

2013年1月14日
第3010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 〓(出社者著作権管理機構 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

- [新春企画]♪In My Resident Life♪
(中里信和,行岡哲男,松村理司,切池信夫,上野文昭)/[連載]外来診療……………1—3面
- [寄稿]英国の新しい家庭医療専門医制度その研修と選抜(前編)(澤憲明)……4面
- [連載]「型」が身につくカルテの書き方……………5面
- [座談会]いま,内科医に求められるものとは……………6面

新春企画

♪ In My Resident Life ♪ めげずに失敗し続ける!!



研修医のみなさん、あけましておめでとうございます。レジデント・ライフはいかがでしょう。ミスをして指導医に怒られたり、コミュニケーションがとれなくて落ち込んでいませんか? “Our business in life is not to succeed, but to continue to fail in good spirits (人生における仕事とは、成功することではなく、めげずに失敗し続けることだ)”。これは『宝島』や『ジキル博士とハイド氏』を書いた英国の小説家、R. スティーブンソンの言葉です。失敗から自信を失くしてしまうこともあるかもしれませんが、そうした経験を重ねることで一人前の医師に近づくのでしょう。

今回お贈りする新春恒例企画では、著名な先生方に研修医時代の失敗談や面白エピソードなど、“アンチ武勇伝”をご紹介します。

中里 信和

東北大学大学院教授・
てんかん学分野



ベテラン看護師のひと言 「私が見てますからやりなさい」

①脳神経外科に入局3か月目、地方での研修が始まりました。科長は手術の達人で人間的にも素晴らしい方でした。外来担当のベテラン看護師Kさんは手術の助手も務めます。ある日の臨時手術で山場を過ぎたころ、科長は「中里、閉めて(=閉頭して)おけ。Kさん、後はよろしく」と言い残して、地元のスポーツ少年団に剣道を教えに出かけました。私の術者としての腕前を信用したのではなく、Kさんを信頼しての言葉でしたが、私にとっても良い経験となりました。

次に病棟師長のAさん。科長が学会で、新人の私が留守番の日でした。血管撮影中で手が放せない私のそばに

こんなことを聞いてみました

- ①研修医時代の“アンチ武勇伝”
- ②研修医時代の忘れえぬ出会い
- ③あのころを思い出す曲
- ④研修医・医学生へのメッセージ

来たAさんの言葉。「回復室の方の顔色が悪いので動脈採血し、酸素3L開始しました。データはこれです。他にご指示を」。また別の留守番のときに、気管内挿管を気管切開に切り替えなければならぬ事情が生じました。私は気管切開の経験は助手としての一度だけ。しかしAさんは「私が見てますから、先生やりなさい」のひと声。なんと心強かったことか。

現在、私の夢は、てんかんの包括診療体制を築くことです。医師以外の職種の方々に、存分に力を発揮してもらいたいと願っているのは、こんな研修医時代を過ごしたからかもしれません。

②脳神経外科の主任教授、故鈴木二郎先生です。海軍兵学校出身で、何かを成し遂げようとする精神力の強さと、人に愛されるちゃめっ気を合わせ持つ方でした。まだ学生だった私が医局登山に参加したときのこと、鈴木先生は還暦近かったはずなのに、現役スピードスケート部員の私と一緒に、先頭を競争しながら走って山道を下ったのでした。岩や水の流れをヒョイヒョイよけながら「中里! 人間の脳ってのは素晴らしいな」と叫ぶのでした。このひと言で、脳を勉強しようと心に決めたようなものです。

③スティービー・ワンダーの「Overjoyed」(1985年)は、研修2年目、私が結婚した年のヒット曲です。「時間

行岡 哲男

東京医科大学教授・
救急医学講座



「都市ガスを採ってくれ」?!

①私は1976年に東京医大を卒業して、すぐに当時の阪大病院・特殊救急部で研修を始めました。その数日後のことです。

特殊救急部の病棟で、重症患者の病床のそばで先輩から「ガスを採ってくれ。できるな?」と5mL容量の注射器を手渡されました。まだプラスチック製注射器がない時代です。ガラスの筒内には何も入っておらず、針も付いていません。何だか内側はぬれていました。へパリン化されていたのですが、これもわかりませんでした。「ガス」と聞いて「都市ガス」がまず頭に浮かびました。ここで確認するか、「なぜ都市ガスを注射器に採るのですか?」

を超えて僕は愛の城を作る」という歌い出しです。4年後、ロサンゼルスに留学し初めて高速道路に乗ったときに、この曲がFMから流れてきました。片側8車線の405号フリーウェイです。留学できたことへの「あまりの喜び(=

と聞けば良かったのですが、これを怠った私は「はい」と答えました。

そのころの病院には病棟に都市ガスの配管があり、テーブルの上にあるガスコックにホースをつなぎ元栓を開けば、その場でガス器具が使えるようになっていました。このガスコックの先は、ちょうど注射器の先がつなげそうな大きさでした。私は注射器を渡され、しばらくその場で考えていたのだと思います。やがて病棟の端のガスコックに向かって歩いて行きました。さすがにいきなり注射器をガスコックに差し込み元栓を開くことはしませんでした。「何mLか聞き忘れた。少量採るのは難しそうだ。さて、どうするか?」と考えながら、ガスコックの前でたたずんでいました。

血液ガス分圧の測定のために動脈ラインの三方活栓からの血液採取を指示した当の先輩だけでなく、周囲の人たちにとっても、患者さんのそばから離れて病棟の端にたたずむ私の行動はと

(2面につづく)

overjoyed)」に涙が出ました。

④どんな道に進むにせよ、自分がやっていて楽しく充実していると思える仕事なら、その人は幸せですね。くれぐれも自分を偽らないように生きてください。

January
2013

新刊のご案内 医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

今日の治療指針 2013年版 私はこう治療している

編集 山口 徹、北原光夫、福井次矢
デスク判: B5 頁2,116 定価19,950円
[ISBN978-4-260-01643-8]
ポケット判: B6 頁2,116 定価15,750円
[ISBN978-4-260-01644-5]

治療薬マニュアル 2013

監修 高久史磨、矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2,724 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01677-3]

運動器臨床解剖アトラス

監訳 中村耕三
A4 頁424 定価18,900円 [ISBN978-4-260-01199-0]

標準臨床検査医学 (第4版)

編集 高木 康、山田俊幸
B5 頁456 定価6,825円 [ISBN978-4-260-01600-1]

今日の循環器疾患治療指針 (第3版)

編集 井上 博、許 俊鋭、檜垣実男、代田浩之、筒井裕之
A5 頁968 定価13,650円 [ISBN978-4-260-01472-4]

外科専門医受験のための 演習問題と解説

監修 加納宣康
編集 本多通孝
B5 頁288 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01524-0]

基礎から学ぶ楽しい疫学 (第3版)

中村好一
A5 頁248 定価3,150円 [ISBN978-4-260-01669-8]

〈標準臨床検査学〉 検査機器総論・検査管理総論

シリーズ監修 矢富 裕、横田浩充
編集 横田浩充、大久保滋夫
B5 頁256 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01636-0]

〈標準臨床検査学〉 臨床検査総論

シリーズ監修 矢富 裕、横田浩充
編集 伊藤機一、松尾収二
B5 頁160 定価3,150円 [ISBN978-4-260-01665-0]

看護学教育における授業展開 質の高い講義・演習・実習の実現に向けて

監修 舟島なをみ
B5 頁240 定価3,360円 [ISBN978-4-260-01688-9]

新春企画 In My Resident Life

松村 理司

洛和会音羽病院院長



16年かかったジグザグ「研修」

①医学部卒業は1974年。学生時代は、大学紛争の雰囲気にならざるを得なかった。無期限バリエードストライキが連発された「校風」だったので、無学ぶりはひどいもの。失恋も経験したが、大学離れを一層助長させる始末。当時はCBTやOSCE自体がなく、個人的な事情で学校に3年間通わなくても最終学年になってしまっていた。結局、種々のカンニングに頼ることになった次第。それなのに、「小医は病を癒し、中医は病人を癒し、大医は国を癒す」という言葉に踊らされてしまい、どこかの発展途上国で「中医一大医」をめざそうと傲慢にも夢想した。卒業後に、アッペ、ヘルニア、ヘモのごく基礎的な外科修練を手っ取り早く終えてから。

研修は、肺外科から始まった。外科半年と麻酔科1年と肺外科半年の3科のローテーションプログラムで、順番は偶然だった。しかし半年では、病人どころか、簡単な病も癒やせないのを痛感。なんとか早く、せめて小医にならなくてはとの思いに駆られ、肺外科に沈没することになった。正味9年間。その後の約10年間も後輩医執刀の肺

