

2011年9月12日  
第2944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

今週の主な内容

- [特集] 良い医師を育てる秘訣とは? / [インタビュー] 八重樫牧人氏に聞く ..... 1-2面
- [インタビュー] 研究を「読む、使う、行う」力を身につける(植田真一郎) ..... 3面
- [寄稿] 小児救急医療のプロフェッショナルとは(井上信明) ..... 4面
- [投稿] 米国総合内科学会へのチャレンジのすすめ(森川大樹) ..... 5面

# 特集 良い医師を育てる秘訣とは?

## 亀田総合病院総合診療科研修

「医師としての人格の涵養」「基本的診療能力の獲得」を理念とした新医師臨床研修制度の開始から6年。まだまだ多くの研修病院で試行錯誤が続くなか、この理念を体現し、知識・技能・プロ意識を兼ね備えた医師を養成し続けている研修病院が千葉県房総半島南部の過疎地域にある。

充実した臨床研修で全国にその名を轟かせる亀田総合病院。毎年、医師臨床研修マッチングで人気を集めるこの病院が、良医を育て続けている秘訣はどこにあるのか。本紙ではその核心を探るため、同院の初期研修医全員がローテート(基本は1年目2か月、2年目1か月)する、「教育の核」である総合診療科研修の一日を追った。

亀田総合病院総合診療科の一日は、研修の要である「朝回診」からスタートする。

朝8時15分、受け持ち患者の回診を終えた研修医たちがカンファレンス室に集まって来た。前日、同科に入院した患者の症例プレゼンと回診を医師全員で行う朝回診の始まりだ。取材日は、2人の新患について担当の1年目研修医がまずプレゼンを行った。

### 学びのカギは「現場」にあり

最初の症例は、誤嚥性肺炎の入院歴があり、嘔吐と発熱が主訴の60代女性。研修医は、自身がカルテに記載した現病歴、検査結果に沿って、プロブレムリストから鑑別診断を提示していく。感染症を疑いグラム染色の結果を説明していると、「嘔吐と発熱はどちらが先?」との質問。あいまいな部分には容赦なく突っ込みが入る。研修医

が戸惑うと、指導医は診断における経過の大切さを説く。指導医は地域に多い感染症など自身の臨床経験を研修医に伝え、1症例に30分以上をかけプレゼンが行われた。その後は全員で回診。プレゼンで指摘があった点や疑問について、実際の臨床現場でフィードバックがなされていった。

朝回診の後は研修のもう一つの要、「チームレビュー」が続く。同科では、ローテート中の初期研修医・後期研修医・指導医の3人強で構成されるチーム体制をとり病棟の診療を行っている。5つのチームに分かれ、初期研修医が受け持ち患者約10人の状態をチーム内で報告。後期研修医はこれを補足し、指導医は治療方針の確認と心電図の読み方などの教育を研修医に行う。報告の後は、チームで患者のもとへ行きまた現場で確認。ここで初期研修医の報告に対しフィードバックがなされる。指導医は研修医の見本となる

よう、積極的に自ら診察に当たっていると印象に残った。

### 研修の目標は「問題解決能力の修得」

総合診療・感染症科部長の八重樫牧人氏は、総合診療科研修の目標を「患者さんが抱える問題を解決する能力を身につけること」と語る。将来どの診療科に進むにしても、予防も含めた問題解決に至る基本的な流れが身につけなければ適切な医療は行えないという考え方が教育の原点だ。逆にそれが身につけば、その上に専門医としての深い知識・技能も得られるので、医師としての幅の広さと深さが担保できるという。

毎日の「朝回診」と「チームレビュー」を核とし、臨床現場で実践とフィードバックを繰り返すことでこの目標を達



● 病院を背景に総合診療科の医師が集合

成できるよう、層の厚い教育体制を構築している様子がうかがえた。

### 医師に必要な能力を学ぶ 多様なカンファレンス

さまざまなカンファレンス(図)が(2面につづく)

	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
7:00	プレラウンド	プレラウンド	プレラウンド	プレラウンド	プレラウンド	プレラウンド	
8:00	朝回診(8:15-) チームレビュー	朝回診(8:15-) チームレビュー	朝回診(8:15-) チームレビュー	多職種カンファレンス 朝回診+ チームレビュー	朝回診(8:15-) チームレビュー	朝回診(8:15-) チームレビュー	当直チーム 朝回診(7:30-)
9:00							
10:00							
11:00							
12:00						ジュニア2年目 総合診療科 外来指導	
13:00							
14:00							
15:00		回診	回診	Journal Club	退院レビュー/ Reading Club/症例相談		
16:00							
17:00				ビジネス ミーティング			
18:00	sign out 外来レビュー スタッフミーティング	内科医局会 MKSAP sign out	放射線カンファ/ 在宅カンファ/CPC 外来レビュー sign out	sign out 外来レビュー カンファ	救急カンファ 外来レビュー sign out		
19:00							

### ● 図 総合診療科の「週間スケジュール」(2011年7月改訂版)

スケジュールの一部を以下に解説する。  
プレラウンド……チームレビューの前の回診(初期研修医単独、もしくは後期研修医とともに)。  
外来レビュー……後期研修医による当日の外来症例のレビュー。  
総診カンファ……後期研修医による初期研修医向けの基本事項確認のカンファレンス。  
MKSAP……米国内科専門医試験教材を用いた勉強会。  
カイゼンカンファ……医療の質「カイゼン」のためのカンファレンス。  
退院レビュー……過去一週間に退院した患者のレビューを行う。  
症例相談……診断・治療・倫理面で困難な症例について、他チームの指導医・後期研修医からフィードバックを受ける。



● (左)「朝回診」におけるプレゼンのもよう。総合診療科の医師全員が集合し、指導医の司会のもと活発な質疑討論が展開される。抗菌薬の選び方などのレクチャーもここで行われる。(右) 初期・後期研修医、指導医で行う「チームレビュー」。適切な初期研修医の報告には、「素晴らしい」などの言葉が指導医から掛けられる。

September  
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、お近くの医学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(www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

### 総合診療・感染症科マニュアル

監修 八重樫牧人、岩田健太郎  
編集 亀田総合病院  
三五変型 頁464 定価2,625円  
[ISBN978-4-260-00661-3]

### ナラティブ・メディスン 物語能力が医療を変える

著 Rita Charon  
訳 斎藤清二、岸本寛史、宮田靖志、山本和利  
A5 頁400 定価3,675円  
[ISBN978-4-260-01333-8]

### 婦人科がんの緩和ケア

編集 Booth S & Bruera E  
監訳 後明郁男、中村隆文  
訳 沈沢欣恵  
A5 頁224 定価3,675円  
[ISBN978-4-260-01120-4]

### 臨床薬理学 (第3版)

編集 日本臨床薬理学会  
責任編集 中野重行、安原 一、中野真汎、小林真一、藤村昭夫  
B5 頁464 定価8,400円  
[ISBN978-4-260-01232-4]

### 〈神経心理学コレクション〉 精神医学再考 神経心理学の立場から

著 大東祥孝  
シリーズ編集 山鳥 重、河村 満、池田 学  
A5 頁208 定価3,570円  
[ISBN978-4-260-01404-5]

### 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  
B5 頁164 定価3,360円  
[ISBN978-4-260-00877-8]

### UNICEF/WHO 赤ちゃんとお母さんにやさしい 母乳育児支援ガイド アドバンス・コース

「母乳育児成功のための10カ条」の推進  
訳 BFHI 2009 翻訳編集委員会  
B5 頁456 定価7,980円  
[ISBN978-4-260-01212-6]

### 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル

篠田道子  
B5 頁128 定価2,520円  
[ISBN978-4-260-01347-5]

### わたしがもういちど 看護師長をするなら

坂本すが  
四六判 頁130 定価1,575円  
[ISBN978-4-260-01478-6]

特集 良い医師を育てる秘訣とは？

(1面よりつづく)

あるのも同科研修の特徴だ。取材日は15時から「Journal Club」が行われた。「朝回診」はプレゼンを学ぶ場だったが、こちらは論文の批判的吟味、すなわち患者さんの問題解決に有益なエビデンスを選別する能力を養う場だ。研修医は、普段から指導医に「その治療を選んだ根拠は？」と問われるなど、エビデンスに基づいた医療を行うことを意識付けられているという。

今回は糖尿病とHIVの2論文について、担当の後期研修医が概要を説明した後、初期・後期研修医と順にその論文の良い点、悪い点を挙げ、実際の患者を想定しながら論文の読み方を学ぶ。挙げられる点は上級医になるにつれ高度になり、研修医はその考え方を吸収していく。カンファレンスを確実に

に自分の能力向上につなげているようだ。カンファレンスの重要性を研修医が認識しており、指導医がその大切さを研修医に教えるところも、同科研修の特徴なのかもしれない。

\*

研修における不満な点を初期研修医に尋ねてみた。「常に上級医のスーパーバイズを受けるため、一人で患者を診る経験が足りない」とのこと。研修を行う上で患者の安全を守ることは絶対条件であるため、教育効果との天秤にはかけられないが貪欲に次のステップをめざしていることの表れだろう。

伝統的に教育を重視し、先輩が後輩をしっかりと見て育てる文化がある。そして徹底した現場主義のもと研修医の知識と技能を上級医が高める。「良い医師」を育てる秘訣はそこにあると感じた。

interview

八重樫 牧人 氏に聞く

亀田総合病院 総合診療・感染症科部長

知識・実践・フィードバックで“良い医師”を育てる

——研修を取材し、「現場重視」の姿勢が強く印象に残りました。

八重樫 「患者さんの抱える問題を解決する能力を身につける」ために最も効果的な方法は、現場で実際に患者さんを診察し、それが適切だったかフィードバックを受けることです。

スキーを例にとると、いくらDVDでイメージトレーニングをしても、実際にスキー場に行かなくては滑ることは難しいでしょう。また正しい滑り方を教わらなければ、自己流の癖ばかりが身につきそれほど上達しないかもしれません。医師の育成も同じで、「知識・実践・フィードバック」の3要素が効果的な研修には必要です。臨床現場での実践を通じ、良いところは褒めて伸ばし、悪いところは直されて初めて、きちんと患者さんを診ることができる医師になれると考えています。

——ただ研修医が診療に当たる場合、患者さんへのリスクが伴います。

八重樫 患者さんに害を与えないことは、臨床研修を行う上での原則です。ですから、初期研修医の上に後期研修医がいてその上に指導医がいる屋根瓦式のチーム体制をとり、研修医の診療を常にスーパーバイズする環境を作っています。チーム内で「報告・連絡・相談」を常に行い、しっかり行える研修医だけに裁量を与えるようにしています。

屋根瓦式には、卒業から時間が経った指導医では忘れてしまっている初期研修医が陥りがちな間違いを、まだしっかり記憶がある後期研修医が指導できるという利点もあります。——後輩を指導することが、自分の成長にもつながりますね。

八重樫 はい。特に2年目研修医は、指導医・後期研修医のもとで1年目研修医を指導し、「教えることを教える場」という位置付けを強くしています。——スケジュールを見るとさまざまなカンファレンスがありますが、研修プログラムを構築する上で参考になっているものはありますか。

八重樫 基本的には、私が米国臨床研修で学んだことの“おいしいとこどり”で研修プログラムを考えています。ただ米国と比べると、日本の研修は金銭面・人材面ともに大きな差があるので、少ない資源でも実施可能なカンファレンスを中心にプログラムを組んでいます。大病院だからといって検査を乱発することなく、資源が少ない環境でも活躍できる医師となるよう、病歴や身体所見から問題解決できるトレ



●1997年弘前大医学部卒。亀田総合病院にて初期研修の後、在沖米国海軍病院を経て渡米。2000年セントルークス・ルーズベルト病院にて内科、03年ニューヨーク州立大ダウンス

テート校にて呼吸器内科、05年ピッツバーグ大病院にて集中治療の研修後、それぞれの専門医資格を取得。06年帰国、10年より現職。日本の医療の「井の中の蛙」とならず、世界標準の診療を知った上で目の前の患者さんに最良の医療を提供できる医師、つまり患者さんに良い意味での「違い」を創れる医師をより多く育成することを目標に教育・診療に取り組んでいる。

ニングを重視しています。

——カンファレンスでは活発な議論が行われ、話しやすい雰囲気だと感じました。

八重樫 実際、スタッフ間で共通認識を持って、どんなことでも言いやすい環境を作ろうとしています。研修プログラムも常に改善を加え、よりよい在り方を模索しています。その際は、スタッフだけでなくそのときに在籍している後期研修医・初期研修医の意見ももちろん取り入れて、総合診療科全員の力でメンバーの成長に最も適した形になるよう考えています。

もっと貪欲に学んでほしい

——最近の研修医に対し、感じていることはありますか。

八重樫 初期臨床研修が義務化され、私が研修医だったころよりも知識・技術ともはるかに向上していると感じます。一方で、貪欲さが足りないとも感じています。

私が研修医だったころは、教育リソースはないのが当たり前でした。ですから、学びの機会があればスポンのように離さず手に入れたものです。現在は恵まれた環境にあるからか、せっかくの機会でも利用しない研修医を多く見かけます。自分のスキルを向上させ、将来一人でも多くの患者さんを救うためにも、「もっとがっついてほしい」と思いますね。

——最後に研修医へメッセージをお願いします。

八重樫 一歩退いた形で日本の医療を見てみると、ガラパゴス化している部分が多いのが実際です。日本だけの狭い殻に閉じこもらず、世界標準の視点で、目の前の患者さんにどのような対応を取ることが最もその方のためになるかを考えてください。狭くなった視野を広げるのは大変です。ぜひ最初から視野を広く持ち、自分の頭で考えながら貪欲に患者さんから勉強してください。

——ありがとうございました。(了)

研修医に聞く!! 総合診療科研修の魅力

<こんなことを聞いてみました>

- Q1 亀田総合病院を選んだきっかけは？
Q2 研修を受けて感じる総合診療科研修の魅力
Q3 役立っているカンファレンスは？



●左から古賀氏、高橋氏、佐野氏

●古賀由里氏 (1年目研修医)

Q1 私はリハビリテーション科を志望しているため、病院以外にも老健などの施設を持ち、急性期から回復期まで一貫して同じ考え方で診療に当たれること、リハ科以外の領域もきちんと修得することができ、なおかつしっかりしたリハ科があることが亀田総合病院を選んだ理由です。

Q2 知りたいことを何でも教えてもらえる幸せな環境だと感じています。学生のときは、「これを聞いたら怒られるのでは」などと考えてしまい、結局知識が得られないことも多かったのですが、研修中に勇気を出して聞いてみると、想像していたよりも多くの知識を得ることができ、自分の成長を実感しています。

Q3 「多職種カンファレンス」が役立っています。多くのスタッフがいて医療が成り立つという認識は学生時代から持っていましたが、研修医になってもその実感はなかなか持てませんでした。総合診療科をローテートして初めて他の職種の方ともコミュニケーションが取れるようになってきました。

●高橋侑子氏 (2年目研修医)

Q1 医学部6年時の亀田総合病院への見学がきっかけとなりました。志望している腫瘍内科と総合診療科を見学したのですが、とても温かく迎え入れてくれ、学生にも惜しみなく教えていただき、そして研修医が本当に楽しそうに診療をする様子を見て、私もぜひその一員になりたいと思いを希望しました。

Q2 亀田総合病院でもしっかりとチーム体制をとっているのは総合診療科だけです。わからないことは屋根瓦式で順々に教えてもらえますし、研修医全員がある程度のレベルまで達することができるよう指導を受けます。専門科研修を行う際も総合診療科で学んだことがベースになっていると感じています。

Q3 「Journal Club」が勉強になっています。医療にエビデンスが大事といっても、それをどうやって勉強すればよいか、1年目のときはさっぱりわからなかったのですが、結論などの内容ではなくエビデンスとして信頼できるかに重きを置いて論文を評価する「Journal Club」で、その考え方を学んでいます。

●佐野正浩氏 (後期研修医、卒後3年目)

Q1 私は初期研修は大病院で行い、後期研修で総合診療科を選択しました。大病院の研修では各科で専門的な知識を学び非常に勉強になったのですが、将来は開発途上国で医療活動を行うことを考えており、そのとき求められる“コモンディーズを診る力”が身についたかという怪しい部分がありました。大病院から市中病院に来るのは勇気がいりましたが、コモンディーズの診かたをしっかり学びたいと考えています。

Q2 カンファレンスが魅力です。カンファレンスは、問題を発見するとともに自分の間違いを正すきっかけにもなる重要な場です。施設や専門科によってはカンファレンスを休憩時間としている方もいますが、指導医がカンファレンスの大切さを教え、また研修医もカンファレンスの重要性を認識して取り組んでいるところは大きな魅力ですね。

