

2013年12月2日
第3054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] 得意になるめまい診療(城倉健)/[視点] 製薬企業とのかわりを見直してみよう(宮田靖志)…………… 1-2面
- [寄稿] プロフェッショナリズム教育における評価ツールの活用(高橋理)…………… 3面
- [寄稿] 臨床研修における外国人講師の招聘(塩尻俊明)…………… 4面
- [寄稿] “国際基準”の医師に必要な言語技術を(後編)(三森ゆりか)…………… 5面

得意になるめまい診療

interview 城倉 健氏 (平塚共済病院神経内科部長/脳卒中センター長) に聞く

めまいは原疾患を特定しにくい上に、診察も行いづらい。こうした症状のなかにも、脳の疾患や損傷が原因の危険なめまいが紛れているため、めまい診療への苦手意識や抵抗感を持つ医師は多いのではないだろうか。では、どうすれば自信を持ってめまいにアプローチできるのか。年間700人以上のめまい患者を診ている城倉健氏が考案した「誰でも簡単にできる」めまい診療のフローチャートを元に、その方法と、めまい診療に臨むに当たってのポイント聞いた。

わかりにくい上に診察しづらい

—めまい診療を苦手とする若手医師や研修医は多いと聞きますが、なぜなのでしょう。

城倉 めまいは1つの症状ではなく、とてもたくさんの症状を含んだ概念です。「ふわふわする」「ぐるぐる回る」などのさまざまな訴えを、すべてまとめて「めまい」と言っています。めまいという言葉で簡単に説明すると、「視覚、深部感覚、前庭感覚のミスマッチ」ということになる。この説明だけでもわかりにくいのに、それ以外にも、血圧が下がったり首が凝ったり、あるいは、単に気分が落ち込んでめまいという訴えになります。そんなわけなので、「めまいがする」と言って受診してきた患者さんの原疾患を、問診のみから特定することは、とても難しいのです。

また、めまいを訴えている患者さんは、診察することも困難です。めまいがひどいと、大抵の場合、患者さんはちょっと動かされただけで吐いてしまいます。したがって診察に協力してくれないばかりか、下手をすると診察を拒否されてしまう。ただでさえわかりにくい上に、ろくに診察することもできません。だから多くの医師は、めまい患者さんを診察することに苦手意識を持っており、できればめまいは診たくない。そう考えている医師すら大勢います。

—そのようななかにも、見逃しては

ならない危険なめまいが紛れているのです。

城倉 ええ、危険なめまいの代表が、脳卒中による中枢性めまいです。脳卒中であった場合には、対応のタイミングが1-2時間遅れるだけで、患者さんには重大な影響が及び、場合によっては命にかかります。

一方、末梢性めまいの多くは、たとえ最初は嘔吐してしまうようなひどいめまいであっても、中枢の代償機構により、何もなくても自然に良くなってしまいます。よくわからないので点滴などをしながら手をこまねいていると、そのうち自然に患者さんが回復してしまう。めまいの多くは末梢性なので、こうした診療を繰り返しているうちに、あたかも自分が正しい診療をしているかのような錯覚を起こしてしまいます。

でもよく考えると、これでは「きちんと診察して診断をつける」という基本をまったく行っていないことになる。そんな状況で、突然脳卒中による中枢性めまいに遭遇すれば、対応が遅れてしまうことは容易に想像がつかますよね。また、たとえ末梢性めまいであっても、その場ですぐに治療が完結する良性発作性頭位めまい症に気付かないばかりに、結果的にめまいを長引かせてしまうことにもなりかねません。

プライマリ・ケアにおけるめまいの鑑別

—そんな診察しづらいめまいですが、経験の浅い研修医や若手医師のほ

か、めまいを専門としない医師が診る機会が多いのです。

城倉 そうですね。急にめまいが起これば、患者さんは遠くにある耳鼻咽喉科や神経内科などの専門科を受診する余裕はないので、一番近くの医療機関に飛び込みで受診することになります。そのため、実際にめまいを診る診療科は、救急部や総合診療科、一般内科、開業医などが圧倒的に多いと言えます。

—プライマリ・ケアの場面で、危険なめまいを見逃さないためにはどうすればいいのでしょうか。

城倉 めまいを必ずしも専門としない医師が、わかりにくい上になんとなく苦手意識のあるめまいをちゃんと診療するのは大変です。ともすれば先ほど話したように、ただ点滴などしながら様子を見るだけの診療になってしまいます。

そこで、こうした状況を改善する手取り早い方法があります。それが「どんな場合にも適用できる簡単な診察のアプローチ法をあらかじめ決めておく」という方法です。私が考案したフローチャートを図に示しました(2面参照)。こうした方法をとれば、誰でも簡単に、診察に基づいた科学的なめまいの鑑別診断ができてしまうのです。

—どのようなところが特徴ですか。

城倉 「この所見があったら中枢性」、「この所見があったら末梢性」とワンポイントで判定するのではなく、「このポイントではこれを診る」という診察を3段階ほど行い、順番にスクリーニングしていくのが特徴です。

フローチャートに沿って説明しますと、例えば「めまい以外の神経症候を探す」最初の段階で、めまい以外の神経症候の有無について判断をくだすことにいまひとつ自信が持てないことはしばしばあります。特に患者さんが吐いてしまい、診察に協力してくれないときなどは、麻痺や感覚障害がないと



●城倉健氏

1990年横浜市大医学部卒。横浜市大病院や松戸市立福祉医療センター東松戸病院、横浜市大附属市民総合医療センターなどに勤務。臨床研究を行う傍ら、東京医歯大耳鼻咽喉科とともに、動物を用いた脳幹の眼球運動中枢の神経解剖学的研究に携わる(この間に日本神経眼科学会学術賞などを受賞)。2002年から平塚共済病院神経内科部長、05年から同病院脳卒中センター長を兼任。13年からは横浜市大客員教授も兼任している。専門はめまい平衡医学、眼球運動の神経学、神経症候学、脳卒中医学。現在も多数の脳卒中救急患者やめまい患者を診療しながら、専門分野での研究成果を国内外に発表し続けている。近著に『外来で目をまわさないめまい診療シンプルアプローチ』(医学書院)。

正確に言い切ることは難しいでしょう。

そこで、このフローチャートでは、自分が診察した範囲内でめまい以外の神経症候の有無の判断に自信が持てなくても、ひとまず次のステップに進み、別の角度から診断を進めるというアプローチになっています。ちなみに、めまい以外の神経症候を探すことは、脳幹障害によるめまいと小脳の上部の障害によるめまいのスクリーニングです。—自分が診察した範囲でめまい以外の神経症候がないと思ったら、次のステップとして「末梢性のめまいを探す」

(2面につづく)

December 2013

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>カラーアトラス 人体解剖と機能 (第4版) 横地千房、J. W. Rohen, E. L. Weinreb A4 頁164 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01646-9]</p>	<p>臨床老年医学入門 すべてのヘルスケア・プロフェッショナルのために (第2版) 監修 日野原重明 著 道場信孝 B5 頁292 定価3,360円 [ISBN978-4-260-01911-8]</p>	<p>〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉 神経内科学 (第4版) シリーズ監修 奈良 勲、鎌倉 矩子 編著 川平和美 執筆 下堂蘭恵、東郷伸一、衛藤誠二、緒方敦子 B5 頁408 定価5,880円 [ISBN978-4-260-01866-1]</p>	<p>質的研究のための現象学入門 対人支援の「意味」をわかりたい人へ (第2版) 編著 佐久川 隆 著 植田嘉好子、山本玲菜 B5 頁176 定価2,730円 [ISBN978-4-260-01880-7]</p>
<p>標準救急医学 (第5版) 監修 日本救急医学会 編集 有賀 徹、嶋津岳士、横田裕行、坂本哲也、山口芳裕 B5 頁496 定価7,875円 [ISBN978-4-260-01755-8]</p>	<p>認知症ハンドブック 編集 中島健二、天野直二、下濱 俊、富本秀和、三村 将 A5 頁936 定価10,500円 [ISBN978-4-260-01849-4]</p>	<p>看護診断ハンドブック (第10版) 著 リンダJ. カルベニート=モイエ 監訳 新道幸恵 訳 竹花富子 A5変型 頁980 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01877-7]</p>	<p>質的研究をめぐる10のキークエスション サンドロウスキー論文に学ぶ 著 マーガレット・サンドロウスキー 訳 谷津裕子、江藤裕之 A5 頁220 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01895-1]</p>
<p>内科診療 ストロング・エビデンス 谷口俊文 A5 頁328 定価3,675円 [ISBN978-4-260-01779-4]</p>	<p>レジデントのための呼吸器診療マニュアル (第2版) 編集 河野 茂、早田 宏 A5 頁416 定価4,935円 [ISBN978-4-260-01865-4]</p>	<p>日本腎不全看護学会誌 第15巻 第2号 編集 日本腎不全看護学会 A4 頁72 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01925-5]</p>	<p>〈JJNSスペシャル〉 看護師のためのWeb検索・文献検索入門 編著 佐藤淑子、和田佳代子 AB判 頁156 定価2,310円 [ISBN978-4-260-01912-5]</p>
<p>感染症レジデントマニュアル (第2版) 藤本卓司 B6変型 頁488 定価4,725円 [ISBN978-4-260-01760-2]</p>	<p>〈標準理学療法学 専門分野〉 理学療法研究法 (第3版) シリーズ監修 奈良 勲 編集 内山 靖、島田裕之 B5 頁304 定価4,935円 [ISBN978-4-260-01547-9]</p>	<p>実践 マタニティ診断 (第3版) 編著 青木 康子 B5 頁328 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01898-2]</p>	<p>防衛看護学 監修 安藤史子 編著 志田祐子、平 尚美 B5 頁180 定価3,150円 [ISBN978-4-260-01916-3]</p>
<p>〈シリーズ ケアをひらく〉 坂口恭平 躁鬱日記 坂口恭平 A5 頁298 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01945-3]</p>			