手術の介助に従事した。

②沖縄県立中部病院の呼吸器科部長だった宮城征四郎先生との巡り合いは82年だった。私の当時の赴任先病院にたまたま来られたのだった。私は肺外科医のままだったが、同院呼吸器系が呼吸器科でくられていたので、呼吸器内科にも少しはかかわっていた。先生の醸す雰囲気には、病歴・身体所見重視、過剰検査排斥、文献渉猟、教育重視の姿勢が濃厚だった。「朝に道を聞かば夕べに死すとも可なり」と強い感銘を受けた。その際に、総合診療の名医ウィリス先生(G. C. Willis)の存在についても聞き及んだ。

その後、米国に遊学する機会を得て、その間隙にモントリオール総合病院救急部に勤務中だったウィリス先生との邂逅を果たせたのが83年の末である。「心の恩師」であった日野原重明先生の口添えもいただき、ウィリス先生を勤務先の市立舞鶴市民病院に招聘できたのが、86年初頭になる。幸いにもウィリス先生は、以後4年以上に及ぶ舞鶴滞在になったのだが、その間に先生から学んだ医学知識・技能や医学的たずまいが、私の総合診療の基礎のほぼすべてを占める。だから、現在総合診療医である私の研修は、1990年の春にやっと終了したことになる。卒業後16年(!)の晩生(おくて)だった。

実に長い、ジグザグの「研修」時代であった。気が付くと、アッペ、ヘルニア、ヘモの修練はまったく受けていない。発展途上国での医療も、1日も経験していなかった。

③和田アキ子の歌(「どしゃぶりの雨の中で」「笑って許して」「あの鐘を鳴らすのはあなた」)を聴くと、懐しくなったもの。歌声を聴くたびに「今も声が同じ!」と思うのは、和田さん(旧姓:金海さん)が小学校の同級生だから。

④「人間万事塞翁が馬」人生には、約10年ごとに好不調の波があるもの。「出藍の誉れ」若手医師が育つのはうれしいもの。

液ガス」という言葉の意味が良くわかりませんでした。さらに「分圧」という表現がこれに続くことの意味も理解できていませんでした。この恥ずかしい出来事をきっかけに、自分で調べ血液ガス分圧の意味がやっと理解できました。皆さんは「血液・ガス分圧」という意味を理解していますか? もし理解していれば、私のような愚かしい誤解をする可能性は低くなるはずです。④『徒然草』を書いた兼好法師は、第52段を「少しのことにも、先達はあらまほしき事なり」(些細なことでも指導者が必要なものである)と結びます。「聞くは一時の恥、聞かぬは一生の恥」とも言われますが、全くもってその通りです。

切池 信夫

大阪市立大学名誉教授



患者さんに信頼してもらう大切さ

①私は、1971年3月に大阪市大医学部を卒業した。それはインターン制度廃止と研修医の待遇改善を求めての運動が東大から始まり、全国的に波及した全共闘運動が終焉した一年半後のことである。それまでは、一年間の無給インターン終了後に国家試験を受け、合格後に自分の進みたい専門科に進むという制度であった。それが、卒業後直ちに医師国家試験を受けて医師免許を行う新制度に変わっていた。私は、内科や外科を研修せず、すぐに精神医学教室に入局して、精神医学のみの臨床研修を行った。しかし、内科の勉強も必要と考え、4年先輩の内科の先生に相談して、週2回救急病院の2人当直のうちの1人として随行させていただいた。大阪市内にある民間の総合病院では、内科2人、外科2人の計4人の医師が当直していた。私は先輩の助手で、何もわからず指示に従って動いていた。夜中に最低4-5人は搬送されてきた。発熱、腹痛、喘息の発作、過換気など、救急車のサイレンの音が鳴るたびに身構え、音が去っていくとホッとしたものである。うつらうつら眠ればラッキーな日で、こんな生活が半年間近く続くと、日中でもボーとすることが多くなり、辞めた。その間のことで今でも覚えていることは、夜中1時ごろ、意識障害で運ばれてきた患者が脳出血で、チェーン・ストークス呼吸をしており、常勤医がくる朝まで、先輩と交代でアンビューバッグを手で押し続けたことである。その患者さんは朝までなんとか持ちこたえたが、その日は手と指の筋肉痛とでもいうか、指にバリバリとした痛みが残って思うように動かなかった。そして当直を辞めてからもサイレンの音に敏感で、ドキッとすることが続いた。そのときつくづく内科や外科には向いていないなと思ったものである。

こんなことを聞いてみました

- ①研修医時代の「アンチ武勇伝」
- ②研修医時代の忘れえぬ出会い
- ③あのころを思い出す曲
- ④研修医・医学生へのメッセージ

②そのころの精神科は大学紛争の煽りで医局を辞めた先輩も多く、また学生には人気のない科であったので、入局したのは私が一人であった。教授から私まで数えて総勢8人、先輩たちは外来、病棟と忙しく、医局はいつも閑散としていた。半年後、研修医の私にも週二回の外来診察を任された。今から考えると、随分無謀であったが、ただ度胸だけは確実についていった。そしてある日の外来で、不眠や不安を主訴として受診した患者さんを診察した。私は神経症と診断してマイナー・トランキライザーを中心に投与し、受容的に接し、熱心に話を傾聴した。しかし3か月、6か月たっても症状は改善せず、患者さんのさえない表情が続いた。結局講師の先生に診てもらった。その結果、幻覚や妄想があり統合失調症と診断され、抗精神病薬を投与した。その後比較的速やかに幻聴が消失して妄想もなくなった。改善してから患者さんが語るには、若い新米の私を信頼できず幻聴のことを告げると「気狂い」と診断され一生病院に入院させられると思って黙っていたとのことである。このとき精神科医は、患者さんとの間に信頼関係を早期に築くことが何よりも大切なことだと思い知らされた。

④「人上錬磨(人に接して学ぶ)、事上錬磨(己の体験に学ぶ)、書上錬磨(書に接して学ぶ)(野間清治)」という言葉があります。このようにバランスのとれた学習をしてください。そして疑問をもつ能力を育ててください。



●写真 研修医3年目のころ。看護師さんと一緒に。

(1面からつづく)

でも奇妙に映ったことでしょう。近くにいた別の先輩が心配したのか、「どうした?」と声を掛けてくれました。「これどうつなげば良いのでしょうか」という意味のことを聞いたのだと思います。その先輩は、あきれつつも病床のそばまで私を連れ戻し、三方活栓からの血液採取の方法を教えてくださいました。

「?!」と思ったら、大事なものはその場で聞くことです。後になると、その時点の文脈がつかみ難くなり、聞かれた側が答えに戸惑うこともあります。そして聞いて確認したら、後で構わないので自分で関係することを調べることも大事です。私は学生のころ、「血

50人の先輩医師にきいてみよう

あなたへの医師キャリアガイド

研修病院選びの決め手は何か、専門を何にするか、臨床か研究か、留学や開業をいつするか……。医師としてのキャリアの積みかたは多様だ。本書では50人の先輩医師が「今のあなたの悩みについて、かつて(あるいは現在進行形で)同じように悩み、このような道を選んだ」と、本音で語る。執筆陣は聖路加国際病院内科の現役・OB/OGという共通点はあれどその経歴は多種多様。さまざまな努力や転機となったエピソードが興味深い。

編集 岡田 定
聖路加国際病院内科チエアマン
堀之内秀仁
国立がん研究センター中央病院呼吸器内科
藤井健夫
聖路加国際病院腫瘍内科



2013年3月発売

ご予約受付中!

「研修医」
使うこなす。
厚さ10センチメートルのハリソン内科学は、臨床の現場で常に信頼され、活用できる知識を提供します。

「医学生」
担いでいく。
重さ5キログラムのハリソン内科学には、医師として身につけていく必要な知識が詰まっています。

「臨床医」
共に歩む。
3年半ごとに改訂されるハリソン内科学は、原著初版発行から63年、世界中の臨床家たちの知識を常にアップデートしています。

生涯の座右書
ハリソン内科学 第4版

Harrison's PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE 187th Edition

日本語版監修 福井次矢・黒川 清

●全2巻 A4巻 3,500頁(予定) 4色刷 函入 ソフトカバー ●ISBN978-4-89592-734-5 ●定価 31,290円(本体29,800円+税5%)

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

めげずに失敗し続ける!!

