

2017年7月10日
第3231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

- [座談会]医師たるもの、身体診察を究めるべし! (平島修, 志水太郎, 和足孝之) / [視点] 社会全体の健康を守る公衆衛生医師へのいざない(宇田英典)…………… 1—3 面
- [連載] 身体所見×画像×エビデンスで迫る呼吸器診療(新)…………… 4 面
- [連載] 賢く使う画像検査…………… 5 面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6—7 面

座談会

医師たるもの、身体診察を究めるべし!



志水太郎氏
獨協医科大学総合診療科部長
/ 総合診療教育センター長

平島修氏
徳洲会奄美ブロック
総合診療研修センター長

和足孝之氏
島根大学医学部附属病院
卒後臨床研修センター

「毎日患者を観察していれば、病歴と身体診察によって、現代のテクノロジーだけに依存するよりも数時間や数日、時には数週間も速く正しい診断にたどりつくことができるのだ」[『サパイラ 身体診察のアートとサイエンス』(医学書院) 初版の序より]。これは身体診察の名手として名高い米国の内科医サパイラの言葉です。テクノロジーの進歩は医学に大変革をもたらし、その恩恵は誰もが知るところでしょう。しかし、サパイラという言葉が示すように、テクノロジーは診察に取って代わるものではありません。

古来、医師の技術として受け継がれてきた身体診察。『身体診察 免許皆伝』(医学書院)の編者であり、臨床で身体診察を究める平島氏、志水氏、和足氏が、現場で習得をめざす人に向けてその意義と習得法を熱く語りました。

全ての医師に求められる能力

平島 「身体診察の技術」に私たちは医師としての醍醐味を感じています。身体診察は検査ができない時代から、医師たちがもがきながら継承し洗練させてきた技術です。今日この場に集まった3人は、その身体診察を生かせば現代医療はもっと良くなるという思いを持っています。

和足 テクノロジーの時代とはいえ、常に検査・機器が使えるわけではありません。後期研修後、人手不足で困っている現場の力になりたいと思い、さまざまな病院で夜間当直をしたときにこのことを思い知りました。できる検査が限られる中で、目の前の患者さんに処置をしなければなりません。

平島 限られた環境であればあるほど、自分の感覚を研ぎ澄まして、病歴聴取や身体所見から得られる情報をフル活用しなければいけませんね。

和足 そうです。昼間の大病院で「自分の臨床能力」だと思っていたものは、各科の医師や検査の体制などに守られていたものだと思えました。

志水 診療は皆の手で完成するものです。それぞれの状況を加味しながらそ

の場の全体最適をめざすのがよいと思います。さらに、臨床では身体診察によって診断がよりの確になるとも私は感じています。

和足 それはEBMにもかかわりますね。世に出ている論文のデータを自分の目の前の患者さんに応用しようとしても、研究と臨床ではセッティングに違いがあります。感度、特異度といったはやりの“エビデンス”を患者さんに適切に応用するには、論文それぞれの罹患率や検査前確率の違いを踏まえた的確な判断がなければ全く意味がありません。EBMの時代にこそ、身体診察の技術は輝きを放つと思います。身体診察の能力は、全ての医師が持っていなければなりません。

手あてで生まれるコミュニケーション

平島 CTやMRIが簡単に撮れる今、患者さんと医師の心の距離が少し離れてしまっているように感じています。もっと丁寧に診察し、患者さんに喜んでもらいたい。お二人は身体診察をすることの魅力や重要性についてどう思っていますか?

和足 身体診察の魅力は患者さんに喜

んでもらえることです。患者さんに触れ、話し、情報を統合して的確な診断をしていく。その過程で患者さんを尊重する姿勢が伝わっていきます。

志水 身体診察をおろそかにすると、“医者らしさ”を失ってしまうのではないかと懸念しています。患者さんから聞き、触れて、打診して、音を聴いて生の情報を集める。そのような生きたコミュニケーションによって、患者さんが回復したときの「医師としての喜び」も大きくなると感じます。

平島 ただ、実は患者さんに「先生みたいに聴診器を丁寧に当ててくれたのは初めて」と言われることが時々あるのです。

和足 同じく、そういった経験はあります。

平島 最初のうちは褒められて素直にうれしかったです。でも、その言葉の裏を読むと、聴診器を使わない、それほど“手をあてない”診療が増えているのではないかという問題が浮かび上がってきます。

志水 検査が診察の早い段階で行われる現場では、身体診察が取り残されている印象を受けますね。

平島 環境にもよりますが、定期受診外来の患者さんの多くは、前回の来院

から治療方針の変更がないことも多いでしょう。すると、身体診察の重要度は下げてもよいと考えてしまうかもしれません。

でもそうすると、「手をあてる」ことで生まれている謙虚な心や、患者さんとのコミュニケーションが減ってしまうのではないのでしょうか? 医療の根底には患者さんとのコミュニケーションがあるはずです。

診断の基盤に身体診察を

和足 本音を言うと、検査だけで判断を下してしまう“検査至上主義”とも言える状況があると思います。確かに効率が良いことも多いでしょうし、医師にとって楽な面もあるでしょう。

志水 ですよね。検査のオーダーと違って身体診察は「技」なので、繰り返し続けるにはエネルギーを使います。身体診察と異なり、検査は診療報酬が付くので、現場でつい検査をオーダーしてしまうのはわかります。

和足 でも、検査で全てが解決できるわけではないんです。

志水 検査結果だけで考えようとする
(2面につづく)

July
2017

新刊のご案内 医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

うつ病治療ガイドライン (第2版)

監修 日本うつ病学会
編集 気分障害の治療ガイドライン作成委員会
B5 頁160 4,000円
[ISBN978-4-260-03206-3]

学校関係者のためのDSM-5®

原著 Tobin RM, House AE
監訳 高橋祥友
訳 高橋 晶、袖山紀子
A5 頁336 3,400円
[ISBN978-4-260-03212-4]

PCIにいかす OCT/OFDIハンドブック

監修 森野禎浩
編集 伊藤智範、房崎哲也
B5 頁160 5,000円
[ISBN978-4-260-03017-5]

AO法骨折治療 頭蓋顎顔面骨の内固定 外傷と顎矯正手術

原著 Ehrenfeld M, Manson PN, Prein J(eds)
監訳 下郷和雄
訳者代表 近藤壽郎、前川二郎、楠本健司
A4 頁520 28,000円
[ISBN978-4-260-02869-1]

科研費 採択される3要素 (第2版) アイデア・業績・見栄え

郡健二郎
B5 頁196 3,800円
[ISBN978-4-260-03220-9]

臨床検査技師国家試験問題集 解答と解説 2018年版

編集 「検査と技術」編集委員会
B5 頁208 3,000円
[ISBN978-4-260-03253-7]

この熱「様子見」で大丈夫? 在宅で出会う「なんとなく変」への 対応法

編集 家 研也
B5 頁224 2,400円
[ISBN978-4-260-03168-4]

看護者のための 倫理的合意形成の考え方・進め方

吉武久美子
B5 頁132 2,400円
[ISBN978-4-260-03129-5]

今日の診療ベーシック Vol.27 DVD-ROM for Windows

監修 永田 啓
DVD-ROM 価格59,000円
[JAN4580492610223]

座談会 医師たるもの、身体診察を究めるべし！

(1面よりつづく)

と、思わぬ落とし穴にはまることもありますよね。

和足 つい最近、まさにそんな例がありました。精神疾患を持つ20代の女性が強い腹痛を主訴に来院し、血中アミラーゼがほんの少しだけ基準値を超えていた症例です。身体所見について語らずに、膵炎ではないかと議論されていました。

しかし、いざ身体診察をしてみると、極めて弱くお腹に触れただけで過剰に痛がる様子が見られました。腹膜刺激症状が全くないという身体所見との乖離から、そこまで痛いはずがないことは明かかです。さらに、問診で自発的嘔吐の傾向も聴き取ることができました。

この診察の情報が加わるとどうでしょう。この症例は身体表現の問題と、繰り返す嘔吐によってアミラーゼがわずかに上昇したのだらうと推論できます。

平島 検査を丁寧にしているのに、なぜ診察は丁寧にしなかったのか……。

志水 検査は身体診察に代わるものではないことがよくわかります。検査を行う上で大事なのは、それが診察の上で具体的な理由を持っているか。検査結果の示す意味を、診察で得た情報から考えながら進めていくべきです。

