

臨床研修必修化から10年、「次」の論点

interview 國光 文乃氏 (厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室/医師臨床研修専門官) に聞く

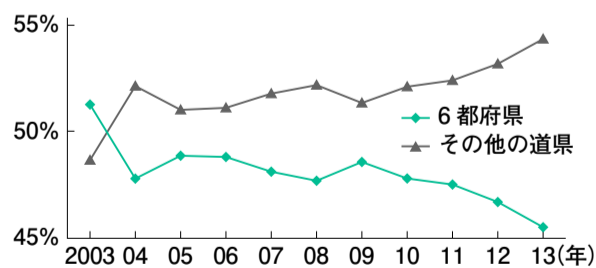
医道審議会医師分科会医師臨床研修部会(部会長=国立病院機構理事長・桐野高明氏)が昨年12月、医師臨床研修制度の見直しに関する報告書をまとめた。新たな専門医制度など卒前・卒後の医学教育をめぐる動きが加速するなか、必修化後10年を迎えた医師臨床研修制度の見直しにおいてはどのような論点が挙がったのだろうか。厚生労働省・医師臨床研修専門官の國光文乃氏に聞いた。

「到達目標」と「評価方法」の見直しが今後の課題

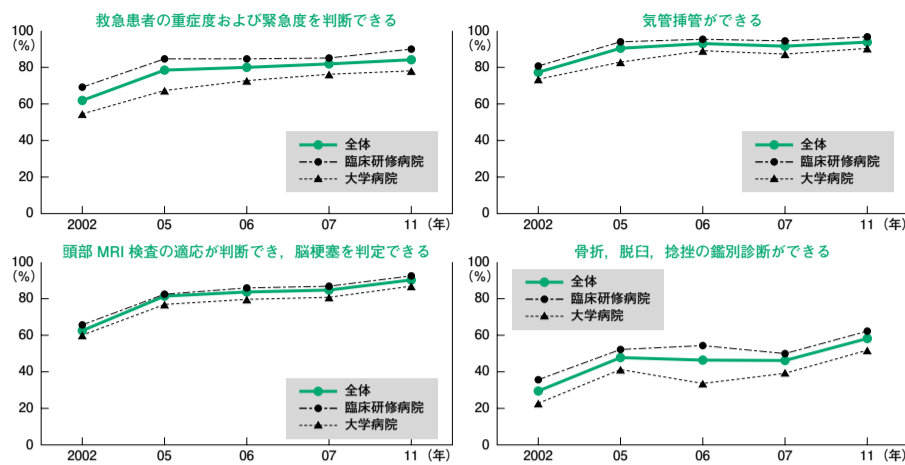
—今回の臨床研修部会においてはどのような論点が挙がったのでしょうか。國光 主な論点は2つです。1つは、臨床研修制度の基本理念である「基本的な診療能力を身に付けること」をさらに推進させるにはどうしたらよいか。もう1つは、昨今の医師不足を踏まえた「地域医療への配慮」です。

まず、「基本的な診療能力を身に付けること」に関してですが、臨床研修制度は2004年度の施行以降、到達目標の内容を変更していません。一方で、この10年の間には、高齢化がさらなる進展をみせると同時に、入院医療から外来医療へのシフトをはじめとした医療提供体制の変化も起きています。こうした環境変化への対応に加えて、到達目標自体の課題も検討会の中で指摘されました。というのも、現在の到達目標の主体は、「経験すべき診察法・検査・手技」「経験すべき症状・病態・疾患」といった「経験目標」なのです。これに関しては、より診療能力を踏まえた形で工夫する必要があるという意見が出ました。

—評価方法自体についても、報告書では標準化の必要性が示されています。國光 現状では、各病院で採用されている評価方法が「指導医による評価」「コメディカルによる評価」「レポート」「実技試験」など、施設によってさまざまです。評価方法について何らかの標準化をしなければ、臨床研修修了者の到達度に差が生じてしまい、制度の理念からも望ましくないという指摘がありました。また、諸外国の評価方法、例えば英国におけるe-ポートフォリオの活用なども検討会のなかで話題に上がりました。



●図1 研修医の採用実績の割合(6都府県とその他の道県)



●図2 研修医の基本的な診療能力についての経年的評価
基本的な臨床知識・技術等について、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合は、全体的に年々上昇(図は代表的なものの例示)。
【出典】平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」(分担研究者=聖路加国際病院長・福井次矢氏)

具体的な標準化の方法についてはこれからの議論になりますが、研修医へのフィードバックも含めた体系的な評価モデルを提示して、各病院の実情にあわせて活用してもらえようという仕組みを考えています。また、評価手法は指導体制とも密接に関係しますので、指導医の在り方、指導技法、院内体制を含めて、研修の質の向上に向けてしっかり議論していきたいと考えています。—到達目標と評価方法の見直しに関しては、報告書のなかで「速やかな検討が望まれる」と明記され、研修診療科や研修期間など他の検討事項よりも優先度が高い印象です。

國光 はい。臨床研修部会の下に別途検討の場を設けて見直すことまでは既に決まっています。2020年度の新研修医からの適用に向けて、到達目標と評価方法の見直し作業に入る予定です。—到達目標については、専門医制度の動向ともかかわってくる話ですね。國光 そうですね。新しい専門医の仕組みは、2017年度からの開始が予定されています。これに加えて卒前教育に関しても、共用試験の標準化等による充実が期待されます。こうした医師養成の全体的な動向を踏まえて検討されることとなります。

専門研修における「医師偏在」の是正が必要

—次に、もう1つの論点である「地域医療への配慮」について伺います。國光 臨床研修制度の施行は地域医療、特に大学病院に大きな影響を与えました。國光 確かに大学病院は非常に厳しくなりました。研修医の採用実績を大学病院と臨床研修病院で比較すると、制度施行前の2003年度のデータでは、研修医の7割が大

学病院に採用されましたが、制度施行後は例年4—5割にまで低下しています。

しかし、「都市部に研修医が流れた」とかという、必ずしもそうでもありません。都市部の6都府県(東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡)とその他の道県で研修医の採用実績を比較してみると、制度導入後は、都市部の6都府県で研修医が減少傾向にあります(図1)。あわせて臨床研修修了時に行っているアンケート調査結果なども踏まえますと、研修医は「都会か地方か」よりも「指導体制やプログラムの充実」を重視していて、その結果として地方の臨床研修病院に研修医が集まっている傾向があります。

—大学にとっては臨床研修制度の副作用が大きかったのは確かですが、都道府県レベルで見ると臨床研修医は地方に残っている、と。

國光 はい。ただ、専門研修の段階になると、臨床研修に比べ、より都市部に集まりやすい傾向があります。新しい専門医の仕組みの第一の目的は「質の向上」ですが、地域での医師確保の観点からは「偏在の是正」にも配慮する必要があります。

—都市部は症例数が多く、専門性を高める上では有利に働くのでしょうか。國光 都市部に症例が多いのは確かですが、医師があまりに集中すると、1人当たりが持てる症例数は逆に限られてしまいます。各都道府県レベルでも、大学病院や基幹病院ならばある程度の症例は集まるので、1人の医師に対する症例数、指導体制(指導医数)などを基本としつつ、地域の医師分布の状況を総合的に踏まえる必要があります。

臨床研修については、1968年のインターン制度廃止の後36年間の長きにわたって続いた「努力義務」の期間に臓器別のストレート研修が中心であり専門志向に偏っていたことや身分・処遇が不十分であったこと等の反省か



●國光文乃氏
2003年長崎大医学部卒。臨床経験後に厚労省に入省し、介護保険制度、健康危機管理、病院管理などに関する業務に携わる。その間に米国カリフォルニア大サンゼルス校(UCLA)公衆衛生大学院に留学(MPH取得)、東京医歯大大学院にて医学博士号を取得。12年より現職。

ら、相当の議論を積み重ね、2004年に新臨床研修制度として必修化された経緯があります。その後、制度必修化の目的である研修医の基本的な診療能力はデータ(図2)でみると上昇傾向にあり、研修医の処遇といった問題もある程度改善されています。ただ同時に、大学病院の若手医師数が低下し、地域医療に混乱を招く一因となったことは否めません。医師の質の向上やキャリア形成を図るとともに、地域での医師確保をいかに両立していくかが、当面の課題であると認識しています。

—最後に、医学生・研修医へのメッセージをお願いします。

國光 新人のころの経験はその後のキャリア形成にも大きく影響すると言われています。まずは、臨床研修を精いっぱい満喫しつつ新鮮な感覚で多くを吸収してください。そしてその中で、将来どのような診療科・キャリアに進むにしても、患者さんとしっかり向き合えるよう、医師としての「基本的な素養」「基本的な診療能力」、この2つを基盤として養ってほしいと思います。具体的にどんなことが必要なのかは、到達目標にいろいろ盛り込んであるので、ぜひ一度見てください。

また、急速な高齢化に伴い医療・介護などのニーズが増える中、若い医師には「地域を診る目」を養ってほしいと願っています。基幹型病院は急性期病院がほとんどですが、例えば「地域医療研修」の期間を活用するなどして、急性期以外の病院や診療所などのリハビリ・外来・在宅医療・介護など、より患者さんの生活に近い現場での取り組みに触れることで、患者さんが地域で暮らしていくために何が 필요한のかを知り、「地域包括ケア」時代にふさわしい医療者に育ってくれることを期待しています。

そして、専門医との関係で言えば、多くの若い医師に、総合診療専門医に関心を持ってもらいたいと思います。これまで総合診療医は位置付けやキャリアパスが十分に確立していない部分もありましたが、今回、専門医の1つとして総合診療専門医が位置付けられたのは医師育成の中で画期的な出来事です。行政としてもこの仕組みを支援していきたいと考えています。(了)

●参考文献/URL
1) 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」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000032748.html>

日常診療に必要な医薬品情報を厳選! 選ばれる薬には理由がある!

