

2022年7月11日
第3477号 for Residents

週刊(毎週月曜日発行)
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
COPY 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

今週の主な内容

- [対談] 学びを支援する学習環境の構築を(清水郁夫, 川上ちひろ)…………… 1-2面
- [寄稿] 医師として必ず心得ておくべき医事紛争回避のための視点(藤田真幸) 3面
- [連載] ER診療の勘どころ…………… 4面
- [連載] 心不全マネジメント(新)…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY/[視点] 腹腔鏡手術トレーニング: 神の手チャレンジからの挑戦状!(市川雅男)…………… 6-7面

対談

学びを支援する学習環境の構築を



自身はうまく指導しているつもりでも、思ったように後輩が成長せずいまいとつ伸び悩んでいる……。このような経験がある指導者は多いのではないかと。学習者が失敗から教訓を得て成長していくためには、指導者との間に失敗を共有できる信頼関係が必要であり、教育学の知見では「指導者との関係」も学習環境を構成する一つの要素とされる。では、指導者はどのように信頼関係を築き、学習者が学習に集中できる環境を構築していけばよいのか。

本紙では医療者教育の専門家である清水氏、川上氏による対談を企画した。本対談を通じて、最適な学習環境を整備するポイントを探っていきたい。

清水 郁夫氏

信州大学医学部医学教育研修センター/
附属病院医療安全管理室 助教

川上 ちひろ氏

岐阜大学医学教育開発研究センター 併任講師



清水 卒後8年目、私は専攻医として市中病院の救急外来で研修医を指導していました。ある日、私と同年代の内科医にコンサルトをお願いしたところ、その医師が「お前はなんでこんなこともやっていないんだ」と、ものすごくいけなく罵倒したのです。研修医も勉強不足であったのは確かです。命を預かる現場の先輩としての、彼なりの正義感が働いたのだと思います。しかし、30歳を過ぎて多少なりとも経験を積んだ指導医と呼ばれる人間が、このような指導しかできないのかと感じました。この体験は、私が医学教育や学習環境に関心を持つきっかけの1つです。川上先生も長年、学習者支援に関する研究に取り組まれていますよね。関心を抱ききっかけはあったのでしょうか。

川上 私は20年くらい前まで、養護教諭として公立の小中学校に勤務していました。ある研究会で発達障害の存在を知り、「自分にできることはあるだろうか?」と考え、看護の道に進みました。そして、看護学生をしながら模擬患者として活動する中で医療者教育にかかわるようになり、教員になってからは発達障害など支援ニーズがある医療系学生や医療者の学習者支援に関心を持つようになりました。現在、岐阜大学大学院医療者教育学専攻修士課程でも演習などを担当しています。同学では清水先生にも非常勤講師として、認知心理学を応用した医療者教育

の授業を行っていただいていますね。

指導医との関係や業務の性質も学習環境に含まれる

清水 研修医教育を考えた時に、研修医(学習者)が1人で育っていけばそれに越したことはありません。一方で、教育にかけた時間の割に研修医が伸び悩むと、「あいつは全然勉強しない」と指導医は思ってしまうがちです。言い方を変えれば、成長しない研修医は「問題がある学習者」と思われてしまうのです。学習者自身に改善の余地があることもありますが、指導者や環境との相性が合わないことで成長しづらい場合もあるでしょう。

川上 そう思います。おっとりした性格の新人看護師が集中治療・救急現場での勤務となった場合に、現場のスピード感についていけず挫折してしまうことがあると以前聞きました。

清水 臨床研修のケースで考えると、自身の希望先とは異なる診療科をローテートする際に、同様に適応しにくいとの話はよく聞きます。これらは学習者側だけの問題ではなく、指導者や研修システム、設備によっても生じるとSteinertは指摘しています¹⁾。また西城らは、これらを環境に起因した問題としてまとめています²⁾。学習環境と言えば学校の設備などの物理的なモノが想起されがちですが、診療業務の性質や求められるスピード感も学習環境と

表現できます。加えて、もし研修医数名で診療科をローテーションしているのであれば、その人たちとの関係も重要であり、指導医や他職種との関係、院内のルールなども環境に含まれます。ルールや大掛かりな設備はやすやすと変えられない一方、研修医とのかかわり方といった対人関係は改善しやすく、かつ効果が望めるものと考えられます。

川上 学習者の中にはどんな環境でも適応できる、あるいは逆にどの環境でも適応できない人がいます。さらに、その両者の間に環境によって適応できたり、できなかったりする人もいます。

清水 他者からの援助を必要とせず自分で育つ、どこでも適応できる理想的な学習者は、教育学では「自己調整学習ができる人材」と定義付けられます。自己調整学習とは、①自分は何ができていないか、何をしなければいけないかがわかっている、②学ぼうという動機がある、③学び方がわかっている、の3つがそろった学習者です。①~③がそろった学習者はどんな環境でも適応できますが、大抵の学習者は完璧ではありませんから、①~③のどれか、あるいは複数が不十分で、状況によっては「要領が悪い」とみなされてしまうかもしれません。

川上 環境への適応能力も含め、学習者は何がしか能力にグラデーションがあって、場合によっては「問題がある学習者」と判断されてしまうことがあ

るのですね。

清水 ええ。したがって、まずは何が不足しているかを指導医が把握することが重要です。①が足りなければできていない部分を伝え、②が足りなければ動機付けになるような学習の意義を共有します。③が足りない場合は、指導者自身が学んできた方法を教えることがよく行われます。ただし、自分自身の経験は熱意を持って伝えやすいかもしれませんが、その方法が必ずしも相手に合うとは限りませんので、ここはさまざまな教育理論や技法などをいかに活用するか、腕の見せどころと言えるでしょう。

川上 加えて、学習者にとって合う/合わないやり方や環境があること、学習者にもさまざまなタイプがいることを指導医は理解して、環境設定をする必要があります。専門家になればなるほど、環境に適応すればするほど、初学者は何ができてなくて何に困っているのかイメージするのが難しくなるので、注意が必要です。

理想への足場がけをいかに行うか

川上 医療職は、患者さんへの支援では個別性に配慮しながら細やかに対応する一方で、同僚や後輩への教育・指導の場面では一様な対応になりがちで

(2面につづく)

July
2022

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(https://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

グラント解剖学図譜 (第8版)

原著 Agur AMR, Dalley AF
監訳 坂井建雄
A4変型 頁896 定価: 16,500円[本体15,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04730-2]

頭痛の診療ガイドライン2021 ダイジェスト版

監修 日本神経学会・日本頭痛学会・日本神経治療学会
編集 「頭痛の診療ガイドライン」作成委員会
A5 頁224 定価: 3,850円[本体3,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04977-1]

内科系専門医試験 解法へのアプローチ 第3集

藤澤孝志郎
B5 頁120 定価: 5,280円[本体4,800+税10%]
[ISBN978-4-260-04963-4]

〈眼科臨床エキスパート〉 黄斑疾患診療AtoZ (第2版)

シリーズ編集 吉村長久、後藤 浩、谷原秀信
編集 岸 章治、吉村長久
B5 頁496 定価: 18,700円[本体17,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04942-9]

運動器疾患・外傷のリハビリ テーション医学・医療テキスト

監修 日本リハビリテーション医学教育推進機構、
日本リハビリテーション医学会
総編集 久保俊一、津田英一
編集 佐浦隆一、三上靖夫
B5 頁448 定価: 5,500円[本体5,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04941-2]

外来・病棟・地域をつなぐ ケア移行実践ガイド

編集 小坂鎮太郎、松村真司
B5 頁184 定価: 3,850円[本体3,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04885-9]

看護ケアの質評価と改善

編集 一般社団法人日本看護質評価改善機構
B5 頁176 定価: 3,300円[本体3,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04863-7]

〈シリーズ ケアをひらく〉 シンクロと自由

村俣孝生
A5 頁296 定価: 2,200円[本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05051-7]

<出席者>

●しみず・いくお氏

2004年信州大医学部卒。研修医指導を契機に医学教育に関心を持ち、13年より現職。16年蘭マーストリヒト大医療者教育学修士課程修了。博士(医学)。20年度医学教育振興財団懸田賞受賞。近年は医療安全領域にも活動を拡げている。

●かわかみ・ちひろ氏

養護教諭として岐阜県の公立小中学校に勤務の後、2001年に退職。05年岐阜大医学部看護学科を卒業。12年名大大学院医学系研究科博士課程修了。11年より助教を経て現職。専門は発達障害を持つ学習者の教育・支援。



●図1 発達の最近接領域(文献3より作成)

学習者だけでは到達できないが、指導者などの支援があれば到達できるStretch Zoneの設定が重要。その際の支援が理想への足場がけとなる。

(1面よりつづく)

ある印象を受けます。清水先生はこの理由をなぜだと考えますか?

