

2012年6月11日
第2981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]みちのくの地でジェネラリストを育てる(千葉大、菅家智史、佐々木隆徳、山田哲也)..... 1—3面
- [寄稿]できるレジデントになろう!!(横林賢一)..... 4面
- [連載]ノエル先生と考える医学教育 5面
- MEDICAL LIBRARY/ [連載]外来診療..... 6—7面

座談会

みちのくの地で ジェネラリストを育てる



山田 哲也氏
岩手県立中部病院
救急総合診療科

佐々木 隆徳氏
=司会
坂総合病院救急科

菅家 智史氏
福島県立医科大学医学部
地域・家庭医療学講座/
只見町国民健康保険朝日診療所

千葉 大氏
八戸市立市民病院
救命救急センター

起伏に富んだ土地に集落が点在する東北地方。過疎化・高齢化が進む地域も多く、家庭医や病院総合医など、臓器横断的な視点を持ったジェネラリストへのニーズが高まりつつある。東日本大震災による地域医療への深刻な影響も懸念されるなか、さまざまな事情から他地方と比べて立ち遅れていたジェネラリスト育成体制の整備が、今こそ求められていると言えよう。住民のニーズに応えたジェネラルな診療ができる医師を、地域の特性を生かしながらどう育てていくべきか——。“みちのく”(東北地方太平洋沿岸の4県)でジェネラリスト育成に携わる若手医師4人が、自身の歩んで来た道も振り返りながら率直な議論を交わした。

ジェネラリストとしての働き方を見いだして

佐々木 私も含め、今日の出席者は全員が東北地方で育ち、東北地方の大学を出て、東北地方で働いています。まずは皆さんが医師としてどのように歩んできたかということと、現在の働き方について教えてください。

千葉 若いころから好奇心は旺盛でしたが将来設計は曖昧で、卒業後はいったん呼吸器科に進んだものの、相変わらずいろいろな領域に首を突っ込んでいました。そこでプライマリ・ケアや救急について知ったことと、地元で臨床研修の整備に携わりたいと考えるようになり、機会を得て八戸市立市民病院に赴任した次第です。

当院では今年度、救急と周産期医療を二本柱とする家庭医療後期研修プログラム¹⁾で日本プライマリ・ケア連合学会(以下、PC連合学会)の認定を得て、来年度から研修可能な方を募集中です。

山田 父親が、バリバリの脳神経外科医から家庭医療にシフトした姿を見

て、私自身「専門分野を極めるより地域でいろいろな人を診ていきたい」と思うようになりました。

ところが、そうしたスキルは大学にいただけでは学べないと次第にわかり、県外の学習会への参加などでモチベーションを保ちました。初期研修時に医療崩壊の現場にいたことでジェネラルへの思いはいっそう強まり、現在は「岩手イーハトーブ総合診療医育成プログラム」²⁾で後期研修を行うとともに、総合診療医が活躍する他地域の病院も参考に、PC連合学会の認定取得を目標にプログラム整備を進めたいと考えているところです。

菅家 私も学生時代に「分野に偏らない診療を学びたいな」と思っていました。ただ学内では情報が得られず、北海道の勤医協中央病院に見学に行ったところ、プライマリ・ケアを志していた吉本尚先生(現・三重大)に出会い、ジェネラリストの道を歩き始めました。

福島医大には葛西龍樹教授の赴任をきっかけに戻り、クリニックの家庭医療科立ち上げなども経験した後、約1年前から“福島県内で一番のへき地”

と言われる只見町の国民健康保険朝日診療所に勤務しています。PC連合学会認定家庭医療専門医を昨年取得し、今年度からは大学での役職も得て、只見町での医療と学生・研修医の教育、二足のわらじでまい進するつもりです。

佐々木 私も皆さんと同様、学生のときからジェネラリストを志向しつつも、具体的にその働き方に触れる機会がなく過ごしていました。初期研修のローテート先でも各科それぞれ面白い経験をして、進路が定まりきらず悩みました。でも2年目に、寺澤秀一先生(福井大)の講演がきっかけでER型の診療スタイルを経験し、じっくりくものを感じたんです。卒後4年目からは自身の研修と並行し、ERの後期研修の整備を始めました。

一方で急性期以後の患者さんにも包括的にかかわりたい気持ちも強まり、それが結実したのが「みちのく総合診療医学センター」³⁾です。家庭医療・総合診療・ER診療を学べる体制を整え、本年4月から始動しています。

家庭医療から救急医療まで4人のスタンスは異なりますが、それぞれがジェネラリストとして働きつつ、後進の

育成にも本格的に取り組んでいこうという状況ですね。

身体を動かさないと、仕事じゃない？

佐々木 医師も病院も少なく、集落も点々と離れている東北地方は、幅広いタイプの患者さんを診られるジェネラリストが活躍できるフィールドであり、潜在的な需要も大きいはずですが、急性疾患をカバーする救急医療はある程度発達しています。しかし、その後には続く慢性期の患者さんや、住民の日常的なケアを担う家庭医や総合医については、働き方が想像できない、あるいは身近に感じにくい場合が多いと、皆さんのお話を聞いていて感じます。

また実際、PC連合学会認定の後期研修プログラムが全国に161あるなかで、東北地方は11にとどまっています(2面図、2012年度認定分までの合計)。これには、どのような原因があると思われますか。

千葉 慢性的な医師不足のなか、臓器

(2面につづく)

6
June
2012

新刊のご案内

●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。

医学書院

内科救急
見逃し症例カンファレンス
M&Mでエラーを防ぐ
長谷川耕平、岩田充永
B5 頁192 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01517-2]

今日のcommon disease
診療ガイドライン
エスタブリッシュ医薬品による標準治療
監修 小川 聡、武藤正樹
編集 池田俊也、田中千絵、土屋文人
B6 頁496 定価4,725円
[ISBN978-4-260-01525-7]

構造と診断
ゼロからの診断学
岩田健太郎
A5 頁218 定価2,625円
[ISBN978-4-260-01590-5]

成人期の自閉症スペクトラム
診療実践マニュアル
編集 神尾陽子
B5 頁208 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01546-2]

思春期・青年期の
うつ病治療と自殺予防
原著 Brent DA、Poling KD、Goldstein TR
訳 高橋祥友
A5 頁336 定価5,250円
[ISBN978-4-260-01556-1]

パルス波ECTハンドブック
原著 Mankad MV et al
監訳 本橋伸高、上田 諭
訳 竹林 実、鈴木一正
A5 頁224 定価5,250円
[ISBN978-4-260-01565-3]

呼吸器外科手術のすべて
著 白日高歩
執筆協力 川原克信
A4 頁424 定価26,250円
[ISBN978-4-260-00791-7]

電子カルテ時代のPOS
患者指向の連携医療を推進するために
監修 日野原重明
著 渡辺 直
B5 頁168 定価2,100円
[ISBN978-4-260-01635-3]

アトピー・トレイン[DVD付]
徒手運動療法のための筋膜経線
(第2版)
原著 Myers TW
訳 板場英行、石井慎一郎
A4 頁332 定価6,825円
[ISBN978-4-260-01558-5]

自分を支える心の技法
対人関係を変える9つのレッスン
名越康文
四六判 頁192 定価1,470円
[ISBN978-4-260-01628-5]

看護研究のための
文献レビュー
マトリックス方式
著 ジュディス・ガラード
訳 安部陽子
B5 頁176 定価2,940円
[ISBN978-4-260-01511-0]

今日の診療プレミアム
Vol.22
DVD-ROM for Windows
DVD-ROM 価格76,650円
[ISBN978-4-260-01609-4]

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

座談会 みちのくの地でジェネラリストを育てる

(1面よりつづく)

別の専門に特化した医師がある程度“自動的”に生まれてくる既存の教育システムがあったこと。また、地域の病院と大学の医局とが交渉し、何とかバランスの取れた医師の割り当てを行っていたこと。そうした状況に、ジェネラリストという新たな概念を持ち込みにくかったのは確かです。

