと思っています。(京都大学医学教育推進センター准教授・錦織宏)

消化器外科診療に必要な知識・情報をコンパクトにまとめた実践的マニュアル

消化器外科レジデントマニュアル 第3版

消化器外科対象疾患の診断・治療に関する解説はもとより、術前検査の進め方、抗菌薬の投与法、周術期の栄養管理、化学療法の見直し、緩和ケアの実践等々、外科診療の現場で必要とされる知識・情報をコンパクトにまとめたポケットマニュアル。知りたいことを素早く確認できるポイントに絞った記載は、カンファレンスや患者への説明などにおいても有用。外来で、病棟で、常に携帯したい実践的な1冊。

監修 小西文雄
練馬光が丘病院・常勤顧問
編集 山本敏樹
自治医科大学附属さいたま医療センター
一般・消化器外科・教授



整形外科診療に必要な基礎知識を網羅したレジデント必携のマニュアル

整形外科レジデントマニュアル

本書の目的は、レジデントにとって最も必要となる、的確な診断にまで辿り着ける道筋を示すこと。初診のときに何を考え、どのように診察に当たるべきかを提示する。本書は2部構成。【総論】では、整形外科診療に必要な基礎知識や技術、医師としての心構えなどを示す。【各論】では、整形外科の領域ごとに、機能解剖や画像診断、レジデントが知っておくべき主要疾患の解説など、日常診療に必須の知識を幅広く網羅している。

編集 田中 栄
東京大学大学院医学系研究科整形外科学 教授
中村耕三
国立障害者リハビリテーションセンター 総長
編集協力 河野博隆
東京大学大学院医学系研究科整形外科学 准教授
中川 匠
帝京大学医学部整形外科学 教授
三浦俊樹
JRI東京総合病院整形外科 部長

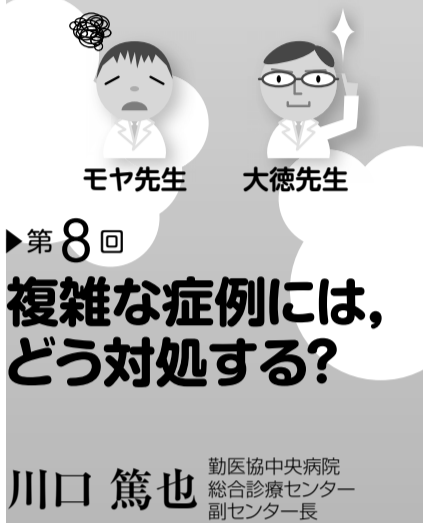


モヤモヤよさらば!

臨床倫理

4分割カンファレンス

生活背景も考え方も異なる、さまざまな人の意向が交錯する臨床現場。患者・家族・医療者が足並みをそろえて治療を進められず“なんとなくモヤモヤする”こともしばしばです。そんなとき役立つのが、「臨床倫理」の考え方。この連載では初期研修1年目の「モヤ先生」、総合診療科の指導医「大徳先生」とともに「臨床倫理4分割法」というツールを活用し、モヤモヤ解消のヒントを学びます。



大徳先生、助けてください! 今、研修医外来で何度かみている患者さんなんです、何か手をつけていいかわからず、困り果ててるんです……。

うーん、問題が複数あるってことかな? 単純な問題が複数あるのか、医学的問題以外にもさまざまな問題が絡み合っていて、予測がつかないような複雑・混沌としているので、対処方法が変わるんだよね。全体像を把握するという意味で、関係者で4分割カンファレンスを開催してみようか。

①医学的適応

Rさんは70歳女性、一般外来に糖尿病で通院しており、ここ数か月は僕の研修医外来に受診しています。そのほかにもさまざまな疾患で、他院も含め複数の診療科に受診しています。

でも一番の問題は、胸苦などの訴えて頻回に救急受診していることなんです。搬送後の検査では特に異常なく、本人の訴えも微妙になり結局帰宅するのですが、夫がかなり心配して、そのたびに市内に住む娘さんが呼ばれる状況です。

帰るときに「主治医と今後について相談してください」と言われ僕のところに来るのですが、そのときは元気なので、どうしていいかわからなくて……。

本人の認知機能はどうですか。

外来では質問に答えますが、つじつまの合わないことがあります。

モヤモヤQ 認知症をはじめ複数の疾患をかかえ、家族にも問題のありそうなRさん(70歳・女性)。何から解決していけばいい?

カンファレンス参加者

モヤ先生 大徳先生(司会)

指導医 外来看護師 看護主任

ケアマネジャー

- ①医学的適応 善行と無危害の原則
 - # 頻回の救急受診……胸痛などを訴えるが自然軽快
 - #1 認知症……5年前に診断 HDS-R14点
 - #2 糖尿病……インスリン1回打ち(夫が打っている) HbA1c9.0%
 - #3 パーキンソン病……神経内科に通院
 - #4 冠攣縮性狭心症(CSA)……循環器内科に通院
 - #5 うつ病……他院メンタルクリニックに通院
 - #6 神経因性膀胱……泌尿器科に通院。最近、膀胱留置カテーテル導入も検討
 - ④ QOL 善行と無危害と自律性尊重の原則
 - ①②③を踏まえ、患者のQOLを最大限向上させるには?
- Next Step
- ④の実現のため、“誰が”“いつまでに”“何を”するか?

- ②患者の意向 自律性尊重の原則
 - ・「お菓子を食いたい」など、食事についての希望はある
 - ・合理的な判断をできる認知機能は保持されていない
 - ③周囲の状況 忠実義務と公正の原則
 - ・夫と二人暮らし
 - ・市内に娘が二人いるが、介護などは夫に拒否されて介入できない
 - ・夫にも認知症がありそう?
 - ・食事管理、インスリン、服薬管理なども全て夫がしている
 - ・金銭管理も夫がしている
 - ・夫は施設入所は考えていない
 - ・介護に困っているようだが、具体的なサービスには結びついていない
- ～カンファレンスの前に～
- ・ホワイトボードなどを4つに区切り、情報や意見を書き込む場所を作る
 - ・あらかじめ参加者各自が手持ちの情報を書き込んでおき、時間を節約!

5年前に認知症と診断されたそうですが、計算能力や短期記憶は意外と保たれていて、病状がどれくらい進んでいるのか、把握も難しくして。

(外来看護師) 夫は、本人が尿失禁するのに風呂に入りたがらないので大変と言っていました。

(指導医) 長谷川式などの認知症検査である程度の点数があっても、尿失禁や風呂に入りたがらない場合、アルツハイマー病なら、ADL障害の程度により病期を分類した Functional Assessment Staging (FAST)¹⁾で6点となり「高度の認知機能低下」とみなされます。Rさんには他の認知症の可能性もあり一概には言えませんが、いずれにしても相当介護の必要な状況でしょう。

救急に受診している原因は、結局何なのでしょう?