清水 医療では手技や処置の優劣が人命を左右することがあるからだと思います。医療の質を上げていくためにさらなる向上を要求するのは自然な考え方ではありますが、どのような学習者にも同じように問い詰めたからといって、必ずしも学習者が同様に能力を向上させるとは限りません。ここが難しい点であり、教育学の観点からすると興味深い点でもあります。

川上 看護師で言えばクリニカルラダーによる評価時など、目標が達成できていないと「できていないこと」を突き詰めようとする場合があります。そして、指導者側も「達成させられない私は駄目な指導者」と追い込まれてしまう構造があるのです。

清水 私もたまに見かけるシーンです。彼らが自分の理想まで学習者を到達させる指導法を実践できるようになればいいのに、とものたない感があります。

また、指導者によくある誤解として、理想以外は全て駄目と考えている場合があります。理想からどのぐらい差があるかと単に減点方式で考えるのではなく、期待した成果と実際の結果を比べた上で、その差をどう埋めるかという具体的な対策を考えると良いでしょう。

川上 このような話をすると理想を下げればいいのかと思われがちですが、これも誤解ですよ。学習者にどのような環境を提供すると、理想を下げずに成長を促せますか。

清水 学習者にとって理想的な環境はもちろぬるま湯であってはならず、及第点のラインが容易に到達できる水

準(Comfort Zone)では成長につながりません。求められる仕事や責任について理想を下げるのではなく、指導者は到達してもらいたい理想的な水準(Stretch Zone)を研修医と共有し、理想までの足場がけをいかに行うかを考えればよいのです。「ここまでは一緒に頑張ろう」といったサポートの体制をどこまで作るかが重要で、安定した学びと自律した学びのバランスが取れていることが、理想的な支援と言えます。足場の全くない状態で理想だけを求められても、学習者はつらくなってしまいます。

川上 教育学の領域では、適度な支援が効果を発揮するような学習者の成長段階を、発達の最近接領域(zone of proximal development)にあると言います(図1)³⁾。成長するためには学習者は今の自分が到達できるところよりも少し上のレベルをめざす必要がありますが、適切なレベルを設定できるのは、全体像が見えている先輩だからこそです。

心理的安全性が担保された学習環境の整備

清水 指導者からみれば、学習者が不完全なのはある意味で当然です。しかし、学びのためだからといって、学習者が自ら「どうできていないのか」を開示し、向き合うのは容易ではありません。

川上 指導者は、学習者が自らの失敗を開示しやすい環境の構築を意識することが大切です。

清水 はい。そうでなければ学習者が失敗に対してきちんと向き合えず、失敗を自己開示できずにそれをそのまま隠し持ってしまいます。その後、失敗を隠したことが見つかり罰せられる、あるいは失敗と向き合わないまま成長していくことになり、いずれにしても本人の学習につながりません。自らの失敗を開示しやすい環境は、心理的安全性が確保されていると言えます。心理的安全性は、米ハーバードビジネススクールのAmy C. Edmondson教授が提唱した概念です⁴⁾。指導者は心理的安全性が確保された環境の構築を意識しておく必要があります。さらに言えば、学習者がComfort Zoneに入り込んで現状に安住してしまうことがあるので、学習者に対してある程度の責任も課したほうがよいでしょう(図2)⁴⁾。

川上 心理的安全性と責任が両立する学習環境を作り出すために、具体的に取組まれていることはありますか。

清水 私がよく指導する外来での臨床実習で言えば、6年生のステューデントドクターに医療面接や診察を担当させます。その際、私は隣の部屋で待機しながらその様子を観察し、診療上不適当にならない限りは継続させます。もし、学生が困る状況になったときには、私をPHSで呼ぶよう指導しています。いきなり指導医が診察室に入ってきて注意をすると患者さんも驚きますし、学生にも恥をかかせてしまうからです。

川上 とても素敵な取り組みだと思います。

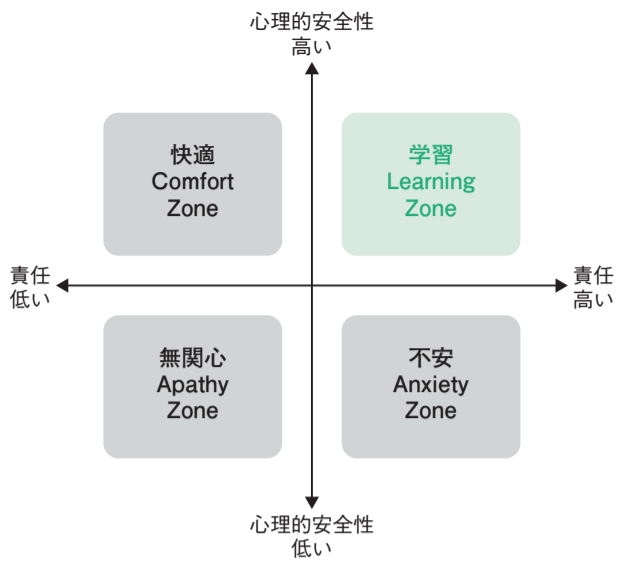
理想の高い指導者が、心理的安全性が確保された学習環境をうまく作れないのは本当にもったいないと思います。学習者にとって理想的な学習環境の整備を忘れないために、指導者は何を意識すればよいのでしょうか。

清水 まず自分がどう指導しているかをきちんと振り返る機会を持つのが良いと思います。

川上 指導者も自分のことを俯瞰的に見えていないことが多くありますよね。

清水 ええ。しかし、日々、診療能力を向上させている医療者が、教育のスキルを向上させられないわけがありません。指導医は診療の手技と同様に、「学習者にどう伝えているか」も併せて振り返ると良いでしょう。指導がうまくいっている/いっていないの二元論で考えてしまいがちですが、指導の巧拙にもグラデーションがあることを理解して、後輩をどのように育てるかを考えても良いと思います。

川上 特に「医療者はこうあるべき」



●図2 心理的安全性と責任の関係性(文献4より作成) 心理的安全性が十分に担保され、一定の責任が課された環境が学習に適している。

と理想を掲げる指導者は、ご自身の理想をどう伝えれば学習者がそこに到達できるのか、伝え方と指導の仕方が伴うと、理想論を語るのみにならないで良さそうです。

清水 指導者の理想が高いことは決して悪いことではありません。そこにはおそらくその指導者なりの教育哲学があり、そのこと自体は尊重されるべきです。

川上 指導者側も指導者として成熟していき、学習者の効率的なレベルアップにつながりますね。

*

川上 さらに付け加えると、自分が環境にうまく適応できているかといった自己理解が不十分な学習者もいます。その場合、指導者は学習者と話し合いながら自己理解を促すことが求められます。また、その際の伝え方・寄り添い方は不十分さを押しつけるように指摘するのではなく、学習者自身に考えさせることが大切です。

清水 臨床の指導医は長年の経験によってそれぞれが働く環境に最適化されていますが、研修医などの学習者はまだ十分とは言えません。一方で、指導医との関係を含む幅広い環境は、学習者の成長を左右する重要な要素です。成長する学習者にとって最適な学習環境とはどのようなものか。本対談が自身の指導の振り返りや、学習環境を整備する取り組みへのきっかけとなれば幸いです。(了)

●参考文献

- 1) Med Teach. 2013 [PMID: 23496125]
2) 西城卓也, 他. 医療者教育における多面的・多角的な学習者支援を考える——1. 困難な状況にある学習者へのアプローチを再考する. 医教育. 2022; 53 (1): 23-8.
3) Prouty D, et al. Adventure Education: Theory and Applications. Human Kinetics; 2007.
4) Harv Bus Rev. 2008 [PMID: 18411968]

今日からあなたも「名指導医」です! チーフレジデント直伝! デキる指導医になる 70の方法 一研修医教育・マネジメント・リーダーシップ・評価法の極意 野木真将 橋本忠幸 松尾貴公 岡本武士

岐阜大学大学院医学系研究科 医療者教育学専攻修士課程 4期生募集 出願期間 令和4年9/5(月)~9/9(金) 試験日 令和4年10/1(土) 要項などの問い合わせ先 岐阜大学大学院 医学系研究科・医学部事務係 TEL: 058-230-6077

寄稿

医師として必ず心得ておくべき 医事紛争回避のための視点

藤田 眞幸 慶應義塾大学医学部法医学教室 教授

患者さんが不幸にして亡くなられた場合、ご遺族との間で紛争になることがあります。今回は、筆者がこれまで医療事故の鑑定を担当してきた経験や、その他の事件や事故を扱う中で数々の紛争が起こるのを見てきた経験などから、医事紛争を回避するための重要な視点を述べてみたいと思います（表）。

個人的な交渉は相手の気持ちを尊重しながら丁寧に断る

まず、皆さんが心得ておくべきことは、ご遺族との間でもめたときに「病院は誠意がないから、先生と個人的にお会いしたい」と言われるようなことがあったとしても、絶対に単独で対応してはいけないということです。このようにときに、「個人的な接触は禁止されています」と言い放つような断り方は、医師本人の都合だけを前面に出した対応であり、ご遺族は担当医にも誠意がないという気持ちになってしまいます。このような場合でも、「これは大切なお話ですので、病院全体で対応させていただくことになっていきます」と告げて、個人的な交渉を丁寧に断れば、同じ断るのでも誠意を示しながら断ることができます。医事紛争を回避するために最も大切なのは、ご遺族を気遣う気持ちを心の底に持ちながら行動することです。

患者さんが死亡した直後は まず悲しみを受け止める

患者さんが死亡した直後のご遺族には悲しみと怒りが混在し、時として医療事故ではなかったのに医療側に不満をぶつけてこられることがあります。そのような時にも、まず悲しみの部分だけは受け止めて共有することが大切です。これは、ご遺族が怒りの根拠としている医療側の非を全面的に認めるといったことではありません。こういったご遺族の気持ちへの配慮がなされないうまま、いきなり「医療には全く問題がありませんでした」と力説し始めると、ご遺族はつらい感情までも否定されたような気持ちになってしまいます。取り乱しているご遺族を落ち着かせるには、相手に向かって「落ち着いて」と繰り返すのではなく、医師の側が落ち着いていることが大切です。そのためには、医師も紛争を予感して心の準備ができていなければなりません。