まして、ジェネラリストの教育には診断学や医療面接の技法など、ただひたすら身体を動かして働くだけでは、身につかないスキルが特に多い。ある意味で“ゆとり”のある環境が必要になり、そのぶん一時的にでも皆の負荷は増えます。そうした状況に耐えられるだけの“余裕”が、東北は特に乏しかったのが正直なところでしょうか。
山田 診療所や地方の小規模病院などで一手に地域住民の健康を引き受ける“スーパードクター”ももちろんおられますが、ごく少人数で非常に広い地域をカバーしており、教育やシステム整備までは手が回らないのが現状だと思います。

菅家 研修医も、医師不足のプレッシャーのなか「とにかく早く動けるようになって現場に貢献しなければ」と、焦りを強めている場合が多いですね。

千葉 ですから、「診断がつかないから文献を調べます」というやり方は、研修医にあまりリスペクトされない(笑)。業務の振り返りを試みても、彼らは「振り返りシートなんて書いている暇があったら、患者を見に行きたい」という感じで、なかなか定着しません。

挿管や中心静脈などの手技をことさら重視するのも、同じ理由からと感じます。「手技を行うだけでなく、適応を考えるのも仕事のうちだよ」と、言い添えるようにはしているのですが。

山田 「EBMに照らし合わせて考える」「内科学を突き詰めて適切な診断を考える」といった習慣を身につけておかないと、卒後3—4年目で医師としての成長が足踏み状態になる。そのことは自分自身が痛感しており、後輩たちが同じ轍を踏まないよう、研修を

組み立てていくことが大事だと考えています。

佐々木 外来・往診・病棟の繰り返しのいつの間にか研修期間が過ぎてしまわないよう、調べたり、振り返りをする時間も、義務として盛り込んでいく必要がありますね。

菅家 まず「教育的ゆとりを持たせる」ルールを作ってしまうと、部門全体、病院全体に周知させていく。数年は大変だと思いますけれど、周囲の理解を得て文化として確立されれば、それが研修の魅力として広がっていくように感じます。

千葉 そこに、患者さんのためにフットワーク軽く動けることや、緊急時の「瞬発力」など、“東北マインド”的な長所も魅力として組み込めば、特色ある教育体制を作っていけるのではないのでしょうか。

暴露の時期が早いほど、インパクトも大きい

佐々木 福島医大の地域・家庭医療学講座は、プライマリ・ケアに特化した、まさにジェネラリストを育てる新しい講座ですね。教育拠点も地域にいくつも作られていますが、手ごたえはいかがですか？

菅家 発足から6年が経過し、プライマリ・ケアに興味を持ってくれる人の数はどんどん増えてきていると思います。医学部6年次に行う2週間の地域実習も、20—30人が希望してくれます。将来の進路にかかわらず、多くの人が現場に飛び込んでくれること自体、かなりの収穫だと感じています。
千葉 やはり暴露の時期が早いほど、与えるインパクトも大きいと思うのです。当院の臨床研修センター長(今明秀氏)も今、秋田大で救急の講義を受け持っていますが、実際に同大からの研修希望者が増えています。

そうしたオフィシャルな場での情報発信に加え、個々人のネットワークで作るカジュアルな集まりからも発信をしていけると、学生にとってもより参加しやすく、貴重な情報交換の場になるようです。

佐々木 この春発足した「東北若手医師ネットワーク」⁴⁾の会合にも、東北大の学生たちが来てくれました。

菅家 “雲の上”の偉い先生よりは、近い世代の話のほうが、リアリティを持って聞けるのは確かですね。本学にも「プライマリ・ケアを学ぼう会」という学生団体がありますが、そうした団体などを通して、学生との接点はもっと増やしていきたいです。

「ジェネラルな方面に進みたい」と考えたとき、学



●千葉大氏

青森市出身。1998年東北大医学部卒。2年間の内科研修後、同大老年・呼吸器科に入局。石巻赤十字病院呼吸器科から国内先進施設での視察と短期研修を経て、2006年より現職。若手医師のトレーニング体制を整備すべく、同院臨床研修センターにて研修全般にかかわる。所属する救命救急センターの模様は、「青森県ドクターヘリ スタッフブログ」(www.doctor-heli.jp)にて。

生は必ず一度は、出身地で学べるところがないか探すはずです。全国各地に優れた指導医・プログラムが増えつつある今、人材を集めるには、それぞれの地域に縁のある人に積極的にアピールしていくことが重要だと感じているところです。

地域で働く楽しさとやりがいを伝えたい！

山田 地域で地域の医師を育てるという点から言うと、「地域枠」など、その地域で医師として働く予定のある人たちをいかに育てていくのかも、一つの課題になるのではないのでしょうか。

岩手県では、初期研修は、各県立病院・大学病院・他市中病院の研修担当者が一体となってワーキンググループを立ち上げるなどして、プライマリ・ケアやワーク・ライフ・バランスにも目を向けた研修体制が整えられてきましたが、問題は後期研修です。従来の「大学の医局に所属し、専門に特化した医師を育てる」教育システムはあっても、地域のニーズに応じて活躍できる、ジェネラルな医師を育てる“受け皿”がほとんどないのです。

千葉 青森県では、「地域枠」の第1期生がマッチングで県外に出てしまうというできごとがありました。後期研修までの一貫した卒後教育体制が整備されていないことも原因の一つだと思うので、人材の流出を防ぐためにも、ジェネラルな後期研修プログラムの整備が急務と考えています。

また、制度上の準備にとどまらず、もっと前向きに、地域住民の期待が大ききこと、楽しく働けることを伝えていくことで、「専門性が身につかない」「へき地へ飛ばされる」といったネガティブな思い込みを、何とか一掃できないかと感じています。

菅家 確かに地域で働くことになった医師たちのキャリアをどう充実させていくか、その期間をいかに楽しく過ご



●山田哲也氏

新潟県出身。山形県山形市で育ち、2007年山形大医学部卒。岩手県立宮古病院にて初期研修後、10年に、設立2年目の岩手県立中部病院へ。洛和会音羽病院、国立病院機構名古屋医療センターへの国内留学で総合診療を学ぶ。現在は病院総合医として診療に当たりつつ、研修体制整備に力を注ぐ。「東北若手医師ネットワーク」世話人。「岩手で一緒に総合診療を作りたい方、お待ちしております」。

してもらうか、ということは、重要なポイントですね。

只見町も、人口5000人の町に医師4人といういわゆるへき地ですが、私は今の仕事環境に、得ようにも得られないと思うほどの魅力を感じています。それをより多くの人と共有していけたらと思って、今、医学生のほかにも、福島医大病院の2年目研修医の研修も1か月単位で年に数名受け入れています。
佐々木 菅家先生が“今が楽しい”と言われる、その姿を見せて「こんな風になれたらいいな」と思ってもらうことが、まずは第一歩になりますね。

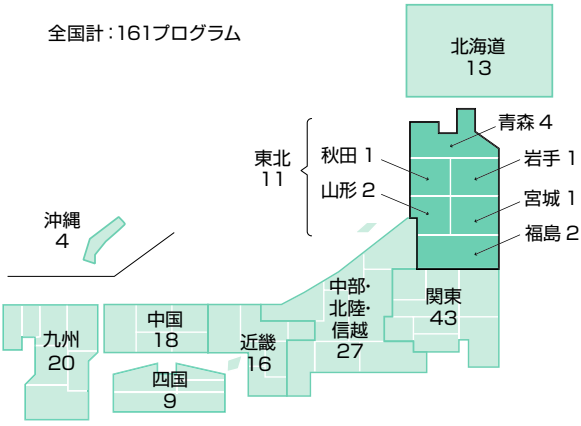
間口は広く、仲間を増やして少しずつ“余裕”を作ろう

菅家 これまで私たちは、「ジェネラリストとは何ぞや」と問い続けているようなちょっと“物好き”な人を、主な育成対象と見てきたように思います。そういう人もいてもらわないと困るのですが、「昔お世話になった町医者先生のようになりたいなあ」「地元が田舎なので、プライマリ・ケアを勉強しておいたほうがいいかなあ」といったライトな感覚の人たちに“居場所”を提供するというスタンスも、仲間を増やす意味で重要なように感じているんです。

