

2023年11月13日

第3541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
ICOPY 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] 輸液・水電解質のもやもやを考える(長澤将,木附大晴,笠原千晶)… 1—2面
- [FAQ] 神経診療における病歴聴取(杉田陽一郎)…………… 3面
- [連載] スライド作成のABC…………… 4面
- [連載] ER診療の勘どころ…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY/第61回日本治療学会学術集会…………… 6—7面

座談会 輸液・水電解質のもやもやを考える



木附 大晴氏
順天堂大学総合診療科



長澤 将氏 = 司会
東北大学病院腎臓・高血圧内科 講師



笠原 千晶氏
東京都立墨東病院

輸液・水電解質の知識は重要ではあるものの、原因が明快にわからずもやもやするケースや検査値がグレーゾーンで判断に迷うケースが多く、苦手意識を持つ研修医は少なくないだろう。このたび長澤将氏が上梓した『Dr. 長澤印 輸液・水電解質ドリル』(医学書院)は、そんな悩み多き輸液・水電解質にまつわる問題を、厳選した20症例を通じて解説しており、臨床での考え方をわかりやすく学ぶことができる。

そこで本紙では長澤氏と腎臓内科医をめざす卒後2年目の笠原氏、総合診療科の専攻医で卒後3年目の木附氏による座談会を企画。笠原氏、木附氏が臨床で感じた率直な疑問を長澤氏に投げかけた。

長澤 本題に入る前に一つお伺いしたいのですが、先生方は学生時代に輸液・水電解質をどれくらい勉強してきましたか？

笠原 正直に言うとまとまった勉強をしたことはなく、研修医になる直前に教科書を1冊読んだ程度です。内科ローテーションの最初の1か月は何がわからないかもわからず、メインとなる輸液の選択一つとっても不安から過度に考え込むことがありました。卒後2年目とまだ経験を積んでいる最中なので、現在は電解質異常の患者に出会うたびに、あんちょこ本とにらめっこしながらどうにか対処している状態です。

木附 私も笠原先生と同じく、学生時代はほとんど輸液の勉強はしてきませんでした。恥ずかしながら輸液には1号液から6号液、リンガー液、生理食塩水があり、それぞれNa濃度が異なることくらいしか知らなかったです。臨床に出て、知識が必要になるたびにその場で調べ、学んできました。

長澤 やはりそういうものですね。ですが、勉強をしていなくとも困ったケースはあまりなかったのではないのでしょうか？ 腎臓は輸液に応じて臨機応変に対応してくれるため、輸液をそれなりに行っても大抵は何とかなりますし、経験の浅いうちはそれでも良いと私は思っています。

木附 たしかに臨床に出たばかりのころは、先輩のまねをして安直に生理食塩水をつなげているだけで解決するこ

とも多く、特に困らなかったです。ですが、日を経るにしたがって付け焼き刃では対処できない悩ましいケースに当たる機会が多くなり、もやもやすることもどんどん増えてきました。今日は長澤先生にお話を伺い、この疑問を解決できればと思います。

体液量は患者のエピソードも併せて多角的に評価する

笠原 まずお聞きしたいのは体液量評価についてです。低Na血症を鑑別する際などに体液量評価は重要だと思うのですが、例えばエコーで下大静脈(IVC)が12mm/8mmで少し浮腫んでいるように見える、心不全のグレーゾーンにいる患者をどう評価すべきか毎回悩んでいます。

長澤 何か一つの指標で簡単に判断できることが理想ですが、複雑な実臨床でそれは難しいです。私が一番妥当だと思う方法は、カルテを見て患者の話聞き、病歴やエピソードから多角的視点で患者を評価することです。例えば、食事が摂れていなければ脱水の可能性が高く、多量の輸液をされていた場合は溢水が疑われます。嘔吐や下痢がある患者の体液量が過剰になることも通常はあり得ません。熱中症で溢水に陥るケースもそうないでしょう。ケースごとに細かく分析し、常識ののって評価することで、おのずと予測が立てられます。

木附 身体所見についてはどう考えれば良いのでしょうか？

長澤 体液量を示唆する身体所見として、口の粘膜の乾燥や目のくぼみ、ツルゴールなどがありますが、救急外来で初めて診る患者に対しては活用が難しいことも多いです。また臨床経験がまだ浅いと、典型的な身体所見でも経験したことがないものもあるのではないのでしょうか？ 例えば重度の溢水で結膜まで浮腫んだ患者を実際に診たことはありますか？

木附 教科書には記載されていても、それほど重度の浮腫みを実際に見たことはないです。

長澤 そうですね。ですが検査値や病歴など、身体所見以外のさまざまな情報を合わせれば判断できますから、実際に目にした経験がなくても大丈夫です。教科書的な知識は知識として理解しておけば良いと思います。

さらに考えてほしいのは、今すぐに結論を出す必要があるのかということです。临床上、すぐに出さなくて良い答えは数多く存在します。ですから最初は、「〇〇なのでおそらくこれは脱水だと思います。なので、まず輸液を入れます。◇◇時間後にフィードバックします」のように判断できればOKです。フィードバックの結果も情報の一つになります。採血・尿検査などの結果やエコーなどのさまざまな情報を統合すれば、最終的に正しい治療につながられるでしょう。

木附 なるほど。さまざまな手段を使って多角的に判断し、治療の方向性を修正していくというのは非常に納得がきました。

笠原 多角的に判断するには総合的な判断力が必要だと思いますが、その判断力はどう身に付けていけば良いのでしょうか？

長澤 教科書と臨床経験の両輪でバランス良く学ぶことです。教科書に関しては、自分と相性の良いものを探し、繰り返し読むことを勧めます。読むたびに成長度に応じた新たな知識や気づきが得られるでしょう。

一方で、迅速な臨床方針の決定方法、複数の患者を診る際の優先順位の考え方は現場での経験からでなければ絶対に身に付けられません。臨床で先輩の動き方を見たり、患者を診たりしながら学んでいくしかないです。また臨床では教科書通りにならないことも多くあります。そうした経験がその後の研究活動、ひいては領域の発展にもつながるので、教科書通りでない事例に巡り合った時は論文や本に当てはめようとせず、自分の所見を信じて行動してみてください。

数学的に割り切れそうで 割り切れない輸液・水電解質

木附 次は、臨床でよく出合うNa, K (2面につづく)

November 2023

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。

救急超音波診療ガイド [Web動画付]

監修 一般社団法人 日本救急医学会
編集 日本救急医学会Point-of-Care超音波推進委員会
編集協力 一般社団法人 日本集中治療医学会、公益社団法人 日本超音波医学会、一般社団法人 日本小児救急医学会、一般社団法人 日本ポイントオブケア超音波学会
B5 頁392 定価: 8,800円[本体8,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05346-4]

感染対策60のQ&A

坂本史衣
A5 頁328 定価: 3,300円[本体3,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05271-9]

内分泌代謝疾患レジデントマニュアル (第5版)

編集 吉岡成人、和田典男、永井 聡
B6変型 頁432 定価: 3,740円[本体3,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05272-6]

免疫染色パーフェクトガイド [Web動画付]

編集 柳田絵美衣
B5 頁288 定価: 7,480円[本体6,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05331-0]

急変時、何をみる? どう判断する? 病棟ナースの臨床推論

編集 増山純二、苑田裕樹
B5 頁180 定価: 2,970円[本体2,700+税10%]
[ISBN978-4-260-05358-7]

(シリーズ ケアをひらく) 超人ナイチンゲール

栗原 康
A5 頁272 定価: 2,200円[本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05442-3]

(シリーズ ケアをひらく) わたしが誰かわからない ヤングケアラーを探す旅

中村佑子
A5 頁232 定価: 2,200円[本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05441-6]

座談会 輸液・水電解質のもやもやを考える

●ながさわ・たすく氏
2003年東北大卒。12年同大大学院修了。14年石巻赤十字病院腎臓内科部長などを経て、19年より現職。著書に『カニでもわかる水・電解質』(中外医学社)、『Dr.長澤印 輸液・水電解質ドリル』(医学書院)など。
●きつき・たいせい氏
福岡県出身。2021年愛知医大を卒業後、順大附属順天堂医院で初期臨床研修を実施。その後、同院の総合診療専門医の研修プログラムに進む。現在は筑波記念病院救急科に勤務。
●かさはら・ちあき氏
石川県金沢市出身。2022年東大医学部医学科を卒業後、現在は東京都立墨東病院で初期臨床研修を行っている。患者や上級医とのかわりの中で体液や腎臓の面白さに気づき、腎臓内科医を志望する。

(1面よりつづく)

異常に関してお聞きします。教科書的に鑑別はついたものの異常の原因がはっきりせず、治療によって患者の体調は良くなりましたが、もやもやすることがよくありました。

笠原 そのような事例は頻繁にあります。以前、低Na血症で抗利尿ホルモン不適分泌症候群(SIADH)パターンの患者を診た際、好発する高齢者でなく、原因となりそうな薬剤の使用もなく、肺炎や中枢神経感染症もない事例がありました。その患者にはNa補正を行ったところ症状は改善したのですが、結局原因はわからずじまいでした。

