

2014年9月8日
第3091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 (社) 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

- この先生に会いたい!! 公開収録版(青木真).....1-3面
- [連載]臨床倫理4分割カンファレンス 4面
- [連載]診断推論キーワードからの攻略.....5面
- MEDICAL LIBRARY.....6-7面

シリーズ「この先生に会いたい!!」公開収録版

シリーズ「この先生に会いたい!!」の公開収録を医学書院で開催しました。演者は、日本の感染症領域を牽引し、若手医師の教育にも尽力されてきた青木真先生です。今回のテーマは、「進路選択の Principle」——。青木先生ご自身の波瀾万丈な歩みを基に、医師人生を進む者が携えるべき“指針”“原則”を提示し、集まった医学生・研修医に力強いメッセージを送りました。

感染症コンサルタント

青木真先生に聞く



1979年弘前大医学部卒。沖縄県立中部病院、米国ケンタッキー大などで研修。その間宮古島で離島医療も経験する。92年に帰国後、聖路加国際病院感染症科、国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センターを経て現職。全国の医療機関を中心に感染症コンサルテーションを行うほか、複数の大学の客員教授・講師を兼任。著書には『レジデントのための感染症診療マニュアル(第2版)』(医学書院)など。米国内科学会フェロー(FACP)、米国感染症学会フェロー(FIDSA)、米国内科専門医、米国感染症内科専門医。

まず最初にお伝えしたいのは、皆さんが人生で経験する苦勞の90%は、「まだ起きていないことに対して抱く不安や心配である」という点。つまり、われわれは想像によって苦勞しているにすぎないということです。「あの病院に勤務したら大変そうだ」「留学したら怖い思いをするかも」「へき地での診療は荷が重いのだろう」——。そうした思いは今も胸中を巡っているかもしれません。しかし、それらも次のステージに移ってみると、なんてことはなかったりするものです。

私は医師になって約35年になります。感染症コンサルタントという職に就くまで、さまざまな場所・規模の医療機関に所属してきました。当然、私も不安になったことはあった。でも、やはり想像にすぎなかったと思うのです。皆さんには行動を起こす前から案ずることなく、果敢に雄飛していただきたい。今日は私のpast historyを通し、力強く羽ばたくためのメッセージをお伝えできればと思っています。

初期研修の2年間は医師にとって重要な時間

初期研修の2年間は、その人の医師としての生き方、価値観を決めてしまうほどに重要な時間です。皆さんにも心して挑んでいただきたいと思います。

今の私の基礎を形作ったのも、他でもない沖縄県立中部病院で過ごした初期研修の2年間でした。このころに出

青木先生の職歴

1979-82年	沖縄県立中部病院
82-84年	東京都養育院附属病院 (現・東京都健康長寿医療センター)
84年	清和会浅井病院
84年	国立療養所宮古南静園
84-86年	州立ケンタッキー大学
86-87年	ワシントンDC VAメディカルセンターなど
87-90年	国立療養所宮古南静園
90-92年	州立ケンタッキー大学
92-94年	ライフプランニングセンター、 聖路加国際病院
95-2000年	国立国際医療センター (現・国立国際医療研究センター)
00年-現在	感染症コンサルタント、 サクラグローバルホールディング(株)

会ったロールモデルの存在、「こういう医師になりたい」という思いは、優れた臨床医を目指そうという強力なドライブとなったと言えます。

私にとってのロールモデルを1人紹介しましょう。日本人として初めて米国感染症専門医になった、喜舎場朝和先生(元・沖縄県立中部病院)です。感染症領域に関する専門知識はもとより、問診や身体所見を丁寧に行い、内科全般にわたって基本的な知識を持つ姿には憧れましたね。医師になりたての私に、強烈なインパクトを与えるものでした。

中部病院には、この喜舎場先生に限らず、米国でトレーニングを受けた上級医を中心に基礎的な臨床力の高い方が多かった。こうした医師たちの姿を目の当たりにしたことで、私は米国臨床留学を意識するようになったのです。

マイナスの意味しかなさない経験はない

実は研修医1年目、私はC型肝炎に感染しています。特にハードな数日が続き、フラフラの状態です。患者さんの採血をしていた最中のこと。検体の入ったガラスの試験管を手の中で割り、破片でざっくりと手を切ってしまったのです。運悪く、それがウイルス量の多い肝がんの患者さんの血液だった。数日後、急性肝炎を発症して入院。そのまましばらく一線から離れることを余儀なくされました。

インターフェロン治療でも寛解しにくいタイプだったので、「治癒しない疾患にかかってしまった」と、当時は気落ちしましたね。外科に進むことも視野に入れていましたが、「この疾患を抱えては難しい」と進路変更せざるを得ませんでした。しかし、それからだいぶ後にはなりますが、HIVを専門に診るようになって、「治癒しない疾患を抱えていること」がプラスに働くようにも感じ始めました。「青木先生も同じように治癒せぬ疾患と共生している」と、HIV患者さんに一種の親しみを抱かせるのでしょうか。自然と、私の話す言葉が患者さんに受け入

(2面につづく)

September 2014 新刊のご案内 医学書院

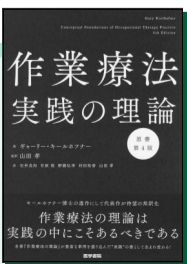
●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当) ●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

キールホフナー博士の代表作「作業療法の理論」の改訂第4版が待望の邦訳化

作業療法実践の理論 原書第4版
Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice, 4/e

本書は、作業療法理論の歴史的発展から、今日での有効性までを検証した1冊として版を重ねている。今回の改訂では、理論は実践のなかにこそあるべきだという観点から「実践」の書として生まれ変わった。各国の作業療法士による豊富な事例を通して「作業」の深淵にせまる本書は、まさに全世界の作業療法士にとって必携のテキストと言えるだろう。

著 監訳 ギャーリー・キールホフナー
山田 孝
目白大学大学院リハビリテーション学専攻教授
石井良和
首都大学東京大学院人間健康科学研究科教授
竹原 敦
湘南医療大学設立準備室
野藤弘幸
常葉大学保健医療学部准教授
村田和香
北海道大学大学院保健科学研究科教授
山田 孝
目白大学大学院リハビリテーション学専攻教授



看護の本質を理解するためのワトソン看護論の決定版、20余年ぶりに改訂!

ワトソン看護論 第2版
Human Caring Science; A Theory of Nursing, 2/e (Paperback)

伝統的な科学・医学モデルを脱却し、人間科学・実践科学として看護学独自の学問体系的構築をめざすワトソン看護論。人間・生命の尊厳に哲学的価値をおき、道徳的・倫理的責務をもって実践する看護の本質を崇高に謳う。ケアを与える者と受ける者が一緒になって1つの事象を作り上げることで、患者の自己治療が進むばかりでなく、看護師も自身の人間性を深めていく。そう、看護の神髄であるヒューマンケアリングの理論がここにある。

著 監訳 ジーン・ワトソン
稲岡文昭
日本赤十字広島看護大学名誉学長・
名誉教授
稲岡光子
公益財団法人木村看護教育振興財団
ナースングアドバイザー
戸村道子
Adelphi大学大学院看護学博士課程/
前・日本赤十字広島看護大学精神看護学教授



(1面よりつづく)

れられやすいようなのですね。

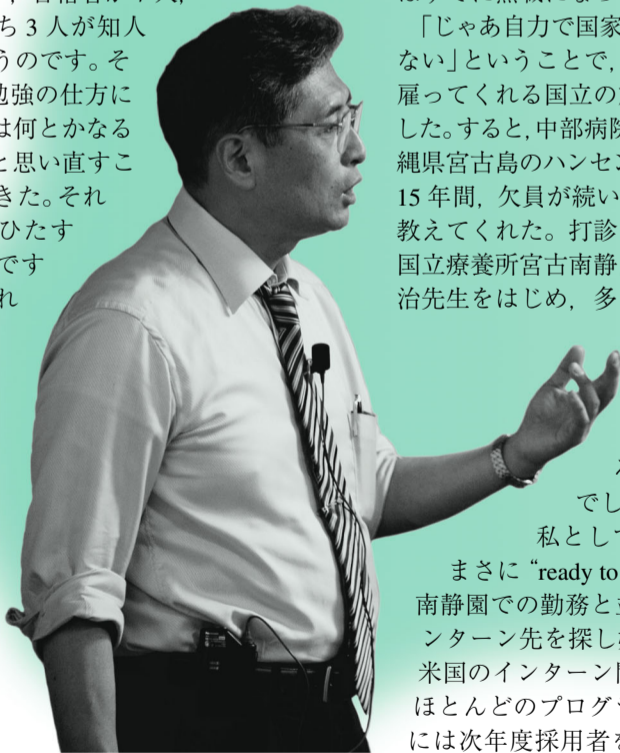
こうした経験を踏まえて思うのは、医師として歩いていく上で、マイナスの意味しか持たない出来事なんて絶対にない、ということです。皆さんもこれからさまざまな経験をするでしょう。中には残念に思う出来事もきっとある。しかし、こんな言葉があります。“Every cloud has a silver lining (空を暗い雲が覆っても、その雲には銀色の縁取り——向こう側に光——が必ずある)”。そう、どんな気落ちする体験も、絶対にプラスの意味が内包されているのです。ですから何があってもギブアップはせず、「次に行くんだ」と自らを奮い立たせてほしいと願っています。

「私より勉強した人はいない」。その確信はあった

2年間の初期研修を終えた私は沖縄を離れ、都内の病院を後期研修の場として選びました。循環器科、消化器科、感染科と専門にすべき科は迷ったものですが、当時の国内を埋め尽くしていたのは、熱・白血球・CRPの異常を新しい抗菌薬で“正常化”する……といった感覚でなされる感染症診療。中部病院で見た感染症診療の質と彼我の差は明らかでしたので、あえて私は感染症を専門にしようと決めました。そして本領域で師事すべきメンターが日本に少ない以上、やはり留学しかない。こうして、私は米国へ渡ろうと決意を固めたのです。