山田 「特別な人が来る、特別な分野」という考え方から、転換する時期に来ているということですね。

千葉 使命感やアグレッシブさも医師にはもちろん必要な要素ですが、それだけでは評価しきれない場合も多々ありますよね。間口は広く、“とりあえず身を置きに來た”という人も除外しないことで、多様性が生まれ、視野も広がるかもしれません。

菅家 ええ。大事なのは、地域で安定した医療が続くことです。東北地方には、スーパーマン的働きができる医師一人に依存した地域もありますが、その方にもし何かあれば、その地の医療



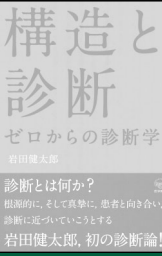
●図 PC 連合学会認定後期研修プログラム数
2012年度本認定分まで。前年度より、全国で18、東北地方は3つプログラム数が増加した(PC連合学会のウェブサイトより、2012年5月25日現在)。

「診断」という畏を知り、次の一步を考える。岩田健太郎「初の診断論」

構造と診断 ゼロからの診断学

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

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



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

内科救急 見逃し症例カンファレンス M&Mでエラーを防ぐ

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

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





●佐々木隆徳氏

仙台市出身。2005年山形大医学部卒業後、坂総合病院で初期・後期研修を行う。本年4月に発足した「みちのく総合診療医学センター」では副センター長を務める。震災時はトリアージ部門を統括し中心的な役割を担った。「東北若手医師ネットワーク」世話人。ブログ「救急部研修奮闘記!!」(<http://saka99.exblog.jp/>)も更新中。「General mind」を持った皆さん、一緒に勉強して東北の医療の最前線で活躍しましょう！お待ちしております!!。

は崩壊してしまう。医師が入れ代わり立ち代わりでも、人的余裕を持って仕事を分担し、続かせていく意識を根付かせることが必要だと思います。

千葉 医者が“1人きり”と“2人いる”のとでは、余裕の度合いに、数字では計りきれないまるで別世界のような差があるんですね。

日本には診療所が約9万件あり、医師1人当たり約1300人を診ている計算になるそうです。3人で計4000人ほどをケアするのが“標準”とすると、計算上、菅家先生の診療所には少し余裕があることになります。

菅家 そのおかげで私は町から出て、今日こうして座談会の収録に来られますし(笑)。大学で教育にも携われます。当診療所では主治医制とはらず、皆で交代して患者さんを診ていますから、後進が育って交替人員が増える好循環を作ることができれば、よりうまく診療を回していけます。

千葉 人の“余裕”は、地域医療を維持していくための必須要素ですね。

例えば家庭に入ってしまった女性医師にも「週3時間だけ、現場の空気を吸いに来たら」と言える、そんな柔軟な職場環境を作れると、少しずつでも余裕が生まれるのかなと思っています。

佐々木 さまざまな事情でフルには働けない人たちにもその都合に合わせた仕事や勉強の場を提供して、仲間を増やしていく。スタッフドクターが教育



●菅家智史氏

会津若松市出身、2004年福島医大卒。勤医協中央病院での初期研修、同院総合診療部で1年の後期研修を経て、福島医大にて4年間家庭医療研修。11年只見町国保朝日診療所、12年4月福島医大地域・家庭医療学講座助手。PC連合学会若手医師部会でジェネラリスト80大学行脚プロジェクト(80angya.blogspot.com)を運営。学生とジェネラリストの接点を増やすべく、全国の大学での勉強会開催を支援している。

に割く時間も捻出できるようになりまし、それも“余裕”を生む一つの可能性として考えられそうです。

復興を長期的に支えられる ジェネラリストの育成を

千葉 昨年3月の東日本大震災で、被災地のコミュニティは崩壊し、弱い高齢者だけがその地に残されています。本来なら10—15年先に日本を襲うであろう高齢化の荒波がいきなり押し寄せたような、あるいは未来にタイムマシンで連れていかれたような感覚です。

あまりの被害状況に、最初の1年は「これをバネにしていこう」と言うことさえはばかれる感もありました。しかし目の前に迫る現実を考えると、東北にいる私たちこそが、今後の被災地医療をどうするか、ゼロベースで考えていく必要があると思っています。

佐々木 岩手・宮城・福島の3県で、震災後110か所以上の医療機関が休止、または閉院しています⁵⁾。それらの施設を受診していた患者さんたちは、医療難民になっているか、十分な体調管理をされていない可能性が潜んでおり、それをどうカバーしていくかが、喫緊の課題になると感じます。

当院にも沿岸の医療機関や自治体などから「誰でも、いつまでもいいから医者を派遣してほしい」という切実な支援依頼が来ます。診療の大半を担

う若手・中堅医師が出向くのは難しいため、ベテランの先生方に一定期間出向をお願いするのですが、長年臓器別の専門医として働いてきた方が多く、なじみのない業務につらさも感じておられるようです。

千葉 ワンポイントリリーフ的な支援ももちろん大事ですが、ずっとそれを続けるわけにもいきませんね。

佐々木 ええ。一時的な救済措置ではなく、被災地のニーズに合わせた医療を長期に提供しようと思うと、コミュニティケアの能力を持ち、ジェネラルに対応できる若い医師を育て、働ける環境を作っていくことが、やはり必要ではないかと思います。

山田 地域を一緒に作る、復興させることに、医師としてのアイデンティティを見出していけるとよいですね。

菅家 震災の慢性期には、われわれが役に立てる場面は絶対に多くなると思っていました。しかしマンパワーが絶対的に足りず、働ける場所、行きたい場所は山ほどあるのに、体が1個しか

活発に交流し、各地域のエッセンスを取り込む

佐々木 東北地方にも、少しずつジェネラリスト育成の萌芽が見えてきましたが、自分の組織内だけで育成を考えていると、どうしても偏りが出てきてしまいます。「東北地域全体の医師を増やす」ことを一つのミッションに掲げ、各地の施設と連携していく。そのためには、各都道府県にジェネラリスト育成のプログラムが出来上がるのが最低条件で、そのうえで合同プログラムや企画を、継続的・日常的に実行していくことが大切だと考えています。

山田 岩手県には県立病院が多いこともあって、病院総合医の育成が特に求められていると感じています。「イーハトーブ」プログラムでも、当院で総合内科や整形外科・小児科などの研修を行い、家庭医療やプライマリ・ケアを協力関係にある中小病院や診療所で研修する。ポートフォリオは「みちのく総合診療医学センター」で一緒に学ばせていただくといったかたちで、いろいろな施設の力をお借りして、研修を充実させられたら、と思い描いています。

菅家 東北地方だと、家庭医でも入院患者を診ざるを得ない場合は多いと思

ない。それがつらいですね。

千葉 被災地は、ある意味ジェネラリストとしての能力が試される場でもありますから、PC連合学会でも災害支援(PCAT)⁶⁾として、後期研修医を一定期間派遣し、人的支援を行っていると聞いています。

菅家 衛生環境の整備、高齢者集落への予防的介入、介護との連携など、学びになることはたくさんあると思いますから、「学べる環境」を保証した上で研修医を派遣するというのは、教育方法としても有効そうです。

千葉 さらに、東北各県でプライマリ・ケアのプログラムが立ち上がってくれば、お互いに人材を融通して被災地支援に出向くというのも、実現可能な支援の一つかなと思います。

佐々木 「みちのく総合診療医学センター」も震災前からのプロジェクトではありますが、被災地についても新たに研修フィールドとして視野に入れ、少しでも地域に貢献していければと考えているところです。

