

2018年5月14日
第3272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] 卒前教育で技能・態度をどう教え、評価するか(伴信太郎、鈴木康之、清水貴子、山口育子) / [視点] 心臓外科医海外流出(福原進一)..... 1—3 面
- [FAQ] 知っておきたい、病棟でのかゆみの対処(鶴田大輔)..... 4 面
- [連載] 身体所見×画像×エビデンスで迫る呼吸器診療..... 5 面
- MEDICAL LIBRARY,他..... 6—7 面

座談会

卒前教育で技能・態度をどう教え、評価するか



鈴木 康之氏
岐阜大学医学教育開発研究センター教授/
日本医学教育学会理事長



伴 信太郎氏=司会
愛知医科大学医学教育センター長



清水 貴子氏
聖隷福祉事業団顧問



山口 育子氏
認定NPO法人ささえあい医療人権
センターCOML 理事長

近年、日本の医学教育は卒前教育から専門医制度まで改革が及んだ。その背景にはより質の高い医師の養成という社会の求めがあり、国際標準への対応も意識されている。卒前教育では転換がどのように進み、何が課題となっているか。現状を踏まえ、これからの卒前教育はどうあるべきか。

本紙では、卒前教育に長年携わる日本医学教育学会前理事長の伴氏を司会に、同学会理事長を務める鈴木氏、臨床教育にかかわってきた清水氏、患者・市民の立場で発信を重ねる山口氏の4氏による座談会を企画。診療参加型臨床実習とPost-Clinical Clerkship(以下、Post-CC) OSCEを中心に、卒前教育の現状を整理した上で、その指導内容と評価方法について提言がなされた。

伴 医学教育は制度の変革が進みました。卒前教育では2000年代に入り、医学教育モデル・コア・カリキュラム(以下、コア・カリ)や共用試験(OSCE)が導入されました。近年では医学部に国際基準での認証評価を求めた2010年のECFMG(米国の外国人医師卒後教育委員会)宣言を発端に、臨床実習の在り方を含む議論が活発化しています。卒後教育でも臨床研修の必修化と見直しが進められ、2018年には新専門医制度が始まるという大きな動きがありました(表1)。

医学教育を担うセンターがほとんどの医学部に誕生するなど、大学は研究機関としてだけでなく、教育機関としての性格が強まっています。今後も、充実した教育を求める流れはますます進んでいくでしょう。本日は、医学生に何を指導し、どう評価すべきか、それぞれの立場から具体的に提言していただきたいと思います。

臨床実習は量ではなく質、医師としての基礎的能力の涵養を

伴 卒前教育を規定するコア・カリは2016年度に改訂され、「臨床実習は診療参加型を基本形態とする」と明記されました。今後はどの大学も臨床実習にさらに力を入れることになります。

鈴木 診療参加型臨床実習の必要性が訴えられ始めたのは、医学生が実施できる医行為を定めた旧厚生省の前川レポート(1991年)の頃です。ついにコア・カリに全面的に取り入れられることとなりました。

山口 患者の立場からは、early exposureの教育効果に期待します。見学型実習では得られない経験が医学生としての自覚を促し、倫理的成長にもつながるでしょう。

伴 一方で、臨床実習に関する議論には懸念もあります。ECFMG宣言の影響を受け、あらゆる大学が臨床実習期間の延長に躍起になっていることです。「臨床実習は72週以上にすればよい」などという、内容ではなく期間に主眼を置いた議論にすり替わってはいないでしょうか。

●表1 近年の医学教育の主な動き

医学教育モデル・コア・カリキュラム: 2001年3月に策定、2007年度、2010年度、2016年度に改訂
共用試験(OSCE): 2002年から試行、2005年から正式導入(1996年から日本医学教育学会が「基本的臨床技能の教育法」ワークショップを開催しOSCEを啓発)
医師国家試験: 2003年・2007年・2011年・2015年に改善検討部会報告
医師臨床研修制度: 2004年に必修化、2010年・2015年に見直し、2020年に見直し予定
医師養成のグランドデザイン(全国医学部長病院長会議): 医師養成システムについて2007年に提言、地域医療とグローバル化について2011年に提言、医師養成の質保証について2016年に提言
医学教育分野別評価: 2010年のECFMG宣言を受け、2012~16年に試行、2017年から日本医学教育評価機構(JACME)による評価開始
Post-Clinical Clerkship OSCE: 2017年度から23大学で試行、2020年度より全大学で導入予定
新専門医制度(日本専門医機構): 2018年から開始

鈴木 確かに、臨床実習の準備に関する議論では、期間を延ばすための外形的なカリキュラム改革に重きが置かれている印象を受けます。

伴 72週とはよく耳にしますが、ECFMG代表の言葉によれば、重要なのは期間ではなく、診療参加型臨床実習として十分な内容かどうかです。求められるのは「量ではなく質」とあら

ためて強調したいと思います。

しかしながら、診療参加型臨床実習で、医学生に何を提供するかは悩ましいですね。

鈴木 「診療参加」という言葉から、指導者も医学生も、採血や縫合といった検査・手技をたくさん体験するという意味にとらえがちです。しかし、そうではありません。医療チームの一員として患者や他職種の話聞き、的確な診察に基づく診療録を作成し、診断とケアプランを自分で考え、指導医とディスカッションすることが、「診療

(2面につづく)

●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・PR部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ〈http://www.igaku-shoin.co.jp〉もご覧ください。

May
2018

新刊のご案内 医学書院

皮膚科レジデントマニュアル

編集 鶴田大輔
B6変型 頁344 4,800円 [ISBN978-4-260-03439-5]

AO法骨折治療 Hand

原著 Jupiter JB
監訳 田中正
A4 頁576 26,000円 [ISBN978-4-260-03241-4]

リハビリテーション医学・医療コアテキスト

監修 日本リハビリテーション医学会
総編集 久保俊一
編集 加藤真介、角田 亘
B5 頁344 3,600円 [ISBN978-4-260-03460-9]

上肢運動器疾患のリハビリテーション [Web動画付]

関節機能解剖学に基づく治療理論とアプローチ
中岡 健
B5 頁160 4,000円 [ISBN978-4-260-03453-1]

週数別 妊婦健診マニュアル

藤井知行
B5 頁408 9,000円 [ISBN978-4-260-03601-6]

看護を教える人のための 経験型実習教育ワークブック

編集 安藤史子、北川 明
B5 頁192 2,700円 [ISBN978-4-260-03591-0]

実習指導を通して伝える看護 看護師を育てる人たちへ

吉田みつ子
A5 頁176 2,300円 [ISBN978-4-260-03529-3]

座談会 卒前教育で技能・態度をどう教え、評価するか

<出席者>

●ばん・のぶたろう氏

1979年京府医大医学部卒。同大小児科研修を経て、80年米国クレイトン大家庭医学科レジデント。83年国立長崎中央病院にて卒後研修指導医。89年川崎医大に移り、93年より同大助教授、98年より名大教授。2009～16年に日本医学教育学会理事長を務めた。17年より現職。

●すずき・やすゆき氏

1980年岐阜大医学部卒。高山赤十字病院、北里大病院を経て、83年より岐阜大小児科助手。89年より小児科講師として臨床実習を担当し、98年同大助教授、2001年同大医学教育開発研究センター教授。08年より同大大学院医学教育学分野主任を務める。16年日本医学教育学会理事長に就任。

●しみず・たかこ氏

1981年浜松医大卒。複数の病院を経て、94年聖隷浜松病院神経内科。2002年より総合診療内科部長、03年より副院長・研修センター長を兼任。04年の医師臨床研修制度発足時から長年、プログラム責任者としてかかわった。現在、厚労省医道審議会の部会委員として、Post-CC OSCEと国試、臨床研修制度の改善にかかわる。

●やまぐち・いくこ氏

自らの疾患体験から、患者の自立と主体的医療への必要性を痛感していた1991年にCOMLと出合う。92年から相談、編集、渉外などを担当。2002年に法人化したNPO法人ささえあい医療人権センターCOMLの専務理事兼事務局長を経て、11年8月理事長に就任。JACME（日本医学教育評価機構）、医療系大学間共用試験実施評価機構理事。18年6月20日に『賢い患者』（岩波書店）を発行予定。

(1面よりつづく)

参加」として重要と私は考えています。
清水 同感です。当事業団は大学から選択実習として1～2週間の臨床実習を受け入れますが、基本的にはコミュニケーションを重視して進めます。この実習では初期研修医と同様に、患者さんからの病歴聴取と、その後の検査・治療計画の立案までを行います。基本的な医療面接と身体診察から必要情報を得る重要性を卒前に実感してほしいとの思いからです。

伴 診療参加は手技に傾倒するのではなく、医師―患者間コミュニケーション能力などを身につけてほしいと私も思います。

鈴木 診断・治療技術は卒後の集中的な訓練で習得できますから、医学生にチームの一員としての役割と意識を持たせることを臨床実習では目標にしてほしいですね。

山口 提案ですが、医学生が到達すべき最終目標と、そこに至る目標を段階的に医学生に示せば、コミュニケーション能力の系統的な養成につながりませんか。医学教育の現状では、コミュニケーション教育は「行き当たりばったり」感が否めないのも、このような方法があるとういと感じます。