米国への臨床留学を実現するにあたって、まずは現在のUSMLEに相当するVQE(Visa Qualifying Examination)を取得する必要がありました。この試験がかなりの難関で、合格率は1%程度。そんな狭き門を目指せるほど自信家ではない私は、実はほとんど諦めてしまった……。でも、ある情報が飛び込んできたんですね。前年、受験者約750人中、合格者が7人、

そのうち3人が知人だということです。それで「勉強の仕方によっては何とかできるはず」と思い直すことができました。それからはひたすら勉強ですよ。これ



までの人生でも、あのときほど勉強したことはなかったね。迎えた試験当日も「絶対に合格する」という自信はありませんでした。でも、「受験者の中で私より勉強した人は絶対にいない」。その確信はありましたね。

苦難多き、米国留学への道

無事に試験を突破したものの、留学先を見つけるのは大変でした。というのも、1980年代前半の米国は、外国人医師の受け入れに消極的だった時代。異邦人の私を雇ってくれる施設を見つけるのは至難の業だったのです。出した手紙は100通以上。日々、タイプライターをバツンバツンと打ち込み、たくさんの施設に申し込んだ。しかし返事はほとんどなく、あったとしても聞いたことのない病院から「一応、面接はする」といった程度でした。

そんな折に耳にしたのが、旧厚生省国立病院課で行っている「臨床研修指導医海外派遣制度」です。これは、「米国留学保証+奨学金」の見返りに、帰国後は“お礼奉公”として国立の医療機関で3年間勤務するというもの。本制度で留学を果たした先生方は実際にたくさんいて、皆さん、現在もさまざまな分野で活躍されています。

恐れを知らない青年は、この制度を求め、早速、旧厚生省の担当者まで尋ねていきました。しかし、「国家公務員対象」であり、地方公務員の私はまったくの対象外だという。「本当にダメですか」と食い下がってみると、その方が「私は人事権を持っているから、あなたを国立病院に就職させることならできる」なんてことを言うんですね。その力強い言葉を信じ、私は所属施設に辞表を提出して、あらためてその方のところへ出向いた。そうしたら「本当に辞めちゃったの？ 実はそんなこと難しいんだ……」って(笑)。都内の国立病院の医師人事は、近隣大学の医局人事と調整が必要と知ったとき、私はすでに無職になっていたのです。

「じゃあ自力で国家公務員になるしかない」ということで、バイトをしつつ、雇ってくれる国立の施設を探し始めました。すると、中部病院時代の知人が「沖縄県宮古島のハンセン氏病の療養所は、15年間、欠員が続いているらしい」と教えてくれた。打診してみると、その国立療養所宮古南静園の園長・長尾榮治先生をはじめ、多くの方のご厚意もあり、OKの返事。1984年3月、晴れて国家公務員になることができたのです。

私としては留学に向け、まさに“ready to go”という状態。南静園での勤務と並行しながら、インターン先を探し始めた。しかし、米国のインターン開始は7月1日で、ほとんどのプログラムは前年の暮れには次年度採用者を決めていとい

う。そう、3月に動き出すなんて“too late”だったのです。

困っていたところ、宮古島で知り合った方が米国中の大学病院に電話してくれたんですね。そうしたら、「ケンタッキー大で給料の出ないインターンなら採りたいらしい。マコトどうする？」と。同年5月、滑り込みの形でケンタッキー大への留学の話がついたのです。

つらい状況も、“every 3 months”で変わる

ようやく実現した留学は、序盤から苦労の連続。社会勉強になりましたね。

そもそもケンタッキー大では、プログラム開始以来、私が初の有色人種の研修医。珍しい外国人の受け入れに、大学側の態勢も不慣れな様子がかげえました。労働者ビザを申請するのに必要な書類のやりとりさえできず、結局私は「観光ビザ」で入国。現地に行くと、自分でビザを切り替えるよう求められました。臨床留学の経験者は数多くとも、「観光ビザ」で研修を開始した方は少ないでしょうねえ。

それで米国に渡った後、最寄りの移民局(Immigration office)へ行くと、出身大学の卒業証書の英訳や成績表に始まり、教員数、教室数や図書室にある蔵書数と、今度は細々とした資料が必要だという。手間のかかる資料でしたが、母校の学務係に平身低頭の末にご協力いただいて1か月後になんとか提出。受け付けた移民局職員から“OK. Wait. Next week, I'll call you”と言われ、ひと安心。……と思ったら、肝心の連絡が全然来ないんです。電話すると、「君の書類を受けた職員が退職した。その際に資料も紛失したので、ついてはもう一度提出してほしい」と(笑)。

このときばかりは困り果て、ケンタッキー大の職員に相談しました。すると州の国会議員へと事情が伝わり、なんと翌週にはビザの切り替えができた。こんなに簡単にできるなら、初めからそうしてほしかったのですが……。と、日本にいたら信じられないような出来事が、話し出すときりがなくらいに体験できた。異なる価値観・文化に触れられたという意味では、視野が広がったと言えるのかもしれませんね。

苦労の末に開始したインターンも、最初の6か月は本当につらいものでした。「ここで話される言語は、本当に英語か?」。そう疑いたくなるぐらい、患者さんの南部なまりは強烈で、言葉はほとんど通じない。また、「オール白人」という環境でしたから、どうしても居心地の悪さを避けることはできませんでした。でも、めげなかったね。

つらい日々の中で実感できたことがあって、それはいかなる状況も“every 3 months”で変化していくということ。留学して初めの3か月間、大学病院の玄関を「これから英語の世界に入るぞ」と覚悟を決めてから入っていたのです。しかし、3か月を経るごとにコミュニケーションがとれるようになっ



ケンタッキー大留学時、恩師・同僚との一枚(青木先生が一番左)。1990年頃に撮影。

て、ちょうど12か月経ったころ、そうした覚悟を決める意識から完全に解放されている自分に気付いた。あのときの清々しさは忘れられないものです。

“都落ち”の家庭医生活が、日野原先生との邂逅に

3年間にわたる米国での一般内科研修を終えると、例の“お礼奉公”のために帰国しました。国立療養所宮古南静園で腰を据えての勤務の開始です。

このとき「せっかく留学したのに大病院ではなく、離島の診療所?」と、周囲から“都落ちの青木”と思われていた節もあったようです。確かに国立の医療機関としては最小に近い施設ですからね。しかし、私にとって宮古島で送った家庭医生活は大変充実したものでした。また、時間を見つけては、近隣の県立宮古病院や薬局で行っていた医師や薬剤師向けのレクチャー。これらも私にとっては実り多いもので、現在も行う若手医師や薬剤師向けのセミナーの原体験になっているほどです。

さて、宮古島での生活をスタートさせたある日のことです。宮古病院に行くと、院長から「使用される抗菌薬の種類が多すぎるので整理してほしい」と相談を受けました。増えた理由は明らかで、それは離島ゆえに、さまざまな施設から応援で派遣されてくる医師の処方にあった。派遣された医師が好みの抗菌薬をそろえさせてはいなくなる、その繰り返しによって、小さな病院にもかかわらず抗菌薬はバラエティーに富んでしまったというわけです。

そこで試みたひとつの策が、細菌検査室用の感受性結果報告システムソフトの開発です。その名も「バイキンマン」。このソフトの機能のひとつに、感受性の良いグラム陰性桿菌が検出された場合、広域スペクトラムの抗菌薬の名前が感受性レポートからマスクされるというものを取り付けた。これで、新しい抗菌薬の乱用や多様化を防ごうと考えたわけです。離島の感染症診療の質向上を狙ったこの試みは、図らずも私の将来の道筋を変えるものにもなりました。

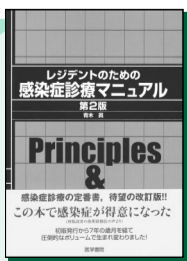
きっかけは、宮古病院に旧厚生省の予算が下りたことです。「日本でいちばん有名な医師に講演を依頼しよう」。私は日野原重明先生(現・聖路加国際病院理事長)の招聘を提案しました。院長から日野原先生に手紙を差し上げると、日野原先生からは「講演を頼むのならつまらないから行かない。しかし、症例検討会で私にチャレンジする

生まれ変わった感染症診療の定番書

レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版

初版発行から7年。第2版は頁数を倍以上に増やし、新版と見まがうほどの大改訂となった。最新エビデンスを明示し、臓器別・原因微生物別のアプローチを充実させ、臨床での問題解決のための生きた知識・考え方を網羅。「感染症は全診療科に共通の問題なので、研修医は感染症診療の基本原則を身につけることが重要」という理念はぶれることなく、研修医および指導医が困ったときに最初に繙くべき本という位置付けには変わりはない。

青木 眞 感染症コンサルタント

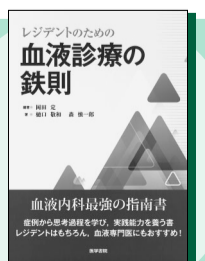


血液内科最強の指南書、症例から学ぶ思考過程

レジデントのための血液診療の鉄則

血液内科で頻度の高い疾患、緊急度の高い症候と疾患をとりあげ、症例ベースで思考過程と実践能力を養う書籍。血液専門研修医が真つ先におさえておくべき、診断・治療・患者管理に重要な“鉄則”をマスターできる。

編著 岡田 定 聖路加国際病院・血液内科部長 樋口敬和 聖路加国際病院・血液内科医長 森慎一郎 聖路加国際病院・血液腫瘍科部長





のなら行きましょう」というお返事。こうして宮古島へ、日野原先生の招聘が実現されることになりました。

その来訪時、日野原先生が関心を持たれたのが、なんと先ほど紹介したバイキンマンだったわけです。「青木さん、こんなソフトをどうして考えたの？」と。それをきっかけに、日本の感染症診療の遅れに関する問題意識をお話すると、日野原先生は深く共感して下さった。そのご縁からご自宅にも招いていただき、「将来、聖路加国際病院の院長になることがあれば、君に声をかけよう」ともおっしゃって下さいました。

