

2016年3月14日
第3166号 for Residents

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

New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [対談] 研修医のメンタルサポート(福岡敏雄, 前野哲博)…………… 1—3面
- [寄稿] 2023年問題を受け、日本医学教育評価機構発足(奈良信雄)…………… 4面
- [連載] Dialog&Diagnosis…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6—7面

対談

研修医のメンタルサポート

早期発見と適切な対処で守る



福岡 敏雄氏

倉敷中央病院総合診療科主任部長
救命救急センター長・人材開発センター長

前野 哲博氏

筑波大学医学部医務系教授
同附属病院総合診療科・総合臨床教育センター部長

福岡 JAMA誌に「研修医のうつ病や抑うつ症状の頻度は28.8%」という数字が発表されました。1963—2015年までに報告された研修医のメンタルヘルスに関する54の研究のシステムティックレビューによるもので、20.9—43.2%の幅から導かれています。厳密な指標を用いた研究や調査対象者が多い研究ほど抑うつ症状の頻度は減っているため、結果はやや過大評価されている可能性は考慮する必要があります。しかし、各国の研修医がメンタルヘルス問題を抱える現状が示されたことは、臨床研修に携わる関係者も重く受け止めなければなりません。

前野 私たちのグループも、全国の臨床研修指定病院250施設、1238人の1年目研修医(2011年度)を対象にストレス調査を行いました²⁾。研修開始時期と研修開始3か月後を比較すると、新規に抑うつ症状を呈する研修医は19.6%に上り、研修とストレスの関連を強く示唆する結果を得ました。

福岡 前野先生らの研究、そしてJAMA誌の報告から、少なくとも約2割の研修医が研修開始後に抑うつ症状を経験すると考えてよいでしょう。研修医に対し、早い段階からメンタルサ

ポートを行う必要がありそうです。

研修医を取り巻く ストレスフルな環境

前野 実際に現場を見ても、研修医は1年目の4月からストレスにさらされています。

福岡 研修医として新しい環境に移り、今まで経験したことのない役割を担うとなれば、緊張したり、一時的に高揚感が出たり、あるいは落ち込んだりもする。人間として当たり前の反応だと思うのです。

前野 そうですね。医学生と異なり、医師免許を有するチームの一員としての役割が期待されることになるわけですから、上級医に比べ臨床能力が劣ること、不慣れな業務を担うことによる、量的・質的な負荷は避けられません。

福岡 研修にはある程度負荷がかかるとはいえ、耐性を超えるストレスによって抑うつ症状やうつ病を発症して研修を中断するようなことは、本人の将来のためにも防がなければなりません。

前野 近年は卒前教育において「診療参加型」の臨床実習が広がり、卒前と卒後のギャップは以前よりは小さくな

研修医がうつや抑うつ症状を来す割合は28.8%に上るとするシステムティックレビューが、JAMA誌2015年12月8日号に報告された¹⁾。日本においても、研修開始後に抑うつ症状を訴える割合が20%近くになるとの研究がある²⁾。また、研修医の1.3%が研修の中断を経験(2006—09年平均)し、その内の48%は病気療養が理由とされている³⁾。研修医のメンタルヘルス問題は、患者ケアの質低下や医療事故を引き起こす可能性もあるため、病院組織を挙げての予防と対策はもちろん、指導医や周囲の同僚らによる早期発見が欠かせない。

具体的にはどのような対応が必要になるのか。臨床研修の責任者を務め、研修医の教育・指導に当たる福岡氏と前野氏が、研修医を取り巻く研修環境の現状と課題を分析。両施設の研修医メンタルサポート体制の在り方、研修医が安心して研修に専念できる研修環境などについて提言する。

ったものの、医療安全の問題や患者の権利意識の高まりなどから、医療者に対する視線は厳しさを増し、研修医はさまざまなストレスにさらされているのが現状です。

私の感覚では、研修医がコンディションを崩す時期はローテーションで診療科が変わった1週目というパターンが多いような気がしています。

福岡 それは言えますね。

前野 これは、2004年に始まった新医師臨床研修制度によって短期間のスーパーローテーションが義務付けられ、2—3か月で診療科が次々変わるようになったことが一因としてあります。診療科が変われば、患者も、指導医も、しきりとも変わる。少し慣れたと思ったら、また新しい科に異動するわけですから、大きなストレスを感じても不思議ではありません。

福岡 ストレート研修だったころは手術が不得意なら内科を志望し、外科の現場には出なくてよかった。ところが今は、外科志望でない研修医も手術室に入らなければならないわけで、当然その人にとってはストレスフルな環境になるでしょう。つらいことがあっても、ローテーションで変わったばかりの指

導医には、SOSを出しにくい。

前野 米国立労働安全衛生研究所(NIOSH)作成の職業性ストレスモデルにおいて、ストレス反応は「ストレス要因」「ストレス緩和要因」「個人的特性」の3つによって影響されています。短期間でめまぐるしく変わる環境は、ストレス要因が大きいのはもちろんですが、「自分は周りから支えられている」「組織の一員として受け入れられている」という「やりがい」や「達成感」が得にくく、「ストレス緩和要因」を最大化できないこともメンタルヘルスに影響を与えられます。

予防と早期発見がポイント、 研修開始1—2か月が山場

福岡 研修医を預かる立場の病院は、「初期研修医はストレスを抱える存在」という前提で、メンタルサポート体制を整備する責任があります。「困ったことがあれば、相談してください。しっかりサポートしますよ」というメッセージを研修医に発信していくことが大切です。

(2面につづく)

3 March 2016

新刊のご案内

●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。

JRC蘇生ガイドライン2015
監修 一般社団法人 日本蘇生協議会
A4 頁592 4,500円 [ISBN978-4-260-02508-9]

ジェネラリストのための
外来初療・処置ガイド
編集 田島知郎
編集協力 千野 修、田島敏吾
B5 頁312 8,000円 [ISBN978-4-260-02420-4]

標準眼科学
(第13版)
監修 木下 茂
編集 中澤 満、村上 晶
B5 頁380 7,000円 [ISBN978-4-260-02411-2]

医療法学入門
(第2版)
大磯義一郎、大滝恭弘、山田奈美恵
A5 頁328 3,800円 [ISBN978-4-260-02450-1]

ロイ適応看護理論の理解と実践
(第2版)
編集 小田正枝
B5 頁312 2,600円 [ISBN978-4-260-02469-3]

エビデンスからわかる
患者と家族に届く緩和ケア
森田達也、白土明美
A5 頁200 2,300円 [ISBN978-4-260-02475-4]

スピリチュアル・コミュニケーション
医療者のための5つの準備・7つの心得・
8つのポイント
岡本拓也
A5 頁188 2,500円 [ISBN978-4-260-02529-4]

〈がん看護実践ガイド〉
がん看護の日常にある倫理
看護師が見逃さなかった13事例
監修 一般社団法人 日本がん看護学会
編集 近藤まゆみ、梅田 恵
B5 頁200 3,000円 [ISBN978-4-260-02480-8]

〈がん看護実践ガイド〉
見てわかる
がん薬物療法における曝露対策
監修 一般社団法人 日本がん看護学会
編集 平井和恵、飯野京子、神田清子
B5 頁152 3,400円 [ISBN978-4-260-02494-5]

〈がん看護実践ガイド〉
オンコロジックエマージェンシー
病棟・外来での早期発見と
帰宅後の電話サポート
監修 一般社団法人 日本がん看護学会
編集 森 文子、大矢 綾、佐藤哲文
B5 頁240 3,400円 [ISBN978-4-260-02446-4]

〈がん看護実践ガイド〉
サバイバーを支える
看護師が行う
がんリハビリテーション
監修 一般社団法人 日本がん看護学会
編集 矢ヶ崎香
B5 頁184 3,000円 [ISBN978-4-260-02487-7]

実践 マタニティ診断
(第4版)
編集 日本助産診断・実践研究会
B5 頁336 3,800円 [ISBN978-4-260-02493-8]

看護医学電子辞書10
電子辞書 55,500円 [JAN4580492610100]

言語聴覚研究
第13巻 第1号
編集・発行 日本言語聴覚士協会
B5 頁72 2,000円 [ISBN978-4-260-02542-3]

対談 研修医のメンタルサポート

(1面よりつづく)

前野 予防と早期発見、早期対処といった病院の備えが、研修医を守ることになります。倉敷中央病院ではどのようなメンタルサポートをされていますか。

福岡 毎年25—30人の研修医が入ってくる当院は、入職時のストレスチェック、それからローテーションごとの「総合評価会」、さらに研修の管理委員長(研修責任者)である私との面談を行っています(表1)。

入職時のオリエンテーションでは、抑うつ評価尺度「CES-D」とストレス評価尺度「POMS」を用いた自己診断とフィードバックを行い、研修医と臨床心理士がストレスマネジメントについて話し合います。およそ2か月に1回、各診療科の研修後に行う「総合評価会」では、研修医と指導医と一緒に話し合う時間を設けます。

前野 診療科が変わるタイミングに配慮しているわけですね。研修医と福岡先生との面談は、2年間の研修期間に何回実施しているのでしょうか。

福岡 1人あたり4回です。かつては後期研修先を決める2年目の7月と研修修了判定前に行うだけでした。これでは足りないと感じ、1年目の後半、さらに1年目の6月と、早い時期での面談を年々追加していきました。