だからといって“フィジカル原理主義”になってしまってもいけない。

平島 そうですね。例えば、ニューモシスチス肺炎は聴診では異常がないことも多く、身体診察だけではわからない症例もかなりあります。その場合はCTや原因微生物の検査も行わなければなりません。

志水 研修医の頃、crackleが聴こえないから肺炎を除外しようとしたところ、指導医に怒られた経験があります。多くの場合、一つひとつの身体診察によって判断すべきなのは「可能性が高まるか、低くなるか」。研修医や若手は陥りやすいところですが、一つの所見でYesかNoを判断してしまうのは危険な行為です。

しっかりした身体診察という基盤の上に、使えるテクノロジーを戦略的に使っていく。集学的に、総力戦で診断していくことが重要です。



●ひらしま・おさむ氏

2005年熊本大医学部卒。福岡徳洲会病院にて初期・後期研修を行い、うち8か月は奄美大島で地域医療を学ぶ。09年より市立堺病院(現・堺市立総合医療センター)勤務。13年より現職。11年より身体診察技能を学ぶ“部活動”「フィジカルクラブ」を主宰しており、部長として毎週のように全国各地を飛び回る。「手あての医療で溢れるセカイを目指して」発信を続ける。

鑑別疾患の想像力を鍛えよう！

平島 では、次に身体診察の方法論を話していきましょう。身体診察を行う上での先生方の基本的なスタンスを教えてください。

和足 鑑別診断に有用な情報を追求することです。鑑別疾患を想起して、rule-in/rule-outするために必要な所見を取ることを考えていきます。

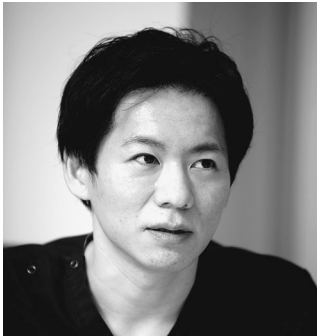
志水 私は「背後に何かが潜んでいる可能性があるかもしれない」という“想像力”を大切にしています。想像力を鍛え、働かせて絞り込んでいく。

平島 具体的にはどんな例がありましたか。

志水 先日、結核の高齢男性に不明熱と腹痛が出ました。特に腹部は臓器が多いので、痛みの場所を特定することは重要です。所見を取るために腹部を触診する中で、大動脈も触診しました。

すると、動脈硬化を疑わせる大動脈壁のわずかな範囲の部位に一致して触診上の違和感と圧痛があり、その部位の炎症性の病変を直観しました。血液培養と画像検査を依頼して、感染性動脈瘤との診断に至りました。

平島 なるほど。この症例で最も大切なことは、志水先生がまず身体診察で、「圧痛点到炎症性の病変の疑い」と絞り込んでから検査を行ったことでしょう。ここで、「不明熱」とだけ検査票



●しみず・たろう氏

2005年愛媛大医学部卒。江東病院、米カリフォルニア大サンフランシスコ校、カザフスタン・ナザルバイエフ大、米ハワイ大などを経て、16年より現職。11年米エモリー大ロリンス公衆衛生大学院MPH、12年豪ボンダ大MBA修了。臨床業務と並行し、ベッドサイド教育に注力する。著書に『診断戦略』(医学書院)、『診断推論のバックステージ』(MEDSi)など。

に書いてCTを撮ったら、もしかすると検出できなかったかもしれません。大動脈炎は画像検査だけでは見逃される事が多いですからね。

和足 症候の事前情報なしに画像検査だけで的確に判断するのは難しいです。

志水 そうなんです。身体診察によって真実に近づくことをあらためて感じた症例でした。

教育現場での衝撃が経験値に

志水 身体診察は定量化できないものが多いと思います。現代でも個人の見解が重視される診察法はたくさん残っています。

平島 身体診察の教科書には「先代の〇〇医師がそのように報告している」「◇◇と言われているが、実際に臨床では使えないだろう」といった表記も多いです。個人の感覚が頼りの世界のため、さまざまな見解があります。

和足 そのため、うまくするには「感覚の吸収」が必須です。つまり経験を積む必要があるということです。

平島 誰でも最初は経験ゼロですから、医学生時代からしっかり教育を積むことが大切です。ただ、10～15年ほど前、自分の医学生時代を振り返ると、積極的に身体診察を指導する先生は少なかったです。お二人は大学で講義をする立場から、教育現場での身体診察について思うことはありますか？

和足 状況は今もそれほど変わりませ



●わたり・たかし氏

2009年岡山大医学部卒。湘南鎌倉総合病院総合内科で初期・後期研修。その後、東京城東病院総合内科の立ち上げにかかりながら、関東地方のさまざまな救急告示病院で当直業務を行った。15年タイ・マヒドン大臨床熱帯医学大学院修了。16年より現職。17年からは米ハーバード大医学部ICRT(Introduction to Clinical Research Training)プログラムに在籍中。

ん。身体診察を重視する指導者は少数派です。

志水 絶滅を危惧される状況です(笑)。

平島 OSCEの中で教えることはできませんか。

和足 診察の「型を学ぶ」ことはOSCEでもできるでしょう。しかし、そこに医師の臨床的思考、つまり鑑別診断を挙げ、rule-in/rule-outするという意識は入っていないです。

志水 同感です。学生から「OSCEで型は習ったけど、診察のやり方は全然わからない」と言われて妙に納得しました。診察の本質はヴァーチャルではなかなか教えられる。

和足 でも、私たちが医学生だった頃と比べて、身体診察の本が増え、セミナーも多く開かれるようになりました。特に総合診療医をめざす医学生の間で身体診察への注目は高まっていると感じます。フィジカルを重視する人たちのアイデンティティが認められてきたのでしょうか。

平島 つまり、医学生側には身体診察を学びたいという素直な思いがある。

和足 はい。そこで、どのように教えていくかが課題です。志水先生、ご自身の経験を振り返ってどうですか。

志水 病院実習の機会は大切にしたいですね。医学生にベッドサイドでの身体診察を見てもらえば、良い意味で驚きを与えられるでしょう。何気なくペンライトを取り出して口の中を透過したり、さっと眼底鏡を取り出して所見を取ったりする。私がいつも持ち歩く“標準装備”の中にはこれらが入っていて、すぐに取り出せるようにしています(写真)。

自分自身、研修医時代に指導医の診察を見て、「なんだ、あれ!？」と興味を持った体験が今につながっています。

平島 上級医がベッドサイドで丁寧に診察する様子を見たら、今の医学生や若手の先生も衝撃を受けるでしょう。

志水 その上で、「身体診察が診断に役立つ」ことを見せる必要があります。特に、検査による診断困難例に対して、



●写真 眼底鏡、耳鏡、打腱器、ペンライトなどが入った志水氏の“標準装備”。

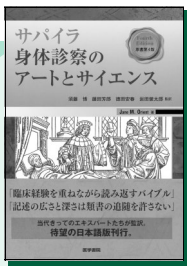
身体所見のバイブル、待望の日本語版！

サピラ 身体診察のアートとサイエンス 原書第4版

Sapira's Art and Science of Bedside Diagnosis, 4/e

身体診察は文化の違いや時代を超えた臨床医学のアート。筆者から直接回診で教わっているような語り口を通じて、本書にはPhysical Examinationを賢く経験するための英知、箴言がぎっしり詰まっている。「学生を含めすべての臨床医にマッチする教科書」「記述の広さと深さは類書の追隨を許さないバイブル」と賛辞を集める名著を当代きってのエキスパートたちが監訳。待望の日本語版刊行。

著 Jane M. Orient
監訳 須藤 博
藤田芳郎
徳田安春
岩田健太郎



B5 頁900 2013年 定価:本体12,000円+税 [ISBN978-4-260-01419-9]

医学書院

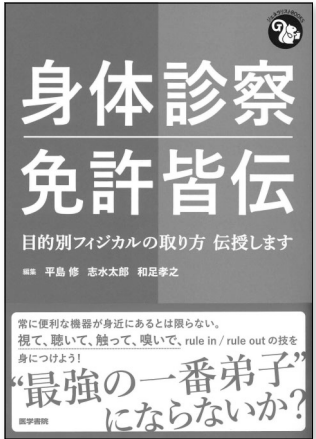
“最強の一番弟子”にならないか？
徒手空拳のワザ、ここに極まれり

《ジェネラリストBOOKS》

身体診察 免許皆伝
目的別フィジカルの取り方
伝授します

編集 平島 修・志水太郎・和足孝之

全国でベッドサイド教育を展開する編者らによる身体診察の決定版！外来・病棟・在宅で、ある疾患を疑ったら次に何をすべきなのか。臨床ですぐに使える次の一手を、こだわりの写真とともに伝授。常に便利な検査機器が身近にあるとは限らない。視て、聴いて、触って、嗅いで、rule in／rule outできる徒手空拳の技を身につけよう。“最強の一番弟子”にならないか？