鈴木 医学教育は「何を教えるか」から「どういった医師を育てるか」というアウトカム基盤型教育（Outcome-Based Education）に変わってきたので、最終目標とそこまでのステップを記し



た文書は各大学に存在するはずですが、それを臨床実習の内容と対応させ、実習目標に落とし込んでいくことで、臨

Post-CC OSCE だけに頼らない、学生の評価方法が求められる

伴 臨床実習前、4年次に行われるOSCEは、医学生が臨床実習を行える水準にあることの担保を目的に行われます。臨床実習後に行うPost-CC OSCEは、臨床実習の成果を測り、医学部を卒業させてよいかを判断する試験の一部に位置付けられようとしています。Post-CC OSCEは技能・態度を評価する試験として、2020年度から全大学での導入に向け、現在は一部の大学で試行されています。

OSCEとPost-CC OSCEの位置付けについて、率直な考えをお聞かせください。OSCE導入時から実施にかかわり、現在は医療系大学間共用試験実施評価機構理事でもある山口さん、いかがでしょうか。

山口 OSCEは臨床実習前の「仮免許」として一定水準にあるとはいえ、臨床との隔たりが大きい点は課題です。特にコミュニケーションでは「マニュアル通り」過ぎる点が、OSCEの医療面接の改善点だと考えています。

2017年度から試行が始まったPost-CC OSCEの医療面接の内容はOSCE未満にとどまっているのではないのでしょうか。OSCEの医療面接は10分間の課題であるのに対し、Post-CC OSCEでは単独項目ではなく、医療面接＋身体診察を12分間、そして指導医に報告するまでを合計16分間で行う課題です。それだけに、医療面接の内容が薄くなってしまっています。

鈴木 Post-CC OSCEでは臨床推論が重視されています。その関係で、コミュニケーションの優先順位が相対的に下がっているように感じられます。

山口 ですので、医療面接でのコミュニケーションをPost-CC OSCEでしっかり評価すべきです。独立項目として、臨床に近いレベルのコミュニケーション能力を測る試験を行う必要性を感じます。医師国家試験は知識のみを評価する試験です。技能・態度はPost-CC OSCEでしか評価できないことを考慮

床実習でのコミュニケーション教育をより系統的にできるのではないのでしょうか。

しなければなりません。

清水 Post-CC OSCEは、自大学の医学生が医師として患者さんの前に出てよいかどうか、大学側が判定することを目的に導入されます。いわば、育てた医学生が医師として国民の前に立つことができるか、各大学が責任を持って判断するという関門です。

伴 臨床研修に十分な技能・態度を医学生が持ち合わせているかどうか、大学に判断させるPost-CC OSCEが導入される以上、大学のオートノミーに高い水準が求められていると感じます。

その中で、Post-CC OSCEは、あくまでも実技評価の一部を担うという位置付けにすることが大切です。卒業判定材料として導入されるとはいえ、その結果だけが技能・態度の評価として卒業の可否に影響を及ぼし過ぎてしまうと、医学生はPost-CC OSCE対策ばかりに追い込まれるでしょう。すると医学生は、臨床実習で医療面接の技能を鍛え、ベッドサイドで患者の話を聞く態度を養うという本来めざすべき方向ではなく、付け焼き刃のスキル習得へと走る事態に陥る可能性もあります。

Post-CC OSCEという標準化された試験も必要ですが、臨床実習中の技能・態度の適切な評価がより重要であるという認識を忘れてはいけません。

●表2 Mini-CEX 評価票の項目（主なもの）

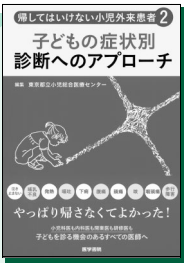
症例の内容：概要を記述
診療場所：一般外来、救急外来、入院患者、その他のいずれかを選択
患者：年齢、性別、新患か再診かを記録
課題の難易度：易しい、中等度、難しいのいずれかを選択
課題の目的：情報収集、診断、治療、カウンセリングのいずれかを選択
評価：1～3：不十分である、4～6：合格圏内である、7～9：優れているのうち一つを選択（9段階）。評価項目は以下の7つ。
①医療面接技能、②身体診察技能、③ヒューマニティー/プロフェッショナリズム、④臨床判断的確性、⑤カウンセリングの対応能力、⑥段取り/手際の良さ、⑦臨床能力の総括的評価（概略評価）
コメント欄：自由記述で記載

その子を帰して大丈夫？ 見逃しを防ぐためにレッド&イエローフラッグを身につけよう！

帰してはいけない小児外来患者2 子どもの症状別 診断へのアプローチ

『帰してはいけない小児外来患者』に続編が登場！ 泣き止まない、哺乳不良、発熱、嘔吐、下痢、腹痛、頭痛、咳、咽頭痛、歩行障害……、多様な主訴で外来を訪れる患者の中に、帰してはいけない子どもが紛れていないか？ 判断に悩みがちな17症状のレッド&イエローフラッグ、診断へのアプローチ、そして帰宅の判断（グリーンフラッグ）をまとめた。臨場感あふれる症例も掲載。危ない症状に気づけるようになる、実践的な1冊。

編集 東京都立小児総合医療センター



座談会

しいからです。ですから、評価者には主観的でありながらも責任を持って判断する「責任ある主観」の意識を持って、学生を評価していただきたいです。

医学生にプロフェッショナルリズムを育む教育方略を

伴 ここまで、診療参加型臨床実習の目標設定や卒前教育の成果の評価方法について、医療面接を中心に議論が及びました。その背景にある課題は医師としての技能・態度について、どのような教育方略を取るべきかです。この点は臨床実習前からの教育も重要です。卒前教育全体の視点から、どのような教育が求められるのでしょうか。

清水 コア・カリにも示されている「プロフェッショナルリズム」に関する教育の拡充がポイントだと思います。臨床研修の到達目標の見直しと合わせ、卒前・卒後の一貫性が図られました。卒前から医師として求められる基本的価値観と資質を教える体制が重要です。

特に卒前教育では、「生涯を通して医師に求められる資質は何か」を考える機会を継続的に作ってもらいたいです。すでに講義等で教育の機会がありますが、そこからさらに一步踏み込んで、プロフェッショナルリズムが医師の全ての行いの土台として欠かせないことを、医学生には理解してもらわなければなりません。

伴 学生時代を通して身につけなければならない医学生物学的知識は圧倒的な量です。入学時に持っていた医師としての理想や希望を、試験や臨床実習に追われるうちに忘れてしまうこともあるでしょう。医学生の感性に訴える機会が必要だと思います。どのような手立てがあるのでしょうか。

清水 自分のキャリアを考える機会を講義などで定期的に作るだけでなく、患者さんに相対する診療参加型臨床実習を題材として効果的に活用したいものです。臨床実習では、どんな医学生でも患者さんを前にすれば、医師として何が求められるかを自ずと考えます。

鈴木 今後は、臨床実習を拡充する際に留意すべき報告があります。Hojat らの研究¹⁾では、医学生の臨床実習前後の共感性を Jefferson Scale of Physician Empathy で調べています。共感性はプロフェッショナルリズムに通じる指標だ

と思うのですが、1年間の臨床実習後に低下するのです。こうした懸念を考慮して、丁寧に指導する必要があるでしょうね。

清水 例えば態度では、ベッドサイドで患者さんと話すときには、しゃがんで視線をそろえるといった細かなことから教える必要があるでしょう。教育だけでなく、臨床、研究も行う大学の指導者が忙しいのは重々承知していますが、どんな医師を育てたいかを踏まえ、指導者には教え方を深めてもらいたいです。

伴 医学生が医師として社会に出るために、医学生へのプロフェッショナルリズムの養成教育は欠かすことができません。講義、実習を通じて医師として何が大事かを再認識する機会を設ける工夫が求められるわけですね。

＊

伴 本日の議論を踏まえ、それぞれのお立場から読者へメッセージをいただけますか。

山口 診療参加型での長期の臨床実習により、入院患者と医学生のかかわりは増えます。患者はその側面では医学教育の協力者です。臨床実習の受け入れを要請するだけでなく、どんな協力が必要か積極的に患者に伝えてほしいです。

清水 医師には診断・治療の高い技術が求められますが、それ以前に基本的価値観としてプロフェッショナルリズムを培うことが求められます。卒前・卒後の到達目標の一致が図られた今、プロフェッショナルリズムを卒前から生涯にわたって一貫して教育する仕組みの構築を進めるべきと感じます。

鈴木 今日は卒前教育の課題を中心に話し合いましたが、日本の医師の仕事ぶりは世界に誇れるものがあります。改善点の克服だけでなく、日本の医療のよさをさらに伸ばす教育をめざし、臨床実習の充実に努めていきます。

伴 近年の医学教育システムの大転換をポジティブに生かし、医学生が患者に共感する姿勢と態度が醸成される医学教育を充実させていきたいと思います。医学生の指導に当たる皆さま、これからもよろしく願いいたします。

(了)