なぜ6月にしたかという、4月に研修が始まってからの2か月目は、私や院内の臨床心理士に「会って相談したいことがある」と研修医から相談が増える時期だったからです。そこで、もっと早い段階で面談が必要だと考えたのです。

前野 私たちの研究の調査時期を研修開始時とその2か月後に設定したのも、先行研究でこの時期にコンディションを崩すことが多いとされていたからです。相談に対するアドバイスとして配慮している点があれば教えてください。

●表1 倉敷中央病院の初期研修メンタルサポート

スケジュール	主な内容
1年目 4月 オリエンテーション	臨床心理士によるストレスマネジメントのレクチャー。CES-D、POMSによる自己診断とそのフィードバック。結果は管理委員長(研修責任者)のみに報告
1年目 6月 管理委員長面談	研修の進捗状況、救急研修への準備状況の確認
1年目 12月 同	研修の進捗状況、2年目研修のローテーションに向けて将来の希望科や方向性の確認
2年目 7月 同	研修の進捗状況、3年目以降の進路相談
2年目 2月 同	研修修了に向けて最終確認、研修全体を振り返っての意見交換

*この他に、2か月ごとに、各ローテーションの総合評価会を開催し、診療科指導医と研修医が会して、研修時の評価のフィードバックと研修についての意見交換を行う。

●表2 筑波大学病院の初期研修メンタルサポート

スケジュール	主な内容
1年目 4月 オリエンテーション 食事会	オリエンテーションの他、メンター1人に研修医5人程度を1グループとし、食事会を実施
1年目 10月 中間評価(面談)	CES-Dを実施。スクリーニングで問題が見つかれば、総合臨床教育センターの医師と面談
1年目 3月 中間評価(面談)	同上
2年目 3月 修了面接	研修修了時の評価

*年に1回、病院の全職員を対象にメンタルヘルスケアに関する健康管理講演会を実施している。

青年期・成人期の「自閉症スペクトラム」(ASD)を対象とした臨床論

自閉症スペクトラムの精神病理 星をつぐ人たちのために

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

内海 健
東京藝術大学教授 保健管理センター長



●まえの・てつひろ氏
1991年筑波大卒。河北総合病院で初期研修の後、筑波大病院総合医コース修了。川崎医大総合診療部、筑波メディカルセンター病院などを経て、2009年より現職。総合診療科で診療・教育に従事する傍ら、大学病院の臨床研修プログラム責任者を務める。日本プライマリ・ケア連合学会副理事長。編著書に『帰してはいけない外来患者』(医学書院)など。



●ふくおか・としお氏
1986年阪大卒。阪大病院、大阪府立病院での研修の後、89年倉敷中央病院循環器内科。92年名大病院を経て同大大学院助手。教員として集中治療部、救急部、救急・集中治療医学講座などを担当。2006年から倉敷中央病院総合診療科主任部長兼医師教育研修部長に就任。10年救急医療センター主任部長、13年救急医療センター長、14年4月からは人材開発センター長を兼任する。

ルス問題を抱えた研修医を早期に発見するためには、どのような点に留意すれば良いのでしょうか。

前野 早期発見のポイントは2つあります。1つは各科指導医に、ストレス反応や抑うつ症状のことをよく理解してもらおうこと。2つ目は、研修医自身がうつについて把握することです。うつの症状は気づきにくく、責任感が強い研修医ほど自分からSOSを出しません。それでも表3にあるようなわずかなサインを見逃さないことです。

福岡 確かに、時間通りに来られない、約束を守れなくなった研修医は、何らかの問題を抱えている可能性があるため、私も注意を払います。

前野 指導医には、本人のやる気やモラルを問う前に、コンディションを心配してほしい。眠れない日々が続いている、あるいは食欲がなく体重が減っている、というのもうつの危険を示すサインです。

福岡 指導医が心配しても「大丈夫です」と繰り返す研修医がいるんですよ。それが一番怖い。

前野 研修医の答える「大丈夫」には、「平気」の意味と「つらいけれど力を振り絞ればなんとかこなせる」の2つの意味があります。「つらいけれど……」という文脈でも「大丈夫」と言ってしまう。それを聞いた側が「あ、平気なんだ」と受け取ってしまうと、問題を発見できません。

福岡 私が担当する部門に研修医がローテートしてくると、「元気?」「調子はどう?」と聞いて相手の反応を見るようにしています。

前野 当院では、指導医の声掛けに対し「『大丈夫』の場合は本当に平気か、確認してください。逆に『休ませてく

ださい』と言われた場合は、難色を示したりはせずに、そのまま受け取って休ませてください」と周知し、問題のある研修医を現場でいち早く救い上げられるようにしています。

福岡 研修医側が自分の気分・調子を気に掛けることも大切です。自身の不調に気付くことができれば、自らSOSを出せる。また、同僚の不調に気づきやすくなるでしょう。

前野 抑うつ症状のある研修医も、指導医の前では気を張っていますから、見た目上は受け答えはしっかりできるものです。それが研修医室に戻ってきた途端に落ち込んでいる。そんな状況に周囲が気付ければ、同僚を救うことになります。

福岡 私の経験でも、同僚の初期研修医に限らず、看護師や後期研修医など身近な人から「ちょっとあの研修医が心配なので、1回連絡を取ってもらえますか?」と言われ、早期に対処できたこともありました。

前野 病院全体でメンタルヘルスの問題について理解し、心配な研修医がいたら皆で手を差し伸べ、早期に発見できる環境づくりが望まれます。

「症状の波」を踏まえ、復帰への道筋を考える

福岡 研修医がメンタルヘルスの問題で研修を一旦休止した場合、その後の対応と復帰までの道筋を考えなければなりません。本人が「現場に戻れる」と言っても、復帰には慎重を期す必要があります。

前野 対応は、指導医など当事者だけで行わないほうがよいと思います。うつの症状は多様なため、復帰の判断を

●表3 うつ病を疑うサイン(文献4を一部改変)

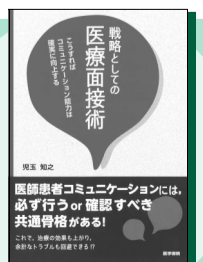
◆周囲が気付く変化	◆自分が気付く変化
1. 以前と比べて表情が暗く、元気がない	1. 悲しい、憂うつな気分、沈んだ気分
2. 体調不良の訴え(身体の痛みや倦怠感)が多くなる	2. 何事にも興味が湧かず、楽しくない
3. 仕事や家事の能率が低下、ミスが増える	3. 疲れやすく、元気がない(だるい)
4. 周囲との交流を避けるようになる	4. 気力、意欲、集中力の低下を自覚する(おっくう、何もする気がしない)
5. 遅刻、早退、欠勤(欠席)が増加する	5. 寝つきが悪くて、朝早く目が覚める
6. 趣味やスポーツ、外出をしなくなる	6. 食欲がなくなる
7. 飲酒量が増える	7. 人に会いたくなくなる
8. 将来を悲観する言動が増える	8. 夕方より朝方のほうが気分・体調が悪い
9. 自殺をほのめかす	9. 心配事が頭から離れず、考えが堂々巡りする
	10. 失敗や悲しみ、失望から立ち直れない
	11. 自分を責め、自分は価値がないと感じる

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

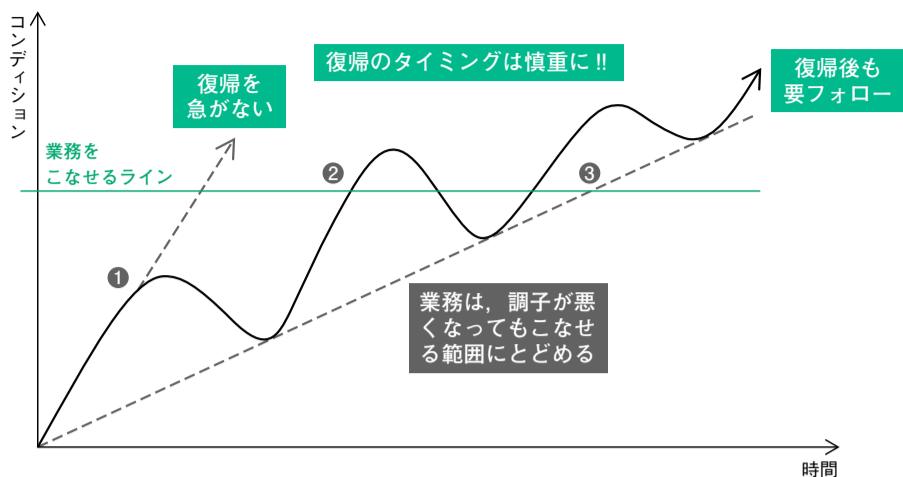
戦略としての医療面接術 こうすればコミュニケーション能力は確実に向上する

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

児玉知之
柏厚生総合病院内科



早期発見と適切な対処で守る 対談



●図 復帰までの症状経過シミュレーション (前野氏作成)

