

対談 救急科で鍛える「診る」力

＜出席者＞

●やまがみ・ひろし氏

2003年福井大医学部卒。当初循環器内科医を志すも、初期研修中に患者をジェネラルに診療することの必要性を感じ、06年より湘南鎌倉総合病院にて後期研修を行う。13年救急総合診療科部長を経て18年より現職。「どんな救急患者も絶対に断らない」をポリシーに、受け入れ患者数日本一の同院救急科の指揮を執る。

●さかもと・そう氏

2008年順天堂大医学部卒。同大附属練馬病院救急・集中治療科、西伊豆病院内科を経て、19年より現職。救急診療の最前線で活躍する傍ら、後進の育成にも尽力。同年代の2人の医師と共に教育ユニット「三銃士」を結成し、研修医と共に学ぶ勉強会を各地で開催する。近著に「救急外来、ここだけの話」「内科救急のオキテ」(医学書院)。

(1面よりつづく)

窩部に違和感を訴える患者が大動脈解離だったり、「気持ちが悪い」「食欲がない」という一見軽症な人が心筋梗塞だったりする場合があります。くも膜下出血でも、いつも激しい頭痛があるわけではありません。

私は指導医として、典型的な症状に加え、重篤な疾患の非典型的な症状を学ぶ重要性をアドバイスするように心掛けています。

坂本 私も致死性疾患と類似の症状を示すなど、トラブルが生じやすい疾患を覚えるよう指導しています。例えば腹痛を訴え尿管結石が疑われる患者が来院した際、エコーを実施せずにCTをオーダーする研修医がいます。その場合、腹部大動脈瘤破裂や大動脈解離、精巣捻転など、類似の症状を来す致死性疾患を見逃す可能性があります。トラブルを避ける対策として、血算の評価をはじめベッドサイドで実施できる検査やエコーを徹底して行うようにアドバイスしています。

診断・検査に至る根拠を理解し 過不足ない検査を

山上 専門医にコンサルトする前、とすると研修医は「疾患を見逃してはいけない」との思いから、追加の検査を必要以上にオーダーしがちです。しかし検査には時間がかかり、造影剤の副作用のようリスクもあります。過剰な検査を防ぐために、研修医は何を意識したらよいのでしょうか。

坂本 診断に迷う場合には、「時間を味方につける」観点も必要です。典型的な例として、主訴が心窩部痛の患者が来院した時、研修医は虫垂炎を除外するため急いで腹部造影CTをオーダーします。ところが、詳細に問診をすれば虫垂炎を除外できる場合も多いです。仮に虫垂炎でも炎症が軽度の状態であれば、外科医であっても手術の判断はしません。それなら検査を行わず半日ほど経過を見て、痛みが続く、もしくは悪化しているようならその時点で造影CTを行うのが適切な判断で

しょう。山上 そうですね。疾患を見逃さないとの思考自体は、患者さんのためを思う気持ちからであり、責められるものではありません。検査の要不要は、われわれ指導医も迷う難しい判断です。過剰な検査を避けるため、なぜ検査をするか、なぜ診断に至ったかの根拠を理解することが重要と考えています。坂本 検査を行う根拠を得るため、何を参考にしていますか。

山上 例えば臨床予測ルール(CPR,表)を一つの根拠としています。CPRは症候に関し、疾患のスクリーニングやリスク評価、予後予測などを効率的に行うことを目的に開発され、近年用いる場面が増えています。目の前の患者さんにCPRを適用してよいかの吟味は必要ですが、検査の要不要を判断する補助として役立ててほしいです。坂本 そうですね。私たち指導医は、CPRの項目を経験から自然と評価しています。過剰な検査を防ぐ上で、客観的に評価できるツールの利用は有効です。

山上 判断の結果、あえて検査しない選択もありますよね。実際に救急の場では、検査をしても半分程度は診断が付かないのではないのでしょうか。そのため研修医には、「初診時に診断が付かなくてもいい」と伝えています。

ただ、他院から紹介された患者さんの場合は、患者さんや家族、かかりつけ医とのラポールを保つために、紹介元の希望に即した検査を実施するときもあります。

坂本 クリニックの環境により、検査機器がない場合もあるでしょう。かかりつけ医は、疾患に当たりはつけているもの、やむを得ず紹介状を書いていることも多い。研修医には、紹介元の医師が自分たちの施設に何を求めて患者さんを紹介しているかを意識して診療に臨んでほしいですね。

「診断ゲーム」をせず 患者・家族へのケアも大切に

坂本 患者とのラポール形成では、コミュニケーションも重要な要素です。問診時の聞き方や言葉遣い、目線からでも導ける情報が変わるからです。

山上 経験を積むほど、問診は本当に大切だと実感します。どれだけの情報を問診で聞き出せるかが鑑別診断の結果を左右するからです。例えば失神は急激に生じる上に持続時間が短く、受診時には患者さんが意識を回復しています。失神の原因疾患を鑑別するためには、失神前後に患者さんを取り巻いていた状況を全て把握する必要があります。本当に適切な問診を取らないと、たとえ検査をしても原因が絞り切れずに終わってしまうでしょう。