厳選された医薬品情報を持ち運びに便利な文庫本サイズに凝縮

重要薬マニュアル

この薬が選ばれる理由

約2,200成分ある医療用医薬品の中から、一般内科の日常診療で頻用される157成分を厳選。数ある同効薬の中から「なぜその薬が選ばれているのか」を紹介。さらに添付文書情報(【効能・効果】【用法・用量】【警告】【禁忌】【副作用】【相互作用】等)に加え、第一線で活躍中の専門医による臨床情報(【薬の特徴】【処方例】【服薬指導】【最新の動向】)も掲載。

編集 伊藤 裕
慶應義塾大学医学部
腎臓内分泌代謝内科・教授

重要薬マニュアル
この薬が選ばれる理由

医師現場で最も評価されている薬を厳選!

Pocket Drugs 2014

類似薬・同効薬ごとに治療薬を分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「くすりの選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、読みやすくコンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、重要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。

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

Pocket Drugs 2014
医薬品情報をポケットサイズに凝縮
*本誌に必要な情報だけをまとめた一冊
フルカラーで見やすい・調べやすい

寄稿

ルワンダ軍事病院での研修から見てきたもの

佐野 正浩 亀田京橋クリニック 内科医員

亀田総合病院の総合診療科後期研修プログラムの最終学年で、希望者は1か月間の海外研修を受けられる。私は、2014年1月、アフリカ中部のルワンダ共和国にあるルワンダ軍事病院(Rwanda Military Hospital, 以下RMH)で研修する機会を得たので紹介する。

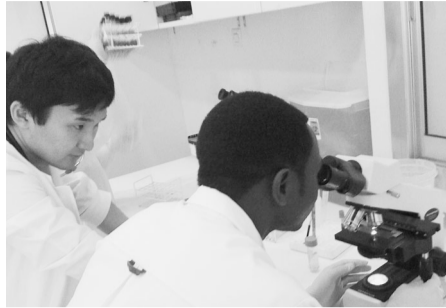
RMHは首都キガリの中心部から数キロの場所にある国営病院で、軍関係者に限らず、一般市民も受診できる。入り口にはライフル銃を構えた兵士が常駐し、敷地内に入るには毎回荷物をチェックされる。内科病床は約30床あり、その他にも一般外科、産婦人科、救急外来、ICU、小児科病棟がある。院内には、エコー検査室、手術室、採血検査室、微生物検査室、一般外来棟、X線2台、心電図モニターが1台、Wi-Fi環境(UpToDate[®]は利用可)などを備えている。

ルワンダの医療システムは、RMHのように重症患者が搬送される Referral Hospitals (中核病院)を頂点とし、その下に District Hospitals (地方病院)、さらにヘルスセンター(医師は常駐せずに看護師のみ常駐)が置かれるピラミッド構造になっている。

暗い歴史を乗り越え、米国標準の医師教育をめざす

この国を訪れたからには、歴史的な事件に触れないわけにはいかない。それは1994年の「ルワンダ虐殺」である。植民地時代に支配していたベルギー人が、ルワンダ人を身体的特徴から複数の部族に分け、少数派のツチ族を優遇する政策を開始したことに端を発する。ツチ族と多数派のフツ族の間には軋轢が生じ、わずか100日間で100万人ものツチ族および穏健派フツ族が殺害された。ツチ族を殺さなければ裏切り者とみなされ自分も殺されてしまう。食卓を同じくした村の隣人が、ある日を境に自分を殺しに斧で襲ってくるという惨劇が繰り返された(Wikipediaや映画『ホテル・ルワンダ』等で当時の状況がよくわかる)。たった20年前の出来事とは思えない。このときに隣国へ避難した富裕層や知識人たちの中には、既にルワンダに帰還した者もいるが、医療システムは依然として大きなダメージを受けており、人材育成が今も急務となっている。

現在、「Human Resources for Health Program in Rwanda」という人材育成プログラムが行われている。米国クリントン財団の支援を受けたルワンダ共和国保健省が中心となり、医師や看護師などの人材育成を目的にダートマス大やハーバード大などからスタッフを招



●写真 左：この病院で習慣化されていないグラム染色の手技を研修医に伝える筆者。右：現地医師たちとの集合写真。右端が青柳医師。右から3人目が筆者。

聘している。米国標準の医師教育をめざした研修では、ベッドサイドで一症例ずつ十分に時間をかけて、なぜそうなるのかを考えながら丁寧な議論が行われていた。外国人医師が独自に医療行為をするのではなく、ベッドサイド・ティーチングを中心とした臨床教育を行うことで、近い将来自国のスタッフだけで有能な医師を育てられるシステムづくりを目標としている。

ダートマス大の教員として現地の医師に対する臨床教育活動をされている青柳有紀医師も招聘スタッフの一人だ。UNESCOなどの勤務を経て、群馬大医学部に学び、若手医師のための海外臨床医学留学プログラム「N Program」(東京海上日動主宰)を通じてベスイスラエル・メディカルセンターで内科を、またダートマス大教育病院で感染症および予防医学を修めた。青柳医師と共に医師の研修にかかわったが、看護師の育成も途上だと感じた。X線撮影の指示をしても、撮影が次の日になるという、日本では考えられない時間感覚だった。しかし、青柳先生は忍耐強く待ち、「怒ってはだめなんですよ」とおっしゃっていた。環境の違いこそあれ、この姿勢は日本の病棟でも重要だと感じた。

確定診断が困難な環境で、「甘かった！」と痛感

RMHの院内には、CTやMRIはない。採血項目は限られている上、数日後でないと結果がわからない。ポータブル心電図もないため、患者が胸痛を訴えても離れた棟にある心電図検査室まで運ぶことになる。たとえ、そこでST上昇があったとしてもカテをできる施設もなければ循環器内科医もいない。アクティブな消化管出血が起きれば、内視鏡で止血できる消化器内科医がいなかったためPPIを使用しながら自然に止まるのを待つのみ。結核患者も多いが、十分な設備が整う隔離部屋はない(おそらく私も曝露されっ放し)。これがルワンダ医療の現状なのだ。



私は開発途上国での医療を希望し、common diseases のマネジメントがしっかりできるようになるために亀田総合病院の研修プログラムを受けてきたが、恥ずかしいことにこれまでの認識は「甘かった！」と思った。最近よく聞く「ジェネラリスト」に対する心構えも「甘かった！」と痛感させられた。

読者の方は自分の専門外の疾患を疑わせる患者を目の前にしたとき、どうされるだろうか。私の場合は病歴・問診・診察で鑑別疾患を挙げ、必要な検査をして疾患を絞り込む。自分の力では解決できそうにもないときには、他科の先生にコンサルトをする。しかし、ルワンダでは必要な検査ができないため、この過程が途中でできなくなってしまう。コンサルトできる専門医もいないため、不確定な状況でも自分でプランを考え決定しなければならない。

そう、この国では確定診断が非常に困難なのだ。診断がついていない患者ほど怖いものではなく、患者が急変してしまったという経験をお持ちの読者もいらっしゃるだろう。私は内科医なので、全ての分野で専門医のレベルになるのは無理だとしても、困難な状況下でも結論を出すには、全ての分野で専門医の一手手前くらいの知識は持ち合わせないと、開発途上国で責任を持って臨床医を務めるのは難しい。ルワンダでの医療活動では、内科医としての



●佐野正浩氏
2009年愛知医大卒。同年より杏林大病院で初期研修、亀田総合病院総合診療・感染症科にて後期研修。14年4月より現職。「地域によらず、不安や孤独を感じる人の力になれる医師」を目標に勉強中。