①の段階では、復調の兆しがあっても復帰を急がないこと。一直線に良くなることはなく、復調には足踏みする時期がある。②で一時的に業務をこなせるコンディションになっても、症状には波があるため再び悪化する。そのため業務は、調子が悪くてもこなせる範囲にとどめること。③のように、調子が悪くなくても「業務をこなせるライン」を下回るようなことがなくなれば、復帰と見なせる。ただし、コンディションが悪化する可能性を踏まえたフォローは以降も欠かせない。

含め専門家の介入が必要です。当院では、研修医の抑うつ症状を発見したら院内の産業医(精神科医)にアセスメントを依頼して、出された結論に対しては、当該の研修医、研修責任者、指導医とも従う。そういう方針で対応しています。

福岡 当院でも、なるべく自施設の精神科医に診てもらっています。長期休養から復帰する際には、産業医と研修医本人、人事課担当者、研修責任者の私とで面談することになっています。

前野 一定の休養を取った研修医が現場に戻るとなったときも気を付けています。実際、復帰直後の研修医に、指導医や同僚が振り回されてしまうというケースを耳にするからです。復帰の際の注意点は、「症状経過には必ず波がある」と知っておくこと。そして、業務を任せる範囲は「コンディションの下限で考えること」の2点です(図)。研修医に復調の兆しがあっても、指導医は復帰を急がない。コンディションの波が下降する時期があるため、昨日は行けても、今日は「とても行ける状況ではありません……」となってしまうケースもあらかじめ想定しておかなければなりません。

福岡 早く復帰したい、復帰させたいと、両者が期待だけを持ってはいけなわけですね。

前野 そのまま復帰を見越して、診療の担当や手術予定表の第1助手に名前が入ってしまうと、急に来られなくな

ったときに、迷惑をかけてしまいます。そこで復帰に向けては、症状の波が悪化する可能性があることを踏まえ、調子が悪くてもこなせる業務量を調整しながら、長いスパンで復帰の見通しを立てなければなりません。

新専門医制度で懸念されるメンタルヘルス問題

福岡 研修医のメンタルヘルス問題は、初期研修だけにとどまりません。不調を抱えながら、なんとか初期研修を乗り越えても、後期研修のスタートで新たなストレスを受ける心配があります。病院も変わり、初期研修医とは異なる役割を求められるれば、当然戸惑う研修医も出てくるでしょう。

前野 初期研修との大きな違いは、「研修が仕事」だった初期研修医と異なり、後期研修医は「戦力」としてカウントされることです。特定の診療科に入ること、メンタルヘルスの問題も表に出にくくなる危険性があります。

福岡 私も実際、後期研修中の医師が「どうも調子が悪そうだ」という相談や、進路やキャリアチェンジをしたいと本人から話を聞くことがあります。

前野 今心配しているのは、2017年から始まる予定の新しい専門医制度によって、後期研修がきっちりとプログラム化されることの影響です。臨床研修制度の必修化で初期研修医のメンタルストレスが大きな問題になったよう

に、2017年から始まる新専門医制度でもこの問題は深刻な形で顕在化するのではないかと懸念しているのです。**福岡** 初期研修医は2年間で90日以内の休暇が認められています。もし体調を崩して90日を超過して休んだ場合、現行では引き継ぎ研修として相当期間の研修を受けて修了認定となり、遅れて後期研修に入ることができません。しかし新専門医制度は4月スタートのプログラムですから、開始時の帳尻合わせが難しくなってしまいます。**前野** そうなのです。例えば3か月超過して休んだがために、後期研修のスタートを1年待たなければならない可能性がある。

これまで、各科ローテートする初期研修をなんとか耐えて修了した研修医

は、その後は自分のコンディションでも続けられる職場を見つけてきたものです。しかし新制度下では基本的には19領域から1つを選び、定められた研修プログラムをこなさなければいけなくなる。コンディションに合わせたキャリアを考えると、かなり選択肢が狭まってしまうことも予想されます。その上、後期研修が始まってからのキャリアチェンジも、研修を受ける施設だけでなく、場合によっては日本専門医機構にまで届け出が必要になるなど、ハードルが高くなります。**福岡** 制度変更の渦中にある今だからこそ、研修医の置かれる環境はどう変わっていくのか、研修病院は十分に意識して研修医のメンタルサポート体制の整備を行っていく必要があります。

5年、10年かけて一人前になればいい

前野 現場で研修医の声を聞いていると、皆、漠然とした焦りを持ってますね。

福岡 それは感じています。「早く一人前になりたい」との思いが先行し、焦りが募るのでしょう。

前野 私も経験があります。夏季休暇に数日休んだだけで、置いていかれないか心配になりました。

福岡 その感覚、よくわかります。10年目と11年目には差はなくても、1年目と2年目では相当な差が生まれる。研修医は1日1日速いスピードで成長するからです。週や月単位で休むと、なおさら大きな遅れを感じてしまうわけですね。でも研修医に言いたい、「焦り過ぎは禁物だ」と。

前野 まずは自分の性格・特徴をよく知り、「身の丈に合った」ペースで研修を受けてほしいです。1年目研修医は、どこまで自分が頑張ればよいのかつかめません。1年目と5年目では力量に差があるのも致し方ありません。倒れるほど頑張り過ぎないことです。

福岡 カルテを書くのだから最初は時間がかかります。周りの先輩も「1時間かかってもいいんだよ」と言ってあげてほしい。

前野 研修中の手技の経験回数なんていうのも気にすることはないんです。「CVライン(中心静脈路確保)、もう5例もやったぜ」と言っている研修医もいますが、そんなの10年も経てば

イヤというほど経験しますよ(笑)。

福岡 一人前の医師になるプロセスには、多かれ少なかれ焦りや周囲のプレッシャーにさらされる状況はある。自分自身もそうでしたし、きっと前野先生も経験があるでしょう。だから私は、相談に来る研修医に対して言うように心掛けています。それは「あなたを2年間で一人前の医師にしようとは思っていない。5年、10年かけて一人前になればいい」という言葉です。

前野 初期研修は毎年約9000人が受け、しかもほぼ全員が修了することを想定した制度です。長い医師人生を見通せば、初期研修の2年間は心身共に健康な状態で無事に終わってほしい。それが研修医を預かる者の実感ですね。

福岡 初期研修の2年間をしっかりと修了するためにも、まずは焦らず、元気に楽しく進んでほしいと思います。(了)

●参考文献

- 1) Mata DA, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2015; 314 (22): 2373-83. [PMID: 26647259]
- 2) 瀬尾恵美子, 他. 文科省科研費助成研究. 初期臨床研修における研修医のストレスに関する多施設研究(2010-12). 2013.
- 3) 厚労省. 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書—医師臨床研修制度の見直しについて. 2013. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000032870.pdf>
- 4) 厚労省. うつ対策推進方策マニュアル. 2004.

メックDr.孝志郎の
内科系専門医試験 講座
41単位 257,000円(税別)

認定内科医試験対策
総合内科専門医資格
認定試験対策

ご購入は Grand Market Owen gm ouen 検索
グランドマーケットオーウェン <https://gmouen.jp>
QRコードからも申込可能▶▶▶

Dr.孝志郎が教える内科系専門医試験攻略のコツ
待望の第2弾!

内科系専門医試験
解法へのアプローチ 第2集

藤澤孝志郎 Dr.孝志郎のクリニック院長

Dr.孝志郎による内科系専門医試験対策問題集の第2弾がついに登場! 第2集では、症候学や電解質異常、低血糖、ショック、染色体や遺伝子など、第1集では取り上げ切れなかったテーマも網羅する。問題はすべてDr.孝志郎によるオリジナルで、頻出・重要テーマを厳選。病態生理から説き起こした解説を読めば、得点力アップはもちろん、臨床力もアップすること間違いなし! 試験直前のおさらいに役立つ巻末正誤問題付き。

●B5 頁160 2016年 定価:本体5,000円+税 [ISBN 978-4-260-02399-3]

内科系専門医試験
解法へのアプローチ 藤澤孝志郎

●B5 頁160 2013年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-01809-8]

医学書院

寄稿

2023年問題を受け、日本医学教育評価機構発足

奈良 信雄 順天堂大学医学部特任教授・東京医科歯科大学医学部特命教授・日本医学教育評価機構理事



●なら・のぶお氏
1975年東医大医学部卒。放医研、トロント大オンタリオ癌研究所研究員などを経て、94年東医大教授。2015年より現職。海外15か国の医学部における教育を調査研究し、医学教育の在り方を検討。

14年には日本医学教育学会「医学教育日野原賞」を受賞した。全国医学部長病院長会議の「医学教育の質保証検討委員会」委員長を務め、文科省と厚労省の調査研究事業にも携わる。「内科診断学 第3版」(医学書院)など編著書多数。

いて実地調査を行う。実地調査では、受審医学部の教育担当者、教員、学生、研修医等と面談し、質疑を行う。講義や実習を見学したり、教育病院や研究施設等を視察したりもする。こうして国際基準に適合した教育が行われ、成果が挙げられているか判定される。

最終的にはJACMEが評価者からの最終報告を受けて認定を行う。自己点検書と評価者による評価結果は、受審医学部とJACMEのウェブサイトにて原則公開され、透明性をもって全医学部での教育レベル向上が期待される。

