

2018年7月9日  
第3280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] 一般内科修練の原点とは(松村理司、森本剛、濱口杉大)…………… 1-2面
- 第9回日本プライマリ・ケア連合学会/[視点] ラーニングピラミッドの誤謬(土屋耕治)…………… 3面
- [インタビュー] リウマチ・膠原病をどう疑い、追いつめるか(萩野昇)…………… 4面
- [寄稿] 米国における研修医の労働時間規制とその影響を示すエビデンス(野木真将)…………… 5面

# 座談会 一般内科修練の原点とは

## 今に受け継がれる、大リーガー医に学んだ卒後研修



森本 剛氏 司会  
兵庫医科大学  
臨床疫学 教授

松村 理司氏  
洛和会ヘルスケアシステム  
総長

濱口 杉大氏  
福島県立医科大学  
総合内科 教授

1984年、京都府北部の市立舞鶴市民病院(以下、舞鶴市民病院)では、松村理司氏により北米型の卒後臨床教育システムを取り入れた新たな挑戦が始まった。それから30余年。米国・ニューオーリンズで今年4月に開催された米国内科学会(American College of Physicians; ACP)の年次総会で、松村氏はHonorary Fellowshipを授与された。優れた臨床能力を持つ大リーガー医を海外から招聘し、総合診療をベースに北米型の屋根瓦式教育体制を構築した功績などが高く評価されたためだ。

一般内科(General Internal Medicine; GIM)を志向し展開された卒後臨床教育はどのような経緯で始まり、今に至るのか。かつて舞鶴市民病院で研修を受けた二人の医師と共にその足跡を振り返った。

森本 ACPのHonorary Fellowshipの受賞、おめでとうございます。

松村 ありがとうございます。何か賞を授かると「思いもかけず」と枕詞のように言う方が多いですが、簡単な英文履歴書しか持たない私が今回受賞したのは、本当に思いがけないことでした。

森本 ACP日本支部長の上野文昭先生が「異例中の異例」と表現したように、学会などの組織背景の支援ではない一医師の受賞は画期的なことではないでしょうか。というも、同賞は従来、米国外の内科学会の会長がACPに出席した際に授与される、いわば職位や地位に対するアワードの性格が強いものだったからです。授与理由は具体的にどのようなものだったのですか。

松村 ACP側から示されたのは、①米国内臨床教育の経験者を招聘した教育を長期実施したこと、②教育の場を総合診療主体としたこと、③卒後医学教育体制を病院で確立したことの3点です。それぞれ私なりに言い換えれば、大リーガー医の招聘、一般内科主体の教育、そしてチーム医療下での屋根瓦式の教育指導です。

### ACPに根づく教育重視の伝統

森本 松村先生に教えを受けた数多くの弟子や日本に招いた大リーガー医のリストが、受賞につながる「履歴書」となったのではないのでしょうか。

濱口 内科医教育のノーベル賞と言っても過言ではない栄誉だと思います。内科の専門家集団であるACPが、履歴書に書かれる役職などではなく、松村先生がなさってきたことを認めたわけですから。

森本 ACPは会員数11万5000人、世界80か国に会員を有する世界最大の国際的な内科学会です。授与式も行われた年次総会に初めて参加した濱口先生は、どんな印象を持ちましたか。

濱口 規模の大きさはもちろん、皆で教え学び合う参加者の姿勢に驚きました。教育レクチャーも決して特殊な事例を扱うのではなく、プライマリ・ケア領域でよく出会う問題が取り上げられ、「そうだったんだ」とあらためて気付く内容が多かったですね。

森本 米国内科医は、たとえば消化器や循環器などの専門領域に進んでも、自分たちは内科医であるとの高いプライドを持っています。患者に資する学問の追究、医師教育の重要性を強く意識している点も特徴でしょう。今回のHonorary Fellowshipの授与は名誉だけでなく、この両者を兼ね備えたプロフェッショナルであるとの評価を与えていると言えます。

濱口 各国の内科医が一堂に会したconvocation ceremonyで、内科学をより発展させていこうと一致団結する雰囲気の中で松村先生が賞を授与されたことは、本当に誇らしく思います(2

面・写真)。

松村 来年100周年を迎える2019年のACP年次総会のキャッチコピーは、「STEEPED IN HISTORY IMMERSSED IN EDUCATION(歴史に浸りながら教育に没頭する)」です。

森本 ACPにとって教育は核であり本質であり続けたわけですね。

松村 ACPの100年は、医学教育に取り組んできた100年でもあった。学会を通じた、知識、診療スキルの伝播こそが彼らにとっていかに大きな目的かを鮮明に感じ取ることができました。

森本 ACPは臓器別専門医も参加しますが、多くは総合診療医や総合内科医です。教育はやはり、専門に特化した医師よりもジェネラルな診療に当たる医師に、より求められるのでしょうか。内科医を介した標準的な教育の提供がACPの根幹にはある。だからこそ、松村先生の30年にわたる日本での取り組みが評価されたのだと言えます。

### 一般内科への移行を決意させたウィリス先生との出会い

森本 年次総会では、大リーガー医として来日経験が豊富であり、本学招聘教授として毎年私と一緒に1単元全ての授業を英語で担当しているマイヤー(George W. Meyer)先生が、「かつて呼吸器外科医だった医師への授与は初めてではないか」と冗談半分で話してい

ました。呼吸器外科医であった松村先生が、何をきっかけに一般内科医へとキャリアを変え、舞鶴市民病院での取り組みを開始するに至ったのか。経緯をお聞かせください。

松村 1974年に卒業してすぐ呼吸器外科医となった私は、次第に諸先輩から呼吸器内科を教えてもらうようになり、卒後10年目頃には一般内科にも目が向き始めました。

森本 本格的に内科を志向する転機は何だったのでしょうか。

松村 1983年、沖縄県立中部病院での研修です。これからの医師人生をどう進むべきかを考えていた私は、ここでグラグラと気持ちを揺さぶられる経験をしました。

研修中、外科診療部長だった真栄城優夫先生に、「君は、どれぐらいの手術をしているんだ?」と聞かれ答えたら、「それはダメだ。数が少なすぎて腕が鈍る道だ」と言われてしまったのです。当時は、卒業後、一般外科を経由せずに専門分野に進めたため、私は呼吸器外科に直接進みました。ところが県立中部病院は、一般外科を経て呼吸器外科や心臓外科に進む米国内科の教育体制で外科医を育成していた。土台である一般外科の修練が自分にはないことは、周囲の態度と言葉で知らされましたね。

(2面につづく)

July  
2018

## 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・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。

産婦人科ベッドサイド  
マニュアル(第7版)  
編集 青野敏博、苛原 稔  
B6変型 頁536 6,600円 [ISBN978-4-260-03455-5]

(ジェネラリストBOOKS)  
よくみる子どもの皮膚疾患  
診療のポイント&保護者へのアドバイス  
編集 佐々木りか子  
A5 頁256 4,000円 [ISBN978-4-260-03620-7]

ペースメーカー・ICD・CRT  
実践ハンドブック

原著 Ellenbogen KA, Kaszala K  
監訳 高野照夫、加藤貴雄  
訳 伊原 正  
B5 頁552 13,000円 [ISBN978-4-260-03599-6]

エキスパートに学ぶ精神科  
初診面接【Web動画付】  
臨床力向上のために

編集 日本精神神経学会精神療法委員会  
B5 頁176 4,500円 [ISBN978-4-260-03242-1]

精神科医はそのときどう考えるか  
ケースからひもとく診療のプロセス

兼本浩祐  
A5 頁182 3,400円 [ISBN978-4-260-03612-2]

DSM-5 児童・青年期診断  
面接ポケットマニュアル

原著 Hillt RJ, Nussbaum AM  
監訳 高橋三郎  
訳 染矢俊幸、江川 純  
B6変型 頁368 4,500円 [ISBN978-4-260-03602-3]

(理学療法NAVI)  
ここに注目!  
実践、リスク管理読本

編集 高橋哲也  
A5 頁368 3,400円 [ISBN978-4-260-03623-8]

KTバランスチャート  
エッセンスノート

小山珠美、前田圭介  
A5 頁144 2,000円 [ISBN978-4-260-03619-1]

臨床検査技師国家試験問題集  
解答と解説 2019年版

編集 「検査と技術」編集委員会  
B5 頁208 3,000円 [ISBN978-4-260-03649-8]

医療管理  
病院のあり方を原点からひもとく

池上直己  
A5 頁172 3,200円 [ISBN978-4-260-03611-5]

今日の診療ベーシック  
Vol.28 DVD-ROM for  
Windows

DVD-ROM 価格59,000円 [JAN4580492610285]

座談会 一般内科修練の原点とは

<出席者>

●まつむら・ただし氏

1974年京大医学部卒。同大結核胸部疾患研究所胸部外科、京都市立病院呼吸器科勤務などを経て、83年市立舞鶴市民病院に着任。同年沖縄県立中部病院で呼吸器病学・救急医療・感染症学研修。83~84年米バッドフロー総合病院循環器科、米コロラド州立大病院呼吸器科で研修を受ける。帰国後、市立舞鶴市民病院医局長として大リーガー医を招聘する研修を開始。91年同院副院長。2004年洛和会音羽病院副院長・同京都医学教育センター所長に就任、同年院長。13年より現職。京大医学部臨床教授(総合診療)。「大リーガー医」に学ぶ『地域医療は再生する』(いずれも医学書院)など著書多数。

●もりもと・たけし氏

1995年京大医学部卒。市立舞鶴市民病院内科で研修を開始する。2002年米ハーバード大公衆衛生大学院修了、04年に京大大学院医学研究科内科系専攻博士課程修了。Brigham and Women's病院総合診療科フェロー、京大病院総合診療科助手、同大医学教育推進センター講師を経て、11年に近畿大医学部教授、13年兵庫医大総合診療科教授、14年より同大臨床研究支援センター副センター長、臨床疫学教授。04年Fellow of ACP (FACP)、12~14年ACP日本支部Council。14年より兵庫医大では大リーガー医による臨床推論の授業を行う。