●参考文献

1) Med Educ. 2004 [PMID : 15327674]

視点

心臓外科医海外流出

福原 進一 ミシガン大学心臓外科アシスタントプロフェッサー



米国で活躍するある日本人外科医より興味深いリストを見せてもらった。現在米国で臨床に従事する日本人心臓外科医のリストだ。2017年時点で74人である。そのほとんどが成人心臓外科を専門とする、卒後8～20年ほどの医師だ。さらに、カナダやヨーロッパでも多くの日本人心臓外科医が臨床に従事している。約1500人の専門医を有する規模の診療科（註）でこれほどの数が海外にいるのは、正常ではない。単純計算でも約5%の実働部隊が海外に出ているのだ。医師不足が叫ばれる昨今、この数字はどう映るだろうか？

◆大きく変貌する臨床留学の意義

「医師免許がなくてもできる仕事はいたしません」——人気テレビドラマ「Doctor-X」の主人公、大門未知子の決めゼリふだ。私自身、日本での研修中に無数のいわゆる雑用をこなしたが、それらが完全な悪とは思わない。むしろそうしたことに耐え忍ぶ期間は社会人として重要と考えている。この考えは米国で専門医、指導医の立場になった今も不変だ。大門未知子が全否定するこの経験で培った根性は財産であり、米国での熾烈な競争の中で、その効果を遺憾なく発揮した。

その一方、日本での研修中は心臓手術を一例も執刀していないどころか、第一助手の経験も皆無だった。心臓外科医数に対し手術数が限られる国内の現状では、命に直結する心臓手術を若手に執刀させるのは確かに難しい。しかし、指導する側にその現状を打開しようという努力も残念ながらあまりみられない。

たった十数年前までは、海外臨床経験を持つ者は希少だった。国内診療は海外帰りの外科医頼みの側面が強く、しばしばパイオニアと呼ばれ、その影響力は絶大だった。今日の日本の心臓外科診療は彼らがけん引していると言っても過言ではない。一方現在では臨床留学自体がもはや特別ではない。留学目的もかつての“研修、武者修行”というあくまでTraineeのニュアンス

から、指導医になり、場合によっては名だたる施設のトップに登り詰める例まであり、多様性に富むようになった。つまり、心臓外科臨床留学は帰国を前提としないものに変貌しつつあるのだ。しかし、ほとんどの心臓外科関係者がこの事実気付いていない。

海外の生の情報が容易に手に入る現在、海外での臨床研修はますます身近になった。国内の厳しい研修事情と、大きく開かれた米国研修の門戸は、紛れもなく心臓外科医海外流出を加速させる大きな一因となっている。事実、アドバイスを求め筆者にコンタクトを取ってくる医学生、若手医師は後を絶たない。

国内の第一線で活躍している心臓外科医が引退する将来、国内診療はどうなるのだろうか？ 引退した医師の下に新たなポジションが生まれることで、海外組が帰国するはずとの楽観論がある一方、すでに多くの若手心臓外科医が海外で活躍の場を得ている。診療や研究のサポート体制は海外が圧倒的に恵まれている。指導医として診療を確立し滞在が長期になれば、家族や子どもの生活も現地に根付いており、帰国は大変難しい。

若手の海外流出は確実に加速化の一途をたどっている。個人的な印象ではあるが、優秀な人材に限ってその傾向は特に顕著である。水面下でよどみなく進むこの現象が顕在化する頃には、ひょっとすると手遅れなのかもしれない。近い将来の日本国内では、心臓外科診療の空洞化が大変危ぶまれる。

註：心臓血管外科専門医数から、血管外科と小児心臓外科に従事している者を除いた概算

●ふくはら・しんいち氏/2006年慶大医学部卒。同大病院心臓血管外科などで研修後、10年に渡米。米コロンビア大メディカルセンター胸部心臓外科レジデンシー、米ペンシルバニア大動脈外科フェローシップなどを経て、18年より現職。米国外科・胸部心臓外科専門医。

必要な医療福祉サービスが見つかる！ わかる！ 活用できる！

医療福祉総合ガイドブック 2018年度版

編集 NPO法人 日本医療ソーシャルワーク研究会



医療福祉サービスを利用者の生活場面に沿って解説したガイドブックの2018年度版。最新情報のフォロー、解説の見直しなどでより理解しやすい内容に！

医療保険、生活保護、年金保険、介護保険、障害者総合支援法、子どものいる家庭への支援、自然災害に対応する支援等、全国共通で利用頻度の高い制度から地域によって異なるサービスまで幅広く網羅。利用者からの相談に素早く、より確実に対応したい、医療福祉関係者必携の1冊。

●A4 頁312 2018年 定価：本体3,300円＋税 [ISBN978-4-260-03586-6]

医学書院

添付文書を網羅。さらに専門家の解説を加えた治療薬年鑑

治療薬マニュアル 2018

監修 高久史磨

公益社団法人地域医療振興協会・会長

矢崎義雄

国際医療福祉大学・総長

編集 北原光夫

農林中央金庫健康管理室・室長

上野文昭

大船中央病院・特別顧問

越前宏俊

明治薬科大学教授・薬物治療学

- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2017年に収載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を収載。web電子版の薬価情報は、2018年4月改定の最新版に更新。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 医薬品レファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

●B6 頁2752 2018年 定価：本体5,000円＋税 [ISBN978-4-260-03257-5]

ダウンロード型アプリケーションタイプもあります。

chimani.jp



医学書院

FAQ

患者や医療者のFAQ（Frequently Asked Questions；頻繁に尋ねられる質問）に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

知っておきたい、病棟でのかゆみの対処

かゆみは痛みと並び、患者さんが最も強く訴える症状の一つと言えます。しかしながら、痛みと異なり「緊急性がない」との医療者側の思い込みが、危険なかゆみを見逃す要因になると考えられます。

かゆみの原因は、①皮膚疾患によるものと、②全身疾患や精神疾患によるものの大きく2つに分けられます。

皮膚疾患によるものと判断できるかゆみの治療は比較的容易です。しかし、皮膚疾患ではなく、全身疾患が原因のかゆみや精神疾患に伴うかゆみの場合は対応に難渋することがあるので注意が必要です。たとえば皮膚疾患に伴うかゆみであっても、長期の治療を要する場合には対症療法に習熟しておかないと、患者さんを苦しめる期間が延長してしまいます。

日々患者さんと接する病棟では、重大なかゆみ以外にも、外来では聞くことのできなかつたちょっとしたかゆみの訴えも増えます。研修医や非専門医に知っておいてほしいかゆみの対処の基本をお伝えします。

FAQ 1 病棟で患者さんがかゆみを訴えたら、まず何を見て、どのような判断をすべきでしょうか？

そのかゆみが、皮膚疾患によるものか否かの鑑別が必要です。皮膚疾患以外のかゆみでは掻破痕（ひっかき傷）のみであり、注意深く見ても皮疹が無いことが特徴です。何らかの皮疹が存在すれば、次に皮膚疾患による皮疹（原発疹）なのか、あるいは掻破の結果生じたびらんや二次的に生じた痂皮（続発疹）なのかなどの鑑別が必要になります。

皮膚疾患によるかゆみかどうかの鑑別は、皮膚疾患であると確信できる「注意深い観察」こそが全てです。人の目は、「見ようとするもの」しか見えません。「見る気がないもの」は脳がスルーしてしまいます。必ず一度は立ち止まってじっくり観察し、「何か皮疹は無いか」「本当に無いと言えるか？」

今回の回答者

鶴田 大輔

大阪市立大学大学院医学研究科
皮膚病態学教授

つるた・だいすけ/1992年阪市大医学部卒、99年同大大学院博士課程修了。2000年米ノースウエスタン大細胞分子生物学教室ポスドクトラル・リサーチフェロー、05年阪市大講師、11年久留米大准教授などを経て13年より現職。専門は自己免疫性水疱症（天疱瘡・類天疱瘡）、乾癬、創傷治癒。「皮膚科レジデントマニュアル」(医学書院)を編集。

を確認すべきです。ベテランの皮膚科医ですら、最低10秒間は観察します。初学者や皮膚科医でない方には数十秒間じっと見つめてほしいと思います。トレーニングをしていない目には、残念ながら何も見えません。非専門医であっても、日々観察の練習が必要でしょう。スナップダイアグノーシスの練習ができるアトラスの教科書は多数存在します。一冊入手して時折トレーニングすることをお勧めします^{1,2)}。

鑑別に当たり、あらかじめ覚えておきたい皮膚疾患として、湿疹・皮膚炎群や蕁麻疹が挙げられます。

湿疹・皮膚炎群には接触皮膚炎、貨幣状湿疹、アトピー性皮膚炎などがあり、これらはかゆみを伴います。湿疹には①かゆみがある、②多様性がある、③点の要素があるといった特徴があります。

また、蕁麻疹も強いかゆみを伴います。蕁麻疹は「1日以内に消える」特徴があります。皮膚科に紹介する際には、マジックなどで皮疹に印を付けて、スマートフォンのカメラなどで、当日と翌日の写真を撮って添付するとよいでしょう。