紛争になりやすい4つの状況

では、一体どのような場合に医事紛

●表 紛争を回避するための留意点

- 医事紛争は病院全体で対応し、個人的な交渉は相手の気持ちを尊重しながら丁寧に断る。
- ご遺族の怒りや主張を肯定する必要はないものの、まず悲しい気持ちだけは受け入れてから対応する。
- 何か普通でないときや、ご遺族が自らの尊厳や生活が脅かされると感じたときには注意が必要。
- 説明は論争の場ではない。ご遺族と共に正しい理解に向かって歩む姿勢が大切。
- 謝罪が必要な場合は、謝罪すべき点について責任を認めて心から謝罪する。ただし、不要な謝罪・過度な謝罪は事態を悪化させる。
- 患者さんの死亡を残念に思う気持ちを伝える謝罪は、医療側の責任の有無にかかわらず行う。
- 医事紛争は社会的な問題であり、医学的な論理だけで解決しようとしてはいけない。

争になる可能性が高いのでしょうか。それは、一言で言えば「何か普通でないとき」です。

まず、「経緯が普通でないとき」が挙げられます。医師としては予想の範囲内であったとしても、家族にとっては期待していたよりも悪い結果となってしまった場合や、予想していたよりも急な経過で患者さんが死亡したような場合は、ご遺族にはなかなか納得してもらえません。そのため、主治医は患者さんと家族が希望を持てるように配慮しつつも、医師と家族の間で期待値に大きな乖離が生じないようにしておく必要があります。

次に、「医師と患者・家族との関係が普通でないとき」が挙げられます。生前から関係があまり良好でなかった場合だけでなく、実は家族が生前から医師に対して不満を持っていて、死亡後には我慢できなくなる場合もあります。また、必要以上に「良好にみえる」関係にも注意が必要です。医師が家族の一員ようになってしまっただけではなく、今度は医師に尽くしてもらいたいといった要求が出てくることさえあるからです。他にも、死亡後に医療側の対応が悪かったために関係が悪化してしまう場合があります。事故自体は医療側の不注意が原因であったとしても、誠意のない事故後の対応は人為的なものであり、ご遺族はむしろそちらのほうが許せない場合も少なくありません。

さらに、「患者・家族が他の患者・家族とはどこか違うとき」にも配慮が必要です。素行の良くないご遺族との対応は確かにトラブルになりやすい面もありますが、普通でないという点では、患者・家族がお金持ち、法律家や医療関係者の場合でもまた普通ではない展開になることがあります。相手の生活様式や考え方によっては反応や行動がかなり違ってきますので、配慮が必要です。

最後に、「医師」のほうも、必ずしも医師側に問題がある場合だけでな

く、医師の個性や特性によっては患者・家族と相性が合わないこともあり、それが紛争の要因になり得ます。患者・家族とどうしても「馬が合わないとき」には、それを無理に一人で修正しようとはせずに、場合によっては担当を変わってもらうなど、周囲の協力を得ることも重要です。

ご遺族は、家族の死亡による悲しみはもちろん、その後の苦しい生活への不安、医療の内容や医師・病院の態度への不満など、つらい・我慢できない感情をたくさん抱えています。「自分たちのつらい気持ちを認めさせたい」「自分の大事なものが不当に脅かされている」とご遺族が感じたときに紛争になります。大切な家族を失ったにもかかわらず、あるべき（と思っている）謝罪や補償がない場合には、本人の尊厳や生活といった最も大事なものが脅かされることになってきます。ご遺族に対する説明や謝罪は、このうち尊厳に深くかかわってきます。

ご遺族への説明と謝罪

説明は、整然とした部屋で行う必要があります。これは、死亡したことを病院が厳粛に受け止めていることを暗に伝え、説明の場が粗暴な行動をとるような場所ではないという雰囲気にする上で重要です。なお、整然とした部屋でも、院長室などで説明を行うと、医療側に重大な過失がなくても、ご遺族に「相当な補償をしてもらえるのではないか」と思われる場合があるので、注意が必要です。

また、当然ですが説明の内容は理路整然としたものでなくてはなりません。ただし、ご遺族は科学的ではなく社会的に納得できていない場合も少なくありません。よって、科学的な論理のみで押し通して無理に納得させようとしてもうまくいきません。たとえ、相手が攻撃的な態度であったとしても、説明は論争の場ではありませんので、ご遺族を迎え撃って論破するのではなく、正しい理解へと導いていく姿

●ふじた・まさき氏

1986年阪大医学部卒。96年同大病理病態学講師となった後に、法医学に転進。大阪市大講師、東海大助教授を経て、2005年より現職。日本学術会議連携会員・同法医学分科会委員長、日本犯罪学会理事、日本賠償科学会理事、日本臨床医学リスクマネジメント学会常務理事。



勢が重要です。論点のずれた、もしくは医療側に対して失礼な質問があったとしても、相手の理解力の不足を指摘するのではなく、「少し分かりにくかったかもしれませんが～ということですよ」と、質問してきた相手の気持ちを肯定した上で、理解を修正していくようにします。

医療側に何らかの問題があり謝罪が必要な場合には、謝罪すべき点について責任を認めて心から謝罪することが大切です。このような謝罪を責任承認謝罪（apology）と言います。ただし、まだ事実が判明していない状態で過度に謝罪してしまうと、「相当悪いことをしたのだろう」と誤解され、後で訂正できなくなる恐れがあるので注意しなければなりません。

一方、実際は医療に大きな問題がなくても医師から何も謝罪がなければ、家族を亡くしたご遺族は「死亡しているのに謝らないのか」という気持ちになってきます。「一生懸命やりましたが、助けられずに誠に申し訳ありませんでした」といった謝罪は共感表明謝罪（regret）と言われています。こちらのほうの謝罪は、医師の誠実な対応として、医療側の責任の有無にかかわらず常に行う必要があります。

*

医事紛争は医学的な問題ではなく、医学的な内容に関係した社会的な問題です。それを専ら医学的な論理だけで解決しようとしてもうまくいくはずがありません。患者・家族に「医学的な説得」をするのではなく、「社会的に納得」してもらうことが大切です。医師は医学的な論争には慣れていても、社会的な紛争の専門家ではありません。紛争になる可能性がある場合には、早期から紛争の専門家である弁護士に相談しておきましょう。ただし、医師として紛争に適切に対応するには、ご遺族の気持ちに配慮して誠実に取り組んでいく努力も必要です。

今回は医事紛争の回避という視点について解説しました。機会があれば、実際に紛争になったとき、医師がどのような点に気をつけなければならないか、また事故調査における注意点などについても解説したいと思います。

●参考文献

- 1) 藤田眞幸. 医療関連死——医事紛争をめぐる法医学者の視点. 医歯薬出版；2016.
- 2) 日本臨床医学リスクマネジメント学会（監）、日本臨床医学リスクマネジメント学会テキスト作成委員会（編）. 改訂第2版 医療安全管理実務者標準テキスト. へるす出版；2021. pp211-9.
- 3) Lippincotts Case Manag. 2006 [PMID : 16926690]

カルテの思わぬ落とし穴とは？
ポイントを押さえた先読みの
記載があなたの身を守る！

詳細は
こちら



巻頭付録 疑問点マップ

第1章 カルテ記載の大原則
一書すべきこと・
書くべきではないこと

第2章 訴訟上の事実認定とカルテ
一書かなかったら
「なかったこと」に！

第3章 カルテの記載が
特に重要になる場面

第4章 カルテ以外の重要な文書と
注意すべき場面

第5章 開示や修正を求められたら
一書かなかったら
巻末付録 関連法の抜粋

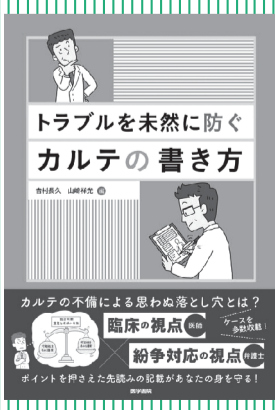
医学書院

トラブルを未然に防ぐ カルテの書き方

編集 吉村長久 山崎祥光

紛争・トラブルになり得るケースを多数紹介し、無用なトラブルを避けるためのポイントを押さえたカルテ記載の方法を伝授。臨床（医師）と紛争対応（弁護士）の双方の視点を押さえた先読みの記載があなたの身を守る！

●B5 2022年 頁216 定価：3,960円（本体3,600円＋税10%） [ISBN978-4-260-04806-4]



ピットフォールにハマらない ER診療の勘どころ

ER診療に潜むあなたのピットフォール(落とし穴)を君は見抜けるか? エビデンスやちょっとしたコツを知り「勘どころ」をつかめば、明日からのER診療が待ち遠しくなること間違いなし!