おそらく私が都内で勤務していたら、日野原先生と直接お話する機会を得るのは難しかったと思うんですね。宮古島という小さな離島だったからこそ、「現地の医師のために」と日野原先生もお越しになったのでしょうか。離島という環境に身を置いたことは、ハンデのようでありながら、大変な祝福であったというわけです。

明確な目標があったから、遠回りではなかった

宮古島での3年間の生活を終えるころ、米国感染症専門医資格を取得するため、再び米国での就職先を探し始めた。とにかくたくさんの手紙を出し、いくつかの病院から面接をしてくれると返事が来たら、渡米して各地の病院を訪問。面接のため、西海岸から東海岸までの行脚を2回行いましたね。最終的に拾ってくれたのは、ケンタッキー大でした。「マコトならいいだろう」と、感染症フェローとして受け入れていただいたのです。

無事にフェローを終え、日本で2人目となる米国感染症専門医を取得できたのは40歳近くでした。最近は大げなくスマートにキャリアを積みたい若い方も多いので、「遅い」と思われるかもしれません。確かに私が専門医を取得するころには、一度目の留学で同僚だった優秀な医師の中にも、教授や准教授のポストについている方もいた。でも、当の私に「遠回りした」という感覚はなかったですね。私には明確な目標があり、そこへ向かうためには費やして然るべき時間だったわけです。また、出世した仲間たちを見ても、私の心には嫉妬心というものも生じなかった。むしろ、努力した者が努力したぶんだけ報われる、自由で公

平な競争社会である米国に清々しさすら感じたものでした。

専門医取得後、こうした米国の地で診療を続ける考えも芽生え始めていました。しかし、ちょうどその頃、日野原先生から手紙をいただいたんです。「今度、聖路加国際病院の院長になる。青木君の採用を検討するため、シカゴで面接したい」。そう、過日の約束を覚えて下さっていたんですね。このときはケンタッキーからシカゴまで10時間ほど車を飛ばして、日野原先生に会いに行きましたよ。それで聖路加国際病院へ呼んでいただくこととなり、92年、帰国が決まったのです。

“谷あり谷あり”を歩み続けて

帰国後、いろいろなことがありました。まず、世界で最も優れた内科医の一人とも言われるローレンス・ティアニー先生をはじめとした、優秀な医師たちと巡りあうチャンスを多くいただいたこと、これは私にとって幸運でした。彼らを国内各地の研修プログラムにお連れし、若い医師への指導をお願いしました。こうして教育に携わっていく中で、今となっては日本の医療を牽引するような、素晴らしい若手医師たちとも出会うことができました。

ただ、良いことばかりではなかった。帰国した私を待ち構えていたのは、84年の離日当時と変わらない感染症診療の遅れです。そんな日本にあって、私の理想とする感染症診療の実現はなかなか難しく、周囲の状況は大変厳しい。ある方のアドバイスも「あなたが本当に活動できる場所は日本に見つからないだろう。米国に戻るしかない」というぐらい、逆境は長く続いたのです。このころ、私の状況をどこからか聞きつけた米国の教授から、「家族と両親を連れてこい」とGreen card(米国永住権)付きのオファーを受けたこともありましたよ。“青木の谷あり谷あり人生”の様子は海をも渡っていたのですね。……っと、皆さんの気が滅入ってしまいそうなので、こうした話はこのへんにいたしましょう(笑)。

「いよいよ米国に帰るしかない」。そう思い始めたときに出会ったのが、サクラグローバルホールディング株式会社代表取締役会長・松本謙一氏でした。私の環境や考えをお話すると、「青木さん、米国に戻るなんてもったいない」と。そして「生活は保障するから、あなたが大事だと思うことをや

りなさい」とおっしゃって下さったんですね。2000年以降、この方の手助けもあって、私は感染症コンサルタントの仕事や、若い医療者・学生の教育に専念することができているのです。

見るべき方向は「前」と「上」

こうして振り返ると、自分が与えられた場所で目の前のことに精一杯取り組んだ結果として、いろいろな方の助けを得ることができたのだと思います。私にとって日野原先生、松本さんは恩人とも言える方々ですが、皆さんにもこうした方々はきっと存在しており、出会うこともできるはずですよ。

ただ、人生において、いつ、どこで出会えるチャンスがあるのかわかりません。ですから、“Chance favors the prepared mind”。この言葉が意味するように、どこで何をすることになっても、置かれた場所で、腐らず、諦めずに力を尽くす。それが大事なのでしょう。意志を持った人間の前には、必ず心ある人が現れ、新たな道が拓けていくものなのです。

最後に、人生にある“4つの方向”についてお話ししましょう。4方向のうち、2つは「見ないほうが良い方向」であり、もう2つは「見るべき方向」です。ぜひ心に留めておいてください。

まず、見ないほうが良い方向のひとつは「後ろ」。過ぎ去ったことを振り返って悔やんでも、新たな展開は生まれません。後悔せず、新しい方向へと常に踏み出していくべきです。そしてもう1つが「横」。具体的に言えば、周囲の同僚や友人の存在です。横にいる誰かと自分を比較するのではなく、自分は自分と、与えられた場所で力を尽くすことを考えましょう。

では、見るべき方向はどこか。それは、「前」と「上」です。前とは、「何年後には〇〇になる」という前向きな目標です。懸命に努力することに値し、それを成し遂げる信念を持てる、そんな目標を作りましょう。

さらに、もうひとつの見るべき方向が「上」。これはロールモデルという意味でとらえてもいいですし、形而上的なもの、例えば自分の人生に意味を与える哲学や文学、あるいは神仏の存在であっても構いません。固く信じられるものを、自分の中で確立しておく。長らく歩み続けていると、医師としての限界を感じる場面にも必ず遭遇します。でも、そうしたときに「上」、すなわち心から信じられる何かがあると、それを乗り越える力になってくれるのです。医師として歩んでいく中、自分は何を大切にしたいのか。あらためて考えてみてほしいと思います。

どんな状況にあらうと「今日、自分が明確な目標に向かって、最大限の努力をすること」はできる。それは確信を持って伝えられるメッセージです。今後、皆さんが前と上を向いて、医師としての道を進まれることを祈り、講演を終えます。(了)

質疑応答

Q 頑張り過ぎることで、燃え尽きてしまう研修医もいると聞きます。限界を超えないようバランスをとりつつも、充実した研修生活を送るためのヒントをいただけませんか。

青木 充実した研修生活を望むのであれば、私があえて強調したいのは、燃え尽きぬよう余力を残すことではなく、懸命な努力をすることです。

「限界」って往々にして自分自身であらかじめ設定しているものであり、真の限界もやはり「これ以上無理!」というレベルで頑張らないと見えないものなんです。こうした中で絶対に避けるべきは、限界を低く見積もって、中途半端な努力を重ねること。これは「本当はもっと頑張ればできた……」という“過去の可能性”を蓄積するだけで、皆さんの将来性を確実に腐らせてしまう。懸命に努力した人には、「これ以上できないところまで努力した」と、その後の生き方を支える自信が備わりますよ。自分に対して言いわけがきかないくらい、頑張ってみてください。

付け加えておきますが、燃え尽きた経験のある医師にも魅力はありますよ。一度燃え尽きた人でないと思えない独特の温かみがあるんです。そういう医師に診てもらおう患者さんもまた幸せだなあと感じますね。

Q 研修医2年目になり、研修医1年目・学生相手に教育を行う立場に回る機会も増えてきました。教育する側に立つ者が大切にすべきことは何でしょうか。

青木 まず、自分が教える内容が「Patient careに資するか」を意識することが大切です。カンファレンスはあくまでカンファレンスであって、最終的に患者さんのためになるものでなければ意味がない。ですから、「鑑別診断の数をたくさん挙げられるように」ではなく、「コモンディゼーズをきちんと診られるように」育てなければなりません。

教育者の心掛けとしては、ティアニー先生が好んでおっしゃる言葉を紹介しましょう。「優れた教育者か否かは、教え子たちがその教育者を超越することができているか否か、そこで判断できる」。これには私も同感。教育者は自分を超越する教え子を育てようという気概が必要です。その点、私の教え子たちは皆、私よりも優秀なんだよね、悔しいけど(笑)。だから、私も教育者としては“まあまあ”ってことなのかもしれません。

Q 先輩・後輩など周囲の人を巻き込んで、自分が良いと思うものを普及させたいと考えています。そのコツは何ですか。

青木 非常に大切な視点! 大切なのは、アウトプットに意識的になることだと思います。

将来的には皆さんも「広めるべき何か」を見つけ、周囲に「伝えていきたい!」と思う瞬間があると思います。それを広めていくためにできることは、自分一人で知識や技術を蓄え、資格を取得し、キャリアを築いていくことではない。志を同じくする仲間をつくることです。その点、アウトプットができる人の周りには自然と人が集まるもの。結果的に、その「広めるべき何か」も広がっていくはずですよ。「いい仕事をしている人」って皆、仲間にも囲まれているんですよ。



整形外科診療に必要な基礎知識を網羅したレジデント必携のマニュアル

整形外科レジデントマニュアル

本書の目的は、レジデントにとって最も必要となる、的確な診断にまで辿り着ける道筋を示すこと。初診のときに何を考え、どのように診察に当たるべきかを提示する。本書は2部構成。【総論】では、整形外科診療に必要な基礎知識や技術、医師としての心構えなどを示す。【各論】では、整形外科の領域ごとに、機能解剖や画像診断、レジデントが知っておくべき主要な疾患の解説など、日常診療に必須の知識を幅広く網羅している。

編集

田中 栄

東京大学大学院医学系研究科整形外科学 教授

中村耕三

国立障害者リハビリテーションセンター 総長

編集協力

河野博隆

東京大学大学院医学系研究科整形外科学 准教授

中川 匠

帝京大学医学部整形外科学 教授

三浦俊樹

JR東京総合病院整形外科 部長



消化器外科診療に必要な知識・情報をコンパクトにまとめた実践のマニュアル

消化器外科レジデントマニュアル 第3版

消化器外科対象疾患の診断・治療に関する解説はもとより、術前検査の進め方、抗菌薬の投与方法、周術期の栄養管理、化学療法との注意点、緩和ケアの実際等々、外科診療の現場で必要とされる知識・情報をコンパクトにまとめたポケットマニュアル。知りたいことを素早く確認できるポイントに絞った記載は、カンファレンスや患者への説明などにおいても有用。外來で、病棟で、常に携帯したい実践的な1冊。

監修

小西文雄

練馬光が丘病院・常勤顧問

編集

カ山敏樹

自治医科大学附属さいたま医療センター

一般・消化器外科・教授

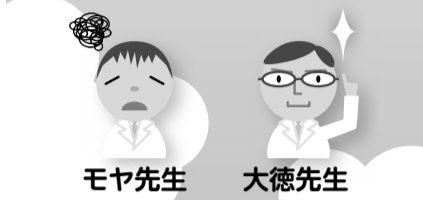


モヤモヤよさらば!