上野 文昭

大船中央病院特別顧問

「ここでは頭は要らない、
首から下を鍛えてこい！」

①内科研修でマッチした米国南部の名門チュレーン大学の基幹研修病院 Charity Hospital はすさまじい病院で、特にERは1日3000人、外傷だけで月8000人というまさに戦場でした。頭に斧が刺さったまま歩いてくる患者や、待合室で「早く診ろ」と叫んでいた患者が胸を撃たれていたなどは日常茶飯事でした。

ある日ER経由で入院した心不全の黒人女性は、測定できる体重計がないためストレッチャーごと体重を測るほどの超肥満。その後病棟に運び、ストレッチャーからベッドに移そうとしたときのことでした。一緒に患者を抱えたのは屈強な先輩レジデントと、丸太のような腕のナース。一番重みに耐えきれなかった私がよろめいて、床に落ちそうになった患者は、なんとベッドサイドにあったロッキングチェアにすっばりはまってしまいました。「心不全だから起座位でも大丈夫か」と、その状態で診ているうちに、患者は心停止。即座に心臓マッサージを開始しましたが、ロッキングチェアの上でうまくできるわけがありません。先輩が胸を押し、私が椅子の背を後ろから支えながら蘇生を試みました。その後先輩から「ここでの研修では頭は要らない、首から下を鍛えてこい！」と大目玉を食らったのが印象に残っています。

②レジデント時代に出会い、今でも私の内科医としての人生に影響を与え続けているのがバーチ教授（George Burch）です。日本にいたころ教科書や論文でその名前を知っていたバーチ教授は、高名な心臓病研究者の印象でした。しかし、実際に会って、真の臨床家として筆舌に尽くしがたいインパクトを受けました。彼は24時間365日医学のため患者のために生きていました。私が厳しい質問の答え

に窮すると「週末何をしていた？映画館では医学は学べない！ピクニックでは医学は学べない！」と、一切の遊びを否定します。この点はとてつもないいけませんでした。感銘したのは患者を思う気持ちです。ベッドサイドの診断がほとんどすべてで、私がオーダーした心エコーひとつでも、患者アウトカムに影響しないとわかると激怒しました。侵襲的検査にいたっては、“Christ!”の一語で無視します。検査をしないで診断するのがその道の専門家であるという姿勢は、今でも私の心に刻まれています。

③この特集“In My Resident Life”はアルバム“Rubber Soul”に収められたジョン・レノンの名曲“In My Life”をほうふつとさせます。ビートルズといえぱりバプール。当地で熱狂的な人気を集めているのがLiverpool Football Club(LFC)です。スタジアムを赤一色に埋めた数万人のLFCファンが大合唱するのが“You’ll Never Walk Alone”。1963年にリリースされたこの曲はLFCの応援歌となり、UKヒットチャート1位となりました。「嵐の中を歩くときも、上を向いて、暗闇を恐れずに……君一人じゃない、いつもみんな一緒なんだ」。辛い研修医生活も仲間元気づけられ、この歌を口ずさみながら乗り切ることができました。

④若い研修医は日々成長します。自分の努力もあるでしょうが、それだけではありません。指導医は言うに及ばず、同僚、後輩、他の医療職、そして患者から教わることは少なくないはずです。周囲のあらゆる人たちに感謝の気持ちを忘れずに謙虚になることが、よい医師になるための必須条件と考えます。



『週刊医学界新聞』では、医学生・研修医(初期)の方を対象に、
セミナー「この先生に会いたい!!」を開催します。

テーマ

「オー! マイ! キャリアパス!
Everything is gonna be fine!」

講師: 林 寛之 先生 (福井大学医学部附属病院総合診療部・教授)

各領域の第一線で活躍する先輩医師をゲストにお招きして、医師として歩んできた道のりをお伺いする「この先生に会いたい!」。今回は、医学生・研修医に絶大な人気を誇る、林 寛之先生をお迎えし、医学生・研修医の皆さんを対象としたセミナーを開催します。講演会の後には、先生や参加者と交流する楽しいひとときも設けます。ぜひお誘いあわせの上、ご参加ください。

- 主催: (株) 医学書院『週刊医学界新聞』
- 日時: 2013年3月10日(日) 14:00~17:00
- 会場: 東京都文京区・医学書院 本社 会議室
- 対象: 医学生・研修医(初期) 限定
- 定員: 100人(先着順)
- 参加費: 無料(懇親会も無料)
- 申込方法: 2013年1月14日(月) 昼12時からWebにて先着順受付。詳細は医学書院Webサイト内『週刊医学界新聞』のページをご参照ください。定員に達し次第受付終了となります。なお、対象者以外からのお申込みは無効とさせていただきます。予めご了承ください。

- お問い合わせ: 医学書院PR部TEL:03-3817-5696(平日9時~17時)

林 寛之 (はやし・ひろゆき) / 1986年自治医大卒。北米型ER導入の草分けである福井県立病院で初期研修。へき地医療に携わった後、カナダ・トロント総合病院救急部、美浜町東部診療所家庭医などを経て1997年より福井県立病院救命救急センター科長。2011年4月より福井大医学部総合診療部教授。“出る杭は引っこ抜く”を合言葉に、愛と希望と笑いに満ちた、臨床能力が高く心優しい医師を養成中。育児休暇取得(3か月)の経験を持つ。



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◎中澤一弘
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10回「腹痛で目が覚めました……」

症 例 Oさん 38歳男性

中肉中背。既往歴、飲酒、喫煙なし。腹痛を主訴に来院した。

Oさん 「今朝早くにいきなり腹痛で目が覚めました。吐き気もあります。食事もとれないほどです。便は普段通りで下痢はしていないのですが……」

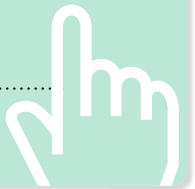
Dr. M 「どの辺りが痛いのですか？」

Oさん 「みぞおちの辺りです」

Dr. M 「咳、鼻水、喉の痛みはありますか？」

Oさん 「いいえ、ありません」

バイタルサイン: 体温 36.9℃、血圧 128/75 mmHg、
脈拍 89回/分(整)。

次の
一手は?

読み取る

この病歴から言えることは?

比較若年の男性で、突発性の腹痛の症例である。この症例で注目すべき病歴は、腹痛が目覚めさせるほど強いことと、通常感染性胃腸炎でよくみられる下痢や発熱、感冒症状がないことである。既往や喫煙歴、NSAIDsの内服もなく、便性状も正常のため、胃十二指腸潰瘍を積極的に考える所見は乏しい。また、コレステロール胆石ができやすい肥満体型でもなく、既往もないことから胆石発作も考えづらい。胆膵炎も同様であり、発熱がないこともその確率を下げる。アルコール摂取がないので、膵炎はやや考えづらいが、否定できるほどではない。

考える

鑑別診断: 「本命」と「対抗」に何を挙げる?

「本命=感染性胃腸炎」。疾患頻度の面から見て感染性胃腸炎をまず考える。このケースでは、嘔気を伴う強い心窩部痛でありアニサキス症も考えておく必要がある。発熱がなく、排便にも異常がないため、細菌感染症を疑う状況はあまりないが、例えばアニサキス症であれば下痢がなくても矛盾しない。「対抗=急性虫垂炎」。特に既往もないことから急性虫垂炎を考える。急性虫垂炎の初期では、腹痛の部位が心窩部にある場合が多い。その他の心窩部痛を来す疾患の鑑別では、急性膵炎、胆石発作、胃十二指腸潰瘍が考えやすい。「大穴」としては、突発性病変である急性冠症候群、門脈塞栓症、腹部大動脈解離が挙がる。

作戦

ズバツと診断に迫るために、次の一手は?

「この一週間くらいに、生の魚介類や肉類を食べましたか?」

感染性胃腸炎の鑑別には、特に細菌性の場合、食事摂取歴の聴取が重要である。原因食物の摂取から発症までの時間は、アニサキス症であれば平均4~8時間で、宿主はサバ、サケ、ニシン、イカ、イワシ、サンマ、マスなどである。なお患者の発症直前の食事内容に目を奪われがちであるが、感染型食中毒の潜伏期間は長く、例えばカンピロバクター腸炎では潜伏期間が2~5日であることから、直前のみならず「この一週間」についてきちんと食事摂取歴を確認する必要がある。

その後

患者は前日夜に居酒屋でしめ鯖を食べていたことが判明。アニサキス症を疑って緊急上部内視鏡検査をしたところ、胃内に数個の虫体を認めた。鉗子で虫体を除去すると、速やかに腹痛は治まった。

POINT

腹痛患者には、必ず食事摂取歴を聴取する!

