

2022年9月12日
第3485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

- [シリーズ] この先生に会いたい!! (松本俊彦, 古賀公基)..... 1-2面
- [寄稿] アーバンプライマリ・ケアの担い手を増やすための卒前教育(安藤崇之)..... 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..... 6-7面

「意志が弱い」「快楽主義」といった先入観の下、長年スティグマを押し付けられてきた依存症。「依存症の本質は快感ではなく苦痛の緩和にある」と語るのは、日々の診療にとどまらず治療プログラムの開発や保健行政機関と連携した地域での活動など、多方面で依存症治療に尽力を続ける松本俊彦氏だ。医師は、行き場のない苦痛の緩和を依存に求める患者、そして彼らへのスティグマに対して何が出来るのか。今春より精神科医として歩み始めた古賀公基氏(長崎大)が松本氏にインタビューを行った。

古賀 IR誘致などで注目が集まる中、依存症治療の需要は増加し今後さらなる社会問題になると考え、危機感を抱いています。そんな折、先輩医師に紹介されて松本先生の著書を拝読しました。当事者の抱える苦悩やつらさが生々しく描かれ、それに対するアドバイスが実用的で、以来先生のことを私淑しています。

松本 ありがとうございます。
古賀 診療が難しく、苦手意識を持つ精神科医も多い領域だと思います。まずは、先生が依存症治療に取り組み始めたきっかけを教えてください。

松本 実は偶然です。医局人事による依存症専門病院への異動をきっかけに、不本意な形で依存症治療に取り組み始めました。

古賀 「不本意」とは、どういうことでしょうか。

松本 依存対象となるアルコールや薬物を絶つよう患者に強制する必要がある領域だと思い、「性に合わない」「嫌だな」と思いました。

一方で、相反するもう一つの気持ちがあり、知らないままでは済まされない領域かもしれないとも感じました。それまで勤務していた神奈川県立精神医療センターで、依存症治療の現場を垣間見ていたからです。第3次覚醒剤

この先生に会いたい!! 松本俊彦氏に聞く 依存症に潜む苦痛と向き合う

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
薬物依存研究部 部長/薬物依存症センター センター長

乱用期と言われた1990年代半ばの当時、精神科救急には覚醒剤精神病患者がひっきりなしに来院していました。ただ、精神科の治療は「簡単」で、閉鎖病棟に強制入院させて投薬すれば目に見えて奏功します。だけど、退院してもすぐに戻ってくる。その状況に「懲りないなら逮捕すべきだ」と憤ると同時に、「覚醒剤をやめられない根っこの問題一つまり、依存症」を解決すべきでは?とも感じていたのです。

古賀 未知の領域に挑戦する機会としてとらえたのですか。
松本 そう言ってくると、すごく聞こえがいいね(笑)。おそらく、後者の気持ちは私なりのレジリエンスだったのでしょう。逆境に感じた異動のいい点を探し、自分の中で整合性をとった。当時の私の中にも、依存症領域へのスティグマがあったのです。

患者に怒られ学んだ若手時代

古賀 私自身も、トラウマを背景とする依存症や自傷の領域にスティグマを作っています。それも自らの経験でなく伝聞の情報に起因するもので、医師として恥ずかしい気持ちがあります。患者さんの凄惨な環境や体験に対し、「自分が背負えるのか」「何気ないひとりで傷つけないか」と考えてしまうのです。先生が依存症治療に取り組み始めた当初、恐怖感がありましたか。
松本 ええ、ありましたよ。さらに言えば、心の中をのぞき見たい気持ちと共に患者を傷つけるのではとの恐怖心が、常にありました。通常の臨床ですら怖かったのに、トラウマを持つ患者はなおさらです。

古賀 転機となったエピソードはありますか?

松本 卒後5、6年目に初めて解離性同一性障害の患者さんを診た時です。診察中に別人格が急に出てきて私を恫喝し始め、最も恐怖を覚えた体験でし

た。ただ、当時神戸大の故・安克昌先生の解離性同一性障害に関する講義を直前に受けていたことが功を奏しました。その講義で学んだ通り、まずは自己紹介をする。そして、どんな人格にも本人を助ける観点で存在理由が必ずあるから、リスペクトを持つ。私は、「お怒りのようですが、担当医としてあなたのことを知りたいのです」と会話を始め、話を聞くうちに相手も怒りではなく次第に悲しみを表出してくれました。そして、一通り対話した後は元の人格に交代してくれた。まさに安先生のおっしゃる通りでした。

古賀 本当に不安なのは、われわれ医師ではなく患者さんのほうですよ。

松本 その通りです。本当に信頼できるのか、患者さんはわれわれを見ています。それを契機に、多剤処方を行っても奏功せず頻繁に救急搬送されるような患者さんでも、話をするうちに徐々に落ち着くことに気がきました。勇気を出して背景にあるトラウマについて聞くと、意外にも「初めて聞いてもらえた」と歓迎される。それが一つの転機になりました。

そのように、診療の中ではブレイクスルーの機会が時々あります。中でも若手の時の印象的な経験は糧になりますよ。私自身、患者さんに怒られながら教わった多くの経験¹⁾が強く印象に残り、現在につながっています。ぜひ、今の時期を大切にしてください。

「知らない」ことがスティグマを生み出す

古賀 依存症の患者が苦しんでいても、医師が共感しにくいのは何が原因なのでしょうか。

松本 私は医学教育に問題があると考えています。学部教育で依存症を学ぶのは、せいぜい精神医学の1講義90分に過ぎませんよね。だから、そもそも依存症に関して医師はほぼ素人で



●まつもと・としひこ氏
1993年佐賀医大(当時)卒。神奈川県立精神医療センター、横浜市大病院精神科助手などを経て、2004年に国立精神・神経センター(現・国立精神・神経医療研究センター)精神保健研究所司法精神医学研究部室長に就任。同研究所自殺予防総合対策センター副センター長などを歴任し、15年より薬物依存研究部部長。17年より薬物依存症センターセンター長を併任。『自分を傷つけないには無理はない』(講談社)、『誰がために医師はいる』(みすず書房)など著書多数。

す。一方、薬物依存症は回復しないと教える「ダメ。ゼッタイ。」教育は学校教育で年に1回、長年にわたって受けるため学習時間が長い。さらに、依存症からの回復者と接する機会もないので、その印象が医師の中にも刷り込まれたままです。スティグマの大半は、「知らないこと」で作られるのです。

古賀 なるほど。
松本 従来の「患者から離れて診る」「会話しない」から「患者の話聞こう」との風潮が精神医学全体に広がった現在、依存症の分野だけが遅れています。依存症の本質は快感ではなく苦痛なのです²⁾。医師はそこにもっと目を向けてほしい。

依存症の背景には、トラウマの他にも経済状況などの社会的要因も関係します。個人的には、そうした社会的弱者に対する共感性を持つ医師が精神科に多いと考えていますが、あまりにも共感性があり過ぎたり繊細過ぎたりしてもやっていけない。多忙な臨床の中でそういう気持ち、故・中井久夫先生(神戸大)の言う「こころのうぶ毛」

(2面につづく)



聞き手
古賀公基氏
長崎大学病院
精神神経科学教室 修練医

September 2022 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部へ ☎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。

今日の眼疾患治療指針 (第4版) 編集 大路正人、後藤 浩、山田昌和、根岸一乃、石川 均、相原 一 A5 頁1184 定価: 28,600円[本体26,000+税10%] [ISBN978-4-260-04807-1]	作業で語る事例報告 (第2版) 作業療法レジメの書きかた・考えかた 編集 齋藤佑樹 編集協力 友利幸之介、上江洲聖、澤田辰徳、竹林 崇 B5 頁220 定価: 4,180円[本体3,800+税10%] [ISBN978-4-260-05025-8]	NHKスペシャル 人体 vs ウイルス 驚異の免疫ネットワーク NHKスペシャル「人体」取材班、坂元志歩 B5 頁144 定価: 2,970円[本体2,700+税10%] [ISBN978-4-260-04962-7]
心研印 心電図判読ドリル 編集 山下武志 B5 頁208 定価: 4,620円[本体4,200+税10%] [ISBN978-4-260-05012-8]	〈シリーズ まとめてみた〉耳鼻咽喉科 (第2版) 天沢ヒロ A5 頁256 定価: 3,300円[本体3,000+税10%] [ISBN978-4-260-05022-7]	臨床で使える 半側空間無視への実践的アプローチ 監修 前田眞治 編集 菅原光晴、原麻理子、山本 潤 B5 頁384 定価: 5,940円[本体5,400+税10%] [ISBN978-4-260-04681-7]
続 終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか? 苦痛緩和のための鎮静(セデーション) 森田達也 B5 頁248 定価: 3,410円[本体3,100+税10%] [ISBN978-4-260-04972-6]	臨地実習ガイダンス 看護学生の未来を支える指導のために (第2版) 編集 池西静江、石束佳子 B5 頁200 定価: 2,970円[本体2,700+税10%] [ISBN978-4-260-05050-0]	

(1面よりつづく)

がすり減らされますよね。

古賀 そうですね。

松本 そして、自分の物差しで測れる人だけを相手にするようになる。けれど、依存症の臨床では、その態度が実害をなします。治療トラウマと言うべきでしょうか。助けを求めた結果、かえって傷ついた歴史が患者さんの中に刻まれてしまうのです。

古賀 医療者が依存症治療に関して正しい知識を学ぶ方法はありますか。

松本 依存症からの回復者に会うのが一つの答えだと考えています。私も医療者が依存症患者をなぜ忌避するのか長らく疑問に思い、講演のたびに「いい人たちだよ」「依存症臨床は面白いよ」と伝えてきました。しかし返ってきたのは「変わってる」との反応です。そこで、実際に支援者と当事者とを会わせたいと考え、精神保健福祉センターと連携してSMARPP(註1)の地域での実施を始めました。

古賀 SMARPPは依存症患者への治療プログラムですよね。支援者にどう影響するのでしょうか。

松本 当事者と直接会い、回復していくプロセスを見ることで、「ダメ。ゼッタイ。」教育で刷り込まれた患者の退廃的なイメージが偏見だと気付きます。そして、積極的な取り組みを行ってできるようになる。それを見て、私はさらにもう一歩進んで、まさに出所直後の当事者ともスタッフを会わせたくなくなった。そうして近年取り組んでいるのがVoice Bridges Project(註2)です。両者は、支援者を変革するための取り組みでもあるのですよ。

古賀 例えば長崎大学で取り入れるには何から始めたら良いでしょうか。

松本 タイミングもあるので、焦って導入することはありません。これらのプログラムを大学で実践するよりも、若い先生たちにはぜひ保健行政機関を含め地域のさまざまな施設で経験を積んでほしい。何より、依存症治療が全てではありません。われわれが病院で出会う問題はごく一部に過ぎず、地域では病名がつかず医療機関ではどうしようもない問題が起り続けています。多様な施設で得た学びを、ぜひ教員として大学へ戻り後進に伝えてください。

やめたい気持ちと

やめたくない気持ちの狭間で

古賀 地域での活動は、「ダメ。ゼッタイ。」教育に対して先生が発信なさってきた「刑罰より治療を」の実践でもありますね。

松本 ええ。「ダメ」と否定されることで当事者が周囲に相談できなくなり、声を上げられなくなるのを懸念しています。とは言え、一般の方どう啓発すべきか容易には答えを出せません。私自身は、周囲が当事者のサポーターになれるような啓発が望ましいと考えていますが、本当に正解かはわか



●左から松本俊彦氏、古賀公基氏

らない。しかし、悩み考えることなく、「ダメ。ゼッタイ。」と啓発し続ける社会は間違っているはず。まずは社会全体でもっと議論すべきです。

古賀 いわば体制に逆らう形で、ご苦労も多かったのではないのでしょうか。

松本 そうですね。ただ、もちろん根拠なく活動しているわけではありません。刑務所や保護観察所のプログラム開発や監修に長年かかわった経験から、「刑罰では絶対治療できない」と感じてのものです。私が活動を続けられるのは、ひとえに当事者の方が支持してくれるから。当事者を置き去りにして、役所や専門家の都合で物事を決定すべきではないですよ。

古賀 違法薬物だけでなく、臨床では市販薬のオーバードーズ(OD)も課題です³⁾。

松本 近年は若年患者の増加が顕著で多くの死者が出ていますね。これらも乱用防止の教育を行うべきですが、啓発はなかなか進みません。

古賀 啓発が進まない現在、依存行動を繰り返すことで非難を受け、社会から孤立してしまう患者もいるはずですよ。私は先日、市販薬のODで死に瀕した若い患者を実際に診ました。医師としてどこまで容認しどこから叱り指導すべきか、判断に迷いました。

松本 難しいですよ。ただし、病院に来るほどにまで追い込まれた患者に取るべき態度は明確ではないでしょうか。叱った途端に身構えて敵対的となり、以降は決して正直に告白してくれなくなりますから。やめたいのにやめられない背景に何があるのかを考慮すべきです。

依存症は自殺リスクの高い問題である一方、短期的には自殺に対して抑止的に働いているとも私は考えています。つまり、依存することで死ぬことを延期しているのです。依存を絶つとつらいからこそ、やめられない。そのことを理解して、本人の「やめたい気持ち」と、「やめたくない気持ち」の双方に共感を示すべきでしょう。

「死にたい」患者に、医師は何ができるか

松本 その子はきっと、死にたかったんだよね。

古賀 はい。当初は「治療のため」と

答えていましたが、後日「死ぬために強い薬を調べて買った」と話してくれました。

松本 世の中が敵意や悪意に満ちていると感じて、「自分は居てはいけない」と思い込み、何を代償にしても苦しみから逃れたいほどに追い詰められてしまう。彼らに「ダメだ」と言うからには、われわれは対処法を提案すべきです。それが医師にできるか？詰まるところ、ぶつかるのは「なぜ死んではならないか」との問いです。依存症や自殺予防に真剣に取り組むと、われわれ医師もギリギリまで追い詰められるんだよね。

古賀 そう、そうなんです……。

松本 正直に言えば、死んでいけないことはないと思ふ。彼らの中には、常に他者に振り回され、唯一コントロールできるのが自身の命だけと感じている方もいる。われわれ医療者は、それを上げることがいかに残酷か必ず意識すべきです。患者さんの心は、われわれには縛りません。きれいごとや正論はなんの助けにもならない。その中でわれわれにできることは、「死ぬかどうかはあなたが決めること」だけで、「死にたい」の背景にある困り事について、もう少し一緒に考えてみない？」と伝えることだけ。真剣に向き合うほど、「ダメ」とは言えず、「弱ったなあ」としか言えなくなります。

古賀 松本先生にも、なかなか答えが見つからないのですね。

松本 ええ。とは言え不思議なのは、彼らがわれわれの前で「死にたい」と表出してくれることです。おそらく、その発言も自殺行動も、常に隠したい気持ちと知ってほしい気持ちとの狭間にある。そして、来院して医師と綱引きをしてくれている患者さんは、後者に引き寄せられているのではないのでしょうか。

患者さんに明快に答えることが医師として正しいわけではない。論破するのは間違いなく誤りです。むしろ、答えが見つからず困っている姿を見せる

のが最も治療的ではないかとすら私は感じます。なぜなら、彼らは正論を吐いたり、根拠なく「こうすべき」と断定する他者に幾度も傷つけられてきたはずだから。弱く失敗し、切れ味の悪い、ありのままの大人の姿を見せてあげるべきかもしれません。

古賀 やはり、正解はない……。自ら飛び込んだ領域ですが、たった3か月の臨床経験の中でさえ、すでに苦しさも感じます。

松本 苦しいよね。これから先生がキャリアを積んでいく中で、ベストを尽くしたはずでも患者を救えない経験がきっとあります。人命にかかわるので、「成長」と軽々しく言うべきではないものの、経験を積んで、耐えて、医師として成長し続けてください。

そのためには、時には互いに愚痴を言い、同じ志の下に切磋琢磨できる仲間が重要です。私は10年ほど前から、井原裕先生(獨協医大)や齋藤環先生(筑波大)などと「よくしゃべる精神科医の会」を開催しています。毎回誰かが話題提供をして、その後飲みに行く。それだけだけど、楽しいですよ。私は依存症を「孤立の病」だとも発信してきましたが⁴⁾、医師にも所属意識や仲間が必要なのだと思います。

*

古賀 本日はありがとうございます。最後に、私を含めこれから医師として本格的に歩みだす若手にメッセージをお願いします。

松本 どんな分野に進んでも、ぜひ臨床と研究を両立してください。私自身、薬物乱用や自傷患者の診療を一手に担い、その困難を乗り越えるために「リサーチしよう」と研究を始めました。それが現在の診療や活動につながっています。両者を行ったり来たりしながら常に悩み続けることで、大切なことに気づけるはず。ぜひ、臨床的課題解決へのヒントを提唱できる医師になってほしいと思います。(了)

註1: 松本俊彦氏を中心に開発された薬物依存症患者への治療プログラム。現在は外来から地域に拡大され、全国の精神保健福祉センターでも実施されている。

註2: 保護観察から地域支援へのスムーズな移行をめざし、保護観察所と精神保健福祉センターが連携し実施する。精神保健福祉センターの職員が対象者に電話をかけ、支援ニーズの把握や相談支援業務を行う。

●参考文献

- 1) 松本俊彦, 他. 私を変えた, 患者さんの「あの一言」. 週刊医学界新聞 3098号. 2014.
2) 松本俊彦 (訳). 人はなぜ依存症になるのか. 星和書店; 2013.
3) 嶋根卓也. 一般医薬品による薬物依存の実態. 週刊医学界新聞 3408号. 2021.
4) 松本俊彦. 「孤立の病」依存症, 社会に居場所はあるか. 週刊医学界新聞 3230号. 2017.

インタビュー 精神科医となりまだ数か月、未熟未満の初学者ながら、早くも依存症を終えて 領域に対するスティグマを感じ、回避しようとする自分に焦りと恥を覚えていました。そんな中、松本先生へのインタビューという、後退への一歩を踏みとどまるまたとない機会をいただきました。自らの無知がスティグマを生むことを忘れず学びを続けたいと思います。そして、患者の「死にたい」という言葉の重さ、その苦悩を遠ざけることなく、真摯に向き合い続けていきたいです。(古賀公基)

人体と新型コロナウイルス、その攻防をビジュアル資料で描くNHK人気番組を書籍化!

NHKスペシャル 人体 vs ウイルス 驚異の免疫ネットワーク
2019年末に報告されてから世界中をパンデミックに陥れた新型コロナウイルス。人体、そして人間社会は、これまでどのように新型コロナウイルスとその感染症に対峙してきたのか。そしてこの先どのように共存していくのか——新型コロナウイルスがヒト細胞に感染するしくみ、ウイルスに抗う人体の免疫システムなど、豊富なビジュアル資料とともに描きながら、ヒトとウイルスの未来に迫っていく。
NHKスペシャル「人体」取材班 坂元志歩

これだけは知っておきたい精神科の基礎知識

研修医のための精神科ハンドブック
精神科診療に関する一通りの内容を知るうえで役立つ初期研修医向けのハンドブック。精神科で研修を受ける心構えから倫理、症候・疾患、治療法や研究に関することまで幅広く紹介。各項目の頁数は1〜3頁とコンパクトで、これだけは知っておきたいという内容に特化。症候や疾患については具体的なケースを踏まえて特徴を紹介している。
編集 日本精神神経学会医師臨床研修制度に関する検討委員会

寄稿

アーバンプライマリ・ケアの担い手を増やすための卒前教育

安藤 崇之 慶應義塾大学医学部総合診療教育センター 助教

アーバンプライマリ・ケアがなぜ今求められているのか

総合診療は地域を診る専門医であり、地域住民の健康を維持もしくは増進するための医療を提供することがミッションです。しかしながら、この地域という言葉が地方（田舎）のイメージで語られてしまうことが少なくない。総合診療/家庭医療の有名研修プログラムが地方部に多いことも影響しているかもしれません。この誤解により都市部には総合診療は必要ないと思われている方も多いですが、むしろ都市部には都市部に合わせた総合診療が必要であり、それこそが「アーバンプライマリ・ケア」なのです。

総合診療医に求められる能力は、都市部と地方部では少し異なっています（表）¹⁾。地方部では、限られた人材や医療資源で効率的かつ持続可能な医療を提供することが求められます。一方の都市部は、医療機関が数多くあるためケアの分断が起こりやすく、それに応じたケア統合をすること、多様な価値観、ライフスタイルを持つ人々やマイノリティーの方々へ対応することが特に求められます。それゆえ、地方で研修を受けて幅広い診療能力を身につければ、すぐに都市部で必要なプライマリ・ケアを提供できるわけではないのです。これは、私自身がキャリアの中で感じたことでもあります。

人口が減少していく日本でも、都市部には依然として人口が集中しており、これからは都市部の高齢化も進みます。すなわち、都市部で医療ニーズの高い高齢者が増えていくことから、アーバンプライマリ・ケアの担い手となる医師を数多く育成することは喫緊の課題です。そのため都市部にアーバンプライマリ・ケアを学べるようなプログラムや研修施設をさらに充実させる必要があるでしょう。

卒前教育で教える意義

総合診療領域の専攻医は増えつつあるものの、2022年度採用数は250人で、全専攻医の2.6%にとどまっています²⁾。米国では人口2300人につき1人のプライマリ・ケア医が必要とされていますが³⁾、これを人口約1400万人の東京都に当てはめると、単純計算でおよそ6000人のプライマリ・ケア医が必要となります。将来的に総合診療医がプライマリ・ケアを担っていくとして医師のキャリアを約40年と仮定すると、概算で6000人÷40年=150人ということで、毎年150人程度の総合診療医が東京都に必要となります。ですが2022年度に東京都の総合診療専門研修プログラムを選択した専攻医は31人と大幅に不足しており、日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医の中で東京都に在籍している医師も現状56人しかいません。もちろん総合診療医だけがプライマリ・ケア

を担っているわけではありませんし、総合診療医の不足は全国共通の課題であり、地方部では深刻な医師不足の解決策としての期待も大きいと思います。けれども都市部のこの大きな需要にどう応えるかについても、もう少し議論すべきでしょう。

総合診療医を増やすためには、そもそも医学生に総合診療を知ってもらう必要があります。実際に医学生が総合診療医のキャリアを選択するには、卒前教育において総合診療に触れ、ロールモデルを得ることや総合診療の役割に対してポジティブな理解を得ることが重要だと言われています^{4,5)}。現在の医学教育モデル・コアカリキュラムにも総合診療の項目が含まれており、改訂作業が進む令和4年度改訂版では「総合的に患者・生活者をみる姿勢」というコンピテンシーが追加され、総合診療の臨床実習も原則3週間以上となる予定です。このように全国の医学部において総合診療を教えることが一層求められており、特に都市部の医学部ではアーバンプライマリ・ケアについて教えることが期待されています。

担い手を増やすための慶應義塾大学での取り組み

慶應義塾大学医学部では2013年に総合診療教育センターを設置し、2020年1月より学年全員が総合診療科で2週間の臨床実習を行うことを必修としました。慶應義塾大学病院の総合診療科は外来診療を担っており、大学病院での実習は初診・再診外来で行います。それに加えてプライマリ・ケアの現場に暴露してもらうため、学外の診療所や病院でも実習を行うカリキュラムを作成しました。残念ながら2020年3月には新型コロナウイルス感染症の流行により院外実習が中断となってしまったものの、Google classroomを用いた模擬診療などのオンライン実習を積極的に取り入れ、学生から高い評価を得ることができました。

2022年1月からは院外実習が再開され、大学病院での外来実習、レクチャー（臨床推論、予防医療）、地域診断実習、オンラインケース実習（2例）を合わせたハイブリッド型実習を行っています。地域診断実習では、医学生が自分の住む地域や院外実習先の地域について、人口構成、死亡統計、産業構造、収入、家賃などの統計データを調べたり、地図から街の構造を読み取ったり、健康課題を探すために実際に街歩きをして地域住民の健康課題を推

●あんどー・たかゆき氏
2013年慶大卒。亀田総合病院で初期研修、安房地域医療センターで後期研修を経て家庭医療専門医・指導医を取得。19年より現職。20、21年度に慶大医学部5年生のBest Teacher Awardを受賞。



●写真 実習最終日の振り返りの様子
KJ法を用いて、班員同士の学びや気づきを共有している。

察し、解決策を考えて提示するという課題を課しています。この地域診断や実際の診療の見学を通して、都市部に特有な医療の問題について考えるきっかけを提供しています。

実習前後で「総合診療の専門性とは？」とアンケートで問うと、実習前は「診断学」という答えが多いですが、実習後には「心理・社会・生活を踏まえた診療や予防医療・ヘルスマネジメントが総合診療の専門性である」との回答が増加し、実習の意図が伝わっていることが読み取れます。また実習最終日に行うワークショップ形式の振り返り（写真）では、学生から「同じ東京でも地域によって患者層が全然違う」「自分の知らなかった東京の側面を知れた」との声があり、都市部という地域の特徴について気づきや新たな視点を得ていることがわかりました。

*

都市部でも地方部でも、プライマリ・ケアを教えるためには地域の診療所や病院との連携が不可欠です。都市部には医学部も集中し、東京都だけでも医学部が13あり、毎年約1300人の医学生をプライマリ・ケアの現場に暴露させる必要があります。しかし前述の通り、都市部にはプライマリ・ケアや総合診療の卒前教育に携わる専門医・指導医がまだまだ足りない状況です。今後持続的に総合診療の卒前教育を促進していくためには、都市部での教育のリソースを奪い合うのではなくノウハウを含めて大学の垣根を越えて共有していく必要があると考えています。

謝辞：平素より本学の臨床実習に協力していただいている院外実習施設の指導医・スタッフの皆さまに感謝申し上げます。

●参考文献・URL

- 1) BMC Fam Pract. 2018 [PMID : 30497398]
- 2) 日本専門医機構 Web サイト 2022年度採用数。
<https://jmsb.or.jp/senko/>
- 3) J Gen Intern Med. 2005 [PMID : 16423094]
- 4) BMC Med Educ. 2007 [PMID : 17543106]
- 5) Int J Environ Res Public Health. 2021 [PMID : 34831590]

●表 都市部と地方部での総合診療医に求められるコンピテンシーの違い（文献1の内容を引用し筆者翻訳）

都市部で求められるコンピテンシー	地方部で求められるコンピテンシー	共通するコンピテンシー
<ul style="list-style-type: none"> ●状態に応じた包括的なケアの提供 ●都市部の分断されたケアの統合 ●分断されたケアを受けている患者への積極的な関与 ●マイノリティーの集団へのケア ●都市部での多様な職業やライフスタイルへの理解 ●多様な価値観を持つ人々との合意形成 ●患者の状況に応じた適切な病院への紹介 ●都市部の救急医療における地域連携 ●医療、福祉に携わる人との連携 ●同居しない家族とのコミュニケーション 	<ul style="list-style-type: none"> ●多様なバイオメディカルな疾患への対応 ●限られた医療資源に対する医師としての責任 ●限られた医療資源を有効に使うための判断 ●地域コミュニティとのケアの連携 ●地域住民との適切な人間関係の構築 	<ul style="list-style-type: none"> ●バイオメディカルな問題へ対処する能力 ●場所や状況に合わせた包括的なケアの提供 ●複数の健康問題を抱える患者のケア ●それぞれの患者の人生を支える役割としての医療職 ●患者背景に基づいた意思決定の必要性 ●地域の医療をつなぐ役割 ●病院の専門医との役割分担・連携 ●地域医療における社会的資源のネットワーク作り ●患者に近いアドバイザー

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



“キーフレーズ”をヒントに鑑別を絞り込む！

ジェネラリストのための内科診断キーフレーズ

「medicina」誌の好評連載「フレーズにピンときたら、このパターン！」鑑別診断に使えるカードをアップデートして書籍化。内科臨床に役立つ「鑑別診断を絞り込むのに特異的、知っておくと役に立つProblem（＝キーフレーズ）」から絞り込んでいく鑑別診断の考え方について、エビデンスに基づいて実践的に解説する。

長野広之



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4回

“はぐれSTEMI”を探せ! 絶対に見逃してはならない心電図波形 12選①

自信を持ってST上昇型心筋梗塞(ST-elevation myocardial infarction: STEMI)を嗅ぎ分けることができますか!? 一般的でありふれたタイプのSTEMIの心電図波形は、心電図検査を行うことさえ怠らなければ、それほど解釈は難しくはありません。近年は心電図判読の進歩により閉塞性心筋梗塞(occlusion myocardial infarction: OMI)という概念が登場しており、いわゆる一般的なSTEMI波形ではなくとも緊急介入を要する心電図変化パターンが存在することがわかっています¹⁾。これらはSTEMI equivalentsと分類されており、筆者は親しみを込めて“はぐれSTEMI”と称して忘れないように心掛けています。遭遇は比較的まれだけど、見つけて早期介入を行うことで患者の転帰を劇的に変えることができる波形です。ドラクエの「はぐれメタル」みたいなイメージで夢がありませんか? 絶対に見逃したくないですよ?

「知らないで見逃す系」はぐれSTEMI 7選

連載第4回と第5回の2回にわたって、合計12種類のはぐれSTEMIをご紹介します。今回は、「知らないで見逃す系」はぐれSTEMI 7選を見ていきましょう! 難しいことは言いません。“はぐれSTEMI”については解剖学と同様に暗記科目だと思って頭に刷り込みましょう!

◆①ショック時の「aV_R誘導でSTE+広範囲な誘導でSTD」はLMCA閉塞!

左冠動脈主幹部または3枝病変を示唆し、心原性ショック/肺水腫/致死的不整脈/突然死の原因となり得るヤバイ所見です²⁾(図1)。基本的には重度の心原性ショックを呈していることが多いです。特異度はそう高くはないと考えられつつあり、異常高血圧/発作性上室性頻拍(PSVT)/肺塞栓/大動脈解離/呼吸不全/大動脈弁狭窄症/低カリウム血症などでもaV_RでのSTEがみられることは頭の片隅に置いておくとういでしょう³⁾。ショックでヤバイ! 状況の時には、はぐれSTEMIの可能性が高いです。

◆②「V₁₋₃誘導でSTD」は後壁梗塞!

心電図上にはSTDしか見えないかもしれませんが、これはズバリ後壁梗塞を示唆します(図2)。「V₁₋₃誘導でSTD」はV₇₋₉誘導におけるSTEのreciprocal changeとなります。だかられっきとしたSTEMIです。V₇₋₉誘導を検査してSTEを探してもよいと思います。この場合には0.5mmをcutoffにSTEと判断すると見逃しが少なくなります⁴⁾(微妙な変化のことが多いです)。

◆③「hyperacute T wave」はOMI発症の超早期所見!

OMIが生じてから1~2分程度で生じる超早期波形とされます。高く、太くて、非対称的なT波があれば、それは「hyperacute T wave」かもしれません(図3)。一般的に、T波の高さはQRS波の高さの75%以上は欲しいところです。また、OMI発症から1分以内にQT延長が認められるとする報告もあり⁵⁾、そういう意味でもhyperacute T waveは太めになると覚えておくとういと思います。なお、高カリウム血症で有名なテント状T波との鑑別は、波形からのみでは難しいこともあるため、同時に血液ガス測定しておくことは必要です。

◆④「aV_L誘導でSTD」は下壁梗塞!

またもやSTDだけなのに、はぐれSTEMI症例です(図4)。「aV_L誘導でSTD」は下壁誘導(II, III, aV_F誘導)におけるSTEのreciprocal changeです。大事なことは、下壁誘導のSTEが出現するよりも早い段階で、aV_L誘導のSTDが出現し得るということです。下壁梗塞の7.5%では、「aV_L誘導のSTD」が唯一の初期心電図波形であったという報告もあり⁶⁾、“reciprocal negative hyperacute T waves”と称されたりしています。

◆⑤「三角形または墓石型の巨大なR波」はShark Fin sign!

QRS波とST-T部分が融合した結果として生じる、独特な巨大R波が特徴的です(図5)。ちょうどサメの背びれや墓石のように見えます。悪いイメージの通り死亡率の高いOMIと関連があります。なお、たこつぼ症候群/冠動脈攣縮/急性心筋炎などでも出現することがあります⁷⁾。

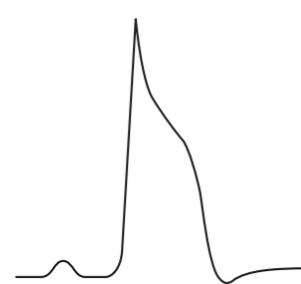


●図1 aV_R誘導でSTE+広範囲な誘導でSTD

特にショックの時は疑いが強い。



●図3 hyperacute T wave OMIの超早期所見。



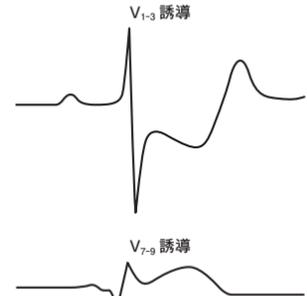
●図5 三角形または墓石型の巨大なR波 Shark Fin sign。

◆⑥「胸痛間欠期のT波の異常」はWellens症候群!

短期間のうちに心筋梗塞に進行するリスクの高い心電図波形として知られています(図6)。「V₁₋₄誘導のT波」に注目しましょう。もしも胸痛間欠期にV₁₋₄誘導で陰性T波または二相性T波がみられたら、Wellens症候群の可能性ががあります。胸痛が現れるとSTが上昇し、あたかも正常であるように見ることがあります(pseudonormalization)⁸⁾。逆に言えば、胸痛があるのにST-T部分に変化がない時にはもしかしたらWellens症候群かもしれない、とらみつつの評価が必要になると言えます。

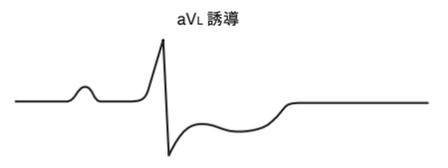
◆⑦「V₁₋₆誘導でupsloping STD」はDe Winter's T-Wave!

左前下行枝(LAD)閉塞を示す所見です(図7)。かなりまれでLAD閉塞の2%程度でしかみられません⁹⁾。前胸部誘導においてJ点が低下したSTDがあり、ST-T部分がなめらかに上昇していく波形を見たらこれを疑います。なお、ここまで読んでくださった読者の方は、はぐれSTEMI②「V₁₋₃誘導でSTD」は後壁梗塞!と似ているように感じたかもしれません。臨床的にはどちらであってもER担当医としては適切に介入に結び付けられればよいので、あえて区別はしなくてもよさそうです(後壁梗塞かde Winter patternなのか迷うのはERあるあるです)。



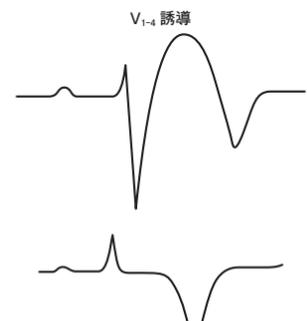
●図2 V₁₋₃誘導でSTD

V₁₋₃誘導のSTDはV₇₋₉誘導のSTEのreciprocal change。

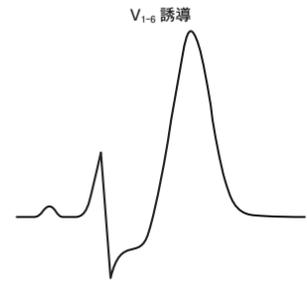


●図4 aV_L誘導でSTD

aV_L誘導のSTDは下壁誘導のSTEのreciprocal changeよりも先に出ることがある。



●図6 胸痛間欠期のV₁₋₄誘導のT波異常 二相性T波(上)や深い陰性T波(下)。Wellens症候群。



●図7 V₁₋₆誘導でupsloping STD de Winter pattern。

*

「知らないで見逃す系」はぐれSTEMI 7選をご紹介します。7つをまとめて頭の片隅に置いておくことで、日常診療に役立ててください。

今回は、「正常なのか迷う、これってどうなんだろ系」はぐれSTEMI 5選をお送りします。お楽しみに!

今回の勘どころ

「STEMI equivalents = はぐれSTEMI」を認識しよう!

参考文献

- 1) CJEM. 2022 [PMID : 34967919]
2) Am J Emerg Med. 2007 [PMID : 17870500]
3) Am Heart J. 2010 [PMID : 21146650]
4) Eur Heart J. 2019 [PMID : 30165617]
5) J Am Coll Cardiol. 2007 [PMID : 17394962]
6) Eur Heart J. 1993 [PMID : 8432289]
7) J Arrhythm. 2021 [PMID : 34621439]
8) Am J Emerg Med. 2002 [PMID : 12442245]
9) Am J Emerg Med. 2016 [PMID : 27665360]

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



救急外来、ここだけの話

編集 坂本 壮 田中 竜馬

救急外来(ER)の分野で議論のあるトピックを取り上げ、「第一線の医師はどのように考えて診療しているのか(=ぶっちゃけ、どうしているのか)」を解説。大好評の『集中治療、ここだけの話』に続く、シリーズ第2作。

救急外来、ここだけの話

●B5 2021年 頁482

定価:5,720円(本体5,200円+税10%) [ISBN978-4-260-04638-1]

第一線の医師は どのように考えて診療しているのか?

エキスパートはどのように考えて診療しているのか?

医学書院

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3回 急性期こそタイムリーな心不全治療を！
今回の執筆者 白石 泰之 慶應義塾大学医学部循環器内科学 特任助教

近年、急性冠症候群などの循環器救急疾患と同様に、心不全においても「時間軸」を意識した治療の重要性が説かれています。心原性肺水腫や心原性ショックなどの致死率の高い病態では、初期治療が遅れると転がるように状態が悪化するために注意を要するのは間違いありません。また、こうした病態を超えて、「絶対リスク」が高い場合(例:多くの併存疾患を抱えて予備能が低い高齢者)にも早期の治療介入は重要と考えられます。本邦の後ろ向き観察研究ではありますが、急性心不全患者では救急隊の搬送時間および一連の搬送～治療介入までの時間と、その後の院内死亡率が有意に関連していることが、実際に報告されています^{1,2)}。これらの背景を踏まえ、各国の心不全診療ガイドラインでは、適切な評価と迅速な介入が急性心不全診療の向上には不可欠であることが強調されています³⁻⁵⁾。

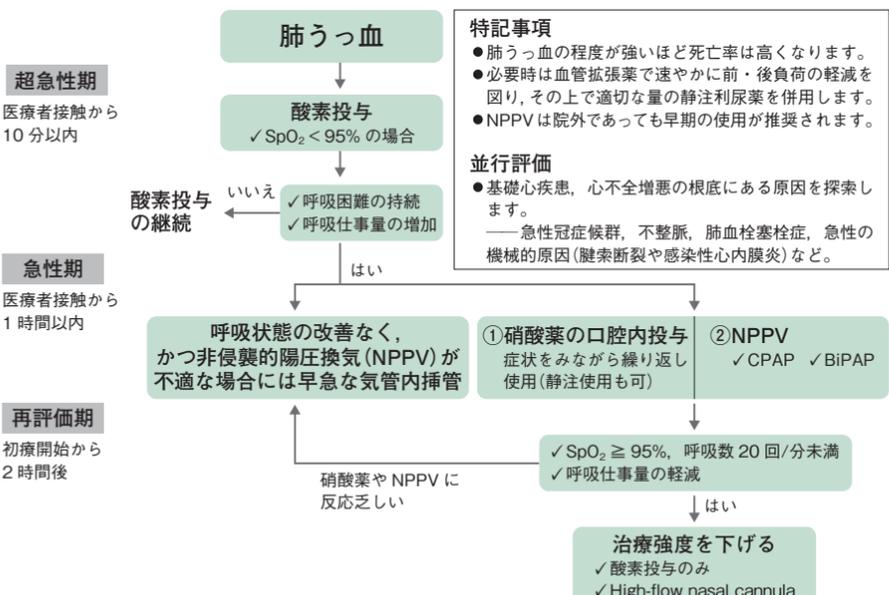
血管拡張薬をルーチンに投与するのはやめよう

急性心不全に対する血管拡張薬の役割は、前・後負荷を減らして傾いたポンプ機能を適正化させること。心原性肺水腫などの重度肺うっ血を呈する症例では、血管拡張薬の口腔内投与ある

いは静注により酸素化を改善させ、気管挿管や呼吸器合併症を予防することが重要です(図1)⁶⁾。心筋虚血や高血圧合併例では、硝酸薬を中心とした血管拡張薬がよく使用され、僧帽弁閉鎖不全症や低血圧を合併する重症例においても、全身の血管抵抗が上昇していれば効果的な場合もあります⁷⁾。一方、ただ単に血管拡張薬を投与しても患者アウトカムを改善する効果には乏しく、医原性低血圧から逆効果となる可能性が指摘されています^{8,9)}。患者の高齢化と早期離床をめざす観点からは、本邦に根付いてしまっているルーチンでのカルペリチド持続点滴などは推奨できず¹⁰⁾、その使用期間は必要最小限とするのが望ましいでしょう。

早期うっ血改善には まずループ利尿薬を十分投与

利尿薬、とりわけループ利尿薬はうっ血症状の改善のためにはなくてはならない薬剤です。血管拡張薬や強心薬は、世界各国で使用方法にかなりの地域差が認められており、例えば日本は例外的に血管拡張薬の使用が多い国ですが、利尿薬はいずれの地域でも概して9割の急性心不全患者へ投与されています¹¹⁾。



●図1 急性心不全における肺うっ血の管理のためのフローチャート(文献6より作成) CPAP: Continuous Positive Airway Pressure, BiPAP: Biphase Positive Airway Pressure.

こんな問題集がほしかった！心エコー読影力が必ずupする50症例、動画185本付！

国循・天理よろづ印 心エコー読影ドリル [Web動画付]

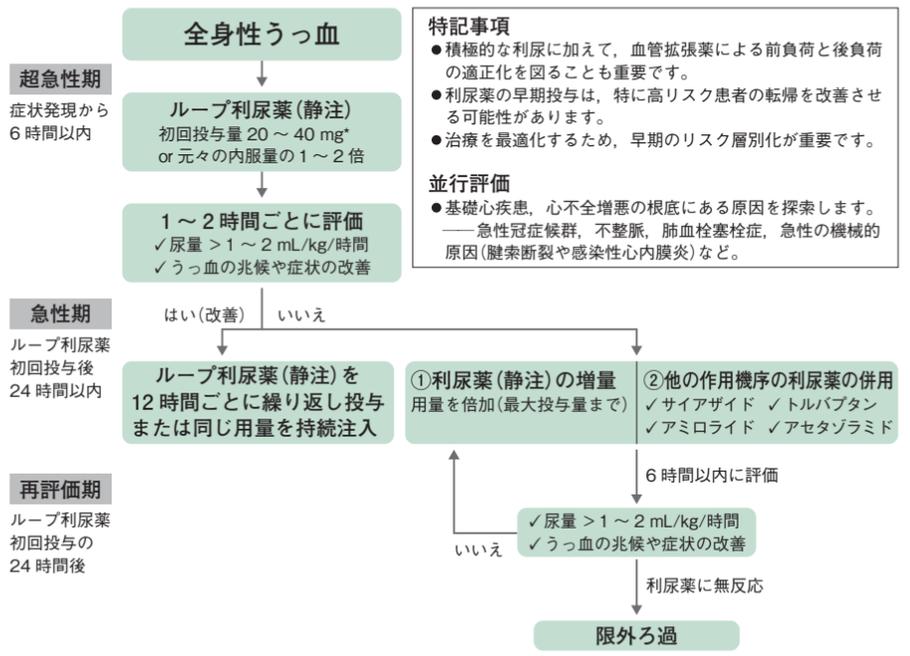
こんな問題集がほしかった！心エコー読影力が必ずupする50症例、動画185本付！「循環器ジャーナル」人気連載に大幅加筆し、心不全や弁膜症、先天性心疾患から、虚血性心疾患、心筋疾患まで、心エコー読影力さらにはその先を問う症例を厳選。解き終えた後は不正解の問題を解き直すもよし、付録の「逆引き疾患目次」「Learning Pointまとめ」で各疾患の理解を深めるもよし。ポロポロになるまで使い倒すべし！

編集 泉 知里

心エコー読影ドリル

読影力が必ずアップする 厳選50症例

ISBN978-4-260-04584-1



●図2 急性心不全の全身性うっ血に対する管理のフローチャート(文献6より作成) * : フロセミド相当量

ただし、利尿薬は漫然と投与すればよいわけではなく、可及的速やかに投与する必要があります¹²⁾。さらに重要な点は、個々の患者に適当な量を投与することです。ループ利尿薬の過剰投与は心不全患者の長期的な予後の悪化が懸念されますが¹³⁾、急性増悪期に限れば十分量の投与が推奨されます。急性心不全患者に対するループ利尿薬の使用法や投与量を検証した初めての大規模臨床試験(DOSE試験)¹⁴⁾では、フロセミド少量投与群と比較して、大量投与群で利尿効果が大きく、心不全症状の改善度も大きい傾向が認められています(統計学的な有意差はなし)。血中クレアチニン値などにも両群間で差はなく、急性期はループ利尿薬の投与量を無理に制限するメリットは少ないとも考えられます。したがって臨床現場においては、ループ利尿薬が元々投与されていない場合は、フロセミド換算で1回20~40mg、内服している場合にはその投与量の1~2倍の十分量を静脈内投与すべきです(図2)⁶⁾。初回投与から数時間以内に反応性を評価し、十分な尿量があれば同量のフロセミド静注を12時間ごとに続けます。

利尿薬抵抗性の場合には?

米国の臨床現場からの報告では、急性心不全で入院加療を受けた患者群の約3分の1のケースにおいて、2回目投与以降で利尿薬が増量されたり、あるいは一回中止となった利尿薬静注投与が再開されたりしています¹⁵⁾。こうした症例の多くは、期待された利尿効果が得られない、つまり「利尿薬抵抗性」が問題となります。実は利尿薬抵抗性という言葉の決まった定義はありません。しかし利尿薬の効果はある一定量以上になると天井(ceiling)に達することが知られています(それ以上増量しても効果が変わらない)。利尿薬抵抗性を克服する1つの方法は、

ループ利尿薬を ceiling dose (Ccr 15~50 mL/分(おおよそ GFR 20~65 mL/分)では1回80~160mg程度(フロセミド換算)、Ccr 15 mL/分未満(GFR 20 mL/分)では1回160~200mg(フロセミド換算)まで増量することです¹⁶⁾。また、単回の静脈内投与ではなく、持続投与へ変更することや、他の作用機序の利尿薬を併用して利尿効果を高めることも効果的です。使用が検討される他の利尿薬として、古くからサイアザイド系利尿薬が好まれて使用されてきましたが、不整脈の原因にもなる低カリウム血症など電解質異常を高率に引き起こすのが懸念点です。本邦においては、バソプレシン受容体拮抗薬のトルバプタンが併用薬として比較的多く使用されてきています。さらに、最近ではSGLT2阻害薬の利尿効果を狙って急性期から併用する試みもなされており、急性期の利尿戦略の最適解の検証が今後もまだまだ必要です。

Take-home message

- 急性期の血管拡張薬投与は、時に有用ですが、漫然と静脈内投与を続けるのは控えるべき。
- ループ利尿薬をまずはしっかり投与。反応性に乏しい場合は投与量の漸増あるいは他利尿薬の併用を検討したい。
- 適切な評価と「迅速な介入」をタイムリーに繰り返し、血管拡張薬や利尿薬を使いこなす。

参考文献

- 1) J Card Fail. 2011 [PMID: 21872144]
- 2) PLoS One. 2015 [PMID: 26562780]
- 3) Circ J. 2019 [PMID: 31511439]
- 4) Circulation. 2022 [PMID: 35363499]
- 5) Eur Heart J. 2021 [PMID: 34447992]
- 6) ESC Heart Fail. 2021 [PMID: 33295126]
- 7) Intensive Care Med. 2009 [PMID: 19639300]
- 8) Circ Heart Fail. 2014 [PMID: 25281655]
- 9) JACC Heart Fail. 2021 [PMID: 34627724]
- 10) Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2020 [PMID: 31995391]
- 11) JAMA Cardiol. 2020 [PMID: 31913404]
- 12) J Am Coll Cardiol. 2017 [PMID: 28641794]
- 13) Eur Heart J. 2006 [PMID: 16709595]
- 14) N Engl J Med. 2011 [PMID: 21366472]
- 15) JACC Heart Fail. 2020 [PMID: 32800512]
- 16) N Engl J Med. 1998 [PMID: 9691107]

こんなメンターがほしかった！

放射線科 研修読本

すべての放射線診療に携わる人へ

Twitterアカウント「るな(放射線科医・画像診断医)」として放射線医学や画像診断に関する情報発信を行う現役放射線科医によるガイドブック。放射線科の実状や、放射線科専門医や診断専門医など7つの専門資格の紹介/試験対策をはじめ、放射線科医のスキルアップ・勉強法、研修・診療にまつわるFAQ等、若手の疑問や悩みに答える。放射線科を歩む・歩もうとする人のためのロードマップ。
※本書の書名と同名のLINE公式アカウントもぜひご利用ください。

編著: るな(放射線科医・画像診断医)

定価4,730円(本体4,300円+税10%)
B5変 頁320 図59・表21 2022年
ISBN978-4-8157-3051-2

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36
TEL: (03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp
FAX: (03)5804-6055 Eメール: info@medsi.co.jp

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

リハビリテーションレジデントマニュアル 第4版

木村 彰男 ● 監修
辻 哲也 ● 編
水野 勝広, 村岡 香織, 石川 愛子, 川上 途行 ● 編集協力

B6変型・頁432
定価:4,620円(本体4,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04755-5

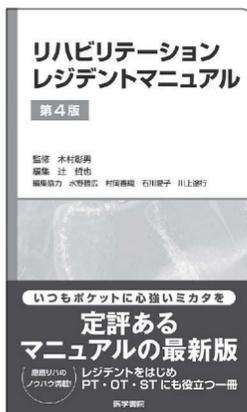
評者 山口 智史
順大先任准教授・理学療法学

神経疾患, 整形外科疾患, 内部疾患, 悪性腫瘍など多種多様な疾患において, どのようなリハビリテーションが必要なのか? 最良のリハビリテーションを提供するには, どのような知識が必要なのか? 本書では, そういった不安や疑問を, 日本のリハビリテーション医学・医療を牽引してきた慶大リハビリテーション医学教室に携わるリハビリテーション専門医が, 明確にポイントを示しながら図表とともにわかりやすく解説している。

監修を務める木村彰男先生が序文で述べられているように, 近年の医学・医療では, 医療制度の改定により, 疾患ごとの治療法や治療期間が制限され, 画一的な医療が提供されるようになった。これはリハビリテーション医学・医療においても同様であり, 日常生活動作の早期獲得のみを目的とした, 生活動作の反復練習を主体とするリハビリテーションを目的とする。当然, 生活動作の反復は重要であり, 日常生活の自立度を高めるために必要である。しかしながら, リハビリテーション医学・医療の治療は, 動作反復だけでよいのだろうか?

第I章では, この問いに答えるように「リハビリテーション医学・医療」について, 重要な定義が記載されている。リハビリテーション医学は, 運動

いまだから必要なリハビリテーションが凝縮された一冊



障害 (dysmobility) を来す疾患・病態の診断・評価・治療を専門とする医学の一分野であり, 臓器・疾患別ではなく, 運動障害をシステムとしてとらえる。さらに運動障害の原因は, ①神経・筋・骨関節系(運動実行系), ②呼吸・循環系(エネルギー供給系), ③生活環境に分けられる。そのいずれかに問題がある場合には, 疾患横断的に, リハビリテーション医学・医療の対象となる。そして治療として, 廃用を予防するとともに, 機能回復的アプローチにより, 障害の的確な評価に基づいて, 機能を最大限まで回復し, 代償的なアプローチにより日常生活の自立度を高める。このリハビリテーションの治療概念は, 医学・医療の進歩により, 新しい治療が開発されたとしても, リハビリテーション医学・医療の根幹だと考える。

第II章では, リハビリテーション医学・医療を実践するための診断と評価が障害や動作レベルに分類され説明されている。さらに, 第III章では,

チーフレジデント直伝! できる指導医になる70の方法

研修医教育・マネジメント・リーダーシップ・評価法の極意

野木 真将, 橋本 忠幸, 松尾 貴公, 岡本 武士 ● 著

A5・頁352
定価:3,960円(本体3,600円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-03655-9

評者 志水 太郎
獨協医大主任教授・総合診療医学

本書の役割は, 巻末の対談で野木真将先生が仰っている「みんなの(リーダー育成のための解決法に対しての)共通認識を広げ, 育てるツールとして役立つしてほしい(p.331)」という言葉に集約されていると感じます。日米の伝統的なチーフレジデント制度を持つ研修病院でチーフレジデントを経られたメンバーらが, 指導医として, ミドルレベルのマネージャーとして, 教育者として, どのようなことに気を付けながら診療・教育・マネジメントを実践していけばよいかを指南してくださっています。しかし, 押しつけのような形ではなく, ソフトな語り口調で, 「研修教育をしたことがない」「自信がない」という読者の皆さまにも, 入りやすい構成になっているのではないかと思います。

本書で評者が個人的にお勧めしたい章はたくさんあります。以下列挙すると, カンファレンスを盛り上げるためのコツは? (p.70), 病棟などで少人数相手の指導で役立つポイントは? (p.96), EBMをどうやって教えれば良いか? (p.102), せっかく作ったカリキュラムがうまく共有されてないときの良い対処方法 (p.179), 当直表を

どのように作成, 調整したら良いですか? (p.228), 医学生を上手に勧誘するコツは? (p.251), 採用過程でのアドバイスはありますか? (p.254)……。このように, 他書にない「痒い所に手が届く」「それ, 興味ある!」指導医向けの内容が満載です。Think-pair-share や EPA (Entrustable Professional Activity), Bloom's taxonomy など, 経験値のある指導医たちが多く踏襲していると思われる重要な概念の共有まで行き届いていて, とても勉強になると思います。その他, 忙しい臨床現場で効率的に教えるコツ (p.26), 多

くの指導医が直面するであろう世代間ギャップをどのように考えるかの章 (p.34), うつ (p.277), や Burnout (p.283) への対処, 医学教育を学ぶプログラムの紹介 (p.296) など, 多くの指導医たちのサポートになるのではないのでしょうか。書評タイトルに記載したように, 役職として責任あるレジデントを束ねるミドルマネージャーらが集結して記述された指導医指南書は, 評者の調べる限りこれまで日本にはなかったのではないかと思います。新世代の後輩たちを指導する立場の全ての指導医たちにお薦めの, 珠玉の一冊です。



具体的な治療方法について記載されるとともに, 治療後の効果判定にまで言及されており, より実践的な視点を学ぶことができる。第IV章では, リハビリテーション医学・医療の対象となることが多い疾患別の診断と評価, リハビリテーション治療がわかりやすく説明されている。第V章では, 在宅リハビリテーション, 行政や福祉用具の知識, さらに災害リハビリテーションにまで触れられている。

本書はポケットサイズで, 物足りない内容なのではないかと考える方もいるかもしれないが, 前述のように重要なポイントが全ての項目で端的にまとめられており, 本当に必要な知識が記載されている。本書は, リハビリテーション科専門医をめざす研修医や医師, 他科の医師, 理学療法士, 作業療法士だけでなく, 養成校の学生においても必要な知識を提供してくれる一冊と言えるだろう。

「橋本市民病院 大リーガー医」育成プロジェクト 募集要項

■1 趣旨

橋本市民病院は, 海外留学支援のノウハウを持つ日米医学医療交流財団の支援を受けて, 「米国等にレジデント留学を希望する医師」を募集・助成します。

■2 応募資格

- ①橋本市民病院(南海難波から45分)に赴任・勤務できる方
- ②以下の何れかの米国等留学を希望する医師で, 総合内科, 腎臓内科, 及び救急科のいずれかの診療科において勤務できる方
 - (1) 臨床留学 (2) 研究留学 (3) MPH 留学等
 - ※但し, (1)については, 既にUSMLEを取得しているかその受験準備中の者に限る
- ③TOEFL iBT80点以上の取得者(IELTSも可), 又は今後の努力で達成可能な方

■3 募集人数 2名

■4 助成概要 ※原則として留学先は助成を希望する医師が各自で確保すること

①助成条件

- (1) 臨床留学の場合 病院で3年間勤務する代わりに米国等への3年間の留学を認める
 - ※但し, 2年間は先に病院に勤務する
- (2) その他の留学の場合 米国等への留学を認める期間は最大3年間とし, 留学期間と同じ年数だけ病院に勤務する
 - ※但し, その期間が1~2年間の場合は1年間, 3年間の場合は2年間, 先に病院に勤務する

②助成金額

- (1) 留学先から給与を支給される場合 300万円×留学年数
- (2) 給与を支給されない場合 500万円×留学年数

③以下については日米医学医療交流財団が行う

- (1) このプロジェクトにより海外留学する医師の公募の窓口
- (2) 海外留学する医師の選考
- (3) 留学生のための留学準備, 留学中の支援

■5 提出書類

①申込書・履歴書

日米医学医療交流財団のホームページの「助成要項A項申し込み」から「JANAMEF A-1」

「JANAMEF A-2」「履歴書」をダウンロードして, それに記入し, 提出して下さい。また, 履歴書の記入は和文とし, 写真は, 証明用として最近3ヶ月以内に撮られたものとします

- ②卒業証書のコピーまたは卒業証明書
- ③医師免許証のコピー(縮小コピー可)
- ④USMLE/Step1・Step2CS等の合格証をお持ちの方はコピーを提出して下さい
- ⑤英語能力試験(TOEFLまたはIELTS)の点数通知書をお持ちの方はコピーを提出して下さい
- PDF書類はそのままタイピングしてプリントアウトして提出して下さい
- 書類はできるだけタイピングしたものをご提出願います

■6 応募締切 2023年3月31日(金) 必着

提出先: 橋本市民病院事務局

〒648-0005 和歌山県橋本市小峰台2-8-1 TEL: 0736-34-6123

■7 選考方法 選考委員会が書類審査並びに面接の上, 採否を決定します

■8 選考日

- ①日時: 2023年4月(日時の詳細未定)
- ②場所: 日米医学医療交流財団事務局(東京都文京区本郷3-27-12-6F)

■9 選考結果の通知 応募者本人宛にメール及び郵便により通知します

■10 その他 (助成概要に記載されたもの以外の医師の義務)

- ①レジデント留学開始後, 研修報告書(JANAMEF NEWSやホームページ掲載用)を提出すること: 年2回
- ②留学決定後に日米医学医療交流財団の賛助会員に入会すること
- ※①は日米医学医療交流財団の指定の様式でA4サイズ(40字×30字位)1枚, 日本語とします

■11 問い合わせ先

公益財団法人 日米医学医療交流財団 事務局

TEL: 03-6801-9777 E-mail: info@janamef.jp https://janamef.jp

または

橋本市民病院 事務局 TEL: 0736-34-6123 E-mail: shomu@city.hashimoto.lg.jp https://www.hashimoto-hsp.jp/

ジェネラリストのための 内科診断キーフレーズ

長野 広之 ● 著

A5・頁336
定価：3,850円(本体3,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04923-8

臨床現場では、患者さんの問題を整理するのが難しいことがしばしばある。特に昨今は、急激な超高齢社会の深化に伴い、他疾患併存が当たり前の世の中である。そのような環境における診断の複雑性を解決するために、さまざまな臨床推論に関連した良著が生まれている。本著もその系統の1つに並ぶであろう、診断方略のエッセンスを凝縮した書籍である。

本著では、患者が持つ臨床問題のうち最も疾患特異性の高い問題点を「キーフレーズ」という言葉で表現し、そこから鑑別疾患を着想・整理することを目的としている。われわれは臨床推論を進める際、しばしば表^{1,2)}のようなキーワードのタイプから整理を進めることが多い。

著者が扱う「キーフレーズ」は、この中でも「Semantic qualifier」をメインに構成している。痒いところに手が届き(=臨床現場で困りやすく)、かつ頻用するフレーズを抽出している点がとても秀逸である。これはひとえに、天理よろづ相談所病院、洛和会丸太町病院を経て真摯に臨床経験を積み重ねてきた著者の臨床能力に基づくものであると確信する(利益相反あり)。これを使えば、患者の問題点を速やかに整理できることは間違いない。いわばこの本は「名医の王道」へと誘う良著で

ある。ただし、この本を使用する際には2点注意が必要である。

①読者のキーフレーズの診断そのものを間違えない!

例えば本著にもある「ばち指」「Raynaud症状」などの用語には「定義」がある。その定義に合わない状況を誤って診断してしまうと、臨床推論そのものを大きく踏み外すことがある。

②自分の経験に即したキーフレーズのカードを作ろう!

本著の鑑別疾患は、あくまで著者が臨床的に重要だと判断した内容や、著者の臨床経験に即した記載であろう。そのため、頻度的に極めてまれなものや、逆に極めてコモディジーズすぎるものは記載されていない。例えば「急性発症の開口障害」の第一鑑別は、僕にとっては顎関節症だ(=僕自身がそうだから)。だからこそ、読者は本に含まれている「Web付録」を使って、そこに自分なりの鑑別診断を付け加えるとよい。そうすれば、素晴らしい臨床経験を持つ医師の思考と、自分の実体験を合わせた自分なりの「キーフレーズ」が生まれるだろう。

●参考文献
1) N Engl J Med. 2006 [PMID : 17124019]
2) Pediatrics. 2012 [PMID : 23090337]

●表 病歴から鑑別診断に至るコンセプトいろいろ (文献1, 2)

キーワードのタイプ	意味	例
Big picture	患者の症状の中で主となる問題を表現した単語	腹痛
Semantic qualifier	患者の症状を医学的な言葉に置き換えたもの	急性の右下腹部痛
Illness script	患者の症状を「脚本」としてとらえ、鑑別にかかわり得る症状の強さや時系列などを付記したもの	20歳女性に生じた、1日前からの上腹部痛の後に生じた歩行時に響く右下腹部痛

安全に施行するためのESDテクニック [Web動画付]

宮澤 光男, 大西 俊介 ● 編

B5・頁176
定価：9,350円(本体8,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04861-3

ESDは日本で開発された早期がんの画期的な治療手技である。

この治療が始まった2003年、長野県の佐久総合病院で、ESDライブデモンストレーションが行われ、全国から内視鏡医が集まったことが懐かしく思い出される。あれから20年が過ぎ、その手技は飛躍的に進歩し普及した。当時、やや困難例とされた病変の治療が平易になった一方、より難度の高い病変や、リスクの高い十二指腸、基礎疾患や高齢化などで背景の複雑な患者にも適応され、ESDは多様化・複雑化した。ESDが開発されて四半世紀、その進歩の恩恵は大きい。ESDを確実に安全に行うことは容易ではない。

本書は「総論」「臓器別各論」「ESDに役立つ知識」の3つの章で構成されている。さらにそれぞれが安全に施行するための独立したテーマから成り、安全を多角的に深く考えることが意図されている。

「総論」ではESDの周術期管理、合併症の対処法、抗血栓薬、高周波手術装置の設定など治療に欠くことのできないテーマが丁寧に解説されている。リスクを招かないためには用意周到さと、偶発症が起こったときの判断力、チーム力が必要となる。それを支える知識や考え方が包括的に織り込まれている。ぜひ、お役立ていただきたい。またESDから全層切除への応用や、間葉系幹細胞や各種シートを利用した術後狭窄予防に関する編者らの研究は

新たな可能性を感じさせる。

「臓器別各論」では、咽頭・食道・胃・十二指腸・大腸のESDの実際と手技の基本・コツ・戦略、合併症の予防と対応が実践的にわかりやすく執筆されている。それぞれの臓器で手技や合併症の起こりやすさは少しずつ違う。一つひとつの操作はおろそかにできない。経験豊富なエキスパートの思考が技術に反映されている。手技がシェーマで解説され動画で供覧できるので理解しやすい。それぞれの臓器で標準的な治療、困難な症例、出血や穿孔の予防、穿孔したときの対応の手順と操作が丁寧に解説されている。難しい症例の提示もあり、ESDは内視鏡医の挑戦の歴史だと感じさせられる。

「ESDに役立つ知識」では、まずスコープとESDを支える小道具たちに焦点を当てている。フード、ナイフ、デバイス、クリップ、止血鉗子などもそれぞれ工夫・開発され、その特徴と使い方が紹介されている。また、ESDの成否を左右するのは、内視鏡の基本操作であることが触れられている。有効な局注、粘膜下層への潜り込み、空気量の調節、最後に止血のコツと穿孔時の対応で結ばれている。

今日、無事に終了した治療であっても、全ての工程がベストであったかを見直すことは欠かせない。本書をめくり、自身のESDと対比することで確実に安全なESDにつながることを願ってやまない。

自身のESDと対比することで
確実に安全なESDに
つなげてほしい



医学書院 ウェブサイトで何が出来るの?

