

2011年6月13日
第2932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 (社)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

- [特集]そして研修は続いてゆく 福島医大のポスト3.11……………1-2面
- [インタビュー]心電図・不整脈のとりえ方(杉山裕章)……………3面
- 震災におけるこころのケア支援ワークショップ/女性外科医シンポジウム……………4面
- [連載]医学教育/ER/検査/心電図/膠原病(新)/ホスピタリスト/航海術
- MEDICAL LIBRARY,他……………13-15面

特集

そして研修は続いてゆく 福島医大のポスト3.11

3月11日に東日本を襲った巨大地震とそれに続く大津波。災害医療の現場には、病院スタッフや全国から駆けつけた支援チームとともに奮闘する医学生・研修医の姿があった。本紙では、福島医大の医学生・研修医による取り組み取材した。地震・津波被害に加え、原発事故とそれに伴う風評被害が重くのしかかる福島で、彼らは何を学んでいるのだろうか。

福島医大のポスト3.11

ある研修医の3.11

初期研修1年目も終わりに近づいていたその日、K氏は心臓血管外科チームの一員として手術に参加していた。なんだか浅い揺れが続く。そう思っていたとき、突き上げるような衝撃が襲いかかった。術中患者の安全のため無影灯をずらし、清潔なシートを創部にかけて長い揺れが収まるのを待った。手術は中止となり医局に戻ると、室内は散乱し変わり果てており、テレビ画面には街が津波に飲み込まれる映像が流れていた。やがて上級医から「いったん解散」と指示を受け、結局その夜は病院に泊まり込んだ。

翌日K氏は、災害対応に伴い救急科への配属を言い渡される。各科をローテートしていた同期・2年目研修

医の計22人も一緒だ。仲間との、想定外の研修プログラムが始まった――。

救急初期診療と圏外搬送

福島医大病院では震災直後、すべての外来と定時の手術を休止し、救急科を中心に3次医療対応に特化。全国からDMAT(災害派遣医療チーム)の支援を受けつつ、被災者のトリアージと治療を行った。

多くの救急科スタッフが、県全体の災害対策や現地での初期治療で忙殺されるなか、残った救急科の医師の指導のもとで活躍したのが、初期研修医だった。冒頭の例にあるように、各科をローテーションしていた初期研修医は一時的に救急科所属となり、3つのグループに分かれ8時間交替で救急初期診療に当たった。

ただ、今回は津波による被害のほうが甚大であったため、外傷患者の救急搬送は当初予想されたほどではなかったという。混乱はむしろ、徐々に事態が明らかとなった福島第一原発事故によってもたらされる。

3月12日夜、避難指示の範囲が原発から半径20km圏内にまで拡大される。これを受け、圏内の入院患者や介護保険施設入居者の大規模な圏外搬送が順次始まった。福島医大病院では計155人の搬送中継を行い、いったん病院に移送した後、後方施設へ搬送可能な患者と、直ちに入院加療が必要な重症者のトリアージを行った。ここで研修医は、入院加療と判断された患者の主治医となったほか、後方施設への搬送に同行するなどの役割を果たしたのだった。



福島第一原発から20km圏内の入院患者らの圏外搬送の受け入れ。自衛隊ヘリコプターが用いられ、一度に数十人の患者がグラウンドに運ばれてくる(提供:朝日新聞社)。

成するに至った。

また、前述の圏外搬送においては、自衛隊のヘリコプターで一度に数十人の患者がグラウンドに運ばれて来た場合、そこから車椅子やストレッチャーに乗せて病院へ搬送するのに多くの人手が必要となる。ここでは学生が大いに活躍したという。

学生ボランティア組織の活躍

学生もまた、「自分たちにできること」を探し始めた。

地震発生時に病院実習を行っていた医学部5年生を中心に、有志によるボランティア組織を結成。多いときには1日約60人の学生が、急きょ設けられた学生ボランティア室に日々集まった。最初は、エレベーターが停止するなかでの物品の運搬など、病院側からの指示で活動を始めた。しばらくすると、学生自らが考え、動くようになる。例えば、同院では震災直後から断水していたが、学生側から大学への提案により、節水や節電を促すポスターを作

放射線被ばくの不安との闘い

やがて、放射線被ばくの健康リスクに関する情報が入り乱れるようになり、住民だけでなく医療従事者の間にも不安は広がった。学生ボランティア組織も、彼らの健康を守る観点から一度解散となる。

こうした事態に対し福島医大では、敷地内の放射線量を測定しリアルタイムで情報提供を行うとともに、大学教員や事務職、病院職員らが一堂に会する「全学ミーティング」を開催。多いときには1日3回集合し、放射線の専

(2面につづく)



写真①:搬送中継のため病院前に列をなす自衛隊救急車と緊急消防援助隊救急車。
写真②:仮設ベッドが並ぶ1階ロビー。搬送されてきた患者の容態を確認し、必要な処置を行い、転院搬送か入院加療かを判断する。
写真③:避難所にて。「エコノミークラス症候群チーム」による、エコーを用いた深部静脈血栓症スクリーニング。

6 June 2011

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 ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

<p>標準放射線医学 (第7版) 編集 西谷 弘、速藤啓吾、松井 修、伊東久夫 B5 頁860 定価10,500円 [ISBN978-4-260-00597-5]</p>	<p>〈神経心理学コレクション〉 病理から見た神経心理学 著 石原健司、塩田純一 シリーズ編集 山島 重、河村 満、池田 学 A5 頁248 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01324-6]</p>	<p>〈神経心理学コレクション〉 心はどこまで脳ののだろうか 著 兼本浩祐 シリーズ編集 山島 重、河村 満、池田 学 A5 頁212 定価3,570円 [ISBN978-4-260-01330-7]</p>	<p>サイコーシス・リスク シンドローム 精神病の早期診断実践ハンドブック 著 McGlashan TH et al. 監訳 水野雅文 訳 小林啓之 A5 頁328 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01361-1]</p>
<p>IVRマニュアル (第2版) 編集 栗林幸夫、中村健治、廣田省三、吉岡哲也 A5 頁448 定価6,510円 [ISBN978-4-260-01125-9]</p>	<p>レジデントのための 血液透析患者マネジメント 門川俊明 A5 頁200 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01387-1]</p>	<p>介助にいかすバイオメカニクス 勝平純司、山本澄子、江原義弘、櫻井愛子、関川伸哉 B5 頁216 定価4,095円 [ISBN978-4-260-01223-2]</p>	<p>〈JNNスペシャル〉 これだけは知っておきたい糖尿病 編集 樹田 出 AB判 頁168 定価2,310円 [ISBN978-4-260-01389-5]</p>
<p>一般臨床医のための メンタルな患者の診かた・ 手堅い初期治療 児玉知之 B5 頁200 定価3,675円 [ISBN978-4-260-01215-7]</p>	<p>ロンドン大学精神医学研究所に学ぶ 精神科臨床試験の実践 著 Everitt BS, Wessely S 監訳 樋口輝彦、山田光彦 訳 中川敦夫、米本直裕 B5 頁228 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01236-2]</p>	<p>消化器内視鏡用語集 (第3版) 編集 日本消化器内視鏡学会用語委員会 A5 頁312 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01206-5]</p>	<p>精神科の薬がわかる本 (第2版) 姪井昭男 A5 頁216 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01385-7]</p>
<p>双極性障害 病態の理解から治療戦略まで (第2版) 加藤忠史 A5 頁344 定価4,935円 [ISBN978-4-260-01329-1]</p>	<p>函解 腰痛学級 (第5版) 川上俊文 B5 頁336 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01237-9]</p>		

上記価格は、本体価格に税5%を加算した定価表示です。消費税変更の場合、税率の差額分変更になります。

特集 そして研修は続いてゆく 福島医大のポスト3.11

(1面よりつづく)

門家によるレクチャーなどを通して関係者間の情報共有を図った。これには思わぬ副次的効果もあった。「病院スタッフはもちろんのこと、大学教員、事務職など全体に一体感が生まれた」(副院長・横山斉氏)のだ。例えば、圏外搬送患者の仮設ベッドは病院ロビーだけでは足りず、看護学部の実習用ベッドと実習室にマットを敷いて対応したが、そこでは看護教員が夜通し付き添うこともあった。また、患者搬送においては医学部の基礎系教員が学生を指揮したという。

徐々に放射線被ばくに関する情報が整理されるなか、「どうしても活動を続けたい」という学生の要望を受け、新たなボランティア組織も編成された。彼らが新たに担ったのは、避難所

訪問だ。県内各所の避難所を巡ることによって、メディアで報道されている以上の悲惨な現状を目の当たりにすることになった。被災者一人ひとりと20-30分かけて話すなか、怒りや不安の感情もたくさん受け止めた。

白衣が強い「小さな覚悟」

「医師となって早く現場に出たい、とこれほど思ったことはない」。病院や避難所で活躍する医療者の姿に心を揺さぶられた学生ボランティアの言葉だ。指導医の大谷晃司氏は、「自分にできることを各自で考えてその結果も自分に返ってくるという、実習では得がたい経験を学生は積むことができた。また、多職種のチームワークがあって初めて医療が成り立つこともわかったのでは」と語る。また研修医も

「日々たくましさを増して医師らしくなってきた」と、成長を実感している。

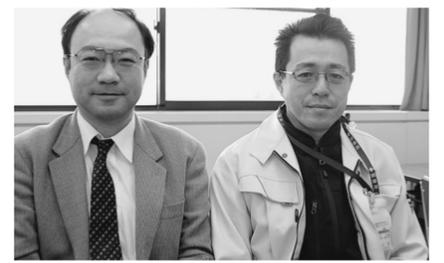
3月下旬ごろより災害医療支援は慢性期のステージに入り、福島医大の主な役割は高度医療緊急支援チーム(エコノミークラス症候群チーム、心のケアチーム等)による避難所での活動や、被災病院への医師派遣となっている。学生ボランティア組織は解散し初期研修も通常体制に戻るなか、一部の医学生・研修医が、自主的に避難所での支援などにかかわっている状況だ。

今年度は、恒例の新研修医歓迎会はできなかった。代わりに病院幹部と新研修医による昼食会が4月1日に開かれ、震災時の経験を話し合った。福島医大出身の女性研修医は地元(福島県外)に戻るように以前は親に説得されていたが、震災後は「もう帰って来いとは言えなくなった。お世話になった福島で頑張れ」と励まされたエピソードをそこで披露したそうだ。

ただ、明るい話題ばかりではない。医学部では震災後、14人が入学を辞退した。研修医についても、福島医大病院では辞退がなかったものの、県全体でみると、74人の採用予定者のうち5人が県外の病院に変更している。

*

5月6日、1か月遅れの入学式が福島医大で挙行された。入学者を前にした式辞を、菊地臣一氏(理事長/学長)



大谷晃司氏(左)と横山斉氏。

は次のように結んだ。「君たちがこれから身につける白衣は、着る者に小さな覚悟を強めます。白衣は君たちに誇りを持つこと、そして厳しさに耐えることを求めています。福島県立医科大学は、<中略>原発事故に対して国民や県民の健康を守っていくという新たな歴史的使命を負うことになりました。君たちの、そして福島県立医科大学の歴史に新たなページを書き足すのは、今ここにいる君たち自身なのです。わが国における未曾有の惨禍を受け止めて、君たちがどのようなページを書き足すのか、私たちは今から期待しております。無限の可能性を秘めた君たちの、今後の成長を期待しています」

最後に、白衣に「小さな覚悟」を強いられた研修医の声を紹介する。川島氏は、記事の冒頭に出てくるK氏と同一人物である。あの日始まった困難を乗り越え、彼らの研修は続いてゆく。

interview

葛西 龍樹氏に聞く

福島医大教授・家庭医療学



福島医大の地域・家庭医療学講座では4月23日、月例のFaMReF(Family Medicine Resident Forum)を開催した。3月は震災後の地域医療支援を優先して5年前の講座開設後初めて中止になっており、久々の再会である。黙とうで始まった2か月ぶりのFaMReFは、「震災を語る」をテーマに講座員が各地での災害支援活動を報告した。教授の葛西龍樹氏に感想を聞いた。

——今回のFaMReFで各講座員からの活動報告を聞いて、いかがでしたか。

葛西 私たちの講座の研修拠点は学内だけでなく、被害の大きかった相馬市やいわき市を含め県内全域に広がっています。被災状況も活動も多様でしたが、皆よくやってくれました。

——プライマリ・ケアのリーダーになろう、という葛西先生から講座員への呼びかけが印象的でした。

葛西 例えば震災後、公立病院の看護師が市役所の保健師と一緒に地域を巡回する取り組みが始まっています。それまでは行政と公立病院の連携は難しかったようですが、地域の健康づくりに必要な枠組みを私から提案し、みんなで協力体制をつくりあげることができました。家庭医は、診療所や病院で患者さんを待っているだけではなく、地域全体の健康づくり(地域医療ガバナンス)において主体的な役割を果たす必要があります。特に震災後のプライマリ・ケアにおいては、そういった役割が求められるだろうと思います。

——葛西先生は、福島第一原発から20~30km圏内(現在の「緊急時避難準備区域」)における県全体の支援チームのリーダーとしても活動されていますね。

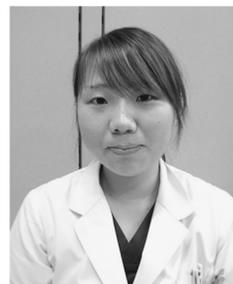
葛西 原発20~30km圏内ではヘルスケア、特に介護サービスが途絶えてしまったなか、要介護者が各地に点在しています。自衛隊、地元の保健師さん、長崎大や福島医大の医療者、福島県などとともに地域を巡回し、こうした被災者の発見とケアに取り組んでいるところです。そこには、持病のため避難所生活に耐えられず自宅に戻ってきた家族、震災で訪問看護の提供が途切れた後お互いの面倒を見合っていた認知症夫婦、近隣は皆避難して情報から取り残されたままの盲目の夫婦など、在宅療養支援を必要とする実には多くの方がいました。ただ、住民の健康情報に関するデータベースが日本にはないため、支援が必要な家庭を特定するには大変苦労しています。

——BMJ誌のブログ(<http://bit.ly/jCgMmq>)では、見通しが不確かな福島の現状に触れた上で、この環境でしか学べないものがあること、そして「不確実性(uncertainty)をどう扱うか」が最初のレッスンであるとも書かれています。

葛西 これからの医療は、病院を受診する患者さんだけでなく、地域全体をみることも大事で、被災地の医療はその最先端にあると思います。また、放射線被ばくの影響がその最たるものですが、「不確実性をどう扱うか」は、災害時に限らず医師の能力として必要です。例えば、いくらエビデンスが高い薬剤でも目の前の患者さんには効かないかもしれないし、検査を尽くして診断を付けるよりもあえて経過を診たほうが望ましい場合だってあります。医療は不確かなことだらけで、患者さんはそれに耐えています。そういう患者さんの気持ちを理解するためにも、不確実性を扱う経験を積んでほしいと思います。

医師だけではなく、地域の保健師さんや看護師さん、行政職員、皆が志を持って災害医療支援に取り組んでいます。そういう仲間と一緒に学べることは、若い人にとってかけがえのない経験になるはずですよ。(了)

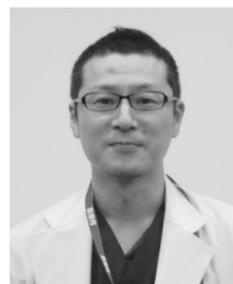
災害医療支援を経験した研修医の声



●加藤由理氏(1年目研修医)

私は震災時は実家(神奈川)におり、4月からは福島医大病院の研修医として働いています。当初は心配していた地元の友人や家族も、今では福島の現状を正しく理解し、研修生活を支えてくれています。

当院は県内で唯一、ドクターヘリでの患者搬送および被ばく患者除染が可能な病院です。原発での作業が長期化する今、災害発生時のシステム構築を、多職種で情報共有しながら進めています。また、避難所の人々のケアも重要です。私は「エコノミークラス症候群チーム」の活動に参加したのですが、検査陽性率の高さに驚くとともに、先行きへの不安に苦しむ方々から逆に温かい言葉をかけてもらったのが印象的でした。福島では、震災での物理的な被害に加え、風評被害によって医師不足にさらに拍車がかかるのではないかと懸念されています。日本の力を信じて、復興へと皆が一つになれるように願っています。頑張ろう、福島!



●川島一公氏(2年目研修医)

震災後の自宅の部屋掃除が大変だったこと、朝4時に起きてガソリンスタンドで7時間並んでから病院に来たこと、病院から配布されるおにぎりや救急外来の看護師さんからの差し入れが嬉しかったこと、風呂に入らず体が臭かったこと、品薄のスーパーのレジで長蛇の列に並んだこと、皆で車に相乗りして自宅に帰ったこと……。今回の震災でたくさんを経験しました。被ばく問題がメディアで取り上げられるようになると、指導医の大谷先生から「避難してもいいし、残って一緒にやってくれてもいい。どうするかは自分で決めてくれ」と言われましたが、私も含めて大半の研修医はそのまま仕事を続けました。

約3週間、救急科に特化した特別編成で診療に従事しましたが、現在は病院全体が通常のローテーションに戻っています(救急科では、被ばく者が搬送されたときのためにシミュレーションやミーティングを現在も行っています)。放射線量は減少し、少しずつですが、福島も日常に戻りつつあります。被災地の病院はどれも大変ですが、もうやるしかありません。福島の研修医は、地震にも風評被害にも負けずに頑張っています。

胃癌診断学の最後の壁、linitis plastica 型胃癌の全容を解明

linitis plastica型胃癌 その成り立ちと早期診断

“発見されたときには既に手遅れ”の癌として恐れられている“スキルス胃癌”の本態は実はlinitis plastica型胃癌である。本書はlinitis plastica型胃癌の芽を摘むために必要な病理学的知識と早期診断のノウハウを、病理と臨床の第一人者が豊富な症例を用いて懇切に解説。癌研時代の師弟コンビが再びタッグを組んで胃癌診断学の最後の壁に挑んだ著者ら渾身の書。胃癌診療に携わる臨床家必読の書。

中村 恭一 筑波大学名誉教授・東京医科歯科大学名誉教授
馬場 保昌 早期胃癌検診協会常務理事



天理よろづの石井均先生が、患者の気持ちを支え、治療意欲を高めるために徹底ガイド!