いますし、逆に診療所のセッティングを知っておくことも、病院総合医にとっては大切なことです。両方のエッセンスを学ぶという方向性は、良いのではないかと思います。

千葉 そうして各県でのニーズに特化した研修を行いつつも、「みちのく総合診療医学センター」のようなハブ的存在と常に連絡を取って「福島で何か新しいことを始めたみたいだ」「岩手が最近盛り上がってる」と情報交換を行う。風通しもよくなりますし、お互いに刺激を得られると思います。

佐々木 今後も交流を大事にして、相互に学習していく機会を設け、各地域の良いエッセンスを取り込みながら成長していきたいですね。本日はありがとうございました。（了）

●註

- 1) <http://www.hospital.hachinohe.aomori.jp/sb.cgi?cid=92#fm>
- 2) http://www5.pref.iwate.jp/~hp0361_1/index.html
- 3) <http://www.miyagi-min.com/general/>
- 4) <http://sites.google.com/site/tohokudr/>
- 5) 河北新報、2012年3月3日
- 6) <http://www.pcat.or.jp/>

あの患者を帰さなくてよかった！
胸騒ぎを決断に導く general rule が満載！

帰してはいけない 外来患者

編集 前野哲博・松村真司

歩いて入ってきたあの患者、痛いと言わなかったあの患者、ただの風邪だと思ったあの患者…、外来で何となく胸騒ぎを覚えた時に見逃してはいけないポイントはどこにあるのか。決断の手助けとなる general rule をまとめた。外来診療で必要とされる臨床決断のプロセスや、症候ごとの診察の視点が、わかりやすくまとめられている。症例も数多く掲載され、実践的な対応を学ぶことができる。

●A5 頁228 2012年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01494-6]

目次

第1章 外来で使える general rule

第2章 症候別 general rule

第3章 ケースブック

内科レジデントの鉄則
第2版

編 聖路加国際病院内科チーフレジデント

「新人レジデントは何がわからないか」を知り抜いている聖路加国際病院内科チーフレジデントの先輩方が教える、臨床に必要な考え方と対応の仕方を丁寧に解説した書。診療の鉄則がわかれば、「いまからできる」ことがこんなにもあると気づくはず。胸部X線の項を加え、新執筆者によりすべての章がアップデートされた改訂第2版。

●B5 頁264 2012年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-01466-3]

RISK

研修医のための
リスクマネジメントの鉄則
日常臨床でトラブルをどう防ぐのか？

田中まゆみ

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

●A5 頁168 2012年 定価2,625円(本体2,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00439-8]

寄稿

できるレジデントになろう!! “危険”な研修医にならないために

横林 賢一 広島大学病院 総合内科・総合診療科

皆さんは、できるレジデント（研修医）になりたいと思いませんか？ 豊富な知識を持ち、手技を華麗にこなしてキパキ働く、そんな研修医になりたいと思う方は少なくないはず。でも、できるレジデント（以下、デキレジ）って、そんな研修医ではないのです。

病院のスタッフ・指導医から見たデキレジとは、危険「ではない」研修医。つまり、危険な研修医以外はすべてデキレジです。だからデキレジになるには、危険な研修医にならないければ良いのです。今回は指導医など医療関係者からみたデキレジに焦点を当て、各場面におけるデキレジとダメレジの姿勢・対応を見てみましょう。

ハウレンソウが命！ ～病棟トラブルの対応編～

朝一人で回診していると、受け持ち患者さんが胸痛を訴えていた。症状は5分ほどですぐに治まった。
ダメレジ これくらいなら大丈夫と考え、指導医に報告せず自分で判断し対応する。
デキレジ 指導医に報告し、自分の解釈を伝える。

指導医から見たデキレジとはズバリ、**ハウレンソウが**できる研修医（できる範囲のことはきちんと行い、不安があるときは必ず報告・相談し、急変時には反射的に連絡できる研修医）です。「これくらいできないと、自分はダメな研修医だと思われる」あるいは「自分は成績も良かったし、このくらいは許される」と考えている研修医は、一見優秀そうでもとっても危険なのです。

ハウレンソウは基本中の基本。やりすぎて指導医から怒られるくらいに確実に行ってください。そして徐々に、自分の勉強の成果や考えたプロセスを混ぜてみてください。

中には報告しているつもりなのに、「どうして報告しないんだ！」と怒られ続ける研修医もいます。原因は「自分が何を知っていて（何ができて）、何を知らないのか（何ができないのか）」がわかっていないから。常にこのことを意識し、「知らない」「できない」ことを明示して学習できる医師になりたいものです。この訓練は怒られてナンボの研修医時代こそ最も行いやすいと思います。

研修医は足で稼ぐ！ ～時間外オーダー編～

夕方、指導医の指示で、夕食後から新たな薬を患者さんに飲んでもらうことになっ

た。研修医「夕方から新しい薬を開始します。オーダー入れておいたのでお願いします」。看護師「え～、今からですか？ ブツブツブツ」
ダメレジ 「これは看護師の仕事なんだし、患者さんにとって必要な薬だから、取りに行ってください」と看護師に依頼。もしくは「ま～正直、明日からでもいいから」と指導医の指示を無視。
デキレジ 「今時間あるので私が取ってきます。他に必要な薬あれば一緒に持ってきますよ」と自分で行く。

「**研修医は足で稼ぐ**」。これ、大切です。フットワークの軽さは、最終的に患者さんを救います。学んだ知識を現場で使いたいでしょが、その前にどんどん足を動かして役に立ってください。そうすれば、必ず信頼を得ることができ

はい、喜んで！ ～病棟からのコール編～

真夜中、病棟看護師からの電話。「先生の担当患者さんが、眠れないと言っているのですが」
ダメレジ 「え、そんなことで電話してきたのですか？ 病棟にある眠剤でも出しておいてください」
デキレジ 「はい、すぐ行きます」

休日や深夜に病棟から電話がかかってくることは少なくありません。「なんだよこんな時間に。明日でいいじゃん！」と思うこともあるでしょう。それでも、足で稼ぐあなたの返答は決まっていますね。

病棟から呼ばれるということは、あなた（とあなたのチーム）に何らかの落ち度があったか、患者さんの状態が良くなくスタッフが心配しているかのどちらかです。多くのスタッフは「こんな夜中に申し訳ない」と思っているもの。まずは病棟に行って、自分の目で患者さんを見ましょう。

すべては結論から！ ～プレゼン編～

救急外来で胸痛を訴える患者さんを診察し、循環器内科医にコンサルトする場面。
ダメレジ 「時々風邪とかで受診している患者さんがいまして、あ、糖尿病で糖尿病内科にもかかっています。1か月前から胸が痛いことがあるけど様子を見ていたようです。今日も胸が痛いようなので心電図と胸部X線をとり……」
デキレジ 「58歳の男性で心筋梗塞を疑っている方が来院しています。一緒にみていただけないでしょうか？」

プレゼン能力と臨床能力は比例すると言われます。研修医になると、プレゼンの機会が多くありますので、どんどん練習をしてください（自分の印象に残った症例を同期とプレゼンし合うと、シェアもできて効果的）。コンサルト時の1分プレゼンには、コツがあります。それは、**結論から話す**こと。多くの研修医は、例のダメレジのように、時系列に沿って、ある意味言い訳がましくプレゼンするため、何を相談したいのかわかりません。まず結論から伝えるよう努めましょう。

あなた自身の選択！ ～病院への不満蓄積編～

働き始めて3か月。理不尽ことも多く、病院に対する不満が蓄積したところ……。
ダメレジ 「ほんと、ここの病院のシステム最悪だよな。指導医も全然指導してくれないし、スタッフも感じ悪いし」と後輩などに文句を言いまくる。
デキレジ 「文句言ってもしょうがない。まずは睡眠時間を確保して体調を整え、一つずつ同僚や上司に改善案を提案してみよう」と、文句を言う相手を限定し、まずは自分の体調管理を優先する。

あなたは医学部をめざし、合格しました。6年間医学の勉強をし、就職先である病院に選ばれ、あなたもまたその病院を選びました（マッチング）。**医師になること、そして働く場所は、あなたが自分で選んだのです**。ですから、せめて半年は文句を言わず頑張ってみてください。それでも不満があれば、周囲に愚痴るのではなく、自分で改善に向けて動いてみてください。