医学界新聞 閲覧

学会情報 check

書籍 立ち読み

カルテの思わぬ落とし穴とは? ポイントを押さえた先読みの記載があなたの身を守る!

トラブルを未然に防ぐ カルテの書き方

編集 吉村 長久 山崎 祥光

紛争・トラブルになり得るケースを多数紹介し、無用なトラブルを避けるためのポイントを押さえたカルテ記載の方法を伝授。臨床(医師)と紛争対応(弁護士)の双方の視点を押さえた先読みの記載があなたの身を守る!

詳細はこちら



●B5 2022年 頁216
定価：3,960円(本体3,600円+税10%)
[ISBN978-4-260-04806-4]

CONTENTS

巻頭付録 疑問点マップ(本文参照頁付き)

第1章 カルテ記載の大原則
一書くべきこと・書くべきではないこと

第2章 訴訟上の事実認定とカルテ
一書かなかったら「なかったこと」に!

第3章 カルテの記載が特に重要になる場面

第4章 カルテ以外の重要な文書と注意すべき場面

第5章 開示や修正を求められたら

巻末付録 関連法の抜粋

医学書院

最期まで患者の望む時間を提供するために。

緩和ケア レジデントマニュアル

第2版

改訂しました!

監修 森田 達也/木澤 義之
編集 西 智弘/松本 禎久/森 雅紀/山口 崇



次々に起こる症状への対応、予後予測、ACP、家族のケア、リハビリテーション……、最期まで患者の望む時間を提供するために、何をするのか。エビデンスをアップデートしつつ、経験も重視して、より実践的に改訂。

目次

- 第1章 緩和ケアの基礎知識
- 第2章 症状の緩和
- 第3章 非がんの緩和ケア
- 第4章 様々な状況での緩和ケア付録

詳細はこちら



B6変型 2022年 頁536 定価：3,960円(本体3,600円+税10%)
[ISBN978-4-260-04907-8]

医学書院

無料 Web セミナー

医学書院

無料 実演 Web セミナー

先輩医師に聞いてみよう！
診療のコツと
適切なコンサルテーション

リアルタイム配信 2022年9月10日 18:00-19:30

アーカイブ配信 2022年9月11日~10月10日 23:59

※アーカイブ配信期間に視聴予定の方も、お申込みはリアルタイム配信日までにご登録ください。リアルタイム配信終了後の新規お申込みはできません。

プログラム(予定) 一部変更となる場合がございます

- イントロダクション
テーマ1 研修医・専攻医のうちに学んでおくべきこと、身につけておくべき習慣
テーマ2 上級医に上手にコンサルテーションするコツ
テーマ3 研修医時代の失敗談—あつときこうしておけばよかった—
テーマ4 なぜ今の診療科を選んだのか、どのように決めるのがいいか
まとめと終了のご挨拶

参考図書

レジデントのための
専門科コンサルテーション

(医学書院, 2021)

編著 山本 健人

書籍の詳細はこちら



講師



山本 健人先生
田附属風会医学研究所
北野病院
消化器外科・腫瘍研究部



倉原 優先生
国立病院機構
近畿中央呼吸器センター
呼吸器内科



前田 陽平先生
JCHO 大阪病院
耳鼻咽喉科部長



忽那 賢志先生
大阪大学医学部
感染制御学教授

セミナーの詳しい情報はここから



外科の基本“結ぶ”の
ルール・コツ・勘所

2022年10月14日 19:00-21:00

外科の基本手技“結ぶ”(結紮)の原理とテクニックを解説
やみくもな反復練習では得られない上達のためのコツと勘所が体得できるセミナーです。
受講に際しては、ぜひ手術用の糸か細紐とマグネット付きのクリップ等をご用意いただき、講師の実演に合わせて手を動かしてください。
主に研修医の方を対象にしておりますが、医療者であればどなたでもご参加いただけます。
適宜書籍のページをお伝えしますので、お手元にあると理解がより深まります。

参考図書

切る・縫う・結ぶ・止める
外科基本手技+応用スキル

[Web 動画付] (医学書院, 2022)

書籍の詳細はこちら



▲上記書籍をお手元にご用意いただけると、セミナーの理解が一層深まります。

プログラム(予定)

- ◎基本のキ
(糸の把持法, 結紮の原理, 糸の配列)
*以下のセクションを含め随時ご質問にお答えします
◎実演レクチャー「両手結び」
*手術用の糸か細紐とマグネット付きのクリップ等をご用意いただくことをおすすめします
◎実演レクチャー「片手結び」
*手術用の糸か細紐とマグネット付きのクリップ等をご用意いただくことをおすすめします
◎知っておきたいテクニック
◎まとめ

講師



小坂 眞一先生
医療法人 SHIODA 塩田病院
副院長
総合診療科・血管外科部長

セミナーの詳しい情報はここから



9 medicina
Vol.59 No.10

ちょっと待って, その痛み大丈夫?

“見逃してはいけない痛み”への
安全なアプローチ

企画: 志賀隆(国際医療福祉大学 救急医学)

外来にはさまざまな痛みを訴える患者が訪れるが、その鑑別は緊急を要する疾患をはじめ多岐にわたることが多く、1回の診察では診断に至らないこともある。本特集では鑑別診断を中心とした「外来マネジメント」、「再来計画」、「痛みのコントロール」の3つを主なポイントとして、身体各部位の痛みについてエキスパートが症例ベースでの解説を行った。

INDEX

- 第1章 アプローチの仕方
第2章 各論—こんな痛みには要注意!
頭痛/眼痛/咽頭痛/頸部痛/胸痛/腹痛/背部痛/腰痛/関節痛/足底部痛/全身痛
第3章 痛みの評価と鎮痛薬の使い方

●1部定価: 2,860円(税込)

連載

- ローテクでもここまでできる!
おなかのフィジカル診断塾
治らない咳、どう診る・どう処方する?
続・ケースレポートを書こう!
“論文の軸の設定”トレーニング
ここが知りたい! 欲張り神経痛診断
主治医の介入でこれだけ変わる!
内科疾患のリハビリテーション
目でみるトレーニング

▶2022年増刊号(Vol.59 No.4)

フィジカル大全

読んで、見て、聴いて、
身体診察を完全マスター!

企画: 徳田安春(群星沖繩臨床研修センター)

●特別定価: 6,050円(税込)

▶来月の特集(Vol.59 No.11)

10月増大号

生活習慣にまつわる
診療の
Quality Indicatorの
実装と改善

企画: 小坂 眞一(徳島光が丘病院 総合救急診療科)

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.32 No.9

総合診療

総合診療・地域医療
スキルアップドリル

こっそり学べる“特講ビデオ”つき!

後期研修医〜中堅総合診療医へのアンケートから抽出した「実はもっと学びたいこと」から厳選し、「ドリル形式」でわかりやすく解説しました。さらに、より幅広く解説した「特講ビデオ」へのリンクを併載し、いつでもどこでもコッソリ学べます! 「ドリル×ビデオ」の相乗効果で、総合診療・地域医療のスキルアップを図りましょう。
企画: 和足孝之(島根大学医学部附属病院 総合診療センター)

INDEX

- <対談> 総合診療医育成のニューノーマル 一島根島の総合診療専攻医割合が日本一なワケ
…和足孝之×白石吉彦
【腎臓】
12)慢性腎臓病…小田川誠治
13)糖尿病腎症…小田川誠治
14)急性心不全×急性腎不全
…牧石徹也
【血液】…小笹亮太郎
15)リンパ節腫脹
【感染症】
16)重症感染症…樋口 大
17)グラム染色…高橋賢史
18)入院患者の発熱…樋口 大
【呼吸器】…長尾大志
19)胸部×線読影
20)喘息かCOPDか
21)慢性間質性肺炎
22)気胸
【神経】
23)脳梗塞…福田理子
24)Parkinson病…飯島 一
25)せん妄…遠藤健史
【皮膚】
26)壊死性筋膜炎
…千貫祐子・山崎 修
27)褥瘡…吹澤紀子・白石吉彦
【精神】…高尾 碧
28)抗うつ薬
29)向精神薬の減薬
【泌尿器】…安食春輝
30)頻尿
【妊産婦】…加藤一朗
31)妊婦のけいれん
32)妊婦中の服薬
【小児】…樋口 強
33)予防接種
34)乳幼児健診
【POCUS(エコー)】
35)総胆管拡張…黒谷一志
36)肋骨骨折…簡野泰光
37)エコー下穿刺…福田聡司
【地域医療・家庭医療】
38)患者中心の医療の方法
…高橋賢史
39)意思決定支援…上村祐介
40)家族志向型ケア…上村祐介
41)チームマネジメント…和足孝之
42)リーダーシップ…和足孝之

●1部定価: 2,750円(税込)

企画:
鈴木智晴(社会医療法人 仁愛会
浦添総合病院 病院総合内科)
徳田安春
(臨床研修病院群プロジェクト 群星沖繩)

▶来月の特集(Vol.32 No.10)

日常診療に潜む「処方カスケード」
その症状、薬のせいではないですか?

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。

2022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