

2017年3月13日
第3215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 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] 卒業時の能力をOSCEでどう評価するか(金子英司,孫大輔)…… 1-2面
- [寄稿] 被災地・福島での研修が教えてくれたもの(福永久典)…… 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…… 6-7面

対談

卒業時の能力をOSCEでどう評価するか



金子 英司氏

東京医科歯科大学総合教育機構准教授/
同大学医学部附属病院老年病内科

孫 大輔氏

東京大学大学院医学系研究科
医学教育国際研究センター講師

卒業時の能力を評価する臨床実習後 OSCE (Post-Clinical Clerkship OSCE ; Post-CC OSCE) の実施が予定されている (MEMO)。2020 年度から全国の医学部で正式に行われる見通しだ。臨床実習前に行われる OSCE は、学生による医行為の違法性を阻却する他、基本的な医療面接、身体診察、臨床手技が手順通りにできるかを評価する意味合いがあった。それに対し、Post-CC OSCE では、臨床研修開始時に必要な臨床能力を評価することになる。

本紙では、既に 2013 年度から卒業試験の一部として OSCE を取り入れている東医歯大と、2016 年度から卒業時の筆記試験をなくし、OSCE を含めた統合型試験を実施することになった東大、それぞれで教育に携わるお二人の対談を企画。Post-CC OSCE の狙い、実施に際しての評価の視点や課題、今後の大学医学部がめざすべき教育の方向性についてご議論いただいた。

金子 東大は、2016 年度から卒業時の筆記試験をやめて、OSCE のみの評価にしたと聞きました。

孫 ええ。正確に言うと、OSCE を含めた統合型試験で「臨床実習後試験」と呼んでいます。大きな方針転換でした。2 か月間かけて 36 科目の筆記試験を行っていたのが、1 日だけの OSCE 型試験になったわけですから。

金子 きっかけは何だったのでしょうか。

孫 2010 年の ECFMG 通告で始まった、医学教育分野別評価制度です(註)。

金子 いわゆる「2023 年問題」ですね。

孫 そうです。2015 年 2 月の受審に向け、1 年かけて準備を進めました。世界医学教育連盟 (WFME) のグローバルスタンダードに基づき点検した際、臨床実習後は筆記試験の実施のみ

で、知識面しか問うていないのは評価として不十分との議論になり、臨床実習後の OSCE を卒業試験として行うことになりました。

2020 年度開始へ 日本の医学教育の転換点

孫 2020 年度からは、いよいよ共用試験機構による Post-CC OSCE が全国的に実施されます。これまで卒業時の能力評価は大学ごとの卒業試験と、国家試験だけでした。卒業時の技能が標準的な形で評価されるのは、初めてのことでないでしょうか。

金子 そうですね。医師免許を与えるまでに、どこまで「実地の臨床技能のある医師」に育てるかは、議論されてきませんでした。Post-CC OSCE の統合的な実施に向けた動きがある今、卒前教育で育成すべき医師像がより明確になるものと期待しています。

孫 日本の医学教育にとって大きなターニングポイントだと思います。東医歯大ではいつから始めたのですか。

金子 共用試験 OSCE が始まった 2005 年です。将来、卒業試験に位置付けることを見据え、Advanced OSCE

のトライアルを行いました。

孫 そんなに早い時期からですか。

金子 ただ、その後は期間があいて、2012 年度に再度トライアルを実施し、2013 年度から卒業試験の一部として本格的に始めました。米国で使われている Clinical Skills Assessment に倣って、本学では CSA と呼んでいます。

孫 筆記試験は残っていますか。

金子 はい。2015 年度までは科目ごとに筆記試験を行っていましたが、2016 年度からは「内科」「外科」「周産・女性科、小児科」、それと、いわゆるマイナー科に該当する「specialty program」を 2 ブロックに分けた、計 5 日間の卒業試験を行っています。

孫 筆記試験をやめた東大では、1 日だけの OSCE 型の統合試験で果たして卒業時の知識や技能・態度を評価できるのか議論になりました。一方、4 年次にはほぼ全ての臨床科目で試験を実施しているため、卒業試験に筆記試験を課すと重複がある上、学生は 6 年次の卒業試験対策のために国家試験の勉強にまで手が回らないといった課題もありました。

(2 面につづく)

MEMO Post-CC OSCE の正式導入に向けた動向

医師法第九条では、「医師国家試験は、臨床上に必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う」とされているが、現在のところ「技能」までは国家試験で問われていない。海外に目を向けると、米国、カナダ、ドイツ、台湾、韓国、インドネシアでは OSCE を用いるなどの実技試験が医師国家試験として実施されている。

2015 年にまとめられた厚労省の「医師国家試験改善検討部会報告書」では、今後臨床実習後の OSCE 導入を進め、「医師国家試験への OSCE の導入の是非については、その達成状況を確認してから、改めて議論していく必要がある」とされた。これを踏まえ、共用試験 CBT・OSCE を 10 年以上実施してきた医療系大学間共用試験実施評価機構(以下、共用試験機構)により、2020 年度から全ての医学部で臨床実習後の統合的な OSCE が実施される予定(図 1)。OSCE が筆記試験に比べ優れている点として、臨床技能の評価に適していること、態度やコミュニケーション能力など筆記試験では測れない部分の評価ができることなどが挙げられる。なお、「Advanced OSCE」の名称は和製英語のため、現在は Post-CC OSCE が一般的な表記となっている。



● 図 1 Post-CC OSCE 実施計画

●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。

3 March 2017 新刊のご案内 医学書院

標準解剖学
坂井建雄
B5 頁660 9,000円 [ISBN978-4-260-02473-0]

**発達障害のリハビリテーション
多職種アプローチの実践**
編集 宮尾益知、橋本圭司
B5 頁296 4,500円 [ISBN978-4-260-02846-2]

**病院早わかり読本
(第5版増補版)**
編著 飯田修平
B5 頁312 2,300円 [ISBN978-4-260-03051-9]

臨床検査技師のための 血算の診かた
岡田 定
B5 頁184 3,500円 [ISBN978-4-260-02879-0]

**多職種連携で支える災害医療
身につけるべき知識・スキル・対応力**
編著 小井土雄一、石井美恵子
B5 頁208 2,700円 [ISBN978-4-260-02804-2]

**家族計画指導の実践
少子社会における家族形成への支援
(第2版増補版)**
木村好秀、齋藤益子
B5 頁200 3,000円 [ISBN978-4-260-03048-9]

看護師長ハンドブック
編集 古橋洋子
A5 頁140 2,200円 [ISBN978-4-260-03006-9]

**シミュレーション教育の効果を高める
ファシリテーター Skills & Tips**
内藤知佐子、伊藤和史
A5 頁264 2,600円 [ISBN978-4-260-03014-4]

**発達段階からみた
小児看護過程
+病態関連図
(第3版)**
編集 浅野みどり、杉浦太一、山田知子
編集協力 高橋義行、濱 麻人
A5 頁816 3,800円 [ISBN978-4-260-02837-0]

看護医学電子辞書 11
電子辞書 55,500円 [JAN4580492610193]

言語聴覚研究 第14巻 第1号
編集・発行 一般社団法人 日本言語聴覚士協会
B5 頁88 2,000円 [ISBN978-4-260-03056-4]

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。

<出席者>

●かねこ・えいじ氏

1988年東医歯大医学部卒。同大第3内科、横浜南共済病院、都立広尾病院にて研修。93~97年米ワシントン大(シアトル)病理学教室留学。葛西昌医会病院循環器科医長、東医歯大老年病内科講師、同大医学教育システム研究センター准教授を経て、2016年4月より現職。同大医師会理事。専門は医学教育、老年医学。「学生が自ら進んで臨床の知識・技能・態度を学修できる環境作りをめざします」。

●そん・だいすけ氏

2000年東大医学部卒。腎臓内科医を経て、08年より家庭医(総合診療医)に転向。12年より現職。日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医。臨床研究および医学教育に携わりながら、家庭医としての勤務を続ける。大学では主に医療面接実習などの医療コミュニケーション教育に従事し、他に多職種連携教育や教員対象のFD(ファカルティ・ディベロップメント)を担当。10年からは市民・患者と医療者がフラットに対話できる場「みんくるカフェ」を主宰(一般社団法人みんくるプロデューサーURL: http://www.mincleproduce.org/)。

(1面よりつづく)

そこで、知識面については4年次の段階でクリアしたと考え、技能・態度は臨床実習時の評価と卒業試験時のOSCEで総合的に評価する方向へと方針転換を図ったわけです。特に態度面の評価は卒業時のOSCEだけでは限界があるため、臨床実習の評価システムも適宜改善して、総合的な評価ができることをめざしています。

金子 臨床実習の現地評価を各大学が今まで以上に重視する方針になっているため、必ずしも「一発勝負」の試験による評価にこだわる必要はありません。本学も、卒業試験は臨床実習の到達度を評価する位置付けで行っています。総括の評価ではありませんが、「落とす」意図はもともと小さく、臨床実習のまとめとして行い、学生の学ぶ意欲を引き出すことを重視しています。

ステーション数と課題設定は

孫 今回初めて実施し、浮き彫りになった課題もありました。特に、限られた時間内で、評価の信頼性確保と標準化をどう果たすかです。OSCEの所要時間を決定づけるステーション数は、どのように決めましたか？

金子 1日で終わられるように設定しました。

孫 評価者やSP(模擬患者)の労力を考えると、2日以上は確保はやはり難しいですね。

金子 ええ。そこで本学では、2016年度は6年生104人に対し5ステーションを設置しました。

孫 課題数や時間配分はいかがですか。金子 「医療面接2課題+手技3課題」です。医療面接1課題は15分の診療と10分の別室での診療録記載からなります。

孫 臨床実習後のOSCEでは臨床推論やプレゼンテーションなど実施すべき内容が増えるので、1ステーション15

~20分は必要です。評価のポイントはどのような点に置いていますか。

金子 一つは、来院した初診患者に対し、鑑別を考えながら医療面接と身体診察、検査のオーダーを行い、その結果から初期診療の方針を決める一連の流れがしっかりできるかどうか。もう一つは、手技の到達度の評価です。臨床実習前OSCEの手技は、言わば「作法」の確認にとどまるので、臨床実習を終えた学生には、より実践で使える手技ができるかを問うことになります。

