

2015年12月7日
第3153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] 「家庭医」って何だ? (藤沼康樹, 吉田伸)..... 1-3面
- [寄稿] 全米チーフレジデント会議に参加して(松尾貴公,他)..... 4面
- [連載] Dialog&Diagnosis..... 5面
- [連載] レジデントのための「医療の質」向上委員会..... 6面
- MEDICAL LIBRARY..... 7面

対談 「家庭医」って何だ?

「地域を支える医療」の重要性は共有されるところとなっている。その中で、大きな役目を果たすと期待されているのが「家庭医」と呼ばれる医師だ。しかし、一口に「家庭医」といっても、想起されるイメージは、各人の住む地域や受療経験に影響され、定かなものでない。日本プライマリ・ケア連合学会で認定する「家庭医療専門医」の総数も約450人(2015年6月時点)と、決して多くはないのが現状だ。一体、家庭医とはどのような医師であり、どんな役割を果たすべき医師なのだろうか——。本紙では、日本の家庭医の先駆者で、その在るべき姿について考察を重ねてきた藤沼康樹氏と、若手家庭医の吉田伸氏による対談を企画。吉田氏の問いに藤沼氏が答えるかたちで、「家庭医」像の輪郭線をなぞっていく。



吉田 伸氏

頤田病院 / 飯塚・頤田家庭医療プログラム 臨床教育部長

藤沼 康樹氏

医療福祉生協連家庭医療学開発センター センター長 / 千葉大学大学院看護学研究科附属 専門職連携教育研究センター 特任講師

吉田 私にとって藤沼先生は、日本の家庭医のパイオニアで、1つの拠点をベースに活動される家庭医というイメージです。驚かされてしまうのが、ローカル的な発想にとどまることなく、看護学や哲学、または文化人類学など、多様な領域の知見を取り入れながら、家庭医について考察されている点ですね。

藤沼 そんなイメージでしたか。
吉田 私も一つの地域で10年間働き、また米国・英国の家庭医との交流を経て、自分なりの「家庭医」像を固めつつあります。今回は、あらためて藤沼先生に家庭医像について尋ねたいと思って、この場に来ました。

多様な学問が越境的に 結びつく知の体系

藤沼 ただ、僕も海外の家庭医に言わせれば「self-taught family doctor」。あくまで「自習を頑張った医師」です。確かに、僕が若手のころは家庭医療を系統的に教えるプログラム・指導者が存在してなかったのが、事実なんです

けれど。
吉田 当時はそうですね。独学を迫られる時代にあって、藤沼先生はなぜ家庭医療の道へ進んだのでしょうか。
藤沼 僕の場合、家庭医療が持つ「知の体系」に興味を持ったというのが一番の理由です。だから他の家庭医と比べたら、僕自身は対人援助の志向はあまり強くないほうだと思いますよ。
吉田 え、そうなのですか。
藤沼 でも、だからこそ家庭医療に強い関心を抱いたんだろうとも感じています。もともと僕の関心は、「人が人をケアするってどういうことか」「『患者』と言われる人はどういう存在か」とか、そういうところに向いていた。ただ、こうした問いって、現代医学のいわゆる

生物医学的な学問体系とはすぐわかないじゃないですか。でも家庭医療は全然そんなことない。疫学や経済学、心理学、人文諸科学など、あらゆる領域の知が越境的に結びついて成り立っている。偶然、米国家庭医療の専門雑誌を手にとったとき、「自分の求めていた知の体系がここにある!」と思い、以来ここまで進んできたという感じでした。
吉田 家庭医療を俯瞰して語る藤沼先生のスタンスの原点が見えますね。
藤沼 今は「イノベーター」を自負するようにしていて、家庭医療の理論的な裏付けや、それに基づく専門的な知識・技術について伝えていく役割を担いたいと考えているんです。

内科学とも異なる射程

吉田 藤沼先生は家庭医療を知っていく過程で、家庭医療の言説に対し、疑問を感じることはありませんでしたか?
私はもともと初期研修を飯塚病院で過ごし、救命救急センターや総合診療科では病歴聴取、身体診察や検査を行い、鑑別診断に応じた治療を進めるといった診療スタイルの経験を積みました。その意味では、医師として最初にインストールされたOS (operation system) は「内科医」だったわけです。だからなのかもしれませんが、家庭医

(2面につづく)

December 2015

12

新刊のご案内

医学書院

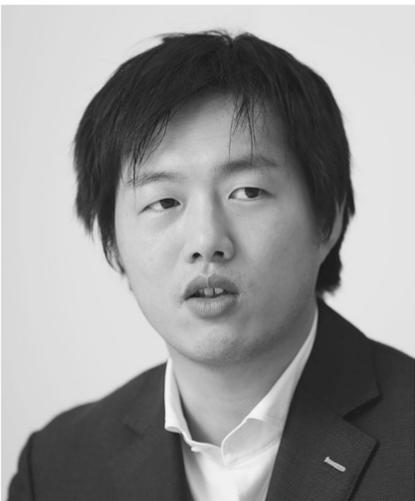
●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)

●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

<p>記述式内臓細胞診報告様式に基づく 子宮内臓細胞診アトラス</p> <p>総編集 平井康夫 編集 矢納研二、則松良明 B5 頁176 10,000円 [ISBN978-4-260-02409-9]</p>	<p>自閉症スペクトラムの精神病理 星をつぐ人たちのために</p> <p>内海 健 A5 頁304 3,500円 [ISBN978-4-260-02408-2]</p>	<p>ADLとその周辺 評価・指導・介護の実際 (第3版)</p> <p>監修 伊藤利之、鎌倉矩子 編集 水落和也、渡邊慎一、高畑進一 B5 頁320 6,000円 [ISBN978-4-260-02204-0]</p>	<p>計画・実施・評価を循環させる授業設計 看護教育における講義・演習・実習のつくり方</p> <p>野崎真奈美、水戸優子、渡辺かつみ B5 頁176 2,600円 [ISBN978-4-260-02387-0]</p>
<p>小児緩和ケアガイド</p> <p>編集 大阪府立母子保健総合医療センター QOLサポートチーム B5 頁152 3,800円 [ISBN978-4-260-02449-5]</p>	<p>見逃し症例から学ぶ 神経症状の“診”極めかた</p> <p>平山幹生 A5 頁284 4,200円 [ISBN978-4-260-02415-0]</p>	<p>〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉 精神医学 (第4版)</p> <p>シリーズ監修 奈良 勲、鎌倉矩子 編集 上野武治 B5 頁352 4,400円 [ISBN978-4-260-02434-1]</p>	<p>経験型実習教育 看護師をはぐむ理論と実践</p> <p>編集 安藤史子 B5 頁280 3,200円 [ISBN978-4-260-02406-8]</p>
<p>みるよむわかる 精神医学入門</p> <p>原著 Burton N 監訳 朝田 隆 B5 頁272 4,200円 [ISBN978-4-260-02029-9]</p>	<p>〈日本医師会生涯教育シリーズ〉 Electrocardiography A to Z 心電図のリズムと波を見極める</p> <p>日本医師会 編・発行 監修 磯部光章、奥村 謙 編集 清水 渉、村川裕二、弓倉 整 編集協力 合屋雅彦、山根慎一 B5 頁304 5,500円 [ISBN978-4-260-02150-0]</p>	<p>日本腎不全看護学会誌 第17巻 第2号</p> <p>編集 日本腎不全看護学会 A4 頁56 2,400円 [ISBN978-4-260-02467-9]</p>	<p>看護学生のための心理学 (第2版)</p> <p>編集 長田久雄 B5 頁288 2,400円 [ISBN978-4-260-02187-6]</p>

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。

対談 「家庭医」って何だ？



よしだ・しん氏

2006年名古屋市医学部卒。飯塚病院で初期研修後、同院総合診療科を経て、13年より現職。家庭医療専門医。13年から2年間、日本プライマリ・ケア連合学会若手医師部会の代表として、若手家庭医ネットワークの発展に尽力。WONCA APR Rajakumar Movement (世界家庭医療機構アジア太平洋支部若手家庭医ネットワーク)代表、日本プライマリ・ケア連合学会専門医部会国際活動班、国際キャリア支援委員会委員、国際関係委員会協力委員なども務める。

(1面よりつづく)

として後期研修を開始した際、家庭医療で語られるメソッドにどこか懐疑的な思いもありました。例えば、Stewartらの「患者中心の医療」で示されている解釈モデル¹⁾。「患者さんの解釈をこんなきれいな言葉で語れるものかな」と疑っていたんです。

藤沼 僕も「患者中心の医療」を読んで心理社会的な要因を考慮した外来診療のスキルを知ったのですが、やはり当初は「どれほど診療に役立つものなのだろうか?」と思いましたよ。でも、書籍に書かれているアプローチを外来診療に取り入れてみたら、患者の反応が違う。外来診療構造の枠組みから考え直していく必要性さえ感じました。「すごい、本当に効果あるんだ!」って感動した記憶があります。

吉田 そう、実践してみると、現場の患者に当てはまっていく感覚があるんですね。私も数年をかけ、ようやく患者中心の医療で語られていることが理解できるようになりました。それで痛感したのが、家庭医療にはきちんとしたスキルやメソッドの裏付けがあるんだ、ということです。

藤沼 患者と医療者の共通基盤の形成をめざした方法論が、明確に言語化されているんだよね。だから卓越した家庭医であれば、患者の一つひとつの所作に対し、「どのような意味に根差した行動であるのか」まで認識できる。だから診療時の患者への声掛けも、単なる接遇として発しているわけではなく、ラポール形成のための一言であったりするわけです。