Answer…皮膚疾患によるかゆみか否かを鑑別します。「注意深い観察」が大切です、数十秒間じっくり見つめ判断しましょう。

FAQ 2 皮膚疾患以外が原因と考えられるかゆみには、どう対処すればよいでしょうか？

皮膚疾患以外から生じるかゆみと判断すべきポイントを紹介します。かゆみを訴える患者を注意深く観察すると、ほとんどの症例で掻破痕を認めます。掻破痕が無い場合は、よほど辛抱強い方か、実際にはかゆくはない方ではないでしょうか。かゆみの定義は、「掻きたいという欲望を生じる感覚」³⁾ですので、普通は掻きます。皮膚疾患が無いことを確認した上で掻破痕が存在した場合には、全身疾患や精神疾患の精査を始めることが肝要です。皮膚

好評のレジデントマニュアルシリーズに「皮膚科版」が登場！

皮膚科
レジデントマニュアル

編集 鶴田大輔

診断、治療、検査、主要疾患へのアプローチなど、皮膚疾患診療に必要な知識を1冊に凝縮。コンパクトでありながらも、日常診療で目にする代表的疾患の臨床写真を多数収載。また、各疾患の頻度、好発年齢、男女比はアイコンで、好発部位はイラストで示すなど参照しやすい構成となっている。研修医、若手皮膚科医はもちろん、皮膚疾患を診るすべての医師が必携の1冊。

●B6変型 頁344 2018年 定価:本体4,800円＋税 [ISBN978-4-260-03439-5]

医学書院

疾患以外から生じるかゆみは次の通りです⁴⁾。

- 肝胆道系疾患：原発性胆汁性肝硬変、胆汁うっ滞症、肝硬変、肝炎
- 腎疾患：慢性腎不全、血液透析
- 内分泌・代謝疾患：糖尿病、甲状腺機能異常、痛風
- 血液疾患：真性多血症、鉄欠乏性貧血
- 悪性腫瘍：悪性リンパ腫、慢性白血病、内臓悪性腫瘍
- 神経疾患：多発性硬化症、脳腫瘍
- 精神疾患：神経症、うつ病、寄生虫妄想、心因性
- 感染症：HIV感染症、寄生虫疾患
- その他：妊娠、更年期、薬剤、食品

精神疾患が隠れている場合があることも念頭に置く必要があります。ただし、抗ヒスタミン薬が無効だからと言って、即座に精神疾患と判断してはならないことは言うまでもありません。ルーティンの血液検査で見落としやすい甲状腺機能異常も忘れないよう確認しましょう。

Answer…掻破痕に注目します。皮膚疾患の可能性が無いようであれば、皮膚疾患以外の原因を想定し、精査を進めましょう。

FAQ 3 かゆみを訴える患者さんに対し、研修医や非専門医はどのような治療選択を取ればよいでしょうか？

かゆみに対し患者は、「掻きたい」という欲望を持ちます。少々掻く程度であれば良いのですが、掻破により、①バリア破壊による外界からの抗原物質、病原微生物の侵入、②軸索反射やサイトカインの産生による皮膚病変の増悪を招きますので、必要以上の掻破は避けなければなりません。

皮膚疾患によって生じるかゆみであれば、皮膚疾患を治療することが必要です。この場合、皮膚疾患の治療は皮膚科医によって行われることが肝要です。経過に対する患者への説明責任がありますし、誤った診断から取り返しのつかない事態につながることもあるからです。皮膚疾患を疑う場合には、皮膚科に紹介したほうがよいでしょう。

皮膚疾患以外によるかゆみ、つまり、掻破痕しか認めない場合は全身検索を進め、原因治療を行います。ただし、全身検索から疾患確定までにはどうしても時間がかかります。この間、皮膚を傷めることなく、できるだけかゆみを抑える必要があります。皮膚が乾燥して、神経刺激を起こしている可能性があれば、保湿剤の塗布は有効です。乾燥により、表皮内神経伸長を来しますので、特に推奨されています⁵⁾。

ヒスタミンの刺激によるかゆみは蕁麻疹などの皮膚疾患以外にもヒスタミン遊離物質を含む食物（タケノコ、ホウレンソウ、サトイモその他、チョコレート、ココア、赤身の魚なども報告されている）でも起こるので、摂取回避が必要です。透析患者や肝疾患患者のかゆみにはナルフラフィンが有効である可能性があります。

皮膚病理診断の入門書第2弾

実践！ 皮膚病理道場2 [Web付録付]

バーチャルスライドでみる炎症性／非新生物性皮膚疾患

日本皮膚科学会総会的好评教育講演の書籍化第2弾！今回は、アトピー性皮膚炎、アレルギー性接触皮膚炎、蕁麻疹、薬疹、天疱瘡、乾癬、ガングリオン、ヘルペスウイルス感染症、白癬、疥癬など、炎症性／非新生物性の皮膚疾患を収載。本書で観察すべきポイントを把握したうえで、Web付録のバーチャルスライドを観察することにより、病理診断のプロセスを身につけることができる。ビギナーからエキスパートまで必読の1冊。

編集 日本皮膚科学会

また、冷却は、知覚神経閾値を上昇させることでかゆみの抑制効果を発揮します⁶⁾。ぜひ試してみてください。

Answer…皮膚科医へのコンサルトが肝要です。疾患の確定までかゆみを抑えるには、保湿剤の塗布や冷却による方法が有効です。摂取を回避すべき食物もあわせて覚えておきましょう。

FAQ 4 専門医へコンサルトすべき症例とその判断のポイントは何か？

皮膚疾患は多岐にわたるため、皮膚疾患が疑われれば、どんな症例でも一度は皮膚科医に相談してください。また、皮膚科は現在、治療の選択肢が最も広がっている診療科でもあります。最新最善の治療を提供するためにも、コンサルトの必要度は高いでしょう。皮膚疾患以外のかゆみが疑われる場合も同様です。原因精査を進めつつも、やはり皮膚科医に紹介したほうがよいでしょう。たとえ臨床経験が豊富な専門外の医師であっても、見落としかねない疾患が隠れていることもあるからです。特に、伝染する可能性のある疥癬などは要注意です。

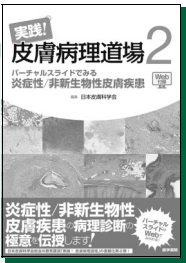
なお、コンサルトを受ける皮膚科医は、受診時に撮影された写真があると大変助かります。スマートフォンのカメラなど簡単に撮影できる方法でよいので、なるべく記録するようにしてください。また、可能であれば、患者さんに受診前の写真があるかも一言聞いてください。その後役立つことがあるからです。

Answer…皮膚疾患は多岐にわたるため、必ず専門医にコンサルトしましょう。受診時や受診前の写真があるとスムーズです。

もう一言 皮膚疾患とそれ以外の原因からかゆみの対処の仕方をご紹介しました。皮膚疾患によるかゆみには皮膚疾患の治療、「透析や肝疾患に伴うかゆみ」の場合はナルフラフィン、その他「乾燥に伴うかゆみ」の場合には保湿外用薬が基本です。しかし、このルールに従わないかゆみが多数あることを強調したいと思います。書籍『皮膚科レジデントマニュアル』(医学書院)では、研修医向けに日常診療で出会う可能性の高い疾患を紹介しています。各種皮膚疾患、全身疾患、精神疾患の適切な診断、病態の把握を行うことで、より適切な治療へとつなげていきましょう。

参考文献

- 1) 清水宏. あたらしい皮膚病診療アトラス. 中山書店；2015.
- 2) 出光俊郎編集. 内科で出会う 見ためで探す皮膚疾患アトラス. 羊土社；2012.
- 3) JAMA. 1964 [PMID: 14188877]
- 4) 江畑俊哉. 痒みを主徴とする皮膚疾患. 塩原哲夫, 他編集. 今日の皮膚疾患治療指針第4版. 医学書院；2012.
- 5) 宮地良樹. なぜかゆみは止めなければならないか？ 宮地良樹, 他編集. かゆみ最前線. メディカルレビュー社；2006.
- 6) 生駒見彦. かゆみと他の感覚の関係：どの感覚がかゆみを抑えるか？ 宮地良樹, 他編集. かゆみ最前線. メディカルレビュー社；2006.