「研修医が何か言ったところで何も変わらない」と思わないでください。**研修医・若手が元気に頑張る病院は、病院自体が元気になるとよく言われます**。病院が元気になると、その地域の患者さんが元気になります。なんで自分ばかりと思うこともあるでしょうが、つまらないプライドは捨てて、患者さんのために頑張ってみてください。

頑張り過ぎないで！ ～つらくなったとき編～

つらいことが重なって、「もう限界」と感じているとき。
ダメレジ 「患者さんはもっと大変なのだから、自分も頑張らなきゃ!」
デキレジ 「患者さんのためにも自分の体調を整えよう。勇気をもって明日は休みをもらおう」

「頑張って」と言っただけですが、



●横林賢一氏
2003年広島大卒。麻生飯塚病院で初期研修後、生協連家庭医療学開発センターで家庭医療後期研修、在宅フェローシップを修了。10年より現職。広島大病院家庭医療専門医養成コースを立ち上げ同責任

者に就任。初期研修時代、研修医としては初めて同院の“Doctor of Distinction 2004”を受賞。臨床・教育に加え研究にも力を入れており、「在宅発熱コホート研究」[第2回日本プライマリ・ケア連合学会日野原賞（学会賞）受賞]、「産休・育児中のママさん皮膚科医によるITを用いた在宅・へき地診療支援研究」(2012年度文科省科研費受給)などを行っている。

一方で頑張り過ぎないでください。医師という仕事は、想像以上に大変です。研修医であっても、医師免許を持つ以上、患者さんの命、健康を預かるという大きな責任があります。さらに医療チームのリーダーとしての立場が求められます。

慣れない仕事の中、睡眠時間の短い中、つらい出来事が重なって心が折れそうになった時はこの言葉を思い出し

てください。
「**初期研修医時代は、2年間生き延びれば十分**」

研修医期間の伸び率は人によってさまざまです。同期と比べ自分はダメだとも思うこともあるかもしれません（少なくとも僕はそうでした）。たとえダメだと思っても後から挽回できますし、必ず新たな未来が開けます。「生き延びる」には、研修をなんとか終える、という意味と、読んで字のごとく**命をつなぐ**という意味が込められています。「もう無理」と思う前に、十分な睡眠と食事をとり、ただ生きることだけを考えてください。

一笑懸命 ～横林からのメッセージ～

一笑懸命。僕の座右の銘です。自分の、自分以外の誰かの“笑”のために、懸命に頑張る人生を送りたいと思っています。どうかあなたも、あなたの患者さんの“心の笑”のために懸命に頑張りつつ、医師としても人としても人生を楽しんでください。

*

僕が初期研修を行った麻生飯塚病院総合診療科の井村洋先生は「初期研修の2年間は社会性が身につけば十分」とおっしゃっていました。また、本稿作成に当たりFacebookで意見を募ったところ、①あいさつができる、②時間を守る、③言い訳をしない、の3つが最優先とのアドバイスもありました。執筆させていただいた内容には、多くの先生方のパールが散りばめられていることを、最後に申し添えたいと思います。



倉敷中央病院 後期研修医募集病院説明会

大阪

平成24年7月14日(土)

説明会場

ヒルトン大阪
＜10階 飛鳥の間＞
〒530-0001 大阪市北区梅田1-8-8
http://www.hilton.co.jp/

東京

平成24年7月28日(土)

説明会場

ホテルニューオータニ(東京)
＜ザ・メイン16階 Lapis1の間＞
〒102-8578 東京都千代田区紀尾井町4-1
http://www.newotani.co.jp/tokyo/

Program ※大阪会場・東京会場共通

病院説明会17:00～18:00
終了後、18:00より懇親会を行います

※個別相談会形式で行います。
当日参加も可能ですが、事前申込者優先となります。
事前申込は、以下の担当者までお願いいたします。

お申し込み・お問い合わせ窓口

財団法人 倉敷中央病院
〒710-8602 岡山県倉敷市美和1丁目1番1号
担当：人事課 松井
☎ Tel 086-422-0210 ✉ Mail jinji@kchnet.or.jp

日本の 医学教育

ノエル先生と考える

第 26 回 (最終回)

新しい医学教育のパラダイム(4)

ゴードン・ノエル／大滝純司／松村真司
オレゴン健康科学大学 北海道大学医学教育 松村医院院長
内科教授 推進センター教授

わが国の医学教育は大きな転換期を迎えています。医療安全への関心が高まり、プライマリ・ケアを主体とした教育に注目が集まる一方で、よりよい医療に向けて試行錯誤が続いている状況です。

本連載では、各国の医学教育に造詣が深く、また日本の医学教育のさまざまな問題について関心を持たれているゴードン・ノエル先生と、マクロの問題からミクロの問題まで、医学教育にまつわるさまざまな課題を取り上げていきます。

前回までのあらすじ：「未来への投資」とも言える医学教育。社会のパラダイムが変わりゆくなかでも、医学教育のモデルを変更するという決断は、専門職である医師自身のなかから生じるものである。

医学教育改革で大切なのは 効果や改善の検証

大滝 日本の医学教育におけるこれらの課題をひと言で表すならば、「質の保証と多様性への対応」になると思います。

専門医、総合医、研究医など、多様な医師の養成が社会から求められています。そのなかで医師の基本的な能力を保証する教育が、社会からも学習者からも要求されるようになりましたが、これを達成するのは容易なことではありません。

松村 これからは医学教育についても、医師国家試験の合格率に代わる確かな評価が求められる時代がやってくるのだと思います。しかし、政府の財政状況が厳しいなかでは、医学教育を改善させるための大幅な資源の投下は期待できないでしょう。

大滝 それでも医学教育改革の波は、確実に押し寄せてきています。医学部の教員や研修病院の指導医は、教育活動の面で過去に例がないほどの負担を課せられています。しかし、教育活動は診療や研究に比べ評価方法が難しく、昇進や給与に反映させるシステムも普及しているとは言えません。です

から、この点の改善を進めていく必要
もあると思います。

ノエル ドの国にも当てはまることですが、患者ケアにおける変化と同様、医学教育における変化も、それがもたらす効果や改善を証明するためには、現在と比べどう変わるのかを検証することが大切です。

検証のための研究はそれほどコストがかからないことから、欧米では民間の財団や政府の研究助成金で行われています。しかし、「どのようなアウトカムを生み出すことが医学教育において望ましいのか」といった改善の指標については、国レベルのコンセンサスを得る必要があります。そしてそのアウトカムとは、単に「国家試験に合格できる」というような種類のものを超えた、医師の幅広い能力を担保するものでなければなりません。本連載で何度も取り上げていますが、米国ではACGME（卒後医学教育認可評議会）が、研修の期間や必要なリソース、そして研修を修了するまでにすべての医師が習得すべきアウトカムの具体的な内容を規定しています。

格差社会における医学生選抜 の在り方を考える

大滝 格差社会の影響は医学教育にも及んでいると感じます。今日の日本では、私立大学の医学部には経済力が相当にある家庭の子弟しか入学できなくなっています。国公立大学の医学部に



入学するためにも、都市部の学習塾や予備校で受験対策を受けられる経済力がなければ不利です。医師の少ない地域の学生を受け入れる「地域枠」が拡大している面もありますが、医学部入試の在り方を見直す時機が来ているのではないのでしょうか。

ノエル 医学生のパックグラウンドが多様であることとともに、医学生が描く目標が千差万別であることは、社会にとって重要な意味を持ちます。確かに、米国でも4年間の大学課程とその後の4年間の医学部課程の学費・生活費のすべてを、両親が支払う裕福な家庭の学生はいます。しかし、多数を占めるのはローンを組んで学費を支払う学生です。彼らは卒業後、10—15年かけて少しずつローンを返済していきます。この事実が示しているのは、若い人たちが他者を助けたいという強い意欲を持っていることであり、ほとんどの場合、医師としてのキャリアを積み上げば十分な収入が得られるという医学生の期待です。