長澤 臨床では原因不明のNa、K異常は度々起こります。例えば抗利尿ホルモン(ADH)は、高張や脱水以外にも採血の痛みや尿道カテーテルの留置による内圧上昇でも分泌されることが実はあります。そうした刺激で一過性の低Na血症になり、検査で引っかかるのです。

笠原 そうしたストレスによる低Na血症になりやすい人はいるのでしょうか。

長澤 間違いなく存在します。ですから患者が退院される際には「のどが渇いていない時は、あまりたくさん水を飲まなくてもいい」とアドバイスしておくともいいかもしれません。再吸収できる水分が減るので、ストレスがあった場合でも低Na血症になる可能性が低くなります。

木附 そのような患者には、何に主眼

を置いて対応すれば良いですか。

長澤 大事にするべき基準は、患者の症状が改善しているか、患者が困っていないかということです。将来的には原因が明らかになるかもしれませんが、現時点ではわからないことは数多くあります。その時の処置によって体調が良くなったのなら、原因を過度に気にする必要はありません。もし原因が深刻なものならば、電解質異常を繰り返し訴える可能性が高いので、その時に適切に対処しましょう。

笠原 長澤先生のお話を聞いて、輸液や電解質で感じる難しさやもやもやは、輸液や電解質が一見すると数学的に明快に割り切れそうな雰囲気のある分野だからこそ生じるのかもしれないと感じました。数学的に見えるのにそうではないというところが、輸液・水電解質の難しさであり、奥深い面白さなのかもしれません。

長澤 「輸液・水電解質分野はもやもやするものだ」と認識し、もう少し気楽に診療できるようになれば、この分野が得意でない方も少し苦手意識が薄れるかもしれませんね。

検査も輸液も結果を予想しながら行う

長澤 原因のわからない電解質異常は多々あるとの話が出ましたが、例えば症状のない低Na血症に当たった時、先生方はどのように考えて処置を行っていますか? 例えば、ルーチンで検査をした際、患者さんは元気だったもののNa=121mEq/Lだった場合です。実際現場でこういった事例はよくあると思います。

笠原 その数値は基準値から離れすぎていると怖いですが、125mEq/Lを下回ると心配になります。初診で高齢でない方が121mEq/Lであれば焦って入院してもらってもいいのです。

長澤 じゃあ126mEq/Lまでならセーフ?

笠原 その時の状況次第ですが……。

長澤 ちょっと意地悪な質問でしたね。そういった場合は尿の比重や尿電解質で判断すると良いでしょう。比重が低かったり低浸透圧だったりする時は、腎臓が調整している最中なので、何も行わなくても良くなります。むしろ

ろそこで輸液をしてしまうと、さらに低Na血症が進みます。ラーメンの味が薄いのにさらにスープを追加するようなものです。

そもそも患者も困っていない、自分も疑っていない項目をルーチンで検査するのは、果たして患者のためになっているのかをよく考えてください。今の病態にその検査は本当に必要ですか? 何かを明確に疑ったり、検査後の方針を考えたりしていないなら測定しないほうが良いです。

木附 1,2年目の時はとりあえず電解質を検査してしまうことも多く、異常を見つけたらもうけものくらいに考えていたのですが、検査項目一つであっても費用はかかり、患者の負担になります。必要性を考えてから行動に移すべきでした。

長澤 将来の自分に「自分はなぜこの選択をしたのか」を説明できるように、根拠を意識し、結果を予想しながら検査や輸液をオーダーしてください。きちんと考えて行動すると、力がつてきます。覚えることが日々たくさんありますが、時間に余裕がある時は一つひとつの「なぜ」を追究する作業を大事にしてほしいです。

こだわりを突き詰めることで力をつける

笠原 卒後1年目の6月ごろに、細かい輸液の種類などを私が思っていたほど上級医が気にしていないと感じ、驚いた記憶があります。今日お話を伺い、あのころの上級医は一つひとつの数字の帳尻を合わせるのではなく、「最終的に患者の体調が良くなること」をゴールに設定していたのだなと感じました。

長澤 冒頭で輸液はそれなりに対応すればどうにかなると言いましたが、慣れてくるとみんなそこまで神経質には考えていないのが真実ですね。実際、なんとなく輸液を選んででも腎臓が帳尻を合わせてくれるため、8~9割のケースはそのまま解決します。ただし肝に銘じておいてほしいのは、医療は8~9割の患者が良ければOKではないということ。残りの1~2割の患者も問題なく診られるように、日ごろから予測と答え合わせを繰り返して学んでい

ってほしいです。根拠を持って輸液や検査を選ぶのと、とりあえず選ぶのでは成長の度合いが大きく変わります。多忙な中、全ての行動において予測とフィードバックを行うと疲れてしまうかもしれないので、まずは自分のこだわりポイントを見つけてそこから始めてみてください。

木附 「こだわりを持つ」「将来の自分に説明できるように診療する」という言葉は、今専攻医という多少責任ある立場になったからこそ重要性を強く実感します。現在専攻している総合診療は浅く広くのイメージが強いですが、自分は何かしら一つ、得意分野を極めていきたいと思っています。例えば、侵襲なく情報を収集できるエコーは非常に有用だと考えており、脱水を疑った場合の多角的評価の一助として頻繁に活用しています。自分にとっての得意分野を突き詰めていくためにも、一つひとつこだわって日々診療していきたいです。

長澤 良いと思いますよ。木附先生がエコーが得意なら、エコーを極めることをめざしてください。慣れてくると心臓の動きを見て、「心臓の動きやIVCの動きが少し速いから、脱水気味かもしれない」といったような感覚がつかめてきます。そしてさらに経験を積むと、エコー画像には描出されないものの違和感を覚えるケースが出てくるでしょう。大抵その感覚は当たりますから、経験を積んで、「何かいつもとは違う」という感覚を身に付けるのは大事です。自分の得意な方法を見つけ、技術を磨くと、もっと診療がスムーズに行えるようになると思います。

笠原 私は腎臓内科医志望なので、本日のお話は非常にためになりました。日ごろもやもやしながら診療することが多かったのですが、この分野はもやもやするものなのだとわかったこと自体が大きな収穫です。主体的に、こだわりを持って患者の対応に当たり、成長していきたいと思っています。今日はありがとうございました。

長澤 こだわりは、「リンは原因を明確に疑うまで検査しないぞ!」のような些細なポイントでも構いません。そうしたこだわりを大事にしながら診療していけばどんどん力がつくと思います。頑張ってください。(了)

輸液・水電解質のリアルに挑め。
輸液・水電解質ドリル
臨床に挑め。
経験豊富なDr.長澤の思考過程がみえる20症例。
まずきやすい輸液や水電解質をDr.長澤が初学者にもわかりやすく解説。1章(総論)で学んだあとは、2,3章(各論)の症例問題を解いて、どんどん実践すべし。わからないところがあったらいつでも1章(総論)に立ち返ろう。
目次
1章 ベッドサイドに出る前に
2章 まずは基本のナトカリ
3章 知っておきたい電解質異常
付録
●B5 2023年 頁192 定価:4,620円(本体4,200円+税10%) [ISBN978-4-260-05296-2]

モニター募集
ご協力いただける方に『レジデントのための腹部エコーの鉄則』を1冊進呈します。ご活用いただいたうえで、下記2点にご協力ください。
1 『レジデントのための腹部エコーの鉄則』に関するアンケート
2 『週刊医学界新聞』等に掲載となる企画記事へのご執筆 [400字程度]
詳しくは応募フォームをご覧ください
募集対象
初期研修医, 医学生(1~6年生)
謝礼
QUOカードPay 2,000円分
レジデントのための腹部エコーの鉄則
書籍の詳細はこちら
編集 亀田 徹

FAQ

今回の回答者 **杉田 陽一郎**
 東京ベイ・浦安市川医療センター神経内科 医長
 すぎた・よういちろう氏/2015年東京医歯大卒。武蔵野赤十字病院で初期研修修了し、東京医科歯科大学医学部附属病院脳神経内科などで後期研修を修了。22年に東京ベイ・浦安市川医療センターに神経内科を立ち上げ現在に至る。医学専攻 (http://igakukotohajime.com/) というホームページで医学情報の発信を行う。著書に「病態生理と神経解剖からアプローチする レジデントのための神経診療」(医学書院) ほか。

今回のテーマ

神経診療における病歴聴取

神経診療で最も重要な点はいきなり病名に飛びつくのではなく、病歴と神経所見から①「神経解剖のどの部位が障害されているのか(病巣はどこか?)」、②「どのような機序か(病因は何か?)」という2点を推定することです。この作業なくしていきなり「〇〇病」という鑑別を挙げると診療が混乱し、またキーワードから病名を連想するという短絡的な思考回路は誤診のもとになります。本稿では「いかに病歴を聴取するか?」という点に絞って解説していきます。

FAQ 1 問診の際に患者さんが「突然」と言っていたので、そのままカルテに「突然発症」と記載しました。この判断で正しかったでしょうか?