糖尿病医療学入門 こころと行動のガイドブック

治らない病気と言われてきた糖尿病も、糖尿病学の着実な進歩により、良好なコントロールが得られるようになった。しかし一方で、病気であることを受け入れられず、適切な治療を拒否・中断してしまう患者が多いのも現状である。糖尿病患者の心理における第一人者である著者が、この問題を解決するために行動科学などを採り入れ臨床現場で実践。糖尿病患者と医療を繋げることに成功した著者の集大成が、この「糖尿病医療学」である。

石井 均 天理よろづ相談所病院副院長・内分泌内科部長



～怖い、嫌いを克服する～

心電図・不整脈のとらえ方



interview 杉山 裕章 氏に聞く (東京大学大学院医学系研究科・循環器内科)

心電図はとにかく「苦手」、また見逃しが「怖い」と思う若手医師の方は少なくないのではないのでしょうか。しかし超高齢社会を迎え、不整脈のみならず心疾患を基礎に持つ方の増加が予想されるなか、診断の過程で心電図の果たす役割は増すことはあっても決して減ることはありません。また、循環器を専門としない医師にもその基本的な理解は要求されます。

そこで本紙では、このたび『個人授業 心電図・不整脈——ホルター心電図でひもとく循環器診療』(医学書院)を上梓した杉山裕章氏に心電図や不整脈のとらえ方についてインタビュー。“苦手→心電図をとらない→ますますわからない……”という悪循環を断ち切るためのコツを伺いました。

——心電図や不整脈の勉強は、なぜなかなか進まないのでしょうか。

杉山 3つの理由があると思います。1つ目は心電図に対する漠然とした恐れ。2つ目は個々の不整脈疾患に遭遇する頻度が低く系統的な学習が行いにくいこと。そして3つ目には、虚血性心疾患とは異なり、放置した場合でもすぐに致命的とならない状況が多いため、「見なかった」ことにできるという不整脈特有の性質にあると考えています。

——なぜ心電図は恐れられてしまうのでしょうか。

杉山 これは現在の心電図の教育システムに原因があると思います。大半の教科書は「この疾患は、この心電図」というように、“疾患⇒心電図所見”の流れで心電図が記載されています。ところが、心電図を読む上で必要な力は“心電図所見⇒疾患”という逆の流れです。実際の臨床現場はさらに厳しく、教科書のどこにも載っていないような複雑な心電図が呈示されます。いきなり物言わぬ生の心電図波形だけを見て、正しい診断や治療方針を求められるため、恐れてしまう方もいるのだと思います。

さらに、「心電図所見＝臨床診断」となる不整脈は、心電図を攻略できないと全く前に進めないという特徴があります。心筋梗塞など他の心臓病が、心電図以外にも心エコーや血液検査などの情報を加味して総合的に診断するのに対し、基本的に心電図だけで診断が求められる難しさが不整脈にあることも、心電図への恐れに関係しそうです。

——そのような恐れが、苦手意識の悪循環につながっていくわけですね。

杉山 ええ。入院したら診療科によらず心電図をとるにもかかわらず、「心電図は自分の科には関係ない」という認識を持つようになったり、他人に「見逃し」を指摘されるのを恐れて心電図のオーダー自体をしなくなったりすることもあるようです。

また、3つ目の「見なかった」ことにできるという不整脈の特有の性質から、学習のチャンスを自ら放棄している方もいます。例えば一過性に生じる失神では、医師のもとを訪れた際には何の異常がなくても背後には致死性不整脈があったりするわけですから、「今

日の検査では何もない」からといって、見逃さずに積極的に精査していく姿勢が大切です。「見て見ぬふり」は、心電図が読めないことよりも大罪だと私は思っています。

パズル感覚で心電図をとらえる

——では、心電図はどう学習していけばよいのでしょうか。

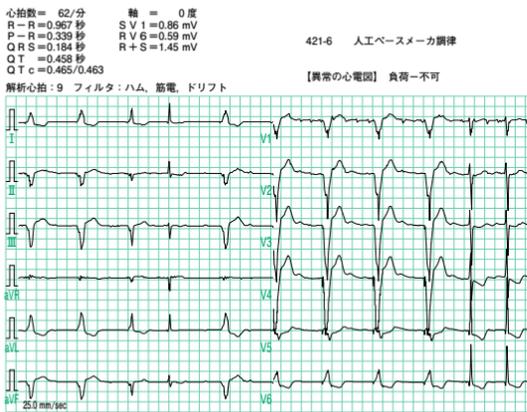
杉山 教科書とは逆の流れとなる、心電図の所見から病態や疾患を考える訓練が必要です。心電図波形から所見を1つずつ地道に拾い上げ、それらを併せて何が言えるのか頭で考えることがポイントです。臨床心電図学を構成している論理自体は比較的単純なので、読み解く論理さえわかっただけでそれほど恐くありません。

初期研修の間は、知識や手技の習得に忙しく、地味で時間もかかる心電図判読のような訓練はどうしても後回しにされてしまうのですが、この状況は改良されるべきと考えています。

——具体的な心電図のとらえ方について、教えてください。

杉山 心電図なんて“パズル”感覚で楽しめばいいと思います。まずは何も考えずに所見を1つずつ拾い上げていきましょう。大事な“(パズルの)ピース”は多くありませんので、それをぜひとも指導医から習ってください。

図の心電図を見てください。一見、複雑そうな波形に見えますが、この中から幅や高さの異常や不整脈をピックアップしていきます。V₁誘導をよく見てほしいのですが、これは心房粗動がベースにあるペースメーカー患者の心電図です。QRS波では、幅の広い部分はペースメーカーが収縮を担い、幅の狭い部分は自己脈が出ていて、タイミングによって心室ペーシングが入ります。さらに自己QRS波は、V₅やV₆誘導で振れが大きく独特のST-T変化を示し、左室肥大が疑われます。ところが、実際には左室肥大はなく、むしろ左室拡大のある低心機能の慢性心不全症例です。さらに実はジギタリスを内服していますが、教科書に金科玉条のように示されている“盆状ST低



●図 一見すると難しくそうですが……

下”はないですよね？ 実際的心電図はこのように難しいのですが、パズルを解くように焦らず1つずつ“ピース”を探していけばよいでしょう。

もう1つ、診断から対処法までを1つの症例で学ぶことが重要です。そうすることで心電図だけでなく患者全体を診ることもつながり、患者を治す喜びが得られます。不整脈は診断が治療に結びつく疾患が多いので、“診る”ために心電図を“読む”癖をつけることが大切だと思います。

——とにかく心電図に慣れることが第一歩ですね。

杉山 私自身、学生時代は心電図を全く読めませんでした。ただふとしたきっかけで参加した、東大老年病科の大内尉義教授が開催する心電図のセミナーで、自分に割り当てられた心電図を読み、所見を述べて自分なりの診断をつけるという訓練を、週1回、1年間続けました。この訓練がやはり大きかったと今では感じています。

インターネットも心電図も「使えるか」が重要

——心電図に対する苦手意識を持つ研修医は多いと思います。苦手意識を克服するためには、どのような心持ちで心電図に向かえばよいか教えてください。

杉山 心電図への苦手意識をなくす1つの方法は、理由探しをやめることです。心筋梗塞でSTが上昇する理由を考えず、「STが上がったら心筋梗塞」とあっさり認めてしまうことが重要だと思います。心電図はアイントーベン

●杉山裕章氏

2003年東大医学部卒。同大病院、東京厚生年金病院で内科研修後、心臓血管研究所を経て08年より現職。目下のところ臨床不整脈やカテーテルアブレーション、重症心不全の心臓デバイス治療などの非薬物治療に全力投球しつつ、一方で自身の経験や苦勞を基に、心電図に悩む医学生・研修医にできるだけ具体的かつ理解しやすいアドバイスができないか日々模索中。著書に『個人授業 心臓ペースメーカー』(医学書院)など。勉強・講習会や執筆依頼も大歓迎です。

E-mail: hsugiyama-tky@umin.org

の時代から経験に裏付けられたツールです。理由を求めず、そこから得られる診断と治療にエネルギーや情熱を注ぐことのほうが大切だと思っています。

私は「心電図はインターネットと同じ」だと思っています。インターネットは、それを使って何ができるかが重要で、歴史や原理に関する知識は使用する上で必要ありません。心電図も同じで、要は「使ってみる」ということを最も伝えたいと思います。

もう1つ、診断基準ばかりに拘泥しないことも重要です。かつて私も、「左室肥大は○誘導のR波高が△mm以上」などと、必死に覚えていた時代がありました。しかし、大事な基準は折に触れてわかってきますので、細かい基準は一度すべて忘れてしまっても構いません。臨床に即して大まかに心電図の特徴をつかんでいくほうが理解も早まります。肩の力を抜いて気軽に臨みましょう。

まずはコンサルトする癖を身につけよう

——最後に、初期研修の2年間で「これだけは押さえてほしい」ことを教えてください。

杉山 自分の受け持ち患者の心電図の説明を、きちんと行えることを最初の目標にするとよいでしょう。その上で、基本的な心電図の波形診断ができるようになってほしいと思います。特に、命にかかわるような心電図診断は必ず行えるようになってください。

また不整脈では、頻脈であればBLSやACLSに登場する心停止の不整脈をまずは押さえてほしいと思います。また徐脈では、ペースメーカーが必要かどうか問われる疾患は洞不全症候群と房室ブロックの2つだけなので、めまいやふらつきなどの症状が出るような症例の診断や対処法は、すべての研修医の先生に押さえてほしいと願っています。

ただ初期研修の間は、自分ですべて解決するのではなく、わからないときに放置するのではなく、コンサルトする癖をつけることがいちばん大切です。経過観察する場合でも、自信がないときは必ずコンサルトしてからのほうがよいでしょう。心電図を読むことは少し離れますが、まずはこうした姿勢をしっかりと2年間で学んでほしいと思います。

——ありがとうございました。(了)

ホルター心電図を理解するための合言葉 “IT REACHES TOP”!

医学書院

個人授業

心電図・不整脈

ホルター心電図でひもとく循環器診療

●B5 頁344 2011年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01335-2]

監修 永井良三
執筆 杉山裕章
執筆協力 今井 靖・前田恵理子

「12誘導心電図でも不安なのに、複雑な不整脈はもうお手上げ!」と思っているあなたのために。ホルター心電図は手軽にオーダーでき、かつ有用な情報が得られるスグレモノです。さらに情報解釈が12誘導心電図や病棟モニター心電図にも応用できるので、不整脈学習の入門書としても最適。ホルター心電図を題材に、不整脈・虚血性心疾患などの心電図を学びましょう。



姉妹本

個人授業

心臓ペースメーカー

適応判断から手術術後の管理まで

監修 永井良三／執筆 杉山裕章・今井 靖

●A5 頁264 2010年
定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00952-2]

精神科医療の復興を考える

震災におけるこころのケア支援ワークショップ開催

日本精神神経学会による「東日本大震災に対するこころのケア支援と復興支援対策ワークショップ」(司会=慶大・鹿島晴雄氏, 群馬大・三國雅彦氏)が5月21日, ホテルグランパシフィック LE DAIBA (東京都港区)にて開催された。本ワークショップは, 東日本大震災の影響による第107回日本精神神経学会の延期を受けて緊急に企画されたもの。岩手・宮城・福島三県の被災地での精神科医療の現状と, 復興に向けた支援の在り方が議論された。なお第107回日本精神神経学会は三国会長のもと, 本年10月26-27日, 同ホテルおよびホテル日航東京にて開催される。

長期的な視点でのケアを継続

被災地域からは, まず黒澤美枝氏(岩手県精神保健福祉センター)が岩手県の状況を報告。従来からの医療資源不足や行政機能の喪失, 被災地域の広域性などから, マンパワーと技術の確保が課題と指摘した。もともと自殺率が高かった同県だが, 震災後2か月間では, 自殺率の増加は見られていないという。今後は精神科医療の機能強化・拡充に努めたいとしたが, 心のケアを検討する場の確保すら困難な自治体があるなど, 復興への道のりの険しさも明かした。

松本和紀氏(東北大)は主に, 仙台市以外の宮城県内の被災地の現状を伝えた。被害の全貌が把握できず, 個別ニーズに沿った支援が困難なほか, 複数ラインでの支援活動が行われ, 情報共有・連携に問題が生じたという。氏は, 慢性ストレスによる精神疾患など, 心の問題はこれから顕在化すると指摘。精神的に孤立しないコミュニティづくりや, 保健師など支援者側へのケアの必要性を訴えるとともに, 障害者の生活の場の確保も喫緊の課題とし, 包括的生活支援の一環として精神保健活動を行うべきと話した。

丹羽真一氏(福島医大)は, 福島県の精神科医療の被害状況として, 病院の津波・地震被害のほか, 福島第一原発事故で近隣4病院が閉鎖, 30km圏内の作業所等もほぼ離散したと報告。



●会場のもよう

今後は, 病院閉鎖地域でのアウトリーチ主体の医療システム構築, 保健師を核とした被災者ケアのネットワークづくり, 長期的な子どものこころのケアプラン作成, 放射線被ばく不安への長期的調査などを構想しているという。

次に秋山剛氏(NTT東日本関東病院)が, 日本精神神経学会および関連団体の取り組みを説明。国連IASC(機関間常設委員会)による「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するガイドライン」(2007年)の日本語短縮版を作成中であることを述べた。また, 災害急性期が過ぎた今, 年単位での人的支援の継続, 被災地域の人材流出防止・補てん, 多職種・非医療関係者との協働が求められるとして, 同学会・関連団体の総力を結集した対応を呼びかけた。

基調講演では, 金吉晴(国立精神・神経医療研究センター)・朝田隆(筑波大)の二氏が登壇。震災や原発事故による外傷後ストレス障害(PTSD)を解説した金氏は, 被災者は恐怖は忘れたいが故人のことは忘れたくないなど複雑な感情を抱えていると懸念。保護的環境が整わないなかでトラウマに直面させる治療の危険性を指摘した。放射線被ばく不安については, 情報を提供するだけでなく, 情報の解釈方法まで示すことが不安の解消につながると話した。

続いて朝田氏が, 復興における精神科医の役割は, 被災者が希望を持つ手助けをすることと提言。被災地のニーズに応じた支援活動や多職種連携, 放射線被ばく不安への心理的ケアの重要性を示唆するとともに, 学会として引き続き被災地での調査・研究に倫理的配慮を要請すべきとした。

ニーズに沿った柔軟な支援を

ワークショップ後半では, 復興期の

女性外科医のキャリアと子育て

厚労省成育医療研究「女性医療従事者の支援に関する研究」研究班によるシンポジウム「外科医としての私の歩み」(座長=女子医大総合研究所・竹宮孝子氏)が4月23日, 女子医大病院(東京都新宿区)で開催され, 母であり外科医である女性医師3名が, 自身の経験を語った。



●シンポジウムのもよう

乳腺外科医の川瀬和美氏(慈恵医大)は, 三井記念病院初の女性外科レジデント, 帆船日本丸での船医などの経歴を持つ。氏は米国への研究留学時, 結婚後も外科で働く女性医師や, 家庭を大切にしている男性医師の姿を目にして結婚・出産を決めたこと, 出産後, 家族ぐるみで臨床留学したことなどを述べた。帰国後は学会や大学での女性医師支援に取り組むかたわら, 第二子の出産も経験。チャレンジ精神で人生を歩んできたと明かした。

同じく乳腺外科医の明石定子氏(国立がん研究センター中央病院)は, がん専門病院でのキャリアアップについて語った。氏は外科スタッフとして臨床・教育や研究に注力しつつ, 卒後12年目で出産。飛び込みの救急患者がいない, 緊急呼び出しが少ないなどががん専門病院の特徴が, 子育てではメリットとなったという。キャリアを積んでからの出産には, 勤務時間を調整しやすいなど利点がある一方, 育児を手伝う親の高齢化などデメリットもあると指摘。家族の協力や第三者による家事・育児支援の積極的利用, 職場の理解が, 仕事と育児の両立には必要と提言した。

児玉ひとみ氏(石心会狭山病院)は, 外科専門医など3つの専門医資格を育児と両立して取得した経験から, 「臨床にブランクを空けないこと」がポイントと指摘。「常に患者のそばにいたい」ことが, 患者への責任を果たすことだとする従来の価値観は, 子育て中の女性外科医には大きな障壁となる。バランスよく育児と仕事を両立できるよう, 労働条件の明確化, 勤務形態の柔軟化のほか, 「愛情を時間でなく質で考える」など当事者が目線を変える必要性も訴えた。さらに院内保育の設置, 子育てと外科診療を両立できる乳腺内分泌外科の立ち上げなど自身の活動を紹介, 子育てをしながら外科を続けることを「大きな充実感の得られる仕事は2つある」と例えた。

また同日, 野原理子氏(女子医大)より, 同大女性医師・研究者支援センターが中心となって推進する「女子医大ファミリーサポート」の報告もあった。本システムは, 育児や家事・介護の援助を求める同大の医療従事者(依頼会員)と, 主に地域住民から募った援助提供者(提供会員)を仲介するもの。大学が独自にシステムを構築して近郊地域から提供会員を集めることで, 支援を求めるニーズにより応えやすくなるという。既に30名ほどの提供会員が約30時間の保育講習を修了。双方のマッチングを経てシステムが稼働を始めており, 今後の展開が期待される。

精神保健活動について, 4人の演者から見解が述べられた。

鈴木友理子氏(国立精神・神経医療研究センター)は, 災害時精神保健活動の国際的動向を解説。IASCガイドラインにおいて, 支援団体の連携・調整や, 特定の疾患に限定せず幅広く診ることなどが求められていると示すとともに, 過去の災害経験の蓄積・応用の重要性にも言及した。

日本児童青年精神医学会からは山崎透氏(静岡県立こども病院)が, 中長期の支援に向け, 被災地のニーズに合わせた児童精神科医の派遣や, 教育機関との連携に努めていくと表明した。

加藤寛氏(兵庫県こころのケアセンター)は阪神・淡路大震災, 染矢俊幸氏(新潟大)は新潟県中越地震/中越沖地震時にそれぞれ, 復興基金による

こころのケア事業を経験。両氏はともに, 地域特性に合わせた柔軟な支援活動や, 外部支援組織と既存の地域コミュニティとの円滑な連携の重要性を強調した。

最後に鹿島氏が, 日本精神神経学会の声明案を公表。①被災地ニーズに応じた精神医療の提供と地域保健福祉の人材確保, ②大学への「災害精神支援学講座」新設と人材育成, ③同学会における常設の災害対策委員会の設置などを主な内容とし, 拍手で承認された。

●『精神医学』誌に関連記事を掲載
『精神医学』第53巻9号(2011年9月号)では, 「甦る日本の心の支援」をテーマに, 精神疾患の枠を超え広く「こころ」の次で復興を考える座談会記事を掲載予定です。こちらもぜひご覧ください。

精神医学関連新刊

専門医をめざす人の精神医学 第3版

編集 山内俊雄・小島卓也・倉知正佳・鹿島晴雄
編集協力 加藤 敏・朝田 隆・染矢俊幸・平安良雄

本書は, 精神科専門医制度研修医が学ぶ際の指針。研修すべき内容の学問的裏付けや, さらに勉強を深めたい人にとってのスタンダードテキストブック。

●B5 頁848 2011年 定価18,900円(本体18,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00867-9]



ロンドン大学精神医学研究所に学ぶ精神科臨床試験の実践

監訳 樋口輝彦・山田光彦
訳 中川敦夫・米本直裕

精神科臨床試験の計画・運営実施, 統計解析, 論文執筆にまで至る実務的なポイントを多彩な実例を用いて平易に解説。臨床試験登録やCONSORT声明, 利益相反などの話題にも触れた。

●B5 頁224 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01236-2]



サイコース・リスク シンドローム 精神科の早期診断実践ハンドブック

著 McGlashan TH, Walsh BC, Woods SW
監訳 水野雅文 訳 小林啓之

精神科の前駆状態・リスク状態を表す診断概念, サイコース・リスクシンドローム。基本的な概念から実際の診察方法までを網羅的に解説。DSM-5のドラフトにも盛り込まれ, 今後注目が高まること必至の最新の概念が明らかに。

●A5 頁328 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01361-1]



双極性障害

病態の理解から治療戦略まで 第2版
加藤忠史

近年大きな注目を集める双極性障害(躁うつ病)の決定版入門書, 待望の改訂版。概念, 症状, 診断, 治療薬の薬理, 生物学的研究まで網羅し, この1冊で双極性障害の全体像がつかめる, ミニエンサイクロペディア的な内容構成。

●A5 頁352 2011年 定価4,935円(本体4,700円+税5%)
[ISBN978-4-260-01329-1]



認知行動療法トレーニングブック

短時間の外来診療編 [DVD付]

