

2015年4月13日
第3121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
JCOPIY 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

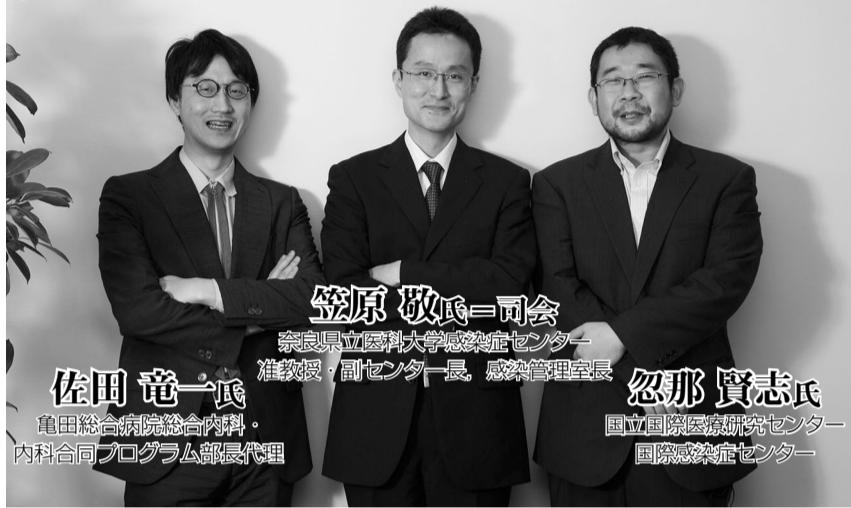
医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- 【鼎談】「見る」トレーニングを始めよう!
(笠原敬、佐田竜一、忽那賢志)…… 1—2面
- 第109回医師国家試験合格発表…… 3面
- 【寄稿】家庭医療先進国キューバ研修報告
(渡邊聡子,他)…… 4面
- 【連載】Dialog&Diagnosis…… 5面
- 【連載】レジデントのための「医療の質」向上委員会…… 6面
- MEDICAL LIBRARY…… 7面

鼎談

「見る」トレーニングを始めよう!



佐田竜一氏
皇田総合病院総合内科・
内科合同プログラム部長代理

笠原敬氏=司会
奈良県立医科大学感染症センター
准教授・副センター長、感染管理室長

忽那賢志氏
国立国際医療研究センター
国際感染症センター

診療現場において、患者さんを目見た瞬間から始まる「視診」。圧倒的な情報量をもって、診断を絞り込む全プロセスにわたり重要な役割を果たす一方、そのインパクトの強さが目を曇らせ、正しい診断にたどり着けない怖さもはらんでいます。

ピットフォールに陥らず、バイアスに惑わされず、視診を“カッコよく”使いこなすには？ 本鼎談では今般発刊される『みるトレ 感染症』(医学書院)の著者である三氏が、視診の魅力とその特徴を最大限生かす使い方、そして「見る力」をいかに伸ばすかを語り合いました。

笠原 「視診」は、患者さんが診察室に入ってきた瞬間から始まります。診断の達人、ローレンス・ティアニー先生も「患者と出会った最初の数秒間に、とても重要な状況に置かれているということを銘記してください。確実に、いくつもの診断が患者と出会った最初の数秒間になしえます」(ティアニー先生の診断入門 第2版。医学書院、2011)と述べているように、問診、聴診、触診など情報を引き出す手段が種々ある中でも、視診は患者さんの第一印象を決定付ける、非常に重要なスキルと言えるでしょう。

道具も要らず、情報が半ば自動的に流れ込んでくるため、普段意識されることは少ないかもしれませんが、視診は診断プロセスで大きな役割を果たしている視診の魅力や大切さを、本鼎談であらためて考えてみたいと思っています。

視診は“カッコイイ”スキル

笠原 早速ですが、お二人は視診の魅力をどんなところに感じていますか？

忽那 通常の診断推論のプロセスであれば、問診をして、病歴や社会歴を聞いて、身体所見をとって、プロブレムリストを挙げ……というステップがあるところを、視診で特徴的な所見を見つけたら、診断をぐっと絞り込める。その迅速性は非常に魅力的ですね。

佐田 視診で見つけた所見というのは、言葉通り“一目瞭然”で、問診などで引き出した情報よりも「この所見があるからこの疾患だ」ということを確定しやすいのです。“特異性が高い”と換言できるかもしれませんが、そのインパクトの強さも魅力です。

それに、例えば左手のむくみと左まぶたの挙上困難からPancoast腫瘍(肺尖部胸壁浸潤がん)を見つけたり、耳たぶにしわがたくさんあるのを見て心疾患に気付くなど、トラブルが起きている身体の部位を、まったく別の部分を見ることで特定できる。そういうところが、実にエキサイティングだと感じます。

忽那 あとは何より、視診をうまく使えたら“カッコイイ”んです。研修医が診てもわからなかった渡航後の発熱

疾患を、眼結膜の充血と、皮疹が出てくるスピードの早さから「ジカ熱(Zika fever)だね」と診断できたときには、われながら「ちょっとカッコイイな」と思いました(笑)。

笠原 まさに「百聞は一見にしかず」。所見の特異性やインパクトの強さで、正しい診断をぐっと引き寄せることができる。そこに視診の“カッコよさ”があるのでしょうか。

診断推論プロセスのさまざまな段階にかかわる

笠原 今伺ったところでは、視診は主に診断推論プロセスの冒頭で使われ、以降のステップを飛び越えて鑑別を絞り込むためにその力を発揮するイメージです。一方で佐田先生は、プロセスを進めていくさまざまな段階に、視診が関与すると提唱しておられますね。

佐田 はい。私自身は、以下の4つのパターンがあると考えています。

①「目で見えるもの」が主訴となり、鑑別が始まる場合

- ②「見えている所見・検査結果」を含む臨床情報から、鑑別を立てていく場合
- ③挙げた鑑別診断から、「見えるべき(認識すべき)所見」を探す場合
- ④視診以外の他の情報から診断が付き、後で見た目の異常に気付く場合
- ①については、ふくらはぎのかゆみを訴える患者さんの足を見るとくつきりと長方形の赤みがあり、湿布による湿疹を疑ったところ、やはり湿布に含有されるケトプロフェンが原因の光線過敏症であった例、舌が肥大していると訴えて来院した患者さんが、多発性骨髄腫に伴うアミロイドーシスと判明した例など、見た目の異常がそのまま主訴になっており、それが直接、診断に結び付くようなパターンです。
- 一方②は、主訴にはなっていないものの、医師が見てわかる所見や検査結果があり、他の所見や病歴と併せることで鑑別が導けるパターンです。例えば、発熱・目の見えづらさを主訴に来院した患者さんに前房蓄膿を見つけ、
- (2面につづく)

4

April
2015

新刊のご案内

●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。

●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。

今日の診断指針 (第7版)
総編集 金澤一郎、永井良三
デスク判: B5 頁2144 25,000円 [ISBN978-4-260-02014-5]
ポケット判: B6 頁2144 19,000円 [ISBN978-4-260-02015-2]

標準組織学 総論 (第5版)
原著 藤田尚男、藤田恒夫
改訂 若永敏彦
B5 頁344 8,200円 [ISBN978-4-260-01531-8]

標準薬理学 (第7版)
監修 今井 正、宮本英七
編集 飯野正光、鈴木秀典
B5 頁672 6,500円 [ISBN978-4-260-01750-3]

標準病理学 (第5版)
監修 坂本稔彦
編集 北川昌伸、仁木利郎
B5 頁904 11,000円 [ISBN978-4-260-02026-8]

「型」が身につくカルテの書き方
佐藤健太
B5 頁140 2,800円 [ISBN978-4-260-02106-7]

**〈シリーズ まとめてみた〉
精神科**
天沢ヒロ
A5 頁232 2,800円 [ISBN978-4-260-02137-1]

**〈シリーズ まとめてみた〉
皮膚科**
天沢ヒロ
A5 頁216 2,800円 [ISBN978-4-260-02136-4]

急性腹痛診療ガイドライン2015
編集 急性腹痛診療ガイドライン出版委員会
A4 頁188 3,800円 [ISBN978-4-260-02159-3]

みるトレ 感染症
笠原 敬、忽那賢志、佐田竜一
B5 頁190 3,800円 [ISBN978-4-260-02133-3]

みるトレ リウマチ・膠原病
松村正巳
B5 頁190 3,800円 [ISBN978-4-260-02050-3]

みるトレ 神経疾患
岩崎 靖
B5 頁190 3,800円 [ISBN978-4-260-02132-6]

**レジデントのための
感染症診療マニュアル
(第3版)**
青木 真
A5 頁1600 10,000円 [ISBN978-4-260-02027-5]

**糖尿病 作って食べて学べるレシピ
療養指導にすぐに使える
糖尿病食レシピ集&資料集**
監修 NPO法人西東京臨床糖尿病研究会、植木彬夫
編集 高村 宏、飯塚理恵、高井尚美、土屋倫子、中野貴世
B5 頁192 2,000円 [ISBN978-4-260-02107-4]

**脳卒中ビジュアルテキスト
(第4版)**
荒木信夫、高木 誠、厚東篤生
A4 頁280 12,000円 [ISBN978-4-260-02082-4]

非結核性抗酸菌症診療マニュアル
編集 日本結核病学会
B5 頁152 3,000円 [ISBN978-4-260-02074-9]

**Dr. 宮城×Dr. 藤田
エキスパートに学ぶ
呼吸器診療のアートとサイエンス**
宮城征四郎、藤田次郎
B5 頁288 4,800円 [ISBN978-4-260-02099-2]

**CT Colonography
実践ガイドブック**
編集 野崎良一
AB判 頁224 4,200円 [ISBN978-4-260-02151-7]

帰してはいけない小児外来患者
編集 崎山 弘、本田雅敬
編集協力 長谷川行洋、広部誠一、三浦 大
A5 頁224 3,600円 [ISBN978-4-260-02138-8]

外科医のためのエビデンス
安達洋祐
B5 頁232 4,000円 [ISBN978-4-260-02100-5]

**医療福祉総合ガイドブック
2015年度版**
編集 NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会
編集代表 村上須賀子、佐々木哲二郎、奥村晴彦
A4 頁312 3,300円 [ISBN978-4-260-02122-7]

**医療レジリエンス
医学アカデミアの社会的責任**
編集代表 福原俊一
B5 頁144 2,800円 [ISBN978-4-260-02147-0]

**看護診断
第20巻 第1号**
編集 日本看護診断学会
B5 頁80 2,800円 [ISBN978-4-260-02139-5]

**助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)に
もついた
助産実践能力育成のための
教育プログラム**
編集 日本助産実践能力推進協議会
B5 頁212 2,700円 [ISBN978-4-260-02089-3]

看護教育へようこそ
池西静江、石東佳子
B5 頁216 2,800円 [ISBN978-4-260-02121-0]

**みるよむわかる生理学
ヒトの体はこんなにすごい**
岡田隆夫
B5 頁184 3,200円 [ISBN978-4-260-02120-3]

**2016年版
系統別看護師国家試験問題
解答と解説**
[系統看護学講座]編集室 編
B5 頁1750 5,400円 [ISBN978-4-260-02129-6]

**2016年版
保健師国家試験問題 解答と解説
[国試直前チェックBOOK]付**
[標準保健師講座]編集室 編
B5 頁732 3,400円 [ISBN978-4-260-02128-9]

2016年版 准看護師試験問題集
医学書院看護出版部 編
B5 頁584 3,400円 [ISBN978-4-260-02123-4]

**言語聴覚研究
第12巻 第1号**
編集・発行 日本言語聴覚士協会
B5 頁64 2,000円 [ISBN978-4-260-02152-4]

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。

鼎談 「見る」トレーニングを始めよう!