●はまぐち・すぎひろ氏

1995年新潟大医学部卒。天理よろづ相談所病院での研修後、プライマリ・ケア、ホスピタルメディスンを学ぶため市立舞鶴市民病院へ。2001年より北海道の複数の病院でへき地・離島医療に従事。06年より英ロンドン大衛生熱帯医学大学院留学、熱帯医学修士取得。07年に江別市立病院に赴任し、内科医総辞職により危機に瀕していた同院の再生プロジェクトを牽引する。15年に長崎大大学院医歯薬学総合研究科博士課程修了。16年より現職。

カナダ・モントリオール総合病院の救急室に先生を訪ねたのです。

森本 まさに体当たりでアプローチしたのですね。

松村 ええ。先生からは、「いずれアジア・アフリカの地で医学教育に貢献したい」との思いも聞き、そこでの接点をきっかけに舞鶴に長期間招聘することが実現できたのです。実はこのとき、故・日野原重明先生による後押しもいただきました。4年3か月間、ウイリス先生から一般内科学を吸収し続けられたことが私の一般内科修練の原点であり、一般内科への移行を決意させた出来事となったのです。

舞鶴市民病院の教育の形とは

森本 大リーガー医を招聘した画期的な研修を行う背景の一つに、当時、日本の臨床教育の現場に教育専任者が不在だったことが挙げられるのではないのでしょうか。松村先生がこの重要性を再確認した事例は何ですか。

松村 1993年、米国内科系のプログラムディレクターが集まるAPDIM (Association of Program Directors in Internal Medicine)に参加したことです。25年前の米国には既に教育専任者であるプログラムディレクターが、全米1200前後の教育プログラムに見合う人数いて、その標準化を図っていました。ポイントは教育専任者に職責と教育への愛着があること。米国では臨床能力に加え教育力のある医師が、多年その役職を務め医師教育を支えていたのです。大リーガー医として招聘した医師の多くは、まさに米国のプログラムディレクターでした。中には内科部長や副部長もいましたね。内科部長が内科のトップの役職で独立しており、かつ特定の人々が長く務めるのが、日米の大きな差です。

濱口 舞鶴市民病院では、教育専任者が病棟に常駐し研修医教育に当たっていたのが特徴的でした。

森本 その教育専任者を頂点とする屋根瓦式によって、指導医から研修医、そして先輩研修医から後輩へと教え継がれていったわけですね。私が研修を受けた1990年代後半、地方の中小病院に数多くの内科医が常勤でいて、臨床と教育を同時に行っていたのは、今思えば驚くべきことです。

松村 236床の地域病院で内科は60床の混合病棟。ここに研修医を含め内科医が少なくとも12~13人、多いときは17人いて、3チームに分かれて病棟回診を行っていました。

森本 濱口先生は、当時の研修を振り返っていかがですか。

濱口 大リーガー医の存在と、H&Pによるベッドサイド回診、屋根瓦式の教育スタイルと、どれも驚きの連続でした。研修自体は英語など苦勞することもありましたが、その意義や良さを身に染みて感じたものです。



●写真 2018年ACP年次総会の授与式(左から2番目が松村氏)「授与式では、数百人の参加者全員で『内科医の誓い』を斉唱する。その初心への回帰の姿勢は、とても印象的であった」(松村氏)

森本 大リーガー医はどのような存在でしたか。

濱口 今に生きる教えがたくさんありました。特に、米ジョンズ・ホプキンス大で循環器病学のトレーニングを受けたインド人大リーガー医のシャー(Kishor D. Shah)先生は、教え方がクリアでとてもわかりやすかったですね。病歴と身体診察や心電図、X線画像などシンプルな材料から診断を絞り込む様子には舌を巻きました。そして、

教育のある場所には、必ず人が集まる

森本 その後松村先生は、新医師臨床研修制度の開始と同じ2004年に、今度は都市部にあり、規模の大きな洛和会に移りました。教育の形に変化はありましたか。

松村 初期研修必修化によって、研修医が内科全般を学ぶモチベーションに差が生じたため、洛和会では総合診療を学びたい卒業3年目を対象とした教育プログラムを作りました。

森本 新たな制度を立ち上げるのは、スムーズに進んだのでしょうか。

松村 困っている施設や部門を総合診療医が助ける形で実力を認めてもらいながら、専門科と折り合いをつけていきました。融通無碍というか、自由自在というか……。最初は「雑用を引き受ける」なんて言って。表現が良くないから呼称を「出前」に変えましたが、中身は一緒でした(笑)。結果、総合診療科には多いときで20人ほどの医師が全国各地から集まるようになりました。

トランスペアレンシー(透明性)とアカウントビリティ(説明責任)が不可欠であることを再確認した時期でもあります。

濱口 私が2007年に赴任した江別市立病院は内科医総辞職の状況でしたが、舞鶴と同じような屋根瓦式の教育体制を整備することで若手医師が集まりました。総合診療、総合内科を頑張りたいという後期研修医が集まれば、彼らは即戦力になって病院を守り、地域医療に貢献します。

森本 そう、教育のある場所には、必

屋根瓦式の教育は、後輩が入れば自分が受けたのと同じように教えることになり、自身の勉強にもなりました。

松村 専門医も少数数いるが、中心は一般内科であり、ジェネラリストの指導医が複数名いる環境で、研修医が教育を受けながら屋根瓦式の中で教育も施していく。今思えば、これは米国で言うResident-Oriented Ward(研修医志向性病棟)が日本で可能かを試す壮大な実験だったとも言えます。

ず人が集まるんですよ。

濱口 はい。舞鶴がそれを証明し、舞鶴をモデルとした他施設が各地で成功を収めています。海外の医師に教えを受ける形で始まった総合診療医を育成する文化は、松村先生の30年以上にわたる尽力によって生まれ、教えを受けた日本人の先生方が今や数多く巣立っています。

森本 各地に総合診療教育の種が飛び、「日本版大リーガー医」が新たなロールモデルとなって教育プログラムを咲かせているわけですね。

松村 一緒に働いた若い先生方が、総合診療の分野でリーダーシップを発揮する姿を見ると、まさに「出藍の誉れ」とはこのことだとうれしく思います。中には森本先生のように、さまざまな臓器別の専門医と一緒に臨床研究論文を多数発表している方もいます。

森本 どんな疾患にも対応できる総合診療医は臨床研究を行う上で強みです。しかし、それ以上に教育——専門医に対する臨床研究の教育ですが、それを最優先にしてきたことが臨床研究の発展につながっていると思います。教育ファースト、結果は後から必ず付いてくる。松村先生から20年以上にわたって学んだことです。最後に、日本における総合診療や医学教育に伝えたいことをお願いします。

松村 始まったばかりの新専門医制度は、サブスペシャリティの前倒し傾向が目立ちすぎます。“Think more globally!”と訴えたいですね。(了)

(1面よりつづく)

一方、良い意味で揺さぶられる経験もありました。同院で呼吸器内科、救急科、感染症科なども横断的に学ぶ中で、①ベッドサイド回診の徹底、②H&P(History & Physical)を重視した診断推論、③根拠となる文献を明らかにする姿勢の3点の重要性を学んだことです。さらにその後、約1年間の米国留学で呼吸器内科と循環器内科を経験したことが、一般内科医の道へ進む契機となりました。

森本 1984年に帰国後、早速大リーガー医を招聘した研修を舞鶴市民病院で始めています。中でも、ウイリス(G. Christopher Willis)先生の長期招聘はどのような経緯で実現したのでしょうか。

松村 先生は1975年から5年間、県立中部病院で後進を指導されていました。救急や内科をオールラウンドにできる医療費節減派の医師だと、呼吸器科医長だった宮城征四郎先生に聞かされていました。ベッドサイドでは常々、「君たちの軽薄な頭脳で、検査の洪水が起こる。私なら10分の1、ウイリスだったら100分の1の医療費しかからないよ」と話されていました。それで「ウイリス先生って、どんな人だろう?」と興味を持ち、留学した際に

力量のある病院総合医が地域医療を救う!

地域医療は再生する

病院総合医の可能性とその教育・研修

多くの勤務医が専門医である日本の病院は、常に「非互換性の無駄」が付きまとう。また国民に対して「断らない救急医療」を質高く恒常的に展開することも難しい。しかしながら間口が広いだけでは、一人前の総合医ではない。当然、興行が必要なのである。地域医療崩壊の危機を前に、期待されるべき病院総合医の可能性と彼らの育成について、大リーガー医でも知られる音羽病院ほかの実践を詳述。

編著 松村理司



悩める研修医、コメディカルスタッフに捧げる! 救急診療の新バイブル

京都ERポケットブック

多くの研修医がERで経験すること—救急車で搬送された患者の緊急対応についていけず置いてけぼり。ウォークイン患者の問診に時間がかかり、検査治療計画が立たずあつという間に1時間。イライラする看護師、患者、家族—。ところが上級医はごく短時間でそれらを組み立て解決し、その上系統だったフィードバックまでこなす。本書は研修医時代の荒隆紀医師の問題意識から生まれた書。上級医は頭の中でこう考え、こうアプローチしている!