自分の能力が常に試されたと感じた。開発途上国では、まずは手元の医療機器は徹底的に使いこなさなければならない。例えば、CTはないのでエコーで虫垂炎を本気で探しに行くことは当然のこと、気胸や肺高血圧もエコーで診断する(実際、成書にはしっかり記載されていた)。次に、患者の背景に想像をめぐらすこと。HIVに感染している若い女性はレイプされている場合も多い。一例、元気がない外来の若い女性を青柳先生は見逃さなかった。家は安全か質問したところ首を横に振ったため、性暴力を相談できる所へ紹介した。帰国後、総診のカンファでは、ルワンダではどう判断していたか考えるようになり、身体所見や病歴を重要視することにつながっている。

医師としての自分と向き合ったルワンダ研修

私がルワンダに滞在中、中央アフリカ共和国で部族間紛争が勃発し、1000人規模の大量虐殺が行われている可能性があるというCNNの発表を、滞在先のホテルのTVで見た。ルワンダが平和になりつつあっても、まだ他の国でルワンダのような悲劇が起きている。人として何ができるのかを考えたときに私ができることは、ものすごく小さなことかもしれないと感じた。結局政治が安定しなければだめなのではないかと投げやりな気持ちにもなった。でも、せっかく医師免許を持っているのだから、この資格を存分に利用しない手はない。遠いアフリカ大陸だけではなく日本にも助けを必要とする人が多数いる。少なくとも私にできることは、目の前の人としっかりと向き合い、自分のベストを尽くすことなのだと考えさせられる海外研修となった。

●海外研修で視野を広げよう！

日本だけで研修していると、日本の医療が特殊であることに気がつきにくい。海外研修の意義の一つは、他国の医療を体験し、逆に外部から日本の医療を振り返ることではないだろうか。先進国に海外研修に行けば、病歴・身体所見を重視し、議論しながらエビデンスを患者さんに活用することを体感できるだろう。当院の医師なら、当科の研修に自信が持てることにもなる。また、開発途上国に海外研修に行けば、病歴・身体所見のみで診療するのを目の当たりにし、普段から検査機器に頼ってばかりではいけないことが実感できるだろう。

海外研修の準備は大変だが、大いにその価値はある。英国等では視野を広げるための海外研修期間を設けている医学部も多い。よって、留学志望の研修医だけでなく、将来日本で診療していく研修医こそ、短期でもいいので海外研修を経験してほしい。その思いがあり、当院当科での後期研修3年目には、海外で研修できる期間を1か月設けている。今回佐野先生が、米国での内科・感染症科の研修を積まれた青柳先生の下、ルワンダで海外研修するという大変貴重な経験をさせていただいた。普段遭遇しない症例をたくさん経験できただけでなく、日本と全く異なる医療環境等にも驚きの連続であっただろう。そして、医療資源が限られた中で活躍するためには広く深い臨床能力が必要と感じたことが、彼の医師人生に大きな収穫となったはずである。ぜひ、より多くの医学生・研修医にこのような経験を通じ、視野を広げてほしい。

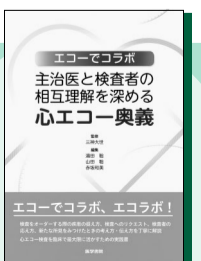
(亀田総合病院総合診療・感染症科部長 八重樫牧人)

エコーでコラボレーション！心エコーを最大限に活用するための実践書

エコーでコラボ 主治医と検査者の相互理解を深める心エコー奥義

循環器疾患のチーム医療では、主治医と検査者の双方が相手の考えを理解することが非常に重要となる。短時間で効率よく患者の病態を把握するうえで、心エコーは素晴らしい力を発揮する。本書では検査をオーダーする際の疾患の捉え方、検査へのリクエスト、検査者の応え方、新たな所見をみつけたときの考え方・伝え方を丁寧に解説。「エコーでコラボレーション！」を実感し、心エコーの持つ力を最大限に活用するための実践書。

監修 三神大世
北海道大学大学院教授・保健科学研究所
編集 湯田 聡
札幌医科大学医学部講師・臨床検査医学講座
山田 聡
北海道大学大学院講師・循環器病内科学
赤坂和美
旭川医科大学臨床検査・輸血部・副部長(調剤)



循環器臨床のエキスパート達が最近の研究・治療の動向とトピックスを解説！

循環器 レビュー&トピックス 臨床医が知っておくべき27の最新知見

循環器領域のさまざまなテーマについて、それぞれの分野のエキスパート達が最近の研究・治療の動向を臨床医にわかりやすく概説するとともに、そのテーマにおけるトピックスをピックアップして解説する。情報をただ並列に並べるのではなく、重み付けと価値判断をしながら、現時点での位置付けを明確にしている。循環器専門医だけでなく、専門医を目指す医師・研修医にとっても必読の書。

編集 赤石 誠
北里大学北里研究所病院・副院長/
循環器内科・部長
北風政史
国立循環器病センター臨床研究部・
心臓血管内科・部長



モヤモヤよさらば! 臨床倫理 4分割カンファレンス

生活背景も考え方も異なる、さまざまな人の意向が交錯する臨床現場。患者・家族・医療者が足並みをそろえて治療を進められず“なんとなくモヤモヤする”こともしばしばです。そんなとき役立つのが、「臨床倫理」の考え方。この連載では初期研修1年目の「モヤ先生」、総合診療科の指導医「大徳先生」とともに「臨床倫理4分割法」というツールを活用し、モヤモヤ解消のヒントを学びます。



第4回 身寄りのない患者が、せん妄状態になったら? 川口 篤也

モヤ先生、整形外科を回っているの? 順調にやってる?
全然、順調じゃないです……。初めて受け持った大腿骨頸部骨折の患者さんが、入院後意思疎通ができなくなってしまったんです。手術予定だったのに、連絡が取れる親族もいなくて。せん妄状態だと思うんですが、看護師さんも対処に困っているんです。4分割カンファレンスで、どうにかなりませんか?
4分割への信頼度がずいぶん増してるなあ。ま、早い段階で方針を共有することはとても大事だから、関係者に情報を集めてもらって、近々カンファレンスを開いてみようか。

①医学的適応

患者は、転倒による右大腿骨頸部骨折の67歳男性、Eさんです。骨折は転位があるタイプなので、一般には手術適応があります。ただ、入院翌日から落ち着かなくなり、点滴を自己抜去したり、虫が見えると言いつつ、せん妄状態と判断しています。
(看護師) わけのわからないことを言ったり、汗をかいて手が震えたり、そわそわして落ち着かないんです。特に夜間は看護師も少なく、かなり人手を取られてしまうので、とにかく早く落ち着かせてほしいんです。そもそも本当にせん妄ですか? 認知症じゃないの?
大変なのはわかりましたけど、ちょっと落ち着いて考えてみましょう。

モヤモヤQ 手術適応だがせん妄を発症し、代理決定者もいないEさん(67歳・男性)。何を優先して対処すべきか?

カンファレンス参加者
モヤ先生 大徳先生(司会)
整形外科指導医 看護師長 看護師
MSW

①医学的適応 善行と無危害の原則

- #1 右大腿骨頸部骨折…Garden stage IV。手術しないと歩けなくなる可能性高い
- #2 せん妄…アルコール離脱せん妄疑い。大量飲酒歴あり、入院後から幻覚、自律神経症状を伴う意識変容を認める
- #3 右大腿部痛…疼痛コントロール不十分
- #4 肝機能障害…アルコール性疑い

②患者の意向 自律性尊重の原則

- ・入院初日は手術に同意
- ・現在はせん妄のため適切な判断能力はない
- ・治療に非協力的
- ・痛みをとって欲しいとの訴えあり
- ・普段の本人の思いはわからず

④QOL 善行と無危害と自律性尊重の原則

①②③を踏まえ、患者のQOLを最大限向上させるには?

③周囲の状況 忠実義務と公正の原則

- ・独居
- ・連絡できる親類はいない
- ・保証人になってくれる古い友人はいる
- ・数年前にタクシー会社を辞めてから無職。年金で暮らしている
- ・自宅は街の中心部からは離れている

Next Step

④の実現のため、「誰が」「いつまでに」「何を」するか?

う。モヤ先生はどうして認知症でなく、せん妄と判断したのですか?