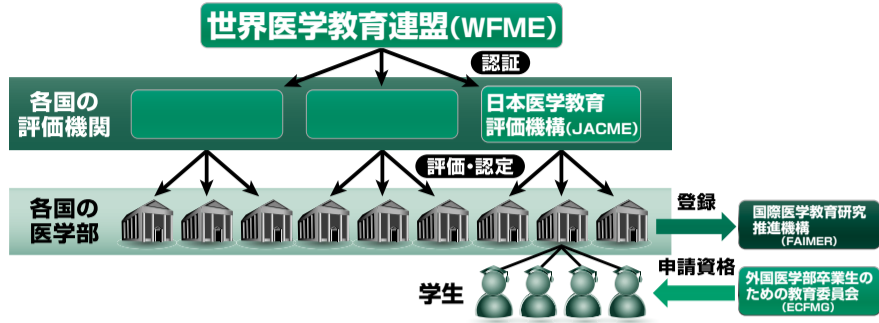
*

JACMEによる医学教育評価は、“2023年問題”の対応から始まったとはいえ、これを機に日本全体の医学教育のさらなるレベル向上が期待される。

国際水準から見れば、わが国の医学教育レベルは決して低くはないものの、医学・医療は常に進歩し続けており、医学教育も先を見越した改善を図らなければならない。今後早急な改善が望まれるのが、学修成果基盤型教育の導入、診療参加型臨床実習の充実、学生の自己学習の推進、統合型教育の導入、シミュレーション教育やeラーニングなど教育環境の整備だ⁷⁾。いずれもJACMEの評価時に点検し、不備があれば改善の勧告や助言をしていく。各大学の評価は7年以内の周期で継続的に実施される。ただ、評価は決して医学部間の序列化や差別化ではない。グローバル化が進む中、日本が医学教育の面でも世界をリードできるようになることをめざすものである。

●参考文献・URL

- 金子元久. 認証評価の展望. 大学評価研究. 2013; 12: 5-13.
- ECFMG. Medical School Accreditation Requirement for ECFMG Certification. <http://www.ecfm.org/about/initiatives-accreditation-requirement.html>
- LCME ウェブサイト. <http://www.lcme.org/>
- GMC. Promoting excellence: standards for medical education and training. <http://www.gmc-uk.org/education/standards.asp>
- 奈良信雄. 医学教育分野別認証評価と学修成果基盤型教育. 日内会誌. 2015; 104(12): 2523-6.
- 奈良信雄. 国際基準に基づく医学教育分野別認証評価. 医学のあゆみ. 2016; 256(2): 171-5.
- 世界医学教育連盟(WFME) グローバルスタンダード 2012年版準拠 医学教育分野別評価基準日本版. 2015. http://jsme.umin.ac.jp/ann/WFME-GS-JAPAN_2012_v1_3.pdf



●図 国際的に認知されるための医学教育分野別評価制度と、ECFMG申請

を調査し、確認する。評価委員には、医学教育関係者の他に、学生や一般人が含まれ、入学時のオリエンテーションなど、医学部の行事に合わせて年に8回程度視察が行われる。

この他、豪州や韓国でも公的機関が医学部の評価を行うなど、医学教育の質保証が不可欠とされ、評価法は各国ともほぼ同様の形式で行われている。

全医学部評価までの準備着々と

ECFMG 通告を受けて、2011年に全国医学部長病院長会議(AJMC)内に「医学教育の質保証検討委員会」が発足し、評価制度設計の検討を開始した。また、2012—16年度文科省大学改革推進委託事業(GP)による「国際基準に対応した医学教育認証制度の確立」により、東医大を事業推進責任校に、東大、千葉大、新潟大、慈恵医大、東女医大の5大学が連携校となって、医学教育評価制度の確立に向けた研究が開始された^{5,6)}。

各国が設置する評価機関が国際的に認証され、ECFMGの申請要件に適合するためには、二つの要件がある(図)。

第一は、政府、全医学部によって認知された公的な機関が評価を実施すること。この要件を満たすために、文科省、AJMCが協議を重ね、日本医学会連合、日医、日本医学教育学会等の支援も受けて、2015年12月1日に「日本医学教育評価機構(JACME)」を発足し、活動を開始した。2016年度中には世界医学教育連盟(WFME)の認証を受ける計画で、JACMEが国際的に認証を受けた医学教育評価機関となる予定だ。JACMEによって適合の認定を受けた医学部は、ECFMGとパートナーシップ関係にある国際医学教育研究推進機構(FAIMER)に登録され、ECFMGへの申請資格を得ることとなる。

第二の要件は、医学教育評価は国際基準にのっとった評価基準で実施されることだ。日本医学教育学会「医学教育分野別評価基準策定委員会」が中心となり、WFMEが2012年に公開したグローバルスタンダードを日本の実状

に合わせて改変し、国際的に通用する評価基準を策定した⁷⁾。この基準は、9領域と36下位領域とで構成され、それぞれに「基本的水準」と「質的向上のための水準」が規定されている。

2016年1月現在、試行として、10大学の医学部に対して医学教育評価が実施された。試行の結果は、JACMEが国際的に認証された後で正式に認定を行う予定である。2016年2月以降も医学教育評価が順次実施され、遅くとも2023年までには全医学部が評価を受けることになっている。

自主性と継続性のある自己点検評価が基本に

諸外国における医学教育評価制度は基本的に次の構成から成り、JACMEも同様のスタイルで評価することとしている。

- ①受審校による自己点検評価(self-study)
- ②評価委員による自己点検評価報告書の査読、文書での質問
- ③評価委員による実地調査(site-visit)
- ④評価結果報告、認定
- ⑤評価結果報告書に基づく各医学部での改善

医学教育評価は、公開された評価基準に沿って、まず受審医学部が自己点検することからスタートする。医学教育の質を保証する上で最も基本かつ重要なのは、各医学部が自主的に自己点検評価を行い、良い点は発展させ、改善すべき点は改革することにある。改善点は自主的に改善する姿勢が尊重される。自己点検評価には、全教職員の参加が求められ、単発でなく継続的に行うことが重要になる。つまり、PDCAサイクルの一環である。

ただし、独り善がりにならないためにも第三者による客観的評価は欠かせない。受審校の自己点検評価報告書は根拠資料を添えてJACMEに送られ、JACMEが委嘱した評価委員によって査読を受ける。査読後、自己点検内容を確認し、さらに医学教育の向上を目的として、評価者が受審医学部に出向

大学を中心とする高等教育では、分野を問わず「教育の質保証」が課題になっている。とりわけ医師育成という社会的責任がきわめて重い医学部教育では、教育の質保証は欠かせない。米、英、豪などの先進諸国の他、台湾、韓国、マレーシア、タイなどアジア諸国においては、医学部教育の質を保証するべく医学教育分野別評価が10年以上前から自主的に実施されている。

翻ってわが国の高等教育の現状はどうか。学校教育法の改正によって、2004年から大学評価・学位授与機構、大学基準協会、日本高等教育評価機構による大学機関別認証評価¹⁾が実施されるようになったものの、医学部教育の分野別評価は全く実施されてこなかった。折しも、2010年9月に米国の外国医学部卒業生のための教育委員会(ECFMG)が、申請要件として「2023年以降は国際的な基準で評価を受けている医学部出身者に限る」と通告²⁾してきたのを契機に、日本も医学部の分野別認証評価を行うことがようやく検討されることとなった。文科省や全国の医学部に大きな課題として突きつけられた、いわゆる“2023年問題”である。

世界の潮流は「質保証が不可欠」

ECFMG 通告には、米国・カナダ以外の海外医学部を卒業した医師が米国内で増加する現状を受け、「米国民の健康を守るには、質が保証された医学教育を受け、医師として必要なコンピテンシーが担保された者にしか米国の医業を任せられない」との大義名分がある。一方で、質が担保された海外からの有能な医師に、良質な医療を担ってもらおうとの思惑もあろう。

米国では、全米医学学校協会(AAMC)と米国医師会(AMA)が合同で設置している医学教育連絡委員会(LCME)が、全医学部を対象に医学教育評価を定期的に行い、医学教育の質を保証している³⁾。医学教育評価を行うための基準が明確に規定されており、各医学部はそれにのっとって学生を教育し、卒業させている。

また、英国では総合医学協議会(GMC)が、約5年に一度、医学部の評価を行っている⁴⁾。GMCは医学部卒業時点で修得しておくべきコンピテンシーを“Tomorrow's Doctors”に明記し、それに沿った医学教育が適正に実施されているかが評価の基準になっている。各医学部は“Tomorrow's Doctors”に則して自己点検し、自己点検評価報告書は評価委員に送られて査読される。その後8人の評価委員が現地

内科診断学の定番テキストに、新たなステージを拓く待望の新版登場

内科診断学 第3版

症候から診断への思考プロセスを丁寧に解説した、内科診断学の定番テキストの最新版。さらに診断学に特化すべく、好評の「症候編」を大幅拡充し、医学生・研修医が知っておきたい症候・病態をカバー。加えて、診断のプロセスを具体的な症例で解き明かす「症例編」を新設。また、図版を整理、全文オールカラー化で、一層読みやすく生まれ変わった。本文を収録した「付録電子版」付。定番のその先を狙った、野心的な大改訂。