編集 洛和会音羽病院 救命救急センター・京都ER  
責任編集 宮前伸啓 洛和会音羽病院救命救急センター・京都ER副院長  
執筆 荒隆紀 関西家庭医療学センター



# 第9回日本プライマリ・ケア連合学会開催

第9回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会(大会長=三重大学大学院・竹村洋典氏)が6月16~17日、「日本プライマリ・ケアの再出発」をテーマに三重県総合文化センター、他(津市)にて開催された。本紙では、同学会ワクチンプロジェクトチーム(PT)企画の教育講演「エビデンスに基づいたワクチン接種のために——Annual evidence up-to-date 2018」(座長=神戸大学大学院・岩田健太郎氏)の様態を報告する。

本企画責任者の中山久仁子氏(マイファミリークリニック蒲郡)からはPTの活動について、ワクチン接種に関する①行政・政治への提言、②国民への啓発、③医療従事者向けの教育および研究が主な内容と紹介された。国民啓発を目的とした同学会独自のウェブサイト「こどもとおとなのワクチンサイト」(<https://www.vaccine4all.jp/>)を、6月17日に公開したと発表した。

## ワクチン接種の知識を解説

続いて登壇した西岡洋右氏(西岡記念セントラルクリニック)は、帯状疱疹、ムンプス、インフルエンザの各ワクチンについて、新たな知見を元に臨床現場で扱う要点を紹介した。帯状疱疹は50歳以上で発症率が上昇することがわかっており[IASR. 2013; 34(10): 298-300]、米国の臨床試験では50~59歳で69.8%の予防効果があることから(Clin Infect Dis. 2012 [PMID: 22291101])、50歳以上の帯状疱疹発症予防に水痘ワクチン接種を推奨した。ムンプスウイルスによる難聴は後遺症が高い割合で残ることが日本耳鼻咽喉科学会の2015~16年の調査で明らかになっているため、唯一の予防方法であるワクチン接種(2回)を推奨。インフルエンザは集団免疫をつける重要性から、本人だけでなく周囲の家族や学校など広範な推奨が必要と強調した。

思春期女児におけるヒトパピロウイルス(HPV)ワクチン接種後の多様な症状が社会問題となる中、最近の研究を紹介したのは兵庫医大の武内治郎氏。米国の調査では、接種後有害事象(AEFIs)の発生は10万人中53.9人、AEFIsのうち深刻なものは、全報告約2300万回の接種中772件(全AEFIs中6.2%)とされる(JAMA. 2009 [PMID: 19690307])。7つのランダム化比較試験の結果をメタ解析で統合した結果では、深刻なAEFIsの有意な増加は認められていない(Cochrane Database Syst Rev. 2018 [PMID: 29740819])。国内の最近の調査でも、HPVワクチン接種と接種

後の徴候の間に特に関連が認められなかった(Papillomavirus Res. 2018 [PMID: 29481964])。積極的な接種勧奨が差し控えられる状況の中、プライマリ・ケア医には、接種を受ける小児・思春期女児が抱く不安に対し、接種後の疼痛や失神など心身反応に配慮した対応が必要と述べた。



●竹村洋典大会長

HPVワクチンの接種判断は現在、現場の医師と被接種者・家族に委ねられている。坂西雄太氏(佐賀大)は被接種者・家族への説明方法について、プライマリ・ケア医はまず、コクランレビューや厚生省が公開する指針などを把握すること。その上で、被接種者・家族から寄せられることの多い、効果、副反応、ワクチン以外の予防法の有無、いつ接種するか、しないかなどの不安や訴えに責任を持った情報提供と対応が必要と語った。

千葉大氏(Family Medical Practice Hanoi)は、日本で今後さらに周知や普及が望まれるワクチンとして、①髄膜炎菌ワクチン、②ポリオワクチン、③3種混合ワクチンの3つを概説した。①の髄膜炎菌は飛沫感染するため、寮などの集団生活や海外留学予定者、大規模イベント参加者には積極的に勧めたいと指摘。②のポリオワクチンは接種回数不足による抗体価の低下がわかっていて、長期免疫を与えるためにも就学期以降の追加接種を勧めたいとの見解を示した。③の3種混合ワクチン(D:ジフテリア、P:百日咳、T:破傷風)は2期以降、百日咳を防ぐP成分が含まれていないことから、2期接種では自費によるDTaP接種を推奨する他、新生児に接触する成人への積極的な追加接種を呼び掛けた。

\*

なお、同学会発行の「健康格差に対する見解と行動指針」が会期中に採択され、ウェブサイトで公開された(<https://www.primary-care.or.jp/sdh/>)。

視点

## ラーニングピラミッドの誤謬

土屋 耕治 南山大学人文学部心理人間学 講師

本稿では、ラーニングピラミッドと呼ばれるモデルの誤りを指摘したいと思います。ラーニングピラミッドとは、講義を聞いたり文献を読んだりする学習方略は定着率が低い一方、他者に教えるという方略は定着率が高いという調査結果を示した図ですが、出自を調べると全くのデタラメであることがわかります。

ラーニングピラミッドは、「National Training Laboratories」というアメリカの機関が調査し、明らかになった学習定着率に関するモデルである」と紹介されたり、場合によっては、Edgar Daleという研究者が著作の中で提示したモデルである、と紹介されたりすることがあります。

ピラミッド状のモデルの上から、方略と「平均学習定着率」が、講義:5%、読書:10%、視聴覚:20%、デモンストレーション:30%、グループ討論:50%、自ら体験する:75%、人に教える:90%と紹介されています。

しかし、「このモデルはなんか怪しい」という声はかねてあり、私もその出自を調べ直したところ、このモデルの数値も階層の順序も、何か実証的根拠のあるものではないことがわかりました。近年欧米でも、このモデルは「崩壊した三角錐(“Corrupted Cone”）」と呼ばれ、学術雑誌で特集号が組まれた上、激しく糾弾されています。詳しくは、「ラーニングピラミッドの誤謬——モデルの変遷と“神話”の終焉へ向けて」という論文に書きましたのでご覧ください。

簡単に説明すると、別々の文脈で用いられていた図や数値がどこかで組み合わせられ、階層の内容も順序も変化し、それがあたかも何かの調査に基づくかのように用いられていった、というのがラーニングピラミッドの真相のようです。

具体的には、①学習方略に関していくつかの枠組みに分けられるDaleによる分類[言語的象徴、視覚的象徴、ラジオ・録音盤・写真等、映画、展示、

実地見学、演示(デモンストレーション)、演劇の参加、ヒナガタ経験、直接的・目的的经验)と、②モンテッソーリ法と言われる、感覚刺激や自主性を重んじる初等教育を紹介する文脈で用いられた箴言のようなものの2つがどこかで組み合わせられて、数値付きのラーニングピラミッドの原型が出来上がったと考えられます。なお、その箴言とは、1913年の記事にあった「私たちは10聞いたうち2しか覚えぬ。私たちは10見たうち5を覚え、10触ったうち7を覚え、10行なったうち9を覚える」という言葉を指します。

このモデルには、使用に伴う悪影響も考えられます。文脈や内容に関する情報がないことから、「教える」という方略が使用者の都合のよよいように解釈されて用いられ、「教えることがよい」ということが過度に強調されているため(全く根拠がないのですが)、不当に講義の時間が減らされる、あるいは学生がこのモデルを信じてしまうと講義や読書を通して学ぶモチベーションが減る(効果がないだろうと考えてしまう)などの影響です。

教育や学習という営みは、さまざまな要因が絡み合って成立していくものであり、その過程の改善には地道な工夫と取り組みが必要です。一見妥当に見えるラーニングピラミッドの使用は、そうした地道な工夫と取り組みを損ずる危険があるということからも、使用は控えたほうがよいと言えるでしょう。

●参考文献・URL

1) 土屋耕治. ラーニングピラミッドの誤謬——モデルの変遷と“神話”の終焉へ向けて. 人間関係研究. 2018; 17: 55-74. <https://kojitsuchiya.wordpress.com/fallacyoflearningpyramid/>

●つちや・こうじ氏/2006年名大教育学部卒、11年3月同大学院教育発達科学研究科博士後期課程単位取得退学。同年4月より現職。専門は社会心理学、体験学習、組織開発。

### 《ジェネラリストBOOKS》シリーズ続々刊行中!

医学書院

◎治療適応かどうかギリギリのケースに、どうアプローチするか?

**外来でよく診る 病気ストレスな症例への生活処方箋**  
エビデンスとバリューに基づく対応策

浦島充佳

外来で多く出合う生活習慣病の症例を中心に、「生活処方箋」というあらたな武器を示しながら、新しい診療戦略をわかりやすく提示。

●A5 頁212 2018年 定価:本体3,600円+税 [ISBN 978-4-260-03593-4]



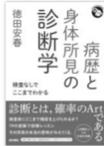
◎エキスパート直伝! 豊富な症例写真と解説で、的確な診断・治療・紹介へ。

**よくみる子どもの皮膚疾患**  
診療のポイント&保護者へのアドバイス

編集 佐々木りか子

新生児から思春期までの皮膚のcommon diseaseとホームケア指導がよくわかる!

●A5 頁256 2018年 定価:本体4,000円+税 [ISBN 978-4-260-03620-7]



◎五感とエビデンスのみで、いざ勝負!  
**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

●A5 頁210 2017年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03245-2]



◎「多死社会」で役立つ終末期の実践ガイド  
**いのちの終わりにどうかかわるか**

編集 木澤義之・山本 亮・浜野 淳

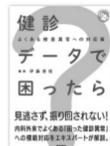
●A5 頁304 2017年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03255-1]



◎認知症診療の悩み、解決します  
**認知症はこう診る**

初回面接・診断からBPSDの対応まで 編集 上田 諭

●A5 頁264 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03221-6]



◎その説明はツウジテル?? 保護者が納得する説明の仕方、教えます!  
**健診データで困ったら**

よくある検査異常への対応策 編集 伊藤澄信

●A5 頁192 2017年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03054-0]



◎内科外来に欠かせない1冊  
**保護者が納得! 小児科外来 匠の伝え方**

編集 崎山 弘・長谷川行洋

●A5 頁228 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03009-0]



◎「最強の一番弟子」にならないか? 徒手空拳のワザ、ここに極まれり  
**身体診察 免許皆伝**

目的別フィジカルの取り方 伝授します 編集 平島 修・志水太郎・和足孝之

●A5 頁248 2017年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03029-8]

# リウマチ・膠原病を どう疑い、追いつめるか

interview 萩野 昇氏 (帝京大学ちば総合医療センター第三内科学講座 [血液・リウマチ]) に聞く

従来は整形外科の守備範囲と考えられてきた関節痛・関節炎を内科で診る機会が増えている。背景には疾患メカニズムの解明や薬の開発による治療の変化と、患者数の増加に伴うプライマリ・ケアでの対処への求めがある。リウマチ・膠原病診療において、内科研修医は何を知るべきか。このたび『ロジックで進めるリウマチ・膠原病診療』(医学書院)を執筆した萩野氏に、リウマチ・膠原病診療ならではの特徴と、診療のロジックを聞いた。