患者さんの来院理由は、どの疾患かわからない不安だけではなく、患者さんは、ときに痛みの緩和を第一

●表 研修医が初めに学んでおきたい臨床予測ルール(CPR)の例

CPRの名称	使用する場面・目的
Ottawa SAH ルール	急性の頭痛を訴える患者に対し、くも膜下出血の除外のために使用
HINTS-plus	持続性のめまいを訴える患者に対し、中枢性か末梢性かの判断に使用
Modified Centor スコア	A群β溶連菌による咽頭炎を推測し、迅速抗原検査や抗菌薬投与の判断に使用
ADD リスクスコア	大動脈解離の診断のため、D-dimer 検査と併せて使用
Wells スコア	肺塞栓症の検査前確率の判断に使用
PERC	Wells スコアで肺塞栓症低リスク群の場合に、肺塞栓の除外のため使用
Alvarado スコア	虫垂炎のリスク評価をするために使用

に求めて救急外来にやってきます。疾患の鑑別もちろん重要ですが、疼痛に対しては適切な鎮痛を行うべきです。診療が「診断ゲーム」になってはいけません。診断・治療と、患者さんのケアの両面が求められます。坂本 救急医として重要な視点ですね。特に重篤疾患の患者では、付き添いの方の不安も大きい。家族をはじめ

患者さんを取り巻く方々とのコミュニケーションも大切にしてほしい点です。山上 ええ。診療の思考プロセスを丁寧に説明し、検査・診療の方針を患者さんや家族と共有するべきです。もし追加の検査を行わないなら、患者さんや家族が不安を抱かないようにフォローアップの計画を立て、経過観察まできちんと実施することが重要です。

自信を持って救急科研修に臨んでもらうために

山上 救急科にローテーションする研修医には、診療に積極的に参加しチャンスがあれば手技の実施や観察を進んで行ってほしいです。自身の担当外の患者も意欲的に診る研修医は、他の研修医に比べ経験値が格段に増えるのでぐっと伸びます。教える立場として、坂本先生は研修医に何を心掛けてほしいですか。

坂本 「ハウ・レン・ソウ(報告・連絡・相談)」の、特に「相談」の徹底です。自分では判断が付かない時に、「わからない」と指導医にきちんと訴えられることは重要です。自分のわかることとわからないことを整理し、進んで相談に来る研修医には、眠い目をこすってでも教えたくります。トラブルの防止や、周囲からの信頼を得ることにもつながるでしょう。

山上 経験を積んでいる私たちにも教訓となるテーマですね。研修医の不安を取り除くためには、「われわれ指導医も完璧ではなく、常に学び続けているんだ」という姿を見せていくのも大切です。

自信を持って研修に臨んでもらうため、指導医として意識していることはありますか。

坂本 相談しやすい指導医であることです。教える側の私たちが、できる限り研修医と一緒に患者さんを診る。共に悩めば「上の先生も悩みながらやっているんだ。今完璧にできなくてもいいんだ」と研修医の不安を和らげることに繋がります。

指導医が研修医の立場できちんと考え、足りない点を指摘し次に生かしてもらうことも重要ですね。研修医が相談に来た時、まずは彼らの思考プロセスを把握する。その上で「この場合はどうする?」と、課題を与えて考え

させることを常に意識しています。山上 大切な点です。目の前の患者さんの診療が終わればおしまいではありません。何十年も医師を続けていけば、似た症状を来す患者さんに必ず出会います。次の機会に生かすためにも、研修医のアセスメントに対し、「今回は、すぐに検査をせずに1~2時間の観察を考えてもよかったね」「次はこの所見をとってみよう」など少し味付けすることが大事です。

坂本 目の前の研修医一人ひとりに診療しながら振り返ることはできても、学びの病院全体での共有が課題です。毎年メンバーが変わる研修医教育で、蓄積されたノウハウをどのように共有していますか。

山上 トラブルとして報告される症例について、ワークブレイスなどのSNSを使った問題点の共有をしています。他にM & M (Morbidity & Mortality)カンファレンスをはじめ、各種カンファレンスを定期的実施するなど、試行錯誤しています。病院全体での知恵の共有は、当院でも同様に今後の課題としてるところです。

教科書的な知識を実際の臨床に生かすプロセスは知恵と言えます。われわれ指導医は経験から知恵を蓄積し、実践しています。知識はあっても経験の足りない彼らに、知恵を惜しみなく教え共有することは重要です。指導医としてやりがいを感じる点でもあります。坂本 臨床の現場でどうしたら知恵を共有できるか。私も研修医と共に悩みながらも、楽しく試行錯誤しています。救急科には、目の前の患者さんを自身の力で救命できる魅力があります。研修医の皆さんには、「救急もいいぞ」と伝えたいですね。

(了)

救急外来、ここだけの話

編集 坂本 壮 田中 竜馬

救急外来(ER)の分野で議論のあるトピックを取り上げ、「第一線の医師はどのように考えて診療しているのか(=ぶっちゃけ、どうしているのか)」を解説。大好評の『集中治療、ここだけの話』に続く、シリーズ第2作。

救急外来、ここだけの話

●B5 2021年 頁482 定価:5,720円(本体5,200円+税) [ISBN978-4-260-04638-1]

第一線の医師は どのように考えて診療しているのか?