吉田 まさにそうした点が「内科医」として身につけた診療スタイルとは異なる点だと感じます。

藤沼 内科学の体系とは異なる世界観

が、家庭医療学には広がっているということなのでしょう。内科学は、内科的疾患の病態生理と治療を中心に考察していくもので、患者の「疾患」がポイントとなっている。一方、家庭医療学が扱うのは、疾患どころか診断自体がつかない健康問題であったり、患者の家庭や患者と相対する医師の姿勢であったりと、あらゆる方向に向かっていく。ですから、家庭医療学は、内科学と異なる射程を持つ学問体系であると考えらるべきだと考えています。

対人関係上の継続性の構築が鍵

吉田 そういう部分に、私も家庭医療の面白さを感じるようになりました。それで日本プライマリ・ケア連合学会若手医師部会などを通して家庭医の面白さを広報してきたんですね。

ただ、多くの方にとって「家庭医」という存在がとらえづらいようなのです。もちろん皆、優れた家庭医が各地にいること自体は経験的にわかっているものの、「ではどういう能力を持つ人が家庭医なの?」と感ずるようです。

藤沼 前提として、「家庭医」の能力は、核となる「core」と、個性である「own style」によって規定されています。coreは普遍的に持つ能力で、後者のown styleは医師自身の性格、地域やプライマリ・ケアの対象となる人口集団の性質、周囲の保健・医療・福祉リソースなど、多様なものに影響を受けて成り立っている。このような能力そのものの構成や、coreとown styleを切り分けて個々の能力を考えられないと、「どこかとらえづらい」と感じてしまうでしょう。

吉田 なるほど。

藤沼 だから家庭医の原像を共有し、それらを言語化していくとわかりやすいと思いますよ。例えば、ぱっと思いつくのが、幼児だったころは頻繁に診ていた患者が、中学生になって数年ぶりに受診したというケース。「こんにちは」ってあいさつされたりして。

吉田 「成長したなあ」と感動する場面ですね。

藤沼 ああ、僕はそこで情緒的な感動はないんですよ。「これがSaultzの言う『interpersonal continuity』²⁾かな」と感動するタイプなので(笑)。

吉田 藤沼先生らしい! でも、ご指摘になったinterpersonal continuityは、家庭医のcoreに該当するものだと思います。これは必ずしも「数週間、数か月1回など、定期的に訪れる患者との関係性」や「ある患者の特定の疾患を治療し続けていること」を指しているわけではないのですよね。

藤沼 一部を指しているけど、全てではありません。大事なものは、「対人関係上の継続性」が基盤にあること。つまり患者の頭の片隅に家庭医の姿があり、「また困ったことがあったとき、あの医師に相談しよう」という認識が

存在しているという点が重要なんです。吉田 患者が必要なきにその医師を思い起こすかどうか、ですね。

藤沼 そう。ですから家庭医は、疾患に由来した問題が解決を見ても、医師一患者関係を終了させることはしません。むしろ、患者の健康問題の解決に必要なリソースとして「いつでも存在している」という認識を持たれるような関係性作りに努める。家庭医のcoreの一つに、こうした継続性の構築が挙げられます。

地域に腰を据える——「20年」が1つの目安

吉田 「継続性」に関連して私に関心を持っているのが、家庭医が拠点を変えることについてです。「家庭医=地域に根付いた医師」というイメージがある中、家庭医はどのぐらいの期間を一つの地域で過ごすべきなのだと思いますか。拠点を定めるに際しても、適切なタイミングってあるのでしょうか。

藤沼 なるほど。まず、卒後10年までは診療所に限らず、いろいろセッティングで系統的に学ぶのが理想です。

その上で、いよいよ地域基盤型のプライマリ・ケアを主たる任務としようと思うなら、個人的には「20年間は1つの地域に腰を据える」ことをお勧めしたい。比喩的に言えば、「0歳のときに診た患者が、20歳になるところまで診る」経験ができるぐらいですね。

感覚的なものですが、そのぐらい継続してかかりつけ患者を診ていると、地域の患者を人口集団として、さらに時間軸を伴ってとらえられるようになります。その経験は、家庭医としての視野を広げる印象がある。ですから20年は1つの地域を診て、それから別の地域に移るといのがよいかと思います。

吉田 20年ですか。確かにある程度まとまった時間を過ごすことで、interpersonal continuityを実感できるという面もありますからね。

ちなみに、その視野の広がりというのは、「家庭医が地域に溶け込む」ことによる影響もあるのでしょうか。

藤沼 いや、あえて言うなら、溶けこむか否かは「関係ない」と思います。というのも僕自身、患者さんの居住地には住まないタイプで、決して地域に溶け込んではいませんから(笑)。ですがそのことによる支障も経験していないので、地域とのかかわりの程度は各家庭医の嗜好に任せてよいんじゃないかと考えています。

しかしこの点について、もともと英国の家庭医に相当するGP (General Practitioner)であったMcWhinneyは、書籍『Textbook of Family Medicine』の中で「家庭医は地域の一員になるように」と推奨していますね³⁾。

吉田 私はMcWhinney同様、地域に溶け込んだほうがいいのではないかと、このスタンスです。同じ生活圏を共有

し、自分たちの日常をよく知る医師に診てもらうことが、住民にとっての安心につながるという考え方には共感できますから。しかし一方で、それを全ての家庭医に求められないとも正直感じています。「地域に住むのが絶対!」というのは、重い決断を迫りすぎる、というか。

藤沼 文献を読んだり、海外の家庭医に話を聞いたりする限り、他国の家庭医も地域に根を下ろす医師ばかりではないようですけれどね。「Rural」と言われる田舎の地域であればまだしも、都市型の家庭医となると、そうした人はグッと少なくなるみたいです。

地域のかかりつけ患者に“責任”を持つ

藤沼 だから僕は、「住む/住まない」はともかくとして、「かかりつけとなっている人口集団を意識し、必要とするケアの性質によってレイヤー化していくこと」、それがプライマリ・ケアを担うという意味では重要なことなのだろうと考えています(図1)。

吉田 人口集団をレイヤー化する?

藤沼 「自施設を利用する人たちのほぼ全数について、どんな人たちがどれくらい存在し、どのようなかたちで利用しているのかを分類して把握すること」と言えるでしょう。

家庭医は目の前の患者だけでなく、地域の人口集団の健康状態についても目を配らねばなりません。そこでレイヤー化という方法が有効で、数年に1回急性疾患でかかる人、2年に1回くらい風邪でかかる人、月に1回は慢性疾患でかかる人……などに整理できるのはもちろん、レイヤーごとに健康状態の向上をめざした効果・効率的な介入を発想しやすくなるのです。

吉田 面白いです。「地域の人口集団を診る」という認識はありましたが、それらをレイヤー化するという方法論は初めて聞きました。

藤沼 あまり言われていないことかもしれませんが、離島や山間地域の無床診療所で活動するような家庭医なら、レイヤー化は自然と意識していることだろうと思いますよ。彼らは担当するエリアが定まりやすく、人口も固定的で年齢、性別、疾病構造なども把握しやすい環境にありますから。そうした実践を都市部で再現することが理想なのですが、まだ十分ではないのが現状でしょう。

このような意識を持てるようになると、発展的には「本来受けるべきケアを受けていない患者」を同定することが可能になる。さらに、これまであまり関心を向けられてこなかった「状態の安定した単一慢性疾患患者や健診のみで受診する患者」といった群まで把握できる。そうなれば、それらのレイヤーに対するケアや予防的介入など、地域の健康状態の向上を狙った戦略を

神経内科診療に悩む医師・研修医におくる貴重な「見逃し」症例集

見逃し症例から学ぶ 神経症状の“診”極めかた

大病院や市民病院で神経内科診療に約40年に渡り携わってきた著者が、重大疾患の見逃し、ヒヤリハット、最終的な診断に難渋した約60症例を提示。外来でみられた神経症状から類推した初期診断から、入院後の経過を経て最終診断に至るプロセスを解説することで、神経内科の奥深さがわかる「診」極めかた」を伝える1冊。神経内科専門医をめざす若手医師や研修医、またさまざまな症状に出合う総合診療医にも勧めたい。

平山幹生 春日井市総合保健医療センター事務局・参事



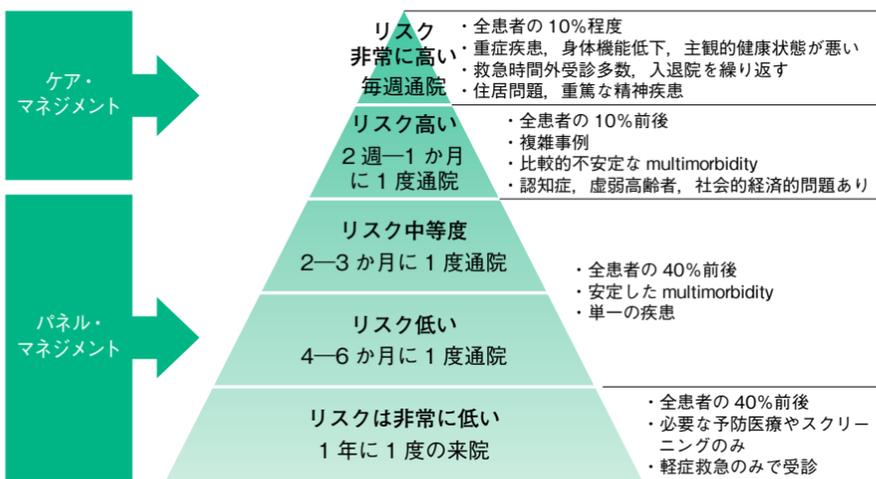
日本初、小児緩和ケアガイド誕生! 小児にかかわるすべての医療者におすすめ!

