

2012年10月8日
第2997号 for Residents

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly 週刊 医学界新聞



医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週の主な内容

- [インタビュー] どうなる? 専門医制度(池田康夫)…………… 1—2面
- [寄稿] 米国ではどのように臨床研修の質を維持しているのか(成相宏樹)…………… 3面
- [寄稿] 緩和ケア医をめざす若手医師の未来(西智弘)…………… 4面
- [連載] 「型」が身につくカルテの書き方…………… 5面

どうなる? 専門医制度

interview 池田 康夫氏に聞く

日本専門医制評価・認定機構理事長／
早稲田大学理工学術院教授／慶應義塾大学名誉教授

1968年慶大医学部卒。73年米国ブラウン大に留学。76年に帰国後、慶大輸血センター専任講師を経て、91年同大内科学教授、2005年同大医学部長。09年より現職。08年に社団法人日本専門医制評価・認定機構が発足し、初代理事長として就任。編書に『標準血液病学』(医学書院)、近著に『内科実地診療必携』(朝倉書店)。



本年8月31日、厚労省「専門医の在り方に関する検討会」(座長=日本医学会会長・高久史磨氏)より新たな専門医に関する仕組みの中間まとめ(表)が発表されました。これを受けて、今後医師としてのキャリアをどう描けばよいか、不安を抱えている医学生は少なくないのではないのでしょうか。そこで本紙では、日本専門医制評価・認定機構理事長であり、同検討会の委員を務める池田康夫氏に、新しい専門医制度の全体像や今後の議論の焦点についてお聞きしました。

客観的な立場から 専門医を認定

——専門医制度の目的について教えてください。

池田 専門医制度を設けることには、二つのメリットがあると考えます。一つは医師にとって、自らの知識や技術の向上を図るきっかけとなること。専門医を取得する過程では、専門医として求められる知識や技術に加えて、専門医として患者さんと接するときの態度も勉強します。患者さんと向き合う医師の専門的な技量を底上げすること、またそのモチベーションの維持に、専門医制度が非常に役立ちます。

もう一つ大事な点は、患者さんにとってのメリットです。患者さんは、自分を診てくれる医師が専門医資格を持っているかどうかによって、その医師がどういう技術を持ち、どの診療領域に特化した知識を持っているのかを知ることができます。専門医という肩書きは、患者さんにとって安心してより良い医療を受けるための重要な指標の一つと言えるでしょう。

——今回新たな専門医の仕組みの検討にあたって、現行制度の問題点、課題は何でしょうか。

池田 現行の専門医制度の特徴は、学

会が独自に制度を設けて認定している点です。そのため、専門医としての質が全体で統一されていない現状があります。

厚労省に届け出されている専門医¹⁾は、その旨を広告に記載することが認められています。そのため、専門医という肩書きを信頼して来院する患者さんは少なくないものの、今の専門医制度はそうした患者さんの期待に応えられるほど質が担保されたものとはいえません。患者さんの信頼を損なう前に、良い専門医を育てられる制度を作らなければなりません。

——そうした現状の中、今回中間まとめが発表されました。ポイントはどのようなところでしょうか。

池田 今回の制度改正では、専門医制度の仕組みを標準化し、患者さんにとってわかりやすい医療体系を確立することを主眼としています。そのため一番重要な変更点は、専門医の認定は学会が任意に実施するものではなく、中立的な第三者機関が行うものにするということです。客観的な立場で認定制度を運営することで、専門医に対する患者さんの信頼を得たいと考えています。

さらに、専門医の取得にインセンティブを付けることも重要と考えています。例えば、中立的第三者機関が認めた専門医のみが診療科目を標榜できる

●表 新たな専門医に関する仕組みについて(専門医の在り方に関する検討会 中間まとめより)

視点

* 新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築

現状

- * 専門医の質: 各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念
- * 求められる専門医像: 専門医としての能力について医師と患者との間にとらえ方のギャップ
- * 地域医療の安定的確保: 医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題

新たな仕組みの導入

- * 新たな専門医の仕組みを、医療を受ける側の視点も重視して構築
- * 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う
- * 「総合医」「総合診療医」(総合的な診療能力を有する医師 ※名称については、引き続き検討)を基本領域の専門医の一つとして加える
- * 例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義
- * 「総合医」「総合診療医」や「領域別専門医」がどこにいるのかを明らかにし、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築
- * 新たな仕組みの構築に併せて、広告が可能な医師の専門性に関する資格名等の見直し
- * 専門医の養成数は、養成プログラムにおける研修体制を勘案して設定

期待される効果

- * 専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供)
- * 地域医療の安定的確保

今後の課題(引き続き検討)

- * 今後、2012年度末までの最終報告書の取りまとめに向け、主に以下の点を引き続き議論
- ① 中立的な第三者機関の具体的な体制
- ② 現在の専門医と新しい仕組みによる専門医の関係(移行措置)
- ③ 国の関与の在り方
- ④ 医師不足・地域偏在・診療科偏在の是正への効果
- ⑤ 医師養成に関する他制度(卒前教育、国家試験、臨床研修)との関係

仕組みなどについて、今後重要な課題として検討したいと思います。

専門医の枠組みが研修医のめざす道を明確にする

——新しい制度における専門医資格取得までの流れはどのようになりますか。
池田 中間まとめで発表した専門医の枠組みは、現在日本専門医制評価・認定機構が認定しているように、専門医

を「基本領域専門医」と「サブスペシヤルティ専門医」に二分し、基本領域専門医の取得後にサブスペシヤルティ領域専門医を取得するという二段階制になります(2面図)。

まず、2年間の初期研修を終えた研修医は、原則として全員「基本領域専門医」の後期研修プログラムのいずれかに応募し、プログラム「専攻生」と

(2面につづく)

10 October 2012

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。

新臨床栄養学 (第2版)

編集 馬場忠雄、山城雄一郎
編集協力 雨海照祥、佐々木雅也、宮田 剛、島田和典
B5 頁796 定価12,600円 [ISBN978-4-260-01615-5]

ICD-10ケースブック

精神および行動の障害の診断トレーニング
監訳 中根允文
訳 大原由久
A5 頁328 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01650-6]

感染性腸炎 A to Z (第2版)

編集 大川清孝、清水誠治
編集協力 中村志郎、井谷智尚、青木哲哉
B5 頁288 定価8,400円 [ISBN978-4-260-01642-1]

IPMN/MCN 国際診療ガイドライン・2012年版 (日本語版・解説)

著 国際膵臓学会ワーキンググループ [代表: 田中雅夫]
訳・解説 田中雅夫
B5 頁96 定価4,200円 [ISBN978-4-260-01671-1]

レジデントのための 消化器外科診療マニュアル

編集 森 正樹、土岐祐一郎
A5変型 頁480 定価5,670円 [ISBN978-4-260-01658-2]

肩 その機能と臨床 (第4版)

信原克哉
A4 頁552 定価18,900円 [ISBN978-4-260-01676-6]

PT・OTのための これで安心 コミュニケーション実践ガイド

田島美和
B5 頁232 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01569-1]

心電図を見るとドキドキする人のための モニター心電図レッスン

大八木秀和
B5 頁112 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01617-9]

アウトブレイクの危機管理 新型インフルエンザ・感染症・食中毒の事例から学ぶ (第2版)

阿彦忠之、尾崎米厚、前田秀雄、中瀬克己、稲垣智一
B5 頁216 定価3,360円 [ISBN978-4-260-01659-9]

固定チームナーシング 責任と継続性のある看護のために (第3版)

西元勝子、杉野元子
B5 頁256 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01670-4]

interview どうなる？ 専門医制度

(1面よりつづく)

して後期研修に進むと考えています。3年から4年(多くは3年)の後期研修プログラムを修了し、一定の試験を受けて、「基本領域専門医」の資格を持つことになります。その後、基本領域の資格を更新しながら、個々の専門性や必要に応じてサブスペシャリティ領域の専門医資格を取得するという流れです。

——初期研修修了後、後期研修プログラムに応募するとのことですが、初期研修時の専門性はどのように扱われるのでしょうか。

池田 今回の検討会では、専門医の取得にかかわる後期研修プログラムのみを対象としているため、初期研修修了時に後期研修プログラムに応募してもらう形を想定しています。しかし、例えばいくつかの基本領域では初期研修から後期研修にかけて一貫したプログラムが考えられており、後期研修を始める時点で一定のキャリアを重視する領域もあります。そうした領域では、後期研修プログラムに進むに当たって、初期研修のキャリアを加味するなどの措置がとられるでしょう。これらの要件は、できるだけ早く医学生にも明示したいと思っています。

——研究活動のための進学や、海外への留学を考えている人もいます。そういった人たちへの対応はと考えていますか。

池田 基礎研究の道に進む人でも、臨床に戻った際には、専門医を取得する後期研修プログラムに入れば良いと考えています。私は基礎研究に進むことに大いに賛成なので、臨床か研究か決断できるまで研究に取り組むのが良いと思っています。また、後期研修プログラムの中に基礎研究期間を設けるなどの特徴あるプログラムがあっても良いでしょう。

海外で臨床研修を修了した人に対しては、個別の対応が必要ですが、どの国でどんな研修をやってきたのかという内容を重視すべきなので、海外での経験も評価できる仕組みを作りたいと考えています。

——複数の基本領域専門医を取得することは可能ですか？

池田 おそらく同時にはできませんが、一つ目の基本領域専門医を取得した後に、他の基本領域専門医のプログラムに入ることは可能です。ただ、二つの資格を取得したとしても、両方の知識や技術を維持し、専門医資格を更新するのは大変難しいでしょう。——専門医資格の更新についても具体的にお考えでしょうか。