訳 大野 裕

本場の技法を「読んで」「見て」身に付けられる, 好評シリーズ第3弾。今回は主に外来での活用を想定し, 「いかに短時間で効率的に認知行動療法を行うか」に焦点をあてた。シリーズ最長, 圧巻の19シーン, 186分間の日本語字幕DVD付き。

●A5 頁416 2011年 定価12,600円(本体12,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01233-1]



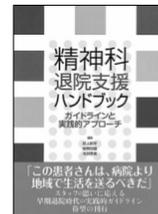
精神科退院支援ハンドブック

ガイドラインと実践的アプローチ

編集 井上新平・安西信雄・池淵恵美

厚労研究委託費による班研究の成果を受けて作成された, 本邦初の退院支援ガイドラインを第1部に掲載。第2部「ガイドラインに基づく退院支援の実践」では, ガイドラインで示された原則を踏まえ, 実践的な取り組みのノウハウを詳細に解説。

●B5 頁284 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01234-8]



かかりつけ医のための精神症状対応ハンドブック

本田 明

一般外来や在宅医療に従事する医療関係者が遭遇しうる高齢者の精神疾患, または慢性的精神疾患患者に対する治療や対応方法についてまとめたもの。かかりつけ医にも精神疾患への対応が求められる現在, ぜひ手元に置いておきたい1冊。

●A5 頁248 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-01228-7]



一般臨床医のためのメンタルな患者の診かた・手堅い初期治療

児玉知之

メンタルな疾病・問題を抱える患者は近年増加傾向にある。若手精神科医が, ケースをあげて, 診断から手堅い初期治療まで, わかりやすく解説。苦手意識を持つ前に是非読んでおきたい1冊。

●B5 頁200 2011年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-01215-7]



精神科の薬がわかる本 第2版

姫井昭男

精神科で使われる全領域の薬が, これ1冊で丸わかり! 3年の時を経て, 注目の新薬, 新アルゴリズム, 精神科薬に関連する社会問題への方策などを加筆。

●A5 頁216 2011年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01385-7]



医学書院

日本の 医学教育

ノエル先生と考える

第15回

災害医療と医学教育(前編)

ゴードン・ノエル／大滝純司／松村真司
オレゴン健康科学大学 東京医科大学 松村医院院長
内科教授 医学教育学講座教授



わが国の医学教育は大きな転換期を迎えています。医療安全への関心が高まり、プライマリ・ケアを主体とした教育に注目が集まる一方で、よりよい医療に向けて試行錯誤が続いている状況です。

本連載では、各国の医学教育に造詣が深く、また日本の医学教育のさまざまな問題について関心を持たれているゴードン・ノエル先生と、マクロの問題からミクロの問題まで、医学教育にまつわるさまざまな課題を取り上げていきます。

今回、次回と2回にわたって、緊急シリーズ「災害医療と医学教育」をお送りします。大規模な災害時に適切な医療支援を行うための医学教育について、日本と米国の状況を中心にノエル、大滝、松村の3氏が議論しました。

松村 3月11日に発生した国内観測史上最大の地震とそれによって引き起こされた津波、原発事故が起きた後、多くの医師、とりわけ東北・関東地方の医師は、自身が被災者であると同時に復旧・復興に当たる住民の診療にも携わり、大変な困難に直面しています。また、指導医だけでなく研修医、時には医学生も被災地の支援に出かけ、現在でもその活動は続いています。

自然災害の多い日本という国で活動する医師として、私たちはこれまでさまざまな災害を経験し、そしてそれに備えてきました。1995年の阪神・淡路大震災、2004年の新潟県中越地震などの経験は、確かに今回の震災にも生かされていると感じています。ただ、今回の被害はこれまでの経験をはるかに超えているとも感じます。

大滝 私自身、神戸、新潟のそれぞれの災害において現地へ医療支援に赴きましたし、2000年に起こった北海道の有珠山の噴火の際にも、現地での医療支援に携わりました。今回の震災では、勤務している大学病院から福島県相馬市に派遣され、現地の病院や避難所で診療しましたが、地震だけでなく津波や原発事故の影響もあり今までにはない困難な事態に直面していると感じました。

ノエル 日本での惨事を目の当たりにし、私も本当に心を痛めています。テレビ放送が始まった約70年前より以前は、世界の情報は今日ほど緊密に伝えられることはなく、地震や火山の噴火、津波、洪水などのニュースもラジオや映画館で本編の前に流されるニュース映画程度の情報しかありませんでした。当時は、遠くの国の災害情報をニュースで得ても、現地の人々を助けに行くことは想定していなかったこ

とでしょう。

その後テレビが一般に普及し、主要な放送局が戦争や自然災害の現場に記者を派遣するようになり、かの地で何が起きているかをほぼリアルタイムに、それこそ夕食を食べながらでも目にするようになってきました。その結果、医療支援の在り方は大きく変わってきたと思います。

経済発展とともに日本や米国などの先進国は、支援が必要な途上国に医師・看護師ら医療者や技術者などの専門家を派遣するようになりました。今でも、多くの団体が激しい地震のあったハイチや、数年前に津波が甚大な被害を与えたインドネシアのような地域への支援を継続的に行っています。例えば、国境なき医師団、Mercy Corps、赤十字社、ワールド・ビジョン、International Medical Corpsなどの組織は、専門知識に基づいた活動や、医師・看護師・歯科医師のボランティア派遣を組織的に行っています。こうした組織には、過酷な状況下でも活動できるように医療者を訓練する特別な災害医療プログラムがあります。

しかし、日本やニュージーランドなど医療者がもともと多い国が災害に見舞われた場合、特別な災害医療の訓練がなされていない自国の医師・看護師が、医療支援プランを迅速に立てることが必要になります。

米国医療施設における災害医療体制とは

松村 米国でも大規模な被害をもたらす地震やハリケーン、竜巻などの自然災害は多々あると思います。米国では卒前、卒後を通じ医師が災害に備えるための一般的な教育カリキュラムはあるのでしょうか。

ノエル 米国でも毎年夏に、日本の台風に相当するハリケーンが、南部や東部の地域を襲います。2006年には、ハリケーン・カトリーナという史上最大級の暴風雨がニューオーリンズの沿岸地域を直撃し大規模な被害が発生しま

した。もう少しさかのぼると1989年には、サンフランシスコで大地震がありました。

米国の医学部では、災害に備えるための基本的な知識や技術は救急医療の科目のなかで教わりますが、期間は最長でも4週間です。ただ米国では、救急医療と外傷医療は主要診療科と位置付けられ、すべての大規模病院と大半の小規模病院に、救急医療の専門医が常駐しています。このため、救急医療の講座は全医学部に設置され、医学生はトリアージや重症患者や外傷治療を現場で必ず経験しています。

さらに研修医となっても、内科、小児科、家庭医療、一般外科のレジデンシーでは2-3か月間、救急医療を研修します。急性期の感染症を診断する能力はここで大きく向上し、縫合や外傷の診断、また迅速な動作も鍛えられます。

松村 では、実際の災害時にはどのような体制がとられるのでしょうか。また、そのような緊急事態に研修医や医学生も何らかの活動に携わるのですか。
ノエル 米国では、すべての病院が地域の災害対策の一翼を担っていて、病院勤務医は地域で爆発や火災、地震が起こった場合、外傷治療の体制にすばやく切り替えるよう訓練されています。帰宅できる患者は帰宅させ、空いたベッドを開放して外傷患者の処置室にするといった対策が取られ、病院同士が連携して救急車とヘリコプターを傷病患者のトリアージや受け入れに活用する準備が整っています。どの病院でも水や燃料の確保が必須になっていて、またすべての病院で非常用の自家発電装置が備えられています。

かつて私が内科部長を務めていたときは、年に1日ないし2日を非常時の訓練に費やしていました。そこで浮かび上がった問題点はすぐに見直され、いざというときに備えるのです。

ただ、研修医は数年しか在籍しないことから、災害時の緊急対応を管理できるとはみなされていません。ですから、研修医は救急治療室や診療所、避難所で患者の診療には当たりますが、スタッフの医師と同じ正式な訓練は受けないのが通常です。

被災地支援は支援団体に加入した場合のみ従事

大滝 今回の震災では、自衛隊はもちろんのこと、日本赤十字社をはじめとした多くの組織や医療機関が医療支援を行い、また国外からも多くの支援団体が援助に訪れました。

ところで災害発生時に、現地へ赴くことも含めて、自発的に医療支援を行う職業的責務が米国の医師にはあるのでしょうか。

ノエル いいえ。米国医師には、自分が勤務している病院や診療所などで怪我をした人や病気になった人を診療することは期待されますが、被災地に直接出向かなければならないという責務

はありません。しかし遠隔地で災害が発生した場合、その被災地の支援に赴くことを目的として組織された各地域の団体に加入している医療関係者は少なくありません。

将来の災害に備えるために

松村 今回の震災では、津波が被害の中心だったためか、緊急に外科的処置が必要な被災者の数はそれほど多くなかったと聞いています。むしろ、以前から内服していた必要不可欠な薬、例えばワルファリンのような抗凝固薬や血糖降下薬などを失ったために、慢性疾患の症状が悪化するという事態が発生したそうです。

日本の医学部や専門職団体は、医療支援における問題を今回や過去の災害から学び、医師や関係職種にはどんな準備が必要かを検討し、次の災害に備えるべきだと私は考えています。
ノエル 先ほど説明したとおり、米国ではどの病院も災害時には地域の支援を行うことが定められていますし、災害に備えた非常訓練はすべての病院で行われています。ですから、日ごろからの準備が大切です。

訓練は、実際の災害を模した具体的なものです。まず、災害対策管理者が講堂や会議室などの中央エリアに集合し対策本部を設置します。次に放送で(本物の災害ではなく)災害訓練を行うことが病院の全員に知らされます。「精油所で大きな爆発があり、数百人が死傷。周辺の町では火災が発生し、救急では100人の患者を受け入れる可能性もある」といった訓練シナリオの放送の後、救急病棟は受け入れ体制をとり搬入患者の診断が行われます。患者は骨折、やけど、頭部外傷などを装ったボランティアです。「訓練用患者」はX線室や手術室に移され、大量輸血のオーダーが出されるなど一通りの緊急時対応が行われます。訓練は4-6時間で終了し、緊急手術の必要な患者を手術室に移すまでにかかった時間など、あらゆる場面について検討がなされます。こうして細かなことを一つひとつ検討して対応を改善していくのです。

米国には、連邦緊急事態管理庁(Federal Emergency Management Agency)という組織があって、災害の起こった後に赤十字社のような専門職組織と共同で、災害時にとられた対応とその結果や問題点などを検証します。これらの検証を将来の災害対策の改善に役立てています。例を挙げると、テントや毛布、食料、可動式の手術室、小型発電機、衛生設備などが納められた倉庫が国内の各地域に整備されています。輸送時間も短くて済むようになっています。非常時の仮設住宅の大規模な備えもあります。軍と民間航空会社の共同で構築している災害時用の空路輸送網も整備されているのです。

(つづく)

臨床医に必須な消化器病理の知識をすべてこの1冊に! オールカラー化。待望の改訂版

臨床に活かす病理診断学 第2版

消化管・肝胆膵編

この1冊で「病理に強い臨床医」といわれよう! 今、現場で知りたい消化器検体提出時の注意点/病理診断報告書の読み方から、明日の一步に差がつく学会・論文発表のコツまで、病理情報活用の術を解説。入門/基礎/応用/資料編の4部構成で段階的に読める! 用語集/特殊染色早見表/正常組織像アトラスですぐに調べられる! 外科医、内科医、放射線科医に必須の消化器病理情報がこの1冊に。オールカラー化でますます充実の第2版。

編集 福嶋敬宜
自治医科大学教授・病理学
二村 聡
福岡大学講師・病理学講座



B5 頁288 2011年 定価8,925円(本体8,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01095-5]

医学書院

PT/OT向けに機能解剖学・生理学の知識を基にした治療技術をわかりやすく解説

上肢運動器疾患の診かた・考えかた

関節機能解剖学的リハビリテーション・アプローチ

理学療法士・作業療法士をはじめセラピストが治療を行ううえで、機能解剖学および生理学の知識は必須といえる。本書では、頸椎-手指関節(頸椎/肩/肘/前腕/手/指関節)の上肢部位について、関節機能解剖学の観点から取り上げた。各疾患により生じる症状に応じた疼痛解釈や可動域改善を得るためのアプローチ方法など、適切な時期に適切な治療を行うための知識をわかりやすく解説する。

編集 中岡 健
田辺メディカルリハビリテーション部 部長
前、石切生急病リハビリテーションセンター
作業療法部門 主任



B5 頁280 2011年 定価4,830円(本体4,600円+税5%) [ISBN978-4-260-01198-3]

医学書院

研修も2年目に入り、救急部の当直もだいぶ自信がついて、「そろそろ独り立ちできるかな?」と考え始めたあなた。次の患者は5歳児。「小児はまだ得意ではないな……」と思いつつ問診を始めた。

Case

5歳男児、生来健康。1週間続く下痢にて来院。食欲はやや落ちており、尿の回数も減っているとのこと。発熱、咳嗽、鼻汁、頭痛、腹痛、呼吸困難なし。兄弟が最近下痢になり、軽快したとのこと。体温37.4℃、脈拍数121/分、呼吸数24/分、血圧96/65 mmHg、SpO₂96% (RA)。肺音清、心音純。腹部は平坦で軟。皮疹なし。キャピラリーリフィルは1.5秒。

「脱水傾向か。点滴が必要かもしれない」とあなたは考えた。

Question

Q1 小児の正常血圧は?

A 収縮期の中央値=90+(2×年齢)mmHg, 収縮期の最低値=70+(2×年齢)mmHgにて予想する。

他のバイタルサインの目安は下記の通りである。

●脈拍数

幼児 : 160/分
未就学児 : 120/分
思春期 : 100/分

●収縮期血圧 (SBP)

幼児 : 80mmHg
未就学児 : 90mmHg
思春期 : 100mmHg

●呼吸数 (RR)

幼児 : 40/分
未就学児 : 30/分
思春期 : 20/分

◇出典 Family Practice notebook.com
http://www.fpnotebook.com/

そこへ指導医が通りかかった。「先生、下痢のある患児なんです、1週間続いていて食欲も低下しているようです。点滴を考えているのですが……」「血便は出ている? 周期的な嘔吐はないようだね?」「……」。

その後、指導医の問診にて血便があることが確認される。さらなる問診から、「先週家族でバーベキューに出かけたこと」「牛肉のハンバーグを焼いて食べたこと」「兄弟も数日前まで下痢をしていたこと」が判明した。

Q2 摂取した食事との関係性をどのように考えるか?

A 食事との関係性は重要であり、詳細な問診が必要である。

血性の下痢のある患者では、摂取した食物の聴取が重要である。特に溶血性尿毒症症候群 (HUS) を疑う場合には、牛肉の摂取があったかどうか非常に重要なポイントとなる。

腸管出血性大腸菌の大半を占める

それで大丈夫? ERに潜む落とし穴



わが国の救急医学はめざましい発展を遂げてきました。しかし、まだ完全な状態には至っていません。救急車の受け入れの問題や受診行動の変容、病院勤務医の減少などからERで働く救急医が注目されています。また、臨床研修とともに救急部における臨床教育の必要性も認識されています。一見初期研修医が独立して診療可能にも見える夜間外来にも患者の安全を脅かすさまざまな落とし穴があります。本連載では、奥深いERで注意すべき症例を紹介いたします。

志賀 隆
Instructor, Harvard Medical School/ MGH 救急部

O157:H7 は約1%の牛の腸管に存在するとされる。家族内感染の可能性もあり、家族歴の聴取も必要である。動物園で動物に餌をやっていたり、下痢のある家族との接触もリスクとなる。

Q3 どのような検査を行うか?

A 末梢血+塗抹検査, LDH, ハプトグロビン, 生化学, Dダイマー, フィブリノゲンなど。

上記に加え、腸重積など他の鑑別診断も忘れてはいけません。

本症例では腎機能障害、塗抹検査にて破碎赤血球を認めた。ハプトグロビン低値、LDH高値、フィブリノゲン、PT、APTTは正常範囲であり、HUSと診断された。

Q4 HUSとはどのような疾患か?

A 正確な病態は不明である。

HUSには、志賀毒素(ペロトキシン)が関連している場合とそうでない場合がある。血管内皮の障害、あるいは微小血管にて血小板凝集を起こしHUSを生じるという説があり、その血管内皮障害の原因に志賀毒素が関係しているとされる¹⁾。

HUSは若年者に特徴的な病態で、5歳以下では10万人に2.65人/年、18歳以下では1万人に1人/年とされる。ピークはO157:H7による感染と一致して6月と9月に多い。腸管出血性大腸菌としてはO157が有名だが、O111, O26が検出されることもある。

HUSの死亡率は5-15%とされる。年長児や成人では死亡率は高いが、85%は支持療法にて回復する。意識障害、痙攣、肝障害などを合併することもある。便培養の結果が出るまでには時間がかかるため、培養を待たずに診断・治療を行うことが不可欠である。

Q5 診断の決め手は何か?

A 血小板減少・溶血性貧血・急性腎不全の三徴がそろったことである。

HUSでは播種性血管内凝固症候群(DIC)と同様に末梢血に破碎赤血球を認めるが、凝固系にてDダイマーやフィブリノゲンが正常範囲であることが多く、貧血、血小板減少、腎機能障害と合わせて診断となる。DICとの違いに注意すること。

Q6 抗菌薬は使用すべきか?

A 現状では意見が分かれている。

NEJMの2000年の論文では、抗菌薬を投与した患者のほうがHUSになりやすいというデータが出ている²⁾。この背景には、O157の志賀毒素が抗菌薬によって細菌から放出されることにより、HUSを発症するとの予測もある。日本では、ホスホマイシンを投与する診療方針をとることが多い。しかしながら、ホスホマイシンを使用した前向き研究はなく、この診療方針を後押しする正確なデータはない。

Q7 HUSに血漿交換をするか?

A 血漿交換は重症例に考慮する。

小児のHUSにおける血漿交換の前向きRCTはいまだない。ケースシリーズでは、急性腎不全の期間と長期の腎機能を改善したという報告がある(Artif Organs. 1995 [PMID:8526789])。しかしながら、重症例、特に神経症状のある症例では考慮されるべきである。フランスで行われた血漿輸血についての多施設共同前向き無作為比較試験。

Watch Out!

下痢の患児を見たら、必ず血便があったかを確認する。O157:H7が疑われる場合は、原因食物を予測するために詳細な食事摂取歴(特に牛肉)をとることが欠かせない。腸管出血性大腸菌感染症は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症法)」において三類感染症に分類されており、保健所への届け出が必要である。家族に下痢があった場合、家族内での感染そして公衆衛生的な観点から(学校などでの集団感染を防ぐ)便培養を考慮する。感染症法により、保菌者についても届け出を要する。

腸管出血性大腸菌は、75℃以上で1分以上加熱することにより死滅する。生肉を摂取する場合には子どもも大人もリスクを理解すべきであり、リスクを避けるにはしっかり加熱することが一番である。

好評の「イレウスの教科書」大改訂!!

イレウスチューブ 第2版

基本と操作テクニック

コモンな外科疾患として日常的に遭遇する機会が多いイレウス、この非観血的な減圧治療として最適なイレウスチューブの安全で確実な挿入・管理について懇切丁寧に解説。著者独自のテクニックやデバイスを用いた、患者さんにも術者にも優しい手技をイラストであますところなく展開。イレウスのミニテキストとしてもさらに充実した大改訂。

監修 白日高歩
福岡大学名誉教授/福西会病院院長
著 上泉洋
岩見沢市立総合病院外科

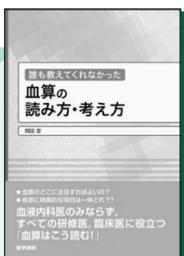


血算のどこに注目して読めばよいか、本当にわかっていますか?