リアリティの高い解剖写真を豊富に用いた、“臨床”のための運動器アトラス

運動器臨床解剖アトラス

Surgical Atlas of the Musculoskeletal System

監訳 中村耕三
国立障害者リハビリテーションセンター
自立支援局・局長、東京大学名誉教授

整形外科医をはじめとした運動器に関わるすべての医療関係者を対象とした、臨床からの視点を重要視した解剖アトラス書。全面カラーによるリアリティにこだわった美しく、判りやすい解剖写真。さらに筋骨格の解剖写真と対応するX線写真やMRI画像を並置することで、多様な角度から解剖部位を見ることが可能。また、解剖写真だけにとどまらず、詳細な解説文を施すことで理解が深まる構成となっている。

寄稿

英国の新しい家庭医療専門医制度 その研修と選抜（前編）

澤 憲明 英国 General Practitioner, 家庭医療専門医

生まれ変わった英国の医療と 家庭医療専門医教育

本稿では、日本から遠く離れた英国の新しい家庭医療専門医教育と認定試験を2回にわたって紹介したい。

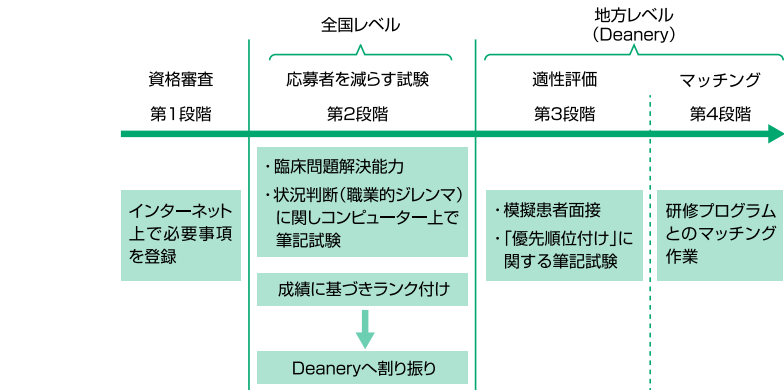
理由は、近年の英国医療サービス(National Health Service, 以下 NHS)の充実には目を見張るものがあるからだ。1990年代のサッチャー政権下で、長い待機時間、院内感染、医師不足、低い患者満足度などの問題を抱え、英国人の誇りであるはずのNHSが崩壊の危機にあったことは、記憶に新しい。しかし2000年以降、ブレア政権下で行われた大胆な医療改革、NHSプランと呼ばれる10か年計画によって多くの問題が解決され、現在英国の医療は、医学教育も含めて、驚くほどの進化を遂げている¹⁾。

なかでも著しい発展がみられたのが、後述する家庭医療専門医教育であり、それと並行するように家庭医療科の人気も上昇している。近年の研修希望者は定員数の約2倍に上り、これは内科と同水準である。英国全土の研修医を対象にした最近のアンケートによると、9割近い家庭医療科研修医が「研修内容に満足している」と答えており、家庭医療研修プログラムの満足度は、現在、全診療科中で最も高い水準を維持している²⁾。また、家庭医(General Practitioners, 註1)の収入も「プライマリ・ケアのスペシャリスト」として、各科専門医と同水準、または上回るケースが多くなっている。

医療の利用者側の視点からも、最近「家庭医の診療に患者の約9割が満足している」³⁾というデータが示された。また、米、英、独など主要7か国を対象にした医療制度の国際比較において、類似した家庭医療制度を持つオランダ、英国、オーストラリアが、総合ランキングでそれぞれ1位、2位、3位を占めている状況である⁴⁾。

「家庭医」のライセンス試験を導入

1952年の英国家庭医学会(Royal College of General Practitioners, 以下 RCGP)設立以来、英国における家庭医の専門医教育はRCGPが責任を持って行ってきた。現在、約4万5千人もの会員を抱えており、英国の医師学会としては最も規模が大きい学会に成長している。世界で最も歴史と伝統のある家庭医学会の1つでもある。



●図 家庭医療後期研修医選抜過程⁵⁾

RCGPは、ブレア政権の積極的な医療改革を追い風に、2007年、これまでの専門医教育とは全く異なる新しい研修プログラムと専門医認定試験(New Membership of Royal College of General Practitioners, 以下 nMRCGP)を発足させた。それまでは、家庭医療の研修プログラムを修了するだけで「家庭医」として従事することが法的に許可されていたが、今後は試験に無事合格し「家庭医療専門医」の資格を取得しなければ、プライマリ・ケア医としての診療が許されない「ライセンス試験」を取り入れたのである。

家庭医療研修を受けるための 4つのハードルとは

英国では従来、家庭医療を専攻する研修医になるまでの採用過程が各地域の研修プログラムの裁量に任されており、学会が定めた採用基準は存在しなかった。そのため、研修医の質を国内で均一に保てていない現実があった。こうした問題に対処すべく、RCGPは家庭医療後期研修プログラムの採用基準を全国で統一し、各研修プログラムに公平に研修医が割り当てられるようにした。

採用過程には4つの段階があり、それぞれの段階で他の研修医との競争がある。第1段階に合格しなければ第2段階には進めず、4段階を1つ1つクリアしていかなければならない(図)。すべての過程をくぐり抜けて、ようやく学会認定の家庭医療後期研修医として採用される流れだ。

【第1段階】

後期研修プログラムへの応募資格があるか審査される。インターネット上で、英国家庭医療後期研修医採用機関(The National Recruitment Office for General Practice Training)を通して応募するようになっている。

【第2段階】

2つの筆記試験から構成される、全国統一試験である。試験はコンピューター上で行われる。

1) 職業的ジレンマ (Professional Dilemmas)

医師としての職業的態度、問題へのアプローチの仕方などが審査される。1つ1つの問題に医師としてのジレンマが描かれており、その中で与えられた行動の選択肢から適切なものを複数選ぶか、適切と考えるものをランク付けする形になっている。医師としての誠実さ、重圧への対処法、感受性および共感能力などの適性能力に重点が置かれ、必要とされる医学的知識は最低限のものである。

2) 臨床問題解決能力 (Clinical Problem Solving)

臨床的判断能力や問題解決力が審査される。単純に医学知識の量を評価するのではなく、各症例に応じた柔軟な診断能力が問われる試験になっている。上記の試験はコンピューター上で採点され、受験者は獲得した点数によってランク付けされる。上位者から自分の希望したDeanery(註2)に割り当てられるが、一定以上の点数を満たしていない者は家庭医として「適性がない」と判断され、次の段階に進むことはできない。

【第3段階】

ここからは自分が志望するDeaneryレベルでの競争となる。第2段階同様、誠実さ、感受性および共感能力といった家庭医としての適性能力の有無に重点が置かれるが、物事を本質的にとらえる能力、医師としての臨床問題解決能力やコミュニケーション能力も厳密に審査される。

1) 模擬患者面接 (Simulated Patient Exercises)

模擬患者を相手に医療面接を行う臨床試験である。患者、患者家族、患者



●澤憲明氏

英国での高校課程を経て、2007年レスター大医学部(前レスター大/ウォリック大医学部)卒。初期研修プログラムに従事した後、2012年英国家庭医療専門医教育および認定試験を修了。同年より家庭医として働き始め、現在は英国ヨークシャー州の診療所に勤務。最近の連載論文に、「これからの日本の医療制度と家庭医療」(社会保険旬報)がある。本年1月15日放送のNHK「視点・論点」に出演予定。

を直接診ていない同僚スタッフを相手に、3回の模擬診察を行い、審査される。
2) 筆記試験 (Written Exercise)

日常的に起こり得るさまざまな問題に向き合い、限られた時間、人的・物的資源の中でどのような行動をとるか、いわゆる医師としての優先順位決定能力が審査される試験である。行動を優先順位付けし、行動の理由を明確化、正当化する記述が必要となる。

【第4段階】

家庭医として「適性がある」と判断された応募者はコンピューター上のマッチングを経て、研修プログラムの採用者として内定する。第2、3段階での合計点数が上位の者から、Deanery内の希望する研修プログラムを選択することができる。もし「適性がある」応募者の数がDeaneryの研修プログラム定員を超えることがあれば、おのずと他の応募者との、獲得点数による競争が生まれる。不採用者はひとまず他科へ志望変更する必要があるが、翌年に再度応募することができる。

*

後半では、家庭医療研修の実際と、専門医試験について述べたい。

●註

- 1) 英国では、1981年に3年間の家庭医療専門研修プログラムが必修化されたため、それ以前のGeneral Practitionersを「一般医」、それ以降を「家庭医」として表記する。
- 2) Deaneryとは、英国全土を16に区分した地方の1単位。各DeaneryのNHS所属機関が責任を持って卒後研修教育を行っている。

●参考文献

- 1) 澤憲明. これからの日本の医療制度と家庭医療(第3章) 英国の医療制度と家庭医療. 社会保険旬報. 2012; 2494: 26-33.
- 2) General Medical Council. National Training Survey, 2012
- 3) The GP Patient Survey: Year 2011/2012 Summary Report, 2012
- 4) The Commonwealth Fund. Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, 2010
- 5) 澤憲明, 田中啓広, 菅家智史, 武田仁, 鵜飼友彦, 若山隆, 葛西龍樹. 英国家庭医学会の新しい専門医教育・認定制度から見える日本の課題. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2011; 34 (4): 308-16.

それって本当に風邪ですか?……重篤な疾患は風邪にまぎれてやってくる!

誰も教えてくれなかった「風邪」の診かた 重篤な疾患を見極める!

プライマリ・ケア現場には、多くの患者が「風邪」を主訴にやってくる。しかし「風邪症状」といっても多彩であり、そこに重篤な疾患が隠れていることは稀ではない。本書では、「風邪」の基本的な診かたから、患者が「風邪症状」を主訴として受診するさまざまな疾患(感染性疾患から非感染性疾患まで)の診かたのコツや当面の治療までを、わかりやすく解説する。新進気鋭の感染症医による「目からうろこ」のスーパーレクチャー。

岸田直樹
手稲漢仁会病院総合内科/感染症科



つぎのページをめくるとワクワクする。「疫学って楽しい!」

基礎から学ぶ楽しい疫学 第3版

疫学の初心者向けの定番教科書。著者一流の切れ味鋭くユーモアに富んだ語り口で、疫学研究の方法論、バイアスの問題、統計処理の方法など、疫学の基礎知識を学べます。第10章「疫学に必要な統計」では、平均の差の検定、割合の差の検定、相関係数の検定などの解説を追加。隠れファンの多い脚注も一読の価値あり!