池田 詳細についてはこれから検討すべき事項ですが、しっかりと資格更新の仕組みを作らなければ、専門医制度の意味がなくなると考えています。患者さんの信頼に込められる専門医であるためには、学会に参加するだ

けで更新ができるというようなものではなく、日常診療においてその領域の診療に貢献している専門医のみが更新できる仕組みにしたいと私は考えています。

——サブスペシャリティ領域専門医の取得は、基本領域専門医の資格取得後とのことですが、基本領域の選択がサブスペシャリティ領域専門医の取得に影響しますか。

池田 誰もが、希望するサブスペシャリティ領域専門医を取得できるわけではありません。定められた基本領域専門医を取得した人だけが、該当するサブスペシャリティ領域専門医を取得することができる仕組みになります。例えば、サブスペシャリティとして小児外科の専門医を取りたい場合、基本領域では外科の専門医であることが要求されており、小児科の専門医から小児外科専門医を取得することはできません。

サブスペシャリティ領域専門医については、その人が取得した基本領域専門医名も併せて明示するよう、現在検討しています。そうすることで、その医師がどのような基本領域に立脚してサブスペシャリティ領域に携わっているかが、わかりやすいでしょう。「基本領域専門医からサブスペシャリティ領域専門医へ」という枠組みをしっかりと明示することで、医学生は自分のめざす道を明確にできると考えています。

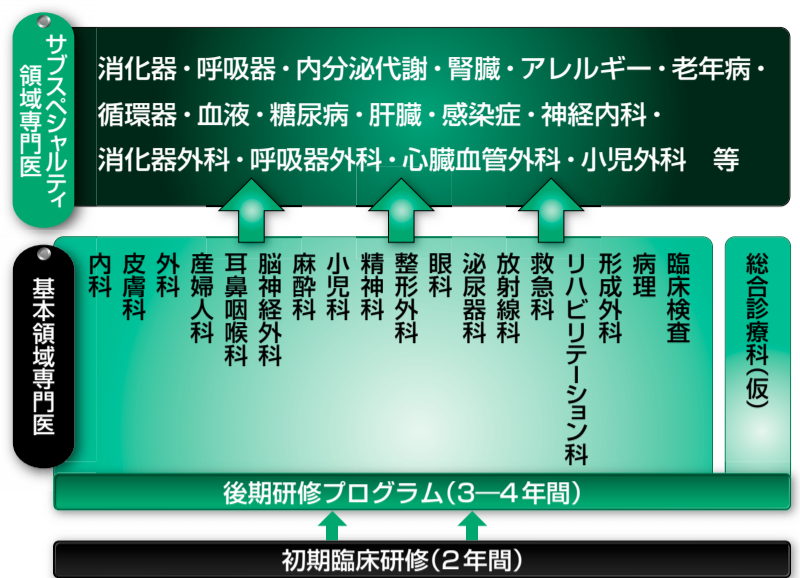
施設の特徴を活かしたプログラムの開設も

——後期研修プログラムの内容は、どのように検討されるのでしょうか。

池田 おおまかな骨組みは、各診療領域にボードというような仕組みを設け、そこで設定しますが、詳細なプログラム内容は各研修施設が検討することになると思います。各プログラムには、一年ごとの詳細な研修内容とその責任者である担当指導医を、事前に明示していただきたいですね。そうすることで、第三者機関は症例数などの量的なものだけでなく、研修内容の質も評価することができます。研修医にとっても、応募しやすいプログラムになることでしょう。

プログラムごとに独自の特徴を出すことも可能にしたいと考えています。例えば、臨床も研究もできる専門医の育成を目標とする施設では、3年間の臨床研修に2年間の研究を加えるなどの特色を出すことも可能でしょう。それぞれのプログラムの目的や理念を明示すれば、それに呼応する研修医が集まり、プログラムへの満足度も高まると思っています。

また、プログラムの策定・実施に際しては、必ずしも一施設単独ではなく、近隣施設と連携した地域の病院群で研修プログラムを設ける仕組みを、今後考えていかなければならないと思っています。質の高い研修を提供しようと



● 図 新たな専門医制度の基本設計(専門医の在り方に関する検討会の資料に基づき作成) 現在、日本専門医制評価・認定機構は18の診療領域を基本領域として認定している。最終的には「総合医」「総合診療医」を加えた19の診療領域が基本領域専門医に認定される見込み。

すれば、おのずと単一の施設で対応できる研修医の数は限られます。そこで複数の施設が病院群としてプログラムを展開することによって、研修内容の質を担保できるような仕組みにしているかと考えています。

——今回の制度改正では、基本領域専門医に「総合医」あるいは「総合診療医」²⁾が加えられる見込みとのことですか。

池田 患者を全体的に診られる医師や、地域医療を担当できる医師が、近年求められていることは明白です。米国では、すでにプライマリ・ケア関連の専門医制度が確立されています。日本でも、初期診療や地域医療、福祉や保健など、一つの診療領域に偏らない視点から広く全体を診る医師が必要と

されています。——総合的な診療能力を身につけるプログラムを作るのは、難しそうですね。どのように議論される予定ですか。

池田 現在、プライマリ・ケア連合学会に加えて、内科学会、外科学会、小児科学会、救急医学会、病院総合診療医学会の6学会と日本医師会が一緒になったワーキンググループを、日本専門医制評価・認定機構の中に作り、「総合医」「総合診療医」のプログラムを検討しています。総合医というのは、どこの国でも他の専門医より格下に見られがちなので、総合医も他の専門医と同様にレベルが高いと認知されるようなプログラムを作りたいですね。

現在の4年生から新しい制度の対象に

——新しい制度が施行されるまでのスケジュールを教えてください。

池田 現在検討中のスケジュールとしては、2013年度中に中立的第三者機関を設立し、14年度に診療領域ごとのボードを発足させて議論を始めます。15年度には議論を集約してプログラム策定を行い、16年度に初期研修医への募集告知、17年春からの開始を目標に現在進めています。このスケジュールでの実施が決まれば、現在の医学部4年生が後期研修医になるころから新制度が始まるでしょうね。

——現在の初期研修医や、医学部の5・6年生には、何かしらの措置がとられますか。

池田 具体的には決まっていますが、現在専門医を取得しようとしている人が不利にならないよう、移行の仕組みを検討しなければならないと思っています。将来的には基本領域の専門医を診療科の標榜と結び付けることも考えていきたいため、現在の制度下で専門医を取得された方を含めた移行措置が必須でしょう。

——現状の自由標榜制が改められると

いうことでしょうか。

池田 もちろんそうしたことを視野にいった検討を進めることは重要です。ただし、すでに開業されている方に不利益にならないよう、スムーズに移行していかなければなりません。いずれにせよ、患者さんから信頼される医療を構築することが何より重要だと、私は思います。

今後、医療の在り方や、医学生・研修医への教育方法などが、次々に見直されるでしょう。意見が分かれることもあるかもしれませんが、「患者さんのためになるか」という視点で検討すれば、おのずと答えが決まってくるはずで、新しい専門医制度も、「患者さんのため」という第一の目標を忘れず、最終まともに向けて議論を尽くしたいと思います。(了)

● 註

- 1) 詳細は下記 URL を参照のこと。「医療法における病院等の広告規制について(厚生労働省 HP)」http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokokukisei/index.html
- 2) 正式な名称は、今後の検討会で議論される。

50人の先輩医師にきいてみよう

あなたへの医師キャリアガイド

研修病院選びの決め手は何か、専門を何にするか、臨床か研究か、留学や開業をいつするか……。医師としてのキャリアの積みかたは多様だ。本書では50人の先輩医師が「今のあなたの悩みについて、かつて(あるいは現在進行形で)同じように悩み、このような道を選んだ」と、本音で語る。執筆陣は聖路加国際病院内科の現役・OB/OGという共通点はあるがその経歴は多種多様。さまざまな努力や転機となったエピソードが興味深い。

編集 岡田 定 聖路加国際病院内科チエアマン 堀之内秀仁 国立がん研究センター中央病院呼吸器内科 藤井健夫 聖路加国際病院腫瘍内科



医療事故の当事者になる前に、ぜひ読んでおきたい「リスクマネジメントのABCD」!

研修医のためのリスクマネジメントの鉄則 日常臨床でトラブルをどう防ぐのか?