Q3 「グラム染色道場」が面白く勉強になりました。顕微鏡の使い方から学びましたが、顕微鏡には意外にいろいろな機能が有り、使い方によって細菌の見え方が全く異なることを学びました。これはかなりお勧めです。

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

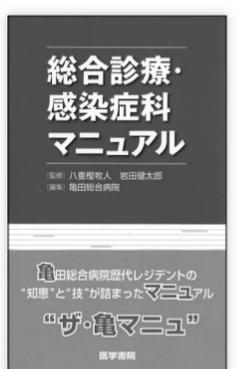
医学書院

総合診療・感染症科マニュアル

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
神戸大学大学院教授・微生物感染症学講座感染症治療学分野
編集 亀田総合病院

●三五変型 頁464 2011年 定価2,625円(本体2,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00661-3]

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まとめ上げた1冊。研修医にとって必要最低限のスキルや情報を箇条書きでまとめ、ポケットに収まるサイズに凝縮。診療の合間に、気になったことをぱっと見てすぐ使える簡便さも兼ね備えている。総合診療科を中心に各科で伝承されてきた診断に至るまでの考え方・捉え方と、積み重ねられてきた経験が融合し、まさに“知恵”と“技”をこの1冊に収めた。研修医に必携のサバイバルガイドとして、手元に置けば大きな武器になるだろう。



# 例えば、診療録の丁寧な記述から—— 研究を“読む、使う、行う”力を身につける



interview 植田 真一郎氏 (琉球大学大学院教授・臨床薬理学) に聞く

臨床研究には適切に処理されていない多くのバイアスや交絡因子があるため、読み手が臨床研究のデザインを知り、正しく解釈することが重要と説く植田真一郎氏。本年5月に終了した本紙連載「論文解釈のピットフォール」では、それらのポイントを解説していただいた。

では、「臨床研究を正しく解釈する力」とは、どのように養われるものなのだろうか。「そのエビデンスは？」と常に問われ続ける今日の診療現場だからこそ、無理なく段階を追って論文を批判的に吟味する力を身につけるコツを前半で、後半ではさらに一歩進み、実際に臨床研究を行う際に必要となる視点を日々の診療でいかに培うか、お話しいただいた。

——『臨床薬理学レクチャー』(医学書院、絶版)との出会いをきっかけに、臨床薬理学の道に進まれたと伺いました。  
植田 研修医1年目を終えるころ、薬剤を処方する際になぜその薬を選択するのか、なぜその投与量でよいのかなど、治療に関する疑問をたくさん抱えていました。あの本には、どのように投与量を決めていくかが非常に論理的に書かれていて、感銘を受けたのです。——著者の石崎高志先生は、序文で「薬物療法は『What to use』には答えてきたけれど、『How to use』と『How to evaluate』には答えてこなかったのではないかと指摘されています。

植田 現在でも「What to use」さえ明らかになっていない領域は多くあります。しかし、石崎先生が指摘されているように、例えば高血圧患者に降圧薬を投与すればよいことは明らかだけれども、目標血圧をどこに置けばよいか、実はまだ明確なエビデンスはありません。また現在、直接トロンビン阻害薬・ダビガトランの副作用が問題になっているのも「How to evaluate」がはっきりしないからです。そういった薬物療法の本質的な部分を解明していくことも研究の一つの役割ですね。非常に先見の明のある言葉だと思います。

——その後、国立国際医療センターにいらした石崎先生を訪ねたそうですね。  
植田 手紙を出したところ、返事をいただいて非常に励まされたんです。ここでは毎週抄読会が行われていて、当時としては珍しく臨床研究に関する論文が取り上げられていました。そうして論文や臨床研究に触れていきました。

## 後期研修医には 自分で文献に当たってほしい

——研修医時代にはどのくらい論文を読むことに重きを置いたらよいでしょうか。

植田 研修医の場合、救急外来での診療や急変時対応などすぐに答えを得たい事柄が多いですから、私自身は“Washington Manual”のように診療ですぐに活用できる書籍を手にとっていました。参考文献にまでさかのぼって読むことはほとんどなかったです。今はClinical Evidenceのような二次資料もありますが、薬剤の使用法や疾患の診

断方法が、多くの基礎研究、臨床研究の積み重ねから生み出されることは研修医にも知っておいてほしいと思います。——では、本格的に論文を読み始めるべきなのはいつごろでしょうか。

植田 後期研修医になると、自分の専門領域に関する文献を読み、批判的に吟味する力が必要です。より多くの論文に目を通すためにNEJMなどのレビューを活用する方法もありますが、それらには執筆者の考えが反映されていますから、やはり自身で原著論文に当たるべきでしょう。

——速く読むために、いわゆる「ゴミ論文」を見抜く力も必要と言われます。  
植田 残念ながら、「ゴミ論文」はまだまして、最近では「ウソ論文」もあります。しかもそれがいわゆる国際的な一流雑誌にすら掲載されており、日本人研究者の論文も多く告発されています。研究を行う動機が本来あるべき姿から外れてきているのでしょう。明らかな不正ではなくても、データの意図的な選択や削除を見抜くことは難しいと思います。GCP(医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令)が適用されない臨床研究では、自律的なデータの信頼性の担保が求められますが、結局は研究者の良心や動機に依ってしまうのです。

## 「丁寧な診療録」から始める

植田 私は医師となって最初の7年間はあまり研究する機会がなく、研究者としての視点で論文を読むことはできなかったと思います。しかし英国に留学して、実際に自分で研究するようになってから、論文を批判的に読むことができるようになりました。

基礎的な研究であれ、ヒトを対象とした研究や臨床試験であれ、適切にデータを取って解釈するという原則は同じです。科学的な意義、研究の対象、再現性なども含めたその実験系や測定法、比較方法、解析、解釈が妥当かどうかという問題は研究をする以上、常に考えなければなりません。論文を読む際にもこれらの視点が必要なのです。——研究に専念する期間も必要なのではないでしょうか。

植田 必ずしもそうとは言えませんが、何らかの生物学的な反応を正確に評価することがいかに難しいかを知ること

は、医師としても決して無駄ではありません。ただ、ヒトを対象とした研究では倫理的問題、データのばらつきなどの問題、確率論的な考え方など、基礎的な研究とは違った感覚や視点が必要なので、臨床研究のトレーニングは別に必要です。

——日々の診療のなかでも、研究を意識することは可能なのでしょうか。

植田 まずは「丁寧な診療録を書く」ことでしょうか。臨床研究はつまるところ「必要な情報を継続的に正確に取り記載した診療録」という側面があります。そう考えると、診療と研究は全く別ものではない、とも言えます。

良い診療録は記録が精確です。例えば血圧では、測定した時間、食事をしてきたかどうかなど、生理学的な条件に左右されるためそれらの記録は重要です。しかし、症例対照研究を行うために以前の診療録を調べてみると、それがいかに不十分なものか気付くこともあると思います。臨床研究を行う上では、何を測定、評価するにしろ、できるだけ同じ条件下で行う必要があります。診察、あるいは診療録を書く際にそのようなことを意識できれば、研究と診療は別ものという意識がなくなるかもしれません。

## 適切なピースであればいい

——臨床医向けの臨床研究ワークショップを開催しているそうですね。

植田 慈恵医大と共同で開催している2日間の初学者向けのコースと、より実践的に研究をデザインして完成させることを目的とした5日間のコースがあります。前者では、クリニカルエスションから研究計画を立案するまでを、実践を通して習得します。研究を行う上でまず重要となる「自分の疑問は何か」「誰を対象にするのか」を明確にすることを目標にしています。

一方、後者では研究のデザイン、データの取り方、解析方法などを学びます。完璧にデザインされた研究を実際に行うのは現実的に難しいため、研究の目的に見合った実現可能なデザインにする作業が必要になります。

——連載で挙げていた“trade off”という考え方ですね。  
植田 そうです。一つの研究で疑問を

すべて解決できるわけではなく、自分ができるのはせいぜい医学というパズルのピースの一つをはめること。それが適切であればよいのです。ですから、研究の目的に沿って、科学的な厳密さのみならず現実の診療との整合性や研究の実現性を重視してtrade offし、なぜそうしたのかを論理的に説明すること、そして研究計画を立てて実際に研究を行うことを、ワークショップの最終目標としています。

## 柔らかな視点を持つ

——お話を伺って、研究が少し身近に感じられるようになってきました。

植田 研究は必ずできます。先日パーキンソン病の患者さんを診察した際、「ひどい便秘で下剤を飲むけれど、そのたびにひどい下痢をする」と言われました。一般内科医として何かできないか文献を調べましたが、答えが見つからない。こういったこともリサーチクエストにつながりますよね。——日々の疑問が研究のモチベーションになるのですね。

植田 そう思います。私は臨床薬理学から出発しているので、薬剤や治療介入の有効性など量的研究に目が行きがちですが、臨床的な疑問から生まれる研究の重要性を感じた出来事がありました。

先日、日本プライマリ・ケア連合学会の派遣で宮城県に短期間の医療支援に参加したときのことで。避難所では血圧が安定しない方が多かったのですが、私はまず原因として量的あるいは病態生理学的なものを想定し、どの薬剤が適切か、この環境下で用量をどう設定するかを考えました。現実には使用されていた血圧計に問題があり、それも原因の一つだとわかりました。

一方、プライマリ・ケア医は、例えば被災者が継続的に血圧を測定できるような環境をどうつくるかを考えています。そのためには、時には行政への働きかけや被災者に対する周知の仕方の工夫が必要となります。これは、真の公衆衛生学的な研究でもあると思います。不遜な言い方ですが、大変勉強になりました。

——方法論に固執せず、多角的な視点を持つことが重要なのですね。

植田 離島の多い沖縄では、定期的な検査や適時適切な治療を本島の方と同様には受けられない方が少なくありません。都市部と離島で同等の医療を提供するための方策を考えるには、量的、質的、両方の研究が必要となります。その時々自分の疑問に合った解決方法を選択できるよう、両方を柔らかな心で見える態度を大切にしてほしいと思います。(了)

## ●植田真一郎氏

1985年横浜市大医学部卒。同大病院、市中病院での研修後、91—96年英国グラスゴー大内科薬物療法学クリニカルフェロー。96年横浜市大第二内科を経て、2001年より現職。

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・シャロンが、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が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 斎藤清二  
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学・教授



A5 頁400 2011年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01333-8]

医学書院

臨床薬理学のすべてをわかりやすくまとめた学会編集テキスト

## 臨床薬理学 第3版

日本臨床薬理学会編集による本格的テキストの改訂第3版。好評であった初版、第2版の質は保ちつつ、より読みやすく使い勝手の良い教科書にするため、項目の追加・削除、構成の見直しとともに、分量の全体的なスリム化を図った。医療の現場において薬物療法の重要性が益々高まっている現在、本書は医師、医学生、研修医は勿論のこと、看護師、薬剤師、臨床検査技師、製薬企業関係者など多くの医療関係者にとって必携の書である。

編集  
責任編集

日本臨床薬理学会  
中野重行  
大分大学名誉教授、客員教授  
安原 一  
昭和大学名誉教授  
中野眞汎  
静岡県立大学名誉教授/熊本大学名誉教授  
小林真一  
昭和大学教授・薬理学臨床薬理部門  
藤村昭夫  
自治医科大学教授・臨床薬理学



B5 頁464 2011年 定価8,400円(本体8,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01232-4]

医学書院

寄稿

# 小児救急医療のプロフェッショナルとは 米国における伸展とEMSCの取り組みについて

井上 信明 東京都立小児総合医療センター 救命・集中治療部救命救急科医長



●井上信明氏(写真左)

1996年奈良医大卒。天理よろづ相談所病院および茅ヶ崎徳洲会病院にて、初期研修、救急および小児科後期研修を行う。2002年に渡米後、ハワイ大小児科レジデント、ロマリダ大小児救急フェロー。09年より豪州にてマーター小児病院小児救急フェロー。10年4月より現職。米国小児科専門医、米国小児救急専門医、公衆衛生学修士(国際保健)。写真は、Fleisher先生との会談を終えての感動的な一枚。

「診断や治療に詳しい専門医は多く存在した。でもそれぞれの専門領域の狭間にある子どもたちを診療する医師が不足していた。縦断的に病気を深く診療する専門医はいたが、外傷も含めて横断的に診る医師がいなかった。そして当時(1970年代後半)、専門領域の狭間で苦しむ子どもたちは受診先がなく、困っていた。だから私は救急室に常駐し、いつでも、どんな問題でも、どんな子どもでも受け入れるために診療を始めたのだ」

これは、「米国における小児救急の父」とも呼ばれている Gary R. Fleisher 先生(ボストン小児病院)にお会いして(写真)、「どうして小児の救急医療を始めたのですか?」と私が質問したときの Fleisher 先生の返答です。

## 成長著しい米国の小児救急分野

米国で現在行われている、いわゆる ER 型救急は、今からちょうど 50 年前の 1961 年、バージニア州のアレキサンダリア病院に勤務する 4 人の救急医が、救急室に常駐して、いつでも、どんな患者さんでも、まずは受け入れて診療することを誓ったことに始まります。

1970 年代後半になり、小児病院の救急室で勤務していた小児科医たちが、冒頭のような問題に対処しようとして取り組みを始めました。これが、米国の小児救急の始まりであり、前出の Fleisher 先生もそのひとりになります。

現在米国では、小児救急の研修プログラムは非常に人気があります。日本で小児救急医療というと「軽症患者の時間外外来」のようなイメージがありますが、米国のある調査によると、調査対象となった全 42 専門分野の中で、小児救急は医師の満足度が最も高い分

野となっています<sup>1)</sup>。日本とは異なり米国の救急医は完全にシフト制での勤務なので、オンとオフがしっかりと区別されワーク・ライフ・バランスが取れることなども人気の理由と考えられますが、非常にやりがいのある仕事であることも事実です。

2011 年現在では、全米で 70 を超える小児救急研修プログラムがあり、300 人を超える医師が専門研修を受けています。私が研修を開始した 2005 年には、全米に 45 しか研修プログラムがありませんでしたので、成長著しい専門分野であると言えるでしょう。またその影響は、カナダやオーストラリアへも広がっています。

## 子どもの命を救うため、診療だけにとどまらない活動

テレビドラマ「ER」をご覧になっておられた方は、ジョージ・クルーニーが演じていたダグラス・ロス医師を覚えておられるでしょうか。このダグラス・ロス医師が小児救急医(当初はフェロー)です。小児科医のバックグラウンドを持ちながら救急室内に常駐し、内因系疾患に限らず外傷や精神疾患を有する子どもたちにも初期対応を行っていました。時に社会的問題を抱えた患者の対応に熱くなりすぎることはありましたが、「子どもを守る」という視点を常に失わない彼の姿に共感を覚えた方も多いのではないのでしょうか。

このように、「どんな子どもでも診る」のが米国の小児救急医の基本となる診療スタイルですが、診療だけでなく教育、研究、社会貢献などの分野での活動にも積極的です。私自身、自分の研修期間を振り返ると、ロールモデルとなる小児救急医が何人もいました。その全員に共通していたのが、「救うことができる子どもたちの命を救う



●図 EMSC がめざす小児救急医療における連続したケア

「救急初期対応→病院前救護→院内診療→病院前搬送→リハビリテーション→傷害予防」といった救急医療のすべてのステップで、小児患者に特化したケアを連続して提供することをめざす。中央は EMSC のロゴマーク。

ために、プロフェッショナルな医療者であった」ということではないかと思っています。

プロフェッショナルの語源は profess (告白する) ですが、これには神に対して誓い、真摯に自分の仕事に取り組むという意味が含まれています。小児救急のプロフェッショナルである彼らは、ただ単に救急室内でのみ子どもたちのために全力を尽くすのではなく、社会に対して声をあげることができない子どもたちの擁護者として、また代弁者として、少しでもよい社会を作るために自分たちの持つ能力を最大限に活かしていました。

## EMSC がめざす小児救急医療体制の構築

私のロールモデルとなった小児救急医たちの考えのバックボーンとなっていた概念が、EMSC (Emergency Medical Service for Children) です<sup>2,3)</sup>。この EMSC について簡単にご紹介します。

EMSC の取り組みは、1984 年、「子どもたちにとって最善の救急医療を提供したい」とハワイ州の小児科医と上院議員が立ち上がったことに始まります。現在は、保健資源事業局 (MRSA) や母子保健局 (MCHB) などの国家機関によって運営される連邦政府のプログラムとなっており、小児に特化した救急医療システムを構築することで、子どもたちの死亡や重篤な合併症を減らすことを目的としています(図)。

EMSC では、この目的を達成するた

めに、全米のさまざまな取り組みに対して資金提供を行っており、これまでに多くの成果を上げています。例えば、病院内での患者対応の技術向上や一般救急室における小児患者用物品の整備、病院前救護や病院間搬送といった搬送要員への教育資料の開発、外傷予防のための教育プログラムの設立、多施設共同研究プログラム (PECARN)<sup>4)</sup> の構築などが挙げられます。

## 日本版 EMSC を夢見て

全米の小児救急研修医が一堂に会するカンファレンスが年に 1 回あり、専門研修中だった私は、そこで多くの先人たちから彼らのプロフェッショナルリズムについて直接聞く機会がありました。そして、国や文化、言葉は異なっても、「子どもたちのためによりよい医療を提供したい、子どもたちの命を守りたい」という思いは全く同じであることに感動を覚えました。

私は 7 年以上にも及んだ学びの時を終えて、昨年帰国しました。帰国を決意した一番の理由は、祖国日本において真の小児救急医療を体現すること、また次世代の小児救急医療のプロフェッショナルを育てることの必要性を痛切に感じたからです。まだまだ小さな活動しかできませんが、決して歩みを止めることなく、日本の、そしてアジアの子どもたちのための活動を続けたいと思っています。

### 参考文献

- 1) Leigh JP, et al. Physician career satisfaction within specialties. BMC Health Serv Res. 2009;9:166.
- 2) Emergency medical service for children <http://bolivia.hrsa.gov/emsc/>
- 3) EMSC national resource center <http://www.childrensnational.org/EMSC/>
- 4) Pediatric emergency care applied research network <http://www.pecarn.org/>

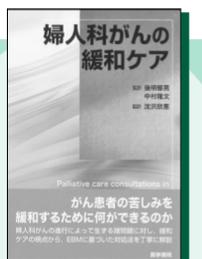
がんの苦しみをどう緩和するか、EBMに基づいた対処法を解説。

## 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 Booth S. & Bruera E.  
監訳 後明部男  
彩都友会病院副院長・緩和ケア科部長  
中村隆文  
川崎医科大学教授・産婦人科  
訳 沈沢欣恵  
彩都友会病院・緩和ケア科副部長



**JIM medicina セミナー**

### 『ティアニー先生の診断道場』開催のお知らせ

医学書院 主催

「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・ティアニー先生による医学生・研修医を対象とした「公開症例検討会」を昨年に引き続き開催します。

開催期日... **2011年11月6日(日)**

時間... **セミナー 13:30~16:30**  
**懇親会 16:30~18:00**

会場... **医学書院 本社**(東京都文京区本郷)

講師... **ローレンス・ティアニー先生**  
(カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科学教授)

司会・選訳・コメンター... **青木 眞先生**  
(サクラ精機株式会社顧問/米国感染症内科専門医)

症例提示者・コメンター... **松村正巳先生**  
(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)

対象... **医学部5・6年生および研修医の方限定**

定員... **100名**

参加費... **¥3,000**(懇親会は無料)  
(2011年発行の「JIM」もしくは「medicina」ご購入の方は購読者割引として参加費が¥2,000となります。当日ご持参いただきご提示ください。)

お申し込み... **10月13日(木)正午(昼12時)~10月20日(木)24時**までの間に、セミナー受付専用Webサイトからお申込みください。セミナー受講者は抽選とさせていただきます。当選者の方へは後日メールにてご案内させていただきます。申込方法の詳細は医学書院Webサイトをご参照ください。対象以外の方からのお申込みは無効とさせていただきます。予めご了承ください。

お問い合わせ... **医学書院PR部 (TEL 03-3817-5696)**

ローレンス・ティアニー Lawrence M. Tierney Jr.  
カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科学教授

1963年エール大学卒業(音楽史)。1967年にメリーランド大学医学部卒業後、グラディ記念病院(アトランタ)インターン・内科レジデントを経て、1970年よりカリフォルニア大学サンフランシスコ校内科。1985年より同校内科学教授となる。「診断の神様」と呼ばれ、世界で最も尊敬される内科臨床医の一人。優れた教育者としても知られ、病歴と身体所見から鑑別診断をものなく挙げ、診断を絞り込んでいく講義は、世界中で絶賛されている。待望の最新書籍『ティアニー先生のベスト・パール』および『ティアニー先生の診断入門(第2版)』(医学書院)は2011年10月に出版予定。

ティアニー先生のベスト・パール  
ティアニー先生の診断入門  
ティアニー先生の待望の最新書籍『ティアニー先生の診断入門(第2版)』(医学書院)は2011年10月に出版予定!

セミナー当日は、ティアニー先生の最新刊を販売予定!

投稿

米国総合内科学会へのチャレンジのすすめ  
ポスター発表を経験して

森川 大樹 手稲仁会病院研修部2年

私は2011年5月4-7日の4日間、米国のアリゾナ州フェニックスで開催された第34回米国総合内科学会(Society of General Internal Medicine; SGIM)の年次総会に参加し、研修1年目に経験した症例のポスター発表を行いました。当院としては、発表での年次総会への参加は第31回、第33回に続き3度目となります。今回は研修医2年目の私と、岡田厚先生(研修医3年目)、小林真之先生(研修医3年目)、船越智洋先生(当院OB、現Beth Israel Medical centerレジデント)、Simi Padival先生(当院常駐米国医師)、計5人での参加となりました。

国際的な学会であり、さらにプログラムのなかでもアテンディング、レジデント、医学生、それぞれの間で相互に交流が図られており、国内の学会発表とはまた一味違った大変有益な経験を行うことができたため、その内容を報告します。

聴衆も参加できる interactive なセッション

SGIMには、米国内のすべての医学部附属病院および主要な教育病院において、プライマリ・ケアを専門とする約3000人の内科医が所属しています。医学生、レジデント、フェローに対して成人プライマリ・ケアの教育が行われ、さらに研究、予防医学、患者への治療サービスに関する教育も実施されています。年次総会も今年で34回目を迎える、歴史ある団体です。

年次総会は毎年、主に米国内の都市で開催されており、医学生やレジデントも多く参加しています。7時半から20時ごろまでスケジュールが組まれ

ており、同じ時間帯に複数の部屋で、数十のセッションが同時に行われていました。年次総会では研究の成果が発表されるだけでなく、教育に主眼を置いたセッションも多数開催されます。本年も、最新の研究報告や疾病に関するレクチャーのみならず、臨床医学教育の向上に関するセッションや、学生やレジデント向けに履歴書の書き方や論文の雑誌への掲載方法をレクチャーするセッションも開かれていました。

なかでも面白かったのは「Unknown Vignette」というセッションでした。これは、プレゼンターが用意した症例について、総合内科のアテンディングが現病歴から身体所見、検査へと順次質問を重ね、鑑別を絞り込んで最終的に診断へと至る過程を公開するものでした。事前情報はまったく与えられていない状態で、アテンディングは、プレゼンターの提示する現病歴や主訴、検査データを基に考えられる病態や逆に除外される病態などを説明していきます。聴衆にも、必要とされる検査や鑑別疾患について質問しながら進めていく、interactive な形式でした。鑑別に至るまでのアテンディングの思考の鮮やかさが、非常に刺激的で勉強になりました。船越先生は、このセッションでプレゼンターを務め「Haemophilus influenzae 敗血症による胸鎖関節炎」の症例発表を行いました。

ディスカッションのなかから 新たな発見も

ポスターセッションでは、150枚ほどのポスターが広い部屋に専門領域ごとに貼られています。セッションの時

間は1時間半で、その間基本的に発表者はポスターの前に立ち、閲覧者に対して症例のAbstractやわかりにくい点を説明したり、質疑応答やディスカッションを行ったりします。私と岡田先生は1枚の発表でしたが、小林先生は2枚のポスター発表を同時に行っていました。

私は「A case of Lady Windermere Syndrome」という非定型抗酸菌症例を発表しました。会場からは、症例の内容に関する質問のほか、似たようなケースを経験した人からの意見や、最新の治療や治療期間についての質問もありました。ディスカッションのなかで新たな発見もあり、私自身も勉強になりました。

ポスター発表への道

ポスター発表に至るまでの経緯を、参考までに紹介します。

まず適当な症例を決め、それに関する文献検索を行いました。その上で「Learning Object」と「Discussion」を考え、発表に値するものか検討します。その結果発表に値するものと判断すれば症例をまとめ、「Abstract」を作ります。Abstractは大まかに言うと、Learning Object、症例の内容、Discussionから構成されています。

完成した段階でAbstractをSGIMへ提出します。結果は約1か月後に通知され、採用されればポスター製作に始まり、発表に備えます。Padival先生によるネイティブチェックや内容についてのアドバイスを受けながら準備を進めていきました。

英語力は、ポスターの内容を説明でき、質問に答えられる程度あれば十分です。1-2人の閲覧者への説明が多いため、質問のなかでわからない部分は聞き返せます。また、口頭発表のような時間の制約もなく、ゆっくりでもしっかり伝えられればよいと、恐れることはありません。Abstractを用意し、想定問答でイメージトレーニングを行うことで、英語力の大部分を補えます。

採用のポイントは、Teaching pointが明確であることだと私は考えています。まれなケースである必要はなく、ケースを通して伝えたいメッセージがはっきりしていることが重要だと思います。Specificなテーマよりbroadなテーマのほうが、応用の幅も広がり、興味を持つ人の数も増えるので、望ましいでしょう。また、ポスターが人の



●森川大樹氏(写真左から二人目)

2010年東海大医学部卒。学生時代にニューヨークの医学部に留学した際、総合内科のチームで3か月間、現地の学生と同様の実習を行った。そのときに経験した総合内科の役割やアテンディングがロールモデルとして印象に残り、総合内科医をめざしている。写真は左から、今回もに参加した船越氏、(森川氏)、小林氏、岡田氏、Padival氏。

目を引きやすいものであることが大事です。タイトルがインパクトのあるものであったり、カラーやレイアウトを工夫し、写真や図を交えて見やすくすることがポイントとなると思います。私自身、こうしたことに注意して作成に当たりました。

Challenge SGIM!

今回海外の学会に参加させていただき、セッションも非常にinteractiveな形式で進められているため大いに勉強になり、また刺激を受けました。発表を通じて、非常に貴重な経験を行うことができました。こうした海外の学会への参加や学会発表は、海外留学を考えている人にとってはもちろん有益ですし、それ以外の人にとっても、国際的な視点や広い視野を得る意味で非常に有益な機会であると感じました。

ポスター発表は口頭発表に比べると取り組みやすいものではあるので、これまで学会発表をしたことのない医学生や研修医も、どんどんチャレンジする価値があると思います。また国内で学会発表の経験がある方にとっても、新たに得るものがある有意義な機会だと思います。

次回、第35回SGIM年次総会は2012年5月9-12日の4日間、フロリダ州オーランドの「Walt Disney World Swan and Dolphin Resort」で開かれます。医学生や研修医もぜひ、この機会にチャレンジしてみたいかをご紹介します。

※SGIMの詳細は、学会HP(http://www.sgim.org)を参照してください。

Poster abstract titled 'Politeness as a Risk for Infection: A Case of Lady Windermere Syndrome' by Daiki Morikawa, MD, and Simi Padival, MD. The poster includes sections for Introduction, Physical Examination, Diagnostic Imaging, Review of Disease, Management, and Discussion. It details a case of non-tuberculous mycobacterial lung infection in a 75-year-old Japanese woman.

●筆者の発表したポスター。見やすいレイアウトを心がけた。

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

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。

編集 福岡地区小児科医会 乳幼児保健委員会



疾患別の記載でより学習しやすく!

標準放射線医学 第7版

今版から疾患別の記載形式にスタイルを変更し、さらに各章末の頁には所見別のまとめを一覧にした。膨大な情報を簡潔かつ洗練された記述で整理・解説している。また、前版にあったCD-ROMは、装いも新たにWEB版へリニューアル。本書に掲載された画像を部位別・所見別に、またどこが異常な所見を呈しているのかアプローチでき、習熟度のチェックにも使える読影問題も盛り込んだ。ネットにアクセスできる環境ならば、どこでも閲覧可能である。書籍とWEB版双方の活用で、医学生、研修医はもちろん、放射線科医にとっても有用な「新たな形式のテキスト」がここに誕生。

編集 西谷 弘 徳島大学名誉教授 遠藤啓吾 群馬大学大学院教授 松井 修 金沢大学大学院医学系研究科教授 伊東久夫 千葉大学大学院教授



# 臨床医学航海術

第68回

## 生活力

田中和豊

済生会福岡総合病院臨床教育部部長

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……。

今回は人間としての基礎的技能の第9番目である「気力と体力」について述べた。今回は引き続き人間としての基礎的技能の第10番目である「生活力」について考える。

人間、仕事も大切であるが、日々の生活も大切である。なぜなら日々の生活が安定・充実していなければ、仕事も安定・充実しないからである。この生活を安定・充実させる力こそが「生活力」である。

### 自炊

人間が1人で自立して生活するにはさまざまなことができなければならない。その中でも最も大切なのは「自炊」であると思う。自炊は「自ら炊く」と書くが、もちろん単に自動炊飯器でご飯を炊くだけのことを言うわけではない。栄養のバランスなどを考え、自らさまざまな料理を作ることだ。現在はコンビニや総菜屋があるので、1人分の食事を買うことは容易になった。それでもなお自炊することが重要と述べるのは、それによってのみ学べるものがあるからである。

その第1のものとして、「ありがたみ」が挙げられる。子どものころは家にいれば当たり前のように3食が出てきた。しかし、1人暮らしとなれば当たり前前に3食が出てくることはない。自分で料理を作ってみると、いかに料理が手間暇のかかるものであるかがわかるだろう。子どものころは、ほかの誰かが手間暇をかけてこの3食分の料理を作ってくれていたということだ。毎食のご飯と味噌汁に加え、さまざまな食材を使ったおかずが準備され、さらに味覚と栄養のバランスまで考えられた温かい食事が出てくる。なんとこの奇跡であろう！

そして、自炊によって学ぶことができる第2のものは、「バランスのよい料理を作る難しさ」であろう。家庭料理やコンビニ弁当には、少なくとも数

種類の惣菜が入っており、肉や魚に偏ることなく野菜もとることができる。これを実際に自分で作ろうと思うと大変な労力である。こんなことを1日3回もやっていたら働けないのではないかと思うほどだ。

以上のように、これらの大事なことを学ぶことができるのだから、男女にかかわらず誰もが料理をできるようにするべきである。しかし、短時間で栄養のバランスのとれたおいしい料理を作ることができるようになるには訓練が必要だろう。そのような訓練は、一度社会人になってしまうとまとまった時間をとることができないため、ほぼ不可能だ。だから、学生時代にお金を払い、誰かに習ってでも料理を学ぶべきであると筆者は考えている。食事が日々を生きるための栄養になることを考えれば、大金をかけて使いもしない外国語を学ぶよりは有益なはずだ。

「男子厨房に入らず」と言った世代があったが、料理をできることがいかに大切であるかを考えると愚かな言葉だ。「厨房に入らず」と言えるのは、自分のために料理をしてくれる人を作る自信がある、あるいは雇えるだけの財力がある人ぐらいであろう。

### 医師の食生活

料理のありがたみがわかってから実際の自分の食生活を見直すと、いかに医師の食生活が乱れているかがよくわかる。病院勤務時の昼食を考えてみたい。

まず、そもそも昼食時間というものが必ずしも確保されているわけではない。そのため、いつ呼び戻されるかわからないが、手の空いた時間に急いで弁当を買いに行くことになる。弁当はどれを見ても揚げ物ばかり。どれを選んでも変わらないので、一番値段の安い弁当を買う。時間がないため弁当を味わうという余裕もない。蛇がネズミ

を飲み込むように、目の前の弁当を十分にかむことなく、飲み込んでいくのである(ほとんどかまずに飲み込むので、焼き魚が入った弁当を買うことは禁忌である。なぜなら、焼き魚をかまずに飲み込むと魚の骨が喉に刺さってしまう危険性があるからだ)。こんなに多くの脂分をごく短時間に摂取するのであるから、血糖や血中コレステロールが上昇しないわけがない。休む暇すらないので、運動するゆとりなどもちろんなく、メタボリック症候群まっしぐらである。こんな食生活を送っている医師に患者の食生活を指導する資格はないはずである。

### その他の生活力

生活力を向上させるために必要なのは「自炊」だけではない。ほかにも洗濯、アイロンがけ、そして掃除などできないと生きていけないだろう。

掃除をしていると考えることがある。お金は貯まらないのに、どうして埃は確実にたまるのだろうか……。埃に限らず、流しのぬめりや風呂場のタイルの黒カビも着実にたまっていく……。そして、こうして仕事に忙殺される日常生活に埋もれていくうちに人間は死んでいくのか……。そうこう考えているうちに、かの有名なドイツの偉人・ゲーテの「生活を信ぜよ、それは演説家や書物より、よりよく教えてくれる」という言葉を思い出す。生活がわれわれに「演説家や書物よりもよりよく教えてくれる」ものとは、一体何であろうか。

