

2012年1月9日
第2960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
JCOPIY (印刷者著作権管理機構 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

今週の主な内容

- [新春企画]♪In My Resident Life♪
(青木真, 蘆野吉和, 兼本浩祐, 箕輪良行, 徳田安春, 片岡仁美, 岡田唯男)……1-3面
- 若手ジェネラリスト全国80大学行脚プロジェクト……4面
- [インタビュー]初期診療能力を身につけよう(田中和豊)……5面
- [連載]ER/検査/心電図/膠原病/医学教育/ホスピタリスト

新春企画

In My Resident Life

すべての失敗が糧となる



研修医のみなさん、あけましておめでとうございます。レジデント・ライフはいかがでしょう? 病院選びに失敗、手技が下手で指導医に怒られた、患者さんとうまくコミュニケーションがとれない……など、悩んでいたりはしませんか? でも、それは誰もが通る道。失敗を糧に成長していくことで、一人前の医師になることができるのです。

新春企画として贈る今回は、第一線で働く先生方に、研修医時代の失敗談や面白エピソードなど、“アンチ武勇伝”を紹介していただきました。

- こんなことを聞いてみました
- ① 研修医時代の“アンチ武勇伝”
 - ② 研修医時代の忘れぬ出会い
 - ③ あのころを思い出す曲
 - ④ 研修医・医学生へのメッセージ

青木 真

サクラ精機株式会社
学術顧問/感染症
コンサルタント



見事な胸水, [Made in ER by Dr. Aoki!]

① 気付けば一睡もできない2連直、最悪3連直といった沖縄県立中部病院の研修は苛烈を極めた。当時、琉球大学に医学部はなく、日本で最も救急車の多かった同院ERのすさまじさは今の研修医には想像を絶するのではないかとと思われる。失敗のごく一部を箇条書きにする。

- 当直で麻酔科に入った。しかし圧倒的な睡眠不足の中、血圧をモニターしたくても水銀柱を下げるうちに意識を失い、水銀柱を上げ直してまた意識を失い……を繰り返す。やがて執刀医から「おーい、青木。血が黒くなってきたみたい」と言われ、心臓が凍りつく思いで必死にバッグを押した(青木が寝ないように執刀医が脅すだけと後ほど知る)。
- 精神科病院から若い青年が軽い下腹部痛でERを受診。バイタルに異常はなく、直腸診を含む腹部診察でも異常はなかったため帰す。翌日呼び出された外科外来で見た腹部単純写真には、直腸診では届かないところにまで上がっていた五寸釘が綺麗に写っていた。
- その年からカットダウンに代わる血管確保の手段として使われるようにな

った中心静脈ライン(CVL)。研修医一同、挿入チャンスを虎視眈々と待っていたのだが、その機会が早速ERで私のところに回ってきた。鎖骨下静脈にカテーテルがスムーズに入り、輸液もスムーズに落ちていった。「俺はCVLの名人に生まれたかも……」と思いつつ、次の日のモーニングカンファレンスで見たもの。それは、「おー! 皆よく見ろ。これは見事な胸水だな。Made in ER by Dr. Aoki!」。

② 沖縄県立中部病院には、きら星のような指導医がめじろ押しであった。私も米国に留学して複数の施設で研修したが、指導医の熱意と教育文化においては沖縄県立中部病院も引けを取らなかったように思う。そんな多くの出会いの中から一人を選ぶことは難しいが、今回はカナダ人医師、G. C. Willis先生との出会いを書こうと思う。

今こそ北米の「大リーガー医」はわが国でも人気の的であるが、1970年代の極東の小さな島で研修医を教育するWillis先生は、欧米人の目から見れば特異な存在であったに違いない。病棟で回診するとき以外は、自室で静かにMKSAPを読み、執筆。17時には帰宅して家族との時間を大事にする姿は、365日いつも同じであった。

宣教師の子どもとして中国に生まれ、その後、ボルネオのジャングルのなかで聴診器片手に診療していた彼のベッドサイド診断能力は、あらためて筆者が紹介するまでもないが、検査漬け・薬漬け全盛期の70年代において、強烈な印象を周囲の研修医・指導医に与えたに違いない。頭痛の患者さんに

蘆野 吉和

十和田市立中央病院
院長



出会いを大切に、「天までとどけ」

① 私は卒後すぐに仙台市立病院外科に就職し、3年間研修してから大学の医局に入局しましたが、これは東北大学初期研修の標準的スタイルでした。34年前のことです。

当時は新しい医療技術、医療機器、医薬品などが導入され、医療が格段に進歩しつつあった時代で、先輩(指導医)からは医療現場で必要になる基本的な知識や技術、態度を覚えてもらうだけでなく、新しい技術を一緒に勉強しながら現場に新規導入する機会も多くありました。例えば中心静脈カテーテル留置、血管造影、PTCおよびPTCD、あるいは超音波検査などは当時導入された技術で、本を見ながら自己学習し、最初だけ先輩の指導を受け、後は研修医だけで実施していたことも少なくありません。

ときに「ヘマをするとどうなるのか」と秘かに心配したこともありますが、重大な医療事故を起こした記憶は残っ

ていません。特に地方の病院においては、研修医が地域医療の担い手として実質的に重要な役割を果たしていたこともあり、チャレンジ精神をかなり育ててもらいました。

失敗談として記憶に残っているのは「お前は情報伝達が下手だ」とよく言われたことです。診察した急患の状態報告で先輩に電話相談するとき、要領よく“必要な”情報を伝達し指示を仰ぐ必要がありますが、なかなかうまくできませんでした。うまくできるようになったのはそれから2年ほど経ってからです。

② 私の医師としての態度に大きな影響を及ぼした人は2人います。

一人は初期研修病院の2年上の先輩でした。クラブ(ワンデルング部)の先輩で、学生時代からの付き合いです。「一度や二度の失敗は許されるが三度目は許されない」「大きな山に登るためには避難路を含め事前の周到な計画を立てることが重要で、途中で危険なことがあれば無理をせず再度挑戦すればいい」と教えられました。

もう一人は、1988年に赴任した病院の院長です。時代の先を読み、医療を受ける人の視点で医療を考えることのできる方でした。現在私が緩和ケア

(2面につづく)

はちまきをし、頭痛が軽減するのを見て頭痛の原因は頭蓋外と指摘、脳血管障害で入院した青年の眼底を見て弾性線維性仮性黄色腫、血管雑音を聞いて肝細胞がんを診断。光速の診断が聴診

器と眼底鏡だけで可能であることを示した。研修医がロールモデルとしないはずがない。

④ 良いロールモデルに出会えるよう祈ります。

January
2012

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。

今日の治療指針 2012年版
私はこう治療している
編集 山口 徹、北原光夫、福井次矢
デスク判: B5 頁2064 定価19,950円
[ISBN978-4-260-01412-0]
ポケット判: B6 頁2064 定価15,750円
[ISBN978-4-260-01413-7]



治療薬マニュアル2012

監修 高久史郎、矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2560 定価5,250円
[ISBN978-4-260-01432-8]

症例から学ぶ和漢診療学

(第3版)
寺澤捷年
A5 頁408 定価4,830円
[ISBN978-4-260-01386-4]

レジデントのための

腎臓病診療マニュアル

(第2版)
編集 深川雅史、吉田裕明、安田 隆
A5 頁544 定価5,250円
[ISBN978-4-260-00948-5]

こどもの整形外科疾患の診かた

診断・治療から患者家族への説明まで
編集 亀ヶ谷真琴
編集協力 西須 孝
B5 頁264 定価9,450円
[ISBN978-4-260-01377-2]

標準理学療法学 専門分野

地域理学療法学 (第3版)

編集 牧田光代、金谷さとみ
B5 頁304 定価4,935円
[ISBN978-4-260-01224-9]

標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野

運動学

編集 伊藤 元、高橋正明
B5 頁320 定価5,250円
[ISBN978-4-260-00020-8]

標準作業療法学 専門分野

高次脳機能作業療法学

シリーズ監修 矢谷令子
編集 能登真一
B5 頁280 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01390-1]

女って大変。

働くことと生きることのワークライフバランス考

編著 澁谷智子
四六版 頁274 定価1,890円
[ISBN978-4-260-01484-7]

新春企画 In My Resident Life

兼本 浩祐

愛知医科大学
精神神経科講座教授



自分の手先の不器用さを再発見

①私の叔母は出雲で小学校の教員をしていました。毎年お正月に叔母のところを訪ねて来る二人の大学生がおり、私はその方たちと会うのを楽しみにして、彼らの学生紛争や恋愛の話を何か英雄譚のような憧れを持って聞いていた記憶があります。その大学生の1人はその後精神科医になり、そのことと関係があるのかないのかはわかりませんが、高校生になったときには私も精神科医になることを漠然とですが決めていたように思います。

しかし、もともとの関心が医学というよりは哲学や心理学のほうにあったので、いざ医学部を卒業して研修医になる段になって抱いたのは、「このまま精神科に入局してしまうと、身体のこととはまったく診ることのできない医者になってしまいそうだ」という懸念でした。

最初は京大神経内科に入局したのですが、当時の神経内科は老年科と病棟をシェアしており、「それなら内視鏡などの手技も一緒に研修させてあげよう」と老年科の先生たちが機会を提供してくださっていました。神経学的所見がひと通り取れるようになったことはその後の貴重な財産になったと感謝していますが、もう一つ大きな出来事は、内視鏡を経験させてもらい、自分がびっくりするほど手先が不器用だと再発見したことです。今の臨床研修制

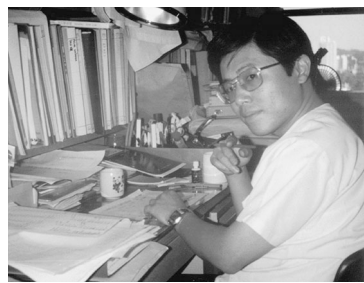
こんなことを聞いてみました

- ① 研修医時代の「アンチ武勇伝」
- ② 研修医時代の忘れえぬ出会い
- ③ あのころを思い出す曲
- ④ 研修医・医学生へのメッセージ

(1面からつづく)

の世界で活動しているのも、院長として病院の指揮を執っているのも、彼との出会いがきっかけとなっています。そして、偶然にも二人の指導者の名字は同じ山口です。

③私が当時よく歌っていた曲は、小椋佳、南こうせつ、さだまさし、井上陽



●研修医3年目のころ

度があそこら始まってしまっていたら、もしかすると研修を修了できなかったのではないかと思うほどです。一年して当時の神経内科の亀山正邦教授に精神科に異動したいと相談したときに、亀山教授が「いいよ、いいよ、そうしなさい。君にはそれが向いているだろう」と即座に言われたのを今でも鮮明に覚えています。

学生するときにはまったく医学の勉強をしておらず、少し勉強し出したのは、自分が主治医として患者さんを持つようになってからです。学生時代は、ともかくひたすら下宿で悶々と自分探しをする日々でした。引きこもってひたすら自分を眺め続けてわかったのは、自分の中を眺め続ける限り、そこには自分の生きる根拠を納め得る形で与えてくれるようなものは何もないという至極当然のことだけでした。ですから、私の学生時代というのは、本当に何一つ世のためにも自分のためにも目に見えて役立つことはしないままに、まるで何処かに軟禁されて過ごしていたかのような扁平に続く時間であったという記憶があります。

③思春期の最後に耳に残っている歌は受験に失敗したときに流れていたキャンディーズの『春一番』で、それから後、大学時代には驚くほど音というもの記憶がありません。

④神経内科から精神科へ、それから関西でんかんセンターへ。ベルリン自由大学に留学し、また関西でんかんセンターに舞い戻り、松蔭病院へ行き、現在は愛知医科大学。誰かに言われて異動したわけでもなければ、かといって言葉にして語れるような明確な目的意識を持っていたわけでもなく、何か成り行きでその場その場を過ごしてきました。

ですから助言めいたことは全然言えないのですが、頑張ってもどうしようもなく先が見えないときがあっても、淡々とそれぞれのやるべき持ち場でやるべきことをやっていたら、時が思わぬ出口を教えてくれるように思っています。

水の歌。そのなかで特に思い出の曲は、さだまさしの『天までとどけ』。出会いを大切にするという意味を込め、私の送別会で「私」がよく歌いました。

④現在、当院には年に50人ほどの学生が全国から見学に訪れます。私は学生との面談で当院の研修の特徴を説明しますが、そのなかでも特に強調していることは、積極的に臨床の現場にかかわり、五感を使って学ぶこと、初期研修2年間でプライマリ・ケアに必要な基本的な知識や技術を習得することは当然として、医療を受ける対象者を人間として総合的(全人的)に診る習慣を身につけること、医師として必要な哲学(生命倫理や死生観などを含む)があると研修中も頭の片隅に置いておくことなどです。そして、これが私から皆さんへのメッセージです。

箕輪 良行

聖マリアンナ医科大学
病院救命救急センター長/
臨床研修センター長



切除胃を地下の浄化槽で探したトラウマ

①マッチングは思いどおりにならなくとも選択の意志は表明できる。君たちと違い、研修病院を全く自分で選択できなかったところから自治医大79年卒である私の臨床研修は始まった。

都庁の命により都立豊島病院において79年4月から研修を始めたのだが、自治医大の2期生だった私が同院第1号の臨床研修医。周りにとってもすべてが前例なしで初めてのことであったので、ローテーション先の内科の先生は、「へー、大学に入局しないでそういうふうになるんだ」と珍しがって大切に育ててくれ、毎日のように飲み連れて行ってくれた(研修2年目には忘年会を10日間で10回こなし、さすがに発熱して寝込んだ)。

女子医大消化器病センター育ちの外科医たちは「こうやって糸結び練習するんだぜ」と手とり足とり教えてくれた。一方、東大第一外科の方たちからは、同じ胃がんでも女子医大と異なった手術方法を見せてもらい、固有肝動脈を結紮切離すると患者は死亡するという怖い事例も学んだ(そのころ、切除胃を洗浄中、洗浄用便器に誤って流してしまい、地下の浄化槽で網を使って探した経験は今でもトラウマになっている)。

また、産婦人科では「術後、安心してビールを飲めるのはギネだ」と、病棟の医局で毎夕飲ませてもらった。同院での研修最後の3か月間はハンドメイドであり、午前中に皮膚科、耳鼻科、整形外科の外来、午後は内視鏡、夕方からは急患室と、研修を楽しんだ。

卒後3年目、離島勤務の前に「どんな重症患者が来ても医者としてブザマなことはしたくない」と思い、てんこ盛りの救急患者を経験したいと考えた。某都立病院の救命救急センターへの希望を述べたところ、担当の先生から、「ここに来て君が学びたいものは得られないから、日医大に行きなさい」とご教示いただいた。

それを都庁に報告すると、阪大と並び、国内トップである日医大救命救急センターに連れて行ってくれた。その結果、当時センター長の太田敏文先生から認めていただき、1年間の国内留学をすることができた。公務員の給料をもらいながら、日医大に行き、学外で手術、出張、バイトなどやりたい放題で過ごしつつ、救急医療の手ほどきを受けた。山本保博、辺見弘といった先生方から目標を得られ、まさに充実した日々であった(と同時に、学生結

婚した妻との間に長男が生まれ、夜泣きが大変なころであった)。

2年間のローテート研修に続き、3年目救急、そして4-6年目三宅島阿古診療所でのソロプラクティスが私の「後期研修」だ。離島勤務では、『Bates' Guide to Physical Examination and History Taking』をテキストに、高血圧患者全員に定期的な眼底診察と心電図検査、消化器系の患者には直腸診といった具合に自己学習した。まともに指導医がいた期間が1年余りという、乱暴な放し飼いの自己鍛錬レジデント・ライフであった(三宅島の3年間は、一生にわたる友人となった現村長、産業課長の2人に仲良くしてもらいながら、共働きである中学教諭の妻と幼子2人とは離れ、単身赴任で過ごした)。

②研修1年目に指導を受けた循環器内科の中村嘉孝先生からは、「とにかく心電図を100枚読みなさい」と課題をいただいた。心臓外科の中村譲先生からは、電気的除細動や心臓カテーテルの実験を教えてもらうだけでなく、六本木の遊び方も習った。

また、眞栄城優夫先生には直接教えを請う機会はなかったものの、沖縄県立中部病院を往訪したときや学会でお目にかかる際には、「どうだ、頑張っているね。間違っていないからしっかりやりなさい」といつも励ましていただき、困ったときには自治医大の恩師・細田瑛一先生に相談させていただいていた。

③『スターウォーズ』のテーマ曲。「ダダダダダーン!!」という冒頭の部分を聞くと、研修医2年目の夏に40日間の休みを取り、米国カリフォルニアで家庭医学のエクスターンシップを行ったことが思い起こされる(現地の映画館で夜22時から観たのだが、ラストシーンで同盟軍が優勢になると、観客のアメリカ人たちが総立ちとなり、身震いしたのを覚えている)。

当時、エクスターンシップのために、数か月間、毎週2日当直バイトを行って200万円近くを稼ぎ、カルフォルニア大サンディエゴ校の家庭医学科宛てに送る自分の推薦状を病院長名と学長名で作成した上で署名をいただき、短期留学を実現したのだ。しかし、研修責任者であった方からは、「そういうこと(留学)をやるのは10年早いよ、箔を付けに行くものだ」と言われてがっかりした。こういう指導医にはなるまいと思った。

④研修医時代は、導きがない手探りの不安から、毎日の研修について記録した。今見直すとまさに「ポートフォリオ」であり、当時のあり様が思い出される。流行りのポートフォリオとは、「評価方略」である前にこのような日記なのだと感じている。