医療訴訟などの医療紛争は日本でもめずらしくはなくなった。しかし、そのような事故をどう予防し、いざ事故が起こった際にどう対応するかについては、十分な教育が行われているとはいえない。本書は、まだ臨床経験の乏しい研修医のために、医療現場におけるリスクマネジメントの基本をわかりやすく記した。日米の問題症例を紹介しつつ、明日から役立つ具体的なアドバイス伝える研修医必読の1冊。

田中まゆみ 田附興会医学研究所北野病院総合内科部長



投稿

米国ではどのように臨床研修の質を維持しているのか

成相 宏樹 アルバート・アインシュタイン医科大学モンテフィオーレ小児病院

近年、臨床研修に関する環境は大きく変化している。初期臨床研修の義務化に伴い、出身大学の大学病院で初期臨床研修を行うのはもはや当然のことではなく、市中病院でキャリアを積み重ねる人も多し、あるいは米国で臨床研修を行うことも選択肢の一つとなっている。

米国で臨床研修をする大きな理由としてよく挙げられるのが、「質の高い臨床研修を行える」ということだ。では、具体的に「質が高い」とはどういうことなのか、そして米国では臨床研修の質を維持するためにどのようなシステムがあるのだろうか？

米国臨床研修の質を評価する ACGME

米国での臨床研修の質を維持するためにはなくてはならないのが、Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)だ。ACGMEは米国での臨床研修の質を評価し、監督する目的で1981年に設立された非営利団体で、American Medical Association, American Hospital Association, Associa-

tion of American Medical Collegesなどの団体に所属するメンバーが構成員となっている。米国のすべての研修プログラムは、ACGMEから評価を受け、適切と認定されなければ正式なプログラムとしてレジデントを集めることができない。私が現在研修中の小児科レジデンシーにおいてもプログラムの年数、レジデントの人数、ローテーションの種類や期間、経験すべき疾患・手技、評価制度、そして勤務時間などについて詳細な規定がある。

360度の全方位から評価を受けるシステム

ACGMEは、臨床研修の概要を規定するために強いイニシアチブを発揮する。そして各プログラムは、その基準を順守した上で、さらに研修の質を高めようと努力する。ここでプログラム内の評価制度が重要な役割を果たす。

レジデントには各ローテーション終了後に詳細な評価が下される。例えば表に示した評価表の例では、8の大項目、19の小項目についてそれぞれ5段階の評価が与えられる。これに加え、

具体的な記述式のコメントも加えられる。上級医からの評価はもちろん、同僚のインターン、レジデント、フェロー、看護師、ソーシャルワーカー、そして患者からも評価を受ける(360-degree evaluationと呼ばれる)。レジデントへの評価は点数化され、年に2回のプログラムディレクターとのミーティングで結果についての詳細なフィードバックが行われる。自分の仕事ぶり、そして自分の強みや弱点を客観的に見ることができるので、非常に有意義と感じている。私は昨年1年間で、実に193もの評価を行った。私への評価も、上級医や同僚から合わせて50以上に上った。

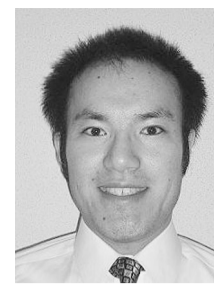
この評価制度の重要なポイントは、単に形式的なものではない点だ。あるレジデントが非常に低い評価(全評価の平均が5段階評価で2以下)を下された場合、そのレジデントは次年度へ進級できない(これもACGMEの規定に含まれている)。

一方、レジデントからの評価に基づき、各ローテーションやプログラム全体で問題点や改善点があれば、その都度修正しようとする努力がなされる。上級医も、レジデントからの評価によって昇進や昇給に影響を受けることがある。

質の高い研修プログラム

上述のように、米国の研修プログラムの大枠はACGMEにより管理されており、かつ各プログラムにも詳細な評価・フィードバック制度が存在し、研修上の細かい問題点を常に修正、改善できるようになっている。私は現在研修プログラムの1年目(インターン)が終わったところだが、米国の研修プログラムが良く管理されていることを肌で感じている。

病棟、外来、NICU、ERなどのローテーションは4週間ごとと短い期間だが、非常に密度が濃い。病棟であればインターンは5-8人の患者を担当し、night float(夜勤)であれば30人程度をカバーする。患者の入退院のペースが非常に早い(肺炎、喘息、胃腸炎、虫垂炎術後などはたいてい2-3日以内に退院)ため、同じ期間で比べると日本よりも多くの患者を診ることになる。私が勤務するのは地域の中核小児病院なので、近隣の医療機関からこれまで見たこともない希少疾患が多く紹介されてくる。どんなに病棟勤務などで忙しくても朝と昼のレクチャーに参



●成相宏樹氏
2005年慶大医学部卒。麻生飯塚病院にて初期臨床研修、慶大病院にて小児科研修後、09年に渡米。11年ミシガン小児病院小児てんかんフェローを修了し、同年より現職。現在、小児科レジデント2年目。

加すれば、基礎的な事項を1年間で網羅できるのも重要だ。

非常に貴重な学びの場となっているのが、週一回半日担当する外来診療だ。日本では主に市町村が行う定期健診も、米国ではレジデントの重要な仕事で、健診のための診察や、予防接種のプランニングをしている。また外来研修では年に2回、「Direct Observation」というものがある。患者や家族への説明の仕方や診察の仕方などについて、経験のある上級医から詳細なフィードバックがもらえるので、これも大変貴重な機会と感じた。

また新生児室ローテーションも充実している。私のいる病院では分娩の数が極めて多く(年6000件以上)、分娩当番の際には多ければ1日に20件以上の分娩に立ち会う。1か月のローテーションの後には大抵の分娩であれば一人でもこなせる自信がつく(ハイリスク出産の際にはNICUのスタッフも立ち会うが、気管内挿管などの蘇生は基本的にレジデントの仕事である)。日本の小児科研修プログラムではNICUの規模が小さい、あるいは存在しない場合もあるが、米国では大規模なNICUでの経験が必須とされている。

一方、研修の密度が濃すぎることで問題が生じたこともある。血液・腫瘍病棟での勤務は非常に忙しく、シニアレジデント1人、インターン2-3人で患者30人近くをカバーしていた。悪性腫瘍や鎌状赤血球症を持つ患者は急変が多く、ある時期に勤務時間を大幅に超えてしまう日が連続した。この問題はすぐに、毎月開催される研修会議で議論された。チーフレジデントが血液・腫瘍病棟に入院する重症度をトリアージし、重症度の低い患者を一般小児科病棟で受け持つことが決定した。こうして問題が即座に解消されたことから、各プログラムの管理が徹底されていることを実感した。

*

日本の後期研修制度も、詳細な研修目標や評価制度を導入することで、プログラムの質を向上させられるだろう。レジデントとプログラム側・上級医が互いに意見を述べ、評価し合う仕組みが日本でも整えられ、魅力的なプログラムが増えることを期待する。

医学書院ホームページ

毎週更新しております

医学書院の最新情報をご覧ください

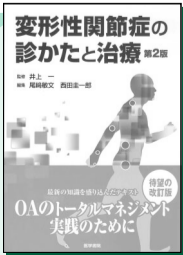
<http://www.igaku-shoin.co.jp>

OAの疾患背景から診断・治療に至るまで幅広く解説したトータルマネジメント実践書

変形性関節症の診かたと治療 第2版

整形外科を中心に日常診療で最も頻りに遭遇する疾患である変形性関節症(OA)。近年、その頻度が急速に増加している現状を踏まえ、本書ではOAの最新の知見や話題を存分に取り入れながら、基礎的な疾患背景、病理・病態から診断・治療に至る全体的な診療の流れを図や写真を豊富に用いてわかりやすく解説している。OAの患者をどのように扱い、管理するか、正しい理解へと導き、実践へとつなげられるテキスト、待望の改訂版。

監修 井上一
岡山大学・名誉教授
編集 尾崎敏文
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
生体機能再生・再建学講座
(整形外科)教授
西田圭一郎
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
生体機能制御学講座
人体構成学分野・准教授



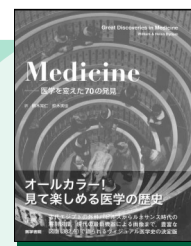
幅広い時代・地域から集めた豊富な図版とともにオールカラーでつづられる医学の歴史

Medicine 医学を変えた70の発見

The Great Discoveries in Medicine(Forthcoming)

医学の歴史とその発展がオールカラーで！病気と健康、生と死、疾患と治療——私たちの身体と心では、どのような仕組みが働いているのか。紀元前の古代エジプトで書かれた外科パピルスからルネッサンス時代の解剖図譜、現代の最新機器による画像まで、豊富な図版(382点)とともにつづられるヴィジュアル医学史の決定版。

編集 William Bynum
Helen Bynum
訳 鈴木晃仁
慶應義塾大学経済学部教授
鈴木実佳
静岡大学人文社会科学部教授



寄稿

家庭医療の歩みに学ぶ 緩和ケア医をめざす若手医師の未来

西智弘 川崎市立井田病院かわさき総合ケアセンター



●西智弘氏
2005年北大医学部卒。室蘭日鋼記念病院で初期研修後、川崎市立井田病院で総合内科/緩和ケア研修。その後09年から栃木県立がんセンターにて腫瘍内科医として研修。12年から現職。現在、緩和ケアチームの業務を中心に、腫瘍内科、在宅医療にもかかわる。日本緩和医療学会教育研修委員会医学生セミナーWPG員。

昔、私の救急指導医は言った。「君は家庭医になりたいのか。それは大変だろう。日本の中でまだ新しい専門分野だから。そんなこと誰でもできる、と言われてたり。救急も昔はそうだったんだよ。でも今では、救急が誰でもできるなんて思わないだろう?」

そう、私は家庭医になろうと思っていた。そう思って初期研修を行っていた。しかし、研修中に会った緩和医療にひかれてしまった。以前は「がんが怖いのは仕方ない」と考える、今思うととんでもない医師だった。しかし、緩和医療の指導医は、そんな私から患者さんを引き継ぐと、あっという間に苦痛を取ってしまった。苦痛でベッドから動けなかった患者さんが、次の日には廊下を歩いていたりするわけだから、私が「魔法か」と思ったのも無理はない。

それから、私は緩和医療を真剣に学び始めた。症状の取り方、精神的苦痛や社会的苦痛への対応などなど、指導医から学び、患者さん・家族から学び、本で学び……、と知識と経験を深めていった。