それは、「自分の現実」ではないかと筆者は考えている。自分が自炊できないのであれば、「自分は自炊もできない人間」。自分の家が掃除さ

### 表. 人間としての基礎的技能

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

れておらず埃だらけであれば、「自分は掃除もできない人間」。これらは換言すれば、「自分は自己管理もできない人間」だろう。つまり、生活には現実が反映されており、その生活を見れば、ちょうど鏡に映った自分の姿のように自分の状況がわかるということだ。偉人・ゲーテがこのような言葉を残したということは、もしかしてかのゲーテ自身も料理をして、家の埃や流しのぬめり、風呂場の黒カビなどと闘っていたのだろうか……。よくよく考えると、料理・掃除・洗濯・アイロンがけなどは小学校の家庭科ですべて教わったことである。小学校で国語・算数・理科・社会だけでなく、わざわざ家庭科まで教えているのは、つまりは「自己管理のできる人間になれ」という意図なのであろう。今ごろになって、小学校の家庭科の素晴らしさに気付くようになった……。



イラストレーション:高野美奈

**9 medicina**  
Vol.48 No.9  
今月の主題 **視ないで診る消化器疾患**  
考える内科医のアプローチ

最新テクノロジーの導入に伴い、消化器領域では特に画像検査が有力な診断手段となり、内視鏡やカテーテルによる低侵襲治療手技が行われている。それらの検査や手技を駆使する消化器専門医に任せる前に、内科医ができること、すべきことがあるのではないかと。視えない病態を考察し適切な治療介入を選択する、という本来の内科医の仕事を再確認してみた。

**INDEX**

- I. 検査や治療介入の前に考えよう!
- II. 消化器症候はこう診る!
- III. 内科医がリードする消化器疾患の治療戦略
- IV. 座談会  
「次世代の内科医・消化器医のあり方を探る」

●1部定価 2,520円(税込)

▶来月の主題(Vol.48 No.10)  
**一般内科医がみる血液疾患**  
血液専門医との効率的な連携のために

▶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
- 目でみるトレーニング
- 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

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 9**  
2011年9月号  
視ないで診る消化器疾患  
考える内科医のアプローチ

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

**JIM 9**  
Vol.21 No.9  
エクストリーム困難事例への挑戦

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.9  
特集 **エクストリーム困難事例への挑戦**

地域においてプライマリ・ケアに従事する医師が対応する健康問題は、多岐にわたると同時に、通常の医学的診断・治療の枠組みだけでは解決できない場合が多くあります。身体・心理・社会・倫理的な要素が複雑にからみあって、先の見通しがつけにくい事例の対応に關しては、現場のスタッフの経験と洞察とにもとづいて対応している場合が多いのではないのでしょうか。本特集では、複雑困難事例に対するアプローチの諸側面を取り上げて、読者の日常診療に資することをめざしました。

**INDEX**

【総論】  
複雑な臨床問題の構造と困難事例へのアプローチ ……藤沼康樹

【各論】  
健康格差と社会的決定要因を意識したプライマリ・ケア ソーシャル・ワークの視点から…李 龍姫  
医療ソーシャルワーカーとの連携 ……村上須賀子  
クライシス・マネジメント 緩和ケア領域の事例から…宮森 正

【トピックス】  
Difficult patientとは? ……宮川卓也  
退院困難事例への支援のポイント ……宇都宮宏子  
困難な事例を抱えた家庭医のサポート インターネットを使用したBalint Groupの試み …菅野哲也

【総合外来】  
エクストリーム困難事例への挑戦 困難事例の共有と振り返り ……朝倉健太郎

▶来月の特集(Vol.21 No.10) 思春期女子への診療 ●1部定価 2,310円(税込)

シリーズ監修 高木 康 (昭和大学教授医学教育推進室)

第7回

### 甲状腺機能検査

## 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。

前川 真人

浜松医科大学教授、臨床検査医学

## 甲状腺ホルモン FT<sub>4</sub>・FT<sub>3</sub>

## 甲状腺刺激ホルモン (TSH)

- 甲状腺ホルモンFT<sub>4</sub>・FT<sub>3</sub>と甲状腺刺激ホルモン(TSH)は、ともに甲状腺疾患スクリーニングの軸となる検査です。甲状腺機能の異常をみた場合、視床下部-下垂体-甲状腺系のどこに異常の原因があるかを突き止めることが、鑑別診断の第一歩となります。今回は、甲状腺疾患スクリーニングにおけるこれらの検査の考え方を押さえます。

### 甲状腺機能をめぐる役者たち

血中ヨードはヨードトランスポーターにより甲状腺内に能動輸送され、サイログロブリンに組み込まれることで、モノヨードチロシン(MIT)やジヨードチロシン(DIT)となります。このMITとDITが結合したものがT<sub>3</sub>(トリヨードサイロニン)、DIT同士が結合したものがT<sub>4</sub>(サイロキシニン)です。生体内ではT<sub>4</sub>はプロホルモンとなり、T<sub>3</sub>が生物活性を発揮します。血中T<sub>4</sub>・T<sub>3</sub>の大部分は血漿蛋白(グロブリン、トランスサイレチン、アルブミン)に結合して循環します。しかし、甲状腺ホルモンとして作用を発揮するのは蛋白質に結合していない遊離型(FT<sub>4</sub>・FT<sub>3</sub>)だけで、FT<sub>4</sub>はT<sub>4</sub>の0.03%程度、FT<sub>3</sub>はT<sub>3</sub>の0.3%程度です。

甲状腺機能は視床下部-下垂体-甲状腺系により調節されています。下垂体前葉から分泌されるTSHが、甲状腺のTSH受容体を介して甲状腺ホルモンの合成・分泌に作用します。TSH分泌は、視床下部由来の甲状腺刺激ホルモン放出ホルモン(TRH)により亢進し、甲状腺ホルモンによるネガティブフィードバックで抑制されます。

以上の役者のうち、TSH(基準範囲: 0.5~5.0 μU/mL)、FT<sub>4</sub>(0.9~1.6 ng/dL)、FT<sub>3</sub>(2.3~4.0 pg/mL)は甲状腺疾患のスクリーニングで測定されます。日本甲状腺学会が提唱しているバセドウ病の診断ガイドラインでは、

- ① FT<sub>4</sub>、FT<sub>3</sub>のいずれか/両方高値
- ② TSH低値(0.1 μU/mL以下)
- ③ 抗TSH受容体抗体(TRAb、TBII)陽性、または刺激抗体(TSAb)陽性
- ④ 放射線ヨード(またはテクネシウム)甲状腺

腺摂取率高値、シンチグラフィで慢性が掲げられています。

なお原発性甲状腺機能低下症は、FT<sub>4</sub>低値およびTSH高値から診断されますが、ガイドラインの付記に

- ①慢性甲状腺炎(橋本病)が原因の場合、抗マイクロゾーム(または抗甲状腺ペルオキシダーゼ)抗体または抗サイログロブリン抗体陽性
  - ②阻害型抗TSH受容体抗体により発生することがある
  - ③コレステロール高値、CK高値を示すことが多い
  - ④出産後やヨード摂取過多などの場合、一過性甲状腺機能低下症の可能性が高い
- とあるように、甲状腺関連の自己抗体検査も確定診断に有用です。

### 甲状腺機能検査を行うとき

甲状腺機能検査は、甲状腺中毒症(ホルモン過剰)を疑う症状(頻脈・動悸、やせ、発汗増加、手指振戦、眼球突出など)、甲状腺ホルモン欠乏を疑う症状(体重増加、寒がり、易疲労感など)がみられたとき、また甲状腺の腫大・結節を認めたときに経過観察目的で実施します。

**症例 1** 17歳女性。高校での体育の授業中、動悸息切れの症状が強く運動継続ができなかった。不整脈を疑われ受診。ここ半年間で3kgの体重減少。身長163.0cm、体重53.0kg、血圧118/70mmHg。脈拍118/分。軟らかいび慢性甲状腺腫を触れる。空腹時尿所見:尿糖(-)、尿蛋白(-)。血液所見:白血球数4800/μL、赤血

球数417万/μL、Hb12.2g/dL、血小板数22.4万/μL。血液生化学所見:AST52U/L、ALT122U/L、ALP455U/L、γ-GTP29U/L、CK40U/L、総コレステロール(TC)111mg/dL、LDLコレステロール(LDL-C)45mg/dL、中性脂肪82mg/dL、FT<sub>4</sub>7.4ng/dL、FT<sub>3</sub>16.9pg/mL、TSH<0.01μU/mL、TSH受容体抗体(第2世代)51.2%、TSH受容体抗体(第3世代)6.4IU/mL。

**症例 2** 26歳男性。顔面の浮腫を主訴に受診。半年前から脱毛が激しくなったため海藻類を毎日摂取していたところ、脱毛がますます著明になり話し方が緩慢になった。最近握力が落ち、こむら返りが頻発するようになった。身長166.8cm、体重66.7kg、血圧118/72mmHg。脈拍63/分。眼瞼、顔面浮腫状。空腹時尿所見:尿糖(-)、尿蛋白(-)。血液所見:白血球数6500/μL、赤血球数340万/μL、Hb10.3g/dL、血小板数21.7万/μL。血液生化学所見:AST198U/L、ALT266U/L、ALP500U/L、γ-GTP189U/L、CK2034U/L、TC425mg/dL、LDL-C286mg/dL、中性脂肪212mg/dL、FT<sub>4</sub>0.2ng/dL、FT<sub>3</sub>0.6pg/mL、TSH488.1μU/mL、抗サイログロブリン抗体6.4IU/mL、抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体<50.0IU/mL。

**症例 3** 36歳女性。4日前より右咽頭部痛と39℃の発熱あり、咽頭炎として抗菌薬の処方を受けた。発熱は38℃に低下したがそれ以上の解熱はみられず次第に右前頸部が圧痛を伴って腫大してきた。身長151.1cm、体重48.9kg、血圧125/81mmHg。脈拍124/分。尿所見:尿糖(-)、尿蛋白(-)。血液所見:白血球数11700/μL、赤血球数371万/μL、Hb10.8g/dL、血小板数31.9万/μL。血液生化学所見:AST11U/L、ALT8U/L、ALP221U/L、CK43U/L、TC143mg/dL、CRP7.8mg/dL、FT<sub>4</sub>4.55ng/dL、FT<sub>3</sub>9.03pg/mL、TSH<0.01μU/mL、サイログロブリン730ng/mL(基準範囲1.4~78ng/mL)、抗サイログロブリン抗体<0.3IU/mL、抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体<0.3IU/mL、

TSH受容体抗体(第3世代)<0.4IU/mL。

**症例 1**は、体重減少や頻脈などの症状、特徴的な甲状腺所見から甲状腺機能亢進症が疑われます。FT<sub>4</sub>、FT<sub>3</sub>高値でTSH低値の甲状腺中毒所見に加え、TSH受容体抗体陽性で、バセドウ病の診断基準を満たしています。TC低下、ALP上昇も甲状腺機能亢進症として矛盾しません。

**症例 2**は、眼瞼浮腫や脱毛、話し方の緩慢などの臨床症状、FT<sub>4</sub>、FT<sub>3</sub>低値およびTSH高値であることから、原発性甲状腺機能低下症と考えられます。特に、抗サイログロブリン抗体が陽性であり、慢性甲状腺炎(橋本病)が考えられます。TC高値、CK高値も妥当なデータです。海藻類の過剰摂取は大量のヨード摂取負荷を意味します。このような大量のヨード投与により甲状腺におけるヨウ化物イオンの取り込みが著明に抑制することが知られており(ウォルワーチャイコフ効果)、結果として甲状腺機能低下症状を増悪させることになりました。

**症例 3**は、症例1と同様に甲状腺中毒症状(FT<sub>4</sub>高値、TSH低値)を呈していますが、上気道感染の前駆症状を伴って発症している有痛性の甲状腺腫が特徴であり、炎症性検査所見から、亜急性甲状腺炎と診断されます。本症はバセドウ病と異なり、甲状腺細胞の破壊による血中へのホルモン流出で中毒症状が起こっており、細胞の破壊を反映してサイログロブリンが高値となります。バセドウ病に特徴的な抗TSH受容体抗体は陰性です。流出したホルモンが消費されればホルモン値は自然経過で低下しますが、破壊された甲状腺細胞が再構築される間、今度はホルモン欠乏となりやすくなります。

### まとめ

甲状腺疾患の検査は、TSHと甲状腺ホルモンFT<sub>4</sub>・FT<sub>3</sub>を軸として行われており、まずはこれらで甲状腺機能異常の原因が甲状腺、下垂体、視床下部のどこにあるか、スクリーニングができます。その後、各疾患特有の自己抗体の検査などを行い、鑑別を進めていくのが基本ですので、それぞれの検査の特徴を把握しオーダーしていくことが大切です。

### 参考文献

1) 甲状腺疾患診断ガイドライン2010, 日本甲状腺学会. <http://www.japanthyroid.jp/doctor/guideline/japanese.html>

**シヨートコラム** バセドウ病や橋本病は、自己免疫が本態であることが近年わかってきたため、それらの自己抗体を測定することで鑑別ができます。バセドウ病では、TSH受容体抗体(TRAb; 甲状腺ホルモン産生を亢進させる刺激性抗体)が産生されています。このTRAbが直接甲状腺細胞膜上のTSH受容体に結合して刺激するため、甲状腺ホルモンが過剰に分泌され続け、ネガティブフィードバックにより血中TSHは抑制され極端な低値となるわけです。一方、橋本病では、抗サイログロブリン抗体(TgAb)や抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb)が甲状腺を破壊することで、一時的に甲状腺機能亢進症の状態になることはあっても、徐々に機能低下に陥ります。

日本プライマリ・ケア連合学会認定 家庭医療後期研修プログラム  
**自治医科大学 地域医療後期研修プログラム**  
 後期研修コース 3年(定員:6名)

見学も随時受付!

地域医療・家庭医療・総合診療などのプライマリ・ケア分野の実践的な能力を身につけるため、自治医科大学附属病院1年と、地域研修医療機関※2年で構成するプログラムです。 ※現在全国に38施設あります。

◆日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医合格率100%(当プログラム修了者のうち、受験した4名中4名全員が合格しました。2011.3現在)

応募要項の詳細はホームページ <http://www.jichi.ac.jp/chiikik/>をご覧ください。

自治医科大学 地域医療学センター地域医療人材育成部門 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1 電話0285-58-7394(直通) E-mail: [chiikikenshuu@jichi.ac.jp](mailto:chiikikenshuu@jichi.ac.jp)

# レジデントの方々に勧めするマニュアル

(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]

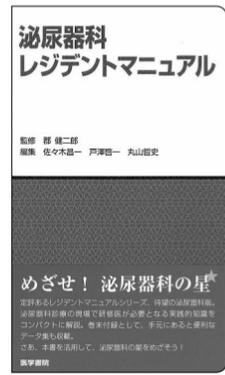
## 泌尿器科 レジデントマニュアル

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後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。

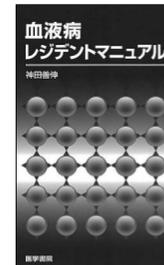


●B6変型 頁368 2009年 定価4,410円(本体4,200円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00851-8]

## 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

循環器で  
必要なことは  
すべて  
心電図で  
学んだ

第17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5) もしすべての誘導でSTが上がっていたら(前編)

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

残暑厳しき折、皆様いかがお過ごしでしょうか？

さてこれまでの稿では、心電図でSTが上がっていたらカテーテルで詰まったところをすぐに開けましょうと強調し(Open Artery Theory)、やれTime is Muscleだ、Door-to-Balloon Timeは90分以下だ、というところをつらつらと書いてきました。今回と次回では、多少季節外れかも知れませんが“循環器版の夏の怪談”として「もしすべての誘導でSTが上がっていたら」というところを取り上げたいと思います。どうですか？背筋が冷えませんか？想像力は豊かに持ちましよう。

## ST上昇の局在

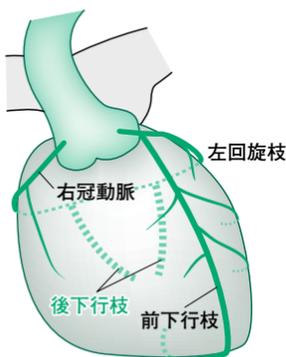
まず基本知識の確認ですが、通常STの上昇をみたときには梗塞の局在について考えます。三本の主要な冠動脈のうちどこが詰まったかによってSTが上昇するパターンは異なり、①右冠動脈(RCA)が詰まればII-III-aVF、②前下行枝(LAD)が詰まればV<sub>1-3</sub>、③左回旋枝(LCX)が詰まればI-aVLと、それぞれ下壁、前壁、側壁を反映する誘導でSTが上昇すると考えられています。医師国試でも出題される内容なので、すでにご存じの方も多いのではないかと思います。

しかし、このように梗塞部位を正しく認識することは診断とリスク評価、双方の面からとても大事です。一般的に前壁梗塞は他の部位の梗塞より合併症が多く危険ですし、それぞれの部位を別々にみても、血管の近位部が詰まっているか遠位部が詰まっているかで梗塞巣の大きさが違ってきます。リスクが高ければ冠動脈のインターベンションなどの処置を急ぐ必要性も出てくるでしょう。

そこで、ここではもう一步局在についての読みを深めてみましょう。21世紀の循環器診療では、①-③のような大雑把な読みでとどめるのではなく、もっと深く梗塞の局在を読み込む必要があります(文献1)。以下、部位別診断の深読みです。

## II-III-aVFの場合

下壁を反映する誘導、と言われていますが厳密には後下行枝(posterior descending artery; PDA)が支配する領域を反映しています。このPDAはRCAかLCXのいずれかから派生するのですが(図1)、その割合が約8:1

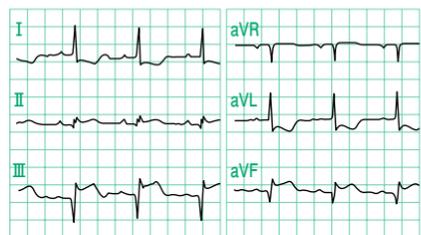


●図1 後下行枝(PDA)の模式図  
心臓の裏のPDAは右冠動脈(RCA)もしくは左回旋枝(LCX)から派生する。

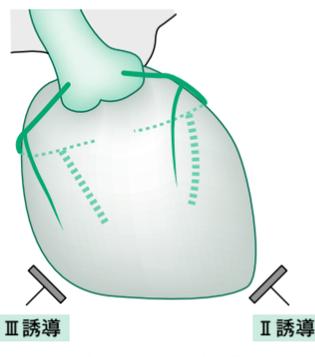
でRCA優勢なので、  
II-III-aVFのST上昇 = RCAの梗塞

と信じられているわけです。しかし、中にはLCXが原因の症例も混ざっていることもあります。最近の追跡調査によるとこれが結構大切で、LCXからPDAが派生している患者さんのほうが予後は悪いようです(文献2)。

RCAなのかLCXなのか、ここは結論から先に言います。II-III-aVFのST上昇がオーソドックスなRCAの梗塞によるものか、それともレアなLCXによるものかの区別は、II誘導とIII誘導のST上昇をみて、どちらが高いかで決まります。II誘導は正面から見て時計の針の四時くらいの方向から、III誘導は八時くらいの方向から心臓を見ているので、ちょうどそれぞれLCXとRCAの支配領域を反映しているといえます(図2)。よって、ST上昇の高さがIII>IIならRCA、III<IIならLCXが責任血管であると推測できます。例えば、下のような心電図では、①II-III-aVFにST上昇があり、②IIよりもIIIのSTが上がっているため、下壁梗塞としてはオーソドックスなRCAの梗塞だと推測されます。



なお、PDAがLCXから派生している患者さんの予後が悪い理由ですが、どうやら左冠動脈が一本でLADとLCXを通じて心臓の前後の主要な枝を担当してしまうためであり、左冠動脈がLADを担当し、RCAからバックアップとしてPDAが出ているほうが安全なようです。



●図2 II誘導、III誘導の模式図  
II誘導、III誘導はそれぞれ左回旋枝(LCX)と右冠動脈(RCA)の支配領域を反映している。

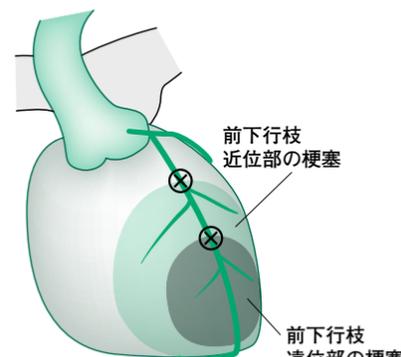
## V<sub>1-3</sub>の場合

前壁、つまりLADの梗塞を反映すると考えられているV<sub>1-3</sub>でのST上昇です。このとき問題になるのは、右か左かではなく上か下か、すなわち閉塞部が近位か遠位かということです。LADは一本だけで心臓の40-60%程度の領域を支配しているため、詰まった場所が最初の枝を出す前(近位)か出した後(遠位)かによって梗塞の大きさ、そして予後が大きく変わってきます(図3)。

ここではまたしても、結論から入ります。下壁を反映する誘導II-III-aVFで強く鏡像変化が認められた場合(1mm以上)、近位のLADの閉塞を伺わせませす。顕著な鏡像変化がみられなければ遠位のLADの閉塞と考えられるわけです。これは、LAD近位の閉塞では大きな領域が壊死に陥るので電気的な再分極のベクトルがはっきりと上向きになるからであり、遠位の閉塞による小さな梗塞ではこうはいきません。

## ST下降との比較

最後に蛇足ですが、以上の話はすべてST上昇に限ったものだけということ強調しておきます。ST下降に関しては上記の局在に関する議論は成立し



●図3 こんなに違う、前下行枝(LAD)の近位と遠位での心筋梗塞

ないので気を付けてください。実際、ST上昇とST下降は意味合いがだいぶ異なっており、例えばST上昇の高さと梗塞の重症度は相関しませんが、ST下降の程度と虚血の重症度は相関します。また、ST下降が広い範囲の誘導でみられたとしても虚血の領域が広いということではありません。

\*  
後編ではこうした局在に関する議論を踏まえて、いよいよ心電図のすべての誘導でSTが上がっている場合の扱いを述べたいと思います。すべての領域の心筋が死んでるということでしょうか？怖いですね、恐ろしいですね。また次回をご期待ください。

## POINT

- II-III-aVFのST上昇は、II誘導とIII誘導のSTの高さを比較して右冠動脈か左回旋枝かを判断する。
- V<sub>1-3</sub>のST上昇はII-III-aVFの鏡像変化の有無で近位か遠位かを判断する。
- ST下降で局在の議論はできない。

## 参考文献

- 1) Zimetbaum PJ, et al. Use of the electrocardiogram in acute myocardial infarction. N Engl J Med. 2003; 348(10): 933-40.
- 2) Goldberg A, et al. Coronary dominance and prognosis of patients with acute coronary syndrome. Am Heart J. 2007; 154(6): 1116-22.

### クリニカル・リーズニング・ラーニング

Learning Clinical Reasoning, 2nd Edition

新刊

## どうやって診断にたどり着くのか？ できる臨床医になるための考え方を学ぶ

医師はどのように正しい診断にたどり着いているのか？なぜ時に誤診してしまうのか？日常診療における臨床推論(クリニカル・リーズニング)について、さまざまな事例とエキスパートの考え方を通じて学ぶ画期的な書。事例には臨床推論が成功したもの、ダメだったもの両方が含まれ、ライブ感のある軽快な説明を実現。段階的なケースのプレゼンとそれに対する医師(論者)のコメントにより、その思考プロセスを解き明かす。診断法の精髓を究めるヒントが満載。

訳 岩田健太郎  
神戸大学大学院医学研究科・医学部微生物感染症学講座感染症学分野教授

●定価4,830円(本体4,600円+税5%)  
●A5変 頁442 図17 2011年  
●ISBN978-4-89592-687-4

——本書は臨床推論の謎をすべて解き明かした本ではない。だからこそ、本書には価値がある。臨床推論における明確にわかっていることと、もやもやしてよくわからないところ、完全にブラックボックスでちんぷんかんぷんなところが高い所から睥睨でき、その世界観がつかめるように構成されているからである。

好評 厳選された症例の検討で、Generalな診断力を身につける!

GP 100ケース  
プライマリ・ケア医としての総合力を身につける  
100 Cases in General Practice

監訳 佐々木将人  
総和中央病院副院長  
●定価4,620円(本体4,400円+税5%)

内科診断100ケース  
臨床推論のスキルを磨く  
100 CASES in Clinical Medicine, 2nd Edition

監訳 佐々木将人  
総和中央病院副院長  
●定価4,830円(本体4,600円+税5%)

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

## 募集

名大総診 検索

### 名古屋大学総合診療科ジェネラリスト研修プログラム

全国から教員・医員・後期研修医が集まっているプログラムです

- 家庭医、病院総合医のいずれを目指す人にも最適
- 大学病院、地域第一線病院、診療所にての多様な研修
- 子育て中の女性医師も活躍中

☆後期研修医: 定員4名  
☆ジェネラリスト指導医養成: 定員若干名  
☆学び直し研修(主として外来のretraining): 定員若干名

【問合せ】名古屋大学医学部附属病院 総合診療科  
愛知県名古屋市昭和区鶴舞町65 電話: 052-744-2951  
医局長 佐藤寿一: juichi@med.nagoya-u.ac.jp

# 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 歯医学融合教育支援センター 准教授

# 膠原病における自己抗体の考え方と使い方③

その4

前回(第2940号)は、膠原病臨床でよく使われる自己抗体を復習しました。今回は、臨床アプローチにおける自己抗体の使い方を学びます。

の有用性にも限界があるため、その結果のみにより疾患が肯定/否定されることはありません。さらに、特にウイルス感染などは非特異的自己抗体陽転化や血球減少など、膠原病の場合にもみられる所見を呈する場合もあるため、自己抗体検査の限界を理解しないと混乱を招きかねません。

### 「熱と皮疹」症例へのアプローチ

#### 「熱と皮疹」の評価では自己抗体検査が鍵となる?

「熱と皮疹」を呈する患者の評価で、問診/診察で感染症や薬剤性などの可能性が高くない場合に、多数の自己抗体が測定されているのをときどき目にします。しかし、発熱を来す膠原病疾患に特異的な皮疹は限られています(表)。よって、病歴および皮疹を含めた身体所見より疑われる疾患についての限られた検査にとどめるべきです。

また、表にあるように関連自己抗体

### 「不明熱」症例へのアプローチ

#### 「不明熱」の評価では自己抗体検査は役立たない

発熱を呈する疾患は数多くありますが、「不明熱」とは、①臨床的に有意な発熱(例えば38.3℃以上への上昇を繰り返す)が、②比較的長い期間続き(例えば3週間)、③一般的な評価(例えば1週間の入院精査)にて原因が判明しない、疾患のことを指します。実際の原因としては、感染症(結核、感染性心内膜炎、膿瘍、骨髄炎など)、腫瘍(腎癌、肝癌、悪性

●表「熱と皮疹」を呈し得る疾患——疾患特異的皮疹と関連自己抗体

疾患名	疾患特異的皮疹*	関連自己抗体**	感度	特異度
全身性エリテマトーデス	急性皮膚エリテマトーデス【顔部(蝶形紅斑)、体幹・四肢】、亜急性皮膚エリテマトーデス(環状紅斑/丘疹鱗屑性皮疹)、慢性皮膚エリテマトーデス(円板状エリテマトーデス、脂肪織炎/凍瘡様皮疹)	抗核抗体	100%	低い
		抗二本鎖DNA抗体	70%	95%
		抗Sm抗体	20%	96%
		抗SS-A抗体(特に環状紅斑)	75%(SLE環状紅斑)	データなし
皮膚筋炎	斑状紫紅斑(ヘリオトロープ疹/ゴットロン徴候/V徴候/ショール徴候/ホルスター徴候)、ゴットロン丘疹、機械工の手	抗核抗体	50-80%	低い
		抗Jo-1抗体	20%	95%
強皮症	皮膚硬化、皮膚潰瘍	抗核抗体	80-90%	低い
		抗Scl-70抗体	40%(びまん型)	93%(びまん型)
		抗セントロメア抗体	50%(限局型)	98%(限局型)
シェーグレン症候群	凍瘡様紅斑、環状紅斑、虫刺様紅斑、慢性蕁麻疹、高γグロブリン血症性紫斑病	抗SS-A抗体	70%***	87%***
		抗SS-B抗体	60%***	94%***
成人Still病	一過性紅斑または紅斑状丘疹(サーモンピンク疹)	なし		
小血管炎	紫斑(若干隆起して触知可能)	PR3-ANCA	Wegener肉芽腫症:90%(PR3-ANCAが主)、MPA:70%(MPO-ANCAが主)、Churg-Strauss症候群:50%(MPO-ANCAが主)****	87%(小血管炎)
		MPO-ANCA		87%(小血管炎)

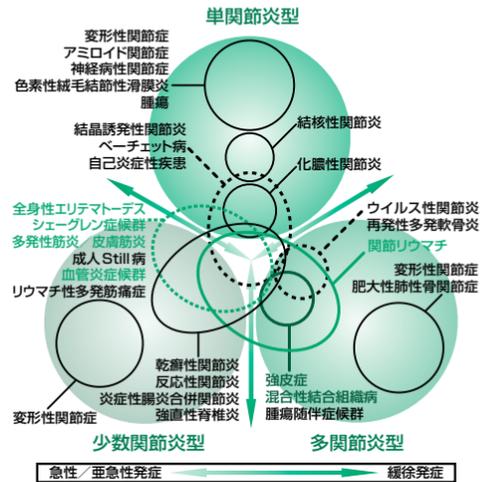
\*よく熱を呈する皮疹で、主たるもののみ記載、\*\*保険収載されているもののみ記載、\*\*\*原発性シェーグレン症候群におけるデータ、\*\*\*\*このほど、Wegener肉芽腫症とChurg-Strauss症候群の国際的な疾患名が変更され、それぞれGranulomatosis with Polyangiitis (Wegener's) (旧: Wegener granulomatosis), Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis (旧: Churg-Strauss syndrome) となった。

リンパ腫など)、そして非感染性炎症性疾患(膠原病、肉芽腫性肝炎、炎症性腸炎、サルコイドーシスなど)が主たる3群を成し、ほかに薬剤熱や内分泌疾患などがあります。

膠原病のうち、上記①、②、③を呈するのは以下の疾患に限られます。いずれにおいても自己抗体は見られず、検査は役に立ちません。

高安病・側頭動脈炎・結節性多発動脈炎: これらの中～大血管炎は、血管狭窄または拡張が進むまで特徴的症候を呈さない。

成人Still病: 関節炎も単関節または少数関節性のことが多く、サーモンピンク疹は解熱とともに消退し、患者自身も気付かない場合が多い。



●図 関節炎を呈する疾患(発症のしかた、罹患関節数、経過の3軸による整理) 実線: 持続性、破線: 一過性/間欠性、色線: 自己抗体を呈し得る疾患

### 「関節炎」症例へのアプローチ

#### 「関節炎」の評価ではルーチンで自己抗体検査を?

本連載第1回(第2932号)で、関節炎の鑑別診断では「発症のしかた」「罹患関節数」「経過」の3軸での整理が役立つとお伝えしました。あらためて図を見ると、持続性単関節炎を呈する場合を除いて、自己抗体を呈する疾患の可能性がわかります。したがって、多関節炎であればリウマトイド因子(RF)、抗CCP抗体、抗核抗体、少数関節炎であればそれに加えて抗SS-A抗体、抗Jo-1抗体、ANCAなどが検査項目候補として挙げられます。ただ、ウイルス性関節炎や結核性関節炎などでも非特異的な自己抗体陽転化が見られることがあるので、結果の解釈に注意が必要です。

### その他の場面での自己抗体測定の意義

#### 人間ドックでのリウマトイド因子検査は意味がある?

最近、関節症状がまったくないのに「人間ドックの血液検査でRFが陽性だった」ため、精査目的で受診されることがあります。確かに、RF、抗CCP抗体ともに、関節リウマチ(RA)患者においては発症前より陽性率および力価が徐々に上昇してきます。これは全身性エリテマトーデス(SLE)患者における各種抗核抗体でも同じです。ではこれらの検査を無症候の健康人に行うことに意味はあるのでしょうか?

居住者の出入りの少ないインディアナ居住区で行われた最長観察19年のコホート研究では、無症候でRF低力価の成人におけるRA発症リスクは0.03%/年だったのに対し、RF弱陽性の場合0.34%/年、強陽性の場合2.01%/年でした<sup>1)</sup>。つまり相対危険度は陰性の場合に比べて弱陽性で11、強陽性で67です。しかしながら、絶対リスク上昇は強陽性の場合でも1.98%/年でしかありません。さらに、将来のRA発症が予測できても、でき得ることは禁煙による一次予防と、関節症状に関する注意喚起程度にすぎません。

#### 膠原病と診断された段階での関連自己抗体測定は意味がない?

関連自己抗体の測定は、下記に示すように自己抗体検査結果が評価や治療計画に影響を与え得る場合にのみ測定されるべきです。

RA: RFと抗CCP抗体はRAの診断だけでなく、関節予後予測においても有用であり(陽性例ほど進行性で将来の関節破壊の危険が高い)、初期治療薬決定において考慮される。

SLE: 10-44%に抗リン脂質抗体が見られ、陽性例では経過中50%が血栓塞栓症または習慣性流産を来す。これは、抗リン脂質抗体陽性例における血栓塞栓症合併の相対危険度が、SLEを合併する場合3と大きいことも反映している。強いエビデンスはないものの、抗リン脂質抗体陽性のSLE患者においては、特に他の血栓塞栓症危険因子が共存する場合、アスピリンによる一次予防がヨーロッパリウマチ学会より推奨されている。よって、SLEが診断された段階で、抗リン脂質抗体の測定を行うことが推奨される。

多発性筋炎/皮膚筋炎: 内臓病変や癌、治療反応性などと相関する新しい自己抗体が複数同定されており、それらの診断時測定結果が診療の補助になると期待されている。

#### 陽性自己抗体の抗体価は追跡すべき?

一部の自己抗体は病態に深く関与し、疾患活動性と相関して抗体価が変動します。しかし、治療方針判断において他の臨床所見とともに参考とされるものは、現在のところ、SLE患者における抗二本鎖DNA抗体と、ANCA関連血管炎患者におけるANCAの2つに限られます。特に前者は、疾患活動性上昇に先行して上昇することも多く(上昇例の80-90%で疾患活動性が上昇)<sup>2)</sup>、ステロイド増量による先制的治療が行われることもあります。

#### 参考文献

- 1) Del Puente A, et al. The incidence of rheumatoid arthritis is predicted by rheumatoid factor titer in a longitudinal population study. Arthritis Rheum. 1988; 31(10): 1239-44.
- 2) Bootsma H, et al. Prevention of relapses in systemic lupus erythematosus. Lancet. 1995; 345(8965): 1595-9.

必要な情報だけを厳選、症状から中毒原因物質を推定する技術が身につく

## 急性中毒ハンドファイル

さまざまな症状や検査値の組み合わせから中毒原因物質を推定することをトキシドームと言う。本書は、この技術に優れていることで名高い大垣市民病院のノウハウがコンパクトにまとめられている。第一線で働く救命救急センター医師と薬剤部スタッフが、臨床現場で真に役に立つ情報のみを精選した。

編集 森 博美  
大垣市民病院薬剤部調剤科長  
山口 均  
大垣市民病院救命救急センター長



ベストセラー外科手術アトラスの第3版がハンディなコンパクト版に

## イラストレイテッド外科手術 第3版[縮刷版]

外科研修医の必読書、定番の手術アトラスがコンパクトに。12年ぶりの全面改訂により、最新の情報とテクニック満載の第3版を完全縮刷。オリジナルイラストの読得性のある表現もそのままに、どこへでも持ち運べるハンディさを獲得。研修現場でも役に立つニュータイプの手術書。

篠原 尚  
兵庫県立尼崎病院 消化器外科部長  
水野 恵文  
兵庫県立尼崎病院 副院長  
牧野 尚彦  
兵庫県立尼崎病院 名誉院長



# REAL HOSPITALIST

「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ます。

## 石山貴章

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

## Vol.9 Case Closed パート 2

If you really enjoyed the Japanese "Manga" or "Anime", I would greatly recommend "Case Closed".

(もしホントに日本の「マンガ」や「アニメ」が好きなら、「名探偵コナン」を薦めるね。)

I will try it as soon as possible.  
(すぐに試してみるわ。)

ステリ(探偵もの)が好きだ。中でも近年、「名探偵コナン」は大好きだ。恥ずかしい話だが、最近では自分の子どもたちと一緒に、ここアメリカでもやっているアニメを見ている次第である。自分の頭脳をフルに活用して(たいした頭脳でもないのだが)、その作者の挑戦を受けることに、無類の喜びを感じる。

ホスピタリストの仕事、というより総合内科全般の仕事だろうが、鑑別診断を挙げていくことは、まさにこの喜びに通じる。私にとっては、趣味と実益の一致である。

さて、今回の Real Hospitalist はインターミッション(間奏曲)第二弾、「Case

Closed パート 2」(Case Closed とは漫画「名探偵コナン」のアメリカでの翻訳版タイトルです。念のため)。今回は苦手な HIV 症例である。医師を悩ますさまざまな病態が起り得る HIV 感染。さてさて、どんな謎解きが待っていることか。

症例は 25 歳の男性。HIV 感染の既往で ARTs(抗レトロウイルス薬)を服用しているものの、恐らくコンプライアンスが悪いと見られ、入院前の CD4 値はなんと 5 しかない。左腹痛のため ER 受診となった。身体所見を取ると、脾臓が明らかに肥大しており、CT で見るとなんと脾臓が骨盤内まで入り込んでいる。血液所見上、重度貧血と血小板減少のため、Splenic Sequestration による溶血性貧血を疑われ ICU へ。そこで私のもとに入院となった。

見るからに興味深い症例ではある。こういう謎解き症例は通常ワクワクする。だがしかし、経験数が少ないと自覚する HIV 症例である。若干の苦手意

識を持ちながらも検討を開始した。

あらためて血液検査結果を見ると、白血球数も軽度減少しており汎血球減少症を認める。血算上 Tear Drop Cell も見られる。これらに加え、前述の脾腫大、さらに軽い肝腫大から、HIV/AIDS に伴うリンパ腫やカポジ肉腫を疑う一方、ここで骨髓線維症等の骨髓性疾患の可能性を疑ってしまった。左腹痛は、脾腫大からの症状と判断した。冷静になれば、25歳の若い男性にこの鑑別診断を加えたこと自体、少々恥ずかしい。もう、ここからして残念な思考結果になってしまっている。

何はともあれ、血液内科にコンサルトを行った。無論、HIV 患者ということもあり、日和見感染症も疑ってはいたが(そしてその中のひとつに正解があったのであるが)、日常扱う一般的な疾患群と異なり、思考過程にキビキビした流れがない。なんというか、ありていに言って、「カンが働かない」。JAK2 Mutation のオーダーを考慮したのだが、血液内科医に一蹴されてしまった。今考えれば、まあ当然と言える。

結論として、骨髓穿刺の結果、播種性 MAI に伴う骨髓抑制、汎血球減少症と診断がついた。CD4 値が極端に低かったため、既に感染症医がコンサルトされており、すぐに多剤抗菌薬による治療が始まった。

今回のケース、反省点は大きくふたつ。まず、なんといっても経験症例の少なさ。そして、それを反映する形での、知識の不足である。単なる通り一遍の知識ではなく、染色体に染み込むまで読み込む、といった形の知識が、絶対的に不足していた。

知識と経験は、いわば車の両輪である。どちらが欠けても、しっかりとした走行はできない。知識だけでは、頭でっかちな診療になってしまう。経験だけでは、ドグマに陥った医療になってしまう。だがしかし、奥が深い医療の世界。幅広い分野をカバーするホスピタリストには、どうしても経験が不足する分野が生じてしまう。そこはやはり、教科書を読み込み、知識を増やすことでカバーするしかないのだが、

今回、この点がやはり不足していた。HIV 症例に苦手意識があるのも、そのためだ。大きな反省点である。

今回のケース、さらに続きがある。感染症医のオーダーで、播種性 MAI に対する治療は既に行われていたのだが、その後、それに伴う肝不全を発症。ビリルビン値が 20 mg/dL 以上に達する黄疸が出現した。さらに、汎血球減少に伴う Neutropenic Fever も発症し、その鑑別にまた苦慮することになる。

この患者、保険に加入しておらず、HIV の治療もきちんと受けていないことから、当院のレジデントクリニック(註)でフォローすることになった。しかし病状が改善し退院した後、彼がそのクリニックに戻ってくることは、残念ながらなかった。退院後のしっかりとしたフォロー体制を構築することもできなかった。残念でならない。

I did watch "Case Closed". It was very good. Now, I have a recommendation for you. It is "Darker than Black". It is so cool!! (「名探偵コナン」、見たわよ。すごく良かった。私もお薦めがあるの。「Darker than Black」。すごくクールよ!)

ティーンネイジャーの女の子二人の母親である神経内科医の彼女は、大のジャパーニーズアニメファンである。母娘三人で休日には日本のアニメを見ているという彼女は、どうやら、その娘たちからいろいろと情報を仕入れるらしい。「コナン」を薦めたら、なんと日本人であるはずの私が聞いたこともない、最近の日本のアニメの DVD をわざわざ持参の上、薦めてきた。この後しばらく、帰宅後毎日、そのアニメと格闘するはめになる。

医療の世界やミステリの世界同様、アニメの世界も、どうやら思った以上に奥は深いものらしい……。

註) レジデントクリニックとは、レジデント教育のために設けられた院内内科外来。アテンディング医の指導のもと、レジデントが主治医となり診察、フォローに当たる。主に保険のない、低所得層の人々が対象となる。



セントルイス紹介 Photo シリーズ第5弾, Anheuser-Busch Companies, Inc. パドワイザーで有名なこの会社の本拠地がセントルイスというのは、日本では意外に(?)知られていない。工場内見学ツアーもあり、ツアーの最後に出来立てのビールを一人2杯まで飲めるといふ、うれしいおまけも以前は付いていた。

## 精神医学関連新刊

## 医学書院

### 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・梁矢俊幸・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]



### サイコシス・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]



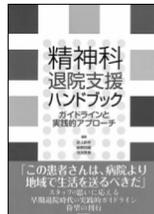
### 精神科退院支援ハンドブック

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・池淵惠美

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]



### 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]



# 日本の医学教育

ノエル先生と考える

第17回

ワーク・ライフ・バランス(3)

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。

前回のあらすじ：米国では医師の労働への意識は昔と大きく変化し、バランスのとれた生き方を選ぶ医師が評価されるようになった。

松村 第14回(2928号)で述べたように、米国の研修医の勤務時間は平均週80時間以内、また連続勤務も最大30時間以内に制限されてきました。この制限は日本における医師の標準的な労働時間(MEMO)からすればかなり厳しいものだと感じます。

米国では、なぜこういった制限が設けられることになったのでしょうか。ノエル かつての米国の臨床研修時間は、19世紀末の英国の習慣に倣って決められていました。当時の英国では臨床研修を受ける医師は少なく、大病院の正式な臨床研修を受ける医師はそこに住み込んで働くものとされていました。「レジデント(住み込みの者)」という呼び名はそこからきています。つまり、研修中の医師は病院に住み、病院で食事をし、非番のときも病院で過ごしました。洗濯は病院側が行い、休憩のとれる談話室が用意されていました。しかし、給与はごくわずか、もしくは無給でした。

その後も第二次世界大戦以前は、2年以上研修を受ける医師はごくわずかで、ほぼすべての医師は1年間の研修の後、総合医(general practitioner)になっていました。1940年代終盤から1950年代になると、外科、内科、小児科、産婦人科などの専門医を志望する医師が増えてきましたが、病院に住み込んで研修するという伝統は続いていました。この時代に研修を受けた医師は、研修が修了するまで結婚は控え

るものとされ、週1日の休日と年に一度の休暇を除いては、常に病院にいて患者を診療していたのです。

### 疲れ果てた研修医の医療過誤が勤務制限を導入させた

ノエル 1990年代に勤務時間制限が施行されるまで、研修医の勤務時間に上限は存在しませんでした。コロンビア大学の研修病院であるプレスビテリアン病院で私が研修したのは1967—70年ですが、3日に一度当直があり、週末にも3週間ごとに当直がまわってきました。つまり、平日では30—36時間連続で働く日が3日ごとに来ることになります。週末の当直の場合、土曜の朝7時に病院に着き、月曜の朝まで大規模な入院病棟を3つ担当しました。数時間の睡眠を挟み60時間連続して勤務することもしばしばでした。ジョンズ・ホプキンス大学病院では、インターン(1年目研修医)は年間を通して病院に常駐し、新患を受け入れながら昼夜を問わず自分の患者を診るようになっていました。この勤務形態は1年間続きました。

週80時間の勤務制限は、ある有名な事件が契機となって導入されました。ニューヨーク市のある研修病院で、若い女性患者が向精神薬と違法な薬物を同時に服用していることを、疲れ果てた担当研修医が見落としたのです。この医療過誤がもとで患者は死亡。その後、事件が新聞紙上で大きく取り上げられ、救急病棟、手術室、入院病棟を担当する医師が、週に120—130時間も働いて過労になっているという実態が明らかになったのです。

医師は自らACGME(卒後医学教育認可評議会)を通じて勤務制限を義務付けることで、連邦政府が医師の臨床研修制度に介入することを防いでいます。こうした自主規制は「医師の労働時間は週80時間でも安全とは言いがたい」という世論を受け何度か改定されてきました。なお、睡眠なしで働き続けることが害をなす可能性のある他

の職種(航空機のパイロットや長距離トラックの運転手など)では、連邦政府から週40—50時間に労働時間を制限する規制を受けています。

### ますます進む欧米の勤務制限

松村 こうした勤務制限については、ヨーロッパ諸国でも同じ動きがあるのでしょうか。

ノエル ヨーロッパ諸国における労働時間の規制は、米国やカナダよりはるかに厳しいものとなっています。あらゆる職種の労働時間について、世界で“パラダイム・シフト”が徐々に起こってきていると言えるかもしれません。

ヨーロッパでは、既に多くの国で週間労働時間がかかり短縮されています。最近、フランス政府が「労働者はもっと働くべき」と宣言したとき、フランス国民がストライキを行ったことを覚えている読者も多いかもしれません。労働時間の短縮が最も進んでいるフランスでは、現在の法定労働時間は週35時間で年6週間の休暇が平均的とされています。この規制対象には医療業界も含まれます。ヨーロッパの多くの国で研修医を含む医師の労働時間はわずか週40時間と定められています。研修医の団体がもっと長時間の労働を認めるよう政府に陳情した例もあります。その背景には患者の診療が終わらないのに職場を離れなければならない懸念があったのです。

米国の研修医の勤務制限は、今年7月1日付でさらに厳しく改定されました。レジデントの連続勤務時間は、特別な場合を除いて24時間以内とされた一方で、インターンは1回のシフトで連続16時間を超えて勤務することは禁止となりました。インターンの勤務制限はInstitute of Medicine(IOM; 米国医学研究所)からの外圧によるものです。IOMが研修医教育を調査したところ、年齢が若く経験の少ない医師、つまりインターンは疲れ果てるまで働くミスをおかしやすくなり、インターン自身にも問題が生じやすい傾向がわかったのです。

この改定を受け、米国のすべての研修教育プログラムは当直スケジュールを見直すこととなりました。オレゴン健康科学大学では、内科インターンは年5—6週間の“night float”ローテーションのとき以外は夜間当直を行わず、2—3年目の研修医の夜間当直もほとんどなくなりました。

### 勤務制限が医療界に及ぼした影響とは

松村 しかし研修医の労働時間を減らしたら、誰かがその穴を埋めなくてはなりませんよね。制限実施の後、どのようなことが起こったのでしょうか。

ノエル まさに私たち医療者が心配したことが起こりました。20世紀の「長時間勤務は当たり前」という労働規範

から大きく変化したことがいくつかあります。

1点目は、研修医の労働時間の短縮が他の多くの医師にも波及したことです。各科での診療も、例えば1回12時間のシフトを月に約13回担当(160時間/月)するホスピタリストや救急医と同じようなシフト勤務に置き換わってきています。また、多くの男性・女性医師が自分の子どもの世話を分担するため、フルタイムより勤務時間を減らして働くようになりました。

2点目は、研修病院に研修医という安い労働力へ患者ケアを頼ること(研修プログラムの管理を担当している友人は、それを安い労働力への“依存症”と呼んでいます)を放棄させたことです。米国の研修病院は、健康保険の適用範囲が限られている患者や無保険者に対する、言わば“割に合わない”ケアを担っています。病院は賃金の高いスタッフドクターやフィジシャンアシスタントの代わりに、週80時間労働の研修医にこれらの患者へのケアを頼ってきました。

勤務制限の開始当初、病院は研修医に対して、規制された時間内で同じ量の仕事をすることを単純に求めました。しかしそれは、研修医の生活をさらに過密にただけでした。研修医の勤務制限が厳しくなり、治療する患者数が増えるにつれ、病院は熟練した医師、そして時にはナースプラクティショナーやフィジシャンアシスタントを雇い、研修医が担当できなくなった患者の治療に当たらせることを余儀なくされたのです。

おおまかな参考例ですが、米国の研修医の年収は週80時間で年間48—49週の勤務に対し、約4万5千ドルです。一方、同じ労働のために雇用されたホスピタリストの年収は、週84時間、年間26週の労働で約16万ドルです。つまり、プロの医師の労働力は研修医の6—8倍も高いのです。

松村 勤務時間の制限を実施した後に、研修システムと病院の経営管理は確実に変化したのですね。こうした経営方針の変化を一般の人々は支持しているのでしょうか。

ノエル 多くの一般国民は、医師がどのような訓練を受けていてどれだけの時間働いているのか、あるいはどのような指導監督の下にあるのかわかりません。世論が巻き起こるのは何か国民生活によくないことが起きたときだけです。米国では医師という専門職自身を守るために自主規制を行っています。

20世紀の労働規範が、研修の質を重視し、患者を疲弊した研修医や医師から守り、女性医師にも充実したキャリアと家庭の両立をもたらす新しい労働の在り方というパラダイムに取って代わるのに伴い、多くの医療者は研修医の教育がさらに変化すると感じています。医療費削減への強いプレッシャーもあるため、それがさらに医療を変えていくことでしょう。(つづく)

**MEMO**  
2003—04年に筑波大学の前野哲博氏が行った調査によると、日本の1—2年目の研修医の勤務時間は平均週74時間。研修医の3人に1人は週80時間以上、15%は週90時間以上働いていた。労働基準法は雇用者の労働時間を週40時間と定めているが、実態では遵守されていない。

その言葉に患者が傷つくのを知っていますか? 亡くなる患者にどんな言葉をかけますか?