上記価格は、本体価格に税5%を加算した定価表示です。消費税変更の場合、税率の差額分変更になります。

祝点

製薬企業とのかかわりを見直してみよう



宮田靖志 (北海道大学病院卒後臨床研修センター特任准教授)

降圧薬バルサルタンの臨床研究データの捏造が発覚し、日本の臨床研究の信頼性が大きく揺るがされかねない事態となっています。現在、データ捏造がどのように行われ、何がその原因になったのか調査されていますが、その原因のひとつに製薬会社から大学の研究者に提供される奨学寄付金という資金の問題が挙がっています。製薬会社から研究資金を受け取って研究すると、その製薬会社の開発した薬剤の有効性を強調するような結果を導いてしまうことが以前から指摘されており、研究者と製薬企業のかかわりについて透明性を確保することが重要とされています。このことを「利益相反の管理」と言います。

「利益相反の管理」は臨床研究者に限ったものではなく、一般臨床医、研修医、医学生にもかかわる大きな問題です。例えば、製薬会社からさまざまな利益供与を受けると、臨床医はその製薬会社の薬剤をより頻回に処方するようになってしまいます(PLoS Med. 2010 [PMID:20976098])。医学生は処方権がないので直接的には臨床上の問題は生じませんが、学生のうちから製薬企業からの利益供与を受けていると、そのような利益供与を受けて当然というふうに考えるようになり(これを「culture of entitlement 仮説」と呼びます)、臨床医になってからさらにそのような考えが深まり、ひいては製薬会社のバイアスのかかった情報に影響を受けて臨床行為を行ってしまう可能性があると言われています。

製薬企業からの利益供与を受けても

えども描出できないからです。一方、末梢性と診断したときにはほぼ帰宅させています。ただし、例外的に食事が全く摂れなくなってしまった高齢者などの場合には、帰宅後に脱水症状を起こしてもいけないので、入院の上、補液を行うこともあります。——若手医師や経験の少ない研修医が、苦手意識を持たずにめまい診療に臨む心構えをお話してください。城倉 問診ただけで様子を見るということはせず、自分で実際に診察をすることが大事です。腹痛を訴える患者さんにお腹の診察をしないということはありませんよ。なのに、めまいとなると、皆診察をしなさすぎる傾向にある。診察しようとする患者さんは吐いてしまうし、症状の説明もわかりにくい。だから診察を避けてしまうのです。でも、いくらしっかり話を聞いても、病歴だけではめまいの確定診断はできません。

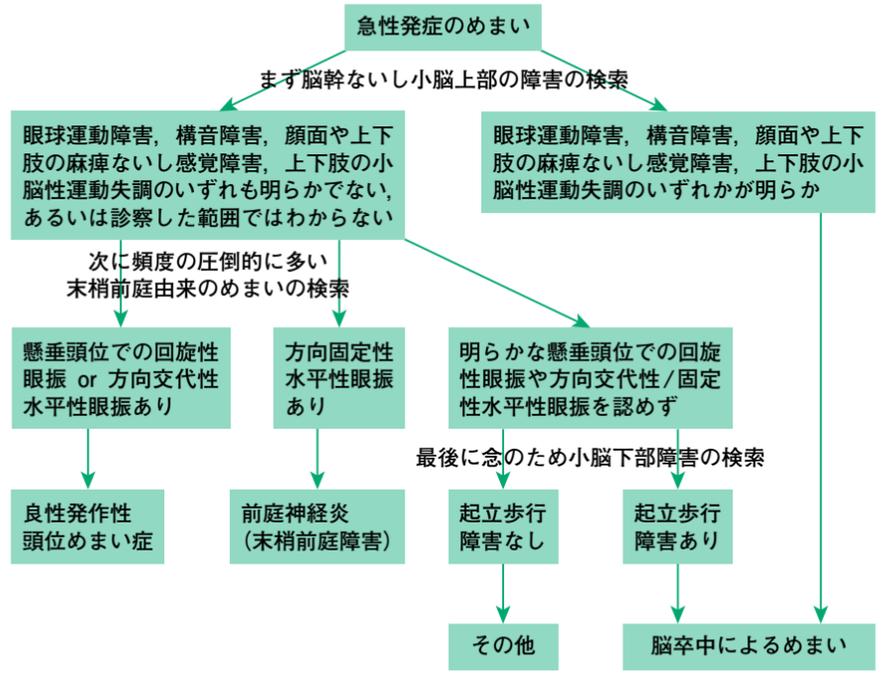
今回紹介したフローチャートは、何

自分は不当な影響は受けないと多くの医師は考えますが、自分以外の医師も不当な影響は受けないはずだと考える医師は少数です(週刊医学界新聞2885号「ともに考える医師と製薬会社の適切な関係 連載第2回」参照)。このように自分だけは大丈夫と皆が考えがちで、自分のバイアスには気づかない、自分の都合の良いように考える、という傾向があるので、「利益相反の管理」はしっかりと行っておかなければなりません。

私たちは2012年に全国の医学生5431人にアンケート調査(「医学生の製薬企業との接触行動に関する全国調査」)を実施しました。臨床実習前(前)と臨床実習後(後)に製薬企業から受けた主な利益供与の結果は次のとおりでした(数字は%)。文具[前36.8, 後98.2], 弁当[前21.2, 後95.1], 講演会後の懇親会[前13.0, 後59.7], 講演会参加のタクシーチケット[前8.5, 後57.6]。このような利益供与に何の問題があるのかと疑問に思うかもしれませんが、知らぬ間に製薬企業からの影響を受ける可能性が高いことは先に述べたとおりです。

まだ日常臨床の「利益相反の管理」については日本では議論が高まっていますが、今回のバルサルタン問題を契機に少しずつ議論がされるようになると思われます。皆さんも製薬企業との関係を一度考え直してみてもどうでしょうか?

●略歴/1988年自治医大卒。愛媛県にて地域医療に従事。札幌大、ハーバード大などを経て、2010年より現職。



●図 めまい診断フローチャート(『外来で目をまわさないめまい診療シンプルアプローチ』より)

(1面よりつづく)

ことになるのですね。

城倉 ええ、患者さんにさらに負担をかけて中枢性めまいを一生懸命探し続けるよりは、圧倒的に多い末梢性めまいから先に鑑別するほうがスマートです。

この段階で一番大切なのは、眼振をみようとすることです。患者さんに「フレンチの眼鏡」を装着し、眼振を認めれば、大抵の末梢性めまいは診断がつきます。末梢性のめまいに表れる眼振は、わかりやすいことが多いので、見逃すことはあまりありません。しかもみるべき眼振は、たった3種類しかありません。①右下ないし左下懸垂頭位にしたときの「回旋性眼振」、もしくは②右下頭位、次いで左下頭位にしたときに方向が逆転する「方向交代性眼振」、もしくは③右下頭位と左下頭位で方向が逆転しない「方向固定性水平性眼振」の3種類の眼振のどれかがみられれば、末梢性めまいの診断がつきます。

——もし、眼振もよくわからなかった場合はどうすればいいのですか。

城倉 明らかな眼振がない場合、あるいは眼振があるのかわからないか判定に迷う場合には、次に患者さんの起立障害や歩行障害などの体幹失調を調べます。これは、小脳下部障害のスクリーニングになっています。

ちょっと脇道にそれますが、専門家のなかには、体幹失調だけで中枢性めまいを鑑別することを強く推奨する方もいます。たしかに、「わかりにくい中枢性めまい」の代表格ともいえる小脳下部障害では、体幹失調が前景に出るため、起立・歩行障害を調べればすぐに鑑別はついてしまいます。ところが、障害の場所によっては、体幹失調だけでは中枢性めまいの判断ができないこともあるのです。

——どのような場所の障害でしょうか。

城倉 中脳や橋などの上部脳幹の障害だと、呂律が回らなかったり、眼球運

動障害があったり、麻痺や感覚障害が出ていても、しっかりと立ててしまう場合があります。脳幹の障害なので、めまい以外の神経症候が非常にわかりやすいかたちで出ているため、フローチャートに従えば真っ先に中枢性めまいと診断できるところなのですが、体幹失調だけから判断しようとすると、ややこしいことになってしまいます。

そこで私のフローチャートでは末梢性を除外してから体幹失調を調べることになっているのです。

投薬や検査の前にやるべきは問診、そして身体診察

——CTやMRIなど、画像検査をする判断のポイントはどこですか。

城倉 めまい以外の明らかな神経症候があれば、中枢性めまいを疑い、即画像検査を行うことになります。めまい以外の神経症候がない場合には、末梢性の眼振を探します。先に述べた3種類の末梢性の眼振のいずれかが明らかにみられれば、末梢性めまいの診断はほぼ確定しますので、通常画像検査は行いません。しかし、眼振があっても末梢性のようにみえても、高血圧や糖尿病、肥満、心房細動などの脳卒中のリスクを多く持っているような患者さんは、念のため起立や歩行の状態まで確認したほうが安全です。これは、極めてまれに小脳の障害で眼振が出現することがあるからです。

ただし、いくら眼振が出ていても、小脳(虫部)障害であれば体幹失調はありませんので、起立や歩行を確認すれば、眼振を伴う例外的な中枢性めまいも鑑別できます。起立や歩行がどうしてもできない場合には、中枢性めまいを疑って画像検査をすることになります。——入院の判断はどうすればいいのでしょうか。

城倉 中枢性めまいが疑われた場合には、画像検査で所見がなくても入院になります。超急性期の梗塞だと、CTはもちろんMRIの拡散強調画像とい

めまい診療が得意になる! 外来で困らない簡単・便利なアプローチ法を伝授

医学書院

外来で目をまわさないめまい診療シンプルアプローチ

城倉 健 国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院・神経内科部長/脳卒中センター長
ありふれた症候でありながら、苦手意識を持つ医師が多い「めまい」。本書は、脳卒中の専門家である著者が、危ないめまいを見逃さないためのフローチャートを用いた簡単・便利なアプローチ法を伝授。めまいの鑑別診断からその対応まで、やさしい語り口でコンサイスに解説。さらにQRコードによる動画配信で眼振や治療法の理解がもっと深まること間違いなし。研修医から内科医、開業医まで、これ1冊でもう対応に迷わない!