緩和ケア医をめざす上での不安

そして、あるとき気付いた。「自分以外に緩和ケア医をめざしている医師って、どこにいるんだろう?」と。家庭医をめざしていたころは、先輩・後輩、学生を含めて多くの出会いがあった。日本家庭医療学会主催の夏冬のセミナーなど実際に会う機会だけでなく、メーリングリストなどで日常もつながっていた。「家庭医をめざすのはひとりじゃないよ、みんなで頑張ろう」という安心感があった。

しかし、緩和ケア医をめざしてからは、そんな機会は皆無だった。地域の緩和医療研究会はあるが、同世代の医師はほとんどいない。学会やセミナーでも、知らない医師に突然話しかける

のもためらわれ、結局は同じ施設の医師と一緒に行動していたり。結果、「ほかの施設ではどんな研修をしているのだろう? 自分のやり方は正しいのか?」という不安が頭をもたげることになる。

不安を抱いたのにはもうひとつ理由がある。それは「研修を受けた施設ごとに、カリキュラムが全く異なるのでは?」と感じたことだ。私は内科をベースとした研修を受けたが、「麻酔科の研修はいらないのか? 精神科は?」など、非常に悩み戸惑い、葛藤し、「私の研修は正しいのか?」と不安になっていった。「ああ、他施設の研修医と“君のところの研修、どう?”と語り合えれば、もっと楽になれるのに! これではいけない、私たちが横のつながりをもっと大事にすべきだ!」と考えたときに、思い出されたのが冒頭の指導医の言葉である。

家庭医の世界も、以前は各地に散らばる家庭医志望の若手医師が、「どこでどのように研修すれば家庭医になれるのか?」とそれぞれが悩み、孤軍奮闘していた時代があった。「そうか、新しい分野の歴史は繰り返すのかも。そうだとしたらわれわれが学ぶべきは、日本における家庭医療の歴史かもしれない」と思ったのだ。もちろん、救急と家庭医療のたどってきた歴史も相当違うだろうし、それは緩和医療もそうではあるが、いずれにせよ現在ネットワークが充実し、多くの人材が育ってきている家庭医療分野から、学べることは多いはずだ。

若手家庭医部会を参考に 若手緩和ケア医の集いを企画

家庭医療において「若手家庭医部会」が結成されたのが2004年のことである。そこでは、同じ夢を語り合える友人が集い、悩みを共有し話し合うことで明日への研修の勇気をもらい、そし

て研修の現状調査や研修に対するアイデアが醸成されていく場となっていた。そして2005年には日本家庭医療学会の正式な組織として認定され、さらに多くの人数が参加し、セミナーのみならず、メーリングリストなどを利用しつながりを深め、研修の質を高めるべく努力している[家庭医療・15(2):79-81,2010]。

われわれもこのように、研修を受ける当事者同士で意見を言い合える関係作りがまず必要だ。何が問題となっているのか、何が研修に足りないのか。お互いに話し合いをする場すら持っていなかった。ようやく2012年の日本緩和医療学会学術集会において、「若手医師フォーラム」と題し、40人ほどの若手緩和ケア医が集まり、互いに意見を言い合う場を持つことができた。そこでは、全国の緩和ケア医をめざす医師たちが孤独感や不安感の中で、試行錯誤しながら研修を行っている実態が明らかになった。みんな悩んでいることは一緒なのだ、というのが私の実感である。

しかし、これはまだスタートラインに立ったに過ぎない。実際に、自分たちがどのようなキャリアパスを経るべきか、それはこれから議論していかねばならない。「緩和医療の専門施設で研修するだけでよいのか」「腫瘍内科も研修すべきか」「いやその前に総合内科を修めるべきか」「在宅研修はどうする、精神科や麻酔科は……」と、どのようなスキルを学ぶべきかというところだけでも議論すべき点はたくさんある(個人的な意見としては、今後「早期からの緩和ケア」を実践していく中で腫瘍学の知識は絶対に必要だし、そのためにはまず腫瘍内科の土台となる総合内科医としての研修は受けるべき、と思っている)。

緩和医療に求められる領域も変化し続けている。がんの緩和ケアのみではなく、非がん疾患の終末期にもかかわ

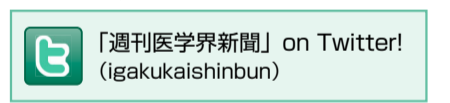
っていくことが求められている。働く場所も、緩和病棟だけではなく、化学療法センターや在宅、そして今後はそれ以上に地域に出て地域医療機関と連携をしたり、市民への教育を行ったりすることも求められる。

「場」をつくり、 「システム」へとつなげる

もちろん、このような壮大なテーマを、いかに自分たちが当事者であるとは言え、若手だけで考えるのは無理がある。偉大な先輩方が築いてきた歴史を知り、そして見つめてきた未来を知り、その中でわれわれ若手世代の思いをすり合わせていかなければならない。若手の意見を継続的に発散し、吸い上げ、学会全体として研修指針や学習環境に生かしていけるシステムが必要だ。そのあたりも、若手家庭医部会のこれまでの歩みは非常に参考になる。

日本における緩和ケア医の専門研修は、まだ緒についたばかりである(2010年4月に緩和医療専門医一期生が誕生)。しかし、質の高い緩和ケア医を一刻も早く育てていくことが世の中から求められ、その声はどんどん大きくなってきている。家庭医療も含めさまざまな分野からノウハウを学び、議論を深め、日本の実情に合った、そして地域ごとに柔軟性を出せるようなシステムを早急につくっていく必要がある。

そのためには、まずわれわれ若手世代が声を上げていかなければならないし、声を上げる場が必要だ。「若手医師フォーラム」の活動をきっかけに、そのような場をこれからもつくっていきたく考える。



『JIM』presents 公開収録シリーズ②

Dr. 徳田 × Dr. 岸田

誰も教えてくれなかった『風邪』の診かた

開催のお知らせ

『JIM』では、新刊書籍『誰も教えてくれなかった「風邪」の診かた』の著者である岸田直樹先生と、総合診療のリーダー徳田安春先生をお招きし、ジェネラリストを目指す医師のためのレクチャーおよび対談を公開収録いたします。

日時: 2012年12月2日(日) 13:30 ~ 17:00 (懇親会含む)
会場: 医学書院 本社 (東京都文京区本郷)
講師: 徳田安春氏 (筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター)
岸田直樹氏 (手稲深仁会病院総合内科/感染症科)
対象: ジェネラリストを目指す医師および医学生
定員: 50名
参加費: 3,000円 (懇親会費を含む)

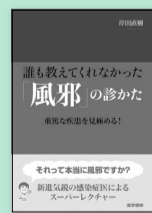
※『JIM』誌を年間購読されている方は無料。優先申込受付あり。

参加申込方法

<『JIM』年間購読者優先申込受付期間> 10月14日(日)正午(昼12時)~10月21日(日)正午(昼12時)
『JIM』誌を個人で年間購読されている方の優先受付期間となります。該当する方のみ受付専用Webサイトからお申し込みください。新規に年間購読申込みをされた方も対象となります。申込方法の詳細は医学書院Webサイト内『JIM』誌のページをご参照ください。なお、受付は先着順で、定員に達し次第終了いたします。

<一般申込受付期間> 10月21日(日)正午(昼12時)~定員に達し次第受付終了。
医学書院Webサイト内『JIM』誌のページをご参照ください。どなたでもお申し込みいただけます。受付は先着順で、定員に達し次第、終了いたします。医学書院Webサイトをご参照ください。

セミナー当日には、岸田直樹先生の最新刊を販売予定



『JIM』presents 公開収録シリーズ③

「帰してはいけない外来患者 —ジェネラリストの外来戦略—」

日時: 2013年2月3日(日)
講師: 金城紀与史氏 (沖縄県立中部病院総合内科)
金城光代氏 (沖縄県立中部病院総合内科)
前野哲博氏 (筑波大学附属病院総合診療科)
松村真司氏 (松村医院)

参加費: 3,000円 (懇親会費含む)
※『JIM』誌を年間購読されている方は無料。優先申込受付あり。
参加申込方法: 11月中旬より申込受付開始予定

お問い合わせ

医学書院 PR部 (TEL 03-3817-5696)

「型」が身につくカルテの書き方

「型」ができていない者が芝居をする型なしになる。型がしっかりした奴がオリジナリティを押し出せば型破りになれる」(by 立川談志)。本連載では、カルテ記載の「基本の型」と、シチュエーション別の「応用の型」を解説します。

佐藤 健太

北海道医協札幌病院内科

第4講

カルテ記載の基本の型 SOAP ③

これまでに基本情報となるSとO、病状を詳細に分析するAについて説明しました。今回はこれらを踏まえて、具体的な介入を記載する「P: Plan」について解説します。どんなに素晴らしい診断推論ができていたとしても、実際に患者に適応する段階がお粗末では十分に効果が発揮されません。アセスメントの成果をそのまま反映できるプランの書き方を身につけましょう。

■「方針」と「計画」の違い

プランとは「計画」のことであり、総合プロブレム方式(参考文献『総合プロブレム方式』)においては、アセスメントで述べる「方針」(第3回参照)とは明確に区別しています。

例えるなら、「方針」とは、上司が「最近仕事も大変だったし、パーッと飲みに行ってお祝いしよう！」という考え・提案であり、「計画」とは、実施者である幹事などが「○月○日△時からA店を幹事名Bで予約」という参加者全員が共有しないと実行に支障が出るような詳細情報・行動目標です。