## ことばもクスリ 患者と話せる医師になる

あなたの何気ないその一言に、患者さんは喜んで傷ついたりしています。医療職の言葉には強い力があり、とくに医師の言葉は絶対です。本書では病院に寄せられた苦情や多くの症例をもとに、医療現場で使われている言葉の問題点を示します。苦情を目の当たりにするのは勇気がいりますが、言葉をうまく使いこなせば、特別な医療技術を使わなくても患者さんを元気にできるかもしれません。「言葉」は重要なのです。

編集 山内常男  
健闘会柳原診療所所長



待望の心臓・循環系生理学テキスト、ついに!

**心臓・循環の生理学**  
An Introduction to Cardiovascular Physiology, 5th Edition

英国の定評あるロングセラー、初の邦訳。まず心血管系を概観し、前半で心臓、後半では血管の構造・機能とその調節、そして全身及び各臓器の循環の特性を詳述。簡明なオリジナル図を多用し、イメージしやすい例を挙げながら解説するなど、“覚える”よりも“理解する”ことを目指した、臨床に生かせる生理学テキスト。血管と循環調節の重要性が注目を集め、心臓・循環系の生理学的理解が大きく変化した現在、関心をもつ医師や研修医、研究者から医学生まで、幅広く活用できる一冊。

監訳 岡田隆夫  
順天堂大学医学部生理学第二講座教授

定価7,980円(本体7,600円+税5%)  
A4変 頁400 図・写真256 2011年  
ISBN978-4-89592-689-8

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

# MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

## 専門医をめざす人の精神医学 第3版

山内 俊雄, 小島 卓也, 倉知 正佳, 鹿島 晴雄 ● 編  
加藤 敏, 朝田 隆, 染矢 俊幸, 平安 良雄 ● 編集協力

B5・頁848  
定価18,900円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00867-9

評者 中嶋 照夫  
医療法人中嶋医院 院長

大学紛争の中で、医師が学んでおかなければならない最少限の精神医学の知識(minimum requirements)について真剣に考え、熱心に議論した思い出がある。精神医療を取り巻く環境の変化が著しい中で、精神科医は生じてくる広範なニーズへの対応が迫られるとともに、自らの意識を啓発する必要があった。

このような中で精神医学講座担当者会議は『専門医のための精神医学』と題する冊子の編さんを企画した。精神科専門医として必須の精神医学の知識と医療技術を会得するための指導書として、卒業教育を行っていた講座担当教授の有志が執筆し、急速に変化、発展する精神医療に対応するために必要な知識を盛り込み、専門医になるための研修や生涯教育をも意図して作成されたものであった。

日本精神神経学会は専門医制度(学会認定医制度)の発足を検討してきていたが、その動きの中で『専門医のための精神医学』を改訂し、精神科専門医をめざす医師のための手引書的な冊子にしたいと考え、書名も『専門医をめざす人の精神医学』とし、2004年に上梓された。第2版は精神医療に視点が置かれ、臨床的立場を重点とし、専門医としての基礎的知識と臨床治療を発展させるための素養を習得するための教科書として意図されたものである。専門医制度を考えて編さんされ、膨大に拡張してきた精神医学・医療の分野を取り上げて、現場での実践に役立つ知識の獲得が意図されているので、執筆者数は初版の2倍以上、総ページ数も1.3倍以上の大冊となった。

今般、精神科専門医制度も軌道に乗り、卒業教育システムが確立して、専門医をめざす者が研修すべき事項が研修手帳に明記された。これに応じて新たな項目が追加されて、『専門医をめざす人の精神医学 第3版』が出版された。本書を進歩・発展してきた精神医学・医療の知識と技能を教示する教科書とするために、執筆者も講座担当者に限らず適任者が選ばれており、その数も初版の2.5倍近く、総ページ数

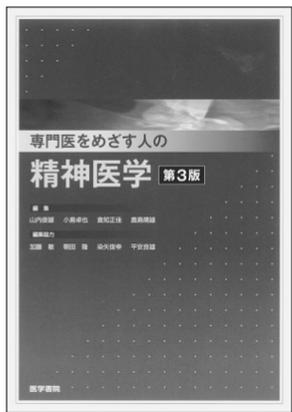
も1.5倍近くの800ページを超す大冊子となっている。

内容項目の構成は第2版と基本的には大差はないが、執筆者の変更と最近の知見の追加や新たな視点での見直しなど改訂が加わっている。構成の大項目は1項目増えて次のような21項目から成る。1. 精神医学を学ぶための基本的知識と態度、2. 精神症状とその捉え方、3. 診断および治療の進め方、4. 症状性を含む器質性精神障害、5. 精神作用物質使用による精神および行動の障害、6. てんかん、7. 心理・生理的障害および身体的要因に関連した行動

症候群、8. 統合失調症・統合失調型障害および妄想性障害、9. 気分(感情)障害、10. 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害、11. 成人のパーソナリティ障害および行動の障害、12. 精神遅滞(知的障害)および心理的発達の障害、13. 小児期および青年期に通常発達する行動および情緒の障害、14. 乳幼児期、児童期および青年期の精神医学的諸問題、15. リエゾン・コンサルテーション精神医学、サイコオンコロジー、16. 精神科救急、17. 自殺の問題、18. 精神医療と安全管理、19. 生物学的治療、20. 精神療法、21. 社会的な治療、社会復帰を援助する治療、である。第18項目の精神医療と安全管理が追加されているが、医療過誤、医療事故などに関する医療におけるリスクマネジメントとインフォームド・コンセントを含む人権問題は、医療現場では避けて通れない重要な課題であり、専門医としては身につけておかなければならない素養である。

精神科の治療は大別して精神療法、薬物療法と生活療法の3方向がある。これらの治療法の基礎的学問となっている精神病理学と、新たに登場してきた脳科学(生物学的精神医学)は競い合い、かつ統合を模索してきたが、いまだに統括的学問体系には至っていない。一方、臨床現場では生活活動能力や社会活動能力の獲得と社会復帰を援助するチーム医療がクローズアップさ

### 研修医のみならず専門医にとっても座右の書となる一冊



## 感染症のコントラバーシー

臨床上のリアルな問題の多くは即答できない

Fong, I. W. ● 著  
岩田 健太郎 ● 監訳

A5・頁504  
定価5,775円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01182-2

評者 青木 眞  
感染症コンサルタント/サクラ精機学術顧問

『感染症のコントラバーシー』をようやく読了した。数日で終えるつもりであったが、毎日のように読み続け、何週間も経過していた。

本としてはA5判で500ページ弱のボリュームであるが、気付けば最小フォントでつづった推薦文用のメモがA4で42ページになり、その内容の大きさと深さにあらためて思いをめぐらせた。いったい臨床感染症の広がりはどこまで行くのだろうか……。コントラバーシーを語る以上、「議論のあるなし」「何がわかっていて、何がわかっていないか」を知っているのが前提であるが、実は感染症専門医歴20年に近い自分はこれが不十分であったことを正直に告白しなければならない。

コントラバーシーが示す風景の反対側に、研修医が陥りやすい病気である「マニュアル病」がある。「マニュアル病」とはマニュアルどおりの診療が最良の医療であると信じる病気である。すなわち、この臓器の、この微生物による感染症には、この抗菌薬を、この量で、この期間投与する、ペリオド。自信満々。

これは明らかに「マニュアル病」の臨床像であるが、実は「マニュアル病」にはさらに奥深い病態が存在している。それは、この感染症の起炎菌は本当にこの微生物なのか? なぜ、これがベストの抗菌薬で、この量・投与期間なのか……。という健康な疑問を持たなくなる病態である。臨床現場はコントラバーシーで満ちている。監訳者の岩田健太郎先生曰く「わかっていることとわかっていないことの地平を知るべきである」。

先日更新を終えたばかりの米国感染症専門医試験には、絶対に出題されない事柄が二つある。一つは過去二年間の論文に記載された知見(新しすぎるので変更の可能性があり出題されな

れてきており、精神科専門医は包括医療や地域医療において中心的役割を担うことになる。本書はこの点に関しても教示が及んでおり、研修医のみならず専門医にとっても座右の書となろう。

精神医学・医療分野に漸次登場してきた心理的発達障害、小児期および青年期の行動および情緒の障害や精神医学的諸問題、さらにサイコオンコロジーを含めたりエゾン・コンサルテ

い)。もう一つは専門家の中でコントラバーシー、すなわち議論のある事柄である。議論がある事柄と議論が落ち着いた事柄を分ける作業は専門医試験の受験・更新の準備の最も有意義な部分であり、それがわれわれの日常臨床の内実である。

今、こうして膨大な量になったメモと参考文献を振り返りながら、C. difficileによる偽膜性腸炎に25年間新しい治療法が生まれていないこと、その再発が時には2,3年続くこと、感染を起こした大動脈のグラフトを必ずしも除去せずに済ませられること、ほかの抗菌薬と併用されることの多いリファンピシンのようなメカニズムで効果を挙げているのか、必ずしも明らかではないこと、今までまゆつばとしか考えていなかった整形外科領域における抗菌薬入りセメントが思いのほか、期待が持てることなどに静かな感動を覚えている。

少し本書を具体的に紹介しよう。扱う概念の多様な感染症領域であるから、章立てもそれなりのバラエティとなっている。いくつかの章を紹介するだけで、感染症に興味を持つ方は書店に向かわれるだろう。「中枢神経感染症で出てきた新たな問題」「人工呼吸器関連肺炎における現在の問題」「成人における小児呼吸器感染症の再興: RSVと百日咳」「敗血症の新たな考え方と課題」「発熱性好中球減少症のマネジメントの問題」「近年の偽膜性大腸炎の問題と動向」「感染症におけるプロバイオティクス」「デバイス関連感染症」「抗菌薬併用療法(実際は抗ウイルス薬、抗原虫薬などを含む)」などなど……。

「一読をお薦めする」と言えるほど簡単に読了できる内容ではないが、それでも一読をお薦めする次第である。

## 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(悪性腫瘍)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者が、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



## 「ここに傷を負った人」に接するすべての人へ

## 災害時のこころのケア サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 原書第2版

Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2/e

本書は、9.11同時多発テロなどを経験した米国が練り上げてきた「災害被害者のための心理的支援マニュアル」の決定版である。分野横断的な「包括性」、会話例を多用した「具体性」において極めて評価が高いだけでなく、「害を与えないこと」を第一義に、生活援助へと大きく軸足を移した点で画期的。「何をすべきで何をすべきでないか」を明示し、繊細かつ大胆なアプローチ法を列挙する。専門家は一度は目を通しておきたい。

著 アメリカ国立子どもトラウマティック  
ストレス・ネットワーク  
アメリカ国立PTSDセンター  
訳 兵庫県こころのケアセンター



# MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

## 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

喜舎場 朝和, 遠藤 和郎 ●監修  
谷口 智宏 ●執筆

B5・頁272  
定価3,990円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01101-3

評者 藤本 卓司  
市立堺病院・総合内科部長

このたび沖縄県立中部病院の卒業生である谷口先生の手によって、感染症の学習を身近なものにしてもらえる素晴らしい本が発刊された。「感染症をわかるようになりたい。でも繰り返して勉強してもなぜかうまく頭に入らない」と悩んでいる人は少なくないと思う。私自身も若いころそのような数年間を過ごした経験を持つ一人である。感染症のトっつきにくさの原因の一つは、「相手(=原因微生物)の顔」が見えないことではないだろうか。臨床は五感を働かせて進めてゆくものであるから、もし自分の眼で原因微生物の姿を見ながら診療を進めることができれば、感染症診療はずいぶん身近に感じられるはずである。この本はグラム染色の素晴らしさ、特にグラム染色が臨床の方針決定に直結する重要な情報源となることを教えてくれる。

### グラム染色の素晴らしさを 教えてくれる本



ラム染色像を見ながら、「さあどうしよう?」と検査や治療の方針を考える、という仕様になっている。抗菌薬を始めるべきなのか、もし開始するならばの薬剤を選ぶのか、という判断にとどまらず、投与中の抗菌薬は効いているのか、続けてよいのか、変更すべきなのかなど、グラム染色の情報を基に考えを進めてゆく手順が丁寧に解説されている。そこでは感染症診療の基本事項や思考過程が症例ごとに省略されることなく何度も述べられていて、読者は症例をこなしながら繰り返して頭に叩き込むことができる。谷口先生の工夫を強く感じるのは抗菌薬の解説である。一つ一つの薬剤が症例に散りばめられて登場する。本をすべて読み終わって見ると、いつの間にか抗菌薬もすべて勉強し終わっているという巧みな構成となっている。

ところで、グラム染色の写真はどれも顕微鏡の接眼レンズから直接デジタルカメラで撮影したものだという。にもかかわらず画像が美しい。この方法であれば、検査室のデジタル顕微鏡でなくても誰でも気軽にグラム染色像を撮影・保存することができる。

一人で学ぶにはもちろんのこと、小グループで行う学習会などにも最適の本である。この本を読み終わったときには、きっと読者は「自分も染めてみたい」と感じられることと思う。そして感染症診療がぐっと身近なものに変わっているに違いないと確信する。

## 細胞診を学ぶ人のために 第5版

坂本 穆彦 ●編

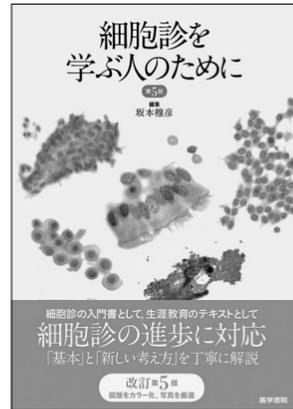
B5・頁392  
定価10,290円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01185-3

評者 大野 英治  
倉敷芸術科学大主任教授・生命医科学/加計学園 細胞病理学研究所 所長

このたび、坂本穆彦教授の編集による『細胞診を学ぶ人のために 第5版』が出版された。

本書は総論127ページ(1-8章)、各論219ページ(9-15章)から成り、総論を細胞診専門医でもある6人の認定病理医が担当し、各論をがん研究会有明病院の3人のベテラン細胞検査士が分担執筆している。また今回から新たに、別表として「組織細胞診断に有用な抗体」が巻末に掲載されている。総論には「はじめに」「細胞の形態と機能」「組織」「細胞像と組織像の対比」「病理組織学」「標本作製の実際とその理論的背景」「顕微鏡の基礎知識と操作法」「スクリーニングと細胞の見方」といった、これから細胞診を学ぶ人にとっては好都合の基本的内容が網羅されており、特に細胞検査士認定試験の受験予定者は必読であろう。

### 細胞診を学ぶ人にとって 必携の書



など領域ごとにシェーマを多用しながら、細胞像が説明されている。熟練の細胞診専門家にとっても座右の書として大いに役立つと期待される。

前版と第5版の大きな違いは、ベセスダシステム2001の導入に伴う「子宮頸部細胞診」の項の大幅な改訂である。子宮頸癌についての異形成や上皮内癌などの従来分類とCIN分類、さらにはベセスダ分類との関係性が解説されていて、HPVとの関連性にも言及されている。細胞診関連の教科書としてはタイムリーである。また192-193ページの喀痰細胞診における「異型扁平上皮細胞の細胞診」の項では、扁平上皮化生細胞、軽度異型扁平上皮細胞、中等度異型扁平上皮細胞、高度異型扁平上皮細胞のそれぞれの鑑別のポイントが平易に説明されていて、実にわかりやすい。

私事ではあるが、われわれの大学における細胞検査士養成コースでも本書を活用し検査士教育を推進している。本書は細胞診を学ぶ人にとって必携の書である。

## 図解 腰痛学級 第5版

川上 俊文 ●著

B5・頁328  
定価3,990円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01237-9

評者 菊地 臣一  
福島医大理事長兼学長・整形外科

疾患概念の劇的な変化という観点からすれば、「腰痛」は代表的な一つに挙げられるであろう。と同時に、医療の評価基準も、近年革命的といえるほど変わってしまった。

とらえ方の変化の代表的な点として、まず、急性腰痛の単なる遷延化が慢性腰痛ではないということが明らかになった。そして、関与因子として心理・社会的因子が、われわれが従来認識していた以上に早期から深く関与していることもわかってきた。