問診で患者さんが話した言葉をそのままカルテに記載するのはディクテーションであり、病歴聴取ではありません。患者さんは前日まで健康であったが当日昼から調子が悪いことを「突然」とよく表現しますが、医療用語の「突然発症(sudden onset)」は発症起点が何時何分と特定できる状況を指します。このように患者さんが使う言葉と医療用語の意味に乖離を認める場合が多々あるため注意が必要です。

このように患者さんが「突然」と表現したからといって「突然発症」と医学的に解釈して良いわけではありません。では、どうすれば発症起点をとらえられるのでしょうか?

ここでのポイントは「何をしている時にどのような症状が出ましたか?」と具体的なエピソードを尋ねることです。例えば、皿洗いの最中にそれまで普通に洗っていたにもかかわらず急に右手に力が入らず皿を落してしまった場合は、発症が何時何分と特定可能なので「突然発症」と客観的に判断可能です。しかし、何をしている時かは思い出せないけれど気が付いたら何と

なく右手が動かしづらいという病歴では発症起点が特定しきれないので「突然発症」とは断定できません。

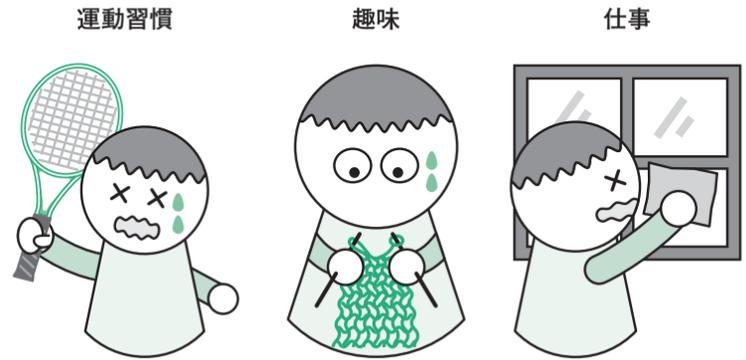
このように患者さんの使う言葉の表現や形容詞を詰めていくのではなく、「発症時に何をしていたのか?」という具体的なエピソードを引き出していく作業こそが病歴聴取です。得てして病歴聴取が患者さんの言葉をそのままカルテに記載するディクテーションになってしまっている場合があるので、注意が必要です。

Answer...患者さんの言葉をそのままカルテに記載するのはディクテーションであり、病歴聴取ではありません。突然発症の病歴かどうか判断するためには「何をしている時にどのような症状がでましたか?」と具体的なエピソードを尋ねることが有用です。

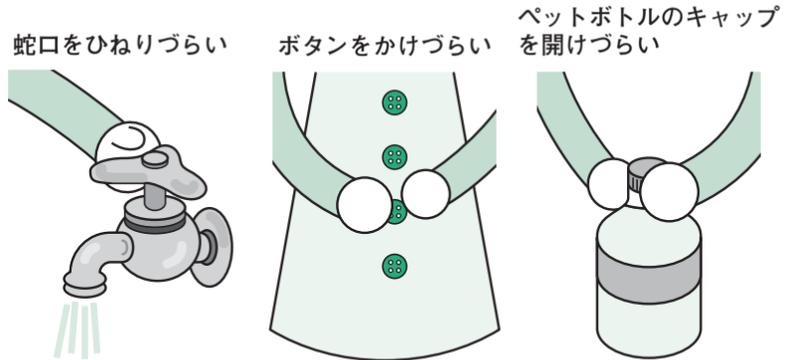
FAQ 2 慢性疾患など症状が発症してから経過が長い場合、病歴がうまく聴取できません。どうすれば良いでしょうか?

慢性経過の疾患(代表的なのは神経変性疾患)では、「いつからどのような症状が発症したのか?」を把握することが極めて重要です。前述の突然発症の病歴であれば発症時のエピソードが比較的拾いやすいですが、慢性経過の場合は把握が難しいです。

特に難しいのが「最初のごく軽微な障害をいかに病歴でとらえるか?」という点です。ここで「力が入りづらいのはいつからですか?」という漠然とした問いを投げても有用な回答は得られないことが多いです。発症初期のごく軽微な障害は日常生活動作の負荷ではわからないことがあり、その場合は運動習慣、趣味、仕事という負荷が高い3つの状況からアプローチします(図1)。例えば、日常生活では問題ないけれど「趣味の太鼓で右手が遅れるようになってきた」というように、負荷の高い動作のほうが、発症点と症状



●図1 軽微な症状を拾い上げるヒントとなる負荷の高い動作【「病態生理と神経解剖からアプローチする レジデントのための神経診療」(医学書院) 8頁を参考に作成】



●図2 上肢遠位筋の障害を示唆する症状【「病態生理と神経解剖からアプローチする レジデントのための神経診療」(医学書院) 9頁を参考に作成】

が同定しやすくなります。これらが何もない患者さんの場合も、日常動作で負荷の比較的高い動作(例えば買い物や階段昇降)から話を聞いていくことができます。つまり、実際に目の前の患者さんの生活をイメージして、「こういう状況ではどうですか?」と積極的に質問していくことが良い病歴聴取につながります。患者さんの生活歴や趣味、習慣など「人を診る」ことが病気の理解にも非常に重要だということです。

また、その病歴と対応する神経機能を考えることも重要です。例えば蛇口を上手くひねりづらい、服のボタンをかけづらい、ペットボトルのキャップを開けづらい、小銭を財布から取り出しにくいという症状はいずれも上肢遠位筋(特に手内筋)による巧緻運動障害を示唆する病歴です(図2)。このように「その症状は一体どここの神経機能の障害と対応しているのか?」を考えながら病歴を聴取していきます。

これまでの話からわかる通り、「こうすれば誰でも良い病歴がとれる」というテンプレートがあるわけではありません。患者さんごとに考えながら病歴を聴取する必要があるということです。こうした病歴聴取のトレーニングをぜひ研修期間に行っていただきたいです。

Answer...運動習慣、趣味、仕事といった身体負荷が高い動作から病歴を聴取すると、慢性疾患の病歴聴取もしやすくなります。患者さんの生活背景を踏まえて問診していくことが重要です。

もう一言 近年、画像診断の進歩などにより病歴聴取がないがしろにされがちなが多々あります。しかし、正確な診断において病歴聴取の重要性が揺らぐことは決してありません¹⁾。フィリップ・A・タマルティ先生の「詳細な病歴聴取と診察ほど患者にとって良医であることをはっきり示すものはない」という言葉が全てを物語っていると思います²⁾。

参考文献

- 塩尻俊明(監), 杉田陽一郎(執筆), 病態生理と神経解剖からアプローチする レジデントのための神経診療. 医学書院; 2023.
- フィリップ・A・タマルティ(著), 日野原重明, 他(訳), よき臨床医をめざして——全人的アプローチ. 医学書院; 1987.

日常診療で普遍的に役立つ神経診療を学ぶ

病態生理と神経解剖からアプローチする

レジデントのための神経診療

監修 塩尻俊明 執筆 杉田陽一郎

初心者向けに領域横断的に内容をまとめ、オリジナルのシェーマを多用し概念を整理して提供することで、研修医、若手医師の学習に有用な一冊。日常診療で普遍的に役立つ神経診療の方法、症候学、コモンな疾患を扱っており、非専門医であればここまで把握しておきたいという線引きを明示した。

- 第1章 神経診療の基本
- 第2章 運動・感覚障害と病巣同定
 - 1 運動・感覚障害総論
 - 2 病巣の特徴
 - 3 障害部位からの病巣同定
 - 4 番外編
- 第3章 代表的な症候・疾患

B5 2023年 頁392 定価: 5,720円(本体5,200円+税10%)
 [ISBN978-4-260-05246-7]

医学書院



気概、情熱、好奇心。General Neurologyの必読書、待望の改訂!