CSAの可能性もありますが、訴えがはっきりしないところに、夫が本人の様子をみて心配になって救急車を呼ぶようなんです。

薬剤などの医学的対処で対応可能なものか、一度循環器科にも相談してみてもよいかもかもしれませんね。

②患者の意向

夫は、お菓子を食べたがるので買ってあげていると言っていました。

夫が何でも買い与えるので、糖尿病のコントロールも悪いです……。

③周囲の状況

基本は同居している夫が全て、一人で介護しているようです。市内にいる娘さんたちは心配しているようですが、家に来たり、介護のことに口出しするのを夫がよしとしないようです。

(看護主任) 娘さんたちは施設入所も検討しているようですが、夫にはまったくその考えがなく、お金も全て管理されていて手出しできないと言っていました。最近、尿失禁などのことで困ったので、やっと介護申請して、ケアマネジャーがついたところです。

(ケアマネジャー) 娘さんたちは夫も認知症ではないかと疑っているようです。以前から頑固で、他の人の

意見を聞かない傾向があったようですが、それが最近顕著になり、突然新車の契約もしてきたりと、何かおかしいと。

サービスの導入に関しては?

話を聞いただけで、具体的なサービスにはつながっていません。ただ夫にとっても介護が結構な負担になってきているのは確かで、そのことも、救急車を頻回に呼んでしまうことにつながっているのかもしれない。

④ QOL

自宅で夫と二人の生活は、もう無理だと思うんですけど……。

でも、夫に普通に話してもダメですよ。今までも何度かサービスなどを勧めてきましたが、まったく聞く耳を持たなかったです。どうしたら解決できるのでしょうか。

実は、複雑な臨床問題に対処するときは、下記のように分類して考えることが提唱されているんです²⁾。モヤ先生、今回はどれに当たると思う?

- ・Simpleな問題: アルゴリズムやプロトコルに沿った対応ができる。
- ・Complicatedな問題: Simpleな問題の組み合わせだが、相互に影響関係がありプロトコルはない。ただ一般化可能な対応のコツはある。
- ・Complexな問題: Complicatedな問題に加えて個別性の高い要因が多く影響。時間軸や地域性も関与し、一般化可能な対応法を絞り込めない。
- ・Chaoticな問題: コントロール不可能な問題が含まれ、それらが無秩序に絡み合っており、今後の展開を予測できない。よい対応法は、問題が落ち着いた後の振り返りでしか見いだせない。

えっと、病気だけでなく家族の事情もあるし、型どおりの対応では無理……。「Complexな問題」ですか?

正解。すると、われわれがまずめざすべきは“安定化”なんです。

安定化? とりあえず状況を落ち着かせればいってことですか。

そう。今回の場合、なんとか自力でやってきた夫が、救急頻回受診や介護申請に至った。そこに、安定化のための介入の糸口がありそうですね。

じゃあ、訪問看護や訪問診療を導入してはどうでしょう?

ヘルパーなどの訪問は、あまり乗り気ではなかったのですが、医療職が来てくれるとなると、承諾する可能性はありますね。夫は、Rさんがつらそうにしているとき、どうしていいかわからない不安から救急車を呼ぶようなところもあるので、相談先ができることは大いにプラスだと思います。

(そうすれば、今一番困っている救急受診は落ち着くかも)

最近、泌尿器科で膀胱留置カテーテルの話も出ているそうなので、その管理目的という理由でも、訪問看護を勧めることができそうです。

Next Step

私が次回のモヤ先生の外来と一緒に入り、訪問診療などを勧めたいと思います。了解が取れば、救急外来や前回入院時にかかわった後期研修医に訪問診療に行ってもらおうにします。

こちらからも勧めてみます。

あの……もし提案を受け入れてもらえなかったら……。

情報提供など“種まき”はしておいたうえで、正直なところ、しばらくはじっと中腰で耐える状況になるかもしれません。入院など何か状況が変わる事態が起こったら、タイミングを逃さず皆で介入するようにしましょう。今回話し合ったことで、関係者同士の情報共有ができたので、何かあったときには素早く動けるとおもいますよ。

●文献

- 1) 痴呆症学: 高齢社会と脳科学の進歩 1. 日本臨床. 2003; 61 (増刊号 9): 191-2.
- 2) 藤沼康樹. 9. 複雑な臨床問題へのアプローチ. 藤沼康樹編. 新・総合診療医学——家庭医療学編. カイ書林, 2012. pp73-4.

モヤ先生のつぶやき

複雑な問題でも、分類することで目標にすべきことが見えてくる場合があるんだ。全ての問題を解決しようとしてあせってたけど、“安定化”をめざせばいいとわかれば、やる気も出てくるよ。

自治医科大学 地域医療 後期研修プログラム

— 地域医療の現場を知り尽くした自治医大だからできるプログラム —

- 地域医療をめざす後期研修医(3年) 定員6名
- 臨床経験5年以上で地域医療をめざす医師のための生涯研修コース(2年) 定員2名

参加者募集中!

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1 自治医科大学地域医療人材育成部門
 電話: 0285-58-7394 FAX: 44-0628 URL: http://www.jichi.ac.jp/chiikik/ E-mail: chiikikenshuu@jichi.ac.jp

「地域住民と患者のニーズに的確に応え、合理的で温かな、信頼される保健医療サービスを自ら提供でき、介護や福祉、産業振興、文化まで含めた幅広い人々と協働できる医師」になりたい人のためのプログラムです。

- ★多様な背景を持つ医師20名以上が集い切磋琢磨する自治医大総合診療内科と附属病院各科と地域医療の第一線医療機関との組み合わせで、効果的で効率的な研修ができます。
- ★将来、地域医療・家庭医療・総合診療を専門にする人はもちろん、専門領域を深めるにも、教育・研修に携わるにも貴重なセンスが得られます。
- ★地域医療の現場は、熱い思いであなたを待っています。一歩踏み出してみませんか?

見学・実習歓迎! 「地域医療」「後期研修」で検索してください!

広く、奥深い診断推論の世界。臨床現場で光る「キーワード」を活かすことができるか、否か。それが診断における分かれ道。

診断推論 キーワードからの攻略

監修◆山中 克郎
藤田保健衛生大学教員総合内科教授
執筆◆安藤 大樹
藤田保健衛生大学教員総合内科

第8回……あぁ、人生泣き笑い

症例 27歳、女性。3週間前より両側手掌・足底のしびれが出現。以前に側彎症の指摘を受けたことがあり様子を見ていたが、改善しないため近医整形外科を受診。スクリーニング採血と胸部X線写真を施行、既知の側彎症と頸椎症の指摘で、ビタミン製剤が処方され、経過観察となった。

その後、いったん症状は改善したものの、受診10日前より同部、および左上腕部に「チクチクとした痛み」が出現したため当院内科外来を受診した。痛みのためか、泣く

のを我慢しているような表情で診察室に入室。先行感染や咳嗽・下痢といった随伴症状なし。症状は入浴やマッサージ、天気や月経周期での寛解・増悪なし。強い日差しの下だと視界がゆがむ感じがするという。職場での強いストレスを感じている以外、特記すべき情報はなかった。

【既往歴】 健診で軽度貧血の指摘(無投薬で経過観察)
【内服薬】 メコバラミン(メチコパール®) 250μg 3T/3×N

【生活歴】 たばこ: 10本/日×5年、酒: 機会飲酒のみ
【来院時バイタルサイン】 体温 36.1℃、血圧 116/58 mmHg、心拍数 58回/分、呼吸数 12回/分

【その他】
一般身体診察上は特記事項なし。Barre 徴候: 左で弱陽性?、Morley テスト: 左で弱陽性、Eden テスト: 陰性、Wright テスト: 陰性、Jackson テスト: 背部から左上肢に放散痛あり。深部腱反射に異常なし、しびれの訴えはデルマトームと一致せず、温痛覚脱落なし、膀胱直腸障害なし

……………{可能性の高い鑑別診断は何だろうか?}……………



キーワードの発見 ▶▶キーワードからの展開

救急外来での診療がメインとなる研修医時代にはなかなか気付かないかもしれないが、実は一般外来には「しびれ」を主訴に受診する患者が非常に多い。多くは頸椎症や腰椎ヘルニアなどによる神経根障害に伴うもの、あるいは糖尿病や甲状腺機能異常などに伴う末梢神経障害であるが、脳の障害によるしびれや、脊髄空洞症や脊髄嚢腫などによる脊髄障害によるしびれも考えなければならない(表1)。

また、神経の直接障害による神経障害性疼痛や、抑うつ状態を背景とした心因性疼痛なども「しびれ」を主訴として受診する可能性があり、これらは診断に難渋することも多い。そのため、緊急性の高い疾患のしびれのパターン認識が大切であり、特に視床の障害でみられる「手口感覚症候群(一側の口周囲と同側の手掌に限局して呈する感覚障害)」、三叉神経の障害でみられる「玉ねぎ状分布」、椎骨動脈解離に伴う延髄外側の障害時にみられる「Wallenberg 症候群(障害側顔面の温・痛覚障害、小脳症状、球麻痺と、反対側体幹部・上下肢の温痛覚障害)」は、脳の障害によるしびれのパターンとして覚えてお

く必要がある¹⁾。本症例では Barre 徴候確認の際、左上肢がわずかに回内したようにみられたが、Jackson テストも陽性であったことから、初診時の段階では「頸椎症に伴う神経根症状」を第一仮説とした。しかし、病歴の“ある点”と、診察時の“漠然とした違和感”が気になり、膠原病や内分泌・代謝系疾患のスクリーニング検査の説明も兼ね、早めの再診を予約した。

5日後の再診時、同部位の症状がやや増悪するとともに、体幹部にも違和感を訴えた。スクリーニング採血では、HbA1c、抗核抗体、TSH、Free T₄、ビタミン B₁₂ などいずれも問題なし。再度神経学的所見を取り直すと、左 Barre 徴候がわずかに陽性なのは変わらなかったが、両上肢の深部腱反射に明らかな亢進を認めた。視界がゆがむことに関してさらに細かく質問をすると、「左目だけで見ると、視界の中心がぼやけて見える感じがする」とのこと。“漠然とした違和感”は“確信”に変わり、頭部 MRI をオーダーした。



最終診断と+αの学び

頸椎症の指摘があり、頸部の神経学的所見も陽性であったことから、一見

神経根症状のように思われた。しかし、発症年齢の他、手足の感覚障害がある、視野障害がある、錐体路障害があった。そして何より初診時に気になった“ある点”、つまり症状・所見が再発と寛解を繰り返していることから、頭部 MRI を施行したところ、両側大脳深部白質に T2 強調像・FLAIR 像で高信号を示す spotty lesion を散在性に認めた。

【最終診断】 多発性硬化症(再発寛解型疑い)

◆**忘れたところにやってくる多発性硬化症**
神経内科で追加された髄液検査でリンパ球主体の細胞数軽度上昇と、軽度 IgG 上昇、頸髄 MRI で C2—3 レベルの脊髄正中背側に T2 強調像で高信号域が指摘され、いずれも上記診断に矛盾しないものであった。

多発性硬化症(Multiple sclerosis; MS)は脳・脊髄・視神経の中樞性髄鞘脱落が病気の本態で、時間的・空間的多発を特徴とする原因不明の疾患である。従来、本邦の有病率は欧米(50—100人/10万人)に比べて非常に少ないと言われていたが、2004年に行われた全国臨床疫学調査(厚労省免疫性神経疾患調査研究班)では、国内に約1万2000人のMS患者がおり、有病率も8—9人/10万人と報告されており、決してまれな病気ではない。発症様式として急激な視力低下が有名だが、顔面感覚鈍麻、両側三叉神経痛、眼球運動障害などの脳神経症状や、痛性強直性痙攣(Painful tonic spasm)、しびれ、錯感覚などの脊髄症状が先行する場合もあり、初診の段階では「不定愁訴」と扱われることも多い。表2の臨床的特徴を押さえておく必要がある²⁾。

さて、冒頭の症例。再発と寛解、手足の感覚障害、視力障害、体幹部の感覚異常と、実に多くのキーワードを投げ掛けてくれている。Jackson テスト陽性と判断したものの、実は筆者はその際に違和感を覚えていた。確かに左上肢への放散痛も認めたのだが、わずかに背側への電気の走るような感覚も

●表2 多発性硬化症(MS)の診断時に注意したい臨床的特徴

MSの可能性を高める病歴・所見	MSの可能性を低める病歴・所見
●再発と寛解	●着実な進行
●15—50歳の間に発症	●10歳以下、または50歳以上の発症
●視神経炎	●失語、失行、失読、失認
●Lhermitte 徴候	●筋固縮、持続的なジストニア
●核間性眼筋麻痺(MLF 症候群)	●痙攣
●疲労	●初期の認知症
●Uhthoff 現象(体温上昇により運動機能が低下)	●数分以内の症状改善

訴えていたのだ。もしかしたら、気付かないうちに Lhermitte 徴候(頸部前屈で、四肢や体幹への電撃様異常感覚)を誘発していたのかもしれない。

さらに、初診時にあった“漠然とした違和感”、「泣くのを我慢しているような顔」である。これは「病的泣き笑い(Pathological laughing and crying; PLC)」という所見だった可能性がある。病変部位については十分明らかになっておらず発症頻度の報告もないが、大脳基底核・視床レベルが障害された脳梗塞、頭部外傷、MS、筋萎縮性側索硬化症、アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症、脳腫瘍、橋中心髄鞘崩壊症、大脳皮質基底核変性症などでみられるという³⁾。

若年者で、あちらこちらがしびれていて、採血結果は問題なし。おまけに泣いているのか笑っているのかよくわからないような表情——。こうした不定愁訴の患者に、精神疾患の病名をつける前に一度は疑うべき疾患である。



Take Home Message

「わからないけど何か変!？」と思ったときは、積極的にキーワードをぶつけよう。あなたの「漠然とした違和感」が患者を救うかもしれない。

- 参考文献/URL
- 1) 安藤大樹, 他. しびれ. 治療 2010 年増刊号 vol.92. 南山堂; 2010. 1016-24.
⇒しびれが苦手な筆者が、「非専門医でもこれだけは」といった観点でまとめています。
- 2) Olek MJ. Diagnosis of multiple sclerosis in adults. UpToDate. 2014.
http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-multiple-sclerosis-in-adults
⇒多発性硬化症の症状と最新の検査方法がまとめられた二次文献。専門医以外もぜひ一読を。
- 3) Parvizi J, et al. Pathological laughter and crying: a link to the cerebellum. Brain. 2001; 124 (9): 1708-19.
⇒「病的泣き笑い」の症例報告、および文献的・病態生理学的考察がされています。

表1 「しびれ」から導くべき鑑別診断リスト

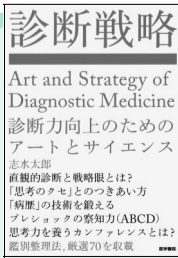
- ①内科的疾患
 - 1) 代謝性疾患……糖尿病, 尿毒症, ビタミン B₁₂ 欠乏(いわゆる脚気), ビタミン B₁₂ 欠乏(亜急性連合性脊髄変性症), 急性間欠性ポルフィリン症
 - 2) 内分泌疾患……甲状腺機能亢進症・低下症
 - 3) 電解質異常……高カリウム血症, 低リン血症
 - 4) 膠原病……関節リウマチ, 全身性エリテマトーデス(SLE), 多発筋炎, 皮膚筋炎, シェーグレン症候群, 血管炎, サルコイドーシス
 - 5) 末梢神経系脱髄疾患……ギラン・バレー症候群, 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
 - 6) 中枢神経系脱髄疾患……Charcot-Marie-Tooth 病, 多発性硬化症(MS), パーキンソン病
 - 7) 悪性腫瘍……傍腫瘍症候群
 - 8) 中毒……重金属, 有機溶剤, 薬物, 亜急性脊髄視神経症(Subacute myelo-optic-neuropathy; SMON), ふぐ毒, キノコ毒, 貝毒
 - 9) 精神疾患……過換気症候群, パニック発作, 解離性障害, 慢性疲労症候群
 - 10) その他……線維筋痛症, ライム病, むずむず脚症候群(Restless legs syndrome), 薬剤性(抗癌剤, 免疫抑制剤, 抗不整脈薬など), 脊髄嚢
- ②外科的疾患
 - 1) 頭蓋内病変……脳腫瘍, 脳血管障害, 椎骨脳底動脈解離
 - 2) 脊髄疾患……脊髄空洞症, 動静脈奇形(Arteriovenous malformation; AVM), 脊髄腫瘍
 - 3) 脊椎疾患……頸椎症, 椎間板ヘルニア, 後縦靭帯骨化症(Ossification of posterior longitudinal ligament; OPLL), 化膿性脊椎炎, 脊椎腫瘍
 - 4) 頸部・肩部・腕部疾患……頸肩腕症候群, 胸郭出口症候群
 - 5) その他……末梢の絞扼・圧迫によるもの(Entrapment neuropathy)

何か診断を曇らせるか、どのように養えば良いか

診断戦略 診断力向上のためのアートとサイエンス

名医の思考や巧みさ(Art)は再現できるか? その問いに正面から答える。多くの名医に師事し、経営診断も学ぶ著者による「診断力の鍛え方」。診断にともなうバイアスとのつきあい方、病歴をよりクリアにするための具体的な質問例、鑑別ごころ合わせなど、明日から役に立つ心構えとテクニックが満載。認知科学とハードな臨床経験を背景に紡がれる言葉は、まさに Art & Science。

志水太郎
ハワイ大学・内科



医療事故の見方、考え方を考える

医療におけるヒューマンエラー 第2版 なぜ間違える どう防ぐ

なぜ医療事故は減らないのか。それは、事故の見方・考え方が間違っているから。本書では事故の構造、ヒューマンエラー発生のメカニズム、人間に頼らない対策の立て方を、心理学とヒューマンファクター工学をベースに解説。さらに人間の行動モデルからエラー行動を分析するImSAFERを紹介する。医療事故のリスク低減のために、事故の見方・考え方を考える1冊。

河野龍太郎
自治医科大学医学部医療安全学教授



Medical Library

書評・新刊案内

心電図セルフアセスメント 229題で学ぶ判読へのアプローチ

Zainul Abedin, Robert Conner ●原著
新博次 ●監訳
村松光 ●訳

B5・頁240
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01917-0

評者 村川 裕二
帝京大溝口病院教授・循環器病学

心電図を学ぶ人はどのくらいの数にのぼるのか。

医学生は毎年9000人。看護や臨床検査の教育を受ける人が5万1000+4000で5万5000人。

製薬会社の臨床開発でQT間隔がどうのこうのと論じる必要がある100人。あるいは、ふと魔が差して必要がないのに心電図の勉強を始める人が200人。

合計して、心電図関係の書物の購買者が1年に6万4300人ずつ出現することになる。この20年分が医学書に接するとしても、専門や職場の業務で心電図とは縁遠くなるほうが多いはず。なので、今日日本で心電図を学ぼうとする人は30万人くらいだろうか。

この数はインパクトがある。12誘導心電図はもう「進歩しつつした検査」。「完成されている」からいじる余地はない。10年前の本でも使えないでもない。とはいいながら、疾患としてブルガダ症候群やQT「短縮」症候群など、新顔が入ってくるので、テキストも少しずつ変化する。30年前に医師になった父親が医学生に「心電図の本をあげる」と言っても、遠慮されるのも道理。

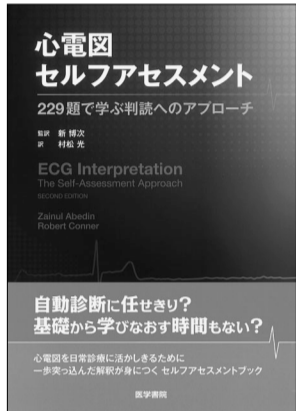
ここで取り上げる『心電図セルフアセスメント』は「心電図のテキスト+問題集」である。導入部の「波形と間隔」から「正常心電図」までの3つの項は、初めて心電図を学ぶ人には難し

い。基礎的なことは他のテキストで学んだことのある人を対象としている。「心室内伝導障害」が一つの項として4番目に出てくる。「急性心膜炎」も独立している。波形ベースでなく、疾患ベースで心電図を教えている。意表を突いた構成。こういう話の進め方もあったのか。評者自身、「目がくらむほど売れ行きの良い心電図のテキスト」を書きたいと思っているので、ヒントになった。

不整脈の解析にラダーグラムが使われている。ラダーグラムは「わかっていない人には敷居が高い」が、ここをクリアしないと不整脈はわからない。かなり詳しく説明されている。学生には向かない。研修医や現場で心電図に接する機会の多いスタッフに薦められるレベル。循環器内科で後期研修を始めるころに手にすると勉強しやすいタイミングか。問題に対して選択解答肢が提示されているものもあるが、基本は「これは何ですか?」という形のクエスチョンになっている。学ぶという意味では現場感覚に沿うが、選ぶよりも頭を絞るという点で要求度は高い。

本書の装丁はかなり魅力がある。2色刷りなどと、物欲しげなところが無い。黒1色。表紙の色と文字のバランスも良い。日本語も重たくなく、洗練されている。端正なテキストである。

疾患ベースで心電図を教える 後期研修医向けの問題集



診断戦略 診断力向上のためのアートとサイエンス

志水 太郎 ●著

A5・頁288
定価:本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01897-5

評者 稲葉 崇
筑波大病院・総合診療グループ

本書は診断の道筋や戦略を言語化した、今までの診断学書とは一線を画す一冊である。普段ベテラン医師が無意識に頭の中で行っている臨床推論、つまり「戦略」を明快に言語化・理論化し、私のような経験の浅いレジデントでもその思考過程を容易にたどれるように書かれている。そして、ベテラン医師の戦略に豊富なバリエーションがあるように、本書にも実際の診療で使える多彩な戦略バリエーションが記載されている。これらの戦略を明日からの実臨床で実践していくことで、診断のエラーを防ぎ、より早く確実な診断へと至ることができるはずだ。

今までの診断学書と大きく異なる点がある。臨床推論の具体的なトレーニング方法が詳細に述べられている点である。経験豊富なベテラン医師が患者を目の前にしてどのように考え、診察し、診断していくのか。その思考過程を身につけるためのトレーニングをどのように行えばよいのか。その具体的な方法論にも言及している。ここまで戦略戦略など書いてきたが、残念ながら具体的なイメージが湧きにくいと思う。それもそのはず、今まで言語化されてきた書籍がほとんど

どないからだろう。この書評ではその戦略の具体的な中身を紹介できないが、ぜひ手元に取って一読していただきたい。その完成度の高さに感動し、日々の診療における必携の一冊となるはずだ。また、本書はコンパクトなサイズでありながら、その内容は診断学書と呼べる範疇を超えている。記憶に定着しやすいフレームワーク(語呂合わせ)の作り方や、教育効果の高いカンファレンスのやり方といった教育における戦略についても触れられており、教育の場面でも大変有用である。また、病歴聴取における技法、患者への接し方や自分のコントロールの仕方といったプロフェッショナルリズムについてまで言及されており、臨床のバイブルと言っても過言ではない。

私は残念ながら著者との面識はないが、目の前にいる著者から直接レクチャーを受けているかのような感覚になった。おそらく、今まで学生や研修医の教育に情熱を注いできた著者の教育に対する熱い思いがそのまま書籍になったからであろう。学生・研修医はもちろん、中堅・ベテランの医師であっても自分に持ち合わせない戦略を得るきっかけになるのではないだろうか。

診断学を超えた臨床の バイブルとも言える一冊

今までの診断学書と大きく異なる点がある。臨床推論の具体的なトレーニング方法が詳細に述べられている点である。経験豊富なベテラン医師が患者を目の前にしてどのように考え、診察し、診断していくのか。その思考過程を身につけるためのトレーニングをどのように行えばよいのか。その具体的な方法論にも言及している。ここまで戦略戦略など書いてきたが、残念ながら具体的なイメージが湧きにくいと思う。それもそのはず、今まで言語化されてきた書籍がほとんど

今までの診断学書と大きく異なる点がある。臨床推論の具体的なトレーニング方法が詳細に述べられている点である。経験豊富なベテラン医師が患者を目の前にしてどのように考え、診察し、診断していくのか。その思考過程を身につけるためのトレーニングをどのように行えばよいのか。その具体的な方法論にも言及している。ここまで戦略戦略など書いてきたが、残念ながら具体的なイメージが湧きにくいと思う。それもそのはず、今まで言語化されてきた書籍がほとんど

服部リハビリテーション技術全書 第3版

蜂須賀 研二 ●編

大丸 幸, 大峯 三郎, 佐伯 寛, 橋元 隆, 松嶋 康之 ●編集協力

B5・頁1024
定価:本体18,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01757-2

評者 水間 正澄
昭和大学教授・リハビリテーション医学

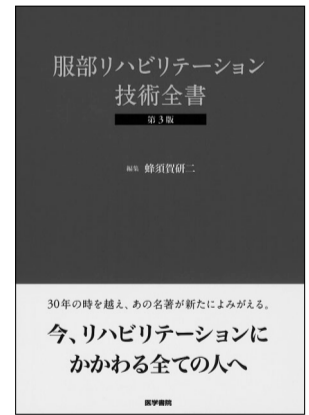
このたび、故・服部一郎先生の名著『リハビリテーション技術全書』が1984年の第2版から30年ぶりに『服部リハビリテーション技術全書』として改訂出版されました。新たな書は、その重厚さは変わりなく、イラストなどのスタイルも継承されており、わかりやすく親しみのある名著が戻ってきたというのが第一印象でした。蜂須賀研二先生を編者として企画から発刊まで14年以上をかけたとのことですが、初版からの理念や体裁を残しながら現在のニーズに沿ったものとして編集されました。蜂須賀先生のご苦勞に敬意を表します。

本書の初版が出版されたのは1974年ですが、服部一郎先生は初版の序文

に「本書を橋渡しとして、医師とセラピストが容易に対話できることを信じて……」「この本は図書室の棚の上に並べて置かれるものではなく、診察机や治療台の上に手垢にまみれて置かれるべき性質の本である」と記されています。

私が初めて本書を手にしたのはリハビリテーション医療にかかわり始めて間もないころでしたが、その存在は理学療法士の方から知らされました。当時から理学療法士また作業療法士の養成課程のテキストとしても活用されていましたが、臨床に役立つ貴重な実践書でもありました。以来、常に手元に置き、リハビリテーション処方を考えるとき、リハビリテーションに必要な機器やその使い方な

専門職種間の橋渡しの ツールとなる本



集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する クォーターリー・マガジン



INTENSIVIST
インテンシヴィスト

2014年 第3号発売
●季刊/年4回発行 ●A4変 200頁
●1部定価:本体4,600円+税
●年間購読料 19,008円(本体17,600円+税)
*年間購読は送料無料で、約4%の割引

編集委員
眞弓俊彦 産業医科大学救急医学講座
武居哲洋 横浜市立みなと赤十字病院集中治療部
藤谷茂樹 東京ベイ・浦安市川医療センター / 聖マリアンナ医科大学救急医学
林 淑朗 鉄血会豊田総合病院集中治療科 / The University of Queensland, Centre for Clinical Research
責任編集 志馬伸朗 藤谷茂樹

目次(予定)

1 巻頭言	9 EGDTの再考3:カテコラミン	15 【コラム】septic AKIにおける造影CTの適応
2 定義・診断	10 【コラム】ボラス輸液の功罪	16 リハビリテーション・長期予後
3 World Sepsis Day	11 【コラム】β遮断薬とseptic cardiomyopathy	17 敗血症に関する基礎医学の最新知見1:炎症
4 疫学	12 【コラム】septic encephalopathy	18 敗血症に関する基礎医学の最新知見2:凝固線溶系
5 SSCG2012と2008の比較	13 抗菌療法	19 敗血症と遺伝子多型
6 日本版敗血症診療ガイドライン	14 感染源コントロール	
7 EGDTの再考1:輸液		
8 EGDTの再考2:治療の指標(モニタリング):真のゴールは?		

2009年	2010年	2011年	特集	2012年	2013年	2014年(予定)
第1号: ARDS 第2号: Sepsis 第3号: AKI 第4号: 不整脈	重症感染症 CRRT 外傷 急性心不全	Infection Control モニター 栄養療法 急性肺炎		End-of-life 術後管理 PICU 呼吸器離脱	急性冠症候群 ECMO 神経集中治療 急性呼吸不全	疼痛・興奮・震妄 ICUルーチン Severe sepsis & Septic shock PCAS(10月発売)

高齢者に注意を要する薬剤をとりあげたビアーズ基準の日本版

これだけは気をつけたい 高齢者への薬剤処方

高齢者が服用する際に注意した方がよい薬剤について、その注意点や対応を解説したもの。代替薬やその使用方法がある場合には具体的に記載。米国の高齢者への薬剤投与に関するBeers基準の日本版。付録として常に服用を避けるべき薬剤一覧、既往歴から避けるべき薬剤一覧も掲載。

編集 今井博久
国立保健医療科学院・統括研究官
福島紀子
慶應義塾大学薬学部教授・社会薬学



胃と腸アトラス 第2版

I 上部消化管・II 下部消化管

八尾 恒良 ● 監修

「胃と腸」編集委員会 ● 編

[I 上部消化管] 芳野 純治, 小山 恒男, 岩下 明徳 ● 編集委員

[II 下部消化管] 小林 広幸, 松田 圭二, 岩下 明徳 ● 編集委員

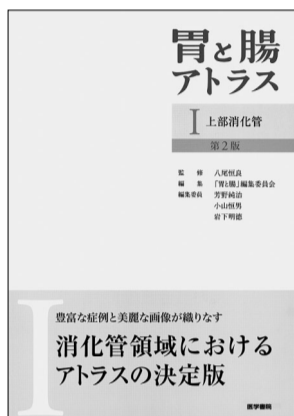
[I 上部消化管]
A4・頁400
定価: 本体14,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01746-6

[II 下部消化管]
A4・頁368
定価: 本体14,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01747-3

このたび、名著『胃と腸アトラス』が13年ぶりに全面改訂され、刊行となった。本書は、執筆者らが日常診療で遭遇する全ての症例を極めて丁寧に扱い、その経験の積み重ねにより成り立っていることが伝わってくる大著である。本書の最大の特徴はX線像や内視鏡像を中心とした臨床画像所見と病理学所見との対比に基づき、疾患解説が統合的になされていることである。取り上げられている疾患は、消化器診療に従事する上でその理解が必須とされる疾患から、発生頻度は少ないものの貴重な疾患まで多岐にわたるにもかかわらず、非常に質の高い画像で構成され、読者に理解しやすく解説されている。

また第2版では、初版では取り上げられていなかった咽頭の項が追加され、食道・胃・十二指腸・小腸・大腸のいずれの項においても扱われている疾患数は大幅に増えており、消化管で見られる疾患が各臓器別にほぼ網羅されている。さらに画像強調内視鏡や小腸内視鏡、カプセル内視鏡などの新たなモダリティも組み込まれている。第2版の画像は初版に比べてその質が飛躍的に向上しており、その一端を担った画像診断機器の進歩に心をはせながら、美しい画像に息をのみ、厳選され

美しい画像に息をのみ、 消化管疾患アトラスの決定版



評者 田尻 久雄

日本消化器内視鏡学会理事長／
慈恵医大主任教授・消化器・肝臓内科

た疾患をX線像や内視鏡像などを基に読み進むと時間が過ぎるのを忘れるほどである。何よりもX線像や内視鏡像が鮮明かつ十分に大きく、また随所に執筆された先生の渾身のエネルギーと溢れんばかりの情熱がほとばしっており、ページをめくる度に読者の心を惹きつけてやまない。本書は13年前に出版された初版がさらに洗練され、その間の消化器病学と消化器内視鏡学の進境が反映された書といえるであろう。

これから消化器病学ならびに消化器内視鏡学を志す若い医師の皆様にはぜひ本書を手元に置き、日常診療に生かすとともに今後の礎にしてほしい。すでに消化器診療に専心している医師の皆様にとっても、読み応えがあり、消化器疾患に対する理解をさらに深めるのに適した書であると考えられる。本書は、まさに“消化管領域におけるアトラスの決定版”であり、わが国の消化器病学ならびに消化器内視鏡学のさらなる進歩に大きく寄与するものと確信する。

最後に監修の八尾恒良先生、編集に当たられた「胃と腸」編集委員会、編集委員の芳野純治先生、小山恒男先生、小林広幸先生、松田圭二先生、岩下明徳先生ならびに執筆者の先生方のご尽力に心から敬意を表します。

ゝど治療内容を確認するときなどにも活用させていただきます。また、本書は幅広くかつ豊富な内容はもちろんのこと、豊富な図表は理解を深める大きな助けとなり、患者や家族への指導などにも役立たせてもらった記憶があります。そして、もちろんセラピストたちとの対話の橋渡しともなっております。

今回の第3版として再び出版されるにあたって、蜂須賀先生は服部先生の基本概念を継承しつつ時代とともに進歩するリハビリテーション医学に対応すべく随所に工夫をされたとのことである。内容については、使われなくなった手技は削除され、言語聴覚療法や地域リハビリテーションといった治療や新しい概念や疾患も追加され、リハビ

リテーション医学の現状やニーズに即したものとなっています。

この30年間に、リハビリテーションにかかわる専門職資格や制度が大きく変わり、介護保険制度の導入、回復期リハ病棟の新設などに伴い施設数や事業が拡大され、セラピスト数も大幅に増加しました。一方で、リハビリテーション科医が訓練室でセラピストと共に過ごす時間が以前より少なくなり、リハビリテーションの現場での医師とセラピストとの距離が広がってしまった印象もあります。このような時代であるからこそ、服部先生が本書の目的の一つに掲げた医師をはじめとしたリハビリテーション医療専門職種間の相互理解を促すツールとしても役立つものと思います。

ACC/AHA ガイドラインと脂質管理

ACC/AHAは、動脈硬化性心血管疾患(ASCVD)のリスクを減少させるための脂質異常症治療に関するガイドラインを2013年11月に発表した。第46回日本動脈硬化学会(会長=自治医大・永井良三氏, 2014年7月10-11日, 東京都新宿区)の特別企画「脂質管理のあるべき姿とは—ACC/AHAガイドラインの改訂を受けて」(座長=日医大・及川眞一氏, 国際医療福祉大大学院・佐々木淳氏)では、従来の管理基準から大きく刷新された当該ガイドラインについて論議が行われた。

◆脂質管理目標値を設定しないのは妥当か？

初めに、座長の佐々木氏がACC/AHAガイドラインを概説した。あらかじめ設定した質問に答える形で構成されており、その骨子は以下のとおり。

- 1) スタチンは一次/二次予防においてASCVDの発症リスクを有意に減少させる。
- 2) スタチン以外の薬剤によるリスク低下のエビデンスはない。
- 3) LDL-Cやnon-HDL-Cの治療目標値を設定できるようなエビデンスはない。

さらに同ガイドラインでは、スタチン治療が有益とされる集団を同定。①ASCVDを有する患者、②LDL-Cが190mg/dL以上の患者、③LDL-Cが70-189mg/dLの糖尿病患者(40-75歳)、④LDL-Cが70-189mg/dLでASCVD10年リスクが7.5%以上の非糖尿病患者(40-75歳)のいずれかに当てはまれば、スタチン治療を推奨している。

また、3)を踏まえて脂質管理目標値を設定していないのも特徴だ。これに対して佐々木氏は「ACC/AHAガイドラインに対する日本動脈硬化学会の見解」(学会HPに掲載)を紹介。「管理目標値を設定できるようなエビデンスがないという指摘に異論はない」とする一方、実臨床においては管理目標値があったほうが治療しやすいことから、「本邦の動脈硬化性疾患予防ガイドラインにおいては管理目標値を維持することが望ましい」と述べた。

三浦克之氏(滋賀医大)は、前述のASCVD10年リスクは米国のコホート研究を統合したデータを用いて作成されており、非ヒスパニック白人およびアフリカ系アメリカ人が対象であると解説した。さらにはASCVD発症イベントについて、米国は心筋梗塞優位だが、日本では脳卒中優位であることを指摘。ただし時代とともに日本の疾病構造も変化していることから、疫学的見地を踏まえ、日本に適した治療適用基準の作成が必要との見解を示した。

今回のACC/AHAガイドラインは、RCTやメタ解析によって有用性が証明されたエビデンスのみを採用しており、脂質管理目標値の設定、75歳以上の患者の推奨治療などは見送られた形だ。日本動脈硬化学会では、国内の状況も加味した次期ガイドライン改訂に着手しており、新たなエビデンスの構築が待たれる。

作業で語る事例報告

作業療法レジメの書きかた・考えかた

齋藤 佑樹 ● 編

友利 幸之介, 上江洲 聖, 澤田 辰徳 ● 編集協力

B5・頁176
定価: 本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01951-4

評者 宮前 珠子

聖隷クリストファー大教授・作業療法学

本書は、近年メキメキと頭角を現しつつある作業療法士、齋藤佑樹氏を中心に、友利幸之介氏、上江洲聖氏、澤田辰徳氏という4名の少壮気鋭の作業療法士の並々な情熱から生まれた。理論的には

情熱あふれる「作業に焦点を 当てた実践」への導入書

説明できても、臨床実践ではまだまだ十分に実施されていない「クライアントにとって重要で意味ある作業」を可能にする「作業に焦点を当てた実践」をどのように推進すればよいか、31例のケーススタディを通して紹介し、これから取り組もうとしていたり、現在悩みつづ取り組んでいたりする作業療法士に具体的道筋を示すものである。

前半の約80ページに「作業に焦点を当てた実践とは?」「作業療法の対象とプロセス」「作業に焦点を当てた実践のポイント」「代表的な学問、理論、評価法、治療手技」の4章を設けてこの実践に必要な基本的事項をかつまんで説明し、後半の約80ページに29名の著者による31例のケーススタディが、それぞれ見開き2ページに克明に記されている。

何とんでも本書の圧巻は、この

ケーススタディである。病院から施設、地域まで、身体障害者から小児、精神、終末期までの多様なクライアントの個

別的な難しい問題、希望、ニーズに対し、複雑に絡まってしまった糸を1本ずつ丁寧にほ

どくように対応し、「作業に焦点を当てた実践」のツールとして近年広まりつつある最新の理論や評価法を駆使しつつ的確に対処してゆくさまは感動的でさえある。これらのケーススタディを執筆した作業療法士の多くは20-30代ではないかと思われるが、クライアントの立場に立った真摯な取り組みと、新しい理論や評価法を身につけて着実に実践が行われているさまに力強さを感じ、作業療法の未来に明るい希望を感じさせられた。

「作業に焦点を当てた実践」にこれまであまり接触する機会がなかった方々は、ケーススタディをある程度読んでから前半の基礎編に進むほうがわかりやすいかもしれない。

また、本の装丁や本文の間に挿入されている写真も、とても力強く魅力的である。

非特異的腰痛の症状に応じた運動療法、痛みのある時からできる運動療法を紹介。

非特異的腰痛の運動療法 症状にあわせた実践的アプローチ

ひと口に「非特異的腰痛」といっても、前屈時の痛みと、後屈時の痛みではメカニズムが異なる。本書は、こうした腰痛のメカニズムを詳細に解説。主に非特異的腰痛を対象に理学療法評価を行い、それぞれの症状に応じた運動療法とホームエクササイズの方法を具体的に述べる。特に運動療法については、豊富なイラストおよび写真でビジュアルに解説。

荒木秀明
日本臨床徒手医学協会 代表理事



ポケレフ

INTENSIVIST御用達、最強の“備忘録”

ICUポケットレファランス

Pocket ICU

▶ハーバード大学医学部関連病院の蓄積された経験をもとに総力を結集して編纂。携帯性と機能性をとことん追求し、ポケットに入れて活用できる「備忘録」として、全53章の中に過不足なくコンパクトに凝縮。簡潔な記述により重症患者の管理に関し、エビデンスに基づいた実践的な情報を網羅。教科書「ICUブック」で勉強し、雑誌「INTENSIVIST」で知識を整理、そして現場では本書「ポケレフ」を活用。ICUに関わる全ての人のための最強布陣。

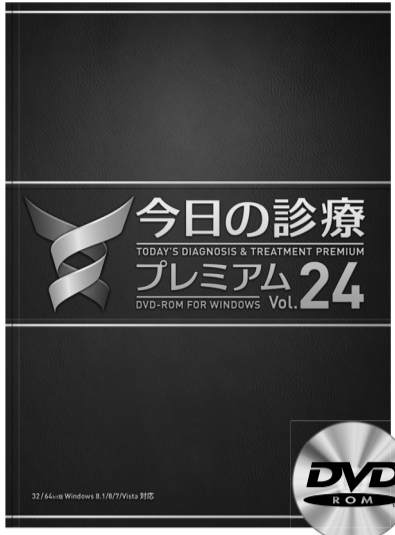
監訳: 林淑朗 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院集中治療科 部長
クィーンズランド大学臨床研究センター 名誉准教授

定価: 本体4,800円+税
B6変 頁416 図・写真71 2014年
ISBN978-4-89592-772-7

TEL: (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
FAX: (03)5804-6055 E-mail: info@medsci.co.jp

最新の医学知見を網羅した、総合診療データベース

今日の診療 プレミアム Vol.24 DVD-ROM for Windows



●DVD-ROM版 2014年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610025]

パソコンだけでなく、 スマートフォン・タブレット端末 でも「今日の診療」をご利用 いただけるようになりました。



※スマートデバイスの動作環境

iOS (4.3以降) 端末：
iPhone (4以降)、iPad、iPod touch (第4世代以降)

Android 端末：
Android 2.3以降搭載のスマートフォン、3.2以降搭載のタブレット

別途 Medical e-Shelf (MeS) アプリ(無料)のインストールが必要です。

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



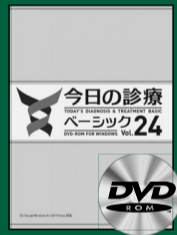
治療薬検索は独自機能でさらに便利に

「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「薬効分類」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。

データはパソコンにインストール可能

本商品(DVD-ROM)のデータは、パソコンにインストールすることができます。一度インストールしておけば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。
※インストール後、インターネット経由でのオンラインライセンス認証が必要です。本商品をインストールしたパソコンがインターネットに接続していても、インターネットに接続できるパソコンがあれば、認証作業を行うことができます。

骨格をなす8冊を収録した
「今日の診療 ベーシック Vol.24」も
ご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.24 DVD-ROM for Windows

価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610049]

※「今日の診療 ベーシック Vol.24」には、スマートデバイス閲覧権は付与されません。

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 2014年版 Update
付録の一部を除く全頁を収録
- ② 今日の治療指針 2013年版
付録の一部を除く全頁を収録
- 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
- ⑦ 臨床検査データブック 2013-2014
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2014 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
- 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
- ⑭ 医学書院 医学大辞典 第2版

8 medicina

Vol.51 No.8

特集 糖尿病患者を診る 治療と兼科のポイント

糖尿病患者の増加・高齢化に伴い、複数疾患を抱える糖尿病患者の割合が高まっている。そこで本特集では「兼科」を1つのキーワードとして、さまざまな疾患における糖尿病合併症例に対し、どうアプローチしていけばよいのか、またどのような時に糖尿病専門医へコンサルトすればよいのかを中心に解説している。すべての診療科で糖尿病患者を診る可能性のある今、ぜひ多くの医師に一読いただきたい。

INDEX

- 座談会：糖尿病医と各科医の院内連携を考える!
- I章：糖尿病診療の基本
- II章：併存疾患からみた治療と兼科のポイント
- III章：糖尿病診療に関する最近のトピックス

●1部定価:本体2,500円+税

▶来月の特集 (Vol.51 No.9)

ここが知りたい 循環器診療 パールとピットフォール

▶2013年増刊号 (Vol.50 No.11)

内科診療にガイドラインを生かす ●特別定価:本体7,200円+税

連載

- 総合診療のプラクティス 新
- そのカルテ、大丈夫ですか? -誤解を避ける記載術-
- 目でみるトレーニング
- 魁!! 診断塾
- Step up 腹痛診療
- 西方見聞録
- 患者さんは人生の先生
- 研修医に贈る-小児を診る心得-
- 失敗例から学ぶプレゼンテーション -患者説明から学会発表まで-

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総合診療誌「JIM」

JIM

Vol.24 No.8

特集 感染症を病歴と診察だけで診断する!

企画：志水太郎 (ハワイ大学内科)・忽那賢志 (国立国際医療研究センター-感染症内科)

感染症は最も医師の初期診療技術が問われる分野の一つかもしれない。「不明熱」「免疫不全の感染症」のように困難なものから、「見ればわかる」というような疾患まで、診断の鍵を握るのが病歴や身体診察といった基本的診察手技であることもよく見られるからである。今回の特集では、そのような初期診察技術がキラリと光る感染症症例を取り上げながら、診断のポイントを紹介していきたい。昨今、国際的な診断思考過程の基本的概念とされてきた **System 1** (直観的思考)、**System 2** (分析的思考) に倣い、その概念をディフォルムした形で2部構成として企画した。

INDEX

【総論】本特集の活用仕方 **System 1** と **System 2** を中心に……………志水太郎
感染症の診断学……………忽那賢志

【System 1 電光石火の感染症 Snap Diagnosis】

赤いカメレオン! 多彩な症状に騙されるな……………和足孝之のど痛いねん!……………十倉 満
手足は病気を語る……………渡辺貴之
初キスは苦い味……………西野宏一
秋〇〇はよめに食わずな……………伊東直哉
天の采配……………朴澤憲和
手は口と併せてモノを云う……………小松真成

【System 2 理詰めで追い詰める感染症】

ドイツっぽくない麻疹……………國松淳和
感染性胃腸炎=「除外×2」、のち「落とし穴×3」、ところにより一時市中腸炎……………佐田竜一
一人も病気も見かけじゃない……………羽田野義郎
祇園にて 耳をすませば 三味の音……………北 和也
航海の果てにたどり着く 熱帯の赤い海に浮かぶ白い島……………忽那賢志

【JIMで語ろう】公開収録「見逃してはならない」疾患の除外ポイント(第2部)

……………秋原将太郎・徳田安春

▶来月の特集 (Vol.24 No.9)

臨床医のための産業医マニュアル

●1部定価:本体2,200円+税

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。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。

2014年 年間購読料 (冊子版のみ)

▶ medicina 38,250円(税込) —増刊号を含む年13冊—

▶ JIM 27,940円(税込) 個人特別割引26,520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