孫 手技はどのような内容でしょう。金子 ①救急蘇生の基本、②「咽頭痛の初診患者の診察と初期治療」というような臨床場面の手技、③臨床実習前OSCEの範囲外である持続的導尿・直腸診などを組み合わせて行います。

医療面接や身体診察の手技の出来を評価することは大切ですが、何よりも患者さんを診る流れを理解し、個々の手技がなぜ必要なのかを理解させることが、OSCEを行う重要な目的だと考えています。

学ぶ意欲を引き出す工夫が大切

孫 東大は、5種類の臨床課題を準備しましたが、時間の関係で1学生当たり「臨床課題(15分)2ステーション+手技課題(10分)1ステーション」で実施しました。臨床課題の内訳は、医療面接5分+身体診察5分+口述問題5分。ただし、SPには5課題分のシナリオを準備しました(SP1人につき1シナリオ)。準備するシナリオ数が多くなるとSPの事前準備も煩雑となり、標準化には課題が残りました。

金子 数を用意すると難易度の差がどうしても生じてしまいます。しかし、学生の意欲を引き出し、広く学んでもらうことが目的の一つなのであれば、多少の差は出て数を用意すべきです。

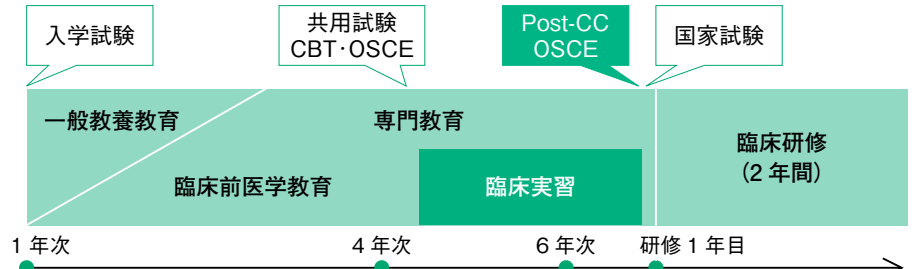
孫 学生もその分、広く学びますね。

金子 学生には、試験の具体的な内容を早めに周知することも重要です。かつてトライアルを実施した際、「試験範囲は6年間に学んだこと全て」と提示したところ、多くの学生がほとんど勉強をしませんでした。教育的な観点からは、ある程度の指標を示すほうがより高い教育的効果が得られます。試験後に総評をフィードバックすることも、その後の意欲を高めることにつながるでしょう。

孫 実際に勉強して、試験でできれば達成感もある。東大でも、事前説明会で試験の形式を丁寧に伝えました。学生の事後アンケートでも、OSCEに臨むに当たって実践的なことを学べたと、総じて好評でした。「筆記試験ではなく実技で評価する点が素晴らしい」「従来のものより今回のほうが良いと感じた」などのコメントが見られました。

他方で、評価する側の負担軽減も考えなくてはなりません。

金子 本学では、医療面接や身体診察時のチェック項目は基本的な部分に絞り、臨床実習前OSCEよりも項目を



●図2 Post-CC OSCEの実施で、臨床研修へのシームレスな移行が期待される

少なくして、1ステーション1人で評価する態勢にしました。

孫 どのように評価するのでしょうか。

金子 診察の思考過程は診療録として学生に紙に書いてもらいます。15分の診察が終わったら、次の10分は、別室で診療録を書く時間に充てる。作成された診療録は後からでも採点でき、「医療面接はできているか」「身体診察をきちんとやっているか」といった評価も十分できます。

孫 それは合理的ですね。ステーション内で報告まで行くと、それを聞く評価者が必要になりますし、SPも中にとどまるので回転が悪くなります。

金子 評価者の労力になるべく小さくなるよう、短時間で効率的に終わる工夫は継続性の観点からも大切です。

大学の独自性発揮も検討を

孫 試験問題の作成については、共用試験機構が課題を作成する案も出ています。多少労力が軽減され、東大のように始めたばかりの大学や開始予定の大学は軌道に乗せやすくなるでしょう。

金子 臨床実習後の技能を、全国的に標準化された試験で評価できるようにする意義は大きいですね。一方、分野別認証評価制度では、大学が持つディプロマ・ポリシー(卒業認定・学位授与の方針)や卒業時のコンピテンシーを掲げて評価することが求められているため、大学の独自性をPost-CC OSCEにどう発揮するかも考える必要があります。

孫 医師として本格的に患者を診療する基本技能を問う試験が統一的に行わ

OSCEはゴールではなく、さらに技能を高めていくための一歩

孫 Post-CC OSCEの導入は、卒前の臨床実習と研修医1年目までを一つの枠組みでとらえることを意味します(図2)。「卒業後に身につければいい」と考えられていた技能を、卒前の段階で修得して卒業させてほしいという、臨床現場からの強いメッセージとも受け止められます。卒前から卒後へのシームレスな移行がより現実的にめざされることになるでしょう。

金子 Post-CC OSCEの最大の目的は、研修医になったとき、「患者さんのために自分は次に何をすべきか」を主体的に考え行動する姿勢を身につけさせることにあると思います。OSCEそれ自体はゴールではなく、臨床研修でさらに技能を高めていくための一歩と位置付けたいですね。

孫 卒前で修得すべき技能については、臨床研修指定病院の研修指導責任

れる以上、実質的には国家試験的な意味を帯びてくる面もあります。それでも当面は大学ごとに実施され、大学独自の課題設定も認められている。特色を発揮できるのは良いことだと思います。

金子 本学はグローバルな人材育成に力を入れているため、将来的には英語の試問なども盛り込んでいきたいと考えています。東大では、どのような点に特色を見いだそうとしていますか。

孫 東大の教育アウトカムの一つにフィジシャン・サイエンティストの育成があります。2016年度の臨床実習後試験では、臨床課題の最後の5分間に口述問題を設け、そこに大学の独自性を打ち出すことにしました。

金子 どのような内容でしょう。

孫 検査や治療を答えさせるのみならず、病態生理を問う問題や研究につながるような科学的な思考について問う設問など、東大ならではの問題を出したのです。

金子 それは、面白いですね。

孫 対話形式の口頭試問が臨床実習時の評価としては伝統的に行われてきた経緯もあり、それを望む先生方も少なくありませんでした。口頭試問は標準化の点ではやや難ありですが、評価者として入る先生方にとっては、対話形式は「人間的」ということで評価が高かったようです。

金子 個々の大学の卒業試験を兼ねている場合もあるので、独自性は残すべきでしょう。共用試験機構のコンセプトを踏まえつつも、大学の特色をキチッと出していく。両者のバランスを取りながら取り組んでいくことは重要です。

者の先生方への調査が行われています。今後、課題作成などに反映させられるとよいでしょう。

金子 将来的には、研修病院の先生方にOSCEに協力してもらうことも意義があるかもしれません。学内の教員には「医学教育は進化している」という意識変革を促し、実践的な教育に対する理解と協力を得られるはずだ。

孫 臨床現場からの具体的な提案と大学独自の教育アウトカムを重ね合わせることで、卒前・卒後の連続的な教育を具現化していける。Post-CC OSCEにはそんな期待が広がります。(了)

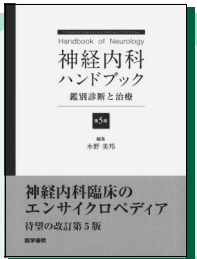
註：米国の外国人医師卒業後教育委員会(ECFMG)からの通告。米国・カナダ以外の医学部卒業生が米国で医師になる申請要件として「2023年以降は国際基準で評価・認定を受けている医学部出身者に限る」とされた。2015年に日本医学教育評価機構(JACME)が発足。

神経内科臨床のエンサイクロペディア、待望の改訂

神経内科ハンドブック 第5版 鑑別診断と治療

神経内科専門医をめざす研修医・若手臨床医のための定番書、5年ぶりの改訂。進歩著しい神経学の知識をフォローすべく、各種領域のエキスパートが分担して内容をくまなくアップデート。神経学的診察法などについては従来どおり懇切丁寧に解説しながらも、改訂にあたり目次構成を見直し、ベッドサイドでさらに扱いやすくなることをめざした。まさに神経学の臨床エンサイクロペディアといえる1冊。

編集 水野美邦 順天堂大学名誉教授



「モチpoint!」で、楽しく・効率よく上部消化管内視鏡診断をマスター!

上部消化管内視鏡診断(秘)ノート

著者が10年かけて集めた「内視鏡診断のポイント」=「モチpoint!」を楽しい語り口調で軽快に解説! さらに、雑誌「胃と腸」(電子版)の秀逸な論文をQRコード付きで紹介することで、入門者も経験者も効率よく診断力をレベルアップできる、必読の1冊。本書を持てば、内視鏡マスターへの最短ルートが見えてくる! [Web袋とじ(付録)付き!]