最初は普通に会話ができているので認知症はなさそうだったのですが、1日の中でも意識レベルにムラがあったり、夜間に悪化したりと、この前勉強したせん妄の特徴にピッタリで……。

勉強が生きましたね。今回は特に虫のような幻視や、自律神経症状、振戦などを認めるので、アルコール離脱せん妄を第一に考えるべきでしょう。(ポイント①)

(看護師長) しばしば痛みも訴えるのですが、特に夕方はそわそわして薬を内服できないことが多いんです。ムラがあるため、疼痛コントロールはあまりうまくできていません。

(整形外科指導医) 手術をしないと歩けなくなる可能性が高いですし、痛みを取るためにもできるだけ早く手術をしたほうがいいんですけどね……。

その判断は、最後にすることしましょう。

(手術につなぐには、せん妄と痛み、同時に対策が必要そうだなあ) ポイント①……ベースの認知機能にもよりますが、特にせん妄などの改善可能な意識障害は、適切な判断を下せるまでに改善する可能性があります。しっかり診断、ケアすることが大事です。

②患者の意向

入院初日には、手術にも同意が得られていたんですね。

ええ、入院日の会話では、あまりかみ合わない感じはなかったんですけどね。今は痛みの訴えか、つじつまが合わないことを言うだけです。

(せん妄が治れば、意思疎通ができるってことだね)

③周囲の状況

Eさんは3年前、虫垂炎で外科に入院されているんです。そのときには、古い友人の方が保証人になってくれていました。

(MSW) その方とは連絡が取れます。でも普段はほとんど行き来がないようで、3年前も「久しぶりに連絡が来たと思ったら手術の保証人を頼ま

れびっくりしたが、誰もいなさそうだったので仕方なく引き受けた」そうです。

今回も「保証人にはなってもいいが、普段かかわっていないので、治療方針について意見を求められても困る」とのことでした。その他には、連絡できる人はいなさそうです。(ポイント②)

他に、Eさんについての情報は得られましたか?

「以前会ったときには、朝からお酒を飲んでいて」と言っていました。(アルコールの問題、そんな前からなんだ。結構深刻そうだ)

ポイント②……保証人や金銭面、介護サービスなどの状況はMSWが把握していることが多いので、普段から意識的に連携し、顔の見える関係を築きたいところです。

④QOL

独居のようですよ、今後歩くことを考えると手術しかないでしょう。でも先生、今の状況では術後の安静も保てなさそうですし、手術は厳しいのでは? 家に帰っても、お酒を飲んだら同じことでしょうし……。

うーん…手術の前に、まずは痛みのコントロールと、アルコール離脱せん妄のコントロールをしっかりすることが必要な気がします。

そうですね。痛みはせん妄のリスクでもあるので、内服が安定してできないのであれば、あらゆる投与経路を使って、しっかり除痛することが先決だと思います。アルコール離脱せん妄は予防が最も大事ですが、起きてしまった場合は1週間程度で治まってくることが多いです。それまではベンゾジアゼピン系の薬の量の見直しと、夜間は眠れるような薬剤、環境調整をして、数日様子を見てみましょうか。

手術してもしなくてもかなり長期入院となり、退院するときも自力歩行が可能かどうか、まだわからないですよ。となると、今住んでいる家も解約する必要性が高そうですね。

それは、本人の判断能力が戻った時点で意向を聞きましょう。退院時の歩行状態によってはサービス付きの施設などがよいかもかもしれませんが、本人は住み慣れた家にどうしても居たいかもしれないからな。

Next Step

痛みとせん妄のコントロールを、早急に行うことにします。あと、急性症状が落ち着いたら、アルコール問題についても精神科の先生に相談して、対応したいと思っています。

私…少しEさんにネガティブな感情を抱いていたのですが、看護師皆で協力して環境整備などを行い、早くせん妄を改善できるようにします。

症状が落ち着いたら住まいのこと、医療費、年金のことなど早めに相談していきます。

ではせん妄が落ち着いたところで、手術について、術後のリハビリや歩ける可能性なども含め説明して、了解を得るようにします。

ただ、せん妄が落ち着かない場合は、どうします?

判断能力が戻らない場合は、代理決定する人がいないので難しいんですが……そのときはまた、カンファレンスを開きましょう。(ポイント③)

ポイント③……一回のカンファレンスですべて解決しようと思う必要はありません。「新たな情報を集めて再度カンファレンスする」というのも、一つの立派な方針なんです。

今回ポイントとなったのは、「本人に判断能力があるかどうか」、そして「判断能力が低下している場合、改善の可能性があるか」を見極めることでした。改善の可能性があるなら、まずはそのために力を尽くすこと。それでも意思疎通が難しければ、本人の意向を最大限くみ取る努力をしながら、病院内の倫理委員会などで対応を検討していくこともあります。モヤ先生、今回も適切な対処ができましたね。

モヤ先生のつぶやき

一般的なせん妄の症状は知っていたけど、「アルコール離脱せん妄」のことは初めて知ったよ。退院できても、お酒を飲んでしまったらまたケガをしてしまう可能性もあるから、この入院の機会を利用して、アルコール依存の改善にもかかわっていきな。

乳がんの検診・診療に必携のガイドライン

マンモグラフィガイドライン 第3版増補版

今回の改訂では、ソフトコピーによる画像評価法と評価基準、つまりは「モニタで画像を評価する、あるいは施設画像評価を受ける際に必須の項目」と、さらに日本医学放射線学会の仕様基準を満たした装置の修正が入った。また今回より2色刷を採用し、見やすさを向上させた。前版同様に、乳がん診療および検診に携わる医師・技師にとって必携の書籍である。

編集 (社)日本医学放射線学会 (社)日本放射線技術学会

医学書院

医療事故の見方、考え方を考える

医療におけるヒューマンエラー 第2版 なぜ間違える どう防ぐ

なぜ医療事故は減らないのか。それは、事故の見方・考え方が間違っているから。本書では事故の構造、ヒューマンエラー発生のメカニズム、人間に頼らない対策の立て方を、心理学とヒューマンファクター工学をベースに解説。さらに人間の行動モデルからエラー行動を分析するImSAFERを紹介する。医療事故のリスク低減のために、事故の見方・考え方を考える1冊。

河野龍太郎 自治医科大学医学部医療安全学教授

医学書院

広く、奥深い診断推論の世界。臨床現場で光る「キーワード」を活かすことができるか、否か。それが診断における分かれ道。

診断推論 キーワードからの攻略

監修◆山中 克郎
藤田保健衛生大学救急総合内科教授
執筆◆安藤 大樹
藤田保健衛生大学救急総合内科

第4回……「後医は名医」とは限らない

症例 44歳、男性。3か月前に左大腿部の「ジンジンする感じ」が出現。その後、前頭部一両上肢一臀部に広がっていったため、いくつかの病院で精査されるも原因不明。慢性疼痛障害に対してスルピリド（ドグマチール®）、プレガバリン（リリカ®）、トラマドール/アセトアミノフェン（トラムセット®）を処方されるも効果なし。投薬によりふらつきが強くなったこともあり、当院内科初診外来を受診した。

初診時、表情はやや乏しく抑うつ様。以前は朝方の倦怠感が強かったが、最近は夕方に強くなっており、気持ち

の落ち込みも強く、「以前、うつ病と診断されたときに戻ってしまった」と言われる。夜間の睡眠の質は悪く、内服で短時間寝る程度だという。

【既往歴】 うつ病（2年前に診断、環境の変化から発症、心療内科通院中）、片頭痛（2年前より）
【内服薬】 セルトラリン（ジェイゾロフト®）50mg/1×N 夕、ゾピクロン（アモバン®）5mg/1×眠前、ゾルミトリプタン（ゾーミック®）2.5mg/頓服/頭痛時
【生活歴】 たばこ：15本/日×20年、酒：機会飲酒のみ

【来院時バイタルサイン】 体温 36.2℃、血圧 124/72 mmHg、心拍数 68回/分、呼吸 18回/分
【その他】 表情に乏しい、眼瞼結膜蒼白なし、眼球結膜黄染なし、口腔内白苔付着なし、甲状腺腫大なし、頸部リンパ節腫脹なし、心雑音なし、下肢浮腫なし、頸部・腋窩・鼠径リンパ節触知せず、有意な皮疹なし、脳神経所見に異常なし、しびれの訴えはデルマトームと一致せず、膀胱直腸障害なし

……………{可能性の高い鑑別診断は何だろうか?}……………

キーワードの発見 ▶▶キーワードからの展開

既往にうつ病をもつ患者の「とらえどころのない訴え」は、臨床医を大いに悩ませる。こうした愁訴の患者は、概して経過は長く、いくつかの医療機関をすでに受診していることが多い。当然、患者の訴える情報量は多く、話は長くなり、医療者側の集中力は落ちる。患者からいろいろなキーワードが投げ掛けられているはずだが、最終的に「うつ病だから……」と楽な診断に逃げ込んでしまう——。もちろんダメな姿勢なのだが、多忙な外来では大なり小なりこういった診療が行われがちである。

しかし、たとえ最終的に身体化（器官に明確な病理所見を欠いた状態で身体的不調を表現すること）と疑われても、常に「何か身体的な異常があるのではないか」とアンテナを張り続けなければならない¹⁾。

本症例のように「漠然とした愁訴」の患者に出会った場合、表1に示す疾患を想起し、それらを否定していくことをお勧めする。その場合、open-questionによって検査前確率が上がった疾患に対し、キーワードとなる言葉を引き出すためにclosed-questionの問診を重ねる方法が有効だ。また、スクリーニング検査としては、表2に挙げた項目の確認が有効である。

本症例ではスクリーニング検査を行

った結果、特に異常は見られず、「うつ病を背景とした慢性疼痛障害/神経障害性疼痛」と診断した。前医はうつ病に対し、SSRI(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)であるセルトラリン（ジェイゾロフト®）を処方していたが、慢性疼痛へのエビデンスレベルの高いSNRI(Serotonin & Norepinephrine Reuptake Inhibitors)であるデュロキセチン（サインバルタ®）に変更し、気虚証を伴っていたため十全大補湯も併用することとした。

投薬開始当初は治療への反応も乏しかったが、2か月を過ぎたころから徐々に症状改善。デュロキセチンを徐々に増量し、しびれは4/10程度まで改善した。気持ちの落ち込みも改善していたため、そのまま経過を観察。

初診日から9か月経った外来時、「テレビで眼瞼下垂の手術についてやっていたので、自分もしてもらいました」というコメントがあった。確かに目がぱっちりとし、以前に認められた無欲様顔貌が改善した印象を受けた。

10か月の時点には「携帯電話の音が鳴るとビックリする」という発言が聞かれた。また、男性更年期も併発していると自己判断し、近医泌尿器科を受診したとのこと。テストステロンが正常下限であり、テストステロン補充療法を施行された結果、「症状がさらに楽になった感じがします」と話してくれた。初診から一年間の通院後、当院

は終診となった。

最終診断と+aの学び

初診日から1年8か月経ったころ、「疲れがとれない」という主訴で当院初診外来を再受診。その際、他の医師が診察を行った。その診察医はカルテに記載された情報から「ある疾患」を疑い、神経内科に依頼した。

神経内科医は「眼瞼下垂の発生はここ数年で、以前はなかった」「夕方から息苦しい感じがする」といったコメントを聴取。眼瞼下垂手術後のために、テンシロンテストによる眼瞼下垂の観察はできなかった。抗アセチルコリン受容体抗体も陰性。しかし、誘発筋電図で漸減現象(waning)を確認。胸部CT検査結果から胸腺腫は確認できなかったが、症状と筋電図所見から成人第II型(全身型)重症筋無力症と診断された。**【最終診断】成人第II型(全身型)重症筋無力症**

◆疑わなければ浮かばない重症筋無力症

骨格筋線維側（後シナプス膜）の異常である重症筋無力症(MG; myasthenia gravis)は、本邦では有病率約11.8人/10万人と、神経疾患としては比較的よくみる疾患だ。血液中の神経伝達物質アセチルコリン(ACh)受容体への抗体陽性のもの(AChR-MG)、筋特異性チロシンキナーゼ(MuSK)受容体への抗体陽性のもの(MuSK-MG)、神経伝達物質アグリン受容体であるLrp4への抗体陽性のもの(Lrp4-MG)の3つの病因が明らかにされており、AChR-MGが約85%と圧倒的に多い²⁾。

一般的に、外眼筋障害（眼瞼下垂、眼球運動障害、複視）、球麻痺（発声・嚥下・咀嚼障害）、四肢脱力等が症状として挙げられるが³⁾、「大笑いできない」「光でクラクラする」「息が途中でしか吸えない感じがする」といった抽象的な訴えであったり、症状の出現時期や程度にバラつきがあったりするため、今回の症例のように心身症と誤診されることも多い。また、本症例で携帯電話の音に敏感になっていたよ

うに、音に対する制御機構を司る耳小骨筋（鼓膜張筋・アブミ骨筋）が弛緩するために、音伝導が増幅することもある。さらに、胸腺異常（過形成、胸腺腫）以外に、Basedow病、橋本病、全身性エリテマトーデス、関節リウマチ、皮膚筋炎、視束脊髄炎、赤芽球癆、天疱瘡等の自己免疫疾患の合併も起こり得ると知られている。このように複雑な側面を併せ持つことから、MGは初診から確定診断までに平均22か月、3.17施設を要するという報告もある⁴⁾。

今回、冒頭に述べた「ダメな診療」の典型となった例を取り上げた。振り返ると、患者は実に多くのキーワードを投げかけていると気付く。「後医」だった筆者としては、それらのキーワードを冷静にキャッチしていくべきところを、「うつ病だから……」と楽な診断に逃げ込んでしまった。本疾患も念頭に置き、鑑別診断へとグッと踏み込むために「休養で軽快し、身体的・精神的ストレスで悪化する症状の変動」を確認する必要があったのだろう⁵⁾。

Take Home Message

あなたの見抜けなかったキーワードも、後医が気付くかもしれない。ゴールテープ（診断）を切るアンカーになれなくても、次につながる情報を得られるような診察を心掛けよう。

- 参考文献/URL
1) 伴信太郎. 精神疾患と誤診してはならない器質的疾患. JIM. 2011; 21 (2): 83.
⇒編者の書かれた序文は、われわれ臨床医にとって忘れてはいけない心意気が記されている。
2) 佐橋功. 筋無力症——重症筋無力症. Lambert-Eaton 症候群. 大生定義編. すべての内科医が知っておきたい神経疾患の診察. 考え方とその対応. 羊土社: 2013. 192-197.
⇒必読。「神経内科は難しい」と思い込んでいる人こそ読んでほしい一冊。
3) Grob D, et al. Lifetime course of myasthenia gravis. Muscle Nerve. 2008; 37 (2): 141-9.
⇒米国の成人1976人の重症筋無力症患者に対するレトロスペクティブな研究。
4) 倉重眞澄. 他. 重症筋無力症における病態期間の臨床的検討——初診から確定の期間について. 日呼外会誌. 1999; 13 (2): 114-21.
5) MG-QOL15 スケール.
http://www.myasthenia.org/LinkClick.aspx?fileticket=BiunbsOud7E%3D&tabid=125
⇒Muscle and Nerve誌に掲載された重症筋無力症の英語版スクリーニング質問法（日本語もあるが、アクセスするには会員登録が必要）。

表1 「漠然とした愁訴」から導くべき鑑別診断リスト

- ①見落としたくない Critical Disease
敗血症、髄膜炎、感染性心内膜炎、心筋炎、(慢性)肺塞栓症、血管炎症候群、急速進行性糸球体腎炎
- ②見落としたくない Common Disease
貧血、慢性心不全、COPD、糖尿病、肝障害（ウイルス性肝炎、アルコール性肝障害、薬剤性肝障害）、腎障害、HIV、結核、逆流性食道炎、慢性胃炎、慢性膵炎、妊娠、膠原病（関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、強皮症、多発性筋炎、皮膚筋炎）、内分泌疾患（甲状腺機能異常、副腎機能異常、副甲状腺亢進症）、血液疾患（骨髄異形成症候群、白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫）、悪性疾患（胃癌、大腸癌、膵癌、肝細胞癌、転移性肝癌、腎細胞癌）
- ③疑わなければ浮かんでこない Pit-fall Disease
慢性副鼻腔炎、慢性前立腺炎、骨髄炎、感染性動脈瘤、肉芽腫性疾患（サルコイドーシス、多発血管炎性肉芽腫症）、慢性炎症性腸疾患、パーキンソン症候群、重症筋無力症、心臓粘液腫、睡眠時無呼吸症候群、気管支拡張症、多発性硬化症、脳腫瘍、薬剤性、慢性疲労症候群

表2 「漠然とした愁訴」のスクリーニングとして追加推奨項目

血液像、赤沈、抗核抗体（定量）、TSH、ACTH、コルチゾール、フェリチン、ビタミンB₁₂、亜鉛、Ca、Mg、P

新刊 全部位の画像診断をこの1冊に! どんな時にも、困らないための必携書

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

▶ジェネラルな視点を持って全身を診る機会が多い放射線科専門医・研修医をはじめ、一般内科医、総合診療医、ホスピタリスト、救急医やそれを目指す研修医をメイン読者対象とし、全身全部位の画像診断を1冊で網羅。疾患数は381にも及び、旧版の「医学生・研修医のための画像診断First Aid」より大幅に増加。臨床で真に役立つレベルと全領域をカバーし、疾患を理解するために必要な病態・病理の豊富な知識を明示しつつ、知っておくべき画像所見のポイントを詳述。

著：山下 康行
熊本大学大学院生命科学研究部放射線診断学教授

定価：本体9,500円+税
B5 頁712 図166・写真2027 2014年
ISBN978-4-89592-765-9

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

新刊 大人気「ファイルシリーズ」のニューフェイス!