●B5 頁152 2013年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) ISBN978-4-260-01833-3

Table of contents for the book 'めまい診療シンプルアプローチ', listing chapters from '診察室ですぐに使えるめまい患者へのアプローチ法' to 'めまい診療の実際'.



寄稿

プロフェッショナリズム教育における評価ツールの活用 P-MEXを用いた経時的評価の方法について

高橋 理 聖路加国際病院一般内科/公益財団法人聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床疫学センター長



●高橋理氏
1996年鳥取大医学部卒。2005年ハーバード大公衆衛生大学院修士課程修了。06年京大大学院博士課程修了。08年オックスフォード大EBMセンターを経て09年より現職。

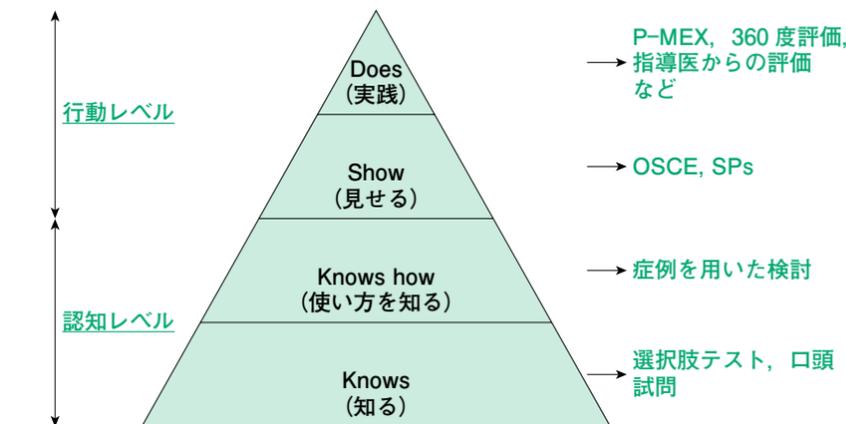
プロフェッショナリズム教育の必要性とその評価法

プロフェッショナリズムは医学教育の中で最も重要なトピックの一つである。米国の卒業後医学教育認可機関 Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) は医師の身に着けるべき6つの能力を提示し、その中の1つにプロフェッショナリズムを挙げている。日本においてもプロフェッショナリズム教育への関心が高まっており、卒前・卒後を通して教育が行われる必要がある。医師のプロフェッショナリズム教育は医師-患者関係のみならず、患者アウトカム改善、医療の質向上、患者安全推進の観点からも重要であり、いつどのように教育すべきかの方向性を決めることが喫緊の課題である。

そこで、プロフェッショナリズムを教育するためには、その定義と目的を明確にし、妥当性・信頼性の高い評価ツールを用いて継続的に測定し、その効果の確認が必要である。文献レビューによると、評価ツールはさまざまな国で開発され、利用目的によりいくつかのカテゴリーに分けられる。例えば、評価目的は認知レベルなのか、行動レベルかなどを明確にして利用すべきである(図)¹⁾。また、プロフェッショナリズムの多層構造(個人レベル、個人間レベル、組織レベル)や文化的背景が異なることを考慮して評価ツールを選択すべきである。そこで、本稿では、日本国内でも妥当性・信頼性が示された日本語版 Professionalism Mini-Evaluation Exercise(以下、P-MEX)の継続的活用方法やその注意点を述べる。

経時的に、チーム全員で360度評価を行う

P-MEXはカナダのMcGill大学でRichard Cruessらによって開発された医師のプロフェッショナリズム評価ツールである。「医師患者間関係能力」「省察能力」「時間管理能力」「医療者間関係能力」からなる4つの領域で評価される。カナダをはじめ数か国で妥当性、信頼性が証明され、わが国においても、Tsugawaら²⁾により、日本国内の7つの施設の前期研修医および専門研修医の評価において有用性が示されている。日本語版P-MEXは4領域23問からなり、各質問を5段階(0点:評価不能, 1点:不適切, 2点:期待以下, 3点:ほぼ期待通り, 4点:期



●図 ミラーのピラミッドモデル³⁾とプロフェッショナリズム評価ツール
P-MEX: Professionalism Mini-Evaluation Exercise
OSCE: Objective Structured Clinical Examination, 客観的臨床能力試験
SPs: Simulated Patients, 模擬患者

待を超えてとてもよい)で評価し平均を計算することでプロフェッショナリズムを評価することが可能である。

これまで、医師のプロフェッショナリズム教育のためには、経時的に評価し、フィードバックを行うべきであるとされてきたが、評価ツールを用いた継続的な測定による変化と、その有用性について検討された例はあまりない。そこでわれわれは、内科専門研修医の医師のプロフェッショナリズムの経時的変化をP-MEXを用いて測定し、その変化と変化に影響を与える因子を検討した。

研究デザインは、後ろ向きコホート研究。対象は、2009年より当院で2年以上研修した内科専門研修医。P-MEXの評価方法は、指導医・同僚・後輩医師・看護師から各2人以上が評価する360度評価を採用した。一般的に指導医からの評価は、過大または過小に評価され、バイアスがかかりやすいと言われている。指導医が研修医のすべての面を観察できるわけではないため、医療チームの全員が評価することが重要である。同僚は被評価者と同じ経験年数とし、後輩医師は1学年以上臨床経験の短い医師とした。P-MEX評価用紙よりデータを収集し、P-MEX得点を3年間フォローした経時的変化について線形混合モデル法を用いて分析した。評価者がスコアの経時的変化に影響を与えるかどうか併せて検討した。

P-MEX測定後フィードバックの重要性と注意点

対象は、22人(男性17人,女性5人)。P-MEXの初年度の総合計の平均は3.20点(SD:0.04点)と、“ほぼ期待通り”であった。4つの領域間で平均

の差は認めなかった。指導医が評価したP-MEXの平均点は3.26点(SD:0.04)、後輩医師3.19点(SD:0.04)、同僚3.11点(SD:0.04)、であるのに対して、看護師が評価した場合の平均点は3.09点(SD:0.04)とほかの評価者と比べやや低く評価する傾向が認められた。これは、以前の研究とほぼ同様であったが、今回の結果では統計学的有意差は認められなかった。

P-MEXスコアの全平均は経時的に統計学的変化を認めず“ほぼ期待通り”を維持していた($p=0.18$)。P-MEXの各領域でも、同様に経時的変化を認めなかった。しかし、各評価者別では経時的変化は異なり、上級医からの評価と下級医からの評価は統計学的有意差をもって上昇し(それぞれ、 $p=0.01$ と $p=0.02$)、同僚からの評価は有意な変化を認めず($p=0.09$)、看護師からの評価は唯一統計学的有意に下降傾向を示した($p=0.04$)。指導医からの評価で各領域別では、「医師患者間関係能力」「時間管理能力」「医療者間関係能力」は経時的に上昇したが、「省察能力」は変化が見られなかった。他方、看護師からの評価で各領域の特に「医師患者間関係能力」が3年間でもっとも下降傾向であった。これらの変化は、継続的に測定して初めて明らかになることであり、早期のフィードバック、介入の可能性がある。今後はどのようなフィードバックを行うべきか効果的フィードバックの標準化を検討する必要があるだろう。

P-MEXは妥当性・信頼性が証明された評価ツールだが、注意も必要である。評価者に関して、その選定法や信頼性を高める上での人数の確保が必要である。先行研究によると、信頼性を確保するには、指導医では8人以上、看護師は6人以上必要と報告されてい

る。常にこれだけの人数を選定するのは困難なことが多く、実際に本研究では2人で評価したため、結果が偏った可能性がある。また、フィードバック方法の標準化が必要であり、行われなかった場合、フィードバックの効果が一定しない場合がある。

フィードバックに関しては、人間性など内面的な性質ではなく行動パターンへの介入が推奨される。実際、人格や人間性を否定されたら、この評価自体に怒りを表す被評価者もいた。人間性への介入や人事評価などではなく、フィードバックによる内的な振り返り(省察)を目的にしていることを、評価者と被評価者双方が共有することが重要である。また、研修医の行動パターンは個人の内的な問題以上に、周りの組織(病院など)や環境からの影響力が強いことが報告されており、組織が定期的な勉強会・ワークショップなどを行い、プロフェッショナリズム教育へのカルチャーづくりが重要である。

プロフェッショナリズム教育発展のために

プロフェッショナリズム教育には一度だけの評価ではなく、経時的に達成度を測りながらフィードバックし、改善を目的にすることが必要である。そのためには妥当性・信頼性が十分証明された評価ツールを選択しなければ、教育どころか被評価者に間違ったフィードバックを与えてしまう可能性がある。また、評価者により評価が異なることが明らかとなり、360度評価を採用することが勧められ、早めの建設的介入・フィードバックが大切で、それを組織レベルで共有することが課題となろう。P-MEXは日本をはじめ多くの国で妥当性が証明された数少ない評価ツールであり、継続的に利用することで経験を蓄積し、わが国におけるプロフェッショナリズム教育が発展することを期待する。

●参考文献

- 1) Goldie J. Assessment of professionalism: a consolidation of current thinking. Med Teach. 2013; 35(2): e952-6.
- 2) Tsugawa Y, et al. Introducing the Professionalism Mini-Evaluation Exercise (P-MEX) in Japan: results from a multicenter, cross-sectional study. Acad Med. 2011; 86(8): 1026-31.
- 3) Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990; 65(9 Suppl): S63-7.