誰も教えてくれなかった 血算の読み方・考え方

最低限の病歴と血算から、可能性の高い疾患を「一発診断する」力を身につけるための本。血算は、すべての臨床検査の中で最も基本的で頻用される検査。臨床現場では簡単な病歴と血算を中心とした情報だけで、診断を推定しなければならない場面は多く、また実際かなりの疾患の推定ができる。誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方が学べる本書は、研修医、若手血液内科医はもちろん、すべての臨床医、検査技師にも役立つはず。

岡田 定
聖路加国際病院・内科統括部長・血液内科部長



シリーズ監修
高木 康 (昭和大学教授医学教育推進室)

学ぼう!! 検査の 使い分け

〇〇病だから△△検査か……、とオーダーしたあなた。その検査が最適だという自信はありますか？ 同じ疾患でも、個々の症例や病態に応じ行うべき検査は異なります。適切な診断・治療のための適切な検査選択。本連載では、今日から役立つ実践的な検査使い分けの知識をお届けします。

高木 康

昭和大学教授
医学教育推進室

第4回

心筋バイオマーカー

心筋構成物質 (心筋トロポニン)

酵素・アインザイム (CK, CK-MB)

心 筋傷害の生化学指標(バイオマーカー)には、血清酵素(AST, LDH, CK), アインザイム(LDH₁, CK-MB), 心筋内微量物質(ミオグロビン, 心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)), 心筋構成物質(ミオシン軽鎖, 心筋トロポニンT&I)など数多くの物質があります。これらは小規模の検査室で検査可能なものばかりでなく、専用の装置・試薬を用いて循環器専門施設や大規模病院でしか測定できないものなど多彩です。今回は、これらのバイオマーカーをどのように使い分けていけばよいか、考えていきます。

心筋梗塞の診断は、医療面接をしっかりと行い(特徴ある胸痛の有無を聴取)、心電図を正確に判読することが肝心なのは言うまでもありません。しかし、高齢者や糖尿病患者では特徴的な胸痛を訴えず、心電図上も専門医でないと判読できない症例や特徴ある心電図所見(異常Q波, ST-T変化)が現れない非貫通性梗塞も少なからず存在します。このため、診断を補助する目的で種々のバイオマーカーが開発されました。心筋に存在し心筋傷害で血中に逸脱する酵素(AST, LDH, CK)とミオグロビンが第一世代、より心筋への特異性が高いアインザイム(LDH₁, CK-MB)が第二世代、そして免疫学的手法を用いて検査する心筋特異性の高い物質(ミオシン軽鎖, 心筋トロポニンT&I, H-FABP)が第三世代です。

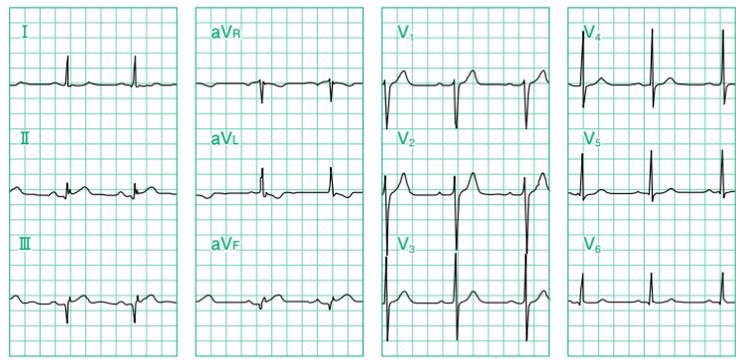
心電図に心筋バイオマーカーを補い心筋傷害を発見する

症例 1 59歳の男性。3か月前から階段を昇るときに前胸部に圧迫感を自覚するも、安静にすると消失するため放置していた。1週間前から動悸、息切れが頻繁に起こるようになり、今朝3時ごろから激しい前胸部痛が出現。発汗や嘔吐も伴うようになり、8時に救急車で搬入された。7年前から糖尿病と脂質異常症で加療中。喫煙30本/日を20年間。身長170cm, 体重78kg。検査所見: 赤血球数520万/ μ L,

白血球数12800/ μ L(好中球: 70%, リンパ球: 24%), クレアチニン1.3mg/dL, 総コレステロール254mg/dL, AST 60U/L, ALT 20U/L, CK 680U/L(基準範囲: 40-200U/L), CK-MB 58U/L(基準範囲: 4-20U/L)。心電図を図に示す。

症例 2 63歳の男性。1か月前から労作時に胸部絞扼感を感じ、その後徐々に発作回数が増え持続時間も長くなってきた。昨夜11時ごろ冷汗を伴う左前胸部を締めつけるような痛みが出現。朝になっても持続するので午前8時に来院した。身長168cm, 体重60kg。検査所見: 赤血球数504万/ μ L, 白血球数10400/ μ L, クレアチニン0.9mg/dL, AST 74U/L, ALT 36U/L, CK 586U/L, CK-MB 36U/L, 心筋トロポニンT 15.2ng/mL(カットオフ値0.1ng/mL)。

症例 1 は既往歴と症状から心筋梗塞がまず疑われ、心電図(図)でもII, III, aVFに典型的なST上昇と異常Q波が出現していることから心筋梗塞(下壁)の診断は比較的容易です。しかも、CKやCK-MBの異常高値がこれを裏付けています。
症例 2 は発作から9時間前後の来院でありながら、心電図ではI, II, V₄₋₆で著明なST低下、陰性T波が認められるだけで、特徴的な異常Q波が認



●図 症例1の心電図

●表 主な心筋バイオマーカーとその特徴

検査項目	急性期感度	特異性	定量性	簡便性	最短検出時間(時間)	全例陽性時間(時間)	異常値持続時間(日)
CK-MB	○	◎	◎	○~◎	2-4	8-12	3-6
心筋トロポニン	○	◎	◎/△#	○/◎#	2-4	8-12	10-14
ミオグロビン	◎	△~○	○	△	1-2	4-8	1-3
H-FABP	◎	○~◎	◎/△#	△/◎#	1-2	4-8	1-3

#イムノクロマトグラフィ法を用いる場合。簡便だが、定性検査である。

められない症例でした。しかし、CKやCK-MBは異常高値であり、心筋特異性が高く心筋傷害の指標である心筋トロポニンTがカットオフ値の約100倍の高値であることから心筋傷害、心筋梗塞(非貫通性, 非Q波)と考えることができます。

心筋バイオマーカーの特徴と選び方

主な心筋バイオマーカーとその特徴を表に示しました。ESC/ACC/AHA/WHFでは、これらのうち心筋トロポニンを第一選択、CK-MB(蛋白量)を第二選択としています。わが国では、H-FABPも特異性に優れた超急性期の指標と考えられています。

心筋バイオマーカーには大きな特徴があります。それは時間的変動が大きいことです。心筋が傷害されると心筋バイオマーカーはリンパ液・細胞間質を伝わって血中に出現するためにラグタイムが生じます。このラグタイムは、マーカーの種類、重症度など種々の因子により異なり、早くても発症後数時間です。発症3時間以内の超急性期ではミオグロビンやH-FABPが優れており、6時間以内の急性期では心筋トロポニンやCK-MBが優れた指標となります。心筋トロポニンやCK-MBが異常高値の場合には、後の心血管イベントの発症率が高いことも報告されています。また、心筋トロポニンは異常率が100-400倍と高率なことから微小梗塞の検出も可能であり、しかも10-14日間異常値が持続するため発症から経過しても検出が可能なが第一選択とされている理由です。

心筋バイオマーカーの選択は施設の規模、検査室の規模に大きく左右されます。イムノクロマトグラフィ法は簡

便、迅速(30分以内)ですが、定性検査です。心筋トロポニン, CK-MB(蛋白量)の定量検査には専用の測定装置が必要であり、循環器専門の施設、あるいは大規模検査室でないと常備していません。なお、CK-MBは免疫阻害法により活性としても測定でき、酵素活性測定装置を所有する小・中規模検査室でも測定可能です。

心筋バイオマーカーは心筋傷害の有無の診断ばかりでなく、心筋梗塞の大きさの推定や血栓溶解療法での再灌流の判定の指標ともなります。心電図でも異常波形の誘導数からある程度梗塞の大きさの推定が可能ですが、血中濃度や血中遊出総濃度が高ければ高いほど梗塞心筋量が大きいと推測できます。また、血栓溶解療法により再灌流が成功するとwash out現象のために、急激に上昇/低下することを利用して再灌流の成否を推測することが可能となります。このため、心筋バイオマーカーは連続測定してモニタリングすることが重要です。

まとめ

急性心筋梗塞の診断に心電図は不可欠ですが、胸部症状が持続しているにもかかわらず波形に異常を認めない場合には、心筋バイオマーカー検査が補助検査として重要です。この二つの検査を行うことで、心筋梗塞・心筋傷害の正確な診断が可能となります。心電図、心筋バイオマーカーともに発症後の経時的なモニターが重要で、少なくとも6-9時間のモニターにより心筋傷害の最終的な診断を行うべきです。

参考文献

1) Thygesen K, et al. Universal definition of myocardial infarction. Circulation. 2007; 116(22): 2634-53.

ショートコラム
臨床検査での検出感度の向上により種々の病態が明らかになってきています。炎症や組織の破壊の指標とされているCRPを高感度に測定することで、慢性局所性炎症の存在が明らかとなり、これが冠動脈プラーク形成に関与することから急性冠症候群の独立した予測マーカーとなりました。心筋トロポニンTについても高感度法が開発され、これにより潜在性心筋傷害の存在が論じられ、さらには脳心血管イベント発症のリスクの層別化への応用などが検討されています。

EPS・アブレーション治療にいかす 心臓の3次元イメージ

臨床心臓構造学 不整脈診療に役立つ心臓解剖

豊富な剖検例の考察をもとに、EPS、造影写真、CT、CARTOなどのデータと比較した上で、不整脈の局在を心臓の3次元イメージから明らかにしていく。目次は心臓の発生や正常像を抑えた上で、不整脈の局在となる部位別に症例をあげて解説。カテーテル・アブレーションなど不整脈の非薬物療法において、心臓の構造的な特性から何に注意して手技を進めればよいのかが目で見て分かり、明日の治療戦略にいかすことができる。

井川 修
日本医科大学多摩永山病院内科・循環器内科臨床教授

漢方処方考え方がみえる!

はじめての漢方診療 症例演習

『はじめての漢方診療十五話』『はじめての漢方診療ノート』に続く、好評シリーズ第3弾。漢方処方考え方や症例の経過をこれほど詳しく解説した漢方書籍は「はじめて」です。演習形式も漢方の領域で「はじめて」になります(本のジャケットで答えを隠してお読みください)。

監修 三浦忠道
株式会社麻生 飯塚病院東洋医学センター所長
編集 貝沼茂三郎
九州大学病院総合診療科診療講師
編集協力 宮坂史路
医療法人 慶仁会 聖ヶ丘病院漢方内科医師

診断から治療・投薬まで、幅広い診療科目をカバーした国内最大級リファレンス。

最新の研究成果に基づく最も効果的な治療法の情報を簡単に検索できます。

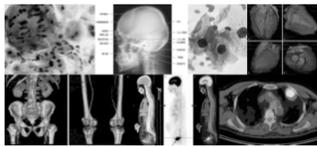
今日の診療 プレミアム Vol.21 DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2011年
価格76,650円(本体73,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01355-0]

1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

解説項目は約88,200件、文中リンクは約72,000件、図表・写真は約12,200点を収録。お手元のパソコンで合計約17,500ページ以上の情報に手軽にアクセスできます。



2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

「今日の診療」に入力した検索語を使って、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」を検索できます。医学書院から発行されている全雑誌を対象に検索を行うことができます。
※インターネット接続環境が必要です。また、全文の閲覧には別途料金がかかる場合がございます。

3 ハードディスクにデータを格納して使用できます

インストール時にハードディスクにデータを格納しておけば、次回以降、DVDを用意する手間が省けます。
(※初回起動時のみインターネット接続環境が必要です)

4 収録書籍4冊が更新されました

書籍の改訂にともない「今日の診療指針 2011年版」「今日の整形外科診療指針 第6版」「臨床検査データブック 2011-2012」「治療薬マニュアル 2011」の4冊を更新しました。

5 高性能リファレンスツールとして使いやすさを継承

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、操作状態の保存など細かい使い勝手の向上や、高速全文検索といった、臨床の場で求められる「素早さ」を追求しました。

骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.21」もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.21 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM版 2011年
価格54,600円(本体52,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01357-4]



収録内容詳細(★: Vol.21において改訂)

- プレミアム・ベーシックともに収録
 - ① 今日の診療指針 2011年版★
下記の付録を除く全頁を収録
(臨床検査データブック/新薬、医薬品等安全性情報)
 - ② 今日の診療指針 2010年版
口絵・付録を除く全頁を収録
 - ③ 今日の診療指針 第6版
付録を除く全頁を収録
 - ④ 今日の整形外科診療指針 第6版★
付録を除く全頁を収録
 - ⑤ 今日の小児診療指針 第14版
付録を含む全頁を収録
 - ⑥ 救急マニュアル 第3版
全頁を収録
 - ⑦ 臨床検査データブック★
2011-2012
付録の一部を除く全頁を収録
 - ⑧ 治療薬マニュアル 2011★
付録の一部を除く全頁を収録
- プレミアムにのみ収録
 - ⑨ 新臨床内科学 第9版
付録を含む全頁を収録
 - ⑩ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
 - ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第3版
付録を含む全頁を収録
 - ⑫ 臨床中毒学
付録を含む全頁を収録
 - ⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版
付録を含む全頁を収録

わが国の最も信頼できるゴールド・スタンダード

今日の診療指針 TODAY'S THERAPY 2011

私はこう治療している 総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢
第一線のエキスパートが最新治療法を毎年書き下ろし



●医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2011」との連携:「治療薬マニュアル2011」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
●各領域の「最近の動向」を解説

- デスク判(B5) 頁2096 2011年
定価19,950円(本体19,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01105-1]
- ポケット判(B6) 頁2096 2011年
定価15,750円(本体15,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01106-8]

圧倒的な情報量が支持されています!

治療薬マニュアル MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS 2011

監修 高久史磨・矢崎義雄 別冊付録「重要薬手帳」
編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊



治療薬情報を網羅した年鑑最新版
本書の特徴

- 医療関係者必携の治療薬年鑑
- ほとんどすべての医療用医薬品を収録
- 各領域の専門医による実践的な臨床解説
- 添付文書にはない「適用外使用」が充実
- ポケットサイズの別冊付録「重要薬手帳」

●B6 頁2564 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01144-0]

圧倒的な情報量で“考える検査”を強力サポート

臨床検査データブック LAB DATA 2011-2012

監修 高久史磨 編集 黒川清・春日雅人・北村聖



- 保険点数情報を新たに収録! 付録で包括点数もわかる!
- 新見出し「関連する検査」で他検査との関連性がわかる!
- 新規保険収載項目など最新情報を掲載!
- 検査項目ごとに詳解! 異常値のメカニズム!
- 主要検査項目を★(1~3個)でランク付け!
- 現場で役立つ「基本検査テクニック」
- 臓器系統別の適切な検査計画モデル!
- 判読・採取保存・薬剤影響などの注意事項!
- 一目でわかるパニック値と原因病態名の一覧表掲載!
- 主要疾患の検査データ! 異常値・経過観察の検査など!
- 「医薬品添付文書情報 臨床検査値への影響」を収録!

●B6 頁1074 2011年 定価5,040円(本体4,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01175-4]

知らないこと、議論の余地のあることを僕らはもっと語るべきだ。

感染症のコントラバナー

臨床上的リアルな問題の多くは即答できない
著 Fong, I.W. / 監訳 岩田健太郎

わが国の感染症関係の教科書のほとんどが「答え」を提供するものだが、実は感染症の世界には多くの問題、謎、未解決領域が存在する。本書はこれら controversialな問題をテーマに、それぞれの読者に対して「自分はこれから何を考えなくてはならないのか」と問いかける一歩進んだ書籍。答えを教えるだけの教科書がもの足りなくなったら、最初に手に取りたい1冊。

●A5 頁504 2011年 定価5,775円(本体5,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-01182-2]



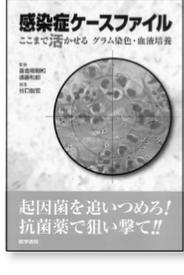
感染症への標準的アプローチが専門外の医師にも理解できる

感染症ケースファイル

ここまで活かせる グラム染色・血液培養
監修 喜舎場朝和・遠藤和郎 / 執筆 谷口智宏

本書は以下の5点の特徴がある。①著者自身の経験症例の詳細な情報と豊富な写真、②case conference方式により、知らぬ間にプレゼン法が身につく、③リアリティのある塗抹標本、④どんな施設でも活用できる「適正使用の5原則」を遵守した抗菌薬の選択、⑤市中病院での抗菌薬の感受性表と、適正使用のDOs & DON'Ts の提示。本書は専門医のいない市中病院で、感染性疾患を当たり前にかつ楽しく診療することを伝えている。

●B5 頁272 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01101-3]



IDATEN(日本感染症教育研究会)感染症セミナーの好評2冊

病院内/免疫不全関連感染症診療の考え方と進め方

IDATEN感染症セミナー 編集 IDATENセミナーテキスト 編集委員会

医療者であれば誰もが遭遇する病院内感染症。医療が複雑化、高度化するなかで増加する免疫不全関連感染症。医療者はそこに、どうアプローチしたらよいのか。本書では、気鋭の講師陣がこれらの感染症における診療の考え方と進め方をわかりやすく解説する。「新しい日本のスタンダード」を示すIDATEN(日本感染症教育研究会)感染症セミナー待望の第二弾!