<出席者>

●笠原敬氏

1999年奈良医大医学部卒業後、同大病院にて研修。研修中に同大大学院にて肺炎球菌感染症の分子疫学研究で博士号取得。2005年同大感染症センター助手、09年米ペンシルバニア大医学部客員研究員を経て、10年奈良医大感染症センター講師。15年より現職。医学博士。IDATEN(日本感染症教育研究会)世話人などを務める。

●佐田竜一氏

2003年阪市大医学部卒業後、佐久総合病院にて初期、後期研修。08年天理よろづ相談所病院総合診療教育部。14年4月より現職。「関西若手医師フェデレーション」など多くの勉強会企画・運営にかかわり、現在も学生・研修医教育を担当。メールアドレスはsadametal@gmail.comだが、メタル以外の音楽も好き。

●忽那賢志氏

2004年山口大医学部卒。関門医療センターにて初期研修後、山口大病院救命センター、奈良医大病院感染症センター、市立奈良病院感染科。奈良で回帰熱症例と出会い、輸入感染症を学ぶため12年より現職。趣味は、お寺巡りとダニ収集。

(1面よりつづく)

ベーチェット病という診断につながった例などがこれに当たります。

笠原 ①が、診た途端にわかる異常があり、患者さんもそれを訴えている状態、②が、話を聞いて、診ていくうちに異常に気付く、という感じですか。

佐田 そうですね。そして③は、問診や身体所見を基に鑑別診断を挙げた後、「それならこの所見が見えるのでは?」と推察して見つけ、確定診断に持ち込むパターンです。発熱、体重減少、全身倦怠感で受診した高齢男性に複視が出現し、側頭動脈炎を疑ったところで、右側頭動脈の怒張と蛇行に気付いた例などがわかりやすいかと思えます。所見を自ら探しに行く、言わば“攻める”視診と言えませんか。

忽那 診断プロセスには「直感的思考(System1)」と「分析的思考(System2)」の2パターンがあるという、Dual process modelはよく知られています(Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2009 [PMID: 19669918])。視診は、直感的、反射的なイメージからSystem1との関連が強いと思いがちですが、System2で熟考を求められるような過程にもかかわっている、ということですね。

笠原 カルテ記載の作法である「SOAP」にも当てはめられますね。①を患者さんの主観的訴え(Subjective)の段階、②を医師の客観的な所見(Objective)の段階、③を、①の主訴や②の所見を考察・評価する段階(Assessment)とすると、主訴から始まり治療計画(P=Plan)に至る各過程に、視診がかかわると考えられそうです。

佐田 一方、④は①—③とは少々趣が異なり、確定診断までには所見を認識できず、後々気付くパターンです。血液培養の検査結果や持続性の貧血、心雑音など、他の所見から感染性心内膜炎だと確定診断した後に、口腔内に点状出血を認めた例などでしょうか。

忽那 こういう“見逃し”パターンは実際のところ、結構ありますね。伝染性単核球症の患者さんで、目のむくみを見逃したまま診断を進め、むくみが引いた後になって「そういえば……!」と気付いたことがありました。

佐田 気付いていればもっと早く、あるいは正しく診断できていたかもしれないと、反省が残りますよね。けれどそうした経験を積むことで、次に遭遇したときには「目が腫れぼったいけど、伝染性単核球症かな?」あるいは「伝染性単核球症が疑わしいけど、目のむくみはどうだろう」など、①—③の段階で気付けるようになる。ですから④における視診のかかわりは、自分がたどってきた思考プロセスの検証と、次に同じような患者さんに出会ったときに生かすための知識の蓄積、という位置付けで考えています。

陥りがちな「バイアス」とは?

佐田 ただ、所見の見逃しも怖いですが、その所見のインパクトに引きずられて「バイアス」が生じ、正しい判断ができなくなるのはもっと怖いものです。このバイアスこそ、視診の落とし穴と言えるのではないかと思います。

笠原 「百聞は一見にしかず」のメリットとデメリットは表裏一体、ということですね。具体的に想定されるのは、どのようなバイアスなのでしょう。

佐田 例えば冬場、インフルエンザ様の症状で来院した高齢者に、「イクラサイン(咽頭後壁のリンパ濾胞)」を見つめる。「これはインフルエンザに違いない!」と、タミフルを出して帰宅させたところ、尿路感染のショック状態で救急搬送され病院に逆戻り、といったことがしばしば起こります。

実は、イクラサインをインフルエンザの鑑別に使えるのは若年層に限られます(Miyamoto A, et al. Gen Med. 2011; 12(2): 51—60)。それに、本来なら一つの診断名をパッと思い付いても、そこで考えるのをやめず、想定し得る鑑別診断を全て挙げて検討せねばなりません。なのに「イクラサイン⇒インフルエンザ」という、自分の持つ断片的な知識のみで診断してしまう。これは、Anchoring(特定の情報にとらわれる)というバイアスの影響だと言えます。

さらに、問診など他の手段での情報収集が不十分なままに診断していたら、Premature closure(鑑別診断の思考を早期閉鎖する)。「咳はありますか? ありますよね? じゃ、やっぱりインフルエンザだ」と決め付けていたら、Representativeness(自分の仮診断に患者さんの情報を都合よく当てはめる)。たとえ「咳がない」と言われても、「まあ、視診でイクラサインが見えたから」と意に介さないのは、Overconfidence(診察や検査の情報を過信する)というバイアスです。視診においては、主にこの4つがよく経験されると考えられます。

笠原 若く、知識が十分でないと、ことさらそうしたバイアスにとらわれやすくなります。私はよく研修医に「診断基準に立ち返れ!」と言いますが、見たものに飛びついて診断をつけようとする前に、その疾患の診断に必要な他の要件も全て満たしているか、顧みることを怠ってはなりませんね。

忽那 インパクトのある所見に固執して視野を狭めるのではなく、患者さんの年齢や性別、背景事情も勘案して、自分が正しい判断ができているかを振り返りつつ慎重に診断プロセスを進める。そういう地道な作業の積み重ねが背景にあって初めて、視診の“カッコよさ”が最大限生きるのだと思います。

検査室で“未知の所見”を探してみよう

笠原 ここまで、主に身体を「見る」こと、身体所見における視診を語ってきましたが、検査や画像の所見を「見る」ことにも触れておきましょう。

私は、こと感染症領域におけるグラム染色などの微生物検査や病理検査の所見は“自分で見てなんぼ”と思っています。医師が微生物検査室に出入りすることは、日本ではまだ一般的ではありませんが、診療の場で実際に患者さんを診ている医師が検査所見を見れば、異なる解釈や新たな気付きが生まれ、治療にプラスに働く可能性は大いにあり得る。技師さんがカルテに記した文字としての検査結果を読むだけで

は、何とももったいないのです。

佐田 おっしゃる通りです。微生物検査室からの「腸内細菌群が見られます」という文字情報だけをうのみにするのではなく、必ず自分の目で確かめに行く。そうすることで「これはちょっと肺炎桿菌っぽいな」など、一步踏み込んだ情報が得られるかもしれません。

忽那 検査室に顔を出すと喜んでくれる技師さんは多いですよ。そうすることで職種を越えたコミュニケーションが図れますし、お互いの解釈を共有して、次からの検査オーダーに生かしていける。特に、初学者のうちは熟達者と一緒に所見を見ることで学べることも多くありますので、ぜひ積極的に教わりに行ってほしいです。

佐田 喀痰のグラム染色の初学者はしばしば、洗浄不良で残った染色液を「グラム陽性菌では?」と言ったり、クリスタルバイオレットの結晶を「カビでは?」と言ったりしがちです。そういうピットフォールに陥らないためにも熟達者の指導が重要ですし、指導する側にとっても、「教える」ことが自分の持つ知識の整理や確認につながるでしょう。何より、グラム染色所見は見た目も美しく、誰かと一緒に見て学ぶ楽しさも大きいのではないのでしょうか。

笠原 研修医であれば、検査所見は全例、自分で確かめるくらいつもりでほしいですね。熟達者の指導の下、まずはグラム染色などの塗抹検査を見ることから始め、ぜひ検査室に潜んでいる“未知の所見”を探してみてください。

見て、記録して、共有して……楽しい!

忽那 「見る」ことをどうトレーニングするかというと、原則は、ひたすら数をこなすことに尽きると思います。ですから日常的に「見る」癖をつけたいですね。実は今回刊行される『みるトレ 感染症』には、私自身や娘たちが症例として登場していて、家族の中で出ていないのはもう妻だけです(笑)。所見は意外と日常にあふれているものなので、見逃さず、こまめに経験値を増やせるよう心掛けてほしいです。

笠原 いわば“見るだけならただ”。道具も要らず、コストもかからないですからね。

佐田 そして大切なのが、見たものを写真に撮って、患者さんの情報とともにアーカイブしておくこと。身体所見だけでなく、検査所見も保存しましょう。そうすることで経験が一過性のものにならず、知識として整理されて積み重ねられ、バイアスにも惑わされにくくなっていきます。

笠原 視診の所見には、時間経過とともに現れ、変化していく動的なものも多くあります。「おや?」と思ったら随時写真を撮ることですね。写真で前向きに経過をたどっていければ、次回以降に生かせる貴重な資料になります。

忽那 とはいえ、一人でアーカイブで

きる数には限りがありますから、一番大切なのは、見たものを「共有する」意識ではないか、とも思います。学生同士、初期研修医同士でも「今日はこんな所見を見た」と情報を分け合い、与え合うことを意識していれば、入ってくる情報も何倍にも増えるでしょう。

私たちが『みるトレ 感染症』を作ったのも、経験した症例を皆と共有しよう、という思いが原点ですよ。ぜひ、この本で「見る」ことから診断に至るプロセスを追体験してもらい、経験値を増やす助けになれば幸いです。

佐田 診断への道筋や、鑑別の進め方を記しているのも、写真と解答だけでなく、解説部分も必ず読んでほしいですね。読み込んでもらえれば、臨床能力の大幅な向上につながるはずですよ。

笠原 「見る」所見をたくさん知っていると、臨床現場で患者さんを見るのが格段に面白くなります。バイアスには注意しつつ「この所見があるかも」と探して見つける楽しさもありますし、見つけた所見をアーカイブ化して、皆と知見や驚きを共有する楽しさもあるでしょう。そうした楽しさを作り出す下地として、『みるトレ 感染症』を役立ててもらえればうれしく思います。(了)

みるトレ

百聞は一見にしかず!