米国の医学部の学費は公立・私立によらず高額です。また、医学部ではごく一部の奨学金を得る学生を除き、無料で教育を受けられることはありません。しかも、彼らの教育にかかる支出は授業料だけではないのです。日本の地域医療政策と同様、米国の各州も、その州の医学部卒業生には州の医療の行き届いていない地域にとどまって診療を行ってほしいと願っています。しかし、それは効果的な戦略とは言えません。例えば英国では、国が医師に直接報酬を支払い、医師が必要な地域に新たなポストを作ることで、医師の配置という点ではより上手く機能しています。そのような国では、要するにほかに働き口が選べないような仕組みになっているのです。

大滝 医師という職業の公共性を踏まえて、医学生の選抜や医師の配置を行うことが、他の国でも重要な課題となっているのですね。

医学教育の果てなき進化を めざして

松村 ノエル先生、もちろん問題は数多くありますが、それでも私は日本の医学教育は着実に進化していると信じています。われわれ日本人医師の先輩たちは、数多くの困難を克服しながら、世界に誇れる医療システムを構築して

きました。今日でも、多くの医療者は手探りではあるもののさまざまな方法を取り入れながら、医学教育の改善を試みているのだと思っています。

ノエル 米国では、約 40 年にわたって教育手法の改善を継続して行い、さらに教育の到達点を明確化するプロセスが続けられてきました。そして医学部の教員や医学教育を統括する機関のリーダー、また医学以外の領域の指導者たちによる幅広いディスカッションを通して、約 10 年ごとにより高度な基準が策定されてきました。日本でも同様に、医学教育は数十年かけてゆっくりとした変容をたどっていくのだと思います。

新たに重大な疑問が私の中に湧いてきました。それは、全国に浸透させることが可能な変化を提案でき、さらに現状に批判的精神を持った新しいリーダーが果たして日本の医学部に出現し得るか、ということです（笑）。

松村 最後に難しい宿題を出されてしまいました（笑）。

ノエル先生、私たちはこれからも日本の、そして世界の医学教育を改善していくための努力を続けていきたいと思っています。日本の医学教育が世界の利益にこれからも寄与していくためにはどう変化していけばよいのか、ノエル先生とともに考えて続けていきたいと思っています。

大滝 学ぶことにより習得する能力のなかで、領域を問わず重要なものの一つに「メタ認知」があります。これは、自分の考えや行動について自分自身で観察しとらえ直す過程を指していると、私は理解しています。私はノエル先生との対話を通じて、自分が携わっている医学教育というものを、今までと異なる視点でとらえることができるようになったと思います。

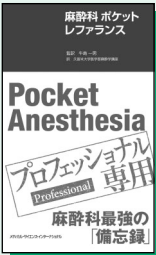
現状を踏まえ、しかもメタ認知能力を養い続けながら、さまざまな課題に一つずつ取り組んでいくことが大切だとあらためて感じました。ぜひこれからも情報交換や議論を続けさせてください。

ノエル お二方と長期間にわたって対話を続けられたことは、私にとっても光栄であり心楽しいものでした。また別の対話の機会があることを願っています。読者の皆さんは私たちとどんなことを話し合いたいですか。皆さんからの新たなテーマを楽しみにしています。(終わり)

麻酔科 プロフェッショナル のためのクリーンナップ!!

最強の装備・布陣で
知識を学び、
整理し、現場に臨む!

新刊 麻酔科ポケット レファラン



プロフェッショナル専用
麻酔科最強の「備忘録」

Beside Memo

定価 **4,725 円** (本体 4,500 円 + 税 5%)

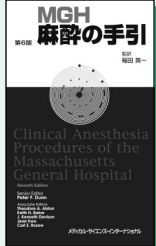


言わずと知れた、
麻酔科学の
スタンダードテキスト

ミラー麻酔科学

定価 **49,980 円** (本体 47,600 円 + 税 5%)

Textbook



長年の臨床経験に基づいて
編まれた実地的な手引き書

MGH 麻酔の手引 第6版

定価 **7,825 円** (本体 7,500 円 + 税 5%)

メディカル・サイエンス・インターナショナル

113-0033
東京都文京区本郷 1-28-36

TEL 03-5804-6051
FAX 03-5804-6055

<http://www.medsi.co.jp>
E-mail info@medsi.co.jp

「ワシントンマニュアル」に
外来編が登場。

外来 **NEW**

病棟

そろえて完璧！

絶賛発売中!

ワシントンマニュアル 第12版

The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 33rd Edition

監訳: 高久史廣 自治医科大学学長
和田 政 産業医科大学学長

A5変 頁1128 2色刷 ビニールカバー 定価 **8,820 円**
ISBN978-4-89592-666-9 2011年 (本体 8,400 円 + 税 5%)

ワシントンマニュアル 外来編

The Washington Manual™ of Outpatient Internal Medicine

監訳: 清水郁夫 長野赤十字病院血液内科 / 総合診療科
金児泰明 長野赤十字病院総合診療科
降旗兼行 長野赤十字病院呼吸器内科 / 総合診療科

A5変 頁1136 図34 2色刷 定価 **8,820 円**
ISBN978-4-89592-710-9 2012年 (本体 8,400 円 + 税 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
FAX 03-5804-6055

<http://www.medsj.co.jp>
E-mail info@medsj.co.jp



本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部（03-3817-5657）まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店（医学書院特約店）へ

シェーマでわかる 胸部単純X線写真パーフェクトガイド The Chest X-Ray : A Survival Guide

栗原 泰之 ● 訳

B5変型・頁400
定価6,825円(税5%込) MEDSI
http://www.medsj.co.jp/

とても陳腐な表現かもしれませんが、2012年の春、医学放射線学会や呼吸器学会の書籍売り場で平積みにされていた本書を手にとって私が感じた素直な印象です。これまで、胸部単純X線写真の教科書は山ほど出版されていますが、本書は、次の点で、とても斬新な教科書になっています。

1. 網羅的な記載はあえて避けられており、臨床で胸部単純X線写真を使うときに、具体的にどのようなことがポイントなのかに集約した、極めて実践的な記述がなされている点。
2. 美しいシェーマを多用して、胸部単純X線写真の読影を理論的に説明し、胸部単純X線写真の読影が楽しくなるように工夫されている点。

複雑なことを平易な言葉で表現できる人は、逆にそのことを誰よりも深く知っていなければなりません。本書の1行1行の一見簡潔な断定的とも思える記載は、著者がこれまでいかに胸部単純X線写真の読影方法や臨床的意義を深く考えてきたのか、いかに多くの臨床を経験してきたのか、を如実に物語っていると思います。

著者らが序文で述べていますように、CT、MRI全盛の現在において、単純X線写真の意義が以前より薄れつつあるのは事実です。多くの臨床医が、呼吸器の実臨床におけるいくつかの重要な判断の根拠を、胸部単純X線写真ではなく、CTに求めています。しかし、これら最新の画像診断機器が発達していても、院内で撮影される胸部単純X線写真の数は一向に減らないのも事実です。胸部単純X線写真は、患者さんの肺・縦隔の全体像を簡便に、しかも俯瞰的に捉えることが可能であり、正常であることの診断、病変の存在診断、また経時的な病変の変化

評者 高橋 雅士
滋賀医科大学病院教授・放射線部

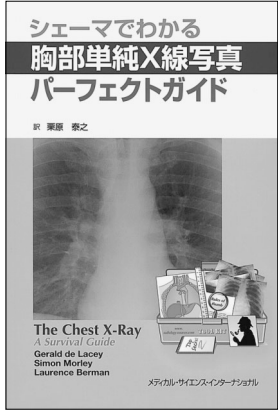
を簡単に迅速に評価できます。本書は、このような胸部単純X線写真の臨床的意義に大幅に力点を置いて作成されており、cross sectional imaging全盛の画像診断の風潮に異議を唱えているようにも思えます。