「方針」だけで「計画」がないカルテだと現場にどのような混乱が出るかは、この例えだけでも十分伝わります。詳細なプランがないと何をすればいいかわからず、プランだけだと全体像が把握できず見通しが悪くなります。リーダー(=主治医)の意向をコミニカルと共有するためにも、両

急性疾患初診時のカルテ記載例

(S・Oは省略)

【初期評価(=Assessment)】

#1. ACS

多重する心血管リスクを認める患者の、冷感と嘔気を伴い30分以上持続する胸部絞扼感。心電図異常と心筋逸脱酵素上昇を伴いACSの基準に合致する。鑑別診断は心膜炎、たこつば型心筋症、心筋以外からの酵素逸脱が挙げられるが、〇〇の理由で可能性は低いと見積もっている。いずれにしてもACSの検査治療目的で心カテテル検査は行うため、このときの評価と心エコーで鑑別を進める。①

【初期プラン(=Plan)】

Tx) ②ニトログリセリン〇mg+5%ブドウ糖50mL→4mL/時で持続静注開始。
バイアスピリン、プラビックスを……、酸素を……。

- ①これはアセスメントに含まれる「方針」。「ひとまずカテをやってから考える」という大枠をつかめる。
- ②治療プラン。具体的な商品名や用量・用法も明確に記載。

- ③診断プラン。診断のための検査以外に、経過観察プランや検査のための手配・手順も記載
- ④説明プラン。Informed consent内容だけでなく、食事運動療法などの動機付けも重要。
- ⑤予防プラン。病名や年齢性別ごとにやることは

- ほぼ決まるので、時間的余裕と知識さえあれば初診時・入院時でも書けるようになる。訓練次第。
- ⑥福祉プラン。いずれも調整・申請に時間がかかるので、「早期」に、急性期病棟であれば初日から動き出すべき。忘れずに記載し、指示する。

方を併記したほうがよいでしょう。

■プランは誰のために、どんな目的で書くのか

主に以下2つの役割があります。

1) 計画の実行者のための明確な指示記録

指示はすべて指示簿に記載することになっている職場や、カルテの直後に検査・治療等のオーダーが表示される電子カルテなどでは、「指示記録」としての意味は薄れるかもしれません。しかし、オーダーミスを起こしてしまった場合でもプランがきちんと書いてあれば誰かが間違いに気付き、患者の安全を守ることができます。また、自分の責任で記載することで記載内容の一字一句に注意が向き、根拠を慎重に調べるクセもつきやすくなります。少なくとも初期研修のうち、マメに指示記録を書いたほうがよいでしょう。

2) 次回診察する医師への申し送り

カルテ記載中は頭の中にすべての情報があり迷うことはありませんが、次の診察まで間が空いたり他の用件に頭を使っていると、何をすべきかを忘れていたり他の患者のプランと取り違えてしまうことがあります。明確かつ具体的に書かれたプランはそのまま患者ごとのToDoListになるため、プランのコピーを持ち歩けば、多くの患者を担当していても混乱が減り、業務効率が改善します。また、外来などのように久しぶりに診察することになる場合、前回やったことと今回やることの一覧が整然と書いてあれば、前回診察中のことを短時間で詳細に思い出すことができスムーズに診察に入れます。

■プランに求められる条件

上記の目的を果たすためには、簡潔・明確で、誰でも間違いなく理解して実行できることが重要です。使用する薬剤や医療器具は商品名で、用量・用法なども明記しましょう(論文など外部向け文書では一般名がよいですが、医療現場では一般名で記載すると多職種や患者が混乱するため実践的ではありません)。また「5W1H」のうち「いつ、誰が、どこで、どうやって、何を(「なぜ」はAで記載済み)」

のかを明確にしましょう。多くのプランを多職種と連携して実行するには、「誰が」の要素は必須です。しばらく後で実施するプランでも、その日のカルテに記載し「いつ」を併記します。そのプランの根拠はその日のカルテのS・O・Aにしかありませんし、「その日が来たら記載しよう」と思っていると忘れてしまうこともあります。もちろん大至急の場合はその旨を書き、複数のプランを実施する順番・優先順位にまで言及すべきです。

研修上も、プランを具体的に書くには、マニュアルや文献を読み込んだり指導医と相談したりしながら現場で自分が実施可能なレベルにまで知識を飲み込む必要が生じます。計画通りに実践してみても、自分の理解が曖昧だったことに気付くため、必然的に学習レベルが深まり実践的な生きた知識が身につきます。

また、プランが書いていない研修医は「何をかわからない」と指導医を不安にさせますが、自分の知識や判断を反映させて実際にやることを明確に記載しプレゼンできる研修医は「実力を越えて危ないことはしないだろう」と安心できるため、次々仕事を振ることができます。このようにして、実践的知識と臨床経験が積み重なっていくことで、InterpreterからManagerへと成長していけます(第2回参照)。

■プランに含まれる項目

膨大な項目を列挙することになるため、一定の「型」にのっとって順番に書くクセを付けることで、書き忘れや読み間違いのない簡潔な記載方法を身につけましょう。

一般的には治療プラン(therapeutic: Tx)、診断プラン(diagnostic: Dx)、教育・説明プラン(educational/explanatory: Ex)の3つに分けて書きますが、カルテ例では家庭医療の視点から予防プラン(preventive/prophylactic: Px)や福祉プラン(welfare: Wx)も追加しています。これは筆者オリジナルの型なので外部向け文書では通じませんが、外来初診や入院初日などプランが

膨大になる場合は抜けを防ぎやすく使い勝手が良いため、項目名を書かない場合でも頭の中では活用しています。

以下に記載項目を示し、その後で各項目の意義や記載のポイントを説明します。

Plan
Tx) 根治療法、バイタル蘇生、支持療法、生活のケア(看護)、障害のケア(リハビリ)、心のケア(精神療法など)
Dx) 診断、経過観察
Ex) 説明(病状・方針)、教育(食事・運動・薬剤・セルフケア)
Px) 疾病予防、健康増進
Wx) 福祉サービス、退院調整

Tx) 治療プラン: 適切な治療で速やかに患者の病状を改善する。「主治療(根治療法)」だけでなく、「そのほかの治療」も忘れず記載する。

Dx) 診断プラン: 何を観察していくかを明確にし、病状の誤認や判断の遅れを防ぐ。身体診察・検査の予定や多職種への観察指示も含む。「診断確定」の評価のほか、「経過観察」や「治療判定方法」も記載する。

Ex) 説明プラン: 病状の「説明」や治療の「同意」だけでなく、「自ら効果的な治療に取り組む」ような「教育」も含み、動機付けによるアドヒアランス向上や、心理ケアによる不安・苦悩軽減をめざす。

Px) 予防プラン: 「将来のための働きかけ」で、今後患者に新たな疾病負荷が加わることを防ぐ。日本の医学教育で著しく欠けている項目だが、将来にわたって担当患者の健康が維持されるために重要であり、目の前の疾患の治療にとらわれて忘れないように記載する。

Wx) 福祉プラン: 本人以外の「家族や制度への働きかけ」で生活の負担を軽減させる。介護保険・身体障害者制度等の活用や家族への教育・支援、退院調整やケアプラン相談を早期に行うことで患者や家族の負担を速やかに軽減する。



どんな場面でも通用する「基本の型」を説明する総論編は今回でひと段落です。次回以降は内科病棟、診療所外来、救急、往診などシチュエーション別に記載のコツを解説する各論編に入ります。

パッと見て、すぐわかる!

すぐ調シリーズ

全14巻

病期や治療効果を評価するための指標、略語、薬剤など、日常の業務に役立つ情報をポケットサイズにぎゅっと凝縮。疑問に思ったときは辞書として、また現場で得た知識を書き込み、頼れるオリジナルノートとしても活用できる。

●A6変型 2012年 各巻 定価1,260円(本体1,200円+税5%)
消費税変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

医学書院



呼吸器	編集 福永興吉	頁144	[ISBN978-4-260-01451-9]
循環器	編集 高橋寿由樹	頁136	[ISBN978-4-260-01452-6]
消化器	編集 浦上秀次郎	頁132	[ISBN978-4-260-01453-3]
糖尿病	編集 山田 悟	頁 88	[ISBN978-4-260-01454-0]
腎・透析	編集 松浦友一	頁128	[ISBN978-4-260-01455-7]
脳・神経	編集 佐々木貴浩・田中蔵人	頁148	[ISBN978-4-260-01456-4]
精神科	編集 秋根良英	頁116	[ISBN978-4-260-01457-1]
耳鼻咽喉科	編集 神崎 晶	頁128	[ISBN978-4-260-01458-8]
泌尿器	編集 菊地栄次	頁112	[ISBN978-4-260-01459-5]
産婦人科	編集 谷垣伸治	頁168	[ISBN978-4-260-01460-1]
小児科	編集 内田敬子	頁132	[ISBN978-4-260-01461-8]
整形外科	編集 奥山訓子	頁104	[ISBN978-4-260-01462-5]
皮膚科	編集 鈴木洋介	頁136	[ISBN978-4-260-01463-2]
眼科	編集 武蔵国弘	頁 96	[ISBN978-4-260-01464-9]

Medical Library

書評・新刊案内

ハーバード大学テキスト

血液疾患の病態生理 Pathophysiology of Blood Disorders

H. Franklin Bunn, Jon C. Aster ● 編
奈良 信雄 ● 訳

B5・頁288
定価5,670円(税5%込) MEDSI
http://www.medsj.co.jp/

あなたが新しい医学書を手に入れたとき、どういう本であれば実際に読んでみようと思えるだろうか。私の場合は、①わかりやすそうか、②役に立ちそうか、③新しさがあるか、さらに言えば、④驚きがあるか、である。

