

- [特集] 内科と総合診療、どちらを選ぶ? (横山彰仁、草場鉄周)……………1-2面
- [寄稿] 住民主体で医学生を育てる(谷憲治)……………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/第7回日本プライマリ・ケア連合学会……………6-7面

特集 新専門医制度でジェネラリストをめざすには 内科と総合診療、どちらを選ぶ?

新専門医制度においては、内科専門医と総合診療専門医は共に基本領域専門医として位置付けられる。そして複数の基本領域専門医の研修を同時に行うことは認められない(本紙第3178号参照)。内科・総合診療のジェネラリストをめざすならば、いずれかの領域を選択することになるが、研修医としては両者の違いがイメージしにくいようだ。本紙では、従来から大きく変わる内科専門医制度、新設の総合診療専門医制度の概要を解説する(2面に関連インタビュー)。

新設の総合診療専門医、変革の内科専門医

総合診療専門医は、新専門医制度の創設に当たり新設された基本領域専門医だ。厚労省「専門医の在り方に関する検討会報告書」(2013年4月)では、中立的な第三者機関(現在の日本専門医機構)の設立とともに、総合診療専門医の育成が提言されており、新専門医制度の“目玉”とも言われる。

関連学会・団体での“オールジャパン”での構築をめざした経緯から、他の基本領域とは異なり、専門医機構が主体となりプログラム整備基準の作成

や申請受付が行われている。到達目標として示された6つのコアコンピテンシー(人間中心の医療・ケア、包括的統合アプローチ、連携重視のマネジメント、地域志向アプローチ、公益に資する職業規範、診療の場の多様性)に沿って研修を行うのも特徴的だ。

一方で、現行の基本領域のうち最も大きく変わるのは内科専門医制度だろう(図)。従来は認定内科医取得(卒業3年目)後に総合内科専門医または内科サブスペシャリティ領域専門医を取得できたのが、新制度では内科専門医取得(卒業5年目)後でなければ内科サブスペシャリティ領域専門医を取得できない。

●表 新専門医制度における内科専門医と総合診療専門医

	内科専門医	総合診療専門医
主な修了要件	①主担当医として56疾患群160症例以上を経験(目標は全70疾患群200症例以上)、②病歴要約29編、③学会発表または論文発表2編、④JMECC受講、⑤指導医・メディカルスタッフによる360度評価、など。	①定められたローテート研修(診療所・病院における総合診療18か月、内科6か月、小児科3か月、救急科3か月)の履修、②専攻医自身による自己評価・省察の記録、ポートフォリオ作成20編を通じたコンピテンシー獲得の確認、③研修手帳への研修実績の記録、など。
研修施設の特徴	基幹施設は300床以上の急性期病院が中心。連携施設として地域の中小病院を多数含む。	診療所、地域の中小病院から、総合診療部門を有する大規模病院までさまざま。
入院診療と外来診療	入院診療を重視(修了要件への症例の算定は原則的に入院症例。外来症例は上限あり)。	外来診療を重視(ビデオレビュー、診療録レビューなど実施)。ただし内科研修期間は入院診療が基本。
サブスペシャリティ領域との関連	未定(既存の内科サブスペシャリティ13領域*+心身医学・心療内科、腫瘍?)	未定(緩和医療、在宅医療など?)

*内科サブスペシャリティ13領域=消化器病、肝臓、循環器、内分泌、糖尿病、腎臓、呼吸器、血液、神経、アレルギー、リウマチ、感染症、老年医学。

症例数か診療の場か、入院診療か外来診療か

内科専門医と総合診療専門医の特徴的な点を表にまとめた。共に3年間の研修期間のうち、総合診療では6か月間の内科研修が義務付けられている。

経験症例は重複も多いはずだが、修了要件は対照的だ。内科は疾患の経験数に関して明確なハードルを設ける一方で、診療の場に関して厳密な規定はない。総合診療は一律に症例数を問うことはないが、ローテート研修が必須となる。また、内科は専攻医2年目から外来診療が必須になったとはいえ、修了判定において主に問われるのは入院診療の実績だ。総合診療は外来診療を重視し、診療場面の撮影と指導医によるフィードバックが求められる。

基本領域とサブスペシャリティ領域の関連付けは現段階では未定だ。ただ、内科に関しては既存の内科サブスペシャリティ領域は確実であるほか、新たな専門領域追加の検討も始まっている。総合診療に関してはサブスペシャリティ領域への道は開かれる予定であ

り、関連学会間の交流の深い緩和医療や在宅医療が候補に上がる。

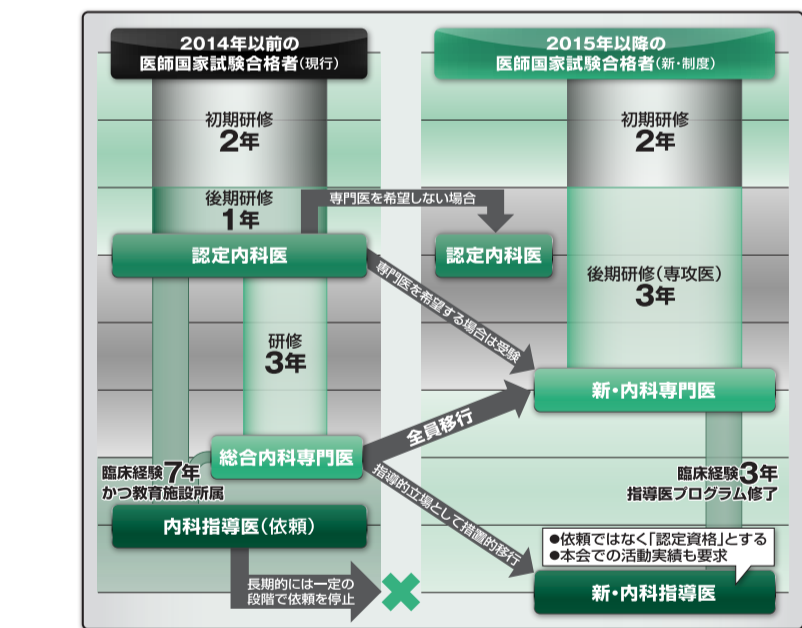
また、以下の点についても公式見解は出ていないので、進路選択の際は注意が必要である。

*内科専門医と総合診療専門医のダブルボードを取得する際、6か月間(総合診療における内科研修期間)の研修は免除されるのか?

*総合診療専門医取得後に内科サブスペシャリティ領域に進む道は? 内科専門医の取得が条件か?

以上、本稿執筆の6月末時点での情報をもとに解説した。新制度の開始時期など事態は流動的であるが、「プログラム制への移行」「総合診療専門医の創設」など大局的な方向性は定まっている。内科学会など複数の学会が早期決着を求める声明を出しており、7月中には開始時期や募集方法についての決定が下されるはずだ。専門医機構および各学会のWebサイトを随時確認のこと。

(2面につづく)



●図 現行制度と新・内科専門医制度との相違・移行関係(日本内科学会Webサイトより)

July 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。

マイナー外科 救急レジデントマニュアル
監修 堀 進悟
編集 田島康介
B6変型 頁322 3,800円
[ISBN978-4-260-02545-4]

術者MITSUDOの 押さないPCI
著 光藤和明
執筆協力 倉敷中央病院循環器内科
B5 頁272 8,000円
[ISBN978-4-260-02527-0]

NANDA-I-NIC-NOCの 基本を理解する 最新の動向と看護計画への活用の仕方
編集 黒田裕子
B5 頁256 3,400円
[ISBN978-4-260-02825-7]

今日の診療プレミアム Vol.26 DVD-ROM for Windows
監修 永田 啓
価格78,000円
[JAN4580492610155]

がん化学療法 レジメン管理マニュアル (第2版)
監修 濱 敏弘
編集 青山 剛、東加奈子、池末裕明、川上和宜、佐藤淳也、橋本浩伸
B6変型 頁506 3,800円
[ISBN978-4-260-02536-2]

科研費 採択される3要素 アイデア・業績・見栄え
郡健二郎
B5 頁192 3,800円
[ISBN978-4-260-02793-9]

〈シリーズ ケアをひらく〉 介護するからだ
細馬宏通
A5 頁270 2,000円
[ISBN978-4-260-02802-8]

今日の診療ベーシック Vol.26 DVD-ROM for Windows
監修 永田 啓
価格59,000円
[JAN4580492610179]

臨床検査技師国家試験問題集 解答と解説 2017年版
編集 「検査と技術」編集委員会
B5 頁208 3,000円
[ISBN978-4-260-02822-6]

腎不全看護 (第5版)
編集 一般社団法人 日本腎不全看護学会
B5 頁464 4,200円
[ISBN978-4-260-02759-5]

言語聴覚研究 第13巻 第2号
編集・発行 一般社団法人 日本言語聴覚士協会
B5 頁72 2,000円
[ISBN978-4-260-02807-3]