記者で私の長年の盟友でもある栗原泰之先生は、優れた臨床医、研究者であることに加え、誰もが認める卓越した教育者でもあります。栗原先生のMacのKeynoteを駆使した講演は、どれも、とても都会的で洗練された味わいがあります。本書は、まさに、原作の持つ非常におしゃれでシャープな味わいが、栗原先生のセンスとわかりやすい日本語訳と相まって、これまでの教科書にはない、とてもエレガントな雰囲気を醸し出しています。

日本語の書名もとても良いと思います。オリジナルは、“Chest X-Ray : A Survival Guide”とややいかめしいのですが、栗原先生は、医学生の方さんと相談され、標記の題名を考案されました。本書の本質を非常にうまく表した妙案だと思います。同じく放射線科医である奥様も翻訳のお手伝いをされたようで、まさに栗原家を挙げてのプロジェクトが結実し、ご家族にとっても、非常に思い出深い出版となったのではないのでしょうか？

学生や研修医に、「胸部単純X線写真の良い教科書は何でしょうか？」とよく聞かれます。これからは、私は、間違いなく、本書をその一つとして挙げていくでしょう。そして、また、本書は、経験の豊富な先生にこそ読んでいただきたいとも思います。本書の簡潔な文章には、実は、多くの含蓄があり、ご自分の経験と照らし合わせながら、それらを楽しむことができるからです。

斬新で、実践的で、
エレガントな教科書



今日の救急治療指針 第2版

前川 和彦, 相川 直樹 ● 監修
杉本 壽, 堀 進悟, 行岡 哲男, 山田 至康, 坂本 哲也 ● 編

A5・頁984
定価13,650円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01218-8

評者 平出 敦
近大主任教授・救急医学

本書は、初版から15年の間使われてきた『今日の救急治療指針』の改訂版である。救急医学は、少子高齢化、産業構造の変化、交通安全社会の構築といった社会の構造変化の大きなうねりの中で、急速に変貌しつつある。

かつて救急医学が、重症救急患者や外因性救急を主な対象として組み立てられていた時代から、内因性の疾病を中心に多様な救急医療ニーズの増大に対応できる効率の高い組み立てが注目されるようになってきた。したがって、こうした多様な領域で、エビデンスに基づいた系統的な診療モデルに基づき、どんな医師でも確実な初期治療ができることが求められるようになってきた。

その意味で、この治療指針では多様な救急ニーズに対応できるように、それぞれの専門家がエッセンスを込めて執筆した内容となっている。

本書を一読して目立つのは、写真、画像、シェーマ、アルゴリズムである。こうしたツールは、救急診療の現場における多様性、不確実性を視覚的、実践的に変換してくれるものである。同時に、近年の画像診断の進歩や、診療

ガイドラインの整備を救急診療に反映したものとなっている。

臨床研修制度が必修化されて以来、学ぶ側からの教育視点が大きく導入されるようになってきた。本書にもこうした学ぶ側からの視点が生きており、実用性を重視した明確な編集方針が本書を使う側にとってうれしい内容となっている。

例えば、かつてのテキストは動脈カニューレーションを行うに当たっては、アレンテストを行うべきであると記載されているにすぎなかったが、本書では実際に写真で方法を示してくれている。

また、医学的な事項だけでなく、当直時に実際に必要な内容をユーザーの視点から掲載している。例えば小児救急では、乳児突然死症例に関して、「カルテ保存用紙および法医・病理連絡用紙のチェックリスト」を提示しているなど、当直医を守るためにも欠かせない内容が掲載されており、役に立つ内容となっている。

本書は、携帯することで、現在の多様な救急ニーズに応えられる診療を実現できるという自信を与えてくれる。

レジデントのための腎臓病診療マニュアル 第2版

深川 雅史, 吉田 裕明, 安田 隆 ● 編

A5・頁536
定価5,250円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00948-5

評者 平方 秀樹
福岡赤十字病院副院長

腎臓は体液の恒常性維持を司る唯一の臓器で、腎臓内科学の分野で最も面白いのは、体液バランス（水、ナトリウム、カリウム、細胞外液、酸塩基平衡など）異常を解釈し、その是正治療に当たることで、多くの腎臓専門医の最初の動機となってきた。腎臓内科学の教科書の評価は、この分野をいかに記述しているかで決まる。本書は初版でも非常に好評であった。今回の改訂版でも、最も多くのページ数を費やしている。机上で、現場で繰り返して眼を通して欲しい。この分野を修めることは内科学の基本となる。

慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease : CKD）の概念が提唱されて10年が経過し、わが国でも広く定着してきた。すなわち、CKDの管理は、慢性腎不全の進行を遅らせて透析導入・腎移植を防ぐことだけでなく、高率に併発する心血管イベントのリスクを軽減することも目標となる。これまで以上に早い時期からCKDに気付き、腎障害だけでなく心血管合併症にも対応してゆくことが重要で、このことが腎臓専門

医だけでなく、非専門医や一般の方々に広く啓発されてきた。近年、KDIGO（Kidney Disease : Improving Global Outcomes）は、これまでの分類にタンパク尿（アルブミン尿）の程度を組み入れ、ステージ3を3aと3bに分け、より精密な分類とし、さらには、CKDの原因疾患をも考慮して対処するように改訂した。このKDIGOによる新分類は、CKDの意義の啓発という第一段階を経て、より確実な治療介入を要求する次の段階に進んだことを意味している。このことが本改訂版で強調されている。

しかしながら、腎機能の表現は複雑化し、非専門医ならずとも混乱している。腎機能を表す指標は何か？ 血清クレアチニン値、Cockcroft-Gault式を含めたクレアチニン・クリアランス、eGFR、シスタチンCなど……。本書でも妊娠と腎、薬剤投与、多発性嚢胞腎などの項では混乱がみえてとれる。今後、解決すべき問題であろう。

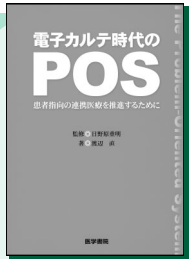
次に注目される大きな特徴は糖尿病性腎症の項である。第12章「よくノ

POS方式の電子カルテへの導入は医療者の医療姿勢を一変させる

電子カルテ時代のPOS 患者指向の連携医療を推進するために

電子カルテによるPOS実践は、多職種がとらえた患者の多面的な問題(プロブレム)の共有を容易にし、病気をもった生活者としての患者を浮かび上げさせる。医療者の医療姿勢を一変させるPOS実践を電子カルテで行うには、何に気をつけ、どうすれば良いかを具体例をあげて解説。名著『POS』(日野原重明著)の赤本から39年。POSの今日的意義を明確に提示した第二の赤本。医師・看護師、コメディカルスタッフ必読書。

監修 日野原重明
聖路加国際病院理事長・日本POS医学会会長
著 渡辺 直
聖路加国際病院教育研究センター・教育研修部長



救急救命士によるファーストコンタクト

病院前救護の観察トレーニング 第2版

郡山 一明 ● 著

B5・頁144
定価2,730円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-01479-3● 評者 横田 順一郎
市立堺病院副院長

命にかかわる重大な事態を把握するには、生命維持に関する生理学を習得した上で、重要な項目から観察しなければならない。これは急病や外傷の傷

病者に最初に接する救急救命士に最も求められる技能であるが、この習得が必ずしも容易ではない。著者はこの本で、生命維持の基本となる酸素の取り込みと運搬に焦点を当て、その生理学、病態、観察そして処置までを解説している。呼吸、循環、中枢神経系の働きを生理学の医学書から学ぶのは医師ですら難解であるのに、多くの比喩を使って理解を助けている。例えば、心拍出の様子を「マヨネーズのチューブの握り方」に、循環の仕組みを「山手線」に、oxygen delivery を「回転寿司」になぞらえ、ユニークな絵を付けて関心を引き付けている。また、双極誘導の特徴を影絵から想像させたり、P波とQRS波との組み合わせを描かせて不整脈を理解させたりするなどして心電図を楽しく理解させようとしている。こういった工夫は随所に見られ、一気に読み進めてしまうほど面白味がある。