日々の診療レベルアップに、そして専門医試験対策に、最適の臨床トレーニング問題集がシリーズで登場!

医学書院

感染症診療に強くなる厳選50問!

みるトレ 感染症

笠原 敬
奈良県立医科大学感染症センター

忽那 賢志
国立国際医療研究センター
国際感染症センター

佐田 竜一
亀田総合病院総合内科・
内科合同プログラム

身体所見、微生物学的検査所見、画像所見……これらの「みる所見」に現れる診断の手掛かりを見逃さないことが感染症診療には欠かせない。すべての臨床医に必要な「みる力」のトレーニングのための臨床問題集。

●B5 頁200 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN 978-4-260-02133-3]

リウマチ・膠原病診療に強くなる厳選60問!

みるトレ リウマチ・膠原病

松村 正巳
自治医科大学地域医療学センター
総合診療部門教授

リウマチ・膠原病診療では、手や足に現れる身体所見と病歴の組み合わせで診断を考えることがポイント。診断の力となる身体所見を学べると同時に、身体所見と病歴を組み合わせ、どんな鑑別疾患を挙げ、診断を絞っていくかを学ぶことができる臨床問題集。

●B5 頁172 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN 978-4-260-02050-3]

神経学的所見を見逃さず診断につなげるポイントを示す

みるトレ 神経疾患

岩崎 靖
愛知医科大学加齢医学研究所

神経疾患を適切に診断に導くためには、初期診療の段階で患者の訴えや表情や動作に現れる神経学的所見を見逃さないことが重要。専門家には当たり前だが一般医には意外と知られていない診療のコツをわかりやすく解説。

●B5 頁188 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN 978-4-260-02132-6]

合格率91.2%、過去30年で最高に 第109回医師国家試験合格者発表

第109回医師国家試験(2月7-9日実施)の合格者が3月18日、厚労省より発表された。受験者数9057人(前年比425人増)に対し、合格者数

8258人(同438人増)、合格率は91.2%と、医師国家試験の実施が年1回に変更された第79回(1985年)以降、最高の合格率となった。

に、患者さんのことを第一に考えられる医師になりたい」など、今後への前向きな抱負を語る声がかかれた。



●写真 自分の受験番号を携帯電話で撮影する合格者が多く見られた(東京、厚労省)。

なお、現行の医師国家試験に関する評価と改善事項の検討を進めてきた、医道審議会医師分科会医師国家試験改善検討部会から報告書が3月30日に公表された。報告書では、「一般問題」の出題数や試験日数の削減、合格基準の見直しなど、近年の卒

前教育の動向を踏まえた改善事項が提示されている。新たな試験体制は、今後、医道審議会医師分科会でのさらなる検討を経て、早ければ第112回(2018年)から適用される見通しだ。

将来の医師像、明るく語る

発表会場では自分の受験番号を見つけ、友人らと喜び合い、記念撮影をする合格者の姿が随所で見られた。どんな医師をめざしたいかを尋ねてみると、「将来は医療の過疎化が進む地元へと戻り、へき地医療に貢献したい」「大学に入学したころの初心を忘れず

●合格基準

一般問題を1問1点、臨床実地問題を1問3点としたとき、①必修問題は200点中160点以上(必修問題の一部を採点から除外された受験者は総点数の80%以上)、②必修問題を除いた一般問題は200点中129点以上、臨床実地問題は600点中405点以上、③禁忌肢問題選択数は3問以下

●第109回医師国家試験学校別合格者状況

学校名	総数			新卒			既卒		
	受験者数	合格者数	合格率	受験者数	合格者数	合格率	受験者数	合格者数	合格率
(国立)									
北大	113人	105人	92.9%	103人	98人	95.1%	10人	7人	70.0%
旭川医大	108	101	93.5	99	94	94.9	9	7	77.8
弘前大	123	114	92.7	115	108	93.9	8	6	75.0
東北大	121	113	93.4	113	110	97.3	8	3	37.5
秋田大	109	102	93.6	101	99	98.0	8	3	37.5
山形大	126	118	93.7	120	114	95.0	6	4	66.7
筑波大	106	102	96.2	105	101	96.2	1	1	100.0
群馬大	126	116	92.1	114	111	97.4	12	5	41.7
防衛医大	80	73	91.3	79	73	92.4	1	0	0.0
千葉大	103	102	99.0	98	98	100.0	5	4	80.0
東大	113	100	88.5	102	95	93.1	11	5	45.5
東京医歯大	91	86	94.5	88	83	94.3	3	3	100.0
新潟大	116	103	88.8	108	98	90.7	8	5	62.5
富山大	122	111	91.0	108	100	92.6	14	11	78.6
金沢大	104	101	97.1	95	95	100.0	9	6	66.7
福井大	122	114	93.4	113	109	96.5	9	5	55.6
山梨大	127	120	94.5	122	120	98.4	5	0	0.0
信州大	114	105	92.1	100	94	94.0	14	11	78.6
岐阜大	103	94	91.3	97	92	94.8	6	2	33.3
浜松医大	107	106	99.1	105	105	100.0	2	1	50.0
名古屋大	119	110	92.4	108	101	93.5	11	9	81.8
三重大	122	112	91.8	118	110	93.2	4	2	50.0
滋賀医大	111	103	92.8	103	96	93.2	8	7	87.5
京大	118	110	93.2	108	105	97.2	10	5	50.0
阪大	110	100	90.9	98	95	96.9	12	5	41.7
神戸大	121	111	91.7	111	107	96.4	10	4	40.0
鳥取大	77	75	97.4	72	72	100.0	5	3	60.0
島根大	96	90	93.8	85	82	96.5	11	8	72.7
岡山大	117	107	91.5	105	101	96.2	12	6	50.0
広島大	103	94	91.3	95	90	94.7	8	4	50.0
山口大	106	87	82.1	95	82	86.3	11	5	45.5
徳島大	110	98	89.1	97	92	94.8	13	6	46.2
香川大	109	100	91.7	99	93	93.9	10	7	70.0
愛媛大	113	101	89.4	100	94	94.0	13	7	53.8
高知大	119	102	85.7	100	94	94.0	19	8	42.1
九大	123	113	91.9	111	105	94.6	12	8	66.7
佐賀大	106	97	91.5	102	95	93.1	4	2	50.0
長崎大	110	95	86.4	99	92	92.9	11	3	27.3
熊本大	103	92	89.3	92	87	94.6	11	5	45.5
大分大	106	97	91.5	97	93	95.9	9	4	44.4
宮崎大	125	109	87.2	112	102	91.1	13	7	53.8
鹿児島大	125	111	88.8	113	107	94.7	12	4	33.3
琉球大	119	109	91.6	110	105	95.5	9	4	44.4
国立計	4,802	4,409	91.8	4,415	4,197	95.1	387	212	54.8

学校名	総数			新卒			既卒		
	受験者数	合格者数	合格率	受験者数	合格者数	合格率	受験者数	合格者数	合格率
(公立)									
札幌医大	108人	103人	95.4%	104人	102人	98.1%	4人	1人	25.0%
福島医大	103	97	94.2	102	97	95.1	1	0	0.0
横浜市大	85	83	97.6	83	81	97.6	2	2	100.0
名市大	90	86	95.6	87	84	96.6	3	2	66.7
京府医大	106	103	97.2	100	98	98.0	6	5	83.3
阪市大	85	82	96.5	83	81	97.6	2	1	50.0
奈良医大	112	100	89.3	103	97	94.2	9	3	33.3
和歌山医大	83	80	96.4	77	74	96.1	6	6	100.0
公立計	772	734	95.1	739	714	96.6	33	20	60.6
(私立)									
岩手医大	117	104	88.9	104	95	91.3	13	9	69.2
自治医大	112	111	99.1	111	110	99.1	1	1	100.0
獨協医大	135	116	85.9	121	107	88.4	14	9	64.3
埼玉医大	115	103	89.6	109	99	90.8	6	4	66.7
杏林大	106	92	86.8	92	85	92.4	14	7	50.0
慶大	117	110	94.0	108	108	100.0	9	2	22.2
順大	111	110	99.1	111	110	99.1	0	0	0.0
昭和大	123	116	94.3	113	111	98.2	10	5	50.0
帝京大	133	115	86.5	88	88	100.0	45	27	60.0
東医大	105	98	93.3	101	95	94.1	4	3	75.0
慈恵医大	104	101	97.1	99	98	99.0	5	3	60.0
女子医大	115	103	89.6	105	97	92.4	10	6	60.0
東邦大	109	99	90.8	98	91	92.9	11	8	72.7
日医大	131	122	93.1	119	113	95.0	12	9	75.0
北里大	122	113	92.6	116	111	95.7	6	2	33.3
北里大	125	112	89.6	116	109	94.0	9	3	33.3
東海大	110	95	86.4	98	90	91.8	12	5	41.7
聖マリアンナ医大	119	109	91.6	105	100	95.2	14	9	64.3
金沢医大	110	97	88.2	96	90	93.8	14	7	50.0
愛知医大	113	97	85.8	101	91	90.1	12	6	50.0
藤田保衛大	114	107	93.9	110	106	96.4	4	1	25.0
阪医大	125	115	92.0	107	101	94.4	18	14	77.8
関西医大	116	105	90.5	103	99	96.1	13	6	46.2
近畿大	124	104	83.9	94	83	88.3	30	21	70.0
兵庫医大	106	103	97.2	101	99	98.0	5	4	80.0
川崎医大	126	106	84.1	112	99	88.4	14	7	50.0
久留米大	114	93	81.6	102	83	81.4	12	10	83.3
福岡大	113	100	88.5	93	86	92.5	20	14	70.0
産業医大	101	98	97.0	98	95	96.9	3	3	100.0
私立計	3,371	3,054	90.6	3,031	2,849	94.0	340	205	60.3
認定および予備試験	112	61	54.5	65	38	58.5	47	23	48.9
その他計	112	61	54.5	65	38	58.5	47	23	48.9
総合計	9,057	8,258	91.2	8,250	7,798	94.5	807	460	57.0

「型」に沿って記載するだけで診療効率&診断推論能力がアップする!

「型」が身につくカルテの書き方

「週刊医学界新聞」の人気連載を書籍化。「基本の型」の部で、SOAP形式や問題リストなどのカルテ記載法のエッセンスを習得(⇒医師らしい思考過程も身につく)。「応用の型」の部で、外来・救急などセッティング別のカルテ記載法を習得(⇒応用の利く「型破り」な診療スタイルも身につく)。「型ができていない者が芝居をする」と型なしになる。型がしっかりした奴がオリジナリティを押し出せば型破りになれる!(by 立川談志)。

佐藤健太
勤医協札幌病院内科



その子を帰して大丈夫? 小児科医の診断過程をのぞいて確定診断へのプロセスを学ぼう!

帰してはいけない小児外来患者

外来受診する子ども(〜16歳)のうち、帰してはいけない患者は誰なのか。発熱、腹痛、食欲不振、嘔吐...、よくある症状の中に潜む、まれだが重篤な疾患を見逃さないためにはどうするのか、いかにしてミスを防ぐか、に迫る。第2章では、都立小児総合医療センターの専門科が臨場感溢れる45症例を提示。初期診断から確定診断に至るまでのプロセスと思考過程を追体験することで、実践的な対応を学ぶことができる。

編集 崎山 弘
府中市・崎山小児科院長
本田雅敏
都立小児総合医療センター院長
編集協力 長谷川行洋
都立小児総合医療センター内分科代謝科/総合診療科/遺伝子研究科
広部誠一
都立小児総合医療センター副院長/外科
三浦 大
都立小児総合医療センター循環器科/臨床検査科



寄稿

家庭医療先進国キューバ研修報告

渡邊聡子¹⁾、森 冬人¹⁾、児玉久仁子¹⁾、藤原 学²⁾、葛西龍樹¹⁾

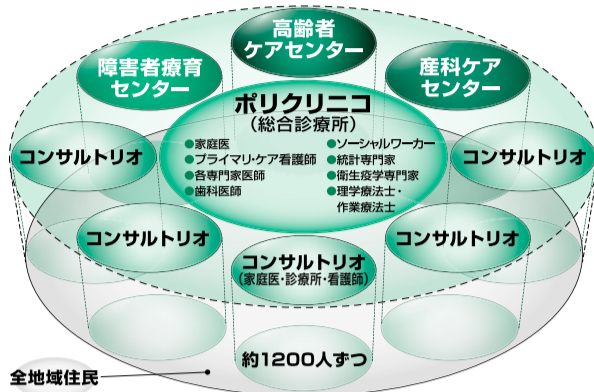
1) 福島県立医科大学 地域・家庭医療学講座 2) 国保榑原病院(現 かしま病院総合診療科)

2015年1月31日、著者らは街角にサルサとジャズが溢れるキューバのハバナに到着し、1週間の研修が始まった。当講座では例年、初年度の後期研修医・大学院生と新任教官を対象に家庭医療先進国研修ツアーを行っている。WONCA(世界家庭医機構)前会長 Richard Roberts 教授の紹介で、2013年9月に葛西が当地に初訪問して親交を深めた Niurka Taureaux Díaz ハバナ医大家庭医療学講座主任准教授の他、今回は Lilia González Cardenas キューバ家庭医学会会長と公衆衛生省もホストに加わった。本稿では、私たちが現場で見聞したキューバの成熟したプライマリ・ケアシステムを報告する。

家庭医中心の顔が見える連携

キューバは人口1126万人と日本の約10分の1、国土は日本の約3分の1、1人当たりGDPは日本人の約6分の1の開発途上国である。しかし2012年の世界保健統計では平均寿命が男性77歳、女性81歳、乳児死亡率は出生千人当たり4.2人(日本2.2人)と健康指標は決して悪くなく、人口10万人当たりの医師数は750人と日本より3倍以上多い。社会主義国のため国民は所得分与が均等で、日本のように「医師は高給取り」という社会的イメージはない。医療も教育も現場での国民の自己負担は全て無料で、社会的差別もないことが憲法により保障されている。プライマリ・ケアはコンサルトリオ(家庭医・看護師各1人がペアで働く診療所)とポリクリニコ(総合診療所)がチームで担当している。コンサルトリオは380世帯、約1200人の地域ごとに1か所、ポリクリニコはコンサルトリオ約20か所につき1か所整備されている。

コンサルトリオには医療機器はほとんどなく、身体診察や面接を中心に行う。今回訪問したハバナに限らずキューバ全土において、担当地域の全住民を対象に家族単位で健康増進・予防を中心としたプライマリ・ケアを提供している。診療録は個人用と家族用の2種類あり、後者には病歴の他、経済状況、家族関係、生活環境の評価も記載されていた。25-60歳女性が3年ごとに定期受診する子宮がん検診や受診が義務付けられている各種予防接種の担当地域での受診状況・結果を全てデータ管理し、未受診者がいる家庭には家庭医や看護師が訪問して受診・接種を促していた。待合室には乳がん自己検診やうがい・手洗いなどのセルフケア教育、担当地域の人口動態や罹患



● 図 キューバのプライマリ・ケアシステム

状況、国家が負担している医療費などが揭示され、国や地域レベルでの医療情勢を地域住民に周知していた。疾患の有無に関係なく全ての家庭に年2回ほど訪問を行い、装飾品などを見て生活状況を確認したり、水回りなど居住環境の衛生指導も行ったりしていた。ポリクリニコでは家庭医、各科専門医、歯科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、理学療法士・作業療法士などによる外来診療・相談・訓練が提供され、無床ではあるが生理機能検査やX線検査など、日本の小規模病院程度の設備を備えている。24時間対応の救急室があるだけでなく、鍼灸や電気療法など統合医療部門もあった。

キューバには2013年現在3万7761人の家庭医がいる。彼らは自分のコンサルトリオをベースにしつつ、ポリクリニコだけでなく、精神発達遅滞のある患者の療育、高齢者ケア、中等度リスクまでの妊婦ケアなどのセンターへも足を運び、各施設の診療・教育・管理運営において中心的な役割を果たしている。専門特化した大学病院・高次医療研究施設などの高次機関との連携も家庭医が主体となって行い、互いの顔が見える規模を維持しつつ、全地域住民を対象とした包括的なプライマリ・ケアシステムを構築している(図)。

プライマリ・ケアと2次・3次ケア(病院)は、家庭医を通じて双方向的かつ円滑に患者情報を共有していた。例えば、コンサルトリオの家庭医は業務時間内に紹介先に出向き、情報収集・伝達を直接行う。高次医療機関でも速やかに家族や生活背景を把握でき、家庭医も退院後の治療計画が立てやすい。早期退院からのシームレスな「家庭入院」への切り替えが可能になっている。「家庭入院」とは家庭医・看護師が退院後に毎日回診訪問する在宅ケアで、患者が安全に安心して日常生活に適應できるようコンサルトリオが中心となり支援をしている。心理社会的問題を抱えた家族には、家庭医か

らポリクリニコのソーシャルワーカーや臨床心理士へ協力要請がなされ、多職種協働・連携でケアが提供される。ポリクリニコの多職種は誰でも訪問ができ、多角的な視点と専門性を生かして家庭医と協働していた。

地域密着で「care」を重視

大学を卒業したキューバの医師・看護師は、家庭医療の研修の後も約75%が地域で働く。医師は、6年間の大学教育を終えて医師免許を取得した後、約90%が3年間家庭医療の研修を受ける。その後希望者(約25%)のみが他の専門科を選択し、それ以外の全ての医師は家庭医を専門とする。看護教育は5年間の大学教育に一元化されている。多くの看護師はその後地域で働くが、地域・家族ケアの専門看護師はさらに3年間の専門教育を受けていた。

医師・看護師共に教育はOJT重視であり、学生や研修医はコンサルトリオやポリクリニコで診療助手をしながら学んでいた。ポリクリニコ内には講義室や学生図書室があり、自由に学ぶ環境が整えられていた。

教科書となるキューバ家庭医学会要綱¹⁾は「倫理に配慮して質の高い包括的な家庭医療を実践するには、医療側の都合ではなく、チームワークを重視し、患者・家族の行動を促し健康増進を図る。不要なものは行わないのも大事なケア」と説いている。例えば、独居高齢世帯であれば、住み慣れた住居

に残ることを尊重しつつ、孤独に伴う病気の予防のため、早期の段階で地域のデイサービスと連携を取り、安心して日常生活が送れる環境調整を行っていた。コンサルトリオの家庭医は、高齢者のADL低下予防に太極拳を指導しており、キューバの広場では住民が太極拳を楽しむ姿が見られた。また、症状によっては薬草や鍼灸など非薬物治療を積極的に取り入れるなど、いわゆる「treatment」ではなく「care」を重視した介入がなされていた。

私たちは研修中、ハバナ医大で家庭医・専門看護師をめざす研修医・看護師とも交流できた。ある研修医に「なぜこの分野を選択したのか」と質問すると、「キューバでは家庭医として地域で働くのが医師として一般的。家庭医になるのが子どものころからの夢だった」と明るく答えてくれた。キューバでは保健医療の最も基本的かつ重要なプレイヤーとして家庭医が根付いていることを実感した。

また、訪問の先々で女性医師の活躍を見ることができた。産休や育休は社会的に保障されている。家庭医が「care」を行う割合が多いので、女性としての優れた資質を生かせることもあり、全家庭医の約半数が女性だという。

キューバ研修ツアーを終えて

キューバの国民一人当たりの医療費は日本の約7分の1と驚くほど少ない。日本よりかなり限られた経済・医療資源の中で、優れた費用対効果と円滑な連携に基づくプライマリ・ケアシステムを稼働させ国民の健康を守っていることを、私たちは研修を通じて学んだ。福島で家庭医療に従事する私たちに、患者中心の医療と家族志向ケアの推進や救急医療での地域連携でまだ十分に成果が出せず、多くの葛藤がある。困難な事業でも明るく取り組むキューバの家庭医に学び、患者・家族・地域と、労苦だけでなく喜びも共有しながら難題解決に取り組みたいと思った。

● 参考文献

1) Sociedad Cubana de Medicina Familiar. Family Doctor and Nurse Programme. 2014.