サブウェイ循環器病ファイル

すぐそこにある診療のヒント

▶「循環器治療薬ファイル」に代表される「ファイルシリーズ」に待望の第5弾が登場。村川先生が編者として若手・中堅執筆者とコラボし、教科書では学べない実臨床に即した循環器病を解説。もちろん村川ワールド健在。診療で気になっていたこと、気にしていなかったことを手短かに理解でき知識の整理に役立つ。循環器専門医、研修医のみならず、内科一般、その他広く循環器診療にかかわる医療従事者にオススメ。

編集：村川 裕二
帝京大学医学部附属蒲田病院第4内科教授

定価：本体4,500円+税
A5変 頁248 図・写真79 2014年
ISBN978-4-89592-762-8

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

Medical Library

書評・新刊案内

レジデントのための呼吸器診療マニュアル 第2版

河野 茂, 早田 宏 編

A5・頁404
定価: 本体4,700円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01865-4

この度、『レジデントのための呼吸器診療マニュアル 第2版』が上梓された。「第2版の序」で、編集者の一人である河野茂先生が、長崎大医学部の「如己博愛」を説かれ、さらに「ジェネラリストの基盤があってこそその呼吸器内科の専門性があると信じている」として基本方針をうたわれている。この方針に沿いつつアップデート版である。

本書はAからEの5章構成になっている。「A 疾患・症状のマネジメント」では、A1で呼吸器診療全体の流れ、臨床推論の基本が述べられた後、血痰? 市中肺炎に出会ったら? など具体的臨床的問題についてフローチャートなどで簡潔に提示され、分担執筆の熟練指導医からのコツ・Tips がちりばめられている。コラムのミニレクチャーも要領よく適切である。読者対象が呼吸器内科の専門研修医と指導医とされているが、他分野の医師や呼吸器病の理解を求める医療・医学教育関係者にも大変役立つ。

Bは「チーム医療のために」として、研修医に必須な、プレゼンテーションやコンサルテーション、術前評価や呼吸ケアチームについての章である。ここに重要な横断的なスキルである、ノンテクニカル・スキルについての説明もある。これを書かれたのは、もう一

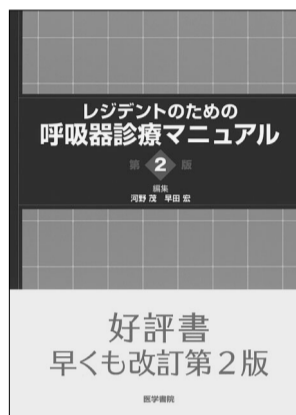
評者 大生 定義
立教大社会学部教授・立教学院診療所長

人の編集者であり、執筆者としても広範囲を担当されたとお見受けする早田宏先生であるが、先生の医療安全への強いコミットメントが感じ取れる。蛇足ながら「ノンテクニカル・スキル」とは、コミュニケーション、チームワーク、リーダーシップ、状況認識、意思決定など、認知的・社会的なスキルで、専門的な知識や技術である「テクニカル・スキル」と共に、現代チーム医療においては、安全や質の確保に欠かせないものである。この両者を交互にする、章立ての順序自体が本書のポリシーを語っている。

続く「C 基本的な検査のポイント」や「D 治療のアプローチ」の章も、図表が多くわかりやすい。また具体的で、重要点だけをわかりやすく、本当に歯切れよく述べていてクリアカットである。専門研修医には大変有用な情報であろう。ここまで洗練するには大変なご苦労もあったのだろうと思う。最後に、再び早田先生が「E 臨床に役立つエッセンス」として患者中心の考え方、倫理、コミュニケーションについて要約を紹介し、結んでいる。

呼吸器専門研修医・指導医だけではなく、呼吸器の臨床に興味のある、他分野の医師・研修医にも本書ご一読を強く薦めたい。というのは呼吸器病を題材にはしているが、そのテクニカルな領域と医療全般に必須なノンテクニカルな横断的な領域をお互いになぞりながら学べる、いわば Dual textbook だからである。

テクニカルスキルと ノンテクニカルスキルを 学べる一冊



好評書
早くも改訂第2版

臨床実践力を育てる! 看護のためのシミュレーション教育

阿部 幸恵 編著

B5・頁208
定価: 本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01764-0

評者 大滝 純司
北大大学院専任教授・医学教育推進センター/
東医大兼任教授・総合診療科

「看護のためのシミュレーション教育」は、琉球大の阿部幸恵教授の編集による、シミュレーション教育の解説書です。日本でも海外でも、医療関係職種にシミュレーション教育が急速に普及してきている中、この領域について学ぶ指導者、教育関係者にお薦めの一冊です。

本書の第一の特長は、収められている内容の幅広さです。医療においてシミュレーションが重要になっている背景はもとより、その教育を理解する際に踏まえておくべき教育や学習に関する理論の概要が、過不足なく紹介されています。また、看護教育だけでなく、医学教育や薬学教育におけるシミュレーション教育についても、それぞれの領域の分担執筆者による解説が載せられていて、領域横断的に俯瞰することが可能な構成になっています。さらには、シナリオを作成する手順や要点、それをを用いて演習などを行う際に役立つ教育技法、そしてそのような教育を実現するための環境づくりまで、丁寧に述べられています。最終章には、看護教育で実際にそのまま使える多様なシナリオが8編、掲載されています。

第二の特長は、わかりやすさです。医療者の教育を担当し始めたばかりの方には、教育や学習に関する理論は比較的難解で、とっつきにくく感じる人が多いと思いますが、それらの要点についてわかりやすく解説されていて、参考文献のリストも充実しています。しかも、日本の医学教育のFDでしばしばみられる、ローカルルール的なものではなく、一般の教育学で用いられているいくつかの理論について、

それぞれを相対化しながら概観できる構成になっています。このため、多様な理論について、それぞれの位置付けや概念の特徴を整理して理解しやすくなっています。シナリオの構造や教育技法の解説でも、それらと理論との関連が記述されています。

このユニークで有用な書籍には、編著者の阿部先生のこれまでのキャリアと活動が生かされています。先生は救急部門で看護師としての経験を積まれた後、看護教育に携わられたのを機に教育に深く興味を持たれ、教育学を修めることを志し、学士、修士を経て教育心理学の領域での研究で博士の学位を取得されています。その後、東京医科大学病院の卒後臨床研修センターで、クリニカルシミュレーションラボの管理者として勤務されました。そのころ私も同じセンターで副センター長を担当しており、いろいろとお世話になりました。それからの活躍については私が紹介するまでもないでしょう。医療現場での教育の大切さと、基礎から研究レベルまでの教育学を知る阿部先生は、現在は、全国的にそして海外からも注目を集めている「おきなわクリニカルシミュレーションセンター」の副センター長として、シミュレーション教育の開発研究と実践に日々尽力されています。

医療者のシミュレーション教育について、その背景にある理論から、すぐに使えるシナリオまで、幅広い内容をわかりやすく紹介解説しているこの本は、看護教育だけでなく、医学教育を含む医療者の教育に携わる人に、きっと参考になると思います。ぜひ一度、手にとってご覧ください。

外来で目をまわさない めまい診療シンプルアプローチ

城倉 健 著

B5・頁152
定価: 本体4,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01833-3

評者 寺山 靖夫
岩手医大教授・神経内科・老年内科学

「めまい」はありふれた症候であるが、他人には伝わらない主観的な症候である。それゆえ、医師にも患者さんの思いが伝わらず、時にはコミュニケーショントラブルの原因となり敬遠されがちな症候である。

本書は「めまい」のメカニズムをわかりやすく解説した上で、さまざまな原因で起こる「めまい」という症候のポイントを、症例を介して示してくれている。

第1部「診察室ですぐに使えるめま

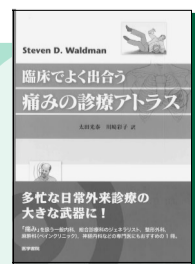
い患者へのアプローチ法」では、病態に基づくめまいの症候学がわかりやすく解説されている。まず、1.1「イントロダクション——めまいの診療は難しい?」では、「めまい」患者はあらゆる診療科に存在し、その実数はかなりなものであるのに、なぜ対応する医師は苦手意識を持つのか? という問い掛けから始まり、その理由を明らかにした上で、苦手克服のための方法を示してくれる。そして、1.6「実際の診察法——めま

多忙な日常外来診療の大きな武器に!

