

2023年4月10日
第3513号 for Residents

週刊(毎週月曜日発行)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
COPY 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

- [寄稿特集] 医学書選びのマイルール(佐藤健太、坂本壮、小島伊織、中山祐次郎、國松淳和、書店イン)..... 1-3面
- [連載] ER診療の勘どころ..... 4面
- [連載] 心不全マネジメント..... 5面
- MEDICAL LIBRARY/第15回日本医療教授システム学会総会学術集会開催..... 6面

寄稿特集

医学生・研修医のための 医学書選びのマイルール



新しいことを学びたい。苦手分野を克服したい。医学生・研修医の皆さんはさまざまな思いで医学書を選んでいることでしょうか。では、その本はどのような基準で選んでいますか。先輩や同僚の薦める本を買ってみたり、インターネットで見てピンときた本を衝動買いしてみたりと試行錯誤をし、時には「思っていた内容と違った」と後悔したこともあるのではないのでしょうか。あまたの医学書の中から自分にぴったりの本を探すのは簡単なことではないのです。

そこで、医師としてはもちろん、読書家としても著名な先生方に「医学書選びのマイルール」を披露していただきました。先輩方を参考にして“自分にとっての良書”に出合ってください！

佐藤 健太

札幌医科大学総合診療
医学講座・南榆山地域
医療教育学講座 特任助教



「医学書選び」というよりは「著者との出会い」

① 原著論文を調べる目的は Foreground question (症例ベースで具体的な疑問) を解決することなので、正確さや効率が重要です。一方で、医学書を読む目的は background question (一般論としての基礎的な知識) の穴埋めだと考えています。そのため私は、科学的根拠に基づいた客観的で冷静な記述より、臨床医個人の生々しい経験と知恵に基づく暑苦しい主張がにじむ本を好んで選んでいます。

◆本との出会いのきっかけ

自分にとって既知のキーワードを入力する Web 書店検索では、未知のテーマや切り口に出合える確率は低いと感じ

こんなことを聞いてみました

- ① 医学書の選び方
- ② 医学生・研修医へのひと言メッセージ

じています。自分と重なる部分もあるが異なるキャリア・立ち位置の知人が、SNS などでお薦めしている本を素直に買うか、リアル書店でピンときた本をジャケ買いしてしまうほうが結果として良い本に巡り合えると思います。私が本を選ぶ際は、それまで関心を持ってなかったジャンルの本もあえて手に取ることにしています。そうして出合った本が、総合診療医としての診療能力の拡張や弱点領域の穴埋めに役立つことも多いと感じます。

◆書籍選びは著者との相性を見る

私の場合は「医学書選び」というよりは「著者との出会い」といったほうが、ニュアンスが近いかもしれません。

本を手にとったら、まずは「まえがき」や「あとがき」「著者略歴」などをじっくり読みます。著者の経歴に基づく思想・立ち位置、そこから溢れ出た主張や考えを読み取ることができ、そこに共感なり違和感なり衝撃なりを感じ取ることができたら、「これはアタリだ!」と判定しています。

論理構成がある程度しっかりしていないと、読み終えても自分の知識として身につけにくいからです。次に「目次」のチェックも重要です。書籍の全体像や主張をどういう切り口で分割

坂本 壮

総合病院国保旭中央病院
救急救命科 医長



医学書とミュージカルの共通点

①② 私はミュージカルが好きだ。何だいきなり、今回は医学書選びに関してだぞ、お前の趣味の話など聞きたくない、ごもっともだが少々お待ちを。ミ

し、どんな視点で見出しに名前をつけ、章ごとのつながりや統一感にどの程度配慮してその本を組み立てているのかが読み取れます。

幸運にして自分との相性がばっちりの本を書くお気に入りの著者に巡り合えたら、他の著書や Web 活動も執拗にフォローします。そうして、著作活動全体から感じ取れるその人の考え方や在り方を吸収できれば、「読書の目的は完遂できた!」と言えるでしょう。

◆書籍から学びを得るコツ

面倒でも、読書直後にまとめや振り返りをするをお勧めします。長々

ユージカルチケットは決して安くはない。そして最近上昇傾向にある。好きだからと何でもかんでも買っているはいくら稼いでも足りない。ミュージカルのストーリー、出演者、楽曲、さらには開催場所や日程などを総合的に判断し、チケットを購入している。

医学書選びも同じだ。興味のある内容だからという理由だけでなく、誰が、どのような表現で、そしていつ書いたものなのかを総合的に判断し購入している。なんだ当たり前だと思うだろう

(2面につづく)

と書こうとすると挫折するので、140字制限のある Twitter など程よい長さでうってつけです。私が好きなのは、紙の本の場合は表紙裏の空きスペース。書き込むのにちょうど良い広さです。

② 他人や Amazon のお薦めなど気にせず、「自分目線で面白そう」と感じた本との出会いを自由に楽しんでほしいと思います。

どんな本でも、自分自身の何らかの成長や変化にはつながるし、自分が成長すればきっと医療の質も底上げされるでしょう。

4

April
2023

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

ジェネラリストのための これだけは押さえておきたい 皮膚外用療法

安部正敏
A5 頁276 定価: 4,620円[本体4,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05023-4]

「病院」の教科書 (第2版) 組織・機能とマネジメント

編集 今中雄一
B5 頁344 定価: 4,950円[本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05106-4]

神経症状の診かた・考えかた General Neurologyのすすめ (第3版)

福武敏夫
B5 頁440 定価: 5,940円[本体5,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05103-3]

神経眼科 (第4版) 臨床のために

江本博文、清澤源弘、藤野 貞
B5 頁504 定価: 11,000円[本体10,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05116-3]

薬剤師のための 栄養療法管理マニュアル

編集 吉村知哲
B6変型 頁400 定価: 3,960円[本体3,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05029-6]

PT・OT・ST ポケットマニュアル

編集 国際医療福祉大学成田病院リハビリテーションセンター
責任編集 角田 亘
編集協力 西田裕介、森井和枝、後藤和也、白砂寛基、大森智裕
A6 頁360 定価: 3,960円[本体3,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05104-0]

PT・OT・STのための 臨床5年目までに 知っておきたい 予後予測の考えかた

編集 竹林 崇
B5 頁320 定価: 4,950円[本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04961-0]

医療福祉総合ガイドブック 2023年度版

編集 NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会
A4 頁332 定価: 3,630円[本体3,300+税10%]
[ISBN978-4-260-05243-6]

看護における概念開発 基礎・方法・応用

原著 Rodgers BL, Knaf KA(eds)
監訳 近藤麻理、片田範子
A5 頁408 定価: 3,960円[本体3,600+税10%]
[ISBN978-4-260-04347-2]

APAに学ぶ 看護系論文執筆のルール (第2版)

前田樹海、江藤裕之
A5 頁132 定価: 1,980円[本体1,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05290-0]

2024年版 医学書院 看護師国家試験問題集 [Web電子版付] 必修問題/過去問題/国試でるでたBOOK

編集 [系統看護学講座]編集室
B5 頁1772 定価: 5,940円[本体5,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05090-6]

2024年版 医学書院 保健師国家試験問題集 [Web電子版付]

編集 [標準保健師講座]編集室
B5 頁688 定価: 3,850円[本体3,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05241-2]

寄稿特集

小島 伊織

大同病院病理診断科部長



り入れても、記憶には残りにくいもの
です。周辺知識も一緒に学ぶことで知識
は強固になり、応用が効きやすくなり
ます。興味がある内容はモチベーシ
ョンを持って勉強することができます
し、その瞬間こそ、周辺事項もまとめ
て書かれた本を購入するチャンスです。