編集 福井次矢 聖路加国際病院 院長
奈良信雄 順天堂大学医学部 特任教授
東京医科歯科大学 特命教授

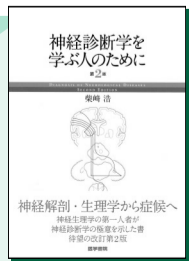


神経生理学の第一人者が神経診断学の極意を解説、待望の改訂第2版

神経診断学を学ぶ人のために 第2版

難解な神経診断学の理解のため、基礎的知識(解剖、生理、薬理)から臨床への橋渡しとなる解説をめざした初版の機能・系統別構成はそのままに、全編を大幅増補。「視床」「イオンチャネル異常症」の章新設など構成を変更、「眼球運動の中枢調節」「基底核の神経ネットワーク」「パーキンソン病の病態生理」「呼吸の調節機構」など最新の知見を基に増補。またトピック等をまとめたコラムを46→90題に増補、新しい図・文献も追加され充実した内容となった。

柴崎 浩 京都大学医学研究科名誉教授
臨床神経学/脳機能総合研究センター



Dialog & Diagnosis

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

第15話 (最終回)

OPQRST を超えて

青柳有紀
Consultant Physician, Northland District Health Board
Honorary Lecturer in Medicine, University of Auckland, New Zealand

昨年1月から担当させていただいたこの連載も、早いもので今回が最終回となります。「空想とは、心に考えが浮かんでいるが、そのことに対するわれわれの理解に、熟慮や注視が欠けている状態である」と、17世紀の哲学者、ジョン・ロックは言いました¹⁾。そこで、これまでに連載で検討してきた概念や教訓を空想で終わらせないためにも、今回はそれらをもう一度、皆さんと注意深く振り返ってみたいと思います。

「プロ」と「アマ」の違い

私の趣味の一つは料理なのですが、小学2年生くらいから続けていることもあり、かなりの腕前であると自分でも思いますし、よく家族や友人たちにもそう言われます。実際に、「自分の作る料理は、いわゆる一流店をも凌ぐのではないかと自分でも思うことがしばしばあります。一方で、私の料理のスキルは、ある重要な側面において「プロ」のそれには及ばないということも十分認識しています。それは、どういふことでしょうか？

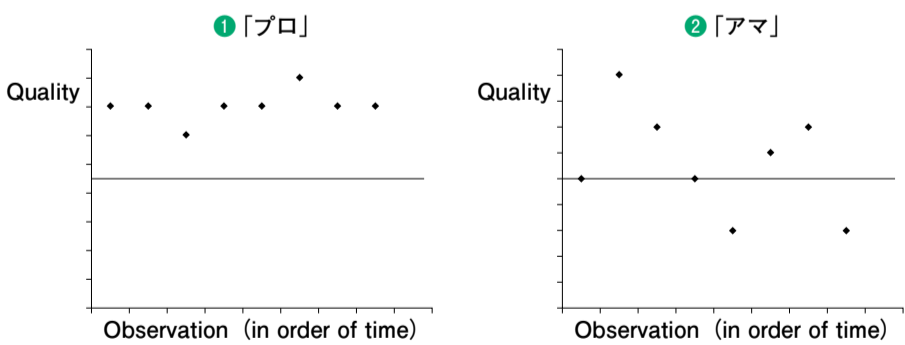
わかりやすいように2つのグラフを書いてみました(図)。①は「プロ」が作る料理の「quality (質)」を時系列的に示したもので、②は私の料理のそれを示しています。一流のプロは、毎回、一定の基準を超えた高い質の料理を作ります(各グラフ上の直線を「上質」の基準だと考えてください)。一方で、私の作るものは、時にプロの質を上回ることがあっても、一定の質を

維持することができません。言い換えれば、質の variation (ばらつき) が大きいのです。しかも、プロは、ほぼ毎日、私が家族や友人たちに作るものとは比較にならない量の料理を作りますから、もしも私がそういった作業をこなすとなれば、variation はさらに大きくなることでしょう。

この連載のテーマである「診断」についても同様に考えることができます。臨床医は、プロとして、自らの仕事に常に一定の質を担保する必要があります。診断力の variation を極力狭い範囲に抑えなくてはなりません。そして、同時に、自らの診断力をより高いレベルに向上すべく、努力する必要があります。

診断における variation を抑える方法

では、どうすれば診断における variation を抑え、一定の質を維持することができるのでしょうか。ひとつの有効な手段は、「システムティックな方法を用いる」ことです。もっと簡単に言うと、「型」を利用することです。ちょうど、私たちが心電図の解釈を学ぶときに、秩序だったアプローチ(rate, rhythm, axis, intervals……)を教えられるように、診断の際にも同様なアプローチが有効です。主訴に始まり、現病歴、既往歴……と秩序立って進められる問診の形式もひとつの「型」です。現病歴を漏れなく聴取するためにしばしば用いられる OPQRST AAAA (表) も同様です。



●図 「プロ」と「アマ」の違い

●表 病歴聴取における OPQRST AAAA (文献2より)

Onset 発症様式	Associated symptoms 随伴症状
Provocative/Palliative factors 誘発/緩和因子	Alleviating factors 寛解因子
Quality 性質	Aggravating factors 増悪因子
Radiation/location 放散/位置	Attribution 過去における同様の症状の有無, 患者が考える原因
Severity 程度	
Timing/duration タイミング/長さ	

アメリカでレジデントとして働くために、私がかつて受験した USMLE (米国医師国家試験) の一部に、Step 2 Clinical Skills というものがあります。15分の制限時間内に模擬患者から病歴聴取および必要な身体所見を取り、10分で鑑別診断および必要な検査項目を列挙したカルテを書いて提出するという試験で、1日に計12人の模擬患者を診察するタフな試験です。限られた時間内に鑑別診断に必要な情報を効率的に集めるためには、(OPQRSTに代表されるような) システムティックなアプローチが不可欠です。アメリカではレジデントとして実際の臨床の場に出て行く前、すなわち医学生のうちに、このようなスキルが身につけているかが問われます。

OPQRST を超えて

しかし、レジデントから指導医(アテンディングもしくはコンサルタント)に成長していく過程では、診断に際して単にシステムティックなアプローチを使いこなすだけではなく、それ以上のスキルが求められます。いわば、私たちは型を守りつつも、それを超えていかなければならないのです。この連載で取り上げた症例は、その具体例というべきものでした。

第1話「抗菌薬が効かない市中肺炎?」では、型どおりの薬剤歴の聴取では拾い上げられないリスクがある患者のサプリメント使用と、抗菌薬との重大な相互作用の問題について検討しました。第2話「ギョッと話す話」では、同様に型どおりのペット歴の聴取で見逃してしまう可能性のある病原体への暴露の問題を扱いました。

第3話「毒を盛られた話」、第4話「あの娘、ぼくが川に飛び込んだらどんな顔をするだろう」、第5話「ハムとヤマアラシ」では、患者の職業や余暇の過ごし方、食生活など、時として正しい診断に不可欠な社会歴の聴取に関連したピットフォールの例を取りあげました。第6話「既往歴、この厄介なもの」では、病歴聴取において常に重視される既往歴が、正しい診断を下す際のバイアスにもなり得るというパラドクスについて、例を挙げて検討しました。第7話「コール・ミー・ホエン・ユー・キャン」では、診断における電話というありふれたコミュニケーション・ツールの重要性について、また第8話「HIVの既往あり」と、第9話および第10話「悪い空気について①②」では、診断検査における有病率および

検査前確率という概念の重要性について議論しました。第11話「なめたらあかん」では経験に富む臨床医が用いている pattern recognition の例について、また第12話「1859年より愛を込めて」ではプロブレム・リストの具体化やバイタルサインの重要性について論じました。第13話「抗菌薬の不安たち」では、「診断の診断」とも形容すべき、疾患の根本的な原因を問う姿勢の重要性について検討し、第14話「診断のエピステモロジー」では、「患者のケア」という観点から、私たちが当然のように行っている病歴聴取という行為そのものの限界について、メタ論的な立場から問題提起を行いました。

*

いかがでしたでしょうか。常に進化しようとして努力している読者の医学生やレジデントの皆さんと同様に、私自身も日々の診療や教育活動の中で、新たな教訓を得たり、従来の考えの再検討を迫られたり、試行錯誤の連続です。伝えたいことや、皆さんと一緒に考えてみたいことには限りがなく、近い将来にその機会が訪れることを、今から心待ちにしています。連載に目を通してくださった皆さんに心よりお礼を申し上げます。いつか世界のどこかでお会いしましょう。そして、その時は、ぜひ一緒に回診しましょう。(了)

【参考文献】

- 1) Locke, J. An Essay Concerning Human Understanding. The University of Adelaide; 1690. <https://ebooks.adelaide.edu.au/l/locke/john/181u/>
- 2) Kiefer MM, et al. Pocket Primary Care. LWW; 2014.

本紙の人気連載が書籍化!