● 「逆転の発想」で費用対効果の高い医療を実現

葛西 龍樹(福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座主任教授)

WONCA 現会長の Michael Kidd 教授は、2014年キューバを訪問した手記の中で、「キューバは小さな島国だが、プライマリ・ケアを基盤とした医療制度は多くの富める国々がうらやんでいる」と書いている²⁾。日本では、「医療の質を高めるには資金を投入することが当たり前。お金をかけない医療は質が低い」という考えが広まっているが、キューバでは驚くべき費用対効果を達成してきた。それを支えるのは医師の90%が家庭医(総合診療専門医)の専門教育を受けるという「逆転の発想」とも言うべき教育制度だ。キューバの家庭医の起源は、国民の健康と満足のために「異なった医師=新しい専門医」の養成をフィデル・カストロ議長が宣言したところから始まる。1963年にポリクリニコ設立、1973年に子ども・女性・高齢者のための包括ケア開始、それらを基に1986年に家庭医と看護師がペアで全住民をカバーするプログラム(FDNP)¹⁾が導入された。FDNPの成功によって国民の健康指標が向上したため、さらにその後も国民医療制度(NHS)の整備が続き、2010年の公衆衛生省の重点化政策によってさらに国民のニーズに応える改革が続いている。さらに、国民だけでなく、国際協力としても海外への災害時医療団の派遣はもとより、ラテンアメリカ医大を立ち上げて周辺諸国から医学生を受け入れたり、国外で視覚障害を持つ人450万人を対象とした眼科手術プロジェクトを立ち上げたりするなど積極的な国際貢献を行っている。

註) Kidd M. From the President: Lesson from Cuba and Canada. Wonca Global Family Doctor, February 2015. <http://www.globalfamilydoctor.com/News/FromthePresidentLessonsfromCubaandCanada.aspx>

すべての医療スタッフが知っておきたい、医療のしくみ

病院早わかり読本 第5版

患者さんが安心して医療を受けるためには医療のしくみを正しく理解し、相互の理解を深める努力が必要となる。その実践をふまえて「医療における信頼の創造」を実現するために、医療に携わるすべての新人スタッフがまず知っておくべきことを、コンパクトかつすぐに理解できるようまとめたベストセラーの最新改訂第5版。近年さらに変化の激しい医療制度改革に対応し全面的に内容を刷新。本文のみならず欄外の用語解説も大幅に改訂した。

編著 飯田修平
公益財団法人
東京都医療保健協会理事長
練馬総合病院院長
医療の質向上研究所所長



医療崩壊を食い止めるために

医療レジリエンス 医学アカデミアの社会的責任

少子高齢化社会を迎えた日本。このまま行けば医療崩壊は必至である。その崩壊を食い止め、よりよい社会を実現するために医学アカデミアは何ができるか。多分野の識者へのインタビューと世界医学サミット(WHS)京都会合のトピックスをまとめた示唆に富む啓蒙書。わが国の医療崩壊を防ぐヒントがここにある。

編集代表 福原俊一
京都大学大学院教授・医療疫学



Dialog & Diagnosis

グローバル・ヘルスの現場で活躍する Clinician-Educator と共に、実践的な診断学を学びましょう。

第4話

あの娘、ぼくが川に飛び込んだらどんな顔をするだろう

青柳有紀
Clinical Assistant Professor of Medicine, Geisel School of Medicine at Dartmouth/
Human Resources for Health Program in Rwanda

皆さん、いかがお過ごしですか。今日は形成外科から興味深い症例についてコンサルトがあったようです。早速カルテをチェックします。

ば、免疫不全や糖尿病の既往がある患者では、上記の細菌群に加えてグラム陰性桿菌や嫌気性菌なども考慮しますし、最近の抗菌薬の使用歴や入院歴などがあれば、耐性菌の関与の可能性についても考慮すべきでしょう。

基礎疾患の有無と同様に重要なのが、感染の契機に関する情報です。この感染は「友人と遊んでいるときに負った頭部外傷」に由来するようです。特定の病原体への曝露リスクを評価する観点からも、もう少し具体的に、どのような経緯で外傷が生じたのか知る必要があります。この症例提示文がどこか空疎な印象を与えるのは、「外傷」に至った経緯を十分に説明していないためです。「外傷」を起点とした皮膚軟部組織の感染では、既に検討した細菌群に加えて、例えばガス壊疽の原因として知られる嫌気性菌、クロストリジウム・パーFRINGENS (*Clostridium perfringens*) などの細菌も想起されます。

また、この症例の場合、近医で処方された抗菌薬で症状が改善しなかったということ自体が、微生物学的診断を下す際の手掛かりになる可能性があります。これには、大きく分けて以下の3つのパターンが考えられます。

- 1) 原因菌と抗菌薬がマッチしていなかった可能性
- 2) 抗菌薬の量が十分でなかった可能性……例：不十分な投与量、一次通過効果、腸管からの吸収低下、薬物相互作用(連載第1話参照)など
- 3) 膿瘍など被包化された感染巣の存在により、抗菌薬が病巣に届かなかった可能性

この症例の場合、どの可能性が最も考えられるでしょうか。



病室のドアをノックすると、頭部に包帯を巻いた患者さんが柔和な笑顔で迎えてくれました。ベッドサイドに目をやると、既にバンコマイシンとピペラリシン/タゾバクタムの袋が点滴棒

に下がっています。

「頭に怪我をされたとき、どこで何をしていましたか?」

「〇×村の近くを流れる川の滝つぼで泳いでいたのです。友人たちと」

「それで、何が起こったのですか?」

「飛び込みました。滝つぼに」

「えっ!？」

「そうしたら底の岩で頭を打ちました。ガツとね!」

「(!)」

●表 「淡水への曝露」に関連する代表的な感染症

原因となる微生物	代表的な症状
エロモナス (<i>Aeromonas</i>), エドワードシエラ・タルダ (<i>Edwardsiella tarda</i>)	皮膚軟部組織感染, 筋壊死, 下痢
エルシニア (<i>Yersinia</i>)	下痢, 偽虫垂炎症候群
緑膿菌	皮膚軟部組織感染
レプトスピラ (<i>Leptospira</i>)	発熱, 悪寒, 頭痛, 筋痛, 出血傾向など
マイコバクテリウム・マリナム (<i>Mycobacterium marinum</i>) *連載第2話参照	結節性皮膚潰瘍
クリプトスポリジウム (<i>Cryptosporidium</i>)	腹部不快感, 下痢
ランブル鞭毛虫	腹部不快感, 下痢
住血吸虫	片山熱(急性期), 肝脾腫・門脈圧亢進 (<i>S. mansoni</i> , <i>S. japonicum</i> など), 血尿・頻尿 (<i>S. hematobium</i>)
鳥類住血吸虫	掻痒を伴う皮疹 (水田性皮膚炎, swimmer's itch)
アカントアメーバ	角膜炎, 脳炎
ネグレリア・フォーレリ (<i>Naegleria fowleri</i>)	脳炎

*

Freshwater exposure (淡水への曝露) に関連した感染症として、専門医であればすぐに想起されるいくつかの病原体があります(表)。その中でも、皮膚軟部組織感染の原因として筆頭に挙げられるのがエロモナスです。

エロモナス属は世界中の淡水および汽水域、土壌などの環境中に広くみられるグラム陰性の通性嫌気性菌で、特に水中での外傷を契機とした皮膚軟部組織感染の原因菌として重要です。肝疾患や悪性腫瘍など基礎疾患のある患者に、時として重篤な壊死性筋膜炎や筋壊死を起こすことがあり、その場合の死亡率は75%に達するという報告もあります¹⁾。北半球では、気候が温暖になる春から秋にかけて多く報告され、汚染された水や食品などを通じた旅行者下痢症の原因菌としても知られています。

ぜひ覚えておきたいのは、臨床上重要なエロモナス属に対して、ペニシリン、アンピシリン、オキサシリン、あるいはセファゾリンなど第1世代セファロスポリンがしばしば無効であるという点です¹⁾。フルオロキノロン、第3世代セファロスポリン、トリメトプリム＝スルファ・メトキサゾールやテトラサイクリンは一般的に有効とされていますが、台湾など一部の地域や菌株によっては耐性も報告されており²⁾、重篤な症例では必ず感受性を確認しておく必要があります。

外傷を契機とする感染の場合、その経緯から原因となり得る病原体を適切に考慮できないと、思わぬピットフォールに陥ることがあります。エロモナスの例に漏れず、例えばネコ・イヌによる咬傷や搔傷を契機としたパストレラ属菌による感染の場合、やはり第1世代セファロスポリンは無効であるため、外傷の詳細な経緯を病歴聴取の際に確認せず安易に抗菌薬を選択すると、憂慮すべき結果につながる可能性

があります。

この患者さんのデブリードマン時に得られた組織の培養では、エロモナス・ハイドロフィラ (*Aeromonas hydrophila*) とともに、B群レンサ球菌、嫌気性菌(バクテロイデス)が分離され、複数菌感染 (polymicrobial infection) が証明されました。それぞれの菌の感受性と治療の利便性を考慮し、モキシフロキサシン(経口)による治療が選択され、数度のデブリードマン後、無事に退院となりました。

それにしても、これからの水ぬるむ季節、不用意に川に飛び込むのは考えものですね。



今回の教訓

- 外傷を契機とした感染の場合、曝露リスクの観点から適切に原因菌を想定するため、その詳細な経緯について病歴聴取の中で必ず確認すること。
- エロモナス属は淡水および汽水への曝露に関連した皮膚軟部組織感染の原因菌として重要である。
- エロモナス属の多くはペニシリン、アンピシリン、第1世代セファロスポリンに対して耐性を示す。
- 前医による処置や処方された抗菌薬への反応が、より正確な微生物学的診断の手掛かりになることがある。指導医はレジデントに対して、詳細な関連情報の収集(抗菌薬の種類、用量、併用薬の有無など)に努めるようアドバイスする。

【参考文献】

- 1) Janda JM, et al. The genus *Aeromonas*: taxonomy, pathogenicity, and infection. Clin Microbiol Rev. 2010; 23(1): 35-73. [PMID: 20065325]
- 2) Ko WC, et al. Increasing antibiotic resistance in clinical isolates of *Aeromonas* strains in Taiwan. Antimicrob Agents Chemother. 1996; 40(5): 1260-2. [PMID: 8723478]

[症例] 34歳男性。主訴：頭部外傷感染。特記すべき既往歴はなし。

1週間前、友人たちと自然公園で遊んでいる最中に頭部に「ケガ」を負った。数日後、創部が化膿しはじめたため、近医を受診し、第1世代経口セファロスポリンを処方されたが、症状が改善しないためERを受診。形成外科による診察でデブリードマンが必要と判断され、手術室にて処置後、入院加療となった。

入院時のバイタルおよび所見は以下の通り。体温38.0℃、血圧138/67 mmHg、心拍数88/分、呼吸数13/分、SpO₂ 97% (room air)。前頭部中央から頭頂部にかけて挫創(3.8 cm×2.5 cm)を認め、挫滅組織の一部は壊死している。創は骨膜までは達していない。膿性の滲出液を認めるが、出血はない。その他の頭頸部、胸部、腹部、四肢に異常所見はない。

あなたの鑑別診断は?