臨床倫理

4分割カンファレンス

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



第9回 救急対応時には、どうすればいい?

川口 篤也
勤医協中央病院 総合診療センター 副センター長

またなんだか、モヤモヤした顔をしてるね。
あ、大徳先生！ この前当直のときにかかわった、重症肺炎で救急搬送されてきた患者Tさん(90歳)のことでちょっと……。最終的に気管内挿管して人工呼吸器管理になったんですが、じっくり考える時間もなくて結論を出してしまっただけで、それでよかったのか……。
超高齢者の重症な急性疾患で、どこまで治療するかを急いで決めなければならない場面では、誰もが悩むよね。カンファレンスを開いて方針を決めるような時間的余裕もないし、患者と初対面で、ほとんど事前情報がない場合も多い。ただ、そういうときでも臨床倫理4分割の考え方は役に立つと思うよ。
そうなんですか？
うん。私は「一人4分割カンファレンス」と呼んでるけど。最終的な方針を決める際に自分の頭の中で常に、「臨床倫理4分割」の4つの枠組み「医学的適応」「患者の意向」「周囲の状況」「QOL」を意識しておく、ということなんだ。
ふーん……。
ピンとこないかな。じゃあ実際に振り返ってみようか。

①医学的適応

90歳男性。来院時、意識レベル JCSII-20、体温 38.8℃、血圧 96/50 mmHg、脈拍

モヤモヤQ 重症肺炎で救急搬送されてきたTさん(90歳・男性)。気管内挿管・人工呼吸器管理の処置は正しかったの?

振り回り参加者 :モヤ先生 :大徳先生

①医学的適応 善行と無危害の原則

重症肺炎 肺炎球菌性肺炎疑い……一時的に人工呼吸器装着すれば、改善する可能性あり
・ADL自立 将棋サークルにも通っており社会性も保たれていた
・認知症なし

②患者の意向 自律性尊重の原則

・将棋サークルを楽しみにしていた
・長く生きたのでいつ死んでもいい(本心かは不明)

④ QOL 善行と無危害と自律性尊重の原則

①②③を踏まえ、患者のQOLを最大限向上させるには?

③周囲の状況 忠実義務と公正の原則

・娘夫婦と暮らしている
・娘さんは「急なことで驚いているがなんとか助かってほしい」とのこと
・娘さんは、人工呼吸器に「延命治療」とのイメージあり

Next Step

④の実現のため、「誰が」「いつまでに」「何を」するか?

120/分、呼吸数30/分、SpO₂(リザーバマスク O₂ 6L/分) 90%。胸部X線で右下肺野に広範な浸潤影を認め、この時点で肺炎による敗血症、ショックと診断して点滴と各種培養採取後に抗菌薬投与を開始。グラム染色では肺炎球菌を疑うグラム陽性双球菌を多数認めた。

素早い対応だね。基礎疾患などはわかってたの？
いえ……全くの初診で、本人からも病歴を聴取できないので、初期の指示を出してから家族に会って話を聞きました。普段は全く病院に通院しておらず、老人クラブの将棋サークルに一人で出かけていたそうです。前日から38℃の発熱が出現して1日寝込んでおり、この日寝床から起きてこないのを見て行ったら、呼び掛けにあまり反応がなかったんで救急要請したようです。
今回の病気の前までは、とても元気だったんだね。
はい、それで家族とも、できる治療はしましようという話になったんです。
ところが患者のところに戻ると、リザーバマスク10L/分でもSpO₂90%前後と、酸素化が保てなくなっていました。気管内挿管して人工呼吸器管理が必要と思われましたが、正直、90歳の人に挿管すべきか迷いました。ただ、看護師さんにも急かされたので指導医の先生と相談し、僕が家族に話すことになりました。

②患者の意向、③周囲の状況

娘さん夫婦がTさんと同居しています。娘さんは「本人が普段からとても元気だったので急に人工呼吸器が必要と言われてびっくりしているが、あまりにも急なのでなんとか助かってほしい」と言っていました。ただ、人工呼吸器について「延命」のイメージを持っており、装着を積極的に望まれてはいませんでした。
Tさん自身は、どう考えていたのかな？
もう長く生きたのでいつ死んでもいいとは言っていたようですが、それが本心で言っていたかは娘さんもわからないようでした。
僕もそこで、人工呼吸器を勧めることが本当に良いことなのか、何とも言えな

くなって……いったん部屋を出て、再度、指導医の先生に相談しました。その後、指導医の先生から家族に説明して、人工呼吸器を着けることになったんです。
なるほど。その後はスムーズに進んだの？
はい。でも、挿管を看護師さんに伝えたと「えー、挿管するんですか？」と胸に落ちない顔をされちゃって、それにもなんだかモヤモヤと……。
④ QOL, Next Step
さて、Tさんのためにはどうするのが一番よかったのかを考えたいんだけど……まず大原則として、事前指示がないときの方針決定では、「救命」が最優先になる。年齢などは問わず救命を優先すべきで、そういう意味では初期対応は全く問題なかったと思うよ。
そうですか。よかったあ。
次にすべきは、救命、治療を目的とするのか、治らない疾患の苦痛緩和をするのか、穏やかな死を迎えるのか、など、医療の目的を関係者で話し合うことだね。
念のため聞くけど、本人の事前の希望は特になかったんだよね。
僕もそれは気になって、念入りに聞いたのですが……。「いつ死んでもいいかな」とぼそっと言ったようですが、それが本心なのかどうか、家族で話し合うことなどはなかったみたいです。
とすると、Tさんは
・ADLが自立
・病気の前までは将棋をするくらい元気
・治療の可能性がある疾患
・事前に特別な希望(例えば輸血だけは絶対にしてほしいなど)がない
・家族も救命を望んでいる
ってことだね。
だから、基本的には全力で治療することに合意できると思うんだ。
じゃあ、今回の方針は間違ってたことだったってことですね。そこまで言語化や整理ができてなかったのが、人工呼吸器について否定的な意見が出たときに、強く勧めた本心でいいんだろかと思ひ、何も言えなくなりました。まだまだですね……。
いやいや。私たち医療者は、医療情報については圧倒的に患者・家

族より多くを知っているけど、患者・家族についての情報は、本人たちのほうが圧倒的に持っているよね。モヤ先生には自覚はなかったかもしれないけど、自然とその前提に立って、短い時間のうちに患者の意向、周囲の状況まで聞き出して、方針を決めていたのだから立派だよ。
だからあとは、説明の仕方かな。いきなり「人工呼吸器を着ける必要があります。着けますか？」と、家族に迫ったんじゃない？
うう、確かに……。
さっき言ったように、まずは関係者間で医療の目的の合意があることが必要なんだ。それが共有されないまま、急に気管内挿管のような具体的な医療行為の話がされると、その行為の是非だけを考えてしまっただけで、大きな目的を見失いがちになる。
今回の目的は「延命ではなく、積極的治療をめざす」ということだよ。そのために一時的に人工呼吸器を装着し、肺をサポートする必要がある、と順序立てて話を進めることが大切になるんだよ。
そっか……。！ 指導医の先生は、家族がなぜ人工呼吸器を延命と思うのか、ということも聞いた上で、そのあたりを自然に説明してました。だから家族も納得して、処置を受け入れてくれたんですね。
そういうことだね。

「医学的適応」だけで治療方針は決められないということは、皆さんもモヤ先生も、もう十分わかっていると思いますが、救急の場面でも同様です。あくまで救命を原則としつつ、時間の許す限り患者・家族の意向や現状について情報収集した上で方針を決め共有し、その実現のための努力をすることが重要です。

モヤ先生のつぶやき

看護師さんが挿管に反対したのも、僕と同じように目的が見えてなくて、モヤモヤしたからなのかな。あらためてちゃんと話をして、救急場面での方針決定のやり方を共有したいな。早速飲み会かな!?

自治医科大学 地域医療 後期研修プログラム

— 地域医療の現場を知り尽くした自治医大だからできるプログラム —

- 地域医療をめざす後期研修医(3年) 定員6名
- 臨床経験5年以上で地域医療をめざす医師のための生涯研修コース(2年) 定員2名

参加者募集中!

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1 自治医科大学地域医療人材育成部門
電話: 0285-58-7394 FAX: 44-0628 URL: <http://www.jichi.ac.jp/chiikik/> E-mail: chiikikenshuu@jichi.ac.jp

「地域住民と患者のニーズに的確に応え、合理的で温かな、信頼される保健医療サービスを自ら提供でき、介護や福祉、産業振興、文化まで含めた幅広い人々と協働できる医師」になりたい人のためのプログラムです。

- ★多様な背景を持つ医師20名以上が集い切磋琢磨する自治医大総合診療内科と附属病院各科と地域医療の第一線医療機関との組み合わせで、効果的で効率的な研修ができます。
- ★将来、地域医療・家庭医療・総合診療を専門にする人はもちろん、専門領域を深めるにも、教育・研修に携わるにも貴重なセンスが得られます。
- ★地域医療の現場は、熱い思いであなたを待っています。一歩踏み出してみませんか?

見学・実習歓迎! 「地域医療」「後期研修」で検索してください!