これから臨床医として歩む若い方々には、「こういう医者になる」と自分の研修目標・到達点を明確にし、毎日を突破していったほしい。

医療事故後の情報開示プログラムについて、具体的かつ実践的に解説

ソーリー・ワークス! 医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム

Sorry Works! 2.0
Disclosure, Apology, and Relationships Prevent Medical Malpractice Claims

米国で行われているSorry Works! 運動について解説した実践書の全訳。医療事故が起きた際にまず共感を表明(sorry)し、徹底した調査と情報開示を行い、必要な場合には謝罪と補償を行うという一連のプロセス、およびそれがもたらす利益について、とてもわかりやすくきめ細やかに書かれたマニュアルとなっている。病院責任者や医療安全管理者はもちろん、医療の質を高め、より良い医師-患者関係を築きたいと考える、すべての方へ。

著 Wojcieszak D. et al
監訳 前田正一
慶應義塾大学大学院教授・健康マネジメント小児科
翻訳 児玉 聡
東京大学大学院医学系研究科講師・医療倫理学分野
高島響子
東京大学大学院医学系研究科・医療倫理学分野



分かりやすく、実践的な漢方医学の入門書

症例から学ぶ和漢診療学 第3版

世界中で訳された、和漢診療学を志すすべての人々にとっての定番書の、待望の改訂第3版。日々蓄積される漢方のエビデンスを紹介し、症例も現在行われている医療をベースにし、より分かりやすく、より親しみやすく和漢診療学を学ぶ。

寺澤捷年
千葉中央メディカルセンター和漢診療科部長



すべての失敗が糧となる

徳田 安春

筑波大学附属病院水戸
地域医療教育センター教
授/水戸協同病院総合診療科



スーパー・ナースに学ぶ

①② 沖縄県立中部病院のレジデント時代、多くの知識と技術をナースから学んだ。とくにインターンはナースの指導によって成長すると言っても過言ではない。

1980年代後半の沖縄県立中部病院には、Tさんという“スーパー・ナース”があり、病院内では有名な存在であった。TさんはICUナースで高度な臨床能力を有しており、当時のICUを仕切っていた。沖縄の方言をペラペラにしゃべることができたため、Tさん自ら病歴を取り直しており、たいいて私のカルテの記載を超える有益な情報を得ていた。

また、全身のフィジカルアセスメントもすばらしく、外科患者の担当時には、急性膀胱炎患者のGray-Turner徴候を見つけ出し、緊急手術の適応であることを教示してくれた。胸部単純X線でのCVラインの先端部分の確認や、気管挿管後の挿管チューブの位置確認を教えてくれたこともある。モニター心電図で異常所見があった場合には、部下のナースに12誘導心電図をとらせ、不整脈や波形異常について判

断し、担当医へ適切なタイミングでコールされていた。私が深夜帯にICU入院させた薬物過量摂取者に装着していた人工呼吸器のウィーニングをどんどん進めてくれていたときには、私は翌日の抜管をするのみで済み、おかげでただちにICUから転床させることができた。

医師が英語で記載したICU入院患者のカルテもTさんはすべてチェックしていたので、分厚くて古い医学英語辞典をいつも持ち歩いていた。4年間の臨床研修を修了した日、同期のC医師といろいろなことを教わったお礼に最新の新装版医学英語辞典を贈ったとき、Tさんがとても喜んでくれたのが嬉しかった。

③シーナ・イーストンの『Morning Train (Nine to Five)』。「9時から5時まで」の仕事がテーマの曲。そのころは研修医1年目で、“超”長時間労働であり、「9時から5時まで」という仕事やうらやましかったのだ。毎朝6時に起き、病棟患者の採血業務を済ませ、担当患者の回診後、7時半からのカンファレンスに参加。8時半からはスタッフ回診、その後は病棟業務と新入院患者の診察と指示書き。昼食を取る時間がないうときは、白衣のポケットに忍ばせたチョコレートを少しずつかじりながら仕事をしていたことを思い出す。

④スーパー・ナースから学ぶことは多いです。病院内で最も優秀なナースを見つけて友達になり、いろいろ教えてもらいましょう。

指導される。

●こども病院へのローテーション時。私はそれまで小児科の経験がわずかだったが、周りは小児科志望のエリートばかり。担当アテンディングからプログラムディレクターへ報告があったようで、呼び出されて「大丈夫か？」と心配された。

【2年目】

●ナイトフロート（日中は寝て、夜にひたすら病棟当直をやるローテーション）により、生活リズムが狂い、他州で行う院外研修の免許申請が遅れ、ローテーションの開始も数日遅れてしまった。

●リハ科と肛門科を2週ずつ組み合わせて研修を実施する月のこと。前半のリハ科2週目の研修を終え、同僚と雑談していた。

僕「次どこ？」

同僚「肛門科」

僕「え？ 僕も次、肛門科!？」

慌ててローテーションスケジュールを確認すると、僕は前半に肛門科、後半にリハ科をローテートする予定だったのだ。肛門科の研修は、sigmoidoscopy (S状結腸鏡) を多数習得させてもらえる開業医のもとで行っており、その先生はレジデントが来るときはわざわざ予約枠を減らし、患者一人当たりの時間を長めにとる配慮までされている方だった。気付いたころには時すでに遅し。先方からは「今度このようなことがあったら研修医はとらない」とディレクターへ苦情が……。当然叱られた。

*

これまで幾度となく叱られましたが、誰一人として大声やひどい言葉は使わないのです。恵まれていたのでしょうか。しかし、それがかえって身に染みますね。また、それらの経験から大声と悪言なしの叱り方も学びました。②忘れ得ない出会いは多々ありますが、あえて一人を挙げるなら、米国時

片岡 仁美

岡山大学大学院
医歯学総合研究科
地域医療人材育成講座教授



目の前のことで精一杯だった研修医1年目

①私は1997年に岡山大医学部を卒業し、岡山大第三内科に入局、大学で半年の研修をした後、広島県の中国中央病院で2年間の研修を行いました。マッチングで選ぶのではなく、「与えられた環境で自分を伸ばす」ということは、適応力や自律性が一層求められる部分もあります。

赴任した初日、内科部長のK先生が言われた「患者さんのそばを離れるな。それが一番大事」という言葉は今でも覚えています。“Patient First”を最優先事項として守った研修医生活でした。研修医がファーストコールで夜中に病院から呼ばれるのは当たり前であり、どんなに重症でも、どんな分野でも常に最後まで自分が主治医でした。

入院から退院まで全経過の責任を持つことは大きな糧となった一方で、電話が鳴る幻聴で何度も飛び起きる癖が数年間治りませんでした。常に重症の患者さんを多数担当し、お見送りをするたびに屋上で泣いてから病棟に戻る毎日でした。患者さんと一緒に喜んだり悲しんだり、冷静沈着とは程遠く、「キミは要領が悪いね」というコメントをいただいたことも……（「でも要領が悪いくらいの方が伸びるから」とフォローもしてくださいました）。一日中ポケベル（当時）で呼ばれ、歩行・食事などの速度が異常に速くなったのもこのころです。

目の前のことで精一杯で、昨日、今日、明日くらいの時間感覚しかなくなり、過去の自分や将来の夢も何か遠く感じるような、とにかく一生懸命の1年目でした。

2年目にはそれまで最年少だった自分が先輩となり、2人の女性の後輩が入ってきました。急に頼られる存在と

代に主治医となってほぼ5年担当した境界性パーソナリティ障害の黒人患者（脊髄への銃弾により下半身麻痺）。無理難題をよく吹っかけられました。しかし、いくら大変だろうと、指導医は「あなたの患者よ、こう話さない」と対応方針を教えてくださいただけで、直接患者と対応することはありません。時代も違うのですが、患者とのトラブルを上司が助けてくれることは期待できず、腹をくくって一生懸命に行いました。おかげで困難患者でも心理的抵抗は持たなくなりました（ウチの研修医ももうちょっと突き放したほうがいいのか？）。

③もっぱら聞くのも演奏するのもjazzがほとんどなのに、その時代の思い出とリンクした曲となるとそうではありません。沖縄での研修医時代は、ディアンテス全盛期。同僚と足繁くライブハウスへ通いました。

ボーカルの日系ペルー人、アルベルト城間は、19歳のときに日本人歌謡コンクール南アメリカ大会で優勝して手に入れた日本への片道航空券をきっかけに来日し、ブレイク。彼の姿が留学を夢見ていた自分の希望と重なったのかもしれない。

なったため、救急外来を手伝ったり、手技を助けたり、冷や汗をかきながら先輩らしく振る舞いました。頼られると不安な顔はできません。いつも冷静に全体を把握するという姿勢が身についたのは後輩のおかげであり、屋根瓦式教育において後輩の存在は非常に大きいと思います。

②多くの素晴らしい恩師、同僚、後輩、患者さんに出会い、その出会いの一つひとつは忘れられないものです。その中でもトーマスジェファソン大（米国ペンシルベニア州）のDr. KaneとDr. Gonnellaは特筆すべき存在です。

医師3年目に野口医学研究所から同大へ1か月のエクスターンシップを行った際にDr. Kaneから指導を受けました。臨床医・教育者として卓越した方で、何より感激したのが患者さんへのチームとしての接し方、患者さんを常に支え続けるという姿勢の示し方です。また、日本では怒られるほうが断然多かったので、毎日良い点をほめていただくという経験は、医療を学ぶ楽しさを再認識するものであり、自分が学生や研修医を教える際のスタイルのお手本になりました。

その後、Dr. Kaneの下で学びたいと思いつき、米国のレジデンシーのマッチングに挑戦するも、甘いものではありませんでした。しかし、縁あって同大に研究留学することとなり、その際に医学教育研究センターで師事したのがDr. Gonnellaでした。医学教育について教わるなかで、もともと持っていた医学教育への興味が生涯を通じて求めていきたいテーマとして確立しました。

③研修医2年目、後輩と歌ったのはSPEEDの『White Love』。1998年オリコン年間カラオケリクエスト回数1位だそうです（Wikipedia調べ）。

④日々頑張る研修医の先生方を見ると心から応援したくなります。今の時期の伸びる力は本当に大きく、どんな環境も転機もそれを生かすのは自分自身です。また、大病院、中小病院はそれぞれに長所と役割があり、多様性に富む場での経験が将来生きてきます。そして、仲間を大切にしてください。

岡田 唯男

亀田ファミリークリニック
館山院長/家庭医療後
期専門研修プログラム責任
者/千葉大学医学部臨床教授



マッチした病院は第7志望

①僕の研修医時代は3回（フェローを入れると4回）。いろいろありました。1) 在沖米海軍病院：初めての他人との共同生活は大変でした。でも一生の友人もできました。

2) 大学附属病院：なぜだか指導医にそっといじめられました（僕にだけ勉強会の資料をくれないとか……）。バレないようにやっていたと思うのですが、気付いていましたよ。きっと僕にも非はあったのでしょう。

3) 米国家庭医療研修（レジデント）：マッチした病院は第7志望。しかし、失敗とは思っていません。そこでの研修と出会い（下記）があって、今があるのですから。

【1年目】

●心疾患のある患者の貧血に直接評価を行わず、電話で輸血をオーダーして心不全に……。翌日2年目の医師から



●指導医養成フェローのころ、junior facultyとしてレジデントの卒業式恒例のスタッフの出し物に混ぜてもらったときのもの。帰国直前で、その後はすぐ堅い仕事に……。



米国留学時代はシェリル・クロウの『Everyday is winding road』。サビの“Everyday is a winding road. I get a little bit closer (毎日が曲がりくねった道さ、ちょっとずつ近づくのさ)”がいつもカーステレオから流れていました。いつだって挑戦。

④迷ったら挑戦を選べ。与えられた条件、環境でベストを尽くせ。望まない結果が自分の転機となることはいくらでもある。道は必ず開ける。

7人の先生方のレジデント・ライフはいかがだったでしょうか。あなたのその失敗も、きっとすべてが成長の糧。失敗なんて恐れずに、レジデント・ライフを突き進んでいきましょう！（編集室より）

80 大学行脚中！ ジェネラリストに会おう

「最近よく耳にするプライマリ・ケア医や総合医、家庭医に少し興味がある。でも学内にはロールモデルはおろか、相談できる友達もいない。ひとりで学会主催のセミナーに出向くのもちょっとなあ」。そんな悩みを抱える医学生も多いのではないだろうか。

日本プライマリ・ケア連合学会若手医師部会は2011年2月、「若手ジェネラリスト 全国80大学行脚プロジェクト」を発足。“学びたい学生とジェネラリストをつなぎます”を合言葉に、全国の大学での学習会・ワークショップ開催を支援する取り組みを始めている。同プロジェクトの一環として、さる11月26日に信州大で開催された勉強会取材した。



全員で記念撮影。医学生だけでなく、看護学生・研修医も参加した。



「医学的な診断・治療、患者本人の体験としての“病い”。両方のバランスが大切」と菅家智史氏。

「大学では家庭医療を教えることが難しい。なぜなら、私たち教員自身に、家庭医としての経験がないからです。今回は貴重な機会なので、家庭医の診療スタイルやキャリアをぜひ知ってください。「家庭医療ってどんな医療？家庭医の日常からキャリア形成・海外留学まで」と題する勉強会の冒頭、地域医療推進学講座准教授で今回の主催者である中澤勇一氏はこう挨拶した。信州大医学部の講堂に集まったのは医学生のみならず、看護学生・研修医も含む計39人、他県からの参加もある。この日は、家庭医療専門医2人と、後期研修中の医師2人が講師を務めた。

在宅医療を受けていた」などの情報が並ぶ。このシナリオを基に、家庭医の診療プロセスを疑似体験するという趣旨だ。参加者らは、問診票も参考にしつつ、「この患者さんに何を聞きたいか」をグループで討論し全体発表。その後、実際に家庭医・患者役でロールプレイを実施し、感想を再度グループで語り合った。

ワークショップの後半は、菅家氏が家庭医の診療スタイルを解説した。症状の聴き方(今回は「OPQRST」を紹介)や鑑別診断の挙げ方に始まり、重症度・緊急度を考慮しつつ診断を絞る過程を、冒頭の症例を基に紹介。身体診察や検査結果を踏まえると、医学的には緊急事態ではないとみられる。では、胃カメラと便潜血検査の提案だけで十分だろうか。菅家氏は、患者の「病い」体験を探ることや家族志向ケアの重要性を強調。「医学的な診察と並行して、患者さん本人の考えや気持ち、背景にある家族や社会との関係性を聞き出しながら、マネジメントしていく過程を知ってほしい」と語った。最後は、家庭医療専門医の吉本尚氏(三重大)が医師役としてロールプレイを行い、家庭医の診療スタイルについて参

症例ベースで 家庭医療を疑似体験

ワークショップ「家庭医の診療をみてみよう」では、講師の菅家智史氏(福島医大/只見町国保朝日診療所)が最初に症例を提示。「昨日からみぞおちが痛い」と訴えクリニックを受診した50代女性という設定で、シナリオには「4年前に当院受診歴があり、胃がん検診で要精密検査と言われ胃カメラを実施。異常なし」「2年前に実父が



【写真左】参加者同士で家庭医・患者役のロールプレイ。「(診察時間の)5分はあっという間」という感想が各所で聞かれた。左手が今回の勉強会の企画者の小浪佑太さん。

【写真右】次に“本物の”家庭医、吉本尚氏によるロールプレイ。シナリオに記載された「4年前に当院受診歴あり」という情報を見逃さず、「久々ですね、お元気でしたか?」とまずは挨拶。最初のひと言で、患者との距離をぐっと縮める。

加者同士で意見を交換した。

ワークショップ後は、家庭医後期研修中の医師2人が研修の実際や留学・USMLEについて解説。終了後は、懇親会が催され、講師と学生が交流を深めた。

進路選択の前に知ってほしい ジェネラリストのこと

「80大学行脚プロジェクト」リーダーの菅家氏は、医学生時代から臓器や老若男女を問わず、幅広く診る医師に憧れていた。でも、学内でそんな夢を語り合える友人はいない。内科医をめぐりそうかと漠然と考えていた大学6年時、たまたま実習先で知り合った他大の医学生に教えてもらったのが、「家庭医」という選択肢だ。

「当時よりもジェネラリストへの関心が高まっているとは言え、まだまだ医学生がロールモデルに出会う機会は少なく、地域差も大きいのではないかな。なる／ならないは別にして、医学生のうちに私たちジェネラリストのことを知ってほしい」と菅家氏は語る。プラ

学内での家庭医療勉強会を企画して 小浪 佑太(信州大学医学部医学科5年)

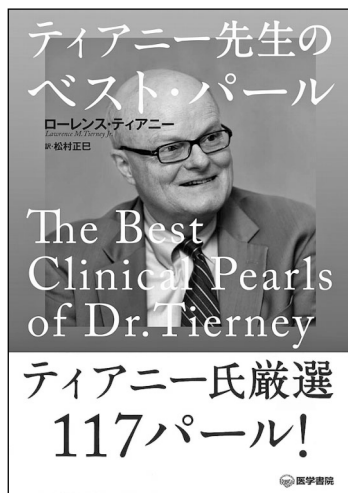
「家庭医」という言葉に出合ったのは大学5年生の春でした。大学病院で臨床実習を行う傍ら“臓器別の医療”に漠然とした疑問を感じていた私には、どこか興味を引く言葉だったのです。しかし、家庭医とは実際にどのような医師で、どうやって患者さんに向き合っているのか、周りは誰も知らないという状況でした。そのようななか、日本プライマリ・ケア連合学会学生・研修医部会が毎年夏に開催している「学生・研修医のための家庭医療学夏季セミナー」に参加したのです。そこでまさに「目からウロコ」の3日間を過ごし、家庭医療の魅力にどっぷりはまってしまいました。夏季セミナーでは、家庭医療の理想と同時に現実も知りました。やはり、日本ではまだまだ認知度の低い領域です。「自分が感じたものを少しでも同じ大学の仲間たちと共有したい!」という思いは強く、家庭医の先生方と連絡を取り合い、中澤先生のご支援を得て、今回の勉強会を開催することができました。

勉強会后、多くの参加者から「視点が広がった」「興味を持った」「いままで受けたことのない授業だった」という感想をもらい、私自身にとっても実りの多い勉強会でした。スペシャリストとジェネラリストが競合するわけではなく、自転車の両輪のようにお互い活躍することが、より良い医療につながるのだと思っています。

ティアニー氏厳選、臨床医必読の117パール!

ティアニー先生の ベスト・パール

著 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科学教授
訳 松村正巳 金沢大学医学教育研究センター准教授・リウマチ・膠原病内科



米国の臨床現場には、指導医—研修医の間で語り継がれてきた、数多くの「臨床の知恵」がある。それらは、暗記できるくらいの短いフレーズにまとめられるとき、「パール」(clinical pearl)と呼ばれる。本書では、「パールの神様」として知られるローレンス・ティアニー氏が「ベスト・パール117」を厳選し、それぞれに解説を加えた(全ページ和英併記)。ティアニー氏、渾身の書下ろし!

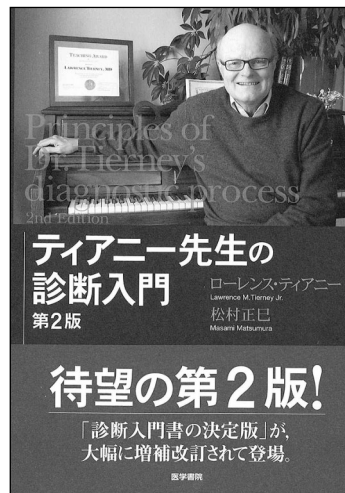
●A5 頁146 2011年
定価2,625円(本体2,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-01465-6]

「診断入門書」の決定版、待望の改訂! 医学書院

ティアニー先生の 診断入門 第2版

著 ローレンス・ティアニー、松村正巳

「診断の達人」「鑑別診断の神様」と呼ばれる、米国を代表する内科医、ローレンス・ティアニー氏による「診断入門」の第2版。「診断の原則と実際の進め方」をわかりやすく示すことで絶賛された初版に、大幅な加筆を加え、さらに内容を充実させた。まさに「診断入門書」の決定版であり、これを読まずして「診断」を語ることはできない。



●A5 頁208 2011年
定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01440-3]

「疾患志向型」から「問題解決型」へ 初期診療能力を身につけよう

interview 田中和豊氏（済生会福岡総合病院 臨床教育部部長）に聞く

このほど『問題解決型救急初期診療』（医学書院）の第2版が発行された。本書は、救急医療の現場で遭遇するさまざまな症例に対して、主訴や症状からのアプローチをまとめたもの。著者は、小紙にて「臨床医学航海術」を連載していた田中和豊氏だ。「研修医が1人で診療を行わなければならない時の手助けとなるように書いた」と語る氏に、本書の紹介に加え、初期研修医が充実した研修期間を過ごすためのヒントを聞いた。

患者が抱える“問題”から 疾患を考える

——「問題解決型」とはどのようなものなのでしょうか。

田中 「問題解決型」とは、患者が抱える主訴や症状といった“問題”を中心に据え、そこから原因を考え、治療を行っていくという方法論です。従来、医学は疾患別・臓器別に体系化されてきた言わば「疾患志向型」の学問ですから、それとは相対する方法論と言えるかもしれません。

——「問題解決型」が、なぜ救急の現場に必要なのですか。

田中 救急の現場においては、診断のついた状態で訪れる患者よりも、「腹痛」や「頭痛」という主訴や症状のみを抱えて訪れる患者のほうが圧倒的に多い。そのため、救急室においては、患者の抱える問題と対峙し、そこから内科・外科・産婦人科・精神科などできる限り多くの鑑別診断を考慮し、系統的に診断を行い、治療方法を決定する「問題解決型」の方法論が求められるのです。

研修医時代の経験が 一冊の本に

——「問題解決型」の発想の原点は、ご自身の経験に基づいたものなのでしょうか。

田中 私自身の研修医時代の経験に基づいています。

私が研修を行った救急室は、各科別の救急室ではなく、風邪や外傷から心肺停止までありとあらゆる症状の患者を診る、今で言う「北米型ER」に近いところでした。自分1人で何とかしなければならぬ場面も多くあり、どのように対応すべきかわからない場合は、多くの医師が経験しているように、とりあえず検査を行って時間を稼ぎ、その間に書籍で調べる、ということをしていました。

しかし、これがまた大変な作業でした。当時の救急のマニュアルというと3次救急の最重症例を想定して書かれたものばかりでしたし、その他のマニュアルも症候別・臓器別・専門科別に特化して書かれたものが中心でした。

そのため、いくつかの科にまたがって考えるべき腹痛や頭痛といった症状を持つ患者を診る際は、鑑別診断のためにある書籍を開き、診断がいたら治療方法を決定するためにまた別の書籍を開く、ということを行う必要がありました。効率のよい方法ではなかったため、各領域の症候や疾患をカバーし、問診・診察・診断・治療までのプロセスが一貫して書かれた書籍が、救急の現場には必要だと感じていました。

——研修医時代に、「問題解決型」の重要性を身をもって認識されたわけですね。

田中 ええ。ですから、本書をまとめるに当たっても、「自分が研修医のときにあればよかったのに」と思える本にしようと考えていました。

また、執筆時に意識した点は、百科事典のように知識のみをまとめるのではなく、現場に必要な「考え方」を示すことです。「この症状があったらこの疾患」「この疾患に対してはこの治療」と暗記することが大切だと思っている研修医も多いようですが、そんなことはありません。多種多様な疾患を診る救急医療において、そのすべてに必要な情報を暗記するなんてことは不可能です。重要なのは、それぞれの症状や症候の基本的な原理を押さえ、その場でその場で考えていくことです。本書においても、各症候の項目の冒頭に「アプローチ」という形で基本原理をまとめ、あとは個人の診療現場に合わせて臨機応変に対応できるように、考え方の道筋を提示することに注力しました。

本書は、救急室で当直する研修医が自分1人だけでも診療を行えるだけの情報がまとまっており、さらにその後の学習にも役立つ内容になっていると思います。

まずは「当たり前」のものから

——開始から6年間にわたり続いた連載「臨床医学航海術」も、2011年12月（第2956号）をもって最終回を迎えました。本連載において最も伝えなかった点は何ですか。

田中 連載の中で紹介した、12にわたる「人間としての基礎的技能」（表）の習得の必要性をあらためて強調しておきたいと思います。

●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

現在、医学・医療の世界はダイナミックに変わりつつあります。医学の発展はもちろん、医学教育や臨床研修、病院運営などといったシステム面においても大きく変化しているのです。これらの変革についていくために、「人間としての基礎的技能」は必須の能力でしょう。

——連載の中では大きな変化の一つとして、2004年に導入された新医師臨床研修制度を挙げ、たびたび言及されていました。

田中 ええ。新医師臨床研修制度の導入により、新卒の研修医は2年間の研修が義務付けられました。研修に専念できる期間が設けられたのは素晴らしいことです。初期研修医はこの期間を十分に活かすべきだと考えています。——初期研修期間の2年間を通して、身につけておいてほしいことは何でしょうか。

田中 まずは医師として当たり前のこととも言える、「問診・診察・検査・診断・治療・マネジメント」という一連の初期診療能力を身につけてほしいと思います。

“神の手”と言われるような手術手技や最先端の医療技術ばかりに関心を向け、「それだけしかやりたくない」と言わんばかりの研修医も少なくありません。しかし、医師として基本となるのは、内因性・外因性を問わず、common disease を当たり前で診断・治療できる初期診療能力です。もちろん、これはその後の医師生活のなかでもブラッシュアップさせていくべき能力ですが、まずは初期研修の時期に意識的に学ぶことが重要だと思っています。——初期診療能力を向上させるために普段からできるような実践的なコツはありますか。

田中 まずは自分に合う基本書を一冊見つけるといいでしょう。初期研修のころは、患者を前にしてもわからないことばかりで、不安や焦りを覚えるものです。そのあまり、いろいろな書籍や雑誌を手当たり次第に読んでいた研修医もいるのですが、その方法だと時間ばかりがかかって、「結局何も頭に残らなかった」ということも多いのですが、そもそも現場で出合う疾患の99.9%がcommon disease なのですから、基本書一冊で十分に対応可能な



●田中和豊氏
1988年慶大理工学部物理学科卒。94年筑波大医学専門学群卒。同年横須賀米海軍病院インターン、95年聖路加国際病院外科系研修医を経て、97年ニューヨーク市ベス・

イスラエル病院で内科レジデント。2000年聖路加国際病院救命救急センター、03年国立国際医療センター（現・国立国際医療研究センター）救急部、04年済生会福岡総合病院救命救急センターを経て、05年より現職。米国内科学会専門医、日本救急医学会専門医。著書に『問題解決型救急初期診療』『問題解決型救急初期検査』（医学書院）、『思考過程と根拠がわかる腹痛初期診療マニュアル——救急・プライマリケアでの鑑別診断と治療の法則』（羊土社）、『臨床の力と総合の力——ジェネラリスト診療入門』（共著、CBR）、『Step By Step! 初期診療アプローチ』シリーズ（Care Net DVD）など。

ずです。一冊の基本書を熟読し、一つひとつの臨床経験とともに知識を身につけていくほうが、長い目で見て役立に立つものとなるでしょう。

医師である前に人として

——最後に研修医の方々へのメッセージをお願いします。

田中 忘れてはならないのは、優れた書籍や研修システムだけではなく、積極性こそが医師を育てるということです。昔に比べれば、研修医向けの書籍やDVDなどの教材は増えましたし、病院の研修システムも充実したものにしました。しかし、その環境に甘えるのではなく、自分自身で明確な目的を掲げ、医師としての能力を向上させるという意識を持って努力しなければなりません。

また、新医師臨床研修制度の基本理念に「人格をかん養すること」という文言があるように、医師である前にまずは人として、品格を磨いていってほしいと思います。

——ありがとうございました。（了）

医学生・レジデント 読者モニター募集中!

週刊医学界新聞レジデント号を無料送付よりよい紙面づくりにご協力ください!

☆対象：医学生・レジデント

☆モニターの方へお願いすること

- ・記事へのご意見・ご感想
- ・座談会・インタビューなどへのご参加や、企画案へのご意見

お申し込み・詳細に関するお問い合わせは下記へ。



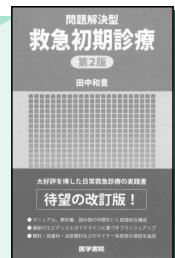
『週刊医学界新聞』編集室
shinbun@igaku-shoin.co.jp

大好評を博した日常救急診療の実践書、待望の改訂版!

問題解決型救急初期診療 第2版

救急患者の診断からマネジメントまで、フローチャートなどを用いて優先順位をつけ、考えること・すべきことの流れを理解し、初期診療につなげる。特に基本的症候へのアプローチに重点を置き、単に手順を示すのではなく、真に理解しながら学べるよう問題解決のプロセスに焦点を当てた。最新のエビデンスとガイドラインに基づいた内容を盛り込み、マイナー系救急の内容も加わり、ますます充実した研修医必携書の待望の改訂版。

田中和豊
福岡県済生会福岡総合病院 臨床教育部部長



B6変型 頁608 2011年 定価5,040円(本体4,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01391-8]

医学書院

ツボを押さえれば精神科は楽しい! カスガ先生、これならやっつけよう!!

援助者必携 はじめての精神科 第2版

誰も教えてくれなかった精神科のツボを、誰にもわかるように解きほぐしてくれたと大好評の初版に、認知症、新型うつ、パーソナリティ障害など新たな「困りごと」とその解決策を示しました。はじめて精神科に足を踏み入れたとき誰もが感じる「不安」の元に分け入る超実践的アドバイス集。ホントの言葉は、軽くて深い。

春日武彦
精神科医



B5 頁256 2011年 定価1,995円(本体1,900円+税5%) [ISBN978-4-260-01490-8]

医学書院

当直が始まって立て続けに数台の救急搬送を受け、ひと息ついたところに新たな入電が――。

Case

65歳男性。既往に肺気腫があり、トイレに行った後に呼吸困難が始まったという。発熱なし。数日前から咳嗽と喀痰の量が増えていた。血圧120/80mmHg、脈拍数100/分、SpO₂85% (RA)、呼吸数28/分、頸静脈怒張あり。肺野では両側性に喘鳴を聴取する。心臓音あり、心雑音なし。腹部の圧痛なし。四肢の腫脹は認めない。
「まずはCABからだ」と動き始めたあなたに、見学していた学生から「CO₂ナルコーシスの危険がある患者には、酸素投与を慎重に行うべきでしょうか?」との質問が――。

Question

Q1 酸素投与はどのように行うか?
A COPD急性増悪であっても酸素化を保つ必要がある。

慢性的に高炭酸ガス血症がある患者では、呼吸中枢において、CO₂による呼吸ドライブよりもO₂による呼吸ドライブがメインになる。そこに高濃度の酸素を投与すると呼吸停止を起し、さらにCO₂が体内に貯留してしまう危険性がある。しかしながら、COPDの患者であってもSpO₂を少なくとも90%に保つ必要がある。そこで、軽度の低酸素血症では少量の酸素投与を、重度の低酸素血症ではNPPV(非侵襲的人工呼吸)や気道確保などバックアップの手段を用意し、高濃度の酸素投与を行う必要がある。

この患者の血液ガス所見(酸素10L/分投与下)は、pH7.31、PaCO₂55mmHg、PaO₂75mmHg、HCO₃⁻27mEq/Lであった。

Q2 高炭酸ガス血症が慢性か、急性かは、どのように判断するか?
A 血液ガスのpHを参考にする。

血液ガスのpHは高炭酸ガス血症の変化と速度を反映するため、急性か、慢性かを判断するのに有用である。以前行った血液ガス分析において高炭酸ガス血症と正常pHの所見があれば、慢性的な高炭酸ガス血症の患者である可能性が高い。もし比較できるデータがなく、アシドーシスと高炭酸ガス血症がある場合には、急性の変化が起きたと考えるのが妥当である¹⁾。

Q3 COPD急性増悪の場合、増悪因子となるのは何か?
A 増悪因子は種々ある。

COPDの主な増悪因子は、呼吸器感染症、服薬コンプライアンス、天候の変化、不整脈、左心不全、アレルゲンへの暴露、などが挙げられる。加えて、

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で働く救急医が目まぐるしく減少しています。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します。

志賀 隆 東京ベイ・浦安市川医療センター 救急部長

気胸、肺塞栓、腎不全、肝不全などがある。

Q4 どのような検査が必要か?
A 胸部X線、心電図、血算、生化学、心筋トロポニンTなど(適応があれば喀痰培養、グラム染色)。

COPDの急性増悪を起こす患者は冠動脈疾患を抱えていることが多いため、急性増悪の原因やそのストレスによって急性冠症候群になっていないか、心電図、トロポニンで評価する必要があります。また、肺炎や気胸のリスクも高いため、胸部X線画像での確認が不可欠である。貧血や電解質異常を入院時に除外することも必要であろう。

Q5 COPD急性増悪と心不全との鑑別はどのように行うか?
A 両方の病態を持っていることもあるため、難しい。

前述したように、COPDを持つ患者は冠動脈疾患のリスクが高く、心不全とCOPD急性増悪の鑑別は容易ではない。場合によっては、両方の病態が混在していることもある。心不全の診断の助けとなるBNP(脳性ナトリウム利尿ペプチド)が、COPD急性増悪と心不全の鑑別の一助となると期待されていた。しかしながら、COPD急性増悪の際にもBNPが微増することが指摘されており、必ずしも万能の検査ではないことが明らかになっている。そのため現在では、NT-proBNP(脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント)などが心不全とCOPD急性増悪の鑑別に貢献することが期待されている。

Q6 COPD急性増悪の原因として肺塞栓を疑うのはどのような場合か?
A 通常の発作と重症度が異なる場合や、通常の治療に反応性が悪い場合。

COPDの急性増悪因子として肺塞栓があり、メタアナリシスでは25%に

肺塞栓が見つかったという報告もある²⁾。しかしながら、造影剤の副作用やコストを考えると、COPD急性増悪を起こしたすべての患者に胸部CT検査をオーダーすることは現実的ではない。COPD急性増悪を発症する年齢は60歳を過ぎてからが多い。年齢が上がるとD-dimerが擬陽性となる確率が高まるため、選択的にせざるを得ない。現実的には、患者の症状や経過、よくあるCOPDの急性増悪と異なる場合(低血圧、重篤な低酸素血症など)、通常の治療に反応しない場合(酸素投与やネブライザーに不応の低酸素血症など)などを考慮することとなる。

Q7 COPD急性増悪時に抗菌薬を投与するのはどのようなときか?
A 喀痰の量が増えてきた場合。

COPD急性増悪の約半数が細菌性感染症によるもので、一般的に、
・喀痰の量が増えた
・喀痰が膿性になってきた
・発熱がある
・胸部X線画像にて浸潤影を認める
などの場合には、抗菌薬の投与を考慮する必要がある。

抗菌薬投与について検討した、従来の研究の多くは、ステロイドの使用が一般的になる前のものであったり、症例数が十分でないなどの問題を有していた。最近行われた二重盲検による前向き研究では、喀痰の膿性にかかわらず、量が増えた場合にプラセボ群に比べドキシサイクリン投与群のほうが、細菌学的な改善、症状の改善がみられることが報告された³⁾。しかしながら、

Watch Out!

COPD急性増悪においては、高炭酸ガス血症による呼吸停止を考えなければならぬ。しかし、低酸素血症の治療のほうが高炭酸ガス血症よりもプライオリティが高いことを覚えておきたい。

標準的な治療を行うだけでなく、増悪因子を病歴・身体所見から考えて検査し、確定することも不可欠である。気胸による増悪では、陽圧換気によって緊張性気胸になる可能性があるため注意が必要である。

これらは入院後10日に測定されたものであり、当初のアウトカムであった入院後30日時点では有意差がみられなかった。

Q8 ステロイドの使用をどう考えるか?

A ステロイド静注は広く受け入れられた治療である。

COPD急性増悪の治療においてステロイド静注の効果は確認されている⁴⁾。メタ解析では経口・静注ともにステロイドの投与が治療の失敗や追加治療を減らし、入院後72時間の時点での肺機能と呼吸困難を有意に減らしたことが確認された。しかし、喘息と比べるとその有効性は限られている。

Q9 他にどのような治療法があるか?
A NPPV。

COPD急性増悪の患者で、意識状態が保たれておらずすぐに気管挿管が必要ない患者には、NPPVが考慮されるべきである。NPPVは、重症の患者において挿管の回避、死亡率の減少、入院日数の短縮につながる事が報告されている(Ann Intern Med. 2003 [PMID: 12779296])。

Disposition

低酸素血症の程度、喀痰の性状や量の変化などから入院治療することとなった。著明な高炭酸ガス血症、意識障害は認められなかったため、一般病棟に入院となった。

Further reading

- Plant PK, et al. Chronic obstructive pulmonary disease * 9: management of ventilatory failure in COPD. Thorax. 2003; 58 (6) : 537-42. ↑ COPD増悪における動脈血ガス分析の考え方についての記載がある。
- Rizkallah J, et al. Prevalence of pulmonary embolism in acute exacerbations of COPD: a systematic review and metaanalysis. Chest. 2009; 135 (3) : 786-93. ↑ COPD増悪における肺塞栓に関するメタアナリシス。
- Daniels JM, et al. Antibiotics in addition to systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2010; 181 (2) : 150-7. ↑ 痰の量が増えたときに抗菌薬を加えることの利点を検証したRCT。
- Walters JA, et al. Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (1) : CD001288. ↑ 11の論文を分析した研究。ステロイドの有効性が確認された。

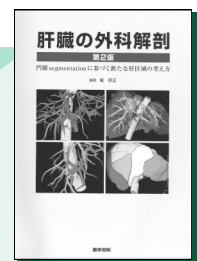
静脈系からみた新たな肝区域の提唱。「肝門板」の視点と腹腔鏡下肝切除を加え大改訂!

肝臓の外科解剖 第2版

門脈segmentationに基づく新たな肝区域の考え方

肝臓の手術に不可欠な区域解剖において、従来のCouinaudの肝区域に替わり、門脈など静脈系に着目した新たな考え方を呈示。2004年の初版以後の、最新の立体画像構築による新発見とともに、「肝門板」の新たな視点を提唱。腹腔鏡下肝切除術式も加えて、手術書として大幅リニューアル。

編著 竜 崇正
千葉県がんセンター前センター長



小児整形外科のすべてがこの1冊!

こどもの整形外科疾患の診かた 診断・治療から患者家族への説明まで

一般整形外科医から研修医、小児整形外科医を目指す方々に向けた小児整形外科のテキスト。日常遭遇しやすい疾患ごとに、患者家族がもつ不安や疑問の実例を挙げ、それに対する適切な回答例、診断上の留意点、専門医へ紹介するタイミング、治療の解説箇所では、フローチャートを用いた流れも示している。小児整形外科のトピックスや執筆陣が勧める診断や治療の方法も併せて紹介。小児を診療する際の手助けとなる1冊。

編集 亀ヶ谷真琴
千葉こどもと病の整形外科 院長
編集協力 西須 孝
千葉県こども病院 整形外科 主任医長



シリーズ監修 高木 康 (昭和大学教授医学教育推進室)

第11回

腫瘍マーカー

学ぼう!! 検査の 使い分け

AFP

PIVKA-II

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。

前川 真人

浜松医科大学教授、臨床検査医学

腫瘍マーカーは、癌細胞もしくは非癌細胞が癌細胞に反応して生成される物質のなかで、腫瘍の存在や癌細胞の種類とその量を反映する指標となる物質を指します。理想的には癌細胞のみから生成される物質が最適ですが、残念ながらそのような物質は今日まで発見されておらず、正常細胞や良性疾患でも作られている物質ばかりです。マーカーには、ある程度癌種特異的なものと幅広く種々の癌で陽性となるものがあります。今回は、比較的特異性の高いAFP (α -fetoprotein) と PIVKA (protein induced by vitamin K absence or antagonist)-II の2つの腫瘍マーカーを取り上げます。

AFP と PIVKA-II

AFP は、1本のN結合型糖鎖を有する分子量約70kDa(アミノ酸590個)の糖蛋白質です。胎生期に胎児肝および卵黄嚢で産生されているため、出生時には15-30 μ g/mLと高値ですが、出生後は減少し1歳未満で成人値に落ち着きます。妊婦では、妊娠6週ごろから上昇し32週ごろピークに達し(約200 ng/mL)、分娩後は約2週間で正常値に戻ります。

カットオフ値は10 ng/mLです。肝細胞癌のほか、ヨークサック腫瘍や精巣腫瘍でも陽性となり、さらにAFP産生胃癌をはじめ、種々の癌でAFP高値を示す症例が報告されています。また再生肝細胞でも産生されるため、肝硬変や肝炎でも高値を示し、この検査値だけでは肝細胞癌との鑑別が困難なのが実際です。

PIVKAは、ビタミンK欠乏またはビタミンK拮抗薬の投与によって生じる異常な血液凝固因子の総称です。ビタミンK依存凝固因子であるII, VII, IX, Xの因子のうち、第II因子(プロトロンビン)をPIVKA-IIと呼びます。構造からDes- γ -carboxy prothrombin (DCP)とも呼ばれます。これはプロトロンビンのグルタミン酸(Glu)が γ -グルタミルカルボキシラーゼによって γ -カルボキシグルタミン酸(Gla)に変換するところ、ビタミンKが減少すると、その反応が阻害され γ -カルボキシ化されないGluのままとな

るからです。

カットオフ値は40 mAU/mL未満です。肝細胞癌の50-60%で陽性を示し、特異度が94%と非常に高いのが特徴です。すなわち、肝硬変でもAFPはある程度の高値を示しますが、PIVKA-IIが陽性を示す症例は数%に過ぎないということです。

PIVKA-IIの注意点としては、ビタミンK欠乏状態で上昇することが挙げられます。すなわち、ワルファリンやセフェム系抗菌薬、抗結核薬は、ビタミンKに拮抗したりビタミンKサイクルを阻害するため、PIVKA-IIが上昇します。肝外性閉塞性黄疸(陽性率25%)、肝内胆汁うっ滞(陽性率35%)など、ビリルビン排泄障害時にも高値を示すことがあります。これは胆汁うっ滞によってビタミンKの吸収が低下するためです。アルコール性肝障害やヘパトマ様の病理所見を示した胃癌例での上昇も報告されています。

肝細胞癌症例でAFPとPIVKA-IIは必ずしも相関しないため、両者を測定することで感度上昇が期待でき、お互い補完する腫瘍マーカーとして活用されています。2008年4月から1か月に1回ですが、両者の同時測定が保険診療で可能となりました。

腫瘍マーカー検査を行うとき

AFPとPIVKA-IIはともに肝細胞癌の腫瘍マーカーであるため、
①肝細胞癌を疑うとき

②C型肝炎ウイルス(HCV)もしくはB型肝炎ウイルス(HBV)陽性の肝硬変や慢性肝炎患者(肝細胞癌ハイリスクグループ)

が主な検査対象となります。

なお、AFP>10 ng/mLの場合、レクチンとの親和性によって分別定量するAFP-L₃分画%も利用されます(ショートコラム参照)。AFPは肝細胞癌以外にもヨークサック腫瘍や精巣腫瘍でも上昇する腫瘍マーカーなので、それらの腫瘍が疑われるときも検査対象となります。

症例 72歳男性。15年前から慢性肝炎と診断され経過観察しており、10年前からはC型肝炎と診断され肝庇護薬を服用しつつ経過観察を行っていた。今回、腹部超音波検査とCTで単発性の肝細胞癌を指摘された。臨床検査所見：白血球数3300/ μ L、赤血球数400万/ μ L、Hb13.4 g/dL、Ht42.5%、MCV106、血小板数7.8万/ μ L。総蛋白8.8 g/dL、アルブミン3.6 g/dL、T-ビリルビン1.0 mg/dL、AST30 U/L、ALT30 U/L、ALP300 U/L、 γ -GT40 U/L、ChE130 U/L、PT-INR1.15、AFP150 ng/mL、PIVKA-II1100 mAU/mL。HBsAg(-)、HBsAb(-)、HCVAb(+)

症例は、C型肝炎から肝硬変、そして肝細胞癌が発生したケースです。腫瘍マーカー(AFP、PIVKA-II)の上昇と腹部CTから、肝細胞癌の合併を指摘されました。肝機能検査のなかでは、細胞傷害と胆汁うっ滞性病変を示す指標に特に異常はみられませんでした。しかし、合成能障害・間葉系の反応・線維化に関する検査データでは異常が認められます。HCV抗体陽性のC型

肝炎患者であり、肝細胞癌のハイリスク群です。

肝炎ウイルス感染者へのフォロー

わが国の肝硬変患者の成因の大部分は肝炎ウイルス関連です。HCVが70-80%、HBVが15-20%、残りがアルコール性、非アルコール性脂肪肝炎、自己免疫性肝炎などです。C型肝炎は、HCV感染の20-30年後に、進行した慢性肝炎や肝硬変という経過をたどり、最終的に肝細胞癌に至ります。ウイルスからの攻撃により、肝細胞が破壊と修復を繰り返しているうちに、癌化すると考えられています。B型肝炎が肝硬変を経ずに癌化することがあるとは異なります。

定期検診の間隔は、肝炎ウイルスに感染しているだけでほかに異常がない場合には、6か月に1回の間隔で採血や超音波検査を行います。肝炎ウイルス感染以外に肝機能異常があるときは3-4か月に1回は採血や超音波検査などを行い、必要に応じてCTなどの画像検査も行います。

腫瘍マーカーは客観的なマーカーであり、それらが上昇傾向を示している場合は、発癌の可能性を疑い早期の対応が期待できるので、このように定期的に測定することが重要です。もし上昇傾向が認められれば、画像検査も併用した検査を頻回に行って、早期に癌を見つけることが大切です。

まとめ

腫瘍マーカーは癌に特異的ではなく、良性疾患でも上昇することがあること、それぞれのマーカーの上昇するメカニズムを理解した上でデータを判読することが大切です。肝炎ウイルス陽性患者では、AFP、PIVKA-II、AFP-L₃分画%と画像検査を適宜使いこなして肝細胞癌の早期発見に努めることが肝要です。

ショートコラム AFP-L₃分画%：レンズ豆レクチンとの糖鎖親和性によって、AFPは非結合性分画(L₁)、弱結合性分画(L₂)、強結合性分画(L₃)に分画されます。慢性肝炎や肝硬変では主にL₁分画が、肝細胞癌ではL₃分画が増加します。ヨークサック腫瘍や精巣腫瘍、AFP産生胃癌などではL₂分画も検出され、L₂+L₃が上昇するパターンになります。AFP-L₃分画%のカットオフ値を10%とすると、肝細胞癌診断の感度は約45%、特異度は90%以上です。特にAFPがカットオフ値未満でもL₃分画%が高値の症例もあり、早期発見に有用であると言われます。ただし、現状では保険診療上、AFPかPIVKA-IIと同一月に依頼を行っても主たるものしか算定されません。

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ーシー

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。答えを教えてくれ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]

WHOで感染症と闘い続けた尾身茂氏が語る奮闘記

WHOをゆく

感染症との闘いを越えて

著者の尾身茂氏は、WHOアジア西太平洋地域における小児麻痺(ポリオ)根絶の立役者。また21世紀最初の公衆衛生の危機となったSARS対策でも陣頭指揮をとり、日本に戻ってからは新型インフルエンザ対策で活躍した。『公衆衛生』誌の連載をもとにした本書であるが、3.11後の医療・社会について加筆されている。本書は、まさに感染症と闘い続けた尾身氏の奮闘記。志とは？ 覚悟とは？ 己との格闘とは？ 自ら道を拓こうと欲する、若者に贈る――。

尾身 茂
自治医科大学地域医療学センター

WHOをゆく
尾身茂の闘いを越えて

A5 頁176 2011年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01427-4]

◎救急で診る患者にどう対応するか。救急に関わるすべての医師必携書

今日の救急治療指針 第2版

監修 前川和彦 東京大学名誉教授
相川直樹 慶應義塾大学名誉教授

編集 杉本 壽 星ヶ丘厚生年金病院院長
堀 進悟 慶應義塾大学教授
行岡哲男 東京医科大学教授
山田至康 元順天堂大学浦安病院教授
坂本哲也 帝京大学教授

臨床の第一線で活躍している執筆陣による救急に特化した治療指針。救急外来で遭遇する症候・傷病に関して、「緊急度」と「重症度」を重視して編集。初療時の考え方や対応の仕方(最初にすること、重症度を見分けるポイント、入院の判断基準)など、救急の現場で役立つ知識が満載。

●A5 頁1024 2011年 定価13,650円(本体13,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01218-8]



レジデントの方々にお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

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]



最新刊

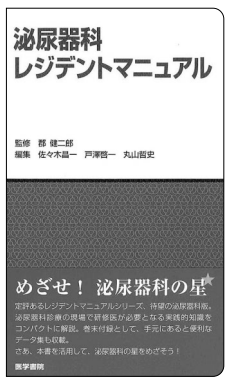
泌尿器科レジデントマニュアル

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しである。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]

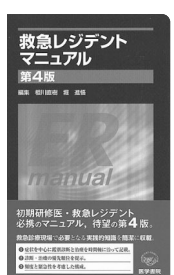


救急レジデントマニュアル 第4版

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]



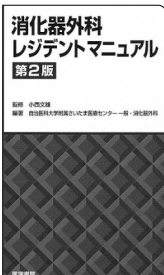
消化器外科レジデントマニュアル 第2版

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]

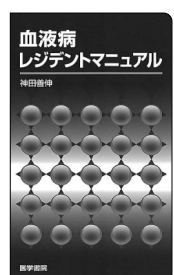


血液病レジデントマニュアル

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]



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21回

循環器疾患に切っても切れないのが心電図。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口に循環器疾患の世界に飛び込んでみませんか？

なぜ、不整脈は起こるのか？

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

そもそも生物とは？

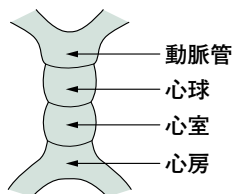
生物は、複製可能な遺伝情報(染色体、つまり遺伝子のカタマリ)を細胞というハコに閉じ込めることに成功しました。そして、高性能な脂質二重膜を通して、電解質や糖・蛋白質といったエネルギー源をやり取りしながら、順調に増殖を繰り返していました。こうしてしばらくは(ほんの15億年ほど)ただ海を漂っていたのですが、あまりにも無防備と思ったのか、それとも進化の宿命だったのか、あるとき陸をめざすようになりました。そのために「腎臓」が発明され、「海」を細胞外液として身にまとった両生類が約4億年前に上陸を果たしました(表)。

その「海」は、そのままでは電解質や蛋白質による膠質浸透圧のバランスを保てず濁ってしまうので、定期的に中身を入れ替える必要があります。そのとき、ポンプとしての役割を果たしたのが心臓です。心臓と脈管は、肺や腸から酸素や蛋白質などを取り込んで、新鮮な「海水」として各臓器のすみずみの細胞にまで行き渡らせ、しかるべき細胞活動の後に濁ってしまった水を回収する役割を、人類に至るまで果たしています。

生物の進化をなぞる心臓の発生

解剖の授業等々で、苦勞して勉強してきた「発生」ですが、端的に言えば上記の生物の40億年近い進化の過程を、受精卵が約10か月でなぞるプロセスといってよいと思います。心臓を例に、その段階を追ってみましょう。

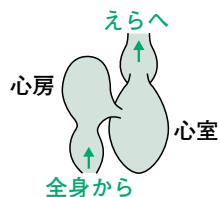
①まず発生第3週終わりごろに原始心筒ができます。この心筒は4つの腔に分割され、心房、心室、心球と動脈管の原型が出来上がります。



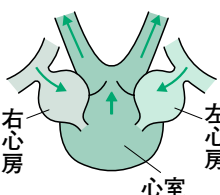
●表 地球カレンダー (地球の歴史を1年間で置き換える)

1月1日	46億年前	地球誕生
2月9日	40億年前	原始の海の中で蛋白質や核酸が生まれる
3月29日	35億年前	光合成する細菌が生まれる
7月10日	22億年前	細胞核を持つ真核生物が生まれる
11月23日	5億年前	魚類が出現
11月29日	4億年前	両生類が出現し、陸に上がる
12月3日		爬虫類が分化する
12月13日	3億年前	最初の哺乳類が登場
12月31日 23時37分	1万年前	人類(ホモ・サピエンス)誕生
12月31日 23時58分	300年前	産業革命

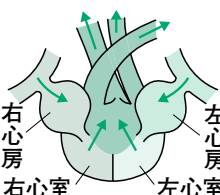
②次にこの心筒がループを形成します。これは魚類の心臓とほぼ同じ、一心房一心室の状態です(えらで酸素交換するので、心臓は静脈血しか流れていない)。



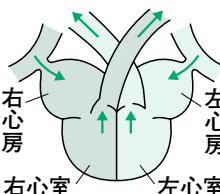
③ループ形成の後で心房が分割されると、もう少し心臓らしくなってきます。両生類の心臓と同じ形態ですが、心室で肺からの動脈血と全身からの静脈血が混じり合うので、ポンプとしての効率は悪いままです。



④ループ形成後には、心室の中の区切りが形成されます。下の図のように不完全ながら心室中隔が存在するのが爬虫類の心臓です。

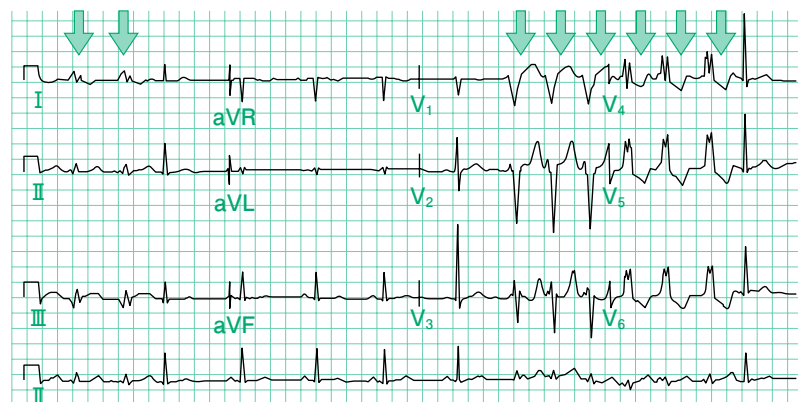


⑤心房も心室も完全に区切られるのが完成した哺乳類の心臓です。動脈血と静脈血が完全に区別され、心臓のポンプとしての効率は最大です。



先天性心疾患についてひと言だけ

少し脇道にそれますが、心室中隔の形成がうまくいかない場合、心室中隔欠損となります。これは生物の進化の



●図2 RVOT-VTの心電図

矢印の心拍がVTですが、まずV1誘導で左脚ブロック波形、そしてIIとIII誘導で下方軸の部分が普通のVTと違います。このタイプのVTは非常によくベラパミルやβ遮断薬が効き、さらに多くの場合、カテーテルアブレーション治療によって根治できます。

なかでも最終段階で完成したものなので、まだ遺伝的なプログラムミスが多いのか、先天性心疾患の中で最も多く見られます。

次いで多く見られるのが心房の中隔欠損です。どうも生物学的に中隔をうまく形成することは大仕事だったようです。このほかループを形成時に、最後のヒネリがうまくいかないとファロー四徴症になります。これもよく見かける先天性心疾患です(図1)。

なぜ、不整脈は起こるのか？

さて今回は、「なぜ不整脈は起こるか」という話でした。実は、いろいろなタイプの不整脈が原始心筒の4つの構造の境目を源としています。どうも発生的に心筋細胞が別の組織と混ざってしまうと具合が悪いようです。

一番わかりやすいのは、心房と心室の境目が入り組んでしまっている場合ですが、これは副伝導路の形成により心房の興奮が直接心室に伝わってしまい、WPW症候群となります。また、もともと別組織であった心球と呼ばれ

る部分は右室の流出路を形成しますが、この部分に他の部分の心筋細胞が混ざってくると特発性の心室頻拍、いわゆるRVOT-VT(right ventricular outflow tract ventricular tachycardia)という若年者に多い特異な心室頻拍を来します(図2)。

また、連載第8回(2907号)でも取り上げましたが、心房細動の起源は肺静脈に巻きついた心房の心筋細胞です。この巻きついた心筋細胞が、自発的な信号をピコピコと密かに出し続けているために心房細動が起こりますが、これもやはり発生的な境目からの不整脈です。こうした解剖学的な不整脈の発生機序の理解はカテーテルによる電気生理学検査やアブレーション(焼灼療法)から理解が大きく進みました。

今回参考とした文献1は、さらに細かい部分にまで踏み込んでいるので、興味のある方はぜひ一読下さい。

*

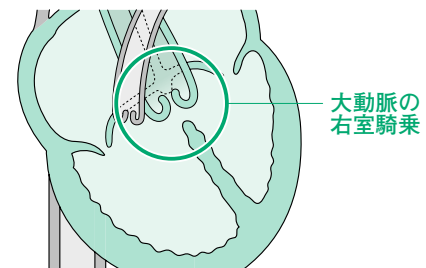
意外と奥の深い不整脈の発生源の話でしたが、いかがでしたか？この連載も残すところ3回の子定ですが、なるべく幅広く心電図の話題を提供していきたいと思っています。

POINT

- 心臓の発生は、ループ形成から心室の中隔まで生物進化をなぞっている。
- 発生的に異なる部位の境目は不整脈の起源となりやすい。
- 現在はこうしたタイプの不整脈に対し、カテーテルアブレーションによる治療が用いられている。

参考文献

1) 井川修. 臨床心臓構造学. 医学書院; 2011.



●図1 ファロー四徴症の心臓の模式図

ループを形成した心筒の心室の部分は最後にヒネリを入れて心房とドッキングしますが、その際に回転が不十分だと、①大動脈が右室側に乗り、②相対的に右室の流出路が狭くなります。すると③右室肥大を来し、さらに④心室中隔の形成もうまくいなくなり、ファロー四徴症となります。

これほどまでに美しく多彩な小腸内視鏡像はない

小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ

本邦でトップクラスの腸内疾患症例数を誇る編者らのグループによりまとめられた本書は、内視鏡所見を提示し、その後疾患(症例)の解説をするところに特徴がある。内視鏡所見からみた鑑別診断のポイントをはじめ、診断にあたって必要な分類などの基礎知識に関する解説も豊富である。馴染みの浅かった小腸領域だが、ダブルバルーン内視鏡やカプセル内視鏡などの登場で多種多様な内視鏡所見を捉えられるようになった。美しく多彩な小腸内視鏡像が数多く掲載された本書から、診断へと結びつけるための、「所見のよみ方・捉え方」も習得できる。

編集 松井敏幸 福岡大学筑紫病院消化器内科・教授
松本主之 九州大学大学院病態機能内科学・講師
青柳邦彦 福岡大病院消化器内科・診療教授

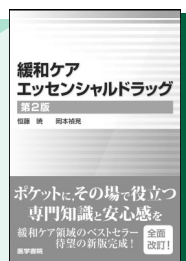


ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を一緩和ケア領域の好著、待望の改訂版!

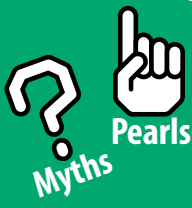
緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第2版

緩和ケアに必須の薬剤・諸症状のマネジメントについて、著者の経験・知識に基づいた貴重なノウハウと情報が満載の1冊。今改訂では、最新情報へのアップデートはもちろんのこと、解説薬剤も増加し一段と内容が充実。また、コンパクトサイズながら、より見やすく使いやすい紙面に、緩和ケアに携わる医師・看護師・薬剤師必携のベストセラー書、待望の改訂版完成。

恒藤 暁 大阪大学大学院教授・医学系研究科緩和医療学
岡本禎晃 市立戸塚病院・薬剤科長
大阪大学大学院非常勤講師・薬学研究所



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ます。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 歯医学融合教育支援センター 准教授

シェーグレン症候群 / 多発性筋炎・皮膚筋炎

その8

今回は、シェーグレン症候群 (Sjögren's Syndrome; SS) および多発性筋炎 (Polymyositis; PM)・皮膚筋炎 (Dermatomyositis; DM) の診療におけるポイントを学びます。

シェーグレン症候群

SS患者の多くは若年で発症する?

SSの主体は涙腺・唾液腺における慢性炎症であり、緩徐に腺機能低下が進み、40—60代で眼・口腔乾燥症状が出現します。経過中、急性反復性または慢性持続性の耳下腺・顎下腺腫脹を来すこともあります。

患者の70%はこのように涙腺・唾液腺に病変が限局し、緩徐進行型の経過をたどりますが、20%はそれに加えて関節、皮膚、腎、肺、血球、神経などの腺外臓器病変を合併します。また、早期から低補体血症や微小血管炎を呈し、悪性リンパ腫合併率が比較的高い患者も少数います。

眼・口腔乾燥症を来し得る原因はSS以外には少ない?

表1にSS以外で眼・口腔乾燥症を来し得る原因をまとめました。問診・診察により鑑別が容易なものも多く、涙腺や小唾液腺生検を必要とする場合は多くありません。

ミクリッツ病はSSの亜型?

無痛性の両側涙腺・耳下腺・顎下腺の腫大が特徴のミクリッツ病は、従来SSの亜型だとされてきましたが、抗SS-A/SS-B抗体陽性率が低く、ステロイド反応性が高いという点でSSと臨床像が異なり、さらに高IgG4血症・病変へのIgG4陽性形質細胞浸潤を認め、現在はIgG4関連疾患の一つと認識されています。

SS患者は眼・口腔以外にも乾燥症を来す

SS患者は皮膚、膈、気道などにも乾燥を来します。気道乾燥症を来した場合には乾性咳嗽を呈し、高分解能CTにて気道壁肥厚を認め、コリン作動薬が有効な場合があります。

SS患者の悪性リンパ腫相対リスクは健常人の16—44倍

悪性リンパ腫は、SSの経過中に低補体血症、クリオグロブリン血症、微小血管炎(SSの15%に見られ、皮膚に限局)を呈する患者に多く、そのような場合注意が必要です。通常節外性リンパ腫であり、唾液腺が50%、ほか消化管、肺、皮膚などに出現し、緩徐に進行するMALTリンパ腫が大多数です。ただ、数年の経過を経てびまん性大細胞型B細胞リンパ腫に形質変換し、急速に進行する場合があります。

口腔乾燥による、白苔を伴わない口腔カンジダ症の合併に注意

腺外臓器病変に対しては免疫抑制治療が主体となりますが、眼・口腔乾燥症には効果がなく、対症療法となります。眼に対しては、涙の補充(人工涙)、涙の排出抑制(涙点プラグ等)、涙の蒸発防止(眼鏡フレームへのフード装着)により、症状軽減とともに角膜損傷を防ぎます。口腔に対しては、唾液の分泌促進(コリン作動薬)や唾液の補充(人工唾液)がありますが、口腔乾燥の緩和には難渋し、う歯や口腔カンジダ症の合併に注意が必要です。後者は舌・口腔粘膜痛を来し、白苔を伴わず、赤色舌や硬口蓋の紫斑にて発症する場合があります。Bリンパ球標的治療が眼・口腔乾燥症を改善することを示唆する報告があり、開発が期待されます。

多発性筋炎・皮膚筋炎

PM・DMでは筋痛は必発である?

PM・DMでは、数週から数か月の経

表1 シェーグレン症候群以外の、ドライアイ、ドライマウスを来し得る原因

ドライアイ		ドライマウス	
ムチン分泌低下*	炎症 眼類天疱瘡, Stevens-Johnson 症候群 感染 トラコーマ ほか ビタミンA欠乏症	薬剤 抗コリン薬(特に抗うつ薬), 抗ヒスタミン薬, クロニジンなど	薬剤 抗コリン薬(特に抗うつ薬), 抗ヒスタミン薬, 向精神薬, クロニジンなど
涙液分泌低下*	薬剤 抗コリン薬(特に抗うつ薬), 抗ヒスタミン薬 感染 HIV 炎症 ミクリッツ病(IgG4関連疾患) 神経障害 顔面神経麻痺(遠心性), 三叉神経麻痺(求心性)	感染 HCV, HIV	脱水状態 コントロール不良な糖尿病, 利尿薬, ほか
油分泌低下*	マイボーム腺機能低下, 眼瞼炎	炎症/蓄積性病態 サルコイドーシス, ミクリッツ病(IgG4関連疾患), ALアミロイドーシス	炎症/蓄積性病態 サルコイドーシス, ミクリッツ病(IgG4関連疾患), ALアミロイドーシス
涙液 蒸発過多	コンタクトレンズ 瞬目の減少(パソコン画面凝視, 顔面神経麻痺など)	ほか	頭頸部領域への放射線治療後, 不安

*角膜の表面は、内側からムチン層(角結膜上皮細胞などから分泌されるムチン)、水液層(涙腺より分泌される涙液)、油層(マイボーム腺より分泌される油)の3層より成る涙液層で覆われており、いずれが障害されてもドライアイを来す。

表2 筋炎特異的自己抗体

自己抗体	対応抗原	対応抗原の機能	頻度	臨床的特徴
抗アミノアシル tRNA 合成酵素抗体 (抗Jo-1抗体ほか)	アミノアシル tRNA 合成酵素*	細胞内蛋白合成	筋炎全体中の20—30%	IP 高頻度, Mechanics' hand, 関節炎, 発熱, レイノー現象
抗Mi-2抗体	Mi-2 α, Mi-2 β	NuRD複合体中のヘリカーゼ	DMの15—20%	典型的皮疹を呈するDM
抗SRP抗体	SRP	小胞体への蛋白の移動	筋炎全体の4—6%	壊死性筋炎
抗CADM-140抗体	MDA-5	RNAヘリカーゼ	皮膚限局型DMの65%	皮膚限局型DM, 急速進行性IP
抗p155/140抗体	TIF-1 γ	転写, 細胞の分化	DMの13%, 若年性DMの23%	(成人)悪性腫瘍合併DM, (小児)重症DM皮疹
抗p200/100抗体	HMGCR	コレステロール合成	IMNMの42%	IMNM, スタチン服薬
抗SUMO-1抗体	SUMO-1	蛋白の翻訳後修飾	DMの8%	DM, 嚥下障害
抗MJ抗体	NXP-2	転写	筋炎全体の5%以下	(成人)悪性腫瘍合併, (小児)石灰沈着/関節拘縮

*抗Jo-1抗体はヒスチジンのtRNA合成酵素が抗原だが、他のアミノ酸のtRNA合成酵素を抗原とする抗体もある。

過で四肢近位筋が障害され、病歴ではしゃがみ立ちや車の乗り降り、整髪の際の上肢挙上困難等が聴取されます。また、50%で頸部屈筋群も侵され、40%で咽頭筋の障害により嚥下困難を来す一方、筋痛は25—50%程度しか呈さず、呼吸筋や心筋の障害はまれです。

PMとDMは、皮膚病変の有無が異なるだけの同一疾患である?

DMには、皮膚病変が筋病変に先行する場合や、皮膚病変のみを呈する場合(皮膚限局型DM)がありますが、筋病変に遅れて皮膚病変が出現する、つまり当初PMと診断された症例が後にDMに形質変換することはほとんどありません。PMとDMは筋病理、悪性腫瘍合併の相対リスク(健常人に比してPMで2, DMで3—4)、合併する間質性肺炎(IP)の治療反応性も異なり、別の疾患として考えられています。

PM・DMの確定診断方法は筋生検である?

PM・DMを疑った場合の初期評価は、①筋炎の存在の確認[病歴・診察・検査(筋逸脱酵素・筋電図・MRIなど)], ②鑑別疾患の除外, ③筋・皮膚外臓器病変(特にIP)合併の有無の評価, ④悪性腫瘍合併の有無の評価、の4過程に分けられます。

では筋生検はどの過程に含まれるのでしょうか? PM・DMの筋病理所見は特異度が低く、確定診断には至りません。むしろ筋生検の最大の目的は鑑別疾患の除外であり、実際、遅発性筋ジストロフィー疾患の一部や糖尿病のポンペ病などはPMと同様な発症経過をとり、筋生検によらないかぎり除外できません。したがって、特異的な皮膚所見を呈し臨床的にDMが強く疑われる場合を除き、可能な限り筋生検を行うことが推奨されます。

筋炎で見られる自己抗体には、IPや悪性腫瘍合併、治療反応性と相関するものがある。

筋炎特異的自己抗体は全症例の40%程度でしか見られず、診断においては参考程度にしかありません。一方、IPや悪性腫瘍の合併、治療反応性などに相関する抗体が発見され(表2)、臨床応用が期待されます。

PM・DMはステロイド反応性が高い?

PM・DMの治療は、リリーバーとして高用量ステロイド(パルス療法を含む)とγグロブリン大量静注療法が、コントローラーとしてメトトレキサート、アザチオプリン、シクロスポリンなどが用いられます。標準的初期治療は高用量ステロイドですが、PMでは50%が抵抗性であり、DMでは当初87%が良好な反応を示すものの、そのうち92%が漸減中に再燃するため、コントローラーの追加や、場合によっては再度リリーバーを必要とします。長期的には、DMには一部単周期性の症例もありますが、大多数が慢性持続性または多周期性の経過をとり、長期にわたりコントローラーを必要とします。

DMに合併するIPは治療抵抗性で生命予後不良

PM・DMの30—40%が合併するIPのステロイド反応性は原病のそれと逆で、PM合併IPは90%がステロイド反応性で生命予後も良好ですが、DM合併IPは50%以上が抵抗性であり、その中には急速進行性で短期死亡率の高い亜群も含まれます。したがって、DM合併IPでは、重症度が高い場合や発症後進行が早い場合には、初期治療開始時からの免疫抑制薬(シクロスポリン、タクロリムス、シクロホスファミド)併用が推奨されます。

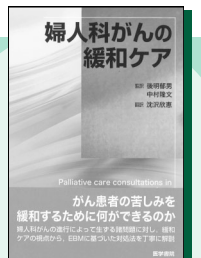
がんの苦しみをどう緩和するか、EBMに基づいた対処法を解説。

婦人科がんの緩和ケア

Palliative Care Consultations in Gynaecology(Palliative Care Consultations Series)

婦人科がんの進行によって生ずる諸問題に対し、緩和ケアの視点から、EBMに基づいた対処法を丁寧に解説。がん患者の苦しみを緩和する方策が学べる好書。オックスフォードPalliative Care Consultations Seriesの1冊。

編集 Sara Booth/Eduardo Bruera
監訳 後明都男
彩都友誼会病院副院長・緩和ケア科部長
中村隆文
川崎医科大学教授・産婦人科
翻訳 沈沢欣恵
彩都友誼会病院・緩和ケア科副部長



すぐに使える! ポケットサイズで実践的な研修医のサバイバルガイド

総合診療・感染症科マニュアル

研修施設としての評価も名高い亀田総合病院のスタッフの総力を結集して纏め上げた1冊。多忙な研修医には必携のサバイバルガイドがここに完成した。ポケットに収まるサイズながら、必要最低限のスキルや情報を凝縮。薬の投与量なども具体的におさえ、また箇条書きなので、ぱっと見で使える簡便さも兼ね備えている。しかし、中身はあくまで実践的なので、すぐにでも診療に役立ててもらえる1冊になることと思われる。

監修 八重樫牧人
亀田総合病院総合診療・感染症科部長
岩田健太郎
神戸大学教授・感染症内科
編集 亀田総合病院



日本の医学教育

ノエル先生と考える

第21回

ワーク・ライフ・バランス(7)

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。

前回までのあらすじ：多様なワーク・ライフ・バランスが可能となるにつれ、医療システムと医師の意識の変化が求められてきている。

大滝 今後、多様な形態で勤務する医師を社会が支えることはさらに重要となるでしょう。一方で、医師が自分や家族の生活を重視する傾向が強くなると、医師という職業自体が尊敬されなくなる恐れがあると感じています。

ノエル 発展を遂げた今日の社会は、良くも悪くも過去とは異なります。約100年前、人類の大多数は農業や牧畜に生涯を捧げていました。搾乳を待つ牛や卵を産む鶏に休みはないため、これらは時刻に関係なく従事が求められる仕事です。また家族もそういった仕事を受け入れていました。

今日、農業分野の従事者は大きく減少し、重工業分野でも多くの労働がロボットに取って代わられてきています！多くの業界で、労働時間は固定したものへと変わりました。しかし専門職の場合、高度な仕事の質を保つことが期待され、依然、勤務時間終了後の休息にあまり注意が払われていません。米国の専門職の多くは長時間働き、質の高い仕事を行っていますが、それは専門職が自身に対して持つ期待値の表れでもあります。

もう一つ、医学は競争が激しい領域だということも忘れてはなりません。医学部への入学は優秀な学生に限られ、良質な研修プログラムは競争率が高く、フェロシップを得るのはさらに困難です。医師は献身的によく働きますが、患者ケアに完全な答えはなく終わりもありません。だからこそ、医師が熱心に働き、医療が受けやすい環境を構築することが、医師への尊敬の源泉になり続けてきたのです。

米国社会で医師に対する尊敬の念を最も脅かすものは、ワーク・ライフ・バランスよりも一部の医師が診療に対して求める高額な報酬あるいは、無保険者の診察を拒む悪いイメージかもしれません。医師のイメージを悪化させ

るのは、怠惰よりもむしろ欲深さにあると考えられます。

再び地域に溶け込む医師たち

大滝 ワーク・ライフ・バランスを重視する医師が、多様な形で社会に貢献していくことも、医師が社会の尊敬を集め続ける上で大切だと思います。それぞれの医師の社会貢献を、周囲にアピールしていくことも必要でしょう。

ノエル 1965年以前の米国の医師は、収入面では中流階級で、その献身が故に地域の尊敬を集めていました。労働時間の境界線はあいまいで、真夜中に病院に戻って患者をケアし、ほとんど休まずいつでも病気の子どもを診療し、分娩もこなしたものでした。かつての中小の都市の医師たちは患者の家族をよく知り、医師の子も患者の子と同じ学校に通っていたものです。

1970年以降、メディケアなどの医療保険により医師はより高い給料を得ることが可能となりました。今日、医師は高級な居住地区に住み、子どもを私立の学校に通わせています。地域とかわりを持たず、地域にいる自分の患者の家族のこともよく知らないかもしれません。ただ、現在のパートタイムで働く28—42歳の若い世代の医師たちを見ていると、むしろ彼らのほうがかつての医師よりも地域に溶け込んでいます。収入は若干少なめですが、子どもたちと多くの時間を共に過ごし、ボランティア行事に参加し、子どもの野球やバスケットボールチームのコーチもしています。地域に知り合いを持ち、地域の活動にも参加できるようになったのは、勤務時間が短くなったからなのです。

高い職業倫理を醸成するには？

松村 多様なキャリアや価値観への対応が迫られていくなかで、患者への尊敬の念や自らを律する態度を医師自身が醸成していくには、これまで以上に努力が必要だと思います。若い医師た

ちの職業倫理を保つためには、どうすればよいのでしょうか。
ノエル こうした議論は今に始まったことではありません。米国では医学部の入学者選抜試験で、科学への適性のほかさまざまな資質を検討します。志願者の責任感やコミュニケーションスキル、そして志願者が考える医師像などから、その人の倫理感を判断することはある程度可能です。選抜の過程では、志願者を大学で指導した教員や社会人であれば会社の上司、そしてボランティアやスポーツと一緒に活動した人々からの推薦状も審査します。多くの大学では、志願者1人に対し2人の教員が2時間に及ぶ面接を行っており、中には現役医学生が面接官となる大学もあります。

それでもなお、志願者の欲深さや自己中心性、寛容性の欠如などを見抜くことは実はできていません。入試委員が求める医師の資質はよく知られているので、志願者は自身を完璧な未来の医師候補者に見せることができます。医学生から、貧困者へのケアに無感情で、大酒家やヘビースモーカーといった破滅型の患者に対し敵意を持つ同級生がいると聞かされると、私はがっかりします。それでも入試の面接では、心が広く人々への尊敬と献身の心に満ちていると、面接官を思い込ませてしまうのです。

入試の時点で優れた価値観を持つ志願者を見つけることは確かに、適切な倫理観を持つ医師を育てる主要な方法です。しかし医学部入学後、そのような価値観を支え、そして実際に行動として実践させる外部環境をつくるのは、指導医と研修医です。プログラムディレクターとしてのわれわれの仕事は、適切な資質を備えた研修医・指導医を選び、学生全員が基準に達するよう支援することです。

私が思うに、優れた患者ケアを実践できる医学生や研修医を養成するのに最も重要なことは、彼らの面倒をよく見ることです。学生や研修医、そして指導医を人間らしく扱わずに、彼らに豊かな人間性を持つと言うのでは、矛盾があります。

労働の時間数ではなく 経験が医師を育てる

松村 これまで日本では、医療職に限らず、多くの人々が減奉公、すなわち文字通り私的な部分を犠牲にしても公に対して優先的に働くことを美徳としてきました。時代遅れかもしれませんが、私自身、若い時期に献身的に診療に打ち込むことで学んだことが多々あり、若く体力のある時期にそのような経験すること自体は、あながち否定すべきではないと思っています。

ノエル 長時間労働がより多くの経験を可能とし、若い医師はそれに耐え得るというのは、確かに試みるべき仮説の一つかもしれません。ただ、新人が仕事に時間を要する理由の一つは、経

験が少ないことにあります。彼らはまだ仕事を能率よくできず、文献を頻繁に調べなくてはなりません。オレゴン健康科学大学の研修医も、研修開始当初はとて大変だと言います。多くの患者を診察し、入院時記録や入院後の経過記録、退院時要約や検査や処置の指示といった研修医に求められるタスクは、3年目くらいになると容易に感じられるようですが、それは経験を通じ学んでいるからです。

ジェネラリスト志望の医師では、仕事に慣れるのにレジデンシー修了後3年を要すると言われています。米国では医学部3—4年次から診療業務に深くかかわり始めますが、そこから研修の最終段階であるフェロシップまでを考えると、一人の医師が能率よく診療するスキルを身につけるには8年程度かかることとなります。

米国では多くの学生が23—24歳で医学を学び始めますが、30代や場合によっては40代になって医学部に入学者もいます。そうした人々でも多くは自分より若い学生と同じ厳しい訓練に耐えることができます。どの世代であろうと、学生は研修で求められる資質や厳しさをよく理解し、肉体的にも精神的にも消耗の激しい生活を何とかこなすできています。

松村 東日本大震災後、困難に遭遇しても秩序だって忍耐強く行動する日本人を、世界中の人々が賞賛しました。医療職も不眠不休で活動を続けていました。このような高い職業意識は、結果として得られた態度なのか、それとも私たち日本人の特性かはわかりません。ただ、多様なワーク・ライフ・バランスを実現したなかでも高い職業倫理を醸成し続けるには、医師の選抜方法、卒前・卒後の臨床教育、生涯教育のすべてを時代に適した形で進化させていかななくてはならないのですね。

*

ノエル この項の最後に、付け加えたいことがあります。私はパートタイムは“楽”と読者に誤解を与えたかもしれません。しかし調査では、出産後もフルタイムやパートタイムで働く女性はとてよく仕事をこなし、仕事と家事以外に費やせる時間はほとんど残りません。日本の女性医師や医師同士の夫婦がパートタイムで働く場合も、担当する患者のニーズにも、自分たちの子のニーズにも毎日同時に対応に迫られる状況に直面するでしょう。

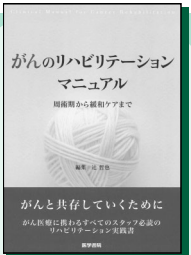
AAMC(米国医科大学協会)が最近行った、パートタイムの医学部女性教員への調査によると、残業をする人や、不平等と感じる人がいることが明らかになりました。世代交代につれ一見解消したかと思われていたこうした問題は、現在も残っているのです。ワーク・ライフ・バランスを今後も着実に浸透させていくためには、女性教員が自分たちの経験を共有し、変化を訴え続ける必要があることを忘れてはなりません。変化には困難がつきものなのです！ (この項終わり)

がん“共存”するために必要不可欠なリハビリテーション入門書

がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで

“がん(悪性腫瘍)のリハビリテーション”にはがん医療全般の知識が必要とされると同時に、運動麻痺、摂食・嚥下障害、浮腫、呼吸障害、骨折、切断、精神心理などの障害に対する専門性も要求される。本書は、がん医療やリハビリテーションに関する豊富な臨床経験をもつ執筆陣が、その概要から実際のアプローチ方法に至るまでわかりやすく解説。すぐに臨床応用できる“がんのリハビリテーション”の実践書。

編集 辻 哲也
慶應義塾大学医学部腫瘍センター
リハビリテーション部門 部門長



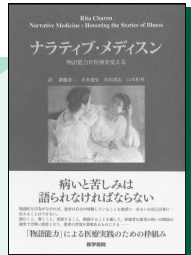
物語能力を用いた臨床実践の原典

ナラティブ・メディスン 物語能力が医療を変える

Narrative Medicine
Honoring the Stories of Illness

ナラティブ・メディスンとは、病いの物語を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動する「物語能力」を用いて実践される医療である。内科医であるとともに、文学博士であり倫理学者でもあるリタ・チャロンが、文学と医学、プライマリ・ケア、物語論、医師患者関係の研究成果をもとに、物語能力の概念、理論背景、その教育法と実践法を豊富な臨床事例を通して解き明かす、ナラティブ・メディスンの原典、待望の完訳。

著 Rita Charon
訳 齋藤清二
富山大学保健管理センター 教授
岸本寛史
京都大学医学部附属病院
地域ネットワーク医療部 准教授
宮田靖志
北海道大学病院地域医療指導医支援センター/
卒後臨床研修センター 特任准教授
山本和利
札幌医科大学地域医療総合医学 教授



REAL HOSPITALIST

「本物のホスピタリスト」を

めざし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ます。

石山貴章

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

Vol.13 総合内科の面白さ

そろそろ終盤に近づきつつある本連載。今回は少し脇道にそれ、私自身がどのようにこの仕事を楽しくしているのか、あるいは何に満足感を得ているのかを紹介したいと思う。これらは、特にホスピタリストや米国臨床に限ったことではないかもしれない。ただ、今の私が何にこだわっているのかを書いてみることで、少しは日本の研修医の人たちの参考になるのではないかと、まあ、そういうことだ。また、本文中でも述べるが、いかにこの仕事を楽しめるかを表現できたらと、そう思っている。

●
私自身は何よりも、毎日の患者の診断および病棟管理の仕事と、自分自身の研鑽とを楽しんでいる。日々自分の中で、いいイメージを作ってこれらに向かうことは、私にとっては非常に大切である。ひとつには、こだわりを持って、いい物を作ろうとする匠の職種、例えば杜氏のイメージだ。あるいは、日々トレーニングを積んで少しずつ強くなっていく、ボクサーのイメージである。漫画『はじめの一歩』

(講談社)のドクター版、を想像してもらえればいい(読んだことのない読者の方、すみません。お薦めです。ぜひお読みください)。

早朝、あるいは就寝前の教科書学習、あるいは仕事に向かう途中の車内でのMKSAP オーディオ、さらには、仕事の最中のUpToDate®による知識の確認、そして日々の病棟管理そのもの。こうしたものすべてが、自分を少しずつ成長させるための糧になっている。それはボクサーに例えれば、毎日の走り込みであり、サンドバッグ打ちであり、そしてスパリングである。若干スティックではあるが、自らの成長のためであり、結構楽しめる。

もともと外科医であった私は内科医転向を決めた際、バランスの取れた腕の良い総合内科医になりたかった。その点、すべてをまんべんなく、そしてバランスよく学ばねばならないホスピタリストの仕事は、うってつけのものであった。各科専門医とともに病棟患者管理の中で、常にあらゆる分野を、その専門家たちから学ぶことができる。

でこなせること、これらそれぞれの段階には、非常に大きな隔りがある。

ましてレジデント時代に、「皆についていくのがやっと」といった研修生活を送った身としては、「あのころ十分に学ぶことができなかった」という劣等感のようなものがある。その劣等感を、いい方向に日々転化していきたいと思う。

一方で、病棟管理のスペシャリストとしての総合内科医の仕事は、とにかく楽しい。自分をバランスの取れた医師、総合内科医に育ててくれる最高の環境を、この仕事は提供してくれる。また本連載で述べてきたように、ミステリー(探偵もの)好きの私にとって「診断学」は、まさに趣味と実益の一致である。これを自分の職業とできたことは、幸運だった。今、心からそう思う。

そして一方で医師以外の自分、個人として、家族の一員として、そして地域のコミュニティなど社会の一員として、バランスを取りつつ、それぞれの自分のミッションをこなしていきたいと思う。「日々の生活で自分自身が幸せになれない限り、患者を幸せにすることはできない」。師匠 Dr. Vaidyan の言葉だ。これは、真実だと思う。

●
「私は腎臓内科をめざそうと思っ
ています。」
「総合内科、面白いんだけどなあ」

この夏日本への一時帰国で偶然、米国臨床留学を志しているという、卒業2年目の若手研修医と話をすることがあった。短い時間の間に、彼女が興味を持つ留学のこと、そして私が興味を持つ、現在の日本の研修システムのことなどをいろいろと話すことができた。丸10年、日本の研修システムから離れている私にとって、研修医の生の声を聞ける、貴重な機会であった。当然、自分の分野である総合内科のことも聞いてみたくなる。

そして彼女と話してみてもはっきりしたこと、それは総合内科、病院内科の面白さを伝える人が少ない、そしてその面白さを知る機会がない、という事実だった。伝える人が少なければ、当

然学生や研修医は興味を持つ機会を持っていない。機会がなければ、その分野に興味を持っていない。興味を持ってなければ、その分野に人が集まらない。人が集まらなければ、いつまでたってもその面白さを伝えられる人が育たない。まさに、負のスパイラルである。

多くの先人たちが米国留学の大切さを説いてきたためか、現在日本の研修医の間で、留学熱自体は上がっているとの彼女の弁。ただ、腎臓内科をめざすと言う彼女も含め、まだまだ臓器別の呪縛から解放されたいようだ。これほど面白い総合内科に日本で人が集まらないのは、無論システムの問題もあろうが、一つにはその面白さを知る機会がないためだと、彼女と話していて気がついた。

そもそも、日本ではまだまだ、「Hospital Medicine」という言葉が十分に浸透していない。正直言って私自身、渡米時にはこの言葉を知らなかった。日本の医師国家試験に当たるUSMLEの勉強を始めた際、テキストの目次を眺めて、「Hospital Medicine?なんだ、そりゃ」と訝しく思ったことを今でも覚えている。まさか将来、それを専門にすることになるとは、その時点では夢想だにもせずに。

もっともその面白さを、日本に伝えなければならない。ホスピタリストという、現在の私の立場。これを今後も貫き通すことによって、日本の医学生、若手研修医たちに総合内科、そして病院内科(Hospital Medicine)の面白さをもっと知ってもらおう。これこそが私にとって、重要なミッションになると、最近あらためてそう感じている。

Real Hospitalist 虎の巻

ホスピタリストとしての私自身のミッション

診断学、病棟管理、そして自分自身の日々の研鑽。これらは十分に楽しく、そして面白い。Hospital Medicine、そして総合内科の面白さを、ホスピタリストとしての経験を通して、日本の医学生や若手研修医に伝えていきたい。



今回は初めて、筆者の私生活から。最近ハマっているのがランニング。ここセントルイスの(主に)日本人で構成される通称「セントルイスマラソン部」の面々と(写真左から2人目が筆者)。私自身初の、ハーフマラソン参加の際の写真。無事に完走し、その後は焼き肉とビール。部員一同、秋晴れのセントルイスを楽しんだ。