●B5 頁328 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01244-7]



市中感染症診療の考え方と進め方

IDATEN感染症セミナー 編集 IDATENセミナーテキスト 編集委員会

●B5 頁216 2009年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00869-3]

日常診療でも誰もが遭遇する市中感染症。医師は目の前の患者をどう診断し、治療したらよいのか? 感染症診療の新時代を拓くIDATEN(日本感染症教育研究会)講師陣が、そのプロセスをわかりやすく解説する。相互レビューによって吟味された1つひとつの項目に、「市中感染症診療のスタンダード」が示されている。



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

循環器で
必要なことは
すべて
心電図で
学んだ

第14回

循環器疾患に切ってもきれないのが心電図。でも、実際の波形は教科書とは違うものばかりで、何がなんだか分からない。そこで本連載では、知っておきたい心電図の「ナマの知識」をお届けいたします。あなたも心電図を入りに循環器疾患の世界に飛び込んでみませんか？

心電図のレッドゾーン “ST上昇” (その2) Door-to-Balloon Time の呪縛

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

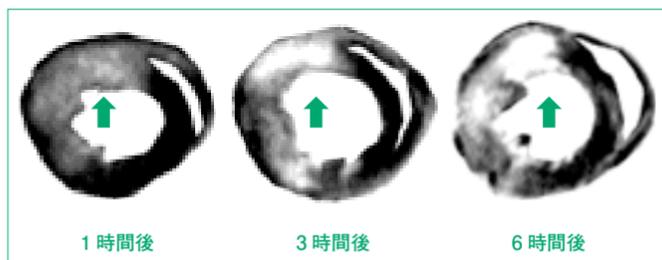
「Open Artery Hypothesis」という虚血性心疾患の治療の中核を成す概念があります。これは現代循環器内科学の父、Eugene Braunwald 医師（ハリソン内科学の編者）が提唱した概念ですが、乱暴に言えば、「血管が詰まったら開けてしまえ」ということです。もともとはイヌの実験で、糸で心臓の血管を結紮すると約6時間後から同心円状に心臓の筋肉が壊死し広がっていくことから提唱された考え方で（図1）、虚血性心疾患の治療に当たってはその不可逆的な壊死が始まる前に血液を再灌流させることを一番考えましょう、ということ。さらに、その後の研究から、この再灌流の時間が早ければ早いほど、短期的にも長期的にも予後が実際に良いことがわかってきました。

心電図におけるST上昇とは、例外はありますが（連載第12回参照）STEMI（ST-elevation MI）を最初に考える必要があります。冠動脈が数分から数時間以内に突然、完全閉塞したということを示唆します。イヌでは約6時間でしたが、人間だと約12時間が限度で、そのくらいの時間で不可逆的な梗塞が完成してしまいます。Open Artery Hypothesisによると、酸素不足であえぐ心筋細胞を一つでも多く救うためには、詰まった血管をできるだけ早く開いて、酸素たっぷりの血液を再び送り込まなければいけません。

STEMIで詰まった血管を再灌流させるために最も効果的な方法は、直接バルーンを広げるPCI（いわゆる冠動脈インターベンション）です。tPAなど線溶系薬剤を流す方法もありますが、成績が若干劣り出血の合併症（約5%）も無視できないため、現在わが国ではほとんど用いられることがありません。そして、このPCIが病院内でどれだけ迅速に行われたかを示す指標がDoor-to-Balloon Time（DTB）と呼ばれるものです。

Door-to-Balloon Time とは？

DTBとは、STEMIの患者さんが救



●図1 イヌを用いた動物実験の結果

左前下行枝を結紮してからの時間が長くなれば長くなるほど梗塞巣（左上部の白い部分、矢印参照）が大きくなっていく様子を示している。

急外来のドアを開けて病院に到着してから、カテーテル室に運ばれて最初に詰まった血管の中のバルーンを広げるまでの時間です。早ければ早いほど良さそうですが、確かにいろいろなデータをみてもDTBが短いほど院内の死亡率や合併症を起こす確率は下がります（図2）。このデータを受けて欧米のガイドラインが推奨するDTBのカットオフは90分です（class I）。

なお、興味深いことに個々の症状の発症からバルーンまでの時間（Symptom-to-Balloon Time）ではDTBほどハッキリした予後との相関は示されていません。救急車を呼ぶほどの症状が起きたタイミングがちょうど冠動脈の閉塞が起きたとき、ということなのでしょうか？

Door-to-Balloon Time の意義

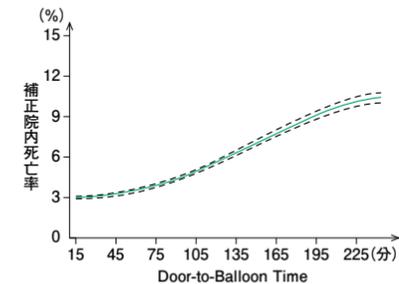
さて、このDTBを遵守することは、

「患者さんが症状を自覚して救急車を呼ぶまでにできることは限られているが、いったん院内に運ばれたらそこから先は医療サイドとしてできる限りのことをする」

という考えから来ています。しかし、ガイドラインに90分という数値が記載された2004年ごろに米国でその目標を達成することのできた施設はわずか15%で、症例ベースでも全体の35%以下であったといえます。そこで、①胸痛患者は10分以内に心電図を取る、②救急車の中からモニター心電図を伝送してもらう、そして③救急医がプライドの高い循環器内科を通さず直接カテーテル室をコールする、といったさまざまな改善努力が行われ、現在ではほぼすべての施設で達成可能と謳われるに至りました。実際2008年度のデータでは、症例ベースでDTB 90分以内の達成率は75%程度とされています（文献1）。

病院の通信簿

また米国で、「DTBを90分以内」という指標にこれほどまでに注目が集まったのは、「医療サイドとしてできる限りのことをする」という前述のキレイトもさることながら、DTBがその病院の医療の質、つまりパフォーマンスを表していることとらえ



●図2 DTBと院内死亡率との関係

短期的な予後だけでなく1年後生存率もDTBが30分延びるごとに75%低下する。破線は95%信頼区間。(Rathore SS, et al. BMJ. 2009; 338: b1807より転載)

られているからです。DTBのほかにも病院のパフォーマンスを表す指標はいくつか設定されていますが（表）、その達成率によっては公的保険の支払いがカットされたり、JCAHO*による病院認定を取り消されたりします。一方、それを逆手にとってDTBを病院の宣伝に使う施設も現れています。

最近ではそれが行きすぎてしまい、DTBに代表される各指標が一人歩きを始め、とにかく短くすればよいという考え方も生じ若干問題となつています。具体的には、胸痛であれば替えの途中でも、トイレに行っていてとにかく心電図をとってしまい、エコーなど他の検査はすっ飛ばして、循環器内科医は患者さんを診ずにカテ室で待機していればよい、などといった極端な考え方で経営を行う病院もあります。そして、そのうわべだけの対応が必ずしも患者さんの予後改善につながっていないことが指摘され始めているのが現状です（文献2）。

当然といえば当然なのですが、DTBは発症から来院までの間隔が短かった患者さん、そしてリスクの高い患者さんで重要となる指標です。TPOを考えて使うべき指標を一般化しすぎると思わぬ弊害が生じることになりませんが、これは他のパフォーマンス指標にも言えることです。いろいろなデータを見ても、例えば保険の支払いをカットするという「罰則」は、短期的には効果があっても長期的にはあまり意味がないということも近年わかってきました（文献3）。

今後をにらんで

今回はSTEMIに対するDTBから、医療の質の評価を少し考えてみました。何事も過ぎたるは及ばざるが如し、という印象を持たれたかもしれませんが、こうした医療の質を表す指標は各方面（特にPayer）から注目

●表 病院の質の評価項目（2002年版）

- 急性心筋梗塞**
 - アスピリンを病院到着時に投与
 - アスピリンを退院時に処方
 - ACE阻害薬を左室機能低下例に処方
 - 禁煙指導
 - β遮断薬を病院到着時に投与
 - β遮断薬を退院時に処方
- 心不全**
 - 退院時に生活指導
 - 左室機能の評価
 - ACE阻害薬を左室機能低下例に処方
 - 禁煙指導
- 肺炎**
 - 抗菌薬を病院到着時から4時間以内に投与
 - ガイドラインに準じた抗菌薬を投与
 - 血液培養を24時間以内に施行
 - 血液培養を抗菌薬投与前に施行
 - インフルエンザワクチン投与・スクリーニング
 - 肺炎球菌ワクチン投与・スクリーニング
 - 禁煙指導
 - 酸素化の評価
- 外科感染症予防**
 - 執刀前1時間以内の抗菌薬投与
 - ガイドラインに準じた抗菌薬投与
 - 予防投与した抗菌薬を24時間以内に中止

[DTB(90分以内)]は急性心筋梗塞に追加された。

を集めており、循環器疾患はよく槍玉に挙げられます（データが多いためでしょうか?）。今後わが国でもこうした指標は広く用いられるようになることが予測されますが、どういった方向に向かうのか見守る必要があるでしょう。理想的には、各施設が自前の客観的なデータを持って議論を進めていくことが必要だと筆者は思っています。

*JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) は行政組織に属さない独立した非営利団体であり、その認定を受けることが公的および民間の医療保険の指定の有無を左右し、保険当局の監査省略の特典が付与されることもある。

POINT

- ST上昇 → STEMI → DTB 90分以内。
- 特に発症後すぐの人や、リスクの高い人でDTBは大事。
- DTBは病院の「評価」でもありますが、うわべだけの対応に陥らないように!

参考文献

- 1) Bradley EH, et al. National efforts to improve door-to-balloon time results from the Door-to-Balloon Alliance. J Am Coll Cardiol. 2009; 54(25): 2423-9.
- 2) Wang TY, et al. The dissociation between door-to-balloon time improvement and improvements in other acute myocardial infarction care processes and patient outcomes. Arch Intern Med. 2009; 169(15): 1411-9.
- 3) Campbell SM, et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med. 2009; 361(4): 368-78.

胃X線検査の精度管理をより实际的に

新・胃X線撮影法ガイドライン 改訂版(2011年)

胃がん検診で行われる胃X線検査は、死亡率減少効果を示す相応の証拠があるが、撮影法は必ずしも全国で統一されているわけではない。本書では、検査の質を上げるための撮影法についての解説、機器の保守管理の説明、また美しい写真による症例検討も行われている。さらに、胃X線検査による不利益として、偶発症・被曝についても解説が加えられた。胃がん検診に従事する医師・技師にとって必携の書である。

編集 日本消化器がん検診学会
胃がん検診精度管理委員会



すべての新人医療スタッフ必読の書、最新情報を盛り込み改訂

病院早わかり読本 第4版

患者さんが安心して受けられる医療の提供には、何よりも医療のしくみの正しい理解が求められる。その実践の過程から「医療における信頼の創造」を実現するために、医療に携わるすべての新人スタッフがまず知っておくべきことを、コンパクトかつすぐに理解できるようまとめ大好評であり続けたベストセラー最新改訂第4版。近年さらに変化の激しい医療制度改革に対応し全面的に内容を刷新。

編著 飯田修平
鎌馬総合病院院長



もう膠原病は怖くない!



臨床医が知っておくべき膠原病診療のポイント

膠原病は希少疾患ですが、病態はさまざまな臓器におよび、多くの患者で鑑別疾患に挙げられます。また、内科でありながらその症候は特殊で、多くは実際の診療を通してでなければとらえにくいものです。本連載では、膠原病を疑ったとき、膠原病患者を診るとき、臨床医が知っておくべきポイントを紹介し、膠原病専門診療施設での実習・研修でしか得られない学習機会を紙面で提供します。

高田和生

東京医科歯科大学 医歯学融合教育支援センター 准教授

多関節炎を呈する症例へのアプローチ

その1

【ケース】

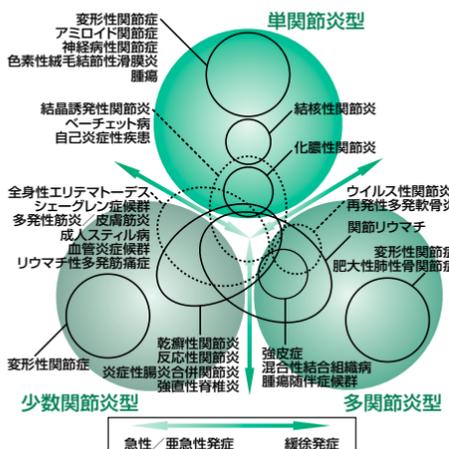
24歳女性。3週間ほど前からだるさと軽い頭痛あり、2週間前より四肢の皮疹と両手のこわばりを自覚している。診察にて両上肢の手関節、MCP関節、PIP関節に腫脹・圧痛・熱感を認める。この関節炎の原因は？

関節炎の有無は Galenos の 5 徴で判断する

関節痛を訴える患者を前にしたとき、関節炎による痛みなのか、別のメカニズムによる痛みなのかを見極めることが必要です。そこで重要なのは、医師の目と手です。つまり診察において、Galenos の 5 徴（腫脹 tumor, 発赤 rubor, 熱感 color, 疼痛 dolor, 機能障害 functiolaesa）の有無を診て、関節炎か否かを判断します。

「発症のしかた」「罹患関節数」「経過」の 3 軸で鑑別診断する

関節炎を来す疾患は多いですが、図



●図 「発症のしかた」「罹患関節数」「経過」の3軸で整理した関節炎を呈する疾患 (実線：持続性、破線：一過性/間欠性)

のように「発症のしかた」「罹患関節数」「経過」の3軸で整理すると鑑別診断が進めやすくなります。

関節リウマチの「朝のこわばり」は 1 時間以上継続する

朝のこわばりは、非炎症性である変形性関節症では10分以内、炎症性でも全身性エリテマトーデス(SLE)などでは30分以内であるのに対し、関節リウマチでは1時間以上続きます。また長時間同じ姿勢をとった後にも来し、動き出すと治まります。一方、変形性関節症などでは動かした後のほうがこわばりが強いとされます。

発症後 2 か月以内であれば パルボウイルス B19 も考慮せよ

病原菌で多関節炎を来すものは、パルボウイルス B19、風疹ウイルス、B/C型肝炎ウイルス(血管炎を介して)、HIVなどに限られます。B19は診断方法があり(B19 IgM抗体測定)、数週間で治癒します。しかし、特徴的な臨床症状とされる平手打ち様頬部紅斑は成人ではまれで、血球減少や自己抗体がみられることもあります。よって、知らなければ診断できず、膠原病と誤診しかねません。

多関節炎型の偽痛風もある？

偽痛風は、ピロリン酸カルシウム(CPPD)が引き起こす急性単関節炎です。しかし、痛風を引き起こす尿酸ナトリウムと異なり、CPPDは他に慢性単関節炎や慢性多関節炎も引き起こし、それらは「偽変形性関節症」「偽関節リウマチ」と呼ばれます。したがって、「CPPD=偽痛風」と短絡的に覚えるべきではありません。また、高齢者において、術後などに「偽関節リウマチ」が発熱と炎症反応高値、意識障害を伴って発症することがまれにあることも覚えておきましょう。

若い男性の少数関節炎では 反応性関節炎も忘れずに!

尿路感染(クラミジア)や細菌性腸炎罹患時に惹起される免疫反応により、関節(通常少数関節炎で、時に脊椎炎や仙腸関節炎も来す)を中心として、腱や靭帯の付着部、皮膚、粘膜、結膜など全身のさまざまな臓器システムに炎症を起こすものが反応性関節炎です。膠原病の中では珍しく若い男性に多い疾患です。先行感染歴がはっきりしない場合もあります。

すべての膠原病が 多関節炎型である？

膠原病の中でも多関節炎型が主体となるのは関節リウマチ、強皮症、混合性結合組織病、再発性多発軟骨炎などに限られます。SLE、シェーグレン症候群、成人ステイラ病、血管炎などは単関節もしくは少数関節炎型で、間欠性、遊走性であることが多いです。

乾癬性関節炎を診断するには 家族歴や綿密な診察が鍵

乾癬は黄色人種では稀ですが、同定には家族歴が重要で、また綿密な診察により見つかることもあります(頭皮、臍部、臀部など)。乾癬性関節炎は少数関節炎+/-体軸関節炎(脊椎炎や仙腸関節炎)、多関節炎のいずれでも起こり得ます。効果的な治療があるので、診断が非常に重要です。

CRP 測定には意義がない？

CRP 追跡による経時的変化の把握は治療管理に役立ちますが、CRPの絶対値は多関節炎の診断においてあまり役に立ちません。通常CRPの上昇をみないSLEでも関節炎や漿膜炎では上昇し、他のほとんどの鑑別疾患でも2-3 mg/dL程度まで上昇します。

膠原病は 自己抗体で診断する？

自己抗体は病気の発症/維持に関与する場合もあれば副産物にすぎない場合もあり、偽陰性も偽陽性もあります。膠原病には単一の確定診断方法はなく、すべて臨床診断、つまり症状、徴候、検査結果、経過を総合して診断します。自己抗体の各疾患に対する感度/特異度を知り、「陽性(陰性)なら何が言えるのか」とあらかじめ戦略を立てた上で測定しましょう。

「診断基準」を満たさなければ 診断できない？

よく目にする「診断基準」は、実のところは研究における対象集団の均一性担保を目的とした「分類基準」であり、実際の臨床ではあくまでも参考として使われています。

関節リウマチの 確定診断方法はない？

高血糖がすべての糖尿病患者に関与

するのは異なり、自己抗体が必ずしもすべての関節リウマチ患者において病態形成に関与しているわけではないため、偽陰性も偽陽性もあります(近年開発された抗CCP抗体は特異度90%超とリウマトイド因子より高いですが、それでも偽陽性はあります)。また、冠動脈造影で虚血性心疾患の有無をみられるのとは異なり、単純X線で見られる辺縁骨びらん、関節リウマチにある程度特異的であるものの早期症例では見られません(2個/年のペースで出現)。さらに、白血病の骨髄生検とは異なり、関節リウマチの滑膜生検所見は特異的ではありません。

関節リウマチは「慢性化し、骨びらんを伴う関節炎」で、他の疾患で説明できないもの

では一体関節リウマチとは何なのか、何をもちいて関節リウマチと定義するのだろうか、という疑問がわきますね。欧州リウマチ学会と米国リウマチ学会が合同で策定した「関節リウマチ分類基準 2010」では、他の疾患では説明できない「慢性化し、骨びらんを来し得る関節炎」と定義しています。そして、将来骨びらんを来す可能性は、①自己抗体陽性、②罹患関節数が多い、③手関節や中手指関節に及ぶものほど高いことから、同分類基準はこれらの有無に基づくスコアリング法を用い、骨びらんの出現する前の早い段階での診断補助を目的としているのです。

初期評価で 診断のつかない症例もある

リウマチ専門医が評価しても、実は40%近くの症例で診断がつかないとされます。それらの経過を1年追うと、ほぼ均等に、無治療治癒、分類不能のまま、関節リウマチと診断、それ以外と診断(多いものとしては変形性関節症、乾癬性関節炎、反応性関節炎、痛風、CPPD関連関節炎など)という転帰をたどります。つまり根気強い「捜査の目」が必要なのです。

【診療のまとめ】

NSAIDsによる対症療法にて経過を追った。2週間後の受診時には症状軽減しており、初診時提出したパルボウイルスB19 IgM抗体価が上昇していたことを確認した。前回受診後、よく遊びにきていた娘の友達がしばらく前にリンゴ病にかかっていたことを知ったという。その後1週間で自然治癒した。

たかだかつき ● 1994年九大医学部卒。横須賀米海軍病院、亀田総合病院にて研修後、96年米国Beth Israel Medical Centerにて内科臨床研修。99年米国国立衛生研究所にて膠原病専門内科研修と臨床研究に従事。2002年に帰国、東京医歯大膠原病・リウマチ内科にて医学教育に携わる。11年4月より現職。米国内科、リウマチ膠原病科専門医、日本内科学会総合内科専門医、日本リウマチ学会リウマチ専門医。

倉敷中央病院 後期研修医募集病院説明会

平成23年 7月16日(土)

説明会場 ヒルトン大阪 〒530-0001 大阪市北区梅田1-8-8 http://www.hilton.co.jp/

病院説明会 16:00~18:30 (10階 平安の間)

終了後、18:30より食事会を行います

※個別相談会形式で行います。当日参加も可能ですが、事前申込者優先となります。事前申込は、以下の担当者までお願いいたします。

申込・問合せ窓口

財団法人 倉敷中央病院 人事課 西口 〒710-8602 岡山県倉敷市美和1丁目1番1号

Tel 086-422-0210 Mail eh11209@kchnet.or.jp

オーベンが読み続ける レジデントに読み継がれる これぞ“マニュアル”

ワシントンマニュアル 第12版

The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 33rd Edition

- 内科治療学のバイブル、今回も3年ぶりの改訂。
- ベッドサイドにおける実践的知識とノウハウをコンパクトに凝縮。
- 手順のみを示す備忘録的なポケットマニュアルとは一線を画し、しっかり読み込むことで手応えを感じつつ、臨床能力を培い高める原動力となる、マニュアルを超えた“マニュアル”。
- 幾世代にもわたりオーベンがレジデントに薦め、読み継がれ、版を重ねることに信頼度を高めてきた、まさにスタンダード。
- 看護師や薬剤師には最新の内科治療を概観するために。

監訳 高久史磨 自治医科大学学長 和田 攻 産業医科大学学長

定価8,820円(本体8,400円+税5%) A5変 頁1128 図42 2011年 ISBN978-4-89592-666-9



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.medsci.co.jp FAX (03) 5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

「本物のホスピタリスト」をめぐり米国で研鑽を積む筆者が、その役割や実際の業務を紹介しします。

REAL HOSPITALIST

石山貴章

St. Mary's Health Center, Hospital
Medicine Department / ホスピタリスト

Vol.6 病棟管理の専門教育

Effective communication! It is the most essential, least expensive diagnostic tool.