徳竹 雅之 健生病院救急集中治療部 ER



第2回 酔っ払いさん、いらっしやい! 油断大敵! 急性アルコール中毒

COVID-19の流行によって自宅でのアルコール消費量が増え、アルコール問題が顕在化する例が増えているという指摘があります。急性アルコール中毒やアルコール使用障害に伴う疾患・社会的問題を抱えた患者に対応することが確かに増えているという、実臨床における肌感覚と一致します。

彼らは意識障害がありスムーズに診察させてくれなかったり、暴言・暴力に発展したり、放っておくとその辺に放尿したり……、で正直面倒くさい! 受け入れを決めるとスタッフが落胆するまでが、もはやお決まりのパターンです。その気持ちとは裏腹に、筆者は強い疑いの目を向けて気を引き締めるようにしています。急性アルコール中毒には何度も診断ミスを経験した経験があるからです。さっさとバイタルだけ測って、寝かせておいて起きたら帰らせよう、なんて軽い気持ちでいるといつか失敗します。

今回は、急性アルコール(エタノール)中毒の診療におけるポイントをお伝えします。酩酊患者はたくさんの疾患を隠し持つ可能性があるため、それをくまなく探してやろう! という気持ちで診療しましょう。

見落としはならない病態

急性アルコール中毒の診断は簡単? いえいえ、結構難しいです。酒を飲んでいたという病歴で疑わしくはありますが、最終的には除外診断となります。「意識障害」としての鑑別を必ず行いましょう。型通りにまず低血糖を除外してから、頭蓋内疾患の可能性があればCTを検討します。また、アルコールによる影響で電解質異常(低Na/低K/低Mg/低P血症など)を来すこともあるため、筆者は必ず血液ガスは評

価するようにしています。可能であれば血清浸透圧から血中アルコール濃度を推定して、その数値に見合う症状かどうか検討することも鑑別の一助になります(表1)¹⁾。ただし、中毒症状が出現する血中濃度は個体差が大きいので、一律に使用できないことは注意です。長期間アルコールにさらされるほど肝酵素の活性が上昇し、血中アルコール濃度低下速度が速くなることで、血中濃度が高くても症状が出ないことがあります。また、同じ血中濃度でも飲み始めて血中濃度が上昇傾向にある時は、しばらく時間がたって下降傾向にある時よりも症状が重く出やすいという特徴もあります。

特に救急隊や発見者からの「酒に酔って寝ていた」という病歴はうのみにしないう要注意です。表2に示す病態を見逃していないか確認しましょう²⁾。飲酒中に急性冠症候群(ACS)やくも膜下出血(SAH)を起こして倒れたのかもかもしれません。目撃者がいれば、倒れる前に訴えていた症状を聴取します。もしくは、酒に酔った結果転倒/転落し、重大な外傷を負ったのかもかもしれません。急性硬膜下血腫、頸髄損傷、視神経管損傷、肝損傷など、いずれも筆者は遭遇しました。これも目撃者がいれば受傷機転を聴取しますが、目撃者自身も酔っていると思信性が薄く難しいところではあります。階段の下で倒れていたという救急隊からの申し送りがあれば、それは転落による外傷を示唆しているかもしれません。評価不十分なまま経過観察ベッドに寝かせておくと、翌朝には冷たくなって見つかる……なんてお寒いことにもなりかねません。外傷の痕跡がないか、髪の毛を分け、服を脱がせて観察しましょう。「急性アルコール中毒だな、めんどくせー」

●表1 血中アルコール濃度と臨床症状(文献1をもとに作成)

血中アルコール濃度 (mg/dL)	臨床症状
0~50	巧緻運動障害、筋弛緩、多弁
50~100	判断能力の低下、協調運動障害
100~200	振戦/歩行不安定性、構音障害、人格や言動の変化
200~400	健忘、複視/眼振、嘔気/嘔吐、低体温
>400	呼吸抑制、昏睡、死亡

※血中アルコール濃度の推定=浸透圧ギャップ×4.6
=(実測血清浸透圧-推定血清浸透圧)×4.6
=[実測血清浸透圧-(2×Na+血糖値/18+BUN/2.8)]×4.6

●表2 急性アルコール中毒の際に見落としがちな病態

- 低血糖
- 電解質異常: 特に低Na/低K/低Mg/低P血症
- 外傷: 頭部、眼窩、頸部、胸腹部外傷(慢性肝炎と思ったら肝損傷など)
- 「意識障害」の鑑別疾患: 特に脳卒中
- 「嘔吐」の鑑別疾患: 特にACS

●表3 「飲めなくなった」アルコール使用障害患者で気をつけたい疾患(文献2をもとに作成)

- 急性膵炎
- 特発性食道破裂、消化管穿孔
- 敗血症[肺炎、腹腔内感染症、特発性細菌性腹膜炎(SBP)、髄膜炎など]
- 脳症(Wernicke脳症、肝性脳症)
- アルコール性ケトアシドーシス
- アルコール離脱症候群
- アルコール性肝炎
- 各種電解質異常/低血糖

という感情が出た場合には、気を引き締めて全身精査をするつもりで臨むのが吉です(表2)。慢心が出てきた頃に大失敗しますよ。「ハイ、喜んで!」の精神で対応に当たるくらいがちょうど良いです。

「飲めなくなった」アルコール使用障害患者

アルコールに関連した話題として、アルコール使用障害のある人が全く酒を飲めなくなって受診した際には重大な疾患が隠れている可能性があります。前述した電解質異常や低血糖のほか、表3²⁾のような疾患を鑑別に挙げて精査しましょう。特にアルコール性ケトアシドーシスやWernicke脳症は救急外来でよく遭遇します。アルコール使用障害の患者が来たら、低血糖を除外した上でのビタミンB₁補充はルーチンで行ってよいと考えます。また、入院での精査加療を決定したら、アルコール離脱予防のジアゼパムやロラゼパムの投与を忘れずに。忘れると入院後に強い不穏となり、難治性けいれんを起こし、最悪の場合は死に至ります。

輸液は有効なのか!?

上記のように危険な疾患を除外し、急性アルコール中毒と判断した場合、救急外来でのマネジメントとして点滴経過観察が選択されることが多いです。実際、やれそうなことは輸液くらいしかありませんが、急性アルコール中毒に対して輸液は有効なのでしょうか。

結論として、急性アルコール中毒に対する輸液はあまり有効とは言えません。エタノールクリアランスを促進させて血中濃度を低下させる効果がないどころか、ER滞在時間を延長させる可能性が指摘されています。

一般的に、健常人のエタノールクリアランス速度は20mg/dL/hr程度とされます³⁻⁵⁾。急性アルコール中毒で受診した患者に生理食塩水1000mLもしくは20mL/kgを投与しても、エタノールクリアランス速度に変化はありませんでした。同様に、輸液による血中アルコール濃度低下作用は報告されていません^{6,7)}。それどころか、日本発の報告では、輸液投与により有意差は検出されず、むしろER滞在時間が延長する可能性が指摘されました⁸⁾。バイタルサインや尿量、超音波検査などから脱水がなさそうとアセスメントしたのであれば、少なくとも大量輸液は避けたほう

がよさそうです。なお、急性アルコール中毒患者に平均600kcalほどの炭水化物を摂らせたところ、食後1時間でのエタノールクリアランスが増加したとの研究があります⁹⁾。やっぱり、シメのラーメンは重要ですね(*´▽`*)

急性アルコール中毒患者がERを受診してから帰宅可能になるまで、約3~6時間はかかります。この時間内に臨床症状が改善しない場合には、見落としがないか再考したほうが無難です(表2)。ただし、7時間以内に臨床症状が改善しない患者が21%、改善に11時間を要する患者が4%いたという報告があり、個体差はあります^{10,11)}。受診時にあらゆる可能性を考えて対応するほうが安全でしょう。脱水がない場合には輸液はしない風潮があるものの、そもそも脱水の有無の判断は難しいですし、数時間以上の長期戦が想定されるので、個人的には輸液を維持速度で流しておくことを推奨します。

アルコールに関連する疾患で受診する患者には、これからうんざりするほど遭遇すると思います。とてもコモンであるが故に、診療が雑になって思わぬpitfallにハマる可能性があります。目の前の「意識障害」患者はアルコール以外の原因を除外できているのか、常に意識しながら診療に当たしましょう。なお、暴力や過度の迷惑行為がある場合には修行だと思って堪える必要はありません。自分とスタッフ、他の患者の安全を守るために遅滞なく警察に通報しましょう。

今回の勘どころ

- 油断や慢心が出た時に重大な診療ミスが起こる。
- 見落としはならない病態を意識して診療しよう。
- 輸液にアルコール血中濃度低下効果はないため、脱水がなければ大量輸液は避けよう。

参考文献

- 1) Emerg Med Clin North Am. 2010 [PMID: 20709249]
- 2) Emerg Med Clin North Am. 2014 [PMID: 24766933]
- 3) Forensic Sci Int. 1984 [PMID: 6745819]
- 4) J Emerg Med. 1991 [PMID: 1940231]
- 5) Am J Emerg Med. 1995 [PMID: 7755817]
- 6) J Emerg Med. 1999 [PMID: 9950378]
- 7) Emerg Med Australas. 2013 [PMID: 24308613]
- 8) Am J Emerg Med. 2018 [PMID: 29289398]
- 9) Am J Emerg Med. 2018 [PMID: 29559355]
- 10) Am J Emerg Med. 1992 [PMID: 1616511]
- 11) Am J Emerg Med. 2018 [PMID: 29305022]

救急の初期診療に悩むすべての医療者への道しるべ、待望の全面改訂!

問題解決型救急初期診療 第3版

救急患者の診断からマネジメントまで、分かりやすいフローチャートで優先順位をつけ、考えること・すべきことを理解した上で、初期診療につなげる構成。特に基本的症候へのアプローチに重点を置き、単に手順を示すのではなく、真に理解しながら学べるよう問題解決のプロセスに焦点を当てている。ここ10年のエビデンスを踏まえて全面的にバージョンアップし、便利な参考資料も追加。筆者の魂の込められた好評書、待望の第3版。



救急外来、ここだけの話

編集 坂本 壮 田中 竜馬

救急外来(ER)の分野で議論のあるトピックを取り上げ、「第一線の医師はどのように考えて診療しているのか(=ぶっちゃけ、どうしているのか)」を解説。大好評の『集中治療、ここだけの話』に続く、シリーズ第2作。

救急外来、ここだけの話

第一線の医師はどのように考えて診療しているのか?