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。

内科医の活躍の場はさらに拡大していく

横山 彰仁

高知大学医学部附属病院 病院長/日本内科学会認定医制度審議会会長



——内科専門医制度改革の経緯から教えてください。

横山 複数の疾患を有する患者が増える超高齢社会において、ジェネラルな素養を持つ内科医がますます求められること、また6~8年の研修を要する現行の総合内科専門医を1階とするのは厳しすぎることで、以上2点から内科専門医制度を再構築する必要が生じました。卒後5年の研修としたのは、専門医機構から各基本領域3年以上の研修が課せられており、制度上、標準化されているためです。

——認定内科医に関しては、かねてから問題点も指摘されてきました。

横山 新医師臨床研修制度導入の際、初期研修の2年間を認定内科医の研修期間に組み入れたことで、資格取得に

必要な研修期間は従来(36か月)の半分(初期研修6か月+内科12か月)になりました。研修の場も専門科に偏ったり、併存症を主とした提出サマリーが散見されるなど、ジェネラルな研修には不十分でした。

——ただ、内科専門医取得後にサブスペシアルティ研修2~3年は「長すぎる」という声も、研修医から聞かれます。

横山 しかし実際にデータを取ってみると、卒後7年目までにサブスペシアルティ専門医を取得しているのは男性で1~2割、女性で2~3割です。おそらく、専門医の取得時期が個人個人の判断に委ねられていたからでしょう。新制度はプログラム制ですから、修了年限のうちに専門医を取得できるよう、指導医が専攻医をサポートする義務が生じます。むしろ、専門医の取得時期が早まるかもしれません。

もちろん、キャリアパスの個別性に配慮は必要です。現在は、所定の修了要件を満たすことを条件に、内科とサ

ブスペシアルティの並行研修を認めるなどの弾力的な運用を関連学会と共に検討しているところです。

——臓器別専門病棟のローテーションを繰り返すだけにならないでしょうか。

横山 従来の反省から「主病名で担当医として経験を積む」カリキュラムの整備にこだわりました。内科学会が開発した専攻医登録評価システム(Web版研修手帳)を用いて症例登録・評価を行うことで、研修状況が可視化されます。初期研修の延長のような“お客さま扱い”の研修にならない仕組みをめざしています。

また、従来の大病院単独研修を見直し、参加施設数が1194から2875(基幹施設523+連携施設1266+特別連携施設1086)へと2.4倍になりました。新たに参加する施設の大半は200床以下の中小病院となる見込みです。これらの病院はジェネラルな内科研修に最適な場となります。

——専門医取得のハードルが上がります。内科を敬遠する

研修医も出てくるかもしれません。

横山 従来の総合内科専門医ほどの高いハードルを設定しているわけではありません。認定内科医と総合内科専門医の間ぐらいと考えてください。認定医資格と比べれば確かに研修期間は延びますが、国民の視点で見れば、質の高い医療の提供のために一定の研修期間が必要なのは当然のことです。

それにもともと認定内科医は、広告可能な専門医資格ではなく、内科学会内部の資格にすぎません。標榜できる内科専門医という意味では、総合内科専門医と比べると研修期間が短縮されたとも考えられるわけです。また、最短でのサブスペシアルティ専門医取得を視野に入れた専攻医への配慮も、進めていきたいと思っています。

——新・内科専門医にどのような役割が求められるのでしょうか。

横山 内科学会では①地域医療における内科領域の診療医(かかりつけ医)、②内科系初期救急医療の専門医、③病院での総合内科の専門医、④総合内科的視点を持ったサブスペシャリスト、の4つを想定しています。内科は臨床医学の基盤であり、内科専門医の活躍の場は今後ますます広がっていくはず。研修医の皆さんには、ぜひ内科医の道をめざしてもらいたいです。

*内科学会Webサイトでは、専門医制度に関する直近の見解を随時掲載中。



内科と総合診療、どちらを選ぶ?

内科専門医および総合診療専門医の魅力や研修プログラムの特徴は? 研修医の不安の声に学会としてどう応えるか? 日本内科学会の横山氏、日本プライマリ・ケア連合学会の草場氏に聞いた。

総合診療のパイオニアとして未来をリードしてほしい

草場 鉄周

北海道家庭医療学センター 理事長/日本プライマリ・ケア連合学会副理事長



——総合診療の到達目標にはコンピテンシーが示され、他領域とは全く異なるコンセプトです。

草場 総合診療の専門性は、経験した疾患の数だけでは測れないのです。例えば肝硬変の患者さんに対してエビデンスに即した標準的な治療を行うことはもちろんですが、その人の生活背景を掘り下げ、他職種とも連携しながら解決策を図る。あるいは、アルコール依存症予防のためのアプローチを検討し、行政・医師会と連携して地域で活動する。こうした専門性を発揮する上で重視されるのが、「6つのコアコンピテンシー」の獲得です。総合診療の研修においては、常にこれらの能力の獲得を意識して研修を行い、さまざまな方法で評価していくことになります。

——評価についても他領域と比べてユニークです。

草場 評価の3本柱は、研修手帳、振

り返しセッション、ポートフォリオとなります。研修手帳は他領域でも同じように使われているとは思いますが、経験すべき疾患・病態や手技・処置等を含む研修目標を網羅したもので、3年間を通じて研修実績を記録します。

振り返りセッションは、研修の進捗に合わせて指導医と定期的に行うもので、研修の自己評価に加えて、気付きや感情を言語化し、新たな目標を設定して研修手帳に記録します。それに加えてポートフォリオです。専攻医がコンピテンシーを獲得できたと感じられる症例を抽出して、それに対する省察を言語化する。単に「症例を経験した」というレベルではなく、コアコンピテンシーの達成の評価を行う。きちんと言葉で表現できる。そこまでチェックして修了となります。

——今後の中・長期的展望として、専門医養成数の目標はありますか。

草場 正直なところ、数に関しては明確な目標を定めていません。今回の専門医制度改革の本来の趣旨は専門医の質を担保することなのに、量の拡大を

前提にする質を保つことが難しくなっています。もちろん、現

状の家庭医療専門医制度では1学年170人程度ですから、それよりは増えてほしいという願望はあります。しかし、専攻医の数がやたら多くなれば、指導体制が追いつかない事態もあり得るわけです。まずは、総合診療専門医をめざす専攻医に「この領域に入って本当によかった」と満足してもらえる研修を提供することが、私たちの責務だと考えています。そうやって専門医を徐々に増やしていけば指導体制も成熟しますから、いまの段階で焦らないことが大事だろうと思っています。

——どのような人が総合診療医に向いていると言えるのでしょうか。

草場 総合診療医は、診察室で診療するだけでなく、訪問診療を行うこともあれば、地域住民とかかわる機会も多くなります。そうやって多方面で活動してみたい人は、総合診療医に親和性が高いと思います。患者さんとのコミュニケーションを大事にしたい、患者さんの生活や家族に関心を持ってかわりたいという人も向いているでしょ

う。逆に、特定の手法でナンバーワンになりたい、サイエンスとしての医学を追究したいという人は向かないかもしれません。

——入院医療を内包した総合診療のコンセプトは、国際的にもユニークです。

草場 諸外国の総合診療は、診療所ベースになっていますよね。ただ、日本の場合には中小病院の数が非常に多く、病棟・外来・在宅など多様なフィールドで医師が活躍している現実があります。これも日本独自の総合診療の在り方として肯定した上で、入院医療も違和感なく取り入れました。そこが面白いかもしれませんね。地域の中小病院では総合診療医のニーズが高いです。病院勤務医として生涯働き続ける総合診療医もたくさん出てきてほしいと願っています。

——新設の専門医ということで、研修医としては不安もあるかもしれません。

草場 不安でしょうね。でもだからこそ、新制度の第1期の総合診療専門医はパイオニアとして注目されるし、医療界、さらには一般国民からの期待も高い。日本の未来をリードしていく立場になるわけで、実にやりがいがあるでしょう。

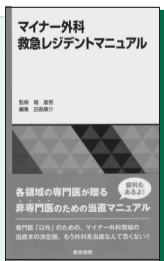
リスクは確かにあるけれども、そのぶん得られるリターンも大きいはず。勇気を出して、総合診療医をめざしてほしい。私たちのような、制度がない時代から総合診療の道を選んだ人間が、総力を挙げてサポートしていきます。

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
編集 田島康介



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) 京都合会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



寄稿

住民主体で医学生を育てる

徳島大学の地域医療実習の取り組みから

谷 憲治 徳島大学大学院医歯薬学研究部総合診療医学分野 特任教授

徳島大に2007年10月、県の寄附講座として地域医療教育を担当する講座「地域医療学分野(現・総合診療医学分野)」が開講し、翌2008年には地域医療実習が本学医学部の教育カリキュラムに必修科目として導入された。実習地として選択されたのは、当講座の活動拠点となっている県立海部病院が所在する県南部の海部郡である。

地域医療実習は、医学科5年生に1年間かけて行う臨床実習クリニカル・クラークシップの中に位置付けられ、医学生は10~12人ずつ1週間、海部病院の宿泊施設に泊まり込んで地域のさまざまな施設を訪問することになる。

医師不足に危機感を抱いた県、大学、そして地域住民たち

実習施設としては、郡内で最も規模の大きい海部病院(110床)をはじめ、町立の小規模病院、有床・無床診療所、離島診療所、介護施設を含む。地域医療実習をカリキュラムに導入するに当たっては、長崎大、自治医大、島根大を訪問して、そのノウハウを教えていただいた。