野中康一 埼玉医科大学国際医療センター消化器内科准教授 濱本英剛 手稲深仁会病院 消化器内科 医長 田沼徳真 手稲深仁会病院 消化器内科 主任医長 市原 真 札幌厚生病院 病理診断科 医長



寄稿

被災地・福島での研修が教えてくれたもの

“医の営みは患者と共に始まり、患者と共に続き、そして患者と共に終わる”

福永 久典 クイーンズ大学ベルファストがん細胞生物学研究センター

●ふくなが・ひさのり氏

2014年横市大医学部卒。同年福島県相馬市の公立相馬総合病院に初めての研修医として着任し、被災地医療の質の向上と福島原子力災害後の放射線被ばく影響の解明に取り組んだ。東北大加齢医学研究所医員を経て、16年秋から英クイーンズ大ベルファストがん細胞生物学研究センターにて放射線医学研究を行う。



2011年3月、観測史上最大規模の大地震、千年に一度と言われるほどの大津波、そして未曾有の原発事故が福島県相双地域を襲いました。地震と津波によって死傷者が数多く発生し、原発事故により住民の大部分は避難に追い込まれ、地域内のほぼ全ての医療機関が閉鎖を余儀なくされたのです。極限まで困窮した相双地域において、住民の希望のともしびとなったのは、公立相馬総合病院——わずか230床の小さな地域病院でした。

同院は、事故が発生した福島第一原子力発電所を擁する相双地域にありながら、震災直後の混乱期にも病院機能を維持し得た唯一の地域中核病院です。医師だけでなく病院の全スタッフが一致団結し、患者に最後まで寄り添うことを選んだ「相双地域の最後の砦」と言えます。私は医学部卒業後、同院の“初めての研修医”になりました。本稿では、福島での臨床研修で感じたことや、現在のキャリア選択に至った経緯についてご紹介します。

地域の人々の希望であり続けた病院で医療の在り方を学びたい

これまで私は、医学生として、医師として、被災地となった東北地方での医療支援に従事してきました。医学生ボランティアとして、福島県浜通りに初めて訪れた日に目にした光景を、今でもふとした瞬間に思い出します。津波によって何もかもが流された状況を見て被災地の人々の絶望を思い、原発事故の影響でなかなか進まない復興に対して憤りにも似た感情を抱きました(写真)。そうした苦しい状況下でも、医の営みを守り抜き、住民の希望を絶やさなかった公立相馬総合病院は、私の心の中でずっと忘れ難い輝きを放っていました。

かつて医聖と言われたWilliam Osler卿は、「医の営みは患者と共に始まり、患者と共に続き、そして患者と共に終わる」と言いました。米ジョンズ・ホプキンス病院の創設時メンバーであり、英オックスフォード大などで医学の教鞭を執った偉大なカナダ人医師Oslerは、医の営みの原点として“患者に寄り添う姿勢”こそを重視していました。もしもOslerが震災時の公立相馬総合病院を見たら、何と言ったでしょうか。おそらく「医の営みを担う者たちとして、これこそが在りべき姿だ」と、激賞してくれたのではないで



●写真 被災後の様子(筆者提供)

①地震、津波によって線路は壊滅(JR常磐線新地駅付近)し、②原発事故によって交通路は封鎖された(南相馬市から浪江町にかけての国道6号線)。

しょうか。私もまた、そうした在り方こそが医療のあるべき姿だと感じました。あの苦難の日々の中で、相双地域の人々の希望であり続けた世界一の病院で研修し、ぜひその精神を学びたいと強く思ったのです。

患者さんの最期の一言を聞き放射線医学研究の道へ

臨床研修中、私はある患者さんを看取りました。彼は福島県飯館村に住んでいたものの、原発事故によって故郷を追われ、その後は相馬市内の仮設住宅で独り暮らしをしていました。とても朗らかで優しい方でした。彼は最期に「死ぬ前に家に帰りたい」と言い、失意のまま亡くなったのです。なんとかしてあげたいという気持ちに反し、結局私は何もしてあげることができませんでした。

何の罪もない彼が、なぜそのような人生の終わりを迎える必要ならなかったのかと考えると、とても悲しくて、悔しくて。「今回の悲劇的な原発事故から得た教訓をもって、私たちは絶対に前に進まなければならない。故郷を失って無念のうちに亡くなった人たちの思いを決して無駄にはならない」と心に刻んだのです。

医学研究者としての私の原点は、ある種の“怒り”を内包しています。当時の被災地の状況に、私はどうしようもない怒りを覚えました。それは日本の放射線医学の現状に対してであり、自分自身の無力さに対してでもありました。誰かが放射線被ばくの影響を研究しなければならないと感じたのです。そして、医師として、医学者として、「自分がなすべきことは何か」を考えたとき、浅学非才の身ではあるけれど、自分が命を賭してその研究に取り組もうと決意しました。この怒り



を失くさないように。せめて最期を看取った私だけでも、彼の無念を忘れないように。

次は日本が世界の国々に恩返しをする番

福島原発事故被災地における低線量放射線被ばく影響の解明をめざして、最先端の放射線生物学を修めようと、2016年秋から英クイーンズ大ベルファスト大学院医学博士課程に進学しました。指導教官であるKevin M. Prise教授は米国放射線学会の副会長を務める放射線生物学の大家であり、Prise教授率いるクイーンズ大ベルファスト放射線生物学グループは世界屈指の放射線照射実験設備を有します。彼の下には世界中から研究者が集まっており、彼の門下生の多くは、世界各地で放射線研究チームのリーダーを担っています。そうした環境の下、今、私は研究に精一杯取り組んでいます。

物理学、化学、生物学、医学といった従来の枠組みにとらわれては、「ヒトに対する放射線被ばく影響の全体像」を理解するのは困難であることは、福島での混乱を見ても明らかです。例えば、放射線被ばくによる物理化学的反応、細胞や個体レベルでの生物学的応答、差別や風評被害などの心理的・社会的病理について、それぞれの専門家がばらばらに研究しているうち、患者や被災者の懸念・不安に真に向き合うことは難しいでしょう。今後は医学や物理化学、情報科学、社会科学などを統合したアプローチが極めて重要になります。

私自身、単身で放射線医学のフロンティアに挑むだけではなく、留学を通じて世界中の研究者の知己を得ながら、人類共通の課題である「放射線被ばく影響の解明」に学際的に取り組ん

でいきたいと考えています。医の営みが患者と共にあるように、私の選んだ道もあの忘れ難き患者さんと共にあることを信じながら。

現在も、世界各地で原子力発電所は稼働しています。スリーマイル島やチェルノブイリ、福島のような悲劇が、今後も発生し得るという可能性から目を背けてはいけません。万が一そのような原発事故が発生してしまった場合には、福島の事故を体験した私たち日本人研究者は、その解決に尽力・貢献するべきです。私自身もその役割を積極的に果たし、東日本大震災の際に温かな支援をしてくれた世界の人々に恩返しをしたいと願っています。

*

被災地・福島の医療に体当たりで挑むことを決めた日から、数年がたちました。結果として、その決断は正しかったように思います。当時の被災地の状況を知る患者の多くは、公立相馬総合病院を心から頼ってくれていると感じました。そして、そのような場所で研修医として働きながら、医療人としての最初の経験を積むことができたのは、私にとって確かな誇りであり、喜びであり、人生の宝となりました。

福島での原発事故から年月がたつ中で、人々の関心は徐々に薄れ、支援もだんだんと減ってきています。事故で足にけがを負った患者が、手術とリハビリという助けを得た後、いつかは独りで歩かなければならないように、傷ついた福島の地域医療もいつかは独力で立たなければならないのは確かでしょう。しかし、今なお復興の途上であり、助力は必要です。そして、被災地・福島の“患者に寄り添う医療の在り方”からは、若き医療従事者が学ぶべきものが数多くあるはずで、福島はもちろ、深刻な医療従事者不足に困窮する東北の被災地に、体当たりで挑むような医療人がこれからも増えることを祈っています。

私が初期研修を行った公立相馬総合病院では、臨床研修医を募集しています。学年に関係なく病院見学なども受け付けておりますので、ご興味のある方は下記問い合わせ先までご連絡ください。

●総務課(臨床研修医担当)

E-mail: sghjim11@bb.soma.or.jp

TEL: 0244-36-5101

http://www.bb.soma.or.jp/psghjim1/rinsyou.htm

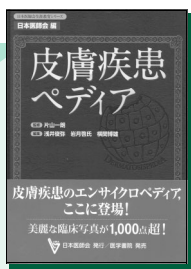
皮膚疾患のエンサイクロペディア、ここに登場!

<日本医師会生涯教育シリーズ>

皮膚疾患ペディア

本書はcommon diseaseはもちろん、まれであっても見逃してはならない皮膚疾患を網羅したアトラスである。1,000点を超える臨床写真を収載し、典型像だけでなく、病型、部位、経過、治療例などのバリエーションを示した写真を添え、目で見て疾患の特徴を把握できる1冊となっている。また、診療ガイドラインの要点をコラムで解説。所見と部位を手がかりに、絵合わせ的に探せる疾患インデックス付き。

編・発行 日本医師会
監修 片山一朗
大阪大学大学院医学系研究科
情報統合医学皮膚科学講座 教授
編集 浅井俊弥
浅井皮膚科クリニック 院長
岩月啓氏
岡山大学大学院医学薬学
総合研究科皮膚科学分野 教授
横関博雄
東京医科歯科大学大学院医学
総合研究科皮膚科学分野 主任教授



大熊臨床脳波学 待望の改訂版

臨床脳波学 第6版

逝去された大熊輝雄氏に代わり、今版では東北大学精神科教授陣が中心となって内容の全面的な見直しを行った。章の編成は、これまでの「臨床編・基礎編」の2編/25章から「総論・疾患編・応用編・基礎編」の4編/24章に分かりやすく再編。歴史的に評価の高い文献のレビューを残しつつも、デジタル脳波計、リモータージュ、進歩の著しいMRI、PET、SPECT、NIRSなどの脳画像について、新しい知見を加えた。

大熊輝雄
元・大熊クリニック院長/
国立精神・神経医療研究センター名誉総長/
東北大学名誉教授
松岡洋夫
東北大学大学院医学系研究科教授・精神神経学
上笠高志
東北大学大学院医学系研究科教授・臨床心理学
齋藤秀光
東北大学大学院医学系研究科教授・精神看護学



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10話】

モンスター・ペイシエント？ “困った患者さん”にしちゃっているかも!?