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

診断推論 キーワードからの攻略

監修◆山中 克郎
藤田保健衛生大学救急総合内科教授
執筆◆田口 瑞希
藤田保健衛生大学救急総合内科

第9回……突然の痙攣!

症例 75歳、男性。3日前からしゃべりにくいことを自覚していた。食事を摂ろうとしても、食べ物をよくこぼすようになった。どんどんしゃべり方がおかしくなってきたと、近医を受診。神経学的に異常は認めないものの、やはりしゃべり方はおかしかった。頭部CTでも異常所見は認めず。「脳梗塞疑い」で経過観察を目的に入院となった。入院後、頭頸部の張りや異常な高血圧を認めるようになった。前医より「進行する構音障害の精査目的」に当院へ転院搬送となった。

当院で一般身体所見をとり終えた後、全身性の痙攣が出現。痙攣は強直性で全身を反らせるような動きだった。ジ

アゼパム 10 mg 投与するも痙攣は頓挫せず、フェノバルビタール 500 mg とベクロニウム 5 mg 投与にて痙攣は何とか頓挫。集中治療室に入室となった。

【既往歴】 2型糖尿病、脳梗塞(右視床梗塞、麻痺の残存なし)
【内服薬】 アスピリン 100 mg/日、グリベンクラミド 1.25 mg/日

【生活歴】 たばこ: 15本/日、酒: 機会飲酒
【来院時バイタルサイン】 体温 37.8℃、血圧 245/113 mmHg、心拍数 125回/分、呼吸数 20回/分、SpO₂

94% (room air)
【来院時意識レベル】 清明
【来院時身体所見】 全身発汗あり、眼瞼結膜; 貧血 (-) 黄染 (-)、顔面; 開口障害 (+)、頸部; 甲状腺腫大 (-)、頸部リンパ節触知 (-) 項部硬直 (-)、肺野; 呼吸音 清、心音; 雑音 (-) 整、腹部; 平坦/軟 圧痛 (-)、四肢; 浮腫 (-) チアノーゼ (-)、左下腿外側に約 3 cm の挫創があり、周囲に発赤、腫脹を認める(数日前に畑仕事中に受傷したが特に治療はしなかった)
【その他】 血液検査、心電図検査は特に異常なし

……………{可能性の高い鑑別診断は何だろうか?}……………

キーワードの発見 ▶▶キーワードからの展開

目の前で突然、患者が痙攣! 誰しもパニックになり得る状況だ。「痙攣」を確認した際には、まずはABCの評価とサポートをする。気道確保、酸素投与を行い、呼吸が弱いようであればバグバルブマスクで呼吸補助。心電図、SpO₂をモニターし、静脈路を確保する。痙攣発作の際に怖いのは、痙攣による呼吸抑制で低酸素血症になること。低酸素血症をそのままにしておくと心肺停止に移行してしまうのだ。痙攣が持続していれば、ジアゼパム(ホリゾン®) 10 mg を投与。まだ痙攣が持続する場合は、フェノバルビタール(ノーベルバル®) 20 mg/kg を投与する。それでもなお痙攣が見られる場合には、気管挿管をしてチオペンタールナトリウム、ペントバルビタールカルシ

ウムといった薬剤を用いて全身麻酔をする。同時に痙攣の原因を検索することも忘れてはならない。痙攣の際に考えるべき項目を表1に挙げる。今回の症例では、低血糖、電解質異常はすでに否定できている。前医で頭部MRIを施行されており、新たな脳血管障害も否定的だ。脳梗塞の既往はあるが、視床梗塞のため症候性てんかんは起こしづらいと考えられる。アルコール多飲歴や頭部外傷のエピソードもない。来院時に心電図異常も認めておらず、痙攣発作時にはしっかりと脈が触れていたことから不整脈も否定できる。体温は37.8℃と微熱だが、糖尿病患者でもあるため、髄膜炎、脳炎はこの時点で否定するようにしておきたい。さて、ここまで考えてきたが、さらに鑑別診断へと近づくためには痙攣以外のキーワードが必要になる。ここで

あらためて主訴に注目してほしい。患者は「しゃべりにくい」ことを訴えている。このフレーズから、表2の鑑別診断も想起したい。構音器官には、口唇、舌、咽頭、喉頭、声帯がある。構音障害は、こうした器官の筋やそれを支配する神経、粘膜の障害でも起こり得る。「構音障害=脳血管障害」と決め付けてしまうのは危険なのだ。さらに、今回の重要なキーワードとしては「開口障害」も挙げたい。開口障害から想起すべき鑑別疾患は表3のとおりであろう。今回の症例、「頭頸部の張り」「異常な高血圧」も見られている。加えて「下腿の発赤、腫脹を伴う挫創」とどめは「全身を反らせるような痙攣」である。そう、この患者はあの疾患だったのだ。

最終診断と+aの学び

【最終診断】
破傷風
◆自律神経の嵐を起こす臨床症状
開口障害、後弓反張、外傷の既往という臨床症状より、「破傷風」と診断。集中治療室での治療を開始した。抗破傷風ヒト免疫グロブリン 3000 単位および、ペニシリン G 1200 万単位/日の投与を開始した。後日、右下腿の挫創部位の嫌気培養より、破傷風菌(Clostridium tetani) が同定された。破傷風は、破傷風菌が産生する毒素のひとつである神経毒素によって強直性痙攣を引き起こす感染症だ。破傷風菌は芽胞のかたちで日本に広く常在している。創傷部位から侵入した芽胞は、感染部位で発芽、増殖して破傷風毒素

を産生する。潜伏期間 3—21 日で、開口障害、嚥下障害といった局所の症状から始まって、呼吸困難や後弓反張といった全身症状に移行していく。確定診断は創傷の培養から菌を同定することであるが、症状から破傷風を疑う場合には培養結果を待たずに治療を開始する(中には、明らかな創傷を持たない患者も存在する点にも注意)。全数把握の5類感染症と位置付けられており、年間患者報告数は100人前後である¹⁾。治療は、創傷の徹底的なデブリードマンをし、早期に抗破傷風ヒト免疫グロブリンを投与。呼吸停止、痙攣重責のほか、「自律神経の嵐」と呼ばれるバイタルの変動を来すため、集中治療室で厳格な管理が必要とされる。発症した場合、死亡率は40—50%ほどと言われることから、発症の予防が肝要だろう。詳しい予防と治療の方法は、成書・文献を参考されたい²⁻³⁾。

Take Home Message

・破傷風はめったにお目にかからないが、見逃すと重篤になりやすい。特徴的な臨床症状を覚えておこう。

●参考文献
1) 国立感染症情報センターHP. 破傷風. <http://idsc.nih.gov/ja/iasr/30/349/tpc349-j.html>
⇒08年の時点での破傷風の報告数や年齢別報告数、抗体保有率など詳しい情報を掲載。
2) CDC. Morbid Mortal Weekly Report CDC Surveill Summ. 1997; 46 (15).
⇒米国疾病管理予防センターが毎週報告している感染症情報。本号は破傷風の予防がテーマ。
3) Govindarai GM, et al. Current practice in the management of tetanus. Crit Care. 2014; 18 (3): 145.
⇒破傷風の治療についてはこちらを参考にされたい。

表1 「痙攣」から導くべき鑑別診断リスト

- ①代謝異常
・高血糖、低血糖……見逃されやすいため、最初に否定したい
・電解質……救急外来の血液ガス測定で電解質まで測定できると、早期に診断できる
・低酸素血症……低酸素血症による痙攣は速やかに呼吸を補助して酸素化を改善させないと、早期に心肺停止に移行してしまうので要注意
- ②頭蓋内器質的疾患
・脳血管障害、頭部外傷、腫瘍……病変が大脳皮質を含む部分に生じた場合に痙攣を来しやすい
- ③薬物・アルコール離脱症候群……アルコール多飲者が体調不良や入院を契機に飲酒を止めて数日してから出現することが多い。最近、名称が変わった危険ドラッグ(旧「脱法ドラッグ」)も痙攣を来すおそれがある
- ④てんかん……抗てんかん薬の急減や寝不足で発作を起こすことも多い
- ⑤中枢神経感染症(脳炎・髄膜炎)……「発熱+痙攣」で疑うが、発熱を認めないこともあるので要注意
- ⑥不整脈……アダムス・ストークス症候群と呼ばれる。心室細動、洞不全症候群といった不整脈により脳血流が低下して痙攣を起こす。痙攣発作の際は、頸動脈の拍動とモニター波形を確認したい

表2 「しゃべりにくいという主訴」から導くべき鑑別診断リスト

- ①脳血管障害……片麻痺と同側の顔面および舌下神経麻痺を示すものでは、軽度な構音障害を認めることがしばしばある。両側大脳半球や脳幹部の病変では仮性球麻痺に陥り、著明な構音障害を示す
- ②パーキンソン病……口唇や舌の筋強直のために構音障害を示す。発語は緩徐で不明瞭、単調になる
- ③球麻痺……構音筋の麻痺と萎縮により構音障害を来す。代表的な疾患としては筋萎縮性側索硬化症、ギラン・バレー症候群、重症筋無力症、多発性硬化症が挙げられる
- ④小脳疾患……不明瞭発語で、とぎれととぎれで言語緩慢、調子は不規則になる
- ⑤口腔内の障害……口腔内の乾燥(シェーグレン症候群による唾液分泌の低下)や舌の炎症、(舌、口腔粘膜、歯牙)義歯が合わないことも構音障害の原因となり得る

表3 「開口障害」から導くべき鑑別診断リスト

- ①破傷風……破傷風菌が産生する毒素である神経毒素により強直性痙攣を引き起こす感染症。初期は開口障害のみで受診することもあり、診断に苦慮すること多い
- ②深頸部感染症……扁桃周囲、耳下腺間隙、顎間部間隙、椎前腔、咽頭側隙の炎症が内側翼突筋に波及し、開口障害を生じる
- ③石灰沈着性頸長筋腱炎……急激に嚥下時痛、頸部痛、頸部の可動制限を来す疾患で、開口障害も来し得る。頸長筋腱にハイドロキシアパタイトの沈着による炎症が生じるのが原因とされている。CTの環軸椎前面における石灰化像、椎前軟部組織の腫脹が診断に最も有用