中村好一
自治医科大学教授・公衆衛生学



「型」が 身につく カルテの 書き方

「型ができていない者が芝居をする」と型なしになる。型がしっかりした奴がオリジナリティを押し出せば型破りになれる」（by 立川談志）。
本連載では、カルテ記載の「基本の型」と、シチュエーション別の「応用の型」を解説します。

佐藤 健太

北海道勤医協札幌病院内科

第 7 講

病棟編③

生涯学習と 連携に役立つ 退院時要約

病棟編の最終回は「退院時要約」の書き方を解説します。患者をたくさん担当してバリバリ働くほどたまっていくサマリー。記載する法的根拠はありませんが、診療録管理体制加算取得や特定機能病院では必須のため、事務から記載を迫られることが多いかもしれません。一方で医師によっては「できれば書きたくない面倒なもの」という認識の方も多く、ましてや適切な書き方について指導できる医師も少ない印象です。書かざるを得ない以上、せつかくなら担当患者の経過を適切に整理し、今後の診療に役立つサマリーを書けるようになります。

■どんな目的で書くのか？

後日必要な情報を抽出できるデータベースとして機能し、内科認定医試験などのレポート作成や臨床研究・診療の質評価のデータ抽出にも活用できます。また、特に重要な視点ですが、退院後に診療する医療職にとって有用な情報源となり、病棟と他部署（外来や救急など）との連携を円滑にするツールでもあります。したがって、「入院中の情報」（入院時記録＋入院後経過）に加え、退院後の診療に役立つ「退院時の病状」（最終診断名や病状）と、「今後の方針」（退院後の課題）といった、退院「後」に目を向けた記載が重要になります。

退院後に読むのは医師だけに限らず

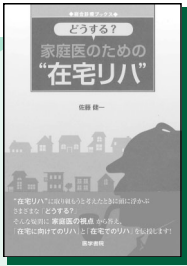
在宅リハにかかわるための“極意”を伝授します！

<総合診療ボックス>

どうする？ 家庭医のための“在宅リハ”

家庭医（一般医）にとって、在宅でのリハは「関心はあるが手を出しにくい」領域である。本書は、在宅リハ成功のための指南書。何かととっつきにくいリハ領域の事柄について、必要最低限の情報をコンパクトに、かつ平易にまとめた。「どうする？ 在宅でのリハ。在宅に向けてのリハ」。その疑問にリハ医であり、家庭医でもある著者が答えいたします！

佐藤健一
Healthway Japanese Medical Centre
（前・関西リハビリテーション病院）



カルテ記載例

【現病歴】 78 歳男性。1 か月前から食思不振と体重減少、1 週間前から黒色便を認め、内視鏡検査にて胃潰瘍と診断され入院となった。

【既往歴】 【身体所見】 【検査結果】（省略）①

【問題リスト】②

転帰

#1. 胃潰瘍 [11.1] →胃癌 [11.6] →胃癌 (cStageⅡA) [11.12] →転院 [11.14]
#2. 悲観的言動 [11.6] →適応障害 [11.7] →軽快 [11.14]

【入院後経過】

内視鏡所見から胃潰瘍と診断し（初期評価）、内科病棟入院し絶食補液・PPI 静注での治療を開始した（初期計画）。③

入院後は心窩部痛なく経過し、経口摂取も再開でき早期退院可能と考えていた（実際の経過・D）④が、入院後胃内視鏡検査時に行った潰瘍部の生検で Group5・分化型腺癌が検出され（所見の再評価・S）⑤、#1 を「胃癌」と診断を修正し（プロBLEM 名の更新・A）⑥、本人への告知と進捗度・耐術能評価のための検査を追加した（計画の修正・P）⑦。しかし、告知後に検査の拒否や悲観的言動が見られ（D）、精神科医と連携し適応障害として（S・A）支持的・共感的に対応（P）

- ①第 5 講参照。未聴取だった既往歴などを入院後に追加聴取した場合、入院後経過内でなくここに追記しておいたほうが情報を探しやすい。
- ②第 6 講参照。日付を付けてプロBLEM 名の経過をまとめておくと、入院の全体像を簡単に把握しやすい。
- ③最初に入院時記録の「初期評価と計画」を記載する。
- ④予定している「計画：P」と「実際の経過：D」は別モノなので分けて記載する。

- ⑤症状変化や追加検査結果（S）は、医師の判断や行動に影響を与えるものに絞って記載する。
- ⑥S を根拠にプロBLEM 名を更新する。
- ⑦新しいプロBLEM 名に合わせて修正された計画を記載する。
- ⑧まとまった量の検査結果は入院後経過の文中には書かず、後にまとめて記載したほうが読みやすい（今回は紙面の都合で省略）。
- ⑨「起」：症例の特徴を簡潔にまとめ、いちばんの問題点、考察すべきポイントを明示する。

- ⑩「承」：問題設定を受け、関連する文献をひとつ選び、その内容から症例に関係する部分だけ簡潔に引用する。
- ⑪「転」：文獻情報を「この事例に当てはめる」と何が言えるのか。最も重要。
- ⑫「結」：ここまでを踏まえて、この患者に対して、もしくは医師としての自分が今後どうするかを具体的に述べる。

看護師やケアマネジャーという場合もあるので、院内でしか通用しない専門用語・略語はできるだけ避けてわかりやすく記載することも重要です。また、退院後の切れ目のないケアに備えたり急変時に活用するためには、「退院と同時」に出来上がっていることが理想であり、いつも同じ形式で記載し、あまり時間や頭を使いすぎずに書く習慣を身につけたほうがよいでしょう。

■記載のポイント

表紙／1 号紙と言われる指定された書式の埋め方や、現病歴から入院時評価・計画までについては紙面の都合で触れません。1) 入院後経過、2) 退院時病状、3) 考察の書き方を順に解説します。

1) 入院後経過

入院後の経過が長期化したり複雑化してきた場合に冗長な記述になりやすいですが、こういうときこそ「一定の型に沿った記載」が重要です。基本的に「By problem 形式」でプロBLEM ごとに記載しますが、分割困難、または 1 つのプロBLEM が主でほかはそれに組み込まれるような場合は「SOAP 一括形式」でまとめて書いてもよいでしょう。

筆者の場合の具体的な書き方は、品質管理の「PDSA サイクル」を参考に、カルテ記載になじむようにアレンジして活用しています。入院時記録の時点で立てた初期評価と計画の後に、それをどのように「実行：Do」したのか、実際の経過を記載し、その結果生じた病状（症状・所見等）の変化を「再評価：Study」し、より適切に更新されたプロBLEM 名「改善：Act」に合わせて「計画：Plan」を修正して……と

いう順番で記載します。再評価の結果、入院の必要性がなくなれば退院が確定し、そのときの更新されたプロBLEM 名が「退院時病名」に、計画が「退院後計画」となります。

退院と同時に書き上げるためのコツとしては、入院中に病状の変化（診断確定、合併症出現、治療方針変更等）があればその都度そこまでの PDSA セットを書き足しておくとか楽です。退院後にまとめて書くと、途中の変遷が省略もしくは誤解され実際の診療からかけ離れた内容になってしまいがちで、何より記憶やカルテから全経過を拾い直すのは時間がかかり苦痛です。

2) 退院時病状・退院後計画

入院時の病状は詳しいが退院時の病状（自覚症状や最終検査結果等）が明記されておらず、急変時の救急外来で「退院時と今を比較して何がどれくらい悪化しているのかの評価」ができないケースは多いです。また退院後、外来で入院主治医と別の医師が担当する際にも、退院時病状や退院後当面の注意点が記載されておらず、どのように引き継げばいいか困惑することもあります。

こういった事態を避けるためにも、「退院時最終診断名（病期や重症度、合併症なども併記）」と「病状（各疾患のパラメーターとなる症状・所見の最終データと、特に高齢者では認知機能や ADL などの心身機能の情報）」を必ず記載し、「退院時処方」「退院後方針（今後注意すべき症状や定期検査項目など）」も明記します。退院後のかかりつけ医への申し送りのつもりで具体的に記載しますが、診療情報提供書など別の書類があればその存在を明記

し、退院時要約内では簡潔な記載に留めます。

3) 考察

忙しい日々のなか退院した患者に割ける時間は少ないため、考察まで書けない研修医が多いです。たまに書かれている研修医の考察を読んでも、学生時代のレポートのような「患者の疾患について教科書的知識をただ記載する」レベルにとどまっていることがほとんどです。