「型」が身につくカルテの書き方

佐藤健太
「基本の型」の部で、SOAP形式や問題リストなどのカルテ記載法のエッセンスを、「応用の型」の部では、外来・救急などセッティング別のカルテ記載法を習得できる。
●B5 頁140 2015年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-02106-7]

今日から使える医療統計

新谷 歩
“できるだけ数式を使わず”に今日から使える統計学の知識を、読み物形式で伝授。論文を紐解くための統計学の極意がここに。
●A5 頁176 2015年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-01954-5]

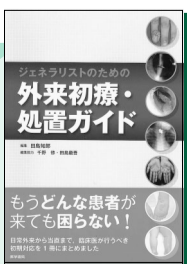
医学書院

ジェネラリスト必携! 外来で困らないための初療・処置のガイドブック

ジェネラリストのための 外来初療・処置ガイド

本書は、臨床医が最低限行うべき初療・外来処置を1冊にまとめたガイドブック。豊富な写真・イラストを用いて、診断において見逃してはならない重要症候や、外来でできる治療手技をわかりやすく解説。小児から高齢者、頭のとっぺんから足の爪先まで一患者の年齢・部位を問わずジェネラリストに求められる初期対応を網羅した。これさえ読めば、もうどんな患者が来ても困らない!

編集 田島知郎
東海大学名誉教授
編集協力 千野 修
東海大学医学部付属東京病院准教授
外科診療部長
田島厳吾
すわやまクリニック 院長



救急蘇生の現場に立つ全ての人へ、必携のガイドライン最新版

JRC蘇生ガイドライン2015

各国の蘇生協議会を束ねる国際組織ILCORが5年ぶりに作成した国際コンセンサスであるCoSTRに基づいて、日本の実情にあわせて作成されたガイドライン最新版。日本蘇生協議会が総力をあげ、徹底的な議論を経て作り上げた。新たにファーストエイドの章が新設されたことをはじめ、すべての内容が改めて検討された。救急蘇生の現場に立つ、医師、看護師、救急救命士をはじめとする全ての人に必携のガイドライン。

監修 一般社団法人 日本蘇生協議会



Medical Library 書評新刊案内

《日本医師会生涯教育シリーズ》

Electrocardiography A to Z

心電図のリズムと波を見極める

日本医師会 ● 編・発行
磯部 光章, 奥村 謙 ● 監修
清水 渉, 村川 裕二, 弓倉 整 ● 編
合屋 雅彦, 山根 禎一 ● 編集協力

B5・頁304
定価: 本体5,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02150-0

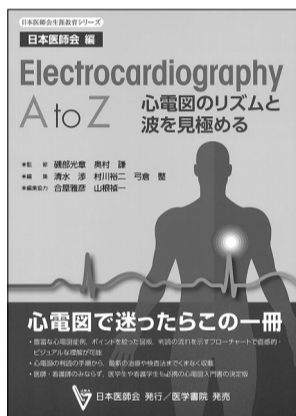
評者 杉本 恒明
東大名誉教授

本書は《日本医師会生涯教育シリーズ》の一つである。このシリーズでは、タイトルが“ABC”となっているものはよく見るが、“A to Z”というのは初めてである。書評の依頼をいただいたこともあって、「監修・編集のことば」をあらためて拝見し、医学生、研修医、コメディカルスタッフ、あるいは循環器専門医までも含めて対象とした、とあったのを見て、そのスケールの大きさを知った。殊に、コメディカルスタッフを対象に含めたことに感心したのである。今日、看護師が専門領域を持つようになって、若い看護師たちの心電図に対する関心は極めて高く、よく知っていてもいる。

評者は平素、医療機器の一般家庭への普及を願ってきた。心電計もまた、そのような大衆化された医療機器と言える時代になっているのではないかと考えていた。狭心症症状にしても、不整脈にしても、症状があるときの心電図が極めて大事である。このためには携帯型心電計がもっと利用されてよい。家庭血圧計の普及は日常の管理の面ばかりでなく、血圧というものの生理的、病態学的意義について医学的な新知見を提供しつつある。心電図記録

においても、携帯型心電計はこのような付加的価値を持ち得るものであり、医学・医療に貢献するところは極めて大きいはずなのだ、という思いがある。

専門医にも コメディカルスタッフにも 役立ててほしい解説書



心電図波形は視覚的、直観的に読み取る訓練が極めて有用で、役立つ領域である。本書の冒頭には口絵がある。本書を通読する前と後とでこれを見比べると、得られた知識が確認できよう。

本書は「心電図の基本的知識」「心電図判読の手順と異常所見」「波形の異常」「調律の異常」「心電図に関連する臨床的知識」の5章構成である。各章の内容は基本的には臨床を離れることなく、心電図、診断、病態が中心であり、メカニズムの記述には執筆担当者の思いが込められている。最終章の「心電図に関連する臨床的知識」には、Holter心電図、携帯型心電計から自動解析心電計に至る9項目がある。自動解析は利用されるものであり、頼られるものではない。そのゆえに手引き書としての本書は極めて大事である。

ページの間に「ひとくちMEMO」がある。これが必ずしも「ひとくち」ではない。多くは1ページを超えていて、結構、面白い。評者はこれを担当

見逃し症例から学ぶ 神経症状の“診”極めかた

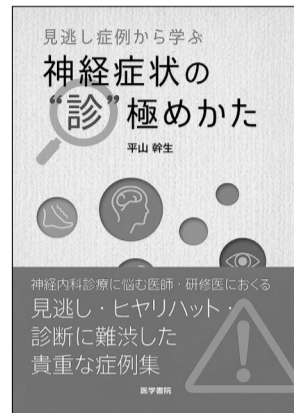
平山 幹生 ● 著

A5・頁284
定価: 本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02415-0

評者 山中 克郎
諏訪中央病院総合内科/院長補佐

著者の平山幹生先生を私はよく知っている。名古屋近郊にある春日井市民病院という人気の研修病院で、3年間ほど研修医教育と一緒にさせていた。実直かつ臨床能力の高い臨床医である平山先生は当時、副院長(研修医教育担当)をされていた。神経内科だけでなく、全ての医学領域において貪欲な探究心をお持ちである。ケースカンファレンスの後で、参考になる論文はこれです、と何度も重要論文をお送りいただいた。私はそのように真理を探究する平山先生の姿勢に大変敬服している。

診断に対する 凄まじい情熱に脱帽



平山先生が40年間の臨床経験に基づいて書かれたのがこの書である。示唆に富む教育症例は全部で61あり、「意識障害」「頭痛」「めまい」「発熱」「嘔気・嘔吐、不定愁訴」「しびれ、痛み」「けいれん、高次脳機能障害」「脱力」「錐体外路症状」「脳神経症状」の10章に分類されている。症例ごとに誤診(診断エラー)の原因と対策が分析されている。どうして診断を間違えたかを、認知エラーとシステム関連エラーに分け、さらに細かいカテゴリーから考察されている。

私にも経験がある。自分が判断を誤った、または考察が少し足りなかったというケースを書くのは非常に心が重い。できれば思い出したくない。不幸な転帰をたどった場合にはなおさらである。しかし、人は失敗から多くのことを学ぶ。医師もまた然りである。事実に基づいて症例を深く振り返り、どこで思慮が不足していたのかを分析す

された執筆者のお人柄を想像しながら楽しんで読んだ。

まずは医学生、研修医、コメディカルスタッフにお勧めしたい。とにかく、通読することである。思いもよらず、楽に通読できて驚くであろう。そして

ることは重要である。また同じような患者が現れるかもしれない。本書で学んだ医師が、同じピットフォールに陥ることを防いでくれる。

「神経内科診療の達人」になるための12か条が書かれている(p.vii)。「患者から学ぶ姿勢を貫く」「疾患の診断のポイントを覚えておく」「問診で鑑別すべき診断を頭に浮かべ、要領良く所見をとっていく」……書かれていることの多くは、全ての内科医が心掛けるべき重要事項だ。「辺縁系脳炎症状を呈し、完全房室ブロックをきたした患者」(p.15)の診断過程が非常に興味深い。MEDLINEでencephalitis, myocarditisのキーワードを入力し類似症例を検索する。その後に確定診断のため、冷凍保存されていた9年前のペア血清を用いて外注検査を依頼したそう

だ。診断に対する、凄まじい情熱に脱帽である。

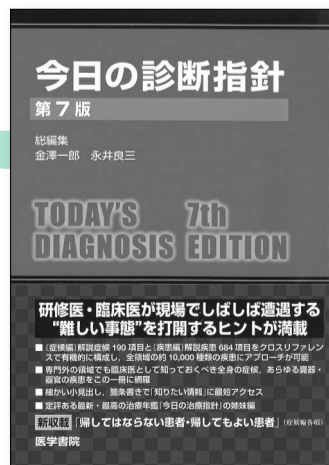
最終診断後の文献的考察を交えた疾患に関する詳細な解説が非常に勉強になる。NMO(視神経脊髄炎)spectrum disorderは最新の診断基準が紹介されている(p.158)。小脳・脳幹の血管支配についてのシェーマは秀逸でわかりやすい。「首下がり患者で鑑別すべき疾患」(p.230)など、キーワードから連想される疾患についての整理は日常臨床で非常に役立つだろう。これから神経内科医をめざす若手医師はもちろんのこと、神経疾患の診断が得意になりたいプライマリ・ケア医にも強く購読を勧めたいすてきな医学書なのである。