寄附講座の開講当時、海部病院は極めて深刻な医師不足に陥っていた。2004年に導入された新医師臨床研修制度の影響を受け、同院の医師数は18人から9人に減少し、特に9人いた内科医が一時期2人だけとなり、土曜日の救急患者の受け入れを休止せざるを得ない状況になっていた。その対策の一環として県は大学に寄附講座を設置し、海部病院の診療支援を求めた経緯がある。

医師不足の対策に乗り出したのは、県や大学だけではない。2008年11月、自分たちの住む地域の医療環境が厳しい状態に陥っていることを知った住民たちが立ち上がり、「地域医療を守る会」を発足させた。住民らは、医師の通勤を便利にするためにJR四国に通勤列車の増便を要望したり、勤務医の勤務環境の改善やコンビニ受診対策を住民に訴える寸劇を行ったりして、地域医療を立て直すべく啓発活動に取り組んだ。病院医療スタッフへの手作り弁当の差し入れや、2月には手作りバレンタインチョコのプレゼントなど、思いやりあふれる取り組みも行われた。

地域に入るからこそ得られる体験と患者の声

医師不足の課題を抱える海部の地で開始された地域医療実習は、医学生と



●写真 ①今年4月に行われた報告会の様子。ここでの対話から、地域医療の課題について住民・医学生双方が理解を深める。②「地域医療を守る会」の代表者らと医学生。「ウェルカム構想」によって育った医師が戻ってくることを住民らは期待している。

住民との接点を生む役割を果たすこととなった。地域医療実習は、大学病院内での実習とは異なり、地域全体が実習現場となるからだ。高度医療を担う大学病院では、難病や診断・治療に難渋している患者さんを担当し、家族や住居から切り離された特殊な環境とも言える病棟が実習現場となる。それに対して地域医療実習では、病院や診療所に受診してくる通院の患者さんの担当が主体であり、さらには訪問診療にも同行して、患者さんの生活環境の中にこちらから入っていくこともある。地域医療実習を計画していく上で、住民の協力は不可欠なのだ。

ではどのような内容の実習を行っているのか。まず、外来患者さんと1対1で過ごす「エスコート実習」では、外来での待ち時間から一緒に行動する。そのため、患者さんの視点から病院受診の様子を見る貴重な機会となる。患者さんからも「待ち時間の間、楽しく過ごせた」「若い学生から元気をもらった」という声が多く寄せられている。

また、採血業務も担当する。市中の大病院では、患者さんから採血の同意をもらうことが難しい場合もあるが、海部病院では実に8~9割の患者さんから了承が得られる。採血が終わると「痛くなかったよ」という褒め言葉をいただいたり、「いい医者になれよ!」と激励を受けたりすることもある。このように、この地に住む多くの患者さんから医学生の実習に快く協力をいただける背景には、前述の住民組織「地域医療を守る会」の理解と支援が大きい。

実習報告会の開催は町内放送で呼び掛けが

そして実習最終日の午後には医学生による実習報告会が開催される。報告会には海部病院の院長、看護局長および事務局長の他、「地域医療を守る会」の代表の方たちをはじめ、地域住民も

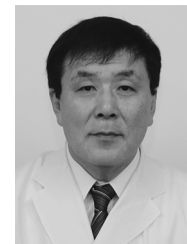


●写真 ②今年4月に行われた報告会の様子。ここでの対話から、地域医療の課題について住民・医学生双方が理解を深める。②「地域医療を守る会」の代表者らと医学生。「ウェルカム構想」によって育った医師が戻ってくることを住民らは期待している。

大勢参加する(写真①)。開催当日にはなんと、実習報告会の案内が町内放送で9時と13時の2回にわたり呼び掛けられる。農作業や漁業の仕事の手を止めて、そのままの服装で参加してくれる住民もいる。

報告会では、医学生たちは実習内容だけでなく、海部ならではの地域の魅力や、自分たちの将来に役立つであろう学びの内容を住民たちに伝える。さらに、医療面や環境面において、「こう改善されれば若い医師がさらに集まるのではないか」といった率直な意見も述べられ、医学生と住民の間に白熱した議論が起こる。「地域医療を守る会」の住民の中には、医学生たちの意見をこれからの活動に生かすべく、熱心にメモを取る姿も見られる。医学生と触れ合うことは、住民たちにとって「地域の医師確保は医学生を育てていくことから始まるのだ」という認識を持つ機会になっている。

実習の指導者として感じるのは、地域医療実習は、医学生だけでなく地域住民にとっても学びがあるということだ。医学生にとっては、地域密着型の医療を経験することで、地域住民の温かさや自然環境の良さ、地域における医師の存在感の大きさを知るなど、後の医師のキャリア形成にプラスに作用する要素は多い。その一方で、この地で医師として勤務するには、医師の専門性維持の問題、学会・研究会への参加のしにくさ、子どもの教育環境につ



●たに・けんじ氏
1982年徳島大医学部卒。徳島大病院第三内科で研修後、高知市立市民病院、徳島県立三好病院、徳島大病院に勤務。95年米国立フレデリック癌研究所留学。2000年徳島大医学部分子制御内科学助教授、07年10月同大大学院地域医療学分野特任教授を経て、10年4月より現職。

いての不安など、対策の難しいマイナス面があることも、医学生との議論によって住民には理解されつつある。

生まれた地に戻ってくるウミガメのように

最近住民たちは、医学生に対しこのように訴える。「医師になって海部のことを思い出したとき、いつでも戻ってきて」「そして1年、2年だけでもここでしっかり地域医療を勉強してくれたらいい」と。そして住民らは、「ずっといてくれとは言わない」と口々に強調する。

医学生に対する住民たちのこうした呼び掛けは、「ウェルカム構想」と呼ばれる。ウミガメの産卵で有名な海部の地を舞台に、2009~10年にかけて放送されたNHKの朝の連続テレビ小説『ウェルカム』にかけて名付けられた。海部の浜に産み落とされた卵から誕生したウミガメの赤ちゃんは、大海で成長した後も生まれた浜を記憶しており、母親になったときに再び産卵に戻ってくる。海部の地で学んだ「医師の卵」の成長と、いつか地元に戻ってくることへの願いを込めたこの構想は、医学生と住民との間で繰り返された議論の中から生まれた(写真②)。

*

2016年5月現在、海部病院の常勤医師数は12人となり、特に内科・総合診療科医師が7人にまで回復し、土曜日の救急受け入れも再開された。この4月からは、医学生時代に海部で地域医療実習を受けた卒業5年目の医師が常勤医として初めて勤務しており、来年も2人目、3人目が予定されている。住民たちの「ウェルカム構想」がいよいよ実を結び始めている。

地域医療実習の主役は医学生と住民である。「住民が医学生を育てる」。これが地域医療を守る一つのキーワードではないだろうか。

米国「プレイントゥリーモデル」にみる、患者中心の医療モデル

「患者中心」で成功する病院大改造

医療の質を向上させる15章

患者中心で成功する病院大改造

患者志向型医療モデルで成功した米国プレイントゥリーモデル

医療の質を向上させる15章

原書編集 Susan B. Frampton・Patrick A. Charmel
訳 平原憲道・和田ちひろ

患者中心の医療のモデルとして知られている米国「プレイントゥリーモデル」の考え方と、導入した医療施設の概要をまとめたもの。患者中心の医療に求められる要素とは何か、医療の質を向上させるためのケアはどういったものか、実践も含めて解説。さらに、病院経営の視点からみた「患者中心の医療」、医療者と患者の関係、医療の質と安全性等にも言及。患者のための病院づくりに応用可能な事例も掲載。

●A5 頁368 2016年 定価:本体3,800円+税
[ISBN978-4-260-01242-3]

医学書院

よく遭遇する悩ましい症例から、ピットフォールが浮き彫りに!

メキメキ上達する頭痛のみかた

Common Pitfalls in the Evaluation and Management of Headache: Case-Based Learning

▶ 頭痛を切り口にまとめた症例集。米国の頭痛診療エキスパートが選び出した100以上の豊富な症例を掲載。各例2頁ほどの読み切りサイズで、日本でもよく遭遇する手強い症例を扱う。「なぜ見逃したのか?あの検査、あの処方是最良だったのか?」誰もが一度は抱いたことのある疑問点・反省点を振り返りつつ、エビデンスを交え経験則・コツを伝授、「Pitfall」と「Tip」がわかる。ICHD-3βに準拠。総合内科医、プライマリ・ケア医、神経内科医、研修医は、これ一冊で頭痛診療がぐんぐん上達する!