「見逃してはならない」疾患の除外ポイント

今年度も「JIM」編集室では、第一線で活躍中のジェネラリストをお招きし、「JIM」presents 公開収録シリーズ「ジェネラリスト道場」を開催します。今回はわが国のトップジェネラリストとして名高い徳田安春先生(筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター)と、優れた指導医で知られる萩原将太郎先生(国立国際医療研究センター血液内科)にご登壇いただきます。皆さま奮ってご参加ください。

日時: 2014年1月12日(日) 13:30~17:30 (懇親会含む)
会場: 医学書院(東京都文京区本郷)
講師: 徳田安春先生(筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター)
萩原将太郎先生(国立国際医療研究センター)
対象: 医学生・医師 定員: 50名
参加費: 4,000円(懇親会費は無料。Dr. 徳田プロデュース「オッカムTシャツ」付。)

セミナー趣旨: 見逃すと生命あるいは機能に予後不良な疾患は、鑑別診断リストにおいて重要な位置を占めている。さらには、病歴、身体所見、検査の各項目で見逃してはならない疾患(killer diagnosis)の除外ポイントをおさえておくことが必要となる。競馬でも、本命、対抗馬、に続いて「大穴」があるが、大穴疾患の「落とし穴」に落ちないように命綱を締めておきたいところである。本セミナーでは、症例検討を通してこのような命綱の使い方をマスターすることが目標である。

徳田先生の責任編集による「JIM」7月号特集「見逃してはならない」疾患の除外ポイント」を当日会場にて販売します!

参加申込方法 医学書院Webサイト内・セミナーページから申し込みください。先着順受付…定員に達し次第受付終了となります。

ホームページ <http://www.igaku-shoin.co.jp>

お問い合わせ 医学書院PR部 TEL 03-3817-5696

第4回 これからの高齢者外来マネジメント —救命救急から入院/在宅まで(仮)

日時: 2014年2月23日(日) 東北開催!
会場: 仙台(会場未定)
講師: 今 明秀先生、藤沼康樹先生、松村真司先生
参加費: 4,000円(懇親会費は無料。記念品付)
参加申込方法: 2014年1月上旬より申込受付開始予定

「JIM」誌を年間購読されている方は参加費無料です! 同時申し込みも可能です!

寄稿

臨床研修における外国人講師の招聘

研修医も指導医も、より多くの学びを得るためのノウハウとは

塩尻 俊明 国保旭中央病院院長補佐兼総合診療内科部長／教育研修部長・臨床教育センター長



●塩尻俊明氏
1989年奈良県立医大卒。
97年に国保旭中央病院に
入職。99年より内科医長、
2007年より総合診療内科
医長、教育研修部長、10
年より現職。「Very High
Readiness (高・高度待機状態)で研修医の
コンサルトを受け入れています」。研修等の問
い合わせはHP (http://www.resident.bz/), E-mail
(ikyoku@hospital.asahi.chiba.jp) まで。

国保旭中央病院では、2002年より初期臨床研修プログラムの一環として外国人講師の招聘を行っています。これは、当院に筆者が赴任した当時の教育研修部長・吉田象二先生(現在は事業管理者)による「初期臨床研修必修化に備え、当院の研修医に少しでも北米臨床医学の実力を経験させたい」という提案がきっかけでした。筆者自身も、学生時代に伺った舞鶴市民病院で出会ったG. C. Willis先生の高い臨床能力に衝撃を受けた経験から、当時同院にいらした松村理司先生(現・洛和会音羽病院総長)にアドバイスをいただきつつ、講師の招聘を開始しました。本稿では、これまでの経験を基に、外国人講師を招聘する意義とノウハウについてお伝えします。



●写真 肺気腫の患者の呼吸音の聴診を指導するDr. Jason Napolitano (UCLA・ホスピタリスト)

症症例をプレゼンテーションできますし、ホスピタリストも守備範囲が広いオールラウンダーですから、各専門科にまたがるような症例にも対応できます。初期研修医の教育において、日本の各専門医の教育的力量は、北米と比較しても十二分だと思います。したがって、初期研修医が北米臨床医学の実力をまさに体感できるのは、日本ではサブスペシャリティとしてまだまだ発展途上にある感染症専門医とホスピタリストが示してくれるgeneralityではないかと考えています。

米国式 attending round から研修医も指導医も学ぶ

外国人講師には、米国のレジデントが受けているようなattending round(指導医回診)をなるべく再現してもらうようお願いしています。研修医による症例のプレゼンテーション、外国人講師とのディスカッションに加え、患者の承諾を得た上で、可能な限りベッドサイドでの診察も行います(写真)。

決して英語が得意な研修医ばかりではありませんが、果敢に挑戦してもらっています。どうしても英語が苦手な場合は、指導医もしくは英語が堪能な研修医がスムーズにattending roundを進められるようサポートします。昼食をはさんで午前と午後それぞれ、2-4例の入院症例のプレゼンテーションを行います。しばしば1例1時間以上かけ、じっくりと検討します。

また、指導医もこのカンファレンスに参加することで、ティーチングスキルの

向上をはかります。

講師は、カンファレンスでは研修医に医学的知識を上から目線で授けるのではなく、研修医の発言を尊重します。たとえ多少間違っているとしても否定することは絶対になく、研修医自身が考えて結論にたどりつけるよう、なごやかな雰囲気の中で文献をしっかりと引用しながら進められていきます。「勉強になるけれど緊張する」ではなく「楽しく勉強になるカンファレンス」は、研修医の向上心を明らかに高めています。こうした教え方は外国人講師間で共通しており、ほとんど差がない点は驚きでした。

昨年招聘した講師の中で、特に印象的であったのはDr. Adrian R. Scottでした。専門は内分泌・代謝ですが、ベッドサイドでの理学所見を1時間程度かけて丁寧に、患者にも気遣いながら取ってくれました。私自身、理学所見の取り方を研修医と一緒にじっくり勉強させてもらうことができました。

また滞在期間中には一度、研修医とランチを共にしながらのNoon conferenceもお願いしています。ここ最近の外国人講師のレクチャーのテーマは「Abdominal Imaging Cases for the General Internist (総合診療医のための腹部画像症例)」、「Challenge in TB Diagnosis and Management (結核診断と管理への挑戦)」、「Doc I just fainted: How often is syncope life-threatening? (先生、気を失ってしまったよ)失神に生命を脅かす病気が潜んでいる?」などでした。

講師招聘のノウハウとは

プログラム開始に当たって、講師の招聘に関する手続きやスケジュール調整、来日中の講師対応を担う研修担当事務として採用したのが、海外でのビジネス経験があり、英語が堪能な高木貴代氏です。最初は数人の個人的な知人のついで候補者を選んでいましたが、その後は来院した講師に適任者を推薦していただく、いわゆる数珠つなぎ方式で人脈を広げています。

最近ではなるべく、所属施設でTeaching Award(優れた臨床医学の教育者としての表彰)を受けている方を招聘しています。さらに高木氏がロサンゼルスとボルチモアに年数回直接出向き、現地で候補者にインタビューして当院でのニーズや業務内容を説明し、十分に理解を得られた後、来日していただくようにしています。Teaching Award受賞歴などを重視し、直接

インタビューをすることで、最近では教育者としても優れた外国人講師を安定して招聘できるようになりました。

また、研修医から高い評価を得た外国人講師には、当院から再度オファーを出すようにしています。日本という異国で臨床教育にかかわれるという経験と、高木氏による日常のケア、当院滞在後の観光・宿泊の手配の補助、日々の食事の世話などきめ細やかなホスピタリティを感じられることから、講師からの再訪の希望も少なくありません。

現在のところ、おおよそ月1人を招聘し、5日から7日、当院に滞在していただくかたちをとっています。短期間ではありますが、「一人の外国人講師が長く滞在するより、毎月違う講師に教えてもらったほうが勉強になる(いいとこどりができる)」という意見もあり、研修医も集中して学べ、講師の方々も休みを利用して容易に来日が可能な期間だと考えています。

謝礼については、月曜から金曜日までの5 working daysで2000ドル、月曜から翌週の火曜日まで(週末は休み)の7 working daysで3000ドルに設定しています。謝礼以外の主な経費としては、往復のエコノミークラスの航空券代と滞在中数回催す研修医との懇親会費を負担します。当院では敷地内の医師マンションの一室を外国人講師専用で用意しているため、ホテルなどの宿泊費は幸い負担なく済んでいます。

*

外国人講師招聘の効果として、研修医からは、「英語でのプレゼンテーションは大変だったが、自分の普段やっていることが正しいかを検証できる」「症例へのアプローチ等がどう異なるかを知り、医学知識をアップデートできる」「新しい風を取り入れ、いつもと違った視点から考える機会が得られる」「皆教え上手で、本当の教育者」といった声を多数聞くことができました。さらに私たち指導医もティーチングスキルを学び、医学的知識をブラッシュアップでき、自身の研修医教育に活かしていることが最大の収穫になっています。

都心から離れた地域の病院で、北米臨床医学に定期的に、かつ間近で触れられることは、初期研修医にとっても指導医にとっても刺激的です。今後は、初期研修医の主戦場の一つである救急医療の専門家を招聘し、米国と当院の救急医療を比較することで、初期研修の質を高めていきたいと考えています。

●表 2012年以降招聘した外国人講師

時期	講師	所属	専門領域
2013年9月	Dr. Edward Ha	UCLA	ホスピタリスト
8月	Dr. Kristine E. Johnson	JHU	感染症
7月	Dr. Pranita D. Tamma	JHU	感染症
5月	Dr. Maunank R. Shah	JHU	感染症
3月	Dr. Michael T. Melia	JHU	感染症
2月	Dr. Shaker M. Eid	JHU	ホスピタリスト
2012年11月	Dr. Geetika Sood	JHU	感染症
9月	Dr. Neveen S. El-Farra	UCLA	ホスピタリスト
9月	Dr. Adrian R. Scott	Northern General Hospital	内分泌・代謝
8月	Dr. Kristine E. Johnson	JHU	感染症
7月	Dr. David Schlossberg	Temple University	感染症
6月	Dr. Michael Lazarus	UCLA	ホスピタリスト
3月	Dr. Cyrus K. Mody	Cedars-Sinai Medical Center	神経内科
3月	Dr. Freny V. Mody	UCLA	循環器
3月	Dr. Michael Pfeffer	UCLA	ホスピタリスト
2月	Dr. Haruka M. Torok	JHU	ホスピタリスト

認知症の臨床知についてガイドラインを踏まえてまとめた決定版!