臨床でよく出会う 痛みの診療アトラス

コモンな痛み124疾患の病態生理、徴候、治療方針をイラストとともに簡潔に解説。疾患名や症候群名を明示し、イラストを多用することで、患者の訴えを具体的にイメージできる。鑑別を要する症候群が提示され、診断に必要な画像所見の例も豊富。一般内科、総合診療科といったジェネラリストのみならず、整形外科、麻酔科、神経内科などの痛みを扱う専門診療科医師にもおすすめの1冊。

原著 Steven D. Waldman
訳 太田光泰
神奈川県立定橋上病院総合診療科医長
川崎彩子
慈生会野村病院内科医長



B5 頁464 2014年 定価: 本体9,500円+税 [ISBN978-4-260-01765-7]

医学書院

@igakukaishinbun

日本型ホスピタリストを今、ここから発信

Hospitalist

特集 腎疾患

Vol.2-No.1 発売

目次

- 腎疾患管理に必須の基本事項
- 1 腎機能評価
- 2 尿検査
- 3 画像診断
- 急性腎障害 (AKI)
- 4 AKIの特徴と鑑別診断
- 5 AKIの予防と治療戦略
- 6 AKIにおける腎代替療法 (RRT)
- 7 造影剤腎症 (CIN)
- 水・電解質異常の管理
- 8 Na 濃度異常の診断と治療
- 9 K 異常の診断と治療
- 10 カルシウム、リン、マグネシウムの異常
- 11 酸塩基平衡異常の診断と治療
- 慢性腎臓病 (CKD)
- 12 CKDにおける心血管病 (CVD) リスク管理
- 13 CKDにおけるMBD、貧血管理
- 14 CKD患者における薬剤投与のコツ
- 15 末期腎不全に対する腎代替療法 (RRT)
- 16 腎生検と腎臓専門医紹介のタイミング

編集委員

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

特集

- 2013年
- Vol.1-No.1 ホスピタリスト宣言
- Vol.1-No.2 感染症
- 2014年
- Vol.2-No.1 腎疾患
- Vol.2-No.2 膠原病
- Vol.2-No.3 消化管疾患
- Vol.2-No.4 緩和ケア(予定)

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

Hospitalist 0号を贈呈 (無料)

血液病レジデントマニュアル 第2版

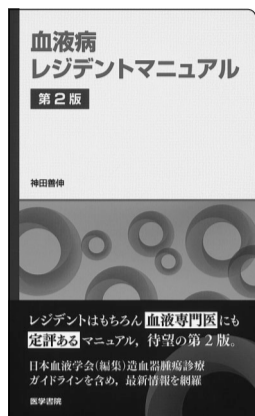
神田 善伸 ● 著

B6変型・頁456
定価:本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01903-3

評者がこの書籍を手にするのは初版以来2回目である。固形腫瘍診療をしている評者は、以前造血幹細胞移植と血液悪性腫瘍の診療に携わっていた。

血液悪性腫瘍の知識をキープアップしたいと思い、読みやすくよい内容の書籍を探していたところ見つけたのが本書の初版であった。同時に米国と日本の診療の相違を手早く効率的に学び、忘れかけていた血液腫瘍疾患の知識をブラッシュアップしようと思った。読み進んで行くと米国のオンライン教科書であるUpToDate®を日本向けに凝縮し、さらに診療上大事なポイントが丁寧

血液腫瘍疾患の知識のブラッシュアップにも最適!



にまとめられていることがわかり、著者の神田善伸先生の優秀さに感銘した。著者と評者は、大学こそ異なるが卒業年次が一緒で、専門領域も一時期同じであったため何となく親近感がある。時々研究会などで神田先生の講演を拝聴することがあるが、常に頭脳明晰で、かつ実際の臨床経験が豊富でないとできない話の内容にいつも感心している。

今回第2版を手にして感じたことは次のとおりである。初版と同様に血液専門家として知っていなければならない知識がほとんど網羅されている。特に、ここ数年進歩の早い領域では、専門を離れてしまった評者にはフォローしにくい新しい疾患分類とその根拠と流れ、遭遇する機会の多い代表的疾患の病態と必須のポイントが非常にわかりやすくコンパクトにまとめられている。そのため医学生などの初学者をはじめ、専門分野に入りすぎて広い分野の知識が薄れてしまった血液科専門医、また今まさに血液患者診療を研修中の血液科後期研修医(専攻医)と初期研修医までの幅広い読者に役立つ。

評者自身もとても勉強になっており、第2版を自ら購入しようと思っていたところだ。

内容に関して詳しく述べると、好酸球増多症など一般内科で時々遭遇し、コンサルトされた血液科医にとっても病態解明が困難である疾患が、本書では理解しやすくまとめられている。悪性リンパ腫も一般内科医が初診でみる機会が多く、血液科医が不足している地域では専門医のアドバイスのもと、治療も含めて一般内科医が診療しなくてはならないかもしれない。そのような場合にも役立つように非専門家に

もわかりやすく、かつ、実践的な情報が満載されている。また、骨髄腫はここ数年治療の進歩がはなはだしく、専門領域から一歩離れるとついてゆくことが難しい。なぜなら新規薬剤を用いた臨床試験データが数多く発表され、特に積極的な治療が適応の患者群では、これまでと異なる治療が主体になってきているからである。ここでも最新のエビデンスが簡潔に網羅され理解が容易である。その他白血病も然りである。また貧血など良性血液疾患も簡潔にまとめられており、通読すると現在の血液科診療の基本と流れが忙しい医師にも短期間で学習できると思う。

つまり血液腫瘍診療から少し離れた評者のような腫瘍内科医の知識のブラッシュアップにとっても役立つ。そしておそらく全ての血液科を学習中の医師にとっても実践的に役立つ、これ以上内容が濃く、かつコンパクトにまとめられた書籍はないと思う。「マニュアル」という題名であるが、それ以上の価値があることは明白で、お薦めの一冊である。

「めまい診断フローチャートを用いた診察の流れ」では、内科外来に携わる医師なら必須の「めまい」のしくみと診断のポイントが記されており、今さら誰にも聞けないような「めまい」の基本が面白いように身につく。第2部がとても楽しみに思えてくる。

第2部「めまい診療の実際」では、日常診療で遭遇するいろいろな「めまい」を呈する疾患の診断から検査・治療の実際が具体的に示されている。第1部の基礎知識があれば、誰でも楽しく読み進めることができ、「末梢性めまい」と「中枢性めまい」の鑑別を完

全に自分のものとすることができるだろう。「めまい」の鑑別診断が楽しくなること請け合いです。

さらに本書では、スマートフォンやタブレット型パソコンでQRコードを読み取ることにより、実際の「めまい」患者の診断において重要なさまざまな眼振を動画で閲覧することができる。眼振を動画で認識できることは「めまい」を理解する上で非常に大切であり、本書の特筆すべき点である。

本書は、初学者のみならず、日々「めまい」を診ているすべての医師にとって必携の書である。

内科診療 ストロング・エビデンス

谷口 俊文 ● 著

A5・頁340
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01779-4

評者 佐野 正彦
汐田総合病院・神経内科レジデント

レジデントは忙しい。学生時代は病態生理などのバックグラウンド・クエスチョンが中心であり、教科書を読めば事足りることが多い。一方のレジデントは、個別のマネジメントについての答えを速やかに出さねばならない。つまりフォアグラウンド・クエスチョンが増えることとなる。

論文検索の負荷を軽減しつつ、根拠に基づく診療が可能に

「目の前にいる患者さんに最善の治療を行いたい」と、どのレジデントも考える。しかし、一つひとつの問題に対して論文を検索し批判的吟味を行うのは、時間的にも体力的にも不可能である。また、論文の吟味の方法が体系的に教育されていない。上級医師に聞いてみても人によって言うことが異なり、臨床決断に迷いが出ることも多い。さらには施設によって治療法等のやり方が異なることもある。

「いったい、どうすればいいんだ……」。これらの課題を一挙に解決してくれる書物が出版された。著者の谷口俊文先生は米国で内科のトレーニングを受け、その経験をもとに、外来・病棟でしばしば遭遇する29の疾患・症状に関するエビデンスをまとめている。個々の疾患・症状に関して現時点でのエビデンスが記載されており、自らの日常診療の振り返り(省察)が可能となる。また、「こうすべき」というマニュアル的な書き方ではなく、実臨床のさまざまな個別病態に対応できるように、その医療行為をサポートするようなエビデンスが記載されている。