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。



もう、何なのよあの家族！ 来るたび来るたび、文句つけてきて！——ナースステーション奥の控室からこんな声が聞こえてきました。いつも感じがよく、患者さんからの評判もいい看護師さんの声です。話題に上っているのはへっぼこ先生の担当しているAさん。本人は高齢で寝たきりのため何も言いませんが、確かにご家族は一癖も二癖も……。控室から出てきた看護師さんと目が合ったへっぼこ先生、「先生担当でしょ。どうかしてよ!」と言われてしまいました。

どうにかしてって言われても、僕が何を言ってもダメなんです。この若造が!みたいな感じで、全然話も聞いてもらえないし……。

「じゃあ、早く転院してもらってくださいよ! もう急性期の治療は終わっているんでしょ!？」と納得がいかない様子です。

そうなんですけど、転院の話をするとなり出すんですよ(オロオロ)。

へっぼこ先生、苦戦しているね。確かにクレームの多い患者さんの担当はストレスだよね。僕もできれば避けたいけど……。でも、もしかしたら僕たちが患者さんを“モンスター・ペイシエント”にしちゃっているのかもしれないよ。



“生命”という最も尊いものを扱う医師が、一生懸命働くのは当たり前です。でも、どんなに一生懸命、誠心誠意頑張っても、モンスター・ペイシエントには一定の割合で出会ってしまいます。理不尽としか思えないことを言われたり、女性の先生であればセクハラのような扱いを受けたり……。自分

の生活も体力も犠牲にして「患者さんのために!」と頑張る医師にとって、これほどつらいことはありません。

でも、もしかしたらわれわれの思い込みで、患者さんをモンスター・ペイシエントにしてしまっているのかもしれない。湧き出てくる負の感情をグッと抑え、プロフェッショナルな対応を心掛けましょう。

まずは背景を知りましょう

なぜモンスター・ペイシエントが増えているのか、背景を知っておく必要があります。まず、医師法第十九条の「応召義務」です。非常に崇高な理念ではあるものの、医療者側に診療拒否権がないことが、われわれに毅然とした態度を取りにくくさせています。

さらに、2001年に厚労省より出された「国立病院・療養所における医療サービスの質の向上に関する指針」もその一因となりました。この指針の中で「患者の呼称の際、原則として姓名に『さま』を付することが望ましい」という通達が出されています¹⁾。これはパターンリズムと呼ばれる以前の医師—患者関係によって生じていたさまざまな問題を解決するもので、指針自体が悪いわけではありません。ただ、これによって患者さん側に「自分はお客さまだ」という認識が生まれ、中には「わがままを言っても許される」と拡大解釈する方がいたのも事実です。また、医療技術が進歩したことや、医療情報が氾濫状態となったことで、「医者は病気を治して当たり前」といった風潮が生まれたのも原因でしょう。

6つのキーセンテンス

①静かに傾聴、②可能な限り気持ちに共感、③話を遮らない、④毅然とした態度、⑤ダメなら組織戦、⑥それでもダメなら警察。これが、対処法のキーセンテンスです。相手の土俵に立つて

同じようにいきり立ったり、話を途中で遮って正論を述べたりするのは論外です。

謝罪は有効ですが、共感を示した上で「お気持ちはよくわかりました。そのような状況に十分配慮できず申し訳ありませんでした」と伝えることをお勧めします。ただ謝罪するだけでは、こちらに落ち度なかったとしても非を認めているようなものです。それでもダメなら組織戦です。モンスター・ペイシエントは、スタッフがばらばらでまとまりがないところを突いてきます。院内のクレーム対応について、あらかじめ確認しておきましょう。警察の登場はできればご遠慮願いたいところですが、暴力やセクハラ、恐喝などが起きた場合には仕方ありません。

「簡単に言うなよ〜」と思いますよね。確かに、実践するのは口で言うより何十倍も大変です。ここで皆さんに、こうした患者さんたちの話の聞き方の“3つのコツ+α”を伝授します。心療内科などでよく使われる手法で、もちろん一般の患者さんに対しても有効ですよ。

【コツ1】 男性には“尊敬” 女性には“愛”

心理学の世界では、男性エネルギーは「行動する、先導する、決定する、大事にする」性質を持つのにに対し、女性エネルギーは「感じる、受け取る、従う、尊敬する」性質を持つとされています。その代償として男性が求めるものが“尊敬”で、女性が求めるものが“愛”なのだそう。もちろん、露骨に男性を持ち上げたり、女性に愛を語りたりしていただきたいという意味ではありません。患者さんと対峙する前に、この原則をほんの少し意識するだけでOK! 男性には敬愛心を持って「それは素晴らしいですね」、女性には愛護心を持って「よく頑張りましたね」といった言葉を掛けるよう心掛けましょう。

【コツ2】 “相づちのプロ”に

傾聴することが大切だとよく言われますが、傾聴の仕方まではなかなか教えてもらえません。ポイントは「あるがまま」「適度な相づち」「オウム返し」です。まずは相手があるがまま受け止めましょう。一歩引いて相手の話し方や視線、心理状態(緊張、興奮、不安など)を観察し、会話のテンポを合わせてみてください。これを“ペーシング”と言います。

ペーシングのコツが、適度な相づちです。「はいはい」と高速で相づちを打たれると「早く話を終えてほしいのかな」と感じませんか? 理解しようとする気持ちを伝えるためには、ゆっくりとした相づちが効果的。さらに、うなずき方の強弱も大切です。ペーシングするために小さくゆっくりうなずき、大切な部分になったら大きくゆっくりとしたうなずきに変えると効果倍増。ぜひ“相づちのプロ”になっ

ださい。

【コツ3】 聞き上手は“オウム返し”上手

相手の発した言葉をそのまま繰り返す「オウム返し」は、相手のことをしっかり受け止めているというメッセージになり、安心感を与える効果があります。ただ、何でもかんでもオウム返しをしていると、相手は揚げ足を取られた気分になりますので、まずは相手がある程度話してから、その会話の最後の部分を繰り返すことから始めてみてください。慣れてきたら相手の「最も話したいこと」「何度も繰り返している言葉」「印象的な表現」などを拾い上げてみましょう。

+α “転移”を意識して

さらに一歩踏み込んでみます。傾聴した内容を患者さんにどう還元するかのコツです。オーストリアの精神科医ハインツ・コフォートは、人の深層心理の中には「理想化転移(方向性がほしい)」「双子転移(気持ちを共有したい)」「鏡転移(褒められたい)」があります。詳細は成書に譲りますが、目の前の患者さんは気持ちをわかってほしいし、今までの苦労をねぎらってもらいたいし、目標を示してほしいと思っています。研修中にそこまでの対応は難しいかもしれませんが、余裕があるときに少し思い出してみてください。近い将来、あなたの診察能力がアップしているはずですから。

*

モンスター・ペイシエントへの対応は、本当にストレスになります。でも、その対処法を身につけることは、自分自身やスタッフを守ることももちろん、他の患者さんを守ることもつながります(一人の困った患者さんがいると、知らず知らずのうちにそれ以外の患者さんに向けるパワーが減ってしまうものです)。さらには、その患者さん自身を守ることもつながります。対応する際は、一度大きく深呼吸して、3つのコツ+αを思い出してみてください。

【参考文献】

1) 国立病院等における医療サービス研究会. 国立病院・療養所における医療サービスの質の向上に関する指針. 新企画出版社. 2002.

セワシ先生の 今月のひとこと

もしかしたらわれわれの思い込みが患者さんをモンスター・ペイシエントにしちゃっているかも!? 一癖ありそうな患者さんと向かい合うときは、話の聞き方の“3つのコツ+α”を意識してみましょう。大変ではありますが、うまく対応できたら、多くの人たちを助けることができるかもしれませんよ。

医師は何を感じているのか?

医師の感情 「平静の心」がゆれるとき

医師の感情はコントロール可能か? 直視されることのない医師の感情—共感や悲しみ、恥やストレス、または訴訟リスクへの対応など、さまざまな問題を紹介します。また、それが患者に及ぼす影響についても解説を加える。現役の医師自らがひもとく、感情のルポルタージュ。

原著 Danielle Ofri
堀内志奈
Tokyo Medical and Surgical Clinic



添付文書情報+オリジナル情報が充実した、ポケット判医薬品集

Pocket Drugs 2017

治療薬を薬効ごとに分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、コンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。2017年版では、後発品をわかりやすく表示。

監修 福井次矢
聖路加国際病院・院長
編集 小松康宏
聖路加国際病院・副院長
渡邊裕司
浜松医科大学教授・臨床薬理学



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12回(最終回)

Case Report マイスターから学ぶ(後編)

指導医もいろいろ考えてる!

水野 前回に引き続き、3人の先生に座談会形式でお話を伺います。今回は、後輩指導の実際を教えてください。

やはり経験が必要

忽那 私の場合、指導するというより、自分やレジデントが診た中で、「これは絶対に面白いから Case report を書くべき」と思う症例を紹介し、「もし書きたいなら、私が見るから一緒に書こう」と提案しています。本来なら自分が書きたい症例なのでレジデントに譲るのはちょっと悔しい面もありますが、一緒に書くのも面白いです。

とりあえず英語で書いてきてもらって、**ディスカッションのポイントをどこに置くか**などを中心に話し合います。**皿谷** 私も指導をするのは、主に臨床的な考察(ディスカッション)です。英語はとりあえず適当でいいから書いて、最後に英文校正に出せばよいとアドバイスしています(笑)。

志水 私が英語論文を書き始めた際には、バッティングセンターに行く感覚で、NEJM や BMJ の Case report を読んでいました。特に NEJM はちゃんとした英語を書いている方が多いので、**最初のうちは参考になる言い回しをストック**すると良いと思います。

皿谷 書き慣れてきたら、同じ内容でも変化をつけられるようになると面白いですよね。全部を直球勝負でいくのではなく、**一番言いたい部分を生かすためにカーブやフォークも交える**。

水野 マイスターたちも書きながら学習してきた感が出ていますね。やはり経験が必要なのでしょうね。

レジデントが忘れないうちにできる限り早めに見てあげよう!