認知症ハンドブック

今やその患者数が国内で300万人を超える認知症。その診療の現場で必要となる情報を網羅した実践書が遂に完成。診断や薬物療法・非薬物療法、リハビリやケアなど、臨床家が知っておきたい知識を「認知症疾患治療ガイドライン」の内容に沿って解説。また基礎研究に関する情報もポイントを整理してコンパクトに紹介しており、まさに「臨床のエンサイクロペディア」と呼ぶにふさわしい冊。

編集 中島健二
鳥取大学教授・脳神経内科学
天野直二
信州大学教授・精神医学
下濱 俊
札幌医科大学教授・神経内科学
富本秀和
三重大学大学院教授・神経病態内科学
三村 将
慶應義塾大学教授・精神神経科学



病歴聴取から視診・触診・聴診まで。ティアニー氏直伝!

ティアニー先生の心臓の診察 [CD-ROM付]

「診断の神様」として知られるティアニー氏は、身体診察の達人でもある。なかでも「心臓の診察」には定評があり、講演のリクエストも多い。本書はティアニー氏による「心臓の診察」の講演を、青木眞、松村正巳両氏の通訳・解説のもとにまとめ直し、「心疾患の問診」「心臓の視診・触診」などの重要項目を追加して単行本化。講演を収録した付録CD-ROMでは、ティアニー氏の心音の「口まね」により聴診のコツを明快に理解できる。

ローレンス・ティアニー
カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科学教授
松村正巳
自治医科大学地域医療センター総合診療部門教授
青木 眞
感染症コンサルタン



寄稿 “国際基準”の医師に必要な言語技術を(後編)

世界の医療現場で求められる言語技術スキル

三森 ゆりか つくば言語技術教育研究所 所長

前編では、世界医学教育連盟(World Federation for Medical Education)が「国際基準の医学教育」において、「コミュニケーション」と「分析および批判的思考」の重視を提言するとき、当然のこととして想定されている「言語技術」の概要を示した。

後編では、学校教育の中で言語技術を学習していない日本の医学生が、最低限身につけるべきスキルを具体的に紹介する。日本人が言葉を道具として使いながら、国内に限らず、世界の現場で医療行為をするためには、「分析的・批判的思考」「物語」「説明」を身につけておく必要があるだろう。

分析的・批判的思考を養う「絵の分析」

観察力と分析力・批判的思考力の訓練に有効なのが、「絵の分析」と「テキストの分析」である。紙面の都合上、本稿では「絵の分析」のみ紹介する。

「絵の分析」とは、対象とする絵画やイラストが「なぜそのように見えるのか」について、絵に描かれた事実(データ)からその根拠を分析し、提示する訓練である。詳細な観察力と描かれた個々の事柄の因果関係を深く考察する力を養うのに有効である。「絵の分析」では基本的には次の観点から考察する(なお、内容や意味が含まれる絵画やイラストのタイトルを参加者に知らせるのは分析終了後である)。

- ①設定……場所、季節、天気、時間、時代背景等
- ②人物……性別、年齢、所属、職業、階級、性格、感情、その他人物にかかわること等
- ③状況……絵の中の状況(登場人物が何

●絵画を用いた「絵の分析」例

【設定(場所)】

意見：都会にある建物の屋根裏部屋

理由：窓外の風景の下部に建物の屋根が広がっている(その上方は空しか見えない)／窓の両脇が斜めに前にせり出している(屋根の形状と一致)

【人物】

意見：①20歳前後、②男、③十分な収入がない

理由：①骨格が細い・顔にしわがない・ひげや胸毛がない、②胸が平ら・腰が細い等の体型、③屋根裏部屋に居住

【状況】

意見：①死んでいる、②自殺している

理由：①ベッドに横たわっている／頭がベッドからずり落ちたまま止まっている／右肩がねじれている／顔が青ざめている／目がかすかに開いている／ろうそくの火が少し前に消えたところ(煙が立ち上っている)⇒命の火が消える(暗示)／窓辺の花が散っている(暗示)／床の上でグラスが砕けて散乱している(暗示)、②右手の先の床の上に小さな瓶(おそらく毒の入っていた瓶)／胸の上に左手で掻きむしったような青いあざ⇒自殺の原因は床の上にちぎられ、散乱している紙にかかわることか

※なお、この絵画は実在のモデルが存在するため、ある程度の答えを確認できる



●Henry Wallis, 『The Death of Chatterton』. 1856, The Yale Center for British Arts.

項目	内容
冒頭	状況設定：患者のこれまでの状況等を提示
発端	事件の開始：病気の出現
山場・展開部	展開：病気の進行の可能性を提示(一般の昔話等では事件が3回起こることが多いので、これを利用し、3段階で病状の進展具合を提示するとわかりやすい)
クライマックス	転換点：病状を放置するとどのようになるかを提示
結末	事件の終わり：病状の最終段階

●図 物語の構造

を考え、どんな行動をしているか等)④その他……象徴性のあるもの、音・香り・色の意味、作者の背景等

ヘンリー・ウォリス(Henry Wallis)の作品「チャタートンの死(The Death of Chatterton)」を用いて、どのようなことを分析し、提示することができるかを下記に例示した。この訓練では、絵画に示された事実を証拠に、参加者は自らの解釈を論証することが求められる。このような絵の分析は、患者の態度や表情、患部の観察・分析力の向上に直結する。また、対象を分析的に見る能力を一度獲得すると、事柄の因果関係や背景についての考察も可能となり、結果的に分析的・批判的思考能力の向上へとつながるのである。

医学教育の分野においては、イェール大医学部名誉教授プレーヴァーマン(Irwin Braverman)博士が、医学部1

年生の必修科目「Observational Skills」¹⁾の中で、医学生の観察力の向上を目的に絵の分析を取り入れている。筆者の指導する「絵の分析」と、博士の「Observational Skills」における絵の観察の実施方法が非常に似通っていることから、10年ほど前から筆者と情報交換を行っている。

「物語の構造」を踏まえた説明

思考した内容を提示するための方法をブラッシュアップすることも不可欠である。言語技術を指導する国々では、「物語」は、子供が楽しむものとしてあるだけでなく、人の心に寄り添って話す際に重要なスキルの養成にもつながると考えられており、実際に高校卒業まで「物語」訓練が実施されている。

この物語る能力は、病状をめぐる、人の精神の在り方にも影響を与えかねない立場にある医師には特に不可欠と言えるだろう。例えば、重大な病気を抱え、その先行きに不安を抱えている患者に対し、問答形式で結論と理由だけを手短かに提示するのは問題である。あまりにも率直な言い方となり、患者の精神的打撃が大きなものにもなりかねないからだ。

そこで有効なのが「物語の構造(Story structure)」(図)である。この構造を踏まえた上で病気の進展を提示すると、患者は自らの置かれている状況を理解しやすい。というのも、「物語」は幼いころから親しくなじんだ形式であり、その形式で話されるとつい傾聴したくなるからである。したがって、物語の構造を利用して病状を示した後、治療方法の選択肢を示すと、患者にとっては受け入れやすく、また選択し

やすくなる。当然、この物語の構造は患者に対する病状説明ばかりでなく、さまざまなプレゼンテーションにも活用できる。親しんだ語りの形式は聞き手を惹きつけるのである²⁾。

情報提示の順序を意識する

一方で、端的に重要な情報を提示するには、その提示順序の知識が重要になる。説明の方法は、大きく下記の2種類に分けられる。

●時系列(Chronological order)

- ・情報を時間の順序で配列して示す
- ・古いものから新しいものに向かって示すのが一般的

●空間配列(Spatial order)

- ・空間的にとらえた情報を論理的に配列する
- ・大きい情報から小さい情報に向かって、入れ子状(inductive)に提示する

後者の「空間配列」に基づいた説明方法は、言語技術教育の実施国では小学校4—6年生あたりで徹底的に指導されるのが一般的であるのに対し、日本では指導されない。しかし、空間配列に基づかない説明は、言語技術教育の実施国においては「説明」として受け入れられないことすらあり、日本人の説明が「わかりにくい」と指摘される原因も、実はこの空間配列の知識の欠如にあることが多い。

ここではフランス国旗を例に、空間配列に則った説明の方法を解説する。国旗の概念は知っているが、それがどのような形状・デザインであるかを知らない相手に対して情報を提示する場合、相手が国旗を頭の中でイメージできるように説明するには「大きな情報から小さな情報」に向かって情報を配列するとよい。つまり、フランス国旗の①形、②模様、③色、④色の意味の順序に提示するのである。全体の前提となる情報である形(縦2横3の比率の横長の長方形)をまず示し、その中でその中に収まっている模様(3等分の縦じま)に言及し、さらにそれらの色(左から、青、白、赤)と、それぞれの意味を説明する。このように大きいものから小さいものに向かって、論理的に情報を配列することで、説明は極めてわかりやすいものになる。

*

これから医学を学び、国内外で医師として働こうとしている医学生・若手医師にとっては、世界の多くの国で学習されている「言語技術」の獲得は必要にして不可欠である。紙面の都合上、十分な解説ができなかった部分については、拙著『大学生・社会人のための言語技術トレーニング』(大修館書店)を参照いただければ幸いである。

●参考文献・URL

- 1) Observational Skills <http://medicine.yale.edu/dermatology/education/braverman/index.aspx>
- 2) バーバラ・ミント. 考える技術・書く技術. ダイヤモンド社; 1999.