医学書院

内科臨床誌メディチーナ medicina 2021年 増刊号 Vol.58 No.4

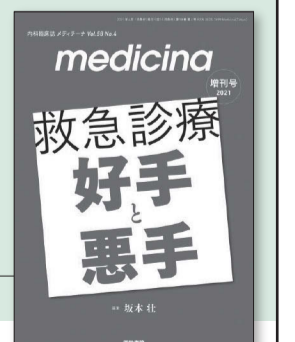
特集

救急診療 好手と悪手

編集 坂本 壮

●定価:6,050円(本体5,500円+税)

医学書院



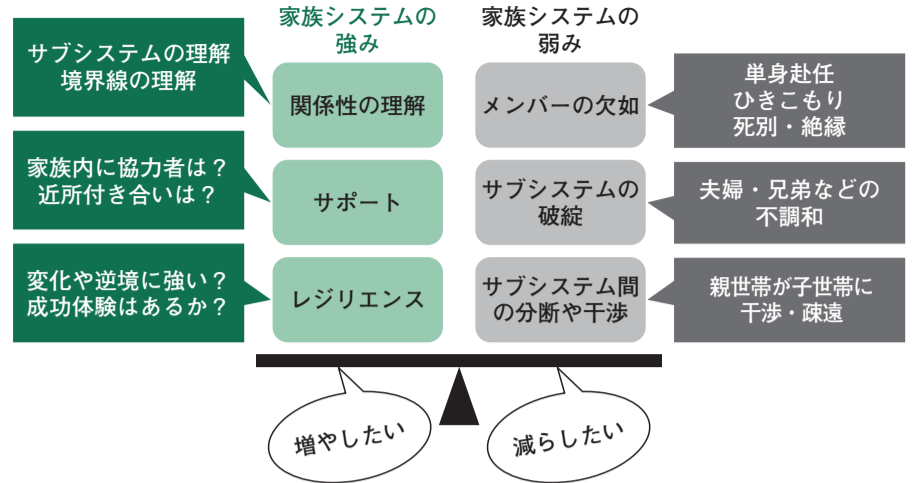
ケースで学ぶ マルチモビディティ Multimorbidity

主たる慢性疾患を複数抱える患者に対して、かかわる診療科も複数となり、ケアが分断されている。こうした場合の介入に困ったことはありませんか？ 高齢者診療のキーワードである Multimorbidity (多疾患併存) のケースに対して、家庭医学の視点からのアプローチを学びましょう。

第15回

老夫婦のパターン 個人ではなく家族というシステムで考えよう

大浦 誠 南砺市民病院 総合診療科



●図 マルモのバランスモデルを活用した「家族のバランスモデル」(筆者案)

両親、同胞との関係性を理解したり、親世代と子世代のようなサブシステム同士の関係性を強化できないかと考えたりすることです。

一方で、図の右側はバランスモデルでは3つのポリ(ポリファーマシー、ポリドクター、ポリアドバイス)でしたが、ここでは「メンバーの欠如」「サブシステムの破綻」「サブシステム間の分断や干渉」がないかを確認しましょう。これらはある程度パターンがあります。単身赴任やひきこもり、死別や絶縁などメンバーの欠如はないか、夫婦や同胞の不調和などサブシステムの破綻はないか、親世代が子世代に干渉・疎遠などのサブシステム間の分断や干渉はないか、のように「家族システムの弱み」を明確にすることが家族内の関係性を理解することにつながります。これら3つの弱みは、強みとして置かれている「関係性の理解」と表裏一体の関係と言えます。

なお、母子家庭やLGBTの事実婚など多様な家族システムがあるため、「メンバーの欠如が本当に家族システムの弱みなのか」という考え方も必要です。何でも家族システムの問題と安易に考えるのではなく、今バランスがうまく取れているのであればその要因を探ってみるのも、さまざまな家族形態の理解につながります。

実際のアプローチ

まず、家族システムの強みについて見てみましょう。患者夫婦はお互いに多少の障害はありながらも、夫婦で薬の飲み忘れのないように声を掛け合ったり、受診の手伝いをしたりと、お互いに支え合う生活をする中で生活習慣をなんとか保っているのかもしれない。レジリエンスはありそうです。

一方で、3つの弱みの視点でみてみましょう。「メンバーの欠如」は目立つものではなく、「サブシステムの破綻」もなさそうです。ところが、「サブシステム間の分断や干渉」の視点では、子世代が親世代にあまりかかわっていないことが、後々の家族システムの弱みになってくるかもしれません。長男夫婦が親世代にどうかかわっていくのかを聞いてみることで、家族単位での

バランスの強化につながると言えます。

【足し算】 家族のバランスモデルを確認すると、夫婦間のレジリエンスは高くサポートし合っているため、介護サービスの追加は今のところ不要。長男夫婦のかかわり方が不透明なので、現状についての考えを息子に一度確認する。また、肺炎球菌ワクチンやインフルエンザワクチンなどのヘルスマネジメントも行う。

【引き算】 夫婦のサブシステムを見ると、認知症の夫の介護を妻がしている関係のようだが、介護をすることで妻の自己管理が高まっている印象である。患者負担を減らすために骨粗鬆症と関節リウマチの管理を内科で統一することで服薬数や通院負担を減らすことが期待できる。セレコキシブ、エソメプラゾールは、痛みの訴えが現在ないため中止可能。ミノドロン酸水和物も5年以上の処方になっており中止を検討する。骨粗鬆症の介入は日光浴やバランス訓練のみとする。