読み返す。それは骨の折れることではない。こうして得られる心電図所見が医療スタッフの日常会話の中で、また患者との会話の中で、何気ない話題となっていく時代となることを願いたい。

本邦最大級の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

今日の診断指針

第7版



総編集 金澤一郎・永井良三

本書の特徴

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

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

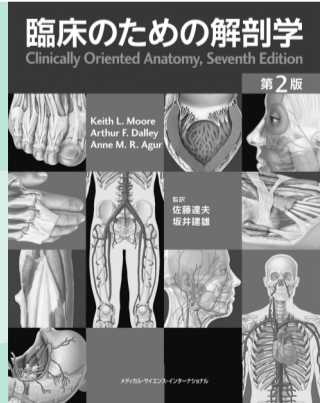
医学書院

新刊

臨床のための解剖学 第2版

Clinically Oriented Anatomy, 7th Edition

日本語初版刊行以来、医師、研修医など多くの読者の支持を獲得してきたロングセラー、8年ぶりの改訂。1980年の原著初版以来、版を重ねつつ評価を高めてきた。改版にともない、さらに読みやすさ、わかりやすさを追求。本書の特徴である解剖学と診察や診断との関係を明確に示す体表解剖および医用画像は、本文の流れに沿った配置に変更。加えて臨床関連事項の記述はさらに充実し、適宜アイコンを付記。図版は全面的に刷新され大幅増量、レイアウトを効率的に組みかえることにより頁数を抑えた。臨床現場で常に参照できる実践的解剖学テキスト。



著 Keith L. Moore
Arthur F. Dalley
Anne M. R. Agur
監訳 佐藤達夫
東京医科大学 名誉教授
東京有明医療大学 学長
坂井建雄
順天堂大学大学院医学研究科解剖学・
生体構造科学 教授
定価: 本体14,000円+税
● A4変 頁1136
● 図1135・写真359 2016年
● ISBN978-4-89592-838-0

研修医からベテランまで使える、
臨床に直結した解剖学の
本格テキスト

目次	Introduction 1 胸郭	2 腹部 3 骨盤と会陰	4 背部 5 下肢	6 上肢 7 頭部	8 頸部 9 脳神経のまとめ
----	----------------------	-----------------	--------------	--------------	-------------------

ジェネラリストのための眼科診療ハンドブック

石岡 みさき ● 著

A5・頁198
定価: 本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02418-1

評者 **森村 尚登**
横浜市大主任教授・救急医学

本書は、スペシャリストからジェネラリストに向けた鮮烈かつ明快なメッセージである。

初めて手に取ったとき、思わず「こんな本が欲しかった」の一言が出た。と言うのも、そもそもスペシャリストとジェネラリストが共有できる書物やそれを意図する本が、残念ながら極めて少ないからである。あったとしても、『JRC蘇生ガイドライン』のように、ジェネラリストからスペシャリストに向けられるものがほとんどであり、その逆向きのベクトルによるメッセージを込めた(銘打った)本は正直見たことがない。

期待に胸を膨らませて本書を開くと、今度は思わずうなづいてしまった。目次の冒頭、いきなり「緊急度」の文字が眼に飛び込んできたからである。多くの専門書と異なり、「重症度」ではなく「緊急度: Acuity (アキュイティ)」を類型化して病態を解説している。正直、これには驚いた。緊急度は「時間が重症度に及ぼす影響の程度」である。もう少しみ砕くと、緊急度が「高い」状態とは「重症化するまでの時間が短い」状態を意味する。したがってそれを判定するということは、重症化を防ぐために診療を開始するまでの「持ち時間あるいは時間的余

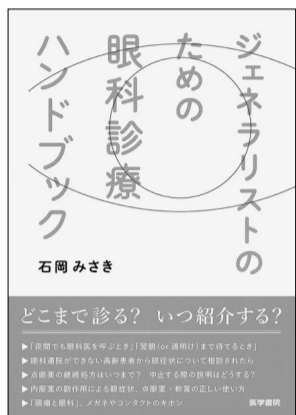
裕」を判定することである。多くのジェネラリストがまず知りたいのは、まさしくこの緊急度なのだ。眼科医に、「すぐに」「翌日に」「1週間以内に」

診てもらわなければならないのか、そもそも「眼科以外でも対応可能」なのか。本書はまさにここを明確に記している。蛇足だが、レストランのランク付けを思わせる星の数で「緊急度」を分類しているのもユニークである。

さらにページをめくると、これまた図と写真が程よく掲載されていてとてもわかりやすい。項目立ても、ジェネラリストが日常よく出合い、また迷うところを網羅している。これらの意味でジェネラリストにとっては痒いところに手が届く使い勝手さを持っている。

他方、本書はジェネラリストのみならず、スペシャリストにとっても必携の書である。スペシャリストの中で言うことが違えば、メッセージを受け取る側は混乱する。何を伝えるべきか、どのように伝えるべきか。これらをスペシャリストが共有し、発信していくことでジェネラリストとのさらなる連携が深まっていくこと、間違いない。本書のコンセプトが、今後続々と他の本にも受け継がれていくことを心より望む。

ジェネラリストがまず知りたい「緊急度」を類型化して病態を解説



Grant解剖学図譜 第7版

Anne M. R. Agur, Arthur F. Dalley ● 原著
坂井 建雄 ● 監訳
小林 靖, 小林 直人, 市村 浩一郎, 西井 清雅 ● 訳

A4変型・頁920
定価: 本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02086-2

評者 **樋田 一徳**
川崎医大教授・解剖学

“Grant's Atlas of Anatomy” 原著第13版の邦訳である『Grant解剖学図譜 第7版』が出版された。評者が医学生として解剖実習を行ったのは1981年、先輩に勧められ邦訳初版で学んだのを覚えている。以来版を重ね、手元には邦訳第7版までがそろそろが、特徴は何と言っても、適切な標本を忠実に美しく描いた図にある。写真やデジタル画像に比べ、描図からは、眼前の事実を詳細に観察して得られた人体構造の理解を医学生や後進に伝えようとする原著者の意思が感じられるのである。解剖、観

察、同定、理解、説明、関連といった一連の学習行為が原著者や訳者の努力によりヴィヴィッドに伝わる、これが医学生に愛され続けた理由であろうか。詳細な観察、克明な記録、深い考察、明快な説明、広範な関連。実習を重視する現代医学教育に、伝統ある解剖学の真髄が重要なポイントを問い掛けている。

医学への関心の高い入学直後の時期に学ばせようと、川崎医大では1年生で人体解剖実習を行っている。マクロとミクロのみならず生理学もリンクさせ、1年間は全寮制で解剖実習の内容

解剖学の真髄が、現代医学教育に問うもの

肝動脈化学塞栓療法(TACE)

理論と実践ストラテジー

松井 修, 宮山 士朗, 大須賀 慶悟, 衣袋 健司 ● 編著

B5・頁252
定価: 本体10,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02432-7

評者 **堀 信一**
ゲートタワーIGTクリニック院長

このたび、日本の肝細胞癌治療をリードし続けてこられた、松井修先生、宮山士朗先生、大須賀慶悟先生、衣袋健司先生が直接筆を執られて、肝動脈化学塞栓療法(TACE)の経験、知恵の集大成とも言える本が出来上がった。

TACEを行う際に必要な肝細胞癌の病理解剖は、松井研究室とも言える金沢大放射線科の方々により明らかにされ、先生方の豊富な知識が余すことなく記されている。この解剖知識により、Lipiodolがなぜ肝細胞癌の治療に役立つのかの実証研究を可能にし、この治療法の世界の普及につながった。また、宮山先生という類まれな知性と卓越した技術を持つ医師を得、緻密なTACEの展開によりこの治療の極みが示された。今では同じ治療を専門とする世界中の医師の目標となっている。大須賀先生は、球状塞栓物質の開発当初からの研究者で、TACEが持つ治療法としての可能性をさらに広げるべく研究が続けられている。衣袋先生は、画像診断技術でこの治療を支え続けられている。

諸先生方の直接のご執筆になる本書は、まさにこの治療を行う医師の実践的指導書であり、治療を行う中での日々の疑問を持つたびに、本書をひもどくことでその解決策を得ることができよう。ぜひ本書を血管造影室に常備し、臨床の現場で開き、診療の質を高めて患者の予後改善に役立てていただきたい。

本書は肝細胞癌の治療に当たる医師

の教科書というだけでなく、執筆の先生方の努力のたまものとしての貴重な文献の集大成であり、これから肝細胞癌の論文を書かれる同輩、後輩は、こ

れ一冊を手元に置けば、ほぼ完璧な参考文献の引用が可能である。論文作成にはいかに信頼のおける論文を参照するかが、その論文の価値を決める要素となる。執筆の先生方の経験、知識と文献検索の努力が後輩の研究者たちにうまく受け継がれていくに違いない。