小児緩和ケアガイド

日本初の小児緩和ケアガイド誕生! 小児専門病院が手がけた本書は、コミュニケーションやプレバレーション、病状説明、家族のケアなどのトピックから、症状マネジメント、在宅ケア、臨死期の対応、医療者のメンタルヘルス対策までわかりやすく解説。「緩和=ターミナル」と思われがちだが、ページを開けば小児の日常臨床・療養生活にいかせるエッセンスが満載。よりよい診療のために、小児にかかわるすべての医療者にお勧めの1冊。

編集 大阪府立母子保健総合医療センター QOLサポートチーム





●図1 プライマリ・ケアを提供する診療所や病院外来におけるレイヤー化のイメージ
藤沼氏の作成による例。診療所や病院の一般外来に通院している患者群を、仮の健康リスクに基づいてレイヤー化した。図のように、リスクが高いレイヤーには個別の手厚い介入(ケア・マネジメント)を、リスク中等度から低いレイヤーには多職種連携による集団教育の介入(パネル・マネジメント)を行うなど、レイヤーを意識した介入の戦略を発想しやすくなる。

具体的に発想することにもつなげていきやすいと思うのですね。

吉田 フリーアクセスの医療提供体制をとる日本では、そうした層まで把握するのは難しいと思っていました。しかし、この方法なら有効ですね。

藤沼 ええ。推計でもいいから、地域のかかりつけ患者の集団について把握しようと試みるのが大切です。人口集団を通し、どんな医療がどの程度、どのような質で求められているのかを分析する。さらに、そこからアンメット・ニーズを拾い上げて、適切なケアや医療を構築することまで行う必要があります。つまり、「患者が何かを訴えてきたときに対応するのが仕事」という考え方からは脱却が必要で、「自分の担当する人口集団の健康状態に“責任”を持つ」という意識が求められるということなのです。

社会構造の変化で、
地域基盤の家庭医がより重要に

吉田 藤沼先生のご指摘を踏まえると、家庭医はより広範の対象者を相手にすることになるわけですから、おのずと単独では限界を迎えることとなります。必然的に、多職種との連携を今以上に密にする必要がありそうです。

藤沼 まさにそのとおりです。現状、都市の診療所や病院一般外来でプライマリ・ケアを担っている医師は、高リスク群への対応に消耗しており、中等度-低リスク群にはあまり関心が持てないか、流してしまっているだろうと予想されます。

「じゃあ総合診療医を増やせばいいじゃないか」という指摘を受けそうですが、そう簡単にはできません。海外の医療の歴史をさかのぼっても、プライマリ・ケアを専門とする医師が爆発的に増えた例がないんです。日本だけがうまくいくとはなかなか思えません。そう考えると、不足しているケアを充実させるためには、専門職連携を促進させる、さらに看護師・保健師

に権限を委譲し、裁量権のあるヘルスプロフェッショナルとして活躍できる体制を築く必要があるでしょう。

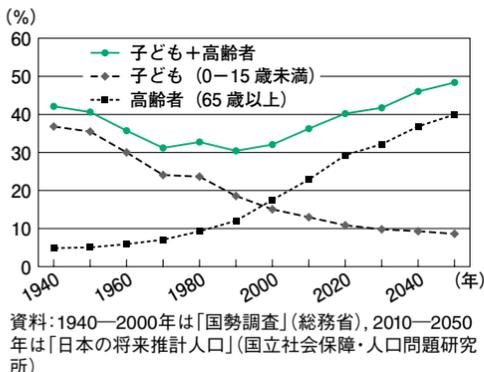
吉田 現場での感覚からも、安定した慢性疾患などリスクの低い患者であれば、必ずしも医師の介入でなくてもいいというのは納得できますね。

ここまでお話を伺い、藤沼先生が「プライマリ・ケアを核にヘルスシステムを考えるのがいい」とかねてより指摘されている理由がわかってきました⁴⁾。藤沼 特に、今後起こる人口構造の変化を踏まえて持続的なシステムの在り方を考えると、それがスムーズな発想だと思えます。

人口全体に占める「子ども+高齢者」の割合の変化を見ると、1990年頃をボトムに、以降は一貫して上昇していきます(図2)。子どもと高齢者には重要な共通項があって、それは「地域とのかかわりが強い」ということ。学校・会社などの要因で地域を離れる可能性の高い他世代と比較し、子どもと高齢者はライフサイクルの中で最も地域への土着性が強くなる時期なのです。全人口に占めるこれらの世代の割合の増加が見込まれる点から、医療に限らず、社会福祉サービスも含めて、「地域」を基盤にした社会を構築する必要性があると指摘されています⁵⁾。

吉田 地域基盤がキーワードになると。藤沼 そう。つまり、ローカル型のヘルスケアのオペレーションシステムにアップデートが求められている、というわけですね。

ここで家庭医に引き寄せて考えると、家庭医の重要性が相当増していることがわかります。くしくも子どもも高齢者も、もちろんそれらの方々と共に暮らす家族も、家庭医が診る患者群です。何より、地域・共同体にアプローチする「地域志向性」(community orientation)は、家庭医の得意とするところでしょう。このように、今後の人口動態とそれに伴う社会構造の変化から見ても、家庭医は多職種との連携・協働の中心に位置して、地域住民の健



●図2 人口全体に占める「子ども+高齢者」の割合の推移(1940—2050年)

康問題などに対応していく、それが持続発展可能なシステムだと考えられるのです。

キメラ状態にひるまない、
よろづ相談医であれ

吉田 今後は多職種との連携・協働を充実させていく必要があるとよくわかりました。しかし、こうして考えていったとき、家庭医に「しか」できないことって何になるのでしょうかね。

藤沼 いい質問です。実は、「これは家庭医だけにしかできません」と主張すべきものはないのかもしれない。でも「これは家庭医としてやるべきことだ」というものはあります。

その一つが、「multimorbidity」(マルチモビディティ)という多疾患併存状態にある患者への対応です⁶⁾。併存疾患が多い場合、全ての疾患に対し、診療ガイドラインに従った医療を注ぎ込むことが、必ずしも最適な選択ではありません。ここでは患者自身の目標も重要で、患者中心にアウトカム設定しながら医療を提供する必要があります。そこで力を発揮すべきがジェネラリストである総合診療医であり、その一翼は家庭医も担うべきでしょう。

さらに「家庭医ならではの」を挙げるなら、「そもそも問題があるのかすらわからない“キメラ状態”の患者」へのファーストタッチです。医学的問題であるか否かも定かでないし、患者やその家族の心理社会的な問題に要因があるのかもしれない。あるいは本当に何も問題がないのかもしれない——。

そういう混沌にアプローチし、その状態を言語化していき、対象者が必要なケア、サポートを受けられるように導いていく。実はこれこそ「Generalism」と呼ばれるものの基本なだけけれど、こうした対応は家庭医療を身につけた医師が得意であるべきことで、もっとも適任なはずなのです。

吉田 思い返すと、最近そうした患者さんを診る機会が多くなりました。併存疾患の多い患者さんであったり、「何が問題かわからない」「治療は終わったのですが……」といったかたちで他科から患者紹介を受けたり。私としては、「そんなこともあるよね」と自然に受け入れてきましたけど。



ふじぬま・やすき氏
1983年新潟大学医学部卒。東京都老人医療センター血液科生協浮間診療所所長を経て、2006年より医療福祉生協連家庭医療開発センターセンター長、15年より千葉大大学院専門職連携教育センター特任講師。専門は家庭医療学、医学教育。第21回武見奨励賞受賞。日本プライマリ・ケア連合学会理事、『総合診療』誌編集委員などを務める。家庭医としての診療を続けながら、家庭医療後期専門研修プログラムの運営や、診療所グループによる家庭医療学プロジェクトなどを進める。blog「藤沼康樹事務所(仮) for Health Care Professional Education」http://fujinumayasuki.hatenablog.com/

藤沼 吉田先生はすでに家庭医のマインドセットを身につけているんですよ。でもその姿勢が重要で、要は家庭医は“よろづ相談医”であるべきってことです。「これは自分の仕事じゃない」なんて言ったら看板を下ろさなきゃいけません(笑)。

吉田 今日、家庭医ができることの幅広さと奥深さを再認識しました。

藤沼 僕は、英国のGP・Iona Heathの語った言葉が気に入っています。「GPの仕事は、通り一遍にやるならこれほど簡単そうに見える仕事はない。しかし、クオリティを高くしようとするとこれほど難しい仕事はない」。

吉田 いやあ、本当にその通りです。藤沼 現在、社会から“ハイクオリティ・プライマリ・ケア”が求められているわけですから、まさにその「難しい」ことに、われわれはチャレンジしなければならないんですよ。(了)