医学書院

●B5 2021年 頁482 定価:5,720円(本体5,200円+税10%) [ISBN978-4-260-04638-1]

編集 河野 隆志
杏林大学医学部
循環器内科学 臨床教授

レジデントのための心不全マネジメント

心不全患者数の急激な増加に伴い、循環器専門医だけでは対応しきれなくなる未来が迫っています。近い将来、若手医師であっても心不全のマネジメントをより主体的に担わなければならないはず。来るべき未来に備えて、心不全に関する基礎知識を押さえましょう。

第1回 **心不全のマネジメントを身近なものに!**
今回の執筆者 河野 隆志 杏林大学医学部循環器内科学 臨床教授

「10年後に心不全診療がどう変わっているか」想像したことはありますか? EMPEROR-Reduced 試験の治験責任医師をされた心不全領域の大神所 Milton Packer 先生は、興味深いことにこう予言しています。「ほとんどの慢性心不全患者は、specialist practitioner (循環器内科医でなく、もしかしたら医師でもない)によりマネジメントされるであろう」¹⁾。大胆すぎる予言が実現するかは不明ですが、少なくとも、私のような循環器内科医だけの心不全マネジメントは限界に来ており、共にマネジメントを担う仲間を増やすことが重要なのは確かです。

心不全パンデミックと呼ばれる急激な患者数増加の主な層は高齢者です。国内の患者数は、2030年には130万人を超すと推計され²⁾、慢性心不全患者の地域における管理は不可欠です。最近では、その診療を担う診療所・在宅の先生方を対象とするガイドブックなどが次々に刊行され、より良い地域連携の模索が進んでいます^{3,4)}。また、急性心不全に対する病院中心の医療ニーズの増加も避けられません。高齢心不全患者は、大半が心疾患以外の併存症を有します。肺炎や新型コロナウイルス感染症診療を呼吸器や感染症の専門外医師が実践するように、爆発的に増える急性心不全の診療も、循環器内科以外の先生方の支援なしには難しいと日々感じます。本連載は病棟の第一線で活躍している研修医の先生や循環器を専門としないものが高齢心不全患者と日々向き合う先生方を対象として、心不全診療をより身近なものとして理解してもらいたいとの思いから企画しました。

心不全が持つ2つのtrajectory

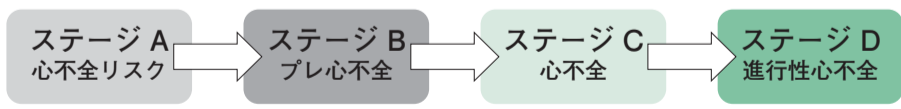
ところで「心不全のマネジメント」には何が必要なのでしょうか。「救急対応時の迅速な判断」や「補助循環を用いた重症心不全診療」といった、循環器内科的(?)な豪快なイメージを抱くかもしれません。もちろん、そう

した側面は重要ですが、求められる要素は極めて多様です。まずは心不全のマネジメントの構成要素を理解していただくために、心不全が持つ2つの特徴的な trajectory (病の軌跡) の紹介から始めたいと思います。

一つは、有名な心不全ステージ分類で示される「心不全の発症から進展の trajectory」です(図1)⁵⁾。癌の進行を示すステージ分類になぞらえることで、心不全が「だんだん悪くなり、生命を縮める病気」であることを示しています。また、心不全という症候群の概念を超えて、心不全リスク因子や心臓の構造的異常をも含めて心不全としてとらえています。もう一つは「心不全急性増悪における入院から退院までの trajectory」です。急性増悪後に心不全の状態はダイナミックに変わり、経過を踏まえて診療・ケアを実践することが米国心臓病学会から提言されています(図2)⁶⁾。それぞれの trajectory を確認しながら、心不全マネジメントに必要な要素を一緒に確認しましょう。

心不全ステージ分類からみたマネジメント

まずは、心不全ステージごと(図1)に必要なマネジメントの構成要素です。**ステージA**: 厳密な意味での心不全ではありませんが、高血圧、糖尿病、肥満、動脈硬化などの心不全発症の素因(心不全リスク)を有する患者が該当します。構造的な心異常すらない段階ですが、リスクが高いことから心不全のステージとして分類されます。リスク因子に対する薬物治療に加えて、食事療法、禁煙、運動といった生活習慣に目を配る必要があり、予防医療としてのアプローチが求められます。**ステージB**: 陳旧性心筋梗塞、左室機能障害、無症候性弁膜症などの心臓の構造的異常はあるけれども、日常生活上で症状は認めない(プレ心不全)患者が該当します。無症候性であるがゆえに見逃されやすいことに加え、治療



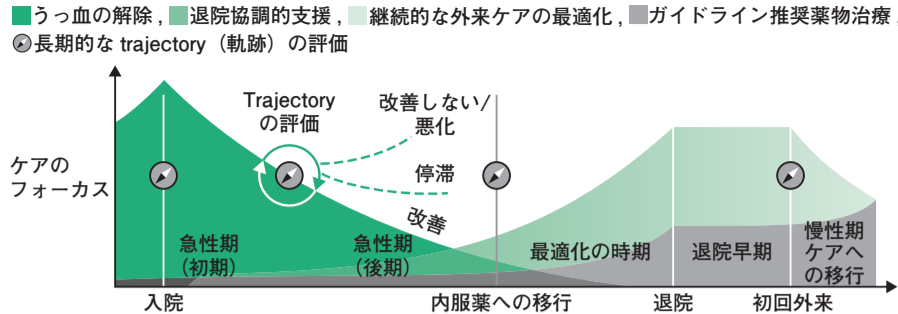
●図1 心不全ステージ分類(文献5をもとに作成)

その情報、正確に伝わっていますか?

外来・病棟・地域をつなぐ ケア移行実践ガイド

救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ……。1人の患者さんに複数の医療者・施設がかかわることが一般的となり、各セクションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜け落ちる場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを1冊に凝縮しました。

編集 小坂鎮太郎 松村真司



●図2 入院から退院後のケア: フォーカスポイント(文献6をもとに作成)

アドヒアランスが不十分となりがちである点には注意が必要です。冠動脈インターベンションなど、心臓に対する直接的アプローチが必要になることも、このステージからグッと増えてきます。**ステージC**: 狭義の(症候群としての)心不全(心臓の構造的異常があり、心不全症状の既往あり)の段階です。近年、左室駆出率の低下した心不全(Heart Failure with reduced Ejection Fraction: HFrEF)の治療の彩りが増えています。アンジオテンシン変換酵素(ACE)阻害薬/アンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)、β遮断薬、抗アルドステロン薬による従来からの基本治療に加え、アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬(ARNI)、ナトリウム・グルコース共輸送体2(SGLT2)阻害薬、過分極活性化環状ヌクレオチド依存性(HCN)チャネル遮断薬、可溶性グアニル酸シクラーゼ(sGC)刺激薬などの新規薬剤の登場により、大幅に予後が改善しています。予後改善が証明された薬剤がない難攻不落と考えられた左室駆出率の保持された心不全(Heart Failure with preserved Ejection Fraction: HFpEF)においても、SGLT2阻害薬による予後改善効果が示され大きな期待が寄せられています⁷⁾。**ステージD**: ガイドライン推奨治療を行った上でも安静時に心不全症状が出現する治療抵抗性(進行性)心不全が分類されます。補助循環を含めた侵襲的治療に関する意思決定支援は時に難しいことに加え、緩和ケアが相対的に重要となるステージです。多職種チームによる治療介入の重要性が必然的に高くなります。

心不全入院の時間軸からみたマネジメント

次に、入院という時間軸を意識しながら、心不全診療の構成要素を確認します(図2)⁶⁾。急性増悪時の治療の主体は「うっ血の解除」となり、可及的速やかな硝酸薬や利尿薬投与が重要です。呼吸不全や低灌流を伴う場合は、速やかで適切な治療が重要で、心不全診療の醍醐味とも言える要素です。初期治療の成否が予後に直結しますから、担当医の責任は重大です。うっ血が解除されると、生命予後を改善する「ガイドライン推奨薬剤の調整」がマネジメントの中心になります。入院期間は薬剤調整の絶好の機会です。地味に見えるかもしれませんが、先ほど紹介した通り、長期予後改善に直結することは忘れてはいけません。

十人十色な心不全に対して、個別最適化した治療をすることが求められ、担当医の腕の見せ所と言えるでしょう。薬物・非薬物治療が発展していますが、心不全マネジメントの基本は生活習慣の適正化を含めたセルフケアの実践です。退院を見据えた患者支援と退院後の継続的な外来ケアの最適化は再入院予防の鍵となり、退院後の外来・地域へのケア移行の重要性が、米国心臓協会の提言でも強調されています⁸⁾。水分・塩分の過剰摂取、服薬の自己中断、症状モニタリングの不足などが誘因となる予防可能な急性増悪は、退院直後の時期に多いとされています⁹⁾。高齢者では認知機能低下を伴うこともしばしばあります。家族サポートが得られる場合は良いですが、同居家族がいない場合も最近も多く、限られた入院期間で十分な生活・療養環境が整わないまま退院することもしばしばあり、マネジメントに難渋するケースを多く見受けられます。多面的なアプローチを提供する配慮が必要です。

第1回では心不全の2つの trajectory を紹介しました。心不全のマネジメントに求められる要素は極めて幅広いことがわかりただけでしょうか。より良いマネジメントの実践の実現のためにも、心不全マネジメントに主体的にかかわってくれる仲間が一人でも多く増えてほしいと願っています。心不全マネジメントを身近に感じてもらえるような連載にしたいと思っておりますので、どうかお付き合いください。

Take-home message

- ♥ 循環器専門医ではなくても心不全をマネジメントする未来がやってくる。
- ♥ 「発症から進展」と「急性増悪における入院から退院」という2つの trajectory (病みの軌跡) を意識する。
- ♥ 心不全の2つの trajectory を理解することで、そのマネジメントに求められる要素を意識する。

参考文献
1) Eur Heart J. 2018 [PMID: 29300940]
2) Circ J. 2008 [PMID: 18296852]
3) 日本心不全学会(編). 急性・慢性心不全診療ガイドライン——かかりつけ医向けガイダンス. ライフサイエンス出版; 2019.
4) 「地域におけるかかりつけ医を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班(編). 地域のかかりつけ医と多職種のための心不全診療ガイドブック. 2020.
5) Eur J Heart Fail. 2021 [PMID: 33605000]
6) J Am Coll Cardiol. 2019 [PMID: 31526538]
7) J Am Coll Cardiol. 2022 [PMID: 35379503]
8) Circ Heart Fail. 2015 [PMID: 25604605]
9) Circ Heart Fail. 2012 [PMID: 22811548]

●この・たかし氏/1998年慶大卒。同大医学部呼吸循環器内科学助教、米イリノイ大ボストク研究員などに従事後、13年慶大医学部循環器内科助教に就任。同大医学部重症心不全治療学寄附講座特任准教授、杏林大医学部循環器内科准教授を経て、20年より現職。

こんな問題集がほしかった! 心エコー読影力が必ずupする50症例、動画185本付!

国循・天理よろづ印 心エコー読影ドリル [Web動画付]

こんな問題集がほしかった! 心エコー読影力が必ずupする50症例、動画185本付! 「循環器ジャーナル」人気連載に大幅加筆し、心不全や弁膜症、先天性心疾患から、虚血性心疾患、心筋疾患まで、心エコー読影力さらにはその先を問う症例を厳選。解き終えた後は不正解の問題を解き直すもよし、付録の「逆引き疾患目次」「Learning Pointまとめ」で各疾患の理解を深めるもよし。ポロポロになるまで使い倒すべし!

編集 泉 知里

Medical Library

書評新刊案内

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

レジデントのための 小児感染症診療マニュアル

齋藤 昭彦 ● 編

A5・頁884
定価:9,900円(本体9,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04294-9

評者 森内 浩幸
長崎大学教授・小児科学

齋藤昭彦氏はわが国の小児感染症診療を牽引する存在である。米国で本格的に小児感染症の診療と研究のトレーニングを受け、帰国後は国立成育医療研究センターを経て、

新潟大学に移った後も国内の多くの小児科医に感染症教育を実践し育ててきた。その多くの仲間たち、弟子たちの協力の下で、本書が編さんされている。

本書は、齋藤氏が薫陶を受けた青木眞氏の『レジデントのための感染症診療マニュアル』(医学書院)の小児版というコンセプトで書かれたというが、単なるオマージュではなく「感染症学」と「小児科学」が有機的に結びついた傑作であり、今後わが国における小児感染症診療のバイブルとなるだろう。

齋藤氏が述べているように、小児には成人とは異なるさまざまな特色があり、それが感染症の分野でも単純に感染症学の小児版とするだけでは済まない難しさを持っている。本書では、総論の中で小児という宿主の特殊性を読者が十分に理解できるように解説し、また、小児ならではの感染症各論も丁寧に展開している。

本書ではまた、感染症との鑑別が必要となる病態の解説も加えるとともに、症候学的アプローチ、感染臓器からの

「感染症学」と「小児科学」が有機的に結びついた傑作



アプローチ、原因微生物からのアプローチと多角的に小児感染症をとらえ、実際のプラクティスの中でも使いやすい構成されている。エビデンスに基づいて書かれてあるけれども、ガイドラインのような味気なさはない。

本書は教科書として腰を据えて読み込む部分、現場のレファレンスとしてフットワークよく使い込む部分に加えて、指導医がコーヒーブレイクの時に自分の経験談やフィロソフィーを話してくれるようなMEMOが随所にちりばめられていて、それがまた読んでいて楽しいだけではなく教科書的な内容だけでは学べないことを教えてくれる。

すでにSARS コロナウイルス2型のような新しい病原体についても記載されているが、感染症診療の進歩は日進月歩であるため、今後も本書は随時改訂されていくと思われる。しかし長い年月が経っても、本書のコンセプトが生き続ける限り、Nelsonの小児科学やMandellの感染症学の教科書のような古典になっていることと確信する。そして小児感染症という分野が単純に小児科の中の感染症でもなく、感染症の小児領域というものでもない、ユニークで重要な分野であることを示してくれることだろう。

ジェネラリストのための がん診療ポケットブック

勝俣 範之、東 光久 ● 編

A6・頁288
定価:4,180円(本体3,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04922-1

評者 上田 剛士
洛和会丸太町病院救急・総合診療科部長

ジェネラリストにとって心強い味方ができた。『ジェネラリストのためのがん診療ポケットブック』である。2人に1人はがんに罹患し、3人に1人はがんで死亡している時代において、がん診療はジェネラリストにとって避けることのできない分野である。患者・社会からのニーズも高く、この分野に臨むことにやりがいがあることは言うまでもない。その一方で、がん診療は壮大な学問であり、ジェネラリストが挑むにはいささかハードルが高かった。本書ではがん診療のメインストリームであろう薬物療法についてあえて深く踏み入らないことで、このハードルを一気に下げた。

その代わりにジェネラリストが知りたい内容が盛りだくさんとなっており、がん薬物療法を普段行っていないジェネラリストのために特化した一冊である。例えばがんの予防については患者からの質問も多く、ジェネラリストにとって知らなければならぬ知識の一つであるが、「がんの19.5%が喫煙による」「適度な運動はがん死亡リスクを5%下げる」などの具体的な記述は患者指導に大いに役立つであろう。また、がんのリスクとなる食品、リスクを下げる食品についても言及されている。がんを疑う徴候に関しても、例えば、Leser-Trélat 徴候は3~6か月以内の急性発症で痒痒感を伴うことが脂漏性角

化症との違いなど、臨床的に重要な知識が詰め込まれている。

コンサルテーション先が定まらず対応に困ることも多い「原発不明がん」や「高齢者のがん」「遺伝性がん・若年性がん」についても章が設けられており、この一冊だけでさまざまながんに対応できる。がん患者とのコミュニケーション、アドバンス・ケア・プランニング、緩和ケアについてもカバーしている。がんサバイバーケアの記述も充実しており、いつ、何によってフォローすべきかを教えてくれ、ジェネラリストを「オンコ・ジェネラリスト」へと昇格させてくれる一冊と言えよう。

がん薬物療法に関してはレジメンの詳細は紹介されていないものの、免疫チェックポイント阻害薬を含む薬物療法の副作用管理についてはしっかりと記述されている。薬物療法中のがん患者であっても、併存症や合併症のためにジェネラリストあるいは臓器別専門医が診療する機会は多いからである。がん薬物療法を普段行っていないジェネラリスト/臓器別専門医は、この書籍をポケットに忍ばせておくことで自信を持ってがん患者を診療できるようになるだろう。オンコロジックエマージェンシーについても記述されているので、救急や一般外来の初療を担当する医師にもお薦めだ。

緩和ケアレジデントマニュアル 第2版

森田 達也、木澤 義之 ● 監修
西 智弘、松本 禎久、森 雅紀、山口 崇 ● 編

B6変型・頁536
定価:3,960円(本体3,600円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04907-8

評者 勝俣 範之
日医大武蔵小杉病院教授・腫瘍内科

緩和ケアは、がんと診断された時から提供されるべきとしています(厚労省、2012年)。この『緩和ケアレジデントマニュアル 第2版』は、日本の緩和ケアの第一人者の先生方が中心になって、最新の情報をもとにつくられた実践的な教科書であり、マニュアルです。

近年、緩和ケア研究は、治療研究にも劣らず、たくさんの臨床研究が行われ、多くのエビデンスが積み重ねられてきています。本書では、その得られた最新かつ最善のエビデンスをベースに、きちんとレビューされ、丁寧な記載がなされている点が素晴らしいと思います。また、文献にはPMIDが記載されているので、実際に参照する上でとても便利です。さらに、おのおのの治療やケアに対して★がつけられており、★は「観察研究などがある」、★★

は「RCTが1つある」、★★★は「メタアナリシスまたは複数のRCTがある」としていて、とてもわかりやすいです。

本書は、がんの緩和ケアだけではなく、非がんの緩和ケアについても書かれています。今後は非がん患者にも緩和ケアが広がっていくと考えられますので、がん以外の医療従事者にとっても役に立つものと思われま。細かいところですが、表紙の裏側の見返しの部分にはオピオイドの換算表が載っているため、必要なときにはすぐ調べることができます。このように細かいところまで気を配られていますし、各項目の記述に関しては、きちんとレビューがなされているせいか、かなり細かいエビデンスに関しても、信頼できる記述となっています。私も数多くの書籍の編集作業をしてきま

緩和ケアに携わる医療者にとって必携の書

ジェネラリストのための 内科診断 キーフレーズ

長野 広之

SAMPLE PAGE

『medicina』誌の好評連載をアップデートして書籍化。内科臨床に役立つ「鑑別診断を絞り込むのに特異的、知っておくと役に立つ Problem (=キーフレーズ)」から絞り込んでいく鑑別診断の考え方について、エビデンスに基づいて実践的に解説。

詳細はこちら▶

A5 2022年 頁336 定価:3,850円(本体3,500円+税10%) [ISBN978-4-260-04923-8]

医学書院

「キーフレーズ」をヒントに鑑別を絞り込む!