本書『ハーバード大学テキスト 血液疾患の病態生理』は、まさにそのような本である。

本書の原著は“Pathophysiology of Blood Disorders”(2011年)だが、ハーバード大学医学部の血液学の講義で実際に使われている内容である。執筆陣は世界に名だたるハーバードの医師たちであり、共著者がお互いに

原稿を校閲し、学生180名が原稿をチェックして出来上がったという。

昨年5月、メディカル・サイエンス・インターナショナル社の正路修氏から本書の翻訳出版の価値について問い合わせを受けた。「血液疾患の病態生理が、とてもビジュアルにコンパクトにまとまっている。学生だけでなくレジデントや血液専門医にも有用だろう」とすぐに返事をした。

そして、日本語版の本書が今年7月に出た。さっそく読ませていただいた。とにかくサクサクと読める。各項目が実に簡潔にまとまっている。図や写真が豊富で見ているだけでも楽しい。自分の知識が次々とアップデートされる。学生用の本なのに不勉強な自分には新鮮な驚きがあった。

一幅の美しい絵画のよう



学すべき医学知識は膨大である。血液学に限らないが、細切れの知識をいくら詰め込んで生きた知識にはならない。やみくもに暗記するよりも、病態生理を理解しながら覚えるほうがはるかに効率的である。

本書は、①貧血と赤血球疾患、②止血と血栓症、③白血球系疾患、④輸血医学の4つのパートに分かれているが、全体の統一性が素晴らしい。どのパートを読んでも他のパートとの関連性が述べられている。パッチワークの織物ではなく一幅の美しい絵画のようである。短編小説の合作ではなく一編の長い小説なのである。

本書は通読することが勧められる。これほど短時間で効率的に最新の血液学のエッセンスを学べる本は、そうあるものではない。医学生はもちろんのこと、血液疾患の患者を担当する研修医、そして血液専門医にも勧めたい。

知らないで読んでいると本書が翻訳本ということに気付かない。序文に「小生にとっての最適の書齋は通勤電車であるが、片道40分、朝晩合計1時間半の時間で、つり革につかまりつつ本書を翻訳した」とある。奈良信雄先生お一人で、しかもこれほど短期間で全書を翻訳されている。驚異的である。

本書を通読するのはとても楽しかった。奈良先生の快挙に感謝申し上げたい。

評者 岡田 定

聖路加国際病院・血液内科部長

研修医のためのリスクマネジメントの鉄則 日常臨床でトラブルをどう防ぐのか?

田中 まゆみ ● 著

A5・頁168
定価2,625円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00439-8

評者 日野原 重明
聖路加国際病院理事長

このたび医学書院から、田中まゆみ先生の『研修医のためのリスクマネジメントの鉄則——日常臨床でトラブルをどう防ぐのか?』というA5判168ページの本が出版された。

新医師臨床研修のための必読書

田中先生は、京大医学部卒業後、京大大学院を出て、ボストンのマサチューセッツ総合病院で研修を受け、さらにボストン大学公衆衛生大学院を修了し、帰国後、聖路加国際病院の総合臨床外来を経て、現在は北野病院総合内科部長(北野病院は、大阪市にある京大医学部の関連病院)として勤務している。

田中先生は、私が理事長をしている聖路加国際病院で2012年までの6年間一般内科の副院長を務め、研修医の教育に携わってこられた。

その後北野病院に移り、研修医の教育指導を通して、研修医が臨床の前線で患者を診療している中で、どうすればそのトラブルを防ぐことができるかについて、いくつかの鉄則を示して警告される。その生の声がこの本である。

本書によって、研修医が、日本の法律体系を熟知しないことから起こる医療訴訟に巻き込まれないように警告したいという。内容は、次の5章に分類される。第1章は、「医師に求められるリスクマネジメント」。第2章は、「リスクマネジメントの基本としてのインフォームド・コンセントの手順」。第3章は、「リスクマネジメントのABCD」(A: Anticipate—予見する, B: Behave—態度を慎む, C: Communicate—よく話し合う, D: Document—記録する)。第4章は、「検証—『リスクマネジメントのABCD』でケースをみる」。第5章は、「ケースで理解するリスクマネジメントの鉄則」(これには12例の症例が紹介されている)。

著者は、新医師臨床研修制度の根幹である「医師としての人格の涵養に役立たせたい」という思いを後記に書いておられるが、私は本書を研修のための必読の書として推薦したい。

顕微鏡検査ハンドブック 臨床に役立つ形態学

菅野 治重, 相原 雅典, 伊瀬 恵子, 伊藤 仁, 手島 伸一, 矢富 裕 ● 編

B5・頁416
定価6,825円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01554-7

評者 渡辺 彰

東北大加齢医学研究所教授・抗感染症薬開発寄附研究部門

臨床医学に大きく役立つ顕微鏡検査のすべてがここにあり！これが私の第一印象である。本書は微生物検査だけでなく、細胞診、血液像、尿沈渣、病理などの顕微鏡検査

法があまねく、しかも臨床医学に役立つ顕微鏡検査のすべてがここにあり！

これまで、そうではなかった！病院や検査センターにおける顕微鏡検査は、各分野に分かれて行われており、互いの連絡や接触は希薄であった。臨床検査法の教科書も同様であった。すなわち、縦割りの検査が行われており、教科書も縦割りだったのである。皆がたこつばにこもっているのだから、互いの様子は互いによくわからない。たこつばから臨床へ有用な情報を発信することはできるだろうか？

できるわけではなく、これが今日の臨床検査・臨床医学の大きな欠陥となっていたが、本書はその欠陥を埋める良いハンドブックとなっている。編者の先生方の力量に

負うところが極めて大きい。わが国の微生物検査に携わる医師と臨床検査技師の中で、本書の編集代表である菅野治重先生を知らない人はいない。

本書は、菅野先生をはじめとする編者の方々互いに連携を保って網羅・解説されており、おおよそ執筆者の方々がおおむねの分野にも広く名を知られるようになる第一歩の一冊でもあると思われる。それは本書が、微生物検査の領域だけではなく、広く他の臨床検査、のみならず、広く臨床医学全体の中で顕微鏡検査によって得られる情報を最大限に生かすためには、どのような知識と技術の習得が必要なのかを解説した本だからである。微生物検査以外の分野に携わる方々にも薦めたい一冊であり、もちろん、微生物検査に携わる方々にも薦めたい一冊である。

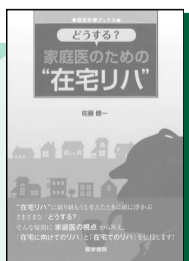
本書を読むことによって自分の目が大きく開かれることは間違いないが、いま顕微鏡検査に携わっている医療者のみならず、これからこの分野に進む学生らなどにとっても、たこつば的な知識の枠を超えて広い視野を与えてくれる必読の一冊であり、臨床検査・臨床医学における自分の存在価値を高めてくれることは間違いない！

在宅リハにかかわるための“極意”を伝授します！

＜総合診療ボックス＞ どうする？ 家庭医のための“在宅リハ”

家庭医(一般医)にとって、在宅でのリハは「関心はあるが手を出しにくい」領域である。本書は、在宅リハ成功のための指南書。何かとつづきにくいリハ領域の事柄について、必要最低限の情報をコンパクトに、かつ平易にまとめた。「どうする? 在宅でのリハ。在宅に向けてのリハ」。その疑問にリハ医であり、家庭医でもある著者がお答えいたします！

佐藤健一
Healthway Japanese Medical Centre
(前・関西リハビリテーション病院)



A5 頁216 2012年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01623-0]

医学書院

そうだったのか!

臨床に役立つ 不整脈の基礎



- 不整脈の診断・治療に関連性の高い基礎医学の知識を、イメージしやすい図を駆使し、できるだけ平易に解説。
- 前半(総論)で、基本となる心臓電気生理と不整脈の病態生理・薬理について、臨床に関連づけて明快に解説する。
- 後半(各論)では、最新の臨床的なトピックスとなっている不整脈とその治療法について、遺伝子・分子・細胞レベルでの知見をもとにわかりやすく整理。
- 教科書ではわからなかった「不整脈の基礎」がわかる、革新的テキスト。

著 中谷晴昭 千葉大学大学院医学研究科病態制御治療学薬理学教授
古川哲史 東京医科歯科大学難治疾患研究所生体情報薬理学分野教授
山根根一 東京慈恵会医科大学循環器内科准教授

「基礎」をもう一度! 視界不良の“メカニズム”がすっきり見えてくる

● 定価 4,725円(本体4,500円+税5%) ● A5変 頁212 図112 2012年 ● ISBN978-4-89592-723-9

好評 不整脈治療薬ファイル

抗不整脈薬治療のセンスを身につける
著 村川裕二
● 定価 5,250円
(本体5,000円+税5%)

ベッドサイドの Basic Cardiology 心筋細胞の電気生理学

イオンチャネルから、心電図、不整脈へ
著 山下武志
● 定価 4,830円
(本体4,600円+税5%)

不整脈治療のThe Basics 臨床に役立つ電気生理学

Electrophysiology: The Basics—A Companion Guide for the Cardiology Fellow During the EP Rotation
監訳 山下武志 野上昭彦 高橋良英
● 定価 5,250円 (本体5,000円+税5%)