監訳:金城 光代 沖縄県立中部病院 リウマチ膠原病科・総合内科
金城 紀与史 沖縄県立中部病院 総合内科

定価:本体4,600円+税
B5変 頁220 図18 2016年
ISBN978-4-89592-858-8

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



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2話]

“回って診る”だけじゃもったいない!
研修医だからこそできる回診がある



ヒトはいいけど要領はイマイチな研修医1年目のへっぼこ先生は、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、へっぼ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



夜 勤看護師たちが朝食の介助や申し送り事項のまとめに取り掛かる午前7時30分、へっぼこ先生は病棟に到着しました。「8時30分からチーム回診が始まるからな。それまでに担当患者さんの回診済ましておかなきゃ!」(へっぼこ先生、要領はイマイチだけどマジメなのです)。でも、いつも8時30分までに回りきることができず……。鬼指導医「研修医が患者のことをきちんと把握しとかなきゃダメだろ!!」

へっぼこ先生 ハァー(深いため息)。

セワシ先生 どうしたの、へっぼこ先生? はは〜ん、さては彼女とケンカしたな。まあ、そういうときはたいてい男が悪いんだから、素直に謝ってしまいなよ。僕も若いころは……。

へっぼこ先生 ハァー——(さらに深いため息)。そ〜じゃないですよ! 今朝も時間に余裕を持って出勤したんですけど、チーム回診までに情報収集が終わらなくて。長くお話しされる患者さんの会話を切るわけにもいかないし……。

セワシ先生 患者さんが長く話すってことは、それだけへっぼこ先生のことを信頼してくれているんだよ。でも、確かに時間には限りがあるしね。特に朝の回診は、ポイントを押さえて回らなきゃ。



診察の仕方を教えてくれるモチベーションの高い指導医はたくさんいますが、回診の仕方ってあまり学ぶ機会がないんじゃないかと思えます。医学教育全盛のご時世ですが、この分野は相変わらず、「経験から学べ!」なんですよね。学ぶ機会がないということは、研修修了後に修正する機会もほとんどない……。つまり、研修中の回診の姿が、そのままあなたのこれからの回診スタイルになっていくということ

です。研修中の今のうちに、しっかりと目的を持った、意味のある回診ができるようになっておきましょう。

回診使い分けのススメ

そもそも目的はどのように設定すべきでしょう? それは、回診を行うタイミングによっても変わってきます。では、どれくらいの頻度で回診すべき? これについては、患者さんの気持ちになってみたらおのずとわかってきます。それは「最低1日2回」です(ルーチン回診)。実際に患者さんたちに尋ねてみたのですが、1日1回の回診は非常に事務的な印象を与えるようなのです。だから「1日2回、ルーチンで回る」、これを目安にしてみるとよいのではないかと思います。

さらに、ルーチンの回診に加え、「本気回診」や「ミニ回診」を織り交ぜていくとより効果的に情報が得られると感じています。今回は、回診のバリエーションと、それぞれの力点の置き方について一緒に考えていきましょう(表)。

ルーチン朝回診

朝、病棟に着いたらまずやること。それは、コメディカルの方々へのあいさつです。「おはようございます! 夜勤お疲れさまでした。〇〇科(ローテート先)の患者さんで、何か変わったことありませんでしたか?」みたいな感じです。短い期間でローテーションしてしまう初期研修中は意外とおざなりになってしまいがちですが、社会人として当たり前。むしろ、こういったことでああなたの評価だって変わってきます。あと、「研修医□△、ここにいます! 朝早く来ています!」アピールにもなります(これ、結構重要)。

その後、指導医たちより“先回り”して5-10分程度で、カルテから担当患者さんのバイタルサインと夜間イベントの確認を行います。その際、どんなことでもいいので、1人の患者さんにつき1つ、コメントする「ネタ」を探すように。「昨日は眠れなかったみたいですね」「夜中に熱が出て大変でしたね」といった患者さんの状態・症状に対するひと言ならベターです。

もし新しい情報が何もない場合でも、「昨日の夜は落ち着いていたみたいですね」で大丈夫。要は、「この先生は自分のことに興味を持ってきているのだな」と、患者さんに感じていただくことが重要なのです。1人に充

●表 回診の種類とポイント

種類	ポイント
ルーチン朝回診 (“先回り”回診)	●チーム回診開始30分前、1人1分程度を目安 ●患者の状態把握、今日の検査の確認(+主治医アピール)
チーム回診 (“切り込み隊長”回診)	●朝の患者の状態を報告し、チーム内で情報共有 ●回診を先導、必要に応じて開始後の説明を補足
ルーチン夕回診 (“気遣い”回診)	●業務終了後(17時以降)、1人2-3分程度を目安 ●今日の状態変化の確認、患者の不安解消
勝負回診 (“アクセル全開”回診)	●検査の立て込まない時間(主に午後)、10分以上を目安 ●徹底的に医療面接し、繰り返しの病歴聴取
ミニ回診 (“会釈”回診)	●時間帯は決めず適宜(多いとなお良い)、数秒でもOK ●部屋の前の素通り厳禁! 会釈だけで十分

てる時間は1分程度で十分。もしそれ以上長くなるようなら、「この後、□□先生と一緒にまた伺いますので待っていてくださいね」と伝え、次の患者さんのもとに向かしましょう。

チーム回診

続いて、チームで行う回診です。準備は、ルーチン朝回診で得た情報を簡単にメモし、指導医の先生に確認しておきたいことを考えておけばバッチリです。回診が始まったら、チームを先導するぐらいの気持ちでいきましょう。「〇〇さん! たびたび申しわけありません! 回診で〜す!」と、元気に声掛けをしてください。チーム回診における研修医の役割とは“切り込み隊長”なんですから。

それぞれのベッドサイドで少しディスカッションもすると思いますが、ここでの注意点は、「患者さんの前で専門用語を並べない」ということ。われわれが話す何気ないひと言が、患者さんの不安を煽る恐れだってあるのです。もしチーム回診終了後に時間があれば、患者さんのところに顔を出し、「先ほどの回診で、何か疑問に思ったことや、不安に思ったことはありませんか?」と聞いて回ればカンペキです。

ルーチン夕回診

「帰る前に患者さんの状態を確認すること」が目的です。この回診は特に事前準備の必要はありませんから安心してください。正直、朝回診ほどの臨床的な意味合いもないかもしれませんが。「今日の検査、大変でしたね」「今日の診療内容で何か不明な点はありませんでしたか?」といった、患者さんに対する“気遣い”をより強く示すことが大切です。ここで最後に「では、明日の朝も伺いますので、もし何か気になる点があればそのときに教えてください」と伝えておくと、患者さんも安心ですし、翌日の朝回診もスムーズに進みますよ。

勝負回診

回診は毎回気持ちを込めて臨むわけですが、全ての回診で100%、徹底的に所見をとるとするのは結構大変です。回診を日常診療の一部とするためにも、ある意味“ニュートラル”な状態で行うのが理想だと思います。でも、最低週1回は、丁寧な問診と丁寧な身体診察を行う、“アクセル全開”の回診を行いましょう。

それぞれの手法やコツの詳細は成書に譲りますが、気に掛けてほしいのが問診です。「病歴なんて入院時にしっかり取っているよ」って思うかもしれませんが、ちょっと待った! Lawrence M. Tierney Jr. も言います。“History may change, repeat history.”って。患者さんも入院中にいろいろなことを思い出し

ているものです。診断がついていない症例はもちろん、診断がついている症例であっても、その診断をより強固なものにするために、繰り返し病歴を聴取してみてくださいね。ちなみにこの回診を行う日は、ルーチン夕回診はちょっと顔を出すだけでOKです。

ミニ回診

米国病院医療協会の年次総会 Hospital Medicine 2007で、クリーブランドクリニック病院医療部長 Franklin Michota, Jr. から「短時間の回診(1回約1分)を繰り返して行う Mini-Rounds(ミニ回診)を加えることで、医師と患者さんのコミュニケーションと満足度を短時間で効率よく改善できる」という報告がされています。極端な話、顔をヒョイっと出して“会釈”するだけでもいいです。「いつも気に掛けてくれている」と、患者さんに思ってもらえることが大切です。

*

すべての回診に言えるのですが、回診時は可能な限り膝を床につけ、患者さんと同じ目線で行うようにしましょう。診察もしやすいですし、何より、皆さんも上から見下ろされながら話されたら、いい気分はしないですよ?

あと、慣れてきたら「今回は雑談メインで行こう」なんていう「雑談回診」も個人的にはありだと思っています。患者さんとの信頼関係ができるのはもちろん、何気ない会話の中に診断のヒントがあるかもしれません。仮に診断につながる情報がなくても、「〇〇さん、実はこんな趣味をお持ちなのですよ」「食欲がないんじゃないかと、病院食の味が合わないみたいなんです」といった、他のスタッフが知らない情報を持っているだけで、あなたを見る目も変わってきますね。

研修中は、おそらく医師人生において最も入院患者さんと密にかかわれる期間です。だからこそ、「チームの中でいちばん患者さんのことを知っているのは自分だ!」と、自信を持って言えるようになっておきましょう。



回診の目的を明確にし、どこに力点を置くのかをあらかじめ想定してから取り組もう。ニュートラルな気持ちで行うもの、アクセル全開で行うもの、さらに会釈だけのミニ回診……あらゆるタイプの回診を織り交ぜることで、効率的に情報収集できるだけでなく、患者さんの満足度は確実にアップしますよ。



医学書院 AD BOX
各雑誌の広告媒体資料・目次内報を掲載しております。

医学書院ADBOX

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4回

“定石”は覚えて忘れろ?!