水野 実際の指導は、面と向かって行うことが多いですか? それともメールなどで行いますか?

忽那 直接話すこともありますが、メールでのやりとりが多いですね。

皿谷 私は日本語で書いてきたものを一緒に英語に直すときなどは、同じ部

屋でパソコンを2台並べてやります。ファイルのやりとりには Dropbox を活用しています。進捗状況が随時わかりますし、誰かがファイルをアップロードするとパソコン画面の右下にポップアップが出るのも便利です。

水野 レスポンスはどれくらいで返していますか?

志水 できるだけすぐに返すようにしています。**症例を診たときの生々しい記憶は、時がたつにつれて薄れてしまう**ので。当院総合診療科では、Case report は診た日に書いて投稿することを目標にしているため、「そう言うからには、すぐに見てくれるんですよ?」という空気が(笑)。後輩から確認をお願いされたら自分の仕事は全部中断する勢いです。後輩ファーストという鉄のルールに従っていて、そのせいで自分の論文は遅れます。

忽那 それは大変そうですね。私はその日には返せませんが、3日以内には返すようにしています。

お蔵入りを防ぐために～期限を区切る～

水野 皆さん Rapid ですね! 逆に、コメントを返したものの、その後戻ってこない、途中で脱落してしまう人もいますよね。そういうときはどうしていますか? どれくらい待ちます?

忽那 内容によりますね。急ぎではない症例なら半年くらい待つこともあります。逆に、世界初など、先を越されたくない症例は時間を区切って急がせます。先日は、キューバ国内ではまだ報告がないチングニア熱にキューバで感染してきた日本人旅行者の例を1か月で書くように言いました。

皿谷 指導医としては、**ある程度期間を決めて、それを過ぎたら一緒にやろうと提案**するのが良いと思います。私は逃さないように、部屋に連れて行って書かせます(笑)。

忽那 当院ではないですが、なぜ論文文化しないんだろうと思う、もったいない症例もありますからね。

皿谷 自分が研修医のときを思い返すと、知識不足や英語への苦手意識の問題だけでなく、論文を書きたくても書ける状況ではありませんでした。スタッフが少なく、自分が死ぬか患者が死ぬかみたいな忙しさだったんです。しかし、そのような中で診た症例でも、今も頭に残っているものはいくつかあります。実は最近、研修医時代に診た症例を振り返って、論文にしました。これくらい長期的に、自分の中で熟成されるのを待つても良いのかもしれない。

ただ、今のレジデントたちは、日々のすごい数の患者を診ています。そうした環境では一度機会を逃すと、一生書かない可能性が高い。一緒にやるから、今はちょっと頑張ってる書いてほしいという気持ちがあります。

水野 どれくらい待つかの問題は、後輩指導だけでなく共著者とのやりとりなどでも生じますよね。

皿谷 そうですね。昔、first author になるべき人が4年ぐら埋もれさせていたので、しびれを切らして私が全部書いたことがあります(笑)。

忽那 共著者に回す場合などは、レジデントを相手にするとき以上にしっかり、「何月何日に英文校正に出すので、意見がある人はこの日までに」と区切ってしまおうが良いと思います。

志水 「飲み会に“行かない人”は返事ください」方式ですね。

忙しい合間に書くためのコツ

水野 忙しい臨床の間に論文を書いているわけですが、タイムマネジメントはどうしているのでしょうか。

皿谷 ある程度まとまった時間がなくてできないタイプなので、病棟業務後の夜に書いています。夕飯を家で食べてから大学に戻ったり。休む時間も必要なので賛否両論あるとは思いますが、土日にもやることも多いです。

忽那 私は朝、病棟業務を始める前の1時間を使ってコツコツとですね。

志水 私は移動が多いので、参考文献をPDFなどでパソコンに入れておき、空いた時間に書いたら書く方式です。

水野 皆さんそれぞれですね。参考文献は論文を書きながら読むほうですか?

皿谷 書くときは書く、読むときは徹底的に読むと分けています。昔やっていた方法は「読む」「マーカー部分を読む」「それをタイプして写す」の3工程でした。文献をプリントアウトして、勉強になる言い回しなどにマーカーを引きながら読む。何本も読んでると最初のほうに読んだ文献の内容はどんどん忘れていくので、2回目はマーカー部分だけを追って、書いてあったことを思い出しながら読む。

水野 なるほど、勉強になりそうですね。論文を書くために必要な知識のリサーチには何を活用していますか。

皿谷 まずは最新のレビュー読んで、自分の症例を思い浮かべながら、「こ



●左から順に、志水太郎氏(獨協医科大学総合診療科・総合診療教育センター)、皿谷健氏(杏林大病院呼吸器内科)、水野篤氏、忽那賢志氏(国立国際医療研究センター病院国際感染症センター)

のあたりは合致する」「ここがポイントになりそうだ」と探っています。

忽那 私はまずはPubMedで検索します。楽をしたいときはUpToDate®を見て、そこから引用元の論文にさかのぼって読んでいきます。

臨床研究に対する考え方

水野 最後に、Case report 以外の臨床研究に関するお考えを教えてください。

皿谷 臨床医であれば、まずはCase report から始めて、Original article につなげると良いと思います。症例から生まれたクリニカルクエスチョンを確かめるために、同様の症例を集めていく流れは一般的です。

忽那 同感です。私自身、現在取り組んでいる研究も、初めて書いたOriginal article も、最初の気付きは症例でした。 Dengue 熱ではあまりCRPが上がらないことが気になり、症例を複数集めてマラリアと比較しました。症例を発展させるやり方だと、症例報告と臨床研究の両方の面白さが味わえます。

志水 一般的な医学研究とは少し異なりますが、私は診断の定量化やQI、コスト削減などの研究に取り組んでいます。総合診療医なので少し特殊かもしれませんが、**自分がどういうかたちで医療に貢献できるか**という観点で考えるのも良いと思います。

水野 臨床現場にいる医師がどのように論文執筆や研究にかかわるのには、大切なテーマです。マイスターの先生方のご意見はきっと読者の皆さんの役に立つでしょう。(了)



今回で全12回の連載は終了です。本連載では、論文を一人で書けるようになるために役立つコツを、私が経験上困った点を中心に紹介しました。紙面の都合上、駆け足で詰め込んでしまいましたので、質問などございましたらいつでもご連絡ください。

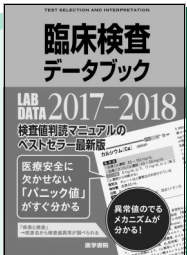
第1回(第3170号)で触れたように、臨床医には「全ての患者をCase report に!」という気概で日常診療をしてほしいと思っています。「臨床に還元するぞ」という熱い思いがあれば、論文を書く苦勞もきっと報われます。臨床現場での成長と同じく、**一回の成功体験が皆さんの世界を変える**ことがあります。まずは1本書いてみましょう! それでは、またお会いする日まで。

「パニック値」の本文への掲載と基準値のデザイン改良でますます便利に!

臨床検査データブック 2017-2018

“考える検査”をサポートする検査値判読マニュアルのベストセラーの改訂版。今版では医療安全に欠かせない「パニック値」を本文中にも掲載するとともに、基準値も見やすくなるようデザインを改良。また、新規保険収載項目、保険点数情報などの最新情報も引き続きブラッシュアップ。「異常値のメカニズムと臨床的意義」「薬剤影響」などの多彩な小見出しによる読みやすく、使いやすい構成で全医療関係者をサポート。

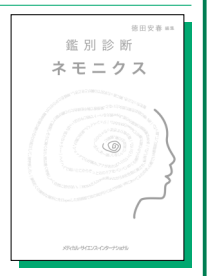
監修 高久史磨
日本医学会会長
編集 黒川 清
政策研究大学院大学 客員教授
春日雅人
国立国際医療研究センター 理事長
北村 聖
国際医療福祉大学大学院 教授



新刊 網りに練った語呂でもう二度と忘れない、クオラ知らずのスーパー語呂本

鑑別診断ネモニクス

▶重要な症状の鑑別診断について、記憶するためのコツ(ネモニクス)とともに全89章にわたり見開きで解説。徳田安春先生指揮のもと英語と日本語の2種類で作成された語呂は、ユーモアあふれる傑作そして迷作(?)ぞろい。記憶のツボを刺激するイラストもあって、肩の力を抜いてさらさら読める。各臓器系のほか、精神科、婦人科、中毒についても掲載。楽しみながら学べて、知識の整理に役立つこと間違いなし。



編集:徳田 安春 定価:本体3,800円+税 A5 頁224 図96 2017年 ISBN978-4-89592-874-8

Medical Library 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

耳鼻咽喉科・頭頸部外科レジデントマニュアル

伊藤 壽一, 大森 孝一 ● 監修
橋谷 一郎 ● 編

B6変型・頁432
定価:本体4,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02526-3

評者 村上 信五
名市大教授・耳鼻咽喉・頭頸部外科学

本書は京大耳鼻咽喉科・頭頸部外科で、15年前から教室員や医学生、看護師などのメディカルスタッフを対象に行ってきたモーニングレクチャーやイブニングレクチャーの資料を基に作成されたものである。

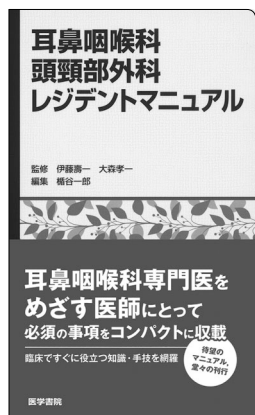
「何事もまずは形から入る」とはよく言ったものである。本書はコンパクト! 縦18cm×横11cmで、iPhone 7 Plusよりは大きい、iPad Miniよりは小さい。白衣のポケットにも収まり、片手でページをめくることができる。厚さはiPadの2倍あるが、重さはiPadより軽く、ジャスト300gである。光沢のある上質紙を使用しており、400ページ超ものコンテンツが収まっている。一目見ただけで、手に取って中身をのぞきたくなる。