神経症状の診かた・考えかた 第3版 General Neurologyのすすめ

脳神経内科学の肝である神経症状の診かた・考え方を、本領域の第一人者である著者が、その経験を踏まえてまとめた実践的な教科書。診断への道筋を著者がどのようにたどったかがわかる臨場感のある記載が多く読者に支持され、初版以来、幅広い層に読まれた定番書。今回の改訂では、「臨床力とは何か?」「肩こり」の章が追加。さらに新たな症例、知見を盛り込み、全体にわたってアップデート。

福武敏夫



B5 頁440 2023年 定価: 5,940円[本体5,400円+税10%] [ISBN978-4-260-05103-3]

医学書院

医学界新聞 WEB版

バックナンバーが読めます

キーワード検索ができます

www.igaku-shoin.co.jp/paper

医学界新聞 で検索! 医学書院

スライド作成のABC

医学生・初期研修医が研究発表、学会発表、勉強会などに参加するに当たって避けて通れないのがスライド作成です。見やすく、わかりやすいスライドを作るには、どうすれば良いのでしょうか？
初学者でも修得できる“一生モノ”のエッセンスを本連載で学びましょう！

Lesson 04 スライドの内容と伝え方

柿崎真沙子 名古屋市立大学大学院医学研究科医学・医療教育学分野 講師

前回までに、スライドの構成、フォントや背景を解説しました。そこまで決まったら、次は実際の中身です。

文章は箇条書きで

伝えたい内容を文字としてスライドにする場合は、基本的には箇条書きにするのが良いと思います。同じ内容を示したスライドで同じ説明をしても、スライドの内容がすっと頭に入って印象に残るのはやはり要素ごとに改行され、重要な情報のみがシンプルにまとめられている箇条書きではないでしょうか？ もちろん、ある教科書ではこのような定義になっています……といった文章を示す必要がある場合もありますが、多くの場合は箇条書きにするほうが聴衆には理解されやすいです。

第2回でも取り上げたように一般的にスライド1枚で1分が目安になるので、文字量はその範囲に収まるようにしましょう。自分のスライドを見返した体感では、500字を超えると文字が詰まってしまう、行間を調整しても見づらいと感じました。パワーポイントは文字量に応じて文字の大きさを自動で調整してくれます。タイトルは40~44pt、見出し・小見出しが24~28pt、本文が18~22pt程度に収まる量が良いと思います。また、話す内容をそのままだからスライドに書いてしまうと、スライドを見ながら読み上げるだけになってしまい、スクリーンやパソコンの画面を見続ける発表になってしまう恐れがあります。ですので、スピーチのメモ書きのようなイメージで、自分自身や聴衆がスライドを見ると今話している内容のエッセンスがわかる、というような形で作ると良いでしょう。

データは表、グラフ、図どれで示す？

自分自身の研究結果や、イントロダクションで使用するさまざまな統計データをスライドに落とし込む際、表にするのが良いでしょうか、それともグラフや図にするのが良いでしょうか？

私は、じっくり見てもらいたいものや、比較項目の種類が多いデータ（発表する研究の参加者の基本特性など）については表にしています。また同じデータでも、口頭発表では時間が少ない場合も多いので



●図1 帯グラフと表の見え方の違い
介護が必要となった主な原因についての統計情報[厚労省「令和元年国民生活基礎調査」(https://bit.ly/3sanMAs)]です。上が帯グラフ、下がグラフの元になった表になります。グラフには補助線も入れているので、男女で原因に差があることがよりわかりやすいと思います。

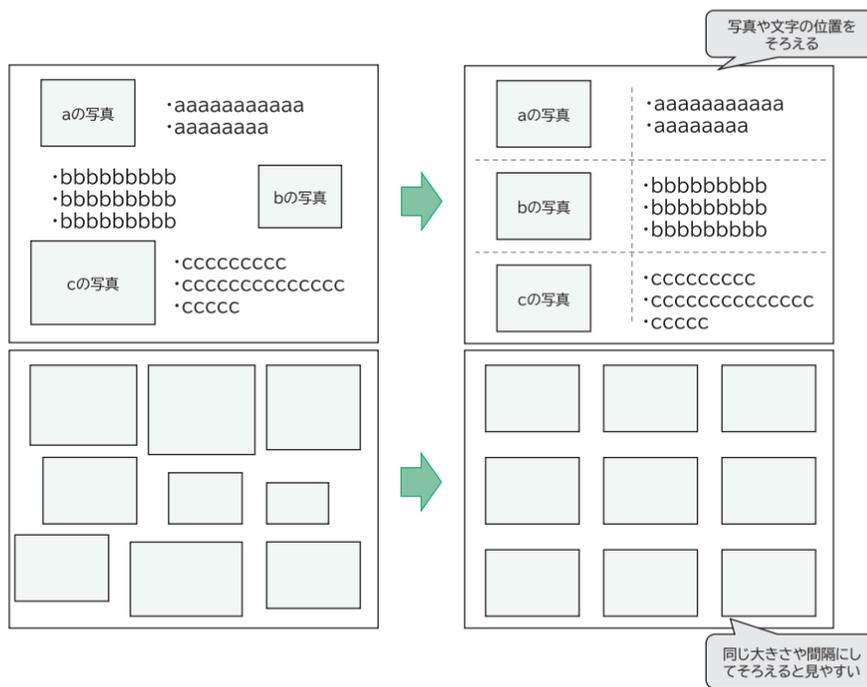
視覚的にわかりやすいグラフにして口頭説明で情報を補い、ポスター発表ではじっくりと見てもらう時間があるので表にする、と使い分けることもあります。ポスター発表でも、座長がいて短い説明時間がある場合は、聴衆がぱっと見て結果を理解しやすいようにグラフを、発表を聞いた後にじっくりポスターを見たい人、または発表は聞いていない状態でポスターを見に来る人が理解しやすいように表を、とグラフと表を組み合わせて見せます。他にも、グラフだけにして数値を細かく記載したりします。状況によって同じ内容でも伝え方を変えることで、よりわかりやすい発表になるでしょう。図1は同じデータを表とグラフにしたものになります。男女で差がある、とぱっと見てわかりやすいのはやはり表よりもグラフではないでしょうか。数字自体をじっくり見てもらいたい場合はグラフ中に数字を入れ込むようにしたり、表もグラフもどちらも示すのが良いと思います。

一方、基本特性など示さなければならない項目数が多いデータはグラフにすると煩雑でわかりにくくなることも多いので、基本的に表を使用します。項目数が多いデータを無理にグラフにしようとするため、スライド1枚に対するグラフの数が多くなったり、スライドの枚数が必要になったりします。視認性の低下や、1枚のスライドで伝えられる情報量の減少につながるため、避けたいです。

また、イントロダクションなどで使用する統計データですが、年次推移などは情報量が多く、表で示すとかなりわかりにくいので、基本的にはグラフにすることが多いです。統計データが都道府県別や国別などになっている場合は、グラフではなく地図(地図比較)を使って色の違いでデータの差を示す場合もあります。

イラストや写真は大きさと位置を揃えて見やすく

私自身の専門である疫学・公衆衛生学の分野では、基本的に結果は数値として報告されてくるため、文字情報、表、グラフ・図、のみで学会発表が完結するケースが多いです。しかし実践報告などの場合は、何を実施したか伝えようと思っても、文字情報だけでは伝わらないことも多く、その際はイラストや写真を使うこととなります。研究分野によっては電気泳動やX線検査、MRI検査の結果などを写真で伝



●図2 イラストや写真のレイアウト
写真や図、イラストと文字情報を入れる場合、大きさや位置、余白がバラバラだとぐちゃぐちゃしてわかりにくいですが(左上)、それらをそろえるだけですっきりします(右上)。同じように写真だけをたくさん取り上げる場合も、写真をバラバラと置くよりも(左下)、大きさと余白をそろえたほうがすっきり見やすくなります(右下)。

えるケースも出てくると思います。その際気を付けることは、イラストや図、写真、文章のレイアウトです。2枚以上の写真やイラストを使用する際は、写真の大きさと位置をそろえると見やすくなり、写真やイラストに対応した文字情報を入れる場合は、写真と文字の大きさと間隔などの位置に注意するとぱっと見てわかりやすくなります(図2)。もちろん、デザイン性のあるスライドにしたい場合は、大きさを変えた写真をコラージュしても良いかと思いますが、私はデザインの素養がないので大きさと位置を揃えるのみにしています。

配色以外の強調方法も検討する

「このキーワードは覚えておいてほしい」「この結果は重要だ」といったように、内容やデータで強調したい部分が出てくることもあると思います。その際、第3回で紹介したように配色による強調はよく用いられる方法です。しかし、同じく第3回の最後に少し言及したように色の感じ方にも多様性がありますので、色だけで区別をつけるのではなく、太字にする、下線を入れるなどすると良いでしょう。図の場合は色を変えるだけではなく、ドットや斜線などで区別をつける、区切りを入れるなどの方法をとることで、多様性にも対応できます¹⁾。自分のスライドがどのように見えているか気になる方は、色のシミュレーター(https://asada.website/cvsimulator/j/)というアプリがありますので、そちらで確認してみてください。

●参考文献・URL
1) カラーユニバーサルデザイン推奨配色セット政策委員会. カラーユニバーサルデザイン推奨配色セットガイドブック 第2版. 2018. https://bit.ly/44XM0ez

臨床・研究で活用できる!

QOL

評価マニュアル

監修 下妻 晃二郎
編集 能登 真一

詳細はこちら

●B5 頁352 2023年 定価:4,950円(本体4,500円+税10%) [ISBN978-4-260-05279-5]

活用できる!