●A5 頁248 2017年 定価:本体4,200円+税
[ISBN978-4-260-03029-8]

医学書院

座談会

身体診察で診断がつく様子を見せることは、身体診察に関心の低い人にも効果的でしょう。

和足 大学の教育現場は国家試験を一つの指標に考えているので、今後、国家試験にもっと身体診察の要素を組み込めたら良いですね。そうすると専門各科の先生が持つ診察技術をより意識して医学生に伝えてくれると思います。呼吸音の聴診だったら、呼吸器内科の先生が一番良い耳を持っているはずです。

志水 医学生や研修医への指導に加え、各診療科の先生の繊細な感覚を共有できる環境ができてほしいですね。

和足 医学生や教員に身体診察の重要性を再認識してもらうためにも、大学から働き掛けていきたいと思っています。

指導者が周りにいない！……そんなときは？

平島 身体診察を習得するには、見る、聴く、触る、嗅ぐなどの感覚全体を磨くことになります。ですから術を身につける場合は、基本的にはベッドサイド。指導医と一緒に議論しながら身につけるのが理想です。

志水 感覚的な要素が多いので、技を習得するには「この聴診は何を意味しているか」などについて、指導医からのフィードバックがとても重要です。いろいろな先生と議論を重ね、相手の経験から学ぶ必要もあります。

平島 でも、研修医からよく聞かれることが2つあります。1つは「私の病院では身体診察を教えてくれる人がいない」。もう1つは、「どの教科書で勉強すればいいかわからない」というものです。

和足 1つ目の「身体診察を教えてくれる人がいない」とはどんな環境なのでしょう。

平島 2パターンあって、私みたいに離島などに勤務しており、本当に周りに誰もいない場合と、メンバーは多いのに身体診察を究めたい人が少ない場合があります。

和足 なるほど。周りに究めたい人がいない状況もあるんですね。

平島 そのほうが精神的にはつらいと思います。

和足 でも、今は誰かに師事しなくても、身体診察を独学でも身につけられる素晴らしい時代です。かなりのことが本と動画で学べます。良い書籍から情報を得て、流れを動画で知る。動画サイトには Procedures Consult (ELSEVIER) などがありますが、YouTube などでも勉強できます。そして患者さんの所見を取り、書籍や動画で振り返る。

平島 つまり、自分で答え合わせをしていく？

和足 そういうことです。日本は検査ができる国ですから、検査結果からも自分の判断が適切かは客観的にわかり

ます。現場で使う知識を繰り返し学ぶことは1人でもできますよ。

平島 そうなると、知識のインプットに役立つ、現場で今使っている身体診察を集めたわかりやすい書籍が必要になってくるでしょう。

今回、私たち3人は『身体診察 免許皆伝』の編集、執筆に当たりました。そのときに最重要視したのは「現場感覚」です。

和足 臨床をめざす全ての医師に向けて、今現場で使ってほしい身体診察をまとめました。読めば隣に執筆者がいるような雰囲気を感じてもらえるはずですよ。

志水 辞書のような本とはひと味違う、現場の医師の「自分はこう思う」を詰め込んだ“熱さ”を感じてもらえればと思います。

平島 タイトルには「免許皆伝」とありますが、「この身体診察はスタンダードだ！」と思って執筆陣は書いています。“普段から使いこなす”奥義として読んでいただきたいです。

＊

志水 診察能力を高めるフォーラムやセミナーの情報に簡単にアクセスできる時代です。日本中、行こうと思えばいつでも参加できるはず。でも、その前段階には「身体診察への関心を持つこと」が必要かもしれません。そこには指導医の役割が大きい。「身体診察は行ったか？」という質問を研修医に日頃からぶつけてほしいです。

和足 周りの環境に左右されない本当の臨床能力として、身体診察は究める価値があります。今後、人工知能など技術革新により検査技術はますます高まるでしょう。でも、身体診察は代替されることはありません。ぜひ自身の実力を高めてもらいたいです。

平島 身体診察を究めるために必要なことは、「丁寧に診察したい」という信念を曲げないことです。身体診察を尊重する感情に共鳴してくれる人は出てくるはずです。身体診察を重要視する波が大きくなりつつある今、それぞれの現場でムーブメントを共に起こしていきたいです。

(了)

◆本座談会収録後、『身体診察 免許皆伝』へ込めた先生方の熱い思いを動画で語っていただきました。ぜひご覧ください。

<https://www.youtube.com/watch?v=t4tV9EL3IJY>



●平島氏、志水氏がコーチを務める JPC (Japan Physical Club) 2017 の申し込み受付中です！
日時：2017年9月16～18日
会場：鹿児島県奄美大島
参加資格：医学生、医師、看護師
詳細・申し込みは下記より
<https://jpc2017.themedia.jp/>

視点

社会全体の健康を守る 公衆衛生医師へのいざない

宇田 英典

社会医学系専門医協会理事長/鹿児島県伊集院保健所長



大学病院や県立病院での研修を経て、離島・へき地診療所等で地域医療に従事した後、県庁、保健所といった公衆衛生の分野で仕事を始めて、いつの間にか30年が経過しました。学生時代には考えてもいなかった分野で仕事をするようになったのは、離島で多様な患者を診ながら保健医療行政の大切さを感じたこと、また、当時、本県に出向していた厚労省の医系技官が熱く語ってくれた公衆衛生のミッションに心を動かされたこと等があったからでした。

◆地球規模の健康課題には

個人にとどまらないアプローチが必要

わが国の公衆衛生は、終戦直後の劣悪な生活環境から生じたさまざまな健康課題への対応、高度成長期時代の公害対策、生活習慣の変化等により増加してきた脳卒中や心疾患、がん等の生活習慣病対策等、標準的な公衆衛生活動を全国展開することによって大きな成果を上げてきました。

近年では、慢性腎臓病（CKD）、メタボリック症候群、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、認知症といった多様な病態像を有する患者や住民の増加を踏まえ、個別的、長期的、継続的、包括的、近接的な対策が重要となってきました。現役世代が減少する中で社会保障制度を維持しながら、どのように社会全体の生活と健康を守っていくのか、難しい舵取りが求められています。

さらに、地球温暖化やグローバル化が進む中、大規模自然災害の多発、新興・再興感染症や薬剤耐性菌の拡大等への懸念も大きくなってきました。こうした健康危機管理も公衆衛生の重要な柱です。

公衆衛生医師は、国や地方の衛生行政機関、衛生研究所、環境研究所、災害医療センター、産業衛生機関、国連やWHO、JICA等の国際機関、医療安全・医療情報管理部門等、多岐にわたる領域で活動しています。

国内のみならず地球規模で、時代とともに変化する健康課題や社会情勢等

に対応するには、患者や個人へのアプローチにとどまらず、多様な集団、環境、社会システムへのアプローチを中心に、人々の健康の保持・増進、傷病の予防、リスク管理や社会制度の運用に関してリーダーシップを発揮する公衆衛生医師が必要です。

◆社会医学系専門医の養成が始まる

8学会6団体で構成する社会医学系専門医協会（2016年12月5日法人化）では、2017年4月から全国各地の研修プログラムのもとで専門医の養成を始めました。

本制度は、個人や集団における疾患や健康障害に対応する社会的疾病管理能力、感染症や食中毒、自然災害、事故等に対する健康危機管理能力、保健医療体制整備や作業関連疾患対策、健康課題解決に向けた関係者・関係機関との調整能力を研鑽するためのものです。若手の育成だけではなく、社会医学系領域で働く幅広い医師の生涯学習に資することを目的にしています。

本制度は始まったばかりですが、多職種からなるわが国の公衆衛生の協働体制を通じた基盤を構築し、国民の健康の保持・増進に寄与すると考えています。

多くの医学生や若手医師にとって、現在は残念ながら公衆衛生は魅力あるキャリアパスの一つにはなっていないようですが、公衆衛生医師の果たす役割は、今後ますます大きくなってくると考えます。保健所や都道府県庁、厚労省、大学の公衆衛生学教室等で働く公衆衛生医師の不足は喫緊の課題です。ぜひ、多くの皆さんが公衆衛生の分野に進んでくださることを期待しております。