皆さんはこの症例についてどう思うでしょうか。既往歴のない男性にみられた、外傷を起点とする皮膚軟部組織感染の症例です。受傷から1週間が経過しており、その間に近医で経口抗菌薬が処方されていますが、奏効しなかったようです。

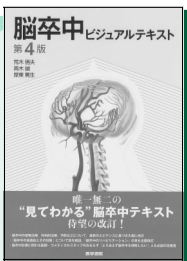
皮膚軟部組織の感染は、特に市中病院に勤務している臨床医にとっては一般的な疾患です。基本的には皮膚にみられる細菌群、すなわちβ溶血性レンサ球菌(A, B, C, G群)や黄色ブドウ球菌によるものがほとんどですが、基礎疾患の有無によっては、他の原因菌も考慮しなくてはなりません。例え

脳卒中を「見て理解できる」定番テキスト、待望の改訂!

脳卒中ビジュアルテキスト 第4版

脳卒中に関して、脳の解剖、診察、症候・疾患、治療、リハビリに至る全体像を、豊富なイラストと画像で解説するテキストの改訂第4版。前版発行時より大きく変わった脳卒中治療をフォローすべく薬物治療・外科的治療については重点的に改訂。また脳卒中の後遺症とその対策の章を新設し、リハビリの章は全面改訂。日常的に脳卒中診療に関わる医師、コメディカルスタッフのみならず「とりあえず脳卒中を理解したい」人も必読の1冊。

荒木信夫
埼玉医科大学神経内科教授
高木 誠
東京都済生会中央病院院長
厚東篤生
よみうりランド慶友病院院長



テイラー先生流、鑑別診断のコツ、教えます

新刊 テイラー 10分間鑑別診断マニュアル

Taylor's Differential Diagnosis manual: Symptoms and Signs in the Time-Limited Encounter, 3rd Edition

▶ 日常診療においてよく遭遇する愁訴や症状・徴候、検査や画像所見から、限られた時間の中で的確な診断を行うためのポイント、アプローチ法を解説した、実践の手引。症候ごとに「背景」「病態生理」「評価」「診断」の4段階を提示した簡潔な章構成は継承しつつ、「双極性障害」「視力消失」「クレアチニン上昇」など新たな項目が追加されパワーアップ。研修医やプライマリ・ケア医、地域医療に従事する医師などに欠かせない一冊。

監訳: 小泉 俊三 東光会七条診療所(京都) 所長/ 佐賀大学名誉教授

定価: 本体6,400円+税 A5変 568頁 図13・表116 2015年 ISBN978-4-89592-809-0

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

レジデントのための「医療の質」向上委員会

本連載では、米国医学研究所 (IOM) の提唱する6つの目標「安全性／有効性／患者中心志向／適時性／効率性／公正性」を軸に、「医療の質」向上に関する知識や最新トピックを若手医師によるリレー形式で紹介。質の向上を“自分事”としてとらえ、日々の診療に+αの視点を持てることをめざします。

第4回 有効性 (2)

現場で有効な医療を行うには?

担当 小西竜太

関東労災病院救急総合診療科副部長・経営戦略室長

現場で有効な、質の高い医療を提供するには、有効性を発揮できる環境を整えるためのマネジメントスキルを向上させる必要があります。今回は事例を基に、その実践方法を紹介します。

事例提示

当直中に、転倒による頭部外傷で54歳女性が救急外来に搬送された。意識消失や健忘症状はなく、意識レベルはGCS15点で、後頭部の擦過傷以外に身体診察、神経学的診察で異常所見は認めなかった。外科当直の上級医は頭部CTのオーダーを指示していたが、あなたはCT検査の必要性について疑問を持った。

疑問を持ったらEBMをチェック

CT検査技師から30分待ちと言われたので、あなたはその間にUpToDate®とDynaMedにアクセスして“Head Injury”を検索しました。

米国救急医学会などの複数のガイドライン、Canadian CT Head RuleやNew Orleans CriteriaなどのClinical Prediction Ruleを確認したところ、内容には若干の違いがあるものの、この患者にCT

検査をする必要性は少なそうでした。さらに詳しいエビデンスを探すため、PubMedのClinical Queries機能を用いて、Clinical Study CategoriesのDiagnosisカテゴリーで、「10年以内」「English」「Core clinical journals」「Adult:19+ years」と検索範囲を絞ったところ、Clinical Prediction Ruleの外的妥当性を検討した論文¹⁾がヒットしました。いくつかのLimitationがあるものの、必要な症例のみCT検査した場合と全症例で検査した場合を比較すると、脳外科的な治療介入が必要な患者の感度はいずれも100%でした。一方で検査を絞ることで、治療介入の必要がない病変を見逃してしまう可能性も明らかになりました。

上級医を納得させる“戦略”を立てよう

論文や二次資料から「このケースではCT検査は必要ではない」というアセスメントを持ちましたが、オーダーを指示した上級医を納得しなければなりません。どうしましょう。私が考える上級医との付き合いで大事なことのひとつに、“メンツをつぶさないこと”があります。というのも上級医との間に禍根を残してしまうと、コンサルテーションした患者のアセスメントやケアの意思決定にも影響が出る可能性があるからです。有効性のある医療を行うには、CT検査を習慣的に行う上級医に対してエビデンスを披露して論破するのではなく、穏便に納得してもらうための戦略を立てるべきです。

ハーバード大学交渉学研究所で開発された原則立脚型交渉術²⁾の4原則、①人と問題を分離する、②立場でなく利害に焦点を合わせる、③お互いの利益に配慮した複数の選択肢を考える、④客観的基準を強調する、を基に、このケースでは、①「上級医がエビデンスを知らないこと」と、「この患者にCT検査をするかどうか」の問題を分離する、②CTによる患者のメリット・デメリット(臨床、コスト、時間など)を重視する、③CT検査しなかった場合に頭部外傷の説明書を渡し、フォロー外来を予約するなどのオプションを考える、④Clinical Prediction Ruleなどの客観的基準を提示する、を土台にして話を進めることにしました。

組織全体に効率的に標準的医療を浸透させるには

その後も何度か同様のケースを経験し、軽症頭部外傷患者に対する過剰なCT検査が実施されている現状に気がきました。他の研修医も、上級

医によってCT適応にバラツキがあることや検査の有効性、効率性に疑問を持っているようでした。

このような場合、個々の医師と現場でディスカッションするよりも、組織的に「診療プロトコル」を作るほうが、より効率的に標準的医療を浸透させることができます。そこであなたは研修医代表として、救急外来初療を行う研修医向けの当直診療マニュアルを作成するという名目で、頭部外傷のリスク因子評価とCT施行ルールを作成するプロジェクトを立ち上げることにしました。

とはいえ、個人的な経験や疑問などの主観的理由では、さまざまな関係者を巻き込むプロジェクトの原動力にはなりません。組織的な問題を解決しなくてはならないという大義名分に昇華するには、客観的な基準に沿った理由を一緒に示す必要があります。

あなたは、調べた論文や二次資料に示されている条件を参考に、過去4か月の間に救急外来を受診した頭部外傷患者を抽出して、年齢、性別、来院時GCS、症状、受傷機転、骨折、CT検査と所見、治療介入や入院、予期しない再受診の有無、救急室滞在時間、診療科などをリスト化しました。すると、GCS15点の患者群で解析した結果、一般外科の医師が当直に入った場合はCT検査が全症例で実施され、逆に脳外科や救急科の医師の場合はCT検査が選択的に行われ、所見陽性率も高く、救急室平均滞在時間も短い傾向が明らかになりました。また非実施群で、予期しない再受診はありませんでした。

このように、客観的にもマニュアルの必要性が確認されたため、プロジェクトを正式に発足できました。

プロジェクトを成功させる鍵

プロジェクトを進める際には、次の2つの方法論を取り入れることが成功の鍵になります。

1つ目はステークホルダー(利害関係者)分析です。プロジェクトに賛成・反対したり、大きな影響を与える人物は誰か。各関係者の利害について、プロジェクト開始前に調査・特定します³⁾。

今回のステークホルダーは、臨床研修管理者、医療安全管理者、外科医、脳外科医、救急科医、放射線科医、研修医、救急室看護師、医事担当事務でした。中でも外科医と脳外科医、放射線科医が重要で、外科医は頭部外傷は不安なので全症例CTを撮影したい、脳外科医はCT検査の適応は考慮するべきだが検査の閾値を上げたくない、放射線科医は不必要な検査を減らしたいと、利害が分かれていました。

そこで、EBMに基づく診療の有効性や効率性、病院で求められる診療面での安全性を考慮した上で、研修医へ標準的診療を教育するという目的を再確認して、プロジェクトメンバーに各診療科の研修担当医師を入れることにしました。

プロジェクトでの決定を組織全体の決定事項にするためには、プレゼンテーションを戦略的にデザインし、関係者への説得工作をすることも必要です。プロジェクトが始まる前に、各医師にCT検査に関する一般的なガイドラインと当院でのデータを詳細にプレゼンテーションし、研修医としての想いを伝えました。

2つ目に取り入れるべき方法論はPDCAサイクル。Plan(計画)、Do(実行)、Check(評価)、Act(改善)の順に、目標に向けて業務やプロジェクトを継続的に評価、改善、実行していく管理方法です⁴⁾。

今回は「不必要なCT検査実施の減少」を目標に、ステークホルダー間で調整した診療プロトコルを作り、外科当直を担当する上級医や研修医へのレクチャーを実施して、新しいマニュアルの下で診療を行いました。継続的に実施率や予期しない再受診率などの評価を行い、見逃し症例など改善すべき事項があれば、プロトコルを修正しました。さらに病状説明のパンフレットを充実させ、ロールプレイを行って、患者に不安を持たせない取り組みを追加しました。こうした取り組みにより、不必要な検査が減ったという成功体験がデータに示されるだけでなく、各医療従事者が実感するようになり、プロジェクトの目標達成というゴールを超えて、新しいプロトコルが組織全体に浸透していきました。