身体所見×画像×エビデンス で迫る 呼吸器診療

肺病変は多種多形。呼吸器診療では、「身体所見×画像×エビデンス」を駆使する能力が試されます。CASEをもとに、名医の思考回路から「思考の型」を追ってみましょう。

第11回 紹介患者のピットフォール 皿谷 健

杏林大学呼吸器内科 講師

今回は番外編として、開業医や他科の先生から紹介されることがある症例の中で、特に注意しておきたい疾患を2つ紹介します。

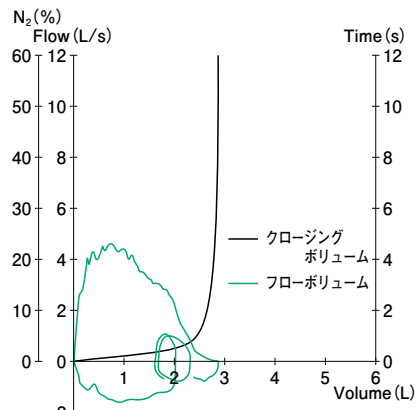
喀痰の喀出で消失する wheezes の原因は？

CASE 1 50歳女性。主訴は2年前からの労作時呼吸困難感と時々の喘鳴(wheezes)。脂質異常症で45歳から治療中。使用中の薬剤はスタチン系薬1剤のみ。家族歴なし、喫煙歴なし、飲酒なし。Vital signsは問題なし。頸部では気道の両側に柔らかい数cm大の腫瘍性病変を触知するが、熱感や発赤なし。発汗なし。頸部で時々のwheezesを聴取する（吸気および呼気時の両方で）。胸部ではwheezesを聴取せず。鎖骨上窩リンパ節や頸部リンパ節の明らかな腫脹なし。初診時の画像所見は図1の通り。

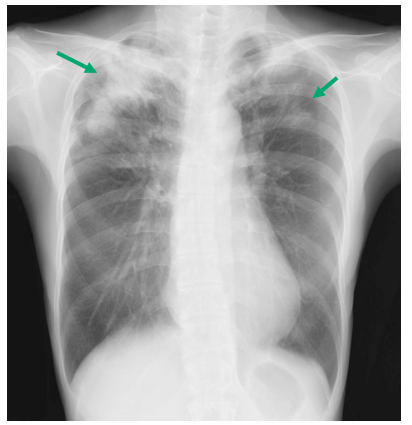
Wheezesの鑑別については第2回(3236号)の図2、頸部も含めた丁寧な聴診の重要性は第7回(3255号)

で紹介しましたね。Wheezesでは気管支喘息を必ず鑑別に挙げますが、気道狭窄や心臓喘息も考慮すべきです。Wheezesを生じさせる気道狭窄の原因には、甲状腺腫、肺癌や他臓器癌のリンパ節や気管への転移による気管内腫瘍/壁外圧迫、気管支内異物などがあります。本症例では身体所見（頸部の腫瘍）から、甲状腺腫が最も疑われ、X線画像でも確認できました（図1Aの矢印）。また、診断のヒントになったのは、「患者が咳払いをして喀痰を喀出するとwheezesが一気に消失したこと」です。

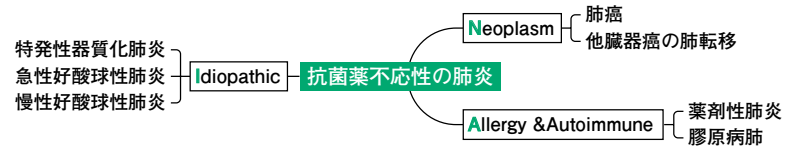
呼吸機能検査を追加オーダーすると、呼気時の波形がやや平坦に見え、山の頂上の部分の波形が乱れていました（図2）。これは中枢気道狭窄を疑うパターンです。頸部CTでも著明に腫大した甲状腺腫による気道の圧排、内腔の狭小化を認めたことから（図1B, Cの*）、甲状腺腫による中枢気道狭窄との診断に至りました。本症例では恐らく、喀痰のちょっとした貯留



●図2 初診時呼吸機能検査



●図3 胸部X線画像



●図4 抗菌薬不応性肺炎の主要な鑑別疾患群

がwheezesの出現に関与していたと考えられます。

一般的には、wheezesが無治療のまま短時間で消失するという状況はありません。しかし、気道狭窄のある部分でのちょっとした浮腫の増強や喀痰の存在がwheezesの原因となり得ます。本症例のように気道狭窄に喀痰を合併した場合や心臓喘息の場合は、体位変換や短時間でwheezesが消失することがあります。気管支喘息の場合には通常、wheezesの消失まで数時間から数日を要するので、診断のヒントになるのです。

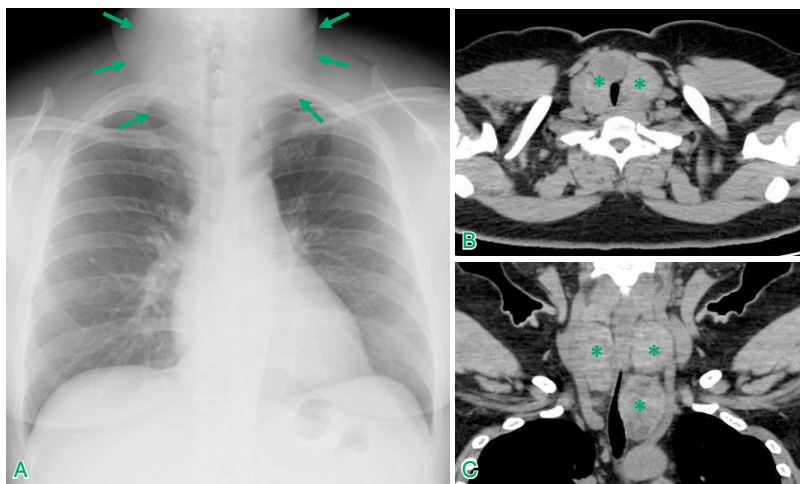
気道狭窄は気管支喘息と間違えられて治療されていることも非常に多いです。本症例のような甲状腺腫による気道狭窄はまれではあるものの、気道狭窄によるwheezesはよく遭遇する病態なので注意が必要です。

抗菌薬不応性肺炎の鑑別のポイント

CASE 2 50歳女性。2週間前からの37℃台の発熱（時々38℃台）と乾性咳嗽を主訴に受診。近医でペニシリン系抗菌薬やレスピラトリーキノロンを投与されたが、症状が改善せず来院。既往歴なし、内服薬なし、アレルギーなし、明らかな吸入抗原の暴露歴なし。全身状態は良好。Vital signsは血圧124/60mmHg、体温37.8℃、脈拍99回/分、呼吸数19回/分、SpO₂95%（室内気）。聴診では明かなう音なし。胸部X線では両側上肺野主体に非区域性的の浸潤影を認めた（図3）。

POINT

- Wheezesをすぐに気管支喘息と決めつけない。
- 抗菌薬不応性肺炎では、特発性、アレルギー、腫瘍性病変をまずは鑑別に挙げる。
- 非区域性的の肺炎像は抗菌薬不応性肺炎のヒントになる。



●図1 胸部X線画像（A）と頸部CT画像（B, C）

ホスピタリスト

さあ、**Hospitalist**を読もう。

患者全体を見すえた内科診療のスタンダードを創る

最新号 Vol.6 No.1 2018

特集 **腎疾患2**

責任編集
赤井 靖宏 奈良県立医科大学 地域医療学講座
今井 直彦 川崎市立多摩病院 腎臓・高血圧内科
長浜 正彦 聖路加国際病院 腎臓内科
清田 雅智 飯塚病院 総合診療科

本号から ReFresh!

好評! Hospitalistのマニュアル本

総合内科病棟マニュアル

編集 簡泉貴彦・山田悠史・小坂鎮太郎

B6変 頁784 図78
ISBN978-4-89592-884-7 2017年
定価:本体5,000円+税

2018年の特集予定
1号:腎疾患2
2号:糖尿病
3号:肝臓腫
4号:循環器疾患2

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)
※毎月お手元に直送します。(送料無料)
※1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

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

胸部のCT 第4版

編集 村田喜代史 上甲 剛 村山貞之 酒井文和

新刊

胸部CT診断の基準となる包括的テキストのベスト&ロングセラー、7年ぶりの改訂。胸部領域の新しい疾患概念や、肺癌のTMN分類や組織分類、癌取り扱い規約の改訂などを踏まえ、画像、記述内容ともに全面的にアップデート。臨床の現場で役立つ教科書を目指し、より疾患の解説に重点を置く構成となった。放射線科のみならず、呼吸器内科・外科、一般内科の医師にとっての必読・必備書。

胸部CTのバイブル、全面改訂!