県立広島病院 救命救急センター
救急科医師募集
重症外傷・集中治療・小児重症症例多数
フライトドクター養成・DMAT指定病院
■救命救急センター私設ブログ:
<http://hph-ccmc.blogspot.jp/>
■病院ホームページ:
http://www.hph.pref.hiroshima.jp/sec/shinryo_center/emergency.htm
■連絡先: t.yamanoue@gmail.com
(救命センター長 山野上)
f-shimizu81935@pref.hiroshima.lg.jp
(総務課 清水)

イノベーションが創出する未来の新産業!
国内最大規模! 産学マッチングのチャンス!
500を超える大学、ベンチャー企業等が研究開発成果を展示・発表します。
イノベーション・ジャパン2014
~大学見本市&ビジネスマッチング~
2014.9.11[木] 9:30~17:00 - 12[金] 10:00~17:00
東京ビッグサイト 東1ホール
お問い合わせ: イノベーション・ジャパン2014運営事務局
メールアドレス: event@ij2014.jp TEL. 03-5610-7722 受付時間 平日10:00~18:00
主催: JST 科学技術振興機構 NEDO 独立行政法人 新エネルギー・産業技術総合開発機構
共催: 文部科学省、経済産業省
来場登録は <http://www.ij2014.com>

募集 名大総診 検索

名古屋大学総合診療科ジェネラリスト研修プログラム
全国から教員・医員・後期研修医が集まっているプログラムです
●家庭医、病院総合医のいずれを目指す人にも最適
●大学病院、地域第一線病院、診療所にての多様な研修
●子育て中の女性医師も活躍中

☆後期研修医: 定員4名 [応募締切] 平成26年10月27日(月) [面接日] 平成26年11月8日(土)
☆ジェネラリスト指導医養成: 定員若干名 随時
☆学び直し研修(主として外来のretraining): 定員若干名 随時

【問合せ】名古屋大学大学院医学系研究科 総合医学専攻総合診療学
愛知県名古屋市昭和区鶴舞町65 電話: 052-744-2951
医局長 佐藤寿一: juichi@med.nagoya-u.ac.jp

Medical Library

書評・新刊案内

正しい膜構造の理解からとらえなおす ヘルニア手術のエッセンス

加納 宣康 ● 監修
三毛 牧夫 ● 著

A4・頁212
定価:本体9,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01927-9

評者 執行 友成

医療法人社団涼友会東京ヘルニアセンター
執行クリニック院長

副題として「正しい膜構造の理解からとらえなおす」とあり、流行の腹腔鏡下ヘルニア修復術の著書かな? と思いついて読んでいただきました。まず基礎編では、言葉の定義から始まり、胎生期の腸回転による膜構造の図解など、正しい臨床解剖について解説されており、日常臨床として鼠径ヘルニアを専門として外科治療を行っている私にとって基本に返ることのできる流れには感嘆の一言です。腹腔鏡手術が主流になりつつある昨今は、どこから切開をすれば正確な手術が可能であるかの判断をできない中堅・若手が横行する可能性があり、切開線の重要性和皮膚縫合の重要性をご教示いただける内容となっています。

応用編の「A. 鼠径ヘルニア」のセッションでは、引き込まれるように一気に読破できる明解な臨床解剖がひときわ印象的であり、すぐに役に立つ、そして熟練の外科医がハッとさせる著書と感じました。

私とはアプローチの手法は少し異なりますが、「A-IX-11. 精索内からのヘルニア囊の剝離分離」の段はぜひとも読者にはもう一度理解をしていただきたいところだと思います。p.46に「内精筋膜(横筋筋膜の続き)とヘルニア囊(腹膜の続き)との間には、腹膜下筋膜浅葉と深葉が存在するはずである。この浅葉と深葉の間に精管・精巣動脈が存在する。したがって、精索内にヘルニア囊が存在するときはその

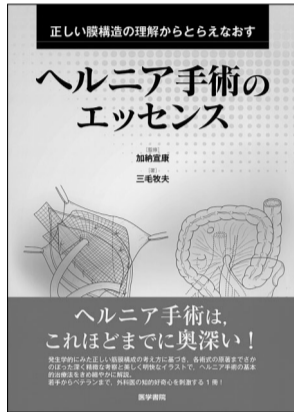
分だけ精索が分厚くなっている」とあります。私のアプローチは著者とは違い、一気に精索をヘルニア囊と一緒に挙上はしませんが、前方から挙筋筋を走行に沿って分離をすると、その下方には必ず内精筋膜、浅葉が存在します。そこで精巣動脈は深葉を残しつつヘルニア囊を分離すれば、おのずから残った物がヘルニア囊であり、その剝離層を内鼠径輪へ向かっていけば簡単に前腔へ到達でき、直下で下腹壁動脈が露出されます。本書の明解な腹膜筋筋膜の解説は、無駄な操作と過剰な剝離をせずに深葉をヘルニア囊(腹

膜の続き)につけたまま、前腔に到達できることを示されており、これまでになかったより臨床的なヘルニア囊の剝離・分離の素晴らしい解説書であると思います。私の弟子たちにうまく伝えることができなかった解剖を一気にご説明いただいたことに感動しました。このような解剖の知識は腹腔鏡下手術でも全く同様の基本事項であり、万人が共有すべきことです。

「C. 腹壁ヘルニア」の解説で特筆すべきは p.106 の図 98 です。「腹壁ヘルニア修復術におけるメッシュ位置の定義と表現」についてあらためて整理整頓されており、外科医としての基本事項を再確認させていただきました。

鼠径ヘルニアをはじめとしたヘルニアの解説書は多く出ておりますが、本書は臨床を重視した著書として、一読ではなく必読すべきものと感じました。

明解な臨床解剖が印象的な、
熟練外科医もハッとさせる書



服部リハビリテーション技術全書 第3版

蜂須賀 研二 ● 編

大丸 幸, 大峯 三郎, 佐伯 寛, 橋元 隆, 松嶋 康之 ● 編集協力

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

評者 網本 和

首都大学東京教授・理学療法学

名著の復活

35年前、裏庭に枇杷の樹がゆれる清瀬のリハビリテーション学院(2008年閉校)のまだ紅顔の学生であった評者(今では厚顔といわれる)は、臨床実習に向けて理学療法について、一生で一番と思えるぐらいに勉強していた。当時の唯一無二のテキストといえば服部一郎先生、細川忠義先生、和才嘉昭先生の名著『リハビリテーション技術全書』であり、学生の間では「技術全書」あるいはその広範な領域にちなんで「なんでも全書」と呼ばれ、それこそボロボロになるまで熟読(あるいは熟見)したのである。当時からわかりやすい「線画」のイラストの助けを借りて、来るべき実習と国家試験に立ち向かおうとしていたことが昨日のこのようである。

極めて実用的な辞書、
基本的技術の原点

ぶりだけではなく、初版・第2版に使われていたイラストがそのエッセンスをそのまま継承していることに驚嘆することになる。第2版と比べると、第7部「言語聴覚療法の実際」、第9部「地域リハビリテーション」が追加され、第10部「疾患別リハビリテーション」では、第22章「糖尿病」、第23章「がん」、第27章「褥瘡」、第28章「高齢者と認知症」、第29章「障害者スポーツ」などが新たに記述されている。さらに今回の第3版では、最新の医療技術の進歩を背景とした理論的解説が加えられていることも、特筆すべき点であることを強調したい。

座右の書

服部先生自身が初版の「序」に記されているように、本書は「図書室の棚の上に並べて置かれるものではなく、診察机や治療台の上に手垢にまみれて置かれるべき性質」のものであり、極めて実用的な「辞書」として活用されるに違いない。臨床の場で何気なく使われている基本的技術の原点は本書にあるといってもよい。限られた紙幅の中では、30年間に培われた臨床マインドがどのように実を結んだかを伝えることは困難であり、ぜひ手に取りその果実を味わっていただきたい。風雪に耐えたりリハビリテーション技術の骨格を礎として、現在の発展をちりばめた本書はまさに座右の書となるだろう。

最新の知識とエッセンスの継承

評者が読んでいたのは1974年発刊の初版であるが、その10年後に第2版が上梓され、今回30年ぶりに第3版が蜂須賀研二先生(産業医科大名誉教授)編集により、その書名を『服部リハビリテーション技術全書』として発刊されたのである。その帯には「30年の時を越え、あの名著が新たによみがえる」とあり、このキャッチコピーを読むだけでも期待が高まってくるのは評者だけではないだろう。そしてページを繰り読み進めば、内容の充実

はじめての心電図 第2版増補版

兼本 成斌 ● 著

B5・頁360
定価:本体4,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02024-4

評者 大内 尉義

虎の門病院院長

このたび、兼本成斌先生の著された『はじめての心電図』(第2版増補版)が上梓された。第2版の出版が2002年であるから12年ぶりの改訂となる。ちなみ

これから心電図を学ぶ方々に
自信を持ってお勧めする入門書

このたび、兼本成斌先生の著された『はじめての心電図』(第2版増補版)が上梓された。第2版の出版が2002年であるから12年ぶりの改訂となる。ちなみに初版が発行されたのが1991年であり、本書は実に四半世紀にわたる歴史を有する心電図の入門書である。評者は、兼本先生のこの『はじめての心電図』には大変長いお付き合いをさせていただいている。というのは、評者が東大在任中に、老年病科の講師として、医学科3年生(5年生)のBedside learningの担当となったのが1987年のことであるが、その中で「心電図の読み方」というショートレクチャーを行ったところ、これが大変好評で、学生諸君からの要望に応える格好で、1990年から課外講義として週1回、15-25人の有志学生を対象に、1年かけて心電図の読み方を教える「心電図セミナー」を始めた。前半はテキストを用いた解説、後半は実際の心電図を添削するという方式であった。そのときのテキストとして選んだのが本書である。当時、心電図の教科書はいくつか出版されていたが、いずれも初学者にはやや難しく、適当な心電図入門書があまりなかった時代であった。その中で、『はじめての心電図』は、心電図を読むために必要かつ十分な知識が、簡潔にわかりやすい形で提供されており、すぐさま、本書を私のセミナーの標準テキストとして採用した。心電図を勉強して最初につまずくのは、心臓の難しい電気生理学の解説であり、ここを乗り越えられずにつまずいた学生は私を含め多いのではないかとわれ