すべての医療職に向けた老年医学の実践書

臨床老年医学入門 第2版

すべてのヘルスケア・プロフェッショナルのために

すべての医療職に向けた老年医学の実践書として好評を博した初版の全面改訂版。現在の老年医学研究の到達点とその臨床応用を平易に解説。医療経済的にも多大な影響を与えるFrailty(脆弱高齢者)をどうケアするかを中心に、集積されたevidence basedのデータを踏まえ、成功加齢への途を探る。第2版では認知症に関する記載を全面改訂している。

監修 日野原重明
(財)ライフ・プランニング・センター 理事長
聖路加国際病院名誉院長・理事長

著 道場信孝
(財)ライフ・プランニング・センター 研究教育最高顧問



術後の呼吸・循環機能を最大限いかし、早期の身体回復を促す!

早期離床ガイドブック 安心・安全・効果的なケアをめざして

術後患者に対して、早期離床に取り組むための頼れるガイドブック。術後の呼吸・循環機能を最大限いかし、術後合併症を予防しつつ、早期の身体回復を促すためのノウハウが満載。患者の身体・心理状態を時間軸で捉えながら、安心・安全・効率的な介入法を提示。ICUだけでなく、一般病棟でも活用できる。

編著 宇都宮明美
聖路加看護大学准教授・成人看護学



Medical Library

書評新刊案内

解剖実習カラーテキスト

坂井 建雄 ● 著

B5・頁384
定価6,720円(本体6,400円+税5%) 医学書院
ISBN978-4-260-01702-2

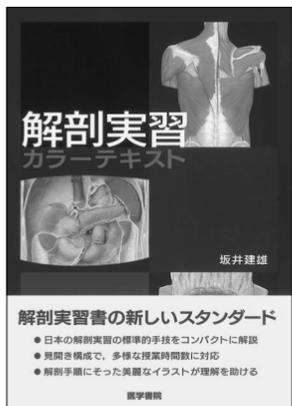
山形大学の学生時代に、浦良治先生の『人体解剖学実習』を用いて勉強させていただいたことを、今も鮮明に覚えている。ラテン語の世界に触れた最初の感動があった。長崎大学に奉職した折には、浦先生の実習書を使った。その後、札幌医科大学では、大学独自の実習書で指導に当たった。1998年に琉球大学に赴任してからは、定番である寺田春水先生・藤田恒夫先生の『解剖実習の手びき』を用いてきた。それぞれに素晴らしい実習書であった。最近では、2013年に、『Gray's Clinical Photographic Dissector of the Human Body』が出版されたので、これも取り寄せてみた。

しかしこれらの実習書を使う医学生から、「楔形に切り取る」の「楔形」がわからない、「あばたに」の「あばた」がわからないといった声を聞くことが多くなった。他の大学医学部の教授に聞いても、同じような状況で、いろいろ模索しておられるようだ。

このたび、2013年3月に坂井建雄先生の『解剖実習カラーテキスト』が出版された。そこで、琉球大学では、この実習書を採用することにした。実は、2012年の春に、坂井建雄先生から実習書の出版計画をお聞きし、草稿の資料をいただき、4年生の臨床解剖実習で使ってみた。私もほぼ1か月毎日参加した。

まず、実習内容が図とともに、見開

実習内容が单元ごとにまとまったわかりやすい実習書



き2ページにまとめてあり、とてもわかりやすい。解剖の手順が、箇条書きで述べてある点も素晴らしい。

本書に示されている実習の手順を少し紹介する。背部等の筋の解剖は、学生にはわかりにくいところである。本書では、筋を起始か停止、もしくはその両方で切断するが、支配神経は残す方法が採られている。これは、肉眼解剖学の基本であり、学生にもわかりやすい。骨盤部の解剖、特に会陰部の解剖手技は簡潔明瞭である。さらに、中耳の解剖は、いつも至難の業であるが、内頭蓋底から入る方法はかなり良いのではないと思われる。頭部と体幹との切り離しも困難を極めるが、後頭骨を広く開放することにより解決している。これで、迷走神経、交感神経幹、さらには舌咽神経が保存できる。まだまだ良い点はいくつもあるが、紙面の都合上省略する。4年生の評判も上々であった。

実際に本書を見てみると、“Lecture”と“Clinical View”がほぼ毎節について、学生の理解を深めると思われる。実習内容が单元ごとにコンパクトにまとめられているため、各大学の実際に合わせた使い方もできるものと思う。この秋からの解剖実習が楽しみである。以上、実際に『解剖実習カラーテキスト』を用いて、解剖実習を行った者として、この実習書を強くお勧めしたい。

評者 石田 肇
琉球大学大学院教授・人体解剖学

脳卒中機能評価・予後予測マニュアル

道免 和久 ● 編

B5・頁288
定価4,725円(本体4,500円+税5%) 医学書院
ISBN978-4-260-01759-6

評者 市橋 則明
京大大学院教授・理学療法学

理学療法や作業療法では、「評価に始まり評価に終わる」とよく耳にする。この評価結果を数値化し、蓄積できていないことが、科学的データに基づくエビデンスを示しにくくしている大きな原因である。医学界で

ゴール設定の正しさを吟味するための導入書

過去のカルテの血液データや画像データなどを後方視的に分析し、ある治療効果の有無や予後を検討しているような研究も多いが、理学療法や作業療法分野ではほとんどない。エビデンスの確立や正確な予後予測のためには、国際的に共有できる、信頼性や妥当性の高い機能評価を日々の臨床の中で行っていくことが不可欠である。

理学療法や作業療法評価におけるゴール設定の重要性は誰もが認めるところであるが、理学療法士や作業療法士は何を根拠にゴール設定をしているのだろうか？自分が評価した結果から患者のゴールを導き出すためには、必ず予後予測を行う必要があるが、多くの場合は過去の経験からのみゴールを設定し、そのゴールが正しかったかどうか(治療が正しかったかどうか)の吟味さえされない。これでは理学療法や作業療法の発展など考えられない。

上記の問題を解決してくれる良書として、道免和久教授編集の『脳卒中機能評価・予後予測マニュアル』が発刊された。本書の第I部では、「予後予測のための脳卒中機能評価」としてADL評価、総合評価、高次脳機能の評価、感覚・運動・反射の評価、上肢機能の評価、下肢・体幹・歩行の評価

等が詳細に解説されている。第II部では、「脳卒中機能予後予測」として、従来の予後予測法、合併症の予後予測、最新の予後予測法、FIMを用いた予後予測法などが紹介されている。さらに、第III部において予後予測の実践事例が7例紹介されている。まず、この実践事例から読み始めると予後予測を具体的に理解しやすいかもしれない。この第III部では、急性期の運動麻痺が重度な脳卒中例の上肢機能の予後予測や、脳出血や脳梗塞例の歩行とADLの予後予測が症例情報とともに具体的に記載されていて、非常にわかりやすい。最後に第IV部としてMotor Activity Log (MAL) とWolf Motor Function Test (WMFT) の評価マニュアルも記載されている。

マニュアルという名の通り本書を手引き書としながら、予後予測法を実践できるようになっている。ただし編者は、本書の最終的な目的は「よく当たる予後予測法」をマスターすることではないと述べている。予後予測することで、予後予測が外れた理由をあらゆる角度から深く考察することのほうが、予後予測が的中することよりも重要であると指摘している。

本書は、兵庫医科大学リハビリテーション医学教室が主催する「脳卒中機能評価・予後予測セミナー」のテキストの内容をもとに編集・執筆されたことである。本書を手引き書に臨床での評価に活用し、さらに深い知識を得たい場合には、セミナーへの参加をお勧めする。

ネルソン小児感染症治療ガイド 原書第19版

齋藤 昭彦 ● 監訳
新潟大学小児科学教室 ● 翻訳

B6変・頁296
定価3,570円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01808-1

評者 岩田 敏
慶大教授・感染症学

“The Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy”は1975年に初版が発行された米国の小児抗微生物薬療法に関するポケットマニュアルである。1976年に小児科医となった私も、当時国内では小児感染症治療に関してコンパクトにまとめられたハンドブックがなかったことから、この本を愛用してきた。その後約2年ごとに改訂が繰り返され、今回翻訳された第19版からは本の名称も“Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy”と変更されて、内容もさらにブラッシュアップされたものとなっている。本書の監訳は新潟大学の齋藤昭彦教授が担当さ

小児患者の日常診療にすぐ役立つポケットマニュアル

れ、新潟大学小児科学教室の若い力を結集して翻訳されたのであるが、原書の著者のお一人であるDr. John S. Bradleyは、齋藤教授のカリフォルニア大学サンディエゴ校、サンディエゴ小児病院時代の師でもあり、そういった意味で、本書の日本語版作成にはまさに最適な人材が選ばれたのではないかと考えている。

感染症治療の主軸となるのは抗微生物薬であるが、小児感染症においては、感染症の病態、診断のための手段、抗微生物薬の体内動態・有効性・安全性といった点で、小児の特殊性を考慮する必要があるため、成人とはまた異

日本型ホスピタリストを今、ここから発信

ホスピタリスト

Hospitalist

特集 感染症

Vol.1-No.2発売

目次

- 1 入院患者での発熱ワークアップ
- 2 入院患者の不明熱
- 3 細菌検査の基礎
- 4 抗菌薬の基礎
- 5 抗菌薬が効かないときのトラブルシューティング
- 6 治療期間の設定、ivからpoへのスイッチについてのエビデンス
- 7 ホスピタリストと抗菌薬スチュワードシップ、感染症教育について
- 8 医療関連感染症(HAI)予防
- 9 MDROの診断と治療
- 10 フォーカス不明の菌血症・敗血症
- 11 肺炎
- 12 尿路感染症
- 13 CDAD
- 14 感染性心内膜炎
- 15 中枢神経感染症
- 16 軟部組織感染症

編集委員

平岡栄治
八重樫牧人
清田雅智
石山貴章
筒泉貴彦
石丸直人
徳田安春
藤谷茂樹

特集

2013年
Vol.1-No.1 ホスピタリスト宣言
Vol.1-No.2 感染症

2014年(予定)
Vol.2-No.1 腎疾患
Vol.2-No.2 膠原病
Vol.2-No.3 消化器疾患
Vol.2-No.4 テーマ未定

● 季刊/年4回発行
● A4変 200頁
● 年間購読料 18,876円(本体17,600円+税)
※毎月お手元へ直送します。(送料別)
※1部ずつお買い求めいただくの比べ、約4%の割引となります。
※2014年3月31日までにお申し込みの定価

● 1部定価 4,830円(本体4,600円+税)

Hospitalist 0号を贈呈(無料)

2014年間購読申込受付中!