Imagingの本文を書いてみよう

カリスマ先生「いよいよ本文を書いてみましょう! まずは定石(お決まりの表現)を覚えるところからですね」

レジデント「がんばります! けど、前回パクリはダメって学んだし、せっかく書くならオリジナリティがあるのしたいんで。定石とか要らないっすよ!」

カリスマ先生「……」

今回は、第2回(第3174号)で紹介した「Imaging」を提出するための短い文章を書きましょう。

しかし、「英文か……」と思うと、ここでまたやる気を失いがちです。そもそも何から書き始めればいいのか……。指導医に相談したら、ほとんどの先生はこのように言うでしょう。

「適当に書いて、

英文校正に出せばええやん」

そう、おっしゃる通りです。英語が苦手なら、最後にプロフェッショナルに修正してもらえば良いのです。そこに時間をかけるのは無駄でしかありません。

つまり、問題は校正に出す前の段階です。どのように“適当に”書けばいいのか?

覚えて忘れない定石

他の論文を読んでも、気付くことがあると思います。面白いほど皆同じように書く“お決まりの表現”があるということです。

昔ばなしは「むかしむかしあるところに」で始まり、「幸せに暮らしましたとさ」で終わります。英語で言えば「Once upon a time」と「They lived happily ever after」ですね。論文にも同じように、ある一定の表現や流れ(構成)があります。まずは以下の2点を定石

として覚えてしまいましょう。

1) 大まかな流れ

症例の共有方法はご存じの方も多いので今さらの話で申し訳ありませんが、一度振り返ると、

- ① 症例提示
- ② 考察
- ③ 結論

症例検討会でおなじみの流れですよ。Imagingの論文では、①の症例提示は、一部が画像として全面に出ているので、その理解のための最低限の付随情報を加えるだけで良いという点がポイントです。考察と結論も、画像を中心に記載することとなります。

2) 始まりの言葉

プレゼン同様、Case reportでもまずは症例の Identification Data & Chief Complaints (IDと主訴)¹⁾を冒頭に示します。

A/An (年齢)-year-old (国籍)
(man/woman) with (既往歴)
presented to (疾患の場所) with
(原因)。

上記の()に「年齢」「国籍」「性別」「既往歴」「疾患の場所」「原因」を入れれば出来上がりです! プレゼンとの違いは、個人が特定できないように匿名化するという点です。

Imagingの英文はかなり少ない! 分量感覚を養おう!

Imagingは、NEJMやInternal Medicineでは150 words以内、European Heart Journalでも250 words以内と、分量は極めて少ないです。

基本的には、1文の平均を20 words以内にする、冗長にならず、読みやすい英語になります。全体で150~250 wordsの論文の場合、各項目の分量はおおよそ以下の割合です(内容に応じて①②にもう少し肉付けされることもあります)。

- ① 症例提示: 3~5文 (60~100 words)
- ② 考察: 4~6文 (80~120 words)
- ③ 結論: 1文 (20 words)

140~240 words程度の英作文であれば、大学受験時に経験している長さなので、なんとか集中力が続くのではないのでしょうか。私は留学経験もない純粋日本培養なのでそんな感じです。

内容にもよりますが、250 wordsは日本語だと大体500文字くらい。これは臨床的な経過を記載すればあつという間に到達してしまう文字数です。試しに学会発表した症例を文章にしてみると、250 wordsの少なさに気付くと思います。

最初は分量を削るのも大変かもしれませんが、短い分本当に書かなければいけない内容に集中でき、細かな部分にも気を配れます。文字を削る作業の中で、一つひとつの表現について再度検討してください。

先人に学ぶ英語表現

さて、「一つひとつの表現について再度検討する」と言っても、そもそもどのような表現が良い表現なのでしょう。最終的には英文校正に出すとしても、せつかなので一人でも学べる方法をお教えしましょう。

方法は、大きく分けて2つ。

●代表的な論文、自分が参考にした引用文献の表現を使用する

●インターネット検索

論文での言い回しは、執筆者の個性ではなく、定石として決まっている表現が多くあります。抄読会で論文を読むときなど、英語表現に注意して読む癖をつけると今まで見えていなかった点に気付き、楽しい経験を得られると思います。ただ、**文章を丸ごとコピーすると剽窃になりかねません**ので完全に同じものだけを使用して書くことはないようにしてください(第3回/3178号参照)。

インターネット検索は、イマドキの方法ですのでぜひご活用ください。まず、文章全体の文法などに関しては、Ginger page (<http://www.getginger.jp/>)やGrammarly® (<http://www.grammarly.com/>)などで簡単なチェックが行えます。機械的な文法チェックなので、医療従事者のような英語にある程度親しんでいる方にはレベルが低すぎるかもしれませんが、冠詞等が少し不安なときなど、たまに使用してみると意外な発見があるかもしれません。

もう一つは、これまでの論文の言い回しを参考にするという点と同じな

のですが、インターネット時代ならではの検索方法があります。

①雑誌のホームページで検索

②PubMedやGoogle Scholarを用いた検索

①は、Case reportの投稿を受け付けている雑誌のホームページにある検索窓に、気になる表現をそのまま入れて検索する方法です。ヒットした論文を参考にすれば良いので簡単です。特に検査用語などから検索すると良いと思います。

②も同様ですが、①よりも多くの論文をざっと見たいときに役立ちます。

さらに、マニア向けの方法では、The SPECIALIST Lexicon (<https://lsg3.nlm.nih.gov/LexSysGroup/Projects/nGram/>)で、PubMedのAbstractをn-gramで解析する方法(検索対象のテキストに含まれる文字列を1word, 2wordsなどNwords単位で分解して、後続の文字列の出現頻度を求める)もあります。初学者は使うことはないでしょうが、参考までに。

*

ニュアンスの問題は、英文校正に頼るより英語と日本語の違いを自分で少しずつ確かめていく方がより良い理解につながると私は感じています。洗練された文章にしていく作業は、次の論文作成の血肉となります。英語での口演発表や日常会話でも役立つことは間違いありません。

英語に踊らされるのではなく、英語を学ぶ楽しみを持つことが重要です。一つひとつの表現にアートを感じれば、徐々に自分の言葉になっていくでしょう。自らの血肉となっていく感覚は、臨床医が臨床に感じる魅力に似ているような気がします。

まとめ

- 英語論文の表現や構成には「定石」がある
- 英文校正の前に、他の論文から表現を学ぼう
- 各項目の分量の感覚をつかもう

[参考 URL]

1) 齋藤中哉. 英語で発信! 臨床症例提示 今こそ世界の潮流に乗ろう——Oral Case Presentation [第1回] Aim high! You can do it. 週刊医学界新聞. 2004; 2568. http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/n2004dir/n2568dir/n2568_10.htm

あなたの外来を訪れるかもしれない100症例、臨床レベルを確実に上げる200問

外来診療ドリル

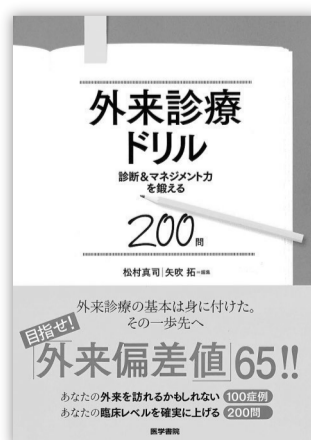
診断&マネジメント力を鍛える200問

編集 松村真司・矢吹 拓

内科系の外来ではコモンな症候・疾患の最新知見やトピックス、稀にだが遭遇しうる症候・疾患の知識、持ちかけられる多様な問題へのマネジメント。外来診療に必要な幅広い知識をエビデンスに基づいてアップデートする1冊。学び続けることで、外来診療はいつまでも進歩することができる。目指せ! 外来偏差値65!!

●B5 頁212 2016年
定価: 本体4,200円+税
[ISBN978-4-260-02505-8]

医学書院



ボケレフ
プロフェッショナル専用! がん診療最強の“備忘録”

がん診療ポケットレファランス

Pocket Oncology

▶ 近年脚光を浴びている米国のがん専門病院、スローン-ケタリング記念がんセンター(MSKCC)の医師による、「ボケレフ」シリーズ第5弾。がんに関わる基礎から薬理学、緩和ケアなどをテーマとした総論から、部位別の各論まで、がん診療全体を網羅。見開き完結を基本とし、箇条書きにて簡潔かつコンパクトにまとめる。がん診療に関わる医師、研修医にとって最強、最適な備忘録。

監訳: 鳥 清彦 公益財団法人がん研究会有明病院血液腫瘍科部長

定価: 本体4,500円+税
B6変 頁360 図89 2016年
ISBN978-4-89592-859-5

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

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

薬剤師レジデントの鉄則

橋田 亨, 西岡 弘晶 ● 編

B5・頁292
定価: 本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02410-5

その昔。評者が高校生のころ使っていた数学の参考書に、『寺田の鉄則』(旺文社)というシリーズがあった。受験業界ではつとに有名な『チャート式』シリーズ(数研出版)であるが、その冒頭には、「チャートは海図であり、勉強という荒波を乗り越えていくためにいつも心に留めておく考え方や見方を持っておけ」ということが記されていた。一方、『鉄則』は、「数学の問題を解くときに困ったら頼るべき基本的な、そしてキモになる考え方や法則を持つべきであり、それを頭の中に叩き込んで適切な時期に適用することで、難しい問題も自ずと解法が見えてくる」というふうに記載されていた。