QOL

評価マニュアル

科学的な眼で QOL=生活・生命の質を読み解く。

QOLの現在地がわかる46の評価尺度を徹底紹介。医療や福祉のアウトカムとしてQOLを測定できる。

現代の医療・福祉分野のニーズに 医学書院

応えられる46のQOL尺度を徹底紹介

QOLを医療や福祉分野のアウトカムとして活用しようとする流れが加速している昨今、医療者はQOL尺度の基礎知識と実際の使い方を把握しておく必要があるといえる。本書は、現代の医療・福祉分野でおさえるべき46の尺度をピックアップ。各々の特徴を述べるとともに、尺度を使用する際に必要となる開発者、質問票、著作権や採点方法、さらにはエビデンスベースの活用方法をまとめている。QOL評価の新たなバイブルとなる1冊。

目次	各論
総論 QOLとは	健康関連QOLの活用
CHAPTER 1 QOLの基礎知識	CHAPTER 4 包括(一般)的尺度
CHAPTER 2 健康関連QOLの評価尺度	CHAPTER 5 疾患・病態特異的尺度(世代特異的尺度を含む)
CHAPTER 3 評価尺度の測定特性	CHAPTER 6 その他のQOL尺度

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18回 高血糖緊急症——DKA(糖尿病性ケトアシドーシス)治療編

今回は高血糖緊急症のうち、DKAのマネジメントを解説します。HHS(高浸透圧高血糖症候群)とは似て非なるもので診断の定義が異なるので、当然治療ゴールも異なります。前号に引き続き、時間軸に沿ったアクションプランを基に見ていきましょう(右のQRコード参照)¹⁾。



治療ゴール:ケトアシドーシスの解消

治療のゴールを見据え、どうやってたどりつくかを考えて実践するのが臨床です。



まずは治療ゴールの確認です(上記QRコード参照)。HHSでは高浸透圧・高血糖を治療することでしたが、DKAではケトアシドーシスを解消することが目標です。ケトアシドーシスの指標として血中ケトンやアニオンギャップ(AG)、アシドーシスの指標としてpHを使用するのがスタンダードです。HCO₃⁻>18 mmol/Lが指標に使われることがあります。個人的にはあまり用いていません。DKA治療に用いられる輸液は晶質液が中心ですが、これにより二次性に高Cl血症を引き起こされ、AG非開大代謝性アシドーシスとなることがあります。生理食塩水(以下、生食)による高Cl性代謝性アシドーシスが有名ですが、リンゲル液でも大量に投与することで引き起こされます[K補正目的の塩化カリウム(KCL)付加でさらに高Cl血症を助長すること]。つまり、HCO₃⁻は輸液によっても低下するため、これを治療の指標にしてしまうと「全然アシドーシスが良くならない!」というpitfallにはまる可能性があります。単一の指標に縛られずに治療目標を達成できているか判断するようにしてください。

時間軸に沿った治療法

さて、前回同様にチェック項目とやることを限定してしましましょう。チェックすべきは①血中ケトン濃度(AGやHCO₃⁻でも可)、②血糖値、③血清K濃度の3つで、動かすパラメータは①輸液、②インスリン、③Kの3つです(ここはHHSと同じですね!)。0~60分:初手は輸液だけど、インスリンとK補充も急げ!

HHSではこの時間帯には晶質液を

投与するだけでよかったのですが、DKAではやるものがたくさんあります。ケトアシドーシスに対する最も重要な初期診療は、適切な輸液とそれに引き続きインスリン投与です。インスリン投与によりKは必ず低下する運命なので、その補正も忘れるべからず! また、誘発因子となり得る感染症(COVID-19を含む)、急性心筋梗塞をはじめ、SGLT2阻害薬や妊娠がきっかけになることもあるので、病歴聴取や検査を必ず行うようにしましょう(本紙3532号第16回参照)。

①輸液:DKAにおいても「初手:輸液」には変わりありません。輸液により循環血漿量を回復させておくことが重要です。その理由は2つ。1つは、ストレスホルモン放出が抑制されることで、インスリン抵抗性が改善し、ケトン体排泄も促進されるからです。もう1つは、この後の治療に必須となるインスリンを投与すると血管内脱水が引き起こされることがあるため、それに備える意味合いもあります。インスリンは血管内の糖と水とKと一緒に細胞内に押し込む役割を果たしています。そのため、血管内脱水がある状態でインスリンが静注されてしまうと一気に血管内容量が低下して難治性のショックを起こすことがあります。高血糖緊急症に対して急いでインスリンを打ちたくはありますが、「初手:輸液」は肝に銘じてください。晶質液輸液をしながら、本記事をチラ見して次の一手を確認するくらいの時間はあります。低血圧がある場合には、まず晶質液を500~1000mL急速点滴静注し、その後1時間かけて1000mLを投与するイメージです。

晶質液として生食とリンゲル液のどちらがいいのか論争がありますが、ことDKAではリンゲル液に軍配が上がりそうです。ERで行われた2試験の事後サブグループ解析によれば、リンゲル液では生食よりもケトアシドーシスの消失が早い可能性が示唆されています²⁾。生食はリンゲル液に比較して、大量投与によりAG非開大代謝性アシドーシスを引き起こしやすいので、あえて生食を選択する理由もないでしょう。②インスリン療法(Fixed Rate Intravenous Insulin Infusion:FRIII):輸液によ

る血管内脱水の補正を迅速に終わらせたなら、早い段階でインスリン投与(FRIII)を開始します。ここがHHSとの大きな違いです。DKAでは病態の根底にインスリンの絶対的な欠乏があります。これによりケトアシドーシスが発生しますが、ケトン体産生を抑制するためにインスリンが必須になります。ここでは0.1U/kg/時の固定用量を用いましょう。なお、低血糖への懸念があるのでFRIII開始前のインスリンボーナス投与は不要です。HHSでは浸透圧の急激な変化を防ぐために0.05U/kg/時から開始しましたが、DKAでは血糖値の変化による浸透圧低下が問題になることは非常にまれとされています。速やかにケトアシドーシスを改善させるメリットは、急激な浸透圧低下によるリスクを常に上回ります。

なお、重症度が高くない場合や頻回のモニタリングができない状況などでは、速効型インスリン皮下注射による治療も選択できます。血糖値に応じて皮下注射を繰り返すレジメンで、初回投与量を0.15U/kgとして、血糖値>250mg/dLの場合には2時間ごと、血糖値<250mg/dLの場合には4時間ごとに同量を投与します³⁾。

③K補充:Kは今回も超重要です。アシドーシス存在下ではKの細胞外シフトが起きているために、見かけ上は血清K濃度が正常または上昇していることがあります。しかし、体内総K貯蔵量を反映しているわけではないことはpitfallです。インスリン投与によりほぼ必ずKは低下するので⁴⁾、「今回はK補充はいらなそうだな」と初期データだけを見て高をくくってしまうと治療失敗が待っています。血清K濃度<5.5mmol/Lで尿が出ているならば、メインを40mmol/LのKを含む晶質液にしていきます。血清K濃度≤3.5mmol/Lになった場合は、K療法を見直す必要が出てきます。体液バランスが許せばK40mmol/Lの晶質液の注入速度を上げることが可能ですし、そうでない場合はより高濃度のK輸液が必要となるため、ICUでの治療を検討します。

60分~6時間:FRIIIの調整をしてケトンを下げる!

この時間帯の目標は「ケトンを下げる!」に尽きるので、FRIIIを継続します。Kを維持し、低血糖を避けることは合併症を防ぐ観点から重要です。

ケトン体を少なくとも0.5mmol/L/時で低下させることが目標です。これに達しない場合には、インスリン投与速度を1時間ごとに1.0U/時ずつ増加させていきます。代替指標としてHCO₃⁻や血糖値を使用することもでき、それぞれ3.0mmol/L/時、50mg/dL/時を下回る補正速度の場合にはインスリン注入速度を上記の通りに増加させて、目標通りに治療が進むように調整します。低血糖は避けなければなりませんので、50mg/dL/時以上の速度で低下する場合にはインスリン投与量を減らしてください。ただし、ケト

シスが増悪する可能性があるため、少なくとも0.05U/kg/時は維持できるようにします。

血糖値<250mg/dL程度になった場合には、低血糖や低K血症の発生リスクを下げるために、5%ブドウ糖液または10%ブドウ糖液100~125mL/時ほどで投与しつつFRIIIを0.05U/kg/時に減量することを検討してください。

長時間作用型基礎インスリンをすでに使用している場合には、いつも通りの時間に同じ用量で継続しておきましょう。FRIIIから離脱したときにケトアシドーシスの再燃を予防する目的です。インスリン使用歴がない場合には、0.25U/kg皮下注射しておくことが推奨されます⁵⁾。

6時間以降:インスリン皮下注に切り替え。インスリンは絶対に切らさない!