●定価: 本体 15,000円+税
●B5 頁904 写真1540・原色図219・色図50
2018年
●ISBN978-4-8157-0118-5

好評関連書

腹部のCT 第3版

編集 陣崎雅弘

肝胆脾のCT・MRI
定価: 本体12,000円+税

腹部のMRI 第3版
定価: 本体13,000円+税

関節のMRI 第2版
定価: 本体15,000円+税

頭頸部のCT・MRI 第2版
定価: 本体14,000円+税

脳・口腔のMRI
定価: 本体15,000円+税

顎・口腔のCT・MRI
定価: 本体8,200円+税

TEL 03-5804-6051 113-0033 東京都文京区本郷 1-28-36
FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

Medical Library

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR部(03-3817-5650)まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

神経救急・集中治療ハンドブック 第2版 Critical Care Neurology

篠原 幸人 ● 監修
永山 正雄、濱田 潤一、三宅 康史 ● 編

A5・頁672
定価:本体6,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01754-1

本書の初版は2006年に出版された。約10年ぶりの待ちに待った、満を持した改訂といえる。

日本蘇生協議会(JRC)が国際蘇生連絡委員会(ILCOR)に加盟を果たしたのが2006年である。JRCはILCORへ国際コンセンサス(CoSTR)作成者を多数派遣し、2011年に「JRC蘇生ガイドライン2010」を、2016年に「JRC蘇生ガイドライン2015」を出版することができた。「JRC蘇生ガイドライン2010」の画期的なことの一つは、CoSTRでは心肺再開後集中治療で取り上げているのみの「神経蘇生」の章を含むことである。これは本書の初版のメンバーの力によるところが大きいと思われる。さらに「JRC蘇生ガイドライン2015」では脳を含む全神経系を対象とするため「神経蘇生」から「脳神経蘇生」へと章名が改められた。救急蘇生領域の集中治療ケアには、脳卒中のみならず全神経系への取り組みが必須であることが、監修者の篠原幸人先生が本書の第1章の冒頭で強調されていることでよく理解できる。

本書は「JRC蘇生ガイドライン2015」の勧告に基づいた実践の書で、集中治療の現場で役立つように構成されている。多数の分担執筆者によるものであるが、編集方針が一貫され、どの章を読んでも同じような記述形式であることが素晴らしい。各トピックの最初に「Pearls and Pitfalls」(ヒントと間違いやすい落とし穴)として注意点が要約されている。ここだけまず目を通すことで概要をつかむことができ

本紙編集室ではTwitter, Facebookにて、
毎週火曜日に更新情報をお知らせしています。

@igakukaishinbun

記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

評者 野々木 宏

静岡県立総合病院安全衛生監/
集中治療センター長

る。定義と原因に続き、「医療面接のポイント」「身体診察のポイント」や診療する上での注意点が記述され、診療の基本として何が重要であるかという著者らの姿勢がうかがえる。次に「初期対応」「その後の方針と各科へのコンサルテーション」とまとめられ、まさに実践の書であり、神経救急・集中治療がチーム医療であることが強調されている。最後には適切な文献が挙げられ、さらに探求したい読者にも優しい配慮である。

集中治療における重症者管理では、A、B、C、すなわち気道と呼吸、循環が優先されてきたが、同時にDである中枢神経の評価とその対応も求められることが本書を通読すると明らかになる。これまで神経学的な評価は、神経内科あるいは脳神経外科の先生方へのコンサルテーションでタイミングが遅れていた。本書により非痙攣性でんかん重積状態の存在や心拍再開後の体温管理療法による脳保護の重要性がよくわかる。大いに反省して本書の内容をぜひ現場で生かしたいと思う。あえて注文をするとすれば、JRC蘇生ガイドラインで触れられていた頭部外傷の集中治療に関する記載が本書では少ないため、今回の改訂時には検討いただけると幸いである。

救急蘇生は心肺脳蘇生であると約60年前にPeter Safar教授が提唱されていた通り、脳神経蘇生は現代の集中治療において誰もが認識している必要があり、これだけ神経系全体にわたって網羅されたハンドブックは、臨床の場で重宝することは間違いない。診療科を問わず、救急・集中治療に携わる多くの医師、そしてメディカルスタッフの方々に手に取っていただきたい一冊である。

精神障害のある救急患者対応マニュアル 第2版

上條 吉人 ● 著

B6変型・頁304
定価:本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03205-6

評者 小林 憲太郎

国立国際医療研究センター病院救急科

救急医療の現場に立つと、精神障害のある患者がいかに多いかという事実すぐに気付かされる。そして、その患者らが必要としている急性期医療が単に精神的な問題のみでは解決しないことを、身をもって感じるようになる。

実際、当院にも毎日のように薬物過量内服による意識障害、水中毒による痙攣、自傷による多発外傷など、精神疾患をベースとした外因性疾患の患者が数多く救急搬送されてくる。また、抗精神病薬内服中の副作用・合併症として尿崩症やイレウス、肺動脈血栓塞栓症、致死性不整脈など、重篤な身体的な疾患を来していることも決して珍しくはない。どれを取っても、まず必要となるのは身体的な問題に対する救急診療であるが、同時に精神障害への対応もある程度必要とされる。そのため、精神障害のある患者の診療に不慣れな医療従事者にとっては、救急初期診療自体に不安を覚えたり、初期診療が落ち着いた後の診療継続にも苦慮したりすることが多いのが現実であろう。

さらに、救急搬送の現場で精神障害の疑いをもたれるような患者が本当に精神障害であるのかは、実際に診療をしないと何もわからないという事実も目の当たりにする。不穏状態で暴れて

いる患者が、実は急性薬物中毒やアルコール離脱せん妄であったという状況は常に考えておくべきであるが、その診断に至るようになるにはそれなりの経験や考え方が必要である。つまり救急医療に携わる者は、精神障害のある患者がどのような身体的問題にさらされることが多いのか対処・治療法も含め知っておく必要があり、また精神障害があるように見える患者に対しては本当に「精神障害」なのか鑑別し、本来必要な治療につなげていく能力も持ち合わせなければならない。

しかし、こういった診療能力を身につけていく方法はどんな専門書にも書かれておらず、これまでは実際の診療現場で経験を積んでいくしかなかった。本書は、救急と精神両方の専門的立場から語ることのできる上條氏だからこそ書くことのできた、「救急」と「精神」のはざままで日々救急診療を行っていく上での唯一のマニュアルである。改訂第2版となり近年話題となった「危険ドラッグ中毒」などの新たな項目も加わり、よりベッドサイドに近い臨場感のある本となった。医師だけでなく、救急医療に携わる全ての医療従事者にぜひ熟読いただきたい良書だ。

《ジェネラリストBOOKS》 病歴と身体所見の診断学 検査なしでここまでわかる

徳田 安春 ● 著

A5・頁210
定価:本体3,600円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03245-2

徳田安春先生の『病歴と身体所見の診断学』を拝読した。一読してこれは画期的な本だと思った。それは凡人が名医に到達する方法が

この本の「序」では、エキスパート診断医の無意識の暗黙知とは一体何なのかということが説かれている。通常この暗黙知については、エキスパート診断医本人も説明できず、ブラックボックスであると考えられている。それを徳田先生は「この暗黙知、実は究極的には条件付き確率理論なのです。ベイズの理論ともいいます」と喝破されている(「序」より)。ベイズの理論と言うと事前確率をオッズに変換し、尤度比をかけて得られたオッズをさらに変換して事後確率を得るという煩雑なイメージがある。確率とオッズの変換が苦手な私は、実際に尤度比を使って診断したことはなか

った。そもそも事前確率をどのように見積もるのか、ということもわかっていなかった。この本には事前確率の求め方の一つとして「稀であれば0.1%、比較的にコモンであれば1%、かなりコモンであれば10%」というざっくり見積もる方法が紹介されている(p.16)。またノモグラムを使用するため、事前確率と尤度比がわかれば面倒な計算をせずに事後確率を得ることができる。

以前からよくわからなかったのは、症状や所見の尤度比が教科書に書かれていても、どのような場合にそれらを組み合わせるとよいのかということだ。それらの症候が「独立」であれば組み合わせるとよく、「独立」でなければ組み合わせてはならないのだが、私は今まで具体例を挙げて説明しているものを読んだことはなかった。この本では全19症例の全てで、毎回尤度比とノ

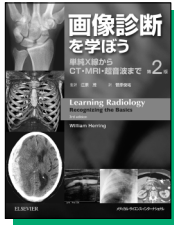
画像診断をちゃんと知りたい臨床医、医学生・研修医のために
大好評! “ほんとうの”入門書が改訂、MRI・超音波も加わり、さらに充実

画像診断を学ぼう

第2版

単純X線からCT・MRI・超音波まで
LEARNING RADIOLOGY: Recognizing the Basics, 3rd Edition

▶単純X線を主体とした画像診断に関する必須知識を簡明に解説した実践テキスト、10年ぶりの改訂。読影に際し、正常と異常をどのように見分けるか、異常所見はどのような疾患・病態を示唆するのかを丁寧に解説。改版にともない、単純X線やCTに加え、MRIや超音波といった新たな診断法の記述を強化し、小児放射線診断の章を追加。全体のボリュームは抑えつつ、最新の画像写真を増やした。学生・研修医の入門書、臨床医の復習書として最適。 *オンラインコンテンツ(動画など)、日本語版/英語版電子書籍アクセス権付き。



監訳: 江原 茂 岩手医科大学放射線医学講座教授
訳: 菅原 俊祐 国立がん研究センター中央病院放射線診断科

定価: 本体6,800円+税
A4変 頁360 図11・表77・写真773
ISBN978-4-89592-912-7

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 純国産「麻酔の手引」「決定版」が完成!
専門医レベルの必要事項をコンパクトに凝縮

麻酔科臨床SUMノート

▶S: 讃岐、U: 内田、M: 森本が、携帯サイズの中に麻酔科臨床における必要事項をまとめた“和製”ハンドブック。手術室でもベッドサイドでも、気になったことをその場で確認。図や表を多用し、簡潔な記述で、知りたいことにストレートに到達できる。「ミラー麻酔科学」日本語版と原著の参照章および麻酔科専門医認定試験の過去問情報も併記。研修医から専門医までずっと使える最強ツール。