多少あまのじゃくの傾向がある評者は、皆が使う『チャート式』ではなくこの『鉄則』シリーズを愛用していた。『鉄則』の「困った時によりどころにすべき視点を手に入れる」というスタンスは、その後の受験勉強のみならず、医師になり、また病院や薬局の経営に携わるようになった現在に至るまで、さまざまな場面で役立ってきた。

薬学教育が6年制に移行して10年。薬剤師の業務は本格的に変わろうとしている。処方箋を正しく鑑査し、必要な疑義があれば照会・解消し、正確・迅速に薬剤を調製した後、わかりやすく効果的な服薬指導とともに患者に渡

評者 狭間 研至

ファルメディコ株式会社代表取締役社長/
嘉健会思温病院院長

し、一連の行為を Problem Oriented System に則って SOAP 形式で記載する……。しかし、機械化と ICT (Information and Communication Technology) 化が急速に進んできた現状で、薬剤師はこのように仕事に専念しているだけでは、自らの専門性を十二分に発揮できないことが明らかになってきたのである。薬剤師の専門性は「薬が体に入った後」へとシフトしつつある。薬剤師は、薬剤が体に入った後の状態を医師の問診や他の医療職種からの情報収集に加えて、五感を交えて観察する。さらに必

要に応じてバイタルサインも活用した上で、前回自身が調剤した薬剤の作用が十分に発揮され、予期される副作用の有無について確認することが重要になっているのである。

「薬は飲んだ後が勝負」であり、薬剤師が自ら調剤を担当した患者の経過を確認し、関与する中で生じた「謎を解く」ことが薬剤師の専門性を磨くことになる。その「謎解き」はなかなか一筋縄ではいかないし、それを実践的に指導・教育するような現場がないのも、わが国の薬学界の現状である。

本書は、全国でも早い時期に「薬剤師レジデント制度」を導入し、薬剤師の次の在り方を構想・実践してきた神戸市立医療センター中央市民病院の橋

服薬患者の「謎解き」に役立つ「鉄則」集



臨床の薬学的課題を解決する
実践力を身につける!

ジェネラリストのための 眼科診療ハンドブック

石岡 みさき ● 著

A5・頁198
定価: 本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02418-1

評者 國松 淳和

国立国際医療研究センター病院総合診療科

本書を一読して、一貫してまったくブレていないと思った点があって、それは「著者の目線が一定」であるという点だった。著者自身が序文で、「専門外である疾患の相談をするのは、大学時代の同級生が一番よいと感じませんか?」と投げ掛けてもいるように、評者が本書から「一定した目線」を感じたのは、読んでいて常に非眼科医の先生と患者さんのことを意識した記述である印象を強く受けたからだ。どこを

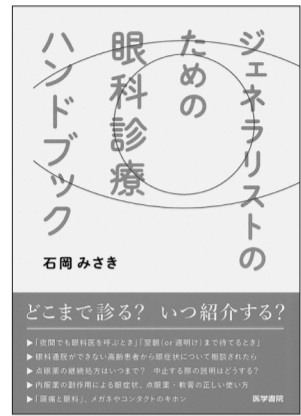
読んで、である。評者は500床以上の総合病院の総合診療科に所属する医師である。その意味で、本書のタイトルにもある「ジェネラリスト」なのかもしれないが一般に総合内科医・総合診療医というのは、自分のことを「ジェネラリスト」と呼ぶのははばかる。勘違いを生まないように言っておくと、読者対象は要するに「非眼科医」ということでよいと思う。「ジェネラリスト」である必要はないと感じた。

構成は、緊急度別、状況別、トピックス別などに分かれていて非常に実践的。薄い本であるのに幅広い。また実にプラクティカルであり臨床的である。例えば、点眼の仕方など、今さら教わることもない事項まで丁寧に記載されている(第12章)し、緑内障についての問いに答えた章(第13章)では、「処方しようとした内服薬が『緑内障禁忌』となっていますが、緑内障治療中の患者には使えないのでしょうか?」(p.124)という Question に対し

田亨先生を中心に、患者の「謎解き」のための『鉄則』を系統的にまとめたものである。医師として読むと、その半分も理解できないと思えるような専門性の高い鉄則がきら星のごとく並んでいる。医療現場で患者の「謎解き」

で気持ちのよい「快」答がなされていて、今まで何となくわかってきたようなことを明快に記載していただきとでもすつとした。

「易しい眼科の本」ではなく「優しい眼科医の本」



他に、個人的に確認できて有用だったことを項目だけ挙げれば、電気性眼炎、抗がん剤の副作用、ミオキミアあたり。特に抗がん剤のみならず、昨今汎用されるようになった分子標的薬に関連することにも記載があり、ミニマムのみを記載する実践本とも一線を画し、評者のような総合病院に勤務する医師にも通ずる網羅性を感じた。

読了後思ったのは、大学時代に習うべき眼科臨床を全て記述した本なので、ということ。評者はこの本を今後

も繰り返し読み返すと思った。一見悪く言うようだが、眼科医は非眼科医に冷たいことがある。「飛蚊症ごときで……症状もないのに目が真っ赤になったくらいで……(以下省略)」。おそらく本音は「眼科医じゃない医師に言ってもどうせわかってくれない」「とにかく忙しい」といったあたりではと推察するが、本書の筆致はとにかく優しい。最初に触れた、著者が想定したという「眼科医ではない同級生への目線」というのは確かに本当であると思った。また患者さんへの説明の仕方についても随所に細かく書かれており、患者さんに優しい臨床家としての著者の姿を勝手に想像した。

本書は、「易しい眼科の本」ではなく「優しい眼科医の本」である。

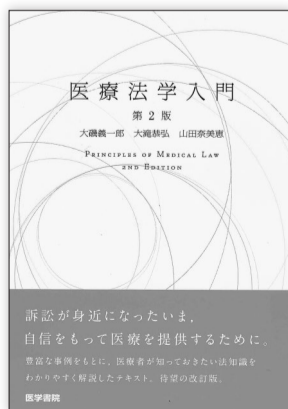
に困ったら頼るべき基本的な、そしてキモになる考え方や法則はきっとあなたの薬剤師人生を変えるはずである。いわば、『橋田・西岡の鉄則』を手にとっていただき、その効果を実感していただきたい。

医療従事者として知っておくべき法知識を まとめたテキストの改訂版

医療法学入門

第2版

大磯義一郎・大滝恭弘・山田奈美恵



医療者が知っておきたい法知識をわかりやすく解説した好評テキストの改訂版。「なぜ医療法学なのか」から説き起こし、「刑事責任、行政責任」、「民事医療訴訟」は、豊富な事例をもとに医師と弁護士両方の資格をもつ著者らが解説する。第2版では、新たに「介護保険制度」、「労働法」の章を新設。訴訟が身近になったいま、自信を持って医療を提供するために必読の1冊。

●A5 頁328 2016年
定価: 本体3,800円+税
[ISBN 978-4-260-02450-1]

医学書院

新刊 救急現場でさっと役立つ集中治療ガイド

救命救急のディジジョン・メイキング

実践のためのEBMハンドブック

Decision Making in Emergency Critical Care — An Evidence-Based Handbook

▶ 救急初期診療とその後のICU管理をつなぐコンセプトのもと集中治療の基礎をまとめたハンドブック。救急外来での初期の診断・治療のアプローチと、おもに最初の24時間で行うべき集中治療について、エビデンスと実臨床に即して解説。必須の血行動態モニタリングや超音波検査、集中治療が必要となる疾患はもちろん、薬物中毒や緩和医療など関連事項まで言及。救急医と集中治療医、それを目指す研修医必携の書。

監訳: 今 明秀 八戸市立市民病院 救命救急センター 所長

定価: 本体9,000円+税
A5変 頁1,088 図90 写真46 2016年
ISBN978-4-89592-840-3

新刊 呼吸の生理・呼吸器設定の「考え方」「ブレない軸」をモノにする

ピッツバーグの人工呼吸「集中講義」

Mechanical Ventilation

▶ 人工呼吸の原理、呼吸器設定の原則を理解するための必須知識をコンパクトにまとめたハンドブック。集中治療のメッカ ピッツバーグ大学の大人気教授 クライト先生が、生理学や人工呼吸器の仕組み・設定法、呼吸不全管理、人工呼吸器離脱を中心に、首尾一貫した論理でわかりやすく解説、実用的アドバイスを提供。通読することで、換気に難渋しても自ら考え対処できる力が身につく。麻酔科医、集中治療医、それを目指す研修医はもちろん、臨床工学技士、呼吸療法士にも有用。