——リウマチ関連学会の参加者に、内科医が増えています。なぜでしょうか。  
萩野 リウマチ・膠原病の発症メカニズムである免疫学的異常の解明が進み、より広範な筋骨格・軟部組織の疾患への治療に応用されるようになってきたことが一因と考えられます。内科医がリウマチや膠原病を診療できるようになるためには、リウマチ・膠原病の個々の疾患の特徴を知り、これまで整形外科医に任せてきた筋骨格・軟部組織の診察技術を身につける必要があります。そこに、研修医や非専門医は「専門性が高く、とっつきにくい」という印象を持つことがあるようです。

## 個別性の高さは難しいが、それが魅力でもある

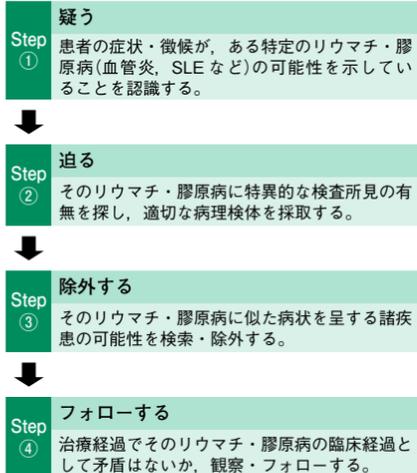
——他の内科診療と比べたときの、リウマチ・膠原病診療の特徴を教えてください。  
萩野 単一のパラメータで診断や治療効果の判定ができないことです。糖尿病におけるHbA1cのような指標はありません。症状や検査項目をもとにした分類基準を米国リウマチ学会や欧州リウマチ学会が出していますが、ある因子が分類基準に合えば診断に至るとは限らず、分類基準に合致してなくても診断される場合もあります。  
また、診断が除外診断になることも特徴です。全身性エリテマトーデス(SLE)や血管炎の診断には、似た病状を持つ他疾患の除外が必須です。内科領域の広い知識がないと適切な診断に至りません。  
——治療を進める上で心掛ける点は何でしょうか。  
萩野 同じ診断名でも臨床経過が多様なことです。私の師匠格である岡田正人先生(聖路加国際病院)の言葉を借りると、「SLEの治療」なんてものではありません。個々の患者さんの、個々の臓器障害の程度に応じて治療を決めるので、生活指導だけでうまくいく場合もあれば、強力な免疫抑制療法で生命予後を改善させなければならないシチュエーションもあるのです。  
——治療薬の種類が増えてきたことにも注意が必要になりそうです。

萩野 今、治療は猛烈な勢いで進化していて、最新の論文や学会発表をもとに治療方針を変更することも頻繁にあります。かといって、新薬<sup>1)</sup>をどんどん使うことが一概に良い治療とは言えません。患者さんに応じて、適切な組み合わせとタイミングで薬物療法を行う。場合によっては投薬の中止も患者さんに適した治療となり得ます。免疫系に作用するがゆえに、肝臓、肺、血液など、副作用の及ぶ範囲が単一臓器に限らないことにも注意が必要です。  
——こうした個別性の高さが、リウマチ・膠原病診療の難しさの一因かもしれませんね。

萩野 はい。ですが、そこが興味深く、魅力に転じるころでもあります。診断がきちんと合い、適切に治療したら、痛みなどの患者さんの自覚症状が取れて、良くなったことが目に見えてわかります。患者さんが「良くなった」と言ってくれる小さな喜びを、絶えず感じられるのです。

## 筋骨格・軟部組織の診察には“教師あり学習”を

——リウマチ・膠原病診療の学び方における課題は何でしょう。  
萩野 適切な診断と治療選択に欠かせない、筋骨格・軟部組織の診察技術を学ぶ機会が少ないことです。  
リウマチ・膠原病診療には、「縦糸」と「横糸」があります。縦糸は筋骨格・皮膚・軟部組織の診察技術、横糸は臨床免疫学の知識です。これまでのリウマチ・膠原病の教育は、横糸である臨床免疫学ばかりが強調されてきました。例えば、学生向けの膠原病の本には、最初に免疫の解説があって、その次に各論として個々の疾患、例えば関節リウマチやSLEの説明があるんです。その間には関節や皮膚の診察があってしかるべきですが、ないのです。  
——研修医のどのようなつまづきにつながっていますか。  
萩野 所見の取り方とその解釈です。私たちリウマチ科医は、「関節の圧痛がある」とか「関節の腫脹がある」と日常的に言いますが、どれぐらいの強さで押して痛む場合に所見と考えるの



●図 リウマチ・膠原病診療の4ステップ(『ロジックで進めるリウマチ・膠原病診療』(医学書院)より改変)

か。これは腫れか、それとも単に骨が出張っているだけなのか。それを学ぶのもフィードバックなしには難しく、つまづいてしまいます。私たち指導医のこまめなフィードバックによる“教師あり学習”で、学びを手助けすることが大切です。  
また、従来のリウマチ・膠原病の教育は主に「ある程度のリウマチ・膠原病診療経験がある人」向けとなっていて、リウマチ科医が当たり前にやっている基本的な考え方が明文化されていませんでした。専門医のロジックがわからない初学者や非専門医には、「何を言っているんだろう?」となってしまうのです。

## 疑い、迫るだけでなく、他疾患の除外と経過のフォローが必要

——その考え方を研修医、若手内科医に向けて『ロジックで進めるリウマチ・膠原病診療』にまとめたのですか。  
萩野 はい。リウマチ・膠原病診療のロジックには、「①疑う、②迫る、③除外する、④フォローする」という4つのステップがあります(図)。例えば心筋梗塞の診断であれば、①胸痛から心筋梗塞を疑い、②心電図や冠動脈造影などの所見で迫り、診断しますよね。ですが、リウマチ・膠原病診療は、症状が複雑かつ決め手となる検査がない諸疾患なので、①疑って、②その疾患に特異的な症状を探して迫るだけでなく、③類似の症候を来す疾患を除外する必要があります。さらに、時間軸によって症状が変化しますので、④治療経過を丹念に追わないと、正しい診断にたどり着けません。



●はぎの・のぼる氏  
2000年東大医学部卒。横須賀米海軍病院インターン、都立駒込病院内科シニアレジデントなどを経て、06年から東大病院アレルギー・リウマチ内科で診療・臨床教育に従事。11年より現職。13年より後期研修医の指導を行う。「Dr.ハギー」として多数のレクチャー経験を持つ。近著に『ロジックで進めるリウマチ・膠原病診療』(医学書院)。

——研修医にはどのように指導していますか。  
萩野 4つのステップに「抜け」がないか一緒に確認しています。例えば、SLE患者が腹痛と下痢で受診したとき、「SLEで腹痛・下痢だからループス腸炎」と研修医が診断することがあります。この思考過程には、③除外するステップが抜けています。腸管感染症の基本的な検査をして他疾患の可能性を除外しないといけません。最近も、似たケースで腸管出血性大腸菌感染症と判明したことがありました。  
加えて、リウマチ・膠原病の本質である自己免疫系の異常から起こり得る、表現型のバリエーションを伝えるようにしています。SLEや炎症性筋疾患の典型的な症状だけを教えるのではありません。目の前の症例に合う点と合わない点は何か。その合わない点は時間がたてば症状が出てくるのか、経過の異なる別の疾患の可能性があるのか。それらを個々の症例でディスカッションしています。  
——リウマチ・膠原病診療を学ぶ研修医へメッセージをお願いします。  
萩野 リウマチ・膠原病診療は、少しハードルが高い領域に感じられるかもしれませんが、特にその「縦糸」である筋骨格・軟部組織の診察は、リウマチ・膠原病以外の内科診療にも広く役立つ重要なスキルです。診察技術とロジックを学び、筋骨格・軟部組織の愁訴を有する患者さんへの診療に役立ててほしいと思います。(了)

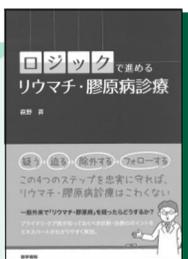
●Huggy's Memo  
i) 患者数よりも開発中の薬の種類の方が多いかも。ii) 「注釈(Huggy's Memo)が面白い」「Huggy's Memoだけ読んだ」など、主に本文以外の部分が好評である模様。もしかすると本文も面白いかもしれません……。

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

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」「どう追いつめる」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。

萩野 昇  
帝京大学ちば総合医療センター第三内科学講座(血液・リウマチ)



臨床医に必須の消化器病情報を凝縮

## 臨床に活かす病理診断学 第3版 消化管・肝胆臓編

「病理に強い臨床医」にあなたをかえる1冊! 今、現場で知りたい消化器検体提出時の注意点/病理診断報告書の読み方から、差がつく学会・論文発表のコツまで、病理解説活用術を徹底解説。入門/基礎/応用/資料編の4部構成で段階的に読む! 用語集/特殊染色早見表で知りたいことにすぐにたどりつく! 美麗な写真とシエマで初学者も納得! 外科医、内科医、放射線科医まで必須の消化器病情報を凝縮した、渾身の改訂第3版。

福嶋敬宜  
自治医科大学教授・病理学/自治医科大学附属病院院長・病理診断部・病理診断科  
二村 聡  
福岡大学医学部准教授・病理学講座



## 寄稿

# 米国における研修医の労働時間規制とその影響を示すエビデンス

野木 真将 米国クイーンズメディカルセンター・ホスピタリスト部門

米国で研修医は一般的に「レジデント」と呼ばれます。一説では、1889年に最初のレジデンシープログラムを始めたジョンズ・ホプキンス大がこの用語の発祥地とされています。当時の研修医は病院に寝泊まりして診療に従事するのが一般的で、常に病院に「住んでいる」ことから resident (居住者) と呼ばれたのではないかと考えられます。