【掛け算】 長男夫婦に患者夫婦へのかかわり方について考えを聞いてみると、今は夫婦共働きで子どもが高校入試なので手が回らないが、子どもが就職するタイミングに合わせて3年以内に同居を考えていることがわかった。同居することで妻の介護負担は軽くなるが、長男夫婦への負担について配慮しつつ次の家族計画についても検討していく。

【割り算】 通院負担とポリファーマシーは、診療科をまとめることでプロブレムを統合する。

POINT

- マルモへの介入は自己管理サポートがポイントで、家族への介入が有効であることが多い。
- マルモの家族は、家族単位でバランスを検討する。
- 家族志向型ケアの視点を持つと、家族への介入がしやすくなる。

参考文献

- 1) Cochrane Database Syst Rev. 2021 [PMID : 33448337]
- 2) 松下明監訳. 家族志向のプライマリ・ケア. 丸善出版; 2006.
- 3) 松下明. 家族志向のケア (1) 家族図・家族ライフサイクル・家族の木の使い方. 週刊医学界新聞第2903号. 2010.

CASE

72歳女性。70歳の認知症の夫と2人暮らし。息子(45歳)夫婦は近所に在住。慢性閉塞性肺疾患、高血圧、2型糖尿病で内科に通院中。骨粗鬆症、関節リウマチで整形外科に通院中。夫も内科、整形外科、泌尿器科に通院中で、複数の診療科の付き添いをしている。

【既往症】 65歳で大腿骨頸部骨折、70歳で転倒による腰椎圧迫骨折。**【処方薬】** 一般内科でペリンドプリル、ヒドロクロロチアジド、メトホルミン、整形外科でミノドロン酸水和物、メトトレキサート、セレコキシブ、エソメプラゾール。**【サービス】** 要介護1、デイサービス週3回利用。**【受診理由】** 夫婦で内科外来を定期受診。

今回のテーマは老夫婦マルモのパターンです。これまでもマルモはバランスモデルを用いて考えること(連載第2回参照)をお勧めしていますが、老夫婦という家族形態で考えても、メンバーの多い家族で考えても、バランスモデルは有効です。

マルモ介入の手段は現時点で2種類ある

2021年のコクランレビューに、マルモに対する介入を検討している17のRCTのメタ分析が公開されました¹⁾。対象としてうつ病、糖尿病、心血管疾患を軸にした研究と高齢者への介入研究があり、介入方法は強化された多職種連携による疾患管理介入と、患者教育や自己管理サポートによる介入の2つに大別されています。うつ病の症状は改善され、服薬遵守をわずかに改善し、健康行動への意欲を改善する可能性が示されたのですが、どのマルモへの介入が有効なのかはエビデンスがまだ蓄積されていません。

本研究から参考になることは、①多職種連携と②患者教育・自己管理が鍵であることです。バランスモデルでの介入の要点は患者のできそうなこと(capacity)をいかに増やすか、患者の治療負担をいかに減らすかにあるため、患者の自己管理を高めるために何をすればよいのかという視点が重要になります。ここからは私案ですが、②への介入は「家族」の視点を持ってバランスモデルで考えることにより、介入に深みが出てきます。今回は家族へのアプローチをバランスモデルの視点で考えてみましょう。

マルモへの介入は家族志向型ケアの視点でとらえると効果的な介入が見えてくる

家族志向型ケア(family-oriented care)という言葉をご存じでしょうか？ これは患者を診る時に、その患者を取り

巻く家族を想像する方法です。例えば、患者が咳をしているため病院に行くように家族に言われたとしましょう。それは家族の中に同様のエピソードで肺炎になってしまった人がいたからかもしれません。あるいは何らかの家族環境の変化によるストレスで心因性咳嗽を来しているからかもしれません。一方で、咳をしている家族を看病したり話題にしたりすることで家族の絆が深まっているのかもしれないし、咳の原因が家族の喫煙のせいということもあるでしょう。

このように患者を家族の一員という視点でとらえると、家族というシステムの中で患者がさまざまな影響を受けていることがわかります。その関係性が見えてくると、病気を医学的な視点だけでなく、心理社会的な広がりでもとらえることができるのです。詳しくは成書など^{2,3)}をご覧ください。

マルモのバランスモデルを家族単位で考えてみる

患者を家族の一員ととらえることの大切さはわかったと思います。今度はマルモのバランスモデルで患者の家族をとらえてみましょう(図)。左側に「家族システムの強み」、右側に「家族システムの弱み」を配置することで、家族単位でバランスよく介入する方法が見えてきます。

本連載で紹介したマルモのバランスモデルと同様、図の左側には「サポート」「レジリエンス」が項目にあります。これは家族という単位でみても、協力者がいるかどうか、変化や逆境に強いかを考えることなのでわかりやすいでしょう。ここでは、これまでは「疾患理解」としていた項目が「関係性の理解」に置き換わったことがポイントです。例えば、家族システムの下位システム(サブシステム)に当たる夫婦や

医学書院 セミナーのご案内

Webセミナー

教育・研究・臨床にいかす 表面筋電図セミナー

受講料 無料

【視聴可能期間】
リアルタイム配信 2021年7月8日(木) 19:00~21:00
アーカイブ配信 2021年7月8日(木)~8月8日(日)

講師

- 井川 達也 先生
国際医療福祉大学 保健医療学部 理学療法学科
- 勝平 純司 先生
東洋大学 ライフデザイン学部 人間環境デザイン学科 教授
- 中谷 知生 先生
宝塚リハビリテーション病院

プログラム予定

- 授業や院内教育における表面筋電図の活用 井川 達也 先生
- 動作分析研究における表面筋電図の活用 勝平 純司 先生
- 臨床における表面筋電図の活用 中谷 知生 先生
- まとめ

※一部変更となる場合がございます

詳細はこちら ▶

参考図書

臨床にいかす表面筋電図

セラピストのための動作分析手法

信頼性の高い表面筋電図の計測と得られたデータの正確な評価の方法を手に入れよう!