本来は「最新の医学的知識をもとに、患者の病態や今回行った治療の妥当性や今後に向けた改善策を考える」ことによって、「単なる症例経験」を「自らの診療能力や患者ケアの質向上」に活かすような書き方が望ましいでしょう。起承転結をベースにした四段構成での書き方は、初学者にお勧めです（カルテ例参照）。

複数の問題点があっても、通常は最も重要な点に絞って「1 サマリー、1 テーマ」で記述します。また、考察を書くためだけに原著論文レベルの文献検索まで行う必要はなく、患者のケアの向上のために入院初期に学んだ研修医向けマニュアルや UpToDate®などの二次資料で得た知識をもとに書けば十分です。もちろん、退院時に疑問点が残る入院中に得た知識だけではすっきりしない場合は追加の文献学習を要しますが、初期研修医のうちは「全症例で、日常的に、文献的考察を続ける」という習慣を身につけることが何より重要と考えています。

*

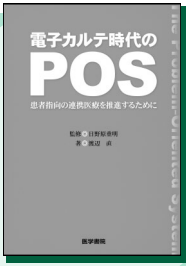
今回で「病棟編」は終わり。次回からはほとんどの研修医がかかわる「救急外来編」の解説を行う予定です。

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BLEM)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らせる。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
著 渡辺直
聖路加国際病院理事長・日本POS医学会会長
聖路加国際病院教育研究センター・教育研修部長



いま、内科医に求められるものとは



藤田 芳郎 氏＝司会
中部ろうさい病院
リウマチ膠原病(腎・感染症)科



鈴木 孝幸 氏
大船中央病院
内科・消化器内科



八重樫 牧人 氏
亀田総合病院
総合診療・感染症科



志水 太郎 氏
練馬光が丘病院
総合内科

創刊50周年を迎えた『medicina』誌。記念すべき50巻1号では、司会に藤田芳郎氏を迎え、米国臨床留学を経て、国内で臨床医・指導医として活躍する3氏と座談会を開催。「いま、内科医に求められるものとは」をテーマに議論した。

本紙では、そのようをダイジェストでお伝えする[座談会全文は『medicina』(50巻1号)に掲載]。

臨床研修の充実のために

藤田 米国臨床留学の中で受けてこられたような良質な教育を、国内で実現するためにどのようなことを心がけているのでしょうか。

志水 当院総合内科後期研修の教育プログラムを立ち上げ、運営していますが、そこではカンファレンス室での教育よりも、現場でのベッドサイド教育を重視しています。

疾患の各論を学ぶにしても、実際に目の前の患者さんから直に学ぶのが一番効果的でしょう。目の前の患者に直結しない知識ベースの座学は、教育者側には容易さと満足感をもたらしますが、学習者側の満足度と教育効果は決して高くありません。卒後教育では、座学はベッドサイド教育の内容を補完する形で実施するとよいと思います。

また、カンファレンスは、知識の提供よりも思考過程を共有することを目的にすると意義深いと感じています。例えば当院では、診断能力を鍛える「診断戦略カンファ」、入院患者の診療・治療過程を振り返る「あの人はいま?カンファ」、まれな疾患を扱う「Morning Zebra」といった参加型のカンファレンスを行っています。

鈴木 当院で力を入れているのは、毎朝行っている「モーニング・レポート」です。前夜に当直した研修医が、新規入院患者や急変患者など、勉強になったり悩んだりしたケースを一例プレゼンテーションするというものです。

話し手には、「自分はいまこの疾患を疑っていて、あの疾患は否定しながら話している」と聞き手に伝わるプレゼンテーションを行うように指導して

います。一方聞き手は、そこで挙げられる主訴・病歴などの患者情報から鑑別診断、フォーカスすべき身体所見や必要な検査を考え、結果を予想します。こうした形式のレポートを継続することで、病歴をしっかりと聴取することやcommon diseaseから、見逃してはいけないlife-threatening diseaseまで鑑別疾患として考えるなど、診断に必要な一連の作業を習慣付けることができるはずです。

“Our job is to read”

藤田 個人でできる勉強法として、明日からでも始められる方法はありませんか。

八重樫 研修医であれば、日本語翻訳版があり、内科の入院患者に必要な知識がまとまった、『Pocket Medicine』(LWW)を読むことを勧めます。あるいはもう少し簡単なものを挙げるとすれば、『総合診療・感染症科マニュアル』(医学書院)でしょう。

抗菌薬の学習については、『Sanford Guide』(Antimicrobial Therapy)。実際に、私も研修医に「この本を使って、30秒でこの患者さんに適切な抗菌薬を選んで」と問題を出し、どの項目を見て、どのように選んだかをチェックしています。知識が身についてきたようであれば、『UpToDate®』に目を通すことも勧めています。特に「summary and recommendation」の項目から読み始めると、簡潔に自分が受け持った疾患の治療の要点を押さえることが可能です。

また、米国内科学会が編集した『MK-SAP (Medical Knowledge Self Assessment Program)』は、成人患者を診るジェネラリストに必要な最低限の知識を学ぶことができ、有用です。これには教科書的に記述された部分の他、後半には問題も掲載されており、当科では朝の回診で1問ずつ取り組んでいます。循環器内科、腎臓内科などの、知ら

なければ見逃しかねない疾患や症状に関する知識も網羅することができます。**鈴木** 困った時だけマニュアル本を手取るのではなく、普段からの「読む習慣」が大事ですね。臨床留学中、上級レジデントに言われたのは、“Our job is to read”。つまり内科医は読むことが仕事である、ということです。確かに米国では、医学生のうちから疑問に感じたことを文献に当たって調べる習慣が身についているようで、レジデントや指導医は文献をよく読んでいました。これまでに得た知識の復習のため、最新の知見を得るためには文献を読み続けることが不可欠ですから、この姿勢は私たちも見習うべきでしょう。

内科医にこそ必要な能力・態度とは

藤田 いま、内科医に求められるものとは、何なのでしょう。

八重樫 ひと言に集約してしまうと、成人患者を診るジェネラリストとして、common diseaseをある程度診られる能力だと思います。臨床の現場は過酷で、「自分は呼吸器専門医だから肺疾患以外は来ない」なんて、そんな甘いことはない。ジェネラリストとして、幅広くどんな系統の疾患でも診ることのできる力が絶対に必要でしょう。

また、日々の予防によって救うことのできる命もあります。「木を見て森を見ず」にならぬよう、患者さんの全身を予防的な視点を持って診ることも大切です。

志水 ベッドサイドマナーや、患者や家族、スタッフへの優しさといった基本的な姿勢も医師として非常に大切です。

私のメンターの一人、ローレンス・ティアニー医師(カリフォルニア大サンフランシスコ校教授)は、「すべての患者はgreat case」と言います。彼自身、病歴は多くの場合、社会歴から聞きます。その診療の様子からは、患

また、文献は読むだけではなく、どう実臨床に役立てるかこそが大切です。当院の内科・消化器内科のジャーナルクラブでは、その文献の読み方をはじめ、批判的な吟味、そのデータが今日の診療にどのように役立つのかまで議論するようにしています。

志水 すぐ調べるというのも大事です。研修医は電子カルテ内の『UpToDate®』を読み、現場に即反映し、一方チームリーダーや上級医は原著やレビュー論文をダウンロード、回診などの場で皆でシェアし、10分間のジャーナルクラブもよく行っています。忙しい現場で知識の標準化を効率的に行うにはこれがベストの方法と思います。

者さんが歩んできた人生そのものへの敬意が伺えます。このような姿勢こそが医師として持つべきものであり、実は診療能力にも直結します。また医師という仕事を楽しまつつ生業にしていく上でも重要と感じています。

鈴木 今後は老人医療や終末期医療へ対応する能力も大切になると思います。

高齢化が進む中、病棟で受け持つ患者の多くは高齢者です。その中にはがん患者も増えてきました。米国でいうpalliative care teamやgeriatricianといった「専門家」が不足する日本では、主治医自らがその役割を果たすしかありません。すべての内科医が、高齢者医療に求められるコミュニケーション・スキルや、社会心理学的なアプローチを身につけることが必要でしょう。

藤田 お話を伺い、内科医への期待に応えるためには、相談し合い、批判し合う仲間やチームをつくり、自分の診療を常に見直すことができる環境を整え、自分の殻からどんどん出て行って勉強することが必要だという思いが深まりました。(抜粋部分終わり)

@igakukaishinbun

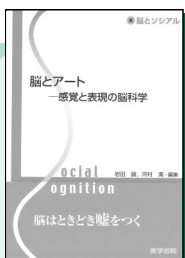
本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

脳はときどき嘘をつく、「脳とソーシャル」シリーズ第4弾

＜脳とソーシャル＞ 脳とアート 感覚と表現の脳科学

生物にとって、感じることは、生きること。命を守るために、五感を研ぎ澄ませ、生活している。しかし、ヒトは感じたものを自分なりに表現しようとする。それはなぜか? アートという行動の原点を脳科学から探る、脳とソーシャルシリーズ第4弾。

編集 岩田 誠
東京女子医科大学名誉教授
河村 満
昭和大学教授・
内科学講座神経内科学部門



新刊

急性腹症の早期診断

第2版

病歴と身体所見による診断技能をみがく

Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen, 22nd Edition

日常臨床で最も出会う機会の多い「腹痛」。いたずらに検査に頼ることなく、入念な病歴聴取と身体診察、そして五感に基づき、外科的治療の必要な腹部緊急疾患を診断していく、そのコツとポイントを臨床医としての豊富な経験から説き明かす。Cope卿の名著として定評ある原著は、初版発行以来22版を重ね、90余年にわたって読み継がれてきたロングセラー。内容のアップデートのみならず、訳文に磨きをかけて読みやすさと完成度をさらに高めた。

監訳:
小関 一英
帝京平成大学健康メディカル学部医療科学科教授

定価4,200円(本体4,000円+税5%)
A5変 頁272 図・写真35 2012年
ISBN978-4-89592-724-6

MEDSi

メディカル・サイエンス・インターナショナル

113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

TEL.(03)5804-6051
FAX.(03)5804-6055

http://www.medsci.co.jp
Eメール info@medsci.co.jp

Medical Library

書 評 ・ 新 刊 案 内

腹腔鏡下大腸癌手術 発生からみた筋膜解剖に基づく手術手技

加納 宣康 ● 監修
三毛 牧夫 ● 著

A4・頁232
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01476-2

本書は現在のホットトピックスの1つである腹腔鏡下大腸癌手術の手技を解説しているので、大きなカテゴリーとしては医学書に分類されることは論をまたないが、それだけでは済まされないと、単なる手術書にとどまらない、多様な論点で大腸癌患者診療に福音をもたらす書

感じたのは小生だけで、多様な論点で大腸癌患者診療に福音をもたらす書

であろうか。カテゴリーを細分類すると、タイトルからは「手術手技書」となるが、よく読んでみると「腹部の臨床解剖学書」としたほうがよいともいえる。また、「消化管外科医が手術を修得するための基本的な心構え」といった教育論書でもある。さらには「大腸癌手術における覚書」といった著者自身のエッセイというように判断しても妥当かもしれない。文章の端々に著者の外科医としてのポリシーが述べられ、時には人生観も言外の意として込められているからである。

著者が豊富な手術経験と莫大な数の論文検索を基にして得た解剖学的知識と手術手技を、初心者の立場に立って解説してあるため、非常に理解しやすい内容になっている点が本書の特徴である。すべての図がハンド・ライティングで描写されており、カラー写真が多用されている従来の手術書とは趣を異にしている。“手術記事の中の図を、下手でも自分で描けるのが真の外科医である”と駆け出しのころに恩師から教えられたことを今でも鮮明に記憶している。撮影技術の進歩で写真やビデオとして手術記録を残すことがほとんどという現況で、術中体位、ポート・鉗子の挿入図、腹腔内での操作状況、などすべてが手描きである点が、著者の“外科医魂”の現れでもある。同時に、随所で断面図を挿入して読者の三次元的な理解をアシストしているところ

● 評者 杉山 保幸
帝京大溝口病院教授・消化器外科学

ろは心憎いばかりの教育的配慮である。また、腹腔鏡下手術のみに焦点を当てておらず、常に開腹手術の場合との対比を念頭に置いて解説が進められているのも賞賛に値する。とりわけ、S状結腸切除術および右側結腸切除術の際の、内側アプローチか外側アプローチかに関する解説においてはその点が詳述されており、興味深いものであった。大腸癌に対する手術において、腹腔鏡下で手術を行うのか、それとも開腹で行うのかはアプローチの違いだけであり、本質である「過不足のない手術」をめざすことを強調して、その目的に合致した手術を遂行するための知識を読者に伝授することを基本理念としている姿勢には敬意を表したい。

一方、用語の定義を明確にし、共通の認識の下でディスカッションを行うことが必要不可欠であることを冒頭で提唱しておいてから、解剖および手術手技の解説を展開しているプロセスにも、著者のサイエンティストとしての非凡さを垣間見ることができる。基礎編の最後に記述された「わが国の『大腸癌取扱い規約 第7版』は、これらの現実から離れた考察のなかにあり、片手落ちと言わざるをえない」は、経験と知識の裏付けがなければできない批判であるのは火を見るよりも明らかである。

今後、本書が多くの外科医や解剖学・発生学・組織学を専門とする基礎医学者によって精読され、賛否両論が著者の元に寄せられて、結果的に大腸癌患者の診療に福音がもたらされることを願ってやまない。

呼吸器外科手術のすべて

白日 高歩 ● 著
川原 克信 ● 執筆協力

A4・頁424
定価26,250円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00791-7

● 評者 池田 徳彦
東医大主任教授・呼吸器外科学

白日高歩先生の『呼吸器外科手術のすべて』がこのほど医学書院から出版され、僭越ながら書評を述べさせていただく機会を得たことを誠に光栄に感じております。本書は題名にふさわしく、新旧も含め、呼吸器外科に関するあらゆる技術と知識が網羅され、加えて、一挙手一投足まで直接手ほどきを受けているように、理解しやすい内容であることを強調させていただきま

す。白日先生が多くの後進の育成に当たられ、その蓄積された指導経験の賜物と感銘を受けました。本書は白日先生がお一人で執筆されたため、多数の執筆者の共同作業にありがちな内容の重複や相違がなく、一貫して明解、簡潔な記載となっています。そして膨大な呼吸器外科の内容を的確な視点の基に50項目に分割し、合計556点の質の高いイラストを用いて、特に手術の山場となる点、合併症回避に留意すべき点に関しては、非常に丹念な記述がされています。外科は普遍的な基礎的手技と日進月歩の新しい分野が混在しながら進歩していきます。従来の手技の熟練のみに満足していたのでは、いつの間にか時代に取り残されてしまいます。しかし、基本的な手技の習得なしには新たな分野への挑戦は不可能でもあります。したがって、これからの呼吸器外科医にはオールラウンドにあらゆる手技を身につけることが望まれます。われわれは定型的な開胸手術はもとより、早期癌に対する胸腔鏡手術や縮小手術、進行癌に対する拡大手術、感染性疾患や合併症に対するリカバリー手術など、日常遭遇するどのような状況においても対処できる技術と知識を持たねばなりません。本書では定型的な肺葉手術、各種区域切除、拡大手術、胸腔鏡手術などあ

らゆる項目が網羅されていますが、それぞれの項目に軽重はなく、すべてが必要にして十分な内容で完結され、経験の長短を問わず呼吸器外科医を満足させるものと確信します。同じ術式でも開胸と胸腔鏡下では術者から見た術野は異なりますが、それを十分に再現した実践的なイラストとなっており、術前のシミュレーションに最適と考えます。また、分岐部切除再建のように体験の機会がめったにない術式に際しては、今までに培われた技術を応用し、一段階上のレベルの局面に対応しなければなら

ないこともあります。本書を術前に一読すれば著者に直接指導を受けたと同様に手術手順が整理されるでしょう。臨床的には難渋する臍胸の解説も詳細であり、各種術式の手技とポイントが細部に至るまでわかりやすく記述されています。通常の手術書では往々にして省かれてしまう細かな事柄も、大事なものは丹念にイラストを用いて説明がなされています。例えば出血に対する対処法も胸壁、癒着部、肋間動脈、気管支動脈、肺動脈に関してそれぞれの記載があり、特に若い外科医にとっては必携の書となるでしょう。本書は完成度の高い名著であり、臨床、後進の教育、あるいは机の上でも己の技量を磨くために最適の書として強く推薦いたします。



メルマガ配信中

毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事
一覧を配信します。

お申込みは医学書院ウェブサイトから。

医学界新聞メルマガ

検索

1 medicina

Vol.50 No.1

特集1 進化し続ける内科診療 世界が認めたブレイクスルー

本号では『medicina』誌創刊50周年を記念して、内科診療の半世紀の変遷をたどる特集を企画。内科診療の変革を体験し、現在もトップリーダーとして活躍する執筆陣が、各領域のエボクメイキングな出来事を取り上げ、その前後で診療がどのように変化したかを時間軸と国際的な軸で振り返る。また、日本の内科診療のいまを捉えながら、各領域における今後の展望を示した。

INDEX

- 第1章 呼吸器
- 第2章 循環器
- 第3章 消化器
- 第4章 腎臓
- 第5章 神経
- 第6章 血液
- 第7章 代謝・内分泌
- 第8章 リウマチ
- 第9章 感染症
- 第10章 診断学
- 座談会「いま、内科医に求められるものとは」

▶ 来月の特集 (Vol.50 No.2)
大きく変貌した脳梗塞の診断と治療

連載

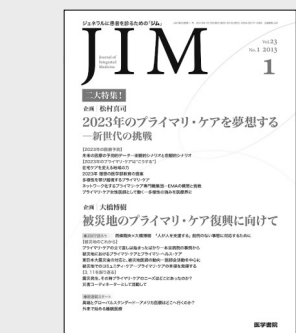
- 顔を見て気づく内科疾患 **新**
- 実は日本生まれの発見 **新**
- 目でみるトレーニング
- 皮膚科×アレルギー・膠原病科
合同カンファレンス
- こんなときどうする?—内科医のための
リハビリテーションセミナー
- 依頼理由別に考える心臓超音波検査

● 1部定価 2,625円(税込)
▶ 2012年増刊号 (Vol.49 No.11)
いま、内科薬はこう使う
● 本号特別定価 7,560円(税込)

医学書院サイト内 各誌ページ
にて記事の一部を公開中!