◆使途を決めて買う

その本を読みきるつもりなのか、拾
い読みでとどめるつもりなのか、あら
かじめ方針を考えてから買うというこ
とです。総論的で考え方の軸となる内
容を扱った本は通読向けの本で、200~
300ページくらいの本であることが多
いです。一方、各論的で個別の知識がた
くさん盛り込まれた本は拾い読み向け
です。いわゆる成書はこちらに該当し
ます。個人的な意見として言わせてい
ただくと、本においては、「大は小を兼
ね」ません。うまく使い分けましょう。
②時には異分野の本を。最後にコスパ
とは真逆の話になりますが、たまには
現在の専門と異なる領域の本を読むこ
とで多様な視点、考え方が得られ刺激
になります。私は病理診断という専門
を持った今でも、(病理以外の)基礎
医学や臨床・画像診断学の書籍を買っ
て読むことがあります。医学生や研修
医なら、例えば心理学、社会学や経済
学、ビジネス、あるいは数学、物理学、
プログラミングなどの本に手を出して
みるのも良いでしょう。この場合、通
読向けで考え方の軸を身につけられる
本が良いです。こうして学んだことを、
いつかどこかで自分の専門と結び付
け、オリジナルな境地を切り拓くこと
ができると思える医師人生をより楽しめると
思います。

その一冊を、
最大限吸収しつくす

①医学生・研修医の皆さんが書店で医
学書と対峙するとき、何を思うでしょ
うか。医学部1年生のときからお気付
きのことでしょうか。……高い。そう、
医学書は高いのです。専門的な内容が
書かれ、市場も限られた業界なので仕
方がありません。だからこそ、せっか
く買うなら、その一冊から最大限学び
尽くしたいものですね。私からは、そ
んなコスパ重視の医学書の選び方をお
伝えしたいと思います。

◆レベルにあった本

自分がどこまで理解していて、何を
理解していないのかを認識することは
本選びの第一歩です。講義や実習・研
修での感触、また同級生・同期との会
話の中にも、自分の立ち位置を知るき
っかけがあることでしょうか。難しすぎ
る本は読みきれず、簡単すぎる本から
は得るものがありません。自分の理解
から一歩先に進んだラインを扱った本
を選んでいきましょう。

◆今、ちょうど興味がある分野

「このような状況でどうしたら良い
んだらう」「なぜこのような症状・検
査結果が出るんだらう」など、疑問を
その場で調べて解決することは重要で
す。しかし個別の知識をバラバラと取

(1面よりつづく)

がまあそんなもんである。最近では
TwitterなどのSNSで新刊の発売を知
ることも増えたが、その場でそのリン
クから購入ボタンを押すことはない
(というか止めた)。何となく買った本
は何となく積み、そして何となく読
まずに終わる。

医学書を書いている先生の話を知り
たいことがあれば、その話を聞いた印
象のみで購入を判断することはよくあ
る。内容が想定されることだけでなく、
その書籍を読んだ際に、その先生の声
で語りかけられ、内容がスーッと入っ
てくる印象があるからだ。これは以前
に市原真先生、倉原優先生、山本健人
先生と座談会をした際に話題に出て、
私も激しく共感したことである。

どこで本を買うか、本屋かネットか。
どちらでも良いだろう。スマホ1つで
何でもできる時代に絶対に書店に行く
べきとまでは言わない。ただし、中身

こんなことを聞いてみました

- ①医学書の選び方
②医学生・研修医へのひと言メッセージ

を確認せずに購入することは可能な限
り避けている。時々本のレビューなど
で、「タイトルに惹かれ購入したが思っ
た本と違った」「こんなに薄い本だ
とは思わなかった」などの記載を目に
する。それは購入者が悪い。見りゃわ
かるのだから。もちろん離島など近く
に書店がなく手に取ることが困難な場
合もあるだろうが、そのような方はお
そらく慎重な本選びをするのでそんな
レビューは記載しないだろう(たぶん
ね)。私は毎日のようにネットで医学
書の動向を探っている(新刊を毎日探
しているのではなく、自身の本の売行
きをチェックをしているという何とも
小さな男である)ため、最近の医学書
の表紙は目に焼き付いている。それら
の中から、定期的に大型の医学書店を
訪れブラブラした際に、手に取り、惹
かれた本を購入することが多い。

電子版か否か、これもどちらでも良
いと思っている。2020年以降、医学書
における電子化もドンドン進み、正確
な数値は知らないがおそらく電子版で
医学書を購入する医師は増えているだ
ろう。何といてもボタンを押したら
その数分後には手元のタブレットで読

中山 祐次郎

湘南医療大学臨床教授・外科



白さを担保するような文言が並ぶ。小
説や一般書ならばそれでも良い。が、
医学書はとにかくあなたとの相性が大
切なのだ。

安心していい、本によって内容はた
いして変わらない。輸液の本が、書籍
によって教えてくれる内容が全く異な
っていたら怖すぎる。外科医の視点か
ら言えば手術書だってどれも同じだ。
筆者によって新しいアプローチが生ま
れたり、目からうろこの超カンタンな
やり方発見!なんてことは絶対にない
のだ。ただ、あなたが面白そうと思
った本、それが買うべき本だ。

書き手が偉い人でなくても構わな
い。医学書の多くは若手向けであり、
若手向けの医学については卒後10年
目にもなればじゅうぶん詳しくなる。
問題は、それを「どう伝えるか」であ
る。医学部名誉教授と市立病院10年
目、どちらが上手だろうか。名誉教授
の味わい深い本か、「何がわからない
かをまだ覚えている」10年目の本か。
もちろん良しあしはある。

これまで私は一般書を8冊、医学書
を単著で1冊、共著は5、6冊出して
きた。いま医学書(手術書とその関連)
を2冊書いている。バカ売れしたって
たいした収入にはならない。最後に一
番大切なこと、それは本は借りるの
ではなく、買わなければダメだという
ことを伝えておく。身銭を切って買っ
て、寝転んで読んで、好き放題に書き
込んで、やっとその本の一部はあなた
の血となり肉となるのだ。書き手だか
ら言っているのではない、あなたが1冊
買ったって数十円~150円くらいしか私
には入らない。効率やコスパを考える
のであればなおさら「買う」のだ。

②本屋へ行け。バラバラ読め。そして
たくさん買うのだ。卒後5年目までに
私は40冊くらい買ったかなあ。

本は借りるのではなく、買え!

①医学書の選び方、それはたった1つ
しかない。

手順1 医学書を多く取り揃える地元
の書店に行き、バラバラと何冊も立ち
読みをする。

手順2 「面白そう」と思ったものを
買う。
以上である。

「元々知っていて買おうと決めてい
る本」以外のネット購入(オンライン
でリアルの本を買う場合も、電子書籍
も含めて)は全くお勧めしない。ネッ
トがダメな理由は、立ち読みがしづら
く、本の大きさや厚さが実感しづら
いから。学生時代から電子書籍に慣れ
ている人は良さそうだが、指定のテキ
ストを買わされる学生と違い医師が買
う本にはなんの制約もない。ただ自分
の自由意志で読み進めるのである。だ
から、自分と相性が合う本でなければ
ならない。

そのためには、並んだ本をざっと見
て、気になるテキストの表紙の本を手
に取り、バラバラとめくるという行為
が欠かせないのだ。こうやって、本と
自分をマッチングさせるのである。

「面白そう」と思ったものを買うこ
とは、できそうでできない。多くの人は
「何となくみんなが買ってるから」「一
番売れてるって帯に書いてあったか
ら」という理由で本を選ぶ。私が書
く本の帯にも、「シリーズ40万部突破」
「ドラマ化」など、遠回しに内容の面

めてしまうのだから。医学書を書い
ている立場からすると、本を本屋で購
入し、家でじっくり、または病院でざ
っくり読みながらドンドン汚してほし
いとは思っているけど。電子版は購入
しなくとも中身を立ち読みできるサイ
トもある。電子書籍を購入できるサイ
トで中身を確認し、本を購入するのも
良いだろう。本→電子でなく、電子→

本という選択もありありだ。
偉そうに述べたが、私の部屋の机周
囲にはたくさんの医学書が積み重なっ
ている。なんとなく買ったわけではな
いはずと自分には言い聞かせてはいる
が真意はいかに……。

それにしても、ミュージカル「キン
グ・アーサー」は素晴らしかったなあ。



Bestseller 'Mystery of Infectious Diseases 999' continuation, completion!
New publication: Shin's Mystery of Infectious Diseases 999
Author: Shin Kenjiro
Publisher: MEDSI
Price: 6,380 yen (5,800 yen + tax 10%)

Don't be afraid of Cardiovascular Medicine! Important places, teach you!
Good review: Mystery of the Circulatory System
Author: Shin Kenjiro
Publisher: MEDSI
Price: 5,940 yen (5,400 yen + tax 10%)

國松 淳和

南多摩病院総合内科・
膠原病内科部長個別的なことが抽象的に
書かれた医書

①②まず「標準的」な医書というコンテキストがあったとして、これは「簡単・平易」という意味ではなく、「標準」治療と同じような意味合い、つまり、おおむね多くの状況で当てはまる、あるいは多くの医師のよりどころとしていいといった意味での「標準」である。一方、個別の事例や事柄に当てはまるようなもの、あるいは、「最低限確実にこれだけは言えること」のような記述に終始するのではなく、個人の思考や理路を含めて著されたものを「個別」と呼ぶのなら、医書も「標準」と「個別」という属性に分けられる。さらには、具体的に書かれた医書と抽象的な内容の医書とに分けられるという切り方もある。ここでいう具体・抽象の定義はそこまで字義に忠実でなくても良い。

さてそうすると、医書は次の4つに大別される。「標準的かつ具体的なもの」「標準的かつ抽象的なもの」「個別かつ具体的なもの」「個別かつ抽象的なもの」。

「標準的かつ具体的なもの」の代表例はガイドラインである。「標準的かつ抽象的なもの」の代表例は、異論はあるかもしれないが、従前のオーセンティックな教科書のイメージである。「個別かつ具体的なもの」は、出版で扱えないような個別性の高いものを具体的に検討する営為であり、たとえば院内の症例検討会などが極端な例である。そして最後の「個別かつ抽象的なもの」というものは、すぐにどういふものか想起しづらいであろう。まさに私の眼目はそこにある。医書というのは文学や哲学ではなく、個別的な

事柄は具体的に扱うはずであり、個別を抽象的に考える・表現するということはこれまでなかった。ただ私は、個別的な事柄をあえて抽象的にとらえることは、特に臨床において高い学習効果があるのではとにらんでいる。

臨床はとにかく、日々具体的に現実的なことを扱う。が、医学生・医師は、その高い頭脳のためか「普遍的で完璧な総論」をまずめざしがちである。それにたどり着き、身につければうまくいくと信じてしまっている。しかしそれは間違っている。まず、「普遍的で完璧な総論」などはない。患者の問題はいつも例外だらけであり、そしてモヤとした内容が多いため完璧な規範を示したものはなく、(認めようとしなが)標準的なよりどころで妥協してしまっている。そして何より、「個別を抽象的に扱う」という思考が臨床の学びにあまり取り入れられなかったことが臨床を難しくしていると私は考えている。「抽象」を公言する勇気がないために、文献の提示のみがアカデミックな世界で高潔でいられるとの強迫も相まって、結果として抽象が語られず、中途半端な「ごく最低限」で応用の利かない知識で臨床が行われ続けている。

私は、個別的な事柄を抽象的に書かれた医書を好む。ただしこれは好みであって、用途にもよるであろうし、実際多くの医学生・医師は「標準的」あるいは「具体的」な内容を好むだろう。「個別」の弱点は網羅性がないことであり、網羅されている医書はコスパが良いのでとにかく好まれる。

臨床は難しい。でもそこまで難しいだろうか。コスパなどつまらない価値観で医書を選ぶのではなく、その優れた脳を“歪む”まで使い、スカッとしない内容と対峙したらいい。私のこの文章が、「何を言っているかわからない」と感じたかもしれない。もしそうなら、それが抽象思考の起点である。「ガイドラインを転載してばかりの医書」はもう避けたほうがいい。

リアル書店で運命の出会いを
書店員から研修医に伝えたいこと

書店イン (@syotenin_)



書店員になりたてのときはレジデントという見慣れない単語に戸惑いましたが、春といえば研修医フェアです。各出版社もそれを狙って新刊を出してきますし、定番書などのロングセラーも並べますのでかなりの量になります。医書担当がはりきる季節です。

そう。たくさんあるのです。研修医向けの本は。たくさんあるから、いざ買おうとなるとどれが良いのだろうと迷ってしまいますよね？ では、お薦めの本を教えてください。

実はフェアで並んでいる本はどれもお薦めなのです。フェア棚は限られているので、お薦めじゃない本を置く余裕なんてありません。その中でも表紙を見せて置いてあるような本は、棚を作った担当が特にお薦めしている本です。そこに渾身の手描きPOPがついていれば、なおさらこれを買ってほしいという圧が滲み出ていともいえます。ほら、つい手を伸ばしたくなりませんか？

いやいや、フェア棚全部お薦めなんて、そんな言い草はずるい。単純に何冊も買わせようとしている書店員の策略だと思う方がいいかもしれません。その通りです。だからといって、じゃあそのお薦めを全部買えば間違いないですね！ というわけでもありません。あれ？ 矛盾していますね。理由は簡単です。なぜなら、いくらお薦めでもあなたにとって相性がいいとは限らないからです。

万人受けする本というのは、残念ながらありません。どうしたって本には相性というものがありますし、相性が合わないというのはストレスです。娯楽として読む場合はさほど気にならなくても、知識として必要だからと読む場合は、本当に些細なことが読もうという気持ちをたやすくそいでしまいがちです。

いざ読んでみたら文体や言い回しが気に入らない。これはかなりのダメージです。他には見開きのレイアウトが気に入らない、文字の色やフォントが気に入らない、使用している紙の感触が気に入らないなど、これらはネットでは気づけない場合があります。紙の感触なんて、実際に書店で手に取って見ないと絶対にわかりません。

それでも、必要だと思ったら買しましょう。その本は、気が合わないけれど付き合わなければいけない上司みたいなものです。どうぞ覚悟を決めてレジへお持ちください。

書店員が棚に来るとそそくさと離れてしまう方を時折見受けますが、別に書店員は立ち読みしているのを追い出そうと思って、近づいてくるのではありません。単純にその棚に用があって来ているだけです。霊圧を消せばいいのですが、なかなかそうもいかないで気にせず空気だと思ってください。最初から最後まで、隅から隅までじっくり中身を吟味して買うことができるのがリアル書店の醍醐味です。自分の目と手で確かめて選べば、失敗した！ という頻度が格段に減ります。

医学生、研修医の皆さま。毎日忙しくてなかなか書店には足を運べないかもしれませんが、だからこそネットに頼る気持ちもわかります。ネットは便利ですよ。でも同じ時間を費やして本を選ぶなら、実際に書店に来たほうがたくさん本を深く知ることができます。たくさん本を実際に見比べることで自分と相性の良い医書を選ぶコツもつかめるようになります。

何より、ネットで予備知識を得てこの本を買おうと思って書店にきたのに、全く把握してない本もすっかり買ってしまった。家に帰ってゆっくり読んだら、まさに自分が望んでいた本だった！ これって無茶苦茶うれしくないですか？

そんな思ってもみない運命の出会いが、リアル書店にはあるのです。

トップ指導医たちが吟味を重ねた1,200を超える良問が
内科系専門医試験合格をサポート!

医学書院

内科系専門医試験対策のためのオンライン問題集

スキマ時間を活用して
サクサク試験対策できる
便利な機能が充実!

価格: 30,800円 (28,000円+税) : 1年間

WEB内科塾

- ① トップ指導医たちによる最強の臨床トレーニングWEBアプリ
- ② 内科系専門医試験の出題形式にそって作成され、専門医カリキュラムの重要トピックを網羅
- ③ 最新のガイドライン・エビデンスをふまえた問題と解説により
内科臨床の必須事項は一通り学ぶことができる
- ④ 専門医試験の約60%を占める臨床問題対策に最適の学習ツール
- ⑤ スマホ、タブレット、PCでいつでもどこでもスキマ時間に効率的に試験対策。学習支援機能も充実

主なエディターのご紹介

筒泉 貴彦
高槻病院総合内科
主任部長山田 悠史
マウントサイナイ医科大学
老年医学科フェロー収載内容
(計1,248問)THE 内科専門医問題集 1
WEB版付 (207問)
THE 内科専門医問題集 2
WEB版付 (223問)
THE 総合内科ドリル
WEB版付 (218問)こちらからアクセス
してください

医学書院 WEB内科塾

https://www.igaku-shoin.co.jp/webnaikajuku

※ 収載書籍および問題数は 2021年1月時点の予定となります。予告なく変更・収載される可能性があります。

ピットフォールにハマらない ER診療の勘どころ

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

徳竹 雅之 健生病院救急集中治療部 ER



第11回 めまい診療をTiming and Triggerでスッキリ整理! Dangerous diagnosisを見逃すな

新年度の第1弾は、みんなのニガテが詰まった「めまい」診療です! 筆者も非常にニガテに感じていた領域で、悩んだ末にたどり着いた診療フローチャート(下記QRコード参照)と共に2回に分けてお送りします。本稿のポイントは、「Timing and Trigger」です!



A	: associated symptoms 随伴症状
TT	: timing and trigger いつめまいがするか、トリガー(誘因)があるか
ES	: bedside examination signs ベッドサイドでの身体所見
T	: additional testing as needed (必要なら)追加検査

めまいの性状なんてあてにならない

めまい診療では歴史的に、4つのタイプに分類して鑑別診断を進めていく手法(symptom quality approach)が行われていました¹⁾。つまり、「ぐるぐる回る」「気が遠くなるような」「ふらふらする」「それら以外」といった性状を聴取し、それぞれvertigo:前庭系, lightheadedness:心血管系, disequilibrium:神経系, これら以外を精神系の問題として鑑別する方法です。もしかしら今もそのアプローチが採られているかもしれません。

Symptom quality approachが成立するためには、①4分類のうち1つに正確に当てはまること、②それぞれの分類と疾患が1対1の関係にあることが要求されます。しかし、現実にはそんな状況はありません。ER受診者にめまいの性状を1度尋ね、数分後に再度質問すると約半数がめまいの分類を変更し、4分類のうちの1つを選択できない患者が6割もいました²⁾。また、めまいのタイプと疾患の関係性もイマイチで、心血管系疾患に起因するめまいに対してvertigoを訴えた患者は6割、高齢者ではBPPV(良性発作性頭位めまい症)だとしてもlightheadednessを訴えたと報告されています^{3,4)}。

悩ましいことにsymptom quality approachは成立しないことがわかりました。めまいの性状を熱心に聞いても診療の質は上がらなさそうです。さて、どうすればいいのでしょうか?

めまい診療は Timing and Trigger

めまい診療と言えば中枢神経系疾患の診断/除外が重要であることに議論の余地はありませんが、入り口を間違えると診療が明日の方向に向かいます。ここでは魔法の言葉“ATTEST”を紹介します。

随伴症状として、フローチャートに示した頭痛等の症状がないか病歴聴取します。該当項目があれば、そちらの疾患を診断または除外することに注力します。随伴症状がある場合には、「めまい」を主要な徴候ととらえて鑑別してしまうと誤診につながるため、くれぐれも入り口を間違えないよう。

めまい診療の入り口に立てたら、「Timing and Trigger」の呪文を唱えましょう! この呪文により4群に分類して、それぞれのカテゴリーの中で鑑別を行います⁵⁾。

- Timing
そのめまいはずっと続いていて、ERで診察している今も続いていますか?
→YESならacute vestibular syndrome(AVS), NOならepisodic vestibular syndrome(EVS)として対応
※救急搬入直後やwalk inで座ったばかりだと正確性がないので、少なくとも1~2分が経過してから聴取
- Trigger
どうするとめまいが起きますか?
→誘因の有無によりそれぞれtriggered(t)とspontaneous(s)に分類する

Triggerについて、通常は頭位変換や重力に逆らった体位(座位や立位など)が該当します。ただし、t-AVSはAVSの原因として明らかな外傷や薬物中毒などが存在する場合を指し、やや特殊です。本稿ではAVSについて見ていきましょう。

s-AVSでは前庭神経炎 vs. 脳梗塞を5ステップで徹底鑑別!

s-AVSのカテゴリーでは前庭神経炎か脳梗塞なのか、この2軸で端的に考えましょう。5ステップ(下記QRコードから表を参照)で鑑別を行います⁶⁾、必ずこの順番で評価を進めてください。



STEP 1 眼振は苦痛なく簡易に取れる

身体所見であり、ここから始めます。フレンツェル眼鏡で固視の影響を除去した上での自発眼振や注視眼振の観察が好ましいですが、なければ白紙を患者の目の前に提示して眼振を横から観察してもOKです。眼振が中枢性パターン(方向交代性/垂直性)を示せば脳梗塞が強く疑われるため、それ以上の診察は不要です。眼振がない場合には前庭神経炎はほぼ却下、脳梗塞の疑いが強まります⁶⁾。

STEP 2 Skew deviation testを行い、眼位が垂直方向に偏位した場合には陽性と判断し、脳梗塞を疑わせる所見と考えます。

STEP 3 HIT(head impulse test)により頭部運動と共に眼球が回転方向にずれ鼻を注視するまでにタイムラグがあることが証明されれば陽性と判断。前庭神経炎の可能性が上がります。ただし、脳梗塞でも10%ほどで偽陽性を示してしまうことが注意点です⁷⁾。

STEP 4 ここまでで脳梗塞を示唆する所見が得られない場合には、神経学的所見を取ります。小脳/脳幹梗塞を検出するために「6D」は必ず検索しましょう。つまり、diplopia:複視, dysarthria:構音障害, dysphagia:嚥下障害, dysphonia:発声障害, dysmetria:測定障害, dysdiadochokinesis:変換運動障害の6つです。さらにWallenberg症候群を意識して、瞳孔不同/眼瞼下垂などの眼の所見、片側顔面の温痛覚障害などの有無を検索しましょう。急性発症の聴力障害がある場合にはAICA(前下小脳動脈)領域の脳梗塞を強く疑います。これらの所見がないからといって脳梗塞は除外、とはなりません⁸⁾。

STEP 5 最後に歩行障害(立位や座位保持/歩行不能)がないかを必ず確かめます。歩行不安定性が強いほどに、AVSが脳梗塞に起因する可能性が上がるとされています。特にSCA(上小脳動脈)やPICA(後下小脳動脈)領域の脳梗塞では90%以上が歩行障害を呈します⁹⁾。よって、歩行できない場合には絶対に帰宅させてはいけません。

上記5つのステップを経て、前庭神経炎か脳梗塞かを判断しましょう。最終的にうまく診断/除外に至れない場合もありますが、血管リスク因子を考慮することも重要です。高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙歴、家族歴、年齢(65歳以上)のことを指し、これらがある場合には脳梗塞かもしれませんし、随伴症状によっては心筋梗塞や大動脈解離などの検索に移らなくてはなりません。また、血管リスクはなくとも最近の外傷歴や頸部痛があれば椎骨脳底動脈解離、卵円孔閉存が指摘されていれば奇異性脳梗塞など、若年者でも油断なりません。

HINTSをやればいいんでしょ!?

めまいと言えばHINTS(head impulse, nystagmus, test of skew)と言っても過言ではないほどに有名になりました。しかし、臨床現場では誤った使い方が散見され、97%(!)で誤った使い方を

されていたという驚くべき報告があります¹⁰⁾。HINTSを使ってよいのはAVSの特徴を満たす場合だけです。AVSであっても眼振がない場合やBPPVが含まれるt-EVSに対して使ってはいけません。救急医によるHINTSの診断精度は感度83%/特異度44%でかなりイマイチというメタ解析があったり¹¹⁾、そもそも適用をしっかりと絞っていない(例えば眼振があることを組み込み基準に入れていないなど)研究があったりと¹²⁾、どう解釈していいか迷いやすいところなので、HINTSの過信は避け、筆者は積極的に使っていません。

画像検査すればよいのでは?

AVSの中で最も見逃したくない脳梗塞の有病率は25%とされます¹³⁾。AVSとわかった時点で画像検査へ急げばいいのでしょうか。CTでは発症から12時間以上経過していても感度はたったの16%、ほとんど役に立ちません¹⁴⁾。MRIでも発症から24~48時間時点では10~20%ほど見逃しが生じます(おおよそ5人に1人は見逃します)^{14,15)}。ERを受診しためまい患者において、脳梗塞除外の唯一の手段として画像検査を用いることは推奨されません。

高齢者、自力歩行できない/転倒リスクがある、リスク因子があるなどの場合には脳梗塞疑いとして入院経過観察を行い、数日後に再検査を行う慎重さが必要になります。

*

これでめまい診療の半分は終わります! 次回はEVSについて学びましょう。耳石置換法を実践できれば、めまい診療が楽しくなること間違いなし!

今回の勘どころ

- めまいの性状による鑑別診断は有用ではない。Timing and Triggerの考え方を身につけよう。
- 随伴症状の有無を確認し、危険な疾患を見逃さない。
- s-AVSで考えるべき疾患は前庭神経炎 vs. 脳梗塞の2つだけ! 5ステップで順番に評価しよう。
- 歩行できないめまい患者は絶対に帰宅させてはならない。
- 急性期においては画像検査はあてにならない、唯一の判断材料としてはならない。

参考文献

- 1) Neurology. 1972 [PMID : 4401538]
- 2) Mayo Clin Proc. 2007 [PMID : 17976352]
- 3) J Gen Intern Med. 2008 [PMID : 18843523]
- 4) QJM. 2005 [PMID : 15820968]
- 5) Emerg Med Clin North Am. 2016 [PMID : 27741985]
- 6) J Neurol. 2020 [PMID : 32462345]
- 7) Neurology. 2008 [PMID : 18541870]
- 8) Stroke. 2012 [PMID : 22678088]
- 9) J Neurol Sci. 2011 [PMID : 21035147]
- 10) Acad Emerg Med. 2021 [PMID : 33171003]
- 11) Acad Emerg Med. 2020 [PMID : 32167642]
- 12) Acad Emerg Med. 2021 [PMID : 34245635]
- 13) CMAJ. 2011 [PMID : 21576300]
- 14) Lancet. 2007 [PMID : 17258669]
- 15) Acad Emerg Med. 2022 [PMID : 35876220]

救急診療のバイブルとして、ぜひ白衣のポケットに!

京都ERポケットブック 第2版

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

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



救急の初期診療に悩むすべての医療者への道しるべ、待望の全面改訂!

問題解決型救急初期診療 第3版

救急患者の診断からマネジメントまで、分かりやすいフローチャートで優先順位をつけ、考えること・すべきことを理解した上で、初期診療につなげる構成。特に基本的症候へのアプローチに重点を置き、単に手順を示すのではなく、真に理解しながら学べるよう問題解決のプロセスに焦点を当てている。ここ10年のエビデンスを踏まえて全面的にバージョンアップし、便利な参考資料も追加。筆者の魂の込められた好評書、待望の第3版。

田中和豊



編集 河野 隆志
杏林大学医学部
循環器内科学 臨床教授

レジデントのための心不全マネジメント

心不全患者数の急激な増加に伴い、循環器専門医だけでは対応しきれなくなる未来が迫っています。近い将来、若手医師であっても心不全のマネジメントをより主体的に担わなければならないはず。来るべき未来に備えて、心不全に関する基礎知識を押さえましょう。

第10回 かかりつけ医にとってわかりやすい診療情報提供書とは？
今回の執筆者 衣笠 良治 鳥取大学医学部循環器・内分泌代謝内科学分野 講師

心不全増悪で入院となった80歳男性。3年前に急性心筋梗塞で入院既往のある患者さんです。これまで心不全症状は認めなかったものの、数日前より労作時の息切れを認め、初回の心不全増悪で入院。治療経過は良好で自宅退院が決まり、長年通院する近所の診療所に外来フォローを依頼することになりました。

上記のケースでは、外来フォローをお願いするかかりつけ医に、適切な診療情報提供書を共有する必要があります。レジデントの皆さんは、心不全の患者さんを紹介する時にどのような項目を記載すべきでしょうか？

診療情報提供書の重要性

心不全増悪で入院した患者さんが再入院する時期は、退院から30日以内である場合が少なくないことが明らかになりました¹⁾。原因の一つとして、病院から地域のかかりつけ医への情報提供が不十分なため、ケアのバトンタッチがうまくいっていない可能性が指摘されています。ある海外の研究では、心不全再入院のリスクに、診療情報提供書・退院サマリーが退院後の初回診察までに届かない、届いても情報が不十分なことが挙げられています²⁾。

診療情報提供書で何を伝えるか

翻って日本の心不全診療の現場では、適切な情報提供が行われているのでしょうか？ 厚生労働科学研究「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の

診療提供体制構築のための研究」(研究代表者=磯部光章氏)では、病院に勤務する循環器内科医には「診療情報提供書に普段記載する情報」、診療所に勤務するかかりつけ医には「診療情報提供書に希望する情報」についてアンケート調査を行いました^{3,4)}。まとめられた内容が表に示したものです。それぞれを比較すると、病院循環器医とかかりつけ医との間で情報の重要度の違いがわかります。

特筆すべきは、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する情報です。かかりつけ医の半数以上がACPに関する情報を希望しているのに対して、病院循環器医の場合は上位10項目にすらランクインしておらず、記載しているのはわずか18.9%であったことが明らかになっています。退院前の体重、教育内容についても、かかりつけ医のニーズが高いにもかかわらず、病院循環器医はあまり情報を提供できていません。概して病院循環器医は医学的な情報を重視するのに対し、かかりつけ医は生活に関する情報を重視する傾向があると言えるでしょう。

記載すべき重要なポイント

表の結果を踏まえ、かかりつけ医の視点を意識した診療情報提供書を記載するポイントについて、冒頭に示した症例をもとに解説します(図)。

医学的な情報(図の①②⑨⑩)

医学的な情報として心不全の原因疾患と心機能に関する情報は必須です。一般的な血液検査データと、胸部レント

ゲン、心電図の情報は添付しましょう。

A様は、80歳の男性です。今回、心不全の急性増悪で入院されました。貴院で引き続きの加療を希望されたので紹介させていただきます。

○月×日に呼吸苦を主訴に当院の救急外来を受診されました。胸部レントゲンで肺うっ血、心エコーで左室駆出率の低下(20%台)とNT-proBNP高値(5,060 pg/mL)を認め、急性心不全の診断で加療を行いました。うっ血は速やかに改善し、入院第3病日には酸素・点滴治療を終了。入院早期より心臓リハビリテーションを行いADLの維持に努めました。

心不全の原因は、陳旧性前壁中隔心筋梗塞(①)(3年前心筋梗塞で冠動脈治療あり)が考えられ、入院中に冠動脈造影を行い新規冠動脈病変がないことを確認しました。治療は、ACE阻害薬をサクビト rilバルサルタンに変更し、β遮断薬の増量とミネラルコルチコイド受容体拮抗薬、ループ利尿薬を追加しました。退院前の心エコーでは、左室駆出率は20%(②)と著変ありませんが、NT-proBNPは1,020 pg/mL(③)まで低下しました。

入院中のリハビリは、エルゴメーター15~20 Wattを1日15分実施しました。退院前のNYHAはⅡ度(④)です。退院後は、15分程度の散歩(⑤)を継続すること、漬物など塩分が多い食品を控える(⑥)よう生活指導を行いました。飲水制限は特にありません(⑦)。心不全手帳に血圧、体重、自覚症状を記載するよう指示しておりますので、外来受診時に手帳をご確認ください。退院前の体重は50 kg(⑧)で、+2 kg/1週間の体重増加や心不全症状を認めたら医療機関に相談(⑨)するよう説明しております。

生活状況は、奥さま・長男夫婦と同居で、入院によるADL低下はなく日常生活動作は自立(⑩)しております。認知機能の低下もなく(⑪)、現時点では介護保険の申請は必要ないと判断しました。

高齢かつ低心機能であり、急変時の方針をご本人、奥さま、長男さまと話し合いました。ご本人は「寝たきりとなり家族に迷惑をかけてまで長生きしたくない」(⑫)という思いから、「たくさんの機械がつくような治療は希望しない」「最期に過ごしたい場所として在宅を希望」(⑬)されましたので共有させていただきます。

以上、ご不明な点があればご相談ください。今後ともよろしくお願いいたします。

【退院時処方】サクビト rilバルサルタン 1回50 mg 1日2回 朝食後
ビソプロロール 1回5 mg 1日1回 朝食後
スピロラクトン 1回25 mg 1日1回 朝食後
アゼミド 1回60 mg 1日1回 朝食後
アスピリン 1回100 mg 1日1回 朝食後
ランソプラゾール 1回15 mg 1日1回 朝食後

【添付データ】■胸部レントゲン(④) ■心電図(⑩) ■心臓超音波検査(②)
■血液検査データ

●図 かかりつけ医の視点を意識した診療情報提供書の見本(丸数字は本文での解説箇所と対応)

ゲン、心電図の情報は添付しましょう。

最初に簡潔な入院経過を記載します。よくある間違いとして、病院に勤務する医師は医学的な情報を重視するあまり、専門的な内容をいっぱい書いてしまいがちです。しかし、紹介先のかかりつけ医が循環器を専門としない場合、専門的な情報はそれほど重要視されない可能性があります。優先度の高い医学的情報を厳選しコンパクトにまとめ、かかりつけ医が求めている患者への教育内容や生活に関する情報に紙面を割いたほうが、相手の求める診療情報提供書に近づきます。

モニタリング基準(図の③⑥)

退院後の外来管理の基準となる指標として、退院前(安定期)の体重とBNP/NT-proBNPは重要です。特に体重は有用と言えます。なぜなら病院の外来ではBNP/NT-proBNPの検査結果が当日に判明するものの、診療所では外注検査となり、その日の外来で結果を確認できないことから、すぐに評価できる体重が重視されるためです。体重の情報を提供している病院循環器医の割合は67.6%(表)と少なく、漏れやすい情報ですので意識して伝えるようにしましょう。

教育内容(図の⑤)

心不全増悪は、自己管理の問題に起因する 경우가多く、継続した患者教育が求められます。入院中の患者さんへの説明と外来での説明が食い違っていると患者さんが混乱してしまいますので、入院中に行った教育内容を共有し、ケアが途切れないようにしましょう。

身体機能・生活機能(図の④⑦)

心不全の患者さんは高齢者が多数を

占め、身体機能・生活機能の低下を来しやすく、必要時介護サービスを導入するなどの心不全管理と生活の支援が必要となります。生活の場に密接にかかわるかかりつけ医にとって重要な情報です。

ACP(図の⑧)

「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、患者の意志決定能力が低下する前に、治療や療養について患者・家族と対話するプロセスであるACPの実施をClass Iで推奨しています⁵⁾。ACPは一回で終わらず繰り返し行っていく必要があります。考慮すべきタイミングの一つとして、心不全による入院時が挙げられます。入院中に行ったACPを地域でも共有し、バトンをつなげていきましょう。

心不全の患者さんは高齢者が多く、医学的な情報に加え生活に関する情報も退院後のケアに重要です。かかりつけ医に適切な診療情報を提供し地域で切れ目のないケアを実践しましょう。

Take-home message

- ♥適切な診療情報提供書の作成は、心不全増悪予防の第一歩。
- ♥生活の視点とかかりつけ医の視点を意識して記載する。
- ♥適切な診療情報提供で切れ目のないケアを地域で実践しよう。

参考文献・URL

- 1) J Am Heart Assoc. 2020 [PMID: 32378443]
- 2) Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2015 [PMID: 25587091]
- 3) Circ J. 2021 [PMID: 34234052]
- 4) Int Heart J. 2022 [PMID: 35296618]
- 5) 日本循環器学会, 他. 急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版). 2022. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf

●表 心不全患者の診療情報提供書において、病院に勤務する循環器内科医が記載する情報と、診療所に勤務するかかりつけ医が希望する情報の上位10項目(文献3,4をもとに作成)

病院循環器医		かかりつけ医	
1位 心機能	93.6%	1位 心不全の原因疾患	83.4%
2位 心不全の原因疾患	92.9%	2位 退院前のBNP/NT-proBNP	80.7%
3位 退院前のBNP/NT-proBNP	85.8%	3位 退院前の体重	80.0%
4位 心電図	74.0%	3位 心機能	80.0%
5位 退院前の体重	67.6%	5位 教育内容	71.7%
6位 胸部レントゲン	61.2%	6位 退院前の身体機能(NYHA, 運動耐容能など)	68.3%
7位 退院前の身体機能(NYHA, 運動耐容能など)	59.4%	7位 退院前の生活機能(ADL, IADL)	67.6%
8位 退院前の生活機能(ADL, IADL)	52.7%	8位 胸部レントゲン	60.7%
9位 身体所見	47.0%	9位 心電図	55.9%
10位 教育内容	45.9%	10位 アドバンス・ケア・プランニング	54.5%

その情報、正確に伝わっていますか？

外来・病棟・地域をつなぐ

ケア移行実践ガイド

救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ……。1人の患者さんに複数の医療者・施設がかかわることが一般的となり、各セクションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜け落ちる場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを1冊に凝縮しました。

編集 小坂鎮太郎
松村真司



循環器ジャーナル 2023年4月号 Vol.71 No.2

特集 今だからこそ聞きたい 心不全診療のこと。

収録内容 I. 病態 II. 診断 III. 治療 IV. システム

●定価:4,400円(本体4,000円+税10%)

医学書院 詳しくはこちら

Medical Library

書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR部(03-3817-5650)まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

京都ERポケットブック 第2版

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

A6・頁528
定価:4,180円(本体3,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04988-7

評者 齊藤 裕之
山口大病院准教授・総合診療部

研修医と一緒にERで診察をしていると、症状から鑑別診断を考え、初期対応として何を行うべきかわからず立ち尽くしている状況を時々見ます。研修医の成長段階を質的研究すると、それは「立ち尽くすフェーズ」と言われ、そういえば若いころの私たちがERで何をしたら良いかわからず、立ち尽くしていた時期があったことを思い出します。私たち指導医は、研修医がなぜ立ち尽くしているのだらうと、彼らの立ち尽くす原因を鑑別診断するのですが「vitalが変化している患者さんにまずは何をしたら良いかわからない」「主要な症状からどのような疾患を鑑別したら良いかわからない」「疾患は想起できているが、診断を確定するための検査方針がわからない」など研修医が立ち尽くす原因はさまざまです。中には何がわからないのかもわからないといった答えさえも聞かれますが、そういった「立ち尽くすフェーズ」を上手に乗り越えさせてくれるのが、この『京都ERポケットブック 第2版』です。救急初期対応の最初のステップは普段通りの落ち着いた思考でいること。青地に黄色の文字でERと書かれている表紙は「ええ(E)からリラックス(R)してや」と、優しく関西弁で語りかけてくれています。

本書の内容はMBAホルダーの荒隆紀先生が執筆しただけあってさまざまなフレームワークを活用し、臨床現場でカオスになりがちな種々雑多な行動をわかりやすくまとめてあります。患者のファーストタッチから緊急性を察

知し呼吸と循環を安定させる primary survey (初期評価)、状態を安定させた上で鑑別診断を挙げツボを押さえた問診と身体診察を行う secondary survey (二次評価)は本書を通した一貫した行動目標となっており、私たちが常日ごろから研修医への指導や初期対応のセミナーで伝えているメッセージです。実は私たち指導医の行動も、このような型に基づいたシンプルな構成になっていることを研修医の皆さんに知ってもらえとうれしいです。「なんだ、いつも同じ原則で動いているだけじゃないか」と気付くことができると、立ち尽くすフェーズから次のフェーズに移行することができます。

第2版になりバージョンアップした点は、各症候のQ & Aが充実した点です。救急外来という限られた時間軸の中で診断・初期治療を行うことは、どうしても不確実性の要素が含まれてきます。だからこそ、研修医の疑問を指導医との議論で補うことで理解を深めていくわけですが、本書は診察中の研修医がよく質問してくれる内容を、文献を添えた説明やフレームワークを活用しながら解説しています。指導医にとっても指導方法の参考になるので、研修医から質問をされる前にチラッと目を通しておくと安心です。

第2版京都ERは「立ち尽くすフェーズ」から脱却する研修医だけではなく、彼らの指導をサポートする指導医にもお薦めの一冊です。みんな、ええ(E)本やからレジデント(R)にお薦めしてや。

研修医の「立ち尽くすフェーズ」を乗り越えさせてくれる書



今日の状況・明日への動向を捉え、病院組織のマネジメント向上を目指す

「病院」の教科書 第2版 組織・機能とマネジメント

医学書院 ウェブサイトで何ができるの? 医学界新聞 学会情報 書籍

「病院」の教科書 第2版 組織・機能とマネジメント 編集 今中雄一

教育の効果・効率・魅力を高めるために 第15回日本医療教授システム学会総会学術集会の話題より

第15回日本医療教授システム学会総会学術集会(3月16~17日、東京都品川区)が浅香えみ子会長(東京医歯大病院:右写真)のもと、「15年目の節目として、医療教授システム学」をテーマに開催された。本紙では、教育活動の効果・効率・魅力を高めるための手法・プロセスであるインストラクショナル・デザイン(ID)について取り扱ったシンポジウム「インストラクショナル・デザインの普及と効果」(座長=熊本大・鈴木克明氏、慈恵医大病院・万代康弘氏)の様態を報告する。



● 大会長講演を行う浅香えみ子氏

◆インストラクショナル・デザインを活用し、継続的な授業改善をはじめに登壇した杉木大輔氏(獨協医大埼玉医療センター)は、教育効果・効率の向上と指導医の負担軽減のためには診療の標準化と可視化が必要であると分析し、所属する救命救急センターで行った研修医教育の取り組みを紹介した。同センターでは、作成した診療プロトコルを学習管理システム(LMS)とグループウェア上で共有、プロトコルを随時アップデートすることで診療を標準化。全ての指導医が診療プロトコルを参照しながら指導を行うことで、指導内容の抜け漏れが減少し、研修の均てん化が促進されたと話す。また診療プロトコル以外にも、課題や業務マニュアルなどの資料をLMS上で研修前に共有しておくことで、研修医に自主学習を促し、OJTの時間を確保しているとの工夫を挙げた。今後に向けて氏は、「知識だけでなく、救急基本手技の習得にもLMSを活用していきたい」と目標を語った。

愛知県立大の河邊紅美氏は、看護管理者の立場から医療者教育に携っており、ID活用事例として①組織へのID普及事例、②他職種へのIDを取り入れた研修の設計事例、③新人看護師のOJT教育への応用の3例を挙げた。とりわけOff-JTでの学びをOJTで生かすためには日々の業務の振り返りが大切であると話す氏は、③新人看護師のOJT教育への応用において、日常的に行いやすい短時間の振り返りを、デブリーフィングとしてGAS法(情報収集、分析、まとめ)を用いて行ったと説明。デブリーフィングによって相手を褒め、認めることは自己効力感やモチベーションを高める効果があるため、指導者は学習者の日々の看護実践を把握し、良い取り組みはすぐに褒めること。そして、その積み重ねによって互いに承認し合う良い職場風土を醸成することが大切であると強調した。

次に北海道科学大薬学部藤本哲也氏は、薬剤師教育課程におけるIDの取り組みとして、同大独自の科目であり1年次前期に開講する「薬学生入門」を取り上げた。学生が大学での学習やコミュニティへ円滑に参加できること、グループワークでの役割や責任を認識すること、を目標に設計されていると氏は述べ、役割分担して調べた知識をグループ内で交換し、知識を統合して理解度を高める学習方法であるジグソー法と問題解決型学習を取り入れたグループワークの実践を紹介した。その一方で今後の課題に、同学部におけるID活用が道半ばであることを挙げ、IDに基づく継続的な授業改善をするために他の教員と協働していきたいと意欲を示した。

続いて登壇したのは救急救命士教育を行う三上剛人氏(吉田学園医療歯科専門学校)。同施設で行ったモデリング型演習の失敗事例を会場に共有しながら、失敗の原因を検証した。モデリングは他者の行動の観察と模倣によって行われ、①注意(対象に注意を向け観察)、②保持(観察した内容を記憶)、③運動再生(記憶した動きを模倣)、④動機付け(行動に対する肯定的な結果による動機付け)の4つの過程より成る。失敗事例の演習は見本動画を提示し手技を模倣させるという③のみに着目して設計されており、①②④が不十分だったため、学生が見本動画の動きを十分に再現できずいたと氏は分析した。「完璧な授業設計を最初から求めるのではなく、実践と分析の繰り返しによって良い授業を作り上げていく過程が必要だ」と述べ、今回の失敗を踏まえた授業のアップデートへの意気込みを語った。

その後行われた総合討論で座長の鈴木氏は、海外と比較すると日本人はPDCAサイクルを回すのが苦手であり、設計段階で完璧を追求しないことが求められると述べ、「とにかく実践してみる。それから分析し、改善することを意識してほしい」と、シンポジウムを締めくくった。



● シンポジウムの様子

ジェネラリストを目指す人のための 画像診断パワフルガイド

第2版



全身の画像診断を1冊で解説する本邦唯一のパワフルガイド、8年ぶりの全面改訂。ジェネラリストとして知っておくべき疾患の病態生理や病理の知識を踏まえて、それに対する画像診断を解説する基本コンセプトを継承。各章で鑑別診断(診断アプローチ)の考え方をまとめた頁も新設。タイトル項目の疾患には3段階の難易度レベルを示し、読者がレベルに合わせて学習できるように配慮。タイトル疾患数は381→406に増量、PoweUp欄で関連疾患をできる限り補強し、大幅にボリュームアップ!

好評

著 山下康行

くまもと県北病院理事長(前熊本大学放射線診断学教授)

この一冊で全部位の画像がわかる! 待望の全面改訂版

● 定価12,100円(本体11,000円+税10%) ● B5 頁880 写真2615・図273 2022年 ● ISBN978-4-8157-3054-3

無料 Webセミナーのご案内

詳細・お申込みは各QRコードから

対象 医師(総合診療医、プライマリ・ケア医、家庭医など)、研修医

受講料 無料

参考図書 ジェネラリストのための内科診断キーフレーズ

2023年4月21日(金) 19:00~20:30 *左記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

『ジェネラリストのための内科診断キーフレーズ』発刊1周年記念セミナー
内科診断に「キーフレーズ」を実装する!
明日からの臨床に役立つTips

講師 長野広之先生(京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野博士課程)



お手元にご用意いただけますと、セミナーの理解が一層深まります。



対象 看護教員、臨床指導者、看護管理者など、教育・学びに関心をもつ方

2023年5月13日(土) 10:30~12:00 *左記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

『わかりやすい省察的実践 実践・学び・研究をつなぐために』発行記念 NEO無料セミナー①

臨床の学びを支える
— 省察的実践にもとづく「教育的かかわり」入門

講師 三輪建二先生(星槎大学大学院特任教授)

受講料 無料

参考図書 わかりやすい省察的実践 実践・学び・研究をつなぐために

お手元にご用意いただけますと、セミナーの理解が一層深まります。



対象 理学療法士、作業療法士、柔道整復師

2023年5月13日(土) 19:00~21:00 *左記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

運動学 × 解剖学 × エコー 関節機能障害を「治す!」
理学療法トリセツ刊行記念セミナー

講師 工藤慎太郎先生(森ノ宮医療大学インクルーシブ医科学研究所・教授) 森田竜治先生(おおすみ整形外科リハビリテーション科)
荒川高光先生(神戸大学大学院保健学研究科リハビリテーション科学領域・准教授) 河西謙吾先生(加納総合病院リハビリテーション科・科長)
川村和之先生(国際医学技術専門学校理学療法学科・学科長)

受講料 無料

参考図書 運動学×解剖学×エコー 関節機能障害を「治す!」理学療法トリセツ

お手元にご用意いただけますと、セミナーの理解が一層深まります。



対象 医学英語初心者、これからUSMLEの勉強を始めた人~始めたばかりの人

2023年6月16日(金) 19:00~21:00 *左記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

ここからはじめる医学英語 & USMLE 最新情報!

講師 瀬崎智之先生(合同会社U-Consultant 代表/精神科医兼USMLEコンサルタント)

受講料 無料

参考図書 Dr.セザキ直伝! 最強の医学英語学習メソッド [Web動画付]

お手元にご用意いただけますと、セミナーの理解が一層深まります。



対象 新人・中途採用者を教育する立場の方

2023年6月25日(日) 13:00~15:30 *左記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

『精神看護』主催 無料Webセミナー 他の精神科病院が行っている
「新人・中途者歓迎+研修」の工夫を知りたい人、集まれ!

『マンガ 精神疾患をもつ人への関わり方に迷ったら開く本』の活用を含めて

講師 中村創先生(株N・フィールド 事業管理本部広報部 部長/精神看護専門看護師) 八田篤郎先生(医療法人尚生会湊川病院 看護部/精神看護専門看護師)
松村麻衣子先生(ハートランドしぎさん 看護部/精神看護専門看護師) 高田康代先生(公益財団法人積善会曾我病院 看護部)

受講料 無料

指定図書

マンガ 精神疾患をもつ人への関わり方に迷ったら開く本 教えて看護理論家の先輩たち! 私の役割って何?

テキストとして使用しますので、購入してからご参加ください。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト]https://www.igaku-shoin.co.jp [販売・PR部]TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp

ジェネナビ、始まる!

明日の臨床に役立つ! 内科医のための総合サイト
ジェネラリストNAVI

よりジェネラルな内科診療を目指したい臨床医のための、新しいWebサイトが4月3日(月)からオープンします。忙しい日常診療のちょっとしたスキマ時間でも読める、明日から役立つコンテンツを豊富に掲載!

会員登録 無料



ご登録はコチラから! https://gene-navi.igaku-shoin.co.jp/register

オープニングコンテンツ



- ジェネナビO×クイズ 1日1問
フィジカルwebドリル 石井 大太 (浦添総合病院 病院総合内科)、他
対談シリーズ「医の-artを求めて」 平島 修 (名瀬徳洲会病院 内科)
抗菌薬ものがたり——エピソードで学ぶ感染症診療の歩きかた
伊東 完 (東京医科大学茨城医療センター 総合診療科)、岡本 耕 (監修/東京大学医学部附属病院 感染症内科)
グラフィカル・ジャーナルクラブ——ビジュアルで読み解くエビデンス
青島 周一 (徳仁会中野病院 薬剤部)
臨床現場の仕事術——3分で読める! MBA×総合診療の100エッセンス
天野 雅之 (南奈良総合医療センター 総合診療科/教育研修センター)
Q&Aで学ぶ漢方診療 吉永 亮 (飯塚病院東洋医学センター 漢方診療科)
今月の東京GIM
診療ガイドラインのエッセンス

オープン記念特典

オープン記念として会員の方には、医学書院にて開催された下記の人気セミナーを4月30日まで無料公開いたします。ぜひお見逃しなく!

磨け! 問診力~診断に迫る“+α”のテクニックセミナー

講師: 志水 太郎 (獨協医科大学 総合診療科)、上田 剛士 (洛和会丸太町病院 救急・総合診療科)

オンライン直伝! ベッドサイド・フィジカル!

講師: 徳田 安春 (臨床研修病院群プロジェクト群生沖縄)、石井 大太 (浦添総合病院 病院総合内科)、矢吹 拓 (栃木医療センター 内科)、平島 修 (名瀬徳洲会病院 内科)



医学書院

4 medicina Vol.60 No.5



臨床医からみたPOCT

企画: 大杉泰弘 (藤田医科大学連携地域医療学)

簡便性、即時性という点で非常に有用で、近年臨床の現場でも認知度が高まりトレンドとなっているPOCT (point of care testing)...

INDEX

- 第1章 総論 POCTへの誤解、運用・解釈の注意点/セッティング別の血液尿検体のPOCT/POCTとして使える画像・生理検査/血液、尿以外の検体採取の注意点/診療所スタッフが行う検査機器・試薬などのメンテナンス、精度管理、検査結果の管理/POCTの経済的側面
第2章 日常診療とPOCT
〈外来診療〉発熱外来を受診した発熱患者-新型コロナ抗原検査、インフルエンザ迅速検査の使い方/咽頭痛患者-溶連菌・アデノウイルス迅速検査/DOAC内服患者が小出血イベントを起こしたとき/喘息のある患者-スパイロメトリー、ピークフロー/発熱患者-クリニック外来でのプロカルシトニン迅速キットの活用/意識障害患者-尿中薬物検査/肺炎疑い患者-マイコプラズマ・尿中レジオネラ・尿中肺炎球菌抗原検査/頭痛を伴う発熱患者に対するPOCT-Jolt accentuationで髄膜炎の除外は可能なのか?/かゆみを伴う皮疹の患者-KOH法、抗原定性検査/下腹部痛を訴える女性患者-尿中hCG検査/性感染症(STD)疑いの男性患者-淋菌のグラム染色、尿中クラミジア抗原
〈在宅診療〉在宅患者への血液ガス分析器の運用
〈実践〉呼吸困難を訴える在宅患者/排尿障害の在宅患者-超音波による残尿評価と治療戦略/在宅患者におけるCOVID-19/急性の下肢浮腫-超音波検査の活用/心不全既往のある患者-エコーによる体液量推定と診断・治療への応用/災害医療における超音波検査によるPOCTの実践-DVTハイリスク避妊者に対する対応

●1部定価: 2,860円(税込)

来月の特集 (Vol.60 No.6) Common diseaseの処方箋ファイル 臨床経過から学ぶ20症例 企画: 矢吹拓・山本祐・青島周一

2023年増刊号 (Vol.60 No.4) 探求! マイナーエマーゼンシー ●特別定価: 6,050円(税込)

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



Vol.33 No.4

総合診療



救急対応ドリル-外来から在宅までの60問!

企画: 「総合診療」編集委員会 (藤沼康樹・徳田安春・山中克郎・片岡仁美)

総合診療やプライマリ・ケアの現場では、救急対応が必要な患者さんが多く、いつどんな時も適切な診断・治療・マネジメントを行うことが求められます。本特集ではERのみならず、一般外来や在宅における様々なコンテキストの問題を散りばめながら、「救急対応の実践的かつ必須知識の習得」を目指し、「全60問」の救急対応ドリルを作成しました。本ドリルで読者の皆さんが楽しく学びながら、また自身のウィークポイントにも気づいて必須知識を習得でき、さらには明日からの現場実践に役立てば幸いです。

INDEX

- 1 神経.....土肥栄祐 | 安達彩織・融衆太・内原俊記 2 精神.....佐藤萌子・西村勝治
3 循環器.....宗像慧太 4 呼吸器.....樋口真司・山中克郎 | 伊藤 涼・友田義崇・栗屋幸一
5 消化器.....鈴木康平 | 大西秀樹 | 那須淳一郎 | 原田 亮
6 腎・泌尿器.....田邊克幸 | 木野村賢 | 北川正史 | 山野井友昭 | 堀井 聡
7 代謝・内分泌.....長谷川功 | 本多寛之 | 大國皓平 | 西山 充 | 本村悠馬・福岡秀規
8 血液.....原田芳巳 | 藤原英晃 9 アレルギー・膠原病.....矢野裕之・金城光代 | 神野定男
10 感染症.....高橋平安彦 11 筋骨格.....湊しおり 12 耳鼻科.....山田万里央・北野夕佳
13 眼科.....石岡みさき 14 皮膚科.....田中 厚 15 小児科.....植田育也
16 在宅.....藤原靖士 17 小外科.....柴田恵多 18 老年医学.....百武美沙
19 緩和.....田 直子

●1部定価: 2,750円(税込)

来月の特集 (Vol.33 No.5)

疾患別「イルネスクリプト」で学ぶ「腹痛診療」を磨き上げる22症例 企画: 藤沼康樹 (医療福祉生協連家庭医療学開発センター)

年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引! 配送料は弊社負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。

2023年 年間購読料

- medicina 40,788円(税込) (増刊号・増大号を含む年13冊)
総合診療 32,472円(税込) 個人特別割引28,248円(税込)
医学生・初期研修医割引22,044円(税込)

電子版もお選びいただけます

医学書院