Web動画付

ISBN 978-4-8001-4111-1



海外のチーフレジデントが、 コロナ下で工夫する研修医教育は

金 允泰, 木下 雄仁, 西澤 俊紀 聖路加国際病院 2021年度内科チーフレジデント

チーフレジデントに必要な能力の獲得とネットワーク形成を目的に、全米の次期内科チーフレジデントが集う Association of Program Directors in Internal Medicine (APDIM) Chief Residents Virtual Meeting が4月7~8日、オンラインで開催されました。当院から3人のチーフレジデントが参加した今回、海外のチーフレジデントたちがコロナ下の困難にどう向き合い工夫を凝らしているかが紹介されました。本稿では、オンライン教育の工夫と研修環境整備の2つに焦点を絞って報告します。

◆オンライン教育で聴衆の動機付けをいかに促すか

コロナ禍で、大人数が集まる従来の教育カンファレンスが難しくなった現状を踏まえ、Zoomなどウェブアプリケーションを用いた教育方法やカンファレンスの話題が取り上げられました。オンライン教育には、例えば当直明けや地域研修中のレジデントが自宅や遠隔地から参加できるメリットがあります。一方で学習における3要素(集中する、理解する、吸収する)のうち、集中力の維持が課題に挙がりました。

そこで、レジデントをレクチャーに引き込み集中させる方法として、質問やケースシナリオ、小話、イラストなどの導入、投票機能やグループチャット、ブレイクアウトルームを使いながら聴衆が能動的に参加できる仕組みを企画し、カメラをオンにしたアイコンタクトや、ボディランゲージを表現する重要性が強調されました。

理解や吸収を助ける工夫には、レクチャーで得られるアウトカムを最初に提示して内容を簡潔にすることや、“Chunk & Chew”という10分間の説明後に2分間の情報処理やInteractionに時間を取るテクニック¹⁾、NERD (Narrow: 話題を絞る, Evidence-based: EBMに基づく, Relevant: 症例と関連性がある, Digestible: 頭に残りやすい)のフレームワークが紹介されました。

得た学びは、当院が毎朝オンラインで行う15分間のMorning Reportに早速導入しました。症例ベースのレクチャーではあらかじめKeyとなる質問をレジデントに投げ掛け、双方向の議論を心掛けています。最近ではレジデントが自発的に発言するようになりました。チーフレジデント主催で週に1度行うレジデント対象のレクチャーでは、録画動画を用いて事前に予習に取り組んでもらい、当日は学習のアウトプットに重きを置いたFlipped classroom(反転授業)を取り入れています。

次に紹介するのは、今回重点テーマとして議論された、さまざまな境遇の

●表 日本の研修医も知っておきたいインポスター症候群の特徴 (文献2,3より作成)

特徴	自らの能力が周りから過大評価されているのではないかと不安に苛まれることや、自らの業績や行いに自信が持てないなどの心理状態。
疫学	女性や外国人医師がなりやすい。内科系研修医の30~40%前後に見られる。
対策	・自身の能力を再認識させる機会を与える。 ・自分自身を過小評価するような発言をやめさせる。 ・褒め合う文化を作る。

レジデントが抱える研修中の課題です。中でもうつ病や休職、退職につながるバーンアウトは米国のチーフレジデントも頭を悩ませています。さらに私たちの関心を引いたのが、バーンアウトに関連して取り上げられた「インポスター症候群」(表)です^{2,3)}。自らの能力が周りから過大評価されているのではないかと不安に苛まれることや、自らの業績や行いに自信が持てない心理状態を指す言葉です。自身の成功に懐疑的になったり、失敗を過度に恐れたりする問題がバーンアウトにつながる可能性も指摘され、インポスター症候群の克服はバーンアウトを防ぐ方策の一つに数えられます。仕事の量や質を落とさず、いかにバーンアウトを防ぐか。当院も年間プロジェクトとして取り組む考えです。

この他、妊娠出産が大きなライフイベントとなる女性レジデントへの介入を取り扱ったカンファレンスがありました。ローテーションの変更例(チーフレジデントがスケジュールを管理)をはじめ、産休・育休中、授乳中のレジデントへの声掛け例など、すぐに役立つサポートの内容が共有されました。女性レジデントが研修しやすい環境の整備も、チーフレジデントの重要な役割と再認識しました。

レジデントのより良い研修環境整備のため、パンデミックによる環境の変化とニーズに柔軟に対応することがチーフレジデントには求められます。特にオンライン教育では聴衆の動機付けをいかに促し、学習効率を向上させるかが課題です。今回得られた知見から、研修医教育の質向上に引き続き取り組んでいきます。

●参考文献

- 1) Marzano RJ. The Art and Science of Teaching: A Comprehensive Framework for Effective Instruction. Assn for Supervision & Curriculum; 2007.
- 2) Int J Med Educ. 2016 [PMID : 27802178]
- 3) J Gen Intern Med. 2008 [PMID : 18612750]