●うだ・ひでのり氏

1978年自治医大医学部卒。鹿児島大、県立病院等で臨床研修後、離島医療（甑島・奄美大島）に従事。88年国立公衆衛生院にて研修。保健所、県庁等を経て2012年より現職。14年より全国保健所長会会長、16年より社会医学系専門医協会理事長。

がん診療のための新しいプラットフォーム

Cancer Board Square

2017年7月号 vol.3 no.2

Feature Topic

がん診療のコスト原論

後藤 励／五十嵐 中／清水久範／下妻晃二郎
齋藤信也／立岩真也／國頭英夫

View-point がん診療

卵巣がん・卵管がん・腹膜がん

企画 勝俣範之（日本医科大学武蔵小杉病院 腫瘍内科）
Q&A 松本光史・相原聡・喜多川亮

●1部定価：本体3,400円＋税 [ISBN978-4-260-02456-3]

●年間購読受付中！2017年 年間購読料：本体9,240円＋税（冊子＋電子版／個人）

医学書院

目で見てわかるOCT／OFDIアトラスと明日から使えるエビデンス

PCIにいかす

OCT／OFDIハンドブック

冠動脈インターベンションにおける新たな血管内イメージングデバイスとして、今後ますます普及が期待されるOCT／OFDI画像をIVUS画像とも比較しながら読み解いていくアトラス。さらにOCT／OFDIガイドのPCIのために、必要なセットアップ、きれいな画像を撮る手順、治療にいかすコツなどを満載。これまでに蓄積されてきたエビデンスについても十分にページを割いている。

監修 森野禎浩

岩手医科大学教授・
内科学講座循環器内科分野

編集 伊藤智範

岩手医科大学教授・
内科学講座循環器内科分野

房崎哲也

岩手医科大学准教授・
内科学講座循環器内科分野

身体所見×画像×エビデンス

で迫る

呼吸器診療

肺病変は多種多形。呼吸器診療では、「身体所見×画像×エビデンス」を駆使する能力が試されます。CASEをもとに、名医の思考回路から「思考の型」を追ってみましょう。

第1回 “思考の型”を持って病棟に

皿谷 健

杏林大学呼吸器内科 講師

十数年前、筆者の研修医としてのスタートは呼吸器内科でした。意気揚々と研修を開始しましたが、COPD 急性増悪で入院した担当患者の苦しむ姿を見て（当時はあまり有用な治療法がなかったのです）、呼吸器内科は“なんとなく敬遠する科”でした。

ではどうして今、呼吸器内科医として働いているのでしょうか？ それはその後5年間の研修生活で、多くの科にまたがる“全身疾患の障害部位の一つ”としての肺病変の多彩さに驚き、勉強してみようと思直したからです。肺こそ、ダイナミックかつ繊細に全身疾患が出現する部位なのです。

鑑別診断は病歴聴取、身体診察、画像所見、その他の検査所見を全て勘案して行います。特に呼吸器内科では胸部CTの高度な解析が可能となり、画像診断の重要性が高まっているように思います。

一症例を大事にする意味とは？

さて、あなたは外来でさまざまな主訴を持ってやってくる患者を相手にします。まだ呼吸器疾患かどうかはわかりません。診断する上で、筆者のお勧めは“思考の型”を持つことです。これはあまり難しく考える必要はありません。臨床医なら常に頭でやっていることだからです。

70歳男性患者がここ数日の湿性咳嗽と呼吸困難を主訴に来院したとします。重喫煙者ですが、入院歴はありません。主治医の頭の中では、過去に経験した症例から直観的に診断するSnap diagnosis（一発診断）ができる場合もありますが、多くは病歴や主訴、症状、身体所見、画像所見を合わせ、想定する疾患群の疫学的なデータ（好

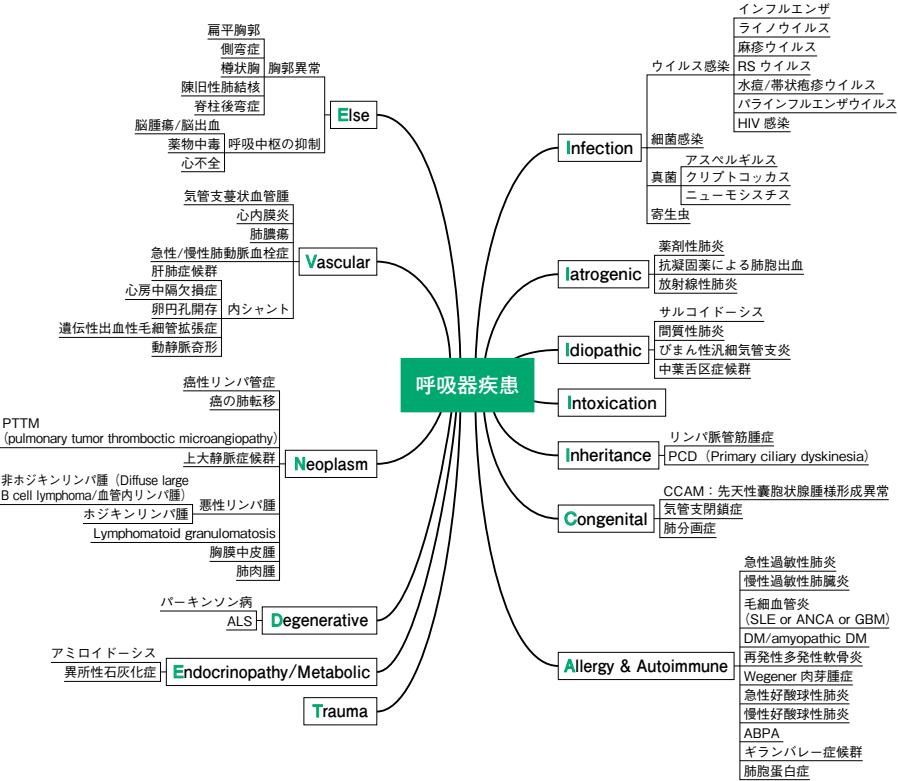
発年齢や性別など）も勘案して診断していきます。その時、図1のような鑑別の“思考の型”を想起すれば、ストーリーが出来上がり診断に近づきます。この繰り返しが臨床医の経験値となっていくと考えられます。

また、一症例を丁寧に吟味していけば思いがけず他疾患でも類似した病歴（ストーリー）があることに気付くでしょう。ある病歴を持った一症例の理解の深化と他疾患/類似疾患との関連付けを行っていき、それを特徴のある集団として認識できる能力、この差が研修医と指導医の違い、すなわち“経験値とされるもの”ではないかと筆者は考えています。

臨床経過からの鑑別の重要性：絵巻物のススメ

疾患のテンポを“受診までの経過/受診後の経過”で把握することも極めて重要です。筆者は紙カルテの時代、複雑な病態の症例ではA4の紙をテープでつなげて絵巻物のようにして、症状出現前後からの全ての経過を書き込みカルテに貼るという作業をしていました。なにせ、研修医の時には木を見て森を見ず、のように大事なことを見落としている場合があるからです。

さらにこの作業は思考の整理にも役立ちます。研修医3年目の時、当時の上司と絵巻物を見ながら肺胞出血後の顕微鏡的多発血管炎の患者に生じた血小板減少についてdiscussionする中で、末梢血スミアを施行するように指導され、血栓性血小板減少性紫斑病の迅速診断に至った症例がありました。初期・後期研修医では目立つ症状だけに気を取られ、その背後にじわじわとやってくるサインに気付かないこともあ



●図2 VINDICATEによる呼吸器疾患の分類

Vascular（血管系）、Infection（感染症）、Neoplasm（新生物）、Degenerative（変性疾患）、Iatrogenic（医原性）、Idiopathic（特発性）、Intoxication（中毒）、Inheritance（遺伝性）、Congenital（先天性）、Allergy & Autoimmune（アレルギー、自己免疫性疾患）、Trauma（外傷性）、Endocrinopathy/Metabolic（代謝内分泌疾患）、Else（その他）