《シリーズ ケアをひらく》 驚きの介護民俗学

六車 由実 ● 著

A5・頁240
定価2,100円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01549-3

評者 岡田 慎一郎
理学療法士・介護福祉士

近年、ケアの現場にはさまざまな職業を経験した方々が転職してくる。建築業、外食産業、販売業、スポーツ、芸能、美術、IT、農業、漁業、林業……、驚くほど多様な職業からやってくる。

この本の著者・六車由実さんもそういった異業種からの転職組の一人だ。大学の准教授で気鋭の民俗学者だった彼女はあるとき職を辞し、郷里の介護施設に就職する。介護職として勤務する中で、施設利用者たちからの聞き書きを行うようになる。そして民俗学者としての視点から、これまで気付かなかった利用者の人生や行動を鮮やかに浮かび上がらせていく。

■民俗学者ならではの着眼点

介護職ならずとも家庭介護の場でも直面する認知症の基本症状に、「同じ問いの繰り返し」がある。日本民俗学の創始者である柳田國男も最晩年、相手に出身地を問うことをエンドレスで行っていたという。しかし著者の六車さんは、出身地にこだわることは柳田民俗学の原点であり、その原点は最後まで失われていなかったのだという。ならば施設の認知症高齢者たちの「同じ問いの繰り返し」にも、その人のペースとなる「生きる方法」につながる意味があるのではないか——。こう考えて利用者さんの話を聞くと、そこにはさまざまな発見があった。

またレクリエーションの時間に、苦肉の策としてジェスチャーゲームを行ってみた。そこで利用者の見せる脱穀機やもちつき動きが、民俗学者の知識、予測をことごとく打ち砕くものになったというくだりも痛快であった。言葉ではない、身体に刻まれた記憶が一瞬にして目覚めるさまが丁寧に描かれ、著者の驚きと快感が読者の私にシンクロしてくる感覚すら覚えた。

このように、介護現場ならではのエピソードを民俗学的思考によってひも解いていくところに本書の面白さがある。著者ならではの知的的好奇心とチャーミングさが同居する文章によって、読者はあつという間にその語りの中に引き込まれていくだろう。

■憧れと嫉妬を超えて

しかし、現場の職員の立場から考えてみると複雑な気持ちになるかもしれない。憧れと嫉妬が渦巻くからだ。本書の中にも、著者に浴びせられた同僚の痛烈な言葉が紹介されている。

「話を聞くことが介護なの? じい

ちゃん、ばあちゃんはみんな話したくてたまらないのよ」。

介護現場は、入浴、排せつ、食事の三大介護を中心に、その日の生活をサポートするためにフル稼働している。人員配置も、その仕事量と比べると圧倒的に余裕がないのが現状だ(六車さんも、人員の不足から介護現場の最前線を経験することになり、そのハードさに驚愕している)。実は多くの介護職員は、状況さえ許せば、心ゆくまで利用者と話をしたいのである。だからそう言いたくなる気持ちはわかる。

しかし今後は六車さんの職場のように、違う業種で積み上げてきたプロのスキルが介護・看護現場で存分に生かせる道を探るべきだと私は思う。現在の多くの職場では、異業種での経験やスキルが生かされることなく、一介護・看護職員としての取り組みを要求される。順調に職場になじめる方もいる一方で、これまでとまったく違う環境でゼロからやり直すプレッシャーから実力を発揮できないまま退職する方も少なくない。そんな姿を何人も見送るたびに、その方がもっとケアの現場で生きる働き方はなかったんだろうかと考えずにはいられなかった。

そのような意味からも、六車さんが活躍する場を提供してバックアップした職場環境も、「介護民俗学」という魅力的な学問領域を生み出す大きな原動力となったのだと大いに関心を覚えた。

世に出された本はすべて誤読されると言った編集者がいた。私の読み方は六車さんが伝えたかったこととは違ってもいいかもしれない。しかし私は、本書で展開される六車さんの語りに触発され、ケア現場が持つ豊かさ、ケアにかかわる仕事の可能性の広さ、自由さにあらためて気付かされた。そして、「ケアとは何か」と「同じ問い」を繰り返す中でしか、その本質は立ち上がってこないだろうと思えてならなかった。

異業種の「プロ」を いかす試み



語り
の森へ。
民俗学者は
老人ホームで
何を聞いたのか
医学書院

外来診療

次の一手

監修◎前野哲博
筑波大学附属病院
総合診療科教授

執筆◎五十野桃子
筑波大学附属病院
総合診療科

本連載では、「情報を集めながら考える」外来特有の思考ロジックを体験してもらうため、病歴のオープニングに当たる短い情報のみを提示します。限られた情報からどこまで診断に迫れるか、そして最も効率的な「次の一手」は何か、ぜひ皆さんも考えてみてください。

第7回「最近、歩きづらいんです……」

症例 Bさん 62歳女性。夫同伴、自力歩行で入室。

Bさん 「最近、歩きづらくて……。転びそうになって電車に乗れません」

Dr. M 「いつからですか」

Bさん 「気になり始めたのは3か月ほど前からですが、この1か月くらい特にひどくなった気がします」

バイタルサイン：体温 36.2℃、血圧 118/76 mmHg、脈拍 82回/分(整)、呼吸数 12回/分、身長 155 cm、体重 45 kg。

次の一手は?



読み取る この病歴から言えることは?

歩行障害の原因となる疾患は、脳血管障害や頭蓋内病変等による中枢神経障害、パーキンソン病やALSなどの神経変性疾患、脊柱管狭窄症などの脊髄・神経根障害、神経筋接合部、筋疾患、骨・関節障害、血管系など多岐にわたる。まずは症状の時間的経過や歩行様式を確認したい。両側性か否か、左右差があるか、筋力低下があるのか。本症例は緩徐進行性であり、脳血管障害はほぼ否定的と考えられる。

考える 鑑別診断：「本命」と「対抗」に何を挙げる?

「本命＝脊柱管狭窄症」。1か月以上の経過であることから考えやすく、最も頻度が高い。深部腱反射異常や感覚低下などの神経症状の有無および、その範囲を確かめる。

「対抗＝神経変性疾患」。緩徐進行性の歩行障害であることから、パーキンソン病(錐体外路型)、脊髄小脳変性症(運動失調型)、ALS(筋力低下型)などが鑑別候補に挙がる。日常生活での変化を確認することで、どの系統が障害されているかが判別できる。

「大穴＝脳腫瘍」。年齢も考慮すると、緩徐進行性の神経疾患である脳腫瘍などの頭蓋内病変は否定しておきたい。

作戦 スバツと診断に迫るために、次の一手は?

POINT 「どういうふうに転びそうになるのですか?」

転びそうになる過程を具体的に確認することで、鑑別が可能となる。同じ転倒でも病態によって病歴は異なる。「力が入らない」のであれば筋力低下が原因であり、脊髄疾患やALSなどを疑う。「ふらつく」のであれば、運動失調が原因で脊髄小脳変性症などを疑う。「足が出ない」のであれば、パーキンソンニズムによる姿勢反射障害を疑う。

その後

「満員電車だと乗り遅れる」「混雑時は駅通路を歩けない」など、視覚的負荷によって生じるすくみのエピソードがあり、さらに病歴聴取を進めると「ボタンを止められない」「歯磨きが遅くなった」など、動作緩慢も本人から確認できた。また、数か月前に電話で、声が小さく聞き取りづらいた友人から指摘されていた。身体所見では左優位に歯車様固縮、すくみ足、姿勢反射障害を認めた。頭部MRIでも器質的疾患を認めず、パーキンソン病と診断された。



歩行障害では、「力が入らない」「ふらつく」「足が出ない」のいずれかを確認する!

そのトラブルには理由(わけ)がある

医療事故の舞台裏 25のケースから学ぶ日常診療の心得

保険会社顧問医である著者が、実際の医療紛争事例を臨場感溢れるドキュメンタリー風のケースストーリーにアレンジし、なぜトラブルに至ったのかを丁寧に解説する。医療紛争の具体的な再発予防策も提示。臨床医であれば誰でも遭遇しそうなケース25話を掲載した。難解な法律用語の解説コラムも充実。好評を博した総合診療誌「JIM」、内科総合誌「medicina」での連載をもとに、全面書き換え・書き下ろしを加え書籍化。

長野展久
東京海上日動メディカルサービス医療本部長

医療事故の舞台裏
25のケースから学ぶ
日常診療の心得
長野展久

そのトラブルには理由がある

メルマガ配信中

毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。
お申込みは医学書院ウェブサイトから。

医学界新聞メルマガ

検索

最新がん研究を俯瞰する、新しいスタンダードテキスト

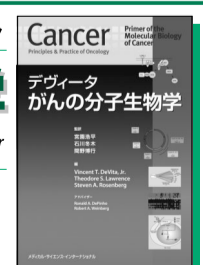
デヴィータがんの分子生物学

Cancer: Principles & Practice of Oncology-Primer of the Molecular Biology of Cancer

腫瘍学のバイブル「Cancer」をもとに、同じ編者によりがんの分子メカニズムに特化して新たに書き起こされた、入門書よりも一段上の教科書。最新情報を踏まえ、これまでのがん研究を総括。前半で基礎原理を解説し、後半で臓器・疾患別がんの分子生物学的知識を提供。文章は簡潔にして明瞭、鍵となる図はわかりやすく、重要な情報は要領よく整理されている。がん研究に携わる医学・生物学・薬学・獣医学・理学系大学院生や研究者、及びがん治療に携わる臨床家に最適。