大学の総合診療科医でもある著者が、教育・診療の視点でアートの可能性を探ります。

名画で鍛える 診療のエッセンス

森永 康平 獨協医科大学総合診療科 非常勤助教/ミルキク 代表

第9回 自分の感性を見つめ直す

雨と聞いて心がおどる人は、それほど多くないでしょう。雷雨となればなおさらです。

今回の名画では、レーザービームのように大胆に描かれた雷の姿と、逃げ惑う人々が描かれています。かつて雷は現代では想像できないほどの脅威であり、畏怖の対象だったことがわかります。

一方で雷には、田畑を潤す「恵みの雨」という恩恵の側面も大きかったようです。神社にあるしめ縄の白いひらひら(紙垂)のモチーフは、豊作を願ひ邪気を追い払う雷だとする説があります。雷は「稲妻」とも呼ばれます。古の日本人はすでに雷や雨が稲を豊かに実らせる存在だと確信し、言葉にしていたようです。

本来の日本語が持つ豊かさを味わう

日本人は季節や時間帯などで変化する機微を敏感に感じ取ってきました。それは例えば日本語における「雨」の表現の多さに表れています。雨が降る様子を示す、しとしと、ざーざー、パラパラなどのオノマトペ(擬音語・擬声語)。また、梅雨や夕立、土砂降り、秋雨、天気雨などの名詞。もし「雨が降る日=憂鬱」という単純化した価値観で判断していたら、表現にこれだけのバリエーションは生まれなかったでしょう。

「俳人に『あいにく』という言葉はない」というのは、人気のテレビ番組「プレバト!!」の俳句コーナーに登場する夏井いつき先生の言葉です。「あいにくの雨で、満開の桜を見そびれた」と落胆するのではなく、「これで、雨に打たれて散る桜の句が読める」と考える。実に含蓄があり、毎日をより楽しく歩み続けるためのヒントになる考え方です。「世界最短の定型詩の1つ」と呼ばれる俳句をはじめ、日本語が持つ繊細な自然や心をとらえて表現する力には驚きを隠せません。

心の機微を察知し、言葉で表現する

「言葉は感情を強く刺激する」といいます。最近ではメールやSNSの発達もあり、短い文章や絵文字、スタンプでのコミュニケーションが増



加しています。本来の日本語表現の豊かさを顧みず、例えば「ヤバイ」などの短く強い感情表現のような言葉を多用していると、自分や相手の心の状態を低い解像度でしか見つけられなくなるかもしれません。

細やかな心情やその変化に対して大味なラベリングをせずに、本質をつかんだ言葉で丁寧に、一言一言表現を探る習慣を身につければ、見える景色はおのずと変わってくるはずです。例えば目の前で患者さんが涙を浮かべて俯いている姿をイメージしてください。この時にただ「悲しそうに見える」という機械的で画一的な評価にとどまるのではなく、「なぜ悲しそうに見えるのか」まで考えることが大切です。そうすることで、家族など相談できる相手がいない「孤独感」や、重大な病気に罹患して病名告知を受けたことによる「動揺」、先行きのみえない「不安」まで感じ取れるようになるかもしれません。心の機微を自ら察することができれば、医療者の言葉は表面的なものにとどまらず、真に心情に寄り添った深みのあるものに洗練されていくのではないのでしょうか。

私たちは本来、幸福や美しさ、楽しさ、悲しさ、悔しさなどを繊細に感じ取る知覚力と感性、それを表現できる言葉や文化を受け継いでいます。知識や技能の習得とは異なり、自らの感性と対話しながら、細やかな心の動きや私たちを取り巻く森羅万象を言語化することに正解やゴールはありません。しかしながら、本質に近づこうとする意志こそ、病を抱えた患者さんの心に寄り添う姿勢につながっていくと信じたいと思います。

今回の名画：二十四孝童子鑑 王褒(歌川国芳)

コロナ禍で活用できるサービスも解説! 必要な医療福祉サービスが見つかる、わかる!

医療福祉総合ガイドブック 2021年度版

医療福祉サービスを利用者の生活場面に沿って解説したガイドブックの2021年度版。最新情報のフォロー、解説の見直しによりさらに理解しやすい内容に! 医療保険、生活保護、年金保険、介護保険、障害者総合支援法、子どものいる家庭への支援、自然災害に対応する支援等、全国共通で利用頻度の高い制度から地域によって異なるサービスまで幅広く網羅。コロナ禍で利用できるサービスも解説! 医療福祉関係者必携の1冊。

編集 NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会

医療福祉総合ガイドブック

MGH発!史上最強の備忘録、最新版

内科ポケットレファランス 第3版

Pocket Medicine: The Massachusetts General Hospital Handbook of Internal Medicine, 7th Edition

- ▶世界的に名高いマサチューセッツ総合病院(MGH)の、蓄積された経験を集約したベストセラーレファランス、最新版の邦訳。
- ▶膨大かつ研ぎ澄まされた情報を、略語/記号を駆使し、簡潔な文章・図表で網羅。
- ▶白衣のポケットに入れて実地で活用できる「備忘録」としてコンパクトさ・機能性を維持しつつ、文字サイズを拡大、読みやすさに配慮。
- ▶必要な情報を常に携帯し、より日常診療のレベルを向上させたい医師必携。
- ▶臨床実習に臨む医学生や病棟・外来で働く看護師にも。
- ▶『ハラン内科学』、『ワシントンマニュアル』との併用で迷いを払拭。