(十分なコミュニケーション! 最も安価、かつ効果的な診断手段だ。)

Think about as many differential diagnoses as you can imagine. Consider all of them. Otherwise, you will miss one.

(でき得る限り、鑑別を考へろ。さもないと、見逃す。)

私の所属する病院は教育病院、こちらで言うところの Teaching Hospital である。この市中病院で、多くの若手医師が日々実践的な研修を受けている。私自身、ここで3年間の研修を受けた。一日患者を取るオンコール。半日取るショートコール。ICU ローテーションでは、中3日での泊まりの夜間勤務。ヌーンカンファレンスやグラウンドラウンドでの発表、そしてジャーナルクラブ。きめ細かい鑑別の仕方から、エビデンスに基づく検査、そして治療の提示。密度の濃い3年間。とにかく、しごかれたと言っている。

そして冒頭の最初のせりふはわが師匠である Dr. Vaidyan から、二番目のせりふはプログラムディレクターから、当時口癖のように聞かされたものだ。これらの呪文は、私の体に染み渡るまで繰り返された。現在レジデンスを経験中の若手ドクターたちも、皆この洗礼を受けているはずである。

Dr. Vaidyan が新しいファカルティメンバーとなって以来、当院では、徐々にホスピタリストによる教育に重きが置かれるようになった。そして現在、彼が作り上げたホスピタリストグループの役割は、レジデント教育において、そのかなりの部分を占めている。レジデントたちは担当ホスピタリストのもと、チームとしてその手足となって働き、プラクティカルな患者管理を、日々学ぶのである。

それは従来大学病院で行われていたような、各サブスペシャリティからアテンディングを月ごとに割り振り、朝のラウンドだけを一緒に行うような、通り一遍の総合内科教育ではない。

Hospital Medicine のスペシャリストによる、より実践的な細かい指導であり、徹底した OJT (On the Job Training) である。これは、私がレジデントのときにもなかったものだ。

従来型の教育システムに比べ、ホスピタリストがメインの指導者となったシステムに、医学生やレジデントがより高い満足度を示したというデータが、エモリー大学における調査で実際に示されている。その論文内 (J Gen Intern Med.2004 [PMID: 14748855]) で著者らは「総合内科における EBM に基づいた熱意ある教育等、トレーニングを受ける側にとってより価値のある特徴的な人格 (specific characteristics) とその教師としての姿勢」を、その高い満足度の理由として挙げている。各大学病院も現在、ホスピタリストをその教育システムに取り入れ始めている。

He is somewhat lethargic, and confused, which is probably secondary to sedative medications.

(少し傾眠傾向で、混乱しています。たぶん、セデーションによるものだと思いますが。)

No. I think this patient needs a brain MRI. He is not confused, but has an expressive aphasia.

(いや、頭部 MRI が必要だと思う。混乱ではなく、失語症状があるようだ。)

それは、急性呼吸不全で ICU に入院になった患者だった。抜管後、患者が傾眠状態であり、混乱しているようだとのレジデントからの報告であった。しかし診察した結果、私は失語症を疑った。患者は完全にこちらの言うことを理解しているのだが、言葉にできないようだった。Yes/No での質問に、患者はきちんと返答してくる。その後、予想通り頭部 MRI にて、前頭部に脳梗塞が認められた。すぐにアスピリン投与を開始するとともに、神経内科にコンサルトがなされた。ほんの少しでもレジデント教育に貢献できたと思うと、やはり気分がいい。

Place yourself in a position for improvement. I can create such an environment.

(お前は、自分自身を成長させられるところに身を置き。俺なら、それをお前に与えられる。)

レジデンス修了の間際、進路に迷っていた私に、師匠が掛けてくれた言葉である。そしてその言葉通り、彼は私を適切な環境に置き、そしていまだに成長できるよう引き上げてくれる。これは、私がレジデントであったときからなんら変わらない。彼を師匠と仰ぐゆえである。

そして私は、この教育システムに残り、今度は教える側に回ることで、自分自身をより成長させる道を選んだ。収入面だけでいえば比較にならないほど好条件の病院からオファーがあったにもかかわらず、だ。まだまだ発展途上の私にとって、師匠である彼の存在と、その彼が作ろうとしていたシステムは、それほどまでに魅力的であった。

Real Hospitalist 虎の巻

ホスピタリストの役割とそれに伴う利点③

総合内科医であるホスピタリストによる、レジデントや医学生に密着した、病棟管理に関するきめ細かい医学教育。従来型のサブスペシャリティによる月ごとの割当ての当番制アテンディングと比較し、より高い満足度と教育の質が期待できる。

私のように研修時にかなり苦労したレジデント、平たく言えばまあ「落ちこぼれ」だが、そういう人材でも「やる気さえあるならば、そのポテンシャルを最大限に引き上げてやろう」という姿勢が、こちらの教育システムにはある。私はかつて日本で、外科の世界の「技術は目で盗め」という研修生活を送った身だ。両方を経験した上でそれらを振り返ったとき、こちらの教育システムを日本に浸透させたいと、最近、切に願うのである。

連載に関する意見や病院見学の要望など、弊紙編集室までお寄せください。



セントルイス紹介 Photo シリーズ第2弾、ブッシュスタジアム。ご存じ、セントルイスカーズの本拠地である。試合日にはこのスタジアムまで、チームカラーである赤色の服を着込んだ人波で、文字通り道が赤く染まる。2006年には、24年ぶりにワールドシリーズを制し、市全体が熱狂に沸いた。筆者も記念Tシャツを購入した一人。

6 medicina

Vol.48 No.6 睡眠呼吸障害の克服

—内科医が知っておきたい病態・症状・関連疾患

睡眠呼吸障害は頻度の高い病態で、生活習慣等との合併が明らかになっていますが、実際は多くが見逃されています。本特集では、睡眠呼吸障害の病態・症状・関連疾患を知り、内科医自身が日常診療で見つけ治療する、もしくは専門医と連携し診療する一助となるよう企画しました。

INDEX

- 第1章 睡眠呼吸障害とは
- 第2章 睡眠呼吸障害の病態生理
- 第3章 睡眠呼吸障害の臨床症状、検査および診断
- 第4章 睡眠呼吸障害と関連疾患
- 第5章 睡眠呼吸障害と治療
- 第6章 小児、神経筋疾患と高齢者の睡眠呼吸障害座談会「多くの診療場面で遭遇する睡眠呼吸障害」

●1部定価 2,520円(税込)

▶2010年増刊号(Vol.47 No.11)

これだけは知っておきたい

検査のポイント 第8集

●定価 7,560円(税込)

連載

- 演習・循環器診療
- 研修おたく海を渡る
- 手を見て気づく内科疾患
- The M&M reports
- 見逃し症例に学ぶ内科ERの鉄則
- 目みトレーニング
- アレルギー・膠原病科 × 呼吸器科 合同カンファレンス
- 今日の処方と明日の医学
- 医事法の扉 内科編
- Festina lente

▶来月の主題(Vol.48 No.7)

内科疾患の予防戦略

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>

プライマリ・ケア / 総合診療のための「JIM」

JIM

Journal of Integrated Medicine

Vol.21 No.6

特集 | すべては地域医療に

新医師臨床研修制度の実施以降、医師不足の問題とそれに引き続き生じた自治体病院の問題など、地域の医療崩壊が話題にならない日はない。しかし、元佐久総合病院院長の故若月俊一氏が「医療はすべからず地域医療であるべきで、地域を抜きにした医療はありえない」と述べたように、医療の問題は都市であるかへき地であるかにかかわらず、すべては地域の問題に帰結する。昨今、大学では地域医療枠を設けて地域における医療人材をあらかじめ確保し、また初期研修カリキュラムにも地域保健・医療、という地域医療を学ぶ一定期間を設けるなど、地域医療に曝露する機会を設け行政も対応を行い始めている。今回は、これらの地域医療に携わる教育者および学習者に向けた地域医療の理論、実践、そして教育方法に関する特集を企画した。

INDEX

- 【総論】歴史的必然としての地域包括ケア化……猪飼周平
- 【地域】地域医療とガバナンス……和野清美
- 【各論】地域医療のさまざまなキャリア
- ・NPO法人北海道プライマリ・ケア(PC)ネットワーク 後期研修プログラム「ニボボ」……山本和利
- ・福島県立医科大学 地域・家庭医療学講座 世界標準の家庭医の養成～福島から世界へ……高柳宏史・葛西龍樹
- ・自治医科大学地域医療学センター……三瀬順一
- ・佐久総合病院——地域指向型ジェネラリスト育成……長 純一
- ・長崎医療センター—離島・地域医療研修 ……江崎宏典
- ・沖縄県立中部病院「島医者」の育成 ……本村和久

- 地域医療での指導の実際……吉村 学
- 女性医師と地域医療問題……中前範子
- 地域医療のための患者・住民の新たな役割……藤本晴枝
- 【スペシャル・アーティクル】行政として地域医療を支えるための取り組み—高知県 地域医療を支えるために……倉本 秋・脇口 宏・澤田 努・川内敦文・家保英隆・久保田 賢・島田雄彦
- 病診連携強化による地域医療の充実 地域医療を支えるために……レシャード カレド
- 豪州フレinders大学における地域医療教育 地域医療を支えるために……高村昭輝

●1部定価 2,310円(税込)

▶来月の特集(Vol.21 No.7) EBMアップデート

年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引されています。送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。

2011年 年間購読料(冊子のみ)

▶ medicina 36,740円(税込) —増刊号を含む年13冊—

▶ JIM 26,880円(税込) —年12冊—

電子版も選べいただけます



医学書院

臨床医学航海術

第65回

臨床医学は疾風怒濤の海。この大海原を安全に航海するためには卓越した航海術が必要となる。本連載では、この臨床医学航海術の土台となる「人間としての基礎的技能」を示すことにする。もっとも、これらの技能は、臨床医学に限らず人生という大海原の航海術なのかもしれないが……。

論理的思考能力—考える

田中和豊

済生会福岡総合病院臨床教育部部長

第61回から第64回までは、「英語力—外国語力」について考えた。今回は、人間としての基礎的技能の第7番目である「論理的思考能力—考える」について考察する。

「考える」とは？

第63回で、医療行為に限らず、ある学芸などの技能は、反射的かつ無意識的に出来るようになって初めて習得したと言える」と述べた。しかし、人間はあまりにも反射的にかつ無意識的に行動すると、「考える」ということができなくなるらしい。

以前、救急室でこんなことがあった。研修医が救急車で搬入された患者さんに点滴をしようとしていたので、「何の患者さんなの？」と聞くと、研修医は「献血で採血されるときに気を失った患者さんです」と答えた。それを聞き、「献血で採血されるときに緊張して気を失ったなら、ここで採血したらまた気を失っちゃうんじゃない？」とさらに問いかけると、「救急車で来た患者さんには全員採血と点滴をするんじゃないんですか？」と聞き返された。これは、救急患者に採血・点滴を反射的かつ無意識に行うことが、過剰になりすぎてしまった一例といえよう。

だからといって、逆に考え過ぎてしまうというのはいけな。救急室で研

修医に診察している患者さんの鑑別診断を聞くと、ありとあらゆる鑑別診断を答える者がいる。最近の研修医向けの救急の書籍には、研修医が陥りやすいピットフォールなどがよく記載されている。確かにピットフォールを覚えておくことは非常に大切だろう。しかし、あまりにもピットフォールばかり考え過ぎてしまうと、患者さんを帰宅させることができなくなるのではないか？もしかしてこの患者さんはまれにみる致命的な疾患なのかもしれない、見逃したら訴訟になる……などと考えれば考えるほど、検査したくなり、専門医を呼びたくなる。そして、単なる「風邪」の患者さんさえも帰せなくなってしまうのだ。

これらのことから、「考える」ということは、適切な時に適切な場所で適度に行われなければならないことがわかる。「そんなに難しいことじゃないのでは？」と思う読者もいるかもしれない。しかし、「考える」ということはそれほど簡単なものではないのである。

「考える」規則

ここで、「コレステロール値が高くなると、死亡率が上昇する」という仮説が正しかったとしよう。では、果たしてこのことから「コレステロール値を下げれば、死亡率は低下する」といえるだろうか。「そんなの当然では？」と言う方もいるであろう。

しかし、これは論理的には正しくない。「コレステロール値が高くなると、死亡率が上昇する」という命題が真である場合、同じく真といえる命題は、元の命題の裏に当たる「コレステロール値が高くならなければ、死亡率は上昇しない」ではなく、対偶である「死亡率が上昇しないならば、コレステロール値は高くなっていない」

という命題なのだ。ここで、「命題」「真」「対偶」「裏」とか何を言っているんだと思われるかもしれないが、これらは実は高等学校の数学で学習しているはずだ。ここでは解説を省略したい。

上記の例からわかるように、われわれが日常的に正しいと考えていることの中には、実は間違っていることも多々あるのだ。また、「考える」という行為には一定の規則があるため、われわれは、正しく「考える」ために、その考える規則を知っておく必要がある。

この「考える」規則を研究する学問こそが「論理学」である。これは学生時代に絶対に学習すべき学問であろう。なぜならば、思考の基本法則である基本的論理を知らなければ、正しい思考もできないし、他人との議論もできないからだ。

「論理学」については、少し古い本で難解ではあるが、

沢田允茂著『現代論理学入門』(岩波新書、1962)

がバイブルであろう。近年、合理的思考方法を学ぶということで、ちまたでは「論理学ブーム」が起こっており、新しい「論理学」の本が多数出版されているという。しかし、医学界では、論理的におかしいのではないかという議論がいまだに多く見受けられる。このようなトンチンカンな議論が起るのには、ひとえに医師自身が「論理学」を学んでいないからではないだろうか？

考え過ぎ

生きる上で思考の基本法則である論理を知っておくことは非常に重要だ。しかし、人間は「論理、論理」と言っていると、「論理」を絶対視するようになるらしい。当たり前だが、人間の生活には論理では説明できないこともある。

これはEBM、つまり科学的根拠に

表. 人間としての基礎的技能

- ①読解力—読む ②記述力—書く
- ③視覚認識力—みる ④聴覚理解力—きく
- ⑤言語発表力—話す、プレゼンテーション力
- ⑥英語力—外国語力
- ⑦論理的思考能力—考える
- ⑧芸術的感性—感じる ⑨気力と体力
- ⑩生活力 ⑪IT力 ⑫心

基づく医学においても同様に当てはまる。もちろん医学を科学的根拠に基づいて行うことは非常に重要だろう。しかし、現在の医療において治療方針の決定がランダム化比較試験による科学的根拠に基づいて行われたのは、10—60%の患者についてのみであったという報告もある¹⁾。

EBMを普及させることは非常に大切なのだが、EBM信奉者の中にはこのEBMを絶対視する人もいる。そういう人の中には、何かにつけて「エビデンスはあるのか?」「エビデンスがない検査や治療は絶対にするな!」などと極端なことを言う人もいる。

しかし、医療行為やわれわれの生活でエビデンス、エビデンスと言うと、ほとんど何もできなくなってしまうはずである。例えば、いまこれから皆でお酒を飲もうというときに、誰かが「とりあえず生ビール!」と注文したとしよう。それを聞いて、「『とりあえず生ビール』にエビデンスはあるのか?」と言い出す人がいたらどうであろうか……? 一同、笑顔が凍りつくはずである。

「考える」ことは確かに大切である。しかし、あまりにも考え過ぎてしまうと、夏目漱石が『草枕』に書いたように「智に働けば角が立つ」状態になってしまうのだ……。

参考文献:

- 1) 小山弘, 福井次矢. 診療行為の根拠と患者のアウトカム. 日内会誌. 2004; 93(1): 178-85.



イラストレーション:高野美奈

神経心理学 コレクション シリーズ編集 山鳥 重・河村 満・池田 学

新刊 **心はどこまで脳なのだろうか** 兼本浩祐
近年の脳科学の進歩や操作的診断基準の普及により、精神医学の拠って立つ地平が大きなパラダイムシフトを起こしている。患者の病的体験を直接的に「了解」しようとするアプローチは、果たして「心」はすべて「脳」で説明されるのだろうか。精神医学、脳科学の根本命題をめぐる、著者一流の考察。
●A5 頁212 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01330-7]

病理から見た神経心理学 石原健司・塩田純一
認知症をはじめとする疾患について、その臨床診断と病理診断を比較し、結果をまとめたもの。臨床診断の解説後、「種明かし」をするように病理診断を紹介する構成はさながら「推理小説」。初心者でも楽しみながら読み進められる1冊。
●A5 頁248 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01324-6]

脳を繙く 歴史でみる認知神経科学 訳=河村 満
認知神経科学について「歴史」を切り口に解説するもの。認知(記憶など)、言語、運動といった神経心理学領域で扱われる一通りのテーマについて、過去から現在までの歴史的な流れが押さえられる。用語や人名などを網羅的に収録しているため、教科書的・辞書的に使うことも可能。神経内科医・精神科医はもちろん、初学者やメディカルが神経心理学領域を理解するためのサブテキストとしても有用な1冊。
●A5 頁432 2010年 定価5,040円(本体4,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01146-4]

医学書院

シリーズ LINE UP

視覚性認知の神経心理学 鈴木匡子
●A5 頁184 2010年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00829-7]

レビー小体型認知症の臨床 小阪憲司・池田 学
●A5 頁192 2010年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01022-1]

失われた空間 石合純夫
●A5 頁256 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00947-8]

認知症の「みかた」 三村 将・山鳥 重・河村 満
●A5 頁144 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00915-7]

街を歩く神経心理学 高橋伸佳
●A5 頁200 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00644-6]

ピック病 二人のアウトグスト 松下正明・田邊敬貴
●A5 頁300 2008年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00635-4]

失行 [DVD付] 河村 満・山鳥 重・田邊敬貴
●A5 頁152 2008年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00726-9]

ドイツ精神医学の原典を読む 池村義明
●A5 頁352 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00335-3]

トーク 認知症 臨床と病理 小阪憲司・田邊敬貴
●A5 頁224 2007年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00336-0]

頭頂葉 酒田英夫・山鳥 重・河村 満・田邊敬貴
●A5 頁280 2006年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00078-9]

手 訳=岡本 保
●A5 頁272 2005年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-11900-9]

痴呆の臨床 目黒謙一 CDR判定用ワークシート解説
●A5 頁184 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-11895-8]

Homo faber 道具を使うサル 入来篤史
●A5 頁236 2004年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11893-4]

失語の症候学 ハイブリッドCD-ROM付
相馬芳明・田邊敬貴
●A5 頁116 2003年 定価4,515円(本体4,300円+税5%) [ISBN978-4-260-11888-0]

彦坂興秀の課外授業 眼と精神
彦坂興秀 (生徒1)山鳥 重 (生徒2)河村 満
●A5 頁288 2003年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11878-1]

高次機能のブレインイメージング ハイブリッドCD-ROM付
川島隆太
●A5 頁224 2002年 定価5,460円(本体5,200円+税5%) [ISBN978-4-260-11876-7]

記憶の神経心理学 山鳥 重
●A5 頁224 2002年 定価2,730円(本体2,600円+税5%) [ISBN978-4-260-11872-9]

チャールズ・ベル 表情を解剖する
原著=Charles Bell 訳=岡本 保
●A5 頁304 2001年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11862-0]

タッチ 岩村吉晃
●A5 頁296 2001年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-11855-2]

痴呆の症候学 田邊敬貴 ハイブリッドCD-ROM付
●A5 頁116 2000年 定価4,515円(本体4,300円+税5%) [ISBN978-4-260-11848-4]

神経心理学の挑戦 山鳥 重・河村 満
●A5 頁200 2000年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11847-7]

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

プロメテウス解剖学アトラス コンパクト版

坂井 建雄 ● 監訳
市村 浩一郎, 澤井 直 ● 訳

B6・頁816
定価4,725円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01126-6

評者 依藤 宏
群馬大大学院教授・機能形態学

解剖実習は医学生が専門課程に進学して最初に突き当たる一大関門である。集中力を要求される解剖作業、解剖した多数の構造に付けられた見慣れない名称の暗記。そこ

医学生必修の解剖図を凝縮したアトラス



には、電車の中でよく見かける、高校生が教科書の単語をマーカーで塗り、その上に反対色の透明シートをかけて単語を隠し覚えるといった方法ではこなしきれない質的に異なる勉強法が要求される。すなわち解剖学では、というより専門課程の科目では、すべて必要事項の重要度のランク付けを行い、その重要度の高いものを押さえた上で、徐々に重要度の落ちるものへと手を広げていくという勉強法が必要なのである。

今回、解剖実習で医学生が押さえておくべき解剖図を集めた図譜が出版された。それがこの『プロメテウス解剖学アトラス コンパクト版』である。この本の図はコンピューターグラフィックスによる美しい図譜として多くの医療関係者にインパクトを与えた『プロメテウス解剖学アトラス』のシリーズの1冊『コアアトラス』から選んだものである。学生の勉強用にカード式として出版された原書を、監訳者が長年の教育者としての見識を基に、本来のカードにはなかった工夫を随所に盛り込んで書物の形としている。

この本の特長を挙げてみると、①単行本になったことで、カードのようにバラバラになることもなく、部位別の各図に容易に到達できる。このことは学生が実習と並行して復習あるいは試

験勉強する際に役に立つ。②見開きで左に図、右に解答の和名および英名が併記されている。カードのように解答を確認するのに毎回裏返す必要がなく、また英名も併記されていることで積極的に医学用語を英語で覚えていこうとする学生にとって、図、和名、英名の対比、対照が容易に行える。③図・解答の下に関連問題とその解答や解説、臨床関連事項が記載されていて、単なる図と用語の対比に終わる図譜ではない。④英文・和文の索引が付いている。この索引が付いたことで、この本が単に暗記用に終わることなく、

辞書、参考書として活用することが可能となっている。⑤『プロメテウス解剖学コアアトラス』の対比頁・図番号が各頁に付されている。これにより、さらに詳しい周辺構造を確認したい場合や詳しい説明が欲しいときに容易にその情報にたどり着ける。すなわち、いちいち別の本の目次や索引に当たって調べるといった手間をかける必要がない。このように、このアトラスは学生にとってまさに至れり尽くせりで、評者も学生のころにこのような本があればと思わずにはいられないような本である。値段がもう少し低価格であれば一層多くの医学生に活用されるのではないかと少し残念だが、このような良質の本が加わったことは医学生にとっての朗報である。学生諸君はぜひこの本を大いに活用し、解剖の関門を突破する一助としていただきたい。

このように、このアトラスは学生にとってまさに至れり尽くせりで、評者も学生のころにこのような本があればと思わずにはいられないような本である。値段がもう少し低価格であれば一層多くの医学生に活用されるのではないかと少し残念だが、このような良質の本が加わったことは医学生にとっての朗報である。学生諸君はぜひこの本を大いに活用し、解剖の関門を突破する一助としていただきたい。

『標準言語聴覚障害学』聴覚障害学

藤田 郁代 ● シリーズ監修
中村 公枝, 城間 将江, 鈴木 恵子 ● 編

B5・頁368
定価5,460円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00993-5

評者 大沼 直紀
東大先端研客員教授/前 筑波技術大学長

聴覚にかかわる問題は人の一生を通じて扱われる。特に近年は“聞こえのバリアフリー”を必要とする二つの世代ピークがある。一つは加齢による聞こえの不自由さに悩み、周囲とのコミュニケーションに困難を感じる高齢者。もう一つは、新生児聴覚スクリーニングにより早期に難聴が発見されるようになった聴覚障害幼児とその家族である。

待望の標準的「聴覚障害学」のテキスト



世界では言語聴覚障害にかかわる“ST”と“Audiologist”の資格や専門領域が独自に定められているのが一般的であるが、日本では「言語士」と「聴覚士」のどちらをも合わせた「言語聴覚士」として広範な専門性を身につけなければならない。かねてから、オーディオロジーに詳しい「言語聴覚士」の養成が質量ともに遅れがちなことを私は心配していた。

補聴器フィッティング理論の基礎をつくり“Father of Audiology”と呼ばれたカーハート博士(Raymond Carhart, 1912-1975)が、米国ノースウエスタン大学に初の「オーディオロジー学科」を設置したのは1946年のことである。その後、20世紀後半には欧米先進国ではAudiologist制度が確立され、専門家を育てるための多くの成書が出版された。

なかでも耳鼻科医やAudiologistの必読教科書として世界中で読まれた名著の一つが、CID(Central Institute for the Deaf; ワシントン大学医学部附属中央聾研究所)のハロウエル・デービス博士とリチャード・シルバーマン博士の編著による“Hearing and Deafness”である。版を重ね、その第4版は1980年に出版された。

当時の日本にはオーディオロジーの専門書がほとんどなかったため、CID留学仲間の数名の研究者が集まりこの

第4版を翻訳することになった。原本名の“Hearing and Deafness”を何と訳したらよいか議論するなかで、私が“聴覚障害学”という訳語を提案し、ある

医学出版社から訳本『聴覚障害学』が刊行された。これが「聴覚障害学」の用語が活字となって広まるきっかけとなったわけである。

本書は聴覚障害乳幼児から高齢難聴者まで、生涯にわたる聞こえの補償と支援を行う専門家(言語聴覚士や補聴器相談医に限らず、教育オーディオロジー担当教師、認定補聴器技能者、情報保障支援者など)になるための内容が充実している。

最新の理論・技術を紹介する「Topics」や、先駆的な試み・知見・展望を解説する「Column」は臨床家や研究者にとっても有用である。

章ごとの知識を整理させてくれる「Key Point」は言語聴覚士を志す学生に役立つであろう。特にページの要所に配置されている多くの「Side Memo」が専門用語の理解を助けてくれる。これらの「Side Memo」を集めただけでも新しい「聴覚障害学の用語辞典」となりそうである。

日本で初めての多チャンネル人工内耳手術が行われてから25周年に当たる今、標準的「聴覚障害学」のテキストが世に出たことは意義が深い。私にとっても“Hearing and Deafness”(第4版、「聴覚障害学」)以来、待ち望んでいた教科書といえる。

●書籍のお問い合わせは
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 医学書院販売部まで
FAX(03)3815-7804
なお、ご注文は最寄りの医学書院刊行物取扱店(医学書院特約店)へ。

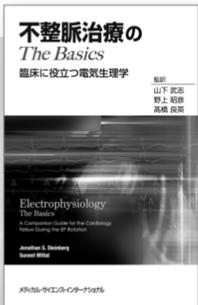
不整脈治療のThe Basics

Electrophysiology: The Basics - A Companion Guide for the Cardiology Fellow during the EP Rotation

新刊

臨床に役立つ電気生理学

「臨床」に生かせる「基礎」をしっかりと整理



病棟、外来で不整脈治療を行う観点で臨床電気生理学の知識をまとめたコンパクトガイド。不整脈の診断と治療を進めるにあたり、必要十分な知識を提供。カテーテルアブレーションやデバイス治療、薬物治療を行う前に理解すべき基礎知識として、実践的なポイントを押さえた内容になっている。研修医や専門医をめざす若手医師、また心臓電気生理学に苦手意識を持つ循環器科医に、不整脈の標準的な治療とは何かをイメージさせる一書。

監訳 山下武志
心臓血管研究所常務理事・研究本部長
野上昭彦
横浜労災病院不整脈科部長
高橋良英
横浜労災病院循環器センター内科部長

●定価5,250円(本体5,000円+税5%)
●A5変 頁312 図113・カラー図13 2011年
●ISBN978-4-89592-675-1

“不整脈”関連好評書

EPカンファレンス第2版

症例から学ぶ不整脈・心臓電気生理



著 宮崎久
●定価7,140円(本体6,800円+税5%)

不整脈治療薬ファイル

抗不整脈薬治療のセンスを身につける



著 村川裕二
●定価5,250円(本体5,000円+税5%)

心筋細胞の電気生理学

イオンチャンネルから、心電図、不整脈へ



著 山下武志
●定価4,830円(本体4,600円+税5%)

日本クリニカルパス学会・医学書院 主催 2011年度クリニカルパス教育セミナー

わかる!できる!クリニカルパス ~基本と実践~

*プログラムタイトルは仮題です

大阪 定員 400名

2011年7月9日(土) 13:00~17:15

千里ライフサイエンスセンター ライフホール

豊中市新千里東町1-4-2

千里ライフサイエンスセンター5階

座長 副島秀久(済生会熊本病院)

山中英治(若草第一病院)

プログラム

- バス使用時の医療記録・看護記録の考え方 森崎真美(済生会熊本病院)
- クリニカルパス電子化のポイント・落とし穴 勝尾信一(福井総合病院)
- 分析を意識したバスの作成(含 ベーシックアウトカムマスター(BOM)について) 若田好史(九州大学病院)
- DPC時代で活きるクリニカルパス 田村茂行(関西労災病院)
- 地域連携バスを使った地域医療ケア向上への取り組み 里井壮平(関西医科大学附属病院)

東京 定員 400名

2011年7月23日(土) 13:00~17:15

学術総合センター 一橋記念講堂

東京都千代田区一ツ橋2-1-2

学術総合センター2階

座長 濃沼信夫(東北大学大学院)

齋藤 登(東京女子医科大学)

プログラム

- バス使用時の医療記録・看護記録の考え方 久保田聡美(近森病院)
- クリニカルパス電子化のポイント・落とし穴 岡本泰岳(トヨタ記念病院)
- 分析を意識したバスの作成(含 ベーシックアウトカムマスター(BOM)について) 島井健一(国立がん研究センター)
- DPC時代で活きるクリニカルパス 中村廣繁(鳥取大学医学部附属病院)
- 地域連携バスを使った地域医療ケア向上への取り組み 田中良典(武蔵野赤十字病院)

参加費: 5000円(資料代・消費税含む)
申し込み方法: 学会ホームページ(<http://www.jscp.gr.jp>)からオンラインで受付致します。セミナー受講者には「セミナー修了証」を発行いたします。

お申し込みに関するお問い合わせ:
日本クリニカルパス学会事務局
TEL 03-3470-9978 FAX 03-3470-9962
E-mail: jscp-admin@umin.ac.jp
内容に関するお問い合わせ:
株式会社医学書院PR部 電話 03-3817-5696

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

《神経心理学コレクション》

脳を繙く 歴史でみる認知神経科学

M. R. Bennett, P. M. S. Hacker ● 著
河村 満 ● 訳
山鳥 重, 河村 満, 池田 学 ● シリーズ編集

A5・頁432
定価5,040円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01146-4

「こんな本は読んだことがありません」と、訳者の河村満教授は序文で述べています。私もまったく同意見ですが、さらに「こんな本を読みたかった!」と付け加えたいと思います。

原書タイトルの“History of Cognitive Neuroscience”や、目次を眺めただけでは、認知神経科学の主要な発展が網羅的に整理されている百科事典的な書物を想像してしまいそうになります。そんな本ならおそらくほかにもいくつも出版されているでしょう。本書も確かに情報量は豊富ですが、アンソニー・ケニーのまえがきにも記されているように、この本の狙いは、網羅的知識の提供とはまったく別のところにあります。

本書では、認知神経科学の歴史上の主要な業績・仮説が順に紹介されていきますが、そのような業績に対する賛否両論の併記という穏便な方法をとらず、本書の著者、マックス・ベネットとピーター・ハッカーは、何らの遠慮・躊躇もなく、古今の学説の矛盾点を批判していきます。どうして彼らにそのような思い切ったことができたのでしょうか?

それは著者らが、明晰で一貫した「概

念分析」という方法論に立脚し、その統一的視点で、本書を書き上げたからなのです。彼らの方法は、分析哲学の文献になじみのない読者にとっては、最初は何をめざしているのかわかりにくいかもしれませんが、著者らが立脚している方法は、哲学についての特別な知識を必要としない、筋道立ったものの考え方です。論理的にものごとを考えると、論理的にものごとを考へることを楽しめる知的センスを備えた読者であれば、しばらく読み進めるうちに著者らの視点を共有し、最後には、この本で最も難解な最終章の

議論にもついていくことができるでしょう。

その最終章は、著者らの見解に対するダニエル・デネット、ジョン・サール、ポール・チャーチランドからの批判への再反論で構成されています。現代の「こころの哲学」を代表するこの3名への再反論は、この本で最も刺激的な部分です。私自身はフォーク・サイコロジー(常識心理学)の用語を、従来の意味からあえて逸脱して用いるデネットらに共感しており、自分自身も「脳が記憶し、思考し、判断する」といった言い回しを意図的に用いることがあります。しかし、そのような言い回しを「メレオロジカルな誤謬(全体と部分を取り違える誤謬)」として批判するベネットとハッカーの批判は

評者 村井 俊哉
京大教授・精神医学

こんな本を読みたかった!



考える腎臓病学

谷口 茂夫 ● 著

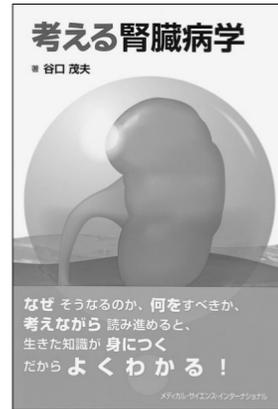
A5変型・頁248
定価4,200円(税5%込) MEDSI
http://www.medsj.co.jp/

評者 渡辺 毅

福島医大教授・腎臓高血圧・糖尿病内分泌代謝内科学

臨床医学の本質は、さまざまな患者情報から医学的問題点を的確に把握し、解決することである。特に、腎臓病学は、体液と代謝の調節臓器である腎臓の異常病態を「考える」過程の一つの醍醐味がある。腎臓病学が苦手という人は、従来の医学教育がやや知識の記憶に偏っていたことに起因する「考える」ことの訓練不足による可能性が高いと書いている。本書では、教科書のように腎臓病学の知識を網羅しているわけではなく、重要な問題点に絞って、解決に至る考え方の筋道(way of thinking)を示している。

腎臓による体液・代謝調節の理解をすべての臨床医に



本書の記述形式は、最初に概念などの必要最小限の基本事項が解説され、ポイントが簡潔に記述された後、問題形式での設問に対する解説に重点が置かれている。各章は、独立しており必要な章だけ読んでも理解できる。記述は大変テンポがよく、時間を忘れて読み切れ、自然に著者の考え方を習得できる仕組みである。通常、暗記した知識は簡単に忘れるが、本書で会得した知識は way of thinking をたどることで簡単に思い出す(recall)ことが実感できる。

また、腎臓の体液調節機能の分子生理学的研究で多くの業績を挙げた著者らしく、新規の研究業績の紹介がわかりやすくトピック的に挿入されている

極めて強力です。「こんな議論が聞きたかった!」と思い、また、できればこの本を多くの読者に読んでいただき、共にこういう議論ができる人たちが増えてくれるのを願います。

脳の中には世界を映し出す鏡があり、それを見ている小人(ホムンクルス)がいる。このようなイメージで脳について考えることは、古めかしい愚かなことだ、とこの領域にかかわる研究者の多くは、自信を持って答えるで

点は、読者の向学心、研究心も満足させてくれる。さらに本書には、欄外に重要な項目や教訓的なメモが追記され、各事項の軽重がよく理解できる。

本書の「考える」根拠は、もちろん医学的根拠(science)と疫学的証拠(evidence)であるが、欄外のメモには、著者の臨床経験の口承的(narrative based)な臨床現場での「本音」もあり、通常の教科書にはない魅力になっている。

本書の上述の特徴は、著者が長年東京大学教官として、学生や、研修医の教育法を自ら試行錯誤しながら改良してきたたまものであり、東京大学医学教育での顕著な功績に与えられる「The Best Teacher's Award」を受賞したゆえんでもある。したがって、本書は、主な読者として、「研修医」「医学生」が想定された記述となっている。得られる腎臓病学の知識量も研修医には十分な内容である。

一方、腎臓による体液・代謝調節の理解はすべての臨床医に必要なが、それに苦手意識を持つベテラン医師の方々の腎臓病学再挑戦にも本書は最適である。さらに、腎臓病専門医にも、自身の研修医教育での参考だけでなく、優れた基礎腎臓病学者でもある著者の見識や提示されたトピックに、「目からうろこ」的な経験も期待できる。ぜひ、一読をお勧めしたい。

しょう。しかし、ホムンクルスのイメージはあまりに強力で、私たち研究者は、いつの間にか無意識のうちに、その誤謬に自らの言説を汚染されてしまっているのかもしれない。

本書の性格上、確実に意味が追える翻訳が極めて重要になりますが、正確な意味を原書で確認してみようなどという気がまったく起きないほど訳文は信頼でき、訳者には心より敬意と感謝の意を表したいと思います。

「週刊医学界新聞」 on Twitter!
(igakukaishinbun)

「診断の達人」による臨床指南

ティアニー先生の臨床入門 Principles of Dr. Tierney's medical practice

ローレンス・ティアニー カリフォルニア大学サンフランシスコ校 内科学教授
松村正巳 金沢大学医学教育研修センター准教授 リウマチ・膠原病内科

- 「診断の達人」「鑑別診断の神様」と賞賛される米国の代表する内科医、ローレンス・ティアニー氏が臨床医学の学び方と臨床修練の基本を綴った。
- 医師はどうか成長していくべきか、すぐれた臨床教育者として知られるティアニー氏ならではの臨床道が語られている。
- 本書で初めて綴られたティアニー氏による「症例提示のスキル」も必読である。
- 医学生・研修医必読のシリーズ第二弾。

ローレンス・ティアニー 「鑑別診断の神様」、「内科医の頂点」と呼ばれ、世界で最も尊敬される内科臨床医の一人。病歴と身体所見から鑑別診断をもれなく挙げ、診断を絞り込んでいく講義は、ユーモアにあふれ、学びと含蓄に富むと絶賛されている。著書に「ティアニー先生の診断入門」(医学書院)など。

●A5 頁164 2010年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-01177-8]



既刊タイトルも合わせて読みたい!

ティアニー先生の診断入門

著 ローレンス・ティアニー + 松村正巳

●A5 頁152 2008年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-00698-9]

ティアニー先生の臨床入門

ローレンス・ティアニー
Principles of Dr. Tierney's medical practice

名匠に学ぶに勝るものなし!!
「診断の達人」による臨床指南

- 主要目次
- I. 臨床入門
 - II. 症例提示のスキル
 - III. 診断へのプロセス・ケーススタディ
- ※「身体診察のTIPS」「研修医へのアドバイス」などのコラムも充実。

ハリソン内科学 第3版

Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition

絶賛発売中

日本語版監修
福井次夫 聖路加国際病院院長/京大名誉教授
黒川 清 政研研究大学院大学教授/京大名誉教授

読者からの声

- 20代・医学生 「愛読しています。学部3年にはまだ難解な部分もありますが、『ハリソン』とともに頑張ろうと思います。」
- 20代・医学生 「他の内科学書よりも詳しく書かれている点が多く、勉強になります。」
- 20代・研修医 「感染症科研修時に『ハリソン内科学』で勉強するよう勧められ、第2版を見た上で今回購入しました。手頃な価格で内容が充実し、写真も見やすく構成されています。」
- 60代・開業医 「毎版購入しています。第2版からカラーになり、第3版でDVDが付き見やすくなりました。発行が早いのと価格据え置きで手頃感があります。」
- 30代・理学療法士 「DVDでの画像は大変有難いです。きめ細かな解説であり、研究心や探究心がかきたてられる思いです。」



●全2巻 ●A4変 ●頁3,326 ●4色刷
●函入 ●ソフトカバー 定価31,290円
●ISBN978-4-89592-627-0 (本体29,800円+税5%)

特別座談会 「医学生・研修医にとっての『ハリソン内科学』とは?」 MEDSI Websiteにて公開中! <http://www.medsj.co.jp>

標準組織学 各論 第4版

藤田 尚男, 藤田 恒夫 ●著
岩永 敏彦, 石村 和敬 ●改訂協力

B5・頁616
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00302-5

図らずも『標準組織学 各論 第4版』(医学書院)の書評を書くことになった。私の学生時代に名物教授が担当する組織学は難関の1つであり、厳格に勉強させられたものだが、

半世紀を経て、
きわめて新鮮な感動を覚えた

以来ほぼ半世紀を経て組織学教科書の書評とは思えない縁である。この発端は、脳神経外科医でかつ童話作家の藤原一枝氏が、「脳神経外科では脳脊髄液の排出については、『arachnoid granulation から静脈洞を経由して大循環に還流する』とされているようだが、これは誤りではないか」と、文献付きで指摘されたことにある。藤原氏の示す文献を読むと、確かに私どもの(私だけかも知れないが)思い込みであり誤りであったようだ。

『標準組織学 各論 第4版』562ページには「くも膜果粒は脳脊髄液を硬膜静脈洞に排出する装置であると考えられてきたが、この説は疑問視されている。その理由として、くも膜果粒が生後しばらくしてから出現し、加齢とともに増加すること、多くの動物種にお

評者 山浦 晶

千葉県立保健医療大学長 / 千葉大名教授

いてこの構造が見つからないことなどがあげられる」とある。Weedの説が盲目的に書き継がれてきたもので根拠がないと、大阪大学の橋本一成一派の説(1982—2005年に書かれた)を紹介している。髄液はどこで吸収されるのか、本書が挙げる部位は、脈絡叢、脳室周囲器官群〔circumventricular organ (終板器官、脳弓下器官、松果体、交連下器官、下垂体、傍室器官、最後野など:これらの器官では毛細血管が窓あき型である)〕や神経周膜管(perineural tube)である。

くも膜果粒にかかわる疑問をきっかけに開いた『標準組織学 各論 第4版』であるが、ページを繰るにつれ、著者らの気迫をひしひしと感じるとともに、図の美しさ—組織形態学の持つ美しさに魅入ってしまった。“Beauty is truth, truth beauty. (John Keats)”の語も引用されている。

今回この書に接し、半世紀も前に学んだ学問に古いというより、極めて新鮮な感動を覚えたものである。

イラストレイテッド 脳腫瘍外科学

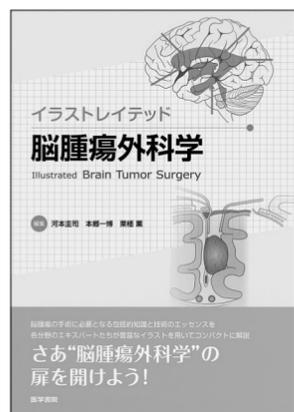
河本 圭司, 本郷 一博, 栗栖 薫 ●編

A4・頁272
定価16,800円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01104-4

『イラストレイテッド脳腫瘍外科学』が、このたび河本圭司・本郷一博・栗栖薫の三先生によって共同で編集され、上梓された。本書は「A 術前」「B 術中」「C 脳腫瘍の手術」「D その他の治療法」の章に分かれている。特に手術の項目ではわが国のトップの先生方に分担執筆していただいております。それぞれ非常にコンパクトではあるが、力作ぞろいの、濃い執筆内容になっている。専門医試験の受験者にとって、非常にためになる本であるといえよう。

「A 術前」の章では、脳腫瘍外科の歴史、分類と発生頻度、画像診断が述べられている。歴史と分類は河本先生、発生頻度は渋谷壯一郎先生、画像診断は藤井幸彦先生、画像鑑別診断は泉山仁先生、宮武伸一先生がそれぞれ執筆を担当されており、非常にわかりやすい。特に宮武先生のグリオーマ再発、放射線壊死、pseudoprogressionの項は、先生ご自身の最新の臨床経験

脳腫瘍手術の前に
ぜひ一読してほしい力作



評者 堀 智勝

女子医大名教授 / 森山記念病院名誉院長

に基づいた力作であり、一読に値する。私の患者さんで右帯状回を含んだ悪性グリオーマの部分摘出術後、宮武先生にホウ素中性子捕捉療法(BNCT)を行っていただき、完治(?)している患者さんの結婚式に招かれた経験などを読んでいて思い出した。そのほかにも悪性髄膜腫などの難治例にもBNCTが効果ありと聞いているが、帝京大の故・畠中坦教授が精力的に行っていた治療法を、より最新のモダリティを使用して完成度の高い治療法に仕立て上げた情熱に敬意を払いたい。

「B 術中」の章では、モニタリングについて片山容一先生が執筆されている。コンパクトではあるがMEPモニタリングに必要な知識、問題点などがきちんと記載されており、試験前に一読しておく必要があると思われる。私自身は経頭蓋刺激を主として、必要に応じて硬膜下電極あるいは皮質直接刺激で筋電図モニターを行っているが、片山先生

第22回「理学療法ジャーナル賞」

4月16日、第22回「理学療法ジャーナル賞」授賞式が医学書院本社にて開催された。本賞は、前年の1年間に『理学療法ジャーナル』誌に掲載された投稿論文のうち、特に優秀な論文を編集委員会が顕彰し、理学療法士の研究活動を奨励するもの。



●左から木下一雄氏、赤羽根良和氏、牧迫飛雄馬氏

『理学療法ジャーナル』誌への投稿論文数は年々増加しており、2010年の投稿総数は130本に上った。そのうち19本が選考対象となり、下記の3論文が第22回「理学療法ジャーナル賞」に選ばれた。

- 【入賞】赤羽根良和, 他 (さとう整形外科) 「骨粗鬆症性脊椎圧迫骨折に対する運動療法の意義—椎体圧潰変形の抑止効果について」(第44巻6号掲載, 報告)
- 【準入賞】木下一雄, 他 (慈恵医大柏病院) 「Magnetic Resonance Imaging (MRI) の特性を用いた単一運動課題における内閉鎖筋、外閉鎖筋の筋活動の差異についての検討」(同12号, 原著)
- 【奨励賞】牧迫飛雄馬, 他 (国立長寿医療研究センター) 「地域在住後期高齢者におけるIADL低下の予測因子としての歩行能力」(同7号, 報告)

「入賞」論文が選ばれたのは実に5年ぶり。編集委員の吉尾雅春氏(千里リハビリテーション病院)は、赤羽根氏らの論文について、臨床で行える簡便な方法で効果を上げられることが検証されており、「ある種の感動を覚えながら査読した」と高く評価した。

『理学療法ジャーナル』誌では本年も、掲載された投稿論文から第23回「理学療法ジャーナル賞」を選定する。詳細については『理学療法ジャーナル』誌投稿規定(<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/toukudir/rigakuj.html>)を参照されたい。

のD-waveはモニターとしては最も完成度の高いものである。さらに誌面が許せば下位脳神経刺激、VEP、嗅神経刺激なども記載されていると良かったのではないと思うし、試験によく出る、脊髄脂肪腫の際に必要な膀胱直腸機能・下肢筋のモニタリングなども必要と思われたが、紙幅の都合上致し方ないと思われる。

術中迅速診断も大変重要な項目である。特にグリオーマなどで術中MRIを行う場合や、ホルモン産生下垂体腺腫の場合のcomplete remissionを求めた治療の際には、この術中迅速診断が非常に重要である。

術中ナビゲーションに関しては、術中のreal timeのエコーを以前から精力的に研究されている大西丘倫先生の記載と見事な画像に感心させられた。一般病院では術中MRIは高嶺の花である。術中エコーであれば何とか一般的使用に耐えるので、この方面を進展させていただいている大西先生に感謝したい。

脳腫瘍手術における静脈の処置に関しては宝金清博先生の記載が良い。静脈温存の大切さは脳腫瘍手術に限るものではない。厳しくいえばすべての静脈は温存して脳外科の手術を行うべきであるが、そうはいかない場合には静脈灌流の術前の精密な把握によって最

小限の静脈の犠牲が必要となることもある。しかし、脳腫瘍手術で温存すべき最も重要な静脈を挙げろといわれれば、錐体静脈と視床線条体静脈の温存である。

「C 脳腫瘍の手術」の章に関しては、それぞれの専門家の力作が並んでいるので、専門医試験受験者必読の項である。私は引退してからも手術を行っているが、特に上矢状静脈洞に絡んだ髄膜腫の手術において、静脈洞に浸潤した腫瘍を中途半端に摘出し、SRSを行い、悪性化して非常に治療に難渋している患者が後を絶たない。静脈洞を開けて摘出する必要があるとはいえないが、安易に残存腫瘍に放射線治療を行っても再発することが多いので、どうせなら静脈洞が閉塞して側副血行が十分発達するのを待ってから全摘するのが良いのではないかと考えている。

「D. その他の治療法」の章の項目も力作であるが、紙幅の関係で上記にて書評を終わりたい。本書は最近の進歩をほぼ網羅しており、専門医試験受験のためばかりでなくすべての実地医家にとって有用である。脳腫瘍摘出の前にぜひ一読することをお薦めする。

最後にこの分野だけではなく医学は日進月歩であるので、できれば頻繁に改訂して、最新の脳腫瘍外科学としていただきたいものである。

●お願い—読者の皆様へ

弊紙記事へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室

パーキンソン病に携わる医師必携のガイドライン

パーキンソン病治療ガイドライン2011

日本神経学会監修の下、パーキンソン病治療についてエビデンスに基づきまとめられたガイドライン。第1編「抗パーキンソン病薬と手術療法の有効性と安全性」では各種薬剤・手術療法について詳述。第2編「クリニカル・クエスト」では運動症状および自律神経障害などの非運動症状への薬物療法、手術療法、リハビリテーションなど、治療の実践についてわかりやすく解説。パーキンソン病の臨床に携わるすべての医師必携の1冊。

監修 日本神経学会
編集 「パーキンソン病治療ガイドライン」作成委員会



B5 頁220 2011年 定価5,460円(本体5,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01229-4]

医学書院

新刊 基礎から臨床まで、腎臓の“すべて”をこの1冊で

シュライアー腎臓病と病態生理

Schrier: Renal and Electrolyte Disorders, 7th Edition

▶腎生理の第一人者シュライアーの名著、待望の邦訳。水電解質・酸塩基平衡など生理学の基本から、疾患の病態生理やそのメカニズムまで幅広く網羅しつつ詳細に解説。基礎と臨床の関わりを筋道立てて学ぶことができる。原著初版の刊行から35年間、版を重ねつつ新しい内容を盛り込み完成度を高め、世界中の腎臓に関心のある医学生や医師たちに広く支持されてきた、まさに信頼できる成書。腎臓専門医やそれを目指す研修医の座右書であり、内科医全般にも有用。

監訳 南学正臣 東京大学医学部腎臓・内分泌内科講師
奥田俊洋 東京大学保健センター
監訳協力 和田健彦 東京大学医学部附属病院腎臓・内分泌内科
花房規男 東京大学医学部附属病院血液浄化療法部講師

定価10,500円(本体10,000円+税5%) B5 頁680 図101 写真32 2011年 ISBN:978-4-89592-681-2

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル 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

レジデントの方々に薦めするマニュアル

(新刊を中心に)

レジデントのための 血液透析患者マネジメント

最新刊

門川俊明

透析患者数は年々増加しており、どの科であっても透析患者を診る機会は多い。本書は、透析を専門としない医師に向け、血液透析の基本的知識と血液透析患者のマネジメント方法をやさしく解説。著者の豊富な経験に基づいた実践的解説にあふれ、通読して理解できる内容となっている。腎臓内科研修中の医師はもちろん、すべてのレジデントにお勧めしたい。また、透析専門医をめざす医師の入門書としても最適。



●A5 頁200 2011年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN 978-4-260-01387-1]

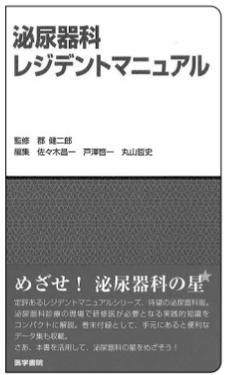
泌尿器科 レジデントマニュアル

最新刊

監修=郡 健二郎

編集=佐々木昌一・戸澤啓一・丸山哲史

定評あるレジデントマニュアルシリーズ、待望の泌尿器科版。泌尿器科診療の現場においてレジデントレベルで必要とされる実践的な知識を、コンパクトに解説。また、巻末付録として各種分類や基準値など、手元にあると便利な資料・データ集も収録。泌尿器科研修医はもちろんのこと、泌尿器科領域の診療に携わるすべての若手医師・コメディカルに日常的に携行し随時利用していただきたい、必携のマニュアル!



●B6変型 頁408 2011年 定価4,830円(本体4,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-01226-3]

がん診療レジデントマニュアル 第5版

国立がん研究センター内科レジデント 編

国立がん研究センター内科レジデントが中心となり、腫瘍内科学を主体とした治療体系をコンパクトにまとめたマニュアル。practical(実際の)、concise(簡潔明瞭)、up to date(最新)を旨とし、可能な限りレベルの高いエビデンスに準拠。がん対策基本法が制定され、がん薬物療法に関する専門医・専門スタッフの育成は待たない時代である。日本人の2人に1人ががんになる時代、がんに関わる多くの臨床医、看護師、薬剤師、必携の書。



●B6変型 頁504 2010年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01018-4]

内分泌代謝疾患レジデントマニュアル 第3版

吉岡成人・和田典男

脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、甲状腺疾患……内分泌代謝疾患は診療現場では当たり前のように遭遇する。しかも新しい糖尿病治療薬の発売、成長ホルモン補充療法の保険適用など、常に知識のアップデートが必要な領域。毎日出会う内分泌疾患、代謝疾患に誠実に向き合うための知識をふんだんに盛り込んだ充実の改訂版。



●B6変型 頁368 2010年 定価3,360円(本体3,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-01011-5]

リハビリテーションレジデントマニュアル 第3版

編集=木村彰男/編集協力=里宇明元・正門由久・長谷公隆

日常のリハビリテーション診療に携行し、迷ったときや困ったときに、その場ですぐに役立つように、主に技術面に焦点をあてて具体的に分かりやすくまとめたリハビリテーション科レジデントの卒業臨床教育のための実践書。高次脳機能障害やがんをはじめとした最近注目を集めている疾患・障害、転倒や廃用症候群に対する予防的リハビリテーションなど、第2版以降のトピックスももれなく収録。



●B6変型 頁544 2010年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00844-0]

救急レジデントマニュアル 第4版

編集=相川直樹・堀 進悟

救急診療の現場における実践的知識をコンパクトな体裁に詰め込んだマニュアル。①症状を中心に鑑別診断と治療を時間軸に沿って記載、②診断・治療の優先順位を提示、③頻度と緊急性を考慮した構成、④教科書的な記述は省略し簡潔を旨とする内容、が特徴。救急室で「まず何をすべきか」「その後何をすべきか」がわかるレジデント必携のマニュアル、待望の第4版。



●B6変型 頁600 2009年 定価6,090円(本体5,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00800-6]

消化器外科レジデントマニュアル 第2版

監修=小西文雄

編著=自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科

病棟で、外来で、周術期管理に必要なデータ、診療手順、手技のチェックポイント、pitfallまでを懇切丁寧に提示。現場で見やすい工夫を随所に散りばめて、改訂新版としてアップデート。自治医科大学さいたま医療センターのスタッフが総力をあげて執筆・編集した待望の新刊。



●B6変型 頁368 2009年 定価4,410円(本体4,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-00851-8]

血液病レジデントマニュアル

神田善伸

レジデントはもちろんのこと、広く一般内科医に向けて、決して容易ではない血液疾患の臨床についてわかりやすくまとめたマニュアル。臨床の現場で、限られた時間と労力で、最大限安全かつ効率的に診療できるよう、随所に工夫・配慮がなされた書。診断基準や治療メニューなどの情報も充実しており、血液専門医にとってももちろん、手元にあると何かと役立つ資料として推薦の1冊。



●B6変型 頁336 2009年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00837-2]

内科レジデントマニュアル 第7版

聖路加国際病院内科レジデント 編

「研修医一人でも最低限必要な治療を安全に実施できる」ことを目指した元祖レジデントマニュアル。かつて本書を愛用した新責任編集者のもと、第7版では読みやすさの追求から統一感のある記載がされ、またハンディさを維持するためのスリム化も本書全般に採用されている。さらに新臨床研修制度に則った項目、専門医の応援を仰ぐべき場面や医療安全上のピットフォールも加えられた。定評ある聖路加国際病院研修制度の息吹が伝わる実践書。



●B6変型 頁512 2009年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-00812-9]

消化器内科レジデントマニュアル 第2版

編集=小俣政男

日常の臨床で直面する疑問や問題に的確な判断を下すための診療支援ツール。実践に即した具体的なデータを収録し、個々の患者に適切な検査・治療法を選択する際に有用な情報を提供する。患者への説明においても活用可能。検査・治療手技の実際、診察のコツ、治療の要点など現場で求められる情報・ノウハウを過不足なく収録。信頼できる情報源として、常時携帯したい実践的診療マニュアル。



●B6変型 頁440 2009年 定価4,725円(本体4,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00594-4]

研修医のための 整形外科診療「これだけは!」

編集=高橋正明

整形外科医を目指す研修医が、「重大な見逃しなく、かつ要領よく」仕事を進めることができるように、研修医として最低限マスターしておかなければならない事項に限定して知識を整理した実践書。実際の診療場面に即し、内容を「診療室編」「救急室編」「手術室編」に分けてわかりやすく解説。研修医が陥りやすいピットフォールや研修で問われる要点も「サイドメモ」などにまとめた。雑誌『臨床整形外科』の好評連載に加筆・書き下ろしを加えて単行本化。



●B5 頁212 2009年 定価5,880円(本体5,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-00808-2]

肝疾患レジデントマニュアル 第2版

編集=柴田 実・八橋 弘・石川哲也

昨今、社会的関心を集めているウイルス性肝炎は感染者数も多く、発症前後を通じ長期間の経過をたどる疾病であるが、一方、近年の医学の進歩により早期に発見して早期に治療すれば治癒する可能性が高い病気である。その意味では、今、肝疾患の医療体制の充実が急務である。本書は経験の浅い研修医にとって、肝疾患診療の現場で真に役立つマニュアルであり、また将来、専門医を志向する読者の興味にも応える内容充実の改訂第2版。



●B6変型 頁456 2008年 定価4,725円(本体4,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00640-8]



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