評者が実践に役立つ例を以下に挙げてみる。
●脂質異常症(4章)……治療介入が「なんとなく」になっている日常診療を反省させてくれた。日本のガイドラインは煩雑であり、外来中にはなかなか活用しきれないが、この章を学習することで治療適応や治療目標、あるいは「特定の薬剤を使用し

た場合にどのくらいのLDL低下が見込めるか」を常に意識するようになった。

●高血圧(5章)……上記と同様に、治療適応や治療方法、二次性高血圧のスクリーニングのタイミング等を学習し、ALLHATやJNC7に関する学習会もレジデント同士で行った。
●認知症(15章)……最近では非常に遭遇する機会の多い疾患である。「治療可能な認知症」の否定、使用されている薬剤の妥当性、軽度認知症のスクリーニングを意識して診療するようになった。

本書の特徴の一つは、「ランドマークスタディ」を示していることである。これらを読むことで、マネジメントの大きな流れをつかむことができる(指導医としても、初期研修医に対して「この論文を読んでおいて」と、少し格好をつけられるかもしれない)。同様に、「これだけは読んでおきたい重要文献」も引用文献とは区別されており、全ての論文は検索しやすいようにPMIDを示してくれている。日常臨床の中で効率よく文献検索を行うことができる上、これら論文を抄読会で他のレジデントと読み合わせ、批判的吟味を行ってもよいだろう。

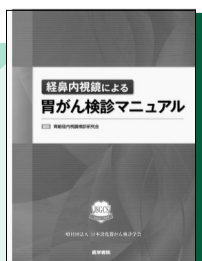
本書は、われわれの負荷を軽減してくれるばかりか、根拠に基づく診療を可能にする珠玉の書である。研修医のみならず、実地医家の先生方にも手元に置いておくことを強くお薦めする。ただし、忘れてはならないのは、本書で示されたものは「現時点」でのエビデンスだということである。この本をもとに、われわれ自身が情報をアップデートしていかなければならないのは言うまでもない。

経鼻内視鏡による標準的検査方法の到来に先駆けて発刊

経鼻内視鏡による 胃がん検診マニュアル

経鼻内視鏡による胃がん検診の件数は増加にあるものの、死亡率減少効果を判断する根拠がまだ不十分であり、現状では集団を対象としての実施は勧められていない。標準法が確立されておらず、各施行者が独自の判断で行っているのが実状だ。その混乱回避と、来たるべき内視鏡による集団検診が行われる時代に先駆けて、経鼻内視鏡による「望ましい」検診について、標準的な使用方法等を幅広く本書で解説する。

編集 日本消化器がん検診学会
胃細径内視鏡検診研究会



2014年3月発売

全 1110 問

完全リンク

この問題集は「ハリソン内科学」を使いこなすためのインデックスだ。

ハリソン内科学 第4版
Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition
定価: 本体 29,800円 + 税

ハリソン内科学問題集
日本語版第4版完全準拠
Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 18th Edition
日本語版監修 福井 次矢 | 黒川 清
定価: 本体 5,555円 + 税

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

信頼と実績の治療年鑑

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2014

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

1121疾患の最新の 治療戦略がこの1冊に!

■スマートデバイス閲覧権付

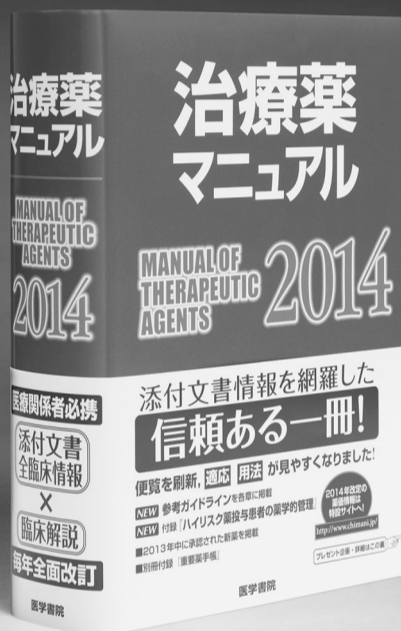
■重要項目に「治療のポイント」の見出しを新設

- 処方例に掲載された商品名に対応する一般名がすぐにわかる別冊付録「商品名・一般名対照表」
- 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
- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2014」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利
(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

好評
発売中

●デスク判(B5) 頁2128 2014年 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-01868-5]
 ●ポケット判(B6) 頁2128 2014年 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01869-2]

便覧を刷新、適応・用法が見やすくなりました!



治療薬マニュアル2014

監修 高久史磨・矢崎義雄 編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

2014年版の特徴

- 『参考ガイドライン』を各章に掲載!
- 新規付録『ハイリスク薬投与患者の薬学的管理』
- 2013年に薬価収載された新薬を収録

本書の特徴

- 各領域の専門医による総論解説、最新の動向を各章に掲載
- 2,200成分、16,000品目の医薬品情報を約2,700頁に収録
- 使用目的や使用法、適応外使用など、臨床解説が充実
- 重要薬、重要処方情報をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」

治療薬マニュアル 特設サイト開設! <http://www.chimani.jp>

●B6 頁2656 2014年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-01885-2]

別冊付録

「重要薬手帳」



好評
発売中

「治療薬マニュアル2014」×「今日の治療指針2014年版」

合同プレゼント企画

特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2014年版」と「治療薬マニュアル2014」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2014」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2014年版」に同封の書籍の「ご注文書はがき」に貼付してお送りください(2014年10月1日消印分まで有効)。

4 medicina

Vol.51 No.4

特集 虚血性心疾患up to date —内科医によるトータルマネジメント

内科医が虚血性心疾患に遭遇する機会は非常に多い。本特集では、診断に至るステップでいかに見落としを避けるか、問診や検査で何がポイントとなるのか、そのポイントを凝縮して解説する。また、循環器画像診断の進歩、PCI、CABGの適応、薬物治療、治療後の急性期・慢性期管理、冠リスク因子の管理、合併するほかの大血管・末梢動脈疾患、腎障害についてもそのエッセンスをまとめた。虚血性心疾患診療の基本と最新の動向を俯瞰できる1冊となっている。

INDEX

- 座談会「虚血性心疾患の最近の動向」
- I 疫学・病態
- II 問診・診察・診断
- III 急性冠症候群の診断・治療・管理
- IV 冠動脈疾患における多面的内科マネジメント
- V 血行再建—PCI、冠動脈バイパス
- VI 近未来に向けて—冠動脈治療の将来

連載

- 魅!! 診断薬 新
- 顔を見て気づく内科疾患
- そのカルテ、大丈夫ですか? —誤解を避ける記載術
- 目でみるトレーニング
- 依頼理由別に考える心臓超音波検査
- Step up 腹痛診療
- 西方見聞録
- 患者さんは人生の先生

●1部定価:本体2,500円+税

▶ 来月の特集 (Vol.51 No.5)
内科医が診る皮膚疾患

▶ 2013年増刊号 (Vol.50 No.11)
内科診療にガイドラインを生かす
●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/jim>

ジェネラルに患者を診るためのJIM

JIM

Vol.24 No.4

特集 帰してはいけない [企画 藤沼康樹] 「こども」を見逃さないために

今回の特集では、総合診療医や家庭医が、地域病院における救急外来(一次救急)や診療所での小児診療の質と安全性を高めることがテーマとなります。診療の場の性質から、比較的軽症の小児診療を行うことがほとんどですが、まれに重症化する例もあり、危険な症候の確実な把握、あるいは重症化が予想される事例の察知は常に意識する必要があります。そうした知識と技術のブラッシュアップに資する内容を盛り込みます。

INDEX

【総論】 こどもの健康を守るための総合診療医・家庭医の役割とは—小児科専門医からの期待
こどもへの語りかけ方と母親からの情報収集のコツ
こどものトリアージとバイタルサインのポイント
こどもの身体診察のコツ

【各症候へのアプローチ】 発熱/鼻閉/鼻汁/咳嗽/喘鳴/呼吸困難/腹痛/嘔吐/下痢/便秘/皮膚症状(全身性疾患に伴うもの)/頭痛/けいれん/リンパ節腫大

【スペシャル・アトキクル】

小児科を学ぶ人のための小児救急初療コース—小児 Triage & Action (T&A) コース
外来診療のなかで行う子育てワンポイントガイド

新連載スタート 血液内科学が得意科目になるシリーズ

●1部定価:本体2,200円+税

▶ 来月の特集 (Vol.24 No.5)

見える! わかる! できる! プライマリ・ケア手技/処置

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。
配送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。
詳しくは医学書院WEBで。

2014年 年間購読料 (冊子版のみ)

▶ medicina 38,250円(税込) —増刊号を含む年13冊—
▶ JIM 27,940円(税込) 個人特別割引26,520円あり 年12冊

電子版もお選び
いただけます



医学書院

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