

2014年10月6日
第3095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

- [対談] “2年目”の君へ(佐田竜一, 筒泉貴彦)…………… 1-2面
- [寄稿] 日米の精神科臨床研修から見えること(前田麗奈, 勢島奏子)…………… 3面
- [寄稿] 主治医意見書の記載時のポイント(前編)(井藤英之)…………… 4面
- [連載] 診断推論キーワードからの攻略…………… 5面
- [連載] 臨床倫理4分割カンファレンス 6面

対談

“2年目”の君へ

教えることこそ、一番の学び!



佐田 竜一氏
亀田総合病院総合内科部長代理/
内科合同プログラム担当

臨床研修中には、身につけなければならない知識やスキルが山積みです。それらをひたすら学んでいけばよかった研修医1年目とは違い、2年目になると、後輩への“教育”がミッションに加わります。「自分が教えるなんてまだ早いよ」「教育って意識したことないなあ」——そんな方も多いかもしれませんが、実は“教えること”に積極的に取り組むことで、さまざまなメリットがあるのです。今回は、そうした教育の重要性に早くから気付き、“教え方を教える”ことに情熱を傾け続ける2人の指導医による「教え方入門」をお届けします。



筒泉 貴彦氏
練馬光が丘病院総合診療科/
内科レジデントプログラムディレクター

“教えること”に意識的な医師は、まだまだ少ない

筒泉 私が教育の重要性に開眼したのは、初期研修時に平岡栄治先生(現・東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科)に師事して、米国式の医学教育の薫陶を受けたことがきっかけなんです。従来の“背中を見て覚えろ”ではない、きちんと言語化された教育のやり方があるのだと知り、平岡先生が学んだハワイ大の臨床研修プログラムに自分も留学、その過程を実体験するとともに、教育のエキスパートから方法論を学ぶ機会も得ました。今は、そうして得たことを日本でどう生かすか、試行錯誤しているところです。

佐田 私の場合は、後期研修先だった天理よろづ相談所病院がいわば日本における“卒後臨床教育のメッカ”で、そこで教育の重要性や楽しさに目覚めました。後期研修時代には「関西若手医師フェデレーション」という団体(<http://kanfed.jimbo.com>)で他院との教育文化の共有を試みたり、今も卒後10年目前後の医師で作った「Galaxy」という団体に医学生向けの“出前授業”

を企画したりと、所属施設の内外を問わず、自分や周囲の“教える力”を高める取り組みを続けています。

でも、活動していると思うのは、“教えること”について意識的な医師が、やはり日本にはまだ少ない、ということなんです。

筒泉 確かに、ACGME(卒後研修認定協議会)によって研修医教育の質が管理されている米国と比べると、教育への関心は高くはないですね。“生まれつきの教え上手”だったり“教え好き”の医師が、施設・地域限定的に教育レベルを大幅に上げていたりするのですが、そうした才覚や関心のある人がいなければ、教育することの優先順位は、なかなか上がりにくい。

佐田 そうですよ。初めて指導的立場に立った2年目研修医でも、教えることが苦手、あるいはその重要性を認識していない人をよく見かけます。「どうしようか……」と一緒に困っているだけだったり、逆に自分の考えを押し付けているだけだったり。でも、研修医こそ“教える”ということにもっと積極的になってほしいです。教えることというのは、教わる側だけでなく、教える側にとっても大きく成長するチ

ャンスなのであります。

教育力の向上=臨床力の向上

佐田 教えるということはまず、自分の知識の整理、深化に結びつきます。知識量なら誰にも負けないと思っていても、臨床現場で後輩に何か聞かれたとき、その知識をうまく整理して答え、理解してもらうのは意外と難しい。これは知識が体系立っていなかったり、そもそも理解が十分ではなかったりするからです。

筒泉 裏を返せば、自分の習熟度を高めるためには、「人に教える」ことが非常に有効、ということですね。

佐田 まさにそのとおりです。学習者の理解度は「RIMEモデル」と呼ばれる4段階で表現されますが、Reporter(報告できる)、Interpreter(解釈できる)、Manager(知識を行動に移せる)、とレベルが上がり、一番上がEducator(教育できる)。つまり学習者が理解度を高めた先には、「教える」行為がつかざるはずなんです。

さらに、わかりやすく教えようとする努力は、コミュニケーションスキルの向上を促します。コミュニケーシ

ン能力が上がれば、患者さんとの良好な治療関係を作るのにも役立つでしょうし、一緒に働く他職種ともスムーズな関係を築け、マネジメントもしやすくなると思うのです。

筒泉 教育能力を向上させることで、臨床に必要な能力も総合的に向上させられる、というわけですね。

まずは“ともに学ぶ”意識で

佐田 いざ教える側に立ったとき、まず意識してほしいのは、教育は「指導」ではない、ということです。

私自身、「指導医」と呼ばれることに違和感を覚えていて、心掛けているのは、自分が行くべきと思う方向へ、一方的に“指差し導く”のではなく、あくまで相手の習熟度に合わせてめざすべき方向を一緒に探していくこと。それこそが学び手を“教え育む”ことになる、と考えています。

言わば、ただ教えることのみに着目する“Teacher”と、学習者と対話しながら学習者の能力に合わせて気付きを与えられる“Educator”の違いだと

(2面につづく)

10 October 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。

国際頭痛分類 (第3版 beta版)

原著 Headache Classification Subcommittee
訳 日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会
B5 頁248 4,000円
[ISBN978-4-260-02057-2]

〈Navigate〉循環器疾患

石橋賢一
B5 頁330 3,200円
[ISBN978-4-260-02047-3]

耳科手術のための中耳・側頭骨3D解剖マニュアル [DVD-ROM付]

監修 伊藤壽一
A4 頁172 14,000円
[ISBN978-4-260-02036-7]

運動療法の「なぜ？」がわかる超音波解剖 [Web動画付]

編著 工藤慎太郎
B5 頁224 4,800円
[ISBN978-4-260-02031-2]

〈シリーズ ケアをひらく〉クレイジー・イン・ジャパン [DVD付] べてるの家のエスノグラフィ

著 中村かれん
監訳 石原孝二、河野哲也
A5 頁296 2,200円
[ISBN978-4-260-02058-9]

公衆衛生実践キーワード 地域保健活動の今がわかる明日がみえる

編集 嶋野洋子、島田美喜
A5 頁208 2,800円
[ISBN978-4-260-02044-2]

緊急度・重症度からみた症状別看護過程+病態関連図 (第2版)

編集 井上智子、稲瀬直彦
A5 頁1,120 5,000円
[ISBN978-4-260-02071-8]

言語聴覚研究 第11巻 第3号

編集・発行 日本言語聴覚士協会
B5 頁160 2,000円
[ISBN978-4-260-02065-7]

〈好評発売中〉

今日の診療プレミアム Vol.24 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM 価格78,000円
[JAN4580492610025]

対談 “2年目”の君へ



●筒泉貴彦氏
2004年神戸大医学部卒、同大医学部附属病院にて初期研修。06年淀川キリスト教病院循環器内科フェロー、08年神戸大医学部附属病院総合診療部フェロー。09年より米国ハワイ大内科レジデントプログラムに留学。帰国後、12年より現職。「日米の医療を経験して感じたのは、さまざまな違いもある一方、医療という点で本質は一緒だということ。日本には他国の追随を許さないよい点がたくさんあります。足りないところを他国から学び、日本の医療を盛り上げていきましょう！」

(1面よりつづく)

思います。

簡単な例を言えば、何か聞かれたときに、「○○だと思うから、××しておいて」とすぐ正解を提供するのではなく「あなたはどう思うの?」と問い返せること、だと思います。そうすることでお互いの思考が整理できまし、ともに学ぶ、一緒に探すという立ち位置を明確にできます。

そうして相手の考えを聞いた上で、自分に知識があれば「そこは確かに正しいけれど、一般的には△△もあるかも」と、その後も応用できるかたちでアドバイスをを行う。もし自分にも自信がないことならば「夕方までに正確なところを調べておくれ」と断って、後でメールなどで情報を送るのも、もちろんよいと思います。

筒泉 私はそういうとき、ちょっと威厳を保ちたくて。緊急のことでなければ「いい質問だね!自分でもちょっと調べてみて」と言って、自室に急いで帰って勉強し、数時間後、あたかも知っていたかのように振る舞ったりもします(笑)。でも、知識も経験もまだまだ足りない段階では、完璧な姿を見せようと取り繕いすぎないほうがいいですね。できること、できないことをきちんと把握しておくことは自分の成長の糧になりますし、うまくいかない姿を正直に見せることが、時にはよい教育になる場合もあります。

当院の朝のカンファレンスでは、研修医だけでなく上級医にも発表の義務を課して、普段は偉そうに座ってコメントをしている人が、発表では意外と緊張してミスもしますし、そこを研修医に突っ込まれたりする。あえて

そういう機会を作ることで、「この人でもこんな失敗をするんだ」「私も気をつけよう」と、心に刻んでもらえたら、という狙いがあります。

“ちょっとお兄さん”目線で

筒泉 ただ、一緒に学ぶということを意識しすぎて、完全に同じ目線になってもいけないですね。米国ではよく、研修医1年目(インターン: Intern)から2年目(レジデント: Resident)に進むとき、食事会や講義の場が設けられるんですが、そこで忠告されるのが、「レジターン(Resitern)”になるな」ということ。

佐田 レジターン、ですか。

筒泉 インターンとレジデントを合わせた造語で、レジデントとして本来すべき仕事を把握しきれていないため、インターンのときと同じように振る舞ってしまう医師のことを言います。そうではなく、これからは人を使う立場になること、その代わりに教育をする責任が生じることを理解して、少し上のほうから、時には助け、時には突き放し、教え教えられるような、絶妙なバランスを作り上げなさい、と教えられるんです。

佐田 なるほど。天理よろづ相談所病院にも、亀田総合病院にも、言葉にせずともそういう雰囲気がありました。天理では毎年春から夏にかけて、2年目研修医が「採血のコツ」「看護師に指示を出すタイミング」といった基礎的なことから、感染症、救急での胸痛など一般的な病態学、症候学まで多岐にわたるテーマを1年目研修医にレクチャーする慣習がありましたし、現職の総合内科でも、外来研修前の初期・後期研修医に、より高年次の後期研修医がセミナーを開催しています。

屋根瓦式で教育方式で、研修医たちが自分たちの学習サイクルを回していく。先輩研修医が後輩に愛着を持って接しつつ、その成長を病院や指導医任せにせず、自分自身もその一端を担っている自覚を持つ。そのためにはまず、病院や指導側が環境を整えていくことが重要ではないでしょうか。

筒泉 そうですね。ちょっと“お兄さん・お姉さん”目線で、下の人の成長を、自分事としてとらえることができ

る。そういう意識を育てる環境作りが各病院で求められているのかもしれない。

能動的な学びを引き出すには?