「今日の治療指針2014年版」には、 スマートデバイス閲覧権が付いています。 本書をお持ちの方は、今すぐお申し込みください。

無料

お申し込み手順

- 1 本書に挟み込まれている専用申込書に、必要事項をご記入の上、ポストに投函してください。
※お申し込みは、専用申込書でのみ受け付けております。
- 2 ライセンス証書が郵送されたら、スマートデバイスに「Medical e-Shelf」アプリをインストールします。
- 3 初回のみ、ライセンス認証を行います。

スマートデバイス版の特長

- 1 章から疾患項目を選び全27章、1,121疾患項目の見出しから参照
- 2 キーワード検索
検索ボックスにキーワードを入力すると、該当項目一覧を表示(スペースで区切れば、and検索も可能)

※スマートデバイスの動作環境
iOS(4.3以降)端末:iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)
Android端末:Android2.3以降搭載のスマートフォン、3.2以降搭載のタブレット
別途Medical e-Shelf(MeS)アプリ(無料)のインストールが必要です。

今日の治療指針2014年版

監修 山口 徹・北原光夫 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

●デスク判(B5) 頁2128 定価:本体19,000円+税 ISBN978-4-260-01868-5
●ポケット判(B6) 頁2128 定価:本体15,000円+税 ISBN978-4-260-01869-2

医学書院

その「エビデンス」は臨床で使えるか? プロを目指す医師の前頭葉を刺激する実戦的Pro/Con道場

循環器疾患ディベート

Evidence and Experience Based Medicine

▶不整脈・心不全・虚血の治療に関する一人ディベート集。各章のテーマに対してPro/Con/個人的見解に分け、それぞれが拠って立つエビデンスの検討を中心に、あえて辛辣で過激な討論を展開する。経験や勘を必要としない「マニュアル」の思想とは対極的に、超辛口な記述を通して前頭葉を刺激する「考える種」を讀者に投げかける。循環器を診る若手医師、EBMを念頭に置くすべての医師に向け「プロはこう考える」を提示する。

著 佐々木達哉
国立病院機構大阪南医療センター
循環器疾患センター部長

定価:本体4,000円+税
A5変 頁272 2014年
ISBN978-4-89592-785-7

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

整形外科レジデントマニュアル

田中 栄, 中村 耕三 ● 編
河野 博隆, 中川 匠, 三浦 俊樹 ● 編集協力

B6変型・頁400
定価:本体4,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01935-4

評者 西田 圭一郎
岡山大大学院准教授・整形外科学

本書は整形外科領域で待望のレジデントマニュアルであり、東大整形外科スタッフによって臨床教育のエッセンスがコンパクトな一冊にまとめられた実践書である。自分が研修医のころは、ほとんど「これをやっておけ」「手術の技は見て盗め」といったまさにとち奉公であった。自律性を尊重することは医学教育においても重要であるが、指導医の目の届かないところで「初めてのことを見よう見まねでやる」ことは殊に医療においては問題が多い。かといって基本をまとめたマニュアルは存在せず、その都度いろいろな教科書を拾い読みして実践するしかなかった。本書は自ら考え、チームの一員として周囲と協調しながら診療経験を積んでいく上での自己学習の第一歩として必要不可欠な内容が網羅されている。

整形外科臨床教育のエッセンスが詰まった 研修医の必携書

本書の特色である総論は、まず「医師としての心構え」から始まる。評者が医学生にころに触れた飯田芳久氏の訳書『鬼手仏心』(DW Cathell 著, "The Physician Himself from Graduation to Old Age")に東大名譽教授永井潜先生が寄せられ「医道訓」として紹介された言葉を思い出す。「術は道によって活き、道は術を待って立つ。そして、これを一貫するものは人間愛」。東大医学部で脈々と受け継がれた哲学が、まさに人間として、チームリーダーとして、社会人としての医師像として現代の言葉でよみがえっている。さらに整形外科外来診療の基本としての「脱臼、骨折整復の基本」「ギプス・シーネ・包帯固定・三角巾による初期固定」「注射法」「救急外来のレッドフラッグ」へと続く。手術においては「患者への

説明」「手術室における基本事項」「手術記録の書き方」「術後管理」「リハビリオーダー」が網羅され、「コ・メディカルとのコミュニケーション」「文献検索の方法」や「学会発表の基本」といったレジデントがすぐに直面する事項まで記載されている。「報連相」や「挨拶と時間厳守」といった「当たり前なこと」も本書では丁寧に触れられているのがうれしい。

各論は部位別に、基本的な解剖から始まり、個々の疾患の診断法、分類法、診断に際しての特有のテストが、わかりやすい挿絵や典型的なX線写真、MRIなどの画像を用いて解説されている。主訴は何か、問診で確認すべきポイント、画像診断のポイントなどレジデントがまず知っておかないといけない項目がわかりやすく列挙されている。実際の治療に当たっては、保存的・外科的治療、予後、患者説明と指導までの流れがわかるように詳述されている。本書はレジデントマニュアルであるから、手術手技の詳細について説明するものではない。しかし、研修医が最低限知っておくべき基本事項は漏れなく書かれており、逆に一行たりともおろそかにできない。また、重要疾患はほぼ網羅されているといっておく、専門医試験直前の知識の整理にも役立つ。レジデントが習得すべき内容が過不足なく記載されているため、専門医制度が大きく変化しつつある中で指導医が到達度をチェックする際にも重宝することであろう。ぜひとも白衣のポケットに入れて持ち歩きたい一冊である。

る。本書はここを割り切って、電気生理学の解説は心電図を理解するために必要最小限度にとどめ (p.17-28)、目標をプラクティカルな心電図解説にしている。心電図所見は、「考え方のポイント」「診断のクライテリア」に分けて簡潔に箇条書きで記載されているし、また実際の心電図の解説もわかりやすい。さらに深い解説が必要な項目は、「ノート」として肩の凝らない読み物となっている点も好感が持てる。「セルフチェック」「セルフアセスメント」は自分の理解度を試す上で有用であろう。索引と用語の解説が充実しているのも、本書を使いやすいものになっている。

書評からずれて恐縮であるが、私の心電図セミナーは先に述べたように1990年に始まって、定年退職の前の年2012年3月まで23年にわたって続いた。最初のころの学生は、大学にお

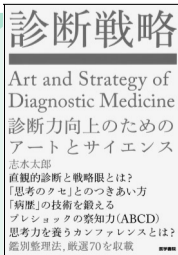
いては教授あるいは准教授として研究・教育に携わり、また第一線の医療を担う年齢になっている。本書はそういった意味で、私の大学の教員としての歴史そのものともいえる懐かしい書籍である。その後、心電図の入門書は数多く発行されたが、本書は心電図の入門書として第一級の本であり、これから心電図を学ぼうとする、学生、研修医の方々に自信を持ってお勧めしたい。ただ、教科書を読んだだけでは心電図が読めるようにはなかなかならない。本書をマスターした後、あるいはそれと並行して実際の心電図の解説に挑戦していただきたい。その途上においても本書の内容を繰り返し振り返ることが大切である。兼本先生にはぜひ、本書の姉妹編としてそのような御本を出していただければ、と願うのは評者ばかりであろうか。

何か診断を曇らせるか、どのように養えば良いか

診断戦略 診断力向上のためのアートとサイエンス

名医の思考や巧みさ (Art) は再現できるか? その問いに正面から答える。多くの名医に師事し、経営診断も学ぶ著者による「診断力の鍛え方」。診断にともなうバイアスとのつきあい方、病歴をよりクリアにするための具体的な質問例、鑑別ごとの合わせなど、明日から役に立つ心構えとテクニックが満載。認知科学とハードな臨床経験を背景に紡がれる言葉は、まさに Art & Science。

志水太郎
ハワイ大学・内科



A5 頁288 2014年 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-01897-5]

医学書院

神経内科プラクティカルガイド

栗原 照幸 ● 著

A5・頁408
定価:本体4,300円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01893-7

評者 鈴木 則宏
慶大教授・神経内科学

東邦大学名誉教授の栗原照幸先生が、神経内科臨床の実践での活用を目的とする『神経内科プラクティカルガイド』を著された。栗原先生と私とは、医学部の先輩後輩で、同じ神経内科の道に入ったという点では志を同じくし、共通点は多いわけであるが、その研修の道のりはずいぶん異なる。栗原先生は、1967年医学部ご卒業後、当時のインターン制度で研修中にECFMG試験にパスし米国に留学され、Washington University, Barnes-Jewish Hospitalで神経内科の臨床トレーニングを開始された。神経内科レジデントと神経生理学リサーチフェローを経験されている。すなわち、根っからの米国仕込みの「神経内科学」を体得された先生である。したがって、本書は著者の米国でのハードな研修と豊かな経験の成果を隅々に至るまで感じ取ることができる魅力的な書である。

著者の米国での研修成果を感じさせる魅力的な書



本書は、まず著者の米国留学の体験から語られる。日本での大学紛争最盛期に医学部を卒業され、臨床研修初期から米国に渡られ、新たな世界と研修現場に触れられた体験の記述は興味深いだけでなく、スリリングでさえある。また、現在のわが国の医学教育や臨床研修に対しては、米国の臨床研修を十分に積まれた医師からしか出ないような厳しいコメントも見られる。「日本の医学界は、研究論文を比較的よい雑誌に投稿していることが高く評価されるようになってきているので、教授選考でもたくさんの論文を書いて、できるだけ一流の医学雑誌に英文論文を書いていることが、評価の対象になっている傾向がある。しかし臨床で一番大切なことは何であろうか。協調性を兼ね備え、相手の気持ちを考えて、話をよく聞くことができ、損得や出世ではなく、目の前の患者のために一番助けになる治療でしかもスタンダードな方法

