

2014年12月1日  
第3103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 〳〵〵〵 (〳〵〵〵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] “自分事”で考える「医療の質」向上 (小西竜太, 一原直昭, 反田篤志, 遠藤英樹) ..... 1-2面
- [投稿] 米国の産婦人科臨床研修に学んで (川北哲也) ..... 3面
- [連載] 診断推論キーワードからの攻略 ..... 4面
- [連載] 臨床倫理4分割カンファレンス 5面
- MEDICAL LIBRARY ..... 6-7面

座談会

# “自分事”で考える「医療の質」向上



「医療の質」。皆さんも一度は耳にしたことがある言葉だと思いますが、「何だか大きなイメージ」「自分には関係ないこと」で、済ませてしまっていないですか? でも、患者さんにとってベストな医療を提供し、自分自身もモチベーションを保って生き生きと働くために、「医療の質」について考え、その向上を試みていくことは大変重要です。

では具体的に「質」とは何を指すのでしょうか。また、どんなことが原因で低下し、どうしたら改善できるのでしょうか。来年から本紙で始まる新連載「レジデントのための『医療の質』向上委員会」では、米国医学研究所(IOM)が2001年に提唱した、医療の質改善における6つの目標(MEMO ①)を軸に、医療の質にまつわる知識や最新トピックを紹介。質の問題を“自分事”としてとらえられるようになり、日々の臨床に+αの視点をもたらすことをめざします。執筆陣は、日米両国で「医療の質」向上の活動に携わる医師たち(MEMO ②)。本座談会では連載に向けて、それぞれの「医療の質」との出会いと、その向上に込める思いを語っていただきました。

## 病院見学での“違和感” “危機感”が原点に

医学部在学中に「医療の質」について考えるきっかけを得たのが、反田氏と遠藤氏。両氏はともに、初期研修先を検討するための病院見学にて、想像とかけ離れた現場の実状を目にします。

反田 医学部5年生の夏、東北・北陸・中部地方を中心に15ほどの病院を見学しました。素晴らしい経験をし、多くの出会いもありましたが、一方で「なぜ標準的な医療が実践されていないのか」、そして「なぜ生き生きと働いていない医師が多いのか」という疑問を抱く事態に、しばしば遭遇しました。ある病院では部長の方針で、便潜血

陽性の救急患者全てが消化器内科に入院することになっており、単純・軽度の腸炎だと思われる20代の女性患者に対しても、研修医が「入院が必須」と伝えていました。別の病院の小児科外来では、コントロール不良な喘息の患児に対して、テオフィリンとβ刺激薬が継続使用されていました。小児科医は「吸入ステロイドはあまり聞いたことがないし、減多に使わない」と話していました。

また、「医者なんてやめたほうがいいよ」と公言してはばからない医師にも、大学病院・市中病院双方で少なからず会いました。病院には優秀な人材が集まって毎日懸命に働いているはずなのに、なぜ、適切な治療に結びついていないのか。なぜ、現場が活気に溢れていないのか。その違和感が「医療

の質」を考える原点になっています。遠藤 外科系を志望していたため、病院のウェブサイトやランキング本を参考に、外科領域で名のある病院に行きました。しかし研修医の手技を見ても、その他の病院との技術の差をそれほど感じなかったり、「手術件数が多い」「がんのステージ別5年生存率が高い」とされる病院でも、医師一人当たりの執刀件数は少なかったり合併症が多かったりして、働いている医師の満足度が必ずしも高くない場合もありました。一方で、教科書やガイドラインから逸脱した治療や、トレーニングもなく危険な手技が施されている事態も目の当たりにし、医学生という“素人”の目線から、「患者さんが安心して受診できる、自分自身もかかってみたいと思える医療を提供している病院は、いったいどこにあるのか」という危機感を覚えたのです。

いに学んでいましたが、いくら具合の悪い人を治療しても、またすぐ他の誰かの具合が悪くなる。社会は何も変わらない、という当たり前の現実にも苦しみました。月並みですが、単に目の前の患者さんのためだけでなく、「上流」からより広く、医学や医療に貢献したい。そう思い、臨床研究を志して博士課程に入りました。

しかし期せずして、大学病院や多くの「一般病院」の風習や医師アルバイトの実態に触れ、大いに考えさせられました。科学的に妥当な診療、患者や家族にとって機能的かつ人間的サービス、医療者の社会的責任、多職種連携の在り方、キャリア形成や生涯学習、経済的インセンティブの妥当性……さまざまな意味で、日本の医療の現実を知りました。かつて志に燃えていたかもしれない医療者が、病院の機能や患者のニーズを無視して恣意的に診療範囲を狭めたり、小遣い稼ぎのような低質な診療を行い続ける姿も目にし、こうして「一部の医療者がいくら頑張っても、医療全体がよくなるわけがない」と暗澹たる気持ちになりました。

医療の大前提、“患者にとっての最善”が顧みられていない現場もあれば、必死に働いていても、満足度の高さに結びつかない現場もある。いったい何が合っていないのか——医学生ながら疑問を感じた二人。一方、臨床現場で“かみ合わなさ”を痛感し、「医療の質」を意識するようになったのが、一原氏です。

## それぞれが始めた学びと実践とは?

自分や周囲の行っている医療への疑問

一原 初期研修後、市中病院で3年間、循環器の専門研修をしました。日々大

(2面につづく)

## MEMO

①IOMは、2001年に公表された「Crossing the Quality Chasm」の中で、米国民が受けられるはずの医療サービスと実際に受けている医療サービスの内容の格差がchasm(断層)と表現されるほど深刻であり、今後、疾病構造が慢性疾患中心となるにつれchasmのさらなる拡大が危惧されること、この解消には6つの改善目標「安全性、有効性、患者中心志向、適時性、効率性、公正性」を共有し、医療従事者の教育プログラム再構築も含めた医療システムの再設計が必要であると論じた。

②「医療の質向上に関する知見を集積し、共有・発信」しつつ、「医療にかかわる全ての人々が、医療の質改善活動を実践する社会」を志向する4人の若手医師、小西竜太氏(関東労災病院救急総合診療科副部長・経営戦略室長)、一原直昭氏(米国ブリガム・アンド・ウィメンズ病院研究員)、反田篤志氏(米国メイヨークリニック予防医学フェロー)、遠藤英樹氏(松戸市立病院救命救急センター医長)。2013年2月よりオンライン上で討議を続けており、今後はより多くの若手を巻き込みながら、医療の質向上に関する認知を広めていくことをめざしている。

December 2014 新刊のご案内 医学書院

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

<p><b>プロメテウス解剖学アトラス 胸部/腹部・骨盤部 (第2版)</b> 監訳 坂井建雄、大谷 修 A4変型 頁488 11,000円 [ISBN978-4-260-01411-3]</p>	<p><b>生殖医療ポケットマニュアル</b> 監修 吉村泰典 編集 大須賀 稔、京野廣一、久慈直昭、辰巳賢一 B6変型 頁452 5,000円 [ISBN978-4-260-02035-0]</p>	<p><b>〈標準作業療法学 専門分野〉 日常生活活動・社会生活行為学</b> シリーズ監修 矢谷令子 編集 濱口豊太 B5 頁400 4,200円 [ISBN978-4-260-02038-1]</p>	<p><b>精神科の薬がわかる本 (第3版)</b> 姫井昭男 A5 頁236 2,000円 [ISBN978-4-260-02108-1]</p>
<p><b>〈標準理学療法学 専門分野〉 理学療法学概説</b> シリーズ監修 奈良 勲 編集 内山 靖 B5 頁344 5,400円 [ISBN978-4-260-01336-9]</p>	<p><b>日本腎不全看護学会誌 第16巻 第2号</b> 編集 日本腎不全看護学会 A4 頁72 2,400円 [ISBN978-4-260-02093-0]</p>	<p><b>現象学的看護研究 理論と分析の実際</b> 編集 松葉祥一、西村ユミ B5 頁256 3,200円 [ISBN978-4-260-02048-0]</p>	

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

座談会 “自分事”で考える「医療の質」向上

●小西竜太氏

2002年北大医学部卒。沖縄県立中部病院、沖縄県立南部医療センター総合内科、関東労災病院医療マネジメントフェローを経て現職。米 Harvard School of Public Health (HSPH) 医療政策・管理学部修士課程修了。留学中にブリガム・アンド・ウィメンズ病院の Center for Clinical Excellence (医療の質向上部門)にてインターンも行う。12年より現職。

●一原直昭氏

2002年横浜市大卒。国立病院機構東京医療センター、亀田総合病院を経て、07年より横浜市大大学院博士課程。12年より米 HSPH 修士課程、13年より米ハーバード大健康サービス部組織管理フェロー、14年より現職。「医療における現場改善ネットワーク」(http://naoaki.juno.bindsite.jp/gemba/) 共同管理人。

●反田篤志氏

2007年東大医学部卒。学生時代から医療政策や医療システムに興味を持ち、日本医療政策機構でクラークシップも経験。沖縄県立中部病院にて初期研修後、渡米。ニューヨークで内科研修の後、12年から現職。在米邦人医療者によるポータルサイト「あめいろぐ」(http://ameilog.com) を主宰するなど、米国の医療情報を積極的に発信。

●遠藤英樹氏

2008年東北大医学部卒。国立国際医療センター戸山病院、東京医科歯科大附属病院、国立病院機構水戸医療センター等を経て14年より現職。医療の質・安全学会国際委員会委員、IHI Open SchoolのChapter Leaderとして、医療の質改善の普及活動を行う。13年からは医療の質・安全学会学術集会内で、質改善を学ぶ若手が集う会を企画している。

(1面よりつづく)

や、改善への思いから形作られたそれぞれの原点。では、医療者が日々充実感をもって取り組み、かつ患者にとっても満足度の高い医療とは、どんな医療なのか——。それぞれに考えた末、たどり着いたのが「医療の質」をめぐる議論でした。

遠藤 危機感を募らせる中で、医学部6年生時、臨床修練のシラバスで目に飛び込んできたのが「医療の質」、故・上原鳴夫先生の実習でした。期待に胸を膨らませて教室を訪ねると、実習生は私一人。Codman<sup>1)</sup>や Donabedian<sup>2)</sup>など“古典”と称される概念から、QC、TQM<sup>3)</sup>などの他分野から導入された品質・経営管理手法、IOMの“Crossing the Quality Chasm”まで「医療の質」に関する体系的知識を教わりました。また、ことあるごとに「誰のための医療か常に考えろ」「目標や目的を明らかにしろ」「結果を数値化しろ」と指導され、拠って立つべき理念もここで学んだように思います。

さらに米国医療の質改善研究所 (Institute for Healthcare Improvement; IHI) が展開していた「10万人の命を救うキャンペーン」<sup>4)</sup>を現地まで見学に行き、その活気に圧倒されました。その後も同キャンペーンの日本導入に向けた資料作成や、IHI Open Schoolというコミュニティのオンラインコースで「Chapter Leader」を取得するなどIHIとは継続してかかわっています。同コースで学んだ手法を現場で応用し、がん性疼痛患者における除痛に関して成果を挙げることができました。現在は、チェックリストを用いたICUでの質改善と安全に取り組んでいます。

一原 独学で「医療の質」をめぐる国内外の研究や取り組みを知り、この分野に貢献することを目標と定めました。縁あって、ハーバード公衆衛生大学院 (HSPH) の夏期講習を受講し、そこでIHIの会長、Maureen Bisognano氏の授業をとりました。「自分の職場に戻ったら“何か一つ”改善を始めて

ほしい」という彼女の言葉に触発され、帰国後勤務先の病院で、全救急受診患者を登録するレジストリを開始。部長や上級医、研修医からの理解と助力も受けて取り組みました。このレジストリが医師個人や部門での症例レビューに役立つだけでなく、病院前救急システムとの連携、応需している症例の種類と量、医師間の診療の差異、要入院症例とベッド確保の状況、院内各診療科との連携の状況、帰宅患者への方針説明やフォローアップ診療の実施、リピーター患者への対策など、救急部における診療の質を、他部門との連携や社会的な役割の観点から検証するための基礎データをもたらし、診療を見直す契機となりました。

遠藤氏、一原氏は共に、米国 IHI とのかかわりをきっかけに、日本の臨床現場で活動を始めます。反田氏も渡米先で、「医療の質」向上の手法に興味を持ち、現場での改善活動に着手。小西氏はマネジメントや経営的視点を織り交ぜ、病院全体に目を向けた改善活動を試みます。

反田 「医療の質」という系統立った分野が存在することを知ったのは、初期研修修了後、渡米してすぐのことです。従来臓器別の専門性にとらわれず、医療にかかわる問題を一步下がったところで見極め、解決しようと試みる手法に強い興味と共感を覚えました。

ニューヨークでの内科研修開始3か月後には、病院の医療の質・安全に関する管理責任者と共に、血液検査に関するプロジェクトを開始。2年半の取り組みで、過剰検査の削減、検査に要する時間の短縮に一定の成果を挙げ、学会での発表や論文の掲載につながりました。以降は、IHIやメイヨークリニックが提供するコースを受講したり、複数のプロジェクトに積極的にかかわるなどして、医療の質に関する知識と経験の蓄積に努めています。

小西 研修先の沖縄県立中部病院では救急医療や病棟での全身管理などの多くを初期・後期研修医が支えていました。チーフレジデントとしてマネジメント業務に専念していた時期に、彼らを成長させ、エラーを起こさせないように管理することで、病院全体の「医療の質」を押し上げることができるといった認識を持ったのです。その経験は次に赴任した沖縄県立南部医療センターでも生き、栄養サポートチームの立ち上げにおいて、多職種が協働して知識や技術を学び、組織力を上げ、医療のパフォーマンスやアウトカムを向上させるサイクルを実感できました。

組織による「医療の質」向上という可能性を実感したことで、医療マネジメントという領域に興味を覚え、臨床業務を減らして病院経営を学ぶ機会を関東労災病院で得ることができました。同院では医療安全や病院情報システム、新型インフルエンザ対策などさまざまな経験を積みましたが、同時に病院における「医療の質」向上の難しさも、思い知りました。

質向上のために  
何が必要とされているのか

では、日本において「医療の質」を向上させていくためには、何が求められているのでしょうか。

反田 IOMの報告では、米国において毎年最大10万人近くが防げたはずの医療過誤により死亡している可能性が

示唆され、現在提供されている医療のうち約30%が“ムダ”だと評されています。このような推計は日本では手に入りにくいですが、質の問題は、米国と同様かそれ以上に深刻ではないかと考えられます。

また米国では、不要な医療介入をリストアップする「Choosing Wisely (賢い選択)」が米国内科専門医機構財団により展開されています<sup>5)</sup>。日々提供されている医療行為にムダがあることをより多くの人に知ってもらい、医療介入を“賢く選択”できるようにする。医療従事者が主導するこうしたキャンペーンにより、一般の人々の間でも「医療の質」に関する問題の認知度が高まっています。日本においては、まず「質の高い医療」「そうでない(不要・有害な)医療」とは何か、質が低下すると医療の現場で何が起るのか、その向上で何が達成できるのか、医療従事者、患者、保険提供者など医療を取り巻く人々や諸団体と理解を共有していくことが必要だと思います。

一原 日本でも2005年には、18病院4389件の調査で、入院症例の6.0%に有害事象が発生しており、その4分の1は予防できた可能性が高いと判断されました<sup>6)</sup>。また2011年には、100人の入院患者当たり薬による健康被害が29件発生していると報告されています<sup>7)</sup>。こうした安全性の問題を含めた医療の質を向上させる主役は、現場の医療者であり患者だと思います。社会常識や人間性を大事にしながら、改善に必要な概念やスキルをプラスしていくことが必要と感じます。

小西 新しい医療技術や性能の高い薬剤、“神の手”のような高い診療技術など、より高みをめざすことは、もちろん

“自分にかかわること”として、とらえられるようになろう

遠藤 医療の質は、患者さんのもとより、医療従事者にとっても非常に重要な関心事です。自分たちが行っている治療の適切さを根拠を持って示すことができれば、より自信を持って快活に診療を行えるはず。一人でも多くの読者に“自分にかかわること”として医療の質をとらえ、関心を持ってもらいたいと考えています。

一原 これからの医療を担う若手医師にとって、自分たちの職業の根幹にかかわる「医療の質」の問題を身近に感じ、考える機会がもっと必要だと思います。この社会をより良くするために医療者にできることは何か、といった視点を持ち、少しでもそれを実行できれば、仕事はずっと楽しく、やりがいのあるものになると信じています。職業生活のさまざまな場面で役立つ内容に焦点を当てて進めていきたいですね。

小西 研修医の皆さんは、論文やレクチャーで理論武装しても、臨床現場では実行できないことが多くないですか？ 中心静脈カテーテルを挿入する際にエコーガイド下で行っていますか？ 肺炎患者に病院到着後4時間以内に抗菌薬投与を開始できていますか？ どうやったら、研修医でも、質の高い医療を選択して、それを実行に移せるのか、そしてシステムとして定着させられるか。それを一緒に学習して、現場に落とし込んでいきましょう。

反田 普段仕事をしている中で、ほとんどの人は「この病院のここが問題だ」とか「ここをよくしたい」といった問題意識を感じたことがあると思います。ただ、そこから問題解決にまで導いた経験がある人は、いたとしてもごく少数ではないかと思えます。残念な

医療の質やアウトカム向上に寄与します。けれど、例えば深部静脈血栓症対策を怠って術後肺塞栓症を起こしたり、適応外の抗菌薬を乱用して多剤耐性菌を出現させてしまうなど「質の低い医療」を撲滅することも、質向上には重要であると認識する必要があります。

そして、質の高い医療を持続的に提供するには、①エビデンスや費用対効果に基づいて診療の意思決定を行う医療文化、②医療政策・診療報酬、③現場医療従事者の自浄努力という3つの矢がそろうことが必要と考えます。医療費にも限りがある、現在の日本のシステムにおいて、短期的に期待できるのは③の自浄努力のみと言っても過言ではありません。しかし、例えば米国とは組織の規模や予算に圧倒的な差はあれど、医療従事者個々の知識水準や実行力に違いはないはず。より生産的かつ効率的な方法で、個人としてもシステムとしても機能させるような工夫や考え方を、現場に取り入れる余地はあると考えています。

遠藤 その上で、客観的な質評価の仕組みが必要ですね。経営学者のドラッカーは「測定されないものは改善されない」と述べていますが、目に見える形で現状を評価できて初めて、改善策も生まれてくる。特に、人の生死にかかわる医療においては“何となく良くなっていそう”ではなく、きっちりとした評価基準を整えることが何より重要です。

まずは「医療の質について知ること」。さらに「持続的に提供ができる工夫」と、「評価」も必要。連載では、より具体的に、これらの方策に関する知見やトピックを取り上げていきます。

が、それを実行するための知識や手法は従来の医学教育では教えられず、また医療を実践しているだけでも身につけません。

しかし医療の諸問題は、現場の人々がその問題を提示し続け、その解決に向けて努力し続けることでのみ解決できると私は考えます。これからの日本の医療を主導する人材は、医療の質の問題を的確にとらえ、人に提示し、解決に向けて自らが動く、そして人を動かしていくための能力を磨くことが必要になるでしょう。本連載を通じて、医療の質の重要性、および質に関する問題の考え方を、読者の皆さんと共有できればと思います。

新連載にご期待ください！ (了)

●註

- 1) 1914年、医師ごとの外科手術成績を記録・分析して公表することで質の向上を図る「End Result System」の概念を提唱した。
- 2) 1966年、医療の質は構造 (structure) / 過程 (process) / 結果 (outcome) の3点から評価されるべきと提唱。この考え方は現在も広く用いられている。
- 3) QC (Quality Control) とは、製造業などにおいて職場内での話し合いと工夫で問題解決に導く小集団改善活動。TQM (Total Quality Management) とはそれを全社的規模に拡大したもの。
- 4) IHI が主導した、医療過誤から10万人の患者を救うためのキャンペーン (100K Lives Campaign)。全米の急性期病床数の78%に相当する病院が自主的に参加して改善に取り組み、18か月のキャンペーン期間中に入院中の死亡数の大幅減に成功した。日本には医療安全全国共同行動 (“いのちをまもるパートナーズ” キャンペーン) として導入。
- 5) Choosing Wisely / An initiative of the ABIM Foundation. http://www.choosingwisely.org/
- 6) 堺秀人. 平成17年度厚労科研「医療事故の全国的発生頻度に関する研究」総合研究報告書.
- 7) J Gen Intern Med. 2011 [PMID : 20872082]

投稿

# 米国の産婦人科臨床研修に学んで

川北 哲也 ワシントン総合病院産婦人科レジデント



●川北哲也氏  
2009年金沢大医学部卒。石川県立中央病院、在沖米海軍病院を経て、現在ワシントン総合病院の産婦人科レジデント2年目。「スタンダードを超え、世界をリードする産婦人科医」をめざし、研修に取り組んでいる。

インターネットの普及により、米国臨床留学に関する情報は容易に手に入るようになりました。しかし、こと産婦人科の臨床留学となると情報は決して多くはなく、私自身、留学前にもっと情報があればと思っていました。本稿では、今後米国での産婦人科臨床研修留学を控える、あるいは考えている方々に向け、現地での研修について紹介したいと思います。

## ACGMEにより、研修プログラムは均質化

そもそも「なぜ米国で産婦人科研修を？」と思われるかもしれません。産婦人科は、内科的な要素と外科的な要素を持ち併せ、両者のEvidenceを駆使し、必要とあれば踏み込んだ手術を行うことが求められる領域と言えます。その点、EBM (Evidence-based medicine) の発祥の地である米国に身を置くことで、日々の臨床を通し、EBMの実践にどっぷりと漬かることができます。そして、専門化が進み、症例が集約化された米国の医療環境は、「外科医」として多くの症例も経験できます。私はこれらの点から産婦人科医としてレベルアップにつながると考え、米国留学に踏み切りました。

さて、米国での臨床研修を紹介する上では、臨床研修の質を評価・監督する非営利団体「ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education)」について触れる必要があります。ACGMEは、臨床研修プログラムの細かな規定を設け、各施設のプログラムの質を厳しく評価・フィードバックしています。このような厳しい管理のもと、現在(2014年11月4日時点)、全米で243の産婦人科研修プログラムがありますが<sup>1)</sup>、国内のいずれのプログラムで研修するとしても一定の質が保証されているのです。本稿においては、このACGMEの規定項目である、研修期間やその期間中の役割、勤務時間や症例数、研究にフォーカスして、研修内容を紹介していきます。

## 年を追うごとに、学ぶべきことと求められる役割が変わる

日本の産婦人科研修の期間は、初期研修後、後期研修として3年(以上)となっています。一方、米国では日本で言うところの「臨床研修制度」はなく、研修期間は4年と決められています(なお、米国では医学部3—4年生のうちに病棟研修まで行っているようです)。この4年間の産婦人科研修のうち、1年目はインターンシップ、残

りの3年間はレジデンシーと分類されます。経験年数によって、チームの中での役割や執刀できる手術内容が細かく決められている点が特徴的です。

まず、「インターン」と呼ばれる1年目。産科ではあらゆる患者の重症度のトリアージと、合併症のない通常の妊娠の分娩管理を、婦人科では不正出血や婦人科関連の腹痛に関して他科からのコンサルトを受けます。吸引分娩を除く全ての経膈分娩、初回の帝王切開、子宮内容除去術、子宮鏡などの基本的な手技も1年目から任されています。

2年目、晴れて「レジデント」と呼ばれるようになると、インターンを指導しつつ、より幅広い働きが求められるようになります。産科ではインターンの手に負えない症例のトリアージや分娩管理を行い、吸引分娩、反復帝王切開、腹式単純子宮全摘術、子宮外妊娠手術などを任されるようになります。

1—2年目は産科研修に重点が置かれているのに対し、3年目の「シニアレジデント」は、婦人科を中心にローテートします。婦人科がんなどの複雑な症例や、膣式単純子宮全摘術や泌尿器婦人科手術といった難しい手技を伴う手術を任せられ、外科医として大きく成長する1年です。また、指導者としての役割もさらに求められるようになり、1—2年目研修医と共に手術に入って、指導することも大事な仕事として位置付けられています。

「チーフレジデント」となる4年目は、チームを率いる立場になります。この1年は指導医になるための準備を行う期間と言え、治療方針の決定や後輩の教育まで一任されます。指導医もチーフレジデントが間違った判断を下した場合を除き、口出しをすることはほぼありません。そのため、自分の科で起こっている全てのことを理解しておく必要があります。外来・病棟・オペ室などで働くシニアレジデントの動きまで把握するなど、チームを引っ張る総合力を養います。以上のように屋根瓦式を敷き、年を経るごとに求めるレベルを上げることで、臨床医として、医療チームのリーダーとしての力をつけていくように仕掛けられています。

また、週1回、午前中にレジデント向けの講義の枠も設けられています。その時間は“Protected time”として認められており、よほどのことがない限り講義への参加が必須とされています。内容は産婦人科専門医試験対策がメインで、妊娠中の生理的変化から婦人科がんまで幅広い知識を扱います。

## ●表 日米における産婦人科専門医資格取得に必要な手術件数<sup>2-3)</sup>

日本	米国
分娩症例 100件	経膈分娩 200件
そのうち帝王切開 10件	帝王切開 145件
婦人科手術 50件	吸引分娩 15件
そのうち腹式単純子宮全摘術 5件	産科超音波 50件
※執刀医または助手	経膈超音波 50件
子宮内容除去術 10件	腹式子宮摘出術 35件
	膣式単純子宮全摘術 15件
	腹腔鏡子宮摘出術 20件
	膀胱鏡 10件
	腹腔鏡手術 60件
	子宮内容除去術 20件

フォーマルな教育機会以外にも、ランチを食べながら同僚間で議論することも日常的にあって、米国には制度としても、文化としても教育的な雰囲気が整っている印象を受けます。

## 厳しく管理される勤務時間と症例数

私も日本で研修医をしていたころ、当直明けでも帰らず、病棟や手術室に残って働くことがありました。一方、米国はACGMEの取り決めにより「80時間ルール」が存在しているため、研修医は4週間で平均し、1週間に80時間以上働いてはいけぬ規定があります。他にも、1年目は連続16時間以上、2年目以降は連続24時間以上の勤務禁止、研修医は4週間で平均し、週1日は休日を取得するなど、働き方に対しても厳しく規定が設けられています。産婦人科研修に限った規定ではありませんが、過労によるミスを減らすために導入された米国臨床研修の大きな特徴であり、日本でも導入される必要があると感じられました。

また、細かく規定されているものとしては勤務時間だけでなく、研修修までに必須とされる手術件数も挙げられます。一定の手術件数が必要なのは日本も同様ですが、日米で異なる点があります。日本では帝王切開以外の手術は執刀医だけでなく助手でも手術件数として数える一方、米国は全て執刀医(手術の50%以上を完遂)の場合に限り手術件数として数えるということです(表)<sup>2-3)</sup>。日本の研修が3年間なのに対し、米国は4年間であるため、安易に比較できませんが、米国のほうが専門医になるために、より多くの症例を執刀医として経験しているとは言えるのではないのでしょうか。

## 研究と濃密に触れる機会も

米国の研修プログラムでは、研究を行う機会に恵まれていることはあまり知られていないかもしれません。レジ

デンシー期間中、研究を一つ終わることが専門医資格の取得に必須となっているのです。年度ごとに同僚・指導医に対し、研究内容を発表する機会があり、進行状況や改善点を議論。レジデンシー最終学年の4年目には、施設外からも専門家を招いた研究発表会が行われています。多くのレジデントはここでの研究成果をまとめ、論文を執筆し、卒業していきます。

私が留学している施設は、患者情報をまとめた大規模なデータベースが存在しており、特定の疾患の患者情報を検索・ソートすることができるなど、環境としても充実しています。データ数も多いので、日本では不可能に近いような希少疾患の研究もこの施設であれば可能かもしれません。現在、私も、NIH (National Institutes of Health; 米国国立衛生研究所) の研究者と共に研究を進めています。治験審査委員会の審査、研究費獲得などを経験できる他、一流の研究者との議論・論文執筆を通し、臨床現場にいただけでは得られないリサーチマインドに触れる貴重な機会となっています。

\*

米国の研修は体系化されており、一定水準の産婦人科医を養成することに関しては、日本の研修よりも優れていると感じます。少なくとも、議論を行う能力に限って言えば、日々、最新の論文を持ち寄って討論を行う習慣・文化が根付く環境で育った米国研修医に軍配が上がりそうです。

しかし、日本の研修にも、米国にはない強みがあるとも感じています。細分化が進んだ米国の医療現場では、婦人科がんや複雑な婦人科手術などはフェローシップを開始するまで、執刀できる機会がほぼありません。その点、日本での研修は施設間によって差はあるものの、産科から婦人科がんまで幅広い疾患に触れ、学ぶことができる点は強みと言えるのではないのでしょうか。

優れた産婦人科医になるのは、日米を問わず簡単なことではありません。ただ、一つの選択肢として米国への臨床留学も有用な手段です。本稿が、米国での産婦人科研修に興味を持つ方の役に立てば幸いです。

## ●参考 URL

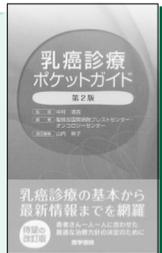
- 1) American Medical Association ウェブサイト。  
<http://www.ama-assn.org/ama>
- 2) 2014年度版産婦人科専門医制度の概要  
[http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/summary\\_H26.pdf](http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/summary_H26.pdf)
- 3) ACGME. Minimum Thresholds for Obstetrics and Gynecology.  
[https://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/ProgramResources/220\\_Ob\\_Gyn%20Minimum\\_Numbers\\_Announcement.pdf](https://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/ProgramResources/220_Ob_Gyn%20Minimum_Numbers_Announcement.pdf)

「チーム医療」が日本社会に根付いてきた今、その「チーム」のさらなる質の向上を目指して

## 乳癌診療ポケットガイド 第2版

わが国における乳癌罹患率は増加の一途をたどり、女性の癌罹患率の第1位、死亡数は第5位である。治療としては手術のみならず、薬物治療が日進月歩であり、新薬の導入、国際的な新しい考え方・合意事項を適正に導入し、患者の人生を共に考えたうえで、患者に最大のベネフィットを提供することがますます求められてきている。乳癌診療に携わるすべての医療者に向けて、共通認識として必要十分な情報、知見をコンパクトにまとめた書。

監修 中村清吾  
昭和大学教授・乳癌外科  
編集 聖路加国際病院プレストセンター・  
オンコロジーセンター  
責任編集 山内英子  
聖路加国際病院プレストセンター長・  
乳癌外科部長



正常像を理解することで、病変が見えてくる

## 誰も教えてくれなかった 乳腺エコー

これまでの「経験で上達する」「数をこなせば見えるようになる」という主に経験則に基づく超音波の見方でなく、乳腺の正常構造に着目し、その正常構造からの逸脱部に病変の検出のヒントがあるという著者が提唱する読影法を、症例を通して解説している。またその解説を助ける動画もQRコードを読み込めば、視聴可能である。読了後には、今までの乳腺エコーに対する見方・考え方が変わり、もっと身近に捉えられるだろう。

何森亜由美  
高松平和病院外科/がん研有明病院乳腺センター



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

# 診断推論 キーワードからの攻略

山中 克郎  
諏訪中央病院内科

## 第12回(最終回)……足にあるちょっと変な皮疹

**症例** 60歳、女性。「両足が痛い」と当院を受診した。患者は6年前、掌蹠膿疱症の診断を受け、それ以来、足の皮疹に対して、ステロイド外用薬を使用しており、寛解・増悪を繰り返している。3年前より、両足関節の痛みと腫脹を自覚。近くの病院で変形性関節症と診断され、MRI検査を受けたが異常なし。1年半前、プレドニゾン10mg/日を3か月間使用したが効果なし。さらにメトトレキサート2mg/週を3か月間併用したが、症状の改善はなかった。

現在の症状は両足関節の腫脹と痛み、皮疹である。NSAIDs(非ステロイド性抗炎症薬)で痛みは軽快する。

**【既往歴】** なし  
**【内服薬】** ロキソプロフェン(ロキソニン®)3T/3×N  
**【職業歴】** ホテルの清掃業  
**【来院時バイタルサイン】** 体温36.0℃、血圧156/86mmHg、心拍数80回/分、呼吸数14回/分  
**【来院時意識レベル】** 清明

**【その他】** 眼瞼結膜：貧血(-) 黄染(-)、頸部：甲状腺腫大(-)/圧痛(-) 胸鎖関節腫脹(-)、扁桃：腫脹(-) 発赤(-)、呼吸音：清明、心音：雑音(-) 整、腹部：平坦/軟 圧痛(-) 肝脾腫(-) 腫瘤(-)、四肢：浮腫(-) チアノーゼ(-) パチ指(-) 手の指に爪甲剥離(+) 両足の踵を中心に広範囲に皮疹(+) 両足関節腫脹(+ 右>左) アキレス腱踵骨付着部に圧痛(+)

……………{可能性の高い鑑別診断は何だろうか?}……………

### キーワードの発見 ▶▶キーワードからの展開

長らく治療を続けているが、個々の症状の原因は明確でない患者である。プロブレムリストをまとめると以下のとおりだ。

- #両足の皮疹
- #両足関節炎
- #アキレス腱踵骨付着部に圧痛
- #爪甲剥離

上記のうち、アキレス腱の踵骨付着部における圧痛が特徴的な身体所見と言える。ここから付着部炎(腱や靭帯が骨に付着する部分での炎症)が疑われる。「アキレス腱付着部炎」は、診断に近付くためのキーワードとなり得るものであり、ここからは表1を想起したいところだ。

⑤脊椎関節炎に特徴的に見られるのは、軸関節(仙腸関節、脊椎、前胸部)の炎症、末梢の少数関節炎(特に下肢)、付着部炎、ソーセージ指、ぶどう膜炎<sup>1)</sup>。本症例では、血液、尿検査、胸部X線検査では異常を認めなかったが、足のX線写真で踵骨の足底筋膜付着部に毛羽立ちが見られた。自覚症状は明らかではなかったが、足の慢性的付着部炎を示唆する所見である。付着部炎を繰り返していることから、脊椎関節

炎が疑わしい。なお、プロブレムリストに挙げた「爪甲剥離」も、鑑別診断を絞り込んでいくためのよいキーワードとなることが多いので覚えておきたい(表2)。

担当医は、この時点で皮膚科にコンサルトを依頼。外用ステロイド軟膏(アンテベート®) + 内服でのミノマイシン治療が行われると、皮疹は改善した。

### 最終診断と+αの学び

アキレス腱付着部炎、足関節炎から脊椎関節炎と診断した。爪甲剥離からは乾癬性関節炎も示唆されるが、足の皮疹は反応性関節炎に伴う膿漏性角化症の可能性もある。なお、SAPHO症候群(Synovitis; 滑膜炎, Acne; ざ瘡, Pustulosis; 膿疱症, Hyperostosis; 骨化過剰症, Osteitis; 骨炎)を支持する所見は、掌蹠膿疱症に類似する両足の皮疹だけであった。

**【最終診断】** 脊椎関節炎(乾癬性関節炎、または反応性関節炎)

#### ◆見過ごしてきたかもしれない!?

外来には、「身体のあちこちが痛い」とたくさんの方が訪れる。私はその多くを、線維筋痛症または身体表現性障害と診断してきた。しかし、本島新司先生(亀田総合病院)が書かれた「脊

椎関節症(炎)」の項<sup>2)</sup>を読み、ハッとした。項の冒頭、「最も誤診されている疾患の1つ」として紹介される脊椎関節症の解説を見て、私が診てきた患者の中にも脊椎関節炎だった方がいたかもしれないと思ったのだ。あらためて通院中の患者さんの仙腸関節やアキレス腱の踵骨付着部を注意深く触ってみると、かなりの人が痛がるではないか。

この後、私が経験した数人の脊椎関節炎の症状は、非対称性の大腿後部からふくらはぎにかけての痛み、しびれ、起床時の手のこわばり、顎関節痛などさまざまであった。心身症的な訴えや、両足関節がひどく腫脹することもある。アキレス腱付着部炎や足底筋膜炎による踵の痛みも多い。足底筋膜炎の特徴は起床時の歩き始めの一步が最も痛く、次第に楽になっていく足底の痛みである。

本症例から学んだ脊椎関節炎診断のコツは、仙腸関節炎、下肢の関節炎、付着部炎があれば、脊椎関節炎を考慮することである。診断の難しさは下記の点にある。炎症反応は、多くは異常値を示すことがない(血液検査に異常がないと、「病気ではない」と判断してしまう)。NSAIDsがよく効くので、軽症ならば市販の痛み止めを飲んで治っていく。また、治療をしなくても、6か月ほどで自然軽快する。これらの点が臨床現場での診断を難しくしていると考える。

本症例においては、私に十分な知識がなかったため、仙腸関節の診察や骨盤X線撮影、MRIを用いた画像評価を行っていなかった。腰痛の訴えはなかったが、ひよっとすると仙腸関節に炎症を疑う身体所見もあったかもしれない。疑って診察しなければ、異常所見は拾うことはできない。それをあらためて痛感させられる症例であった。

### Take Home Message

- 仙腸関節炎や付着部炎があれば、脊椎関節炎を想起する。
- 知識がなければ、目の前の病気を診断することができない

\*

今回が本連載の最終回だ。全12回にわたって、「キーワードからの攻略」と称し、実際の症例を基に診断を行うまでの思考過程を紹介してきた。

臨床現場における診断は、患者のさまざまな訴えや所見から、手掛かりとなるキーワードを探すことから始まる。そのキーワードも、鑑別診断の絞り込みに役立つような、適度にフォーカスが絞られたものでなければ役に立たない。診断の得意な医師は、そうしたキーワードを即座に見つけ出し、思考を展開させ、浮かんだ鑑別診断の妥当性を検証し、正しい診断に近付いていく。私にはそのように見える。

読者の皆さんも重要なキーワードを心に留めておき、さらに自らの臨床経験の中でキーワードから診断を導くことを続けてほしい。そのトレーニングこそ診断力の向上につながっていくはずだ。

- 参考文献  
1) 上野征夫. リウマチ病診療ビジュアルテキスト(第2版). 医学書院:2008. 140-68.  
2) 本島新司. 脊椎関節症(炎). 岩田健太郎編. 診断のゲシュタルトとデギュスタシオン. 金芳堂:2013. p232-9.  
⇒脊椎関節症(炎)の全体像がまとめられているので、ぜひ一読を。同疾患は「日本で最も確定診断率が低い(under-diagnosis)疾患の1つ」「最も誤診されている疾患の1つ」と紹介されている。  
3) Dougados M, et al. Spondyloarthritis. Lancet. 2011;377(9783):2127-37.  
⇒脊椎関節症(炎)に関する総論。

### ●書籍のお問い合わせ・ご注文

本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、医学書院販売部まで  
☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804  
なお、ご注文につきましては、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

**表1 「アキレス腱付着部炎」から導くべき鑑別診断リスト**

- ①アキレス腱炎……スポーツ障害として多い
- ②関節リウマチ……朝のこわばり、対称性多発関節炎
- ③変形性関節炎……高齢者、膝内側の圧痛
- ④びまん性特発性骨増殖症(DISH; diffuse idiopathic skeletal hyperostosis)……中高年の胸椎に好発。嚙下時違和感や背部痛を起こす
- ⑤脊椎関節炎(強直性脊椎炎、乾癬性関節炎、反応性関節炎、腸炎性関節炎、未分化脊椎関節症)……軸関節(仙腸関節、脊椎、前胸部)の炎症、末梢の少数関節炎(特に下肢)、付着部炎、ソーセージ指、ぶどう膜炎

**表2 「爪甲剥離」から導くべき鑑別診断リスト**

- ①カンジダ症……指の白濁や肥厚
- ②乾癬……爪の白濁や肥厚、皮疹、関節炎
- ③甲状腺機能亢進症……動悸、発汗、振戦
- ④鉄欠乏性貧血……動悸、息切れ
- ⑤糖尿病……多飲、多尿、体重減少
- ⑥全身性エリテマトーデス……蝶型紅斑、光線過敏、関節炎
- ⑦薬剤性および薬剤+日光……テトラサイクリン系抗菌薬
- ⑧外傷

すべての医療者が知っておきたい医事法の知識を簡潔に解説

## トラブルに巻き込まれないための医事法の知識

すべての医療者に向けた、医療紛争に巻き込まれないために知っておくべき法律知識の解説書。臨床医の目線で日常診療上注意すべき法律50項目を選び、具体的な判例を交え、1項目につき3ページ程度で分かりやすく噛み砕いて解説。「medicina」「脳神経外科」誌の好評連載コラム「医事法の扉」の単行本化。

著 福永篤志  
国家公務員共済連合会立川病院脳神経外科医長  
法律監修 稲葉一人  
中京大学法科大学院教授 / 久留米大学医学部客員教授

あなたの頭痛を、治したい一頭痛学会のエキスパートが患者さんの疑問に答えます!

## 慢性頭痛の診療ガイドライン 市民版

日本頭痛学会のエキスパートドクターが編集した『慢性頭痛の診療ガイドライン2013』を頭痛に悩む患者さん向けに再編集。読みやすいQ&A(臨床カルクエスチョン)形式はオリジナル版そのままに、最新の頭痛診療を噛み砕いて解説。また頭痛病名も最新版の『国際頭痛分類 第3版beta版』に準拠した。患者さんはもちろんのこと、医師やコメディカルの方々にも患者さんへの説明用としてお勧め。

編集 日本頭痛学会  
「慢性頭痛の診療ガイドライン市民版」作成小委員会

# モヤモヤよさらば! 臨床倫理 4分割 カンファレンス

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



## 第12回(最終回) そして……モヤモヤよ、こんにちは!

川口 篤也  
勤医協中央病院  
総合診療センター  
副センター長

モヤ先生、総合診療科のローテーションも今日で終わりだね。本当によく頑張っていたと思うよ。

大徳先生にそう言ってもらえると、うれしいです!

人一倍、モヤモヤする場面も多かったけど(笑)。

うう……。一つが解決しても、また新たなモヤモヤが湧いてくるんです。

臨床倫理4分割の考え方はかなり身についたと思うんですけど、それでも今後、常にモヤモヤせざるを得ないんでしょうか……。

ふむ。じゃあちょっと特別に、今まで話していない4分割カンファレンスのレクチャーをしようか。

### 患者への適用まで考えてこそ「EBM」

突然だけど、モヤ先生は「エビデンス」って何だと思ってる?

えっと。臨床試験とか、研究からわかる結果のこと……ですか。例えば「脳梗塞の再発率は、アスピリンを飲むと〇%下がる」とか。

それは、わりと信頼性の高いエビデンスと言えるね。きちんと計画された研究の実施結果から、一専門家の意見まで、エビデンスにはさまざまなレベルがあるからね。

じゃあ「EBM (Evidence-based Medicine)」って何だろう。

今言ったような、エビデンスに基づいた医療をしようってことです。まあそうだね。でも、それだけじゃないんだ。

(???)

EBMを実践するためには、以下の5つのステップを踏むことが必要とされています。

- STEP 1: 疑問の定式化
- STEP 2: 情報収集
- STEP 3: 情報の批判的吟味
- STEP 4: 情報の患者への適用
- STEP 5: 上記STEP 1-4の評価

さて、一番大事なのはどのステップでしょうか。実臨床で抱いた疑問をわかりやすく整理し(STEP 1)、裏付けする情報を集め(STEP 2)、集めた情報の正確性、妥当性を判断する(STEP 3)。いずれも大切ですし、ともすれば“EBM=STEP 1-3”のように思われがちです。しかし実臨床で最も必要とされるのはSTEP 4、つまり患者にどう適用すべきか、です。エビデンスがあったとしても、実際に目の前の患者にその治療を行うか否かは、その患者の好み、病状や周囲の状況、医療者の経験の程度などで決まってくるのです。

皆さん、お気付きでしょうか。これはまさに、臨床倫理4分割カンファレンスの考え方の過程と同じですね。①**医学的適応**がすなわち「エビデンスを示すこと」に当たりますが、本連載でもたびたび指摘してきたように、医学的適応だけで方針を決めることはできず、②**患者の意向**、③**周囲の状況**、も踏まえ、④**QOL向上**のための策を考えなければなりません。

### 「ナラティブ」に耳を傾ける

今まで、「いかにたくさん論文を見つけてきて、いかに批判的に読むか」がEBMだと思っていた、臨床倫理4分割とは全然関連しないものだと感じていました……。

そうですね。でも、実はEBMと、深くかかわっている考え方なんだよ。EBMを本当にわかっている人は、普段から「患者の意向」や「周囲の状況」などもきちんと考慮して方針を決めているというわけ。

じゃ、EBMを極めれば、モヤモヤしないで済むんですか?!

うーん、それだけで十分とは言えないね。

Narrative-based Medicine (NBM)は聞いたことある?

「ナラティブ」という言葉は、耳にしたことはありますけど……。

「ナラティブ」は日本語では「物語」だよ。だからNBMは「物語と対話に基づいた医療」とも言われる。この物語、というのが大事なんだよ。

物語?



●図 臨床倫理4分割カンファレンスのステップとEBM, NBMの関係

「たとえ寿命が縮まっても、家に帰りたい」とか、「将棋を指せなくなったら人生終わり」など、患者からはさまざまな思いが語られます。それが、患者の「ナラティブ=物語」であり、いわば、歩んできた人生の凝縮形と言えるでしょう。ナラティブに真摯に耳を傾ければ、彼らがこの先“どう生き”“どう死にたいのか”が見えてくることもあります。

でももちろん、死生観など壮大なスケールのものばかりが、ナラティブではありませんよ。例えば「昨日風呂上がりにパジャマを着ないで寝てしまって、風邪を引いたよ」とか、「昔はスイカが大好きだったけど、ある時食べ過ぎて、口の中にしばらくスイカの味が残ってしまった。それからはあまり食べなくなったなあ」といった話でさえ、個々の患者のナラティブなのです。このことを4分割カンファレンスに置き換えると、②**患者の意向**、にぴったり当てはまるのではないのでしょうか。

### EBMとNBM, 両方実践できることが必要

なんか、つながってきました! てことは、「周囲の状況」は……。

「周囲の人たちのナラティブ」なんだ。だから方針決定には、いかに患者本人と周囲のナラティブを聞けるかが、大事になるわけだね。

ここまで話してきたことをまとめると、図のように表せます。

つまり、モヤモヤすることへの対処には、①**医学的適応**のところできちんとエビデンスを押さえた上で、②**患者の意向**、③**周囲の状況**、でナラティブに耳を傾ける。EBMとNBM、両方を実践できてはじめて、④**QOL向上**がかなう、というわけです。

とはいえ、EBMやNBMはあくまで手法を表す言葉です。医療者が医学的な情報をきちんと吟味して提供し、患者、家族も自分たちの情報や物語を

明かし、いかに関係性を築いて合意形成するか、ということが基本です。

### 価値観の多様性が生み出すものは……

さて、今までの話には出てこなかったけど、臨床倫理4分割カンファレンスを進める上で、最も大切な要素があるんだけど、わかるかな?

うーん、これまでの経験からすると……いろんな職種が加わるってこと、でしょうか?

さすがだね。言うことなしだよ。医師が一人で、いくらEBM, NBMと唱えていても実現することはできない。看護師にしか物語ってこない患者もいるかもしれないし、さまざまな人、職種が集まって、多様な価値観を共有するのが何より肝心なんだ。

でも、臨床現場のモヤモヤは、医療者と患者間、患者と患者家族間、医療者間などの価値観の衝突で生まれるとも言える。だから、互いに異なる価値観を持つ人が存在する限り、これからはずっとモヤモヤは生まれるだろうし、それを解決するのにもまた、価値観の多様性、ってわけだね。

そうか……。では結局、モヤモヤとはおさらばできないんですね。

常に新たなモヤモヤは生まれるだろうね。でも、いろいろなことを学び経験すると、私みたいにむしろ「モヤモヤよ、こんにちは!」という気持ちになれるんじゃないかな。

うーん、素晴らしいです。僕もDaitoku先生の「D」の意志を継いで、そう思えるよう精進します!

モヤ先生は、これからもモヤモヤしていくのでしょうか。しかし、大徳先生のように「モヤモヤよ、こんにちは!」と言えるようになる日も来そうですね。皆さんもモヤ先生に負けないう、モヤモヤといっぱい仲良くしてください。1年間、ありがとうございました。

統計学を“道具”として使いこなすための実践力が身につく、簡潔・明快なテキスト

新刊 臨床研究マイスターへの道  
医科統計学が身につくテキスト  
Medical Statistics at a Glance, 3rd Edition

幅広い領域にわたる医科統計学の全容を全46章(教程)にコンパクトにまとめた教科書。出来る限り数式を使わず初學者にもわかりやすく解説。ひとつの章は原則見開き2頁で完結、理論の理解にとどまらず、統計を“道具”として使いこなすための知識を提示。姉妹書「医科統計学が身につくドリル」との併用により、本書の理解度の確認ができる。医科統計学を学ぶすべての人に最適な入門テキスト。

訳: 杉森 裕樹 大東文化大学スポーツ・健康科学研究科 健康情報科学領域予防医学教授 東海大学医学部基盤診療系健康管理学客員教授

定価: 本体3,600円+税  
A4 頁180 図33 2014年  
ISBN978-4-89592-791-8

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

DSM-5に待望のポケット版! 医学書院

DSM-5<sup>®</sup>  
精神疾患の分類と診断の手引

DESK REFERENCE TO THE DIAGNOSTIC CRITERIA FROM DSM-5  
American Psychiatric Association

●B6変型 頁448 2014年 定価: 本体4,500円+税  
[ISBN 978-4-260-01908-8]

【日本語版用語監修】 【監訳】 【訳】  
日本精神神経学会 高橋三郎/大野 裕 染矢俊幸/神庭重信/尾崎紀夫/三村 将/村井俊哉

米国精神医学会 (APA) の精神疾患の診断分類、改訂第5版。19年ぶりの改訂となった今回は、自閉スペクトラム症の新設や双極性障害の独立など従来の診断カテゴリーから大幅な変更が施された。

19年ぶりの全面改訂!  
DSM-5<sup>®</sup>  
精神疾患の診断・統計マニュアル

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS: DSM-5  
American Psychiatric Association

●B5 頁932 2014年 定価: 本体20,000円+税  
[ISBN978-4-260-01907-1]

# Medical Library

書評・新刊案内

## 胃と腸アトラス 第2版 I 上部消化管・II 下部消化管

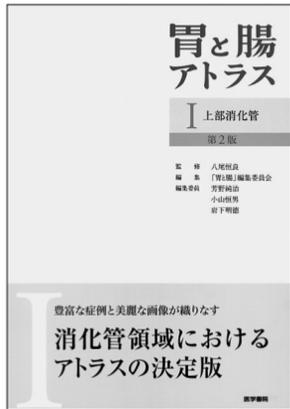
八尾 恒良 ● 監修  
「胃と腸」編集委員会 ● 編  
[I 上部消化管] 芳野 純治, 小山 恒男, 岩下 明德 ● 編集委員  
[II 下部消化管] 小林 広幸, 松田 圭二, 岩下 明德 ● 編集委員

[I 上部消化管]  
A4・頁400  
定価:本体14,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01746-6  
[II 下部消化管]  
A4・頁368  
定価:本体14,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01747-3

初版から13年、改訂決定から約4年の年月を経て『胃と腸アトラス』第2版(I・II)が完成した。誠に想像を超えた見事な出来栄である。監修の八尾恒良博士、「胃と腸」編集委員会そして本書の編集委員の諸氏の多大な努力に、まず深く敬意を表したい。内視鏡像、X線像、病理組織像のいずれをとっても完璧で美しい。よくここまで質の高い多くの写真を集められたものと感嘆するばかりである。

初版の序文において「本書は本邦独自の診断学を集成し、消化管診断学に従事している医師や研究者の臨床に役立つことを目的として『胃と腸』の編集委員会が企画され、編集された」とあるが、この第2版によってその目的はさらに高いレベルで達成されたといえる。扱っている疾患は、「I 上部消化管」: 咽頭5項目、食道58項目、胃62項目、十二指腸48項目、「II 下部消化管」: 小腸66項目、大腸78項目の合計317項目にのぼり、初版より大幅に増加している。見たこともないようなまれな疾患も数多く掲載されており、エンサイクロペディア的に活用することも可能であるが、折に触れてページを開いて美しい写真を眺める

美しい写真が全てを語る、素晴らしい書



【評者】武藤 徹一郎  
がん研有明病院名誉院長/メディカルディレクター  
だけでも心が癒やされる。項目ごとに症例についての簡潔な記述があり、各画像の簡単な説明があるだけで、美しい写真が全てを語ってくれている。必要最小限の文献が各項目の終わりのページに記載されているのも、大変便利でしゃれている。

とにかく一度手に取って眺めてもらいたい。その情報量の多さと質の高さに圧倒されるであろう。これは「胃と腸」を育ててきたわが国の消化管医だからこそ可能である偉業といえよう。八尾博士は「胃と腸」の誕生期から文字通り先頭を切って消化管学を引っ張ってきた。博士の存在なくしてはこの快挙は生まれなかったであろう。「消化管は野の学である」という博士の言葉が今は遠くに聞こえてくる。できることなら英語版を出してほしいと願うのは評者一人ではあるまい。

しかし、海外に本書の質の高さを理解し愛でることが出来る人が何人いるかを考えると、これは夢だろうか。だが、わが国には本書の素晴らしい理解できる消化管医は、数限りなくいるに違いない。本書を座右の書として、日常の臨床に活用されることをお勧めする。

## “実践的”抗菌薬の選び方・使い方

細川 直登 ● 編

A5・頁236  
定価:本体3,300円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01962-0

【評者】徳田 安春  
地域医療機能推進機構本部研修センター長・総合診療教育チームリーダー

抗菌薬について調べたり勉強したりするときには何をすればよいか。まず、サンフォードは意外に使いにくい。日本では使用できない薬剤があったり、用量も国内で認可されていない量が記載されていたりする。網羅的ではあるがポイントがわかりにくいので学習リソースには向かない。製造元の発行する添付文書はそれにも増して使いにくい。当該抗菌薬において抗菌作用のある菌種名を延々と羅列しているのをよく見るが、いくら眺めてもどのような感染症で適応があるのかが不明だ。

短期間の集中学習でも現場でも役立つ実践書

そんな中で本書が出版された。読みやすく書かれたスタイルの本書は、抗菌薬の使用に関しての実践書として、とても役に立つ本である。まず、著者グループは臨床感染症の実地診療を精力的に行っている若手感染症医たちである。構成と内容を見ると、実際の臨床医が行うスキームで抗菌薬の選択の

在り方が書かれていることがわかる。また、日本の臨床シーンでよくあるピットフォールがわかりやすく書かれている。例えば、bioavailabilityのよくない第3世代セフェムの経口抗菌薬の使用が勧められないこと、抗菌薬の適正使用のための実践的やり方などだ。また、最近話題のピットフォールについてもよくまとめている。クリンダマイシンの *Bacteroides fragilis* に対するカバーが不良になっていること、ニューキノロンの大腸菌カバーが不良になっていることなどだ。各章末についている27のクイズは、ピットフォールを意識したポイントをカバーしており、これを解いてみるだけでもかなりの学習効果が得られるであろう。

抗菌薬について短期間で集中学習できる本としてのみならず、現場で繰り返し参照できる実践書としてもお勧めしたい。

## 服部リハビリテーション技術全書 第3版

蜂須賀 研二 ● 編

大丸 幸, 大峯 三郎, 佐伯 覚, 橋元 隆, 松嶋 康之 ● 編集協力

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

【評者】芳賀 信彦  
東大大学院教授・リハビリテーション医学

東大病院リハビリテーション部の本棚に、『リハビリテーション技術全書 第2版』(1984年発行の第1刷)がある。おそらく今までに東大に所属した多くのスタッフが手にしたであろう汚れ具合で、勉強会に使用したと思われるプリント類も挟み込まれている。私と同世代のセラピストに聞くと、皆学生時代からこれで勉強してきたという。「いよいよ第3版が出たのですか」という声も聞こえてきた。

待望の第3版! 着目すべき点がわかりやすいリハテキスト

『リハビリテーション技術全書』は九州帝大医学部から九州労災病院の初代リハビリテーション科部長を経て長尾病院を開設された服部一郎先生が、

約10年かけて医師とセラピスト両方に向けて書き上げた教科書で、1974年に初版が出版されている。第2版までは服部先生が中心となり執筆されたが、亡くなられた服部先生に代わり、第3版は蜂須賀研二先生(産業医大名誉教授)がまとめられた。北九州地区を中心に60人を超える先生方が執筆されており、まさに九州魂が込められた大作である。

第3版では内容は一新されているが、服部先生の当初のコンセプト、すなわち自身が永年の経験から築き上げた理論と技法に、他の専門家の方法を追加引用し、多くの図表と共にわか

## 12 medicina Vol.51 No.13

●1部定価:本体2,500円+税

### 特集 最新情報をおさえる! 臨床栄養の活用ガイド

適切な栄養療法はすべての医療の基本であるが、わが国の医学教育では臨床栄養について学ぶ機会が乏しい。そのため、栄養療法は薬物療法と比較すると軽視され、敬遠されがちである。また、栄養に関する情報は氾濫しており、その適切な利用は難しい。本特集では、いま臨床栄養を学ぶうえで必要な最新のキーワードを紹介するとともに、さまざまな内科疾患における栄養療法のポイントをプラクティカルに解説する。

- INDEX
- 座談会 栄養に関する新しい情報をどう臨床に活かすか
  - I章 おさえておこう! 栄養に関する新しい用語や新しい考え方
  - II章 さまざまな病態における栄養のポイント
  - III章 医療連携や療養、在宅医療における栄養のキーワード

### 来月の特集(Vol.52 No.1) 循環器薬 up to date 2015

### 2014年増刊号(Vol.51 No.11) CT・MRI “戦略的”活用ガイド

●特別定価:本体7,200円+税



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

医学書院

## 12 JIM Vol.24 No.12

●1部定価:本体2,200円+税

2015年1号から誌名変更「総合診療」となります!

### 特集 総合診療医のための結核診療 Update

企画:松村真司(松村医院)

かつて「国民病」「亡国病」と呼ばれ猛威をふるった結核ではあるが、今なお重要な感染症であることに変わりはない。長引く咳症状に対し、結核は常に鑑別診断の上位にあり、初期診療でしっかりとした診断がなされずに感染を広げてしまう、いわゆる「ドクターズ・ディレイ」と呼ばれる現象も問題視されている。また、グローバル化、移動の多様化、そして社会の高齢化により、結核予防の重要性も増している。本号では、結核診療における役割の増している総合診療医のために、結核についての基礎知識から診断、感染対策の最新情報までを整理して1冊の特集にまとめた。

- INDEX
- 【結核へのアプローチ】世界の、そしてわが国の結核の最近の動向  
.....伊藤邦彦
  - いままさら聞けない結核の基礎知識.....重藤えり子
  - 結核の診断法 ツ反から遺伝子診断まで.....神谷 亨
  - ガフキー陽性、その後、主治医はどのように行動すべきか?.....保阪由美子
  - 【結核診療のピットフォール】見落としやすい肺結核.....根井雄一郎
  - 結核性胸膜炎.....倉原 優
  - 結核性髄膜炎.....森野英里子
  - 粟粒結核.....大島信治
  - 喉頭・気管結核.....久 育男
  - 潜在性結核感染症対策.....加藤誠也

- 【結核予防の最新知識】BCGの効果とそのエビデンス.....大藤 貴
- 学校・企業における結核対策、特に外国人・海外滞在者への対応.....高崎 仁
- 在宅診療における結核対策.....土田知也・國島広之
- 院内感染・施設内感染対策.....角 勇樹

### 来月の特集(Vol.25 No.1) 動悸・息切れ -ヤバい病気の見つけ方そして見つからなかった時の対処法

医学書院

# レジデントのための血液診療の鉄則

岡田 定 ● 編著  
樋口 敬和, 森 慎一郎 ● 著

B5・頁336  
定価:本体4,200円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01966-8

評者 富山 佳昭  
阪大病院輸血部部長

専門性を決めていない若手医師にとって、血液疾患といえば「専門性が高くとつきにくい」「重症化しやすい」などのイメージがあ

## 若手医師の血液診療への不安を払拭してくれる書

り、ややもすると敬遠されがちな診療分野である。実際、化学療法に伴う好中球減少時の対応など、他の診療科とは異なる血液疾患ならではの対処法が種々存在するのも事実である。しかしながら、一方では基礎研究の成果がいち早く臨床応用される分野でもあり、かつて難病と言われた疾患が医学進歩により克服されていくことを実感できる分野でもある。血液疾患の面白さや醍醐味に魅せられると、疾患の分子異常の理解や種々の分子標的薬剤やエビジェネティック関連薬剤の使い分けなど、興味が尽きない分野でもある。

そんな若手医師の血液診療に対する一抹の不安を払拭してくれるのが本書である。『レジデントのための血液診療の鉄則』というタイトルの本書を手にしたとき、「鉄則」という、いわば古めかしい文字がまず目に飛び込んでくる。さらに序には、若手医師に「血液診療の鉄則」を刷り込む本である、とあり、かなり硬派なイメージである。

りやすく解説する、という方針は守られている。特筆すべきは、服部先生のオリジナルの図が多く継承され、さらに進化していることである。本書には写真が全くない。写真でなければ伝わりにくいこともあるが、イラストであるがゆえに着目すべき点が強調され、読者の頭にすっと入ってくる。例えば片麻痺患者の起立訓練の図では、第2版では麻痺側の左に色が塗られているのみであったが、第3版ではこれに加えて違う色に塗られ、セラピストがどこに力を入れるかが矢印で示されている。細かい工夫であるが、読者の視点に立った見事な対応である。

総論は蜂須賀先生を中心として、時代に即した内容に大幅に書き換えられている。「問題患者」というユニーク

今風のタイトルでいえば、「わかりやすい○○診療の基本」「○○診療のツボ」あるいは「○○診療のガイドライン」といったところか。

しかし、本書を読みると、聖路加国際病院血液内科のベテラン医師たちの若手医師への、さらには血液患者さんへの愛情が溢れているのを実感でき、なぜあえて「鉄則」との表現を用いたのか、納得できる。特に、本書の強みは豊富な経験に基づいて作成された「プラクティス」の項目であり、さまざまな症例提示を通して、その鑑別診断に始まり、治療法の選択とその効果、さらには患者さんへの説明内容まで、実際にその症例を体験できる形で知識が整理されることにある。それぞれの項目は、決して表面的な記述のみにとどまらず、最先端の情報がくどくなく程度にちりばめられてあり、若手医師のみならず血液専門医にとっても大変有用な実用書であるといえる。

ぜひ、臨床の現場において本書を熟読し血液疾患の醍醐味を満喫していただきたい。さらには、鉄則の理解だけにとどまらず、血液疾患における未解決な問題にも大いに興味を持ってもらいたいものである。

な章もあるが、これは第2版の「問題のある症例の取り扱い方」の章を発展させたものであろう。総論の中で私の興味を引いたのは、リハビリテーションカンファレンスに関する記述である。「カンファレンスはよいことばかりではなく、高いコスト、効果が不明確、長い時間の確保という問題を合わせもっている」として、コストをどう考えるかが説明されている。私自身もカンファレンスの在り方に悩んできていたので、蜂須賀先生の考え方は大変参考になった。

このように医師、セラピストの両者に大いに役立つテキストは、日本はもちろん海外にも存在しないであろう。ぜひ手元において、日常診療に役立てることをお勧めする次第である。

# 《眼科臨床エキスパート》 All About原発閉塞隅角緑内障

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信, 天野 史郎 ● シリーズ編集  
澤口 昭一, 谷原 秀信 ● 編

B5・頁320  
定価:本体15,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01959-0

評者 岩田 和雄  
新潟大名教授・眼科学

本シリーズは、その道のエキスパートたちが自らの経験、哲学とエビデンスに基づいた「新しいスタンダード」を解説、明日からの診療に役立つことを目標としている。本書はまさに300ページを超え

## 新しいスタンダードを示す PACGのバイブル

る大冊で、原発閉塞隅角緑内障(PACG)だけで、こんなに充実した内容のテキストブックは国際的に見ても比類がなく、基礎から臨床まで、まさにバイブル的存在といえる。この方面のリーダー、澤口昭一・谷原秀信両教授による編集で、計33人のエキスパートが執筆している。分担執筆書はまとまりに欠ける傾向がみられるが、本書は一人の著者がPACGのために苦心し、研究し、学問し、診療してきた大量の経験をつぶさに書き上げたかのように編集され、熱気や息吹が感じられ、全編がそのような魅力で溢れている。またこと細かに問題となる項目を挙げ、アカデミックな立場から、つぶさに、これに答えるような編集は、謎を解くみたい面白い。読みながら知識が豊富になること請け合いで、教わる

ところが多い。澤口教授の総説の要点を押さえながらの語り口が面白い。新潟で眼科医として初めてPACGに接し、後日PACGの頻度の高い沖縄に渡り、幾多の困難と研鑽と疫学調査の末に合理的で最高といえる診療レベルに至った経過が物語風にまとめられている。それはまたPACG学および眼科学の進歩の歴史でもあり、興味深い。本書はこの総説を入れて全体が5つの章からなり、疫学と基礎、診断、治療、白内障手術という具合に、基礎から始まり、最終的な診療に至るまで、順序よく解説されている。PACGに接することが少ない地域でも、ひとたび急性発作が起こったら予後がひどいことを知悉している眼科医にとって、ポイントとなるいくつかのリスクファクター、予防法、検査法、危険管理法、治療の要点、手術法

の選択、術後管理等、平生わきまえていなければならないことが解説され、それぞれの項目について明快ながら、

あたかも医局で高度の知識と豊かな経験を持つ先輩から、直接こと細かに教えを受けているような記述がなされている。例えば、レーザー虹彩切開術は通常2-3ページ解説されているだけであるが、本書ではほぼ10ページを費やして、適応、手技、成績、合併症と対策など、15の小項目に分けて解説されている。

以上でわかるように、本書はわが国には学識、経験ともに豊かに円熟したエキスパートたちがそろっていることの証しでもあり、それらによる円熟の記述であるところが特色でもある。また、通奏低音のごとくPACGに寄り添って病態と診療を複雑にしているプラトー虹彩の病態生理が必ずしも明らかではなく、究極的には水晶体再建術という選択になるようであるが、より合理的で簡潔な対策を望みたいところだ。なおPACGの分類については周知のごとく国際的なISGEO分類、AIGS分類に歩調を合わせる必要から、新分類が緑内障診療ガイドライン第3版から採用されている。これはデータの国際的整合性には不可欠であり、多分medicolegal(医療に関する法医学)的な要望も盛り込まれているためであろう。要するに本書は現在望み得る最高のテキストであり、常時座右に置いて参考にしていただければ、本書の目的とするAll Aboutがオールマイティーになること請け合いです。

もし本書にさらに望むことがあるとすれば、脈絡膜の動態を含む急性発作発生機構のダイナミックな解剖や遺伝子の問題、プラトー虹彩の病態生理、脳の視覚中枢障害の実態などであろうか。多くのエキスパートを抱えるわが国の閉塞隅角研究グループによる解明に期待したい。

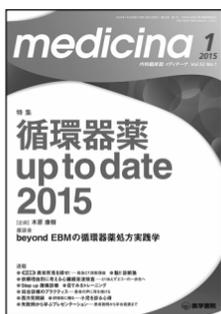
# 「橋本市民病院 大リーガー医 育成プロジェクト」募集要項

- 1. 趣旨 橋本市民病院は、海外留学支援のノウハウを持つ日米医学医療交流財団と提携して、「米国にレジデント留学を希望する医師」を募集・助成します。
- 2. 応募資格
  - (1) 2015年4月1日以降に橋本市民病院(南海難波から45分)に赴任・勤務できる方
  - (2) 米国にレジデント留学を希望する医師で、橋本市民病院で内科医として勤務できる方
  - (3) TOEFL iBT80点以上の取得者(IELTSも可)、又は今後の努力で達成可能な方
  - (4) USMLEを既に取得しているか、または受験準備中の方
- 3. 募集人数 2名
- 4. 助成概要 ※原則として留学先は助成を希望する医師が各自で確保すること
  - (1) 橋本市民病院が医師を雇用し、留学派遣する
    - (ア) 助成を希望する医師は、
      - ① 留学前2年間は橋本市民病院に勤務し、内科診療に従事するとともに、初期臨床研修医を指導する
      - ② 留学終了後最低1年間は橋本市民病院に勤務し、内科診療に従事するとともに、初期臨床研修医を指導する
    - (イ) 橋本市民病院は
      - ① 留学前2年間及び留学終了後最低1年間は、助成を受けた医師を橋本市民病院の正職員として雇用し、その給与規定に基づき給与等を支給するとともに、その福利厚生制度を適用する
      - ② レジデント留学中の3年間は休職(無給)とし、年額300万円の海外留学奨学金を別途助成する
  - (2) 日米医学医療交流財団は
    - ① このプロジェクトにより海外留学する医師の公募の窓口となる
    - ② 海外留学する医師の選考を担当する
    - ③ 留學生のための留学準備、留学中の支援をする
- 5. 提出書類
  - ① 申込書・履歴書  
日米医学医療交流財団のホームページの「申し込み用紙ダウンロード」の中の「助成要項A項申し込み」から「JANAMEF A-1」「JANAMEF A-2」「履歴書」をダウンロードして、

- それに記入・提出して下さい。また、履歴書の記入は和文とし、写真は、証明用として最近3ヶ月以内に撮られたものとします
- ② 卒業証書のコピーまたは卒業証明書
- ③ 医師免許証のコピー(縮小コピー可)
- ④ USMLE/Step1・Step2CS等の合格証をお持ちの方はコピーを提出して下さい
- ⑤ 英語能力試験(TOEFLまたはIELTS)の点数通知書をお持ちの方はコピーを提出して下さい
- PDF書類はそのままタイピングしてプリントアウトして提出してください。書類はタイピングしたものを、ご提出願います。
- 6. 募集締切 2014年12月26日(金) 必着  
提出先は、橋本市民病院事務局総務課  
(〒648-0005 和歌山県橋本市小峰台2-8-1 TEL0736-34-6123)
- 7. 選考方法 選考委員会が書類審査並びに面接の上、採否を決定します。
- 8. 選考日
  - ① 日時: 2015年1月(日時の詳細未定)
  - ② 場所: 日米医学医療交流財団事務所(東京都文京区本郷3-27-12-6F)
- 9. 選考結果の通知 応募者本人宛にメール及び郵便により通知します
- 10. その他(助成概要に記されたもの以外の医師の義務)
  - ① 橋本市民病院に勤務開始後、留学準備報告書(JANAMEF NEWSやホームページ掲載用)を提出すること: 年2回
  - ② レジデント留学開始後、研修報告書(JANAMEF NEWSやホームページ掲載用)を提出すること: 年2回
  - \* ①②は日米医学医療交流財団の指定の様式で、A-4サイズ(40字×30字位)1枚・日本語とします。
  - ③ 留学決定後に日米医学医療交流財団の賛助会員に入会すること
- 11. 問い合わせ先  
公益財団法人 日米医学医療交流財団 事務局  
Tel 03-6801-9777 E-mail info@janamef.jp  
又は 橋本市民病院 事務局  
Tel 0736-34-6123 E-mail shomu@hashimoto-hsp.jp

# 内科系臨床, 公衆衛生, 臨床検査, 病院経営 関連雑誌のご案内

内科系臨床



## medicina

「いかに診るか」をコンセプトに、臨床医の診療に不可欠な情報をプラクティカルにまとめた毎月の特集、知識のアップデートと技術のブラッシュアップに直結する連載も充実の総合誌。幅広い内科診療に共通の知識・技術が満載の増刊号も発行。

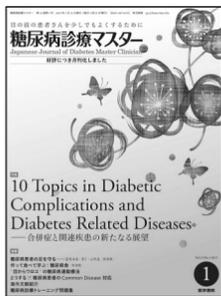
●月刊 1部定価：本体2,500円+税



## 総合診療

(旧誌名：JIM / 2015年より改題)  
総合診療医、プライマリ・ケア医、家庭医の日常診療に。専門化・細分化する診療各科を横断し、総合的・全人的に患者を診るためのスキル・知識・臨床情報を提供する。独自の切り口・体裁で展開する特集のほか、症例カンファレンス、診断学、感染症などをテーマにした連載も充実。

●月刊 1部定価：本体2,300円+税



## 糖尿病診療マスター

糖尿病患者にかかわる専門医・一般医・医療スタッフを対象とした臨床誌。特集では、テキストにない視点で日常診療の問題点を掘り下げる。連載でも多彩な話題を提供し、目の前の患者さんを少しでもよくしたいと思う医療者に役立つ内容を企画。なお、創刊号からの全論文を電子版にて収録している。2015年より月刊化。

●月刊 1部定価：本体2,700円+税



## 呼吸と循環

生命維持に必須の臓器である呼吸(肺)と循環(心臓)の両面における臨床的知識を特集や“Bedside Teaching”で図表を多用してわかりやすく紹介。最近の研究の動向、トピックスは“綜説”、“Current Opinion”で解説。投稿原稿による「研究」や「症例」も掲載している。

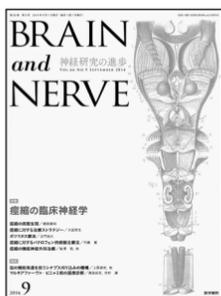
●月刊 1部定価：本体2,700円+税



## 胃と腸

消化管の形態診断学を中心とした専門誌。毎月の特集では最新の知見を取り上げ、内科、外科、病理の連携により、治療につながる診断学の向上をめざす。症例報告も含め、幅広い疾患の美しいX線・内視鏡写真や病理写真を数多く提示し、病態を画像で説明。年1回増刊号を発行。

●月刊 1部定価：本体3,200円+税



## BRAIN and NERVE

『脳と神経』『神経研究の進歩』の統合誌として2007年に発刊。2012年に編集体制が一新され、新たなスタートを切った。時宜をとらえたテーマを深く掘り下げる「特集」と、新しい動向をキャッチアップする「総説」を中心に座談会やインタビュー記事も充実。日々更新される神経科学の知見をわかりやすく紹介する。投稿論文も常時募集中。

●月刊 1部定価：本体2,700円+税

内科系臨床



## 精神医学

臨床に密着した「研究と報告」「短報」など原著を中心に掲載している。「展望」では、重要なトピックスを第一人者がわかりやすく解説。連載「継往開来」では、伝統的に使われてきた疾病の概念や症状を再評価している。また、年に数回、時宜にかなった特集、シンポジウムを掲載。

●月刊 1部定価：本体2,700円+税

公衆衛生



## 公衆衛生

地域住民の健康の保持・向上のための活動に携わっている公衆衛生関係者のための専門誌。毎月の特集テーマでは、さまざまな角度から今日的課題をとりあげ、現場に役立つ情報と活動指針を提示。特集に加えて連載や投稿論文(投稿・掲載料は無料)を掲載し、現場に密着した話題を提供する。

●月刊 1部定価：本体2,400円+税

臨床検査



## 臨床検査

「検査で医学をリードする」をキャッチフレーズに、2本立ての特集形式で多領域をカバー。臨床検査にかかわる今知っておきたい知識・情報をわかりやすく解説する。「検査説明Q&A」など連載企画も充実。年1回、時宜を得たテーマで増刊号を発行。

●月刊 1部定価：本体2,200円+税

検査と技術

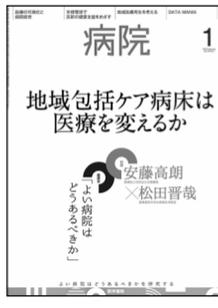


## 検査と技術

若手臨床検査技師、臨床検査技師をめざす学生を対象に、臨床検査技師の「知りたい!」にこたえる総合誌。日常検査業務のスキルアップや知識の向上に役立つ情報が満載! 国試問題、解答と解説を随時掲載。増刊号はテーマを掘り下げて年1回発行。

●月刊 1部定価：本体1,500円+税

病院経営



## 病院

「よい病院はどうあるべきかを研究する」を編集コンセプトに、病院運営の指針を提供する。2015年は「地域医療計画/地域医療ビジョン」をテーマに据え、病院機能分化や医療連携、地域包括ケアを中心に取り上げる。

●月刊 1部定価：本体2,900円+税

年間購読料金の詳細は弊社webサイトをご参照ください。電子版もお選びいただけます。

外科系およびリハビリテーション系雑誌(『脳神経外科』『臨床外科』『日本内視鏡外科学会雑誌』『臨床整形外科』『臨床婦人科産科』『臨床眼科』『耳鼻咽喉科・頭頸部外科』『臨床皮膚科』『臨床泌尿器科』『総合リハビリテーション』『リハビリテーション医学』『理学療法ジャーナル』)のご紹介は、次号に掲載いたします。



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