113-0033 TEL 03-5804-6051 http://www.medsi.co.jp
東京都文京区本郷 1-28-36 FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsi.co.jp

80歳の父母にベストな医療を提供する自信はありますか?

病棟レジデント、病棟医のための
高齢患者診療マニュアル

▶ 各科病棟の高齢患者は病態が複雑であるだけでなく様々なことが起こる。本書はレジデントや病棟医が悩むケースにおける、診断と治療方針決定のための総合医的かつ専門的なスキルを指南。各章とも症例への対応を軸に、チェックポイント/症例/(高齢患者で)知っておくべきこと/症例の経過/転帰/症例から学ぶこと、などの項目に分けてわかりやすく解説。レジデントや病棟医のみならず外来担当医やナースにとっても、身につけたい診療センスが満載。

編集: 下門顯太郎
東京医科大学大学院医学総合研究科
血液制御内科/老年病内科教授

定価4,725円(本体4,500円+税5%)
A5変 頁276 図54・写真23 2013年
ISBN978-4-89592-755-0

TEL (03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp
FAX (03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

《標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野》 生理学 第4版

奈良 勲, 鎌倉 矩子 ● シリーズ監修
岡田 隆夫, 長岡 正範 ● 執筆

B5・頁248
定価4,620円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01652-0

評者 松波 謙一
東京YMCA医療福祉専門学校・生理学

生理学は、理学療法士(PT)・作業療法士(OT)にとって、解剖学とともに基礎医学の基幹となる科目である。しかし、高校を卒業したばかりのPT・OTの1年生にとっては、大変難しい科目となる。特に生理学は、解剖学と違って数式などがあるので、とりわけその感が強くなる。そのため、毎年、学期初めになると、1年生から「生理学の授業は難しくてわからない」と言われ続けてきた。

教員にも学生にも使いやすく わかりやすいテキスト



私は、岐阜大学医学部に在職中から13年間、近くの専門学校でPT・OT(および視能訓練士)の学生に対して、生理学の講義と実習を担当した。同じく名古屋大学でも、PTの学生に対して神経心理学を担当し、前頭前野の講義を受け持った。定年後は中部学院大学リハビリテーション学部の学部長を務める傍ら、理学療法学科の学生に生理学の講義と実習を教えた。そうしたなかで、それぞれレベルの異なる学生のためにどんな教科書を使ったらいいか、その都度、頭を悩ましてきた。

PT・OTの学生には、医学部で使う重厚長大な教科書はそぐわない。それでも最初は、真島英信先生の『生理学 第18版』(文光堂;これは文句なく名著であり、私の座右の書でもある)を使った。学生はきつかったと思う。私自身、これをきちんと消化すべく講義をするのはきつかった。時間も足りなかった。そのため、「君たちの顔は見えないよ、ゴメンネ!」と言いながら、学生には背を向けたまま、猛スピードで黒板に文と絵を描きまくってい

た。パワーポイントがない時代の話である。真島先生が亡くなると、大地陸先生が『生理学テキスト』を出版された(文光堂、現在は第7版)。

これは図も文もはるかにわかりやすく、私は大変助かった。しかし、対象はあくまで医学部の学生であり、PT・OTの学生に教えるにはやはり無理があった。特に国家試験のことを考えると頭が痛かった。良いPT・OT向けの教科書が欲しかった。

このたび、医学書院から岡田隆夫・長岡正範 両先生が執筆された『標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野』生理学 第4版が刊行された。

図はオールカラーになり、美しく非常にわかりやすくなった。文章も読みやすい。さらに章立てが、ほぼ私が授業で進める順序に変更されているので、私にとっては大変使いやすいテキストになっている。学生にも使いやすいと思っている。また各章ごとに「理学・作業療法との関連事項」および「復習のポイント」があり、その章で学んだ生理学の知識を整理するとともに、臨床でどのように役立つかが示唆されていて、生理学の重要性がわかるように配慮されている。

生理学、中でも神経系、運動・感覚系、心肺機能の知識は、臨床に進むととても重要になる。だからこそ、私は時間をかけて丁寧に教えてきた。本書ではこうした内容がしっかり記載されており、授業にも使いやすい。理学療法学科・作業療法学科でPT・OTの学生に生理学を教えている教員の先生方には、本書を強く推薦したい。

なつた考え方で、感染症の診療に当てる必要がある。また使用できる抗微生物薬の種類や用法・用量も成人と小児では異なっているので、この点についても注意が必要である。本書は、小児抗微生物薬療法のエキスパートによる実践的でエビデンスに基づいた情報を、コンパクトに収録したマニュアルで、小児の抗微生物薬療法に関する最新の情報が含まれており、日常診療にすぐに役立つ内容となっている。原書が米国のマニュアルであるため、本書の中には、一部国内では未承認の薬剤や用法・用量が記載されている場合がある。この点は意識していただきたいと思うが、齋藤教授のアイデアで、国

内未承認の薬剤や用法・用量については、それがわかるような注意喚起がなされているので、その部分も楽しみながら利用していただければ問題はないと考える。

原書にはデジタル版もあり、既に利用されている方も居られると思うが、日本語で読むことが可能で、白衣のポケットに携行できる本書は、わが国の小児科臨床医にとってはやはり待望の書であるということが出来る。ぜひ日常の小児診療の中で利用していただきたいと考えている。そして、ほぼ2年ごとに改訂される原書に合わせて、日本語版のほうも定期的に改訂されることを期待したい。

脳血管障害と神経心理学 第2版

平山 恵造, 田川 皓一 ● 編

B5・頁560
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01230-0

評者 栗山 勝
脳神経センター大田記念病院院長/福井大名教授

この度、医学書院から『脳血管障害と神経心理学 第2版』が出版された。今回18年ぶりの改訂である。実は初版の表題は『脳卒中と神経心理学』であり、今回の版では脳卒中から脳血管障害に変更された。初版の序にも触れてあるごとく「脳卒中とは、意識と運動・知覚機能が卒然と喪失し、ある期間持続する状態を指すものである。したがって急激な脳血管障害にみられる症候であるが、ときとして脳血管障害を代表する言葉として用いられる。本義の脳卒中のみを指したのではない」。よって、今回改訂にあたって本来の脳血管障害に変更したと思われる。

いろいろな角度と断面から 脳血管障害に伴う 神経生理学的症状を解説



神経心理学とは、脳を中心とする中枢神経系と、言語や認知などの精神機能との関係を研究する学問である。特に脳の損傷が、行動および精神へ影響を及ぼす研究が中心となるが、その損傷の代表が脳血管障害であり、一般臨床で経験するのは脳血管障害に付随する病態が大多数である。歴史的にはPierre-Paul Broca(1824—1880年)が、言葉の出ない失語症患者を受け持ち、剖検によって左第3前頭回の脚部に病変があることを報告し、現在ブローカ失語と呼ばれるようになった運動性失語を発見したことが、神経心理学の嚆矢とされている。神経生理学は失語症研究と大脳局在論の提唱から始まったといえる。150年前のことである。そのころは、Brocaのように外科医として脳の病変を直接に観察したり、病変部位を外科的に取り除いた後の影響を検討したり、あるいは死後に剖検として脳の病変を確認しながらの研究であった。しかし、1970年代から状況は一変した。神経放射線技術の進歩により、脳CTスキャン、MRI、PET、SPECTなどが次々に開発され、臨床の場に登場し、脳の形態の

みならず血流状態や代謝の状態などが詳細に確認できるようになり、神経生理学の領域の臨床も研究も飛躍的に進歩した。

本書の特徴は、総論といえる第1章「脳血管障害における神経心理学」と第2章「病因からみた神経心理学」に続いて、第3章以後は、各症候と責任病巣との関係、病変部位の特徴、血管別の特徴と、いろいろな角度と断面から脳血管障害に伴う神経生理学的症状の解説がなされている。本書は脳血管障害に伴う病態が主であるが、最近非常に注目されている変性疾患、認知症などに付随する大脳高次機能障害に対する神経生理学のアプローチにも非常に参考になる内容が盛り込まれている。また「話題」として、興味ある臨床的項目も取り上げられている。最終章では治療と対策として、かなりの紙面を割いてリハビリテーションについても記載されている。

神経生理学を取り扱う領域は、神経内科、脳神経外科のみならず精神医学、リハビリテーション科、耳鼻咽喉科、小児科など多くが関与する。また医師が関与する医学領域のみならず、ST・OT・PTなどのコメディカルに加え、心理学や言語学、認知科学にまたがる広い領域にも関連する。本書は神経生理学にかかわるあらゆる領域の職種の方にも、参考になる一冊として推薦する。

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

**集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する
クォーターリー・マガジン**

INTENSIVIST
インテンシヴィスト

2013年 第4号発売
特集 急性呼吸不全

●季刊/年4回発行 ●A4変 200頁
●1部定価4,830円(本体4,600円+税5%)
●年間購読料18,876円(本体17,600円+税1,276円)
※年間購読は送料無料で、約4%の割引
※2014年3月までの価格