監訳: 加藤 良太郎 板橋中央総合病院 総合診療科 部長
新見 能成 板橋中央総合病院 麻酔科 部長

定価: 本体3,600円+税
A5変 頁208 図92 2016年
ISBN978-4-89592-855-7

ジェネラリストのための 外来初療・処置ガイド

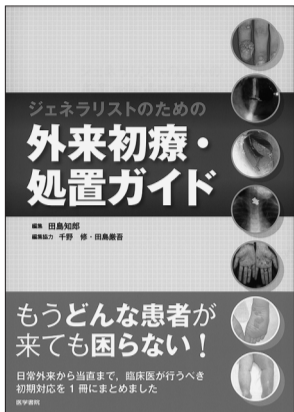
田島 知郎 ● 編
千野 修, 田島 敏吾 ● 編集協力

B5・頁312
定価: 本体8,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02420-4

評者 小西 敏郎
東京医療保健大学教授・医療栄養学

評者自身のことで恐縮であるが、つい最近バングラデシュの首都ダッカ滞在中に、ホテルの階段で足を踏み外し転落した。最上段から10段も落下し、

どんな患者が来ても 迅速で適切な初療が 行えるようになる一冊



激しく右肩を床にぶつけ、肩関節が脱臼となった。元外科医とはいえ、古希を迎えての単身旅行、言葉が不自由な外国、しかも開発途上国であり、夜8時のことである。この話を聞いた友人全員が、さぞや治療に難渋したことであつたらう、と大いに同情してくれた。

だが実際は、駆け付けたホテル従業員がすぐに、私を招いた現地の外科医にスマホで連絡してくれた。彼は、直ちにホテル近くの緊急病棟の整形外科医に連絡を取ってから、車で駆け付けて、そのクリニックに私を運んでくれた。整形外科医は苦痛で顔をゆがめる私に英語で問診しながら、視診・触診しただけで即座に診断し、単純X線、CT/MRIや血液検査をすることなく、無麻酔で整復してくれた。転落してからわずか30分で脱臼は整復され、激痛はたちまち軽減した。

これが日本であつたらどうだつたらう。夜間に迅速に対応する整形外科医が常駐している病院は東京都内でも非常に少ない。昼間でさえ即対応してくれる病院は決して多くないのでは、と思う。これは整形外科だけの問題ではない。似たようなことは、外科でも産婦人科でも、日本のいたるところで起きている。ご存じないと思うが、わが国に滞在出張するある米国の会社役員は「日本で病院を受診しないこと、救急車を呼ばないこと」「韓国に行くか、時間に余裕があれば米国に帰国すること」と指示されているとの噂もある。驚くべきことであるが、きっと痛い目に遭った経験があるからであろう。誠

に残念なことである。

わが国の初診外来では、広い範囲にわたる疾患を診療できる医者は極めて少ない。たとえ診断はできていても即治療、とまではいかないことが多い。私自身も「アッペを診療できない胃癌の専門医」と友人から皮肉られてきた。

このたび医学書院から、田島知郎先生(東海大名誉教授)の編集で『ジェネラリストのための外来初療・処置ガイド』が出版された。この本は“もうどんな患者が来ても困らない、日常外来から当直まで、臨床医が行うべき初期対応を一冊にまとめた”本である(表紙帯より)。カラーの

写真やきれいなイラストがふんだんの本書を開いてみると、「初療時の心構えと届出義務」「救急医・総合医役も兼ねる外科の初療」「基礎疾患のある患者での初療時の留意点」(第1~3章)に始まり、皮膚・軟部組織領域、頭部・顔面、頸部・頸椎、肩・上肢・手指、胸部、腹部、鼠径部、肛門、泌尿器・産婦人科領域、下肢・足、さらに乳幼児・小児疾患と、全身全ての部位・領域にわたる多種の疾患が網羅されている。まず初診時に必要とされる疾患の基本概念が紹介され、さらに特徴的な症状と診断のポイントが簡潔にまとめられているので、慣れない疾患でもすぐに正しく診断できる。そして全ての疾患に、緊急で必要な処置がわかりやすく書かれているので、どんな患者にも迅速で適切な初療を行えることは間違いない。

ちなみに「外傷性肩関節脱臼」について見ると、私がダッカで受けた挙上整復法が3コマの挿絵付きでわかりやすく紹介されている。また脱臼修復後のリハビリについても、“早期運動開始による反復性脱臼は若年者に多い

第7回日本プライマリ・ケア連合学会開催

第7回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会(大会長=台東区立台東病院・山田隆司氏)が2016年6月11~12日、浅草ビューホテル、他(東京都台東区)で開催された。「地域医療と総合診療医—みんなでつくる地域医療、みんなで育てる総合診療医」をテーマに掲げた今回、延べ5800人を超える参加者が集まり、各会場で活発な議論がなされた。



●山田隆司大会長

◆総合診療と他領域との連携を考える

2017年4月開始予定の新専門医制度において、19番目の基本領域として新たに加わることとなった総合診療。研修制度の内容はもちろんのこと、専門医資格取得後のキャリア選択についても高い関心が寄せられている。シンポジウム「総合診療専門医制度から広がる多様な領域との連携」(座長=北海道家庭医療学センター・草場鉄周氏、医療福祉生協連家庭医療学開発センター・藤沼康樹氏)では5学会から演者を招き、総合診療を核とした多領域との連携の方向性や課題などが共有された。

日本在宅医学会の木下朋雄氏(コンフォガーデンクリニック)は、現行の在宅医療専門医制度について概説。在宅医療の重要性が高まる中、専門医数がまだ十分でないこと、研修プログラムが都市部に偏っていることなどを課題に挙げた。現在新制度を作成中である同学会では、在宅医療専門医のあるべき姿を明確にし、関連領域と整合性、客観性のあるプログラム・認定制度を整備する方針だという。また、総合診療を含むいくつかの基本領域において、今後は在宅医療の研修が必要になるとの見通しから、研修資源の提供方法についても考えていきたいと述べた。

「総合診療医のサブスペシャリティの一つとして、緩和医療は重要な領域」。日本緩和医療学会の立場からこう語った山本亮氏(佐久総合病院)は、緩和医療の特殊性として基本領域が限定できないこと、他領域で研修を積んだ後に緩和医療の道を志す医師が多いことを指摘。こうした特殊性を踏まえ、キャリアの途中で緩和医療を志した医師が進むことができるようなプログラムを設計していきたいと語った。さらに氏は、緩和医療と総合診療は患者・家族の「苦痛」に焦点を当てるといった類似性を持つことから、総合診療の選択研修中に緩和ケアの研修を行うことで、苦痛緩和のための知識・技能・態度を身につけることができるのではないかと考えを示した。

地域の総合病院で総合診療科・救命救急センターの責任者として専門医養成に携わる福岡敏雄氏(倉敷中央病院)は、総合診療と集中治療の関係性について解説した。集中治療医は麻酔科医が多い、狭い範囲しか扱わないといった誤解を受けがちであるが、近年は重症患者を一貫して管理する立場として継続医療の重要性が高まっていると話した。もともと総合診療と集中治療は、多様な臓器・病態・患者層を対象とする点で似た立場にあり、幅広い診療領域と視点を持つ総合診療医が集中治療専門医となることで、社会復帰までを見据えた集中治療体制構築に寄与すると期待を寄せた。

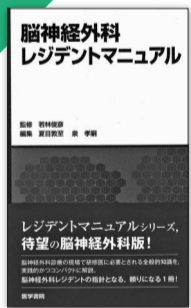
輸血医療に関する知識を身につけることの重要性を訴えたのは、日本輸血・細胞治療学会の田中朝志氏(東医大八王子医療センター)。現在日本では、小規模病院や診療所を含む1万以上の医療機関で輸血が行われているという。安全性の確保、血液製剤使用の妥当性の判断といった観点から、血液製剤の多様な機能・特徴を理解し、使用法に習熟しておくことは現代医療において不可欠であると述べた。今後さらに進む超高齢社会を視野に入れ、地域医療の中で安全かつ適正な輸血体制を構築していくために、輸血医療に対する総合診療専門医の積極的な関与を呼び掛けた。

最後に登壇した内藤俊夫氏(順大)は、総合診療医のサブスペシャリティの一つとして現在検討が進められている病院総合診療医(仮称)の制度について報告した。日本病院総合診療医学会は日本プライマリ・ケア連合学会と合同で、「病院総合診療医養成プログラム認定試行事業」を開始しており、この事業をもとに新たなプログラム認定制度の整備を両学会合同で進めていく方針。病院を、総合診療医の活躍する重要な場として位置付け、後期研修修了者が病院でより高度な役割を担う能力を修得できるプログラムにしたいと語った。

が、40歳以上の場合は拘縮を避けるために早期の運動がよい”(p.131)と薦められているので、私は安心して早期のリハビリを開始することができた。本書を救急診療部門だけでなく、一

般診療を行っているクリニックや病院外来などに備えておくことをお勧めする。またNP(nurse practitioner; 診療看護師)を志す看護師の皆さんにとっても必読で、座右の書となるであろう。

●脳神経外科診療の現場ですぐに役立つ、実践的かつコンパクトなマニュアル



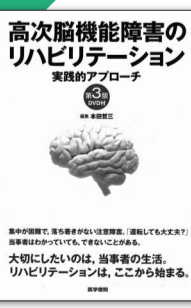
脳神経外科 レジデントマニュアル

監修 若林俊彦 / 編集 夏目敦至・泉 孝嗣

定評あるレジデントマニュアルシリーズ、待望の脳神経外科版。脳神経外科診療の現場においてレジデントレベルで必要とされる全般的事項を、実践的かつコンパクトにまとめた。実際の診療手順や処方例、患者管理、救急対応など具体的な記載にあふれ、本書を開けばすぐに知りたことを確認できる。脳神経外科研修医はもちろん、脳神経外科疾患に携わる機会のあるすべての医師にお勧めしたい、ポケットサイズの頼りになる1冊。

