

2024年2月12日
第3553号 for Residents

週刊（毎週月曜日発行）
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

- [座談会]レジデントよ、患者安全マインドを抱け! (栗原健、小西竜太、田中和美) 1—2面
- [寄稿]労働環境整備に有用な3×3フレームマネジメント (西山慶) 3面
- [連載]スライド作成のABC 4面
- [連載]ER診療の勘どころ 5面
- MEDICAL LIBRARY 6—7面

座談会

レジデントよ、患者安全マインドを抱け！



小西 竜太氏
エム・シー・ヘルスケアホールディングス株式会社
CSO/CMO

田中 和美氏
群馬大学大学院医学系研究科
医療の質・安全学 教授

栗原 健氏
名古屋大学医学部附属病院
患者安全推進部
司会

栗原 週刊医学界新聞では、「レジデントのための『医療の質』向上委員会」(<https://bit.ly/3RkULfR>)という連載が約10年前に掲載されていました。それから時が経過したものの、その内容は今でも色あせていません。そこで同連載で紹介された患者安全に関する基本理論をもとに、4月より開始される新連載「レジデントのための患者安全エッセンス」では、経験が浅いにもか

かわらず責任が重くのしかかる研修医に対して、「安全性を担保した上で質の高い研修をどう実現するか」を端的に伝えることを狙いとしています。本日は、前回の連載に携わられた小西先生、また患者安全の国際動向および医学教育に造詣の深い田中先生に参画していただき、患者安全マインドを研修医に根付かせるための方策を検討していきます。

これからの医療者にとって、患者安全はより必須のマインドに

栗原 議論を始めるに当たって、まずは患者安全を取り巻く問題がどう変化してきたのかを振り返りたいと思います。日本の場合、医療事故の発生を一つのきっかけとしてさまざまな対策が講じられてきました。その端緒は1999年に横浜市立大学病院で起こった患者取り違え事故、また都立広尾病院での薬剤の誤投与による死亡事故でしょう。小西 私は、それらの医療事故が発生して間もない2002年に医学部を卒業したこともあり、頻繁に注意喚起がなされていた当時の様子をよく覚えています。医療訴訟の件数の全国的な増加も相まって、訴えられないための「ディフェンシブな対応」を医療者は心掛けるようになっていました。田中 2000年代は医療者自身の身を守るための教育が展開されていましたよね。その頃に私も医学部に入学した

ので記憶に残っています。カルテの書き方一つとっても、訴訟に耐え得ることが条件の一つとして細かく指導されました。小西 そうした考え方がだいぶ薄れてきた2010年代、QI (Quality Indicator) 指標が意識されるようになり、先々の医療の質を改善していくための、どちらかと言えば「オフエンシブな対応」へとシフトしてきました。この変化は、患者安全にまつわる診療報酬加算の充実や医療事故情報収集等事業などの制度面の改革にも後押しされたのだと考えます。栗原 時代を経て、少しずつ患者安全に対する考え方も変わっていることがわかりますね。小西 ただ、本質的な意味でのアウトカムの変化はあまりなかった印象を持っています。栗原 なぜそう感じるのですか。

患者の安全確保は診療時に最も優先される事項であるものの、人は誰しも間違えるものであり、特に研修医は知識・技術、経験が十分とは言えないことから、潜在的にエラーを生じさせやすい集団とも表現できます。しかも多忙な日々を送る研修医が、患者安全を体系的かつ効率的に学ぶ機会は乏しいのが現実です。そこで本紙では、研修医が技術の研鑽に励む際に「安全性を担保した上で質の高い研修をどう実現するか」について具体的な指南を行う新連載「レジデントのための患者安全エッセンス」を4月よりスタートさせます。同連載で編集を務める栗原氏を司会に、研修医が患者安全を学ぶ意義と方策を共有してもらいました。

小西 診療報酬加算の取得をめざすとなると、アウトカムの向上ではなく「加算をどう獲得するか」というストラクチャーの整備に主眼が置かれてしまうからです。この問題は出来高払いである診療報酬の仕組みに鑑みると致し方ないのですが、アウトカムに意識が向きづらくなっている現状があります。また、そもそも患者安全のアウトカムを評価するための研究があまりなされていないことも課題と言えるでしょう。田中 別の背景もあると思います。例えば10年、20年前と医療水準が変わっていないのであれば、現在の医療提供体制は極めて安全なものになっていたはずですが、しかし医療技術の進化によって、より高度で複雑な医療を提供できるようになったことから、相応のリスクが新たに発生しました。高齢化による患者層の変化も同様の新たなリスク要因となっています。さらなる医療の発展、高齢化が見込まれる今後を見据えると、訴えられないための患者とのかかわり方を前提に考えているようでは恐らくこの先必ず行き詰まります。患者と共に互いに納得のいく医療を実現するための共同意思決定(SDM)の流れが近年で始めたことは、従来の医療提供の形から脱却してきたことを表しているのではないのでしょうか。栗原 まさにその通りですね。そうした変化は卒前教育にも影響を及ぼしており、2024年度の入学者から適用される「医学教育モデル・コア・カリキュラム」(令和4年度改訂版)¹⁾では、安全な医療の実践が診療技能における

学修目標であることと明確化されています。すなわち、これからを生きる医療者にとっては、より必須のマインドになっていくと言えそうです。

スキームを学ぶことで視点が変わる

栗原 では一体、研修医に患者安全の何を学んでもらいたいのか。何らかの事案が起こった際に病院がどう動くかのスキームを知ってもらいたいと私は考えています。例えば自身の提出したインシデントレポートは院内でどう活用されているのか。こうしたスキームを把握することは、長い医師人生を送る中では重要な要素だと思っています。田中 同感です。当院では、医療の質・安全管理部をローテーションで回る研修体制と、他の診療科で研修をしながらスポットで医療の質・安全管理部の事例ミーティングに参加してもらったり、リスクマネジャー会議に出席してもらったりする並行研修の体制を整備しています。事例検討の中ではインシデントをベースにさまざまな疾患や手技に関する話題も飛び交いますので、「勉強になる」と研修医からは好評です。また、ディスカッションの様子を目にすることで、「インシデントレポートを読む側が何を重視しているかが理解でき、書く際の要点がわかりました」と口をそろえて話してくれます。栗原 まさにスキームを学ぶことで視

(2面につづく)

●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・PR部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ (<https://www.igaku-shoin.co.jp>) もご覧ください。

February
2024

新刊のご案内
医学書院

これだけは気をつけたい！
高齢者への薬剤処方
(第2版)

編集 今井博久
B6 頁432 定価：4,840円[本体4,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05273-3]

がん薬物療法副作用管理マニュアル
(第3版)

監修 吉村知哲、田村和夫
B6変型 頁416 定価：4,400円[本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05367-9]

がん患者の皮膚障害アトラス

編著 宇原 久
B5 頁428 定価：14,300円[本体13,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05084-5]

標準微生物学
(第15版)

編集 錫谷達夫、松本哲哉
B5 頁688 定価：7,920円[本体7,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05344-0]

標準脳神経外科学 (第16版)

監修 富永健二
編集 齊藤延人、三國信啓、吉本幸司
B5 頁464 定価：7,920円[本体7,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05328-0]

コアカリノート

臨床医学まるごと整理
編 「コアカリノート」編集委員会
A5 頁2016 定価：19,800円[本体18,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04864-4]

PT・OT・STのための
これで安心
コミュニケーション実践ガイド (第3版)

山口美和
B5 頁304 定価：3,300円[本体3,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05351-8]

日本臨床栄養代謝学会
JSPENコンセンサスブック③
リハビリテーション／在宅／小児／摂食嚥下／
術後期・救急集中治療

編集 日本臨床栄養代謝学会(JSPEN)
B5 頁416 定価：4,620円[本体4,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05383-9]

精神科の薬がわかる本
(第5版)

姫井昭男
A5 頁240 定価：2,530円[本体2,300+税10%]
[ISBN978-4-260-05377-8]

ナースポケットマニュアル
(第2版)

編集 北里大学病院看護部
A6変型 頁148 定価：1,650円[本体1,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05437-9]

新任保健師でもできる！
おもしろ健康教育のつくり方

伊藤純子、高橋佐和子
B5 頁136 定価：2,420円[本体2,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05352-5]

訪問看護師による在宅養生活支援を可視化する
希望実現モデル

編著 川村佐和子
A5 頁224 定価：3,300円[本体3,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05337-2]

看護教育学
(第8版)

杉森みどり、舟島なをみ
B5 頁728 定価：6,050円[本体5,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05336-5]

看護教育のための
自己点検・評価・改善
現場発のカリキュラム・マネジメント

糸賀暢子、山口麻起子、西岡加名恵
B5 頁388 定価：3,960円[本体3,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05366-2]

看護教員のための
デジタルツール活用法[Web動画付]
動画で学んでオンライン授業の質向上！

板谷智也
B5 頁136 定価：2,860円[本体2,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05379-2]

医療安全ワークブック
(第5版)

川村治子
B5 頁248 定価：3,190円[本体2,900+税10%]
[ISBN978-4-260-05340-2]

座談会
レジデントよ、患者安全マインドを抱け！

<出席者>

●くりはら・まさる氏
2015 年日医大卒業後、同愛記念病院で初期研修、浦添総合病院で内科後期研修を修了する。米シガン大へ留学中に医療の質・患者安全の領域の重要性を意識するようになり、帰国後は浦添総合病院でホスピタリスト部門の立ち上げに携わる傍ら、最高質安全責任者 CQSO プロジェクトを修了。名大病院患者安全推進部を経た後、厚労省に入省し、医療安全施策を担当する。23 年より現職。4 月より本紙で開始される連載「レジデントのための患者安全エッセンス」では編集を務める。



●こにし・りょうた氏
2002 年北大医学部卒。沖縄県立中部病院、沖縄県立南部医療センター総合内科、関東労災病院医療マネジメントフェロー。米ハーバード公衆衛生大学院に留学し、医療政策・管理学修士号取得。帰国後は関東労災病院にて救急総合診療科部長、経営戦略室室長、卒後臨床研修管理室室長を担い、19 年より三菱商事を経て現職。現在は医療流通や医療経営支援、病院 DX 化等のヘルスケアビジネスに従事する。