本書作成の趣旨が「臨床現場で役立つ」であることからして、いわゆる教科書とは一線を画した機能的かつ実践的なマニュアルになっている。まず、表紙裏の見返し部分に各章の大項目が記載され、めくりの部分に連結しているため、必要な目次を探しやすい。構成としては、第1章「所見のとり方」では、耳、鼻、口腔、咽頭・喉頭、頸部の基本的な診察方法とチェックポイント

がシェーマと写真を用いて簡潔に記載されている。また第2章「主訴からみた診療の流れ」では、耳鼻咽喉科・頭頸部外科疾患の主たる臨床症状を取り上げ、問診、視診、触診、検査(血液、生理、機能、画像)など「まずやるべきこと」をリストアップしている。そして、「診療の流れ」として診察・検査の手順をフローチャートで示し、最後に「想定される主な疾患」として鑑別すべき疾患を挙げている。まさに、患者が受診して診察を受け、診断がなされていく日常診療の過程が機能的かつ実践的に実施できるシステムになっている。

そして第3~7章では、耳、鼻副鼻腔、口腔・咽頭、喉頭、頭頸部領域の疾患において、行うべき諸検査の具体的な実施手技と所見の読み方について解説し、診断のポイントと治療方針が詳細に記載されている。加えて各領域における代表的手術の術式や周術期の管理も簡潔にまとめられているが、特に頭頸部癌では腫瘍摘出後の再建や放射線治療、化学療法の実際と全身管理、緩和医療に至るまで詳細な解説がなされている。患者を問診し、所見をとり、検査を通して診断し、治療を行うとい

機能的かつ実践的なマニュアル



救急ポケットレファランス

北野 夕佳 ● 監訳

B6変型・頁328
定価:本体4,200円+税 MEDSI
http://www.medsj.co.jp/

評者 吉野 俊平
飯塚病院総合診療科

救急外来で働く医師の守備範囲は広い。内因性疾患のみならず、外傷、環境に起因する疾患、精神疾患と多岐にわたる。年齢層も小児から妊婦、超高齢者と幅広く、疾患も急性期疾患から慢性疾患の急性増悪と多彩である。救急外来では、どの専門科に属するか判断に迷う患者も少なくなく、疾患ごとではなく症状・病態からのアプローチが必要となる。しかも、次から次へと来る患者の治療方針決定を限られた時間の中で行わなければならない。このような特殊性は、救急の現場で働く医師に求められる専門性ともいえる。本書はそうした専門性が的確に反映された内容を備えている。

多彩な患者像からピックアップされた18分野159項目は、網羅的で、かゆいところに手が届く。遭遇する頻度の高い病態と、まれではあるが致死的な病態や早期に介入することでアウトカムが変わりうる病態が、よいあंबいで示されている。これはそのまま救急外来でカバーすべき医学的知識の到達目標となる。

各項目の冒頭にある「アプローチ」では病態の全体像を示し、現場に即したフレームワークを用いて網羅的に、かつ致死性疾患は必ず入れて鑑別診断を示している。診療に慣れていない病

う一連の診療が、無駄なくシステムティックに行えるのが本書の特徴と言える。さらに第8章「耳鼻咽喉科と感染症」では、耳鼻咽喉科領域の感染症に対する主たる原因菌と抗菌薬の選択、周術期・術後の感染予防・対策を取り上げ、妊婦に対する薬剤処方の注意点についてもコラムで解説している。

そして末尾の付録では、①頭頸部癌、甲状腺癌のTNM分類、②耳鼻咽喉科専門研修プログラム、③各疾患のガイドライン・治療指針の検索リストが掲

態に出合っても、ここで全体像を把握しておけば、間違った方向へ走ってしまうことを防いでくれる。各説明の末尾にはクリニカルパルも付記されており、実用的で楽しい。さまざまな基準、予後予測ルール、リスク評価のスコアリング、所見の有用度(感度・特異度)、治療アルゴリズム、薬液の投与方法一覧など、資料が満載で、まさに「最強の備忘録」であることを物語っている。

「動きながら考える」救急の現場では、欲しい答えがすぐに手に入る必要がある。病態生理やエビデンスの基となる研究などの情報をバツサリ省いている点

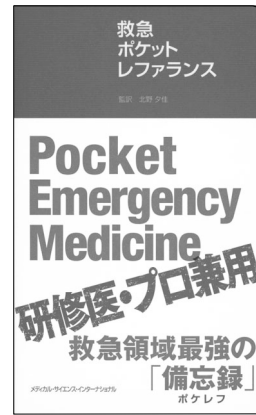
は実に潔い。網羅的だが無駄がない、このバランスの良さは現場のニーズを反映してうれしい。

救急外来では、医師のスキルによって患者のアウトカムが大きく変わる傾向にある。そして現場の多くは、若手医師が支えている。救急外来での診療経験を重ねていけば、時に不幸な転帰に遭遇する。患者利益の追求を常に意識させられるのが救急の現場である。先に述べた本書の特徴は、日々救急という戦場で患者利益を追求するのに大いに役立つことだろう。救急の現場でひたむきに働く若手にこそポケットに忍ばせておいてもらいたい。

載されている。また、本書全体を通して要所でMemoや参考図書が記載されているので、さらに深く詳細を調べたいときに役立つ。

以上のように、本書には耳鼻咽喉科の全領域において、耳鼻咽喉科専門医に必要な知識と診療の必須事項がコンパクトに収載されている。まさに「臨床現場で役立つ」書であり、医学生や研修医はもちろん、耳鼻咽喉科専門医をめざす専攻医にとって必携の書と言える。

網羅的だが無駄がない、救急現場のニーズに合った最強の「備忘録」



総合診療

リニューアル記念セミナー参加者募集

「外来診療を劇的に変える 総合診療教育ライブ！」

今年、雑誌『総合診療』はリニューアルしました。本セミナーでは、リニューアルを記念して、小誌カリスマ編集委員たちが集結。それぞれの得意分野をテーマに、「総合診療教育ライブ！」レクチャーを展開します。参加すれば、あなたの外来診療が劇的に変わる！ 皆さま、ぜひ奮ってお申し込みください。

『総合診療』年間購読の医学生・初期研修医割引申込者は、今回“参加費無料”となります

日時 2017年6月25日(日)13時~17時
会場 医学書院(東京都文京区本郷)
対象 医師・医学生 定員 80名
参加費 3,000円(税・資料代込) ※ただし「総合診療」年間購読の医学生・初期研修医割引申込者は無料

講師 松村真司先生 (松村医院、「総合診療」前編集委員)
藤沼康樹先生 (医療福祉生協連家庭医療学開発センター、「総合診療」編集委員)
徳田安春先生 (臨床研修病院群プロジェクト群生沖繩、「総合診療」編集委員)
山中克郎先生 (諏訪中央病院総合内科、「総合診療」編集委員)



プログラム 第1部 Dr.山中のダイナマイトレクチャー!「攻める問診」
第2部 Dr.藤沼&Dr.松村の外来診療アナトミー!
第3部 Dr.徳田の闘魂外来フィジカルデモ!

申し込み方法 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 株式会社医学書院 PR部
TEL:03-3817-5692 (平日9:00~17:00)

ジェネラルに診ることが求められる時代の臨床誌



乳がん超音波検診 精査の要・不要,コツを伝授します

角田 博子, 尾羽根 範員 ● 著

B5・頁176
定価:本体6,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02814-1

このたび、角田博子先生・尾羽根範員先生の著書『乳がん超音波検診——精査の要・不要, コツを伝授します』が医学書院より刊行された。マンモグラフィ検診の精度管理にかかわってきた者として、本書は超音波検診の精度管理の著書として大変に期待するものである。本書に対する推薦文を述べる。

マンモグラフィ検診精度管理中央委員会(精中委)は、1997年の設立以来、マンモグラフィ精度管理について長年にわたり携わってきた。2013年3月より、超音波関連3学会からの要請により、将来を見越して超音波検査の検診・精密検査に関する精度管理システムづくりも精中委管轄で行うこととなり、名称も日本乳がん検診精度管理中央機構(精中機構)と変更した。超音波検査の精度管理については、2004年に日本乳がん検診超音波医学会(JABTS)が『乳房超音波診断ガイドライン』(南江堂)を出版し、改訂が重ねられ普及に努められてきた。このガイドラインの中に超音波検診の項目があり、角田博子先生・尾羽根範員先生がその責任者を務められ、超音波検診の要精検基準の作成に携わってきた。

本書の第I章においては、癌検診の基本が述べられている。対策型検診・任意型検診の違い、癌検診の利益・不利益、不利益の種類、過剰診断、マンモグラフィと超音波検査の総合判定などである。

本書の第II章では、超音波検診の要精検基準に従い、所見を拾い上げる「目」を養うための判別のコツ・ポイントが詳細に述べられ、さらに実際の症例が提示・解説されている。初心者や熟練者にも良いメッセージとなり、役立つものと思われる。

2015年、Lancet誌に発表されたJ-

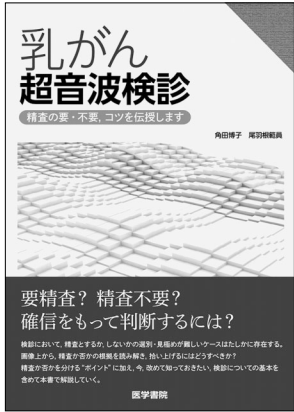
【評者】 森本 忠興
徳島大名教授/
NPO法人マンモグラフィ検診精度管理
中央委員会前理事長

STARTの結果から、40歳代の女性に対するマンモグラフィ・超音波併用群では乳癌発見率が1.5倍高い。特にI期の浸潤癌が約2倍の検出、0期の非浸潤癌は同率の検出(27%前後)などの結果が示された。死亡率減少効果はまだ不明であるので、超音波検査が高濃度乳房に対して住民検診である対策型検診へと導入されることはないが、人間ドックなどの任意型検診への導入がさらに進むものと予想される。

欧米では、癌検診の評価は死亡率減少効果という利益のみでなく、偽陽性、過剰診断、被ばくなどの不利益も

考慮する必要があるとされ、不利益のうちの過剰診断を特に問題視している。過剰診断とは偽陽性を増加させるのではなく、その人の生命予後に影響を及ぼさない癌を発見・診断することである。前立腺癌、甲状腺癌などの検診で知られている。欧米のデータから、乳癌検診において乳癌罹患・早期癌比率の増加が見られるが、進行癌の減少はあまり見られていない。死亡率減少効果は20%程度であるが、検診発見乳癌の約20~30%が過剰診断であると推察されている。癌検診の目的が、癌死亡率を下げるための癌の早期発見という点に集中しすぎて、発育の非常に遅いタイプの癌発見が過剰診断につながり、放置してよい癌を発見していることになっている。したがって、過剰診断となる可能性のある乳癌は、非浸潤性乳癌〔特に低グレード非浸潤性乳管癌(DCIS)〕、浸潤性乳癌でも発育速度の遅いもの(ルミナルA)などがその候補である。今後、過剰診断となり得る乳癌の臨床病理学的研究、日本における過剰診断のデータ蓄積も必要である。これらのこともよく理解の上で、本書が超音波検診に有効に活用されることを望みたい。

所見を拾い上げる「目」を養う書



生きている しくみがわかる 生理学

大橋 俊夫, 河合 佳子 ● 著

A5・頁258
定価:本体2,300円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02833-2

【評者】 窪田 雅之
東大病院

「血液中にUFOが飛んでいる?」本書の第2章冒頭のタイトルです(p.36)。何を言っているのかわからない人が大半かと思います。しかし、本書を読み進めていけば、おのずと血液中にUFOが存在することが、いかに生理学的に理にかなっているのかわかりいただけるでしょう。

著者である大橋俊夫先生、河合佳子先生は私の学生時代の恩師であり、「自分の身体を教科書に、生きているしくみを実感しよう」を理念として、長年生理学教育に携わってこられました。その哲学は、本書にも惜しむことなく反映されています。

本書は「生きていく上で感じる身近な疑問」に対して、生理学を用いてすっきりと説明し、そこで得た知識を明日からの日常生活に生かしていくことを目標に編集されています。豊富なイラストとわかりやすい解説により、医療に興味のある一般の方々や、若手医療従事者の皆さんにも楽しんでいただけたらと思います。

本書は、「一般生理学」「植物性機能」「動物性機能」「臨床生理学」の全4章で構成され、各章の中で、日常生活で出会うであろうさまざまな疑問が挙げられています。例えば「指を切った時の痛みが、時間とともに変化するのはなぜ?」という項目(p.157)では、「痛みの伝導路」を生理学の「知識」として知ることと、それを応用して臨床現場で説明することの微妙なギャップを体験することでしょう。その後も「鈍い痛みに対して不安を覚えるのはなぜ?」、「痛いところをなでると痛みが

和らぐのはなぜ?」といった興味深い話が続いていきます。

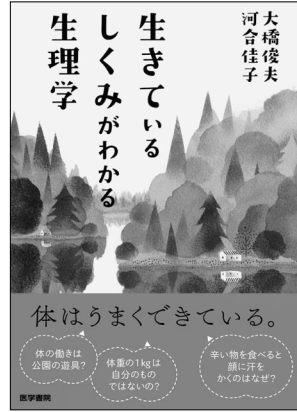
「ヨガが武道の1つと言われるのはなぜ?」の項目(p.82)では、「息を吐く時に一番力が出る」ことを、実際のスポーツと照らし合わせて説明してきます。こうした日常で出会う、ちょっとした疑問を生理学的に考えていきます。

「寝転がって鉛玉をなめると何が起きる?」の項目(p.120)では、寝たまま食べることを例にとり、嚥下反射のしくみをわかりやすく解説しています。この嚥下反射を生かす「あること」を行

うだけで、未熟な自分でも内視鏡検査(ファイバー挿入)をスムーズに行うことができました。生理学が実臨床に応用されていることが、実体験をもって実感できた瞬間でした。

本書は「生理学の知識を網羅したいゆる成書」ではありません。明日から生かせる「知恵」を楽しみながら得ることができる「新しい生理学の教科書」です。サーカディアンリズム、パラクライン、ステルコピリノーゲン……。確かに、少々難解な言葉も登場します。しかし、丁寧な解説により、抵抗なく読み進めることができるでしょう。少しでも興味を持った方は、まずは目次を眺めてみてください。医療従事者でもそうでなくても、「あー、確かにそうだよ。でも、あらためて聞かれると、なんでだろう?」と疑問に思い、好奇心がそそられることでしょう。また、本書を読むことで、そうした好奇心が満たされること請け合いです。

自分の身体を用いて、 生理学を身近に感じてみよう



●書籍のご注文・お問い合わせ

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**まで
☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

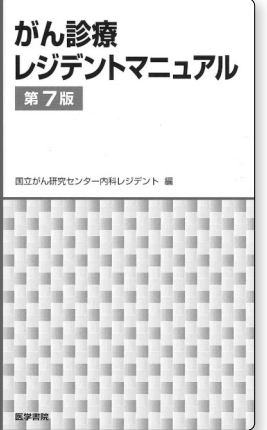
腫瘍内科学を主体とした治療体系を コンパクトにまとめたマニュアル、待望の第7版

がん診療 レジデントマニュアル

第7版 | 国立がん研究センター
内科レジデント 編

1997年に初版が刊行され、約20年。レジデントの執筆によるレジデントのためのマニュアルとしてスタートした本書は、この間、がん診療の現場で多くの医療従事者に活用されてきた。昨今のがん薬物療法の進歩は目覚ましく、最新の情報を適切に日々の診療の反映させるために、本書の果たす役割はますます大きくなっている。2人に1人ががん罹患の時代、がんに関わる医療者の必携書としてぜひポケットに!

●B6変型 頁544 2016年 定価:本体4,000円+税
[ISBN 978-4-260-02779-3]



医学書院

新刊

2017年3月発売
ハリソン内科学

第5版
日本語版監修
福井次矢
黒川 清

全5巻 A4変 3150頁(予)
4色刷 函入 ソフトカバー
※DVD付き

定価: 本体 29,800円+税

新しいWebコンテンツを始めました。

あ・先生の巧みなハリソンの「めぐり」
ハリソンの「音」
ハリソンの「厚み」
ハリソンの「使い方」
ハリソンの「書き味」
ハリソンの「メイキング」
これはハリソン内科学を「感じる」映像集。
どんどん増えていきます。
様々な切り口から
極上の教科書を
堪能しましょう。

ハリソン
内科学
Movies

ハリソン内科学 公式サイト
<http://www.medsci.co.jp/harrison/> | **ハリソン5**

今日の医学教育に即応した STANDARD TEXTBOOK

標準教科書 シリーズ

最近の新刊・改訂巻

標準解剖学

坂井建雄

効率よく学びたい人も、じっくり理解を深めたい人も満足できる全く新しい解剖学テキストがついに登場!解剖学教育のスペシャリストの著者が、使いやすさを念頭に整理・統合。

●B5 頁660 2017年 定価:本体9,000円+税 [ISBN978-4-260-02473-0]



標準組織学 各論 第5版

原著 藤田尚男・藤田恒夫
改訂 岩永敏彦・石村和敬

脈管系から神経系まで臓器ごとに解説した「各論」編の改訂第5版。吟味を重ねた美しい組織写真やイラストを眺めるだけでもわくわくするビジュアルテキスト!

●B5 頁568 2017年 定価:本体11,000円+税 [ISBN978-4-260-02404-4]

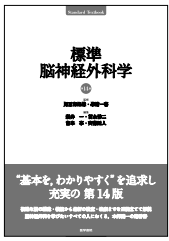


標準脳神経外科学 第14版

監修 児玉南海雄・峯浦一喜
編集 新井 一・富永悌二・宮本 享・齊藤延人

構造的にも機能的にも複雑で奥深い、脳神経外科学領域の決定版テキスト。重要事項がひと目で分かるアンダーラインと縦横無尽のクロスリファレンスで知識の定着も容易に。

●B5 頁496 2017年 定価:本体7,000円+税 [ISBN 978-4-260-02827-1]



標準小児外科学 第7版

監修 高松英夫・福澤正洋
編集 上野 滋・仁尾正記・奥山宏臣

医学部学生から小児外科学専門医まで幅広いニーズに応えるスタンダードテキスト。小児外科学の各領域をエキスパートがわかりやすく解説。最新の動向を踏まえ全面的に改訂。

●B5 頁448 2017年 定価:本体7,000円+税 [ISBN978-4-260-02780-9]



標準整形外科学 第13版

監修 中村利孝・松野丈夫
編集 井榎栄二・吉川秀樹・津村 弘

整形外科テキストの改訂第13版。豊富な写真・図と初学者を意識した簡潔な記述により、整形外科で扱う個々の疾患を詳細に学べる。今年より新たに付録Web動画を収録。

●B5 頁1056 2017年 定価:本体9,400円+税 [ISBN978-4-260-02537-9]



全巻一覧 (表示の価格は本体価格です。ご購入時に消費税が加算されます。)

標準解剖学

坂井建雄
●B5 頁660 2017年 9,000円 [ISBN978-4-260-02473-0]

標準組織学 総論 第5版

原著 藤田尚男・藤田恒夫
改訂 岩永敏彦
●B5 頁344 2015年 8,200円 [ISBN978-4-260-01531-8]

標準組織学 各論 第5版

原著 藤田尚男・藤田恒夫
改訂 岩永敏彦・石村和敬
●B5 頁568 2017年 11,000円 [ISBN978-4-260-02404-4]

標準生理学 第8版

監修 小澤静司・福田康一郎
編集 本間研一・大森治紀・大橋俊夫・河合康明・黒澤美枝子・鯉淵典之・伊佐 正
●B5 頁1178 2014年 12,000円 [ISBN978-4-260-01781-7]

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674 2015年 6,500円 [ISBN978-4-260-01750-3]

標準病理学 第5版

監修 坂本修彦
編集 北川昌伸・仁木利郎
●B5 頁904 2015年 11,000円 [ISBN978-4-260-02026-8]

標準微生物学 第12版

編集 中込 治・神谷 茂
●B5 頁708 2015年 7,000円 [ISBN978-4-260-02046-6]

標準医動物学 第2版

編集 石井 明・鎮西康雄・太田伸生
●B5 頁336 1998年 7,000円 [ISBN978-4-260-10447-0]

標準免疫学 第3版

監修 谷口 克
編集 宮坂昌之・小安重夫
●B5 頁472 2013年 7,500円 [ISBN978-4-260-00932-4]

標準公衆衛生・社会医学 第2版

編集 岡崎 勲・豊嶋英明・小林廉毅
●B5 頁440 2009年 5,700円 [ISBN978-4-260-00773-3]

標準法医学 第7版

監修 石津日出雄・高津洋
編集 池田典昭・鈴木廣一
●B5 頁344 2013年 5,500円 [ISBN978-4-260-01592-9]

標準細胞生物学 第2版

監修 石川春律
編集 近藤尚武・柴田洋三郎・藤本豊士・溝口 明
●B5 頁376 2009年 5,400円 [ISBN978-4-260-00393-3]

標準生化学

藤田道也
●B5 頁368 2012年 5,000円 [ISBN978-4-260-00801-3]

標準臨床検査医学 第4版

編集 高木 康・山田俊幸
●B5 頁456 2013年 6,500円 [ISBN978-4-260-01600-1]

標準救急医学 第5版

監修 日本救急医学会
編集 有賀 徹・坂本哲也・嶋津岳士・山口芳裕・横田裕行
●B5 頁520 2014年 7,500円 [ISBN978-4-260-01755-8]

標準放射線医学 第7版

編集 西谷 弘・遠藤啓吾・松井 修・伊東久夫
●B5 頁860 2011年 10,000円 [ISBN978-4-260-00597-5]

標準感染症学 第2版

編集 齋藤 厚・那須 勝・江崎孝行
●B5 頁400 2004年 5,500円 [ISBN978-4-260-10300-8]

標準腎臓病学

編集 菱田 明・横野博史
●B5 頁376 2002年 5,500円 [ISBN978-4-260-11995-5]

標準血液病学

編集 池田康夫・押井和夫
●B5 頁332 2000年 4,500円 [ISBN978-4-260-10978-9]

標準神経病学 第2版

監修 水野美邦
編集 栗原照幸・中野今治
●B5 頁632 2012年 7,000円 [ISBN978-4-260-00601-9]

標準精神医学 第6版

監修 野村総一郎・樋口輝彦
編集 尾崎紀夫・朝田 隆・村井俊哉
●B5 頁562 2015年 6,500円 [ISBN978-4-260-02041-1]

標準呼吸器病学

編集 泉 孝英
●B5 頁480 2000年 6,200円 [ISBN978-4-260-10979-6]

標準消化器病学

編集 林 紀夫・日比紀文・坪内博仁
●B5 頁592 2003年 6,500円 [ISBN978-4-260-10279-7]

標準小児科学 第8版

監修 内山 聖
編集 原 寿郎・高橋孝雄・細井 創
●B5 頁776 2013年 8,800円 [ISBN978-4-260-01748-0]

標準皮膚科学 第10版

監修 富田 靖
編集 橋本 隆・岩月啓氏・照井 正
●B5 頁650 2013年 8,000円 [ISBN978-4-260-01616-2]

標準外科学 第14版

監修 島山勝義
編集 北野正剛・田邊 稔・池田徳彦
●B5 頁746 2016年 8,500円 [ISBN978-4-260-02148-7]

標準脳神経外科学 第14版

監修 児玉南海雄・峯浦一喜
編集 新井 一・富永悌二・宮本 享・齊藤延人
●B5 頁496 2017年 7,000円 [ISBN978-4-260-02827-1]

標準小児外科学 第7版

監修 高松英夫・福澤正洋
編集 上野 滋・仁尾正記・奥山宏臣
●B5 頁448 2017年 7,000円 [ISBN978-4-260-02780-9]

標準形成外科学 第6版

編集 平林慎一・鈴木茂彦
●B5 頁280 2011年 5,800円 [ISBN978-4-260-01420-5]

標準整形外科学 第13版

監修 中村利孝・松野丈夫
編集 井榎栄二・吉川秀樹・津村 弘
●B5 頁1056 2017年 9,400円 [ISBN978-4-260-02537-0]

標準リハビリテーション医学 第3版

監修 上田 敏
編集 伊藤利之・大橋正洋・千田富義・永田雅章
●B5 頁544 2012年 7,000円 [ISBN978-4-260-01394-9]

標準産科婦人科学 第4版

編集 岡井 崇・綾部琢哉
●B5 頁648 2011年 8,200円 [ISBN978-4-260-01127-3]

標準眼科学 第13版

監修 木下 茂
編集 中澤 満・村上 晶
●B5 頁386 2016年 7,000円 [ISBN978-4-260-02411-2]

標準耳鼻咽喉科・頭頸部外科学 第3版

鈴木淳一・中井義明・平野 実
●B5 頁504 1997年 8,000円 [ISBN978-4-260-13245-9]

標準泌尿器科学 第9版

監修 赤塚英之
編集 並木幹夫・堀江重郎
●B5 頁394 2014年 6,200円 [ISBN978-4-260-01870-8]

標準麻酔科学 第6版

監修 弓削孟文
編集 古家 仁・稲田英一・後藤隆久
●B5 頁376 2011年 5,200円 [ISBN978-4-260-01179-2]

内科臨床誌メディケーナ

3 medicina

Vol.54 No.3

特集 トリコになる不整脈

診断と治療のすべて!

放置してもよいもの、死に至るもの。不整脈の種類は多く、確実な心電図の読解と適切な対応を要する。一方で医療技術の進歩により、長期内服や外科手術なしでも安全に治癒し、患者を苦しみから解放することもできる。不整脈診療は難しいがその分だけ魅力がある。本特集を通して、ぜひその魅力に一歩、近づいてもらえれば幸いです。

INDEX

座談会: 症例を考えよう
カスタマイズの不整脈治療

I章: 不整脈の総論

II章: 徐脈
[コラム] 緊急時の一時的ペースメーカー・体外式ペースティング
[コラム] 将来のデバイス

III章: 頻脈一発作性上室性頻拍・心室頻拍
[コラム] AED, WCD, S-ICDなど新たな治療
[コラム] 遠隔モニタリング

連載

- Webで読影! 画像診断トレーニング
- いま知りたい 胃炎の診かた
- 内科医のための 耳・鼻・のどの診かた
- Inpatient Clinical Reasoning 一米国Hospitalistの事件簿
- 診断力を上げる 循環器Physical Examinationのコツ
- 目でみるトレーニング

●1部定価:本体2,600円+税

▶来月の特集 (Vol.54 No.5)
症候別すぐに役立つ
救急画像診断
いつ撮る? どう見る?

▶2017年増刊号 (Vol.54 No.4)
総合内科医の
必修臨床問題182問
●特別定価:本体7,200円+税

年間購読は個別購入よりも割引されています。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。

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

2017年 年間購読料 (冊子版のみ)

- ▶medicina 36,580円+税 (増刊号を含む年13冊)
- ▶総合診療 29,520円+税 個人特別割引25,680円+税あり年12冊 医学生・初期研修医割引20,040円+税あり

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

Vol.27 No.3

Power-Upしてリニューアル!

特集これがホントに必要な薬40

総合診療医の外来自家薬籠 (企画・藤沼康樹)

いったい、プライマリ・ケアに本当に必要な薬とは何なのか? 次々と新薬も発売されるなか、総合診療医はどの薬剤を採用/棄却するべきなのだろうか? 「パーソナルドラッグ」の考え方を参考に、比較的古くからあり、実際に処方頻度の高い、総合診療医の薬籠に入れるにふさわしい薬剤を40種選んで、現代的な解説を試みた。

INDEX

総論 適正な薬物療法とは何か?
プライマリ・ケアにおいて、どのように自家薬籠を構成すべきか (植田真一郎)
「パーソナルドラッグ」を選定するにあたって その試行錯誤のプロセス (藤沼康樹)

総合診療医の薬40選

呼吸器疾患治療薬 (喜瀬守人)、抗アレルギー薬 (清田実穂)、神経疾患治療薬 (泉水信一郎)、解熱・消炎・鎮痛薬 (金子 惇)、抗けいれん薬 (石川美緒)、抗菌薬・抗ウイルス薬 (町野亜古・高木 博)、血液疾患治療薬 (増山由紀子)、循環器疾患治療薬 (永田拓也・重島祐介)、消化器疾患治療薬 (関口由希公)、泌尿器疾患治療薬 (関口由希公)、向精神薬 (坂戸慶一郎)、代謝疾患治療薬 (青木拓也)、漢方薬 (梶尾明彦)、代用食 (齋木啓子)、外用剤 (堀越 健)

- スペシャル・アーティクル CaseとQ&Aで学ぶ「ジェネリック医薬品」(水 八寿裕)
- New! 今月の「めざせ!総合診療専門医!」問題

▶来月の特集 (Vol.27 No.4)

病歴と診察で診断できない発熱!

その謎の賢い解き方を伝授します。(企画・徳田安香)

●1部定価: 本体2,500円+税