おそらくこの時間帯に治療目標を達成できることが多いと思います。ケトン体<0.6mmol/L未満、AG<12、pH≥7.3であれば、ケトアシドーシスの解消と判断します。この生理学的な安定に加え、飲食可能となればDKA治療はほぼゴールです。FRIIIをインスリン皮下注射に切り替えていきます。

ここでの注意点は、必ずインスリン皮下注射とかぶせてFRIIIを終わらせることです。食事と関連した皮下注射から少なくとも30~60分間はインスリン持続静注を中止してはいけません。インスリンを途切れさせるとケトアシドーシスが再燃する可能性があります。食事前に速効型インスリン皮下注射を行い、30~60分後にFRIIIを中止するのが理想的です。インスリン使用歴がある場合には処方箋を踏襲すればいいですし、インスリン使用歴がない場合にはインスリンの1日総投与量を体重(kg)に0.5Uを乗じて計算します。1日総投与量の50%を持効型インスリンとして投与(上述の通り)、残りの50%を朝食前、昼食前、夕食前に等分するとよいです。

*

HHSのマネジメントとの違いをご理解いただけたでしょうか。共通点もありますが、特にインスリンの使いあたりは注意が必要と思います。HHSの治療編と並べて読んでもらえたら幸いです。

今回の勘どころ

- DKAの治療は「ケトアシドーシスの解消」が目標! ケトアシドーシス、アシドーシスの改善をめざそう。
- 「初手:輸液」に引き続き、インスリン投与を急げ!
- インスリンは絶対に途切れさせてはならない。

参考文献

- Diabet Med. 2022 [PMID: 35224769]
- JAMA Netw Open. 2020 [PMID: 33196806]
- Diabet Med. 2022 [PMID: 35224769]
- Diabet Med. 2016 [PMID: 26286235]
- J Clin Endocrinol Metab. 2012 [PMID: 22685233]

救急診療のバイブルとして、ぜひ白衣のポケットに!

京都ERポケットブック 第2版

ER研修の壁を乗り越えるサポーターとして、上級医の頭の中を言語化してコンパクトにまとめるという趣旨はそのままに、第2版では日々の臨床の中で研修医との対話を通じて浮かび上がった皆が読めるERでのポイントを意識して改訂。また主語別アプローチの「アタマの中」は文字+イラストやフローで図示し、緊急性の高い病態対応の大きな幹をイメージ化し捉えやすくすることを旨とした。

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
執筆 荒 隆紀



いつでもどこでも頼れる お役立ちデータブック

臨床検査データブック [コンパクト版] 第12版

「臨床検査データブック2023-2024」(2023年1月刊行)から、いつでもどこでも必要になる検査216項目を抽出し、ポケットに入るサイズに編集。この検査値の意味は...? 病棟に、外来に、実習に、持ち歩いてさっとひけ、コンパクトサイズながら情報がぎっしりと詰まっています。知りたいことが載っている、本当にお役立ちなデータブック。医療職みんなの臨床をサポートします。

監修 高久史磨
編集 黒川 清
春日雅人
北村 聖
大西宏明



Medical Library

書評・新刊案内

入職1年目から現場で活かせる! こころが動く医療コミュニケーション読本

中島 俊 ● 著

A5・頁152
定価:2,420円(本体2,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05282-5

誰もが経験済みのことだと思うが、ゴミ出しをしようとしているところに「ゴミを出せ」と言われて、すっかりスネ夫になってしまった。逆にやるかやるまいかと迷っていると誰かの一言でわかにかやる気満々になったなど、言葉掛けのタイミングや投げられた言葉によって思いも寄らない方向にこころが動かされることがある。言葉掛け1つでこのようにこころが動くのならば、医療における言葉掛けがどれだけ患者や医療スタッフのこころに影響を及ぼすかは自明のことである。もしかすると、患者の治療動機や治療継続性を高めるための特効薬は、医療スタッフ側のコミュニケーションスキルそのものなのかもしれない。

米国の医療現場で発生した訴訟問題の分析結果を見ると、訴訟問題の約7割は患者と医療スタッフ間の人間関係問題であり、内容的には「配慮がない」、「話を聞いてくれない」、「情報を適切に渡してもらわなかった」など、大半はコミュニケーションの問題だとされている。米国は訴訟社会と言われる通り、医療現場で起こる問題が訴訟という形で表面化しやすいのだろう。一方日本は「和を以って貴しとなす」の国であり、コミュニケーション問題は表に出づらぬのかもしれない。しかし、見えないすなわち問題なしではなく、患者や医療スタッフが傷ついているのにもかわらず、「我慢すべきだと思う」、「周りとの不和を避けたい」などの理由から表面化しないのだとしたら、ケアの観点から、その背後には巨大で深刻な問題が横たわっていることになる。

評者 堀越 勝

国立精神・神経医療研究センター
認知行動療法センター特命部長

今回、『こころが動く医療コミュニケーション読本』が医学書院から出版された。まさに前述の問題に真っ向から取り組んでいる本であり、週刊医学界新聞に連載されて好評を博した内容をまとめたものでもある。著者の中島俊先生は評者が過去に職場の同僚として働いた人物で、学術的な面だけでなく、臨床的にも信頼できる。本を手にとってみると、サイズ的には厚過ぎず薄過ぎずで、ちょうど良い分量である。文体も読みやすく平易なですます調で、実際の対話例などが漫画チックに載せられており、構えて専門書に取りかかるといった堅

苦しさは感じない。この領域のテーマの海外の翻訳本は得てして分厚くて、文字ばかりで扱いづらい。「コミュニケーションの本がわかりづらい」ということになれば、それこそお話にならない。しかし、本書にはイラストや図解などが豊富に用いられ、読者が理解しやすいようにと施された仕掛けがそこそこに見つけられる。例えば、随所にQRコードが載せられており、そこからさまざまな資料を入手することができる。つまり、本の厚さ以上の情報が紙面に盛り込まれていることになり、それを手軽に持って歩くことができる工夫は素晴らしい。また気楽に読めるコラムが散見され、コラムを拾い読みするだけでも面白い。

中をのぞいてみると、第1章では職業人として押さえておくべき「医療者がつべき倫理観・態度」に触れて土台固めをした上で、第2章で「コミュニケーションの基本的なスキル」を紹介する。医療者の誰もがもっていない基本スキルについて解説

基本から応用、 今後の成長までを扱う “一石三鳥”の本



肝胆膵高難度外科手術 [Web動画付] 第3版

一般社団法人日本肝胆膵外科学会 ● 編

B5・頁384
定価:12,100円(本体11,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05111-8

評者 柳野 正人

社会医療法人宏潤会大同病院常勤顧問

日本肝胆膵外科学会が認定する「高度技能専門医」を取得することはなかなか難しい。術者として50例以上の肝胆膵高難度外科手術の経験が必要である上、手術記事などの書類審査も厳しく、何より3人の審査員によって合否判定が下される手術ビデオ審査(ビデオ編集不可)が難関である。過去5年(2019~23年)の合格率を見ると、51.0%(53/104), 35.0%(49/140), 41.9%(62/148), 46.7%(77/165), 52.5%(93/177)と、50%以下のことも少なくなく、大多数の一般外科医が取得できる、日本外科学会が認定する「外科専門医」や日本消化器外科学会が認定する「消化器外科専門医」とは一線を画している。本書、『肝胆膵高難度外科手術 [Web 動画付] 第3版』は、この「高度技能専門医」をめざす外科医を主たる読者対象にし、日本肝胆膵外科学会が編集・刊行した公的テキストである。

第3版で最も変わったのは35本もの動画が収録されたことである。“百聞は一見に如かず”ではないが、文章や図での説明よりはるかにわかりやすいので、第4版では動画のさらなる充実が望まれる。また、「I章 技術認定取得の心構え・留意点」として「新しい術式を行う際の倫理的留意点」「手術記録の書き方」「ビデオの上手な撮り方」「安全管理委員会からの提言」など読者がまさに知りたいであろう事案を独立させてまとめたのは画期的で

した後に、第3章では「状況に即したコミュニケーション法の選択」を扱っている。ここでは、特に最近注目されている共同意思決定(SDM)や動機づけ面接(MI)、今回のコロナ禍でのコミュニケーションの問題点、オンライン診療での注意点など、最新のホットトピックスを網羅的に、そして具体的に取り上げている。締めくくりの第4章は「共感力を高めるために医療者ができること」、つまり個人が自身の共感力を鍛えるためにできることを紹介している。基本的なスキルは当然のこととして、ますます腕を磨くための自己鍛錬の方法ともいうべき部分である。

本書は医療コミュニケーションの全体像をつかむためのテキストとして、必ず読んでおきたい一冊である。同時に近年注目されている重要スキルにつ

あり、本書に対する編集委員会の並々ならぬ熱意が感じられる。さらに、VI章として「腹腔鏡下・ロボット支援下肝胆膵手術」が取り上げられているが、50ページとかなりの分量がこれに充てられていて、今後ますます本手術が肝胆膵の分野でも発展していくことが予想される。

さて、肝胆膵高難度外科手術を過不足なく行うには、肝・胆道および膵の局所解剖を正しく理解することが求められる。やや乱暴な言い方になるが、膵の解剖は二次元、肝・胆道の解剖は三次元であり、後者はより複雑である。特に、門脈・肝