●たなか・かずみ氏
1998 年東大薬学部卒業後、同大学院薬学系研究科修士課程を修了。群馬大医学部へ学士編入し 2004 年に卒業する。同大病院にて消化器外科医としてのキャリアをスタート。シミュレーションセンター「スキルラボセンター」の責任者に任命されたことをきっかけに、患者安全の世界に足を踏み入れることに。19 年には学内に設置された WHO 協力センターを通じて WHO 本部へ派遣され、「世界患者安全行動計画 2021-2030」の策定にも携わった。23 年より現職。



(1 面よりつづく)

点が変わり、患者安全マインドを育むきっかけになった事例ですね。

小西 研修体制の整備と併せて、日常業務をこなしながらも自然と患者安全を学べるような風土・環境を構築していく必要もあるでしょう。以前勤めていた施設では、入院診療計画書が発行されるタイミングで深部静脈血栓症のリスク評価をするチェックシートが印刷されるよう設定していました。すなわち、リスク評価をしなければ入院手続きができない仕組みにしたのです。そうすることで、入院時に必ず行わなければならない業務だと覚えてもらう。似たような仕組みを病院の至るところにちりばめておくと、本人も知らず知らずのうちに実行できるようになります。

栗原 ナッジの手法を応用するのは興味深いです。

小西 若手の時にルーチンで行っていた業務はベテランになっても継続して取り組んでいることが多いですね。やらないとむずがゆくなる感覚です。患者安全の手法を学んだ人が増えていけば、組織としても自然とボトムアップしていきます。

カルテの思わぬ落とし穴とは？ ポイントを押さえた先読みの記載があなたの身を守る！

トラブルを未然に防ぐカルテの書き方

カルテ記載の思わぬ落とし穴とは？ 医療紛争・トラブルにおいてはカルテ記載が重要となるが、時間の制限があるため、書くべき場面、書くべき内容の絞りこみが必要となる。本書では紛争・トラブルになり得るケースを多数紹介し、無用なトラブルを避けるためのポイントを押さえたカルテ記載の方法を伝授。臨床（医師）と紛争対応（弁護士）の双方の視点を押さえた先読みの記載があなたの身を守る！

編集 吉村長久
山崎祥光



研修医が安心して育つ環境は患者安全の観点からも良い組織

田中 その上で私としては、業務の中で「何かおかしいな」と感じたことがあれば、研修医側からも発信をしてほしいとの思いがあります。例えば診療科や病棟ごとに異なるローカルルールです。当院では病棟によって異なっていた注射オーダーに関するルールがローテート中の研修医の報告をきっかけに標準化されました。差異の存在は、不慣れな環境で働く研修医にとってはインシデントの種であると同時に、患者安全に貢献できるチャンスでもあります。研修で複数の診療科を回る研修医には、このような違いの発見にも一役買ってもらえればと思っています。

栗原 長年働いている医療職ではなかなか気付けないことも多々ありますので、新鮮な目線で違いに気付きやすい研修医が院内の文化を変える可能性は大いにあり得ます。

田中 研修医は声を上げにくいと思いますが、勇気を持ってチャレンジしてほしいです。また、その報告を受けた周りの医療者の対応も重要です。「指摘してくれて助かったよ」と言えるか、「そんなことはどうでもいいことだ」と適当にあしらうかで、その後が大きく変わります。間違いなら間違いだったでいいと思うのです。その時は間違いの理由を丁寧に教えてあげればいい。些細な指摘をポジティブな成功体験として研修医の記憶に残せると、同じように感じた時にまた声を上げてくれるようになります。

小西 皆が自由に発言できる雰囲気づくりは大切です。指導医をはじめ中堅・ベテランスタッフの意識を変えていく必要があるでしょう。率直に言い合える職場は組織として強いです。

栗原 当院では、今話題に挙がったオープンなコミュニケーションができる組織文化の醸成に向けて、教員・指導医クラスを対象とした患者安全の講習を行ってきました。重要性が徐々に理解されつつある印象を受けていますが、まだ道半ばですね。

田中 ヒエラルキーをなくそうとの医療界全体の動きはあるものの、いまだに残り続けていることは否めません。言い出しづらいと考える他職種も多いと思います。そのため研修医だけにフォーカスを当てるのではなく、チーム全体で誰もが声を上げられるような心理的安全性を担保した環境を作っていくべきなのでしょう。海外では、ICU スタッフがチームワーク研修を行ったところ、研修前と比べて ICU の在室日数が 50% 減少したとの報告もあり²⁾、今後ますますチーム医療の在り方に注目が集まっていくはずです。

小西 心理的安全性が担保された組織でなければ研修医も安心して研修がで

きないと思います。疑問を持った時に質問できないような施設では萎縮してしまいますから。

栗原 どの部門でもローテートする研修医は初学者ですので、うまく巻き込んで研修体制を構築できるかが大事です。研修医が安心して伸び伸び育つ研修環境は、患者安全の観点からも良い組織と言えます。研修医だけではなく、指導医側、それから病院組織全体としても考えを改める必要があるでしょう。

Zero harm の実現に向けて

田中 一方で難しいと感じるのは、患者安全マインドの重要性をいかに伝えるかです。従来の「訴えられないように」という危機感をあおる方法では核となる理念の部分が欠落して伝わってしまう恐れが高い反面、「患者さんの安心・安全のために患者安全を意識してください」と訴えても、関心を持ってくれる方は少ないです。

栗原 患者安全への意識を高めるための工夫が必要ですね。

小西 医師となり研修が始まると、新しい医学的知識や技術習得に誰もが追われます。そのため患者安全については個人の関心・努力に頼らざるを得ないケースが多々見受けられ、問題を察知する感受性にバラつきが生じています。このバラつきをいかに抑えるかが患者安全を効果的に実装していくための鍵でしょう。こう考えるようになったのも、『組織で生きる——管理と倫理のはざまで』（医学書院）という本との出会いがきっかけです。患者に何か問題が起こった時におかしいと気付ける倫理的感受性があるかどうかが重要と、著者の勝原裕美子さんが述べられていました。感受性を養っていくにはやはり個人の努力だけでは難しく、個人を取り巻く環境の整備が求められると考えます。病院の総合力が試されていると言っても過言ではありません。

米国のメモリアル・ハーマンヘルスシステムという病院グループでは、患者に対する回避可能な害をゼロにする Zero harm 活動を推進しています。ある病棟で転倒・転落の件数が 100 日間 0 件であったならば、それを記念しスタッフ全員で喜びを分かち合うなど、不確実性の高い医療の中でも「皆で努力すれば難題を乗り越えられる」とのポジティブな文化を院内で構築しているのです。医療安全の分野では、褒めるというフィードバックがしづらい中で、患者安全に関する情報提供をポジティブに取り扱っていることは大変勉強になりました。

栗原 田中先生が策定にも携わられた WHO による「世界患者安全行動計画 2021-2030」³⁾でも、Zero harm がビジョンとして掲げられていますよね。

田中 ええ。策定に当たって Zero harm の概念を取り上げるかどうかは

議論になりました。もっと現実的で達成可能な目標にしたほうがよいのではないかとの考えからです。しかしゼロをめざさない限り事故の件数は減らないはずだとの結論に落ち着き、限りなくゼロに近づけていくことが計画に盛り込まれる形となりました。

栗原 Zero harm を達成することは難しいかもしれませんが、理念を掲げ、病院全体が患者安全の実現に向かって努力していくことは大変意義のあることです。「世界患者安全行動計画 2021-2030」は田中先生を中心に日本語訳がなされ無料で公開（<https://bit.ly/3HwcM4I>）されていますので、多くの方にご覧いただきたいです。

*

田中 私が現在最も意識しているのは地域連携です。患者は大学病院、市中病院、そしてクリニックなど地域のかかりつけ医と、さまざまな施設を行き来し、同じように研修医もさまざまな施設で育っていきます。けれども大学病院でしかできない患者安全、市中病院でしかできない患者安全というのは存在しません。患者安全マインドを涵養していく意義は変わらないはずです。だからこそ地域全体で連携を取りながら共に患者安全マインドを作り上げていくべきだと思っています。今後はより一層、普及・啓発の活動に励んでいきたいです。

小西 病院は研修医を守る医療安全システム・風土をつくる一方で、研修医自身には安全への感受性や患者への思いやりなど自律的な力を醸成してもらいたいです。私個人としては、今後は企業で経験した視点をもって、医療機関の質安全に貢献していきたいですね。

栗原 座談会を通じて、研修医への安全教育の核の部分は不変であるが工夫の余地があること、研修医を育む研修環境と安全文化は密接にかかわっていることを改めて感じました。これから巣立つ研修医は、医学部入学時から病院内に安全管理体制が当たり前に存在する世代です。そのような研修医により一層、患者安全マインドを育んでもらえるよう、全国的な普及・啓発活動は今後も重要だと思います。そして、患者安全マインドの醸成と共に、何を行うべきかの明示も重要です。新連載では研修医自身が安全な医療を提供する上で研修中に何を学べばよいか、何を行うべきかについても具体的な内容を伝えていきたいと考えています。

(了)

●参考文献・URL
1) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会. 医学教育モデル・コア・カリキュラム令和 4 年度改訂版. 2022. <https://bit.ly/3S2KpQd>
2) J Crit Care. 2003 [PMID : 12800116]
3) WHO, 田中和美 (他訳). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 日本語版. 2023. <https://bit.ly/3HwcM4I>

学会のオフィシャルテキスト第2版。進化し続けるバスの最新情報を収載。

現場で使える
クリニカルパス実践テキスト
第2版

まさに“現場で活かす”バス実践のノウハウを詳細かつわかりやすく解説。クリニカルバス学会主催の過去の教育セミナーから好評だったテーマを中心に、多くの地域・医療機関で明日から即検討できる手法をまとめた。また、バスの教育や組織作り、電子バスや連携バスの最新の活用法、そして今後期待される新たなバスの領域も盛り込んだ。現場での秘策や情報は「匠のコツ」「トピックス」として開示。バスに関わる多くの医療者必読書。

監修 日本クリニカルバス学会
学術・出版委員会



寄稿

「世帯支援」の立場に立った 労務環境整備に有用な 3×3 フレームマネジメント

西山 慶

新潟大学大学院医歯学総合研究科救命救急医学分野 教授

●にしやま・けい氏

1995 年京大卒。小倉記念病院循環器科、京大病院循環器内科、同院初期診療・救急科、国立病院機構京都医療センター救命救急センター長などを経て、2021 年より現職。



親の監督が必要な子どもや介護が欠かせない高齢者は、種々の支援を必要とする点で「社会的弱者」とされます。育児や介護を行う医師が「社会的弱者」を扶養する義務と、医療者としての責任を両立させるために、「世帯支援」の視点に立った医師の労働環境整備が望まれています。これは男女を問いません。本稿では、筆者の約 20 年にわたるマネジメント業務の中で培った「世帯支援」の立場に立った労務環境の在り方、労務管理者としてのマネジメント方法やトラブル回避の方法についてお示しします。

働くことをもう一度考えてみよう

一言に「働く」といってもその内容や目的は多岐にわたります。哲学者のハンナ・アレントは『人間の条件』¹⁾の中で人間の活動を Labor（労働）、Work（仕事）、Action（活動）に分類し、人間らしい人生を送るにはこれら全てを充足することが重要だと述べています。

簡単に述べると、労働（Labor）とは生活の糧を得るための行為を指し、時給・負荷の大きさ・労働時間などが重要となります。仕事（Work）とは人間は有限であることから生じる活動で、時間を超えて続く世界を作ろうとする行為であり、単純作業ではなく思考が重要となります。臨床医にとっては個々の診療・研究教育活動そのものと思います。活動（Action）とは、人間は一人では生きていくことができないことに基づくもので、多くの人と協調する作業となります。医師にとってはお互いに尊重し合う関係性で行うチーム医療、臨床システム構築、研究教育活動などが活動に当たるでしょう。

実際にスタッフと面談をしてみても表面上は診療（Work に当たる）に対する不満を述べているが、実際に困っているのは経済的な問題（Labor の改善が必要）であったり、実は人間関係で課題が生じていたりすること（Action の改善が必要）を経験します。管理者は面談などを利用しながら、これら 3 つの「働く」ことをスタッフと共に振り返っていくことが重要だと思います。

3×3 フレームで 困りごとを分析する

管理者はスタッフに社会的弱者の扶養義務が生じた場合、生活を支えるための労働（Labor）という側面が重大

かつ複雑になることに留意せねばなりません。さらに「共働き、扶養者あり」と「非共働き、扶養者あり」では、「時間」「サラリー」と困っていること（評価軸）が異なるため、深刻な対立が生じる場合があることには十分注意するべきでしょう（図 1）。

筆者は、世帯環境による制約を「時間的」「空間的」「経済的」に分け、世帯情報（「扶養者なし」「共働き、扶養者あり」「共働き、扶養者なし」）と組み合わせ

て 3×3 フレーム（図 2）を作成し、個別に対応していました。2 項目以上が危機的状況となると、キャリアパスを設計することが経験的に相当困難となります。例えば、「共働き、扶養者あり」世帯で子どもが就学前であれば、時間的制約が生じることが多いので、空間的制約、経済的制約が生じないように人事や家計マネジメントを行うことがキャリアパスの実現に重要です。一方、「非共働き、扶養者あり」世帯では、働き方改革により時間的制約が生じてしまった場合、いかに経済的制約を生じさせないかが課題となります。

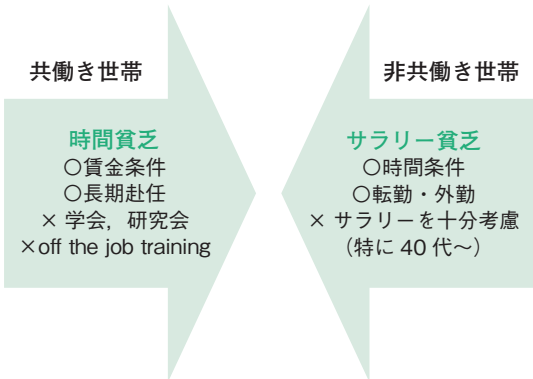
◆「時間」に対する tips：rush hour

大前提として、子どもを一人にすることが児童虐待につながる危険性があります。「共働き、扶養者あり」家庭には、扶養家族への援助に必要な時間である“rush hour”が存在するので、勤務交代のタイミングの調整や各種会議等の設定時間を検討するべきでしょう。

◆「空間」に対する tips：中期的計画の重要性

誤解を恐れずに言えば、小学校入学後の頻繁な転校は、子どもにとって大きなストレスとリスクを伴います。このため小学校入学から逆算して居住地の変更を伴う転勤・異動のスケジュールを立てることが有効であり、管理職は 5～10 年程度の中期的なキャリアパスを本人と相談していくことが重要です。

さらに共働き世帯の場合は、保育所や学童などの社会資源を使用して扶養を行っている場合が多いです。職場が変化する度に使用する社会資源を変更することは困難なことから、短期間での転勤を避け、労働環境を一定とする



●図 1 共働き・非共働き世帯で困っていることの違い

共働き世帯は時間貧乏になりやすい一方で、非共働き世帯はサラリー貧乏になりやすい。両者の困りごとは異なるので、管理者は平等でなく公平な職場環境の調整を行いたい。

		時間的 制約	空間的 制約	経済的 制約
扶養者なし		あまり困っていない		
扶養者あり	共働き	困っている		一時的
	非共働き	少ない		困っている

●図 2 世帯環境による制約と世帯情報を組み合わせた 3×3 フレーム

2 項目以上が「困っている」に該当するとキャリアパスの設計が難しくなるので、管理者には人事や家計の調整といったマネジメントが求められる。

やったほうが良いと思うこと	やらないほうが良いと思うこと
●提案 ●公平 ●対面でのグループディスカッション ●まず相手の話を聞く ●自分の意見を率直に直接述べる ●プロジェクト化、言語化 ●保守的な家計	●批判、べきだ論 ●平等 ●SNS・メールなど、テキストでの議論 ●まず自説を述べる ●非公式に批判を述べる ●概念的評価、イメージ ●ローンでの高い買い物

●図 3 管理者がやったほうが良いと思うこと、やらないほうが良いと思うこと（筆者の私見）

ことができれば望ましいと思います。

◆「お金」に対する tips：30 代クライシスと 40 代クライシス

共働き世帯では、0～2 歳児にかかる高額な保育料（認可保育園の場合、保育料は世帯年収に比例）や短時勤務等による収入の減少から、保育園入所と共に急激に時間的・金銭的余裕が減じる現象が生じ得ます。数年間で解消することが多いですが、注意が必要です（30 代クライシス）。非共働き世帯では、子どもが 10 歳くらいまでは扶養コストがあまり上昇しないので経済的問題が生じることは多くないですが、10 歳を過ぎたくらいから教育費高騰が大きな課題となり対応が困難となるケースが散見されます（40 代クライシス）。

いずれにせよ中期的な計画を立て、世帯支出のマネジメントを行うことが大切です。さらに働き方改革により世帯収入の変化が生じ、非共働き世帯における 40 代クライシスが増加しないか注視していく必要があると思います。

対立を回避するために：平等ではなく公平を

共働きか非共働きかで世帯環境は大きく異なり、具体的には「困っている

こと」が異なります（図 1）。経験的には、「平等」という言葉がスタッフから出てきたら要注意です。「時間」「サラリー」と困っていること（評価軸）が互いに異なっているので、平等性を要求したところで双方が納得する形での結論が出ることはまずないと思います。管理者は「困っていること」がスタッフにより異なっていることを全員に率直に伝え、「平等」ではなく「公平」であることを考えようと繰り返しアナウンスしていくことが重要です。

以上、私見（図 3）による narrative review を記載させていただきました。状況は目まぐるしく変化し、私がお話ししたことと現実とが異なっている場合も多くあると思います。皆で良くコミュニケーションをとり、より良い仕組みづくりを行っていくことができたらと考えています。

●参考文献

1) ハンナ・アレント（著）、志水速雄（訳）、人間の条件、筑摩書房；1994。

本紙編集室の Facebook ページです。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

医学界新聞 Facebook

検索

今日の状況・明日への動向を捉え、病院組織のマネジメント向上を目指す

「病院」の教科書 第2版 組織・機能とマネジメント

今、医療界は大変厳しい時代の最中にあり、なかでも病院にかかわる人には、その全体を把握することが求められている。本書はその要請に応えるべく、多機能で複雑かつ高い専門性により把握にくい病院医療の組織・機能とマネジメントの全貌を、隅々まで体系的に理解できるように作成された。すなわち、「病院の運営・経営の向上を目指し病院の組織・機能とマネジメントを体系的に理解するためのテキスト」である。

編集 今中雄一

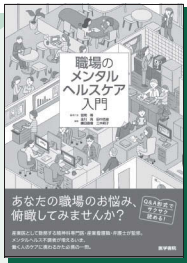


精神科専門医・産業医・産業看護職・弁護士が監修。Q&A 形式でサクサク読める！

職場のメンタルヘルスケア入門

職場のメンタルヘルスケアに関して「知っておきたいこと」を「実践的に」「コンパクトに」「分かりやすく」解説します。産業医として勤務する精神科専門医、産業看護職、弁護士がタッグを組み、Q&A 形式で最新の知見に即して職場のお悩みを解決します。産業医・産業保健スタッフのみならず、職場のメンタルヘルスケアに関わる方にとって必携の一冊です。

編集代表 宮岡 等
編集 淀川 亮
田中克俊
鎌田直樹
三木明子





医学生・初期研修医が研究発表、学会発表、勉強会などに参加するに当たって避けて通れないのがスライド作成です。見やすく、わかりやすいスライドを作るには、どうすれば良いのでしょうか？
初学者でも修得できる“一生モノ”のエッセンスを本連載で学びましょう！

Lesson 07 発表用スライドと配布用スライドの違い

柿崎真沙子 名古屋市立大学大学院医学研究科医学・医療教育学分野 講師

学会発表やセミナー講演などでスライドを使うことは今や当たり前になっていますが、発表だけではなく、講義の説明用や配付資料としてもスライドを使用することがあります。今回は特に配布用のスライドについて取り上げたいと思います。

データ，印刷どちらで配布する？

配付資料としてスライドを配る際、スライドデータそのものを配布するのか、印刷して配布するのか、さまざまな場合があると思います。

最近では電子ファイルの受け渡しの技術が進歩しているので、比較的大きなファイルサイズであっても送付が可能になっており、スライドデータそのものを資料として配付することも増えているかと思えます。一方で、印刷配布という方法もまだ根強く残っており、その場合 1 枚の A4 用紙にスライドを印刷してしまうと分量が多くなるため、2～6 スライドを並べて資料を作成し、配布することもあるでしょう。後者はファイルからエクスポートを選択し、PDF の作成から保存する方法や、印刷機能の出力形式を PDF にし、プリンターのプロパティからシートごとのページ数の設定などを行う、などいくつか方法があります。

その時々によってデータと印刷、どちらが適しているのかは変わりますが、私は印刷の場合は大体 A4 用紙にスライドが 2 枚配置されている資料を作成し、配付することが多いです。データで配布する場合もそのまま A4 で印刷できるので、こちらの形式を使用しています。第 3 回「スライドの背景とフォント」でも取り上げましたが、サイズはワイドよりは 3：4 のほうが収まりが良いのでお勧めです。また、スライドデータそのものを資料として配付する場合も、OS の違いなどで配置のずれが生じるので、PDF 化して配布することをお勧めします。

配布時は動画やアニメーションに注意

発表用のスライドをそのまま配付資料として使う場合は多いかと思いますが、スライドに動画や強調、挿入アニメーションなどを入れている時は、印刷配布や PDF データとして配布する場合に注意が必要です。

まずは動画の場合の対策です。動画は PDF や印刷配付資料に載せられません。そのため、①動画のスクリーンショットを掲載して印刷し、動画として

の資料配付はなしにする、②クラウドサービスや動画サイトに動画をアップロードしておいて、配付資料の該当スライドに URL や QR コードを貼り付ける、③Word などに動画の URL や QR コードを添付して、別ファイルとして送付する、といった対応が必要になります。動画データを PPT ファイルに埋め込んで共有することも可能ですが、データ量が大変重くなります。ファイルサイズが大きくなるとメール添付でははじかれてしまうことも多いので気をつけましょう。

見落としがちなのは強調や挿入アニメーションを使ったスライドを使用している場合です。例えば 1 枚のスライドで挿入アニメーションを使って元々のスライドの上から図を載せている場合、印刷されるのはアニメーション後のスライドになってしまい、下にどのようなスライドがあったのかがわからなくなります。解決策として、①2 枚のスライドに分けて作り、図を載せる前のものと後のものを両方配布する、②そもそも図が重ならないように強調して 1 枚にする、といった変更が必要になります。変更が面倒なので、私はなるべく上に図が重ならないようなスライドを作るようにしています。

学会発表用を配布用にも流用できるように

基本的に学会発表で使用するスライドは、印刷配布を前提としていないので、アニメーションも動画も好きなだけ挿入することができます。しかし、セミナーや講義など、学会発表で使用するスライドと同様のものを資料として配付する場合、先ほど触れた動画の有無や図の重なりといった点に注意が必要です。また、1 枚のスライドにぎざぎざに文字が詰め込まれているスライドだと読みにくくなる一方で、トピックタイトルだけの提示ばかりで説明文がほとんどないなど、あまりに情報量が少ないスライドだと資料としても適切ではなくなってしまうため、スライド 1 枚当たりに含まれる内容が適切な情報量であるかという点が重要になってきます。

「じゃあ発表用と配布用は別々に作ればいいのでは？」と思うかもしれませんが、段々仕事が忙しくなると、別々に作る時間がなくなってしまうのは多くの方々も経験がしているのではないのでしょうか？

ということで、基本的には学会発表などの段階から、スライドそのものは「印刷して資料配付しても大丈夫」なスライドとして意識して作成すると、そ

のまま授業やセミナーに流用でき、配付資料としても使え、効率が良いと思います。

効率的な配付用資料の作り方

忙しくなると発表用と配布用のスライドを別々に作っている暇がなくなる……と述べましたが、実は私は配付用資料と講義用資料を別のファイルにしています。というのも、講義では計算問題などを解かせるため、回答と一緒に配布してしまうと講義が成り立たなくなってしまうからです。しかし、別々のファイルを作るとは言え、スライドそのものを別々に作っているわけではありません。まずは回答なども全て入れた講義用のスライドを作って保存してから、同じファイルをコピーし、配布用にファイル名を変え、回答スライドだけを削除するようにしています。回答については授業後配布するため、また講義用ファイルをコピーし、今度は回答部分以外を全て消去して回答用の配付資料を作ります。つまり、配付用資料は別に作りますが、単純に配布に向かないと思ったスライドだけを削除することで労力を削減しています。

印刷配布時は白黒印刷 OK なデザインに

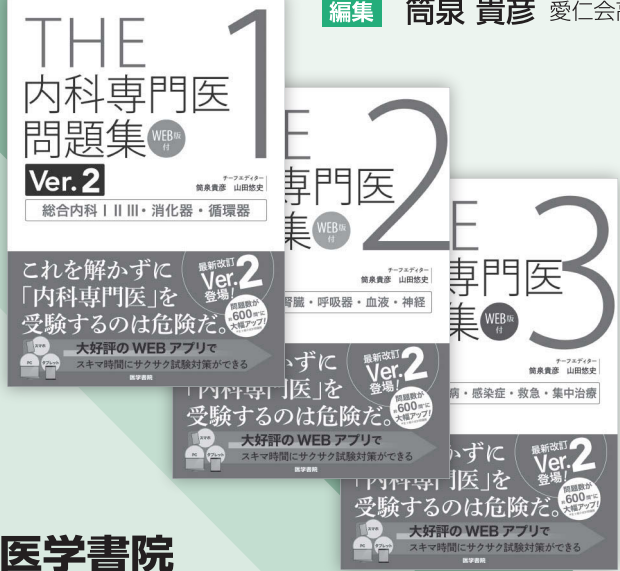
今までの各回では、なるべくシンプルなスライドになるように説明してきたつもりです。デザイン性の高いスライドは、プレゼンする場合は良いのですが、いざ配付資料として使おうとした場合、印刷がしにくいからです。また、潤沢に費用がある組織での講演ではカラーで画素の良い印刷配付資料を作っていたかもしれませんが、大学の講義などでは経費の関係で「配付資料は白黒印刷です」、といったことも多く、あまり凝ったデザインのスライドを作ってしまうと配付資料としては見づらいものになってしまうからです。

白黒で資料を印刷する場合、写真や凝った図表はせっかくスライドに入れたのに潰れてしまい、見にくくなるのがしばしばあります。白黒にしても強調部分がわかるようにするために、なるべく写真を減らしたり、色だけで強調がわかるようにするのはなく、太字やアンダーラインを使用したりすると良いでしょう（連載第 3 回参照）。

内科専門医受験に大好評の臨床問題集が 3 巻本にパワーアップして新登場！ 2 月刊行開始！

THE 内科専門医問題集 Ver.2 WEB 版付

編集 筒泉 貴彦 愛仁会高槻病院総合内科 山田 悠史 マウントサイナイ医科大学老年医学・緩和医療科



1 総合内科 I II III・消化器・循環器
B5 頁 422 定価：7,480 円（本体 6,800 円＋税 10%）
[ISBN 978-4-260-05095-1]

2 内分泌・代謝・腎臓・呼吸器・血液・神経
B5 頁 458 定価：7,480 円（本体 6,800 円＋税 10%）
[ISBN 978-4-260-05096-8]

3 アレルギー・膠原病・感染症・救急・集中治療
B5 定価：7,480 円（本体 6,800 円＋税 10%）
[ISBN 978-4-260-05097-5]

- ▶エディターチームが専門医カリキュラムから内科専門医試験必出のトピックを厳選！
- ▶内科専門医試験全体の約 60% を占める臨床問題対策の最強ツール、待望の第 2 弾！



リニューアルして 3 月開講！

内科系専門医試験対策のためのオンライン問題集



要望に応え最新収載問題数を大幅に UP

医学書院

ピットフォールにハマらない ER診療の勘どころ

ER診療に潜むあまたのピットフォール（落とし穴）を君は見抜けるか？
エビデンスやちょっとした
コツを知り“勘どころ”をつかめば、
明日からの ER診療が
待ち遠しくなること間違いなし！

徳竹 雅之 健生病院救急集中治療部 ER

第 21 回 一触即発！ 興奮する患者との上手な 付き合い方を伝授！

忘年会や新年会シーズンの医療現場では、さまざまな困難に直面されたことと思います。特に、興奮した状態で来院した患者にどう対応するかは、緊急性がありかつチャレンジングな課題です。今回は、そんな困難に立ち向かうためのちょっとしたコツを紹介しま

暴言・暴力への対応は安全第一！ ディエスカレーションが鍵

まず覚えておくべきは、安全が最優先だということです。患者が大声を出したり暴力的になったりしたらどうしますか？ 1人で対応しようとせず、人を集めて対応しましょう。警備員へ連絡する（当院では夜間常駐の警備員の他に、ERの至るところに警備会社へ直通連絡できるボタンが設置されています）、院内コール（コードホワイト）をかける、警察に通報するなど状況に合わせて介入を検討しましょう。肝は、「怖い！」と感じたら躊躇せずに（患者への承諾は不要！）上記対応をすることです。介入が遅れると、興奮がエスカレートして暴力に及んだ場合に甚大な被害を負うことになりかねません。

そうした対応を取った上で、ディエスカレーションを行って患者を落ち着かせることが必要です。これは、言葉や非言語的コミュニケーションを使って患者の怒りや衝動を和らげる技術です。ディエスカレーションのテクニックとして米国精神科救急医学会は表の 10 項目を推奨しています¹⁾。

他に SAVE というテクニックもあります。サポートする（Support）：一緒に考えましょう、認める（Acknowledge）：あなたにとってつらいことだったのですね、検証する（Validate）：私があなただけの立場だったらおそらく同じように反応するでしょう、感情に名前を付ける（Emotion naming）：怒っているのですね、といった声掛けならできそうです。普段の診療から心がけておいても損はないでしょう。

それでもだめなら ——最終手段の拘束？

拘束は、身体拘束と薬物的拘束に分類されます。いずれの拘束手段においても患者の権利を脅かす行為であるこ

とに留意し、可能な限り回避または最小限にする配慮を忘れないようにしましょう。身体拘束に加えて薬物的拘束を行った医師が患者に訴えられ、介入が必要最小限ではなかったとして敗訴した判例もあります²⁾。患者の興奮や攻撃性が強いために自傷他害の恐れがあること、（特に患者にとって）安全な医療介入のために拘束を要することをチームで協議したという旨をカルテに記載し、自分を守りましょう。

そして、拘束は必要最小限に、同時ではなく段階的に行い、不要となった段階で即座に解除する必要があります。身体拘束は窒息、鈍的外傷、突然死などと関連し、薬物的抑制は呼吸抑制や不整脈などのリスクとなることが知られています。

◆身体拘束の詳細

身体拘束は、患者が自傷他害のリスクが高い場合に限り、最後の手段として考慮されます。この方法は以下の手順で行われます³⁾。

①**チームの準備**：最低 5 人のスタッフが必要です。頭部と各大関節をそれぞれ 1 人が押さえます。

②**力の適正な使用**：患者に過剰な力を加えないよう注意し、外傷や呼吸抑制を防ぎます。

③**拘束位置の調整**：頭位を挙上し、四肢の抑制帯はベッドフレームに結びます。必要に応じて、一方の腕を頭側、もう一方を足側に配置します（図）。

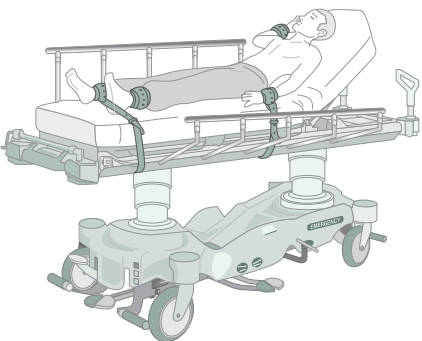
④**追加措置**：下肢の運動が強い場合には足首を交差させて拘束することを検討します。また、患者が嘔みついたり唾を吐きかけたりなどの行動を取る場合は、酸素マスクを装着します。手袋をしたまま口元をふさぐと窒息のリスクになるので注意しましょう。

◆薬物的拘束のコツ

薬物的拘束は、患者の興奮や攻撃性を抑制するために薬剤を投与する方法です。興奮していることを自覚して内服薬を飲んでくれる患者も中にはいますが、それ以外の場合には薬剤投与は原則として静注ではなく筋注で行います。暴れる患者のルート確保は針刺し事故のもと！ 米国救急医学会の声明では以下のように推奨されています⁴⁾。

●表 米国精神科救急医学会が推奨するディエスカレーションのテクニック（文献 1 を 基に作成）

テクニック	具体的な対策
パーソナルスペースを確保する	●腕を 2 本分伸ばした距離を確保する。 ●室内においては自身の立ち位置は患者と外開き（または開放された）ドアとの間に置き、退路を確保する。 ●ハサミ/聴診器/ネクタイ/ネックレスなど危険なものを除去しておく。
挑発的な態度をとらない	●患者を凝視しない（アイコンタクトや顔きは OK）。 ●背後から近づかない。 ●急激な動きをしない。 ●腕組みしない。
言語による介入を行う	●なるべく熟練者がリーダーとなり対話する（複数人で話しかけない）。 ※ただし、複数のスタッフで対応はするべき。 ●低く落ち着いた声で接する。
簡潔な言葉を使用する	●長い文章や難解な単語は使用しない。
希望や感情を確認する	●オープンな質問をする。
患者の話を傾聴する	●途中で遮らない。 ●患者の言ったことを平易な言葉で言い直す。
見解の不一致を言い争わない	●患者の解釈を否定したり、その反応を批判したりしない。
暴言や暴力は許容できないことを伝える	●医療従事者への暴言を個人攻撃と受け取らない。暴言に対して怒らない。 ●「怖い！」と感じたら早めに警備員や警察へ通報する（患者の承諾は不要）。
選択肢を提示する	●薬剤を使って落ち着くよう支援できることや、かなえられる要望については適切な対応をできる準備があることを伝える。
患者とスタッフへのデブリーフィングを行う	●どんなことが、どうして起きたかを話し合う。



●図 身体拘束の方法

頭位を挙上し、四肢の抑制帯はベッドフレームに結ぶ。必要に応じて一方の腕を頭側、もう一方を足側に配置する。

- 効果とその迅速さからドロペリドール 5 mg 筋注＋ミダゾラム 5 mg 筋注の併用を推奨する。
- ドロペリドールが使用できない状況では、オランザピンや他の抗精神病薬の併用が代替手段となる。
- 非定型抗精神病薬、特にオランザピンはハロペリドールなどの従来の抗精神病薬よりも良好な効果がある。
- ベンゾジアゼピン系薬剤として、ミダゾラムはロラゼパムより効果発現が早く推奨される。
- 単剤使用の際にはミダゾラムより抗精神病薬の使用を推奨する。

日本の添付文書では、外来でのドロペリドール使用は禁忌と記載があります。そのため国内で最大効果を発揮する薬物的拘束は、オランザピン 5 mg＋ミダゾラム 5 mg 筋注となりそうです。薬剤準備までのスピードや手軽さなどから、筆者はミダゾラム 5～10 mg 筋注を第一選択にすることが多いです。声明によればベンゾジアゼピン系薬剤を単独で使用すると薬剤の追加投与の必要性や呼吸抑制の発生率が高くなることから、単剤使用の場合は抗精神病薬を投与することが推奨されています。解説はしましたが、結局は使い慣れた

（もしくは病院ごとに定めた）薬剤を使用するのが良いと思いますので、柔軟に対応してください。呼吸抑制や不整脈といった副作用があるため、必ずモニタリングを密に行いましょう。

*

興奮する患者への診療は、患者と医療従事者の安全を確保するために上記のように手の込んだステップを踏まなければなりません。鎮静化できたら終わりではなく、そこから器質的疾患（主に“意識障害”としての鑑別を進めていくことになります）がないかを検索し、必要に応じて治療を行わなければならないことも忘れてはいけません。

今回の勘どころ

- 「怖い！」と感じたら躊躇せずにその場を離れ、人を集めよう。
- ディエスカレーションのテクニックを身につけよう。
- 必要最小限かつ段階的な拘束を心がけよう。
- 身体拘束は頭と四肢に 1 人ずつ必要になる。
- 薬物的拘束は原則筋注！いざというときに備えてシミュレーションしておこう（勤務している病院のプロトコルも確認しておこう）。

参考文献・URL

- 1) West J Emerg Med. 2012 [PMID : 22461917]
- 2) 蒔田寛. 暴れる精神障害患者に鎮静剤投与は違法. 日経メディカル. 2012. <https://bit.ly/42749Xr>
- 3) J Am Coll Emerg Physicians Open. 2020 [PMID : 33145538]
- 4) Ann Emerg Med. 2024 [PMID : 38105109]

本邦初 日本救急医学会監修による救急超音波診療テキスト

救急超音波診療ガイド [Web動画付]

「日本救急医学会救急point-of-care超音波診療指針」に準拠した救急超音波診療テキスト。指針をもとに実践的な内容を解説し、上級者向けのPOCUSや、知識として知っておくべきことについても適宜言及。手技や病態・疾患に関する画像・動画を豊富に盛り込み、独学でも知識と技術の習得に役立つ内容とした。救急科専門医・専攻医だけでなく、研修医や急性期診療に従事する医師の手引きとして活用できる 1冊。

監修 編集

一般社団法人日本救急医学会
日本救急医学会Point-of-Care
超音波推進委員会
一般社団法人日本集中治療医学会
公益社団法人日本超音波医学会
一般社団法人日本小児救急医学会
一般社団法人日本ポイントオブケア
超音波学会

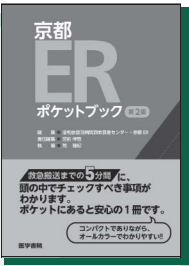
救急超音波診療ガイド
本邦初
学会監修による
救急超音波診療テキスト

救急診療のバイブルとして、ぜひ白衣のポケットに！

京都ERポケットブック 第2版

ER研修の壁を乗り越えるサポーターとして、上級医の頭の中を言語化してコンパクトにまとめるという趣旨はそのままだに、第2版では日々の臨床の中で研修医との対話を通じて浮かび上がった皆が讀くERでのポイントを意識して改訂。また主訴別アプローチの「アタマの中」は文字＋イラストやフローで図示し、緊急性の高い病態対応の大きな幹をイメージ化し捉えやすくすることを目指した。

編集 洛和会音羽病院
救命救急センター・京都ER
責任編集 宮前伸啓
執筆 荒 隆紀



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・PR部(03-3817-5650)まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

内科レジデントの鉄則 第4版

聖路加国際病院内科チーフレジデント●編

B5・頁512
定価:5,280円(本体4,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05119-4

本書は、聖路加国際病院内科チーフレジデントが編集・執筆した、内科レジデント向けのテキストブックです。第4版では、前版同様に研修医にアンケート調査を行い、これまでの改善点を徹底的に洗い直し、わかりやすい解説を心掛けるとともに、少しアドバンストな内容や参考文献を充実するなど、さらに読者目線で役立つ本をめざして改訂されました。

「鉄則」とは、臨床現場で頻繁に遭遇する典型的な症例の病態生理や診療方針など、医師が知っておくべき重要な知識のコアを指します。これは医学教育の分野で「クリニカルパール」と呼ばれるもので、具体的な症例から抽象化・概念化された知識です。クリニカルパールを熟知することで、似たような症例に迅速かつ的確に対応できる力が身につきます。また、コンパクトなフローチャートや語呂合わせを用いることで、限られた時間の中で効率良く重要な知識を整理し覚えることができるでしょう。クリニカルパールを明確化し視覚化するアプローチは、多忙な臨床現場での意思決定を支援する上で大変有用だと考えます。

しばらく当院の研修医との病棟チームラウンドで使用してみました。内科レジデントとして身につけるべき病棟

評者 野木 真将

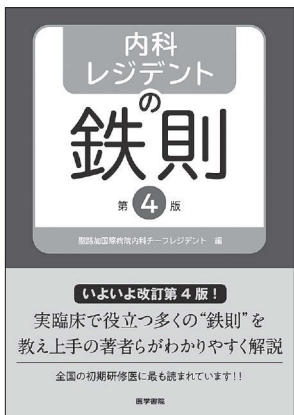
米国クイーンズメディカルセンターホスピタリスト部門長・副メディカルディレクター/
亀田総合病院総合内科部長

管理の知識や技術を、症候別に体系的に解説しており、特にフローチャートが視覚的に目に入りやすいので、時間のないときに重宝しました。各症候の概要から、診断・治療の基本、鑑別診断、症例の振り返りまで、幅広い内容を網羅しています。電解質異常、心不全の病棟管理、肝硬変の合併症管理など多岐にわたるテーマにも有用でした。特に一番気に入ったのはアップデートされた知識と、本書にちりばめられた語呂合わせです。心不全の項目を読みましたが、最新ガイドラインの要点やFantastic FourをはじめとするGDMT

(Guideline directed medical therapy)の解説もあり、初期研修医から専攻医まで満足させる内容の充実さでした。忙しい研修医は原著論文や総説を読む時間が取りにくいと思いますが、本書では効率良く知識の更新ができます。

本書の分厚さで内科全般をカバーできるのか? 疑問に思うかもしれませんが、内容としては「病棟管理」に集中しているので、ホスピタリストをめざす人や、フローチャートや語呂合わせを使用して臨床の「型」を学習したい研修医に最適です。

また、症例の振り返りでは、実際の症例を基に、臨床推論の過程や治療の選択肢などを検討しているので、自学

臨床の「型」を学習したい
研修医に最適肛門疾患診療の教科書 [Web動画付]
エキスパートが伝授する診断・治療

辻 順行●編

B5・頁164
定価:8,800円(本体8,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05295-5

評者 黒川 彰夫

『日本臨床肛門病学会雑誌』前編集委員長/
黒川梅田診療所院長

本邦においては、大腸疾患についての専門書や教科書は多く見られるが、肛門疾患に関する成書は非常に少ないのが現状である。日常診療では頻度の高い極めてありふれた疾病であるにもかかわらずである。結果、卒後研修のころから一般的に「痔」と呼んで軽んじて扱う傾向にある。その原因は、以前から肛門専門医の間で論じられてきたように、大学の医学教育や卒後研修の中で「肛門病学」が体系立てて指導されていない点にあるのみならず「肛門病学」の存在すら認められていない点にあるのではないだろうか。

過去にいくつかの専門書や教科書の分担執筆に携わった者として、今回の辻順行先生の編集された『肛門疾患診療の教科書』は、驚きや感動を感じた点があまた認められた。

まず、第一に斬新な手法で手術の動画を採用していることである。執筆者が自らの手術手技を半永久的にこのような形で示し残すことは、学会やセミナーなどでの発表・供覧とは趣も度量も随分異なると思われる。分担執筆者の若手の登用の意味はここにあるように思えた。いずれにしても、あまねく読者にとっては、各執筆者の動画を見ることによって二次元から奥行きが加わった三次元の状態をリアルの世界として感じ取ることができるであろう。したがって、これから肛門疾患について勉強しようとする医師たちはもちろん

んのこと、自らの手技を再確認、再考しようとしている医師たちにとっても、それぞれの日常診療に大変参考になる書籍となると考える。各分野でこのような形式の専門書が増えてきていることは、小生のような老兵にとっては隔世の感がある。しかし、日常診療においては実際の診療や手術などを経験し、自己研鑽に励んで生の感性を養うことも非常に大切であると考ええる。

辻先生との出会いは30余年前になるが、若手のリーダーとしてその頃から学会活動や論文執筆などで頭角を現していた。痔瘻の診

断に経肛門の超音波検査が有用であるという学会発表や論文で注目を集めたのを鮮明に記憶している。その後、彼はさまざまな苦難を乗り越え、ついに2023年11月に第78回日本大腸肛門病学会学術集会を開催し、大成功を収めたのである。わが事のようにうれしく感じたのと時を同じくして本書が発刊されたのである。編集者でもある先生が「序」で述べておられるように、まさに執筆者の血と汗の結晶の表れとして本書が出版されたように私も感じながらこの書評を著わしたのである。本書が、これから肛門病学を学ぼうとしている外科の先生だけではなく、内科や産婦人科の先生方にも教科書として日常診療に利用されることを期待している。

本書は、内科レジデント(専攻医)や、内科の初期研修医を対象とし、内科の基本的な知識や技術を身につけたい、臨床推論力を向上させたい、症例の振り返りを通して臨床力を高めたい、といった方にもお勧めです。

自習でも指導医の思考過程を追体験できますね! 初期研修で一通り読み込み、しばらく時間を空けて今度はちょっと先輩医師になった際に見直してみ(paced learning)と病棟での指導に奥行きが出そうです。

つるぎ町立半田病院 — 徳島県美馬郡つるぎ町 —
医師海外留学支援事業

1. 趣旨

つるぎ町立半田病院では、公益財団法人日米医学医療交流財団と連携し、海外に留学を希望する医師を募集・助成します

2. 応募資格

- (1) 令和6年4月1日以降につるぎ町立半田病院に勤務可能な方。
※徳島阿波おどり空港、高松空港からそれぞれ約60分 ※勤務開始期間はご相談下さい。
- (2) 総合診療科、一般内科、一般外科、整形外科、泌尿器科の
何れかの診療科において勤務できる方

3. 募集人員

若干名

4. 助成概要

留学先については、助成を希望する医師が各自で確保すること

- (1) 助成期間 → 病院での勤務年数に応じ1年以上3年以内を支給
- (2) 助成金額 → 留学先から給与が支給される場合 800万円 × 助成期間
給与が支給されない場合 1,000万円 × 助成期間

その他詳細についてはホームページ
つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業を
ご参照ください



つるぎ町立半田病院 → 〒779-4401 徳島県美馬郡つるぎ町半田字中敷234番地1
TEL 0883-64-3145 FAX 0883-64-4138 E-mail zimucho@tsurugi.i-tokushima.jp

2024年間購読申込受付中!

患者全体を見すえた内科診療のスタンダードを創る

ホスピタリスト
Hospitalist

Vol.11-No.2 2023

特集:透析診療のすべて

最新号



- 1部定価5,060円(本体4,600円+税10%) ●ISBN978-4-8157-2044-5
- 年間購読料19,800円(本体18,000円+税10%)(2024年) ●季刊/年4回発行

※毎号お手元に直送します。(送料無料) ※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。

救急に関わるすべての医療者のための総合誌

ビヨonder
BeyondER

Vol.2-No.3 2023

特集1:救急医ルートの多様性と現実解【後編】 特集2:外傷

最新号



- 1部定価3,520円(本体3,200円+税10%) ●ISBN978-4-8157-2061-2
- 年間購読料13,640円(本体12,400円+税10%)(2024年) ●季刊/年4回発行

※毎号お手元に直送します。(送料無料) ※1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約6%の割引となります。

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

Dr. 長澤印 輸液・水電解質ドリル

長澤 将 ● 著

B5・頁192
定価：4,620円（本体4,200円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05296-2

本書を手に取り読み始めると、数ページごとに「うわー」「うわー」と感嘆してしまう。輸液・水電解質の基本と臨床の実際とを、著者の深い知識と経験の下に、それを気付かせないようなさりとした文体で、読者にとってわかりやすいように書かれている。学生や研修医は気軽に読めるだろうし、指導医クラスは、行間に埋もれている腎生理学に気付くとともに、自らの経験を思い返して納得することであろう。

私は学生時代から輸液・水電解質に関心を持ちつづけてきた。臨床実習で提出したレポートは「麻酔と電解質異常」で、卒後、医師になってからも輸液・水電解質の勉強は楽しかった。いくつかの解説書も出版させていただいたが、今回、長澤将先生の書かれた本書を読み、もう私の出番はないと感じた次第である。

輸液療法は最も頻回に指示される薬物療法であり、輸液関連インシデントは医療安全上の課題でもある。血清電解質濃度異常は最も頻回に遭遇する検査値異常であるが、条件反射的に「直ちに是正すべき」と判断することは、不要な検査や治療、業務負荷、さらには医原性の新たな問題を生じかねない。Hb 低下に対し、条件反射的に輸血を指示する医師はいない。同様に、電解質濃度の逸脱に対し、やみくもに検査や治療を指示することは賢明ではない。個々の患者の精神社会医学要因を含めた全体像、さらに生理学、各種

評者 小松 康宏

板橋中央総合病院副院長／群馬大名誉教授

検査法の限界を理解した上ではじめて、適切な医療・ケアが提供できる。医療の目的が、「医学的異常の是正」から、「患者にとっての価値の最大化」

に変わっている今日、輸液療法や電解質管理も同じ視点が求められる。本書の1章は、このような医学医療の大原則を確認するところからはじまっている。

とはいっても、迅速な診断と治療が必要な電解質異常も少なくはない。2章以降は読者に対し、どのように考え、診断と治療を進めるかについて、症例に沿って読者を誘う。本書を読んで、輸液・水電解質の基本を身につ

けた若手諸君は、ベッドサイドで電解質異常を見た際に、本書を読み直し、基本知識の理解を深めてほしい。さらには、一人でも多くの若手が、本書に示された参考文献、さらには腎生理学の教科書をひもとき、腎生理学や輸液療法の実践、研究を発展させていただきたいと思う。著者が薦めている『Clinical Physiology of Acid-Base and Electrolyte Disorders』は、UpToDate を創設した Burton Rose の著書であり、私は研修医時代に購入した第3版を今も大切に持っている。

「日とらず RA 系阻害薬を継続できるか?」「最近アツいぞ低 Na 血症界限」「何かと話題の皮膚の Na」「フロセミドの使い方」などのコラムは、専門医にとっても興味深い。専門領域にかかわらず、全ての研修医と専門医にぜひ手に取ってほしい書籍である。

臨床中毒学 第2版

上條 吉人 ● 著

B5・頁696
定価：14,300円（本体13,000円＋税10％） 医学書院
ISBN978-4-260-05220-7

2009 年に発刊された上條吉人先生の『臨床中毒学』の第2版が満を持して上梓されました。

上條先生がこれまで経験された急性中毒はもちろんのこと、国内外の多くの研究者が研鑽を積んで明らかにしてきた毒物の奥の深いメカニズムや臨床症状、全身管理に始まる治療について非常に詳細に記載されています。また多くの症例提示もあり、日常の急性中毒の診療において必要不可欠な一冊となっています。

上條先生は現在、本邦唯一の臨床中毒学講座の講座長として、日々中毒診療に携わっておられます。上條先生も序で記されているように、日常臨床で経験する中毒症例もこの10年で大きく変わってきていました。精神科で処方される薬剤も大きく変わり、かつて経験した鎮静剤中毒によって長期間人工呼吸管理をしなければならない、という症例はかなり減りました。一方で、ジフェンヒドラミンやカフェインといった市販薬による急性中毒症例は増えており、

重篤な状態に至る症例も珍しくありません。これら急性中毒症例に対しては一般に気道・呼吸・循環といった全身の管理が行われます。しかし同時に忘

れてはならないのが精神的な対応です。上條先生ならではの着眼点、重要ポイントとして、初版に引き続いて急性中毒治療の5つ目の大原則として「精神科的評価・治療・トリアージ」が記されています。

本書は日常の急性中毒診療の大きな一助となるだけではなく、急性中毒という病態がいかに興味深いかを教えてくれます。巻末には近年の中毒のトレ

ンド、中毒にまつわる事件、はたまた推理小説で登場する中毒についても付録として紹介されています。これらもまた読み応えがあります。

本書は日々経験する急性中毒症例はもちろんのこと、臨床中毒学が奥の深い学問領域であることをわれわれに教えてくれる良書です。ぜひ皆さんの施設の救急処置室や診察室に備えておかれることをお勧めします。

●お願いー読者の皆様へ

弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください。

記事内容に関する件

☎ (03)3817-5694・5695/FAX (03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ

送付先(住所・所属・宛名)変更および中止

FAX (03)3815-6330 医学書院出版総務課へ

書籍のお問い合わせ・ご注文

お問い合わせは☎ (03)3817-5650/FAX (03)3815-7804 医学書院販売・PR 部へ
ご注文につきましては、最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店にて承っております。

臨床医学全分野のエッセンスを一冊に凝縮！

医学生が卒業までに修得すべき事項を示した

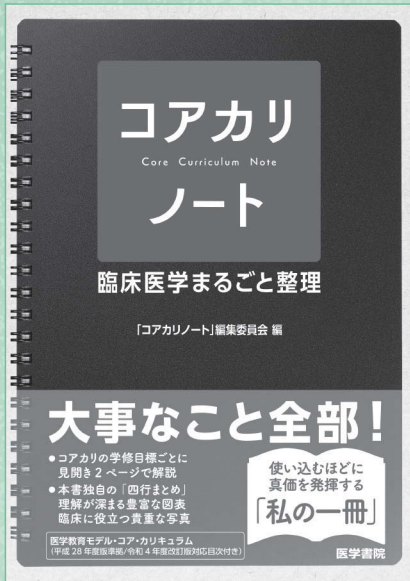
「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に準拠し、

学修目標ごとに見開き 2 ページで完結する構成。

コアカリノート

臨床医学まるごと整理

編 コアカリノート編集委員会



目次

- 人体各器官の正常構造と機能，病態，診断，治療
 - 全身に及ぶ生理的变化，病態，診断，治療
 - 診療の基本
- (本文執筆 安達洋祐)

■A5 頁2,016 定価：19,800 円（本体 18,000 円＋税 10％）
[ISBN 978-4-260-04864-4]

詳細はこちら



370 4)-(2) 虚血性心疾患
3 急性冠症候群(不安定狭心症、非 ST 上昇型心筋梗塞及び ST 上昇型心筋梗塞)の病態、症候、診断、治療を説明できる。

急性冠症候群は冠動脈のプラーク破綻→血栓形成→肝動脈狭窄/閉塞→心筋虚血/壊死、不安定狭心症・非 ST 上昇型心筋梗塞・ST 上昇型心筋梗塞(STEMI)、安静時胸痛(>20 分)と警告症状(冷汗/嘔吐)。心電図(ST 上昇/異常 Q 波)と心筋マーカー(TnT/CK-MB)、酸素と鎮痛薬(モルヒネ)、抗狭心症薬と抗血栓薬、補助循環と血栓再建(PCI/CABG)。

▶急性冠症候群の病態

急性冠症候群は、動脈硬化で生じた粥腫(プラーク)の破綻に基づく血栓形成により、冠動脈の内腔が急速に狭窄や閉塞を起こして心筋が虚血や梗死に陥る危険な状態である。

▶急性冠症候群：STEMI と NSTEMI

冠動脈の完全閉塞が続くと ST 上昇型心筋梗塞(STEMI)を発症し、閉塞が一過性で虚血が顕著しながら高度狭窄が残り、非 ST 上昇型心筋梗塞(NSTEMI)や不安定狭心症になる。

▶急性冠症候群の危険因子、不安定狭心症の病型分類

危険因子は高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、家族歴であり、不安定狭心症の病型分類(Braunwald 分類)は重症度(Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ)、臨床状況(A/B/C)、治療状況(Ⅰ/2/3)である。

▶不安定狭心症の症候

不安定狭心症は、前胸部や胸骨後部の絞扼感・圧迫感・灼熱感であり、持続は 15 分以内(20 分以上は急性心筋梗塞)。安静時に発症し、随伴症状は冷汗(男性)と悪心(女性)。

▶急性冠症候群の鑑別診断

交感神経亢進で血圧が上昇するが、低血圧(<90 mmHg)や血圧低下(>30 mmHg)はショックである。前駆梗塞では頻脈が多く、下室梗塞では徐脈(Bezzold-Jarisch 反射)が多い。

▶心筋梗塞の重症度分類

心筋梗塞の重症度分類(Killip 分類)は、クラスⅠがポンプ失調なし、Ⅱが軽症～中等症(クシャ音<50%)、Ⅲが重症(クシャ音≥50%/肺水腫)、Ⅳが心源性ショック(<90 mmHg)である。

▶急性冠症候群の心電図所見

急性冠症候群の心電図は、ST 上昇(男性≥2.0 mm、女性≥1.5 mm)、異常 Q 波、QRS 幅延長・T 波陰影(脱性 T)が特徴的であり、心内腔下血で ST 下降(>0.5 mm)を示す。

▶急性冠症候群の心エコー所見

心エコー(新壁心エコー)では、心室壁運動の異常が出現し、収縮性減弱 hypokinesia、収縮性消失 akinesia、収縮期膨隆 dyskinesia が現われ、部位と程度の判定に役立つ。

▶急性冠症候群の血液所見

血液検査では、クレアチニンキナーゼ(CK)、MB 分画(CK-MB)、ミオグロビン・トロポニン(Tn)が心筋の逸脱酵素/蛋白として血中に放出し、診断と重症度判定に役立つ。

▶急性冠症候群の鑑別診断

鑑別診断には、冠動脈疾患(労作性狭心症)、心筋炎(急性心筋炎/肥大型心筋症)、心臓虚血(急性心筋炎)、大動脈疾患(大動脈解離)、肺疾患(肺塞栓/肺動脈炎/肺梗)がある。

▶心筋梗塞の急性期合併症

心筋梗塞の急性期合併症には、不整脈(心室性期外収縮)、心不全/ショック、心室自由壁破綻(→心タンポナーデ)、心室中隔穿孔・腱索/乳頭筋断裂(収縮期雑音→僧帽弁不全)がある。

▶急性冠症候群の初期対応

初期対応は、酸素吸入(Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ)、鎮痛薬(モルヒネ)、抗不整脈薬(リドカイン)、収縮薬(ドブタミン/セリン)、抗血小板薬(アスピリン)、心停止では心蘇生や除細動を行う。

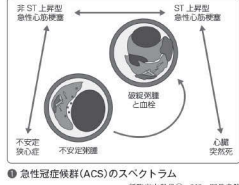
▶急性冠症候群の再灌流療法

再灌流療法には、経静脈的血栓溶解(IVT)、冠動脈内血栓溶解(ICT)、経皮的冠動脈形成(PCI)、緊急冠動脈バイパス(CABG)があり、冠動脈の再開通による梗塞の拡大防止を図る。

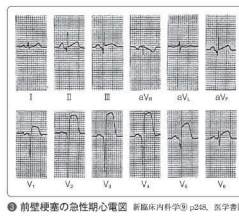
▶急性冠症候群のリスク評価

短期リスク分類の高リスクは、安静時胸痛増悪(≤48 時間)、冷汗/嘔吐/呼吸困難、重症/クシャ音/収縮期雑音、血圧低下/徐脈/頻脈、ST 低下≥0.5 mm、TnT 上昇(>0.1 ng/mL)である。

急性冠症候群 acute coronary syndrome (ACS)、不安定狭心症 unstable angina、ST 上昇型/非 ST 上昇型心筋梗塞 ST elevation/non-ST elevation myocardial infarction (STEMI/NSTEMI)、経皮的冠動脈溶解 intravenous thrombolysis (IVT)、冠動脈内血栓溶解 intracoronary thrombolysis (ICT)



急性冠症候群(ACS)のスペクトラム 新臨床内科学 ② p266, 医学書院



前壁梗塞の急性期心電図 新臨床内科学 ② p265, 医学書院

●心筋マーカーの差異

	<2 時間	2~4 時間	4~6 時間	6~12 時間	12~24 時間	24~72 時間	>72 時間
ミオグロビン	○	○	○	○	○	△	×
H-FABP(心臓由来脂肪酸結合蛋白)	○	○	○	○	○	△	×
心筋トロポニン T-I	×	△	○	○	○	○	○
高感度トロポニン T-I	○	○	○	○	○	○	○
CK-MB	×	△	○	○	○	△	×
CK	×	△	○	○	○	△	×

○：感度、特異度ともに高い。△：感度は高いが、特異度は限界がある。×：感度、特異度ともに限界がある。×：診断に有用ではない。

- 不安定狭心症の分類
- 【症候群】
Class I 新発症の重症または悪化型狭心症
●最近 2 か月以内に発症した狭心症
●1 日に 3 回以上発作が頻発するか、軽度発作でも頻発が起る重症型労作性狭心症。安静狭心症は認めない。
Class II 非急性不安定狭心症
●最近 1 か月以内に 1 回以上の安静狭心症があるが、48 時間以内に発作を認めない。
Class III 急性不安定狭心症
●48 時間以内に 1 回以上の安静時発作を認める
- 【臨床状況】
Class A 二次性不安定狭心症(貧血、発熱、低血圧、頻脈などの心外因子により出現)
Class B 一次性不安定狭心症(Class A に示すような心外因子のないもの)
Class C 梗塞後不安定狭心症(心筋梗塞発症後 2 週間以内の不安定狭心症)
- 【治療状況】
1. 未治療もしくは最小限の投与治療中
2. 一時的な不安定狭心症の治癒中(通電療の 6 週間前、長期維持投与療法、Ca 拮抗薬)
3. ニトログリセリン静注を含む最大量の抗狭心薬による治療中
- 【Braunwald 1989】

- 急性冠症候群と鑑別すべき疾患
1. 冠動脈疾患：労作性狭心症
 2. 心筋虚血：急性心筋炎、肥大型心筋症、拡張型心筋症
 3. 心臓虚血：急性心筋炎
 4. 大動脈疾患：急性大動脈解離
 5. 弁膜疾患：大動脈弁狭窄
 6. 肺疾患：肺動脈炎、肺梗死、気胸、肺炎
 7. 消化器疾患：急性腹症
 8. 脳血管障害：くも膜下出血

新臨床内科学 ② p265, 医学書院

要点を簡条書きのスタイルでまとめた文章（左ページ）と 関連図表（右ページ）

が、効率的な知識の整理、記憶の定着を促す。

医学書院

医学書院WEBセミナーのご案内

知らなきゃ困る！ナトカリの話

絶対おさえたい低Na血症と、コワ〜い高K血症

受講料
無料



詳細・お申込みはウェブサイトから

日時

2024.

4/18 木 ▶ 19:00 - 20:30

※上記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

対象

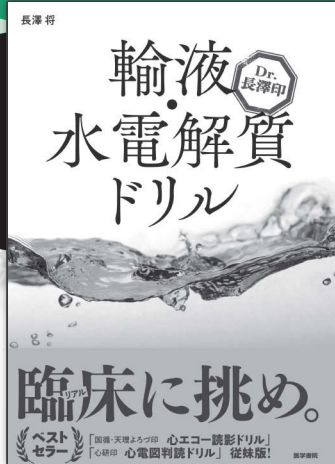
研修医〜専攻医〜内科専門医、
一般内科医、看護師・薬剤師などの
医療従事者

講師

長澤 将 先生

東北大学病院 腎臓・高血圧内科 講師

参考図書



研修医に **なる** 皆さまへ



「とにかく実践的かつ即役立つ」
内容をお届けします

『内科レジデントの鉄則』セミナー

日時

2024年

6月30 日 日 ▶ 10:00 ~ 12:30

※上記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

対象

研修医

受講料

5,500 円/名(税込)

講師

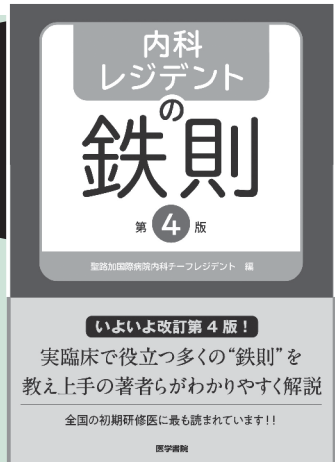
森 信好 先生
鈴木 隆宏 先生

聖路加国際病院 感染症科医長
聖路加国際病院
循環器内科 2019年度内科チーフレジデント

詳細・お申込みは
ウェブサイトから



参考図書



2 medicina Vol.61 No.2



今どきの手技を見直し、医療処置でのトラブルを防ぐ 経験値ごとの気をつけるべき合併症や工夫

本特集は「気道・呼吸関連」や「穿刺・ドレナージ関連」、「消化器系」など、幅広い手技の知識をアップデートできる内容となっている。また若手とベテラン、経験値ごとの気をつけるべきトラブルや工夫ポイントなどもふんだんに盛り込まれている。手技のスキルを磨くためのガイドとして、広く活用していただきたい。

企画: 西垂水 和隆 [今村総合病院救急・総合内科 (ER)]

INDEX

〈総論〉手技に関する心構え・トラブル発生時の対応/同意書が必要な医療行為
〈気道・呼吸関連〉換気困難/換気不能/気管内挿管/挿管困難/高流量鼻カニューラ (HFNC)/非侵襲的陽圧換気 (NPPV)/気管内吸引/気管切開チューブ
〈心血管関連〉末梢ルート確保/中心静脈カテーテル (CVC) 留置/動脈穿刺・Aライン留置/末梢挿入型中心静脈カテーテル (PICC)/不整脈治療
〈穿刺・ドレナージ関連〉胸腔穿刺・ドレナージ/腹腔穿刺・ドレナージ/膿瘍穿刺/経鼻胃管 (NGT)/尿道カテーテル/関節穿刺/腰椎穿刺
〈消化器系〉胃ろう交換/ストーマ器具交換/便秘や下血、肛門痛/ヘルニア治療
〈小外科や治療〉褥瘡処置/緊急の鎮痛・鎮静法/薬液投与に関するトラブル

●1部定価: 2,970円(税込)

▶ 来月の特集 (Vol.61 No.3)

どこでもみれる?
コモンディーズとしての
感染症アップデート

企画: 岡 秀昭 [埼玉医科大学総合医療センター総合診療内科・感染症科]

連載

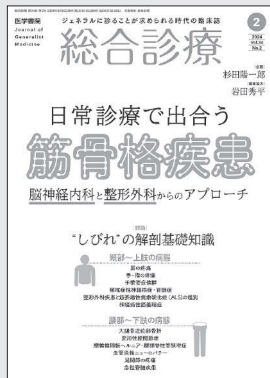
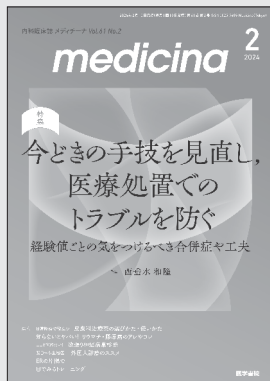
- 日常診療で役立つ皮膚科治療薬の選びかた・使いかた
- 知らないやばい! リウマチ・膠原病のアレやコレ
- ここが知りたい! 欲張り神経病巣診断
- 明日から主治医! 外国人診療のススメ
- ERの片隅で
- 目でみるトレーニング

▶ 2023年増刊号 (Vol.60 No.4)

探求! マイナー
エマージェンシー

● 特別定価: 6,050円(税込)

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



総合診療

Vol.34 No.2



日常診療で出会う筋骨格疾患 脳神経内科と整形外科からのアプローチ

企画: 杉田陽一郎 (東京ベイ・浦安市川医療センター 神経内科)
編集協力: 岩田秀平 (千葉大学大学院医学研究院 整形外科)

日常診療で遭遇する痛み・しびれといった症候へは、脳神経内科と整形外科双方の基礎知識が不可欠です。本特集は日々の臨床で出会うcommonな筋骨格疾患に対して、非専門医やプライマリ・ケア領域の医師がどのようにアプローチすればよいのかについて脳神経内科、整形外科それぞれの立場から解説し、読者の皆さんが日常診療で筋骨格疾患に少しでもアプローチしやすくなることを目的とした大変プラクティカルな1冊です。

INDEX

【総論】「しびれ」の解剖基礎知識……杉田陽一郎

【頸部〜上肢の病態】

- ① 肩の疼痛……吉村 真,他
- ② 手・指の疼痛……榎山尚弘
- ③ 手根管症候群……杉田陽一郎
- ④ 頸椎性神経根症・脊髄症……岩田秀平
- ⑤ 整形外科疾患と筋萎縮性側索硬化症 (ALS)の鑑別……佐藤 光,他
- ⑥ 神経痛性筋萎縮症……深澤真弓,他

【腰部〜下肢の病態】

- ① 大腿骨近位部骨折……赤嶺尚里
- ② 変形性膝関節症……橋口直史
- ③ 腰椎椎間板ヘルニア・腰部脊柱管狭窄症……岩田秀平
- ④ 血管炎性ニューロパチー……柴田 真
- ⑤ 足関節の疼痛……酒井瑛平
- ⑥ 急性脊髄疾患……宮本翔平,他

●1部定価: 2,860円(税込)

▶ 来月の特集 (Vol.34 No.3)

え、ウン! 実は〇〇だった!?
コモンディーズの診断ピットフォール

企画: 鋪野紀好 (千葉大学大学院医学研究院地域医療教育学/千葉大学医学部附属病院 総合診療科)

2024年 年間購読料(税込)

年間購読 受付中!

▶ medicina

冊子 41,580円

電子+冊子 46,288円

電子 40,788円

▶ 総合診療

冊子 33,792円

<個人特別割引> 電子+冊子 34,716円

冊子 29,172円

電子+冊子 34,716円

電子 28,248円

医学書院