●B6変型 頁384 2016年 定価: 本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02533-1]

●目に見えない障害をもつ当事者の生活に寄り添うための実践的テキスト、充実の改訂版



高次脳機能障害の リハビリテーション 第3版 DVD付

編集 本田哲三 実践的アプローチ

高次脳機能障害のリハビリテーション”の入門書の改訂版。日常生活場面から復職に至るまで、高次脳機能障害者の日々の暮らしを重視するコンセプトはそのままに、今版では脳画像所見、若年脳損傷者へのリハ、自動車運転の章を新設。さらに、各障害の実現場面での症状の現れ方がわかるDVD動画、患者・家族へ高次脳機能障害を説明する際のパンフレット見本を収録。現場のリハスタッフにますます有用な内容となっている。

●B5 頁336 2016年 定価: 本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02477-8]

医学書院

ホスピタリスト Hospitalist

2016
年間購読
申込受付中

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

編集委員: 平岡栄治・八重樫牧人・清田雅智・石山貴章・
簡泉貴彦・石丸直人・徳田安春・藤谷茂樹

- 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。(送料別)
- ※1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

Vol.4-No.2
特集: 周術期マネジメント
全人的周術期ケアにおけるホスピタリストの役割

責任編集: 平岡栄治
東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科

- 目次
- はじめに
 - 1 周術期内科コンサルのこころえ
 - 2 循環器リスク評価、リスクを減らすには?
 - 3 周術期の抗血栓薬の扱い: 常に中止したほうが安全か?
 - 4 呼吸器: 術後肺合併症のリスクとマネジメント
 - 5 消化器: 肝障害を有する患者の手術
 - 6 腎臓: 腎疾患の周術期リスクとマネジメント
 - 7 ① 内分泌編パート1: 糖尿病・血糖コントロール
 - ② 内分泌編パート2: 副腎、甲状腺、副甲状腺、下垂体
 - 8 神経内科編: 脳梗塞、その他の神経疾患の周術期マネジメント
 - 9 整形外科手術における内科医の役割
- 他コラム多数

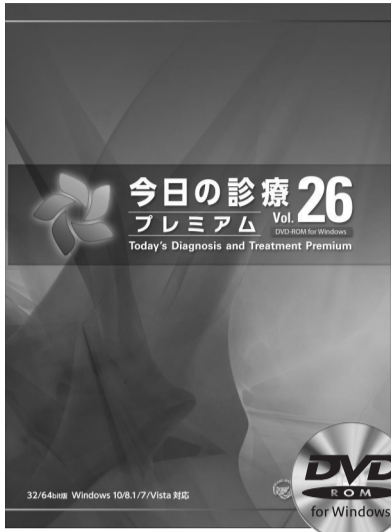
- 特集
- 2014年: 1号 腎疾患, 2号 膠原病, 3号 消化管疾患, 4号 緩和ケア
 - 2015年: 1号 呼吸器疾患, 2号 外来における予防医療, 3号 循環器疾患, 4号 血液疾患
 - 2016年(予定): 1号 代謝内分, 2号 周術期マネジメント, 3号 腫瘍(9月発売予定), 4号 知っておくべき他科の知識(12月発売予定)

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル TEL 03-5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 鳳鳴ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 26 プレミアム Vol.26 DVD-ROM for Windows

Today's Diagnosis and Treatment Premium



●DVD-ROM版 2016年 価格：本体78,000円＋税 [JAN4580492610155]

タブレット端末やスマートフォンなどでもご利用いただける「Web閲覧権」付

タブレット端末やスマートフォン、パソコンなど、お手持ちの複数の端末でご利用になれます*。



*2台以上の端末で同時にログインすることはできません。

※利用可能期間は、お申し込み後1年間です。お申し込みは、2017年4月30日で締め切らせていただきます。
※「今日の診療プレミアムWEB」ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。

today'sdt.com

 『今日の診療プレミアム』試用版をご利用ください

医学書院のベストセラー書籍15冊、約100,000件の収録項目から一括検索



治療薬は独自検索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」「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PCにインストールできます

本商品(DVD-ROM)のデータは、PCにインストールできます。また、オンラインライセンス認証により認証番号の取得を行えば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。

※認証番号の取得は、最大3台までのPCに行うことができます(特定の1人が使用する場合)。

骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.26」もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.26

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円＋税 [JAN4580492610179]

※「今日の診療 ベーシック Vol.26」には、Web閲覧権は付与されません。

収録内容

- プレミアム・ベーシックともに収録
 - ① 今日の治療指針 2016年版 Update
 - ② 今日の治療指針 2015年版
 - ③ 今日の診断指針 第7版 Update
 - 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16版 Update
 - ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
 - ⑦ 臨床検査データブック 2015-2016
 - ⑧ 治療薬マニュアル 2016 Update
- プレミアムにのみ収録
 - 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3版 Update
 - ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス
 - ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
 - ⑮ 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

7 medicina

Vol.53 No.8

特集 胸部画像診断

症状や身体所見からのアプローチ

一般外来診療において呼吸器疾患や循環器疾患が疑われる場合、胸部画像診断は必須の検査である。本特集では、実際の臨床を想定し、呼吸器症状をきたす疾患とその画像診断のポイント、また、他臓器疾患に併存する胸部所見、患者背景に特徴的な疾患やその所見などについても解説する。1ページ毎に各疾患の症例と画像を提示しながら「特徴的な画像所見」「診断のポイント」をコンパクトにまとめた。

INDEX

画像検査法の基本—正常像・正常変異から読影のチェックポイントまで
胸部単純X線写真/胸部CT/胸部MRI/FDG-PET
呼吸器症状からみた胸部画像診断
発熱/乾性咳嗽/湿性咳嗽/喀痰/血痰/咯血/呼吸困難/喘息/胸痛/無症状
他臓器の症状・身体所見・病態からみた胸部画像診断
脳神経領域/耳鼻科領域/腎臓領域/内分泌領域/骨・関節領域/皮膚領域
患者背景からみた胸部画像診断
喫煙/粉塵吸入歴/年齢・性別

連載

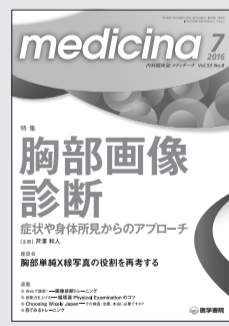
- Webで読影! 画像診断トレーニング
- 診断力を上げる循環器Physical Examinationのコツ
- Choosing Wisely Japan その検査・治療、本当に必要ですか?
- 目でみるトレーニング

●1部定価:本体2,500円+税

▶2016年増刊号(Vol.53 No.4)
内科診断の道しるべ
その症候、どう診る どう考える
●特別定価:本体7,200円+税

▶来月の特集(Vol.53 No.9)
誰も教えてくれなかった慢性便秘の診かた

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/sogoshinryo>

総合診療

Vol.26 No.7

特集 感染症ケア バンドル・チェックリスト

企画: 徳田安春 (臨床研修病院群プロジェクト群星沖純)

「バンドル・チェックリスト」をご存知だろうか? 近年、感染症の発症や死亡を大幅に低下させる「ケアバンドル」による診断と治療が有効である。また、医療関連感染症の予防に「バンドル・チェックリスト」も有効だ。本特集では、感染症関連のケアのために、現場で即役に立つ代表的バンドル・チェックリストと、その使い方を提供する。

INDEX

- 【総論】バンドル・チェックリスト・ベーシックスーエビデンス、使用のコツとピットフォール 本田 仁
- 【不明熱および敗血症ケアバンドル・チェックリスト】
院内不明熱患者の診断・治療 成田 雅
好中球減少性不明熱患者の診断・治療 堀之内秀仁
HIV関連不明熱(FUO)患者の診断・治療 岡 秀昭
敗血症(surviving sepsis campaign)の診断・治療 桑野公輔・柳 秀高
- 【感染症予防バンドル・チェックリスト】
尿道カテーテル関連尿路感染症(CAUTI)の予防 栗山 明
カテーテル由来血流感染症(CRBSI)の予防 崎浜智子・加藤幹朗
人工呼吸器関連肺炎(VAP)の予防 五十野博基
クロストリジウム・ディフィシル感染症(CDI)の予防 羽田野義郎
- 【座談会】バンドル・チェックリスト導入! 現場体験談 根づかせるコツとピットフォール 徳田安春・崎浜智子・本田 仁・栗山 明

●1部定価:本体2,300円+税

▶来月の特集 The 初診外来 企画: 松村真司 (松村医院)
(Vol.26 No.8)

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。

2016年 年間購読料 (冊子版のみ)

▶ medicina 35,520円+税 (増刊号を含む年13冊)

▶ 総合診療 27,120円+税 個人特別割引25,680円+税あり 年12冊

電子版も選べ
いただけます



医学書院

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