本書には上記のような魅力だけでなく、さらに特筆すべき点がある。それは、冒頭で病院前救護と医療機関での診療との相違点を整理し、救急救命士

の職務の姿勢を明確にしたことである。「救急救命士の役割は、要救護者の生命危機を回避させつつ、病態に応じた最適な医療機関に迅速に搬送することである」とし、米国における救急医療サービスの業務ポリシー“The right patient in the right time to the right place”を巧妙に伝授している。適切な処置や医療機関選定のためには、最初に要救護者の全身状態を把握しなければならず、そのため大半を「観察」に割り、副題を「病院前救護の観察トレーニング」としたのが本書の本質であろう。さらに、教育と実践における「意思決定」の重要性に言及し、学習は缶詰型知識の詰め込みではなく、問題解決型能力の開発が重要であるとしている。このために「脳を鍛える」トレーニング方法として、認知力を高めるために「その気」を持つこと、「その気」から行動を起こすまでの一連のプロセスとして消費者心理を応用した郡山式AIDMA法での学習法を紹介している。これを軸に疾患別シナリオを提示し、読者に意思決定を求め、問題解決能力の開発を図っている。

本書は病院前救護に携わる救急救命士のみならず、メディカルコントロールや救急診療にかかわる医師にとってもぜひ一読を薦めたい図書である。

本書は病院前救護に携わる救急救命士のみならず、メディカルコントロールや救急診療にかかわる医師にとってもぜひ一読を薦めたい図書である。

本書は病院前救護に携わる救急救命士のみならず、メディカルコントロールや救急診療にかかわる医師にとってもぜひ一読を薦めたい図書である。

「みられる二次性腎疾患患者へのアプローチ」の最初に取り上げられている。

そして、アプローチのポイントにいわく、「糖尿病性腎症の治療は、進行を抑制するのみでなく、寛解・退縮を目標とする」。これは素晴らしい！この記述を支えるエビデンスはわが国からも発せられた。腎臓専門医にも、このメッセージの達成が課せられ、それには専門医間の連携が必須で、本書の対象となる若いレジデントも参加しなければならない。

IgA腎症の項はより充実してきた。最も代表的な糸球体腎炎に対する地道な取り組みの積み重ねが、ようやく標準的治療として集約されてきた。しかし、まだ確固たるエビデンスが必要である。本書がリサーチ

クエスションのきっかけとして役立つのではないかと期待される。

第2版となる本書では、初版で序盤に「一般的なアプローチ」にまとめて収載していた「どういうときに腎尿路疾患を疑うか」は、各論の冒頭にまとめるスタイルに変更され、より理解しやすい内容となった。分量も大きく変更されずに非常に充実した第2版となった。

筆者が卒業したころには、本書のような日本語で書かれた腎臓学の専門書はなかった。辞書を傍らに、英語の教科書をポツポツと読んだものである。充実した専門書を日本語で難なく読み進める意義は極めて大きい。本書はさらに版を重ねて進化していった欲しい医学書の一つである。

本書は病院前救護に携わる救急救命士のみならず、メディカルコントロールや救急診療にかかわる医師にとってもぜひ一読を薦めたい図書である。

外 来 診 療

次の一手

監修 ● 前野哲博
筑波大学附属病院
総合診療科教授執筆 ● 小曽根早知子
筑波大学附属病院
総合診療科

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

第3回「今朝からめまいがするんです」

症 例 Bさん 59歳女性

目を閉じてつらそうな表情で入室してきた。

Bさん 「今朝起きたときから、めまいがするんです」

Dr. M 「どのようなめまいですか？」

Bさん 「じっとしていれば大丈夫なのですが、起き上がろうとすると視界がぐるっとするような……」

バイタルサイン：体温 36.0℃、血圧 118/58 mmHg、
脈拍数 78 回 / 分（整）。次の
一手は？

読み取る

この病歴から言えることは？

「めまい」を主訴に受診した59歳女性である。一般に、患者の訴えるめまいには、「回転性」「前失神」「浮動感」の3つがある。中年女性であることから、高血圧、糖尿病など基礎疾患が隠れている可能性は十分にある。「視界がぐるっとするような」という表現から、症状はおそらく「回転性めまい」だろう。一方で、「起き上がろうと」したときにめまいが出現していることから、起立性低血圧などの前失神症状をめまいと表現しているのかもしれない。

起立性低血圧の原因としては、不整脈など心原性や貧血のほか、降圧薬など薬剤性の可能性も考慮したい。つらそうではあるものの自力歩行で入室していること、「今朝から」と急性発症であることから、代謝性や変性疾患による平衡障害の可能性は低そうだ。

考える

鑑別診断：「本命」と「対抗」に何を挙げる？

「本命」は良性発作性頭位変換性めまい症(BPPV)。安静時には出現せず、起き上がろうとしたときに「視界がぐるっとする」と表現されるめまいであり、頭位変換時の回転性めまいの症状が最も疑われる。「対抗」には、起立性低血圧などの失神に分類されるめまいを考えたい。

作戦

ズバツと診断に迫るために、次の一手は？

「寝返りをうつとめまいはしますか？」

寝返りは臥位から座位への変換を伴わない頭位変換であるため、これでめまいが誘発されるのであれば前失神症状を来す原因疾患はほぼ除外される。安静時に症状がなく、頭位変換で誘発され、安静にしていれば1分以内に症状が消失するならBPPVで決まりである。一方寝返りでは誘発されず、起き上がると症状が出現するなら前失神症状の可能性を考える必要がある。

その後

患者は、寝返りをうつとめまいがするという。頭痛、難聴などはなく、Frenzel眼鏡で安静時には眼振がなく、頭位変換時に眼振が誘発され、1分以内に減衰した。BPPVと診断され帰宅した。



POINT

BPPVは「寝返りでも出現する」めまいである！

● お願い—読者の皆様へ

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

現場ですぐに役立つ!治療薬のメカニズムを理解する

神経内科治療薬処方ガイド

Essential Neuropharmacology: The Prescriber's Guide

▶ 神経内科領域で重要な111の薬物をアルファベット順に収載した手引。各薬剤について、適応範囲、投薬のメリットとデメリット、用量のヒント、副作用の回避法などを、日常臨床に即して詳細に解説。オールカラーで見やすく、わかりやすく構成され、知りたい項目を探しやすい。翻訳に際し、日本の商品名や用法・容量などを適宜挿入。治療に関するTipsやPearlsも含み、実践的な投薬の「コツ」が満載。専門医はもちろん、広く日常的に神経疾患治療薬を使う医師必携。

監訳：山脇正永
訳：木村行男
京都府立医科大学大学院医学研究科
総合医療-医学教育教授
VAメディカルセンター定価8,400円（本体8,000円＋税5%）
A5変 頁560 2012年
ISBN978-4-89592-713-0MEDSi 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.jpTEL.(03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

学生のみならず専門医まで広く定評を獲得 さらに充実の邦訳、第3版!

ハーバード大学テキスト
心臓病の病態生理 第3版Pathophysiology of Heart Disease :
A Collaborative Project of Medical Students and Faculty, 5th Edition

▶ ハーバード大学医学部の学生と教官が共同して作り上げた画期的なテキスト。将来の循環器診療に必須かつ重要な知識でありながら、学生が最も理解しにくいと感じている病態生理に重点を置いて、詳細にも高度にもなり過ぎず、「わかりやすさ」を徹底して解説。本改訂では内容・図版をさらに洗練し、丁寧な補足・訳注を加え初学者に向けた教育的配慮も十分にを行った。医学生はもちろん、研修医、専門医のレビューにも最適。

訳：
川名正敏 東京女子医科大学
附属青山病院 院長
川名陽子 医師定価7,560円（本体7,200円＋税5%）
B5 頁508 図214・写真39 2012年
ISBN978-4-89592-709-3MEDSi 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1-28-36TEL.(03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