るので、病態が複雑な時ほど、絵巻物とともに立ち止まって考える習慣をお勧めします。

肺病変があった場合、急性（数日の経過）、亜急性（数週間）、慢性（数週～数か月）の3つに大きく分けて考えます。急性でない場合は、ゆっくり考える時間があります。同じ急性の疾患でも真の急性なのか、慢性疾患の急性増悪なのかの鑑別も重要な情報です。

また、なるべく前医でのX線撮影などの画像所見を取り寄せましょう。肺の画像読影では完成してしまった病変よりも“今まさに起き始めている画像所見”の中に疾患のヒントが隠れていることが多いからです。

呼吸器症状が急性の経過で出現・消退する症状や画像所見を見たら、アレルギー（好酸球が絡むことが多い）や心不全（に伴う溢水）を第一に考えます。9.11テロの際、大量のがれきの粉じんを吸い込んで急性過敏性肺炎が生じたことが報告されました。こうした場合、入院により抗原回避の状態となると、症状が急速に改善することもあります。

VINDICATEの活用：木を見て森を見ず、にならないために

診断戦略やClinical pearl に関しては参考となる良本が出ています¹⁻³⁾。ここでは診断を漏らさないための鑑別診断の想起に焦点を当てます。ローレンス・ティアニー先生らによる方法を参考に、筆者は呼吸器領域の疾患をざっくり図2のように分類しています。このVINDICATEの分類は図1で紹介した“思考の型”の一要素です。鑑別を絞り込むにはVINDICATEに加え、病歴や身体所見などの他の要素から想起

される疾患との重なりを意識するとよいでしょう。

問診ってどうするの？

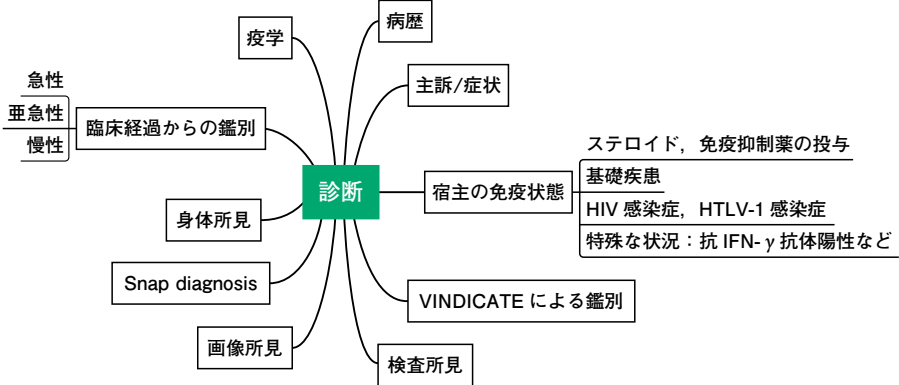
問診にはOpen-ended question（なぜ・何を問う質問）とClosed question（Yes/Noで答える、より疾患特異的な質問）があります。最初に「どうして来院したのか?」「何がつらいのか?」などのOpen-ended questionを30秒～1分程度行います。「なぜ症状が起きたのか?」「患者自身ではどう思うか?」を聞くのは診断に役立つことが多いように感じます。

一方、Closed questionは主訴や症状をもとに、ある程度診断を想起した上で行う必要があるため、初期研修医には難関です。筆者が研修医の頃は、「セイントとフランシス」の記憶本で診断の想起漏れを確認し⁴⁾、『The Patient History』で主にClosed questionをチョコチョコ読んだ記憶があります³⁾。症候から類推すべき疾患群は、他人が作成した記憶術やゴロ合わせでは覚えにくいことが多いので、どんどん自分流のアレンジや作成を行うのも“思考の型”を増やすのに役立つと思います。

たくさんさんの経験は、経験のための経験であってではありません。自分なりの“思考の型”を持つことの重要性は症例が複雑になればなるほど、求められることになるのです。

【参考文献】

- 1) 志水太郎. 診断戦略——診断力向上のためのアートとサイエンス. 医学書院; 2014.
- 2) ローレンス・ティアニー. ティアニー先生のベスト・パール2. 医学書院; 2012.
- 3) Henderson M, et al. The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis. 2nd ed. McGraw-Hill Medical; 2012.
- 4) Saint S. Saint-Francis Guide to Inpatient Medicine. 2nd ed. LWW; 2003.



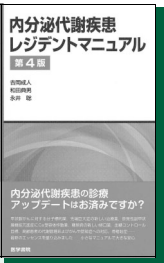
●図1 鑑別の“思考の型”

アップデートはお済みですか？ 新規薬剤、血糖コントロール目標などにも対応

内分泌代謝疾患レジデントマニュアル 第4版

糖尿病は言うに及ばず、内分泌疾患も専門医だけが診るまれな疾患ではない。社会的にも関心の高い骨粗鬆症を含め、common diseaseとしての内分泌代謝疾患の臨床を簡潔に解説した安定の第4版。甲状腺がんに対する分子標的薬、先端巨大症や原発性副甲状腺機能亢進症の診療薬の新たな保険適用、糖尿病の新しい経口薬、高齢糖尿病患者の代謝管理、血糖コントロール目標など学会ガイドラインの改訂に対応。

吉岡成人
NTT東日本札幌病院・副院長
和田典男
市立札幌病院・糖尿病・内分泌内科部長
永井 聡
NTT東日本札幌病院・糖尿病内分泌内科部長



内科外来のナンバーワン・マニュアルにパワーアップした第2版が登場、内科医必携！

ジェネラリストのための内科外来マニュアル 第2版

ナンバーワン・マニュアルとして不動の地位を得た『ジェネラリストのための内科外来マニュアル』（通称：ジェネマニユ）に、内容を大幅にパワーアップした第2版が登場！ 診療情報のアップデートに加え、対応する主訴・検査異常の数を大幅に増やし、より幅広い臨床プロブレムに対応できるよう使い勝手を向上。トップジェネラリストならではの外来マネジメントのエッセンスも盛り込まれた、外来で「最も頼りになる1冊」。

編集 金城光代
沖縄県立中部病院総合内科／リウマチ膠原病科
金城紀与史
沖縄県立中部病院総合内科
岸田直樹
総合診療医・感染症医／
感染症コンサルタント
一般社団法人
Sapporo Medical Academy



本来は適応のない画像検査、「念のため」の画像検査、
オーダーしていませんか？
本連載では、放射線科医の立場から、医学生・研修医にぜひ知ってもらいたい
「画像検査の適切な利用方法」をレクチャーします。
検査のメリット・デメリットのバランスを見極める“目”を養い、
賢い選択をしましょう。

賢く使う 画像検査

第3回

心血管領域

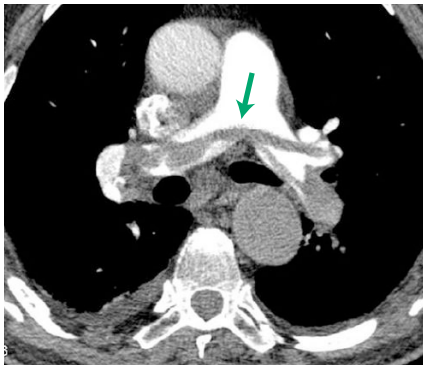
隈丸加奈子

順天堂大学医学部
放射線診断学講座

症例

変形性膝関節症に対する人工膝関節置換術後の61歳女性。術後の状態は良好で、特に大きな問題なく経過。研修医Aが離床・リハビリを開始しようとしたところ、指導医より、その前にとりあえず深部静脈血栓症/肺血栓塞栓症がないことを造影CTで確認するよう指示された。

現在、肺血栓塞栓症（Pulmonary embolism, 以下PE）診断のゴールドスタンダードは造影CTです。禁忌（高度腎障害、ヨードアレルギーなど）がない限り、PEを疑った場合には造影CTを行います。その場合、ヨード造影剤を上肢の皮静脈から急速注入し、肺動脈内に濃い造影剤が存在するタイミングで撮影します。肺動脈内に血栓や塞栓が存在した場合、造影剤により高濃度を示す肺動脈内に造影効果が見られない「欠損」部位が認められ、それが診断の決め手となります（図）。PEの重症例は致死的であるため、早急に的確な診断を下し、一刻も早く抗凝固療法を開始することが肝要です。一方で、PEの症状は胸痛、呼吸困難など非特異的なものが多く、診断に苦慮することは少なくありません。CTへのアクセスが良い本邦のみならず、欧米でもPEのための造影CTは、施行閾値が下がりやすい検査の一つとして知られています。CT装置やソフトウェアの進歩により、最近では比較的低被ばくでの撮影



●図 胸部造影CT画像
左右の肺動脈にまたがるような造影欠損域がある。肺血栓塞栓症（サドル型）の診断。

が可能になったものの、PE診断のためのCT検査では5～10 mSv程度の被ばくを伴います。女性においては曝射範囲内に乳腺が含まれることも懸念事項の一つです。また、PEの原因のほとんどが深部静脈血栓症であり、下肢まで含めた広い範囲の静脈相撮影が追加されることがあるため、その場合はさらに被ばく線量が増加することになります。ヨード造影剤に対する副作用のリスクもあり、PEが疑わしい患者には確実に造影CTを施行して早期診断・治療をめざしつつも、疑わしくない患者には施行しないという「賢い選択」が必要になってきます。

どの程度の大きさの塞栓から治療するか

CTの高性能化により、非常に小さな塞栓まで検出可能となりました。それによって「どの血栓サイズまでが治療対象となるのか？」という新たな問題が生じています。一般的な治療法は抗凝固療法ですが、出血リスクが上昇するため安易な施行は勧められません。現在、確立したエビデンスは存在しないものの、2016年に米国胸部疾患学会（ACCP）から出されたガイドライン¹⁾では、「区域動脈より末梢の塞栓で、それよりも中枢の肺動脈に塞栓がなく、近位深部静脈血栓もなく、かつ深部静脈血栓の再発リスクも低い場合は、抗凝固薬よりも経過観察を勧める」がグレード2C（低いエビデンスに基づく低い推奨）とされています。症状・兆候がない患者に造影CTを行い、積極的治療を要さない小さな塞栓に対して抗凝固療法を施行すると、治療によって得られる利益よりもリスクのほうが大きくなってしまう可能性があります。

検査前確率を推定する

PEの検査前確率の評価方法は比較的エビデンスが充実した分野です。よく知られている検査前確率評価方法として、Wellsスコア（単純Wellsスコア）²⁾と改訂ジュネーブ・スコア（単純改訂ジュネーブ・スコア）³⁾があります（表1）。これらのスコアについて、2015年に米国内科学会はPEの診断フローに関する次のようなアドバイスを出しています⁴⁾。

●表1 肺血栓塞栓症の検査前確率評価法

Wells スコア（文献 2 より改変引用）		改訂ジュネーブ・スコア（文献 3 より改変引用）	
PE あるいは深部静脈血栓の既往	1.5 点	66 歳以上	1 点
心拍数>100 回/分	1.5 点	PE あるいは深部静脈血栓の既往	3 点
最近の手術，長期臥床	1.5 点	1 か月以内の全身麻酔下手術あるいは下肢の骨折	2 点
深部静脈血栓の臨床的兆候	3 点	一側の下肢痛	3 点
PE 以外の可能性が低い	3 点	血痰	2 点
血痰	1 点	心拍数 75～94 回/分	3 点
担癌	1 点	心拍数 95 回/分以上	5 点
検査前確率は合計点が，2 点未満⇒低い 2～6 点⇒中等度 6 点より大きい⇒高い		下肢深部静脈拍動を伴う痛みと一側の浮腫	4 点
		検査前確率は合計点が，0～3 点⇒低い 4～10 点⇒中等度 11 点以上⇒高い	

- 1 PE を疑う場合、上記の検査前確率評価法を用いること
- 2 PE の検査前確率が低く、PE ルールアウトクライテリア（表2）を全て満たす場合、D-ダイマーを測定しないこと、画像検査を施行しないこと
- 3 PE の検査前確率が中等度、あるいは確率が低いがPE ルールアウトクライテリアを満たさない場合は、まず高感度D-ダイマーを測定すること
- 4 50 歳以上の患者には、D-ダイマーは年齢調整した閾値を用いて画像検査の適応を判断すること
- 5 D-ダイマーが年齢調整閾値を下回るときは、画像検査を施行しないこと
- 6 PE の検査前確率が高いときは造影CTを行うこと。造影CTの禁忌があれば肺換気血流シンチグラフィを行うこと。検査前確率が高いときはD-ダイマーは測定しないこと

しかしながら、関節置換術後など、術後の患者におけるPEの検査前確率評価は、実は容易ではないのです。この評価法では症状・兆候がない場合は低リスクに分類されますが、「術直後」自体がリスク因子で、ルールアウトクライテリアを満たしません。そうすると次はD-ダイマー測定の流れとなり、術後患者の多くはD-ダイマーの上昇がみられるため、画像検査の適応となってしまいます。このように、術後、特に整形外科領域の術後患者に対しては別のクライテリアが必要なのではないかと議論されています。米国では股関節・膝関節置換術後の入院患者におけるPE検索CTの施行頻度はそれほど高くないことが知られています⁵⁾。しかしながら本邦では、症例にあるような「術後ルーチン造影CT」が施行されることがあります（全ての施設で行われているわけではありません）。その大きな理由の一つに、超音波検査の習熟度不足、施行困難性が関係していると考えられます。深部静脈血栓症においては造影剤不使用かつ鋭敏な超音波検査が有利だと思われます。しかし、下肢静脈超音波検査を施行できる人材が少ないため、簡単には施行できません。一方でCTは比較的容易に撮影できるので、深部静脈血栓症+PE検索という広い範囲のCT検査依頼をよく見かけます。画像検査を賢く選択するためには、代替検査（より侵襲の少ない検査）へのア

●表2 検査前確率が低い患者に対して施行するPEルールアウトクライテリア（文献4より改変引用）

- 50 歳未満
- 初期の心拍数<100 回/分
- 初期の酸素非投与下の SpO₂>94%
- 一側の下腿浮腫なし
- 血痰なし
- 1 か月以内に手術歴も外傷歴もなし
- 深部静脈血栓症の既往なし
- エストロゲン使用歴なし

クセシビリティを良好にしておくことも重要です。

症例への対応

研修医Aが造影CTをオーダーし造影CT angiography+CT venographyが施行されたが、PEも深部静脈血栓も見つからなかった。

術直後患者の検査前評価は難しいものです。しかし“ルーチンで”造影CT検査を行うことは、総合的にはデメリットがメリットを上回る可能性が高いため、決して賢い選択とは言えないことをあらためて明記しておきます。関節置換術後のルーチン造影CT検査が患者の予後を改善するというエビデンスは存在しません。まずは既存のスコアを用いた検査前確率の評価が推奨されます。PEを疑う何らかの兆候・症状があり、PEのリスクが高ければ造影CTを施行。兆候・症状がなければ、まずは下肢静脈超音波検査を考慮し、深部静脈血栓が確認された場合に造影CTを行うことが望ましいと筆者は考えています。

心血管領域 画像検査適応のポイント

- PE 検索の造影CTをオーダーする前に、検査前確率を計算
- 小さすぎる塞栓は治療対象とならないことがある
- 賢い選択のためには、低侵襲代替検査の整備も必要

- 参考文献
1) Chest. 2016 [PMID : 26867832]
2) Thromb Haemost. 2000 [PMID : 10744147]
3) Ann Intern Med. 2006 [PMID : 16461960]
4) Ann Intern Med. 2015 [PMID : 26414967]
5) Radiology. 2016 [PMID : 27228313]

新刊

臨床での思考を組み立てる技術が「診療の質」を改善する！

循環器研修テクニカルノート

虚血性心疾患

臨床を上手に行うための「頭と実地」のテクニック

▶循環器診療において、頭の中の知識をどう整理し、実際にどのように診療するか…。思考と実地をつなぐ実践的な技術を解説した、『心不全』に続くシリーズ第2弾。虚血性心疾患診療の基本を理解するだけでなく、症例を通じて具体的な臨床ストーリーを疑似体験しながら、必要となるテクニックの手ほどきが受けられる。循環器医・研修医はもちろん、心筋虚血に必ず遭遇する総合診療・救急・集中治療医にも必読の1冊。

著：七里 守 名古屋第二赤十字病院循環器内科部長

定価：本体5,000円＋税
A5変 頁284 図124・写真55 2017年
ISBN978-4-89592-887-8

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

循環器研修テクニカルノート

虚血性心疾患

臨床を上手に行うための「頭と実地」のテクニック

著 七里 守

循環器研修テクニカルノート

虚血性心疾患

臨床を上手に行うための「頭と実地」のテクニック

著 七里 守

日常診療に潜むクスリのリスク 臨床医のための薬物有害反応の知識

市販されている薬剤は実にたくさんあるが、一般臨床医がよく遭遇する薬剤と薬物有害反応の組み合わせには決まりがある。本書では、頻度の高い薬物有害反応を取り上げ、特によく処方される薬剤を中心にエビデンスに基づいてわかりやすく解説。また、薬物有害反応を頭では理解していても、医師や患者が「念のためのクスリ」を求めることは稀ではないことから、薬物有害反応が減らない理由を心理学的な観点からも取り上げた。

上田剛士
洛和会丸太町病院 救急・総合診療科 副部長

A5 頁164 2017年 定価：本体2,800円＋税 [ISBN978-4-260-03016-8]

医学書院

Medical Library

書評・新刊案内

腎機能に応じた投与戦略 重篤な副作用の防ぎかた

向山 政志, 平田 純生 ● 監修
中山 裕史, 竹内 裕紀, 門脇 大介 ● 編

B5・頁400
定価: 本体5,800円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02864-6

【評者】山縣 邦弘
筑波大学教授・腎臓内科学

2016年2月に日本医療開発機構「腎疾患実用化研究事業「慢性腎臓病の進行を促進する薬剤等による腎障害の早期診断法と治療法の開発（研究代表者：成田一衛）」の薬剤性腎障害の診療ガイドライン作成委員会（委員長：山縣邦弘）の下で「薬剤性腎障害診療ガイドライン2016」が発刊された。

その中では、薬剤性腎障害（DKI: Drug-induced kidney injury）を「薬剤の投与により、新たに発症した腎障害、あるいは既存の腎障害のさらなる悪化を認める場合」と定義した。

DKIの分類としては発症機序から、①中毒性腎障害、②アレレギー機序による急性間質性腎炎（過敏性腎障害）、③薬剤による電解質異常、腎血流量減少などを介した間接毒性、④薬剤による結晶形成、結石形成による尿路閉塞性腎障害としている¹⁾。

薬剤の多くが腎排泄性であり、腎臓はより高濃度の薬剤に暴露されやすいため、上記DKIの分類の中でも中毒性腎障害を来す危険性が高い。このような中で本書は腎機能に応じた適切な投与法を指南し、薬物血中濃度の上昇による全身性の副作用を未然に防ぐための貴重な解説書である。

第1～3章では、診療科別のさまざまな薬剤について、DKIはもとより使用に当たっての一般的注意事項やコラムを記載している。本書を日常診療に役立てることで、多くの臨床医はもと

より、薬剤師、看護師などの多くのコメディカルが薬剤投与中のモニターをより安全に行うことも可能となる。

わが国には推計で1300万人以上の

慢性腎臓病（CKD）患者がおり、その中でも長期間の高血圧、糖尿病、脂質異常症や加齢などにより、自覚症状を欠いたまま緩徐に腎機能低下を来してCKDとなる患者が多く存在する（一般人口の高齢化に伴いこのようなCKD患者数は年々増加している）。特に高齢者の場合、筋肉量減少に伴い、血清クレアチニン値だけでは腎機能の正確な評価が困難であり、これらの患者の腎機能を正しく把握・評価し、適切な投与量での薬物治療を行うことが肝要である。

本書の読者は第4章の「10の鉄則」にのっとって正しく腎機能を評価し、さらに第5章の「腎機能別薬剤投与量一覧表」を用いることで、使用する各薬剤に対し適切な投与量を設定することができるであろう。

本書には腎機能に応じた投与戦略に関する実践的な内容がまとめられており、多くの皆さんにお勧めしたい。

本書には腎機能に応じた投与戦略に関する実践的な内容がまとめられており、多くの皆さんにお勧めしたい。

- 1) 平成27年度日本医療開発機構「腎疾患実用化研究事業「慢性腎臓病の進行を促進する薬剤等による腎障害の早期診断法と治療法の開発」薬剤性腎障害の診療ガイドライン作成委員会編。薬剤性腎障害診療ガイドライン2016。日腎会誌。2016；58（4）：477-555。

薬物血中濃度の上昇による 副作用を未然に防ぐための 貴重な解説書



ジェネラリストのための内科外来マニュアル 第2版

金城 光代, 金城 紀与史, 岸田 直樹 ● 編

A5変型・頁736
定価: 本体5,400円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02806-6

【評者】岩田 健太郎
神戸大学大学院教授・感染症治療学

期待にたがわぬ素晴らしい内容

外来に置いておきたい一冊だ。

初版もお気に入りです、アルバイト先の一般内科初診外来で

「イワタ専用」として置いておいた。第2版「お気に入り」の外來マニュアル

ICUでの患者管理よりも期待にたがわず素晴らしい。まあ、金城光代・紀与史夫妻、岸田直樹、西垂水和隆、芹沢良幹、尾原晴雄、本村和久、星哲哉というそうそうたる執筆陣なので良い教科書なのは当たり前だ。

外来でよくみる主訴から入り、鑑別疾患リストが頻度順に並べられ、ワークアップのアプローチと治療法まで丁寧に説明されている。本書一冊があれば初診外来は問題なくできる。「内科」と書かれているが、実際には米国のgeneral internal medicineの守備範囲であり、精神科疾患や整形外科疾患、周術期管理まで幅広く網羅している。

質の高い内科外来を追体験できる

残念ながら日本では入院患者の臨床指導は熱心でも、外来は「明日から外来やってね」とティーチングなしでいきなり本番なところが多い。よって外

来診療は得てして「我流」になりがちだ。

しかし、本書を読めばわかるが、外来診療はある意味入院患者のケアよりも、ICUでの患者管理よりも難しい（ところがある）。特に、イケイケ、ガンガンなアプローチはうまくいかないことも多く、検査も治療も足し算だけではなく引き算の発想が必要だ。いかに短時間で効率よく、少ない検査、諸々の患者負担（待ち時間などの時間的、金銭的負担含む）を最小限にしつつ、最大アウトカムをめざすかだ。外来診療こそ、高度なインテリジェンスを要する、内科医冥利に尽きる営為なのだ。

本書を読めば質の高い内科外来診療の在り方を追体験できる。また、内科医を名乗るのであればこれくらいの守備範囲は網羅できるべきだ（日本専門医機構さん、聞いてますか？）。

本書の執筆陣はほくがよく知る内科医のかみであり、ロールモデルたちだ。本書からはそのエトスにがにじみ出ている。一読をお勧めしたい。

あらゆる状況に対応できる シンプル身体介助術 [DVD・Web動画付]

岡田 慎一郎 ● 著

B5・頁128
定価: 本体2,600円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02847-9

【評者】齋藤 昭夫
さいとう整形外科クリニック院長

著者である岡田慎一郎氏の介助術における身のこなしは芸術的である。バレエダンサーや空手選手を思わせる無駄のない所作故である

う。本書の動画で、動きを見てもらえればその動きがただ者でない

ことはすぐにわかるはずである。彼は理学療法士という身体を科学的に扱う資格を持つ傍ら、古武術の師匠に師事し両者を見事に融合し、広く一般の方々にも応用できるよう平易な言葉に仕立て直した先駆者だと思う。

本書は数ある介助技術の実践書の中

でも大変わかりやすく、すぐに現場で活用できる基本が身につく良書である。それは、紹介されている技術の根

幹を「合理的な身体の動かし方」と「相手との関係の3原則」に集約した結果だろう。実

際に介助技術を学びたい方はもちろん、多くの方に効率よく介助技術を指導する立場の方々にもお勧めである。

介助者の技術向上が介護現場における労働生産性に大いに寄与することは明白である。また、本書の基礎編がうまくマスターできない方、例えば股ノ

『科研費 採択される3要素 第2版』 刊行記念セミナーのお知らせ

平成30年度(2018年度)科研費に応募予定の研究者の方はぜひこの機会をご活用ください！

「科研費」—— 採択されるために 実例から学ぶ

【講師】郡 健二郎 先生
(本書著者／名古屋市立大学 学長)

【日時】2017年9月23日(土)
(第1回と第2回は同内容です。入れ替え制です)
第1回: 13:00～15:00
第2回: 15:30～17:30

【会場】医学書院 本社会議室
(東京都文京区本郷1-28-23)

【定員】各回 80人

【受講料】3,000円 *指定テキスト代別
(税込・資料代など含む・当日払い)