筒泉 教育する側がされる側に何を与えるべきか、わかりやすく示した標語として、「FAIR」というものがあります。F=Feedback(評価)、A=Activity(積極性)、I=Individualization(個別化)、R=Relevance(妥当性)を意味し、例えば個々の資質を考慮した目標やビジョンの設定(I)、そのためにすべきことと理由の明示(R)、目標の達成度合いのポジティブフィードバック(F)など、学習者が成長する上でのおおの項目がとても重要ですが、中でも一番根本的かつ難しいのは、Activityを与えることではないか、と思うのです。

佐田 同感です。「どんどん教えてほしい」という意識はあるものの、あくまで口を開けて“餌”を待っているだけで、自分から聞こう、探そう、という意欲が若干足りない研修医が増えていく気がしています。

筒泉 いわゆる“spoon feeding”ですね。佐田 ええ。教える側としては「こんなことを学びたい」と言ってくればできるだけ叶えてあげたいし、いつでも時間を作るつもりで待ち構えているんですけどね。

そうしたpassive learningから、active learningに変えるための方策については私自身も試行錯誤中ですが、まずは“Do not blame, do not shame(非難しない、辱めない)”の意識を徹底させて、質問や相談をすることへのハードルを下げる。その次に、あえて“待つ”ことかなと思います。

例えば、医師に最も必要とされるclinical judgmentの能力が試されるような場面があったら、すぐには助け舟を出さず、夕方まで、翌日までなど、患者さんの安全が保たれる範囲内で研修医がどういう選択をするか、じっと待つんです。そして、必ず医学的根拠を添えて、選択の結果を提示させる。筒泉 忙しい臨床現場ではつい手や口を出してしまいがちですが、そこをぐっと我慢して待つ、学びを引き出す。とても有効な手段だと思います。

私も、研修医のプレゼンテーション中など、知識が定着しているか怪しいなと思ったら「それ、もう一度ちゃんと教えてくれる?」と聞くんです。案の定言葉に詰まってしまうのですが、そこであっさり教えるのではなく、「明日、教えてもらえたらうれしいよね」と皆で盛り立て、翌朝“5 minutes lecture”として発表してもらおう。ただし恥をかかせないように、内容は事前に必ずチェックしますし、発表後には「本当に勉強になったね」と、ポジティブな評価を忘れません。すると研修医自身にも成功体験が生まれて、次第に自分から学ぶことが苦ではなくなってい



●佐田電一氏
2003年大阪市大医学部卒業後、佐久総合病院にて初期、後期研修。08年より天理よろづ相談所病院総合診療教育部後期研修を経て、10年より同院医師。13年9月より亀田総合病院に赴任、腫瘍内科部長代理、総合診療・感染症科部長代理を経て14年4月より現職。「教えることは、学習者を伸ばし、かつ自分を鍛錬する重要な行為です。Clinician-educatorの能力を磨くべく、Galaxyという出張講義活動をしています。興味のある方はsadamet@gmail.comまでご連絡を！」

くと考えています。

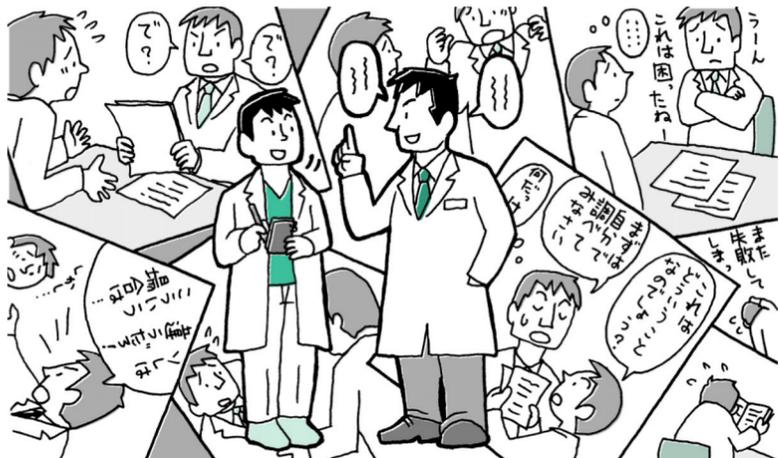
佐田 知識のインプットに追われがちなかでも、ちょっと工夫をして、数分でも自主的に学べる時間を日ごろから取り入れられるとよいですね。私も、自分のレクチャーの合間に研修医自身がレクチャーの一部を担当する時間を設けたりして、できるだけ彼らが「教えること」を体験し、能動的な学びにつなげられるようにしていましたね。

トライ&エラーの精神で、教育の楽しさを知って

佐田 でも実際のところ、教育はトライ&エラー。私もたくさん失敗しています。医師3年目から5年目ぐらいまでは、後輩に向かって「で?」と一言問いかけるだけでした。相手を追い詰めるかのように「で?」「で?」と問い続けて、何も出なくなったところで「俺はこう思うんだけど」と話し始めるようにしていたんですが、後々「先生の高圧的な態度には、本当に苦しい思いでした」と言われたりして、今思うと本当に恥ずかしいです。

指導医の人たちだって常に悩み、失敗しながら教育をしているはず。ですから構えず、教えることで自分の臨床力が鍛えられる、とポジティブにとらえて、教えることに積極的に臨んでほしいなと思います。最初はおそろおそろでも、次第に刺激や楽しさを感じたり、情熱を傾けたりできるようになって、間違いなく自分自身も伸びていくはず。筒泉 優秀な臨床医が1人いても、治療できる患者さんの数で限られていますが、優れた教育者が多くの優れた医師を育てることで、よりたくさんのお患者さんを救うことができる。きちんと教えられることの好影響というのは計り知れないですし、何より自分が教える人がどんどん育っていくのを見るのは、楽しいものです。

教育は卒後10年経たないとできないとか、本を書かないとできないようなものではなく、2年目から、ともすれば1年目からでもやってほしいことですし、できることだと思います。あまり臆病になりすぎず、傲慢になりすぎず、“少し上から”のバランスを意識して、ぜひチャレンジしてみてもいいですね。(了)



「スピリチュアルケア」を知ると、明日からのケアが変わる!

誰も教えてくれなかった スピリチュアルケア

「スピリチュアルケアって何?」本書は、臨床で働く医師、ナース、そしてすべての医療者のために、何よりも臨床に役立つ形で、わかりやすく、スピリチュアルケアについて解説した本です。スピリチュアルケアは、決して特殊なケアではなく、すべてのケアの基盤になるといえるほど、大切な考え方であり、役に立つ方法です。スピリチュアルケアを理解することによって、日々のケアのあり方が変わってきます。

岡本拓也
洞爺温泉病院ホスピス長



医療事故の見方、考え方を考える

医療におけるヒューマンエラー 第2版 なぜ間違える どう防ぐ

なぜ医療事故は減らないのか。それは、事故の見方・考え方が間違っているから。本書では事故の構造、ヒューマンエラー発生メカニズム、人間に頼らない対策の立て方を、心理学とヒューマンファクター工学をベースに解説。さらに人間の行動モデルからエラー行動を分析するImSAFERを紹介する。医療事故のリスク低減のために、事故の見方・考え方を考える1冊。

河野龍太郎
自治医科大学医学部医療安全学教授



寄稿

日米の精神科臨床研修から見えること

前田麗奈 米国デューク大学病院精神科研修医 勢島奏子 京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座博士課程

本稿の執筆者である前田は、医学部卒業後数年間、内科医として日本で勤務していました。しかし日々の臨床の中で、生死に関する倫理的問題や、患者・家族の心のケアにも興味を抱き、もっと包括的なアプローチはできないかと考えるようになりました。この興味が「コンサルテーション・リエゾン」という精神科の専門領域と重なり、その分野で先んじている米国への臨床留学をめざし、USMLEを受験。2012年より米国デューク大にて精神科臨床研修に従事することになり、現在は4年間の研修プログラムの3年目(PGY3: Post-graduate year 3)を迎えています。研修開始から今に至るまで、言語はもとより、文化、宗教、歴史、経済、法律などさまざまな分野に対する理解を深める必要性を痛感しながらも、精神科の幅広さ、奥深さへの興味を高めています。掘り下げたいトピックは多々ありますが、今回は日本で精神科研修を修めた勢島との共同執筆にて、米国と日本、おのおのの精神科臨床研修の特徴を紹介したいと考えています。