編集委員
舘井将満 自治医科大学附属さいたま医療センター集中治療部
内野滋彦 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部
林 淑朗 救急会館田代総合病院集中治療科 / The University of Queensland, UQ Centre for Clinical Research

真弓俊彦 産業医科大学救急医学講座
武居哲洋 横浜市立みなと赤十字病院 救命救急センター
藤谷茂樹 東京ベイ・浦安市川医療センター / マリアンナ医科大学救急医学
JSEPTIC(日本集中治療教育研究会)

目次

第1章 呼吸器疾患総論
1. ベッドサイドで使える低酸素血症の呼吸器生理生理学:
呼吸不全診療で着目すべきポイント
2. 急性呼吸不全の疫学: ICUで遭遇しやすい原因疾患に焦点をあてて
3. 急性呼吸不全の画像診断: どのように鑑別疾患を絞り込むか
4. ARDS以外の人工呼吸器管理:
閉塞性肺障害および拘束性肺障害を中心に

第2章 呼吸器疾患各論
5. 慢性閉塞性肺疾患
Part 1: COPD 急性増悪
Part 2: 気管支喘息重症発作: 薬物療法と気道確保の有効性の検討
6. びまん性肺疾患
Part 1: 総論と診断の進め方: 実臨床で注目すべきポイント
Part 2: 特異性肺線維症の急性増悪の診断と治療:
実践可能な方法の検討

Part 3: ICUで遭遇する可能性のある特異性肺線維症以外のびまん性肺疾患による急性呼吸不全の診断と治療
7. 神経筋疾患—腫瘍由来: 急性呼吸不全と神経筋疾患
8. 気管支肺胞洗浄, 肺生検: これらは治療方針を変え得るか?
9. 肺高血圧症に伴う右心不全:
その基礎的病態と利用可能なエビデンスに基づく治療の原則
10. びまん性肺胞出血:
困難な診断・治療に対するエビデンスからの検討

第3章
11. 急性呼吸不全の鑑別とマネジメント
Part 1: 症例ベースで学ぶ急性呼吸不全の初期対応
Part 2: 症例ベースで学ぶ非代償性右心不全
Part 3: 症例ベースで学ぶ治療抵抗性肺炎
12. 「特集 急性呼吸不全」解説: ARDSという言葉の魔力

2009年 第1号: ARDS
第2号: Sepsis
第3号: AKI
第4号: 不整脈

2010年 重症感染症
CRRT
外傷
急性心不全

2011年 Infection Control
モニター
栄養療法
急性腎炎

2012年 End-of-life
術後管理
PICU
呼吸器離脱

2013年 急性冠症候群
ECMO
神経集中治療
急性呼吸不全

113-0033 東京都文京区本郷 1-28-36
TEL 03-5804-6051 FAX 03-5804-6055
http://www.medsci.co.jp E-mail info@medsci.co.jp

「神経の一本一本まで確認できる!」「この角度からの解剖が見たかった!」

**神経ブロックのための
3D解剖学講座**

▶岡山大学病院11診療科の医師とパナソニック社により撮影された266万枚の3D解剖写真から、神経ブロックに必要な写真を選びすぐり解説。実写ならではの膨大な情報量を持ち、実際の穿刺角度のほか、様々な角度から目標とする神経やその周囲構造を立体的にも合わせて明確に示す。超音波画像も併載し、「普段見ている超音波画像は、体内のどこを示しているのか?」を明らかにする。麻酔科医必須の神経ブロック手技を精緻な解剖写真から理解できる画期的な書。

監修: 大塚愛二・森田潔
編集: 武田吉正・石川慎一

定価7,980円(本体7,600円+税5%)
A4変 頁240 図・写真361 2013年
ISBN978-4-89592-753-6

TEL (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36
FAX (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

MedicalFinder 無料体験 キャンペーン 実施中!

2013年10月28日(月)~ 2014年1月5日(日)

上記期間中、ご希望雑誌の2009年発行分までのバックナンバーを対象として、医学書院の電子ジャーナルMedicalFinderを無料でお試しいただけます。優れた論文検索機能、充実した参考文献へのリンクといった、MedicalFinderならではの機能の利便性を、この機会にぜひお試しください!

ご利用手順

- キャンペーン期間中に
医学書院のwebサイト(<http://www.igaku-shoin.co.jp/>)にアクセス
- ↓
- TOPページ中央の「お知らせ」に表示されている
「電子ジャーナル無料体験キャンペーン実施中!」をクリック
- ↓
- 画面の表示に従って必要事項をご入力いただき、
自動返信されるメールに記載されているURLからログイン

レジデント向け新刊書籍の紹介

内科レジデントマニュアル

第8版

聖路加国際病院内科レジデント 編

「研修医一人でも、最低限必要な治療を、安全に実施できる」ことを目指して作られた元レジデントマニュアル。現役の聖路加国際病院シニアレジデントが日々の臨床経験を踏まえて各項目を書き下ろし、指導医の査読によりその質を担保する。今改訂版からは「診断・治療のフローチャート」を新たに設け、主要症候の対応方法を視覚的に理解できるようにもなった。具体的かつ診療の時系列を知りたい若手医師のための決定版。

●B6変型 頁520 2013年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01862-3]



がん診療レジデントマニュアル

第6版

国立がん研究センター内科レジデント 編

腫瘍内科学を主体とした治療体系をコンパクトにまとめた定評あるレジデントマニュアルの改訂第6版。新規抗がん剤や分子標的薬の開発により、がん医療はますます多様化・複雑化している。安全かつ有効ながん薬物療法を提供するために、レジデントのみならず、がん医療に携わる医師、看護師、薬剤師など多くの関係者必携の書。①実際の、②簡潔明瞭、③最新を旨とし、可能な限りレベルの高いエビデンスに準拠。

●B6変型 頁528 2013年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01842-5]



救急レジデントマニュアル

第5版

監修 相川直樹/編集 堀 進悟・藤島清太郎

救急診療の現場における実践的知識をコンパクトな体裁に詰め込んだマニュアル。①症状を中心に鑑別診断と治療を時間軸に沿って記載、②診断・治療の優先順位を提示、③頻度と緊急性を考慮した構成、④教科書的な記述は省略し簡潔を旨とする内容、が特徴。救急室で「まず何をすべきか」「その後何をすべきか」がわかるレジデント必携のマニュアル、待望の第5版。

●B6変型 頁536 2013年 定価5,040円(本体4,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01874-6]



救急整形外傷 レジデントマニュアル

監修 堀 進悟/執筆 田島康介

整形外科医「以外」のための整形外科当直マニュアル。この本さえあれば、当直中の整形外科疾患の対応には困らない。どの時点で専門医にコンサルトすればよいか判断できる。診療室に常備しておきたい整形外傷本の決定版! 救急医療の現場で直ちに実践できる具体的手技、レントゲンで骨折を見逃さないための読影のコツ、緊急性がある疾患か否かの鑑別ポイント、入院か帰宅の適応や専門機関転送の判断など、要点を簡潔に記載。

●B6変型 頁192 2013年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01875-3]



12 medicina

Vol.50 No.13

特集 不整脈の診断と治療 —ポイントをおさえよう

不整脈は非常に頻度の高い疾患であり、健康診断や様々な症状をきっかけに、不整脈患者が一般内科医のもとを訪れる機会も多い。不整脈患者に出会ったら、その不整脈に治療が必要かを見極めたうえで、状況に応じた適切な治療を選択しなければならない。近年、新規抗凝固薬の登場やカテーテルアブレーションなどの非薬物治療の進歩によって、不整脈治療の選択肢は大きく広がっている。本特集では、不整脈の診断・治療を行ううえで求められる最新の知識を解説する。

INDEX

- I章: 座談会
- II章: 不整脈の実態
- III章: 不整脈の診断
- IV章: 不整脈の治療
- V章: 不整脈診療のTips

●1部定価 2,625円(税込)

▶2013年増刊号 (Vol.50 No.11)
内科診療に
ガイドラインを生かす
●定価7,560円(税込)

連載

- 顔を見て気づく内科疾患
- 実は日本生まれの発見
- 目でみるトレーニング
- 神経診察の思考プロセス
- 皮膚科×アレルギー-膠原病科合同カンファレンス
- 睡眠時無呼吸症診療の最前線
- Step up 腹痛診察
- 依頼理由別に考える心臓超音波検査 - とりあえずエコーの一步先へ

▶来月の特集 (Vol.51 No.1)
消化器薬—新時代の治療指針

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/jim>

JIM

Vol.23 No.12

企画: 山中克郎 (藤田保健衛生大学救急総合内科)

特集 | あなたの臨床能力をチェックする Quick Assessment シマウマ探しはするな!

診療現場で陥りやすいピットフォールとして「シマウマ探し」がある。そこで本特集では、頻度の高い疾患、重症度の高い疾患から鑑別に挙げて診療していく(=蹄の音を聞いたら「シマウマ」ではなく「ウマ」を想起する)感覚と能力を、ブラッシュアップするための「Quick Assessment」の臨床問題を作成し、重要なポイントの解説付でまとめた。一般診療の基本について短い症例プレゼンテーションから即座に正しい判断を下すためのセルフチェックを可能にした非常にユニークな企画である。限られた時間で効率よく適切に診療を進めなくてはならないジェネラリストにとって必読の1冊!

INDEX

- 【鼎談】シマウマ探しはするな—ジェネラリストの診療・研修・指導
- 【一般外来編】Quick Assessmentシマウマ探しはするな! 問題と解説13題……山中克郎・寺西智史
- 【救急外来編】Quick Assessmentシマウマ探しはするな! 問題と解説21題……寺西智史・山中克郎

●JIMで語ろう 公開収録「帰してはいけない外来患者—ジェネラリストの外来戦略」(第4回) 松村真司・前野哲博・金城紀与史・金城光代

▶来月の特集 (Vol.24 No.1)
気絶するほど悩ましい 危険な失神の見分け方

●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。

2014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