監訳：
宮園浩平・石川冬木・間野博行

定価9,030円(本体8,600円+税5%)
B5変 頁544 図・写真152 2012年
ISBN978-4-89592-722-2



レジデントの方々にお薦めの書籍

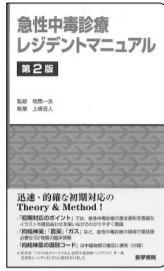
(新刊を中心に)

急性中毒診療 レジデントマニュアル 第2版

監修 相馬一玄/執筆 上條吉人

急性中毒診療に関して「最初に何をやるべきか」「症状から疑う中毒物質」といった初期対応を、図やチャートを使ってわかりやすく解説したマニュアル。基本的で応用可能な中毒診療の理論を総論で示し、各論では臨床で出会うことの多い中毒物質を52種類取り上げる。救急隊員のコールから患者到着までにパッと開いてサッと確認できるハンディな1冊。

●B6変型 頁440 2012年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01553-0]



最新刊

CT・MRI実践の達人

編 聖路加国際病院放射線科レジデント

検査時の状況判断や工夫によって、診断の一手段としての画像の価値が大きく変わるといえる。特にCT・MRIにおいて正確で迅速な結果を得るには、「必要かつ十分な画像情報を提供する」という強い意思がなければならない。「疾患、病態」と「機器、検査」の双方の理解を深め、ベストなCT・MRI検査を実践するために、レジデントのみならずCT・MRI検査に関わるすべてのスタッフ必携の書。

●A5 頁224 2012年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-01475-5]

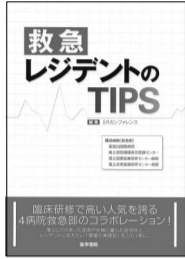


救急レジデントのTIPS

編集 ERカンファレンス

落とし穴があった症例や示唆に富んだ症例など、レジデントに伝えたい「現場の実践知」がこの1冊に。臨床研修病院として人気の聖路加国際病院、国立病院機構東京医療センター、国立国際医療研究センター病院、国立成育医療研究センター病院の救急部による編集・執筆。少し背伸びをしたいレジデントに役立つTIPS!

●B5 頁292 2012年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01388-8]

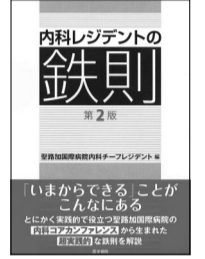


内科レジデントの鉄則 第2版

編 聖路加国際病院内科チーフレジデント

「新人レジデントは何がわからないか」を知り抜いている聖路加国際病院内科チーフレジデントの先輩方が教える、臨床に必要な考え方と対応の仕方を丁寧に解説した書。診療の鉄則がわかれば、「いまからできる」ことがこんなにもあると気づくはず。胸部X線の項を加え、新執筆者によりすべての章がアップデートされた改訂第2版。

●B5 頁264 2012年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-01466-3]



不整脈診療 レジデントマニュアル

編集=小林義典・新田 隆

本書を見れば、不整脈の病態、診断、治療の流れなど全体像がつかめ救急対応ができる。また薬剤の適応・具体的な使い方などの知識が得られ、非薬物療法の適応・概要はもちろん、その前後の患者管理などにも役立つ。若き循環器医、そしてコメディカルスタッフにとっても、持っているとかかと安心な1冊。

●B6変型 頁432 2012年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01225-6]



レジデントのための腎臓病診療マニュアル 第2版

編集=深川雅史・吉田裕明・安田 隆

明らかになっているevidenceを豊富に盛り込み、腎臓を専門としない内科医にとっても実地臨床で役立つ情報が盛り込まれ好評であったマニュアルの待望の改訂版(初版『レジデントのための腎臓病診療マニュアル』より改題)。慢性腎臓病(CKD)の概念を取り込み、内容を全面刷新。レジデント、総合内科専門医を目指す若手医師にとって必要な情報が精選された。さらに使い勝手が向上した腎臓病診療マニュアルの決定版。

●A5 頁536 2012年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00948-5]



レジデントのための血液透析患者マネジメント

門川俊明

透析患者数は年々増加しており、どの科であっても透析患者を診る機会が多い。本書は、透析を専門としない医師に向け、血液透析の基本的知識と血液透析患者のマネジメント方法をやさしく解説。著者の豊富な経験に基づいた実践的解説にあふれ、通読して理解できる内容となっている。腎臓内科研修中の医師はもちろん、すべてのレジデントにお勧めしたい。また、透析専門医をめざす医師の入門書としても最適。

●A5 頁200 2011年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01387-1]



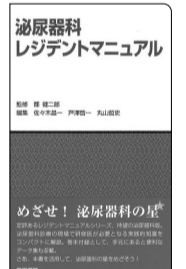
泌尿器科レジデントマニュアル

監修=郡 健二郎

編集=佐々木昌一・戸澤啓一・丸山哲史

定評あるレジデントマニュアルシリーズ、待望の泌尿器科版。泌尿器科診療の現場においてレジデントレベルで必要とされる実践的な知識を、コンパクトに解説。また、巻末付録として各種分類や基準値など、手元にあると便利な資料・データ集も収録。泌尿器科研修医はもちろんのこと、泌尿器科領域の診療に携わるすべての若手医師・コメディカルに日常的に携行し随時利用していただきたい、必携のマニュアル!

●B6変型 頁408 2011年 定価4,830円(本体4,600円+税5%) [ISBN978-4-260-01226-3]



10 medicina

Vol.49 No.10 外来・病棟でのプライマリケアに必要な感染症の知識

感染症診療はどの専門科の医師でも避けられない。本号では、第一線の医師が遭遇する頻度が高い病態、緊急性が高い病態、あるいは見逃したくない感染症を取り上げる。また、専門家に相談すべき耐性グラム陰性桿菌、HIVなどへの対応、さらに抗菌薬の適正使用、院内感染予防についても解説する。

INDEX

- 第1章 感染症診療の原則
- 第2章 頻度の高い病態
- 第3章 緊急性の高い病態
- 第4章 見逃したくない疾患
- 第5章 専門家に相談すべき疾患
- 第6章 抗菌薬の適正使用
- 第7章 感染コントロール
- 座談会 「一般外来、救急における感染症診療」

●1部定価 2,625円(税込)

▶2012年増刊号(Vol.49 No.11)

いま、内科薬はこう使う

●本号特別定価 7,560円(税込)

連載

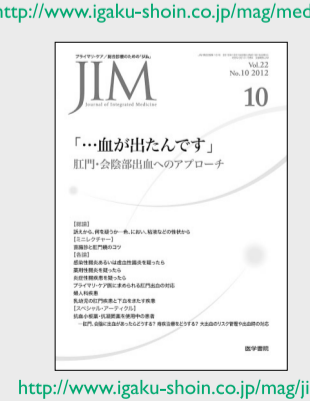
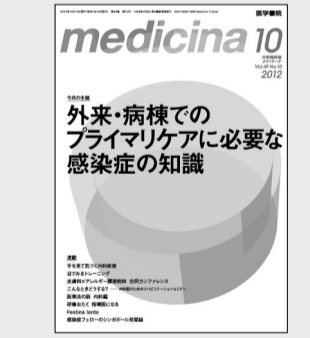
- 手を見て気づく内科疾患
- 目でみるトレーニング
- 皮膚科×アレルギー・膠原病科 合同カンファレンス
- こんなときどうする?—内科医のためのリハビリテーションセミナー
- 医事法の扉 内科編
- 研修おたく 指導医になる
- Festina lente
- 感染症フェローのシンガポール見聞録

▶来月の主題(Vol.49 No.12)

連携して診る腎疾患

—タイムリーな紹介から患者マネジメントまで

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/jim

JIM Journal of Integrated Medicine

Vol.22 No.10

特集 「…血が出たんです」 肛門・会陰部出血へのアプローチ

普段、健康な人でもお尻から血が出たら、自分で直接見ることができない場所なだけに、がん? 痔? などと、不安で外来に飛び込んでこられることが多い症状です。ウォシュレットなどの普及で痔疾患のニーズは減っても、大腸腫瘍、炎症性腸疾患などは頻度が増加してきています。また、Drug Eluting Stentをはじめとして抗血小板薬などの中止が難しい症例もでてくる。新しい時代に合わせた対応策を概説していただきます。

INDEX

- 【総論】 訴えから、何を疑うか—色、におい、粘液などの性状から……………正田良介
- 【ミニレクチャー】 直腸診と肛門鏡のコツ……………鹿野耕太・藤岡洋介
- 【各論】 感染性腸炎あるいは虚血性腸炎を疑ったら……………中村 造
- 炎症性腸炎を疑ったら……………平島 修・藤本卓司
- 炎症性腸疾患を疑ったら……………内山 幹・小田原俊一・大草敏史・田尻久雄
- プライマリ・ケア医に求められる肛門出血の対応……………宮崎道彦・田中玲子
- 婦人科疾患……………吉岡哲也
- 乳幼児の肛門疾患と下血をきたす疾患……………西本祐子
- 【スペシャル・アーティクル】 抗血小板薬・抗凝固薬を使用中の患者—肛門、会陰に出血があったらどうする? 痔疾治療をどうする? 大出血のリスク管理や出血時の対応……………森 興太・矢坂正弘

▶来月の特集 (Vol.22 No.11)

実践! 家族アプローチ

●1部定価 2,310円(税込)

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。

2013年 年間購読料(冊子版のみ)

▶medicina 37,190円(税込) —増刊号を含む年13冊—

▶JIM 27,720円(税込) 個人特別割引25,410円あり 年12冊

電子版もお選びいただけます



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693