「医学」研究で証明されている有効性の高いエビデンスを「医療」現場に応用するには、声高にEBMを叫ぶだけではうまくいかないことがあります。マネジメント手法やノンテクニカルスキルを学び、多くの人を巻き込んで戦略を立てること、それが組織全体に有効な医療を浸透させるために効果的な方法と言えます。

今月のまとめ

- ▶ 医学で示された有効性を発揮するには環境や条件を整える必要がある
- ▶ 互いが納得して医療を行えるように交渉する
- ▶ 個人的な試みではなく、プロジェクトとすることで行動の変化、改善を図る

文献

- 1) JAMA. 2005 [PMID: 16189365]
- 2) R・フィッシャー、他。金山宣夫、他 編訳。ハーバード流交渉術。三笠書房; 1990.
- 3) Tool 1B: Stakeholder Analysis. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk-tool1b.html>
- 4) How to Improve. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihp.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>

“応用のきく”循環器診療の知識・考え方をモノにする

循環器病態学ファイル 第2版

循環器臨床のセンスを身につける

▶ ベストセラー「循環器治療薬ファイル」に続き、8年ぶりの改訂。全110章中、38章は新設、他の章は全てアップデート。循環器診療において必要な知識にストレートに到達でき、病態生理学と薬理学の裏づけのある診療を行うための実践的なセンスを、楽しみながら無理なく身につけられる。若手の循環器内科医や初期・後期研修医、また一般内科医、医学生やナースにも有用。

著: 村川裕二 帝京大学医学部附属蒲田病院第4内科 教授
岩崎雄樹 日本医科大学循環器内科 講師
加藤武史 金沢大学医学部附属病院循環器内科 特任准教授

定価: 本体5,000円+税
A5変 頁264 図・写真73 2015年
ISBN978-4-89592-811-3

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

神経診療にはこれが大事!
神経局在の基本中の基本、基礎中の基礎となる“ロジック”が身につく

ニューロ・ロジック 神経診療の基本

Neuro-Logic: A Primer on Localization

▶ 難解で敬遠されがちな神経局在について、シンプルな線で描かれたイラストを使用しながら簡潔にわかりやすく解説する。手頃なボリュームでありながら、神経局在の解剖から病理、臨床徴候、鑑別診断、臨床応用に至るまで網羅。神経診療の基本、臨床に活かせる基盤となる考え方が身につく。医学生・研修医はもちろん、PT・OT・ST含め、初学者からベテランまで手軽につかえる。

訳: 大石 実 日本大学医学部神経内科教授

定価: 本体3,000円+税
A5変 頁160 図96 2015年
ISBN978-4-89592-803-8

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

Medical Library 書評新刊案内

胃と腸アトラス 第2版 I 上部消化管・II 下部消化管

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

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

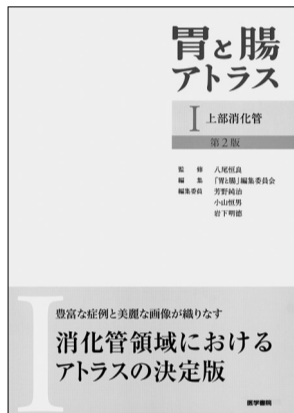
初版以来十数年、待ちに待った「第2版」である。本書はとにかく、読んでいて、見ている、「とても」楽しい。また疾患満載でとてもハンディである。しっかり見てもよいし、さっと見てもよいのが、本書の素晴らしいところである。

本書の最大の特徴は、やはり画像が素晴らしい点である。初版もそうだったが、今回は拡大内視鏡、NBI、小腸内視鏡などが加わって、さらに充実した。私たちが以前から知っていた疾患が、拡大内視鏡、NBIで見ると、「ああこんなふうに見えるのだ」というふうになり、まるで新しい疾患を見たかのような錯覚に陥る。食道のクローン病などがよい例である。実は先日、食道の変な粘膜欠損の患者が来院したのであるが、本書を見て「これだ」と思って、内視鏡をしたら、まさしく食道クローン病であった。

本書のもう一つの特徴は、重要な点が簡潔でありながら、細かく正確に記載、あるいは画像で明快に示されている点である。初版のときにも書評で書かせていただいたが、例えばAA アミロイドーシスとAL アミロイドーシス

のアミロイド蛋白の沈着部位の違い、GVHDの特徴的な画像、また自己免疫性胃炎の胃体部と幽門部粘膜の差、などが明快に画像や組織所見で示されている。

読んで、見て、とても楽しいアトラス



豊富な症例と美しい画像が織りなす
消化管領域におけるアトラスの決定版

評者 千葉 勉
京大教授・消化器内科学

さらに本書では、極めて多くの疾患が扱われており、辞書のように使えることがうれしい。例えば、天疱瘡の食道や、里吉症候群、セリアック病など、評者が見たことがない疾患もあり、さらにリンパ腫やポリポーシスなど腫瘍性疾患の記載も幅広い。

本書の発行については、八尾恒良先生が全ての疾患に目を通されたそうだが、症例の選び方、構成の仕方など、やはり八尾先生の「するどい目」を随所に感じた次第である。

最後になるが、本書の第3版はいつになるだろうか？ 近年、例えば上部消化管疾患で言えば、*H. pylori* 感染率が低下してきたことによって、疾病構造の変化が生じ始めている。その結果、GNAS mutation に特徴付けられる *H. pylori* 陰性の体部癌や pyloric gland adenoma が注目されるようになってきた。また、新しい疾患として、九大グ

集中治療999の謎

田中 竜馬 ● 編

A5変型・頁646
定価: 本体5,500円+税 MEDSI
http://www.medsj.co.jp/

パラダイス、ジレンマ、アップデート、トリビア、パッション in ICU

ICUにはさまざまな疾患の、時に複雑な病態を抱えた患者がいます。ほぼ全科の医師・さまざまなコメディカルと力を合わせて戦える体制構築ができていくかが、そのICUの実力を表します。チーム医療の中で「以前ならとっくの昔に……」という患者が回復するとき、評者は無類の喜びを感じます。その喜びをもらえる場所、ICUはパラダイスであると感じます。

しかしチーム医療は甘くありません。時に治療の方向がわからなくなることも、専門医から変な治療方針が出てくることもあります。「おかしい」と言いたいけど、「うまく言葉にできない」ジレンマは少なくありません。例えば、「アンモニア値が高いことを根拠に、意識レベルが良い患者が肝性脳症であることになったら?」「敗血症に対してステロイドパルスを行いたいという話が出たら?」本書ではそういった日常の医療でぶつかるテーマが数多く取り上げられており、現時点での考え方、その考えがトレンドとなる上でのようなスタディがあったのが簡潔に丁寧にまとめられています。議論が残っているテーマについても、どういった点でまとまらないかが明記されています。医師は皆頑固です。バックグラウンドの違う医師と議論する上では、現時点でスタンダードといえる根拠を示さないと聞く耳を持ちません。また、どのような議論があったかを自分なりにアップデートし、

ループから報告された fundic gland polyposis や、PLA2 遺伝子異常を伴い、非特異性多発性小腸潰瘍との異同が注目されている CMUSE (cryptogenic multifocal ulcerous stenosing enteritis)、若

評者 小尾口 邦彦
大津市市民病院救急診療科・集中治療部

自身の治療ポリシーを形成するのに役立てていただきたい。

本書の真骨頂はただのエビデンス本ではないことです。大ネタだけが重要ではありません。小ネタに日常診療へのヒントが多くあります。「下血に対する緊急内視鏡は無意味で、造影CTを第1選択にすべきだ」という意見は荒唐無稽か? こういうネタ、評者は大好きです。以前から漠然と感じていた日常の疑問への答えをくれます。

トリビアもてんこもりです。評者は、腸管穿孔などにより緊急開腹手術・ストーマ形成をした患者の術後観察

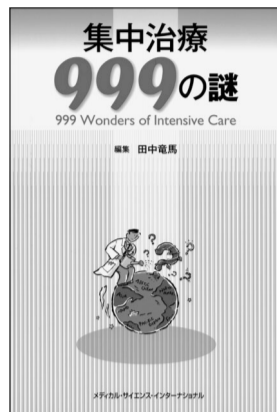
のポイントの一つとして「ストーマの色を確認するんやで〜」と口を酸っぱくして指導しています。腸粘膜を通じて臓器微小循環を確認できる数少ないチャンスだからです。ただし、体表面に出ている部分は黒くなりがちで、もう少し奥をみたいという思いがありました。ネタばれはルール違反ですのでここでは明かしません、「こんな簡単なコツがあったんだ」と感銘しました。

複数の執筆者による本は、必ずしも全ての執筆者に熱意があるわけではないことから難しさを抱えます。しかし、本書は全編からそれぞれの分野で第一人者である執筆者の情熱が伝わってきます。第一人者の情熱は必ずや読者の情熱となります。

タイトルに集中治療とありますが、集中治療に限定された内容ではなく、急性期医療を俯瞰的に見る目を養うための、養うことができる本といえるでしょう。

年性ポリポーシスとHHTの合併例など、新しい疾患、局面も集積しつつある。まだ先の話ながら、ぜひとも第3版を見たいもの、と心待ちする次第である。

急性期医療を俯瞰的に見る目が養える本



診療ガイドライン 140以上をインターネットで無料で閲覧できます。

患者・一般向け
ガイドライン解説の提供

医療提供者向け
ガイドラインの提供

Minds
Medical Information Network Distribution Service

厚生労働省委託 EBM普及推進事業
医療情報サービス “マインズ”
Minds
Medical Information Network Distribution Service

掲載疾患
胃食道逆流症/う蝕/咳嗽/肝癌/肝硬変
関節リウマチ/救急蘇生/急性胆管炎/胆嚢炎
高血圧/高尿酸血症/痛風/骨粗鬆症/CKD
消化性潰瘍/腎癌/肺癌/線維筋痛症
前十字靭帯損傷/前立腺癌/前立腺肥大症
大腿骨頸部・転子部骨折/胆石症/頭頸部癌
内視鏡診療/認知症/熱傷/ネフローゼ
脳性麻痺/脳卒中/白内障/皮膚悪性腫瘍
慢性膀胱炎/腰椎椎間板ヘルニア/腰痛
卵巣がん/他多数

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care
http://minds.jcqhc.or.jp/
minds 検索