動脈・胆管のいわゆる Portal Triad は、お互いが絡みつくようにグリソン鞘内を走行しており、局所解剖、特に肝門部領域の解剖をより複雑にしている。門脈にも破格は存在するが、この太い血管は解剖のland markであり、肝動脈や胆管は門脈に対してどのように走行しているのか? すなわち、頭側か尾側か?あるいは腹側か背側か?といった脈管相互の空間的位置関係を正しく理解することが必須である。今回、書評執筆のため本書を精読したが、残念ながら図の解剖学的な誤りが10か所ほど(全て肝・胆道に関する記載)認められた。これまで出版された手術書や論文などにも解剖や手術の図の誤りはしばしば認めるが、読者の方々は誤りに気付かれたらこれを指摘していただき、本書がbrush upされることを願っている。

いて触れている点もありがたい。つまり、一冊で基本から応用、そしてこれからの成長について知ることができる“一石三鳥”の本である。さらに初学者だけではなく、より詳しく学びたい読者のために充実した引用文献がリストされている点は特筆すべき点である。日本の医療コミュニケーションの学術的な発展を考えたときに、大いに貢献してくれる部分だと思う。日本の医療教育は世界的にも優れていることは間違いなが、人とかかわる基本手法であるコミュニケーションスキルの訓練についてはどうなのだろうか。人とかかわる達人をめざすのであれば、今からでも決して遅くない。そしてそういう医療スタッフを育てたいのであれば、その第一歩を本書からスタートする。そうすれば、こころが動くこと請け合いである。

Web限定 医学界新聞プラス
今すぐ check!
医学書院の話題書、発売前の新刊内容を無料で公開!

「一番大事なところがめっちゃ具体的!コレならできる!!」写真・イラスト・動画で見て学べる
新刊 マイナーエマージェンシー はじめの一歩
専門的な手技・治療を行わなくても対処できる軽症の救急疾患=「マイナーエマージェンシー」の指南書。眼科、耳鼻科、皮膚科、整形外科、泌尿器科、外科の6領域について疾患名ではなく受療動機や主訴で項目を構成。各項目は初期診療や手技のみならず、プレホスピタルケアおよびポストホスピタル(ホームケア)の内容についても掲載。豊富な写真・イラスト・動画・アルゴリズムで手技や初期診療の流れを見て学べる。非専門医や学生、初期研修医の導入書として最適。
監訳: 松原知康 広島大学脳神経内科
茂木恒俊 福岡記念病院総合診療科
定価6,050円(本体5,500円+税10%)
A4変 頁200 図154 写真198 2023年
ISBN978-4-8157-3086-4

初学者に「ちょうどよい」定番テキスト、待望の改訂
新刊 エッセンシャル免疫学 第4版
The Immune System, 5th Edition
いかに免疫システムが機能し、ヒトに対して影響を与えるかを解説した免疫学の入門テキスト、7年ぶりの改訂。ヒトの免疫に関わる重要な分子の立体構造図や作用機序の模式図など、分子レベルで免疫システムを理解するための図表がさらに充実。新型コロナウイルス感染症の流行を反映したトピックスも加わり「アフターコロナ」の学びを後押し。医学、薬学、歯学、理学系の学部生にとって、内容・ボリュームともに最適な教科書。
監訳: 平野俊夫 大阪大学名誉教授
村上正晃 北海道大学遺伝子病制御研究所 分子神経免疫学分野教授
定価:7,150円(本体6,500円+税10%)
A4変 頁600 図452 2023年
ISBN978-4-8157-3081-9

病態生理と神経解剖からアプローチする レジデントのための神経診療

塩尻 俊明 ● 監修
杉田 陽一郎 ● 執筆

B5・頁392
定価:5,720円(本体5,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05246-7

神経診療は難しく、苦手意識のある医師は多い。なぜ難しく苦手と感じるのか。一つに、神経領域の幅広さがあると思う。解剖学的にも、脳、脊髄、末梢神経、神経筋接合部、筋などと多彩であり、病態的にも血管障害、感染症、自己免疫、変性など幅が広く、その組み合わせで膨大な疾患が存在する。誰しもその疾患数や領域の広さに圧倒され、特に神経内科を専門領域とするもの以外にとってこれを全て勉強しきすることは無理だ、専門科に任せようという気持ちになるのもわからなくはない。

ただ一方で、救急外来や一般内科外来に、脳卒中や意識障害、痺れの患者は受診するものであり、全てを神経専門家にコンサルトすることは現実的でなく、非専門医もそうした患者のマネジメントを適切に行えなければならない。

著者の杉田陽一郎医師は、2022年より神経内科の一人医長として東京ベイ浦安市川医療センターに着任された。エビデンスに基づいた豊富な知識をもとに内科専攻医や研修医に対して熱心に神経診療を教育してくれ、病院全体の神経診療のスキルアップに多大な貢献をされ今ではなくてはならない存在となっている。本書にはまさに、彼が日々実践、教育されている神経内科診療のエッセンスがまとめられている。第1章の「神経診療の基本」では病歴と診察から病巣と機序をつかむ、という最も重要な基本技術について丁寧に解説されている。非専門医であっても、できる限りその基本技術を習得してほしい、自身で診断仮説をもった上で専門医にコンサルトしてほしい、という強い想いが伝わる内容である。

第2章では、運動、感覚の障害について病巣ごとの特徴がまとめられている。

【評者】 江原 淳

東京ベイ浦安市川医療センター総合内科部長

特筆すべきは、オリジナルのイラストやたとえなどを豊富に用いて、わかりやすく解説されている点である。神経内科は総論である神経解剖や診察方法を習得しないと鑑別に進めないが、この部分でつまづかないよう(習得を諦めてしまわないよう)、大変に工夫されている。第3章では、意識障害、けいれん、脳梗塞、頭痛、髄膜炎など神経領域で多く遭遇する病態、疾患について標準的な診療手順に基づいて解説している。同じく、豊富なイラスト、表でわかりやすく記述されている一方で、いづれも多数の国際的なレビュー論文やガイドラインが参照されており、一つひとつの章が非常に優れたレビューとなっていて指導医レベルが読んだとしても勉強になる内容である。

また、合間に臨床に役立つクリニカルパルが随所にちりばめられている点も秀逸である(例:先行感染+蛋白細胞解離=ギラン・バレー症候群、などキーワードから診断しようとする誤診する、神経救急では脳を見たら心臓を見るなど)。

本書はまさに神経診療のエッセンスを臨床現場のGeneralistへ届ける、最適な本だと感じている。初期研修医や内科専攻医が「神経診療」を学ぶための最初の一冊として、強くお勧めしたい。豊富な内容ながら読みやすく工夫されており、ぜひ通読した上で、当該の疾患や病態を経験したときにもう一度そこを読み直す、というように深く愛用していただくのが良いのではないかと思う。評者自身は卒後16年目の総合内科医師ではあるが、通読用の書籍版と病棟普段使い用の電子書籍版双方を活用しており、すでにベッドサイド教育の心強い相棒となっている。

神経診療を学ぶ初期研修・内科専攻医へ。通読の上、随時参照を勧めます



外来化学療法の安全性をどう担保するか 第61回日本癌治療学会学術集会の話題より

第61回日本癌治療学会学術集会(大会長=慶大・大家基嗣氏)が、「がん診療、一気通貫——力を合わせて、相乗効果」をテーマにパシフィコ横浜(横浜市)にて開催された。本紙では、特別企画シンポジウム「外来化学療法に由来する医療事故——どうすれば防げる」(座長=慶大・浜本康夫氏、藤田医大・河田健司氏)の様相を報告する。

病院機能評価を通じて医療の質・安全の向上を支援する日本医療機能評価機構を代表して登壇したのは栗原博之氏だ。2023年4月より運用が開始された「機能種別版評価項目<3rdG:Ver.3.0>」の概要を説明した後、特定機能病院等の高度医療を提供する医療施設(一般病院3)においては、外来化学療法室への部署訪問によって外来化学療法の実施体制と業務フローを評価していることを紹介した。

同調査の特徴として氏が挙げたのは、患者トレースである。病院側が選択した治療中の患者1人のカルテを参照しながら、①患者が安心して化学療法を受けられるか、②投与中の患者の状態確認がなされているか、③医療者が曝露しない体制が整備されているか、④適応外使用のレジメンをどのように差別化しているかなどがチェックされている。「標準化に向けた手順の検討と、実施マニュアルの整備・周知徹底を求めたい」と院内での実施体制の検討・見直しを呼び掛けた。