●参考文献
1) Stewart M, et al. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. 3rd ed. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2013.
2) Saultz JW, et al. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. ann Fam Med. 2005; 3(2): 159-66. [PMID: 15798043]
3) McWhinney IR, et al. Textbook of Family Medicine. 3rd ed. Oxford University Press; 2009.
4) 舟見恭子. 家庭医という選択——19番目の専門医. エイチエス株式会社. 2015.
5) 広井良典. 「コミュニティの中心」とコミュニティ政策. 公共政策. 2008; 5(3): 48-72.
6) Boyd CM. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. 2005; 294(6): 716-24 [PMID: 16091574]

医師に必須の心電図解釈のまたとない入門書

<日本医師会生涯教育シリーズ>
Electrocardiography A to Z 心電図のリズムと波を見極める

医師・看護師に必須の心電図の基礎から臨床まで第一線で活躍する医師が丁寧に解説。豊富な心電図症例や図版、フローチャートでビジュアルな理解が可能に。

日本医師会 編・発行
監修 磯部光章 東京医科歯科大学大学院 循環制御内科学 主任教授
奥村 謙 弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学 教授
編集 清水 渉 日本医科大学大学院医学研究科 循環器内科学分野 大学院教授
村川裕二 帝京大学医学部附属蒲田病院 第4内科 教授
弓倉 整 弓倉医院 院長
編集協力 合屋雅彦 東京医科歯科大学大学院 循環制御内科学 准教授
山根禎一 東京慈恵会医科大学 循環器内科 教授

コミュニケーションが大切といわれても当たり前すぎて、ちょっとピンとこない先生方へ

戦略としての医療面接術 こうすればコミュニケーション能力は確実に向上する

コミュニケーションにも、その他の医療行為と同様に、必ず行う、あるいは確認しなければならない共通骨格がある。そして、それさえ修得できれば、医師患者間コミュニケーションはもっとうまくいくはず。本書では医療サービスの基本は、まさに医師患者間の良好なコミュニケーションに立脚するものであることを前提に、その具体的な方法論を、日常臨床で実際に起こりうる身近なケースをあげてわかりやすく解説した。

児玉知之
柏厚生総合病院内科

寄稿

全米チーフレジデント会議に参加して 聖路加国際病院、レジデント教育の新たなチャレンジ

松尾 貴公, 岡本 武士, 北田 彩子, 矢崎 秀, 石井 太祐, 望月 宏樹

聖路加国際病院内科

現職のチーフレジデントとその候補者が全米から集まる「全米チーフレジデント会議 (Chief Residents Meeting)」が、2015年4月27-28日の2日間にわたって米国テキサス州にて開催されました。今回、日本の病院のチーフレジデントとして初めて、聖路加国際病院のチーフレジデント経験者および予定者の計6人が参加しました(写真)。本稿では、当院と米国のチーフレジデント制度の特徴と、参加した会議の様相、そして帰国後の当院の取り組みについて報告いたします。



●写真 会場にて(左から松尾, 望月, 岡本, 北田, 矢崎, 石井の各氏)

レジデント育成の要となる チーフレジデントの役割とは

日本では2004年に新医師臨床研修制度が発足し、初期研修医は2年間のスーパーローテーションが義務付けられています。それ以前にもいくつかの臨床研修病院では独自の研修システムに基づいた研修医教育が行われていました。当院は1967年にレジデント制度を導入し、それと同時に初期研修医のまとめ役である「チーフレジデント」という役職を設け、研修医の指導に力を入れてきました。当院の内科チーフレジデントは教育者としての役割だけでなく、研修プログラムの作成、病床運営、院内における各種委員会への出席や研修医採用など、さまざまな分野の役割を担います。内科チーフレジデントは、毎年レジデントの投票によって3人選出され(多くは卒後4-5年目)、その3人が4か月ずつ職務を果たします。

一方、米国のチーフレジデント制度を見てみると、当院とは異なる点が多くあります(表)。大きな違いは、任期は原則1人1年間で、2-3人で分業するケースが多いことです。また、就任時期は、日本での初期研修に当たるResidency programを終えた後、各専門領域のFellowshipに進む前の卒後3-4年目で、内科プログラムの責任者であるProgram directorや前年度のチーフレジデントから推薦を受けて選考されます。

チーフレジデントに就任すると臨床から離れ、レジデントや医学生の教育、ローテーション表を含むカリキュラム作り、研修医の採用・評価など幅広い業務に従事します。任期中にProgram directorやレジデントから360度評価を受けることも米国ならではの特徴です。任期を通してリーダーシップや教育の

ノウハウを体得し、その後医学教育のFellowshipや、比較的人気の高い各専門領域のFellowshipに進むこととなります。この1年間のチーフレジデントとしての経験が、その後の医師としてのキャリアにおいて有利に働くそうです。

Workshop参加で役割を再確認、 新たに見えた改善点

さて、私たちが日本のチーフレジデントとして初めて参加した全米チーフレジデント会議は、例年4月に2日間かけて行われます。今年はテキサス州のヒューストンで開催されました。

同会議は、米国の臨床研修プログラムを評価・認定するAccreditation Council for Graduate Medical Education(ACGME)認定施設所属のProgram Directorsの会であるThe Association of Program Directors in Internal Medicine(APDIM)が主催します。APDIMは、Alliance for Academic Internal Medicine(AAIM)という米国とカナダの医学部や教育病院で組織された団体の傘下にあり、APDIMの他にはThe Association of Professors of Medicine(APM)、The Clerkship Directors in Internal Medicine(CDIM)などが所属しています。

米国ではProgram directorと呼ばれるレジデンシープログラムの責任者が存在し、レジデントの採用や病院のプログラムの作成などを担っています。チーフレジデントはこのProgram directorの指導の下、研修医の教育を軸に管理職としての役割、さらには臨床研究や論文執筆などの学術的活動も積極的に行っています。会議の参加者は、各病院で次期チーフレジデントになるレジデント(多くは3年目レジデント)であり、今回は800人強が集まりました。

2日間にわたるプログラムは、全員で講義を受ける6つのPlenary sessionと、スモールグループに分かれて参加者同士で話し合う3つのWorkshopが

●表 聖路加国際病院と米国のチーフレジデント制度の比較(任期・役割)

	聖路加国際病院	米国
任期	4か月間 (各科研修しながら)	1年間 (専属)
Administrator	○	◎
Educator	○	○
Mentor	○	○
Counselor	△	○
Physician	○	△
Researcher	△	○

ありました。Plenary sessionではチーフレジデントの役割には何があるのか、医学教育の方法、自己啓発や問題解決の方法、メンターシップなどについてのレクチャーが行われました。

また、計3回のWorkshopは、1回につき約10個のプログラムから興味のある内容1つを選んで参加します。私たち6人は、おのおのが興味を持つものの中から異なるプログラムを選び、最終的には全員で内容を共有できるように受講しました。

ここではその内の、「Chief Resident Mistakes」をテーマにしたプログラムの内容を紹介します。

チーフレジデントは毎年異なる人が務め、その任期には限りがあります。そのためチーフレジデントは、起こしやすい失敗などを事前に学ぶことはもちろん、自分の起こした失敗を後任に伝え、よりよい活動ができるよう引き継いでいくことが必要になります。Workshopでは、まず代表的な注意事項を実例に沿って受講しました。その後15人程度のグループに分かれ、自院のチーフレジデントのこれまでの問題点を出し合い、気を付けるべきことを議論し、グループごとに発表しました。このDiscussionを通して米国でのMistakesを共有することができ、チーフレジデントが抱える問題は日本と共通する部分も多いと実感しました。

この他、ベッドサイドティーチングの効果的な方法、Burnout(燃え尽き症候群)への介入の仕方などのセッションが人気を集めていました。

2日間を通して、今まで体系的に学ぶことのなかったチーフレジデントの役割を学習するとともに、当院の改善点や今後の展望を議論することができました。また、米国のチーフレジデントとの交流やメーリングリストの参加といったネットワークも形成することができ、それぞれの病院で抱える問題を共有できたことも収穫です。

よりよい研修の実現に向けて 学びをすぐに教育に実践

4月の会議に参加してから、私たちはそこで得た知識を早速院内の取り組みに生かしています。一つは「教え方」についての教育です。当院は屋根瓦方式の教育をモットーとしており、初期研修医は医学生への、シニアレジデントは初期研修医への教育を担っています。ただし、細かい「教え方」に関しては個人裁量に委ねられていた部分がありました。そこで、この機に体系立った「教え方」を学ぶことができるよう、自己満足に陥らないレクチャーの仕方や、「Teach less(一度に教えずぎない)」の概念を当院のレジデント全員で共有する機会を設けました。

また、当院の目玉ともいえるグランドカンファレンスの症例検討会においては、チーフレジデントが他のレジデントの手本となるようファシリテーター役を務めたり、ランチョンカンファレンスにおいて、インタラクティブな教授方法であるクイズ形式の「Jeopardy」を取り入れたりと、活発な教育活動を率先して展開しています。

チーフレジデントが担う個々の役割からも、構想を考えています。まず「Administrator」の役割としては、ちょうど今、新・内科専門医制度への移行という転換期にあるため、内科専門研修プログラムの作成やレジデントおよびシニアレジデントの採用試験の改革にかかわっています。採用基準や試験問題の作成にまでチーフレジデント経験者が一丸となって取り組んでいます。さらにこの機会を生かし、教育や採用試験に関連した臨床研究もできないかと、企画しているところです。

「Mentor」の視点からは、レジデントの進路支援強化を検討中です。既存の「メンター委員会」では年に数回、当院の修了生を招いて先輩方のキャリアを聞く講演会を開いています。今後はメンター委員会と修了生の連携をより深め、市中病院をターゲットとした卒業後のキャリアプランについて提示していくことを予定しています。

今回全米チーフレジデント会議に参加したことで私たちは、チーフレジデントの4か月間、日々奮闘し、時に失敗しながら任期中に多くのことを学んだことを思い返すとともに、その解決のヒントを発見することができました。次回からは、チーフレジデント就任前のシニアレジデントが心構えを身につけられるよう、経験者ではなく、予定者のみを派遣することに決めました。経験者、現職者、予定者の三者で連携を図りながら、当院チーフレジデント制度の取り組みに継続性を持たせ、よりよい研修作り、よりよい病院づくりに貢献していきたいと考えています。

●参考 URL
2015 APDIM Chief Residents Meeting.
<http://www.im.org/cm/ld/fid=1184>

青年期・成人期の「自閉症スペクトラム」(ASD)を対象とした臨床論

自閉症スペクトラムの精神病理 星をつぐ人たちのために

精神科医が日々の診療場面で出会う青年期・成人期の「自閉症スペクトラム」(ASD)を対象とした臨床論。障害の受容、適応、さらには共生をいう前に、あたかも異星人であるがごとくこの星に棲むための苦勞を重ねている彼らがどのような世界に棲んでいるのか、そもそもの経験の成り立ちについて、もう少し突っ込んで考えてみることはできないだろうかー精神科臨床の基本ともいえるべき精神病理学のテキストを下地にまとめられた書。

内海 健
東京藝術大学教授 保健管理センター長



臨床で「使える」てんかんのエンサイクロペディア、待望の刊行

臨床てんかん学

小児科、神経内科、脳神経外科、精神科などの複数の診療科で扱われながら、複雑な病態生理をもつことにより、臨床家と研究者双方の関心を惹いているてんかん。その基礎医学、症候学、診断、検査、治療、そして患者のケアまで、エキスパートの編集・執筆により、数多くの情報を網羅したエンサイクロペディアがここに刊行。進歩著しいてんかんの現在を標し、また未来を示すマイルストーンといえる1冊。

編集 兼本浩祐
慶知医科大学精神・神経病態部門・教授
丸 栄一
前 日本医科大学千葉北総病院脳神経外科・准教授
小国弘量
東京女子医科大学小児科・教授
池田昭夫
京都大学大学院てんかん・運動異常生理学講座・教授
川合謙介
NTT東日本関東病院脳神経外科・部長



Dialog & Diagnosis

グローバル・ヘルスの現場で活躍する Clinician-Educator と共に、実践的な診断学を学びましょう。

第12話

1859年より愛を込めて

青柳有紀

Consultant Physician

Whangarei Hospital, Northland District Health Board, New Zealand

皆さん、いかがお過ごしですか。月日の経つのは早いもので、この連載もおかげさまで12回目を迎えました。今回は再び前任地のルワンダから、ある興味深い症例について皆さんと一緒に考えてみたいと思います。



皆さんはこの症例についてどう思うでしょうか？ 生来健康な女性にみられた、3週間も続く発熱の症例です。しかもかなりの高熱のようです。マラリアを疑って血液スメアが複数回施行されていますが、経口および静注によるエンピリックな治療に対して症状の改善はみられませんでした。それどころか、「意識障害」が増悪しているようです。でも、この「意識障害」は、少し奇妙です。「嗜眠」や「混乱」ではなく、「昏睡」でもありません。また、意識の「混濁」ともやや異なるような印象を受けます。

病歴と身体所見から、特徴的な点をいくつか挙げてみましょう。

- 3週間続く発熱
- 「意識障害」
- マラリアの治療に対して改善なし
- 診察時40℃の高熱
- 他のバイタルサインは正常
- 脾腫

特に既往歴のない若い患者の場合、まずは全ての症状を説明し得る診断可能性(unifying diagnosis)を探るアプローチ(いわゆる「オッカムの剃刀」)が順当です。しかし、感染症のカテゴリーをまず考えるにしても、脳炎、脳髄膜炎、脳膿瘍、菌血症等々、診断可能性はどんどん広がりますし、さらに細菌やウイルスなどを個別に検討していくと、鑑別診断のリストは膨大になります。加えて非感染性のカテゴリー(例：リンパ腫)なども含めていくと、何だか収拾がつかなくなりそうです。



もう少し具体的なプロブレム・リストを作ってみたくなり、一緒に回診しているレジデントに質問してみました。

「発熱が持続しているということだけ、この患者さんは常に発熱しているの？」

「地域病院でのデータは手元にないのですが、当院に到着してからは、計測時、常に38℃以上の発熱が記録されています」

いわゆる「稽留熱」、もしくはそれに近い発熱のパターンのようなのです。

「『意識障害』(altered mental status)のことだけど、ぼうっとしていて、呼び掛けに反応を示さなくて、でも肩を揺すったりすると、短時間だけ覚醒するのって、君なら具体的に何と呼びたい？」

「……そうですね……。混濁、いや、昏迷(stupor)でしょうか？」

どうやら昏迷があるようです。

「最新のバイタルでは、40℃の発熱以外は正常ということだけど、本当に正常なら異常でないといけないんじゃないかな？」

「おっしゃっている意味がわかりません」

「体温が40℃のとき、正常な心拍数はどれくらいだと思う？」

「(!)」

比較的徐脈を認めました。プロブレム・リストを更新します。

- 稽留熱
- 昏迷
- マラリアの治療に対して改善なし
- 診察時40℃の高熱
- 比較的徐脈
- 脾腫

鑑別診断がだいぶ絞られてきました。

*

腸チフスおよびパラチフスは、アフリカ、東南アジア、南アジア、中東、中南米、東欧などを中心に、現在でも広く蔓延している疾患です。昨年、都内のインド料理店のカレーを食べた男女8人が腸チフスに集団感染した事例は記憶に新しいところです。腸チフス(typhoid fever)は *Salmonella typhi*, パラチフスは *Salmonella paratyphi A* が起原因菌ですが、通常、これらは他のサルモネラ感染症とは区別されます。チフス(英語では「typhus タイフス」と発音します)とは、ギリシャ語でもともと昏迷を意味する typhos (τύφος) に由来しており¹⁾、腸チフスの英語名である typhoid fever は、その名の通り「チフス様の熱」を意味します。腸チフス、パラチフスともに糞口感染によるもので、10—14日の潜伏期間のあと発熱で発症します。3主徴として比較的徐脈、バラ疹(rose spot)、脾腫が挙げられますが、バラ疹がみられる患者はおおよそ30%です。発症から2週目(第2病週)以降に「チフス様」の意識障害や下痢・便秘などの消化器症状がみられるのが特徴とされていますが、これに限ったことではありません。極論

●表 発熱患者における比較的徐脈の原因

感染症	非感染症
レジオネラ症	β遮断薬
オウム病	中枢神経病変
Q熱	リンパ腫
腸チフス	虚偽性発熱
発疹チフス	薬剤熱
バベシア症	
マラリア	
レプトスピラ症	
黄熱病	
デング熱	
ウイルス性出血熱	
ロッキー山紅斑熱	
ツツガムシ病	

参考文献2より一部改変

を言うと、マラリアの流行地域では、マラリアと腸チフスを臨床的に鑑別することは不可能です。換言すれば、マラリアが鑑別に挙がる状況では常に腸チフスが疾患可能性として考慮されずし、その逆もまた真と言えます。

発熱患者における比較的徐脈(relative bradycardia)の原因となる疾患や状況は、覚えておくに便利です²⁾(表)。厳密な定義は存在しませんが、一般的には1℃体温が上昇すると心拍数が8—10/分上昇するとされているので、これ以下の上昇しかみられない場合、仮に心拍数が正常域でも異常ととらえ、原因について考えてみる必要があります。最も多い理由はβ遮断薬の影響で、臨床的にもまずこれを除外した上で、その他の可能性を考えます。比較的徐脈は別名Faget signとも呼ばれています。これはルイジアナ生まれのフランス人医師、Jean Charles Faget(1818—1884)に由来し、黄熱病の臨床的特徴として1859年に彼が発表したことから、現在でもそのように呼ばれています³⁾。

この症例の患者は、血液培養の結果、腸チフスが確定し、心配していた腸穿孔などの合併症を起こすこともなく、入院直後に開始したセフトリアキソンによる治療で順調に回復しました。



今回の教訓

●抽象的なプロブレム・リストをより具体化してみることで、特定の疾患が鮮明に浮かび上がることがある。

●バイタル・サインはバイタル。いつ、どのような疾患に際しても確認する。

●比較的徐脈の原因について覚えておく。

【参考文献】

- 1) フランク・E・パーコウィッツ著(青柳有紀訳)。カラー写真と症例から学ぶ小児の感染症。MEDSI; 2012.
- 2) Cunha BA. The diagnostic significance of relative bradycardia in infectious disease. Clin Microbiol Infect. 2000; 6(12): 633-4. [PMID: 11284920]
- 3) 青柳有紀。熱帯医学・寄生虫感染症・旅行医学。岩田健太郎編。感染症999の謎。MEDSI; 2010. p.475-503.

学生にも臨床家にも役立つ、ADLとその周辺をまとめた「基本の1冊」

ADLとその周辺 第3版 評価・指導・介護の実践

ADLの視点から疾患や障害を捉え、評価法や指導・介護の実践を系統的にまとめた定番の教科書。本書の軸ともいえる「指導・介護の実践」では、多くのイラストや写真を用いて初学者にも理解しやすい構成とし、また、昨今の社会状況を踏まえて目次立ての見直しも行った。リハビリテーションの世界に漕ぎ出して行く学生はもちろん、経験を積んだ臨床家にも役立つ、ADLとその周辺を網羅した基本の1冊。

監修 伊藤利之
横浜市リハビリテーション事業団・顧問
鎌倉矩子
広島大学名誉教授
編集 水落和也
横浜市立大学附属病院准教授・リハビリテーション科部長
渡邊慎一
横浜市総合リハビリテーションセンター・地域リハビリテーション部研究開発担当部長
高畑進一
大阪府立大学大学院教授・作業療法学



備えあれば憂いなし! 臨床直結の匠の至言

新刊 テイラー先生のクリニカル・パール2 医師ならば知っておくべき意外な事実

Essential Medical Facts Every Clinician Should Know To Prevent Medical Errors, Pass Board Examinations and Provide Informed Patient Care

▶米国家家庭医療の父、Robert B. Taylorによる、医療過誤を防ぐために知っておきたい、包括的な視点から厳選された全416項目。一読すれば医療現場のさまざまな状況下での必要に応じ、証拠に基づき重要な医学的事実=パールが簡単に記憶の底から引き出せる。臨床各科別・症候別でまとめられた「テイラー先生のクリニカル・パール1」との併読により日常診療に深みが増す。ジェネラリストにも専門医にも効く珠玉の臨床パール集。

監訳: 小泉 俊三 東光会七条診療所(京都) 所長/佐賀大学 名誉教授
吉村 学 宮崎大学医学部 地域医療・総合診療学講座 教授

定価: 本体4,000円+税
A5変 頁336 2015年
ISBN978-4-89592-832-8



レジデントのための「医療の質」向上委員会

本連載では、米国医学研究所 (IOM) の提唱する6つの目標「安全性／有効性／患者中心／適時性／効率性／公正性」を軸に、「医療の質」向上に関する知識や最新トピックを若手医師によるリレー形式で紹介。質の向上を「自分事」としてとらえ、日々の診療に+αの視点を持つことをめざします。

第12回

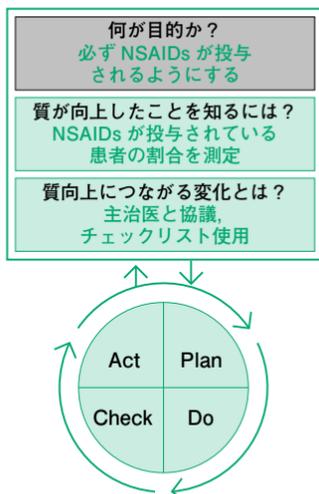
実践編2(後編)

事例で学ぶ質向上モデルの実践

担当 遠藤英樹

松戸市立病院救命救急センター医長

今回は前回に引き続き、事例を基に質向上モデル(図1)の実際の流れを見ていきます。



●図1 質向上モデル¹⁾

事例提示

研修医2年目・外科研修中

発見した現場の課題: WHOの三段階除痛ラダーが遵守されておらず、NSAIDs投与なしでオピオイド投与を受けていた癌性疼痛患者が吐き気を訴えていた。同様のケースは他にもあり、自分以外の研修医や看護師も問題を感じていた。

【立ち上げた質向上プロジェクト】

目的: オピオイド(経口・貼付剤)が投与されている入院患者に、必ずNSAIDsが投与されるようにする(禁忌がある場合を除き)

チーム: <組織の管理者>外科部長, <臨床的アドバイスをくれる専門家>緩和ケア部長・緩和ケア認定看護師, <現場の責任者>看護師長・副看護師長・緩和ケア認定看護師

今回は、発見した現場の課題を基に、質向上の「目的」「チーム」を決めました。続いて「測定項目」「施策」を考え、テストを行います。

3) 測定項目を決める

4) 施策を決める

<アウトカム指標>

目的を基に、「オピオイドが投与されている患者で、NSAIDsが投与されている患者の割合(NSAIDs禁忌を除く)」をアウトカム指標に定め、100%をめざして取り組むことにしました。

今回は上記の目標にしましたが、なかなか成果が挙がらない場合や患者に不利益をもたらす状態を徹底的に撲滅したい場合には、「NSAIDsが「投与されていない」患者の割合」とするのによいでしょう。試験の点数を考えてみても、人は90%取れていれば満足してしまいがちです。0%をめざす指標を設定してみてください。

<施策>

アウトカムを改善させるための施策を考えます。プロセスチャート(図2)の中から、認定看護師が中心となる2箇所を選び、3つの介入を考えました。

[介入①] NSAIDs投与について、病状説明の段階で認定看護師が主治医と協議する。
[介入②] 認定看護師が病状説明に同席できなかった場合、NSAIDsの投与の是非を主治医に尋ねるチェックリストを、認定看護師がカルテに貼付する。
[介入③] チェックリストが貼付されていない該当患者がいることに病棟看護師が気付いた場合、病棟看護師が認定看護師に連絡を入れ、認定看護師がチェックリストを貼付する。

<プロセス指標>

上記の施策を基に、以下の施行率を収集することにしました。

①認定看護師がNSAIDsの投与に関して主治医と協議できた割合

②病状説明ができなかった該当患者のカルテに認定看護師がチェックリストを貼付できた割合

③チェックリストが貼付されていない該当患者について、認定看護師が病棟看護師から連絡をもらった割合

<バランス指標>

起こり得る不都合な事象として「NSAIDs投与により、消化性潰瘍な

どの副作用・有害事象が生じた割合」と設定しました。

指標は誰がどのタイミングで収集するかも決めなければなりません。話し合いの結果、認定看護師が毎週木曜日の夕方に収集・集計することになりました。金曜日のミーティングで集計結果を確認し、次週の計画を立てます。

5) 施策をテストする

準備ができたのでいよいよ施策のテストをします。今回はその前に、プロジェクトの実施を外科全体に周知することにしました。テスト対象の乳癌患者の主治医のみに周知するのでも問題はありますが、あらかじめ全体に周知しておいたほうが、今後プロジェクトが進行し、対象範囲を広げようとした際に受け入れられやすくなります。新しいことを始める場合、誰も多少なりの違和感や抵抗感があるものです。

エビデンスをそろえ、見やすい資料を用意し、外科のカンファレンスでプロジェクトの概要を説明したところ、いくつかの質問がありましたが、受け入れはおおむね良好でした。

エビデンスをそろえ、見やすい資料を用意し、外科のカンファレンスでプロジェクトの概要を説明したところ、いくつかの質問がありましたが、受け入れはおおむね良好でした。

<1サイクル目>

まずは1サイクル目のPDCAサイクルを回します。

“Plan” 施策は、1病棟の乳癌患者を対象に行うことを計画する。

“Do” 施策の実施、指標の集計を行う。“Check” 1サイクル目の結果を基に、改善できる部分を議論する。

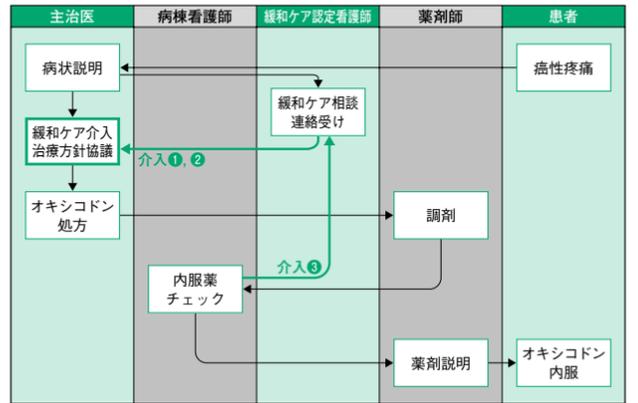
結果(表)のアウトカム指標を見ると、オピオイド投与患者の33%にしかNSAIDsが投与されていませんでした。しかし、プロセス指標②を見ると、チェックリストは100%添付できています。①を見ると、33%しか主治医と協議できておらず、ここに改善の余地がありそうだと結論付けました。

Actを考えるには、原因分析が必要です。①の数値が低いのは、病状説明に認定看護師が同席できていないためであり、②の数値が高くてアウトカムにつながっていないのは、チェックリストを貼付しても、主治医はあまり見ていないためでした。

“Act” 2サイクル目に向け、計画を練り直す。

直接会って協議しないとアウトカムにはつながらなさそうです。しかし、主治医が来るのを病棟でランダムに待つことは、忙しい臨床現場では困難です。検討の結果、[介入①]の追加事項として、病状説明に認定看護師が同席できなかった場合は、通常回診時あるいは緩和ケア回診時に協議を行うことにしました。

<2-4サイクル目>



●図2 本事例のプロセスチャート

●表 指標測定結果

サイクル	アウトカム指標	プロセス指標			バランス指標	対象症例数
		①	②	③		
1	33%	33%	100%	該当なし	0%	3
2	100%	100%	100%	100%	0%	4
3	75%	75%	75%	50%	0%	8
4	100%	100%	100%	100%	0%	7

施策改善の結果、2サイクル目でプロセス指標①は100%を達成でき、アウトカム指標も100%となりました。

そこで、3サイクル目は、乳癌患者だけではなく、病棟全体を対象に広げました。その結果、アウトカム指標を100%にすることができなかったため、また原因を分析・改善し、4サイクル目を行いました。