初期に focus がわかりにくい発熱をきたす感染症

- 感染性心内膜炎
- サイトメガロウイルス感染症
- 結核
- 菌血症
- 深部膿瘍(肝膿瘍)
- カンビロバクター腸炎の初期
- 紅門菌感染症

本項の執筆にあたって「誰も載えてくれなかった『風邪』の謎かなー感染症診療12の戦略」第2版(医学書院)を参考にさせていただきました。ご許可を頂いた著者の指田直樹先生に感謝いたします。

総論
発熱の focus を考える際は大きく以下の枠組みで考えます。
● 感染症

「臨床」と「研究」でのリーダーシップ・教育力が身につく

新刊 JUGLERブック 若手指導医1年目の教科書

▶全国の総合診療医のレベルアップ・ボトムアップを図るべく活動するグループ「JUGLER」による若手指導医のための入門テキスト。「リアルワールド」をよく知るエキスパートたちが温かく寄り添いながら、臨床と研究それぞれに関し、リーダーシップの取り方と後輩の育て方を解説。明日から現場で使える実用的な知識やスキルのほか、現実を生き抜くうえでの重要な考え方も身につく。

※本書連動の雑誌バラエティー、CareNetV「THE指導医力」見るラヂオ by JUGLER日曜朝配信!

編集代表:多胡雅毅 佐賀大学医学部附属病院 総合診療部/佐賀大学医学部 地域医療支援学講座
鋪野紀好 千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育/千葉大学医学部附属病院 総合診療科
定価3,740円(本体3,400円+税10%)
A5 頁276 図29 表31 2022年
ISBN978-4-8157-3048-2

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL.(03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

麻酔科レジデントマニュアル 第2版

川口 昌彦 ● 編

井上 聡己, 渡邊 恵介, 恵川 淳二 ● 編集協力

B6変型・頁456

定価:4,180円(本体3,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04903-0

評者 佐和 貞治

京府医大教授・麻酔科学

この『麻酔科レジデントマニュアル』は、白衣やスクラブのポケットに携帯できる、「麻酔科研修の友」である。

麻酔科領域で研修を行う医師が、日々の診療業務の中で取り組む研修課題についての重要なポイントを確認して整理して自分の知識や技術として身につけていく上で大変役に立つ。2008年の初版『臨床麻酔レジデントマニュアル』(編集:古家仁)の出版から10年以上を経て、今回、奈良医大麻酔科学教室川口昌彦教授の編集のもとで、刷新が必要な部分について改訂されて新たに第2版として出版された。

いくつかある同様の麻酔科研修マニュアル本の中で、本書の最大の特徴は、何と言っても奈良医大麻酔科学教室とその関連施設スタッフ総勢58人もの方々が協力して作成された内容であることである。麻酔科の後期研修は、2015年度から日本麻酔科学会による麻酔科専門研修プログラム制度がスタートし、2018年度には日本専門医機構の麻酔科領域専門研修制度に引き継がれた。3~4年間の後期研修は、基幹施設の管理のもとで、複数の連携施設が研修に参画してプログラムが構成される。後期研修医(専攻医)は、基幹施設での研修に加えて、連携施設での研修も行う。したがって、研修者は、基幹施設や連携施設などにおいてさまざまな指導医と接し、いろいろな考え方ややり方を教えられることとなる。そのことは多様性を学ぶ上では利点にもなるが、場合によっては指導者ごとに言うことが異なり、研修者は施設ごとに違うことを言われて振り回されてしまうという欠点にもなる。奈良医大麻酔科学教室がかかわる麻酔科専門研修プログラムにおいて、基幹施設、連携施設のスタッフが総勢で一つのチームのように研修マニュアルを整備して、研修者に基本的な研修のガイダンスとして提供されるということは、研修における基本的な考え方や手技について統一感を持った後期研修の提供

が可能となり、複数施設で連携して行う研修プログラムの中では大きな研修の質の担保につながるものであろう。内容的にも、手術麻酔の基本と実践、集中治療、ペインクリニック、緩和ケアの基本と実践、そして医療安全と研修の重要な領域が網羅されている。細かいところでは、術前管理では「プレハビリテーション」や「周術期口腔機能管理」などの先進的な部分の項目が含まれているなど、奈良医大が全国に先駆けて取り組んできた内容が特徴として表れている。また麻酔のモニターや基本手術、気道確保の道具、合併症などについても、コンパクトに整然と重要点がまとめられている。「術後管理の基本」の項目では、起こり得る麻酔関連の合併症についても十分に解説されており、研修における合併症理解への姿勢が示されている点は印象深い。

日々の診療で役立つ「麻酔科研修の友」

麻酔科領域の研修プログラムでは、集中治療やペインクリニック・緩和医療などのいわゆるサブスペシャリティ領域は、現状では必修化されていない。一方で、麻酔科専門医認定の口頭試験では、全2問の症例問題のうち1問は、集中治療やペインクリニック・緩和医療が深くかかわる問題が出題されることも多い。口頭試験では70~80%の合格点が求められることを考えると、ここでサブスペシャリティ領域についての問いに適切に回答できないと、合格をつかみ損ねてしまうかもしれない。本書では、麻酔科専門研修の中でのサブスペシャリティ領域の研修についてもどのような点が重要であるのかを明示している。

本書は、麻酔科領域の後期研修医を対象にしたものと考えられるが、麻酔科へのローテート中の初期研修医に対して、麻酔科学の面白みや深みを伝える上では大いに役に立つであろう。麻酔科学の研修内容をこのように「麻酔科研修の友」としてコンパクトにまとめられた川口教授以下、奈良医大麻酔科学教室の関連施設のスタッフの先生方には大いなる敬意を表したい。

が連携して行っていくべき大切なことですので、次回改訂時には、早期緩和ケアもぜひ紹介していただきたいと思えます。

この本は、将来緩和ケアをめざす若き医師だけではなく、緩和ケアにかかわる医師を含めた医療従事者は必携の本と思われます。また、がん治療もぜひ手に取ってほしいと思えます。そして、日本の緩和ケアの質が少しでも向上し、がん患者さんの助けになることができるように期待します。

したが、この本のように多くの執筆者がいる場合、整合性の問題やエビデンスの考え方を統一させる点など、編集の労は並大抵ではなかったと思われま。編集作業をされた監修、編集の先生方に敬意を表したいと思います。

今後、がん診療で大切なことは、がん治療医と緩和ケア医との連携をどのようにうまくやっていくのか、という点であると考えています。本書では、早期緩和ケア(early palliative care)に関しては触れられていませんが、早期緩和ケアは、がん治療医と緩和ケア医

祝点

腹腔鏡手術トレーニング：神の手チャレンジからの挑戦状！

市川 雅男 日本医科大学産婦人科 准教授



腹腔鏡手術を行う読者の中には、若手をはじめとして思うように鉗子操作ができないという方も多いだろう。そこで本稿では、トレーニングとして筆者らが行う「神の手チャレンジ」(以下、神チャレ)を紹介したい(写真1)。

神チャレは、腹腔鏡手術の道具を用いて折り鶴を作るスピードを競う競技であり、1000羽折る挑戦でもある。参加者には、折り鶴完成までの最速タイムによって称号が与えられる(超超超神:2分未満, 超超神:3分未満, 超神:4分未満, 医神:5分未満, 神の手:6分未満, 救世主:7分未満, 伝説:8分未満, 師匠:10分未満, 上級者:15分未満)。YouTube上で2015年6月に開始し徐々に参加者が増え、現在はFacebook上にコミュニティを作る。目的は、折り鶴トレーニングを通して多くの医師が楽しみながら技術を磨き、日本、さらには世界の腹腔鏡手術のレベルを飛躍させることにある。

◆鉗子操作訓練への有用性

広くトレーニングが行われる結紮操作は手術の重要な要素であるが、手術時間の10%を占めるかどうかには過ぎない。その他90%の時間は、組織をつかむ、引っ張る、剥離する、切るといった単純動作である。これらの動作を腹腔鏡下という特殊環境で、俊敏かつ確に実行するには長時間の訓練が必要な一方、ピーズ運び、輪ゴムかけなどの従来の練習方法は簡単ですが飽きてしまう上に孤独でつまらない。比べて神チャレは、難しくてイライラするが、達成感があってクセになる。自己ベストを更新した際は天にも登る気分だ。かつ、周りに情熱的なライバル(仲間)がいて楽しい(写真1)。

特に、手先が器用でない、手術する機会に恵まれない、非利き手がうまく使えない方にトライしてほしい。腹腔鏡手術が上手な人と上手でない人の違



●写真1 神チャレの様子(上)と、共に切磋琢磨するライバルたち(下)



●写真2 第1回神チャレ全国大会の告知

いは、頭でイメージした鉗子動作を2次元のモニターを通し、腹腔内で忠実に再現できるかどうかだ。初学者はこれがなかなかできず、利き手だけで操作しようとして非利き手が止まる。この習熟までの期間をラーニングカーブと称し、患者を付き合わせるの勘弁してほしい。代わりに神チャレに挑戦し、まずは1000羽の作成を完遂しよう。折り鶴は、片方の鉗子で折ったり広げたりする際に、対側の鉗子で折り紙を押さえ込まないと紙が暴れる。つまり、折り鶴作成を積み重ねる過程で、強制的に左右の鉗子動作が連動する。さらに、タイムを意識することにより、あらゆる動作を一回でやり切る習慣がつく。気付けば自分の手のように、無意識に左右の鉗子を操れるはずだ。