システム化・専門分化が進む米国、自由度が高い日本

米国に来てまず驚いたのが、研修自体がかなりシステム化されていることです。研修内容を審査するACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education)という第三者機関があり、その基準項目を満たすプログラムを各教育機関が運営しなくてはなりません。精神科研修でもローテーションの種類や期間、各種精神療法の理解と臨床実践、就労時間の制限など、多岐にわたり定められています。

翻って日本の精神科後期研修では、専門医や指定医取得といった到達目標のほかは、初期研修のような細かな到達目標は一律には定められていません。裏を返せば、研修の環境や内容の自由度が高いということは言えそうです。精神療法あるいは精神病理学に重きを置いた教育がなされている施設もあれば、認知症・統合失調症など特定の診断や治療に強い施設、薬物治療のマネジメントの教育中心の施設もあるというように、病院や医局の歴史、治療文化などによる教育内容の違いは、日本のほうが大きいように思います。

では実際、日米それぞれの研修プログラムの構成はどうなっているのでしょうか。デューク大のプログラムを例にとると、医学部卒業後、最初の2年間(PGY1-2)は大学病院や州立病院、退役軍人病院などでの病棟業務が中心で、成人・老年・児童病棟、リエゾン、

デューク大学精神科臨床研修プログラムの例

PGY	4か月	2か月	1か月	1か月	4か月
1	入院診療	外来診療	精神科救急	神経内科	内科
	大学病院(2か月)	退役軍人病院(2か月)	大学	退役軍人	市中病院(2か月)
講義(Academic Half Day: AHD:半日/週1回)					
2	6か月		1か月	1か月	3か月
	入院診療(州立病院・精神科単科)		外来診療	精神科救急	コンサルテーション・リエゾン病棟
	成人(3か月)	老年(1か月)	小児(1か月)	夜勤(1か月)	退役軍人(1か月)
AHD(半日/週1回) 大学病院での継続外来(半日/週1回)					
1単位半日として週10単位を履修、2年で修了					
3~4	大学外来(4単位)	退役軍人外来(3単位)	家族療法(1単位)	地域医療(1単位)	神経内科外来(1単位)
5~	精神科医として勤務、精神科認定資格試験受験、フェロウシップへの進級など				

肥前精神医療センター精神科後期臨床研修プログラムの例

後期研修	テーマ	選択できる場所、分野	通年で担当
1年目	基礎を固める	精神科総合病棟	病棟(救急・慢性期)
2年目	経験を積む	各専門分野(司法・依存症・児童思春期・認知症等)を数か月おきにローテーション	外来/病棟(救急・慢性期)
3年目	専門医へ向けて	各専門分野のローテーション、国内外留学、臨床研究	外来/病棟(救急・慢性期)
4年目	精神保健指定医取得、精神神経学会専門医取得、常勤医・他院に勤務など		

●図 米国と日本の精神科臨床研修カリキュラムの例

薬物依存などの各種病棟を数か月おきに回るほか、神経内科や一般内科の病棟・外来も必修です。PGY3-4では外来業務のみとなり、救急外来、大学・退役軍人病院・市中病院での外来に加えて、家族療法など精神療法を行う外来も必修です。また「選択外来」もあり、精神療法、老年期、精神腫瘍、薬物依存、トラウマ、ECT、睡眠、周産期、食思不振、学生向けカウンセリング等、多くの領域から選べるオーダーメイドの研修が可能となっています。

この選択肢の豊富さからは、外来治療の専門分化が進んでいること、なおかつ研修修了後、外来専門に勤務することを希望するレジデントが多いこともうかがえます。

一方、日本の肥前精神医療センターでの研修を例に挙げると、1年目には救急・慢性期病棟、2年目以降はそれに外来が加わり、並行して同じ院内にある児童、依存症、認知症、司法精神医学など専門病棟のローテーションを希望に応じて行います。主治医の立場で、一人の患者さんの外来から退院までのプロセスや、入退院を繰り返す患者さんの長期経過を迫る点は、研修において大きな意味があるように思えます。米国の研修は幅広い専門分野を短期間に集中して学べますが、その反面、細切れの病棟ローテーションで急性期のケアに限定して診ることになり、病の全体像が見えづらいことや、自分が行った臨床的判断の結果を把握しづらいことなどが難点と感じます。

精神療法の教育を重視し 面接スキルを磨く米国

米国の研修において特徴的なのは、精神療法が必修項目であることではないでしょうか。実際デューク大でも、薬物療法のみならず、精神療法の教育

も重視されています。4年間を通しての各種の精神療法講義を基本に、PGY2では毎週、面接の基本技能の個別指導の時間があります。PGY3では通年で家族療法のローテーション、毎週の症例スーパーバイズの時間があります。また、必修ではありませんが、自身をよりよく理解して治療に生かすことを目的として、精神分析などの精神療法をレジデント自身が継続して受けることも奨励されています。保険にもよりますが、毎回20ドルほどで受け続けることが可能です。

面接技能の指導については、レジデントと患者さんの実際の治療の場を、指導者がマジックミラーを通して観察するobserved interviewに重点が置かれています。面接室内にあるパソコン画面を通して同時進行で指示やフィードバックをもらえ、質問の仕方や、面接の力動、進め方を学んだり、自分の言葉掛けの癖を知ることもあります。患者さんに同意を得た上で公開で進められるため、他のレジデントや指導者の治療の場にも立ち会える貴重な学びの機会となっています。筆者自身は、面接を観察されるということに当初はかなり緊張があったのですが、これは米国のレジデントも同様の気持ちを抱くようで、それを知って少し安堵しました。

こうした環境は、精神療法を学びたい人にとっては魅力的だと思います。現在の日本では、診断や薬物療法、環境調整などを中心に、入院から退院までの症例マネジメントを学ぶ機会が頻繁にある印象ですが、精神療法の技能の習得は個人的な興味や希望の範囲として、外部での研修指導などで補っていることが多いのが現状だと思います。近年の日本精神神経学会でも精神療法に関連したシンポジウムが多く開かれているのは、精神療法を学ぶ機会

●前田麗奈

2005年東京医歯大卒。手稲仁会病院総合内科研修、横須賀米海軍病院インターン、手稲山クリニック勤務などを経て、12年より現職。

●勢島奏子

2009年富山大医学部卒。下関市立中央病院、九大病院を経て、京大精神科に入局。同大病院、肥前精神医療センターを経て14年より現職。

が希求されている現場の状況を反映しているようにも思えます。

学習者・教育者としての権利が守られるシステムが必要

このように、米国では教育に時間や人手がかなり割かれており、レジデントは働きながらも学習者として守られている印象を受けます。例えば、毎週半日かけて行われる講義の間は臨床業務は完全に免除され、指導医が病棟コールを受けるシステムが確立されています。また、先のACGMEの規定により、研修責任者は勤務の5割以上、週20時間以上を研修運営や教育に充て、病院側もその時間を確保できるようサポートしなければなりません。つまり指導者には教育の質を維持する義務が課せられていますが、他方で多忙な彼らが教育に時間を割ける体制も比較的整っているように感じます。

一方でレジデントにも、各ローテーション先や研修責任者との面接などで自身の医療行為についてフィードバックを受ける機会が頻繁にあります。教育効果を常に確認・評価される環境に置かれ、レジデント個々人の努力も必要不可欠となっているのです。

以上、日米の主な相違点を挙げてみました。双方のシステムの違いはあれど、向上意欲にあふれた研修医や思慮深く教育熱心な指導医がいることに違いはなさそうです。しかし日本の現行の研修制度をあらためて顧みると、主治医制により培われる責任感や病の全体像の把握しやすさ等がある一方で、学習・教育を個人のモチベーションや努力に頼る部分が大きく、業務に忙殺されずに学習者・教育者として守られる基準やシステムづくりが検討される必要があるのではないかと思います。

また、少々遠大な話になりますが、精神医学は実証的科学的みに依って立つわけではなく、多様な要因に影響を受ける人間の主観を対象とする分野です。臨床をしていく上で、bio-psycho-socialモデルにのっとった薬物療法、精神療法、社会的要因への均等な配慮も大切ですが、カリキュラムには、精神医学と関連を持つ人文科学諸領域(科学哲学、人類学、倫理学などを含む)についての理解を促すような視点が一層必要になるのではないかと考えます。薬理作用や精神療法の技法の具体を超えて、精神医学の専門的概念や理解の枠組みがどのように形成されてきたのかという根本的、批判的吟味も当然のように可能となる土台づくりが、日米双方の精神科臨床研修制度において今後望まれていくのではないのでしょうか。

精神疾患の世界的な診断基準・診断分類、19年ぶりの大幅改訂!

DSM-5®

精神疾患の診断・統計マニュアル

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5

米国精神医学会(APA)の精神疾患の診断分類、改訂第5版。DSM-IVが発表された1994年以来、19年ぶりの改訂となった今回は、自閉スペクトラム症の新設や双極性障害の独立など従来の診断カテゴリーから大幅な変更が施されることとなった。また日本語版については、日本語版用語監修として新たに日本精神神経学会が加わった。

原著 American Psychiatric Association
日本語版用語監修 日本精神神経学会
監訳 高橋三郎
大野 裕
染矢俊幸
神庭重信
尾崎紀夫
三村 将
村井俊哉



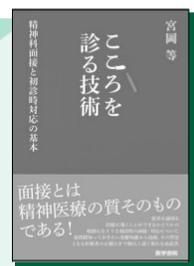
精神科面接の新たな必読書、誕生!