松井先生が、TACEの将来展望として記されているように、現在のTACEの技術で肝細胞癌の治療が完成した

わけではない。今後のTACEに新たな技術要素が付加され、新規薬剤の導入がなされることで、さらに治療効果の改善が得られるようになると期待される。いつかこの技術により、日本ではウイルス性肝炎撲滅と肝細胞癌終焉の宣言がなされる日が来るかもしれない。そのときには、日本のこの診療技術から得られた成果が、世界中の手本になり、本書がその礎となることを心から願う。また、この治療技術が肝細胞癌にとどまらず、体中の固形がんの治療法として発展することを願いたい。そのためにも本書の学術的、医療的な意味は大きい。

先生方が、日々の忙しい臨床業務の合間に執筆されたことを思うと、先生方の発刊までのご努力に感服すると同時に、肝細胞癌の治療への貢献に深く感謝申し上げたい。

に沿ってカリキュラムが編成される。目的は“人体のしくみ”の理解であるが、何よりも生命を尊ぶことが主眼である。当然、人体構造=生命の姿の、素晴らしい構築の事実を理解することが重要となり、学生たちは図譜をわかりやすい指標としている。本学では1970年の開学以来、『Grant解剖学図譜』を一貫して指定し、先輩からの助言も現実的である。昨年臨床実習と並行して臨床解剖実習も行っているが、学生だけでなく研修医や指導医も自分の図譜を携行し、以前学んでメモ書きした内容を再認識する。版の違う同じ図譜を各自用いる光景は、伝統の重みを感じさせるのである。

第7版の改訂で、ほぼ全てのページの下に数行の解説や表が付された。簡条書き文は現代的であるが、剖出・説

明・機能・臨床関連など、ページ単位にふさわしいまとめは、つなぎ合わせれば論理的な説明文になることに気付く。文章記述が苦手な最近の学生にも大いに役立ち、訳者の思いが伝わってくる。立体感が増した図に加え、生体図や医療画像も適所に用いられ、長く愛用できるであろう。今版は9つの章と索引に分かれ、全ページの上端角にある章別色分けに気付いた。本を開く側に段階的に色分け区分されていた旧版に比べ新版ではより識別しやすくなり、実習室での学生の利便性向上への配慮が感じられる。

学習者の立場で改訂を重ねた『Grant解剖学図譜 第7版』で学生にどのような教育を実施するか、思案するのが楽しみでもある。

添付文書情報+オリジナル情報が充実した、ポケット判医薬品集

Pocket Drugs 2016

全治療薬を収録したポケットサイズの医薬品集。添付文書情報に加え、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ薬の「選び方・使い方」、その根拠となる「エビデンス」も掲載。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷製剤写真も掲載。2016年版では見やすくレイアウトを変更。薬効分類・同効薬が一目でわかるだけでなく、さらに薄くポケットに入りやすく改良した。

監修 **福井次矢**
聖路加国際病院・院長
編集 **小松康宏**
聖路加国際病院・副院長
渡邊裕司
浜松医科大学教授・臨床薬理学



揃えて読めば理解も深まる! 臨床直結のストール本

精神科治療薬の考え方と使い方

「ストール精神薬理学エッセンシャルズ」準拠 **第3版**
Stahl's Essential Psychopharmacology Prescriber's Guide, 5th Edition

▶「ストール精神科治療薬処方ガイド」5年ぶりの改訂、改題。基礎的な薬理学について扱う「ストール精神薬理学エッセンシャルズ」の姉妹書で臨床実践に焦点を当て、136の治療薬の理解を深める考え方と臨床に即した使い方を提示する。ストールの簡潔で鮮やかな記述、オールカラーで見やすく調べやすい構成は引き継がれ、新薬の追加や副作用の記述等を中心に内容をアップデート。日本での「商品名」「適応」「投与方法」「警告・禁忌」付き。

訳: 仙波 純一 さいたま市立病院 精神科部長

定価: 本体11,000円+税
B5変 頁868 色図12 フルカラー 2016年
ISBN978-4-89592-842-7

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

セット購入で2冊がつながる!



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

圧倒的な量の情報を、書籍・電子の両者で提供

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2016

私はこう治療している

監修 山口 徹 / 北原光夫 総編集 福井次矢 / 高木 誠 / 小室一成

2016年版の特長

- 「同種薬の特徴と使い分け」を新設。降圧薬や糖尿病治療薬等、多くの同種薬につき、最適な薬剤の選択に有用。
- 電子版限定コンテンツとして、新たに「エビデンス」を追加。

本書の特長

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に
- 大好評の付録「診療ガイドライン」：診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説

●デスク判(B5) 頁2192 2016年 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02392-4]
 ●ポケット判(B6) 頁2192 2016年 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-02393-1]

治療薬マニュアル 2016

監修 高久史磨 / 矢崎義雄 編集 北原光夫 / 上野文昭 / 越前宏俊

ハンディサイズで「使用上の注意」をカバーした唯一の治療薬年鑑

- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2015年に記載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を掲載。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 医薬品レファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

新薬・最新薬価情報は chimani.jp 特設サイトで随時提供!

●B6 頁2752 2016年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02407-5]

☑ 両書籍とも購入特典・電子版付

☑ セット購入により、電子版で2冊がリンク

※電子版は、本書を購入された方が無料で利用できるサービスです。電子版単体のお申し込み・ご購入はできません。

※閲覧期限は2017年1月末までとなります。

※2016年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2015年版のもので、2016年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2016年4月の予定です。

3 medicina

Vol.53 No.3

特集 内科医がになう骨粗鬆症 一診療と生活指導の最新情報

骨粗鬆症は、かつては単なる老化現象と考えられてもいたが、現在では臨床的骨折というイベントを引き起こす基礎疾患であると考えられるようになった。本特集では、骨折予防を目的とした臨床現場での骨粗鬆症の予防と治療の実践について、診療のエキスパートに解説いただいた。

INDEX

- 座談会 折れない骨をつくるための骨粗鬆症治療と生活指導
- I. 骨粗鬆症の現状と未来
 - II. 骨粗鬆症の診断とリスク評価
 - III. 続発性骨粗鬆症
 - IV. 骨粗鬆症の生活指導
 - V. 骨粗鬆症の薬物治療
 - VI. 骨粗鬆症リイゾンサービスと骨粗鬆症学会認定医制度

●1部定価:本体2,500円+税

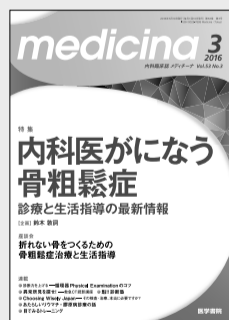
▶来月の特集(Vol.53 No.5) **心電図を詠む** 一心に残る24症例から

連載

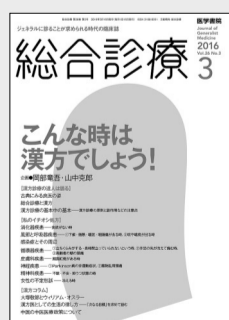
- Choosing Wisely Japan その検査・治療、本当に必要ですか?
- 診断力を上げる 循環器Physical Examinationのコツ
- 異常所見を探せ! 救急CT読影講座
- 魅!! 診断塾
- あたらしいリウマチ・膠原病診療の話
- 目でみるトレーニング

▶2015年増刊号(Vol.52 No.4) **これだけは知っておきたい 検査のポイント** 第9集 ●特別定価:本体7,200円+税

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



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



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

総合診療

Vol.26 No.3

特集 こんな時は漢方でしょう!

企画: 岡部竜吾 (伊那市国保美和診療所)・山中克郎 (諏訪中央病院内科総合診療部)

本特集では、漢方診療のエキスパートが勤める、「初心者でも使いやすい効果を実感しやすい処方」を紹介。領域ごとの各論では、あえて網羅的な記載は避け、長年の豊富なご経験から有用な処方を推薦していただいた。漢方薬の効きやすい病態や症状を知り、簡単な原則と副作用を理解することで、日常診療の幅がぐっと広がるに違いない。

INDEX

- 【漢方診療の達人は語る】……………
 古典にみる良医の姿
 総合診療と漢方
 漢方診療の基本中の基本
 一漢方診療の原則と副作用などの注意点
- 【私のイチオシ処方】……………
 消化器疾患—食欲がない時
 風邪と呼吸器疾患
 ●下痢・微熱・嘔気・咽頭痛がある時
 ●咳や喀痰が出る時
 感染症とその周辺
 循環器疾患
 ●立ちくらみがある・長時間立ってられないという時
 ●手足の先が冷えて痛む時
 ●高齢者の朝の頭痛

皮膚科疾患

一顔面紅斑がある時

神経科疾患

●Parkinson病の非運動症状

●薬物乱用頭痛

精神科疾患

一不眠・不安・抑うつ状態の時

女性の不定愁訴—冷える時

【漢方コラム】……………

大家敬節とウィリアム・オスラー

漢方医としての生活の律し方

—「次なる目標」を求めて進む

中国の中医医療政策について

●1部定価:本体2,300円+税

▶来月の特集(Vol.26 No.4) **ケースとクイズで総ざらい! 街場の2型糖尿病診療** 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されています。送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。

2016年 年間購読料 (冊子版のみ)

▶ medicina 35,520円+税 (増刊号を含む年13冊)

▶ 総合診療 27,120円+税 個人特別割引25,680円+税あり 年12冊

電子版も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 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp