

2016年9月12日
第3190号 for Residents

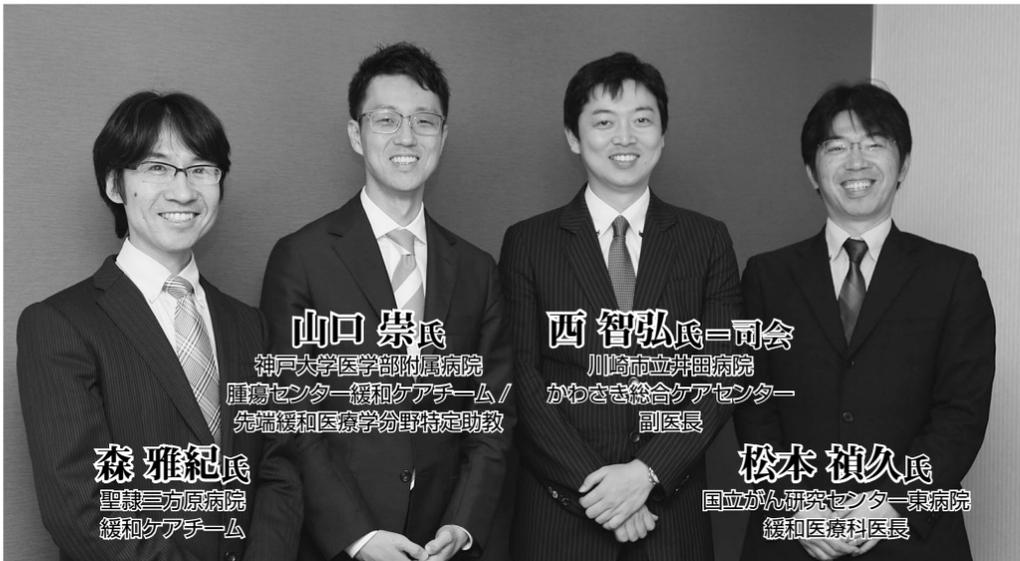
週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly
週刊 **医学界新聞**
医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] 緩和ケア医をめざすあなたへ (西智弘, 松本禎久, 森雅紀, 山口崇) / [視点] 病院の図書室機能をいかに強化するか (福岡敏雄)…………… 1—3面
- [連載] めざせ! 病棟リライアンス… 4面
- [連載] 臨床医ならCASE REPORTを書きなさい…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY, 他…………… 6—7面

座談会 **緩和ケア医をめざすあなたへ**



森雅紀氏
聖隷三方原病院
緩和ケアチーム

山口崇氏
神戸大学医学部附属病院
腫瘍センター緩和ケアチーム/
先端緩和医療学分野特定助教

西智弘氏(司会)
川崎市立井田病院
かわさき総合ケアセンター
副院長

松本禎久氏
国立がん研究センター東病院
緩和医療科医長

「第2期がん対策推進基本計画」において、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することが目標として掲げられてから4年。2015年9月までに6万3528人の医師が緩和ケア研修会を修了し、日本緩和医療学会専門医は2016年7月現在136人が認定されている。重い病を抱える全ての患者・家族のさまざまな苦痛を和らげ、より豊かな人生を支えるために、緩和ケアの能力は今後ますます重要になるだろう。

本紙では、『緩和ケアレジデントマニュアル』(医学書院)の編者であり、さまざまなキャリアを経てきた4人の若手緩和ケア医に、緩和ケア医をめざす研修医が学べべきこととお話しいただいた。

西 最初に、皆さんが緩和ケア医になる前の経歴を教えてください。

私たちが研修医だったころは、緩和ケア医になるための決まったキャリアパスがなく、それぞれ独自の道を進んでいましたよね。私の場合、最初は家庭医をめざしていましたが、緩和ケアに興味を持ったのは、初期研修中のことです。痛みや苦しみといった患者さんの症状が緩和ケアによって魔法のように良くなり、寝たきりから歩けるまでに回復した現場を見たときの感動は忘れられません。

松本 私は麻酔科出身です。緩和ケアに携わることを決めたのは医学生時代に自分の進む道を考えたときです。患者さんのつらい症状を取ることは医療者の大事な役割だと考え、重い病気にかかったときにこそ見える患者さんの生き様や哲学といった部分にかかわりたいと感じました。私が卒業した金沢大では、当時から麻酔科が痛みのコントロールを中心としたがんの緩和ケアに熱心に取り組んでいたもので、まずは痛みをしっかりとらげられるようになり、麻酔科に進んだんです。

山口 私は総合内科で、特に高齢者の重症肺炎などの救急患者や、心不全などの臓器障害患者に多くかかわって

ました。緩和ケアを専門にするつもりはなかったのですが、高校三年生の受験勉強のときに柏木哲夫先生(淀川キリスト教病院理事長)がホスピスケアについて話す番組を見ていたことや、医学生時代に加藤恒夫先生(かとう内科並木通り診療所理事長)が開催するセミナーや学生実習に触れる機会があったことから、緩和ケア的な視点は総合内科医時代から大切にしていたように思います。

森 私は医学生ころから緩和ケア医を志していたのですが、最初に受けたのは内科研修です。臨床力を高めようと思い選びました。内科にも痛みや苦しむ患者さんがたくさんおり、なんとかしたいという思いを強めました。

西 私も同じような現場を目の当たりにしました。当時の日本の臨床現場では、がんですら痛みへのアプローチの方法論が浸透していませんでしたよね。

森 WHOの3段階除痛ラダーなどを参考にして緩和ケアに取り組むものの、精神的苦痛やスピリチュアルペインなどには対応できず、悔しい思いをしました。そうした事情もあり、系統的に腫瘍内科やホスピス・緩和ケアのトレーニングを受けられる米国に留学したんです。

「理路整然とした」緩和ケアを

西 日本の緩和ケアはつい最近まで、「当院では/私はこのようにしている」という耳学問が中心で、治療法にエビデンスがあるのかも不確かなことがままありました。10年前の米国ではどうだったのでしょうか。

森 MD アンダーソンがんセンターでは、入院・外来、初診・再診を問わず全ての患者さんに対して、「No measurement, no treatment」が基本でした。

研修ではまず、①研修医が患者さんの苦痛を包括的にアセスメントする、②治療プランを立て、指導医にプレゼンする、③指導医とのディスカッションの中で、考えられる病態やエビデンスを基にしたフィードバックを受け、④患者さんの状況に最も合った適切な方針を選択する、という実践的な学習を反復しました。アセスメントにはESAS (Edmonton Symptom Assessment System) やMDAS (Memorial Delirium Assessment Scale) といった評価ツールを用いており、筋道立てて診ていけば、患者さんの苦痛を緩和し得ることを体験できました。

西 緩和ケアというと、「物語を重視

して感性的に行うもの」というイメージが強い。しかしそれだけではないということですね。きちんとしたエビデンスに基づいて理路整然と治療を行えば、その通りによくなる。

森 もちろん、患者さんの感情など、理路整然としない部分もたくさんあります。また、緩和ケアにはエビデンスが少ないのも事実です。

大切なのは、定量的に評価できる部分もそうでない部分も、それぞれどのように解釈し治療につなげるのかの筋道を明確にすることです。その筋道の手掛かりの一つがエビデンスなのだと思います。

山口 適切なアセスメントや治療を行うためにはエビデンスの確認が必須ですよ。解釈や治療にはバリエーションがありますが、根っこ(標準治療)が生えていない状態が枝葉(治療選択肢)だけ多くなっても、不安定になってしまいます。スタート地点において、ある程度定まった標準治療を知ることが重要です。軸となる治療や処方方を身につけることで、「プレ」ではなく「バリエーション」として学べるようになります。

(2面につづく)

September 2016 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 ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

<p>DSTC外傷外科手術マニュアル 【Web動画付】 原著 Boffard KD 監訳 満端康光 B5 頁424 8,000円 [ISBN978-4-260-02829-5]</p>	<p>〈DSM-5*セクションズ〉 統合失調症スペクトラム障害 および他の精神病性障害群 原著 American Psychiatric Association 監訳 高橋三郎 A5 頁168 2,700円 [ISBN978-4-260-02843-1]</p>	<p>精神疾患・メンタルヘルス ガイドブック DSM-5*から生活指針まで 原著 American Psychiatric Association 訳 滝沢 龍 A5 頁360 3,500円 [ISBN978-4-260-02823-3]</p>	<p>〈理学療法NAVI〉 ここで差がつく“背景疾患別” 理学療法Q&A 編集 高橋哲也 A5 頁208 2,700円 [ISBN978-4-260-02796-0]</p>
<p>感染対策40の鉄則 坂本史衣 A5 頁168 2,800円 [ISBN978-4-260-02797-7]</p>	<p>〈DSM-5*セクションズ〉 抑うつ障害群 原著 American Psychiatric Association 監訳 高橋三郎 A5 頁176 2,700円 [ISBN978-4-260-02844-8]</p>	<p>公認心理師必携 精神医療・ 臨床心理の知識と技法 編集 下山晴彦、中嶋義文 編集協力 鈴木伸一、花村温子、滝沢 龍 B5 頁360 3,200円 [ISBN978-4-260-02799-1]</p>	<p>ケアする人も楽になる マインドフルネス&スキーマ 療法 BOOK1 伊藤絵美 A5 頁190 2,000円 [ISBN978-4-260-02840-0]</p>
<p>精神科臨床Q&A for ピギナーズ 外来診療の疑問・悩みにお答えします! 宮内倫也 A5 頁308 3,600円 [ISBN978-4-260-02800-4]</p>	<p>〈DSM-5*セクションズ〉 神経発達症群 原著 American Psychiatric Association 監訳 高橋三郎 A5 頁240 2,700円 [ISBN978-4-260-02845-5]</p>	<p>〈理学療法NAVI〉 “臨床思考”が身につく 運動療法Q&A 編集 高橋哲也 A5 頁224 2,700円 [ISBN978-4-260-02795-3]</p>	<p>ケアする人も楽になる マインドフルネス&スキーマ 療法 BOOK2 伊藤絵美 A5 頁200 2,000円 [ISBN978-4-260-02841-7]</p>
			<p>ミッションマネジメント 対話と信頼による価値共創型の組織づくり 武村雪絵 A5 頁264 2,600円 [ISBN978-4-260-02815-8]</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 緩和ケア医をめざすあなたへ

(1面よりつづく)

森 その上で、思考過程をブラックボックスの中に置くのではなく、自分自身にも、周囲にもわかるように言語化(可視化)すると良いですね。それによって教育時にもチームで取り組むときにも、お互いの考えを共有でき、議論できるようになります。

当院では、さまざまな観点を学べるよう、緩和ケア病棟、コンサルテーションチームにおいて複数の指導医から経験やエビデンスに基づく指導が受けられる体制が整えられています。

西 聖隷三方原病院は日本で最初に緩和ケア病棟ができた病院ですから、症例も豊富そうですね。

森 ええ。抄読会や勉強会を中心に、座学の機会も用意されています。さらに主治医としての経験を積むホスピスでは、日々の回診やカンファレンスを通じて受け持ち患者さんの問題点の検討などを指導医と行っています。

松本 私ががん専門修練医(シニアレジデント)として研修した国立がん研究センターでは、各分野の専門医を取得した医師がさらなるスキルアップをめざして研修することが多く、当時から研修体制が整っていました。がんの集学的な治療も学べて、とても勉強になりました。私が赴任する以前には、これから緩和ケア病棟を開設する病院の医師たちが志真泰夫先生(現・筑波メディカルセンター理事/在宅事業長・緩和医療科)の下で緩和ケアを学び、自施設に緩和ケアを広げていったと聞いています。

山口 患者さんのさまざまな症状や疾患に対応するには、基礎領域の知識・技術の習得も重要です。緩和ケアが必要となる患者さんは医学的なリスクが非常に高い方が多いので、難しいケースに対応できるようになるためにも、初期研修では基礎的な臨床力を磨いてほしいと思います。

西 治療やケアには、それを行う根拠や予測される結果がある。そして、予測される結果が得られなかった場合の次の策も、理路整然と考えていく必要がある。エビデンスの有無や標準治療をきちんと踏まえた上で、科学的な考え方をもちて緩和ケアをしていくことが重要だということですね。

指導医との対話から学ぶ

西 その他に、緩和ケアにおいて大切な能力はありますか。

山口 患者さんは何がつらいのか、ご家族や周辺のことを含めたその人全体に興味を向けて対話し、チームや患者さん・ご家族と一緒にその人にとって適切な対応を考えることが大切だと思います。エビデンスを重視しすぎると、ともすれば「木を見て森を見ず」になりかねません。特に緩和ケアでは、患者さんの価値観なども踏まえないと、その人にとっての良い医療が提供できないこともあります。

森 同感です。米国でも、ヒストリーやフィジカルから患者さんの全体像を把握するプロセスは重視されていました。評価やエビデンスも重要、物語も重要で、どちらか片方で成り立つものではありません。

西 患者さんやご家族との会話の仕方というのは、言葉では表現できない部分もあり、教えるのが難しいです。何かコツはありますか。

山口 確かに難しいですね。筑波メディカルセンター病院での研修中、志真先生の病棟回診を見学する機会がありました。志真先生は患者さんとの対話の中で、まさにクリーンヒットな一言を掛けたり、「深い」受け答えをされたりしており、感銘を受けました。しかし、志真先生が使われる言葉ややり方を私がそのまま真似しても、患者さんに同じように響くことはないだろうとも思いました。

西 緩和ケアのスタイルは、その人の雰囲気や積み上げてきた人生を含めて作り上げられている面がありますよね。年齢や経験に応じて変わってくるし、患者さんによってもかみ合うやり方は違うので、他の人の方法は真似できません。

松本 ただ、完全には真似できなくても、自分に合うスタイルを模索する手掛かりにはなると思います。

緩和ケアにおけるコミュニケーションでは、本人が無意識にやっている部分と、意識的にやっている部分があります。指導医の診察を見ていて気になった話し方や仕草があったら、なぜそうしたのかを聞いてみると良いのではないのでしょうか。「意識していなかっ



●にし・ともひろ氏
2005年北大医学部卒。家庭医療を志し、室蘭日鋼記念病院で初期研修を開始。その後、在宅医療と緩和ケアの両方を学べる川崎市立井田病院で総合内科/緩和ケア研修。09年より栃木県立がんセンターで腫瘍内科研修、抗がん剤治療を受ける患者さんの思いを学ぶ。12年より現職。現在、緩和ケアチームの業務を中心に、腫瘍内科、在宅医療にもかかわる。日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医、日本緩和医療学会教育研修委員会医学生セミナーWPG員。



●まつもと・よしひさ氏
1999年金沢大医学部卒。緩和ケアに携わることを志し、同大麻酔・蘇生学講座に入局。手術麻酔、救急・集中治療の専門研修後、同大附属病院緩和ケアチームを中心に活動。2007年から国立がん研究センターでがん専門修練医(シニアレジデント)として緩和医療学に関する研鑽を積み、09年同院緩和医療科医員、16年より現職。現在、緩和ケア病棟、緩和医療科外来、緩和ケアチームを中心に活動している。日本緩和医療学会緩和医療専門医、日本ペインクリニック学会専門医。

た」と言われるかもしれないし、意図を教えてくれるかもしれない。

西 その中に自分が取り入れられる部分もあるかもしれませんね。

松本 指導医の診察を見られる機会も指導医に自分の診察を見てもらえる機会も、年齢が上がるとともに減っていきます。若手の皆さんにはぜひ、指導医と一緒に診察できるうちに悩んでいる部分を相談し、積極的にフィードバックをもらってほしいです。

山口 指導医の診察を見て気付いたことを聞くこと、診察の中で自分が悩んだことを指導医に聞いて次に生かすこと、指導医に自分の診察を見てもらうこと、この3つが大切ですね。

松本 逆に指導医には、「私はこう考えてこうしている」と研修医に意識的に伝え、「君はどう思うか」と、ディスカッションしやすい雰囲気を作ってほしいです。

森 自分の背中には常に見られていることを意識して診療に当たると良いと思います。指導医が患者さんと向き合う姿勢そのものが後輩への指導になれば、理想的なのではないでしょうか。

See one, Do one, Teach one 各段階の学習にどう生かすか

森 私は緩和ケア医には3つの能力が必要だと思っています。

1つは臨床力。患者さんのさまざまな苦痛についてアセスメントし、専門家としてケアプランを立てられる能力です。2つ目はEBM。どこまでエビデンスがあって、どこからはないのか。

日々刻々とアップデートされるエビデンスを学び、それを実臨床に落とし込んでいく能力。そして最後の1つはコミュニケーション力。患者さん・ご家族への対応はもちろん、他科の医師や他職種とのかかわりも非常に重要です。近年はほとんどの病院で多職種チームによる医療を提供していますよね。自分一人がどんなに頑張っても包括的なアプローチはかないません。チームが有効に機能して初めて、苦痛の緩和やQOLの向上につながれます。緩和ケアも他領域も専門性が高まっていますので、知らないことは謙虚に教えてもらいながら、良いコラボレーションを築いてほしいです。

西 1つ目と2つ目の能力を養うのには、今回発行した『緩和ケアレジデントマニュアル』(以下、マニュアル)が役立つと思います。標準治療となっているもの、エビデンスがあるもの、私たちが聞いてきた耳学問的なものを分けながらも、全部含めて利用できる形にまとめました。

森 エビデンスに偏りすぎても現場で使えないし、コツ集では根拠に乏しい。研修医にとってちょうど良い落としどころにできましたよね。

西 研修期間中、本書をこう使うと良いというアドバイスはありますか。

森 学習における「See one, Do one, Teach one」の全段階で本書が生かせると思います。まず「See one」では、指導医の診察を見たり、やり取りしたりする中で学ぶベッドサイドティーチングの際に、処方や指示の背景となる考え方を本書で確認します。そして

死亡直前と看取りのエビデンス 森田達也・白土明美 患者が亡くなる直前の医学的問題や看取りについて解説し、医療職者が知っておくべきエビデンスをまとめた。医師や看護師のみならず、人の臨終に関わる読者の助けとなる書。 ●B5 頁204 2015年 定価:本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-02402-0]

エビデンスからわかる患者と家族に届く緩和ケア 森田達也・白土明美 患者さんのつじつまの合わない言葉にも付き合う、現実とかけ離れた希望も大切にする。そんな日常のケアを裏付けるエビデンスから「今、できる緩和ケア」を考える本。 ●A5 頁200 2016年 定価:本体2,300円+税 [ISBN978-4-260-02475-4]

医学書院

がん診療のための新しいプラットフォーム Cancer Board Square 2016年2月号 vol.2 no.1 Feature Topic 早期緩和ケアの正体 早期からの緩和ケアの介入は患者のOverall Survivalを延長する。21世紀に入ってから話題になった論文があります。ただ、「早期から」とはいつからのことか? 本特集では、「早期から」という言葉に惑わされがちなこの問題に、根幹から切り込みます。早期緩和ケアの真の姿とは。 View-point がん診療 「乳がん」 医療界のみならず、社会的にも注目を集めることが多い乳がん。治療の領域に限らず、Body imageや家族へのフォローなど内包する問題は多岐にわたり、チームアプローチが必須とされます。治療とケアの理想的な関係をめざすエキスパートが解説します。 ●年3冊刊(2月・7月・10月) ●2016年 年間購読料(本体価格、送料弊社負担) 冊子+電子版/個人 9,240円+税 冊子+電子版/共有 10,620円+税 ●1部定価:本体3,400円+税 [ISBN 978-4-260-02452-5]

医学書院

座談会



●もり・まさのり氏
2002年京大医学部卒。沖縄県立中部病院で内科研修後、米ベイスイスラエルメディカルセンターで内科研修、07年より米MDアンダーソンがんセンターで緩和ケア研修。病期全体を通じてがん患者がどのような苦痛を抱えているのかを学ぶため、08年より米バーモント大で血液・腫瘍内科を研修。11年聖隷浜松病院緩和医療科を経て、16年より現職。帰国後は緩和ケアチームを中心に活動する。日本緩和医療学会緩和医療専門医、緩和ケアの基本教育に関する指導者研修履修、米ホスピス緩和医療専門医、米腫瘍内科専門医。

「Do one」の際には本書の処方例等を確認しながら実践してください。その後の「Teach one」の際にも、緩和ケアの枠組みや重要事項を整理できるので、わかりやすく教えられる。

山口 See oneに役立つのは、必要最小限ながらもほぼ全項目にわたって掲載されている疫学、病態生理、評価方法です。患者さんの苦痛は、痛み、不眠、吐き気、倦怠感など多様ですが、それぞれの背景が示されているので、これから勉強する方や緩和ケアは専門外の医師が全体像を把握するのに最適だと思います。

森 症状緩和の基本的な考え方から標準的かつ実践的な方法まで、一次緩和ケア(Primary palliative care)で必要とされる内容がまとまっています。緩和ケアを専門としない医療者にも、非常に役立つマニュアルです。

松本 緩和ケア科以外の医師、看護師や他のスタッフとも共有できるような病棟の棚に置いて、必要なときに手軽に開いてほしいですね。知っておくべきMinimum requirementは共通なので指導医にも役立つのではないのでしょうか。

山口 次のDo oneでは、目の前の患者さんに必要な項目を参照して、対応することを研修期間中に繰り返すと良いですね。

西 使用できる薬剤を全て一様に示すのではなく、できる限り害を与えない薬剤を選んでいる点もDo oneでの参考になります。初学者でも比較的安全に使えるものはどれか、副作用やケアの注意点が記載してあります。

山口 初学者や非専門医の場合、薬剤名だけ示されても、どの程度、どのように投与すべきかの判断が難しいと思いますので、具体的な処方例を可能な限り記載しました。

森 Teach oneですが、専門家になると、後輩に教えるときはもちろん、なかなか苦痛が取れないときなどに主治医から相談を受けることもあります。専門家をめざす方の場合、ガイドラインの記載内容やその背景、日々進歩している緩和ケアのエビデンスまで勉強する必要があるということです。本書ではエビデンスがあるものは明示して



●やまぐち・たかし氏
2004年岡山大医学部卒、14年筑波大大学院人間総合科学研究科博士課程修了。手稲溪仁会病院で初期研修後、同院総合内科で急性期内科診療に従事。筑波メディカルセンター病院総合診療科・緩和医療科での緩和ケア病棟・診療所勤務を通じて緩和医療研修を行う。手稲溪仁会病院総合内科・感染症科/緩和ケアチーム医長を経て、13年より現職。日本緩和医療学会PEACEプロジェクト(症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム)の立ち上げや「がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン」改訂作業などにかかわる。同学会緩和医療専門医。

ありますし、大事な文献にはマークが付いているので、一次文献に当たるなど、専門家としてさらに一歩踏み出すための足掛かりとして役立てていただければと思います。

山口 患者さんを診る中で学んだことや、一次資料に当たったもの、最新の研究結果などはどんどん書き足して「自分の」マニュアルに改良していくと良いですね。

日々の診療の中で本書を活用することが、緩和ケア上達の近道です。緩和ケアの専門家をめざす人にもそうでない人にも、本書と“友達”のように研修期間を一緒に過ごし、何度も何度も目を通してもらいたいです。

病棟から外来、そして地域へ

西 緩和ケアは今後、病棟だけでなく外来や地域での活躍も求められるようになると思っています。

山口 卒後3年目のエクスターンシップで行った豪州アデレードでは、急性期病院・ホスピス(緩和ケア病棟)・在宅の緩和ケア専門診療が一つの単位として機能しており、緩和ケアが必要な患者さんであっても本人が過ごしたい場所で過ごすことができました。さらに、がん以外の疾患、例えば心疾患や神経疾患、認知症なども分け隔てなく緩和ケア専門家にフォローされていました。

西 山口先生はエクスターンシップの翌年から、本格的に緩和ケアにかかわり始めたのでしたね。

山口 ええ。ちょうど当院で緩和ケアチームを作ることになったんです。その後、緩和ケアの専門研修を受ける際には、診療所での在宅医療ができる点を重視して研修先を選択しました。

西 当院での研修でも、在宅の視点を重視しています。自分が化学療法を行った患者さんを、緩和ケア病棟でも診て、さらに在宅まで診に行き、最後は看取りまでできるというのが特徴です。継続性のある診療を行えるだけでなく、患者さんの移り変わる心理を追えるので、包括的ケアが提供できるようになっていきます。

視点

病院の図書室機能をいかに強化するか



福岡 敏雄 倉敷中央病院総合診療科主任部長
救命救急センター長・人材開発センター長

医療情報環境は、年々大きく変化している。若い世代は、卒前教育からUpToDate®やDynaMedなどの電子教科書、あるいはPubMed、医中誌Web、Google Scholarなどのデータベース検索で情報を得ている。図書室で書籍や雑誌を探して読むことは少なくなり、ウェブ上で検索して入手し、ウェブ上の辞書や用語集などと組み合わせて読むことに慣れてきている。彼らにとって必要な情報は、図書館ではなくウェブ上にあると言えるだろう。

病院もこのような変化に無頓着ではいられない。院内の医療情報環境の整備は、提供する医療内容の維持・向上にそのままつながる。特に電子教科書や電子ジャーナルの整備された環境は、若い医師にとって学びやすく働きやすい。当然、意欲のある研修医やスタッフを引きつけるであろうし、そのような病院は患者・家族にとっても魅力的に見えるに違いない。

しかし、一般の病院にとって、医療情報環境を整備することは容易ではない。特に洋雑誌の施設契約料は、個人購読料の10倍を超える値段が設定されることもしばしばあり、契約料は年々数%ずつ値上げされ、為替の影響で円建ての購入費用は高騰している。

病院はこれまで、何も手を打たなかったわけではない。多くの病院が、限られた予算で環境整備をするためにさまざまな工夫を行ってきた。雑誌の個別契約を、出版社が提供する複数雑誌契約のパッケージ商品へと移行させ、大学や病院、研究機関などと共同してコンソーシアムをつくり出版社と交渉してきた。こうした取り組みは病院の情報環境を維持しつつ経費削減にもつながっている。

会員病院の数が2500を超える日本

山口 当院の場合、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、診療所の3か所での研修を必須とし、各自の興味やキャリアプランに合わせて、ペインクリニックやサイコオンコロジーでの研修もオプションとして提供できる体制にしています。初期研修後、先にプライマリケア専門医資格を取得するのが基本ですが、新専門医制度における基本領域に該当する専門医資格をすでに持っている方は、緩和ケアの専門研修に直接入ることもできます。

松本 緩和ケアの専門研修に直接入れるというのは良いですね。緩和ケアの専門性においては、core competencyが重要である一方で、多様性を維持していくことも大事だと私は思っています。冒頭に紹介があったように、今の緩和ケア医はさまざまな専門領域出身

病院会(日病)では、2015年に図書委員会を設置し、図書購入に関する情報提供や共同購入事業を開始した。これに先立ち、会員病院に対し図書環境に関するアンケート調査を行った。会員病院の規模や診療背景はさまざまである。インターネット環境が十分整っていない病院や小規模な病院も多く、病院ごとの事情があることを知った。

この結果を踏まえ日病は、同年に日病電子ジャーナルコンソーシアムを立ち上げた。そして2016年8月23日には、2017年度の契約に向けた説明会を開催し、10社以上の企業と100人以上の参加を得た。企業からは日本語コンテンツの提案も増え、100床以下の病院を対象にした特別価格での提供、1誌からの契約や施設ごとに雑誌の組み合わせが選べるプランなど、さまざまな提案を受けている。これらのコンソーシアムのパッケージについては、日病ウェブサイトの会員専用ページにて公開しているので参照いただきたい。

*

研修医をはじめ医療者の皆さんには、病院の電子データベースや電子ジャーナルを積極的に活用してほしいと思います。そこで得られる知識、技術、態度は生涯教育の基盤です。また、多くの電子データベースではアクセス回数や検案件数のモニターが可能で、皆さんの積極的な利用こそが環境整備の成果であり、図書予算の必要性・有効性の証しとなるからです。医療情報環境の有効活用をよろしく願います。

●略歴/1986年阪大卒。倉敷中央病院、名大病院などを経て、2006年から倉敷中央病院総合診療科主任部長兼医師教育研修部長。10年救命救急センター主任部長、13年救命救急センター長、14年4月からは人材開発センター長を兼任。日病図書委員を務める。

の医師で構成されていますよね。さらに緩和ケアチームには、医師だけでなく、看護師や他のコメディカルといったさまざまな職種が参加しています。異なった視点を持つ人たちが集まることで、自分ではなかなかできない見方ができたり新しいアイデアが生まれたりする面があります。特定の科を研修してからでないと緩和ケア医になれないというのではなく、多様な道を残せると良いと思います。

西 緩和ケア医としての一番の喜びは、患者さんの人生の最期を悲嘆ではなく、良い人生だったと思える過ごし方にする手助けができることです。社会の中で緩和ケアを行うためのアプローチも視野に入れながら、患者さんを全人的に診られる医師になってください。(了)

レジデントだけの本ではありません! 緩和医療に携わる全スタッフ必読の書、誕生!

医学書院

緩和ケアレジデントマニュアル

監修 森田達也・木澤義之
編集 西 智弘・松本禎久・森 雅紀・山口 崇

●B6変型 頁456 2016年
定価:本体3,600円+税
[ISBN978-4-260-02544-7]

緩和ケアの新スタンダードマニュアルが、ついに完成。第一線で活躍する気鋭の執筆陣が、基本から最新知見・ノウハウまで緩和のエッセンスを解説。各項目ではエビデンスを重視し、および限り非がん疾患にも応用できるよう心がけた。通読できるコンパクトサイズながら網羅的であり、入門書としても最適。若手のみならず、指導者にとっても有用な好著。日常診療では白衣のポケットに忍ばせていただきたい1冊。

もくじ

- 第1章 はじめに
- 第2章 症状の緩和
- 第3章 放射線療法・化学療法
- 第4章 非がんの緩和ケア
- 第5章 さまざまな状況での緩和ケア





めざせ! 病棟リライアンス

できるレジデントになるための(秘)マニュアル

安藤大樹 岐阜市民病院総合内科・リウマチ膠原病センター

[第4話]

伝えてあるかないかで大違い!
急変・せん妄・認知症進行・転倒・廃用症候群



ヒトはいいけど要領はイマイチな研修医1年目のへっぽこ先生は、病棟業務がちよっと苦手(汗)。でもいつかは皆に「頼られる人(reliance=リライアンス)」になるため、日々奮闘中!! ……なのですが、へっぽこ先生は今日も病棟で頭を抱えています。



お世話大好きセワシ先生



へっぽこ先生、眠そうな顔で朝の病棟業務中です。昨日肺炎で入院した80代の男性患者さんが、夜間にせん妄を起こして大騒ぎ! ファーストコールを受けたへっぽこ先生が、研修医本を片手に何とか対応しました。抑制帯を巻かれた患者さんは、使用した鎮静薬が効いているのか、呼び掛けへの反応はイマイチです。そこに患者さんのご家族が来院されました。「父はどうなったんだ! こんな話、聞いてないぞ!」

え、あ、その……、これはせん妄と言って……(あたふた)。

(そこに、偶然通りかかったセワシ先生が看護師から事情を聞き)説明不足で大変申し訳ありません。状況が変わっていて驚かれましたよね。後ほど担当者から説明がありますので、しばらくお待ちください。

(怒り気味に部屋に戻っていくご家族を見送りながら……)セワシ先生、ありがとうございました。焦って、何を話せばいいかわからなくなってしまった。こんな話、研修医の自分がするわけにもいきませんし……。

確かに、最初に説明していない主治医の先生に問題があるかもしれないね。でも、へっぽこ先生も主治医グループの1人だよ。全く問題がないわけじゃないんじゃないかな?



われわれにとっては“日常茶飯事”である入院ですが、患者さんやそのご家族にとっては、“人生の一大イベント”です。自分、あるいは身内がどうなるのか、どんなことをされるのか、不安な気持ちでいっぱいだと思います。病院にいる安心感から、良くなることだけを信じている方も多かもしれません。そんな中で悪いことが起こってしまったら……?

入院中に起き得ることを全て伝えることはできませんが、「起こる可能性が高いこと」と「可能性は高くないものの、起こってしまった場合に重大な結果につながること」は、必ず伝えなければなりません(救急外来と一緒に)。これらを伝える癖をぜひ研修中につけてください。あなたの医師人生のどこかで、大きな助けになるはずです。

伝えるべきは“5D”

何を伝えるかはケースバイケースですが、入院するからには、多くの場合“状態の悪くなるリスク”を抱えています。話すかどうかを症例ごとに決めると、どうしても漏れが出てしまうので、話す内容もある程度ルーチン化しておくとうよいと思います。まず今回は、入院患者の多くを占めるであろう「高齢者」を対象に考えてみましょう。次の“5D”なんてどうですか?

①急変: sudden change

“D”と言っておきながらいきなり違う頭文字で恐縮ですが、Dが2つ入っていますのでお許しを(汗)。急性期病院を対象とした調査¹⁾では、入院患者の予期せぬ心肺停止の確率は0.4~0.7%だったとのこと。つまり、約150~250人に1人の割合です。検査入院の方や若年者も含まれていることを考えると、高齢者や担癌患者、心疾患の既往がある方、易感染性患者などでは急変の可能性はさらに高いかもしれません。軽症での入院であったとしても、伝えておくべきでしょう。終末期医療の重要性が叫ばれている昨今、急変の可能性を伝えることで、ご本人やご家族が今後のことを考える機会になるといった利点もあります。

②せん妄: delirium/③認知症: dementia

意識がぼーっとした状態で運ばれ、目を覚ますと知らない場所で点滴につながっていたり、いろいろなものが身体に貼られていたり、尿道には得体のしれない管がつながっていたりしたら

……、パニックになって当然ですね。実際、入院患者におけるせん妄の有病率は10~30%(高齢者では10~40%)とされており、入院時に伝えないほうが不自然なほど、出合う確率の高い疾患です²⁾。原因は多岐にわたりますが、少なくとも重症疾患・低Na血症・敗血症・心不全・低血糖患者、認知症の既往のある方、薬剤(特に睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗てんかん薬、抗パーキンソン病薬、抗コリン薬、H₂受容体拮抗薬、強心薬、副腎皮質ステロイド、抗悪性腫瘍薬など)、アルコール多飲者には、最初の段階できちんと説明しておくことが必要です。当然、せん妄に伴う抑制の必要性についても伝えておきましょう。もしあなたの親御さんが夜間入院して、何も伝えられずに翌朝縛られていたら、多分怒りますよね。抑制を行うことに対して賛否はあるものの、現実的に行わざるを得ない状況も多く見られる以上、説明は欠かせません。

紙面の都合で詳しくは触れませんが、認知症が出現・進行する可能性についても説明しておく必要があります。

④転倒: fall down

全日本病院協会の報告によると、全入院患者に対する転倒・転落の発生率は0.17%と決して高くはありません³⁾。しかし、転倒のリスク因子(表)がある場合、発生率は急激に上がります。平成25年国民生活基礎調査によると、介護が必要となった原因として、骨折・転倒は脳血管疾患、認知症、高齢による衰弱に次いで、第4位となっています⁴⁾。1つでもリスク因子が該当する場合には、転倒の可能性について伝えておかなければなりません。また、65歳以上の方は思った以上に転んでいます! 入院時に必ず、過去一年間の転倒歴を聞きましょう。

●表 転倒のリスク因子(参考文献5より作成)

✓転倒の既往	✓ADL低下
✓平衡感覚障害	✓80歳以上
✓筋力低下	✓女性
✓視力低下	✓低BMI
✓内服薬(4種類以上、あるいは4年以上の抗精神病薬)	✓排尿障害
✓歩行障害	✓関節炎
✓抑うつ	✓糖尿病
✓めまい	✓疼痛
✓起立性低血圧	✓滑りやすい床や履物
	✓つまずきやすい敷物
	✓暗い照明

※転倒危険度はリスク因子が1つなら19%、4つ以上だと78%に上昇する。

⑤廃用: disuse

「寝たきり状態」は筋力低下の大きなリスク因子であり、一週間の臥床で約20%の筋肉量の低下を招くと言われています。高齢者の機能障害の約50%は入院中に発症するという報告⁶⁾もあり、この“D”も必須の説明項目です。入院時に「DEATH SHAFT」(詳細は成書参照)を利用して普段のADL/IADLを確認した上で、80歳以上、入院2週間以内のADL/IADL低下、担癌患者、脳卒中、認知機能障害、アルブミン<3.0g/dLなどのリスク因子

がある場合、特に注意が必要です⁷⁾。

*

最後に、私が普段している説明の例をまとめておきますね。設定は、誤嚥性肺炎で入院した、心房細動の既往のある85歳男性で、説明相手は息子さん夫婦です。例ですので不十分な点も多いですが、皆さんなりの型をつくる際の参考にしてもらえたらうれしいです。

入院で気が動転されているときに申し訳ありません。お父さまは高齢で、かつ比較的重症化しやすい誤嚥性肺炎での入院ですので、どうしても“悪くなったときのこと”をお伝えしておかなければなりません。〇〇さんに限ってお伝えしているわけではありませぬのでご了承ください。現在既に治療を開始していますが、誤嚥性肺炎の場合は△△や××など、さまざまな状態悪化の可能性がります。また、もともと心房細動という病気をお持ちですので、□□といった合併症で状態が悪くなるかもしれません。場合によっては突然呼吸が停止したり、心臓が止まったりすることも考えられます。

また、状態悪化とは別に、入院後の環境変化や病気の影響により、せん妄と呼ばれる意識状態の変化が起こることもあります。せん妄は、多い報告では40%程度起こると言われています。その他、高齢でするので転倒してしまう可能性も否定できません。さらには、入院が長期化すれば、認知症の進行や、廃用といって、筋力低下が進み、寝たきり状態になる可能性もあります。もちろん、このようなことが起こらないよう、われわれスタッフも万全の態勢を取ります。今の話は、治療がうまくいって退院されれば取り越し苦労になりませんし、われわれもそれを最も望んでいます。ただ、残念ながら、いずれはまた同じようなことを考えなければいけないときが来ると思います。そのときのためにも、ぜひ一度ご家族でも話し合ってみてください。

【参考文献】

- 1) Crit Care Med. 2009 [PMID: 19050625]
- 2) JAMA. 1987 [PMID: 3625989]
- 3) 全日本病院協会. 診療アウトカム評価事業—転倒・転落率, 2013.
- 4) 厚生省. 平成25年国民生活基礎調査の概況—統計表第14表 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合, 2014.
- 5) JAMA. 2010 [PMID: 20085954]
- 6) J Am Geriatr Soc. 2003 [PMID: 12657063]
- 7) J Am Geriatr Soc. 2011 [PMID: 21649616]



患者さんもご家族も、良くなることを期待して入院してきます。それなのに、説明を受けていない状態の変化が起こったら、受け入れられなくて当然です。入院時に“5D”を説明しておくことは、患者さんやご家族の病気への理解を深めるだけでなく、あなたや病棟スタッフを守ることにもなりますよ。



『科研費 採択される3要素』刊行記念セミナーのお知らせ

テーマ 「科研費」—採択されるために 実際の申請書の添削例を基にした実践的レクチャー

講師 郡健二郎 先生(本書著者・名古屋市立大学・学長)

日時 2016年9月24日(土) 第1回 13:00~15:00 第2回 15:30~17:30 (第1回と第2回は同内容です。入れ替え制です)

会場 医学書院本社会議室(東京都文京区本郷1-28-23)

定員 各回80人

受講料 3,000円(税込、資料代などを含む、当日払い)※指定テキスト代別

参加お申込み方法 以下のセミナーページから、お申込みください。
<http://www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do>

指定テキスト 郡健二郎著「科研費 採択される3要素—アイデア・業績・見栄え」(医学書院刊)をテキストとして使用いたしますので各自ご持参ください。当日会場での販売もごさいます。

対象
平成29年度(2017年度) 科研費に応募予定の研究者の方はぜひこの機会をご活用ください

採択される申請書は、どこが違うのか?

科研費 採択される 3要素

好評発売中!

驚異の採択件数を誇る 教室のトップが贈る 必読の良書! この1冊で完全マスター

アイデア・業績・見栄え
郡健二郎

●B5 頁196 2016年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02793-9]

●写真 筆者がこれまでで一番早く受け取った Accept メール

臨床医なら CASE REPORT を書きなさい

臨床医として勤務しながら first author として
年 10 本以上の論文を執筆する筆者が、
Case report に焦点を当て、論文作成のコツを紹介します。

水野篤
聖路加国際病院 循環器内科

第 6 回

鈍感力でもレジリエンスでも Reject でもめげない!

カリスマ先生「レジデント先生、どうしたんですか？ 元気ないですね」

レジデント「カリスマ先生に言われた通りに作成したのに論文が Reject (不採択) でした (涙)」

カリスマ先生「そうか。じゃあ別の雑誌に出そう！」

レジデント「また落ちるかもしれないじゃないですか!？」

カリスマ先生「そうしたらまた別の雑誌に出そう！」

レジデント「……………」

たほうが良いです。先方も非常によく確認してくれています (恐るべしです)。私が提出した論文の中で最も早く Accept (採択) されたのは Letter でしたが、なんと返事が来たのは、Editorial office (編集室) とのやりとりをして、修正した論文を再投稿した 1 分後でした。雑誌名は伏せますが、驚きでスクリーンショットを撮ってしまいました (写真)。受付確認メールが 17 時 52 分、Accept 通知が 17 時 53 分です。ここまで早いことはほほほいでしょうが、迅速な対応が素早い Accept につながるかもしれません。

◆ 第 2 報: Decision letter

その後の第 2 報は Decision letter です。1 日 (!?) ~ 2 週間ぐらいの間に素っ気ない返信が来たら、

- Editorial reject
編集室判断での不採択です。それを過ぎたら、Editorial reject はされなかったとホッとして良いでしょう。そのころになったら、Submission (投稿) ページで論文の処理状況が見られるようになります。だいたい、Under review (査読中) もしくは Editor assigned (担当者検討中) だと思います。
- Accept
- Minor revision
- Major revision
- Reject

◆ Revision が来たら全力で修正!

「Minor revision」「Major revision」はともに修正の依頼です。「ぜひ修正して再提出してください。修正さえすれば採択したいです」的な小さな修正の依頼が Minor revision。「ここを修正したほうが良いと思うけど、修正して再提出しても採択の保証はしかねます。まあ、頑張ってみてください」的な大きな修正の依頼が Major revision です。「保証はしかねます」という表現は、

◆ 最初の連絡

さて、ようやく提出できたぞ! と安心したのもつかの間。すぐにメールが来ます。内容は、

- 受付確認 (ほぼ自動です) もしくは受付番号
- 不備があったから修正しろ!

これらの事務メールは、だいたい 24~48 時間で連絡が来ます。間を置いてしまうと、忙しさの中でつつい先送り、そしてそのままお蔵入り、という流れになってしまう危険性があります。不備はササッと修正して再提出してください。

Never put off till tomorrow
what you can do today.

です。修正すべき内容はメールに書いてあるので、確認してください (Instruction for author [投稿規定] を読み、という指示のこともあります。投稿前にきちんと読んでおきましょう)。ほとんどの問題は同意書の署名 (サイン) がなにか、引用が規定と違う、文字数が規定より多いなどです。事務連絡にはしっかり対応しておい

これで当直も安心! マイナー外科の初期対応に自信がつく!

マイナー外科救急レジデントマニュアル

専門医「以外」のための、マイナー外科領域の当直本の決定版! 扱うのは形成外科、口腔外科、整形外科、眼科、耳鼻科、泌尿器科、皮膚科の7領域。各領域の専門医が初期研修医、看護師、他科の非専門医に向けて、当直の際に役立つマイナー外科の「ちょっとしたコツ」をまとめた。「まず何をすべきか(してはいけないか)」「何に注目して診察を進めるべきか」など、初期対応に自信が持てる1冊。もう外科系当直なんて恐くない!

監修 堀 進悟
イムス富士見総合病院顧問

編集 田島康介
藤田保健衛生大学病院教授・救急科

I cannot assure guarantee. とか書いてあります (Major か Minor かは、明確には書いていないときがあるので慣れないうちはわかりにくいかもしれませんが。確実に知りたい場合は Submission ページを見るとわかることが多いです)。Major revision でも、Reject とは天と地ほど違います。採択の可能性が残っていますので、Revision が来たら死ぬ気で頑張ってください。

ちなみに、Revision の場合は、必ず Reviewer (査読者) の意向に沿って変更してください (意味不明と感ずる場合も含めて、です)。Reviewer は無償でわれわれの論文を査読してくれています。英文校正は費用がかかるのに、より専門性の高い職業の方に費用が支払われなくてどんな世界やねん! という気もしますが、その点にはあまりとらわれず、忙しい中査読してくれた Reviewer に感謝をしながら論文をより良いものに仕上げてください。

Major でも Minor でも、いい加減な修正だと Reject されます。要注意です。私も経験がありますが、これほどショックなことはないでしょう。ただ、いくつもの過程を経る中で論文はより良いものになっていきます。コメントなどを参考にして他の雑誌での採択をめざしましょう。第3回 (第3178号) で紹介した文献管理ソフトを使用すれば、スタイル変更もおっくうにならなくて済むと思います。

◆ Reject は無駄じゃない!

Accept と Reject の場合は、まさにそのように書いてありますので、はっきりとわかります。

Reject の場合のお決まりの表現は「I regret to inform that~」です。われわれの感覚から言えば、全然残念そうではありません (笑)。慣れてくれば平気かもしれませんが、Reject になると論文執筆の努力が全て「水の泡」になったように感じます。もし完全に心が折れてしまったら、本当に泡として消えてなくなります。お蔵入りになるということです。そうしないためには、ここで奮起する必要があります。

落ち込んだ気持ちが自然回復するまで、少し寝かせても良いですが、そのときは注意が必要です。論文を書いている瞬間というのは最大瞬間風速的に知識があります。参考文献の細かい内容などは、時間とともに指数関数的に頭から抜けていきます。論文の少しの眠りは二度寝ではなく、永遠の眠りにつく可能性をはらんでいるのです。可能な限り、その週の週末ぐらいまでには別の雑誌への投稿作業に入るように頑張ってください。

先ほども少し触れましたが、Reject されても投稿が全くの無駄だったわけではありません。もし Reviewer のコメントが付記されていれば、ぜひ参考

にしてください。論文を良くするポイントが詰まっているでしょう (Editorial reject の場合はほぼ何もコメントがありません。これは本当にキツイです)。

ちなみに、Revision の場合と異なり、明確に「Reject」だった場合、コメントのとおり修正しても、同じ雑誌に採択される可能性はかなり低いでしょう。多少好意的なコメントがあっても、勘違いしてはいけません (よほどの自信があれば Reviewer を変えてくれというのもアリですが……)。

◆ 鈍感力を磨け

英文雑誌からのメールは、(日本時間では) だいたい朝来ます (さらに年末年始は一斉に Decision が返ってきます)。どうでもよい対策ですが、5~6時ごろに届いたメールが英文だったときは、見ないのも一つの手です。そんな時間に送付されてくる英文は、スパムメールか Decision letter です。そして、採択率を考えれば、Reject の可能性のほうが高いわけです。ダメージを受け、その日の一日の業務に差し支える人は多々いるでしょう。

とりあえず、ほぼ Reject されると思っていたほうが心は折れません。Major journal では特にそうでしょう。国家試験のように 90% 近くが合格するものとはわけが違います。Reject が想定内、と思っていたほうが心の安定を保てます。私はもう Reject 慣れしているので、全くへこみません。Reject 通知が来た瞬間に他の雑誌への投稿準備ができるほどです。

平静の心を得るために必要なのは、「しよせん論文、Reject でも自分を全否定されたわけではない」という鈍感力です。恋愛に似ていますが、投稿で心の傷を負っても、死ぬわけでも、肉体に痛みを受けるわけでもありません。私の好きな漫画に、『昴』(小学館、曾田正人) というバレー漫画がありますが、その中で「おまえを殺してしまわれないものはすべてお前を強くしてくれる」という、ニーチェを元にした言葉が出てきます。根性論ですが、ぜひこの気持ちを持って奮起しましょう。

状況を受け入れ、次の活動を起こせるかどうか勝負です。このあたりはサポートできますので、いつでも連絡をください!!

まとめ

- 事務メールは投稿後すぐに来る。不備には迅速に対応しよう。
- Revision は必ず Reviewer の意向に従って修正。
- Reject でも、Reviewer のコメントが論文を良くする参考となる。
- Reject された週の週末までには別の雑誌への投稿準備をしよう。

10年ぶりの大改訂! さらにパワーアップ! 素朴な疑問を解決すれば、明日の麻酔が楽しくなる

新・麻酔科研修の素朴な疑問に答えます

▶ 研修医が抱く「素朴な疑問」に真正面から向き合い、Q&A形式で解説し、好評を博したベストセラーテキスト、10年ぶりの増補改訂版。麻酔科診療の全領域を網羅。近年の麻酔法の進展、使用薬物の変化などを踏まえ、大幅更新。かつ雑誌「LISA」徹底分析シリーズで掲載された疑問を厳選しブラッシュアップ、書き下ろしの新項目とあわせて追加。全10章103問、360頁にボリュームアップ。麻酔科研修医のみならず、上級医・教官も目からウロコの一冊。

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、医学書院販売部(03-3817-5657)まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

統合失調症薬物治療ガイドライン

日本神経精神薬理学会 ● 編

B5・頁176
定価:本体3,600円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02491-4

【評者】大森 哲郎
徳島大大学院教授・精神医学

日本神経精神薬理学会が編集したこの『統合失調症薬物治療ガイドライン』は、簡潔な記述に最新内容を盛り込んだ実践的な良書である。作成の実務を担当したのは、各地で活躍する気鋭の精神科医で、大学で言えば准教授や講師に相当する世代である。ここ20年間の新規非定型抗精神病薬の導入を契機として、すっかり様変わりした統合失調症の薬物療法を語るのに最もふさわしい布陣となっている。

全体は大きく5章に分かれ、第1章「初発精神病性障害」、第2章「再発・再燃時」、第3章「維持期治療」、第4章「治療抵抗性」、第5章「その他の臨床的諸問題」と続き、それぞれの章ごとにいくつかの臨床疑問(clinical question; CQ)が設定され、それに関する推奨治療を提示し、その推奨に至ったエビデンスと検討過程を解説するという特徴的な構成となっている。例えば第2章のCQ2-1は、再発・再燃時に切り替えと増量のどちらが適切かを取り上げる(p.24)。これへの推奨として、アドヒアランスを含めた現

簡潔な記述に最新内容を盛り込んだ実践書



在の治療を振り返ること、増量の余地があれば増量すること、持効性製剤を考慮すべき場合があること、切り替えはその後の選択肢となることなどが述べられ、この推奨の理由となるエビデンスが手短かに解説されている。さらに再発・再燃時の対応として、有用性と推奨用量にエビデンスがある薬物は何か(CQ2-2)、抗精神病薬の併用は単剤よりも有効か(CQ2-3)、抗精神病薬以外の向精神薬の併用は有効か(CQ2-4)と、日々直面する臨床疑問が続く。

第4章では、クロザピン治療の推奨でよしとするのではなく、その効果が部分的であった場合の併用療法は何か、修正型電気けいれん療法(m-ECT)は有用か、クロザピンやECT以外の治療法はあるかなどがCQとして追及される。第5章では、精神運動興奮、緊張病、抑うつ症状、認知機能障害、水中毒などに対する治療が狙いに乗せられている。第1章と3章についてはCQを紹介する紙幅がないが、全5章いずれのCQも臨床現場では切実なものばかりである。

これらのCQに対し、臨床エビデンスを尊重して推奨治療が提示されるが、過度にエビデンスに固執すると何も言えなくなってしまうこともある。そういう場合には作成者の現場感覚が生かされて、診察室で役立つガイドラ

ムーア臨床解剖学 第3版

坂井 建雄 ● 監訳

B5変・頁760
定価:本体8,000円+税 MEDSI
http://www.medsj.co.jp/

【評者】八木沼 洋行
福島県立医大教授・神経解剖・発生学

本書はMoore KL, Agur AMR, Dalley AFによる『Essential Clinical Anatomy』の原著第5版の訳書で、同じ著者らによる『Clinically Oriented Anatomy』を親本として、内容を厳選し、わかりやすくコンパクトにまとめ直した学生向けの臨床解剖学の教科書である。本年2月に出版された親本の日本語版『臨床のための解剖学』がA4変型判1128ページの大著であるのに対して、本書はB5変型判760ページであり総紙面積は約半分となっている(重さも約半分の1.4kgで持ち運びも楽である)。しかし、中身を比べると、親本の図や記述のおよそ2/3以上がそのまま、あるいは多少変更されて本書に使われているものと思われ、それだけ内容が詰まっていた大変お買得と言うことができる。

本書はintroductionとして総論的な解説があり、続いて体の各部位ごとの9章から成っている。各章では解剖学的事項を説明する本文と図に加えて、色分けされた臨床関連事項、体表解剖、画像診断に関するBOXが本文近くに適宜配置されている。さらに臨床関連事項の各項目には変異、外傷、診断手技など関係を示すアイコンが付けられており、視認性が高くなっている。今回一新されたイラストは上品で、しかもリアルさを失っておらず、重要な点がわかりやすい。精細な局所解剖図も多数用いられており、図譜としても十

分に仕上がっている。言うまでもなくガイドラインは治療を縛るものではない。特定の抗精神病薬の名が挙がるのは治療抵抗性に対するクロザピンのみである。治療選択は常に主治医に委ねられる。ガイドラインにはその前に考えるべきことが凝縮されているのである。

本ガイドラインは実は日本神経精神

分使えるレベルとなっている。さらに、解剖学実習ではあまり注意が払われない傾向があるが、臨床上重要なリンパ管系や自律神経系の詳細な図が多いのは「臨床解剖学」の教科書としての矜持であろう。そして、なんとと言ってもこの本の最大の特徴は、基本となる解剖学的事項についての説明が十分に詳しくなされていることである。同じ価格帯の他の教科書と比べてみても、記載の詳しさにおいて勝ることはあっても劣ることはないと言言できる。

福島県立医大では解剖学実習と並行して臨床解剖学の講義を臨床科にお願いして行っている。実習で遭遇したばかりの構造や用語が臨床医から話された時に、その意味が理解でき、さらに今学習していることが臨床の現場に直結することを知らずして学生諸君は肉眼解剖学の学習意欲を上げている。同様の取り組みは多くの医学部や歯学部で行われているが、この本は、いわば一冊の本の中でこのような取り組みを行っているものであり、学生の学習意欲を大いに高めてくれることが期待される。今回の改訂による大幅なパワーアップにより、解剖学を学ぶ学生が最初に購入し、解剖学実習はもとよりCBTや国家試験対策にも末永く使える解剖学教科書の新しいスタンダードの誕生と言ってよいのではないかと思う。

薬理学会のウェブサイト上に公開されている。見比べると、明解な図表と理解促進のための補記が加わっている点で書籍版は一層充実した治療の手引きとなっている。なお、本ガイドラインは守備範囲を薬物療法に限定し、心理社会的治療には言及していない。後者を軽視する意図のないことは本文中(p.vii)に明言されている。

医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧ください
http://www.igaku-shoin.co.jp

「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の支援を受けて、「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橋本市民病院(南海難波から45分)に赴任・勤務できる方
②以下の何れかの米国留学を希望する医師で、総合内科、腎臓内科、及び救急科のいずれかの診療科において勤務できる方
(1)臨床留学 (2)研究留学 (3)MPH留学等
※但し、(1)については、既にUSMLEを取得しているかその受験準備中の者に限る
- ③TOEFL 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
- 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助成条件
(1)臨床留学の場合 病院で3年間勤務する代わりに米国への3年間の留学を認める
※但し、2年間は先に病院に勤務する
(2)その他の留学の場合 米国への留学を認める期間は最大3年間とし、留学期間と同じ年数だけ病院に勤務する
※但し、その期間が1~2年間の場合は1年間、3年間の場合は、2年間、先に病院に勤務する
- ②助成金額
(1)留学先から給与を支給される場合 300万円×留学年数
(2)給与を支給されない場合 500万円×留学年数
- ③以下については日米医学医療交流財団が行う
(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
(2)海外留学する医師の選考
(3)留学生のための留学準備、留学中の支援
- 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「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、それに記入し、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
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)
④USMLE/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下さい
書類はできるだけタイピングしたものを、ご提出願います。
- 6 募集締切 2016年9月30日(金) 必着
提出先: 橋本市民病院事務局
〒648-0005 和歌山県橋本市小峰台2-8-1 TEL:0736-34-6123
- 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: 2016年10月(日時の詳細未定)
②場所: 日米医学医療交流財団事務局(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 (助成概要に記載されたもの以外の医師の義務)
①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
②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
※①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
- 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 http://www.janamef.jp
または 橋本市民病院 事務局
TEL 0736-34-6123 E-mail: shomu@city.hashimoto.lg.jp
http://www.hashimoto-hsp.jp/

精神科診断戦略

モリソン先生のDSM-5®徹底攻略 case 130

James Morrison ● 原著
松崎朝樹 ● 監訳

B5・頁664
定価: 本体6,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02532-4

評者 塩入 俊樹
岐阜大学大学院教授・精神病理学

「この診断基準を生身の患者にどうあてはめてよいかを知らない人は、精神医療には関わらないほうがよいだろう」

いきなり出たストレートパンチのようなこの一文は、本書の「序章」第1ページ目に書かれたものである。第1ラウンド、相手の出方をうかがっていた挑戦者に、チャンピオンが「君とはまだまだ実力が違うよ」とでも言うかのごとく、開始1分以内に放った一撃。そう、連載磨練のチャンピオンはジェイムズ・モリソン、挑戦者は、われわれ読者である。

モリソン先生は、まず「序章」の14ページを使い、本書の特徴(モリソン先生の工夫)や使用法について詳細に解説する。続く第1~18章には、DSM-5の大分類にあたる各疾患群が並んでいる(ただし、本書では双極性障害群と抑うつ障害群を気分障害と一つにまとめている)。さらに、第19章で「臨床的関与の対象となることのある他の要因」について説明している。実はこの章、DSM-IV-TRから存在したが、DSM-5においてコード番号が最も増えた章であり、臨床的には大変重要であることを知っている者は少ない。このZコードを使いこなすことで臨床診断に深みを与え、患者個別のストーリーを与えることが可能となる。評者はDSMを日常臨床で使用して29年目だが、この辺をきちんと解説してくる所に、「さすがモリソン先生、わかってらっしゃる!」と思う。

最後の第20章「患者と診断」では、いくつもの症例を実際に診断する、つまり、練習試合が待っている。実に臨床的でうまい設定であり、米国で20万部を超えるベストセラーであることもうなずけよう。そして今回本書の監

訳を担当した松崎先生もまた、熱心にDSMの研究を進めている方であり、訳者として適任である。モリソン先生の人柄が伝わるようなユーモアに溢れた文章を上手に訳している。

精神医療のリングで闘う人に贈る一冊



では、熟読してみる。まず章の初めに「クイックガイド」があり、章全体にかかわるであろう疾患(他章の疾患も含めて)全てについての特徴が簡易に、しかも明確に書かれている。全体を把握できるので、非常に臨床的である。その後は、具体的な症例と、その診断の過程が複数例にわたって検討される。提示されている全ての症例の描写が非常に鮮明で、個々の患者の具体的なイメージを得やすい点が素晴らしい。そして「こういう患者さん、実際に診たことある!」と思わず膝を打ちなくなるようなケースが「山積み」なのである。その理由には2つある。つまり、ほぼ全症例がモリソン先生の実臨床に基づいている、つまり「本物」であり、かつ「典型的疾患像 prototypical」であることだ。

客観的な検査値のない精神科診断は、「この病気はこういう病気」という典型例が自然と頭に浮かんでこないことにはできない。若い先生方には、「DSMの診断基準を並べただけでは本質は何もわからない、全ての疾患でコアになるものがあなたたちの中にないとね」と、評者は常に言っている。正確で効率的な精神科診断を可能にする、最もスピーディーな戦略の一つは、本書を熟読し、モリソン先生いわく「典型的疾患像マッチング法」を習得することであることに、間違いはない。特に若い精神科医の先生方には、ぜひ、モリソン先生に一試合、挑んでもらいたい。久しぶりに、精神科診断学の本で清々しい気持ちになった一冊である。

シミュレーションで臨床能力を競う「医学生シムリンピックおおさか2016」開催

「医学生シムリンピックおおさか2016」(主催=日本医学教育学会)が7月31日、阪医大(大阪府高槻市)を会場に開催された。医学生シムリンピックは、シミュレーション教育の理解と普及を図ることと医学生の臨床能力を客観的に評価するシステムを確立することを目的に、日本医学教育学会大会の翌日に開催されている。3回目を迎えた今回は、全国の医学部から同一大学所属の5、6年生3人一組のチームを募集し、昨年の12組を上回る16組が参加。さらに、チームが取り組む課題競技も6から8に増え、さまざまな形でスケールアップした大会となった。



●写真 競技中の模様

1大学3人のチームで救急蘇生のシミュレーションに臨む。左奥は競技の評価者(写真提供: 医学生シムリンピックおおさか2016実行委員会)

医学生チームが挑んだのは、全国の医学部教員が連携して作成した臨床シナリオ課題「腹部診療」「循環器診療」「医療面接と鑑別診断」「救急蘇生」「医療面接と基本手技」「腎・泌尿器診療」「呼吸器診療」「救急患者対応」の8種目。「救急蘇生」のように、チーム3人全員で取り組むものから、「医療面接と基本手技」のようにチームの代表者1人が取り組むものまで、形式はさまざま。8つに分けられた部屋には、シミュレータや模擬患者、そして競技の評価者が待機し、アナウンスにより入場したチームは10分間で競技をクリアすることが求められる。そのシチュエーションには工夫が凝らされ、模擬患者がリアルな反応を返すのはもちろん、対象がシミュレータであっても、評価者が「患者役」として処置に反応したり痛みを訴えたりと、絶妙な臨場感を醸し出していた。臨床データの解釈や推論までの数々の難題を突破し、今回金メダルを獲得したのは、琉球大の「やっけーいきがーs」だった。

楽しくかつ真摯に課題に向き合う学生たちの姿勢はもちろん、課題作成者や評価者の熱心な取り組みで盛り上がったシムリンピックは、学習リソースを活用してリアリティを高めるさまざまな工夫によって、臨床学習に大きな役割を果たすことを示した。第4回大会は来年8月に札幌市での開催が検討されている。

今日の整形外科治療指針 第7版

土屋 弘行, 紺野 慎一, 田中 康仁, 田中 栄, 松田 秀一 ● 編

B5・頁952
定価: 本体18,000円+税
ISBN978-4-260-02202-6

評者 吉川 秀樹
阪大理事・副学長

本書の初版が出版されたのは今から29年前である。この間、整形外科は急速な進歩を遂げ、それに伴い、本書も改訂を重ねてきた。前版からの6年間をみても、整形外科治療の変革は著しく、多くの先進的医療の開発

構成のベースであるが、現代的にデジタル感覚を重視し、カラーの写真やシエマが多く盛り込まれている。また、診断・治療のみならず、「患者説明のポイント」「専門病院へのコンサルテーション」「リハビリテーション

ベッドサイドの診療でも 専門医試験対策でも使える マルチな診療事典

がなされてきた。このたび、編集者が全員交代することにより、新たな視点や発想から、大幅なリニューアルがなされ、待望の第7版が出版された。主な改訂ポイントは、章ごとに、各分野特有の「トピックス」と、実用化が期待できる先進的医療を「先端医療」としてコラム形式で紹介していることである。「再生医療」「コンピュータ支援手術」「新規画像診断法」「分子標的治療薬」など、時代に呼応した新鮮な項目の記述が目につく。また、章の冒頭に、各部位の解剖、機能解剖についての項目が記載されているのも新たな試みであり、大変教育的である。また、前版同様、経験豊富な大先輩からのコラム「私のノートから/My Suggestion」が随所に掲載されており、一般の教科書からは得られない示唆に富んだ内容になっている。

のポイント」「ナース、PT・OTへの指示」など臨床現場で生じる疑問に対し、即座に解決できるように構成されているのも心強い。

本書は、日常の外來診察、ベッドサイドでの整形外科診療に大変有用な書であり、医学生、研修医のみならず、病院勤務医、開業医にも広く活用されるものと思う。また、専門医をめざす整形外科医の受験参考書としても期待される。日本整形外科学会専門医試験は近年、臨床実地問題が多く出題され、口頭試験でも、治療方針やインフォームド・コンセントを問うことが恒例となっている。この点でも本書は、専門医として備えるべき知識と考え方を示しているとともに、専門医の知識の整理やさらなる研鑽にも有用であると考えられる。本書は、日々変化する整形外科の情報収集が可能な「診療事典」であり、全国の整形外科診療所、整形外科研修施設の収蔵図書として薦めたい。

本書の初版からのキャッチフレーズである「整形外科疾患の診療事典」が

日本語版監修
福井次矢
聖路加国際病院院長

ジェネラリスト&
スペシャリスト御用達
史上最強の“備忘録”

内科ポケットレファランス
第2版
Pocket Medicine:
The Massachusetts General Hospital
Handbook of Internal Medicine,
5th Edition

世界的に名高いマサチューセッツ総合病院(MGH)の、蓄積された経験を集約したベストセラーレファランス。待望の日本語改訂版。「コンサルテーション」の章が追加され、全面的にアップデート。内容の充実が回つとも、増頁は抑え携帯性を追求した備忘録としての機能を堅持。教科書「ハリソン内科学」で勉強し、実地書「フロンティアマニュアル」で知識を整理、そして現場では本書をささく活用。研修医をはじめ内科診療に関わる医師にとって価値ある書。

定価: 本体4,000円+税
● B6変 頁292 図99
● 2016年
● ISBN978-4-89592-836-6

救急ポケットレファランス
Pocket Emergency
Medicine,
3rd Edition

研修医・プロ兼用
救急診療最強の“備忘録”

監訳 **北野夕佳**
聖マリアナ医科大学
横浜市西部病院救命救急センター

内科・麻酔科・ICU・プライマリケア・がん診療に続く、シリーズ第6弾。循環器系を中心とした喫緊の救命セッティングのほか、外傷/産婦人科/小児/眼・鼻・耳/中毒などを幅広くカバー。救急外來を受診する患者像に忠実に、各状況下での診断・治療・方針決定を、簡潔書きで簡潔に解説。コンパクトサイズながら群を抜く情報量で「クリニカル・パール」も満載。救急当直はもちろん、総合診療領域に関わる医師・研修医にとっても頼れるレファランス。

定価: 本体4,200円+税
● B6変 頁328 図11
● 2016年
● ISBN978-4-89592-863-2

“ポケレフ”シリーズ続々刊行中!

<p>プライマリ・ケアポケットレファランス 日本語版監修 前野哲博 定価: 本体4,200円+税 2015年</p> <p>がん診療ポケットレファランス 監訳 島清彦 定価: 本体4,500円+税 2016年</p>	<p>ICUポケットレファランス 監訳 林淑朗 定価: 本体4,800円+税 2014年</p> <p>麻酔科ポケットレファランス 監訳 牛島一男 定価: 本体4,500円+税 2012年</p>
--	--

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

「知」に足が着いた 臨床技能のステップアップを

循環器研修テクニカルノート 心不全
臨床を上手に行うための「頭と実地」のテクニック

▶循環器診療において、頭の中の知識をどう整理し、実際にどのように診療するのか、という思考と実地の両面を、具体的な方法(テクニカルな考え方・技術)として解説するシリーズ、第1弾。心不全診療の基本を重視しつつ、急性期・慢性期診療と薬物処方方のテクニックを筋道立てて実践的かつ具体的に指南。患者像をイメージしながら、臨床現場で手ほどきを受けるような感覚で読み進むことができる。循環器医・研修医はもちろん、心不全診療に携わる総合診療・救急・集中治療医にとっても、臨床技能の向上につながる珠玉の1冊。

著: 樋口 義治 大阪警察病院循環器内科部長

定価: 本体5,000円+税
A5変 頁268 図95・写真43 2016年
ISBN978-4-89592-865-6

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

症候から診断への思考プロセスを究める

内科診断学 第3版

症候から診断への思考プロセスを丁寧に解説した内科診断学の定番テキストが、待望の改訂！そこで今回は、1年次に本書(第2版)を購入し、現在は臨床実習中の秋田大学医学部5年生の皆さんにお集まりいただき、『内科診断学』で学習していて良かった点、今回の改訂での変更点に対するご意見などをうかがってみました。



臨床実習中の秋田大学医学部5年生の皆さん。左から高尾さん、堤さん、丸藤さん、高橋さん、小笠原さん。



臨床医学を学ぶ、全学生向けの一冊

小笠原 正弥さん

秋田大では1年次から医療面接の試験があるのですが、本書を活用することで、症候からどのような疾患が挙げられるかを考える力を養うことができました。また、内科のあらゆる疾患が載っているの、臨床の教科書をほとんど持っていないところでも自分で学習することができ、“これ一冊あれば大丈夫だ”と感じました。4年次にOSCEに向け身体所見の取り方を勉強した際にも、どのような疾患・症候を疑って所見をとればよいかという部分まで説明されていたため、理解がより深まりました。ひと通り臨床の勉強をした学生であれば通読してもよいし、分野別の書籍と併用して復習しても効果が高まると思います。臨床医学を学ぶ、全学生向けの一冊です。



学生から医師になるための“架け橋”に

丸藤 雅大さん

1年次に初めて本書を手にして感じたのが、“医学書ってこんなに重いんだ”ということでした(笑)。しかしこの重さ・厚みが、これから自分たちがどのようなことを学び、どれだけのことを学んでいかなければならないのかを体感的に知る良い指標となりました。今回新たに加わった「症例編」は、既往歴・生活環境・身体所見などを見ながら、患者さんの主訴から疾患を考えていくという構成になっており、診断に至るまでの過程が手に取るようにわかるのが良いですね。一見あまり結び付かなさそうな症状と疾患が見事に結び付く症例もあり、読んでいてとても勉強になります。学生から医師になるための“架け橋”となる一冊と言えるのではないのでしょうか。



学年が上がるとともに、別の発見がある

高尾 浩之さん

入学時は医学的な知識がほとんどない状態なので、発熱、倦怠感、不眠……というように、症候から学べるのは入口として良いと思います。ただ、症候だけではどうしても行き詰まる場所があります。ですから、学年が上がって臓器別についても学んだ後に本書を見返してみたら、また違う発見があって面白かったです。低学年時に全てを理解するのは無理だと思うので、医療面接や身体診察といった部分を意識しながら活用するといいかもかもしれません。第3版はカラーになったことで解剖などもすぐ見やすくなりましたし、学生が理解しているようで実は理解できていないところをきちんとまとめてくれている、良い書籍だと思います。



病棟でも使える電子版が便利

高橋 潤さん

現場では、患者さんが訴える症状に対して考えられる疾患を挙げ、診断・治療の流れをつくっていくことが重要だということを、臨床実習に出てあらためて感じました。どのような疾患が考えられるかを問われたときに、多少なりとも疾患名を挙げることができるのは、1年次から本書のような書籍を使って勉強していたからだだと思います。今回の改訂で「症候・病態編」の記載がより充実しましたよね。臨床実習で課題として与えられる症状も必ず載っているので、とても助かっています。第3版では、電子版が使えるようになったこともありがたいです。書籍は病棟などで持ち歩くには少し重たいので(笑)。



鑑別に至るプロセスがわかる！初学者にはありがたい一冊

堤 俊太さん

臓器別の講義は基本的に縦割りで行われますが、本書のように「症候・病態編」としてまとめられていると、症状から疾患を考えるという“横の視点”を持つ重要性がわかります。早い段階からそうした視点を持って勉強することができたのは良かったです。また、症例を扱う書籍は多くあるものの、現場で活躍する先生方がどのように考え、診断に至ったかがわかる書籍はあまりないように思います。本書の「症例編」ではそのプロセスが示されているので、初学者にとってはありがたい一冊だと思います。書籍に対応したワークシートがウェブから自由にダウンロードできるようなので、友人と実施している臨床推論のグループワークなどでも活用してみたいです。

内科診断学の定番テキストに、新たなステージを拓く待望の新版登場

内科診断学 第3版



編集

福井次矢

聖路加国際病院病院長

奈良信雄

順天堂大学特任教授・東京医科歯科大学特命教授

症候から診断への思考プロセスを丁寧に解説した、内科診断学の定番テキストの最新版。さらに診断学に特化すべく、好評の「症候編」を大幅拡充し、医学生・研修医が知っておきたい症候・病態をカバー。加えて、診断のプロセスを具体的な症例で解き明かす「症例編」を新設。また、図版を整理、全文オールカラー化で、一層読みやすく生まれ変わった。本文を収載した付録電子版もつく、定番のその先を狙った、野心的な大改訂。

●B5 頁1066 2016年 定価：本体9,500円＋税 [ISBN978-4-260-02064-0]

充実のWeb付録



ご購入いただくと PC・スマートフォン・タブレットで使える電子版をご利用いただけます。



自主学習・グループ学習にご利用いただける症例編ワークシートを弊社Webから無料でダウンロードできます。どなたでもご利用いただけます。

詳しくは下記URLをご参照ください。
<http://www.igaku-shoin.co.jp/prd/naika3/>



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693