ここを診る技術

精神科面接と初診時対応の基本

「精神科における標準的な面接および初診時対応はどうあるべきか?」についてまとめた実践書。よい患者-医師関係を築く第一歩となる初回面接を中心に、精神科面接の基本的な心構えから話の聞き方・伝え方、特に注意して聞くべきポイントまでを幅広く、具体的に解説。診断基準・ガイドラインの使い方や薬物療法に関する考え方など、長年臨床家として活躍してきた著者ならではの技術や心得なども豊富に盛り込まれている。

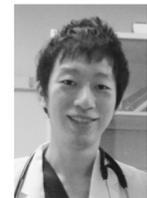
宮岡 等
北里大学精神科学主任教授



寄稿

主治医意見書の記載時のポイント (前編) 介護保険の基礎知識

井藤 英之 飯塚病院総合診療科



●井藤英之氏
2010年奈良医大医学部卒。阪大病院で初期研修後、12年より現職。関西エリアの若手医師の集団、関西若手医師フェデレーション主催のショートプレゼンテーション大会(「チキチキ kan-fed 小ネタ集」)で扱ったことを機に、本稿のテーマに関心を持つ。将来は、日本独自の外来・病棟・救急対応ができる総合診療医をめざす。

初期研修医・後期研修医となつてから、「主治医意見書」の記載を要求されることもあるはずだ。ただ、医学生時代、この書類の記載方法に関する講義を受けた経験が、筆者にはない。さらに言うと、介護保険制度自体について、医師になった時点では正確に理解していなかったというのが本音である(講義を真剣に聞いていなかったためか……?)。若手医師たちは皆、自信を持って書いているのだろうか?

介護保険は、患者さんやその家族の退院後の生活のサポートとなるものであり、ひいては今後の人生の質をも左右し得るものである。その認定の鍵を握るのが、この主治医意見書だ。公的な介護が必要な方に必要なぶん行き届くよう、きちんと評価される記載方法を知っておくことは重要である。不十分な書き方をしたために、患者さんに不利益を被らせるなんてことは絶対にあってはならない。

本稿では、主治医意見書の書き方について前後編に分けて解説していく。前編に当たる今回は、主治医意見書の記載に必要な基礎知識を取り上げたい。前提となる「介護認定」と「認定を受けるまでの流れ」について確認する。

「介護認定」には8つの分類がある

そもそも患者さんが介護保険サービスを利用するためには、市町村へ介護認定の申請を行った上で、要支援・要介護などの認定を受ける必要がある。この介護認定は8つのレベルに分かれており、軽い順から、非該当、要支援1-2、要介護1-5に分類されている。

認定された要介護度によって、受けられるサービス内容(施設サービス、居宅サービス、地域密着サービス、介護予防サービスなど)、さらに支給限度額も変わってくる。支給限度額は市町村によって異なるが、支給限度額の目安は表の通りだ。利用者はこの限度額の範囲内で、介護サービスにかかる費用の1割を自己負担してもらうことになる。なお、これとは別に、福祉用具や住宅改修費(20万円まで)なども支給されることは留意したい。

患者さんやそのご家族と話して感じるのは、「非該当」という分類が認識されていないケースがよくあることである。患者さんやご家族によっては「申請を出せば介護保険が下りる」と思っている場合もあり、非該

当と認定されたことで、トラブルが生まれる可能性もある。患者さんの家族から主治医意見書の記載を依頼された場合は、「非該当」について、事前にきちんと説明しておきたい。

要介護度はこうして決まる

要介護度は、下記の流れを経て決定される(図)。

- 住民から市町村へ介護保険申請
- ⇒①調査員による認定調査+主治医意見書提出
- ⇒②一次判定…①によるコンピュータ推定
- ⇒③二次判定…①+②+介護認定審査会
- ⇒④要介護度決定

申請後、一次判定のために、①訪問調査員によって作成された書類と、医師が記載する主治医意見書が必要になる。なお、前者は市町村職員、あるいは委託を受けた事業所職員が、当該患者の自宅や入院先などを訪問し、評価項目に沿って心身の状況を聞き取り調査したもの。この2つの情報を基に、「介護にかかる時間」がコンピュータで試算され、一次判定が下される。この一次判定に、訪問調査の特記事項、主治医意見書の内容を踏まえ、市町村から委託を受けた医師・訪問看護師や社会福祉関連職種の3-5人が参加する、介護認定審査会において最終判定(④)が行われ、要介護度が決定される。

申請から要介護度の決定までに要する時間は、4-6週間程度が一般的だ。しかし、例えば末期悪性腫瘍の患者さんで早期の介護保険サービス導入が必要となる場合など、4-6週間待つことが難しいケースもあるだろう。そうした場合は、暫定評価から暫定ケアプランが作成され、正式な認定がなされた後に金額の調整を図る……ということも可能になっている。

一次判定で要支援2以上は、主治医意見書の重要度が増す

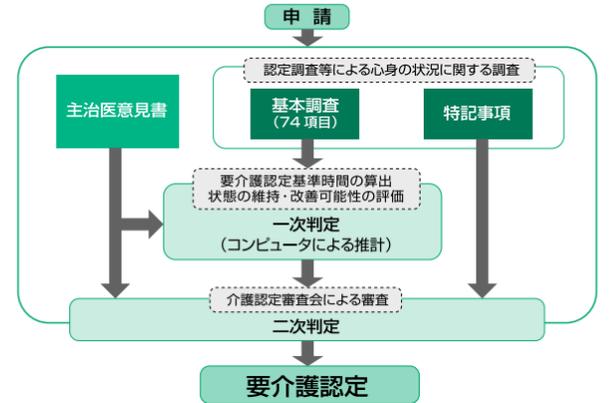
さて、こうした一連の流れの中で、「主治医意見書」が重視されるタイミングについて考えてみたい。まず、一次判定で「要支援1」と判定された場合だ。二次判定で要介護度に変更されることは少ないためか、こうしたケースでは主治医意見書は「参考程度」の位置付けになることが多いようだ。

しかしながら、一次判定で「要支援2」以上であった場合、主治医意見書記載内容の重要度は一段と増す。先述

●表 区分支給限度額の基準¹⁾

区分	支給限度額(円/月)
非該当	
要支援 1	50,030
要支援 2	104,730
要介護 1	166,920
要介護 2	196,160
要介護 3	269,310
要介護 4	308,060
要介護 5	360,650

※市町村ごとに異なる点に留意されたい。



●図 要介護認定の流れ²⁾

したように要介護度によって受けられるサービスが変わるが、主治医意見書の記載内容によっては介護度の認定に不利益な影響を与え、患者さんが必要とするサービスの利用を阻む可能性すらある。例えば、費用の面まで考慮すると、現実的には要介護2以上でない利用が難しくなる。こうした現状がありながら、本来ならば入所施設サービスの選択肢も考えたい患者さんに「要支援2」の判定が下されてしまうとすれば、やはり患者さんへの負担、さらには家族の負担まで大きくなる恐れがある。今後、在宅で医療を受ける場合であっても、訪問看護師・訪問リハの利用可能頻度という点で、要介護度の判定が与える影響は大きいのである。

なお、③介護認定審査会は1回1時間程度で行われ、約30人分の判定がなされることもあるようだ。つまり、1人当たり2分程度で審査が行われる場合もあるということだ。2分間でも、審査員が患者さんのADLや生活環境を正しく想像できるような記載内容でなければならない。この点から考えても、主治医意見書の重要性、そして的確・簡潔に書く必要性はわかっていただけののではないだろうか。

情報源は、患者ごとに異なる

記載時のポイントの前に、患者のADLや生活環境に関する情報をどのように集めればよいかについても触れる必要があるだろう。ただ、これについて、「誰」から「何」を聞き出すかは患者ごとに異なるとしか言えない。

一般的には、本人および家族からADL(着衣・食事・移動・入浴・排泄など)やIADL(買い物・掃除・金銭管理・食事準備・公共機関を利用した移動など)を具体的に聞くことが多い。すでに介護保険を取得し、ケア

マネージャーがかかわっているようであれば、ケアマネージャーに当たってみるのもよい。生活が破綻してしまっている患者さんなら、ケアマネージャーのほうが家族よりも日常生活を熟知している場合もある。入院中の患者さんであれば、リハ担当者と密に連絡を取って事情を聞いてみると、患者さんの自立状況は理解しやすい。あるいは、主治医として自分でも患者さんと一緒に歩き、歩容や歩行可能距離などを確認することも勧めたい。

現場では患者さんのADL・IADLなどの情報を得るのが難しく、苦勞することは非常に多い。普段から情報を蓄積していくことの重要性も痛感している。筆者は、普段からADLが完全に自立していない患者さんに関しては、転院や紹介のタイミングがあれば、後医のために診療情報提供書には必ず現在のADLや嚥下状態についても記載するように配慮している。特に、近い将来に訪問診療が必要と思われる患者さんでは、一段と注意を払い、実践するようにしている。

*

今回は主治医意見書の書き方に至る前段階の基礎知識の確認となった。しかし、ここまで踏まえることで、ようやく良い主治医意見書が書けるというもの。次回(第3099号/2014年11月3日発行)は実践編として、ピットフォールを示しつつ、主治医意見書の記載時のポイントを提示していく。

●参考 URL

- 1) 厚労省. 区分支給限度基準額について. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000049257.pdf>
- 2) 厚労省. 公的介護保険制度の現状と今後の役割. 要介護認定の流れ. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureiisha/gaiyo/dl/hoken.pdf

患者さんの筋肉には何が起きているのか? 超音波解剖で深部の動きがみえてくる!

運動療法の「なぜ?」がわかる超音波解剖 [Web動画付]

本書は症例形式で、疾患にかかわる筋の超音波解剖を通して、運動療法の「なぜ?」を解説。超音波解剖(エコー)では、触診ではわからない深部の筋の動きを見ることが出来る。この症状にはなぜこの運動療法が効果的なのか? 運動療法で筋の動きはどう変わるのか? その実際を超音波画像(動画)で確認しながら、運動療法のコツを理解できる1冊。

編著 工藤慎太郎
森ノ宮医療大学保健医療学部・講師



「チーム医療」が日本社会に根付いてきた今、その「チーム」のさらなる質の向上を目指して

乳癌診療ポケットガイド 第2版

わが国における乳癌罹患率は増加の一途をたどり、女性の癌罹患率の第1位、死亡数は第5位である。治療としては手術のみならず、薬物治療が日進月歩であり、新薬の導入、国際的な新しい考え方・合意事項を適正に導入し、患者の人生を共に考えたい。患者に最大のベネフィットを提供することがますます求められてきている。乳癌診療に携わるすべての医療者に向けて、共通認識として必要十分な情報、知見をコンパクトにまとめた書。

監修 中村清吾
昭和大学教授・乳癌外科
聖路加国際病院プレストセンター・オンコロジーセンター
編集 山内英子
聖路加国際病院プレストセンター・乳癌外科部長



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◆安藤 大樹
藤田保健衛生大学救急総合内科

第10回……お腹が痛くてズル休み!?

症例 16歳、高校1年生の女性。1年3か月前から37℃台前半の発熱あり。1年2か月前から1日数回の少量粘液の混ざった軟便と腹部全体の軽度間欠痛出現。近医総合病院で大腸内視鏡検査を施行され、びらん様の変化が見られたものの、好中球浸潤は目立たずPAS染色でもアメーバ陰性。細菌性腸炎、あるいはクラミジア卵管炎を疑われ、アザクトム®とセフトリアキソンを処方され、症状は軽快していた。

しかし1年前に症状再燃。胃酸の込み上げや、時々38℃台の発熱や便中に血液が混入するようになり、学校

も休みがちになった。再び前医を受診し、大腸内視鏡検査再検。アフタ様変化が散在していたものの、2週間後の再検では所見が改善しており、「アフタ性大腸炎」の診断となった。その他、腹部CT、上部消化管内視鏡が行われたが明らかな異常は指摘されず、「過敏性腸症候群」としての経過観察を勧められたが、さらなる原因精査を希望し、当院初診外来紹介受診となった。

【既往歴】軽度貧血の指摘のみ
【内服薬】トリメプチン(セレキノ®)、酪酸菌(ピオスリー®)、

メペンゾラート(トランコロン®)
【生活歴】海外渡航歴なし、性交渉歴なし、動物との濃厚な接触歴なし
【来院時バイタルサイン】体温37.1℃、血圧108/56 mmHg、心拍数68回/分、呼吸数12回/分
【その他】全身リンパ節に腫脹なし、皮疹なし、関節の腫脹・圧痛なし、腹部は平坦・軟、臍周囲に圧痛を認めるが反張痛なし、筋性防御なし、腸蠕動音はやや亢進

……………{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

ある程度精査が行われているにもかかわらず、診断には至っていない若年女性の慢性的な腹痛症例である。「腹痛」というキーワードで鑑別を進めると、消化管・肝胆道系疾患以外にも、

- 腎泌尿器系疾患 (結石、腎盂腎炎)
- 生殖器系疾患 (子宮外妊娠、付属器炎、子宮筋腫、卵巣萎縮)
- 心血管系疾患 (心筋梗塞、心膜炎、上腸間膜動脈症候群)
- 胸腔内疾患 (うっ血性心不全、肺炎、肺塞栓、気胸、膿胸、胸膜炎)
- 神経根疾患 (帯状疱疹、椎間板ヘルニア、カウザルギー、脊髄腫)
- 代謝性疾患 (尿毒症、糖尿病、糖尿病性ケトアシドーシス、急性副腎不全、副甲状腺機能亢進症、急性間欠性ポルフィリン症、鉛中毒)

と、鑑別疾患が多岐にわたってしまう「大きなカード」(第6回、第3079号参照)である。さらに小児心身症領域では機能性胃腸症、呑気症、びまん性食道痙攣、過敏性腸症候群、反復性腹痛といった腹痛を来す疾患も多く、本症例を「腹痛」をキーワードにして攻めるのは得策ではない。

今回は、キーワードとしてもう一つ挙げられる「不明熱」を基に鑑別を進める。不明熱へのアプローチ法は多岐にわたるが、忙しい外来などでは、汎用性の高い以下のアプローチを押しえておくことと便利である(表1)¹⁾。

初診時の医療面接で具体的な疾患は想起できなかったものの、重篤な印象は受けなかったため血液検査を提出するとともに、腹部CT検査、上部・下

部消化管内視鏡の予約を行った。腹部CT検査・上部消化管内視鏡検査は異常なかったが、下部消化管内視鏡検査はアフタ様変化が前医で認められたものよりやや増加しており、「the little six」の中の肉芽腫性疾患、限局性腸炎(潰瘍性大腸炎、クローン病)の可能性が示唆された。筆者が「おや!」と思ったのは、血液検査の結果である。

Hb : 9.4 g/dL, Ht : 31%, MCV : 106 fl, Na : 133 mEq/L, K : 3.2 mEq/L
補正 Ca : 7.6 mg/dL, Mg : 1.6 mg/dL, Fe : 58 µg/dL, フェリチン : 104 ng/mL, 葉酸 : 2.3 ng/mL, ビタミンB₁₂ : 177 pg/mL

以前から貧血の指摘があり、ヘモグロビン値が低値であることは予測範囲内であったが、MCVの値は意外であった。確かに急性出血などの際にMCVが反応性に上昇することはあり、106 fl程度の数値が問題になることはあまりない。ただ、本症例は慢性経過であり、若年女性であることを考えると、正球性一大球性貧血になっている点に違和感を覚える。そこで追加検査した電解質(Ca, Mg)、ビタミン(葉酸、ビタミンB₁₂)を見ると、いずれもやや低値。つまり、MCVの値は、もともとあった小球性貧血がビタミン欠乏に伴う大球性貧血で修飾されていたのである。慢性的な軟便はあるものの、経口摂取をしており、しかも上部消化管内視鏡では異常を指摘されていないにもかかわらずビタミン欠乏——。障害部位はあそこしかない!



最終診断と+αの学び

追加検査として行った小腸造影所見で小腸全域に潰瘍痕と、回腸に広範な縦走潰瘍を認めた。消化器内科転科の上でカプセル内視鏡、多列検出器型CT-MPRが施行され、回腸を中心とした縦走潰瘍、敷石像やアフタが確認された。

【最終診断】

小腸型クローン病

◆忘れられがちな小腸病変

「若年者」「不明熱」「長引く大腸炎」といったキーワードがあり、一見する

と炎症性腸疾患を疑いやすい状況である。が、前医で精査された上で過敏性腸症候群の診断名がついていたため、臨床現場ではunder triageになりそうな経過である。特に過敏性腸症候群によく見られる腹痛、腹部膨満感、粘液排出などの症状は、炎症性腸疾患でもよく見られる所見であり、なかば“ゴミ箱診断”として扱われがちである。表2に炎症性腸疾患の鑑別に有用な所見を挙げる²⁾。

今回追加したもう一つのカードは、「説明のつかないミネラル・ビタミン欠乏」である。小腸は障害部位によって発生する異常が異なっている。Fe, Ca, Mgの他、脂溶性ビタミン(ビタミンA・D)、水溶性ビタミン(ビタミンB₁・B₂・B₆・C・葉酸)は十二指腸と上部空腸で吸収される。一方、胆汁酸やビタミンB₁₂の吸収は回腸末端で行われる。また、直接の障害でなくとも、回腸末端が障害されると、胆汁酸の吸収が低下し、胆汁酸プールが減少することにより二次的に胆汁酸と脂肪、脂肪酸の混合ミセルの形成が不十分になって、主に空腸で吸収される脂肪や脂溶性ビタミンの欠乏症も生じる。さらに、吸収されない脂肪や脂肪酸がカルシウムと結合してしまうために、経口摂取されたシュウ酸がシュウ酸カルシウムとして沈降できず、尿路結石や胆石症が多くなる。

下記に示す症状がそろえば、ミネラル欠乏・ビタミン欠乏を疑うことも容易である。

- 慢性的水様性下痢と吸収不良による低栄養
- 原因不明の低血糖
- ビタミン欠乏に伴う諸症状(ビタミンA欠乏による皮膚・眼乾燥/ビタミンB₁₂・葉酸欠乏性貧血/ビタミンB₁欠乏によるしびれ)
- 電解質異常による倦怠感・筋力低下・不整脈
- 腎結石や胆石の増加

ただし、発症初期の場合、「倦怠感」「皮膚の乾燥」「しびれ」といった、不定愁訴ととられかねない症状を訴えることがある。特に、Mgは代謝に関与

●表2 炎症性腸疾患の診断に有用な所見²⁾

	感度 (%)	特異度 (%)	LR+	LR-
潜在的な進行	56	97	18	0.46
急性増悪	17	97	5.5	0.85
発症後一週間での発熱(>38℃)	31	91	3.3	0.76
発症時排便<4回/日	48	97	15	0.54
発症時排便4-6回/日	37	91	3.9	0.7
肉眼的血便	89	50	1.8	0.23
嘔吐	12	66	0.34	1.4
強い腹痛	6	78	0.26	1.2

する多くの酵素のco-factorとして作用し、エネルギー産生、貯蔵、利用、蛋白合成などに重要な役割を果たしているにもかかわらず、血管内には1%程度しか存在しない。そのため、血液検査で正常であってもMg欠乏の否定はできない。小腸病変は“不定愁訴もどき”の宝庫なのである。

「不明熱+腹痛+慢性的な水様性下痢」で炎症性腸疾患を疑うことはもちろんだが、「説明のつかないミネラル・ビタミン欠乏」を見たら、小腸病変の可能性を考える必要がある。さらには、内視鏡検査で異常が指摘されず、機能性胃腸症や過敏性腸症候群など心身症領域の診断名がついている場合も、一度は小腸障害の可能性を考え、ミネラル・ビタミンの確認をお勧めする。



Take Home Message

・小腸は“地味に”頑張っている! 診断に悩んだとき、一度は思い出してあげよう。

●参考文献

- 1) Southwick FS. INFECTIOUS DISEASES IN 30 DAYS. McGraw Hill Professional:2003. 90-106.
⇒かなりのボリュームだが、非常に読みやすい。感染症を学ぶ全ての人にお勧め(日本語訳もあります)。
- 2) Schumacher G, et al. A prospective study of first attacks of inflammatory bowel disease and infectious colitis. Clinical findings and early diagnosis. Scand J Gastroenterol. 1994;29 (3):265-74.
⇒105人の大腸炎患者で、炎症性腸疾患の診断に有用な所見を検討した前向き試験。

@igakukaishinbun

表1 「不明熱」から導くべき鑑別診断リスト

◆“the big three” & “the little six”で不明熱の原因をとらえる

- the big three
……感染症、悪性腫瘍、自己免疫疾患
- the little six
……肉芽腫性疾患、限局性腸炎、家族性地中海熱、薬剤性、肺塞栓症、詐熱

「わかる!」ためのポイントを伝授する心電図入門書の決定版

はじめての心電図 第2版増補版

初学者がつまづくポイントを熟知した著者が、長年の心電図教育のノウハウを盛り込んだ心電図入門書の決定版。簡潔かつ明快な解説は、はじめの一步から医師として到達すべき水準まで無理なく導く。増補版刊行にあたり本文・図の記載を丁寧に改め、巻末のセルフアセスメントを拡充、精選された必修レベルの問題70題を収録した。心電図を読む力が着実に身につく1冊。

兼本成斌
兼本内科・循環器科クリニック院長



ケアに差がつく画像のみかた教えます

症状・経過観察に役立つ 脳卒中の画像のみかた

脳卒中では、診断・経過観察において、脳画像検査は欠かせません。本書では、たくさんある脳画像のうちkeyとなる7つの画像に絞って、その読み方をわかりやすく解説しました。脳の中で何が起こり、それが目の前の症状とどうつながっているのか、脳の解剖・病態・症状が脳画像を通して1本の線につながります。

市川博雄
昭和大学藤が丘病院脳神経内科・准教授



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10回 在宅での感染対策って?

勤医協中央病院 総合診療センター 副センター長
川口 篤也

モヤ先生、最近Y先生について訪問診療に行ってるんだって?

膀胱がんの末期で、尿路感染で入院したEさんが退院されたため、訪問診療してるんです。でもちょっと、モヤモヤしてるのがあって……。

ふーん、何だろう。

入院中の尿培養から、ESBL (Extended Spectrum β -Lactamase: 基質特異性拡張型 β ラクタマーゼ) 産生の耐性大腸菌が検出されてるんです。抗菌薬の内服はもう少しで終了しますし、腎ろうカテーテルからの尿の処理は奥さんが行ってます。感染管理看護師 (ICN) に感染対策について聞かれて、そういえば何も考えてなかったと思って……。

入院時だと、ESBL 産生菌が検出された患者に対しては、接触予防策をとるよね。

はい。手袋やエプロンなどをして、ほかの患者に伝播させない対策をすると勉強しました。それを訪問看護師に伝えたんですけど、「必要であればやるけど、家族はどうするの?」と聞かれてしまって。75歳の奥さんはリウマチでメトトレキサート (MTX) などを内服していて、この前も尿路感染になってますし、確かに感染のリスクは高いんですが……。

在宅での感染対策をどこまですべきか、家族への伝播をどう考えるか、といった問いには、今のところ正解がないんだよね……。でもだからこそ、関係者で話し合ったほうがよい問題でもある。早速日程調整してみようか。

モヤモヤQ 膀胱がん末期のEさん(82歳・男性)。在宅で徹底した感染対策をすべきか、家族との時間を大事にすべきか?

カンファレンス参加者
モヤ先生 大徳先生(司会)
後期研修医Y 感染管理看護師(ICN)
訪問看護師

①医学的適応 善行と無危害の原則

#1 膀胱がん……予後3か月以内→腎ろうカテーテル挿入(泌尿器科で月1回交換)
#2 尿路感染……ESBL 産生大腸菌検出→内服抗菌薬を継続中
#3 運動器不安定症……歩行は手すりにつかまれば可能だが、転倒もしているので歩行介助が望ましい

②患者の意向 自律性尊重の原則

- 可能な限り家で過ごしたい
- 妻のことがとても好き
- 自分の病気については理解している

④QOL 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?

Next Step

④の実現のため、“誰が”“いつまでに”“何を”するか?

③周囲の状況 忠実義務と公正の原則

- 75歳の妻と娘夫婦、孫と暮らしている
- 妻はリウマチでMTX内服。尿路感染歴あり
- 基本的に妻が介護している
- 訪問看護は週2回、訪問診療は月2回
- 家族も可能な限り、在宅で看たいと思っている

①医学的適応

Eさんは82歳男性で、膀胱がんの末期で予後は3か月以内と考えられています。先日尿路感染で入院したのですが、自宅に帰りたい希望が強く、静注抗菌薬投与で症状も改善していたので、内服薬に変更して自宅に帰りました。尿培養からESBL産生大腸菌が検出されていたので、感受性のある内服抗菌薬を処方したのですが、接触予防策については指示してません……。

(訪問看護師) 在宅では今まで「標準予防策」は行っていました、[接触予防策]を指示されたことはほとんどなかったですね。

(ICN) 最近、ESBLや多剤耐性緑膿菌などが増えていますが、在宅患者では対策が遅れがちだったのは確かです。でも、訪問診療時に医療従事者が、耐性菌が検出されている尿やカテーテルに触れるなどしてそのまま次の患者の診療に向かうと、耐性菌を伝播させる媒介をしてしまうことになるでしょう。ですからきっちり「接触予防策」をとることが必要なんですよ。

Eさんは膀胱がんのため腎ろうを造設し、そこにカテーテルを入れているので1日1回以上は尿の溜まったバッグを捨てないといけないんです。それを、今は奥さんが行っています。

②患者の意向

本人は、できるだけ家で過ごしたいという希望が強いです。

(後期研修医Y) 奥さんのことがとても好きみたいで、よく奥さん自慢をされますよ。

ご本人は、膀胱がんのことなどは全て知っているのですね?

ええ。今後の見通しについても話しています。

③周囲の状況

奥さんと娘夫婦、孫二人と住んでいます。

奥さんは自分もリウマチがありながら、膀胱がんの夫をこれまでよ

く支えてくれました。普段はほとんど夫のそばにいます。今回このような「接触予防策」の話があって、私たちは差し支えないのですが、家族、特に奥さんにはどうしてもらおうのがよいだろう、と思ひまして。奥さん自身、尿路感染で入院していたこともありますし。

奥さんからは耐性菌は検出されていますか?

過去の記録では、検出されていませんね。

④QOL

膀胱がんのターミナル期で、本人、家族ともにできるだけ自宅で過ごすことを希望していますし、そのようにしてもらおうのが一番よいと思います。そのために、特に家族の接触予防策をどうするか、ですね。

ESBLの場合、菌検出部位からの培養陰性化を1週間空けて確認できれば、接触予防策が解除できます。ただ、Eさんは腎ろうカテーテルを使用しているので、陰性化したとしても再度検出される可能性が高い。なので原則としては、接触予防策をとったほうがよいと思います。

でも……家族、特に奥さんが接触予防策をとるとなると、ほとんど一日中エプロン、手袋をつけて接することになるので、現実的ではない気が……。

(そうだよなあ)

ESBLは感染したら助からないような菌ではないですが、効果のある抗菌薬が限られるので、感染リスクのある人にはできれば伝播は避けたいところです。奥さん以外が介護するのは難しいのですか?

娘さんがいますけど、パートの勤務時間帯に重なってしまいますから、難しいですね。

……Eさんはそんなに予後が長いわけじゃないですよ。これまで夫婦で仲むつまじく暮らしてきて、最後の数か月、接触を避けて暮らさざるを得ないのは、とても悲しいです。

Eさん、奥さん、娘さんが、今後何を目標として過ごすのか、相談が必要ですね。耐性菌に感染するリスクを理解した上で残された短い期間を今

で通り過ごすのか、耐性菌伝播を徹底的に避けるような対策をとるのか。

Next Step

それでは、Y先生とモヤ先生がEさん本人、ご家族と情報を共有した上で、残された時間を何に重きを置いて過ごしていくか、相談ですね。

事業所で、接触予防策について再度確認と徹底を行います。

私もこれを機に、在宅患者の感染対策について検討してみます。病棟と同じように考えて、画一的な対応ではうまくいかないこともあるのかも……。 (解決したような、していないような、だけど……とにかく皆で話し合ってみようっ)

このケースでは、奥さんが今まで通りEさんのそばにいて、後日全員の意見の一致をみました。尿のバッグを扱ったりする場合には手袋、エプロン、手洗いなどをしてもらうことになりましたが、完全には伝播を防げないことになりました。奥さんからEさん由来のESBL産生大腸菌が検出されるかもしれませんし、幸い感染しないかもしれません。しかし、こればかりは感染の有無よりも、今ある情報をみんなで共有し、関係者の価値観を出し合ってそのとき最善と思われる決断をすることが大事ではないでしょうか。どのような決断も、必ずリスクと背中合わせです。何を優先するのか、医療者としてどのようにかかわるのか、モヤ先生はこれからもモヤモヤしながら、その都度考えていくのでしょうか。

モヤ先生のつぶやき

在宅ではそこに日常生活があり、病院での非日常の場面とは同じように考えてはいけなこともあるよなあ。その人の普通の生活も考えられる医師にならなくっちゃ。

謝辞: 本稿の執筆に当たり、高山義浩先生(前・沖縄県立中部病院感染症内科)にご示唆をいただきました。ここに御礼申し上げます。

医療者と患者・家族のふたつの目線で、なっとくのケアを探そう

患者の目線 医療関係者が患者・家族になってわかったこと

患者の本当の声を聞くことから始まる「患者が主人公」の医療。それがわかっているも、なかなかできないのが現実である。本書では、医師、看護師、看護教員、医療ジャーナリストなど、20名の医療関係者が、自身の患者・家族体験をもとに「医療者のおかれている事情」と患者・家族としての本音のふたつの「目線」から、「なっとくのケア」へのヒントを医療者に向けて語りかける。



村上紀美子 編
医療ジャーナリスト

わかりやすく飽きさせず、しっかり理解できる“ちょうどよい”入門書

新刊 **ペコリーノがんの分子生物学** 第2版

メカニズム・分子標的・治療
Molecular Biology of Cancer: Mechanisms, Targets, Therapeutics, 3rd Edition

がんの発生から進展にいたる諸過程のメカニズムを遺伝子、分子のレベルで簡明に解き明かしコンパクトにまとめた入門書。初の改訂。基礎理論と臨床、創薬とを結びつけ、治療戦略に向けた理解を深めることができる。改版に際し、情報を細部にわたり更新し全面的にアップデート、訳文も精査し完成をさらに高めた。基礎系から臨床系まで、初学者の1冊目として、また、がんプロフェッショナル育成プログラムの教科書としても最適。

監訳: 日合 弘 京都大学名誉教授
木南 凌 新潟大学名誉教授

定価: 本体4,600円+税
B5変 頁348 図・写真118 2014年
ISBN978-4-89592-787-1

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

内視鏡下鼻副鼻腔・頭蓋底手術 [3DCT画像データDVD-ROM付] CT読影と基本手技

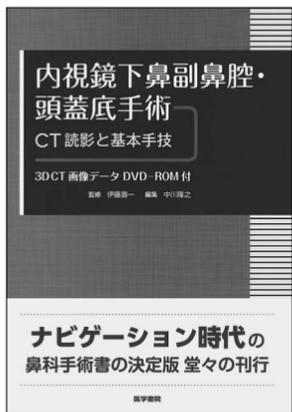
伊藤 壽一 ● 監修
中川 隆之 ● 編

A4・頁236
定価:本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01972-9

評者 吉崎 智一
金沢大教授・耳鼻咽喉科学・頭頸部外科学

内視鏡下鼻副鼻腔手術が鼻科手術のスタンダードとなつて久しい。内視鏡の登場で見えなかった部位が見えるようになり指導もしやすくなった反面、立体解剖の把握が困難となった。鼻副鼻腔手術はポピュラーな手術であるが、入りやすい一方で非常に多くの術式があり、個々の症例ごとの解剖学的バリエーションも多い奥行き深い手術である。今日の鼻科手術では多くの手術装置や道具を使用するが、本書ではそのことを前提として、まず術者が座位で手術することのメリットを第1章の「セットアップ」で論理的に述べている。そして、内視鏡を把持する腕の安定のための手台をきちんとセットすること、モニターとナビゲーションの位置、さらには各種フットスイッチの配置などが詳細に解説されている。第2章の「基本操作」でも初心者にわかりやすくシェーバー使用法のコツが解説されている。第3章の「鼻副鼻腔炎に対する手術 基本編」では、ポリープ切除や鉤状突起切除手技に始まり後鼻神経切断術や嗅覚温存の工夫まで11項目についてしっかりとポイントが解説されている。鉤状突起切除の項では「最も重要なことはしっかりと観察すること」で、具体的には「内視鏡所見と術前CT所見を整合させること」が手術上達のカギであると述べられている。多くの画像を用いて解説さ

内視鏡下鼻副鼻腔手術の優れた実用的学習書



れており、具体的なポイントがつかみやすい。

第4章の「鼻副鼻腔炎に対する手術 応用編」では拡大前頭洞手術から髄液漏閉鎖術まで5項目について、まずたくさんのCT画像を使ってCT読影のポイントを解説し、プランニングの仕方、手術手技へと解説が続く。手術手技のパートでは、実際にサクシオンキュレットやシェーバーなどの操作の実際が内視鏡写真で示されている。これらの豊富な画像と解説により、難易度が上がった手術についても無理なくポイントが頭の中に入ってくる。

さらに、第5章の「頭蓋底手術における鼻副鼻腔操作」では、最初に副鼻腔炎手術と頭蓋底腫瘍手術の基本コンセプトの違いについて概説されている。手技で最初に紹介されているのは有茎鼻中隔粘膜弁による頭蓋底再建法で、続いて各種頭蓋底へのアプローチ、そして最後に眼窩へのアプローチについて解説されている。これらの厳選された内視鏡および3次元CT画像とそれらに対する解説では、複雑でバリエーションが多い顎顔面骨に対して手術操作を行っていく際に必要なメルクマールの認識法についても適切・明瞭な解説がされている。

本書は、ナビゲーションサージャリー時代における手術書というだけでなく、解剖把握法の指南書としても優

視点

情報爆発時代に果たすべき解剖学教員の役割とは



秋田 恵一 東京医科歯科大学大学院教授・臨床解剖学

医学生が学部教育を受けるにあたり、最初に苦痛に感じるのは肉眼解剖学ではないかと思う。大量の解剖学用語があり、グローバル化の流れゆえに、英語でも用語を学ぶ必要がある。これらを短期間で習得し、他の科目でも困らずに使いこなせるようにならなくてはならない。一般に肉眼解剖学は新しい事項が増えないため、内容は増加しないと考えられている。しかし、解剖学の教科書、アトラスなどは次々に刊行されており、選ぶのが難しいほどだ。

近年の肉眼解剖学の本をいくつか並べてみると、厚いもの薄いものさまざまだが、コアになる部分以外は、臨床関連項目と効率的に学習を進める工夫のためのページ量に違いがあるだけだ。20世紀初頭までの教科書では鼠径部の解剖に多くのページが割かれていたように、その時代に必要臨床に対応して臨的に注目されている項目のページが増減することになる。無味乾燥な用語の羅列ともとられかねない記述を、少しでも魅力的に見せるために施された工夫は、どの解剖学書も素晴らしい。しかし、それよりも注目すべきは100年前のアトラスに比べ、人間の構造が極めて単純に描かれるようになってきていることだ。複雑すぎる構造が理解を妨げるとされたためか、筋の形や血管、神経の分岐はことごとく単純化され、記述も非常にわかりやすくなっている。このように人間がどんどん「単純」になり、記憶しやすいよう進化していくのであれば、教員にとっても学生にとっても喜ばしい。その一方で画像診断機器や手術方法の進歩は、これまで以上に詳細な解剖学的知識を必要としている。教育現場では、「教育の効率化を図りつつ、臨床における情報爆発に対応する」という相反

することが求められているのである。

必要な事項を全て含み、わかりやすく、そして臨床にうまく結びつけられるような授業ができるなら、それに越したことはない。多くの教員は実現できているのであろうが、与えられた時間の中でこなさなくてはならない量を考えると、私にはそのような授業は全くできそうにない。私にできることといえば、人体の構造の原則を語ることで、いくつかの素晴らしい教科書の使い方を示すことくらいである。あとは「自助努力」に期待するしかない。Problem Based Learning (PBL) においては共同作業を活用した「自学自習」が奨励されているわけだから、「全てを教えようとするを最初から諦める」ということも許されるはずだ。

人体の構造の神秘の一つひとつを解き明かす熱い名講義は、医学を学び始めたばかりの学生にとって非常に思い出深いものになるに違いない。しかし、それで情報爆発時代に対応するのは、人間の体をより単純な形に進化させること以外に達成するのは難しい。各個人の学習パターンに合った本を探すのに全く困ることがないくらい、教科書やアトラスがあふれている。あとは、その効率的な学習法を紹介し、成果を評価しながらさらなる発展を見守るファシリテーターがいればよいのではないか。情報爆発とは無縁とされている肉眼解剖学も、他の科目の情報爆発の影響によるカリキュラムの圧縮もあり、結果的に情報爆発状態にある。教育の効率化に便乗して、緻密な人体の構造を簡略化するなどということなく理解させるためにはどうすべきか、今、問われている。

●略歴/1987年札幌大卒。91年東京医歯大大学院修了。2010年より現職。

れている。これから内視鏡下鼻副鼻腔手術を習得しようとする研修医、実際に基本手技を一応習得してこれからステップアップを図ろうとする専門医取得後数年の耳鼻咽喉科・頭頸部外科医はもちろん、医学生にも理解しやすい。

そしてベテランの域に達した指導医にとっても今後指導する際のポイントが整理でき、また、新たな手術コンセプトの学習書としても非常に優れた奥の深い実用的手術書である。

抗菌薬の特徴・用法を比べながら学ぶユニークな1冊!