日本語版監修: 福井次矢 聖路加国際病院 院長

定価4,620円(本体4,200円+税10%)
B6変 頁440 図56 2021年
ISBN978-4-8157-3013-0

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.medsi.co.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

Medical Library

書評・新刊案内

胃と腸 Vol.55 No.5 2020年05月号(増刊号) 特集 消化管腫瘍の内視鏡診断 2020

評者 吉永 繁高

定価:7,920円(本体7,200円+税10%) 医学書院

国立がん研究センター中央病院内視鏡科外来医長

われわれ消化管内視鏡医に大事なことは何か? 早期癌を内視鏡で安全かつスピーディーに切除することか? もちろん、患者さんの命を救う手技であり、大事なことだ。しかし、それ以上に私が大事と思うことがある。それは『診断』である。「癌」と診断できないと内視鏡で治療することもできないし、見逃すと次に見つけた時には進行していることだってある。逆に「癌」と誤診して切除するなんてもっての外だ。「癌」だけでなくリンパ腫などの「腫瘍」だって治療するためには適切な「診断」が必須である。本書は

咽頭から大腸までの主に腫瘍性疾患を網羅しており、この一冊で消化管疾患の内視鏡診断のエッセンスが学べる。

まず序説からすごい。2020年度まで早期胃癌研究会の運営委員長でいらした山野泰穂先生の情熱と博学さが溢れる内容にこちらまで activate されてしまう。

咽頭は虎の門病院の若頭の菊池大輔先生が Valsalva 法も含め診断全体をまとめ、食道は診断も治療も大家である小山恒男先生が診断の総論を、扁平上皮癌を小山先生の愛弟子の竹内学先生が、Barrett 食道癌は Barrett 界重鎮の小池智幸先生が、その他の腫瘍を石原立先生の秘蔵っ子の松浦倫子先生が執筆している。そして満を持して良性腫瘍を食道界随一の診断医である門馬久美子先生がまとめている。

胃に関しては、早期胃癌の内視鏡診断ガイドライン委員会の長でもある八

尾建史先生が診断の進め方をまとめ、各論ではピロリ菌感染胃癌を八木一芳先生の下で拡大内視鏡を学んだ名和田義高先生が、未感染胃癌を第一人者の吉村大輔先生が、上皮腫瘍を上堂文也先生の下で研さんを積んだ岩上裕吉先生が、リンパ増殖性疾患を胃のリンパ腫に関して沢山の論文を書いている小野尚子先生が、透視も内視鏡も何でもござれの入口先生が隆起性病変をまとめている。

十二指腸の上皮性腫瘍(SNADET)は遠藤昌樹先生の弟分の鳥谷洋右先生が、粘膜下腫瘍(SMT)様隆起を小野裕之先生門下のホープの吉田将雄先生が、小腸の上皮性腫瘍を田中信治先生の右腕である岡志郎先生が、リンパ増殖性疾患は中村昌太郎先生の薫陶を受けた梁井俊一先生が、SMT 様病変を長南明道先生の後継いだ松田知己先生が執筆している。

大腸は診断の総論を大腸診断のオーソリティの河野弘志先生が、超拡大まで含む上皮性腫瘍の診断をがん研有明病院の下部消化管を担う斎藤彰一先生が、鋸歯状病変を工藤進英先生、山野先生の系譜を受け継ぐ松下弘雄先生が、いろいろな研究会で大腸の読影と言えど真っ先に名前が挙がる佐野村誠先生が SMT 様病変を、診断も外科治療も超一流の松田圭二先生が肛門管腫瘍状病変を執筆している。消化管全体にわたるポリポーシスを松本主之先生、江崎幹宏先生の学問の遺伝子を引き継ぐ梅野淳嗣先生がまとめている。そして、近年話題に上らない日はな

消化管内視鏡診断のバイブル



THE内科専門医問題集1 [WEB版付]

総合内科III・消化器・循環器・内分泌・代謝・腎臓

簡泉 貴彦, 山田 悠史 ●チーフエディター

B5・頁422
定価:7,480円(本体6,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04333-5

THE内科専門医問題集2 [WEB版付]

呼吸器・血液・神経・アレルギー・膠原病・感染症・救急・集中治療

簡泉 貴彦, 山田 悠史 ●チーフエディター

B5・頁462
定価:7,480円(本体6,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04334-2

評者 岡 秀昭

埼玉医大総合医療センター院長補佐/教授・総合診療内科・感染症科

良問だなあ。これが全分野で一通りできれば目標の明確な内科専門医になれるのではないだろうか? まずは感染症や総合内科の問題を解きながらそう思った。本来の内科医に必要な知識、判断力を試す良問が並ぶ

もう10年近く前になるだろうか。私が総合内科専門医試験を受験したときのことだ。日常診療の合間で試験勉強する時間も確保できず、当時あった赤と青の問題集のうち、自分の苦手な神経や循環器などの分野だけをなんとか目を通し本番に臨んだ。

結果的には合格できたものの、試験後の感想としては全く手応えがなかったことを覚えている。

さらに、その試験の問題を通じて、総合内科専門医とはどういうものかが、全く見えなかった。消化管内視鏡ができて、心臓カテーテルもできて、骨髄移植をできる医者なのか? そのような医師をめざしているかのような問題がたくさんあった。

本問題集は目標が明確だ。総合内科専門医の試験目的ではあるものの、本来の総合内科専門医とはこうあるべきだと、それに必要な知識、判断力を試す問題が多くを占めている。

感染症領域では、専門性の高い HIV の抗ウイルス療法(ART)には一切触れられていないが、HIV 患者をいかに

診断するか、そしてそのヘルスマネジメントや感染予防についての知識を問う内科医なら知っておくべきよく考えられた問題を通して最新の知識を効率的に学ぶことができる。

総合内科専門医ですら取得されている医師も、良いトレーニングになるだろう。そして、私も勉強せねば。そうやる気にさせてくれる問題集である。

さて、最後に1つ注意点を挙げたい。もしかしたら、本問題集は総合内科専門医試験の対策には正直心配な点がある。それは問題作成者の日本スタンダードだ。拙著の『感染症プラチナマニュアル』(MEDSi)の Amazon でのレビューに、「細菌性髄膜炎の経験治療はカルバペネムだろ! 本書籍を盲信しないほうが良い」と酷評いただいた。しかし、本問題集の肺炎球菌による細菌性髄膜炎の経験治療の正解はプラチナマニュアル同様にバンコマイシンとセフトリアキソンである。

日本の大人の事情を考慮しないと危険かもしれない。

最後に本来の総合内科専門医試験が、本書の著者陣のように現場の臨床を知る臨床家により作成されることで、社会的ニーズに合った総合内科専門医が量産されることを願ってやまない。

い AI 診断に関して、日本中で胃癌の AI 診断の講演をしている平澤俊明先生が上部消化管を、EndoBRAIN® の生みの親である工藤進英先生が下部消化管を担当している。

これだけのきら星のごとき著者たちが美しい画像を添えて書いた文章が勉強にならないはずがなく、現在の消化

管内視鏡診断のバイブルと言っても過言ではない。何より素晴らしい執筆陣を企画した編集委員の見識に感服しきりである。

ぜひ、一流の内視鏡診断学に触れていただき、読者諸氏の日々の臨床の一助となることを実感していただければ幸いである。

患者全体を見すえた内科診療のスタンダードを創る

Hospitalist

ホスピタリスト

2021年 年間購読申込受付中



Vol.8 - No.4

特集: 病棟管理

責任編集: 小坂鎮太郎・濱田 治・簡泉貴彦

- 1部定価: 5,060円(本体4,600円+税10%)
- ISBN978-4-8157-0085-0
- 年間購読料19,360円(本体17,600円+税10%)

※毎月お手に直送します。(送料無料)
※1部ずつお買い求めいただくに比べ、約4%の割引となります。

特集 2021年(予定) 1号 膠原病2 2号 内分泌2 3号 不整脈1 4号 不整脈2

総合内科病棟マニュアル

新刊 病棟業務の基礎 [赤本]
●定価4,840円(本体4,400円+税10%)

総合内科病棟マニュアル
近刊 疾患ごとの管理 [青本]
●定価6,160円(本体5,600円+税10%)

●2021年7月発売予定

新刊
ワシントンマニュアル
第14版

The Washington Manual[®]
of Medical Therapeutics
36th Edition

●世界的に圧倒的な支持と評価を獲得している内科治療学のバイブル、6年ぶりに改訂。
●ベッドサイドにおける実践的知識とノウハウを網羅。
●手順のみを示すポケットマニュアルとは一線を画し、しっかり読み込むことで、臨床能力を高められる。
●看護師や薬剤師にも最新の内科治療を概観するテキストとして有用。
●版を重ねるごとに信頼度を高めてきた、これぞスタンダード。

ワシントンマニュアル

- 世界的に圧倒的な支持と評価を獲得している内科治療学のバイブル、6年ぶりに改訂。
- ベッドサイドにおける実践的知識とノウハウを網羅。
- 手順のみを示すポケットマニュアルとは一線を画し、しっかり読み込むことで、臨床能力を高められる。
- 看護師や薬剤師にも最新の内科治療を概観するテキストとして有用。
- 版を重ねるごとに信頼度を高めてきた、これぞスタンダード。

定価 9,570円 (本体価格 8,700円+税10%)

●A5変 頁1288 ●図37・写真7 2021年
●ISBN978-4-8157-3017-8

目次 (アウトライン)

1 内科入院患者のケア	10 呼吸器疾患	17 臓器移植医療	26 内科的救急疾患
2 栄養療法	11 アレルギーと免疫疾患	18 消化器疾患	27 神経内科疾患
3 心臓病の予防	12 水分・電解質の管理	19 肝疾患	28 中毒学
4 虚血性心疾患	13 腎疾患	20 止血異常と血栓症	付録
5 心不全と心筋症	14 感染症の治療	21 血液疾患・輸血療法	A 免疫法と曝露後の治療
6 心臓疾患と心臓弁膜症	15 抗菌薬	22 癌	B 感染予防対策と隔離法
7 不整脈	16 性感染症、ヒト免疫不全ウイルスと後天性免疫不全症候群	23 糖尿病と関連疾患	C 二次救命処置のアルゴリズム
8 重症患者の管理		24 内分泌	索引
9 閉塞性肺疾患		25 関節炎とリウマチ性疾患	