1 内科臨床誌メディチーナ

medicina

Vol.49 No.1 外してならない 循環器薬の使い方 2012

今月の主題

循環器の診療では、急性冠症候群や心原性ショックなどの救急医療から、不整脈、心不全、心筋症、弁膜症などの専門性の高い疾患、さらには生活習慣病まで幅広くカバーしなければならない。治療薬も、急性の病態を改善する薬剤から、長期予後を改善する薬剤と幅広い。各疾患・病態における治療目的を見据え、患者に適した薬剤の選択が必要である。本特集では、診療において外せない循環器薬の薬物治療法が網羅されている。

INDEX

第1章 循環器薬に対する薬物療法の基本

- 救急蘇生・心原性ショック、心不全、冠動脈疾患、頻脈性不整脈、高血圧、心筋症、肺高血圧、閉塞性動脈硬化症、脂質異常症・動脈硬化の2次予防、抗潰瘍薬

第2章 身につけるべき基本的な循環器薬の使い方

- 循環不全・心不全治療薬、抗血小板薬、抗凝固薬、血栓溶解薬、β遮断薬、ACE阻害薬/ARB、Ca拮抗薬、利尿薬、抗アルドステロン薬

座談会「理にかなった循環器薬の使い方」

- 1部定価 2,625円(税込)

▶ 来月の主題(Vol.49 No.2) 下痢と便秘—今日的アプローチ

● 2011年増刊号(Vol.48 No.1) 内科疾患 インストラクションガイド 何をどう説明するか ● 本号特別定価 7,560円(税込)

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!

medicina 1

外してならない 循環器薬の使い方 2012

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

JIM

グローバル時代のジェネラリスト

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.22 No.1 特集 グローバル時代のジェネラリスト

あらゆる分野においてグローバル化が急速に進むなかで、わが国の医療に関しては、対応が不十分のように見える。好むと好まざるにかかわらず、グローバル化は今後ますます医療に大きな影響を与えることと思われる。本特集では、医療におけるグローバル化の現状と今後の展望などの最新情報を提供するとともに、グローバル時代に働くジェネラリストとして押さえておきたい知識をまとめた。

INDEX

【医療のグローバル化】医療ツーリズムの視点から……遠藤弘良
医療のグローバル化—わが国の問題点と今後の展望……沼口雄治
【外国人患者が期待すること】「日本人が考える「外国人患者が期待すること」」…林 譲也(いむやん)
【ジェネラリストに求められるグローバル化への対応】
日本の診療内容の特異性—国際化を妨げるもの……長浜正彦
医学教育の国際標準……吉岡俊正
海外医薬品の情報収集の仕方—医薬品名の調べ方、日本と海外における用量の違い、安全性情報について……高原野草
日本人医師が海外で診療するためには……小原 博
外国人患者を診療する場合の診療費の仕組み……小林米幸
海外患者・在日外国人への医療……李 龍姫
世界を飛び回る患者に対して—旅行医学……溝尾 朗
海外留学予定者に診断書を頼まれたら—英文診断書の書き方……伊藤彰洋
【実例】シンガポールで医師として働く……佐藤健一
家庭医としての留学することの意義……田頭弘子
【スペシャル・アーツ】
WHO Annual Report 2008を通して眺める世界と日本のプライマリ・ケア……草場鉄周
【トピックス】医療における外国語通訳サービス……吉川健一

▶ 来月の特集(Vol.22 No.1) One step up 水・電解質・体液管理 ● 1部定価 2,310円(税込)

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

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 ● 著

A5・頁200
定価2,940円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01387-1

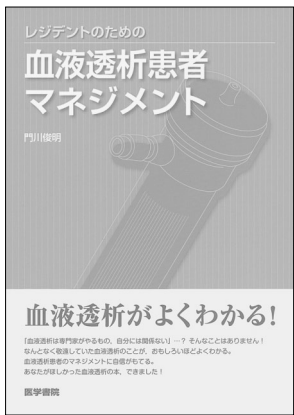
【評者】 藤田 芳郎

中部ろうさい病院副院長 / リウマチ・膠原病科部長

私事で恐縮だが、私が透析医療にかかわり始めた25年前には慢性血液透析を受けている方は7万人余りであった。しかし、その後うなぎ登りに増加し、

いる。いや、わかるのみではなく、至適透析量を達成するにはどうしたらよいか実践できるように具体的に指南されている。

実践的でわかりやすく読みやすい待望の書



現在は30万人近くとなった。慢性血液透析患者さんとかかわっている医療者は、専門、非専門にかかわらずますます増加していると考えられる。さらに、血液透析機器は慢性以外にも用いられ、今日も全国のICUで使用されているであろう。

もしあなたが初めて透析室の当番医を頼まれたとしたらどうすればよいだろうか？ 本書を前もって読むことをぜひお勧めしたい。

実践的でわかりやすく読みやすい待望の書である。

除水量と透析量の考え方(pp. 1—20)、抗凝固薬の使い方(pp. 36—41)、ヘパリン起因性血小板減少症(HIT)患者での透析時のアルゴトロパンの使い方(p. 40)、維持透析の管理の仕方(第3章)、HF(血液濾過)やHDF(血液濾過透析)やCHDF(持続的血液濾過透析)とは何か(pp. 30—32, pp. 144—150)、そして血漿交換(第5章)まで、幅広く決して詳しく、困ったときにすぐに実践にうつせるように過不足なく記述されている。「Kt/V」などと技師に言われてさっぱりわからないというとき、「安定した維持透析患者の至適透析量はKt/V 1.2 (URR 65%)」などという略語やポイントの意味がわからないとき、本書をひも解けば1時間もしないうちにわかるようになって

本書には「わかりやすい」ということと同時に「きめ細かさ」も同居している。血液透析中のアナフィラキシー様ショックは、透析膜でも(p. 26)、抗凝固薬でも(p. 38)起こり得る。透析患者の薬剤の投与の仕方について、ジギタリス製剤(p. 113)の処方工夫、特に注意すべき薬(p. 114)、長期にだらだらと処方されかねないH₂ブロッカーの副作用(pp. 114—115)、またAST、ALT(p. 121)、β-D-グルカン(p. 123)などの透析患者における検査値の見方など、わかりやすく記載されている。

「レジデントのための」と銘打っているが、透析医療に携わって25年にもなる私にとっても日常診療の見直しを本書によって促された。恥ずかしながら、かなり技師さん看護師さん任せにしながらあつという間に25年たってしまった現在、薬剤だけに限ったとしても、ビタミンD、エリスロポエチン、リン吸着剤、シナカルセト、ナルフラフィン(レミッチ®)などの薬があれよあれよと発売されて置いてきぼりになりそうな自分がある。また、ひと口に血液透析といっても地域によって個々の透析室によってかなりやり方が違う。本書では、現時点での血液透析に関する標準的考え方がすっきりと書かれている。自分たちの「独自

早期胃癌アトラス

細井 董三, 馬場 保昌, 杉野 吉則 ● 著

A4・頁480
定価21,000円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00152-6

【評者】 齊藤 裕輔

市立旭川病院副院長 / 消化器病センター長

現在、消化器内科医にとって、早期胃癌における治療の興味はESD、診断の興味は内視鏡、とりわけ拡大内視鏡、NBIであり、X線造影検査に興味を示す若い医師はごく少数の時代である。確かに近年の内視鏡診断・治療機器の進歩は著しいものがあり、X線造影検査機器の進歩に比較して飛躍的といっても過言ではない。しかしながら、早期胃癌診断におけるX線造影検査は既に不要となってしまったのであろうか？ この早期胃癌診断アトラスを熟読した後は上述した不要論を唱える者は皆無となるであろう。

消化管画像診断学の歴史 そのものとも言える一冊

を行うときには目標とされるべき画像である。さらに、画像のみならず、総論および各論のそれぞれの初めの部分にコンパクトにエッセンスがまとめられているが、その一言ひとと言には3先生、その他大勢の先人の消化器医の膨大な汗と努力の結晶がみつらわれている。

本書はまさに日本の消化管画像診断学の歴史そのものといっても過言ではなく、白壁一門のX線診断学の正統的伝承者である細井董三先生、馬場保昌先生、杉野吉則先生の3先生の人生そのものの集大成である。内視鏡像から時代を感じる症例もあるが、それはまさに内視鏡写真は機器の進歩に医師がようやくついていっており、撮影された像はどうしても機械が撮影した感が否めまい。一方、X線は機械ではなく、いかにも人間(術者)が撮影した、という実感がわく検査であり、美しい像が撮影できたときの喜び、快感は内視鏡の比ではない。本書を通じて消化管診断におけるX線造影検査のすばらしさを再認識していただけると確信する。

本アトラスは拡大内視鏡/NBI診断、ESD治療をリードしている、携わっている専門医、そしてこれから専門医をめざすすべての消化器医に見ていただきたい一冊である。本アトラスの総論を繰り返し熟読し、X線像を頭に焼き付けることで拡大内視鏡/NBI診断にもfeedbackされ、一層診断能の向上と正しい診断に基づいた内視鏡治療成績の向上が期待される。そして、序文でも述べられているように、本アトラスが日本のすばらしい診断技術を後生にきっちり伝えるための一冊になることを期待する。

消化管造影検査の中で胃は最も一般的に行われているが、実際、本当の意味での精密検査となると、大腸や小腸と比較して胃は圧倒的に難しい。被検者の体格や胃の形、病変の存在部位などに撮影技術が勝てず、満足な病変の描出に失敗した経験が小生にも山ほどある。本アトラスにはこれまでの日本の早期胃癌の最も美しいX線像が選りすぐって掲載されており、ぜひご覧いただきたい。本アトラスの造影所見は鳥肌が立つほどの画質である。国宝級の芸術といっても過言ではない。これほどの美しいX線造影像を一同に見られることに喜びすら感じる。また、本アトラスの造影所見から概観撮影としてのX線のすごさをあらためて感じる。X線、内視鏡検査のゴールは病理の肉眼像であるが、本アトラスのX線像とマクロ像を対比していただきたい。本アトラスに掲載されているX線像が病理の肉眼像を凌駕していることがわかる。すなわち、われわれのゴールの域を超えて病変の微細所見が描出されているのである。今後も造影検査

かもしれないやり方を本書によってあらためて見直すきっかけにもなる。慢性維持血液透析患者へのヘモグロビンの至適目標はいくつか、糖尿病患者と非糖尿病患者、若年者と高齢者でその目標は同じでよいのか、心房細動におけるワルファリンの使い方はどうか、Ca、Pの目標設定はそれぞれの絶対値を重視

すべきかそれともCa×P積なのかはたまた intact PTHを重視すべきか、など、まだまだ明確になっていないことが多いが、本書によって問題点をあらためて整理するきっかけにもなる。血液透析に携わるすべての医療者、研修医の皆さん(研修医は必ずICUに勤務すると思われる)に本書をお薦めする。

精神医学関連新刊

精神腫瘍学

編集 内富庸介・小川朝生

緩和ケアはかつては終末期のイメージがあったが、これからは、がんの診断、治療、リハビリテーション、再発・進行、積極的抗がん治療の中止など全臨床経過において、精神科医の関与が求められるだろう。サイコオンコロジーについて知りたい医療者必携の書。

●B5 頁436 2011年 定価8,400円(本体8,000円+税5%) ISBN978-4-260-01379-6



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, Walsh BC, Woods SW

監訳 水野雅文 訳 小林啓之

精神病の前駆状態・リスク状態を表す診断概念、サイコーシス・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



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

厚生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



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



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



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



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



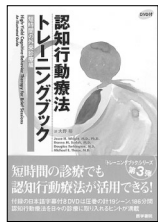
認知行動療法トレーニングブック

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

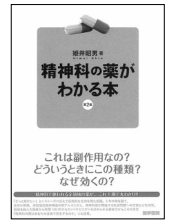


精神科の薬がわかる本 第2版

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、精神科薬が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%) ISBN978-4-260-01365-7



医学書院

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

ことばもクスリ 患者と話せる医師になる

山内 常男 ● 編

A5・頁232
定価2,625円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01383-3

1990年代以降に医学教育を受けたOSCE世代と呼ばれる医師は「私は〇〇科のミノワです」と自己紹介でき、最後に「ほかに何か言い残したことはありませんか」とドアノブ質問ができる、という筆者らの観察は、評者もアンケート調査で実証してきた。また、評者らが開発したコミュニケーションスキル訓練コースを受講した、地域で高い評価を受けているベテラン医師が受講後にみせた行動変容は唯一、ドアノブ質問の使用増加であった。

本書は、若い医師たちをこのように見ているが、日ごろ、目にして耳にする患者からのクレームをもとにどうしても伝えたい「言葉」の話を医療従事者に向けてまとめた書物である。クレーム事例から出発しているのがリアルであり、真摯な語りかけである。この領域で二冊のテキスト(『医療現場のコミュニケーション』『コミュニケーションスキル・トレーニング』、ともに医学書院)を執筆している評者にとっても、このような語りかけがどうしてもかくあるべしの理想論になりがちで非常に難しいのがわかるだけに、クレームからのアプローチは執筆の抑制を保つ上でうまい戦略だと感心させられた。

なかでも本書のハイライトは第5章「臨終・終末期の言葉」で、筆者らと患者との会話の実際や、徳永進・柏木哲夫両医師の文献を駆使して直ちに現場で役立つ内容が整理されて記述されている。また、現状の医学知識と臨床レベルを担保した「言葉」の問題点と対策、心構えが個条書きで書かれていて、未解決の第一線の疑問も文中に10か所ほど明示されている。引用文献の充実が本書の大きな特徴であり、

●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。

評者 箕輪 良行
聖マリアンナ医科大学教授・救急医学

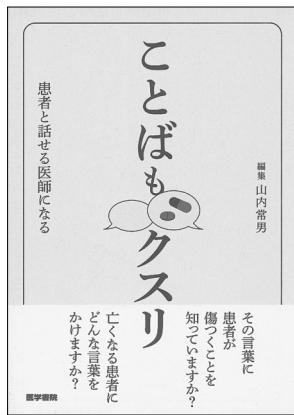
評者も全く知らなかった作品も多く、ジャンルを問わない社会的、文学的な視点から患者ニーズを把握しようとしていることがよくわかる。

資格を有する「風の人」として地域に受け入れられる技術者をめざしてきた評者には、武谷三男・川上武両医師の人権と安全性の論理を第1,7章でしっかりと押さえた本書が、孤高であっても正統をいくすがすがしさに感服した。特に評者は「一言葉」(徳永)から構成されるマニュアルを導入して、臨床では普段から「二言葉」をつむいで人間的な力量をもって診療できる臨床医を生み出せるようになればと願っているため、本書のチャレンジに心からエールを送りたい。

臨床の「言葉」の教育を卒前学部教育に落とし込めればという思いは誰もが抱く当然の帰結である。唯一、評者が筆者らにお願いしたいのは医学教育の現状と本書の視点からの検討である。病歴聴取と身体診察は最も大切なコミュニケーション訓練の場であり、ますます強化される卒前のBSL (bed side learning) では学習必須となる。本書に書かれている「二言葉」を使える臨床医は一朝一夕に生まれるものではなく、教育的な配慮がなされた臨床教育の充実こそがその実現の王道である。患者解釈モデル、医療面接3軸モデル、NBM (narrative based medicine) を開発してきた英国、北米の現状をみても、それは医学部教育の責務でもある。国内においてもアカデミックな領域で業績が生まれているが、残念ながら本書の文献には言及されていない。

診療現場の言葉にはお金や制度の限界が影を落とすことがあり、その辺りも筆者らは適切に扱っている。医療コミュニケーション領域に日本の現実に即した新しいテキストが登場した。本書は従来にない、言葉の真の意味において原則的でありカゲキな作品である。知的な挑戦に自らを晒したいと考えている、本物の臨床力アップをめざす研修医たちにぜひとも勧めたい。

日本の現実に即した 医療コミュニケーションの 新しいテキスト



病態のしくみがわかる 免疫学

関 修司, 安保 徹 ● 編

B5・頁296
定価4,200円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00997-3

評者 佐藤 譲
岩手医大教授/糖尿病・代謝内科

免疫学の教科書を久しぶりに手にして、まず手ごろな大きさと重さに親しみを感じた。関修司先生と安保徹先生が編集された『病態のしくみがわかる免疫学』である。

目次に目を通し、ページをパラパラとめくると30余年前の世界が鮮やかによみがえってきた。昨年亡くなられた恩師・熊谷勝男先生(東北大学名誉教授)の研究室(歯学部微生物学講座)である。当時、熊谷先生の元には学内外から免疫学と熊谷先生の洒落で明るいお人柄に引かれて、多くの若手研究者が集まり熱気にあふれていた。後年その中から10数名の教授が誕生した。安保先生は熊谷教室の創生期からのメンバーである。安保先生がアメリカ留学から帰国した後、関先生も加わった。毎晩、酒を片手にNKTや胸腺外分化Tリンパ球をさかんにした熱い議論が夜半まで続いた。時に大発見を祝い、時に落胆したシーンが思い出される。安保先生と大学の同期の私は、当時、自己免疫性糖尿病(1型糖尿病)モデルのNODマウスの研究のために内科学教室から熊谷研究室に通っていた。安保・関グループが連発する大発見の祝杯を何度楽しませてもらったことか。

安保先生と関先生のオリジナルな発想と研究成果を骨子に構成、編集され

たのが本書である。当時の熱気そのまま伝わってくる。膨大な体系に取り付く島のなさを感じる現代免疫学であるが、本書では基礎免疫学から臨床免疫学や先端的な話題まで学生や初心者を意識して、単なる知識の羅列ではなくストーリー性を重視して書かれている。そのためまず感じるのが読みやすさとわかりやすさである。

I章の「免疫の基礎と全体像」では免疫システムと、免疫に関与する細胞やサイトカインが解説され、その知識を基に次に「臓器、疾患や病態にかかわる免疫(臨床と免疫)」が登場する。詳しくは、飽きずに臨床免疫の全体像を理解させてくれる。1型糖尿病の項目がなかったのが私には心残りである。終章であるIV章「生理機能の変化と免疫」では安保先生の真骨頂が登場する。「E.自律神経と免疫」に掲載されている「ヒト白血球の日内リズム」の図は、私を含む熊谷教室研究員が集団で大学の同窓会館に泊まり、朝まで経時的に採血されてきたデータである。30数年前からの安保先生の情熱があらためて伝わってきた。

座右に置き、生体における免疫の意味を理解するにも、知識の補強にも利用できる。身近に感じる免疫学書である。ぜひ一読をお勧めしたい。

読みやすく、 身近に感じる免疫学書

双極性障害 第2版 病態の理解から治療戦略まで

加藤 忠史 ● 著

A5・頁352
定価4,935円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01329-1

評者 山脇 成人
広島大学院教授/精神神経医科学

双極性障害(躁うつ病)について評価の高かった初版が出版され12年を経過した。その間に社会情勢の変化や脳科学の進歩に伴い双極性障害に関する認識や知識も大きく変化し、改訂が望まれていた。初版当時は、双極性障害という病名に違和感を覚えていた精神科医は少なかったが、今では一般にも浸透しつつある。評者は、著者が精神科医になったときから個人的に懇意にさせていただいているが、当初から双極性障害に強い関心を持ち、臨床および病態研究に情熱を注いでこられたわが国におけるこの領域の第一人者である。

今回の全面改訂では、膨大な文献に

基づいて双極性障害の疫学、疾病概念、診断、治療、病態に関して実にわかりやすくかみ砕いてまとめてあり、研修医にとっても読破することは不可能でないであろう。

研修医, 専門医, 研究者にとって バイブル的存在価値のある書籍



一方で、記載されている内容はキャリアを積んだ精神科専門医や研究者にとっても大変有用な内容がふんだんに盛り込まれている。この種の専門書では、ともすると欧米の文献の紹介に終始する傾向があるが、本書は日本の論文も多く引用し、わが国の実際の臨床に役立つ実践書でもあることが特徴である。

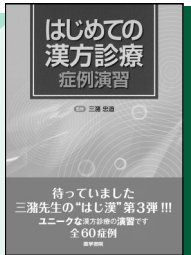
著者は、現在は理化学研究所という研究機関で双極性障害の病態研究に全力を注ぎ、ゲノム解析、モデル動物、ノ

漢方処方の考え方がみえる!