6) 施策を実行する

4サイクル目のアウトカム指標が100%になったことから、テストは十分と判断し、他の病棟も対象に入れた施策を行いたいと考えました。しかし、あなたの外科ローテーションはここで終わってしまいました。その後、外科を回った同期研修医に状況を聞いたところ、介入は行われなくなっていました。

施策を実行する段階では、施策を定着させること(PDCAを回し続け、プロセスを標準化し、継続的に指標の測定をすること)が重要です。研修医という立場では、定着までかわり続けるのは難しいかもしれませんが、認定看護師などのチームメンバーに委ねるなど、活動継続に向けた対策はできる可能性があります。

今回は初めての質向上の取り組みだったので全てはうまくいきませんでした。この経験を生かして、あなたはその後にも新たな質向上に取り組み、成果を上げていくことができました。

*

質向上には非常に地道な作業が必要です。チームワークも重要で、一筋縄ではいきません。特にプロセスの標準化と定着には不断の努力を要します。しかし、苦しみ抜いた後の達成感には代えられないものです。

この例を参考に、質向上の世界にぜひ飛び込んでみてください。

文献

1) IHI. How to improve. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Howtolmprove/default.aspx>

「学ぶ」EBMから、「使う」EBMへ

内科診療 ストロング・エビデンス

週刊医学界新聞の好評連載「レジデントのためのEvidence Based Clinical Practice」をグレードアップして書籍化。新進気鋭の米国内科専門医が、コモン・ディー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。「すべての医療行為はエビデンスに基づいた標準治療を理解していることから始まる」(本書序文より)。米国流内科診療アプローチの真髄がここに!

谷口俊文
千葉大学医学部附属病院感染症内科



EBMをしっかりと理解し、使いこなすべく、いざ論文の海へ!

医師として知らなければ恥ずかしい 50の臨床研究

50 Studies Every Doctor Should Know - The Key Studies that Form the Foundation of Evidence Based Medicine, Revised Edition

医師が最低限押さえておくべき50の臨床研究をコンパクトにまとめた、エビデンスの理解を助ける水先案内本。予防医学、内科、外科、産科、小児科、放射線科、神経内科・精神科、医療制度・社会制度に基づいた治療の8分野の研究を掲載。各研究に対する批判と制限事項、関連研究と有用情報、臨床症例サンプル、巻末にはQ&Aも収録し、知識のみならず一段高い思考力が身につく。新展開があった研究には訳者の補足コメントを追加。

訳: 谷口 俊文 千葉大学医学部附属病院

定価: 本体3,500円+税
A5 頁304 図50 2015年
ISBN978-4-89592-833-5

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

《精神科臨床エキスパート》 外来で診る 統合失調症

野村 総一郎, 中村 純, 青木 省三, 朝田 隆, 水野 雅文 ● シリーズ編集
水野 雅文 ● 編

B5・頁220
定価: 本体5,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02170-8

評者 福田 祐典
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所長

評者が厚労省の精神保健福祉の担当課長であった、2009年からの3年強の間の国の障害者施策は、障害者権利条約の批准に向け、必要な法改正などを含む、地域プログラム作りのための検討に追われるものだった。

その成果は、理念として、地域における共生社会の実現を高らかにうたった。具体的には、疑似的なキャッチメントエリア(患者の生活圏)で完結する精神科マイクロ救急の担保による安心と社会参加の実現、より広い圏域における健康と安全のための精神科マクロ救急体制の充実、そして、かつての道下論文とは異なる論理展開と検討手法から導き出された「重度かつ慢性」の患者への支援という、いわば地域精神保健福祉の三層構造に集約されると言っている。

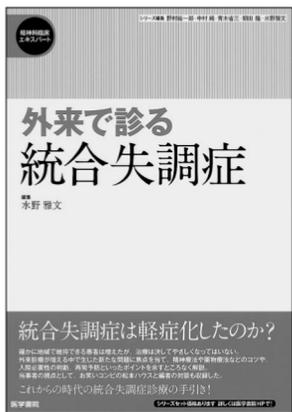
本書はそのうち、入院患者の地域移行においても、また、新たな入院患者をつくらないという意味においても、そしてさらには、スティグマをなくし社会機能を高めるという意味でも重要な、統合失調症の「外来」について焦点を当て、具体的に論じている。精神科診療の社会的意味は、病棟ではなく外来に、入院ではなく入院外(地域)にあるということ、イタリア地域精

神医療に学び、大学の講座担当者としては異質ともいえるべき地域精神保健活動への深い造詣を持つ水野雅文教授だからこそ成し得た企画といえよう。これからの精神科医にとって、障害者権利条約時に生きる精神科医にとって、必須の啓発書であり、また、教科書であろう。

本書はまず地域志向である。外来こそ精神科医療の主役であるという根拠を精神保健疫学、精神医療の進歩、そして障害者の自己実現確保の観点から論じている。治療論においても、認知機能、社会機能、自己肯定感・満足度といった従来とは異なった軸を意識した新たな構成にもなっており、医学的要請と国際社会から日本への強い要請を念頭に置いたものとなっている。そして、単に理念や学術の紹介にとどまることなく、早期支援、就労支援、治療継続、多機能型精神科診療所機能などについて、具体的にわかりやすく、取り組みやすかたちで論じられていることも、地域における当該サービスの意味や具体的な実践を進める上で、大いに参考になるだろう。ぜひ、これらに取り組む精神科医が増えることを期待したい。

ピアの視点も組み込まれてはいるものの、惜しむらくは、障害者基本法改

外来こそ精神科医療の主役



みるトレ 感染症

笠原 敬, 忽那 賢志, 佐田 竜一 ● 著

B5・頁200
定価: 本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02133-3

評者 岸田 直樹
感染症コンサルタント/
一般社団法人Sapporo Medical Academy代表理事

感染症は目に見えない微生物との戦いだ。肺炎、尿路感染症、そして風邪。よく出会う感染症も、肉眼ではその微生物は残念ながら見えない。たまに「自分の手にはMRSAは絶対に付いていないから」

見えない敵と戦うために

と感染対策の場面に限って見えるかのように言う先生がいらっしゃるが、肉眼的には黄色ブドウ球菌どころか感受性なんてさらに見えやしないので注意したい。

感染症診療の「見えない恐怖」つまり、感染症の診断・治療の際には何とも言えない漠然とした恐怖にさいなまれやすい。これは感染症診療の避けては通れない現実であり、きれいごとで片付けられないほうがよいであろう。漠然とした恐怖と戦っているのがあなたの心の中だけならよい。しかし、実際にはその見えない不安から「あの微生物も心配、この微生物も心配、あの感染症も心配」などとなりやすく、いつの間にか抗菌薬はブロードスペクトラムのものになり、風邪に抗菌薬といった不必要な処方になってしまっている。こういう私も、患者の背景情報を集めれば集めるほど、あれもこれも心配になってしまい、ついブロードスペクトラムの抗菌薬に手を出したくなることは多々ある。患者さんにそのような抗菌薬を投与するのではなく、自分にベンゾジアゼピン系抗不安薬を投与するべきであったと反省する毎日である。「可能性を言うときりがない、妥当性の判断を」という岩田健太郎先生(神戸大大学院)の言葉がいつも頭をよぎりわれに戻るが、見えない恐怖が発生した場合にはそのコン

ロールが難しい。
感染症診療を「見える化する」ノウハウを伝授

このような感染症診療の特徴から、日々の臨床をいかに“見える化”するか?ということとは感染症では極めて重要なテーマであり、抗菌薬適正使用にもつながる。これを実現してくれたのが本書だ。見えない敵を直接“見える化”するグラム染色の効果を発揮した症例を頭にたたき込んでほしい。培養結果を待たずして決着がついているその迅速性の素晴らしさを驚きとともに実感するだろう。グラム染色だけではなく、菌が培地上に作る見た目コロニーの形態から、ほぼ菌名がわかることが多い。つまり、微生物検査室は最終的な菌名同定・感受性結果が出る前に、たくさんの“見える化”された情報を持っているということを本書から知ってほしい。微生物検査室の技師さんと日々ディスカッションすることで、曇っていた空が一気に晴れわたる症例はたくさんある。微生物が作り出す特徴的な皮膚所見、咽頭所見なども、ちょっと知っているだけで漠然とした恐怖を払拭してくれる。

本書から、見えない敵と戦っていると思いがちな感染症診療からの脱却をめざしてほしい。何より、本書には詳細に“見える化”するスキルまで事細かく記載されている。皆さんも日々の感染症診療をどんどん“見える化”し、有名雑誌への投稿をめざしてみようだろうか? 実はそのノウハウまで、本書は“見える化”されているのである。

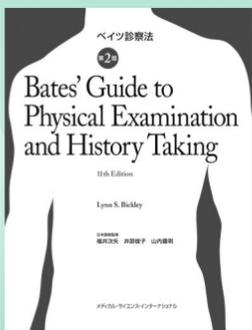
正、障害者総合支援法成立、障害者雇用促進法改正、精神保健福祉法改正などの背景にある、「地域創り」の視点と、早期支援から適切な治療介入、治療継続を経た、社会機能の維持や充実によってもたらされる、地域共生社会創造の視点が弱いことである。すなわち、精神科医が責任を持って担うべき役割と、その背景となる理念についての具体的な記述が加わると、今後の精神科

医の持つべき価値観と医療技術について、さらに明確な理解と強烈的な衝撃を与えることが可能となり、ひいては、本書は、地域精神医療改革の聖書となり得たと思う。その点は次に期待したい。

精神科医のみならず精神保健医療福祉の臨床に携わる全ての者に必読の書といえよう。

基盤をつくる!