それから時代は変わり、現在の米国の研修医は労働時間を厳しく管理されるようになりました。各地の研修プログラムは、全研修医の労働時間がACGME(卒後医学教育認可評議会)の規制内であることを報告する責任があります。本稿では、米国における研修医の労働時間規制の歴史の変遷とその影響を概説します。

## リビー・ザイオン事件(1984年)とニューヨーク州の試み(1998年)

ニューヨーク州でのある医療事故をきっかけに、米国では研修医の労働時間に注目が集まりました。

リビー・ザイオンは当時18歳の女性で、うつ病に対してフェネルジンというMAO阻害薬を服用していました。入院後に興奮不穏状態の彼女に対して、担当した研修医はメペリジンという鎮静薬を投与。その後、患者はセロトニン症候群で死亡しました。

リビーの父親はニューヨーク・タイムズ紙でコラムを持つほどの有名な弁護士であり、研修医による「殺人」と怒りをあらわにして訴訟に挑みます。この判決は全米で注目されましたが、最終的には刑事責任は問われませんでした。ただし司法の場では、研修医の過酷な労働実態が明らかにされ、医療の質に悪影響を及ぼしている可能性が指摘されたのです。

こうして訴訟はいったん収束しましたが、リビーの父親は娘を失った悲しみを、研修医トレーニングの改善のための情熱に変えます。ついには1998年、ニューヨーク州法として、研修医の労働時間が規制されました。通称「リビー・ザイオン法」と呼ばれるもので、内容としては「連続勤務24時間以内、1週間の労働時間は80時間以内」という取り決めでした。ただしこの数値自体は特にエビデンスがなく、コンセンサスに基づくものでした。

## ACGME規制(2003年・2011年)

この流れに追随する形で2003年、

●表 ACGMEによる労働時間規制の変遷

	2003年	2011年	2017年
7日間に1日の休日を設ける	→	→	→
24時間勤務は最短でも3日ごと	→	→	→
24時間勤務のあとは次の勤務まで14時間空ける	→	→	→
週に80時間までの勤務	→	→	→
各シフト間の休息は最低10時間	→	→	→
1年目研修医の連続勤務は16時間まで	→	→	→
連続勤務は24時間まで	*1	*2	*2

\*1 教育もしくは引き継ぎのために最大6時間まで延長可

\*2 教育もしくは引き継ぎのために最大4時間まで延長可

ACGMEが全米のレジデンシープログラムに対して、「週に80時間までの勤務」「各シフト間の休息は最低10時間」などの規制を始めました(表)。その後2011年には、「1年目研修医は連続勤務16時間まで」「2年目以降の研修医は連続勤務24時間まで」という追加規制が加わりました<sup>1)</sup>。

筆者が渡米して研修を始めたのは2011年で、ちょうど追加規制が始まった年からその恩恵にあずかりました。日本での研修に比べて労働時間が短いのは新鮮でしたが、かと言って仕事がとても楽に感じたわけではありませんでした。どちらかという、「早く帰宅しなさい。でもカルテはしっかりと書くなど、やるべきことはやりなさい」と追い立てられている感じがしたからです。労働時間は自己申請でしたが、勤務時間超過の理由を添付しなければならぬため、多くの研修医は過少申請をしていたのではないかと思います。しかし、ACGMEからの抜き打ちのアンケートによりプログラムを經由せずに勤務時間について正直に報告できるシステムもあったため、申請と実態との差があまりにも大きければ問題視されました。

## JAMA報告(2013年)からみる労働時間規制の問題点

連続勤務時間に関する追加規制(2011年)による職場環境と教育環境への影響を調査した研究が2013年、JAMA誌<sup>2)</sup>に掲載されました。その要点は、連続勤務時間を制限することで申し送りが増え、教育カンファレンスへの参加率が落ち、1年目研修医の病棟参加が減少。研修医と看護師からは「患者ケアの質が低下した」との悪評が集まったため、試験は早期に中止されました。

では、労働時間規制の問題点はなんだったのでしょうか? 本稿では、筆者の私見も踏まえて以下2点を指摘したいと思います。

### 1) 業務濃縮という問題

1990年から2010年までの米国の入院管理統計をみると、年間入院患者数は46%増加しているにもかかわらず、平均入院期間は30%も短縮していることがわかります。そのわりに、1年目研修医のポストは全米で13%しか増えていません<sup>3)</sup>。診療密度の増加と労働力のミスマッチは、結果として研修医の業務濃縮につながりました。その上、勤務時間を規制することで経験の浅い研修医は心理的に追い立てられ、業務効率を重視するあまりに診療の質が犠牲になりがちでした。

実際に、研修医の労働時間ではなく業務内容を減らした臨床試験では、平均在院日数、30日以内の再入院率、ICUへの転棟率は減少するという好結果がみられます<sup>4)</sup>。

### 2) 研修医の業務内容と教育環境の変化

リビー・ザイオン事件の起こった時代の研修医は、検査への患者付き添いや採血などのいわゆる“scut work”と呼ばれる雑務が多かったのです。研修医の労働時間を制限することで、病院はそうした雑務を担う職種のマンパワーを増やすしかありませんでした。結果として、今日の研修医は雑務をあまりやらずに育っています。

雑務を減らせば、患者とベッドサイドで過ごす時間もおのずと減ります。一方で電子カルテ上で追うべき診療情報は増えているため、研修医は自分たちで雑務をやらない代わりに、余った時間をベッドサイドではなくコンピュータ画面の前で過ごすことが多くなりました。

## 規制緩和につながるランダム化比較試験

研修医の労働時間を規制する労力が効果に見合ったものかどうかというリサーチクエストに答えるべく、2つの全米規模のランダム化比較試験が近年企画されました。

FIRST (Flexibility In Duty Hour Re-

### ●のぎ・まさゆき氏

2006年京府医大卒。宇治徳洲会病院救急総合診療科の後期研修を修了。11年に渡米し、米ハワイ大内科レジデント修了(チーフレジデント)。15年より米クイーンズメディカルセンターにてホスピタリストとして勤務中。



quirements for Surgical Trainees) 試験<sup>5)</sup>は外科研修医を対象に研究されました。連続勤務時間の制限やシフト間の最低休息時間をなくした群でも、患者安全とレジデントの燃え尽きに影響はありませんでした。週の総労働時間は両群ともに同じ条件でした。

この結果を受けて、2017年7月よりACGMEは1年目研修医の連続勤務時間を、2~3年目研修医と同様に24時間(最大4時間まで延長可)まで許容するという規制緩和を発表しました。その後発表されたiCompare (Individualized Comparative Effectiveness of Models Optimizing Patient Safety and Resident Education) 試験<sup>6)</sup>は内科研修医を対象としていますが、FIRST試験と同様の結果でした。

## 終わらない議論とモニタリングの難しさ

研修医の労働時間を規制することは、一方では患者安全の面で有益かもしれませんが、他方では貴重な教育の機会が減ったり、効率重視のために診療の質が落ちたり、研修医の燃え尽きにつながったりというリスクを含む繊細なトピックです。

ACGMEの下部組織であるCLER (Clinical Learning Environment Review) という団体が、定期的に全米の研修プログラムを視察するようになっていきます。研修医の労働時間と患者安全のどちらも重要な視察ポイントとなっており、関心の高さがわかります。

本邦からの報告<sup>7)</sup>では、長時間勤務であっても研修を有効なものとして成長できるのは、他スタッフや患者とのコミュニケーションが良好で、私生活が充実している研修医であることが示唆されています。一方で、それらの要素に問題のある研修医をサポートする体制作り、医療アクセスと医師の過重労働のバランスについては、国民も交えた議論が必要です。「減私奉公」を美徳とする医療現場では、労働時間規制は研修医のセーフティネットとなるのかもしれませんが。

### ●参考文献

- 1) N Engl J Med. 2012 [PMID : 23171102]
- 2) JAMA Intern Med. 2013 [PMID : 23529771]
- 3) JAMA Intern Med. 2013 [PMID : 23529502]
- 4) Acad Med. 2011 [PMID : 22030755]
- 5) N Engl J Med. 2016 [PMID : 26836220]
- 6) N Engl J Med. 2018 [PMID : 29557719]
- 7) Perspect Med Educ. 2015 [PMID : 26228738]

## 医学書院 セミナーのご案内

詳しくは、弊社セミナーサイトをご覧ください ▶ <https://seminar.igaku-shoin.co.jp/>

## 「標準PTOTST別巻シリーズ」刊行記念セミナー リハビリテーションに活かす! 脳画像の読みかた

脳画像が臨床に役立つことは知っていても、どのように読めばよいかかわからない方は多いのではないのでしょうか。本セミナーは、所見の背景にあるメカニズムから丁寧に画像を読み解くことにより、画像の白黒の暗記とは一線を画した「臨床に活かす脳画像の読みかた」を紹介します。

### Program(予定)

13:30~15:10 各脳スライスレベルの見極めかたとその特徴  
15:20~17:00 脳血管障害の画像の変化

※標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学 別巻『脳画像』(医学書院刊)を指定テキストとしたセミナーです。講義に使用しますので、事前にご用意ください。(当日、会場でもご購入いただけます)

日時: 2018年9月29日(土) 13:30~17:00

会場: 東京都文京区・医学書院 本社2階

定員: 70名

講師: 前田真治 先生

受講料: 6,000円(税込)

対象: PT、OT、STおよびその教員、「脳画像」の見方について学びたい医療関係者の方

セミナーサイトのQRコードはこちらです



標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学 別巻

## 脳画像

執筆 前田真治

リハビリテーションに関わる医療職に必要な脳画像の見かたをやさしく解説

●B5 頁176 2017年  
定価: 本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-03250-6]



# Medical Library

書評・新刊案内

## 病歴と診察で診断する感染症 System1とSystem2

志水 太郎, 忽那 賢志 ● 編

B5・頁236  
定価:本体4,200円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03538-5

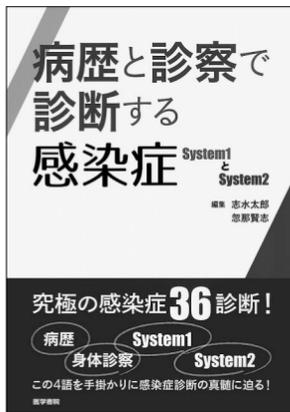
総合診療, 感染症内科の実力者が執筆

レプトスピラ症, メリオイドーシスなど感染症医が喜びそうな診断名も散見されるが, 本書は決して, 感染症オタクのための本ではない。

私は常日頃から, 感染症の研修を開始するに当たり, まずは内科の研修をしっかり修了することを勧めている。というのも私自身がそうであったのであるが, 単なる微生物や抗菌薬に詳しいだけでは, バイキンの先生であって, 真の感染症内科医にはなれないのである。これは循環器でも, 消化器でも同じではないかと思う。感染症科医なのか, それとも感染症内科医なのか。循環器科医なのか, それとも循環器内科医なのか。私は真の内科医に憧れる。

本書は決して編者の忽那賢志先生のような感染症専門家ばかりで書かれているわけではない。編者の志水太郎先生は総合診療の若きリーダーであり, 他の著者も総合診療医の実力者, 真の

内科医, 総合診療医必読



評者 岡 秀昭

埼玉医大総合医療センター総合診療内科・感染症科診療科長/准教授

内科医が多数名を連ねる。また感染症専門家である著者であっても, 私の憧れる真の内科医により書かれている。

診断過程と疾患知識を同時に身につけることができる欲張りな本

感染症は臓器非特異的に生じるため, 診断には的確かつ詳細な病歴聴取と全身をくまなく診察する能力が求められる。診断が付けば, 微生物を推定し, 適切な抗菌薬を選択すればよい。つまり診断が大きなウエイトを占める。真の内科医であれば, 病歴と診察で診断することにこだわりたい。

本書は洗練された総合診療医と感染症内科医たちによるSystem1の判断やSystem2の思考による診断過程を学ぶことができ, 合計36例の症例を検討追跡することで, 感染症の知識も身につけることができる欲張りな書籍である。

憧れの内科医, 総合診療医, 感染症内科医をめざす全ての医師にお勧めしたい。

## 腹部血管画像解剖アトラス

衣袋 健司 ● 著

B5・頁160  
定価:本体10,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03057-1

私の畏友, 三井記念病院放射線診断科部長・衣袋健司先生が, 待望の腹部血管画像解剖の教科書をついに出版された。世界初ともいえる

腹部の最新の画像解剖と肉眼解剖の対比から成る画期的な教科書といえる。

先生は長く臨床の第一線で腹部を中心として interventional radiology (IVR) と画像診断に従事され, 示唆に富む知見や新しい技術を報告されてきた。その独特の視点や理論的背景の確かさから, “知る人ぞ知る” 気鋭の臨床放射線科医としてわれわれの間では高く評価されてきた。その背景に深い肉眼解剖学の研究があることを知り感銘を受けたことを思い出す。先生は, 第一線

腹部血管にかかわる全ての医師座右の書

評者 松井 修

金沢大名誉教授

臨床の傍ら, 週末には母校・東医歯大の解剖学教室で実際に死体解剖を長年行い, 臨床放射線科医の立場から, 肉眼解剖に基づいた新しい画像解剖所見を見だし発表してこられたのである。その重みは計り知れない。

血管解剖は画像診断の基本として極めて重要であることは論をまたないが, 多くの肉眼解剖書は主たる(太い)血管の解剖を記載するのみであり, また観察個体数にも限りがある。一方で, 最新のCTや血管造影診断では造影剤を用いれば0.5~1mm前後の脈管も同定が可能で, また多くの症例での解析が可能である。さらに種々の病的な状態では画像診断で初めて観察が可能

## 画像診断を学ぼう 第2版 単純X線からCT・MRI・超音波まで

江原 茂 ● 監訳  
菅原 俊祐 ● 訳

A4変型・頁360  
定価:本体6,800円+税 MEDSI  
http://www.medsico.jp/

評者 隈丸 加奈子

順大准教授・放射線診断学

本書は, 医学生および研修医にぜひ「通読」していただきたい一冊である。原書はWilliam Herring先生の『Learning Radiology: Recognizing the Basics, 3rd Edition』であり, 1st editionからロングランの人気書籍, 海外でも医学生や研修医の教育に用いられている。改訂に伴ってMRIや超音波などの診断法の記述が強化され, さらに小児の章などが追加されている。江原茂先生が監訳のわかりやすい翻訳に加え, 個人的に挙げる本書の特徴は下記の3つである。

初学者が「通読したい!」と思える内容と分量

クイズから始まり, ふんだんな写真とわかりやすい解説, 解剖学や生理学のおさらいを適度に含み, 検査モダリティの小難しい解説が数ページ続くわけでもなく, 興味が長続きする構成となっている。途中で挫折する可能性が低い良書となっており, 初学者の「最初の教科書」として活躍するであろう。

各検査における正常像を重視

本書は単純X線を基本としながらも超音波, CT, MRIまで広く画像検査モダリティをカバーしている。急速に進歩・複雑化する画像診断技術・所見を全て理解することは極めて難しく, 狭く深い領域の画像診断は各専門家に任せるべきであろう。しかしながら, 画像診断の非専門家であっても, 頻用されている検査モダリティの基本

であることも少なくない。こうした状況下で, その容易さも相まって, 画像診断での血管解剖解析が主流となり, 肉眼解剖での研究はほとんどなされなくなりつつある。しかしながらここには重大な盲点がある。画像診断では血管周辺の実質臓器は描出されるものの, 間質組織や血管が走行する靭帯や間膜, これらに随伴するリンパ管や神経などは認知が容易ではない。血管とその周辺環境の理解から初めて明らかになる病理・病態は多い。またその理解の上で手技を行うことは, 外科手術やIVRには必須である。グレイスケールのデジタル画像で得られた血管像とともにその周辺の肉眼解剖を想起することは臨床医にとって必須であろう。

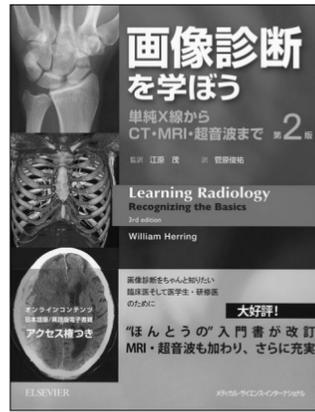
しかしながら, 画像診断の進歩が逆にこうしたアナログの重要性の理解を低下させている危惧がある。本書はこうした点で極めて重要でかつ画期的な

意義を有するといえる。加えて, 画像診断では, 従来の肉眼解剖や外科手術では認知や解析が困難であった微細な血管が種々の病態で明らかになることがある。これらの解析には, 専門的な意図を持って改めて肉眼解剖を観察することで, 肉眼解剖の立場で新しい知見が得られることになる。例えば, 肝外動脈からの側副血路の肉眼解剖は近年まで明確に記載されていなかったが, 画像診断からの知見を基に改めて肉眼解剖で観察すれば, 靭帯や肝被膜を介する肝動脈終末枝と肝外動脈の吻合の存在やルートを容易に明確にすることができる(本書中p.37~43)。本書にはこうした点でも極めて有用な知見が多く記載されている。

腹部疾患にかかわる全ての医師, 特に画像診断, IVRや外科手術にかかわる若い医師に座右の書として強く推薦するものである。

的な特徴, 各モダリティにおける臓器の正常所見, そして最低限の異常所見を拾い上げて次の検査・治療に適切につなげるための知識は必要である。本書は, 各モダリティにおける正常臓器の所見に重点を置いており, 医学生や研修医などの放射線科医をめざし得る若手のみならず, 画像診断の非専門家にも読んでほしい内容となっている。

初学者の「最初の教科書」に



明日から使える実践的内容

本書では, 各検査方法に加え, 検査依頼時に考えること, 患者安全, 被ばく線量の低減, 放射線防護にも触れられており, 初学者や画像診断の非専門家が学ぶべき事項の「抜け」が少ない内容となっている。また, 例えばCHAPTER 11のタイトルは「カテーテルとチューブの適切な位置と, 起こりうる合併症を知ろう」となっている。この章では気管内チューブ, 気管カニューレ, 中心静脈カテーテル, PICC, Swan-Ganzカテーテル, マルチルーメンカテーテル, 胸腔ドレーン, 心臓ペースメーカー, 自動除細動器, バルーンパンピング, 胃管が取り上げられ, 使用目的や適切な挿入位置, 単純X線での描出のされ方が解説されており, 研修医にはうってつけの内容である。

このように, 本書は医学生, 研修医, 画像診断の専門家にお勧めしたい一冊である。

認知症にかかわる心理職必携! アセスメントも支援へのつなぎ方もわかる1冊

## 認知症の心理アセスメント はじめの一步

今後心理職のより深いかわりが求められる「認知症」。そのアセスメントから支援への導き方を学べる本が登場。検査結果の背景に脳のどんな障害があるのか, イラストと豊富なデータ, 事例でしっかり解説し, 公認心理師対策にも生かせる「神経心理学」の基本が身につく。病院や地域, 福祉施設など様々な場面でのアセスメントと支援, 報告書の書き方も明快地提示。認知症にかかわる心理士が「はじめの一步」を踏み出せる1冊!

編集 黒川由紀子  
慶成会老年学研究所・所長  
扇澤史子  
東京都健康長寿医療センター精神科・次席



イラスト+DVDで会得するエキスパートの技

大阪日赤ラボ教室

## イラストで学ぶ腹腔鏡下胃切除 [DVD付]

長年にわたり磨き上げた腹腔鏡下胃切除術のすべてを惜しみなく伝授する手術アトラス。要点を正確に捉えたイラストにより, 高度な手技を直観的に理解できる。付属DVDには, ノーカットの手術ビデオ(幽門側胃切除術, 胃全摘術)を含む14本(計4時間超)を収録。紙面で解説されている手技を実際の映像で確認することができる。技術向上を目指す外科医必読・必見の手術書。

監修 金谷誠一郎  
大阪赤十字病院消化器外科  
編集 赤川 進  
大阪赤十字病院消化器外科  
三浦 晋  
神戸大学大学院食道胃腸科



# ロジックで進める リウマチ・膠原病診療

萩野 昇 ● 著

B5・頁176  
定価:本体3,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03130-1

レクチャーに定評ある Dr. ハギー待望の単著

膠原病診療に携わるプライマリ・ケア医の中で、萩野(萩野ではない)昇先生こと Dr. ハギーをご存じない方はもぐりだろ。レクチャーのわかりやすさ、スマートさには定評があり、全国引っ張りだこである。そんな Dr. ハギーが単著を出すとなれば読まない手はない。

本書『ロジックで進める リウマチ・膠原病診療』は、ちまたでは既に「ロジリウ」なんて素敵な略称も付き、アイドルグループ顔負けの人気ぶりだという。今回本書を読んだ第一声は「いやあ、面白かった!」だった。まさに読後感爽快! とはいえ、それだけでは書評にならないと怒られそうなので、もう少し具体的に。印象的だったのは以下の3点である。

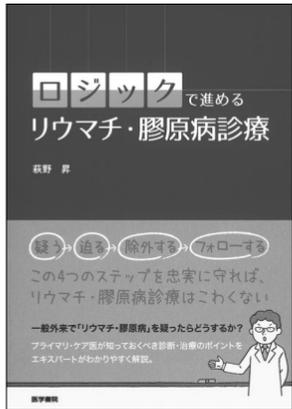
「リウマチ科医であると同時にやはり内科医!」

「Pearl 満載! その博識とうんちくに脱帽」

「膠原病臨床の実践が丁寧に記載され、まるで Dr. ハギーが隣に居るかのような臨場感」

本書の中心はもちろんリウマチ・膠

## リウマチ・膠原病診療に携わる全てのプライマリ・ケア医へ



【評者】矢吹 拓

国立病院機構橋本医療センター内科医長

原病疾患なのだが、その端々に筆者が内科診療に真摯に向き合っている様子が溢れ出ている。例えば、「血液培養2セットの採取なしにPMRと診断してはならない」(p.13)とか、リウマチ診療では「適切な降圧療法や脂質代謝異常の治療は、免疫抑制薬と同等か、場合によってはそれ以上に重要である」(p.81)など至言の数々がある。Clinical Pearlも満載で「皮膚を『読影』する」「結節性多発動脈炎は(中略)『リウマチ医の結核』などきら星のごとくだった。また、Huggy's Memoと称された注釈や各領域の歴史的な変遷の語りもまたグッとくる。ヒューリスティクスやトラジェクトリーなど視覚に訴え System 1 をわかりやすく解説したかと思えば、SPRF アプローチや思考過程を余すところなく丁寧に記載した構成で System 2 を開示する。何ともぜいたくな一冊である。

本書が多くのプライマリ・ケア医に届き、リウマチ・膠原病診療の底上げが成されることを願っている。そして、「ありがとう、Dr. ハギー(オギーじゃないよ)」。

本書の中心は、大村先生自身が執筆された章には、大学病院で週6日の診療を受け持ちながら、年に一度は自費でアジアの国を訪ね、国際協力活動に取り組む一人の医師としての、単なる知識や技術を超えた優しさや矜持が溢れている。

一部を紹介すると、I-6「小児の診察のしかた(p.32)」基本的には小児の診察(耳鼻科領域)は抑えずに行えますし(中略)この診察の根底に流れる原則というのは、子どもの自主性、自律性を重んじて、診察を理解してもらうことです。(中略)扉から一番離れた場所(机がある位置よりもさらに遠方)に椅子を置き、(中略)これは、子どもが嫌だと思ったときに逃げることができる場所で、私のことをまず認識してもらうということを大切にしています。ここまで本文。

# 専門医が教える 研修医のための診療基本手技

大村 和弘, 川村 哲也, 武田 聡 ● 編

B5・頁304  
定価:本体5,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03026-7

【評者】青木 眞

感染症コンサルタント

編者のお一人である大村和弘先生とは、当時大村先生がご所属だった総合病院国保旭中央病院にカンファレンスなどで評者が定期的に伺っていたことでお会いして以来14年の付き合いとなる。初期研修の後、NPO法人JAPAN HEARTで吉岡秀人先生と出会い、アジアを中心とした国際医療協力に一時期身を投じたことは、明るく奔放なようでいて繊細な神経を持つ彼を知るものとして好ましく、ずっと好感を抱き続けてきた。プライマリ・ケア、総合診療といった世界から一見最も距離のある、巨大な機械力に取り囲まれた大学病院という環境に身を置きながら、臨床医として誰もが身につけておきたい「一定水準の診察、基本検査、救急を含めた手技の習得」をめざした本書を生み出した大村先生ならではの歴史である。

## 単なる知識や技術を超えた優しさや矜持に溢れた書

この他にも、III-1「血液型判定・交差適合試験(p.132~5)」(順大練馬病院・小松孝行先生)、IV-1「末梢静脈

# 『標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学 別巻』 脳画像

前田 眞治 ● 執筆

B5・頁176  
定価:本体3,500円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03250-6

【評者】渡邊 修

慈恵医大第三病院リハビリテーション科/教授

このたび、医学書院より、『標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学 別巻』の一冊として、前田眞治先生ご執筆の『脳画像』が出版されました。前田先生は、多職種で構成するチームとしてのリハビリテーション(リハ)医療を重視されており、脳画像の解読法をリハチームの誰もが理解できるように、イラストや画像を多用し、多忙な臨床の中でも気軽に目を通すことができるように簡潔にまとめておられます。

第1章では、画像を読影する上で必須な脳回、脳溝の解剖と、高次脳機能障害を理解する上で役立つブロードマンの脳地図について丁寧に記述されています。第2章では、CT、MRIの原理について、とすると専門書では、これらの理解だけで投げ出してしまいそうな難解な内容を、私たちにもわかりやすく説明されています。第3章はいよいよ画像解剖の説明です。CTとMRIの各種画像を並列させ、各画像形態の特徴を、ミッキーマウスやクリオネといった親しみやすい比喩を交えながら、しかも詳細な解剖所見を外すことなくきれいなイラストで明示して説明されています。また、脳卒中を理解する上で必須な脳血管灌流領域の画像上の分布や前頭葉、側頭葉、後頭葉、頭頂葉の判別を、画像上に30度、90度、60度の仮想線を引くことで、見事にわかりやすく説明しておられます。本章に目を通すことで、きっと読者の皆さんは、今後、画像を見ることが楽しくなると思います。無味乾燥な白黒の画像が、とたんに症状を説明する「意味」を持つ

## 脳画像を読み解くための、リハ専門職、必携の一冊



ていることがわかるからです。

第4章は、第3章で解説した解剖構造が、どのような機能を担っているかの説明です。高次脳機能障害のリハにおいて、他の障害と同様に、どの部位がどのような範囲で損傷を受けているかを把握することが重要となります。回復への道筋を予想できるからです。さらに、損傷範囲を同定することで、他のリハアプローチも選択することができます。本章は、リハを施行する上で根幹となる症状を理解し、治療方法を考える上で有力な情報を提供しています。

第5章以降は、リハ医療の対象となる疾患について、各々、要点を絞って記述されています。各疾患の特徴的所見と見落としはならない画像上のポイントを確認することで、リハの際のリスク管理(血管攣縮や水頭症の可能性、脳卒中の再発の可能性、転倒)に役立てることができま

す。本書には、二次元で構成された脳画像を、生き生きと機能する三次元の脳として読み解くためのエッセンスが、著者の長年の臨床経験と教育歴に基づいて凝縮されています。エッセンスでありながら、リハ医療で重要な点が、丁寧に詳述されており、多職種で展開されるリハカンファレンスに臨む際にも、大きな威力を発揮する書です。著者が述べておられているように、「すぐに役立つ生きた教科書」(「序」より)です。本書が、リハ専門職の必携の書となり、障害に悩む患者さんやそのご家族の一助につながればと思います。

この章の「挨拶」「スキンシップ」「約束」などの説明や写真が大村先生の診療姿勢を示しており好ましい。II-2「頭頸部:口腔内(p.49)」反射を起こさないで診察をすること(評者はわざと反射を起こして喉の奥を見ていました)(中略)では、どうすれば反射を起こさないのか? ①患者との呼吸を合わせる、②舌圧子の使いかた、および診察の順番、③最初は優しく、刺激を少なく、④評価するポイントをしっかりと決める(中略)実はほとんどの患者で舌圧子は必要ありません。ここまで本文。

この他にも、III-1「血液型判定・交差適合試験(p.132~5)」(順大練馬病院・小松孝行先生)、IV-1「末梢静脈

路の確保(p.156~63)」(慈恵医大血管外科・宿澤孝太先生)、IV-4「グラム染色(p.178~81)」(東京ベイ・浦安市川医療センター感染症内科・織田鎌太郎先生、関東労災病院感染症内科・本郷偉元先生)などをはじめとするわかりやすいセクションが多い。

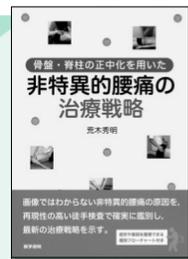
通読するのは骨が折れると思われる方は、その都度今日行わなければならない手技の予習として関係のセクションを勉強するのもよいと思う。「技を持っている専門家が集まり、研修医が必要とする身体診察法や手技を、書き合う教科書を作りたい!!」という意図をもって作られた本書が、多くの研修医や彼らの指導医の眼に留まることを期待している。

画像ではわからない非特異的腰痛の原因を、再現性の高い徒手検査で鑑別する!

# 骨盤・脊柱の正中化を用いた非特異的腰痛の治療戦略

骨盤と脊柱は、不良姿勢や反復荷重によって、容易に機能的非対称となり、蓄積されると非特異的腰痛を引き起こす。しかし、非対称には生来的なものもあり、そのタイプや原因を正確に見極めることが重要となる。本書は、膨大な論文を読み解き、整理し、豊富な臨床経験をもとに構築した最新の治療戦略を示す。鑑別方法、症状に応じた手技の選択など、確かな治療手技を身につけることができる。原因不明の腰痛を減らすための1冊。

荒木 秀明  
日本臨床徒手医学協会 代表理事



B5 頁144 2018年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03552-1]

医学書院

ここにもあります、勤労重症患者管理のオキテを知ってパワーアップ

## 人工呼吸器の本 アドバンス

The Advanced Ventilator Book

人工呼吸管理における人工呼吸器の使い方について、具体的かつ実践的にまとめられたガイドブック。まるで優れた指導医に教えてもらっているように親しみやすく、ポイントがわかりやすい。「エッセンス」編は初期設定から基本的な管理方法までの最低限の必要事項を解説。「アドバンス」編はより重症な患者への対応について解説。ICUに関わる医師や呼吸器科医、研修医、また呼吸療法士を目指す看護師・コメディカルなど、人工呼吸管理に携わる医療者必読。

著: 田中竜馬 Medical Director, Intensive Care Unit, Pulmonary & Critical Care Medicine, Intermountain LDS Hospital, Utah, USA

定価: 本体2,000円+税  
A5変 頁128 図18 2018年6月発売  
ISBN978-4-89592-909-7

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

# 小児科関連 新刊と好評書籍

## 小児科外来処方マニュアル



編集 清水俊明・田久保憲行

**小児を診る医師の強い味方!  
すぐに役立つポケットマニュアル**

小児科外来で日常的によく遭遇し、かつ治療薬の選択に迷いや  
すい症状・疾患を厳選。その基本的な注意事項と処方方をポケット  
サイズにまとめた、極めて実践的なマニュアル。

●B6変型 頁240 2018年 定価:本体3,200円+税  
[ISBN978-4-260-03032-8]

〈ジェネラリストBOOKS〉

## よくみる子どもの皮膚疾患

診療のポイント&保護者へのアドバイス



編集 佐々木りか子

**エキスパート直伝! 豊富な症例写真と解説で、  
的確な診断・治療・紹介へ**

子どもの皮膚疾患の「原因」「症状」「鑑別」「治療」のほか、感染  
症では「登校(園)の目安」、あざ・色素異常では「治療や紹介の目  
安」もわかる。最新のエビデンスに基づくスキンケアの指導法か  
ら、的確なホームケアへつなげることができる。

●A5 頁256 2018年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03620-7]

## 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



編集 東京都立小児総合医療センター

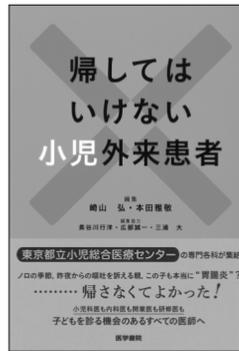
編集協力 本田雅敬・三浦大・長谷川行洋  
幡谷浩史・萩原佑亮

**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!**

好評書に続編が登場! 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。

●A5 頁272 2018年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03592-7]

## 帰してはいけない小児外来患者



編集 崎山弘・本田雅敬

編集協力 長谷川行洋・広部誠一・三浦大

**小児科医の診断過程をのぞいて  
確定診断へのプロセスを学ぼう!**

よくある症状の中に潜む、まれだが重篤な疾患を見逃さないため  
にはどうするのか、いかにしてミスを防ぐか。初期診断から確定診  
断に至るまでのプロセスと思考過程を追体験することで、実践的  
な対応を学ぶことができる。

●A5 頁224 2015年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-02138-8]

## 〈ジェネラリストBOOKS〉 保護者が納得! 小児科外来 匠の伝え方



編集 崎山弘・長谷川行洋

**保護者が納得する説明の仕方、教えます!**

小児科外来では、保護者から多様な疑問や訴えが寄せられます。  
保護者とのやり取りに難渋する前に、ベテラン小児科医の外来を  
こっそりのぞいてみてください。

●A5 頁228 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03009-0]



## トワイクロス先生の緩和ケア

QOLを高める症状マネジメントとエンドオブライフ・ケア

編集 Robert Twycross / Andrew Wilcock 監訳 武田文和・的場元弘

世界中で読み継がれてきた名著最新第5版の完訳。進行がんのみならず、非がん疾患、小児ケアも網  
羅し、緩和ケアのすべてを見通せる1冊。

●A5 頁440 2018年 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-03550-7]



## DSM-5® 児童・青年期診断面接ポケットマニュアル

原著 Robert J. Hilt / Abraham M. Nussbaum

監訳 高橋三郎 訳 染矢俊幸・江川純

米国精神医学会オフィシャルシリーズ。子どもの患者やその家族と面接しながらDSM-5診断をど  
のように進めるかを平易に解説。実践的なノウハウが満載!

●B6変型 頁368 2018年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-03602-3]

# 7 medicina

Vol.55 No.8

## 特集 血液疾患を見逃さないために プライマリ・ケアと専門医コンサルトのタイミング

日常診療ではさまざまな血液検査異常や症状を呈して一般内科を受診することは少なく  
ない。あるいは健康診断での血液検査や画像検査などをきっかけとして血液疾患が診断  
されることもある。本特集では検査結果や症候から血液疾患を疑う考え方、初期に行うべき  
検査・対応、および専門医紹介のタイミング、血液疾患患者における一般診療上の注意  
点などについて解説する。 企画:丸山大(国立がん研究センター中央病院血液腫瘍科)

### INDEX

座談会:総合内科医と血液内科医との  
クロストーク

血液疾患患者に対する一般診療上の注意点:感  
冒症状で受診したら/生活習慣病に対するフォロー/  
治療終了後のフォロー/HBVの再活性化に関する注  
意点/喫煙の処置を依頼されたら、など  
血液疾患を疑う症候・病変の診かたと紹介のタイ  
ミング:リンパ節腫脹/鼻腔病変/甲状腺病変/胃病  
変/腸管病変/骨病変/皮膚病変、など  
さまざまな症候・画像所見の診かた・考え方と  
紹介のタイミング:発熱/出血傾向/血栓傾向/  
FDG-PETでの異常所見、など  
血液検査値異常の考え方と紹介のタイミング:  
白血球数/白血球分画異常/赤血球数異常/血小板  
数異常/汎血球減少/凝固異常、など

### 連載

- 見て、読んで、実践!  
神経ビジュアル診察
- 認知症患者の診かた  
-物忘れ外来から学ぶ現場のコツ
- 母性内科の「め」-妊婦・授乳婦  
さんのケアと薬の使い方
- 目でみるトレーニング
- Inpatient Clinical Reasoning  
-米国Hospitalistの事件簿
- 心電図から身体所見を推測する
- 医師のためのビジネススキル

●1部定価:本体2,600円+税

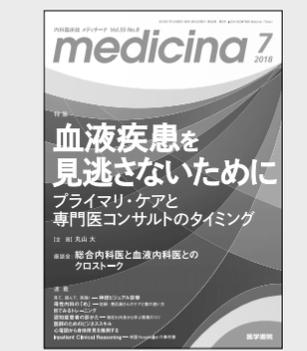
▶来月の特集(Vol.55 No.9)  
**もっともっとフィジカル!  
一黒帯級の技とパール**

企画:徳田安春(臨床研修病院群プロジェクト 群星沖縄臨床研修センター)

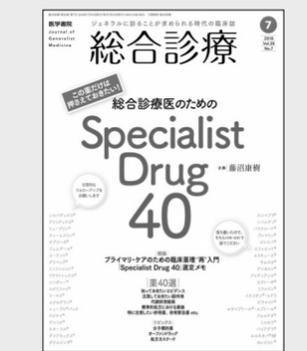
▶2018年増刊号(Vol.55 No.4)  
**プライマリ・ケアでおさえおきたい  
頻用薬・重要薬**

●特別定価:本体7,200円+税

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

## 総合診療

Vol.28 No.7

特集 | この薬だけは押さえておきたい!

## 総合診療医のための Specialist Drug 40

専門医が病院ベースで治療していた患者を、総合診療医がプライマリ・ケア外来でフォ  
ローアップ、また外来・在宅で継続治療するケースが増えている。そこで本特集では、  
従来は主に専門医が用いた薬を「Specialist Drug」として40選び、総合診療医が押  
さえておきたいポイントに絞って解説した。相互作用一覧PDFつき。

企画:藤沼康樹(医療福祉生協連 家庭医療学開発センター)

### INDEX

#### 【総論】

プライマリ・ケアのための臨床薬理「再」入門.....植田真一郎

「Specialist Drug 40」選定メモ.....藤沼康樹

#### 【各論】

専門医から「日常的なフォローアップをお願いします」となりやすい疾患群の薬  
ノリ(テックス®/アリミテックス®/リユープリン®/ディーエスワン®/オブジーボ®/ジエムザール®/スーテ  
ント®/グリベック®/ミニリンメル®/リウマトレックス®/シンボニー®/エビリアファイ®/リーマス®/エグセグ  
ラン®/ニュープロ®/バッチ/デビゲイ®/デシコピ®/ネオオラル®/ダイアモックス®/ダクルインザ®/スルパ  
ブラ®/バルディ®/ババクルート®/プレマリオン®/ピレスノ®)  
専門医から「落ち着いたので、そちら(外来・在宅)で診てください」となりやすい疾患群の薬  
エフエント®/エリキユース®/サムスカ®/アンカロン®/ジャディアンス®/ビクターザ®/リファジン®/イス  
コチン®/ヒドラ/ピラマイド®/エサンプトール®/エプトル®/フォルテオ®/ミルセラ®/バイアグラ®/エル  
ネオナ®/NF/セレジスト®

【トピックス】総合診療医のための「分子標的薬」(植田真一郎) / 「オーファンドラッグ」と  
は(水八寿裕) / 「処方カスケード」とその対応(青島周一)

▶来月の特集(Vol.28 No.8)

**80歳からの 診療スタンダード Up to Date  
Silver Standard**

企画:片岡仁美(岡山大学病院総合内科・地域医療人材育成講座)

●1部定価:本体2,500円+税

## 年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引されています。  
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