ベイツ診察法 第2版

Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th Edition

日本語版監修
福井次矢 聖路加国際大学 理事長/京都大学 名誉教授
井部俊子 聖路加国際大学 学長
山内豊明 名古屋大学大学院医学系研究科 教授

原著者
Lynn S. Bickley
Peter G. Szilagyi

●A4変 1016頁 図565・写真726 4色刷
●ISBN978-4-89592-798-7
●定価: 本体9,000円+税

まさに医療の原点—身体診察と医療面接のスタンダードが、“すぐわかる”というよりも“よくわかる”世界の中で読み継がれてきた比類なき指南書—全面改訂

医学生・研修医にとって、必読・必携、最優先の書であり、“一生もの”の一冊
OSCE対策にも有用。しかも、“つけやきば”、“その場しのぎ”にならない

米国ではNP (ナース・プラクティショナー) の“バイブル”ともされ、
より高みを目指す看護師、看護学生のテキスト、リファレンスとしても好適

今回、特に小児 (新生児から青年期まで)、妊娠女性、高齢者を対象とした「特定の集団の診察」がさらに充実した

ベイツ診察法ポケットガイド 第3版

Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking, 7th Edition

日本語版監修
福井次矢・井部俊子・山内豊明

原著者
Lynn S. Bickley Peter G. Szilagyi

●B6変 432頁 図200・写真243 4色刷
●ISBN978-4-89592-799-4
●定価: 本体3,800円+税

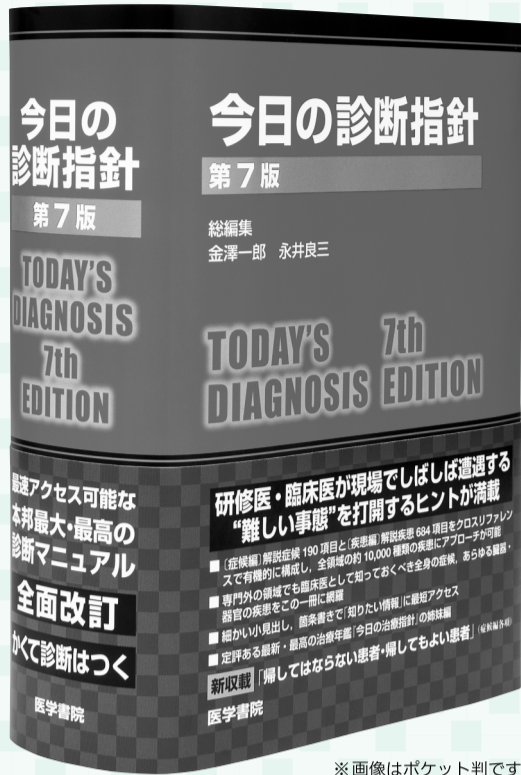
マザー・ブック「ベイツ診察法」のエッセンスを大胆かつ有意に抽出、
実践の場でも、どこでも参照、役立てることができるポケット判
今回、完全リンクを実現、
しかも同時発行・発売により両者を有効に使分けすることができる

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

本邦最大の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

今日の診断指針 第7版

TODAY'S DIAGNOSIS 7th EDITION



※画像はポケット判です

総編集 **金澤一郎** 東京大学名誉教授 **永井良三** 自治医科大学学長
本格的診断マニュアル 待望の改訂版!

本書の特徴

- 症候編190項目と疾患編684項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇する全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
- 研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示

【第7版新収載】

「帰してはならない患者・帰してもよい患者」(症候編各項目に掲載)

Contents

I 症候編		II 疾患編	
1 全身的にみられる症候	2 脳神経・精神系の症候	3 頭部・顔面の症候	4 頸部・肩・胸部の症候
5 四肢・関節系の症候	6 胸部・心臓系の症候	7 胸部・呼吸器系の症候	8 腹部・消化器系の症候
9 腎・泌尿器系の症候	10 産科・婦人科系の症候	11 救急疾患	12 神経・筋疾患
		13 消化器疾患	14 循環器疾患
		15 呼吸器疾患	16 腎疾患
		17 血液・造血器疾患	18 内分泌疾患
		19 代謝性疾患	20 アレルギー疾患
		21 膠原病・免疫疾患	22 感染性疾患
		23 寄生虫疾患	24 中毒性疾患
		25 精神疾患	26 運動器疾患
		27 皮膚疾患	28 眼疾患
		29 耳鼻咽喉科疾患	30 泌尿器・男性性器疾患
		31 妊産婦・女性性器疾患	32 新生児疾患
		33 小児疾患	34 外来の小外科的疾患

●デスク判(B5) 頁2144 2015年 定価:本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-02014-5]
●ポケット判(B6) 頁2144 2015年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02015-2]

毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2015

私はこう治療している

監修 **山口 徹・北原光夫** 総編集 **福井次矢・高木 誠・小室一成**

2015年版の特長

- 専門外の疾患の診察に役立つ見出し「**専門医へのコンサルト**」を新設
- 主要疾患約200項目に、治療法を要約した見出し「**治療のポイント**」を掲載

●デスク判(B5) 頁2096 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02039-8]
●ポケット判(B6) 頁2096 定価:本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-02040-4]

本書の特長

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に
- 大好評の付録「**診療ガイドライン**」:診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説

購入特典・電子版

「今日の治療指針 2015年版」を購入された方は、PC・スマートフォン・タブレット端末でも書籍の内容をご覧いただけます(無料)。申込方法・使用法は、本書をご参照ください。

※電子版は、「今日の治療指針 2015年版」を購入された方が無料で利用できるサービスです。電子版単体のお申し込み・ご購入はできません。
※閲覧期間は2016年1月までとなります。
※推奨Webブラウザ: Internet Explorer9以降、Chrome35以降、Firefox30以降、Safari6以降



JIM 総合診療 誌名変更記念セミナー

Dr. 山中×Dr. 徳田 秘伝! フィジカル実演レクチャー

～カラスが鳴かない日はあっても、診察を愉しまない日はない♪～

今年1月号から総合診療誌「JIM」が「総合診療」に誌名変更したことを記念してセミナーを開催します。講師は、日本のトップジェネラリストとして名高く、また「総合診療」編集委員でもある山中克郎先生(諏訪中央病院内科)と徳田安春先生(地域医療機能推進機構(JCHO)本部)。日々なかなか教わることの少ない身体診察の技を実演で伝授してください。明日からの診察がますます楽しくなる、お2人の絶妙なフィジカル技コラボレーション、この機会に皆さま奮ってご参加ください。

●日時:2015年6月21日(日)13:00~16:30

会場:医学書院(東京都文京区本郷)

講師:山中克郎先生 諏訪中央病院内科、「総合診療」編集委員
徳田安春先生 地域医療機能推進機構(JCHO)本部、「総合診療」編集委員

対象:医師・医学生
定員:50名
参加費:無料



プログラム

- 13:00~ 主催者あいさつ
- 13:05~ Dr. 山中×Dr. 徳田の「秘伝! フィジカル実演レクチャー」(途中、休憩あり)
- 16:30 終了予定

申込方法

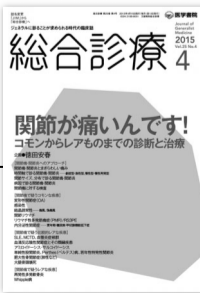
医学書院 WEB サイト内・セミナーページからお申し込みください。先着順で定員に達し次第、受付終了となります。
URL <http://www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do>

お問い合わせ

医学書院 PR 部 TEL 03-3817-5691

雑誌紹介

総合診療医、プライマリ・ケア医、家庭医の日常診療に役立つ臨床誌。診療各科を横断し、総合的・全人的に患者を診るためのスキル・知識・臨床情報を提供する。独自の切り口・体裁で展開する特集のほか、症例カンファレンス、診断学、感染症などをテーマにした連載も充実。1991年に「JIM」として創刊し、2015年より誌名を「総合診療」に変更。



内科臨床誌メディチーナ medicina 4

Vol.52 No.5

特集 救急疾患、重症はこうして見極める

いつまでもヤブと思うなよ

本特集では幅広い領域から症例問題を出题し、救急・重症疾患に対する診断力をチェックする。厳選した44問を繰り返し解くうちに診断に辿りつくまでのプロセスやパターン認識が身につくようになっていく。また、いま注目の指導医が実践している勉強法も紹介。臨床力を格段に高める1冊。

CONTENTS

- 症例問題44問 問題は以下の3つの難易度に分けられています
- ☆ 初期研修医レベル(卒後1~2年)
- ☆☆ 後期研修医レベル(卒後3~5年)
- ☆☆☆ 指導医レベル(卒後6年以上)

私の勉強法と若手医師の育て方 私流まとめノートの作り方/次世代リーダーの学び方の提案/学びほぐす"unlearn"/私の勉強法と野獣クラブ/ナラティブから学ぶという方法

●1部定価:本体2,500円+税

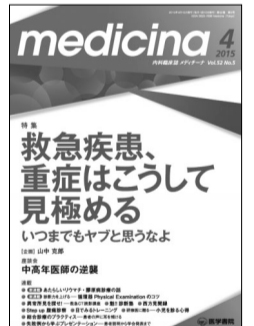
▶来月の特集(Vol.52 No.6)

感染症診療 それ、ホント?

▶2015年増刊号(Vol.52 No.4)

これだけは知っておきたい 検査のポイント 第9集

●特別定価:本体7,200円+税



ジェネラルに診ることが求められる時代の臨床誌

総合診療 4

2015年1号から「JIM」は「総合診療」に誌名変更しました!

Vol.25 No.4

特集 関節が痛いんです!

—コモンからレアものまでの診断と治療

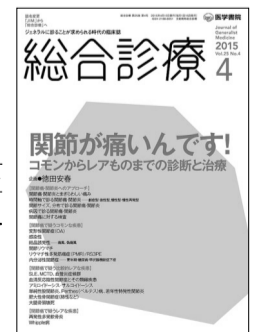
企画:徳田安春(地域医療機能推進機構(JCHO)本部顧問)

「関節が痛い!」という訴えは非常に多い。そして単に関節が痛いといっても、実は関節以外の組織や構造を痛がっていることもあり、その見分け方はとても重要だ。本号ではコモンな疾患からレアな疾患まで、プライマリ・ケアの現場で必要な関節痛・関節炎の知識をしっかりと提示する。

INDEX

- 1. 関節痛・関節炎へのアプローチ
- 2. 関節痛で疑うコモンな疾患
- 3. 関節痛で疑う比較的レアな疾患
- 4. 関節痛で疑うレアな疾患

▶来月の特集 (Vol.25 No.5) 咳を聴きとり、咳を止める



●1部定価:本体2,300円+税



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