◆患者も含めたチームによる協働で外来化学療法に関連した医療事故を防ぐ

発表冒頭、WHOの2023年のテーマである「患者安全のための患者の参加」(Engaging Patients for Patient Safety)を紹介し、医療者—患者間のコミュニケーションの齟齬を防ぐ意義を強調した辰巳陽一氏(近畿大)は、外来化学療法における心理的安全性とレジリエンスの果たす役割について発表を行った。ハイリスク行為である外来化学療法を成功に導くには、患者も含めたチームでの情報共有や意思疎通が欠かせないとした一方で、現状はそうしたコミュニケーションに不十分な部分が存在すると指摘。病態や治療に関する説明が効果的でないことから、患者側の理解度が不足し、意思決定を適切に行えていないケースがあるのではないかと問題提起をした。「意見や懸念を自由に表明できる環境を構築した上で、治療に関する情報を適切に理解し医療チームへの帰属意識を患者側に持たせる必要がある。そのためには心理的安全性・レジリエンスの醸成が不可欠だ」と参加者に訴えた。

続いて、北里大病院医療安全推進室で副室長を務める荒井有美氏は、インシデント報告の必要性を説いた。「エラーの発生原因を個々の医療者にのみ求めるべきではなく、根源的なリスクが組織全体に内在すると考え、発生した経験を生かし患者の安全を守ることがインシデント報告の実施における大前提」とし、「報告されたインシデント事例を集積・分析し、事故の未然防止につなげる予防策の検討が重要」と氏は強調する。医療の高度化・深化を踏まえ、もはや個人の知識や経験だけでは全てのリスクを把握することは難しく、多職種の視点や他院のインシデント報告の内容にも目を通すことでリスクファクターの特定につなげる必要があるとの考えを示した。

医療者教育学を専門とする医療安全管理者の立場から、より安全な外来化学療法を行うための方策を提示したのは清水郁夫氏(千葉大)である。病院職員のように人格や社会的役割の確立した成人学習者は、その学習特性として自身の職責に敏感であることから、根拠なく自身の職責を変更される学習には消極的になるという教育学的見地について話題提供し、まずは「必要性や重要性が見えていないものを気付かせること」が求められるとした。氏は、処方(意思決定と処方箋の作成)を担当医師1人によってなされること、処方~調剤までの時間的余裕が少ないこと、投与がルーチン化しやすく都度の投与可否判断が影響されることを具体例として挙げ、外来というセッティングの特性や診療プロセスの盲点等、エラーが起こりやすい環境を踏まえた情報共有の必要性を述べた。

その他、法律家の立場から化学療法の提供体制の変遷に伴う法制度について、悪性リンパ腫を患った際に受けた抗がん薬治療の体験を交えた患者側の期待について、それぞれ児玉安司氏(一橋大)、天野慎介氏(全国がん患者団体連合会)が発表を行った。

胃と腸

増大号のご案内

■増大号定価:7,920円(本体7,200円+税10%)

雑誌・書籍の詳細はこちらをご覧ください



2023年10月増大号
Vol.58 No.10



咽頭・食道 9問
胃 16問
十二指腸 6問
小腸 8問
大腸 14問
全消化管 3問
計56問

2023年4月増大号
Vol.58 No.4



咽頭・食道 9問
胃 14問
十二指腸 8問
小腸 7問
大腸 13問
全消化管 3問
計54問

誌上読影会へようこそ

医学書院

医療者が知っておきたいがんのキホン知識を、マンガ家ドクターがわかりやすく解説!

医学書院

マンガで学ぶ! がんのキホン

近藤 慎太郎

「がんはどうして生じるの?」「がんの定義って?」「がんは遺伝する?」「標準治療よりも“すごい治療”があるの?」「がん検診ってどれくらい意味があるの?」——患者さんからこれらの質問を受けたときに、皆さんは自信をもって説明できるでしょうか? 私たちにとって最も身近な病気の1つであるがん。医療者が知っておきたいその基本知識を60のトピックスにまとめ、マンガや図表とともにとことんわかりやすく学べる1冊!

- 目次
- PART1 がんのデータを見る
- PART2 がんの原因を知る
- PART3 がんを見つける
- PART4 がんを治療する
- PART5 がんの終末期に取り組む

書籍の詳細はこちら



●A5 2023年 頁240 定価2,420円(本体2,200円+税10%) [ISBN978-4-260-05110-1]



勝負の冬 国試は落とさない



医学書院

無料 Webセミナー

対象 第59回PT・OT国家試験の受験予定者

PT・OT国家試験予備校

町田塾

第1回 国試直前冬季講習



2023年12月16日(土)

13:00より配信開始(15:00終了予定)

塾長 町田志樹 了徳寺大学 健康科学部 医学教育センター

詳細・申込



主なプログラム 闘う前に敵を知ろう! ~国試の概要と第59回国家試験合格をグッと近づける国試の勉強法
国試問題解説 ~このポイントを押さえる!
受験生へのメッセージ

11 medicina

内科臨床誌メディチーナ

Vol.60 No.12

内科医が遭遇する皮膚疾患フロントライン

「皮疹」は現場で起きている! 企画: 田口詩路麻 (水戸協同病院皮膚科)
本特集では「皮膚科医に相談する『その前に』」「よく遭遇する皮膚の困りごと」「内科医が診る皮膚疾患」の3部構成で、エキスパートによる解説をいただいた。皮膚疾患診療に向き合うガイドとして活用していただきたい。

- INDEX
- 〈総論 皮膚科医に相談する「その前に」〉皮膚科医の思考を先取りし、押さえるべき情報とは? / 皮膚科医に伝える! 研修医や他科の医師でも記載できる「皮疹」表現 / たかがステロイド外用薬、されどステロイド外用薬
 - 〈実践ケーススタディ よく遭遇する皮膚の困りごと〉全身が赤くなった①/全身が赤くなった②/関節が痛くなった / 下肢に「赤い発疹」が出た / 四肢に「赤い発疹」が出た / 水疱が出現した① / 水疱が出現した② / 水疱が出現した③ / 全身が痒い① / 全身が痒い② / 全身が痒い③ / 顔にニキビができた?① / 顔にニキビができた?② / 発熱と発疹① / 発熱と発疹②
 - 〈各論 内科医が診る皮膚疾患: 初期対応とコンサルテーション〉皮膚筋炎 / 強皮症 / 円形脱毛症 / アトピー性皮膚炎 / 爪白癬 / 足白癬 / 梅毒 / 皮膚カンジダ症 / 脂漏性皮膚炎 / 巻き爪 / 陥入爪 / 皮膚悪性腫瘍 (基底細胞癌) / 皮膚悪性腫瘍 (悪性黒色腫) / 皮膚悪性腫瘍 (有棘細胞癌) / 褥瘡 / 熱傷

1部定価: 2,860円(税込) -
▶ 来月の特集 (Vol.60 No.13) 一般医家のための DOAC時代の心房細動診療 企画: 赤尾昌治 (国立病院機構京都医療センター循環器内科)
▶ 2023年増刊号 (Vol.60 No.4) 探求! マイナーエマーゼンシー 特別定価: 6,050円(税込)

医学書院サイト内各誌ページにて記事の一部を公開中!



総合診療

Vol.33 No.11

続・総合診療外来に“実装”したい最新エビデンス My Best 3

企画: 藤沼康樹 (医療福祉生協連家庭医療学開発センター)
次々更新される膨大なエビデンスから、各領域の専門家が「ぜひ知っておいてほしい」と考える、それぞれ3つの論文を厳選してお届けします。予想以上の好評を得た2022年6月号の続編として、重要な臨床テーマ21項目を幅広い領域から新たにピックアップ。およそ5年以内に発表された原著論文・メタ解析を中心に選定しました。

- INDEX
- 【総論】EBMの最近の進歩...安原千晴・岡田悟
- 【各論】最新エビデンスMy Best 3
- 1 認知症...佐治直樹
 - 2 Parkinson病...関守信
 - 3 慢性腰痛症...長谷川優・南郷栄秀
 - 4 difficult patient encounters (対応困難な状況)...鋪野紀好
 - 5 発達障害...今村弥生
 - 6 サルコペニア...若林秀隆
 - 7 不眠症...高野裕太・井上雄一
 - 8 甲状腺機能低下症...高瀬了輔・大塚文男
 - 9 非アルコール性脂肪性肝疾患 (NAFLD)...上村顕也
 - 10 下肢閉塞性動脈硬化症...山本洋平・工藤敏文
 - 11 肺塞栓症...近藤真未
 - 12 前立腺肥大症...小路直
 - 13 HIV感染症...田島靖久
 - 14 過敏性腸症候群 (IBS)...田中由佳里
 - 15 高齢者の便秘...田中由佳里
 - 16 小児の起立性調節障害...柳本嘉時
 - 17 女性の更年期障害...吉持盾信・森田修平・小林駿介・鳴本敬一郎
 - 18 LGBTQと医療...吉田絵理子
 - 19 複雑な健康問題のケア...青木拓也
 - 20 がんサバイバーシップ...高橋都
 - 21 外来における医学生教育...高村昭輝

▶ 来月の特集 (Vol.33 No.12) 海の外へ渡る航行者を診る アウトバウンドにまつわるetc. 企画: 萩谷英大 (岡山大学病院 感染症内科)

年間購読 受付中! 2023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) 電子版もお選びいただけます