驚異の採択件数を誇る教室のトップである講師が執筆した『科研費 採択される3要素—アイデア・業績・見栄え 第2版』が、このたび医学書院より出版されました。第2版では初版で好評を博した本書の基本構成は踏襲しつつ、「第2章 科研費の制度を知る」については平成30年度助成(平成29年9月より申請)から制度が大幅に改定されることに伴い、内容を全面刷新しています。

本書で講師が述べているように、科研費獲得に向けた第一歩は「研究の楽しさ、美しさ」を知ることであり、本セミナーでもそれをまず踏まえたうえで、科研費獲得のために必要なことは何かを、事例を用いながら解説します。また、どのような申請書なら審査委員の心をつかむのかを事例とともに詳述し、「見栄え」をよくすることで受け手の印象がガラッと変わることも、多くの事例を用いて示します。

本セミナーでは、本書で解説している科研費採択に至る秘伝を講師が懇切丁寧に受講者に示します。

【参加お申込み方法】以下のセミナーページからお申込みください

<https://seminar.igaku-shoin.co.jp/>

*指定テキスト：郡 健二郎著『科研費 採択される3要素—アイデア・業績・見栄え 第2版』(医学書院刊)をテキストとして使用いたしますので、各自ご持参ください。当日会場での販売もございます。

【お問い合わせ】

株式会社医学書院 PR 部
tel : 03-3817-5698
(平日9:00～17:00)

新刊!!

科研費
採択される
3要素 第2版
アイデア・業績・見栄え

名古屋市立大学 学長
郡 健二郎

大好評を博した本書待望の第2版
ついに刊行!

平成30年度助成に
(平成29年9月より申請)

完全
対応

大幅改定される平成30年度助成
(平成29年9月より申請)
に完全対応した最新版!

●B5 頁196 2017年 定価: 本体3,800円＋税
[ISBN978-4-260-03220-9]

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療
プレミアム Vol.27
DVD-ROM for Windows

Today's Diagnosis and Treatment Premium

●DVD-ROM版 2017年 価格：本体78,000円＋税 [JAN4580492610209]

医学書院のベストセラー書籍15冊、
約100,000件の収録項目から一括検索

スマートフォンやタブレット端末でも利用可能な「Web閲覧権付」

『今日の診療プレミアムWEB』をスマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」が付いています。

※利用可能期間は、お申し込み後1年間です。
お申し込みは、2018年4月30日で締め切らせていただきます。

※『今日の診療プレミアムWEB』ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。



データはPCにインストールできます

本商品(DVD-ROM)のデータは、PCにインストールできます。また、オンラインライセンス認証により認証番号の取得を行えば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。

※認証番号の取得は、最大3台までのPCに行うことができます(特定の1人が使用する場合)。

Vol.27では、DVD-ROMの内容をダウンロードできるようになりました。DVDドライブがなくても利用可能です。

手順等は、パッケージ同封の書面をご参照ください。

詳しくは、『今日の診療』特設サイトへ
today'sdt.com
『今日の診療プレミアム』試用版を
ご利用ください。

骨格をなす8冊を収録した
「今日の診療 ベーシック Vol.27」もご用意しております今日の診療
ベーシック Vol.27

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円＋税
[JAN4580492610223]※『今日の診療 ベーシック Vol.27』には、
Web閲覧権は付与されません。

収録内容

プレミアム・ベーシックともに収録

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| ① 今日の治療指針
2017年版 Update | ⑤ 今日の小児治療指針
第16版 |
| ② 今日の治療指針
2016年版 | ⑥ 今日の救急治療指針
第2版 |
| ③ 今日の診断指針
第7版 | ⑦ 臨床検査データブック
2017-2018 Update |
| ④ 今日の整形外科治療指針
第7版 Update | ⑧ 治療薬マニュアル
2017 Update |

*書籍とは一部異なる部分があります

プレミアムにのみ収録

- | |
|--------------------------|
| ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版 |
| ⑩ 今日の精神疾患治療指針 第2版 Update |
| ⑪ 新臨床内科学 第9版 |
| ⑫ 内科診断学 第3版 |
| ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス |
| ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版 |
| ⑮ 医学書院 医学大辞典 第2版 |

7 medicina
Vol.54 No.8

特集 がん診療

内科医が知りたい
30のエッセンス

今や日本人の2人に1人が罹患すると言われる「がん」。内科医も包括的ながん診療に取り組むことが求められる。本特集では、がん診療のエッセンスを取り上げ、疫学・予防、検診の現状、診断プロセス、薬物療法と放射線療法などの基礎知識から、罹患率の高い各がん種の診断・治療、薬物療法の副作用、緩和医療についてもわかりやすく解説した。

INDEX

座談会 テーマ「本音で語る がん診療における内科医の役割」

- I 総論—内科医が知っておくべきがん診療の基本
疫学・予防、検診の現状、診断プロセス、薬物療法、放射線療法、がん患者とコミュニケーション
- II 内科医が知りたい主ながん種の知識
—診断から治療まで
- 胃がん、大腸がん、肝細胞がん、肺がん、乳がん、泌尿器がん
- III 内科医が知っておくべきがん患者のマネジメント
発熱、皮膚症状、呼吸器症状、骨折・骨粗鬆症予防、免疫チェックポイント阻害薬の副作用、オンコロジックエマージェンシー、がんサバイバーシップ、緩和・支持療法など

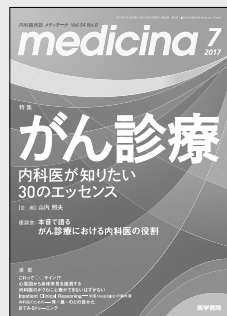
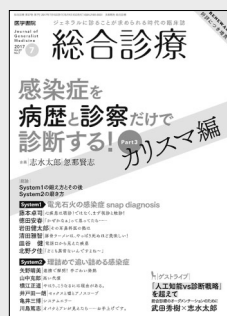
連載

- これって〇〇サイン!?
- 心電図から身体所見を推測する
- 内科医のボクらに心療ができないはずがない
- Inpatient Clinical Reasoning 米国Hospitalistの事件簿
- 内科医のための耳・鼻・のどの診かた
- 目でみるトレーニング

●1部定価：本体2,600円＋税

▶2017年増刊号(Vol.54 No.4)
総合内科医の
必修臨床問題182問
●特別定価：本体7,200円＋税

▶来月の特集(Vol.54 No.9)

皮膚疾患が治らない!
皮膚科医が教える“次の一手”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

パワーアップして
リニューアル!

Vol.27 No.7

特集 感染症を 病歴と診察だけで
診断する! 〈カリスマ編〉 Part3

企画 志水太郎・忽那賢志

大好評特集の第3弾! System1とSystem2、それぞれの視点からみた感染症の「診断」についての症例集。「病歴聴取」と「身体診察」は基本的な手技だが、その奥は深く、熟達するには質の高い経験と学びを要する。そこで今回は、感染症診療や総合診療のエキスパート(カリスマ)の胸を借り、その智慧に学ぶ。

INDEX

【総論】System1の鍛え方とその後(志水太郎)／System2の磨き方(忽那賢志)

【各論】

System1 | 電光石火の感染症 snap diagnosis

心疾患は聴診!ではなく、まず視診と触診! (藤本卓司)／「なぜかなあ」って思ったら……(徳田安春)／その耳鼻科医の熱は(岩田健太郎)／豚骨ラーメンは、やっぱり死ぬほど美味しい! (清田雅智)／電話口から見えた疾患(皿谷 健)／「どこも異常ないんですね〜」(北野夕佳)

System2 | 理詰めで追い詰める感染症

連携で解明! 手ごわい発熱(矢野晴美)／高い代償(山中克郎)／やはり、こうなるからには理由がある。(横江正道)／セックスと嘘とアノスコープ(井戸田一朗)／システムエラー(亀井三博)／オバケとアレが見えたら……お手上げです。(川島篤志)

ゲストライブ 「人工知能 vs 診断戦略」を超えて

総合診療のオーグメンテーションのために(武田秀樹×志水太郎)

▶来月の特集(Vol.27 No.8)

見逃しやすい内分泌疾患—このキーワード、この所見で診断する!
(企画:片岡仁美・大塚文男)

●1部定価：本体2,500円＋税

2017年 年間購読料(冊子版のみ)

▶medicina 36,580円＋税(増刊号を含む年13冊)

▶総合診療 29,520円＋税 個人特別割引25,680円＋税あり 年12冊
医学生・初期研修医割引20,040円＋税あり

電子版もお選びいただけます

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。



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