◆折り紙と思うな、患者と思え！

一度折り始めたら、必ず最後まで折り切ってほしい。なぜなら、実際の手術は一度始めたら途中でやめることができないからだ。どんなに折り紙がグチャグチャになっても、そこからリカバーし、鶴を完成させる(患者を救う)。そうして真摯に取り組めば、折り鶴を一羽折ることは腹腔鏡手術一件を完遂するのと同様の修練になる。継続すれば、仮に手術機会に恵まれない医師であってもハイボリュームセンター以上の腹腔鏡手術の経験値を積めるはずだ。そして、1000羽の作成を完遂した暁には、神頼みではなく、自らの手で患者を救うことができるだろう。

本年12月には、初の全国(世界)大会の開催も予定している(写真2)。「神の手」を手に入れたい若者は、ぜひ一緒に神チャレに参加してほしい！

●いちかわ・まさお氏/1996年日医大卒。2003年同大大学院医学系研究科博士課程修了。08年同大産婦人科助教、12年講師を経て、22年より現職。腹腔鏡下仙骨腔固定術を先進医療として国内に導入。専門は骨盤臓器脱手術、子宮内膜症手術。「最高の治療をより多くの人に！」を信条に臨床に尽力する。

胸部CTの修得は、この本から始める！

新刊 すぐに役立つ 胸部CT診断マニュアル

▶胸部CTの読影、診断のポイントを初学者にもわかりやすく解説。画像診断に必要な胸部の解剖の知識を踏まえたうえで、肺野・縦隔病変の基本的な画像所見を示し鑑別診断の考え方を伝授する。CTが重要な役割を果たす疾患に関して直近にCT画像を示し、箇条書きスタイルでコンパクトに解説。必要な場合は単純X線写真も併置し実際の診断に配慮。放射線科医のみならず画像診断を専門としない医師にとって最適な入門・実践書。

著:高橋雅士 友仁山崎病院 病院長

定価5,280円(本体4,800円+税10%)
B5 頁268 図31・写真697 2022年
ISBN978-4-8157-3050-5MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36TEL.(03)5804-6051 http://www.medsico.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsico.jp

臨床婦人科産科

Vol.76 No.4

増刊号

2022年4月号

定価9,350円(本体8,500円+税10%)

最新の不妊症診療がわかる！

生殖補助医療を中心とした新たな治療体系

年間購読(送料無料)月刊、合併増大号、増刊号を含む年12冊
冊子:41,316円(本体37,560円+税)
冊子+電子:46,816円(本体42,560円+税)

医学書院

詳しくはこちら



最新の 不妊症診療がわかる！

生殖補助医療を中心とした新たな治療体系



内科系専門医試験対策のためのオンライン問題集

WEB内科塾

開講しました!

トップ指導医たちが吟味を重ねた 1200超の良問が内科系専門医試験合格をサポート!

特徴

- 1 トップ指導医たちによる最強の臨床トレーニングWEBアプリ
2 内科系専門医試験の出題形式にそって作成され、専門医カリキュラムの重要トピックを網羅。
3 最新のガイドライン・エビデンスをふまえた問題と解説により内科臨床の必須事項は一通り学ぶことができる。
4 専門医試験の約60%を占める臨床問題対策に最適の学習ツール
5 スマホ、タブレット、PCでいつでもどこでもスキマ時間に効率的に試験対策。学習支援機能も充実

主なエディター

筒泉 貴彦 愛仁会高槻病院 総合内科主任部長
山田 悠史 マウントサイナイ医科大学 老年医学・緩和医療科



利用環境 対応ブラウザ: Internet Explorer, Microsoft Edge, Chrome, Firefox, Safari の最新版
※WEB内科塾のご利用にはインターネット接続環境が必要になります。

●定価: 30,800円 (28,000円+税) : 1年間

こちらにアクセス!



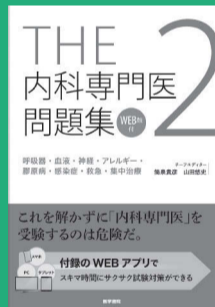
https://www.igaku-shoin.co.jp/webnaikajuku

医学書院 WEB内科塾

掲載内容(計1248問)



THE 内科専門医問題集 1 WEB版付(207問)



THE 内科専門医問題集 2 WEB版付(223問)



THE 総合内科ドリル WEB版付(218問)



目でみるトレーニング—認定内科医・認定内科専門医受験のための151題(152問)

目でみるトレーニング第2集—内科系専門医受験のための臨床実地問題(159問)

目でみるトレーニング第3集—内科系専門医受験のための必修臨床問題(142問)

目でみるトレーニング第4集—内科系専門医受験のための必修臨床問題(147問)

※掲載書籍および問題数は2021年1月時点の予定となります。予告なく変更・掲載される可能性があります。

医学書院

7 medicina Vol.59 No.8

日常診療に潜む臨床検査のピットフォールを回避せよ

企画: 鋪野紀好(千葉大学大学院医学研究地域医療教育学)

臨床検査における診断エラーが生じるフェーズを「適応」「採取」「解釈」3つに分類し、それぞれで陥りがちなピットフォールを症例をもとに解説。検査前確率、偽陽性・偽陰性の存在、他の検査値による影響などを踏まえ、検査結果をどう適切に解釈し診断に役立てるか、エキスパートが経験した34症例からぜひ学びを深めていただきたい。

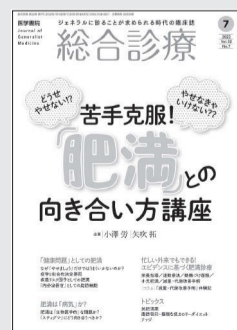
INDEX 総論 臨床検査における診断エラー
各論 尿検査/血液・凝固・線溶系検査/生化学検査/内分泌・代謝検査/免疫学的検査/感染症検査/糞便検査・穿刺液検査/画像検査
●1部定価: 2,860円(税込)

- ローテクでもここまでできる! おなかのフィジカル診断塾
治らない咳、どう診る・どう処方する?
ここが知りたい! 欲張り神経病巣診断
続・ケースレポートを書こう! “論文の軸の設定”トレーニング
主治医の介入でこれだけ変わる! 内科疾患のリハビリテーション
目でみるトレーニング

2022年増刊号(Vol.59 No.4)
フィジカル大全
読んで、見て、聴いて、身体診察を完全マスター!

企画: 徳田安春(群星沖繩臨床研修センター)
●特別定価: 6,050円(税込)
来月の特集(Vol.59 No.9)
不安を自信に変える心電図トレーニング
専門医のtipsを詰め込んだ50問
企画: 高麗謙吾(小倉記念病院循環器内科)

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



総合診療 Vol.32 No.7

どうせやせない!? やせなきゃいけない!? 苦手克服! 「肥満」との向き合い方講座

企画: 小澤 芳・矢吹 拓(栃木医療センター 内科)

コロナ禍で「肥満」が増えています。一方で健康志向が高まる昨今、「肥満診療」に欠かせない知識と実践方法を全部詰め込みました。「スティグマ」や「ルッキズム」など、押さえておきたい社会的課題への見識もアップデート。「わかっちゃいるけどやめられない」患者さんを前に、手応えのなさや苦手意識を感じているあなたのために。

INDEX
【総論】「健康問題」としての肥満 ①なぜ「やせましょう」だけではうまくいかないのか?…小澤 芳 ②肥満の疫学と社会的決定要因—“下流”における「公衆衛生」実践のススム…本間陽一郎
③肥満って、ホントに健康に悪いの?—疾患リスク因子としての肥満…柴崎俊一 ④「内分泌器」としての脂肪細胞—肥満に関する基礎研究最前線…山口哲志・和田 淳
【肥満は「病気」か?】 ①医療人類学の視点から 肥満は単に「生物学的」な問題か?…美馬達哉 ②肥満をめぐる倫理的問題—医師は「スティグマ」にどう向き合うべきか?…玉手慎太郎
【実践編】忙しい外来でもできる! エビデンスに基づく肥満診療 ①外来でできる多面的な「栄養指導」—「リバウンド症例」へのアプローチ…長井直子 ②外来でできる「運動療法」肥満治療における運動の意義と勧め方…勝川史憲 ③外来でできる「動機づけ面接」“チェンジトーク”を引き出そう…大杉 満 ④「小児」の肥満問題と具体的なアプローチ…徳永 修 ⑤内科医が押さえておきたい「減量・代謝改善手術」の適応と種類、特有の合併症…春田英律・齋藤 心・細谷好則
【コラム】「減量・代謝改善手術」体験記…花岡亮輔
【トピックス】 ①「抗肥満薬」の位置づけと治療戦略…司馬 照・玉井道裕 ②肥満に対する「民間アプローチ」のエビデンス…藤川裕泰 ③肥満対策における「ナッジ」の可能性…竹林正樹

来月の特集(Vol.32 No.8) ●1部定価: 2,750円(税込)
こんなところも! “ちょいあて”エコー POCUSお役立ちTips! 企画: 佐藤直行(社会医療法人かりゆし会・ハートライフ病院 総合内科)

年間購読 受付中!

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

2022年 年間購読料
●medicina 40,788円(税込) (増刊号・増大号を含む年13冊)
●総合診療 32,472円(税込) 個人特別割引28,248円(税込)
医学生・初期研修医割引22,044円(税込)

電子版も選べいただけます

医学書院