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。漢方処方の考え方と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「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



子どもの心、育児不安、発達障害…。新しい問題への解説も追加した改訂版。

乳幼児健診マニュアル 第4版

編集 福岡地区小児科医会
乳幼児保健委員会



高い水準と活発な活動で全国的に有名な、福岡地区小児科医会による好著の改訂版。本書1冊でひとりの健診を実施できる内容となっている。今版では子どもの心の問題、育児不安、発達障害に関する解説も追加。随所に配されたコラムでは乳幼児をとりまく最近の話題もわかりやすく述べられている。

ここからはじめる研究入門

医療をこころざすあなたへ

Stuart Porter ●著
武田 裕子 ●訳

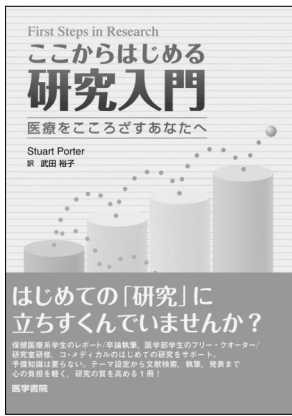
B6・頁256
定価2,625円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01181-5

評者 北村 聖

東大医学教育国際協力研究センター主任/教授

2004年の臨床研修必修化によりほとんどの医学生が、臨床研修から専門研修へ進み、基礎医学の研究者になる人が減ったとされる。その一方で、学部教育のガイドライン

研究者をめざす者が最初に読んでおきたい好書



である「医学教育モデル・コア・カリキュラム(2010年度改訂版)」において、医学教育の大きな柱の一つに「基礎と臨床の有機連携による研究マインドの涵養」がうたわれている。すなわち、「進歩著しい生命科学や医療技術の成果を生産を通じて学び、常に自らの診断・治療技術などを検証し磨き続けるとともに(中略)背景となる基礎的課題を解明するなどの研究マインドの涵養」が教育目標の一つとされている。

医師にとって基礎医学の研究のみならず、臨床の実践者になるにしても常に向上心を持って学び続けることが重要で、その中には常に研究課題(リサーチクエスト)を発見し持ち続けることや、それを解決する能力を身につけることなどが含まれる。しかし、実際の医学教育の現場では、なかなかこのような研究心の涵養を教育することは難しいのが現状である。多くの大学では、一定期間、実際の研究室に配属されて研究室の課題の一部を担ってみたいことが行われているが、自ら研究課題を見つけるといったことはほとんど教育されない。また、研究方法についても系統だった教育は少ない。

このような状況の下、前・三重大大学教授で現在ロンドン大学大学院に留学中の武田裕子先生が訳された本書は、まさに時宜を得た好書である。

本書の特徴を挙げると、まず具体的であることがある。第1章は「最初の一步」で、第2章は「研究者はどう考えるのか」と続く。学生や院生が研究に取り掛かるときの視点で具体的に書かれている。第二の特徴は読みやすいということである。この種の本は、研究者が読んでわかるものが多く、研究者を志すもの(まだ研究者ではない)が読んでわかりやすいものは少ない。その点、本書はもとも三重大大学の学生グループ(翻訳友の会)が自分たちにも理解しやすいものを作ることを目標に翻訳に参加したため、極めて理解しやすい表現で述べられている。

そして最後の特徴は、研究の指南書でありながら、研究の周辺の重要なことがかゆいところに手が届くように記載されていることである。第4章のデータベースの使い方、第5章の研究の倫理などがそれに相当する。従来の類書ではあまり述べられていなかったものと思う。これらに加えて、贅辞に追補が許されるかは不明だが、本書の第8章「質的研究」について一言加えたい。医学生にとって質的研究という用語は聞き慣れないかもしれないが、社会科学の研究手法として重要であり、社会医学や医学教育の分野で盛んに行われている。この質的研究を取り上げていることに加え、極めてわかりやすい説明がなされていることにさらなる贅辞を送りたい。

本書は小ぶりながら、研究者をめざすものが最初に読む本として、すべての医学生に強く薦めたい。

双極性障害に応用する臨床研究も展開されるなど、著者の仮説は国際的に高く評価され、いまや多くの国際学会での招待講演、国際雑誌での総説依頼を受けるなど、日本の精神医学の国際的プレゼンス向上に大きく貢献している。

双極性障害は、著名な芸術家、科学者、実業家が罹患しており、知的レベルの高い人々を脅かす疾患であり、その社会的影響は甚大であるため、この疾患の病態解明とそれに基づく治療法の開発は急務である。本書はこうした社会的要請に応えるべく生まれた、研修医、一般臨床医、精神科専門医、研究者のバイブル的存在価値のある著書といっても過言ではない。

死後脳解析などの分子病態研究を展開し、インパクトの高い多数の論文を発表しているが、一方で双極性障害の患者さんや家族とも直接触れ合い、そのニーズを謙虚に受け止め、研究成果を患者さんに還元することを常に念頭に置きつつ研究を展開されている点が尊敬に値する。

本書の最後に記載されている双極性障害のミトコンドリア機能異常仮説は、著者が提唱したオリジナルの仮説である。当初は、あまり話題になることはなかったが、ハーバード大学の研究グループが行った死後脳研究によりミトコンドリア関連遺伝子の変化が報じられてから一躍注目を浴びるようになった。ミトコンドリア病の治療薬を

ICUエラーブック

Avoiding Common ICU Errors

福家 伸夫 ●監訳

A5変・頁816
定価7,350円(税5%込) MEDSI
ISBN978-4-89592-655-3
http://www.medsico.jp/

外科エラーブック

Avoiding Common Surgical Errors

須崎 紳一郎 ●監訳

A5変・頁432
定価5,775円(税5%込) MEDSI
http://www.medsico.jp/

麻酔科エラーブック

Avoiding Common Anesthesia Errors

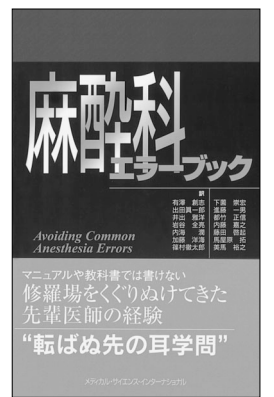
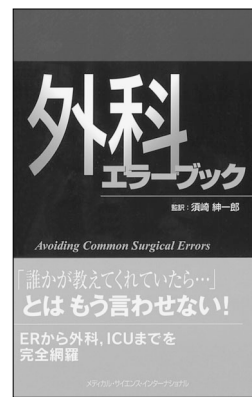
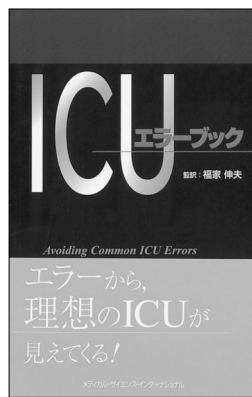
有澤 創志, 出田 眞一郎, 井出 雅洋, 岩谷 全亮, 内海 潤, 加藤 洋海, 篠村 徹太郎, 下園 崇弘, 進藤 一男, 都竹 正信, 内藤 嘉之, 藤田 啓起, 馬屋原 拓, 美馬 裕之 ●訳

A5変・頁776
定価7,350円(税5%込) MEDSI
http://www.medsico.jp/

評者 岩田 充永

名古屋掖済会病院救命救急センター

失敗から導かれた先輩医師の熱き教訓。全世代の医師がきっと感ずることあり!!



「1日の終わりに患者の顔を思い出して、10分でもよいから患者のために教科書を読みなさい」。これは、研修医時代に「日々の研修で効率よく学ぶためにはどうしたらよいですか?」と質問した際に指導教授からいただいた答えです。この実践により、自分の失敗に気づき、どうして誤ってしまったのか、どのような点に留意すれば次は同じ失敗を繰り返さないで済むのかを考えることができました。

失敗することの数少ない意義は、そこから学び、「どうしたら同じ失敗を繰り返さないで済むのか」教訓を得ることにあります。ICU・麻酔・外科のエラーブックシリーズは「古き(良き)時代の指導法にエビデンスを加味してグローバルに書籍化する」ことを狙ったもので、「先輩の失敗から学ぶ」というメッセージを強く感じます。

若手医師は各書の目次を見てもピンとこないかもしれませんが、心配御無用。時と場所を選ばず世界中の先輩たちはこんな失敗の危険にさらされて学んできたのです。同じような場面に備えて、先輩たちによる教訓をぜひ学んでみてください。中堅以上の医師であれば、目次に経験したことがある項目が並んでいることに気づき、「自分もこんな経験して汗かいたよなあ」と

うなづくことと思います(もしそうでなければ、特別優秀な研修時代であったか、経験が足りなかったのかのどちらかでしょう……)。私も「意識下挿管を拷問にははいけない(麻酔科エラーブック5)」「足背のⅡ度熱傷は入院加療せよ(外科エラーブック21)」「くも膜下出血患者で新たに心電図変化がみられたら、再出血の徴候の可能性はある(ICUエラーブック203)」などは、病棟で、時には深夜の居酒屋や3軒目のラーメン屋で、先輩から厳しく、温かく指導を受けたことを思い出します。当時は、先輩にくっついていなければ決して教えてもらえなかったクリニカルパールが、今は書籍になっていつでも参照できるなんて幸せな時代になったものです。

若いも若きも退屈せず読むことができ、自分の医師としての成長とともに読後の感想が変化してゆく……。そんな不思議な魅力を持ったシリーズとして強くお勧めします。

栄養塾
症例で学ぶクリニカルパール
編集:大村健二
A5 頁280 2010年 定価2,940円(税込)
[ISBN978-4-260-01014-6] 医学書院

「心の問題」を見逃さない!
新刊 **心の診療100ケース**
プライマリ・ケアで押さえない精神医学的キーポイント
100 Cases in Psychiatry
▶プライマリ・ケアの現場でよく遭遇し、見逃しがちな「心の問題」をテーマとしてまとめた、「即戦力」の症例集。臨場感あふれる症例提示、的を射たQuestion、丁寧な解説、要点まとめのキーポイントで構成。1症例ごとの読み切りで、気になる症例から手軽に読み進められ、短時間で効率的に学習できる。研修医はもちろん、開業医や外来中心の診療に携わる勤務医に最適。シリーズ既刊「内科診断100ケース」、「GP100ケース」と合わせて使える1冊。
監訳 飯島克巳
いしいまクリニック院長
訳 飯島克巳・岡島美朗・川本龍一・大中俊宏・阿部隆明
定価4,830円(本体4,600円+税5%)
B5変 頁256 図5 2012年
ISBN978-4-89592-696-6
MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL. (03) 5804-6051 http://www.medsico.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medsico.jp

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
B5 頁200 2011年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01325-3] 医学書院

最新・最高の治療年鑑

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2012

私はこう治療している

総編集

山口 徹・北原光夫・福井次矢

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療がこの1冊に!
- 1081の疾患項目は、すべて新執筆者により全面書き下ろし
- 処方例は具体的な商品名で記載
- 大好評の付録「診療ガイドライン」では、29の診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- 幅広い知識が要求される研修医・薬剤師に役立つ情報が満載

● デスク判(B5) 頁2064 2012年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01412-0]
 ● ポケット判(B6) 頁2064 2012年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01413-7]



ふじかわクリニック院長

藤川 正先生



佐野内科クリニック院長

佐野善章先生



おばな内科クリニック院長

小花光夫先生



網羅性, 記述内容への信頼感は唯一無二

当院は、内科・循環器科・外科・皮膚科を標榜していますが、医療過疎地域にありますので、他科の患者さんを診察することもよくあります。まれな疾患を疑うケースにおいて、「今日の治療指針」は欠かせません。大半の疾患は網羅されており、プライマリレベルの対応に必要な情報は概ね記載されているので、大変重宝しています。

また、1,000を超える疾患項目は、すべて各領域の一線級の先生によって書かれたものですから、信頼感も抜群です。そのうえ、全疾患項目について毎年違う先生が書き下ろしていますので、「せっかく買い換えたのに、前年版とほとんど変わってなかった」ということもありません。最新の医学的知識を取り入れるためにも、本書は非常に役に立っています。開業医だけでなく、様々なケースへの対応が求められる当直の先生にもお勧めします。

患者さんへの説明にも使える, 総合診療年鑑

診療上で必要な情報を得るだけでなく、患者さんに読んでもらい安心感を与える、といった使い方もしています。当院は小児科も標榜していますが、お子さんは比較的軽症なのに保護者のほうが動揺している、というケースをよく見受けます。例えば、急性細気管支炎を疑ったお子さんの場合、本書には「2歳以下、特に乳児期に好発。冬をピークに秋から春に発生。原因ウイルスはRSウイルスが最多」と書かれています。この説明に合致すれば、本書を直接見ていただくことで保護者の方に納得してもらえます。また、同項目に「細菌感染の合併がない限り抗菌薬は不要」とあるので、抗菌薬を無用に処方することも防げます。

それから、姉妹書「治療薬マニュアル」付録の「重要薬手帳」とのコンビネーションも秀逸。長い歳月を重ね、網羅性・使いやすさという点でますます磨きがかかってきましたね。

50年以上の伝統と実績は、読者からのニーズの証左

日常診療で遭遇するほぼすべての疾患を網羅していること、そして、「病態と診断」→「治療方針」→「処方例」という、オーソドックスな流れに沿って必要な情報がコンパクトにまとめられていることが、本書の最大の魅力です。クリニックの診察室を想定した網羅性、それから簡潔かつ十分な記述内容がありがたいですね。

当院は糖尿病を中心に一般的な内科疾患を対象に診察していますが、当院でフォローしきれないケースについては、必要に応じて適切な施設を紹介しています。本書には、それまでの対応で必要・十分な情報がきちんと掲載されています。プライマリの現場において、特に非専門領域の患者さんを診察する際に非常に頼りになる一冊として、長年にわたり愛用しています。充実した内容が満載の一冊を、毎年楽しみにしています。

「今日の治療指針」と「重要薬手帳」とのコンビネーション
治療方針から処方・薬剤情報が一目瞭然

今日の治療指針2012年版
「今日の治療指針2012年版」のページ番号を掲載しました。

「今日の治療指針2012年版」の(R処方例)に頻りに出てくる薬剤をピックアップした「重要薬手帳」が便利です。

重要薬手帳 重要薬編
重要薬手帳 重要薬編
重要薬手帳 重要薬編

今日の治療指針2012年版
「今日の治療指針2012年版」のページ番号を掲載しました。

「今日の治療指針2012年版」の(R処方例)に頻りに出てくる薬剤をピックアップした「重要薬手帳」が便利です。

重要薬手帳 重要薬編
重要薬手帳 重要薬編
重要薬手帳 重要薬編

今日の治療指針2012年版
「今日の治療指針2012年版」のページ番号を掲載しました。

「今日の治療指針2012年版」の(R処方例)に頻りに出てくる薬剤をピックアップした「重要薬手帳」が便利です。

重要薬手帳 重要薬編
重要薬手帳 重要薬編
重要薬手帳 重要薬編

「今日の治療指針」のベストパートナー
あわせてお使いください。

治療薬マニュアル 2012
MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS 2012

別冊付録
「重要薬手帳」

監修 高久史磨・矢崎義雄
編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

● B6 頁2560 2012年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01432-8]

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



医学書院

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