“実践的” 抗菌薬の 選び方・使い方

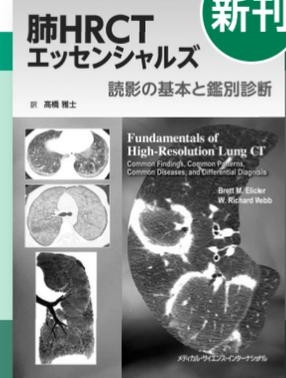
編集 細川直登
医療法人鉄蕉会亀田総合病院臨床検査科部長/感染症科部長

抗菌薬の選び方・実践的な使い方をユニークな2部構成で解説。はじめに薬剤の構造・起原菌・投与経路別に、臨床で必要な抗菌薬の基礎知識と用法の原則を解説。次に抗菌スペクトラムが重なる抗菌薬の特徴を比較しながら、その使い分け・用法を解説。薬剤を比べることで、よりその特性が際立ち理解を深めるのに役立つ。感染症診療に携わるすべての人にお勧めしたい。

●A5 頁250 2014年 定価:本体3,300円+税 [ISBN978-4-260-01962-0]

医学書院

肺HRCTエッセンシャルズ 読影の基本と鑑別診断



Fundamentals of High-Resolution Lung CT

HRCTによるびまん性肺疾患の読影の基本と鑑別診断を解説した実践的入門書。前半部で基本的な肺HRCT所見を、後半部では日常診療でよく遭遇する各種病態の所見を提示。600に及ぶ写真を掲載し、現場で役立つクリニカル・パタールが満載。簡潔・明快さを追究し、フルカラーでわかりやすく解説する。放射線科医、呼吸器内科医のみならず、HRCT読影に携わる一般内科医に広く有用。

肺HRCTのパイオニアが贈る、
珠玉の“HRCT Lite”

著 Brett M. Elicker
W. Richard Webb
訳 高橋雅士
友仁山崎病院 病院長

●B5 頁308 図6・写真597 フルカラー 2014年
●ISBN978-4-89592-786-4
●定価:本体7,400円+税

圧倒的な信頼感!
オンリーワンの
スタンダードテキスト

胸部のCT 第3版
編集 村田喜代史・上甲剛・村山貞之
●定価:本体15,000円+税



レジデントにお勧めの書籍(新刊を中心に)

内科診療
ストロング・エビデンス

谷口俊文

新進気鋭の米国内科専門医が、コモン・ディジーズの標準治療と、その根拠を支える重要な臨床研究を紹介する。米国内科診療アプローチの真髓がここに!

●A5 頁340 2014年 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-01779-4]



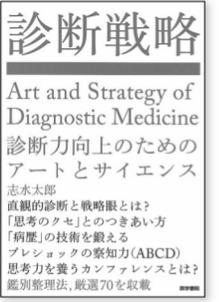
診断戦略

診断力向上のためのアートとサイエンス

志水太郎

診断とはどのような思考プロセスで成り立っているか、何が診断を曇らせるか、どのように養えば良いかを提案する。臨床ですぐに役立つ「鑑別整理集」も収載。

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



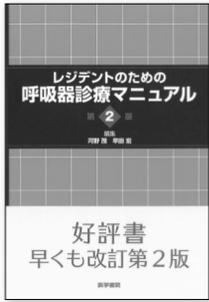
レジデントのための
呼吸器診療マニュアル

編集 河野 茂・早田 宏

第2版

呼吸器内科専修医のニーズに応える診療マニュアル。疾患・症状のマネジメント、他科との診療連携、検査、治療が網羅され、診療の流れと知りたいことが一目でわかる。

●A5 頁404 2014年 定価:本体4,700円+税 [ISBN978-4-260-01865-4]

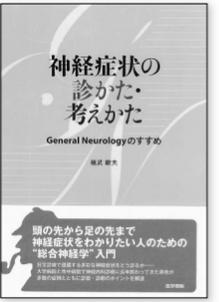


神経症状の診かた・考えかた
General Neurologyのすすめ

福武敏夫

日常診療で遭遇する患者の多彩な神経症状をどう診るか? 患者の主訴を軸とした構成で、神経診察のポイントを解説。頭の前から足の先まで神経症状がわかる「総合神経学」入門。

●B5 頁360 2014年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-01941-5]



血液病
レジデントマニュアル 第2版

神田善伸

広く一般内科医に向けて、決して容易ではない血液疾患の臨床についてわかりやすくまとめた。日本血液学会(編集)造血器腫瘍診療ガイドラインをはじめ最新情報を網羅。

●B6変型 頁456 2014年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01903-3]

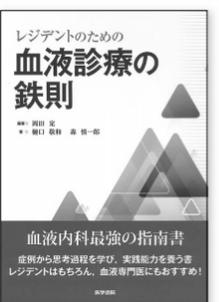


レジデントのための
血液診療の鉄則

編著 岡田 定/著 樋口敬和・森 慎一郎

血液内科で頻度の高い疾患、緊急度の高い症候と疾患を、症例ベースで解説する。血液専門研修医がまずおさえておくべき診断・治療・患者管理の「鉄則」をマスターできる。

●B5 頁336 2014年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01966-8]



レジデントのための
血液透析患者マネジメント

門川俊明

第2版

透析を専門としない医師に向け、血液透析の基本的知識と血液透析患者のマネジメント方法を実践的にわかりやすく解説した好評書の改訂版。

●A5 頁216 2014年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-01976-7]



消化器外科
レジデントマニュアル 第3版

監修 小西文雄/編集 力山敏樹

消化器外科疾患の診断・治療に関する解説はもとより、術前検査、抗菌薬投与、周術期管理、緩和ケア等、現場で必要とされる知識をコンパクトにまとめた実践的なマニュアル。

●B6変型 頁336 2014年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01964-4]



整形外科
レジデントマニュアル

編集 田中 栄・中村耕三

編集協力 河野博隆・中川 匠・三浦俊樹

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。また、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。

●B6変型 頁400 2014年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-01935-4]



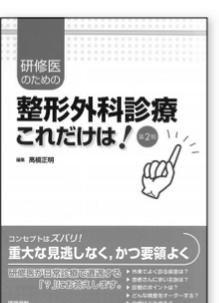
研修医のための
整形外科診療「これだけは!」

第2版

編集 高橋正明

初版のコンセプト「重大な見逃しなく、かつ要領よく」はそのままだ、日本整形外科学会の各ガイドラインの内容を新たに盛り込み、時間がない研修医をさらに強力サポート!

●B5 頁224 2014年 定価:本体5,600円+税 [ISBN978-4-260-01949-1]



10 medicina

Vol.51 No.10

特集1 すぐ役に立つ
呼吸器薬の標準的使い方

呼吸器疾患には発症機序の異なる多くの疾患があり、各疾患の慢性期、急性期、また増悪期に適した治療を行うことが必要である。また、呼吸器薬の種類は多く、投与経路も経口薬、吸入薬、貼付薬、点滴静注と多様である。本特集では、各疾患とその病期に応じた治療薬選択のポイント、用法(吸入薬等の服薬指導も含めて)、副作用・相互作用など、standardな呼吸器治療薬の知識を解説する。

INDEX

- I 気管支喘息: 増悪期の治療、安定期の治療
II COPD: 増悪期の治療、安定期の治療
III 呼吸器感染症: インフルエンザ、肺炎、肺結核症
および非結核性抗酸菌症、慢性気道感染症
IV 肺癌
V 間質性肺疾患
VI その他の呼吸器疾患
VII トピックス: 肺高血圧症、生物学的製剤

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
●失敗例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
●依頼理由別に考える心臓超音波検査
- とりあえずエコーの一步先へ

●1部定価:本体2,500円+税

▶来月の特集(Vol.51 No.12)

関節リウマチ・膠原病診療
症例で学ぶ診断と治療

▶2014年増刊号(Vol.51 No.11)

CT・MRI “戦略的”活用ガイド

●特別定価:本体7,200円+税

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

JIM
Vol.24 No.10

特集1 帰してはいけない疾患を除外した後の
外来診療

企画: 藤沼康樹(医療福祉生協連家庭医療学開発センター)
「ありふれた症状の背後に潜む重大な疾患を見逃さないこと」。これは、外来診療における重要なタスクの1つである。しかしプライマリ・ケア医は、そういった重大な疾患を除外することでタスクが終了するわけではない。持続する症状や問題に対して、何らかの解決策や安定化を図らなくてはならないのだ。本号では、そういった視点から「心配な病気はありません」の次を考えてみた。

INDEX

- 【総論】 帰してはいけない疾患を除外した後の外来戦略.....藤沼康樹
【self-limitingな疾患の積極的診断】
感冒症候群.....藤原靖士
Mondor病.....藤原美佐紀・川島篤志
Achenbach症候群.....片岡 佑・川島篤志
Bornholm病(流行性筋痛症).....神宮司成弘・岩田充永
【機能性疾患の積極的診断とフォロー】
身体表現性障害とMUS.....朝倉健太郎
過敏性腸症候群.....森屋淳子
non-ulcer dyspepsia.....吉田 伸
precordial catch syndrome.....中川純明・宮田靖志
良性発作性頭位めまい症.....稲熊良仁・宮田靖志
ロスリパーウイルス感染症.....栢谷健太郎
【疾患の見つからない患者へのアプローチ】
診断やラベリング困難な症状と長くつきあうこと.....原田唯成
【JIMで語ろう】 鼎談「帰してはいけない疾患を除外した後の外来診療」.....藤沼康樹・尾藤誠司・鈴木富雄

▶来月の特集 (Vol.24 No.11)

症候別“見逃してはならない”疾患の除外ポイント PartIII

●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