次に、非特異的腰痛はできるだけ医療の対象化にしないことの重要性への認識、すなわち自己管理の推奨である。最後に、患者自身が治療の選択、実施の遂行に積極的に参加することが治療成績や満足

度を考える上でも大切である点がわかってきたことである。

一方、治療成績評価基準の変化に目を転ずれば、まず、「医師側からのみの評価」から「患者の視点の導入」の転換が挙げられる。つまり、患者のQOLや満足度の重視である。そして、患者の価値観の尊重である。これにより、同じ病態でも個人により治療の選択肢は異なってくる。治療方針の選択を医師と患者が分担することにより「共闘」という信頼関係が成立する。

次に、医療提供側と患者との信頼関係の存在が治療成績や満足度に好影響を与えるという事実が立証された。EBM(Evidence-Based Medicine)が明らかにしたものは、皮肉にも、

### 最先端の研究成果と経験を 統合した著者の集大成



一流30誌から7,256論文のデータを紹介。外科医必携のエビデンス集

## 消化器外科のエビデンス 第2版

気になる30誌から

外科医が日常臨床で直面する様々な問題について、最新の知見を確認するためのエビデンス集。国際的な一流30誌(外科学、腫瘍学、消化器病学、臨床医学)から消化器外科に関連する論文を広く集め、「手術手技」「術後経過」「予後因子」など30のカテゴリーに分類。質の高い7,256編の論文のデータをパーセントやリスク比で紹介する。手術はもとより術前検査や術後管理、がん検診や緩和ケアなども含み、消化器外科に関する事象を網羅。

安達洋祐  
久米大学准教授・外科学

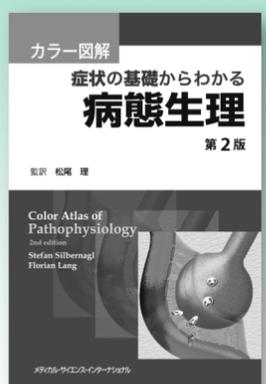


B5 頁532 2011年 定価9,975円(本体9,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01376-5]

医学書院

**医学書院 AD BOX**  
各雑誌の広告媒体資料・目次内報を掲載しております。  
医学書院ADBOX 検索

## ヴィジュアルで病態生理を理解する、ロングセラーの改訂新版



### カラー図解 症状の基礎からわかる 病態生理 第2版

Color Atlas of Pathophysiology, 2nd Edition

監訳 松尾 理 近畿大学名誉教授・近畿大学医学部顧問

病態生理の基本原理やメカニズムを臨床に関連づけながらコンパクトに集約した図解サブテキスト。最新知見のエッセンスを盛り込み8年ぶりの改訂。生理学の基礎的事項にはじまり、病態の原因、経過、症状および引き起こされる合併症、治療の可能性にいたるまで全10章、172項目で網羅。各項目はユニークで洗練されたカラー図と、明解な解説を左右に配した見開き2頁で完結。学生のサブテキストとして、研修医、専門医、研究者の知識の整理に最適。

●A5変 頁240 図192 4色 2011年 ●定価 6,510円(本体6,200円+税5%)  
●ISBN978-4-89592-688-1

**好評発売中** ばっと見開き すっきり理解 医学・看護・コメディカル、学生からプロまで使える カラー図解シリーズ

カラー図解 よくわかる 生理学の基礎 ●定価 6,825円(税込)	カラー図解 見てわかる 生化学 ●定価 7,140円(税込)	カラー図解 基礎から疾患までわかる 遺伝学 ●定価 7,140円(税込)	
カラー図解 これならわかる 薬理学 ●定価 6,720円(税込)	カラー図解 臨床に役立つ 免疫学 ●定価 6,300円(税込)	カラー図解 臨床でつかえる 神経学 ●定価 7,980円(税込)	カラー図解 神経の解剖と生理 ●定価 8,190円(税込)

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

# 臨床 血行動態学 Textbook of Clinical Hemodynamics

高橋 利之 ● 監訳  
Michael Ragosta ● 原著

B5・頁256  
定価8,400円(税5%込) MEDSI  
http://www.medsico.jp/

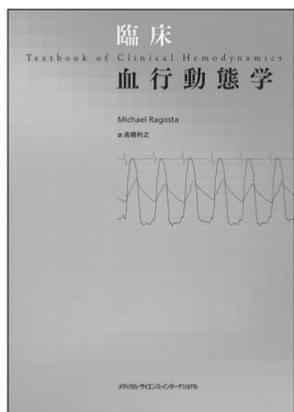
第1章の「血行動態評価入門」、ここが好きです。特に Forsmann さんが自分の上腕静脈に挿入しようとするくだりは臨場感があっていいです。あと、Swan さんと Ganz さんの関係というのも初めて知りました。

虚血性心疾患全盛期を迎え、カテーテル検査といえば冠動脈の造影やインターベンションが連想される昨今ですが、この本は現在の循環器内科の礎は圧波形の測定によって築かれたと認識させてくれる内容です。章を追うに従って「正常波形」「心拍出量」「弁膜症」「心不全」「先天性心疾患」と進展していくのですが、これは実は初めてカテーテル室で手技を行うことになる若い医師が経験していく順番を踏襲しています。

白状しますが、僕もやはり「カテーテルといえばインターベンション」という考えで働き始めましたが、実際にカテを始めて最初に目にするのは圧波形なのです。案に相違して最初の数週間は造影を見るどころではなく、波形の意味、アーチファクトとの区別の仕方などに苦戦を強いられました。最初に仰せつかった課題は、圧波形をそらで書けというものでした。

しかし、こうした経験が、ベッドサイドで緊急事態が起こったときなども何度か救ってくれました。うっ血か肺炎か？ 本当にショックなのか？ 収縮性が拘束性か？ 血圧が上がってこ

## 循環器の原点に戻り、ベッドサイドで患者さんの状態をみる人の指南書



ないのはなぜか？ 透視がいつもあるわけではないですし、エコーで心臓のすべてを見ることができないわけでもありません。説明がつかない現象があったときに血行動態を振り返ることは循環器の原点です。

こうして日々、CCU や循環器病棟のベッドサイドでディスカッションされるのが『臨床 血行動態学』にはきちんと反映されています。重症患者さんのモニターは毎日必ず目に入ってきますよね？ そこから派生するすべての情報を使いこなしているかどうか、確認するためにも適した内容です。

あと、これはとても大事なことなのですが、豊富な図表と多すぎない各章の分量(20ページ前後)が心にくいです。表現にドラマチックな部分も多く、翻訳された高橋利之先生は苦勞されたのではないかと思います。おかげさまで全体を通して非常にスムーズに読むことができました。

基本的にこの本は、循環器の原点に戻って、ベッドサイドで患者さんの状態をみる人の指南書である、と勝手に思っています。そこからどう戦略を打っていくか、とりあえずカテ、とりあえずエコーというのではせつかくの Forsmann さんや Swan さんの努力が無駄になってしまいます。ぜひ、循環器内科の本来の思考や診断の流れを体験してみてください。

端の研究成果と自分の経験を統合した著者の集大成の著書であるといえる。すなわち、EBM という science と著者の NBM という art の統合である。

第二に、最近重視されつつある self-medication の概念が盛り込まれていることが特徴的である。つまり、「受け身の医療」から、患者も参加する「攻めの医療」の導入である。

第三に、わが国の医療体制や医療保険の実態を踏まえて、わが国における腰痛のプライマリ・ケアの在り方を提唱している点がある。

本書は、専門書としても十分通用する。豊富で明快な図は、Macnab の名著『腰痛』のそれをほうふつとさせる。平易な文章は、腰痛に悩んでいる一般の人でも十分理解可能である。この内容、量でこの値段は安い。一般の人のみならず医療従事者にもお薦めである。

→ NBM (Narrative-Based Medicine) の重要性なのである。

最後に、良いか悪いかは別にして、「信頼の医療」から「契約の医療」への移行がある。ここでは、医療提供側から患者への教育・指導、あるいは啓発活動は欠かせない。残念ながら、最新の文献では、医療提供側が提供している説明文書のほとんどは、一般の人には理解が困難であるという報告がされている。

このような時代背景から本書をひもといてみる。

まず、本書は1986年に第1版が発刊されている。以来、版を重ね、本書は第5版である。その間、四半世紀、本書は腰痛の研究の進展とともに歩んできたといえる。最新版である本書は、質、量ともに充実した内容と構成を有している。この第5版の特徴は、最先

画像診断にまつわる疑問点を、この1冊で解決!

## <日本医師会生涯教育シリーズ> 画像診断update 検査の組み立てから診断まで

本書では、画像診断の疑問点—患者の受診時に何の画像検査を行い、その後、必要に応じ選択すべき次の画像検査は何か、また、その検査でわかること、専門家に判断を委ねるべき時点、経過観察の間隔、等々を解説していく。common diseaseを中心に扱い、X線を中心に、CT・MRI・USなどの各種モダリティの写真を部位ごとの特徴に応じて随所に盛り込んでいる。

編・発行 日本医師会  
監修 大友 邦  
東京大学・放射線医学  
興相征典  
産業医科大学・放射線医学  
杉村和朗  
神戸大学病院 院長  
福田国彦  
慈恵医科大学・放射線医学  
松永尚文  
山口大学・放射線医学  
村田喜代史  
滋賀医科大学・放射線医学



# 泌尿器科レジデントマニュアル

郡 健二郎 ● 監修  
佐々木 昌一、戸澤 啓一、丸山 哲史 ● 編

B6変・頁408  
定価4,830円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01226-3

評者 藤岡 知昭  
岩手医大教授・泌尿器科学

小生は、聖路加国際病院の卒後臨床研修に進みましたが、先輩のレジデントは、常に『Manual of medical therapeutics, 20th edition, Department of Medicine, Washington University School of Medicine』を携帯・使用していました。例にもれず小生もその本を入手・愛用し、現在もボロボロの状態ですが本箱の片隅で健在です。この本には、泌尿器科に特化する記載はほとんどありませんが、泌尿器科の日常診療において遭遇する問題点の対処・解決に強力な手助けとなりました。すなわち、専門領域を超えて共通の課題に対して基盤となる知識・対処・救急処置が簡潔に記載されているのです。

今回、郡健二郎教授監修の『泌尿器科レジデントマニュアル』の書評の依頼を受け、読み始めの第一印象は、先に述べた『ワシントンマニュアル』と同じ香りを感じました。本書では、各疾患ガイドラインやマニュアルを使用する場合にしばしば遭遇する弊害であると指摘されていた問題点、すなわち文字や図表のみを追い、その背景にある事柄を理解しないという点を危惧し、医師として必要な思考力、観察力、洞察力の養成について配慮するという意図をもって企画・編集されたことが分かります。また、泌尿器科領域の診療に関して、基礎知識から処置・トラブル対処法、検査法、症状・症候から診断へ、疾患、全身合併症と周術期管理、代表的手術と周術期管理、さらには泌尿器科にかかわる緩和医療まで、整理された必要な項目について実践的かつ簡潔に記載しています。

また、特記すべきは付録の項目で、IPSS, OABSS, Partin ノモグラム, IIEF-5, DIC 診断基準、心不全と呼吸器症状の分類、腎機能低下時の薬剤投与量の調節、水分・電解質・栄養素の一日必要

## 一本筋の通った泌尿器科診療体系を実感できる1冊



量、小児の標準身長・体重曲線、小児の腎機能基準値および薬剤投与量調節、輸血用血液製剤投与早見表、出血許容量を求めるノモグラム、日本人体表面積算出表、performance status、改訂長谷川式簡易知能評価スケール、移植腎病理国際分類、非観血的治療効果判定基準、感染症新法における感染症分類、抗生物質の英語表記、主な検査・処置・手術およびDPCの保険点数、RECISTガイドライン、抗がん剤副作用判定基準、死亡診断書の書き方と関連法規など、病棟等の臨床現場でしばしば早見・確認したいと思われる

事項を無駄なく選択しており、実臨床に重宝するものと思います。

各項の執筆は、すべて名古屋市立大学大学院腎・泌尿器科学分野教室とその同門の皆さんであり、簡潔で無駄な記載がありません。総指揮官・郡教授の下に着実に確立された一本筋の通った泌尿器科診療体系を抵抗なく実感できます。泌尿器科の研修医はもちろん泌尿器科を研修しなかった先生方や看護師・コメディカルの皆さんにも必須の知識・情報が濃縮されており、常に携帯し活用することを推奨します。

今年(2011年)郡先生が会長を務められた第99回日本泌尿器科学会総会には、「めざせ! 泌尿器科の星」という企画があり好評でした。本レジデントマニュアルは、「泌尿器科の星」になるために不可欠なツールだと思います。

●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

## 集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する クオーターリー・マガジン



INTENSIVIST  
インテンシヴィスト  
2011年 第3号 発売  
●季刊/年4回発行 ●A4変 200頁  
●1部定価4,830円(本体4,600円+税5%)  
●年間購読料18,480円(本体17,600円+税5%)  
※年間購読は送料無料、約4%の割引

2011年 年間購読申込受付中!

編集委員  
藤谷茂樹 聖マリアンナ医科大学救急医学  
讚井将満 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部  
林 淑朗 Royal Brisbane and Women's Hospital, Department of Intensive Care Medicine / The University of Queensland, Centre for Clinical Research  
内野滋彦 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部

- 「世界標準の集中治療を誰にでもわかりやすく」をコンセプトに、若手医師の育成や情報交換を目的として発足した「日本集中治療教育研究会」(JSEPTIC)の活動をベースに、年4回発行。
- 毎月1つのテーマを決め、最新のエビデンスに基づいて、現在わかっていること/わかっていないことを検証、徹底的に解説。施設ごとに異なる診療を見直し、これからの集中治療のスタンダードを提示する。

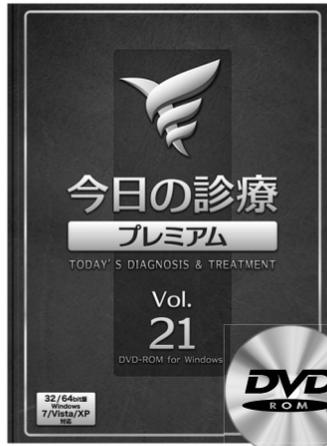
- 重症患者の治療にあたる医師として最低限必要な知識を手中に収めるべく、テーマは集中治療にとどまらず、内科、呼吸器、救急、麻酔、循環器にまで及び、ジェネラリストとしてのインテンシヴィストを追求する。
- 集中治療専門医、それを目指す若手医師をはじめ、専門ナース、臨床工学技士、さらには各科臨床医に対し、集中治療を体系的に語り、議論し、意見交換ができる共通の場(=アゴラ)を提供する。

2009年	2010年	特集	2011年
創刊号: ARDS 第2号: Sepsis 第3号: AKI 第4号: 不整脈	第1号: 重症感染症 第2号: CRRT 第3号: 外傷 第4号: 急性心不全		第1号: Infection Control 第2号: モニター 第3号: 栄養療法 第4号: 急性腎炎(10月発売)

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

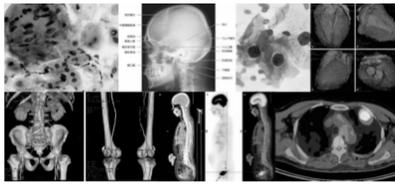
## DVD-ROM for Windows



**DVD-ROM版 2011年**  
価格76,650円(本体73,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01355-0]  
消費税変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

### 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。お手持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「今日の治療指針 2011年版」「今日の整形外科治療指針 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 高機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な使い勝手の向上や、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 **今日の治療指針 2011年版★**  
下記の付録を除く全頁を収録  
(臨床検査データ一覧/新薬、医薬品等安全性情報)
- ② **今日の治療指針 2010年版**  
口絵・付録を除く全頁を収録
- ③ **今日の診断指針 第6版**  
付録を除く全頁を収録
- ④ **今日の整形外科治療指針 第6版★**  
付録を含む全頁を収録
- ⑤ **今日の小児治療指針 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

## 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。医療者にはそこに、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

日常診療で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、治療していったらよいのか? 感染症診療の新时代を拓く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。

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

### 感染症のコントラバーシー 臨床上の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たなくなったら、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]



## 圧倒的情報量で“考える検査”を強力サポート

TEST SELECTION AND INTERPRETATION

# 臨床検査データブック

LAB DATA 2011-2012

- 監修 高久史磨 自治医科大学学長
- 編集 黒川 清 政策研究大学院大学教授
- 春日雅人 国立国際医療研究センター研究所長
- 北村 聖 東京大学教授

No.1 検査値判読マニュアル



### 本書の特徴

- 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! 異常値のでもメカニズム!
- 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]



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