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



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

二大特集!

Vol.23 No.1

特集1 2023年のプライマリ・ケアを夢想する—新世代の挑戦

2013年の幕開け、世の中は混沌とし見通しはよくありません。であれば、現実には私たちの未来を合わせるのではなく、逆に私たちが未来を夢想し、それに向けて未来を変えていくしかありません。本特集では時間軸を10年後に設定し、各方面の新進気鋭の論客たちに大胆な未来を夢想していただきました。(企画：松村真司／松村医院)

INDEX

- 【2023年の医療予測】未来の医療の予測的データ—樂觀的シナリオと悲觀的シナリオ…伊関友伸
- 【2023年のプライマリ・ケアは“どうする”】在宅ケアを変える地域のカ…紅谷浩之
- 2023年 理想の医学部教育の提案…志水太郎
- 多様性を帯び越境するプライマリ・ケア…林 啓一
- ネットワーク化するプライマリ・ケア専門職集団—EMAの構想と挑戦…山上 浩・他
- プライマリ・ケア女性医師として働く—女性医師が医療界にもたらす多様性…池田裕美枝

特集2 被災地のプライマリ・ケア復興に向けて

プライマリ・ケア医が、東日本大震災の被災地へ継続的な支援のために、また被災地のプライマリ・ケア復興のためにできることは何でしょうか? (企画：大橋博樹／多摩ファミリークリニック)

INDEX

- 【JIMで語ろう】「人が人を支援する」前例のない事態に対応するために…西條剛典×大橋博樹
- 【被災地のこれから】プライマリ・ケアの立て直しは始まったばかり—一本吉病院の事例から…川島 実
- 被災地におけるプライマリ・ケアとプライマリ・ヘルス・ケア…長 純一
- 東日本大震災後の対応と、被災地医師の動向—医師会活動を中心に…大友 仁
- 被災地でのコミュニティ・ケア—プライマリ・ケアの本領を発揮する…孫 大輔
- 【3. 11を振り返る】震災発生、その時プライマリ・ケアのニーズはどこにあったのか?…泉水信一郎
- 災害医療コーディネーターとして活動して…西澤匡史

▶ 来月の特集 (Vol.23 No.2) かゆみ大全

● 1部定価 2,310円(税込)

年間購読 受付中!

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

2013年 年間購読料(冊子版のみ)

- ▶ medicina 37,190円(税込) —増刊号を含む年13冊—
- ▶ JIM 27,720円(税込) 個人特別割引25,410円あり 年12冊

電子版もお選び
いただけます

信頼と実績の治療年鑑

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2013

私はこう治療している

総編集

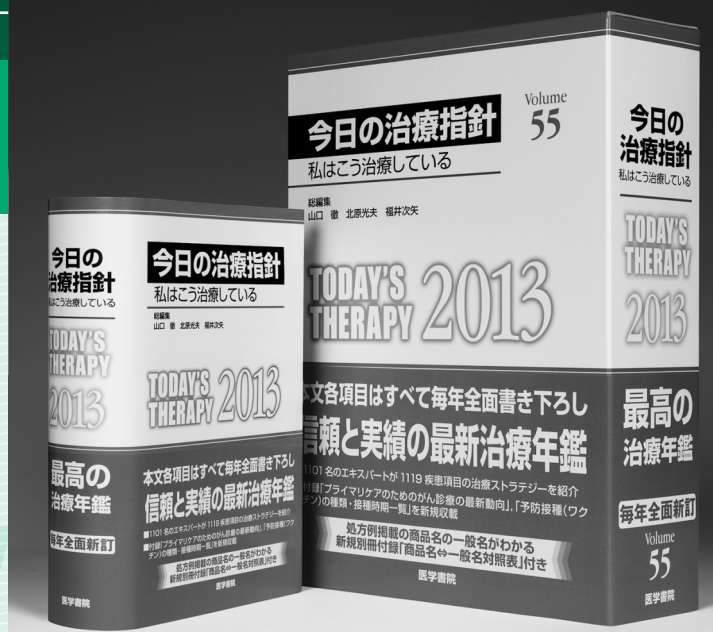
山口 徹・北原光夫・福井次矢

1119疾患項目はすべて毎年全面書き下ろし

■処方例に掲載の商品名に対応する一般名がすぐにわかる別冊付録「商品名・一般名対照表」

■各科領域の「最近の動向」を解説

- 新規付録「予防接種(ワクチン)の種類・接種時期一覧」「プライマリケア医のためのがん診療の最新動向」を収載
- 大好評の付録「診療ガイドライン」:30の診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2013」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利
(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)



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

医療法人社団佐野内科クリニック
院長



佐野善章先生

兼愛会フエリーチェクリニック
院長



安田克己先生

医療法人三好内科医院
副院長



三好秀征先生

患者さんへの説明にも使える、座右の書

研修医だった頃、当直のアルバイトをしていたときに、先輩からのすすめで初めて本書を手に取りました。それ以来、年明けに新年度版が発売されるのと同時に、行きつけの医書専門書店に買いに行きます。

診療上で必要な情報を得るだけでなく、患者さんに読んでもらい安心感を与える、といった使い方もできます。当院は小児科も標榜していますが、お子さんは比較的軽症なのに保護者のほうが動揺している、というケースをよく見受けれます。例えば、急性細気管支炎を疑ったお子さんの場合、本書には「2歳以下、特に乳児期に好発。冬をピークに秋から春に発生。原因ウイルスはRSウイルスが最多」と書かれています。この説明に合致すれば、本書を直接見ていただくことで保護者の方に納得してもらえます。また、同項目に「細菌感染の合併がない限り抗菌薬は不要」とあるので、抗菌薬を無用処方することも防げます。

それから、姉妹書「治療薬マニュアル」付録の「重要薬手帳」とのコンビネーションも秀逸。長い歳月を重ね、網羅性・使いやすさという点でますます磨きがかかってきましたね。

チーム医療スタッフの中心に位置する「今日の治療指針」

当院では、在宅療養支援診療所として、訪問診療・訪問看護などのサービスを組み合わせた総合診療を行っています。総合診療の基本は「チーム医療」。その原点にあるのは、スタッフは対等な立場であり、医師はコーディネーターということだと思います。

患者さんと接する時間が長い看護師や、丁寧に薬の説明をする薬剤師が引き出してくる情報は、非常に貴重です。彼らが患者さんや家族から信頼され、色々な話をしてもらうためには、疾患に関する高度な知識が不可欠です。本書に書かれている事柄は、医学的な知見だけではなく、「看護・介護のポイント」「服薬指導」など、それぞれの専門職にも必要な知識が満載です。全スタッフが本書を活用し、日々の業務に当たっています。

本書は「治療法年鑑」ですから、書かれている内容は「浅く広く」と言ったところでしょうか。もちろん、これだけで事足りるわけではありませんが、診療上の思考過程を整理するために最低限押さえておきたい事柄は、概ねカバーされていると思います。総合診療の場面で大いに役立つ本書の発売を、毎年楽しみにしています。

開業医には心強い、最新の治療年鑑

当院は消化器内科を標榜しており、主に慢性疾患をお持ちの患者さんやご家庭のかかりつけ医として受診される方を診察しています。クリニックでは、診察の「ついで」として患者さんご自身やご家族から、様々な病気の相談をされることがあります。そんなときに「今日の治療指針」が重宝します。先日、患者さんから「皮膚科で尋常性白斑と診断されたのですが、治らない病気なのですか?」と相談され、本書を見ましたが、たしかに「難治である」とあります。ただ、「本疾患のみで生命に危険をきたさない」ともあるので、その部分も理解していただき、うまく病気とお付き合いされるようアドバイスをすると、患者さんも多少安心されて帰っていただけたようでした。

専門領域の疾患項目においても、執筆者が毎年変わるので、微妙な治療法の違いが読めるのがあります。毎年一通り読んで、専門の先生の考え方を参考にさせていただいています。非専門領域の診察時だけでなく、専門領域の参考資料としても有用な1冊を、毎日の診療のパートナーとして診察室の手に取りやすいところに置いています。

「今日の治療指針」のベストパートナー
あわせてお使いください。

治療薬マニュアル2013

監修 高久史磨・矢崎義雄 編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

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

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



別冊付録
「重要薬手帳」



消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



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