編著: 讃岐美智義 広島大学病院麻酔科
内田 整 千葉県こども病院麻酔科
森本康裕 宇都宮中央病院麻酔科

定価: 本体7,500円+税
B6変 頁624 図173 表190 写真7 2018年
ISBN978-4-8157-0121-5

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

ポケット医学英和辞典 第3版

泉 孝英 ● 編

八幡 三喜男, 長井 苑子, 伊藤 穰, Simon Johnson ● 編集協力

新書判・頁1282
定価:本体5,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02492-1

【評者】

富岡 洋海

神戸市立医療センター西市民病院呼吸器内科部長

薬剤用語集としても活用できること、さらに、医学研究者とその業績までもが収録されており、世界医学人名事典としても活用できることである。この

膨大な人名の収録は、「日本近現代医学人名事典【1868-2011】」（医学書院，2012 年）という大著も出版されている泉先生の真骨頂である。「欧米から最新の医学を学ぶ」とともに、「過去から学ぶ」姿勢も大切にしてほしい、とのメッセージである。

時は ICT (Information and Communication Technology) の時代である。小冊子のポケットマニュアルの代わりに、タブレットパソコンをい

じる研修医諸君との毎日を送っている私ではあるが、やはり、この『ポケット医学英和辞典』という“字引”もお薦めしたい。ICT は膨大な情報を瞬時に提供してくれる。しかし、その中から、何を信頼し、何を選択すべきかについては、若い彼らには荷が重かろう。さらに、現在の医学は、分子生物学・遺伝学のみならず、広く薬学、看護、介護などとの連携が重要である。専門外の領域からの情報選択にも、ICT の時代であるからこそ迷うことも多い。そこで、賢者の確かな、そして、老練な選択がちりばめられた本辞典は、確かな道しるべとなるものである。そして、各人が学んだ印を、歩みを、直接書き込める「紙」という媒体は捨てがたい、と私は考える。ICT 時代にこそ信頼できる紙の“字引”が必要なのである。

疫学を勉強したいと思った。また、研修医の身体診察の能力が落ちていると言われる欧米に代わり、世界の医療をリードするのは、Japan Physical Club (部長：平島修先生) などで盛り上がっている日本しかないとの思いを強くした。

本書には上田剛士先生との対談も収められており、これが実に面白かった。上田先生が学生時代から ACP ジャーナルクラブの『Diagnostic Strategies for Common Medical Problems』や JAMA の『The Rational Clinical Examination』シリーズを読んで勉強し、2 万本もの論文を集められたことを知って驚嘆した。名著『ジェネラリストのための内科診断リファレンス』（医学書院，2014 年）を著すことができたのもむべなるかなと納得がいった次第である。

さらなる患者中心の薬剤師業務へ

東大薬学系研究科ファーマコビジネス・イノベーション教室主催の講演会「IT を活用した、オランダの病院薬剤師業務の現状と今後」（コーディネーター＝感染症コンサルタント・青木眞氏）が 4 月 11 日、東大（東京都文京区）にて行われた。

高度化する薬物療法の有効性と安全性の確保を背景に、近年、薬剤の適正使用や管理といった対物業務に加えて、患者との面談や他職種への情報提供といった対人業務の充実が薬剤師に求められている。対物業務に時間と人手がかかる中で、いかにして対人業務を拡充していくか。オランダ病院薬剤師会前会長のマチュー・チュング氏が、IT を活用した患者中心の薬剤師業務が進むオランダの取り組みを、森玄氏（練馬光が丘病院薬剤師）が日本の病院薬剤師の現状を踏まえた展望を講演した。

チュング氏はオランダの取り組みとして、①調剤・薬剤管理の効率化、②IT の活用による医療機関の壁を超えた患者情報の共有、③薬剤師としての専門性の追求を紹介した。①はオーダーリングシステムと薬の管理システムの一元化や、自動調剤機の導入により、薬の管理にかかる時間を減らすもの。②は公的な情報共有プラットフォームの整備により、患者の既往歴や服薬歴を院内だけでなく、他の病院や薬局と共有できるシステムである。施設をまたいで情報を入手できるため、患者との面談の質を高めることができるようになったという。③については薬剤師がチーム医療の中で薬の専門家として力を発揮し、遺伝子多型による薬物動態の違いを踏まえた助言をするなどで薬剤師の選択にかかわる例を示した。

森氏は、オランダのような病院薬剤師業務をめざす必要性を述べながらも、日本でオランダの取り組みをすぐに行うのは難しいことを指摘。現時点で日本の病院薬剤師が行える工夫として、薬剤選択への助言やレジメン安全管理において他職種へのメモの作成などに積極的にいかかわっていくことを提案した。



●マチュー・チュング氏

《ジェネラリストBOOKS》

認知症はこう診る

初回面接・診断からBPSDの対応まで

上田 諭 ● 編

A5・頁264
定価:本体3,800円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-03221-6

先日、ある高齢男性が自身の講演会で、自ら認知症であることを明らかにした。その男性とは、認知症医療の第一人者、長谷川和夫先生である。「長谷川式認知症スケール」（HDS-R）の開発者といった

ほうがピンとくるかもしれない。それぐらい長谷川式は日本の認知症診療に根付いている。半世紀ものあいだ診療と研究に心血を注いでこられた権威でも認知症にかかるのであるから、やはりその予防は難しいのであろう。先生はご自身で診断し認知症治療薬も服用されているという。これからもありのままを受け入れながら生きていくとおっしゃる一方で、「認知症になっても安心して楽しく生活できる社会づくり」と「その人中心のケア」の重要性を訴えられておられた。

認知症ほどその人の生活や、とりまく社会に影響を与える病はない。他の疾患と同様に、予防や診断、治療といった医学モデルが重要なのはいうまでもないが、それ以上にケアや地域・社会づくりといった生活モデルに注目する必要がある。そのような包括的な視点から書かれた認知症の教科書がようやく出版された。編者の上田諭先生はイントロダクションでこう強調する。「本当に目指すべき治療目標は、認知機能の変化いかにかわらず、認知

症の人が生き生きと生活できること、日々の役割や生きがいをもって暮らしていけること」だと（p.3）。

本書を読むと、まるで教室で講義を受けているかのように、認知症診療のエッセンスが

スラスラと頭に入ってくる。事例が多いのと平易な言い回しのためだろう。医学モデルと生活モデルの絶妙なミックスとそのタイミングが秀逸だ。認知症診断の解説の後には、「本人への病名告知はどうする？」のように臨床医が常に迷う問題が議論されているし、行動・心理症状（BPSD）の章でも薬物的・非薬物的介入がバランスよく扱われている。受診の拒否や徘徊への対応など、他ではあまり議論されない話題にも向き合っている。

宮城県農山村部に住むコウキチさん（88 歳、男性）は中等度の認知症があり、私の訪問診療を受けていた。小一時間ほどの野山の散策が毎日の日課だった。ある日の夕方に長女さんから診療所へ電話があった。コウキチさんが帰ってこない。懸命な搜索が続けられたが、3 日後に数 km 離れた池の中で無残な姿で見つかった。「認知症になっても安心して楽しく生活できる社会づくり」は急務であり、本書がその道しるべとなると確信している。

若手薬剤師のための定番マニュアル、充実の改訂！ 実習やその指導時にも役立つ内容

薬剤師レジデントマニュアル 第2版

「レジデントマニュアル」シリーズの薬剤師版。充実の改訂！ 卒後1、2年目の薬剤師に向けて、①現場で役立つ実践的な情報を、②簡条書さで歯切れよく、③ポケットに入るサイズに編集。総論は調剤、DI、フィジカルアセスメント、薬剤管理指導の要点を記載。各論は喘息、糖尿病、高血圧など主要54疾患について、患者の状態把握、標準的処方例、薬学的ケア、提案のポイントのパターンで展開。実習やその指導時にも役立つ内容。

【編集】

橋田 亨

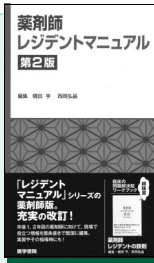
神戸市立医療センター中央市民病院

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

総合内科部長・臨床研修センター長



ゝは何か、事前確率はどのように求めるか、どの症候の尤度比を組み合わせるかということが繰り返し具体的に説かれている。例えば、インフルエンザを疑う場合、発熱＋咳、倦怠感、悪寒は「独立」と考えられるから組み合わせてもよい。逆に、肝硬変を疑う場合、手掌紅斑とクモ状血管腫はいずれも高エストロゲン血症に関連していて「独立」していないため、それらの尤度比を組み合わせることはできない。このようなことを具体的に書いてある本を読んだのは初めてで、大変勉強になった。

臨床医には事前確率を判断する能力、診断に有用な症候を見いだす能力、症候の尤度比を適切に使って診断する能力が求められているし、実際にできるのだと教えていただいた。これを励みにあらためて問診と身体診察、臨床

これからの臨床医に求められる診療基本手技を確かなものに！

専門医が教える

研修医のための診療基本手技

ジェネラリストの養成に注目が集まっている現在、これからの臨床医には一定水準の診察、基本検査、救急を含めた手技の習得が欠かせない。本書は各領域のより確実な診察、基本検査、手技について、研修医が躓きやすいポイントを踏まえつつ、専門医ならではのコツを解説したもの。豊富な写真とシエーマにより、明日から使える基本診察法、ベッドサイドの手技が確実に学べる。