レジデントの“不動のバイブル”

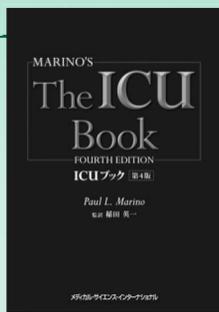


ベイツ診察法 第2版
Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th Edition
日本語版監修
福井次矢・井部俊子・山内豊明
定価: 本体9,000円+税

ICUブック 第4版
MARINO'S The ICU Book, 4th Edition
監訳 稲田英一
定価: 本体11,000円+税



ワシントンマニュアル 第13版
The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 34th Edition
監訳 高久史磨・和田 攻
定価: 本体8,400円+税



ジェネラリストのための“強化書”



INTENSIVIST
1・4・7・10月発行(年4回)
1部定価: 本体4,600円+税



Hospitalist
3・6・9・12月発行(年4回)
1部定価: 本体4,600円+税

MEDSIの新刊

すばやく読めて、さっと理解、しっかり記憶に残る循環器入門書



エクスプレス循環器病ファイル 一歩先が見える診療のヒント

●編集: 村川裕二 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科 教授
●定価: 本体4,500円+税
●A5変 ●頁272 ●図・写真142 ●2015年 ●ISBN978-4-89592-835-9

循環器の基本的知識の修得を目的としたファイルシリーズ入門編。最新の知見も交えながら、臨床の足もとを固めるのに必要な126のテーマを厳選抽出、全章見開きでコンパクトにまとめた。これから循環器をマスターしたい医師、一般内科医、初期研修医に最適の1冊。上級編の姉妹書『サブウェイ循環器病ファイル』と併読すると、さらに理解が深まる。

好評 サブウェイ循環器病ファイル すぐそこにある診療のヒント

●編集: 村川裕二 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科 教授
●定価: 本体4,500円+税
●A5変 ●頁248 ●図79・写真17 ●2014年 ●ISBN978-4-89592-762-8

好評“ファイルシリーズ”

- 著: 村川裕二・岩崎雄樹・加藤武史
●定価: 本体5,000円+税
- 著: 村川裕二
●定価: 本体7,000円+税
- 著: 村川裕二
●定価: 本体5,000円+税
- 著: 村川裕二・山下武志
●定価: 本体5,000円+税

本邦最大級の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

今日の診断指針

第7版

総編集

金澤一郎
永井良三

本書の特徴

- 症候編190項目と疾患編684項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇する全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
- 研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示
- 【第7版新収載】「帰してはならない患者・帰してもよい患者」(症候編各項目に掲載)

- デスク判(B5) 頁2144 2015年 定価:本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-02014-5]
- ポケット判(B6) 頁2144 2015年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02015-2]

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 Vol.25

プレミアム DVD-ROM for Windows



医学書院発行の書籍15冊を収録、全文横断検索可能な国内最大級のリファレンスデータベース(インターネット接続環境では電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」からも検索可能)。Vol.25では「今日の治療指針」「治療薬マニュアル」「臨床検査データブック」を更新、「ジェネラリストのための内科診療」を新規収載。基本設計、操作画面等、全面リニューアル。また、「今日の診療プレミアムWEB」をパソコン、タブレット、スマートフォンで利用できる「Web閲覧権」付与(登録より1年間)。

- DVD-ROM版 2015年 価格:本体78,000円+税 (JAN4580492610063)

今日の診療 Vol.25

ベーシック DVD-ROM for Windows

医学書院発行のベストセラー8冊をDVD-ROMに収録。3冊を更新。

- DVD-ROM版 2015年 価格:本体59,000円+税 (JAN4580492610087)

レジデント向け書籍

小児科レジデントマニュアル

第3版 編集 安次嶺 馨・我那覇 仁

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、沖縄県立中部病院のスタッフが中心となり作成した、好評の小児科マニュアル第3版。全面改訂によりさらに内容が充実!

- B6変型 頁672 2015年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-02017-6]



レジデントのためのアレルギー疾患診療マニュアル

第2版 岡田正人

実際のアレルギー診療の場での順序に沿った病態の解説で診断を的確に下せる。また治療目標とタイミング、調整時期やその決断のためのフォロー方法なども具体的に明示。

- A5 頁440 2014年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02034-3]



呼吸器病レジデントマニュアル

第5版 編集 谷口博之・藤田次郎

執筆者はすべて呼吸器疾患のエキスパート。一般外来および病棟・救急の場で具体的・実践的な答えがすぐ見つけられる構成で、呼吸器疾患に関する知識を効率よく習得できる。

- B6変型 頁660 2015年 定価:本体5,700円+税 [ISBN978-4-260-02142-5]



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]

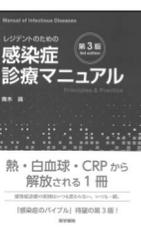


レジデントのための感染症診療マニュアル 第3版

青木 眞

幅広い読者層に支持されてきた感染症診療のバイブル、待望の第3版。熱・白血球・CRPに依存した感染症診療から自由になるための1冊。

- A5 頁1536 2015年 定価:本体10,000円+税 [ISBN978-4-260-02027-5]



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]



12 medicina

Vol.52 No.13

特集 抗血栓療法

おさえておきたい最新のエッセンス

高齢社会となり、アテローム血栓症や心房細動に伴う脳塞栓症、さらには静脈血栓症などの血栓性疾患が急増している。多くの抗血栓薬が開発されているが、それぞれの薬効や副作用のリスクには個人差がある。抗血栓療法の効果の延長上には必ず出血性合併症が存在し、常にベネフィットとリスクを勘案した選択が迫られている。本特集では抗血栓療法の最新の知見を1冊にまとめた。

INDEX

- 座談会 ベネフィット・リスクで考える抗血栓療法
- 1章 抗血栓療法 オーバービュー
- 2章 血栓症の病態をみる
- 3章 抗血栓薬の特徴を知る
- 4章 抗血栓薬で治す
- 5章 日常診療で知りたい抗血栓療法

- 1部定価:本体2,500円+税

▶2015年増刊号(Vol.52 No.4)

検査のポイント

第9集

- 特別定価:本体7,200円+税

連載

- いま知りたい 肺高血圧症
- Choosing Wisely Japan その検査・治療、本当に必要ですか?
- 診断力を上げる 循環器Physical Examinationのコツ
- 異常所見を探せ! 救急CT読影講座
- 魅!! 診断塾
- 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
- 西方見聞録

▶来月の特集(Vol.53 No.1)

糖尿病治療薬Update

一適性使用に向けて

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina>



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/sogoshinryo>

総合診療

2015年1号から「JIM」は「総合診療」に誌名変更しました!

Vol.25 No.12

特集 外来で「複数の疾患」をもつ患者を診る

マルチモビディティの時代のプライマリ・ケア

企画:藤沼康樹(医療福祉生協連 家庭医療学開発センター、千葉大学 専門職連携教育研究センター)

超高齢社会を迎え、多数の疾患(マルチモビディティ)をもつ患者が増えている。これらを別の専門家がそれぞれケアする場合、併存疾患との関連が考慮されないことがあり、多剤処方(ポリファーマシー)などによる新たな健康問題を引き起こすこともある。そこで、「複数の疾患」へのプライマリ・ケアの質向上をねらいとした。

- 1部定価:本体2,300円+税

INDEX

- 【総論】
- プライマリ・ケアにおける「マルチモビディティ(multimorbidity)」の意味……藤沼康樹
- マルチモビディティの時代における診療ガイドライン
- 複数の疾患をもつ患者にガイドラインを適用する際に考慮すべきこと……南郷栄秀
- 【併存疾患のある慢性疾患管理】
- COPD(慢性閉塞性肺疾患)と併存疾患 糖尿病を合併した場合……喜舎場朝雄
- 糖尿病と併存疾患 ステロイド治療を要する疾患の合併……片岡仁美・和田 淳
- 慢性心不全および冠動脈疾患と併存疾患 症状の奥にひそむ原因に思いをはせる……遠藤貴士
- 慢性腎臓病と併存疾患 「疼痛」を伴う場合の薬物療法……杉本俊郎
- 関節リウマチと併存疾患 複合疾患群(マルチモビディティ)としての治療戦略……津田篤太郎
- 精神疾患(統合失調症およびうつ病)と併存疾患
- 精神疾患に併存しやすい身体疾患、向精神薬が身体疾患に与える影響……今村弥生
- 【スペシャル・アーティクル】
- 「ポリファーマシー」とは何か、何が問題なのか……福土元春
- マルチモビディティにおける治療優先順位と倫理的ジレンマ
- 「あちらを立てれば、こちらが立たず」からの合意形成……尾藤誠司
- Editorial ジェネラリストの専門性とは何か……藤沼康樹
- GMで語ろう
- 【公開収録】ティアニー先生の診断道場……ローレンス・ティアニー×徳田安春×綿貫 聡

▶来月の特集 妊婦・褥婦が一般外来に来たら
(Vol.26 No.1) エマージェンシー&コモンプロブレム 企画:松村真司

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。送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。

- 2016年 年間購読料(冊子版のみ)
- ▶ medicina 35,520円+税 増刊号を含む年13冊—
- ▶ 総合診療 27,120円+税 個人特別割引25,680円+税あり 年12冊

電子版も選べいただけます



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [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