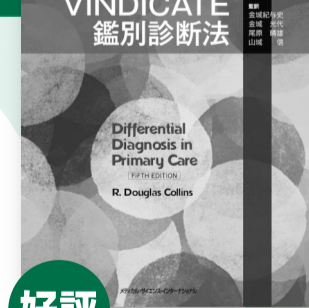
を用いて対処することではないだろうか。(後略)」このような、患者と同じ目線で全ての章が書かれている本書は、世に出ている多くの神経内科領域の教科書としても極めてユニークであるといえよう。

内容は、診察の中で最も重要な「問診」から始まり、神経学的診察および病巣診断の解説に移る。神経学的診察では、随所にお若いころの著者の診察手技の写真が登場する。言葉で説明するだけでなく「実際にやって見せる」という著者の姿勢がひしひしと伝わってくる。さらに、読み進むと「神経内科主要症候」の章となる。意識障害・昏睡、頭痛、頭蓋内圧亢進、てんかん、めまい、認知症、不随意運動、と一般外来や救急外来で遭遇する頻度の高い症候が検査、診断、初期対応などについて要領よくまとめられており、実践に役立つ。さらに、「主要神経内科疾患」となり、脳血管障害、頭部外傷、神経感染症、脳膿瘍、脳腫瘍、後頭骨頸椎移行部の骨奇形、脊髄障害、神経・筋疾患、末梢神経障害、神経皮膚症候群、パーキンソン病、アミロイドポリニューロパチー、運動ニューロン疾患、脊髄小脳変性症、脱髄性疾患、自律神経障害と、実臨床で経験する代表的な神経内科疾患が登場する。そして、患者を第一に考える著者の姿勢のまとめとして、最終章には「リハビリテーションの基本」がくる。実に独特なまとめ方である。なお、付録としてNIHSS判定表、Japan Stroke Scale 調査票、脳波の読み方の実際、筋電図(針筋電図・神経伝導検査)・誘発電位の所見と正常値、正常頭部・頸部MRI/MRAと解剖が付いている。実にありがたい。

医学部学生、研修医、専門医をめざす神経内科医のみでなく、大成した神経内科専門医にとっても一読の価値のあるすばらしいガイドである。

コリンズのVINDICATE鑑別診断法

Differential Diagnosis in Primary Care, 5th Edition



「疾患名が思い浮かぶようになりました」
鑑別診断の抽斗を増やす、コリンズ流「記憶術」

漏れのない鑑別診断リストをつくるための独習用テキスト。主訴に対して、関連する疾患の発生する部位を解剖学的に思い浮かべ、病因別カテゴリー(“VINDICATE”など)を利用し網羅的に診断をあげていく、「コリンズ先生流」の診断アプローチを指南。common diseasesを中心とした約280の症状・徴候について、ユニークな解剖図と表を交えつつ鑑別診断法を系統的に解説。

監訳
金城紀与史 沖縄県立中部病院 総合内科 尾原晴雄 沖縄県立中部病院 総合内科
金城光代 沖縄県立中部病院 総合内科 山城 信 沖縄県立中部病院 呼吸器内科

好評 ● A4変 頁520 図255 ● ISBN978-4-89592-778-9 ● 定価:本体7,800円+税

ホスピタリスト

Hospitalist

Vol.2-No.2 発売

特集 膠原病

病棟、外来、チーム医療、地域医療連携……病院医療をコンダクトするジェネラリストのためのクォーターリーマガジン

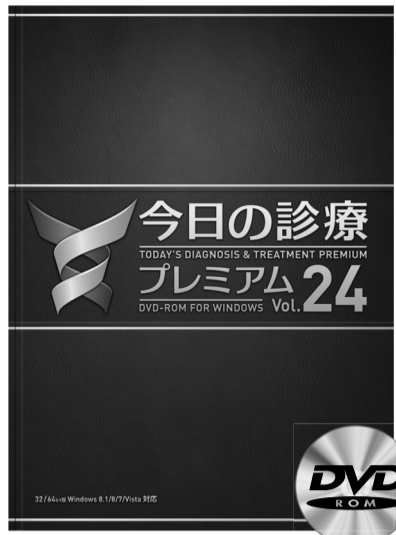
2014年間購読申込受付中!

● 季刊/年4回発行
● A4変 200頁
● 1部定価:本体4,600円+税

● 年間購読料19,008円(本体17,600円+税)
※毎月お手元に直送します。(送料無料)
※1部ずつお買い求めいただくの比へ、約4%の割引となります。

最新の医学知見を網羅した、総合診療データベース

今日の診療 プレミアム Vol.24 DVD-ROM for Windows



●DVD-ROM版 2014年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610025]

パソコンだけでなく、 スマートフォン・タブレット端末 でも「今日の診療」をご利用 いただけるようになりました。



※スマートデバイスの動作環境
iOS(4.3以降) 端末：
iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)
Android 端末：
Android2.3以降搭載のスマートフォン、
3.2以降搭載のタブレット
別途 Medical e-Shelf(MeS) アプリ(無料)のインストールが必要です。

医学書院のベストセラー書籍14冊、約90,000件の収録項目から一括検索



治療薬検索は独自機能でさらに便利に

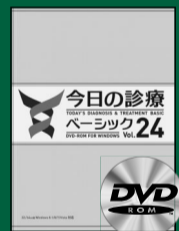
「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「薬効分類」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。



データはパソコンにインストール可能

本商品(DVD-ROM)のデータは、パソコンにインストールすることができます。一度インストールしておけば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。
※インストール後、インターネット経由でのオンラインライセンス認証が必要です。本商品をインストールしたパソコンがインターネットに接続していても、インターネットに接続できるパソコンがあれば、認証作業を行うことができます。

骨格をなす8冊を収録した
「今日の診療 ベーシック Vol.24」も
ご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.24 DVD-ROM for Windows

価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610049]

※「今日の診療 ベーシック Vol.24」には、
スマートデバイス閲覧権は付与されません。

収録内容詳細

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2014年版
付録の一部を除く全頁を収録 Update
- ② 今日の治療指針 2013年版
付録の一部を除く全頁を収録
- ③ 今日の診断指針 第6版
付録を除く全頁を収録
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2013-2014
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2014
付録の一部を除く全頁を収録 Update

プレミアムに収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
- ⑬ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑭ 医学書院 医学大辞典 第2版

*書籍とは一部異なる部分があります

9 medicina

Vol.51 No.9

特集 ここが知りたい循環器診療 パールとピットフォール

循環器疾患は、内科医であれば必ず診療する機会のある疾患であり、一般外来・救急外来のどちらにおいても遭遇する頻度は高い。しかし、循環器診療に必要な検査や治療手技は複雑であり、見逃せば重篤な病態に陥ることも多いため、循環器疾患は敬遠されがちである。本特集では、各論文の冒頭に苦手意識克服に役立つクリニカル・パールとピットフォールを提示し、循環器診療のエッセンスを紹介する。

INDEX

- 座談会：循環器疾患への苦手意識をどのように克服するか？
- I章：よくみる症候からのアプローチ問診、診察のコツと検査の進め方
- II章：知っておきたい検査のポイント
- III章：救急でよくみる循環器疾患
- IV章：一般外来でよくみる循環器疾患

●1部定価・本体2,500円+税

▶来月の特集 (Vol.51 No.10)

すぐ役に立つ 呼吸器薬の標準的使い方

▶2013年増刊号 (Vol.50 No.11)

内科診療にガイドラインを生かす ●特別定価・本体7,200円+税

連載

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

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina>



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/jim>

ジェネラルに患者を診るための総合診療誌「JIM」

JIM

企画：伊藤澄信

Vol.24 No.9

特集 臨床医のための産業医マニュアル

労働安全衛生法に基づく産業医。日本医師会の認定産業医は8万人を数え、企業の健康管理室の非常勤医師も認定医資格をもつことが条件になることもある。平成18年の労働衛生安全法の改正で過重労働、メンタルヘルスが重点項目となり、社会福祉施設も重点的な対象となった。超過勤務が月100時間を超える労働者で本人の申し出があれば面接指導を行う。また少なくなったとはいえ脳血管疾患、自殺等ストレス関連死の労災訴訟問題もあり、「なんちゃって産業医」では済まされない状況だ。専属産業医ではない非常勤産業医に必要な項目に重点を絞ってエッセンスをまとめた。

INDEX

- 【総論】プライマリ・ケア医が産業医を引き受けたら……吉田和朗
産業医の実際の業務-日本医師会認定産業医資格をとるために……河原和夫
- 【現場に応じた産業医の1日】 予防-健康障害防止の視点から……浜口伝博
早期発見……福田 洋
早期介入……福本正勝
職場復帰に向けて……津久井 要

【産業医が知っておきたい知識集】

- 産業医のジレンマ-労働者の利益と事業主の狭間で……久保田昌詞
海外赴任に向けての予防接種と不安解消のための豆知識……三宅 智
オフセット印刷と胆管がん-新たな職業性疾患の発見……圓藤吟史
職場における発達障害……新開隆弘
- 【スペシャル・アーティクル】 産業医の法的責任-産業医の訴訟リスクを避けるために
しておかなければならないこと……平沼直人

- ◆JIMで語ろう 徳田安春×萩原将太郎
公開収録「見逃してはならない」疾患の除外ポイント(第3部)
- ◆新連載スタート Dr.徳田と学ぶ 病歴と診察によるエビデンス内科診断

▶来月の特集 (Vol.24 No.10)

帰してはいけない疾患を除外した後の外来診療 ●1部定価・本体2,200円+税

年間購読 受付中!

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

2014年 年間購読料 (冊子版のみ)

- ▶ medicina 38,250円(税込) -増刊号を含む年13冊-
- ▶ JIM 27,940円(税込) 個人特別割引26,520円あり 年12冊

電子版もお選び
いただけます



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693