【編集】

大村和弘

東京慈恵医科大学 耳鼻咽喉科学教室／

獨協医科大学埼玉医療センター 非常勤講師

川村哲也

東京慈恵医科大学 教授 臨床研修センター長

武田 聡

東京慈恵医科大学 救急救命医学講座 主任教授



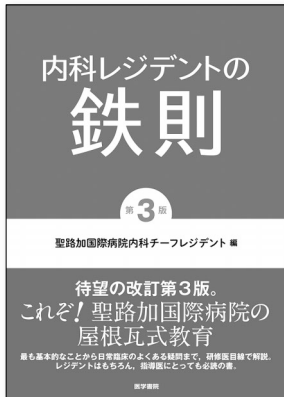
聖路加国際病院の
屋根瓦式教育のエッセンスが詰まった1冊

内科レジデントの鉄則

第3版 編 聖路加国際病院内科チーフレジデント

臨床現場で最も大事なこと——蓄えた知識を最大限に生かし、緊急性・重要性を判断したうえで、いかに適切な行動をとれるかということ。本書は、まさにここに主眼を置いて構成。よく遭遇する教育的な症例をベースに、絶対知っておきたい知識を整理するとともに、どのようにワークアップし、動くべきかということが一貫して強調されている。今回の改訂では、基本から少しアドバンスな内容、最新の知見も記載。参考文献もさらに充実。

●B5 頁344 2018年 定価:本体3,800円+税
[ISBN978-4-260-03461-6]



日常診療で扱う基本的な検査から、
次の検査をいかに選び、適切な診療につなぐかを学ぶ

異常値の出るメカニズム

第7版

監修 河合 忠
編集 山田俊幸・本田孝行

増え続ける検査項目。これからの医療者には、初診時の基本的な検査から異常値が示す背景を探り、次に行うべき検査を適切に選択し、後に続く医療行為のゲート情報を見極める眼が求められます。5年振りの改訂第7版は「基本的検査」と、二次的に行う「基本検査に準ずる検査」に分類してメリハリをつけ、使用頻度順に項目を組み替え、よりわかりやすく生まれ変わりました。臨床検査医学を学ぶ学生、医療者の必携書。

●B5 頁304 2018年 定価:本体6,000円+税
[ISBN978-4-260-03240-7]



カリスマ臨床医、気鋭の若手指導医らによる感染症診断の極意とパール!

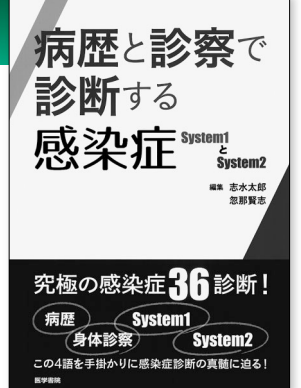
病歴と診察で診断する感染症

System1とSystem2

編集 志水太郎・忽那賢志

近年、感染症診断法の進歩はめざましい。しかし、検査が充実すればするほど、臨床現場では「病歴」と「診察」が軽視されているように感じなくもない。本来、感染症の診断で最も重要なのは、感染臓器・病原微生物を突きつめることである。そしてこれは、病歴と診察で可能なかぎり検査前確率を高めることによってなされるべきである。「病歴」と「診察」にこだわった執筆陣による「匠の技」を伝授したい。

●B5 頁236 2018年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03538-5]

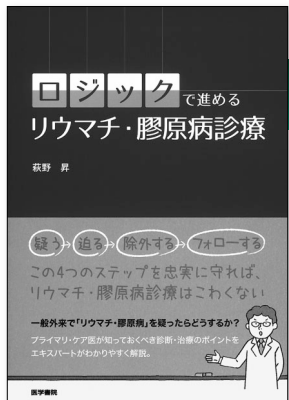


リウマチ内科の若きリーダーが診療の基本ロジックを開陳!

ロジックで進めるリウマチ・膠原病診療

萩野 昇

●B5 頁176 2018年 定価:本体3,800円+税
[ISBN978-4-260-03130-1]



すぐれた若手リウマチ内科医・指導医として知られる著者が、その診療ロジックを惜しげもなく開陳した。プライマリ・ケアの場で一般医は、リウマチ・膠原病を「どう疑い」「どう追い詰める」べきなのか、治療薬を「何をもとに決定し、どう使用するのか」などの診療の基本を、著者ならではのロジック(思考経路)をもってわかりやすく示した。すべてのプライマリ・ケア医が読むべき「通読できるリウマチ・膠原病の教科書」の登場。

5 medicina

Vol.55 No.6

特集 **プロブレムから学ぶ
感染症診療**
すぐに役立つ厳選シナリオ30選

感染症診療の基礎知識が普及した今、次の課題は実臨床でそれらを使いこなせるかではないだろうか。本特集では、日常診療で遭遇しがちな30のシナリオをProblem Solving形式で模擬体験。「これは感染症か?」「行うべき検査は何か?」「初期治療はどうか?」と考えながら読み進めることで、実臨床での判断力を鍛える。

企画: 矢野晴美

INDEX

対談: いかに学び、いかに教えるか
I章: 発熱+αの症状から診断する
II章: 発熱+状況から診断する
III章: 症候から診断する
IV章: 病歴から診断する

▶2018年増刊号 (Vol.55 No.4)

プライマリ・ケアで
おさえておきたい
頻用薬・重要薬

●特別定価: 本体7,200円+税

連載

- 見て、読んで、実践!
神経ビジュアル診察
- 母性内科の「め」
—妊婦・授乳婦さんのケアと薬の使い方—
- Inpatient Clinical Reasoning
—米国Hospitalistの事件簿—
- 心電図から身体所見を推測する
- 目でみるトレーニング

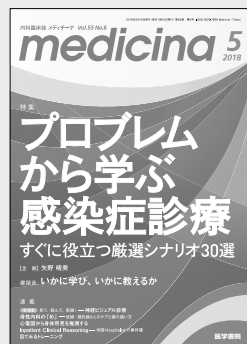
●1部定価: 本体2,600円+税

▶来月の特集 (Vol.55 No.7)

「ここさえ分かれば」
輸液・水・電解質

長浜正彦

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/sogoshinryo>

ジェネラルに診ることが求められる時代の臨床誌

総合診療

Vol.28 No.5

特集 **“一発診断”
トレーニング問題集**

懸賞論文「GM Clinical Pictures」大賞発表!

知らない病気は、いくら考えても診断できません! こんな病気があるんだと知って
いれば、迅速に診断でき、無駄な検査もせず、スムーズに治療できます。本特集では、
病歴と特徴的な身体所見や検査所見からSnap Diagnosisできる症例を集め、「一発診断」
力を鍛える問題集仕立てとしました。

企画: 山中克郎

INDEX

懸賞論文「GM Clinical Pictures」大賞発表

“一発診断” トレーニング問題&解答

吉田英人 | 板金 広 | 川井 巧 | 佐野良仁 | 佐野美香 | 寺澤洋 | 本橋伊織 | 村中清春 | 森永康平 |
中西重清 | 織田鎌太郎 | 新津敬之 | 柴崎俊一 | 田宗秀隆 | 安藤孝志 | 勝野雅央 | 原田陽平

いつもと違う頭痛/時計のお絵かき/点眼後の呼吸苦/ひどくなった咽頭痛/3週間前からの腰痛/虫刺され? いや、違う!/腰痛患者の皮膚発赤/治らない「爪白癬」/眼に注目/肺炎として治療された左肺腫瘍影/唇が腫れた/繰り返す「誤嚥性肺炎」/?発熱と皮疹/2年前から下痢と下血/発熱・頭痛で来院/2人に共通する疾患は何/?8カ月前から広がる皮疹/多彩な症状/多発する皮疹/Creutzfeldt-Jakob病か/?退化しない細〜〜胞/突然の腰部部痛/進行子宮がん/?症状の原因は脳梗塞?/?歩行困難と胸部以下のしびれ/左側腹部から膝にかけての痛み/全身の皮下出血/尿カテ留置中の尿量減少/舌の左方に咬創/1カ月続く腹痛/急切れと胸部圧迫痛/後頭部の痛み/発熱と嚥下時痛

[コラム] 英文誌への「Clinical Picture」投稿への道 | 松浦宏樹

Empirical EYE ウェブ診断と診断推論 [web-based searching] を考える
上原孝紀 | 野田和敬 | 鋪野紀好 | 塚本知子 | 生坂政臣 ●1部定価: 本体2,500円+税

▶来月の特集 聴診・触診×エコーで診断推論!
(Vol.28 No.6) Point-of-Care超音波 (POCUS) の底力 亀田 徹

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。

2018年 年間購読料 (冊子版のみ)

▶medicina 36,580円+税 (増刊号を含む年13冊)

▶総合診療 29,520円+税 個人特別割引25,680円+税あり 年12冊
医学生・初期研修医割引20,040円+税あり

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 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売・PR部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp