

2010年7月5日
第2886号 for Residents

週刊(毎週月曜日発行)
1950年4月14日第三種郵便物認可
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
E-mail: info@jcopy.or.jp

New Medical World Weekly
週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] “がんのプロフェッショナル” 腫瘍内科医を育てる(奥坂拓志、倉田宝保、堀之内秀仁、伊藤由理子)…………… 1-3面
- [寄稿] 敗血症性ショックの初期治療(柳秀高)…………… 4面
- [寄稿] 老年医学を学ぼう(大蔵暢) …… 5面
- [連載] 臨床医学航海術/ERの落とし穴/行動科学/EBCP/心電図/論文解釈/クリティカルケア

座談会

“がんのプロフェッショナル” 腫瘍内科医を育てる



堀之内 秀仁氏=進行
国立がん研究センター中央病院
呼吸器腫瘍科/呼吸器内科



伊藤 由理子氏
山形大学医学部
臨床腫瘍学講座助教



奥坂 拓志氏
国立がん研究センター中央病院
教育責任者内科系座長/
肝胆膵腫瘍科副科長



倉田 宝保氏
近畿大学医学部内科学教室
腫瘍内科部門准教授

日本人の死因第1位を保ち続けるがん。がんを臓器横断的に診られる専門家である腫瘍内科医の育成は、国家的なニーズといえます。日本においては、国立がん研究センターが長きにわたりがん教育を担ってきましたが、「がんプロフェッショナル養成プラン」により、大学も本格的に教育に乗り出しつつあります。そこで本紙では、がん教育のさらなる活性化のため、がん研究センターと大学、双方の視点から、現状を探る座談会を企画。明確化された課題について議論するなかで、これからのがん教育の方向性が見えてきました。

堀之内 国立がん研究センターのレジデント制度は、40年余にわたって続いています。その歩みは、内科におけるがん治療の黎明期から、がんのプロフェッショナルである腫瘍内科医が誕生するまでの歴史でもあり、日本における若手医師へのがん教育を語る上では欠かせない制度です。さらにその制度から、奥坂先生、倉田先生といった現在のがん医療を引っ張るリーダーといえる方々が数多く輩出されています。そこでまず、がん研究センターのレジデンシーについて伺いたいと思います。奥坂先生、倉田先生は同時期にレジデントとして在籍しておられましたが、その当時はどのような研修が行われていたのでしょうか。

倉田 私たちがレジデントだった1995—

98年ごろは、1年目には病理など関連部門のローテーションが必須でした。2、3年目は基本的には自由に診療科を選択できましたが、私が所属した呼吸器内科では、2年間みっちり呼吸器腫瘍のみを学ぶと言われていました(笑)。昼間は患者を診て、夜は研究をして、寝食を惜しんで勉強した2年間でした。
堀之内 当時は、2年目以降は単科に専念する機会が多かったのでしょうか。
奥坂 私も単科に専念するタイプの研修でした。当時はがんを横断的に診るという概念はまだありませんでしたから、複数科を回る場合でも、呼吸器志望なら画像診断と肺がん病理など、将来の専攻科を中心に、足りないものを補うという観点で選んでいましたね。
堀之内 他のがんについては、どのよ

うに知識を得ていたのですか。
倉田 自分の学んでいないがんについては、当時から既にあつたメディカル・オンコロジー・カンファレンスなどで学んだり、レジデント同士で情報交換したり、という程度でした。

よりよく学べる研修をめざす がん研究センター

堀之内 現在、当院のレジデント制度は、最初の1年半で3か月程度ずつ必修ローテーションを行い、後半の1年半程度は、いくつかの選択必修の科を除けば希望する診療科を選択できる形式になっています(図1、2面)。奥坂先生は研修後もずっと当院に所属されていますが、レジデント制度はどのような理由で、現在の方式に変わったのでしょうか。
奥坂 以前は肺がんならこの薬、膵がんならこの薬という考え方でしたが、1990年代に分子標的治療薬を含め新規抗がん剤が開発されたことで、あるがんで成果が上がり、作用機序の面から他のがんにも効果が期待される場合、その薬を多くのがんに応用するこ

とが当たり前になってきました。同時に抗がん剤の種類も増えたため、その選択や治療・管理により専門化した医師が必要になりました。つまり、がん種を問わず化学療法について精通し、きちんと遂行できるオールラウンダーを求める医学的・社会的ニーズが生まれたということです。そうしたことをスタッフで検討し、2000年ごろには、今の制度に近いローテーション方式が採用されたのです。
堀之内 日本で「腫瘍内科」なる言葉が生まれたのもこのころでしょうか。
倉田 “Medical Oncology”という言葉は西條長宏先生(近畿大)が以前からおっしゃっていたのですが、「腫瘍内科」という訳語は、われわれがレジデントのころにはまだ一般的ではありませんでした。日本臨床腫瘍“研究会”が日本臨床腫瘍“学会”に変わった、2002年ごろに言われはじめたのかもしれない。
堀之内 レジデント側は、ローテーション方式についてどう思っていたのでしょうか。

(2面につづく)

July
2010

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。

消化管の病理と生検診断

中村恭一、齊藤 澄、大倉康男
B5 頁464 定価15,750円 [ISBN978-4-260-00600-2]

乳癌診療ポケットガイド

編集 聖路加国際病院プレストセンター
B6変型 頁224 定価3,780円 [ISBN978-4-260-00942-3]

がん診療レジデントマニュアル

(第5版)
編集 国立がん研究センター内科レジデント
B6変型 頁496 定価4,200円 [ISBN978-4-260-01018-4]

睡眠障害国際分類

診断とコードの手引 (第2版)
編集 American Academy of Sleep Medicine
訳 日本睡眠学会診断分類委員会
B5 頁296 定価6,300円 [ISBN978-4-260-00917-1]

睡眠時無呼吸症候群診療ハンドブック

編集 榊原博樹
B5 頁336 定価5,670円 [ISBN978-4-260-01025-2]

心臓突然死を予知するための 不整脈ノンインベシブ検査

編集 田邊晃久
B5 頁312 定価7,875円 [ISBN978-4-260-01058-0]

肝臓診療マニュアル

(第2版)
編集 日本肝臓学会
B5 頁160 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01071-9]

今日の整形外科治療指針

(第6版)
編集 国分正一、岩谷 力、落合直之、佛淵孝夫
B5 頁944 定価18,900円 [ISBN978-4-260-00802-0]

地域医療は再生する

病院総合医の可能性とその教育・研修
編著 松村理司
A5 頁296 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01054-2]

臨床検査技師国家試験問題集

解答と解説 2011年版
編集 「検査と技術」編集委員会
B5 頁200 定価3,150円 [ISBN978-4-260-01133-4]

コンコダンス

患者の気持ちに寄り添うためのスキル21
安保寛明、武藤教志
B5 頁224 定価2,730円 [ISBN978-4-260-01078-8]

老年看護学 Vol.14 No.2

編集 日本老年看護学会学会誌編集委員会
B5 頁96 定価2,625円 [ISBN978-4-260-01130-3]

〈JJNSスペシャル〉

高齢者救急
急変予防&対応ガイドマップ
編 若田充永
AB判 頁144 定価2,310円 [ISBN978-4-260-01131-0]

学生のための精神看護学

編集 吉浜文洋
B5 頁336 定価3,570円 [ISBN978-4-260-00189-2]

訪問看護元気化計画

現場からの15の提案
宮崎和加子、川越博美
B6 頁208 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01055-9]

ナースのためのセルフコーチング

編 伸子、柳澤厚生
A5 頁120 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01084-9]

今日の診療プレミアム Vol. 20

DVD-ROM for Windows
価格76,650円 [ISBN978-4-260-01113-6]

今日の診療ベーシック Vol. 20

DVD-ROM for Windows
価格54,600円 [ISBN978-4-260-01115-0]

治療薬マニュアル2010準拠

CASIO電子辞書データカード版
Ex-word DATAPLUS2~5対応
監修 高久史磨、矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
価格8,925円 [ISBN978-4-260-01147-1]

言語聴覚研究

第7巻2号
編集 日本言語聴覚士協会
B5 頁64 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01141-9]

座談会 “がんのプロフェッショナル” 腫瘍内科医を育てる

<出席者>

●奥坂拓志氏

1990年岐阜大医学部卒。聖隷三方原病院内科を経て、93年国立がんセンター中央病院肝胆膵内科レジデント。96年医員。2000年医長。10年より現職。日本腫瘍学会評議員などを務める。共編著に『膵癌診療ポケットガイド』(医学書院)など。国立がん研究センターでは「内科・内科系 Resident Committee」に所属し、レジデント教育に携わっている。

●倉田宝保氏

1990年広島大医学部卒。同年同大病院初期研修医。93年より国立がんセンター中央病院肺内科レジデント、チーフレジデントを務める。97-2000年、広島大第2内科医員および関連病院での勤務を経て01年近畿大腫瘍内科助手、講師。06年より阪医大化学療法センター講師を務め、09年より現職。専門は肺癌化学療法、新薬開発、薬物動態。

●堀之内秀仁氏

1997年東大文学部卒、2003年鹿児島大医学部卒。同年聖路加国際病院初期研修医。在職中、内科チーフレジデント、内科チーフシニア(初代)を務める。09年より現職。聖路加国際病院にて教育・研修システムの整備にかかわった経験を生かし、がん研究センターでも奥坂氏とともに内科レジデント制度改革を推進。共編著に『内科レジデントマニュアル 第7版』(医学書院)など。

●伊藤由理子氏

2004年山形大医学部卒、同年同大初期研修医。06年山形県立河北病院内科にて後期研修。07年より国立がんセンター中央病院腫瘍内科レジデント研修。10年より現職。

(1面よりつづく)

奥坂 卒後3年以上のキャリアがありある程度やりたいことが決まっています。なるべく1つの科に特化して研修したいという人もいましたので、当初は賛否両論あったと思います。

堀之内 伊藤先生は2006年から当院で研修されたので、ローテーション方式はもう定着していた時期ですね。

伊藤 はい。初めは、正直なところ希望していた消化器中心に学びたいという思いもありましたが、結果的に各科を回って新しいことに接していくのは私にとっては非常に楽しかったです。

奥坂 若い医師がローテートしてくれることによって、他の領域について新しい情報が入ってきますから、スタッフにもよい刺激になっていると思いますね。

堀之内 倉田先生は、大学からそうした当院の変化をご覧になっていて、いかがでしたか。

倉田 現在の研修は、幅広く知識が豊富であることをめざしていますよね。しかし、単科に専念していた時代に比べると「この分野ではレジデントの〇〇先生がすごい」と、とびぬけて“できる”個人の名前が聞こえてくること

は少なくなったようにも思います。伊藤 確かにレジデント側も、最初の2年ほどはローテーションの意義を実感しているのですが、現在のように3年目にも2科は選ばなければならないことには異論もあり、1科に絞って勉強したいという希望は出ていました。奥坂 そうした声は、レジデント教育を担当する「内科・内科系 Resident Committee」にも届いていて、今後は3年目は純粋にレジデントの希望する診療科(1科なら1科)で研修できるように調整を進めています。

堀之内 専門性をより高めるという点では、3年間の研修後の上積み想定した、チーフレジデント(がん専門修練医)という制度も以前からあります。チーフレジデントの時期は原則的に1つの診療科に特化し、2年の研修期間の前半は臨床を、後半は研究など本人の希望に沿った研修内容で、さらに高い専門性をめざす仕組みです(図1)。

研修における課題としては、ほかにどんなことが挙げられるのでしょうか。

奥坂 化学療法の実施場所が入院から外来(通院治療)主体に変わるなか、いかに外来教育を行っていくかという点です。

倉田 大学も同じ問題を抱えています。伊藤 私が研修していたときも、外来研修の希望は強くありました。1か月の外来研修期間はあるものの、各科目替わりで、初診の対応が主体でしたので、外来での患者さんの経過や、どのようにセカンドラインを導入するのか、そうしたことを継続的に勉強する機会がほしかったです。

堀之内 当院でもいまや化学療法の約6-7割が外来で行われています。つまり、レジデントが学ぶべき内容も外来に比重が移りつつあり、病棟研修中心の研修制度では限界が出てきているわけです。がんの領域以外でも問題化していることですが、この点についても改善に向けた検討を始めています。

「がんプロフェッショナル養成プラン」の進展と課題

堀之内 では、大学におけるがん教育はどのように発展してきたのでしょうか。近畿大では、腫瘍内科学講座がかなり早く設置されたと聞いております。

倉田 本学に腫瘍内科ができたのは2002年です。“血液腫瘍内科”という科はそれまでも存在していましたが、腫瘍内科と標榜したのは日本で初めてだと自負しています。

堀之内 逆に、それまで大学に腫瘍内科が設置されなかったのはなぜなのでしょう。

倉田 国家試験等のカリキュラムに腫瘍内科学が入っておらず、診療科としてなかなか認められていないことが大きいですね。私立大学は、独自性を追求する観点から比較的フットワーク軽く腫瘍内科の設置にも取り組めたので

すが、腫瘍内科がある国公立大学は、まだまだ少ないのが現状です。

堀之内 その後、大学では、2007年に策定された「がん対策推進基本計画」のもと、「がんプロフェッショナル養成プラン」(以下、「がんプロ」)が開始されました。

倉田 はい。本学は「6大学連携オンコロジーチーム養成プラン」(阪市大、近畿大、阪府大、神戸大、兵庫医大、神戸市看護大)に加わっており(図2、3面)、プラン全体では、医師と薬剤師、医学物理士、看護師を合わせて91人の大学院生がいます。多様な職種が学んでいますので、チーム医療を積極的に推進できることは大きなメリットだと思います。

堀之内 各医局・講座のなかで個別にがんについて学ぶ縦割り式ではなく、横断的にがんを学ぶ教育カリキュラムで人を集められるようになったのは、大きな進歩ですね。

倉田 そうですね。「共通特論」という独自のカリキュラムを作り、毎週土曜日に大学院生を集め、1年にわたって講義を行うなど、さまざまな工夫をした結果だと思っています。

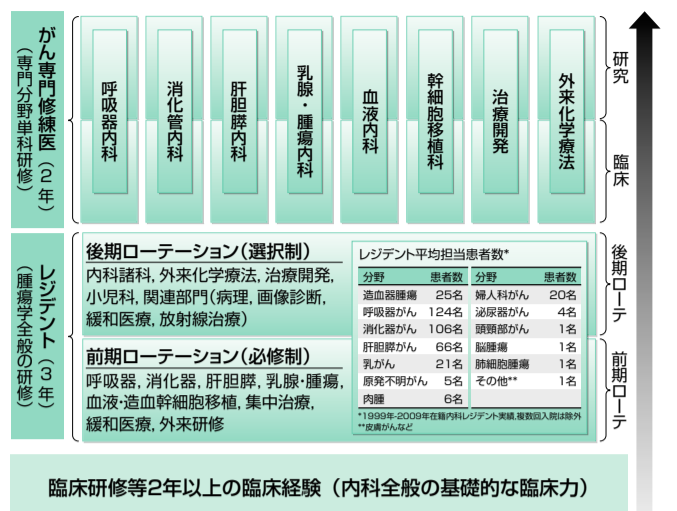
奥坂 われわれにも参考になるお話です。逆に、「がんプロ」における課題とは、どのようなことでしょうか。

倉田 本学が「6大学連携オンコロジーチーム養成プラン」に加わっているように、「がんプロ」は全国の大学がいくつかのグループを作成し教育を実践しています。しかし、実はグループ間での取り組みにかなり温度差があるので、そこは大きな課題です。

また、「がんプロ」の最終目標は博士号と専門医、両方の取得です。研究を行い博士論文を書かなければなりませんし、専門医取得のために実地医療で患者を診なければなりません。この両者をバランスよく4年間で学び、実践していくことは大学院生および大学の教員にとって大きなハードルです。純然たる研究のみの大学院、あるいは臨床に集中できる病院と比べると、見ようによっては中途半端な制度ととられる可能性も危惧しています。

堀之内 「がんプロ」の5年間のプランで、現在、折り返し地点の3年目ですね。最終目標は、どこにあるのでしょうか。

倉田 全大学に腫瘍内科をつくることです。各大学に講座ができれば、もう「がんプロ」で教育を行う必要はないですから。その目標が達成されるまで



●図1 国立がん研究センターのレジデント・がん専門修練医制度 ※がん研究センターでの研修等についてのお問い合わせは E-mail: kikaku-resi@ml.res.ncc.go.jpへ

は、たとえ国の「がんプロ」の制度が打ち切られたとしても、活動を継続させなければなりません。このような観点から、現在グループ内で将来設計に関する検討を行っております。活動に必要な予算も検討事項の1つであり、できるだけ活動内容を削減せずに継続させるための資金繰りに関しても検討中です。本学の場合、「がんプロ」で学ぶ大学院生は助手という形で採用し、少ないながら給料も支払っていますが、一方で学費も納めてもらっています。わざわざ遠くから学びに来てくれている学生に、高額な学費を負担させずにすむようになれば理想的ですね。堀之内 当院でもレジデントの処遇は重要な課題でした。この4月から嘉山孝正先生が新理事長となり、いち早くレジデントの給与が適切な水準に引き上げられたのは、画期的な出来事だったと思います。

魅力を“刷り込む”機会を逃している？

堀之内 ここまで、がん研究センターでの研修と「がんプロ」、それぞれについてお話を伺ってきました。教育環境は徐々に整ってきているように思えたのですが、実際のところががんを学びたいという若い人たちは増えていると実感されますか。

倉田 初期研修後に腫瘍内科を専攻しようという研修医は、まだまだ少ないですね。

伊藤 やはり大学に臨床腫瘍学の講義自体がない場合が多く、所属先として学生や研修医に認識されていないように思います。

堀之内 山形大では、3年前に講座ができたと聞いています。

伊藤 はい。私が3人目の医局員です。現状では、学部学生への講義は“総合腫瘍学”として他科の先生方と共同で進めています。ただ、腫瘍内科単独の持ち時間は2時間のみという状況です。

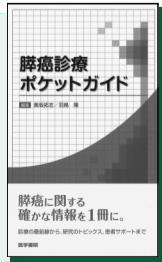
また、本学では“Cancer treatment board”と称し、各科が毎週時間帯を決

膵癌に関するあらゆる情報をコンパクトにまとめた書

膵癌診療ポケットガイド

日々、第一線で膵癌を診ている臨床医らがまとめた診療マニュアル。むずかしい診断のポイントやコツから、治療の適応の考え方、実際の治療の進め方、その他膵癌に関するあらゆる最新情報、患者サポートの知識までが、1冊で容易に手に入るよう工夫されている。膵癌は癌の死因別で第5位と、実に身近な癌である。ポケットにぜひ備えておきたいガイドブック。

編集 奥坂拓志 国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科医長 羽鳥隆 東京女子医科大学講師 消化器外科



聖路加国際病院のプレストセンターが総力を上げて企画編集

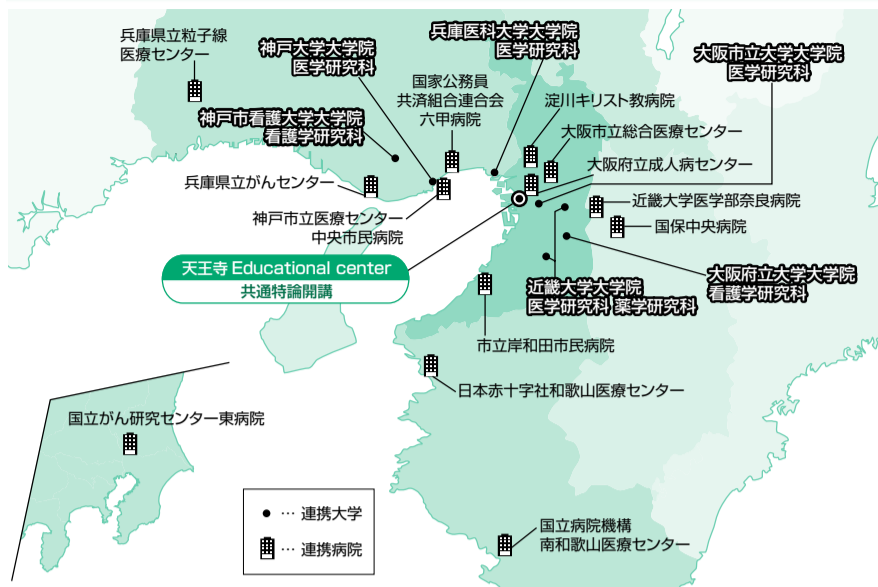
乳癌診療ポケットガイド

近年、わが国における乳癌罹患率は増加の一途をたどり、女性の癌罹患数の第1位、死亡数では第3位となり、まさにわが国の女性にとって最も深刻な疾病のひとつといえる。本書は、聖路加国際病院のプレストセンターが総力をあげて、将来乳癌の専門医をめざす若手医師や、癌医療に携わる看護師、薬剤師に向けて、乳癌の臨床に役立つ知識・新しい知見をコンパクトにまとめたマニュアルである。

編集 聖路加国際病院プレストセンター 責任編集 中村清吾 昭和大学教授・乳癌外科 聖路加国際病院乳癌外科非常勤嘱託 編集協力 山内英子 聖路加国際病院プレストセンター 中野絵里子 聖路加国際病院プレストセンター 梶浦由香 聖路加国際病院プレストセンター



座談会



●図2 6大学連携オンコロジチーム養成プラン

め、腫瘍内科と放射線治療部とを交えて治療方針を話し合う機会を設けています。そこには各科をローテートしている学生さんが必ず見学に来ますので、そこで興味を持ってこれればと思っています。しかし腫瘍内科自体には、学生はポリクリで半日来るだけです、研修医はまったくローテートしてきません。私が腫瘍内科の面白さを伝えようにも、チャンスがないんですね。

学生のうちに「刷りこみ」がないと、研修医になった後、腫瘍内科をめざしたり、「がんプロ」に参加する動機は生まれにくいと思います。

奥坂 まず学部教育において、どのように臨床腫瘍学を浸透させるか考えなければなりません。

倉田 おっしゃるとおりです。ただ本学のように、腫瘍内科講座が定着して卒業教育をある程度行っている、初期研修のローテーションで腫瘍内科が必修ではない場合は、皆やはり王道の消化器や呼吸器、循環器などを選んでしまいますね。学部教育で作った接点を、初期研修にも引き継ぐ努力も同時に必要です。

堀之内 腫瘍内科の魅力を「刷り込める」学生・研修医の期間を、今の状況だと逸してしまっているのです。これは目からウロコでした。

腫瘍内科医のキャリアデザイン

堀之内 学生や研修医が不安に思うこととしては、腫瘍内科を専攻した後、キャリアをどう積み重ねるのかイメージしにくい点があるかもしれません。

伊藤 腫瘍内科は一時のブームで終わってしまうのではないかと、講座を立ち上げて医局員が増えず、各科とのせめぎあい孤立するのではないかなど、少し不安な気持ちは確かにありました。

倉田 昔に比べると、ずいぶん状況はよくなったと思います。私が研修後一度大学に戻ったときには、がんセンター(当時)にいたときのような勉強や臨床試験をしたいと思っても、なかなか機会に恵まれなかったですから。

奥坂 ひと昔前は化学療法を専門にしていける人は少なかったのですが、現在では状況は変わっています。今、当院のレジデントを修了した先生方は、地域のがん診療連携拠点病院のスタッフ(30%)、大学病院のスタッフ(29%)、当院のがん専門修練医(14%)、その他大学院、留学そして当院のスタッフになるなど、全員ががん診療に携わっています。地域、それも地方に行けば行くほど、ジェネラルな腫瘍内科医の

がん教育が、もっと花開くために

堀之内 ここまでお話を伺って、若手へのがん教育については、もう一段階ブレイクスルーが必要な状況だとわかってきました。教育のさらなる活性化のため、必要となるのはどのようなことだと思われますか。

奥坂 まずは腫瘍内科の重要性を、若い人たちに認識してもらうための仕組みが要りますね。当院でも、学生や研修医を集めて毎年セミナーを開催するなど努力はしていますが、教育機関である大学のシステムそのものを、全国レベルで変革していくことが求められているように思います。

倉田 私の考えとしては2点あって、1点は「がんプロ」の目標でもありますが、腫瘍内科を各大学に設置して「拠り所」を作ること。もう1点は、腫瘍内科の医師が働く地域の病院を確立することです。どの病院でもがん治療を行っている現状から、ある程度病院の数を絞って腫瘍内科医を重点的に配置していけば、医師もキャリアプランが立てやすくなります。さらに、患者さんどこに行けば最も適切な治療が受けられるのか、わかりやすくなると思います。

伊藤 目標が達成され、腫瘍内科の講座ができたとして、臓器特異的な科との線引きはどのように行っていくべきでしょうか。この春から大学の腫瘍内科に在籍して、まさに身近な課題として意識しています。

倉田 確かに、従来の縦割りの牙城を

ニーズは高くなっています。
堀之内 現在、拠点病院は370ほどあり、臨床腫瘍学会の専門医は451人で、やっと1施設に1人の専門医の在籍が、数字の上で可能になった段階です。今後、大学での卒前教育、拠点病院以外の施設への浸透などを考えると、3000人以上の専門医が必要であると田村和夫先生(日本臨床腫瘍学会理事長)が試算しておられますから、まだまだ足りていません。

キャリアデザインという点ではもう1つ、ロールモデルとなる医師の存在も重要かもしれません。日本で「腫瘍内科医といえばこの人」という方はたくさんおられますが、身近に接する機会が多いとは言い難い状況です。

伊藤 確かに若い医師には、ロールモデルの存在は大きいかもしれませんね。
堀之内 複数の診療科を横断する分野であり、わが国で徐々に浸透してきている臨床感染症の分野では、「IDATEN」(日本感染症教育研究会)という研究会が行われています。例えばIDATENのように、ロールモデルとなる医師のもとに組織を超えた形で学生・若手医師が集まって切磋琢磨すれば、将来のキャリアについても何かしらヒントが見えてくるのではないのでしょうか。

崩すことは容易ではありませんね。

いろいろな施設を回って私が感じたのは、腫瘍内科を定着させるには、やはり病院、あるいは大学の上層部による強いバックアップが必須だということです。診療科同士がライバル視しあうのではなく、組織ぐるみで浸透を図ることが必要です。同時に、腫瘍内科サイドからも積極的にいかかわって、「腫瘍内科に任せてみよう」と思ってもらえるチャンスを増やしていくことも大切でしょうね。

奥坂 海外においても通常、腫瘍内科医は、ベースとなるオールラウンドな臨床腫瘍学に関する知識に加え、肺や乳腺などサブスペシャリティを持っています。ですから、「腫瘍内科」全般の知識をベースにして、1つもしくは複数の専門領域も学べるような教育制度を構築していくことが大切だと思います。そうすることによって、他の診

療科の医師にとっても依頼がしやすくなります。
倉田 私もその意見に賛成です。「彼は腫瘍内科医だけど、特に肝胆脾に詳しいよ」と言われるようなサブスペシャリティを持てる教育を、システムとして根付かせてほしい。本学でも、腫瘍内科の内部で「彼は頭頸部担当」などと決めています。

奥坂 一方で、研修施設や大学において、症例数や指導医の面で得意ながん種・手薄ながん種があった場合、そこで学ぶ医師の経験も偏ってしまうことがあります。そうした際に、がん種を問わず豊富な症例とスペシャリストがそろっている当院とコラボレートした研修カリキュラムが設定できると、不足している経験を補うことも可能かもしれません。教育機関としての大学などから学べることも多々あると思いますので、コラボレートは双方にとってメリットを生むのではないのでしょうか。

堀之内 当院の特徴として、がん医療のリーダーシップを担う人材を育てるという役割もあります。適切ながん医療の普及＝「均てん化」もさることながら、リーダーの育成という特異な役割についても常に意識した研修プログラムを提供したいですね。

奥坂 確かに、それは独立行政法人化にあたり当院の目標にもなっています。

堀之内 がんのプロフェッショナル、すなわち、がんの種類にかかわらず幅広い知識を持ち、適切な医療を提供する腫瘍内科医へのニーズが増大していることは間違いなく、それに応える優れた教育・研修プログラムが整備されなければなりません。

「がんプロ」が継続的に実施され、1つでも多くの腫瘍内科講座設置につながり、多くの学生・研修医に臨床腫瘍学の魅力を伝え、腫瘍内科医が輩出されることを期待したいと思います。一方、がん研究センターでは、豊富な症例数や臨床試験数など、長年積み重ねてきた実績を活かし、日本全体のがん医療を底上げするとともに、今後のがん医療を牽引できる腫瘍内科医の育成も重要な課題になります。

いまや医学的にも、社会的にも最も関心の高いCommon diseaseとなったがんの患者さんのために、より多くの腫瘍内科医——がんのプロフェッショナルの誕生を期待します。(了)

◎定評あるマニュアル、待望の全面改訂版! **新刊**

がん診療 レジデントマニュアル

第5版

編集 国立がん研究センター内科レジデント

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。①practical(実際の)、②concise(簡潔明瞭)、③up 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人ががんに罹患する時代、がんに関わる多くの臨床医、看護師、薬剤師、必携の書。

●B6変 頁496 2010年 定価4,200円 (本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01018-4]

医学書院

待望の改訂版、充実の実践書

内科レジデントマニュアル 第7版 **新刊**

「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ある記載がされ、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ビ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。

編集 聖路加国際病院内科レジデント

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

Controversial

コモンディーズの診療において議論のあるトピックスを、Pros and Cons (賛否) にかけて解説し、実際の診療場面での考え方も提示します。

柳 秀高

東海大学医学部講師・内科学系総合内科

Profile / 1994年東大医学部卒。東大病院、公立昭和病院、虎の門病院、亀田総合病院、沖縄県立中部病院などで内科、救急医学、腎臓内科、呼吸器内科などを研修。2001年東海大総合内科立ち上げに参加。05年米国Wake Forest大感染症科臨床フェロー。08年より現職。

敗血症性ショックの初期治療はカルバペネム+バンコマイシンで良いか?

敗血症の治療は時間との戦いである。適切な抗菌薬の開始が遅れると生存率は刻一刻と低下する(図)¹⁾。敗血症のガイドラインでは1時間以内に必要な培養を提出した後で、十分広域な抗菌薬を開始することを推奨している²⁾。

しかしながら、中心静脈ラインや動脈圧ラインを挿入し、必要に応じて気管挿管し、適切な輸液、血管収縮薬、輸血、陽性変力作用薬を投与しながら、病歴聴取と身体診察、検査などから感染巣を推定し、可能ならばグラム染色も行った上で、1時間以内に適切な抗菌薬を選択することは至難の業である。さらに、近年ではMRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)や緑膿菌、ESBL(extended-spectrum β-lactamase)産生腸内細菌などによる重症感染症も増加してきており、この作業をさらに困難なものにしている³⁾。一方で、耐性菌の増加に対しては院内感染コントロールのみならず、抗菌薬の適正使用を推進する必要性も年々大きくなってきている^{3,4)}。

求められる初期治療

敗血症性ショックの初期治療は、広域なカルバペネム+バンコマイシンの組み合わせで開始し、培養結果がわかってからde-escalationすれば良いだろうか。

忙しい救急・集中治療領域では、カルバペネム+バンコマイシンであればとりあえずは臨床的に重要な細菌の大部分をカバーできることから、重症敗血症や敗血症性ショックのほぼ全例で使う、という極論もあるようだ。一方で、感染臓器や起原菌を推定し、グラム染色などでなるべく微生物を詰めてから、必要十分なスペクトラムを持った抗菌薬を選択する、というオーソドックスな意見も認められる。

Pros

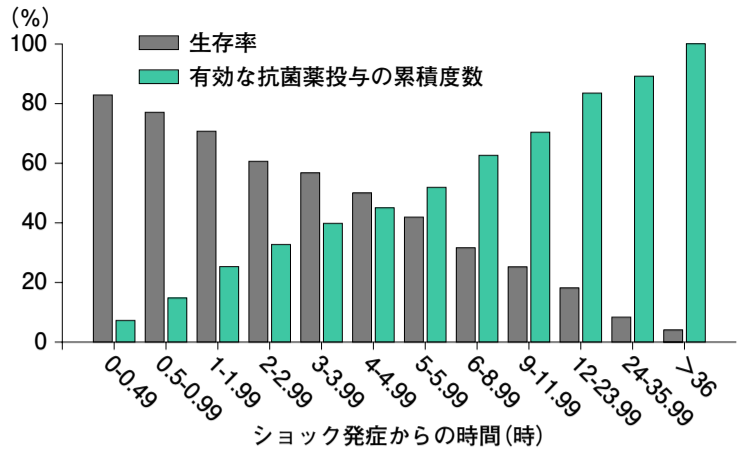
敗血症性ショックへの初期抗菌薬投与は生命予後に直結するため、近年の耐性菌の増加を考えると広域にならざるを得ないだろう。ガイドラインも「広

域抗菌薬」を推奨している²⁾。MRSAや耐性グラム陰性桿菌などをカバーするためにカルバペネム+バンコマイシンで始めても、血液培養最低2セット以上を含めて適切な検体を培養に供するので、培養結果に基づいてde-escalationをきちんと行えば問題はない。

救急・集中治療領域では感染症専門医にすぐアクセスできない環境も多く、呼吸循環不全への対処などで抗菌薬の選択について十分な時間が割けないこともあり、患者の安全を考えればなるべく広域なカルバペネム+バンコマイシンが選択されるべきである。

Cons

一口に敗血症といっても、当然感染巣はさまざまである。免疫抑制剤とステロイドを服用中の腎移植後の患者が壊死性筋膜炎で敗血症性ショックになっている場合は、特に過去に耐性グラム陰性桿菌やMRSAの感染歴や定着を認めれば「カルバペネム+バンコマイシン」の組み合わせは適切であろう(クリンダマイシンも蛋白合成阻害の



●図 有効な抗菌薬が開始されるまでの時間と生存率の関係¹⁾

目的で加えるかもしれない)。

しかし一方で、生来健康な高齢者で病院受診歴がない人が尿路感染、敗血症性ショックで搬送され、尿のグラム染色でグラム陰性桿菌が認められる場合も同じ組み合わせで良いだろうか? もしこれに違和感を覚えないならそれこそ異常である。百歩譲って、その医療施設でESBL産生大腸菌が高頻度で認められるので、ショックを離脱するまではカルバペネムを入れておきたい、というのは良いかもしれないが、バンコマイシンを必要とする理由はない。

つまり、病歴(市中感染 vs. 医療施設関連感染、患者の免疫状態を含む)、身体所見、一般検査(過去の培養結果を含む)、画像所見から感染臓器、起原菌を推定し、グラム染色でさらに絞り込んだ上で、敗血症性ショックという後がない状況と自施設でのローカルファクターを考慮して、十分なスペクトラムを持った抗菌薬を選択するのが常道である^{1,2)}。これを疑問視するのは、「どうして医療現場では病歴と身体所見を取らなければいけないのですか? その根拠は?」と、問うているのと同レベルである。

私はこう考える

私はConsを支持する。感染症の専門性があまり高くない救急、集中治療施設では、「カルバペネム+バンコマイシンの組み合わせを基本レジメンとして決めておいたほうが安全では?」という意見も一部あるようだが、これは必ずしも最善とは言えない。

カルバペネムの使用量が多い施設では、緑膿菌のエンピリックなカバーにカルバペネムの信頼性が高くはないこともあり、個々の施設でのローカルファクターを把握することは非常に重要である。また、グラム陰性桿菌のカバーには、βラクタムに加えてシプロフロキサシンなどのキノロンを加えたほうが良いのか、トブラマイシンが良いのか、あるいはアミカシンでなければいけないのか、なども考えておく必要がある。

また、基本的に「この組み合わせで」と決めてしまうと、当たり前のことだが「敗血症」という病態の診断までできて、それ以上の確定診断に至らう

とする努力が行われなくなる。その結果、非定型肺炎、リケッチア、マラリアなど、この組み合わせではカバーできない感染症や疾患に足元をすくわれたり、壊死性筋膜炎や急性化膿性胆管炎などドレナージやデブリードマンが必要な病態を見逃す可能性もあるだろう。

さらに、感染症に少しでも携わる人(ほとんどすべての医師に抗菌薬を処方する機会があるだろう)が認識すべき事実は、抗菌薬は使えば使うほど効かなくなる、ということである。降圧薬は多くの人に処方した結果、次の人の血圧を下げられないかもしれないということはない。しかし、抗菌薬ではこれが起こるのである。目の前の患者を救うことと同時に、将来の患者や広域抗菌薬の使用量増加で「汚染」され耐性菌の増加した「医療環境」のことも考える必要がある。現在、カルバペネムが無効なクレブシエラや、カルバペネムはもちろんポリミキシンBやコリスチンも無効なアシネトバクター、緑膿菌が報告されているにもかかわらず、これらに有効な薬剤を探索する手段が枯渇してきている現状⁵⁾をよく認識すべきである。

もちろん敗血症性ショックでは後がないので、目の前の患者を救うことが重要であることは論をまたない。繰り返しになるが、呼吸循環状態を改善させながら、1時間以内に感染臓器と起原菌の想定を行い、患者の免疫状態、ローカルファクターなどを考慮し、十分なスペクトラムを持つ抗菌薬レジメンを投与するという常識的な方法を選択したい。

重要文献

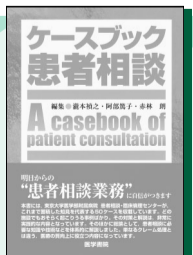
- 1 Kumar A. Optimizing antimicrobial therapy in sepsis and septic shock. Crit Care Clin. 2009; 25(4): 733-51.
- 2 Dellinger RP, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. Crit Care Med. 2008; 36(1): 296-327.
- 3 Siegel JD, et al. Management of Multidrug-Resistant Organisms in Healthcare Settings, 2006. Health care Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/ar/mdroGuideline2006.pdf>
- 4 Dellit TH, et al. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. Clin Infect Dis. 2007; 44(2): 159-77.
- 5 Boucher HW, et al. Bad bugs, no drugs: no ES-KAPE! An update from the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2009; 48(1): 1-12.

明日からの患者相談業務に自信がつかます

ケースブック患者相談

東京大学医学部附属病院患者相談・臨床倫理センターが、これまで蓄積した患者相談のケースを参考にしつつ、新たに構成しなおした50ケースを収載した。それぞれ、その対処方法について解説しているが、単なる対応マニュアル的なものとは異なり、相談やクレームは、医療の質向上につながる貴重な指摘であるということが伝わる内容となっている。

編集 瀧本 禎之
 東大附属病院患者相談・臨床倫理センター副センター長
 東大附属病院心臓内科・特任講師
 阿部 篤子
 東大附属病院患者相談・臨床倫理センター副センター長
 赤林 朗
 東大教授・医療倫理学



『ティアニー先生の診断アプローチ』開催のお知らせ

医学書院 主催

公開症例
検討会

「診断の達人」「鑑別診断の神様」と呼ばれてい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」を実施します。

開催期日... 2010年11月14日(日) 13:30~18:00(懇親会含む)

会場... 医学書院 本社2階

セミナータイトル... 公開症例検討会『ティアニー先生の診断アプローチ』

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)

通訳・コメンテーター... 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)

松村正巳 先生(金沢大学医薬保健研究域医学系医学教育研究センター リウマチ・膠原病内科)

対象... 医学部5、6年生と研修医

定員... 100名

参加費... 詳細は追ってお知らせ致します。

プログラム(予定)

13:30~13:40

13:40~15:10

15:10~15:30

15:30~16:30

16:30~18:00

ご挨拶および講師&コメンテーター紹介
症例検討:『ティアニー先生の診断アプローチ』
(症例提示:松村正巳先生、講師:ティアニー先生、
通訳兼コメンテーター:青木眞先生)

休憩

講演:『ティアニー先生のお宝パール』

(講師:ティアニー先生、
通訳兼コメンテーター:青木眞先生、松村正巳先生)

懇親会

お申し込み... 2010年9月上旬より受付開始予定。

(詳細は後日『週刊医学界新聞』紙面および
医学書院 Web 上でご案内いたします。)

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。サンフランシスコVAメディカルセンターで学生・レジデントの教育、臨床に従事する。卓越した診断能力と指導力で知られ、2007年にはNIH(米国国立衛生研究所)に「Great Teacher」として招聘された。病歴と鑑別診断の重要性を強調し、ときにユーモアを交え行われるティアニー氏の講義は世界中で絶大な人気を誇る。2008年には、日本の医学生・研修医のために『ティアニー先生の診断入門』(医学書院刊)を出版し、その優れた内容が絶賛された。

寄稿

高齢者のためのアートとサイエンス

老年医学を学ぼう

大蔵 暢 医療法人社団愛和会 馬事公苑クリニック

〔症例〕 82歳の高齢女性である鈴木さん(仮名)は糖尿病やパーキンソン病、腰痛、慢性心不全を長年患っているため、内科・整形外科など4診療科に通院し合計15種類の薬を服用している。時々出現するめまいと日々の夜間頻尿に悩まされ、また最近ひどくなっている物忘れを心配している。杖歩行で月に2-3回転倒するが、幸運にも今まで骨折したことはない。近所にも一人息子の家族が住んでいるが、最近顔を見せなくなったことに「避けられているのでは?」と心配している。アパートでひとり暮らしをしており、少ない年金からの医療費への出費は少なく、金銭面での将来の不安も大きい。

上記は典型的な虚弱高齢者の一例であり、適切にマネジメントするには内科疾患のみならず、認知機能やうつ症状、膀胱機能など他科の知識も必要となる。また医学的アプローチのみならず、介護や心理社会的アプローチなど他の社会的リソースを利用する必要性も明らかである。本稿では、こうした虚弱高齢者の診療をIdentityとする老年医学を紹介し、今後の日本の高齢者医療について考えたい。

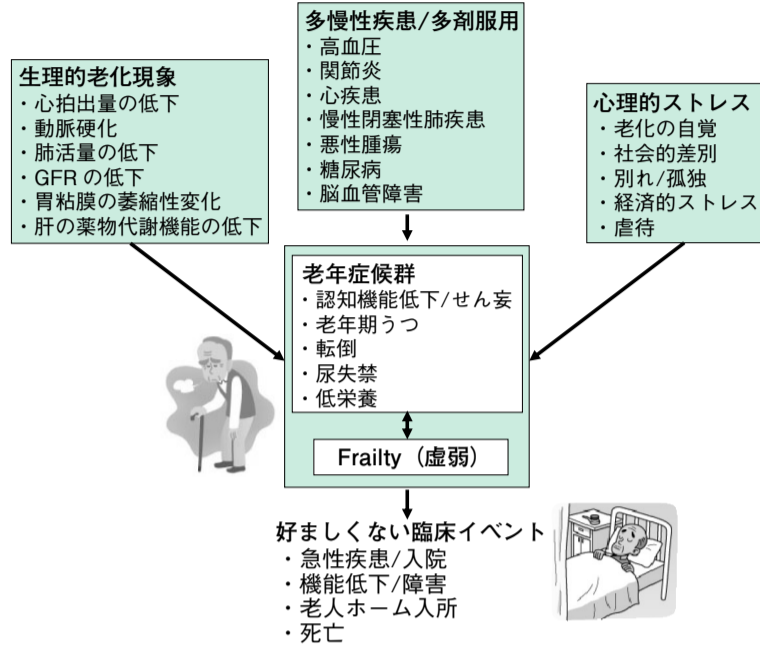
世界一の高齢化社会日本

現在世界は人類がいまだかつて経験したことのない高齢化社会に直面し、日本はその最前線に立っている。人口統計上では、2005年に20%を超えた65歳以上の老年人口は2025年には25%に到達すると推測されているが、既に現時点で地域の医療機関は高齢患者であふれかえっている。

医療需要の高い虚弱高齢者が今後さらに増加していくのは自明の事実であり、その増大する社会的要求に日本の医療界、社会がいかに対応していくかを世界がかたずをのんで注目している。筆者が留学していた米国でも高齢者医療が日々話題に上がり、日本の医療皆保険制度や介護保険、高齢者医療の現状や将来についての関心は非常に高かった。

GIMでのIdentity Crisis

筆者は1995年に大学を卒業後、日本にて内科研修を行った。当時はそれまでの臓器中心で患者不在の医療への反省から全人的医療の概念が流行し、臓器にとらわれず全人的に診ることをうたった総合内科/総合診療科(General Internal Medicine; GIM)が台頭し



●図 虚弱化をもたらす要因とその影響

ていた。筆者自身も総合内科医をめざし、内科学を包括的に勉強することを心がけ、EBMを勉強した。

しかし診察室で血圧測定し、聴診をして、血液検査を行って、こちらが内科的には完璧な診療をしたと思っても、なにか満たされないような表情で診察室から出ていく高齢患者とその家族の後ろ姿がいつのころからか気になっていた。また、臓器専門医からの「何ひとつ専門的に診られないじゃないか」と言わんばかりの冷やかな視線も気になる日々が続いていた。診療や教育、研究のどこにも専門性を発揮できず、総合内科医としてのIdentity Crisisにどんどん陥っていく自分に気付いた。

転機が訪れたのは渡米して6年ほど経った後、ミシガン大学にて老年医学を学んだときだった。それまで高齢者を部分的、断片的にしか診ていなかった自分が、包括的に評価することによって高齢者の虚弱化をもたらす多くの原因を明らかにし、複雑に絡みついた糸(問題点)を解きほぐすことに快感を覚えるようになった。それまで「診察は煩雑だし、どうせよくならないし」と高齢者の診療に興味を持てなかった自分が、虚弱高齢者の限られた余命での虚弱度やQOLの改善に情熱を傾けるようになった(一方で困っていることは、若年者の診療が少々退屈に思えるようになったことである)。

高齢者の身体的特徴と老年医学

高齢者は生理的な老化に加え、糖尿

病や心臓病などの慢性疾患、認知機能低下、老年期うつなどの高齢者特有の病態(老年症候群)、社会的ストレスなどで虚弱度が増加(健康度が低下)する(図)。虚弱度が高くなると、肺炎や尿路感染症などの急性疾患や転倒・骨折などの事故に遭いやすくなり、そこからの回復も遅れる。また虚弱高齢者は、検査や治療などの医学的介入に際しての合併症、薬物の副作用や相互作用など負の影響を受けやすい。

虚弱高齢者を各臓器の専門医で併診しようとするれば、その人数や服用薬剤、検査量はあつという間に膨れ上がり、前述の理由から不要な損害を被る可能性は高くなる。虚弱高齢者の診療こそ総合診療思想が最もよく適合する。ここでは高齢者診療に長けた総合医が多くの問題点を整理し、それぞれの重要性と優先度を判断し適切な医療介入が適切な時期に行われるのである。高齢者医療こそが「現代と将来の総合診療」なのである。

老年医学は一つの臓器に偏ることなく、また臓器機能だけでなく身体機能を含めた人間全体を包括的に評価し、服用薬物の整理をはじめとする適切な医療行為によって、虚弱度を進行防止・改善することを目的としている。適切な慢性疾患管理は虚弱化を防止する重要な要素のひとつであるが、ほかにも多くの問題があり、内科的なアプローチのみでは高齢者の問題を理解、解決することは難しい。老年医学は生理的老化や老年症候群(認知症、老年期うつ、転倒など)、高齢者の心理社会的側面も扱い、その守備範囲は広い。



●大蔵暢氏

1995年富山医科薬科大(現富山大)卒。王子生協病院、聖路加国際病院などでの内科・総合診療研修の後、2001年より渡米。シアトル市にてワシントン大ヘルスサービス科修士課程、同市バージニアメイソン医療センターにて内科研修終了後、ミシガン大にて老年医学を学ぶ。09年からは東京都世田谷区にある馬事公苑クリニックにて、老人ホーム入居者の健康管理をしながら理想の高齢者地域医療システムの構築をめざしている。米国内科・老年医学専門医、米国公衆衛生学修士。本稿への感想やご意見、質問などは、t-ohkura@t3.rim.or.jpまで。

冒頭の症例では、いわゆる包括的高齢者評価(Comprehensive Geriatric Assessment)を行い、何が問題か、どこに介入できるかをアセスメントする必要がある。服用薬剤がめまいや認知機能低下、転倒と関係していることが多いため、そのレビューは必須である。また、認知機能低下や被害妄想、不定愁訴は老年期うつ(老年うつ)の症状であることが多く、疑ったら薬物治療も含め検討する。転倒・骨折の増悪因子の除去、防止策を検討し、日常生活機能障害と介護保険上の介護度、サービス量の整合性も評価する。可能であれば、本人や家族と虚弱度が今後進行したときの対応についてできるだけ早期に相談しておくべきである。高齢者の診療は時間と手間がかかるのである。

理想の老年科医は、広範な知識を活用しながら、高齢者の多様な問題を解決していくために協調性やリーダーシップを発揮して多職種によるチーム医療を実践する。そして研ぎ澄まされた診察技術、EBMを基盤とした臨床推論能力、決断分析能力などのサイエンスと、患者や家族との信頼関係を築く高いコミュニケーション能力や倫理観、哲学といったアートの部分との卓越したバランス感覚を持っている。

すべての医師が老年医学の知識を

今後も未曾有の高齢化社会を突き進む日本では、医療機関を訪れる高齢者の割合はさらに増加する。高齢者の診療に苦手意識を持っていると、日々の診療生活での充実感さらには得られにくくなる時代になる。

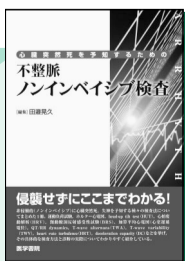
老年医学の知識は何も老年科医だけのものではない。小児科と産科以外のすべての診療科医師が、自信を持って楽しく高齢者(特に虚弱高齢者)の診療を行うための有用なツールとなり得る。そしてその普及が、現在世界一長い老後を享受している日本人がさらに長く質の高い余命を謳歌できるようになるための、効果的な一打になると確信している。

非侵襲的に心臓突然死・失神を予知する種々の検査法と診断を紹介

心臓突然死を予知するための不整脈ノンインベシブ検査

非侵襲的(ノンインベシブ)に心臓突然死、失神を予知する種々の検査法についてまとめた1冊。運動負荷試験、ホルター心電図、Head-Up Tilt Test、心拍変動解析(HRV)、頸動脈洞反射感受性試験(BRS)、加算平均心電図(心室遅延電位)、QT/RR dynamics、T-wave alternans (TWA)、T-wave variability (TWV)、Heart Rate Turbulence (HRT)、Deceleration Capacity (DC)などを挙げ、その具体的な検査方法と診断の実際についてわかりやすく紹介している。

編集 田邊晃久 東海大学教授



鑑別チャートと方剤関連図で漢方製剤がよくわかる

実践 漢方ガイド 日常診療に活かすエキス製剤の使い方

本書では西洋医学的鑑別診断チャートのなかに、使える・効く漢方薬を位置づけたことで、処方選択の幅を広げることが可能となった。また、漢方エキス製剤を関連図で示し、<からだを温める・冷やす>方剤の性質も一目で判明。患者の漢方薬ニーズが高まっている今日、医師・薬剤師にとってプラクティカルな漢方製剤ガイド。

監修 中野 哲 大垣女子短期大学学長 元大垣市民病院院長 森 博美 大垣市民病院薬剤部副科長



連載 臨床医学航海術

田中 和豊 (済生会福岡総合病院臨床教育部部長)

臨床医学は大きな海に例えることができる。その海を航海することは至難の業である。吹きすさぶ嵐、荒れ狂う波、轟く雷……その航路は決して穏やかではない。そしてさらに現在この大海原には大きな変革が起こっている。この連載では、現在この大海原に起こっている変革を解説し、それに対して医学生や研修医はどのような準備をすれば、より安全に臨床医学の大海を航海できるのかを示したい。

第54回 医学生へのアドバイス(38)

前回は「人の話を聞かない」ことで起きる問題について述べた。今回は「聴覚理解力一きく」の最後に当たって、「訊く」ことについて述べる。

聴覚理解力一きく⑨

「訊く」とは「尋ねる」ことである。この「訊く」ことを考えるために、有名な『徒然草』のある一段を読んでみよう。

『徒然草』第52段

仁和寺(にんなじ)にある法師、年よるまで、石清水(いはしみず)を拝ざりければ、心うく覚えて、ある時思ひ立ちて、ただひとりかちより詣でけり。極楽寺・高良(かうら)などを拝みて、かばかりと心得て帰りにけり。さて、かたへの人にあひて、「年比(としごろ)思ひ

つること、果たし侍りぬ。聞きしにも過ぎて、尊くこそおはしけれ。そも、参りたる人ごとに山へのぼりしは、何事かありけん、ゆかしかりしかど、神へ参ることこそ本意(ほんい)なれと思ひて、山までは見ず」とぞ言ひける。

少しのことにも、先達(せんだち)はあらまほしき事なり。

(参考文献1より引用。現代語訳も同様)

久しぶりに古文を読んで意味がわからないところもあるので、以下に現代語訳も示す。

仁和寺にいる僧が、年をとるまで石清水八幡宮にお参りしたことがなかったの、情けないと思って、あるとき、思い立って、たった一人、徒歩で参拝したのだった。麓の極楽寺や高良大明神などを

拜んで、これだけのものと思ひ込んで帰ってしまった。さて、傍輩の人に向かって、「長年の間、思っていたことを、しとげました。聞いていたものにもまさって、まことに尊くあられました。それにしても、参拝している人々が、誰もかれもみな山へ登ったのは、何事があったのでしょうか。いぶかしく知りたかったのですが、八幡宮へ参拝するのこそが目的であると思って、山の上まで見ませんでした」と言った。

ちょっとしたことにも、その道の先導役は、あってほしいものである。

おそらく誰もが高校の古文の授業で読んだ文章である。この話は、仁和寺の法師が、初めて石清水八幡宮を参拝するときに、何の下調べもせずに案内人なしで訪問して、麓にある極楽寺や高良社を石清水八幡宮だと勘違いして、本来参拝するはずの石清水八幡宮に参拝することなく帰って来てしまったというお話である。この話を聞いて、徒然草の作者である兼好法師は、「ちょっとしたことにも案内人が必要だ」と結んでいる。

しかし、仁和寺の法師が石清水八幡宮にたどり着けなかった理由は、それだけだろうか? 仁和寺の法師は、参詣していた人々が皆山に登っているのを見て、そのまま帰ってきた。すなわち、仁和寺の法師は参詣する人々が皆山に登っているのを見てそれを疑問に思ったが、「山の上に何事があるのだろうか?」という疑問を抱くだけで終わらせてしまったのである。最も大きな要因は仁和寺の法師に案内人がいなかったことではなく、この点にあったのではなからうか? 彼が、せっかく石清水八幡宮を訪れて本来の目的である石清水八幡宮を参拝することなく終わるといふ不本意な結果を招きたくなかったのならば、そこで山に参詣する人にひと言訊けばよかったのである。「私はこの場所に不案内なのですが、みなさんが山に登っているのは何か理由がおりなのですか?」などと、ひと言恥を忍んで訊けばよかったのである。

「道がわからないなら、近くの人に訊く」ことは古今東西の不文律である。確かに道を尋ねた人の中にはその道を知っていてもあえて教えない人もいるかもしれない。しかし、何人かに道を尋ねれば普通誰かは無料で教えてくれるはずである。もちろん、中には情報

人間としての基礎的技能

- ①読解力一読む
- ②記述力一書く
- ③視覚認識力一みる
- ④聴覚理解力一きく
- ⑤言語発表力一話す, プレゼンテーション力
- ⑥論理的思考能力一考える
- ⑦英語力
- ⑧体力
- ⑨芸術的感性一感じる
- ⑩コンピュータ力
- ⑪生活力
- ⑫心

料としてお金を要求する人もいるかもしれない。そのときは交渉すればよいのだ!

兼好法師はこの仁和寺の法師の問題に対して「案内人がいればよかった」という一つの結論しか書いていない。しかし、この問題の解決策はこれ一つではないはずである。この答え以外にも、旅行は突発的にしないで事前に十分に情報を集めるなど、もっと対処方法があったはずだ。解決策を一つしか示さないのは、問題に対する完全な考察不足である。

評論家の小林秀雄は彼の著作『徒然草』の中で、兼好法師を「彼には常に物が見えてゐる、人間が見えてゐる、見え過ぎてゐる、どんな思想も意見も彼を動かすに足りぬ」と批評家として絶賛している(参考文献2)。しかし、このような問題の考察不足を考えると、兼好法師は『徒然草』の有名な冒頭の言葉にあるように『徒然草』を本当に単に思ったとおりに気ままに書いただけで、それを後世の人々が勝手に達人の名著と祀り上げているだけなのではないかと思えてしまう。

こんな話を聞くと「何をばかのことを真剣に論じているんだ!」と笑って噴き出す人もいるかもしれない。しかし、医療現場でも同様のことが日常茶飯事なのだ! この医療現場で「訊く」ことについては次回に考えることにする。

参考文献:

- 1) 吉田兼好. 徒然草第52段. 神田秀夫, 安良岡康作, 永積安明訳. 新編日本古典文学全集44—方丈記, 徒然草, 正法眼蔵随聞記, 歎異抄. 小学館, 1995.
- 2) 小林秀雄. 小林秀雄全集(第7巻)歴史と文学・無常といふ事収載・徒然草. 新潮社, 2001.



イラストレーション: 高野美奈

7 medicina

Vol.47 No.7 高血圧診療 わかっていること・わからないこと

高血圧領域では多くの大規模臨床研究が行われており、降圧薬についてもエビデンスが蓄積されている。しかし実際の臨床現場では、さまざまな理由により必ずしも臨床研究での結果をそのまま反映できるわけではない。本特集では、「エビデンスを診療に生かすことの困難さ」とその理由を明確にし、現時点でわかっていることとわからないことをはっきりさせたいうえで、エビデンスをどのように診療に生かせばよいかを明らかにする。

INDEX

- I. 観察研究と介入試験からの最新のエビデンスとその限界
- II. 指標やバイオマーカーの妥当性と診療への応用
- III. 診療に役立つ病態生理の基本を理解しよう
- IV. 降圧薬について本当のところを知り、使い方を理解しよう
- V. 一筋縄ではいかない高血圧診療

▶ 来月の主題 (Vol.47 No.8)

呼吸不全の診療

▶ 2009年増刊号 (Vol.46 No.12)

CT・MRIアトラスUpdate

正常解剖と読影のポイント

連載

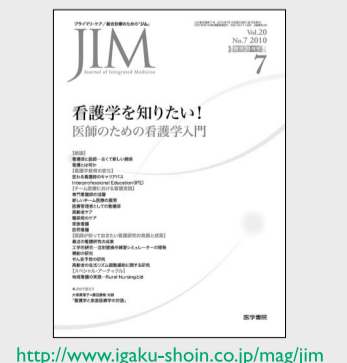
- 研修おたく海を渡る
- 手を見て気づく内科疾患
- The M&M reports 見逃し症例に学ぶ内科ERの鉄則
- 外来診療に差をつけるコミュニケーションスキル
- 目でみるトレーニング
- 呼吸器科×アレルギー・膠原病科 合同カンファレンス
- 今日の処方と明日の医学

● 1部定価 2,520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!



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



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/jim>

プライマリ・ケア/総合診療のための「JIM」

JIM

Journal of Integrated Medicine

創刊20周年

Vol.20 No.7

特集

看護学を知りたい! 医師のための看護学入門

責任編集
大塚眞理子
(埼玉医科大学保健医療福祉学部看護学科)
藤沼康樹
(日生協医療部会家庭医療学開発センター)

医学部卒前教育のなかでは、看護学の理論体系や研究成果、看護実践についてはほとんど教えられない機会がありません。また、医師には看護学の研究成果はあまり知られておらず、医師がそれらを活用することも少ないのが現状です。医療現場で多職種とのチーム医療が叫ばれるなか、近年の卒前教育では、Interprofessional Educationの考え方が導入され成果を上げています。本特集は、看護学の理論・教育・研究・実践などについての最新の考え方を示し、医師との真のパートナーシップの形成に資することをねらいとしています。

INDEX

- 【総論】 看護師と医師—古くて新しい関係(野口美和子)、看護とは何か(和住淑子)
- 【看護学教育の変化】 変わる看護師のキャリアパス(石井邦子)、Interprofessional Education (IPE) (大塚眞理子)
- 【チーム医療における看護実践】 専門看護師の活躍(中村伸枝)、新しいチーム医療の展開(花出正美)、医療管理者としての看護師(渡邊千登世)、高齢者ケア(湯浅美千代)、糖尿病のケア(黒田久美子)、家族看護(山本和子)、訪問看護(石橋みゆき)
- 【医師が知っておきたい看護研究の発展と成果】 最近の看護研究の成果(酒井郁子)、工学的研究—注射器操作練習シミュレーターの開発(國澤尚子)、褥瘡の研究(永野みどり)、せん妄予防の研究(綿貫成明)、高齢者の生活リズム調整援助に関する研究(飯田貴映子・酒井郁子)
- 【ミニレクチャー】 地域看護の実践—Rural Nursing とは(春山早苗)
- 【JIMで語ろう】 看護学と家庭医療学の対話(大塚眞理子・藤沼康樹)

▶ 来月の特集 (Vol.20 No.8) 病理診断に親しもう!

● 1部定価 2,310円(税込)

年間予約購読 受付中!

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

2010年 年間予約購読料

▶ medicina 36,740円(税込)—増刊号を含む年13冊— 47,800円(税込)

▶ JIM 26,880円(税込)—年12冊— 35,000円(税込)

電子ジャーナル閲覧オプション付



それで大丈夫？ ERに潜む落とし穴



第5回

耳鼻科：
咽後膿瘍

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

志賀 隆 Instructor of Surgery
Harvard Medical School/MGH 救急部

小児科ローテーション後、あなたは小児診療にも自信を持ち始めていた。「小児は小さな大人じゃない」と小児科の指導医に言われて納得し、慎重な診療を心がけていた。感冒の患者を何人が診たあなたの次の患者の予診票には「発熱・頸部痛」とあり、髄膜炎か？と思ひ診療に入る。

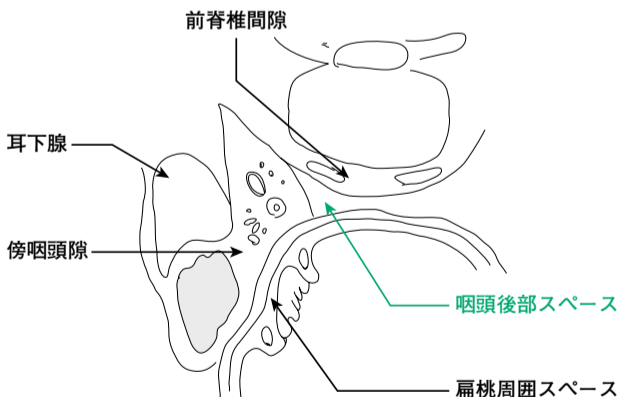
Case

生来健康な3歳児。予防接種はすべて接種。3日続く頸部痛にて来院。2日前に発熱で受診。解熱剤を使用するも、発熱と頸部痛が続き来院。咽頭痛と鼻汁あり。嘔吐下痢や咳嗽はなし。経口摂取はやや減。羞明なし。体温38.0℃、脈拍数107/分、呼吸数24/分、SpO₂98% (RA)、体重16.6kg。笑顔あり意識清明。発疹なし。やや大きく赤みがかった両側扁桃。軟口蓋の異常なし。口蓋垂は中線。頸の伸展がかなり制限。頸部リンパ節腫脹あり。開口制限なし。肺は清。心音は純。腹部と四肢は正常。

Question

Q1 発熱と咽頭痛の小児で除外すべき鑑別診断は何か？

A 急性喉頭蓋炎、扁桃周囲膿瘍、咽後膿瘍、クループ、異物など。鑑別診断を考える上で、図1の断面図を参考にされたい。



●図1 頸部の横断面の解剖

咽頭後部のリンパ節は成人では消失しているため、「咽後膿瘍」は小児特有の疾患である。感染は通常、扁桃、のど、副鼻腔、アデノイド、鼻、中耳から広がり膿瘍を形成する。

米国ではインフルエンザ菌b型(Haemophilus influenzae type b; Hib)の予防接種が全国的に行われて以来、インフルエンザ桿菌による急性喉頭蓋炎は激減した。日本では、予防接種は始まったとはいえ任意であり、高額なため、今後も小児科医や救急医がインフルエンザ桿菌による喉頭蓋炎を診ることはあるだろう。

高熱と咽頭痛がありtoxicな見た目でも三脚のように前のめりで座っている(tripod position)患児で、喉の所見がはっきりとしない場合には、逆に「おかしいな？」と考えて、見えていないところ(喉頭蓋)に病巣があるのではないかと疑う必要がある。挿管・ジェット換気をすぐにできるように準備をして、耳鼻科医と麻酔科医を呼び、手術室で気道を確保することが望ましい。もし、呼吸停止など緊急の挿管が必要な場合、胸部を圧迫すると腫れ上がった喉頭蓋の隙間から声門を通る空気の流れがわかり、チューブを入れる目印になるということ、筆者は研修中に指導医から指導を受けた。

扁桃周囲膿瘍で一番大事なのは、開口制限があるかないかである。ドレナージが必要となるような膿瘍では必ずと言っていいほど開口制限が出る。そのほかには、口蓋垂が片側に寄っている、軟口蓋が腫脹、発赤して前方に張り出しているなどが典型的な所見である。ドレナージを行う際は、外側から内側へ向かうことが望ましい。内側から外側へ向かうと頸静脈などがあり、危険である。

クループは、喘鳴と含み声で見た目がtoxicでない印象があるのが特徴。咽頭痛がかならずしもあるわけではなく、エピネフリン吸入とデキサメタゾンの経口投与にて4時間経

過観察し、それでも喘鳴が続けば入院とする。軽快すれば帰宅可能である。通常は臨床診断が可能で、X線は必ずしも必要ではない。上気道の疾患を診断するにあたって単純X線に頼りすぎないことは大事である。喉頭蓋炎やクループであっても、60%程度は正常と読まれることがあるとの報告もある(Laryngoscope.1985 [PMID:4046698])。単純X線は咽後膿瘍の確定診断には至らないが、参考になる所見と具体例について図2を参照されたい。

米国では、細菌性気管炎との鑑別(よりtoxicな見た目で気道からの分泌物が多い)が重要になるが、日本では急性喉頭蓋炎もやはり常に鑑別にあげべきであろう。喘鳴のある患児は異物の可能性も考慮せねばならない。咽後膿瘍については後述参照のこと。

この症例では、予防接種がHibも含めて接種されていること、項部硬直があること、toxicではないことから喉頭蓋炎や細菌性気管炎よりも咽後膿瘍が疑わしい。

Q2 項部硬直であげるべき鑑別診断は何か？

A 髄膜炎が一番であるが、咽後膿瘍もそのひとつである。

発熱と項部硬直のある小児において、髄膜炎はまず鑑別にあがらなければいけない。しかし、全身状態や様子が髄膜炎と合致しない場合には、咽後膿瘍も考えるとよい。29例の症例を後ろ向きに分析した研究では、45%が項部硬直を認めたという報告がある(Further reading 2)。この症例では、細菌性髄膜炎よりも咽後膿瘍が疑わしいと考えられる。

Q3 咽後膿瘍の治療は？

A CT撮影後(図3)に、咽頭後部の蜂窩織炎なのか、膿瘍なのかを判別する。咽後膿瘍であれば、経静脈の抗菌薬を開始して耳鼻科にコンサルトする。

咽後膿瘍は、喉頭蓋炎が予防接種で激減した米国では、新しい世紀の上気道の感染症とも呼ばれている。とはいえ、一般的には頻度の低い疾患で、さまざまなプレゼンテーションがあり、しかし早期診断が望まれるため、救急医を悩ます疾患である。参考文献の一読をお勧めする(Further reading 2)。

Disposition

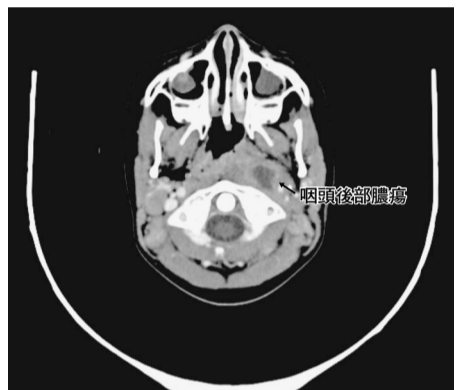
CT撮影後すぐに耳鼻科にコンサル



●図2 頸部単純X線軟部組織

頸部の軟部組織の撮影時には伸展をして撮影をしないと、椎体前の軟部組織が厚く見えてしまうことがある。頸部を伸展して再度撮影してそれでも厚いのかを見なければならぬ。頸部の軟部組織の側面像では通常C2の椎体前方の軟部組織の厚みは、7mm未満、C3/C4レベルでは5mm未満、もしくは椎体の幅の半分未満となる。

*Radiology case in pediatric emergency medicine Hawaii Universityより、Dr. Loren G. Yamamotoのご許可を得て掲載。



●図3 頸部造影CT

傍咽頭隙と咽頭後部スペースの接するところに膿瘍が認められる。

ト、抗菌薬投与が開始され、入院となった。

Further reading

- 1) Ishimine P. Fever without source in children 0 to 36 months of age. *Pediatr Clin North Am.* 2006; 53 (2) : 167-94.
↑ 予防接種が進んだ後の米国の小児発熱診療を解説している。
- 2) Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Pediatrics.* 2003; 111 (6 Pt 1) : 1394-8.
↑ 64例の症例を後ろ向きに分析した論文。さまざまなプレゼンテーションが紹介されている。
- 3) <http://www.hawaii.edu/medicine/pediatrics/pemxray/pemxray.html>
↑ 小児救急の素晴らしく教育的な画像集がある。

Watch Out!

病歴と身体所見から髄膜炎を疑う症例では、血液培養を取り、腰椎穿刺を行うが、来院から30分以内に抗菌薬の投与が勧められる。施設の方針がデキサメタゾンの投与を勧めるのであれば、抗菌薬の前にデキサメタゾンをすることも考慮すべきである。

しかし、比較的全身状態が良好な項部硬直と発熱の場合には、咽後膿瘍を鑑別に入れることが勧められる。CTを撮らなければ診断できないため、髄膜炎だけにとらわれると診断がつかない。

「高度技能医」の取得をめざす医師、指導医のための公的なテキスト

肝胆膵高難度外科手術

肝胆膵外科学会では専門医制度として「高度技能医制度」が発足した。その資格認定に必要な知識・技能・態度を解説するとともに、高度指導医がどのようにして技能医取得をめざす若手医師に指導するかを解説したテキスト。さらに手術ビデオの審査の際にみられる基本的な手術手技のポイントはもちろんのこと、そのDos & Don'tsも明示した。これから肝胆膵外科手術を学ぶ若手からベテランまで関係者必読の書。

編集 日本肝胆膵外科学会高度技能医制度委員会



B5 頁324 2010年 定価10,500円(本体10,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01042-9]

医学書院

本邦唯一の小児救急マニュアル、待望の刊行

トント小児病院救急マニュアル
The Hospital for Sick Children Handbook of Pediatric Emergency Medicine

●高名かつ歴史あるトント小児病院の院内ガイドラインをもとに、救急診療のエッセンスを凝縮した、本邦唯一の包括的な臨床マニュアル。
●執筆者の専門医としての経験と最新のエビデンスに基づいた記述は、トリアージから、重症患者の病院間搬送や蘇生、疾患別の対処法まで、小児救急全般を幅広く網羅する。
●各章は箇条書き形式で進められ簡潔にしてとっつきやすく、翻訳に際しレイアウトを変更するなど、読みやすさ、使いやすさを追及。
●救急医のみならず小児を診る機会のある全ての医師必携の書。
*姉妹書「トント小児病院外傷マニュアル」好評発売中

監訳 清水直樹・上村克徳 井上信明・池田次郎

定価7,140円(本体6,800円+税5%)
B5変 頁496 図・写真42 2010年
ISBN978-4-89592-645-4

TEL. (03) 5804-6051 http://www.medsj.co.jp
FAX. (03) 5804-6055 E-mail: info@medsj.co.jp

研修医イマイチ先生の成長日誌

行動科学で学ぶ
メディカル
インタビュー

第4回

松下明

奈義フアミリクリニック・所長
岡山大学大学院・客員教授 / 三重大学・臨床准教授

行動変容のステージモデル 無関心期・関心期(その1)



研修医
イマイチ

僕の名はイマイチ、25歳。独身。地元の国立大学医学部を卒業し、県立病院で初期臨床研修2年目を迎えた。病態の理解には自信があるが、患者・家族とのコミュニケーションはちょっと苦手。救急外来で救急車が来るときに、特に軽症の夜間外来患者を診るとイライラしてしまうことがある。学生時代に医療面接は勉強したが、実際に患者さんを診るとどうも勝手が違う。そこで、研修2年目に入った今、地域医療研修を利用して何とかコミュニケーション能力を高めたいと考えている。今回は地域医療研修と選択研修を合わせて、5週間の予定で〇×クリニックにやってきた。

糖尿病の継続治療にて2週間前に受診された田中一郎さん(仮名、60歳男性)が再診に訪れました。イマイチ先生が今回も予診を担当します。

田中さん、こんにちは。前は低血糖が怖くてお薬が飲めないということでしたが、その後どうですか？

今回は院長先生を信用して飲んでみました。低血糖も起きず、体調もいいので本当に良かったです。

それは良かったですね。僕もうれしいです。血糖値もぎっと下がってきますよ！ところで、田中さんはタバコを吸っていらっしゃいましたよね？

今も30本吸っています。なかなかやめるのが難しくして……。

タバコをやめることは糖尿病の治療と同じくらい大事です。心筋梗塞や脳梗塞の原因になりますから……。

(ちょっと怪訝な顔で) まあ、知ってはいます。難しいんですよ。

[しまった!! 解釈モデル(連載第1回参照)に戻ろう] 田中さんにとって、タバコにはどのような利点があるのですか？

タバコは体に害があるだけでしょう。いいことなんてないでしょ？

吸うと気持ちがいいとか、ストレス発散とか、何かあるでしょ？

うーん……、まあ気分は落ち着くし、友達付き合いにも潤滑油になってるかなあ。

なるほど。(さて、ここからどうしよう……)では、院長先生を呼んでみます。

田中さん、薬が合ったようで本当に良かったですね。

はい。これなら何とか続けられそうです。

じゃあ、この調子でがんばりましょう！……タバコのことを聞いたのですが、やめるのはやはり難しいのでしょうか？

……私の父は脳梗塞で亡くなりましたが、タバコは吸っていませんでした……。糖尿もありませんでしたし。

タバコと関係なく脳梗塞にはなるとお考えですか？

うちの家系には脳梗塞が多いんですよ。何をやってもダメでしょ？

なるほど。糖尿病もあるし、どうせ脳梗塞になるんだから、タバコを吸ってもいいじゃないか！という感じなんですか？(共感)

そういうことです。この気持ちわかりますか？

少し投げやりになってしまうお気持ちはよくわかります……(間)。

でも、タバコと脳梗塞がどの程度関係があるか興味はありませんか？

ええ、以前から気にはなっています。

じゃあ、この「脳梗塞とタバコ」というパンフレットを読んでみませんか？(個別化した情報提供) 読んだらまた意見を聞かせてください。

あれ？「やめる」って言わないんですか？

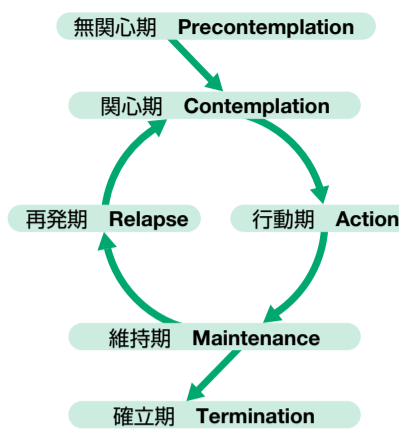
ええ。まずは読んで、感想を聞かせてください。

いいですよ。読むだけなら……。

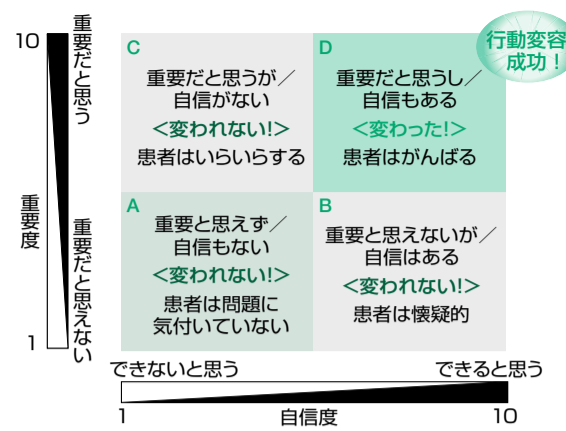
(そうか、焦らずにじっくりとやればいいのか……)

行動変容のステージに合わせた対応を行う

Prochaska らによると、患者の行動変容が起こる過程にはステージ(段階)があり、無関心期、関心期、準備期、行動期、維持期、再発期の各段階を経るといわれています^{1,2)}(図1)。喫煙を例にとると、喫煙が健康上の問題だと考えていない(無関心期)人が医療者の働きかけで「タバコが体に悪いことはわかっているが禁煙しようとは思わない」(関心期)に変わり、気管支炎を契機に禁煙してみようかと考え始め(準備期)、この気持ちが熟してついに禁煙に成功する(行動期)。その後禁煙を6か月続けたが(維持期)、飲み会をきっかけにまた喫煙するようになった(再発期)というものです。



● 図1 行動変容のステージ^{1,2)}



● 図2 重要度—自信度モデル^{1,3)}

今回は、無関心期と関心期の対応の仕方について解説します。

無関心期

喫煙を健康上の問題と意識していない患者に対して、「説得」を試みても無駄です。無関心期の人は無責任と見えますが、彼らは自分の問題としてとらえていないのです。医療者のほうが本人以上に心配し、つい合併症の恐さなどを強調して「説得」を試みますが、生命にかかわる緊急時でないとなら効果がありません。「脅しアプローチ」がごく短期間しか効果を発揮しないことは、行動科学的に知られています。

まずは話をよく聴いて、その人が関心を起こす部分に波長を合わせ、繰り返し興味を引く工夫をすることが重要です。「種をまいて、水をかけて、いつか芽が出ないかなあ」と待つ。この際、良い信頼関係を保ちながら長期戦で待つことがポイントです。

関心期

行動変容のステージでは、多くの患者はこの時期と思われる。「わかってはいるけどやめられない」人々です。一般的には、喫煙を続けることの利益・不利益と禁煙する場合の利益・不利益を探り、話し合いの中で禁煙のメリットが大きくなればよいのです。また、喫煙の利益についても話し合い、別の手段で対応することを相談します。この際、患者の困難な状況を十分理解し、共感した上で話し合いを行うと効果的です。

この方法でうまくいかない患者に対しては別のアプローチが必要となりますが、これには Keller と White によって開発された重要度—自信度モデル(Conviction-confidence model)^{1,3)}が効果を発揮すると考えられています。図2のように、重要度と自信度に分けて質問することで、その患者の問題を4つのグループに分類して分析することができます。質問は、1—10で点数化することでわかりやすくなります。「タバコをやめることはご自分の人生でどの程度重要でしょうか？ 1が重要でない、10がとても重要なら。また、実際にやめるとしたら明日からやめる自信はどれくらいありますか？ 1が全

く自信がない、10はいつでもやめられるとしたら」。重要度の質問では、予想外に深いレベルでの解釈モデルを引き出すことができるものです。

次に各グループへの対応法ですが、自信度と重要度の低いほうを持ち上げるアプローチを行うと効果的です。

自信もなく重要とも思えない患者(図2のA)には、無関心期の患者と同様に情報を提供します。

一方、自信はあるが重要だと思えない患者(図2のB)は手ごわい存在です。変に自信を持っているので、こちらの説明を受け入れることが非常に難しいのです。まずは話をよく聞き、患者がその考えに至った理由(解釈モデル)を把握します。感情面に十分対応しながら信頼関係を築いた上で、その考えの矛盾点を探ります。その患者の人生で重要と思っている事象(家族や健康状態など)と不健康な行動(タバコ)の間に矛盾は存在します。話し合いの中で、行動を変えることのメリットの大きさを示せばしめたものです。抵抗が強ければ無関心期として対応し、信頼関係を保ちながら、焦らず長期戦(時には年単位)で挑みます。ライフイベント(孫の出産、友人の病气)などをきっかけに本人の中で重要度が高まるのを待つしかありません。

残り2つのグループ(図2のC,D)への対応は次回お話ししましょう。

ポイント

- 1 行動変容のステージを理解し、相手のペースに合わせた対応をする。
- 2 無関心期では「種をまいて、水をかけて、芽が出るのを待つ」長期戦モードで対応。
- 3 手ごわい関心期では、重要度を確認して相手の考え(解釈モデル)をつかむ努力をする。

今日のつぶやき
無関心期は焦らず待つのか。本当にじっくり取り組まないといけないんだなあ。

参考文献
1) 松下明. 患者教育(行動科学的アプローチ). 治療(増刊号). 2002; 84: 645-50.
2) Prochaska JO, et al. Transdiagnostic theory of behavior change: toward a more integrative approach. Psychotherapy: Theory, Research, Practice. 1982; 19: 278-88.
3) Keller VF, et al. Choices and changes: a new model for influencing patient health behavior. J Clin Outcomes Manag. 1997; 4(6): 33-6.

子宮頸部細胞診の新たな報告様式を、日本の実情に合わせて分かりやすく解説

子宮頸部細胞診ベセスダシステム運用の実際

従来のパピニコウクラス分類(日母分類)にかわり、日本にも本格的に導入された、子宮頸部細胞診の新しい報告様式である「ベセスダシステム2001」に関する解説書。日本の実情に合わせ、細胞診に携わる方々の疑問点を端的に捉え、分かりやすく解説している。豊富な写真にきめ細かい説明を加え、多くの初学者にとって新報告様式が平易に理解できる内容となっている。

編集 坂本穆彦
杏林大学教授・病理学



前頭側頭型認知症の貴重な症例集の翻訳版!

バナナ・レディ 前頭側頭型認知症をめぐる19のエピソード

The Banana Lady and Other Stories of Curious Behaviour and Speech

前頭側頭型認知症(FTD)は罹患による著しい性格変化や行動異常が特徴的で、本邦でも注目されている。本書は海外におけるFTDの貴重な症例集を翻訳したもの。エピソード編では「バナナ・レディ」を始めとした多彩な症例を19編に渡りビビッドに描写。解説編では認知症の専門家である原著者による研究レビューから介護者へのアドバイスにまで記述が至り、FTDへの理解を深められる。

著 Andrew Kertesz
監訳 河村 満
昭和大学教授・神経内科



Evidence Based Clinical Practice

レジデントのための

谷口俊文
ワシントン大学感染症フェロー

第19回

院内感染へのアプローチ

今回は、入院患者ならば誰もがリスクのある院内感染 (Hospital-Acquired Infections) を学びたいと思います。感染のフォーカスとしては、人工呼吸器関連肺炎 (VAP; Ventilator Associated Pneumonia)、カテーテル関連血流感染 (CLABSI; Central Line-Associated Blood Stream Infection)、カテーテル関連尿路感染 (CAUTI; Catheter-Associated Urinary Tract Infection) などがメインであり、この3つを中心に取り上げます。

Case

46歳の男性。高血圧、糖尿病の既往あり。糖尿病はインスリン療法にて治療中だが、2日前に糖尿病性ケトアシドーシス (DKA) にて入院。輸液、インスリン静脈注射などを経て、血糖は治療目標値まで下げることができた。入院第5日目にて38.6°Cの発熱。胸部X線写真は正常、白血球数は13,000/mm³で、血液培養は2セット採取され陰性。末梢ラインと尿道カテーテルが入っている。尿検査の結果、尿混濁がみられ、白血球多数、尿培養からはESBL陽性の大腸菌が検出された。

Clinical Discussion

まずは発熱のワークアップをしなければならない。入院時に発熱や感染を認めずに入院後72時間以降に発熱しているのは、感染症が原因ならば院内感染である (ほかには深部静脈血栓、薬剤性発熱などを見落としやすい)。今回は尿の検査によりCAUTIが発熱の原因となった症例である。まずどのようなアセスメントが必要だろうか? 培養結果が返ってくる前のエンピリックの抗菌薬には何を選択すべきか?

マネジメントの基本

それぞれに関してEBMに基づく米国ガイドラインがあり、日本語に翻訳されている。ここでは、最重要ポイントとそのエビデンスに注目する。複数の有用な感染予防対策を「バンドル (束)」にすること、またチェックリストを利用して予防策の漏れがないか確認することが推奨されている (簡単な

●表 VAPの診断 (文献①より)

- ①胸部X線写真で新しい、もしくは進行性の浸潤影と、以下の3つのうち2つを満たしていること。
 - ・体温 > 38°C
 - ・白血球数増加もしくは減少
 - ・膿性気道分泌物
 - ②気道分泌物培養が陽性で、以下のどちらかを満たすこと。
 - ・定量的培養ならば細菌濃度が下記以上であること。
 - 気管吸引で 10⁶ cfu/mL
 - BAL (気管支肺泡洗浄) で 10⁴ cfu/mL
 - PSB (protected specimen brush) で 10³ cfu/mL
 - ・半定量的培養ならば中等度以上の細菌発育があること。
- ⇒①と②の組み合わせでVAPを診断する。

解説は文献①を参照)。

人工呼吸器関連肺炎 (VAP)

必要のない挿管はしない (非侵襲的陽圧換気療法が利用できる際には利用)、清潔操作、口腔ケアなどは予防の基本。WHAP VAPというキャンペーンを紹介しよう。Wean the patient (なるべく早くウィーニングする)、Hand hygiene (清潔操作)、Aspiration precautions (誤嚥予防)、Prevent contamination (コンタミ予防) をスタッフに認知させるだけで、46%ものVAP発生率を低下させたという研究である (Chest. 2004 [PMID: 15189945])。誤嚥予防の中で重要なのは、ベッドの頭部を30—45度程度上げて半臥位 (semi-recumbent) を保つことだろう。VAP発生を67%低下させた研究 (JAMA. 1993 [PMID: 8411554]) があり、非常に効果的であるとされる。しかしこれが守られている施設は少ない。

VAPの診断は表が参考になる。VAPが疑わしいとき、エンピリックの治療を開始することになる。病院のアンチバイオグラム (分離菌の薬剤感受性率) を参考にして、グラム陰性菌をターゲットとした抗菌薬を決定する。MRSAが施設で頻発する感染症である場合は、MRSAもターゲットにすべきである。バンコマイシンもしくはリネゾリドを使用する。バンコマイシンは高めのトラフ値 (15—20 μg/mL) が推奨されている。

カテーテル関連血流感染 (CLABSI)

挿入部位の消毒にポビドンヨードはクロルヘキシジンと比較して感染率が高いために使用は推奨されない (Ann Intern Med. 2002 [PMID: 12044127])。

CLABSI 予防のためにカテーテル挿入前の手洗い、挿入時のマスク、帽子、滅菌の手袋・ガウンの使用などの最大限の清潔操作をする。やむを得ない場合を除き鼠径静脈からのアクセスは使用せず、緊急で使用了場合などは24時間以内に抜去する。

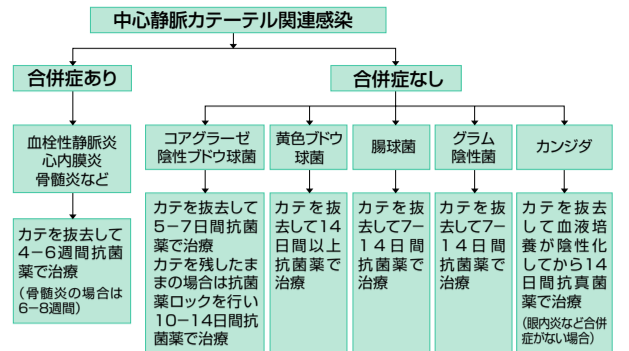
アルゴリズムを図に示す。コアグラゼ陰性ブドウ球菌はカテーテルを抜去せずとも治療可能かもしれないが、他のグラム陽性菌、グラム陰性菌、カンジダなどの真菌はすぐに抜去することが推奨されている。治療期間は、合併症がない場合には血液培養が陰性化してから14日間ほど治療する。心内膜炎などの合併症がある場合には4—6週間の長期抗菌薬投与が推奨される。

CLABSIは発熱と血液培養の陽性にて診断されることが多いが、臨床的にCLABSIを考え、エンピリックに治療を開始したい場合には血液培養をライン・末梢からそれぞれ採取後、MRSAをカバーするためにバンコマイシン、グラム陰性菌をカバーするために各施設のアンチバイオグラムに基づいた抗緑膿菌薬 (第4世代セフェム系、カルバペネム系) にて治療を開始する。血流感染におけるグラム陽性菌カバーのためにリネゾリドを使用するエビデンスは弱く、現時点では推奨されない。TPN、鼠径静脈へのアクセス、広域抗菌薬を長期間使用していた場合、移植、血液悪性腫瘍の患者はカンジダ感染のリスクが高くなるため、カテーテル感染の徴候が確認されたらすぐに抜去し、エキノカンジン系抗真菌薬、もしくはフルコナゾールを使用する。血液培養からカンジダが検出された場合にはカンジダ眼内炎をチェックする必要があり、眼科コンサルトは必須である。

カテーテル関連尿路感染 (CAUTI)

尿道カテーテル感染は院内感染の80%程度を占める。敗血症を呈する患者もいる。必要のないカテーテルは入れない、必要なくなったときに抜去する。カテーテルの挿入された患者の尿路感染症はなかなか症状として表れないのが特徴である。診断は必ずカテーテル抜去後、抗菌薬を始める前に、「新しいカテーテルを挿入してから」、もしくはカテーテルが必要なくなったならば「中間尿から」培養を採取する。

CAUTIの定義として培養プレートにて10³ cfu/mL以上認める必要がある。CA-ASB (catheter associated asymptomatic bacteriuria) は、尿道カテーテルが入っており、尿検査・培養の結果がUTIの所見を示すが無症候である状態をいう。1菌種で10⁵ cfu/mL以上培養される必要がある。この状態は一般的には治療は推奨されないが、妊婦においては48時間以上尿所見が陽



●図 (短期挿入) 中心静脈カテーテル関連感染のアルゴリズムの一例

性的場合は治療対象となる。CAUTIの治療は反応がよければ7日間、治療に対する反応が遅延する場合は10—14日間。65歳以下で上部尿路感染症所見が認められないCAUTIの場合には、カテーテル抜去後3日間の抗菌薬投与でもよいとされる (文献③)。

診療のポイント

- WHAP VAPでVAPを予防する。
- 中心静脈ライン挿入時の消毒はクロルヘキシジン系消毒薬をなるべく使用。
- 必要のないカテーテルは抜去する。
- エンピリック治療はアンチバイオグラムを参考に、グラム陰性菌をなるべく外さない。

この症例に対するアプローチ

エンピリック療法としては院内のアンチバイオグラムに従い、グラム陰性菌をよくカバーするセフェピムを使用。尿培養検査の結果、10³ cfu/mLを超えており、CAUTIであると判断。この患者はすでに尿道カテーテルを必要としないためカテーテルを抜去とし、尿培養の感受性検査に従い抗菌薬を決定した (本症例ではESBLのためメロペネムに切り替えた)。

治療開始後、反応は良好だったため治療期間は7日間とした。ESBL陽性の場合には接触予防策が必要になることも忘れてはならない。

Further Reading

- ① Peleg AY, Hooper DC. Hospital-acquired infections due to gram-negative bacteria. N Engl J Med. 2010; 362(19): 1804—13. [PMID: 20463340]
↑グラム陰性菌による院内感染に関してよくまとまっており、必読である。
- ② Mermel LA, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2009; 49(1): 1—45. [PMID: 19489710]
- ③ Hooton TM, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010; 50(5): 625—63. [PMID: 20175247]

豊富な動画と画像で脊髄損傷リハビリテーションの基本が「見てすぐわかる」

新刊

動画で学ぶ脊髄損傷のリハビリテーション [DVD-ROM付]

117本もの豊富な動画により、脊髄損傷患者へのリハビリテーション実施に必要なすべての技術をDVD-ROMに収録。DVD-ROMには動画目次、画像目次、損傷高位別達成可能ADL一覧表、索引をはじめ、文中にもリンクを張り巡らせ、見たい・知りたい内容がすぐわかる。医師や療法士をはじめとしたリハビリテーションスタッフに必要な情報を網羅した脊髄損傷リハビリテーションの決定版。

編集 田中宏太佳
中部労災病院リハビリテーション科 第2リハビリテーション科部長
園田 茂
藤田保健衛生大学七葉リハビリテーション科

脊髄損傷のリハビリテーション

リハビリテーションは「動き」の回復だから「動き」を見て理解する

DVD-ROMは「動き」を見て理解する

B5 頁152 2010年 価格5,985円 (本体5,700円+税5%) [ISBN978-4-260-00778-8] 医学書院

細胞診専門医資格認定試験ガイドライン準拠

新刊

アトラス 細胞診と病理診断

細胞診と病理診断を比較しながら、疾患概念の整理と実際の診断に役立つアトラス。細胞診専門医研修ガイドライン (細胞診専門医資格認定試験ガイドライン) に準拠した内容で、細胞診専門医を目指す医師、ならびに意欲的な細胞検査士のニーズに合う書籍。症例ごとに、中拡大・強拡大画像を主体とし、細胞診と組織診を対比させながら診断のポイントを示した。

編集 亀井敏昭
山口県立総合医療センター病理科・部長 兼 中央検査部・部長
谷山清己
国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部・部長

アトラス 細胞診と病理診断

細胞、組織、組織、細胞……基本所見を含む写真を厳選

A4 頁200 2010年 定価10,500円 (本体10,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00941-6] 医学書院

循環器で
必要なことは
すべて
心電図で
学んだ

第3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？

「割れてしまった」QRSが物語るもの その1

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

心電図をみるときに一番目立つのはQRS波であり、心電図を初めて見た人でもたいていその尖った波形に注目します。ただ、これまでこのQRSの幅が広がっている、つまり割れてしまっている場合、「右脚、いや左脚ブロックだ」という心電図所見そのものを議論するだけにとどまり、それがわかった後のマネジメントについては、なおざりにされてきたと思います。しかし、今では物質文明の繁栄と科学検証の功績によって、このQRSの割れ方で実に多くのことがわかることが解明されてきました。

今回は、最近にわかにか脚光を浴びている心不全の分野に話を絞りを、割れてしまったQRSの重要性を解説します。

「割れた」QRSの心不全

心不全の予後は、1990年代後半にACE阻害薬が登場し(約30%の生命予後改善効果)、さらにその後β遮断薬(約40%の生命予後改善効果)が導入されるに及んで劇的に改善しました。それまでの数百年間はジギタリスと利尿薬しかなかったわけですから(この2剤の予後改善効果はまだわかっていない、というより否定的です)、そのころと比べると今の心不全患者さんの予後はそれこそ雲泥の差、まるで別の病気のように聞こえます。そこから、さらに予後を改善させる治療法として数年前に登場したのが、両室ペーシング(cardiac resynchronization therapy)です。

py)です。

右室と左室の収縮の「ズレ」

本来、心臓の右室と左室は同時に収縮します。この左右同時進行のメカニズムを支えているのが、中央にそびえる心室中隔であり、この心室中隔が右と左の自由壁からの収縮を受けとめることができる故に、心臓はその血流ポンプとしての機能を発揮することができます(図1左)。勝手なイメージですが、左右のフックでいっぺんに殴られるような感じです。

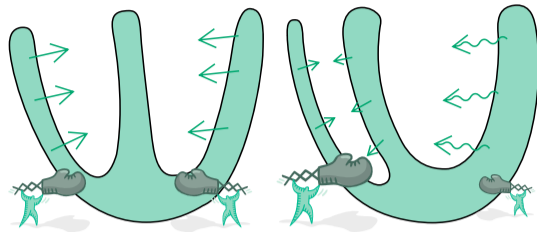
しかし、進行した心不全の中にはこの右と左の心室の収縮のタイミングがずれてしまっているものがあります。左脚ブロックのように、右室が収縮してから左室が遅れて収縮してくるような例では、まず右室自由壁と心室中隔が収縮し、そのあとで左室自由壁が後追いで収縮してきます(右フックの後、遅れて左フック)(図1右)。こうした例では、左室自由壁が後追いで収縮してくるときには既に心室中隔が「右」に寄ってしまっているため、左室のポンプとしての機能は損なわれてしまっています(フックのダメージを逃がしてしまっている)。

正常な心臓であれば問題にならないような機能低下でも、心不全ではこのわずかな「ズレ」がもたらすロスが病状に大きな違いをもたらすことが多々ありますが、そこに福音をもたらしたのが両室ペーシングというテクニックです。

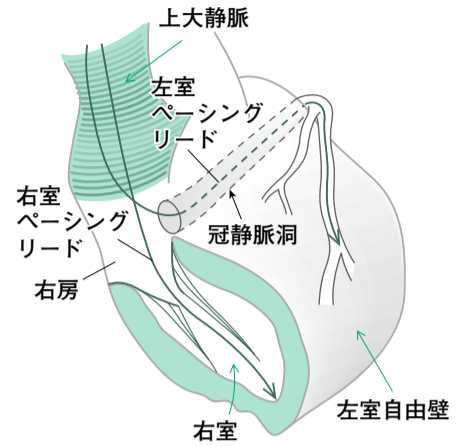
両室ペーシングの役割

通常のペースメーカーでは中心静脈から右室にペーシングリードを通しますが、もう一つリードを足して左室も同時に興奮させてしまおうというのが両室ペーシングの考え方です。実際に左室へリードを通すといっても、大動脈から左室へペーシングリードを放り込むわけではありません。右房に流れ込んでくる冠静脈洞(coronary sinus)にワイヤーを通して、左室の自由壁側までペーシングリードを持っていくのです(図2)。この右室と左室のリードに同時に電流を流せば、右室と左室は同時に興奮し収縮のズレはなくなるというわけです。

さて、「QRSが割れたら？」という今回の話とどうつながるかという、



●図1 左脚ブロックでの心臓の様子
本来の心臓の収縮では右室と左室が同時に中隔に向かって動く(左)。この場合、中隔は中立で双方の圧力は平等となる。しかし、左脚ブロックなどで左室の収縮のタイミングが遅れている場合、左室が収縮してくるころには中隔は右に寄ってしまっていて、左からの圧力を押し返す力が中途半端となる(右)。



●図2 両室ペーシングの模式図

左右の心室の収縮の「ズレ」が激しいほど、心電図のQRSの割れ方が派手になるということです。よってQRS幅が広がれば広いほど、高い両室ペーシングの効果が期待できます。面白いことに、超音波などで肉眼的に右室と左室のズレを見ることができたとしても、電氣的にQRSが割れていなければ両室ペーシングの効果はそれほど得られないようです(つまり、両室ペーシングの適応を決めるには目で見る収縮のズレよりもQRS幅のほうが大事と現段階では考えられています)(文献1)。

ガイドラインでのカットオフ値はQRS幅130 msecですが、確実に治療効果が認められるのは約150 msec幅に割れている人たちです。このくらい激しく割れ、左室機能が低下(EF 35%以下)している心不全の方であれば十分に両室ペーシングの効果は期待できるといえるでしょう。

心不全の患者さんに対する現在の考え方

以上より、2010年の今、EF35%以下の心不全の患者さんが入院してきた場合の治療を考えると、最初に血管拡張薬や利尿薬、次に落ち着いたところでACE阻害薬とβ遮断薬という部分は通常の心不全治療と変わらないのですが、QRSが割れているかどうかでその後の運命が少し変わってきます。130 msec以上のLBBBパターンであれば上記のような両室ペーシング、そうでなければ単なるICD(植え込み型除細動器)の適応を考慮するという流れが一般的になってきています。

将来的な展望

現在、この両室ペーシングを軽度の心不全、あるいは無症状の心機能低下例に用いてもよいのではという議論が

トピックになっています。これは大規模臨床研究で「良い」という結果が一つ報告されたため、どうやらQRSが割れていれば無症状やかなり軽い症状でも両室ペーシングを行って心不全そのものを予防していこうという方向に進んでいきそうです(文献2)。

また、ペースメーカーが必要な患者さんにも左室ペーシング(冠静脈洞だけにリードを留置する方法)を優先させたほうが良いという報告も出てきました。右室だけのペーシングでは、これまで人工的に左脚ブロックを作ってしまうことが問題となってきただけに、非常に合目的と言えます。将来的にはできればペーシングリードは冠静脈洞に放り込む、という時代が来るかもしれません(文献3)。

さて、この「割れた」QRSが重役を担うのは、心不全の病態だけではありません。今回は虚血性心疾患例での使い方、そして無症候スクリーニング例で割れたQRSをさらに検討します。

POINT

- 割れてしまったQRSは、実は左右の心室収縮のズレを表している。
- 心不全患者でQRS130msec以上の場合、両室ペーシングを考える。
- 両室ペーシングの応用範囲は広がってきており、将来的にはもっと一般的になると予想される。

参考文献

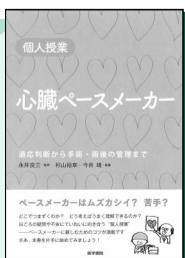
- 1) Beshai JF et al. Cardiac-Resynchronization Therapy in Heart Failure with Narrow QRS Complexes. N Engl J Med. 2007; 357(24): 2461-71.
- 2) Moss AJ et al. Cardiac-Resynchronization Therapy for the Prevention of Heart-Failure Events. N Engl J Med. 2009; 361(14): 1329-38.
- 3) Yu CM et al. Biventricular Pacing in Patients with Bradycardia and Normal Ejection Fraction. N Engl J Med. 2009; 361(22): 2123-34.

予備知識なしからはじめる、やさしいペースメーカーの入門書

個人授業 心臓ペースメーカー 適応判断から手術・術後の管理まで

心電図でさえ苦手なのに、ペースメーカーなんてお手上げ!と思っただけのあなた-本書に予備知識や事前の準備は不要。まずは1日1章からスタート。1か月後にはひととりの知識を得られるはず。さらに余力のある読者には、アドバンス項目も充実。ペースメーカーを知りたい医師、看護師、臨床工学技士、臨床検査技師に最適の入門書。さあ、さっそく「個人授業」をはじめよう!

監修 永井良三
東京大学教授・大学院医学系研究科
著 杉山裕章
東京大学大学院医学系研究科
今井 靖
東京大学講師・大学院医学系研究科



根拠(EBM)をもとに、心不全を体系的に理解するのに格好の書籍

心不全 循環生理からみた診断と治療

豊富な臨床経験をもつ著者が単独でまとめた心不全に関する総合的ハンドブック。心不全の基礎医学的背景、診断、薬物療法、非薬物療法がバランスよくまとめられている。単にわかりやすいマニュアルではなく、きちんとした根拠(EBM)をもとに心不全を体系的に理解できるような成書となっている。

友田春夫
東海大学名誉教授



論文解釈のピットフォール

植田真一郎

琉球大学大学院教授・臨床薬理学

第16回

プラセボ比較試験と上乗せ試験の落とし穴 その2

ランダム化臨床試験は、本来内的妥当性の高い結果を提供できるはずですが、実に多くのバイアスや交絡因子が適切に処理されていない、あるいは確信犯的に除去されないままです。したがって解釈に際しては、「騙されないように」読む必要があります。本連載では、治療介入に関する臨床研究の論文を「読み解き、使う」上での重要なポイントを解説します。

前回は、基本的に二重盲検法の採用は望ましいけれど、実際には困難な場合も多いことをお話ししました。今回は前回の続きで、多くの臨床医が知りたい「ある薬剤を使用する治療が使用しない治療よりも予後を改善できるかどうか」という疑問に対して、オープン試験を実施することの問題点を論じてみたいと思います。

このオープン試験の一つに、その時点での標準治療に介入群ではある薬剤を加え、対照群はそのままにして観察をするという方法を取り、上乗せ試験などと呼ばれる試験があります。前回は述べたように、その薬剤を使用している、していないことを知っているが故に、それぞれの群で試験薬に関連した医療行為が発生しますが、これらの医療行為はその薬剤を使った治療法に含めると考えます。

私自身の研究で恐縮ですが、利尿薬を使用する降圧と使用しない降圧を糖尿病リスクに関して比較するDIME研究(日本高血圧学会共催研究、図1)はオープン試験であるため、使用群には利尿薬を使用していることを前提とした医療行為、すなわち代謝に関する副作用を予防しようとする種々の介入が発生する可能性があります。しかし、それは「利尿薬を使用した治療」に含まれると解釈できるということです。ただし、血糖に関する検査の回数はあらかじめ決めておかなければ、利尿薬群で糖尿病のリスクを予想してより多くの検査を実施し、その結果糖尿病を多く見つけるということが起こり得ます。

上乗せ試験での落とし穴

一方、このような試験の対象となる薬剤をプラセボと比較するのではなく、薬剤を上乗せするかしないかで比較する場合のデメリットは、各群間で治療のintensityが異なってしまう可能

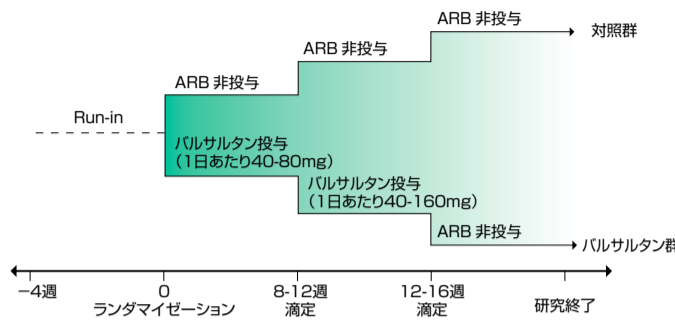
性があることです。アンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)を上乗せしたJIKEI HEART STUDY¹⁾のような研究は、非常に現実的かつ簡便なプロトコルですが、ARB群が積極的介入群、対照群が積極的な介入を行わない群、とされてしまう可能性があり、それが結果に反映されている可能性があります。

降圧薬の試験では、降圧目標を定めて両群の治療のintensityを同等に保つ必要があると思いますが、現実にはなかなか難しいようです。実際JIKEI HEART STUDYでは、血圧130/80mmHg未満を目標に設定して図2のような薬剤の調節プロトコルを作成していますが、対照群では具体的な指定がないために、対照群で血圧降下が遅れ、経過中の血圧に差が生じています。薬剤が1つ少ないわけですから、これを回避しようとするれば、やはり試験開始直後から達成血圧によって行うべき降圧(増量など)のプロトコルを設定したほうがよいかもしれません。

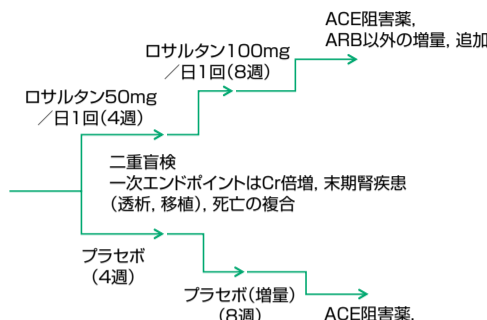
例えば、24週までに目標血圧を達成することを指示し、4-8週ごとに目標血圧に達していない場合の追加すべき降圧薬とその用量を指示するというプロトコルもあると思います。ほとんどの心血管アウトカムは血圧と関連するので、もし非介入群(薬剤を上乗せしない群)の目標血圧達成が遅れば結果の解釈が困難になることを考えると、詳細なプロトコルを決めていたほうがいいのかもしれませんが、しかし一方で、それでは試験の良い部分(現実的なところ)を損ない、そこだけ薬効評価型の試験となってしまうので難しいところです。

上乗せ試験をプラセボで行うメリット

では、上乗せ試験をプラセボ対照で行ったとしたら、どのような利点があるのでしょうか? 観察期間中の詳細な治療プロトコルの指示がなくとも、例えば達成すべき目標血圧の設定があれば、ある程度治療intensityを両群間で同等に保つことは容



●図2 JIKEI HEART STUDYのプロトコル(文献1より) バルサルタン群では、具体的な増量に関する方法が記載されているが、対照群ではあいまいである。試験開始後半年の時点では、血圧差が生じている。



●図3 RENAAL研究のプロトコル(文献2より) エンドポイントは比較的客観性の高いものを採用しているが、二重盲検法の採用により「末期腎疾患への移行」に関してより客観性を高くしている。現実的な治療プロトコルを採用し、この点で一般化が比較的容易である。

易になると思います。そして、エンドポイントの判定に関して言えば、より客観性を高く維持することができます。ある程度客観性に劣るエンドポイントの評価も可能かもしれませんが、もちろんそのようなエンドポイントを用いることによる治療法の効果の過大評価の問題は指摘されていますが、オープン試験によるさらなる過大評価は避けられると考えられます。結果として、プラセボ対照の試験とする場合には、信頼性が高く、かつ現実的で診療に応用しやすいデータが得られると思います。

薬剤のefficacyではなく、治療法のeffectivenessを現実的なプロトコルで評価した最もよい研究の一つがRENAAL試験です²⁾。RENAAL試験では、高血圧を合併する2型糖尿病性腎症の患者さんを対象に、ロサルタンとプラセボを比較しています(図3)。

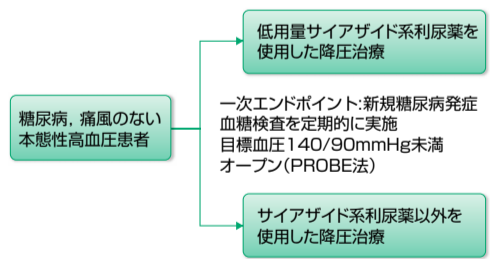
まず、試験前に服用していた薬剤は、ACE阻害薬とARB以外は継続して投与されています。薬剤の効能をみる試験でありがちなwashout期間(すべての薬剤の中止)はありませんし、何らかの指定薬への切り替えもありません。その後も血圧の目標値は定められていますが、試験薬(ロサルタンかプラセボ)の増量以外の具体的な指示はありません。残念ながら、試験初期に血圧差が生じていますし、その差が予後に関連した可能性は否定できませんが、十分な併用薬により、ロサルタンを用いた治療と用いない治療のより客観的な比較は可能であったと思います。

同じく2型糖尿病性腎症を対象としたIDNT試験は、プラセボ、イルベサルタン、アムロジピンを比較したもので、やや薬効評価型研究になっています³⁾。ある意味イルベサルタンの腎症

進展抑制作用は証明されたと言えるのですが、「イルベサルタンを使用するがアムロジピンは使用しない治療法」と「イルベサルタンを使用しないがアムロジピンは使用する治療法」、「どちらも使用しない治療法」の比較となり、現実の診療からはやや乖離しています。二重盲検法をとっており、客観性は高く維持されているものの、RENAAL試験と比較すると、診療には使いにくいかもしれません。

例えば、腎症進展や心不全リスクはイルベサルタン群が低いですが、その他の心血管イベント発生リスクはアムロジピンを併用するので問題はないわけですが、結果をみるとやや戸惑いますね。アムロジピンを併用した治療法の有効性の証明には、薬剤同士の比較試験やオープンの上乗せ試験よりもプラセボとの比較を行う、その上で現実的な研究計画の試験が最善かもしれません。

参考文献
 1) Mochizuki S, et al; Heart Study group. Valsartan in a Japanese population with hypertension and other cardiovascular disease (Jikei Heart Study): a randomised, open-label, blinded endpoint morbidity-mortality study. Lancet. 2007; 369(9571):1431-9.
 2) Brenner BM, et al; RENAAL Study Investigators. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. N Engl J Med. 2001; 345(12):861-9.
 3) Lewis EJ, et al; Collaborative Study Group. Renoprotective effect of the angiotensin-receptor antagonist irbesartan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes. N Engl J Med. 2001; 345(12):851-60.
 4) Julius S, et al; VALUE trial group. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial. Lancet. 2004; 363(9426):2022-31.



●図1 DIME研究のプロトコル サイアザイド系利尿薬の糖尿病発症リスクに関する研究であるが、プラセボと利尿薬の比較ではなく、利尿薬使用の降圧療法と非使用の降圧療法の比較となっている。利尿薬使用群で頻りに検査を実施すればバイアスとなるので、両群とも定期的な血糖検査を実施する。

待望のベストセラー外科手術アトラスの全面改訂版

イラストレイテッド外科手術 第3版

膜の解剖からみた術式のポイント

外科を志す研修医の必読書・定本となった手術アトラスの全面改訂。膜の解剖・剥離層の理解から合理的で安全・正確な手術手順とテクニックを提示して、多くの読者から支持を獲得。オリジナルの新イラストはより説得性に富み、知りたいことを的確に示し、プロセスの精緻なシミュレーションとして、すべての臨床外科医に成功する手術への道筋を示す。食道癌手術とラパ胆を加え、さらに内容充実。

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・外科部長

牧野 尚彦
兵庫県立尼崎病院・名誉院長

医学書院

消化器外科エキスパートが膜解剖から説き起こした大腸癌手術の極意!

イラストレイテッド大腸癌手術

膜解剖にもとづく剥離のベストテクニック

消化器外科手術において最も時間を費やし、かつ慎重に丁寧に行わなければならない剥離操作、その極意を膜構造の解剖により説き起こす。良好な剥離面からのアプローチが如何に手術の進行をスムーズに、かつ出血も最小にできるかを、ユニークなイラストにより立体的に理解。ビギナーからベテランまで、エキスパートを目指す全ての消化器外科医に贈る、圧倒的迫力の大腸癌手術アトラス。

松本 盛行
埼玉医科大学准教授・附属病院急患センターER室長

橋本 大樹
調布東山病院外科

平山 廉三
埼玉医科大学客員教授
藤沢湘南台病院顧問

医学書院

レジデントのための クリティカルケア + 入門セミナー

大野博司 [洛和会音羽病院ICU/CCU, 感染症科, 腎臓内科, 総合診療科]

第4回 ICU/CCUでの輸液製剤の使いかた

今回は、クリティカルケアにおける輸液製剤の使いかたについて取り上げます。

CASE

Case1 肝硬変 (Child-Pugh B) の既往があり、食道静脈瘤破裂で出血性ショックの70歳男性。赤血球製剤/新鮮凍結血漿を準備しながら、輸液負荷で対応中。

Case2 炎天下での土木作業後、熱中症でER受診した45歳男性。来院時血圧低下、頻脈。採血でCPK 2万5000 IU/L。脱水症による循環血液量減少性ショック、横紋筋融解症、急性腎不全で輸液負荷をすることに。
→それぞれの輸液には、何をいれるか?

輸液製剤の考えかた

クリティカルケアでの輸液は、次の3つの相で使い分けするのが重要だと筆者は考えています。それは、①炎症・ストレス反応の極期で血管透過性亢進時の大量輸液負荷の相、②炎症・ストレス反応改善時などのサードスペースから水が引ける利尿期の相、③その後の栄養療法(経腸栄養、経静脈栄養)での輸液(中心静脈栄養、末梢静脈栄養)、という一連の流れです。

そのため、一般病棟での「維持液500 mL 2本と細胞外液500 mL 1本で1日1500 mLの輸液」、といった考えかたではなく、患者さんの全身状態から体液の状況を判断し、またバイタルサインや循環動態・呼吸状態の指標から輸液をリアルタイムで組んでいく習慣をつけることが大切です。

そして、「細胞外液(特に血管内容量)」が多いか少ないかを意識することが最も重要となります。

輸液の大原則その1 超急性期では、1日のトータル輸液量を前もって決めてはけない!

輸液の大原則その2 輸液負荷を行う(血管内を満たす)時期なのか、輸液維持(血管内プラトー)の時期なのか、利尿を促す(サードスペースから血管内に引き込む)時期なのか、を常に意識する!

輸液のための基礎知識

輸液製剤の明確な理解には、まずヒトの体液分布の理解が必須となります。

総体液量(L)

男性: 体重(kg) × 60%, 女性: 体重(kg) × 50%

体液は3つのパーツからなる

- ①細胞内液 (intracellular fluid: ICF): 総体液の66.7%
- ②細胞外液 (extracellular fluid: ECF)のうち血管内(細胞外液の25%)
- ③細胞外液のうち間質(細胞外液の75%)

この3つのパーツ間での水のやりとりが問題となりますが、水のバランス

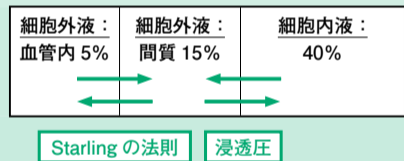
を決めるポイントは、
*細胞内液と細胞外液の間ではNaがメイン
*細胞外液の血管内と間質では膠質(主にアルブミン)がメイン

です。そのため、輸液のNa濃度が高いと細胞外液に水の多くがシフトし、アルブミン濃度が高いと水は血管内に維持されるということになります。

各体液分画での水を保持する重要な因子

細胞内液: K
細胞外液—血管内と間質: Na
細胞外液—血管内: 膠質(主にアルブミン)
輸液では
アルブミン製剤(5%, 20%アルブミン)
→主に血管内にとどまる
Naの多い輸液(生理食塩水, 乳酸加リンゲル液)
→主に細胞外(血管内と間質)にとどまる

細胞外液・細胞内液の関係(男性)



輸液製剤・アルブミン製剤の種類

クリティカルケアでよく使われ、絶対に理解しなければならない輸液製剤を示します(それぞれの組成は表)。

晶質液 (Crystalloid)

生理食塩水, 乳酸加リンゲル液

その他

1/2生理食塩水, 維持液(3号液), 5%ブドウ糖液

膠質液 (Colloid)

5%, 20%アルブミン製剤

1. 生理食塩水, 乳酸加リンゲル液

晶質液と呼ばれる生理食塩水、乳酸加リンゲル液は、細胞外(血管内+間質)を満たすための道具であり、水分は細胞内には移動せずすべて細胞外液に分布することがポイントです。生理食塩水は、血漿よりNa, Cl濃度が高い、血漿よりpHが低い、大量輸液で高クロール性アシドーシスになるという特徴があります。一方、乳酸加リンゲル

●表 各輸液製剤の組成

	浸透圧 (mOsm/L)	ブドウ糖 (g/L)	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	Cl (mEq/L)	乳酸 (mEq/L)
5%ブドウ糖	252	50	—	—	—	—
1/2生理食塩水(+ブドウ糖)	280	25	77	—	77	—
生理食塩水	308	—	154	—	154	—
乳酸加リンゲル液	272	—	130	4	109	28
血漿 (=細胞外液)	290	—	140	4	103	重炭酸 25

液は、血漿中のイオン化濃度に近いKとCaを含む、生理食塩水よりNa, Cl濃度が低く血漿に近い、輸液製剤と並列させると血液製剤のクエン酸抗凝固作用を失活させる(輸血と併用禁)という特徴があります。

生理食塩水, 乳酸加リンゲル液の体内分布



2. 5%ブドウ糖液

ブドウ糖液は電解質が含まれず、また輸液後は肝臓で代謝され水となるため、総体内水分量を増やすよう細胞内・細胞外へ均等に分布します。

ただ、血漿量の増加効果は小さく、循環不全の場合、糖代謝が障害されているため乳酸増による代謝性アシドーシスを誘発する可能性があります。また頭部外傷では脳浮腫を増悪させる可能性があるため、あまりICUでの使い道はありません。一方で、3分の2は細胞内に入るため、高Na血症の改善を図る目的で使うことがあります。

5%ブドウ糖液の体内分布



3. 1/2生理食塩水(+2.5%ブドウ糖)

1/2生理食塩水は、500 mLの生理食塩水と500 mLの5%ブドウ糖液の混合物と考えると分布がわかるといえます。Kが含まれず、腎機能障害で好んで使われる輸液製剤です。

1/2生理食塩水(+2.5%ブドウ糖)の体内分布



4. 維持液(3号液)

3号液は、333 mLの生理食塩水と667 mLの5%ブドウ糖液の混合物と考えるとよいでしょう。3号液は維持液とも呼ばれ、その理由は一日の電解質・水分必要量が3-4本で補えるからです。循環が安定するも絶対絶食が続くケースで使用を考慮します。

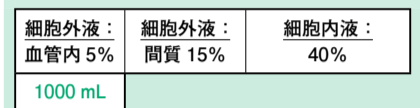
維持液の体内分布



5. 5%アルブミン

アルブミン製剤は血管内を即座に満たすための道具です。血漿浸透圧に等しく血管内を狙った輸液に最適で、また輸液後数時間は投与量の約70%が血管内にとどまるため、不足している血管内ボリュームの維持(例:細胞外液負荷で間に合わない状態の出血性ショック)に効果を発揮します。その一方で高価であり、また晶質液以上の生存率の改善は示されていないため、使用時には注意が必要です(SAFE study¹⁾)。

5%アルブミンの体内分布



6. 20%アルブミン

高膠質浸透圧の溶液で、急速投与により間質から血管内へ体液が移動し血漿量は投与量の3-4倍増加する作用があります。そのため5%アルブミンと違い、間質→血管内へ体液の移動を促したい場合に使用します(例:重症低アルブミン血症による循環血液量減少、間質への水分貯留による浮腫。肝硬変の腹水減少目的で、利尿薬+20%アルブミン、腹水穿刺+20%アルブミン)。

ケースを振り返って

Case 1は、肝硬変、食道静脈瘤破裂で出血性ショックのため、晶質液(生理食塩水, 乳酸加リンゲル液)ないしは膠質液(5%アルブミン)を使用します。肝硬変患者の出血性ショックの場合、多くが特発性細菌性腹膜炎および肝腎症候群を合併します。これらの患者群では、アルブミン製剤の投与で死亡率減少が示されているため、積極的な使用も選択肢になると考えられます。

Case 2は、脱水症による循環血液量減少性ショック、横紋筋融解症、急性腎不全です。脱水時は細胞外液の保持が重要となるため、晶質液による輸液負荷を選択すべきです。

Take Home Message

- ①ヒトの体液分画について理解する。
- ②各体液分画での水の保持のための因子を理解する。
- ③代表的な輸液製剤の使いかたについて理解する。

参考文献

- 1) Finter S, et al. A comparison of albumin and saline for fluid resuscitation in the intensive care unit. N Engl J Med. 2004; 350 (22): 2247-56.
- 2) Choi PT, et al. Crystalloids vs. colloids in fluid resuscitation: a systematic review. Crit Care Med. 1999; 27 (1): 200-10.

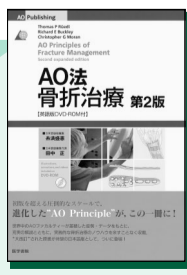
世界中で翻訳された骨折治療のバイブルが大幅改訂!

AO法骨折治療[英語版DVD-ROM付] 第2版

AO Principles of Fracture Management

AO財団が蓄積した症例とデータをもとに、骨折治療の原則と技術を正しく応用するために不可欠な情報がこの一冊に結集された。第2版は初版から大幅な改訂がなされ、近年飛躍的に進歩を遂げた骨折治療の最前線をAOならではの鮮やかなシエマや動画教材を用いて、わかりやすく解説する。世界中で翻訳され、骨折治療のバイブルとなった『AO法骨折治療』。待望の翻訳第2版がついに登場。

原書編集 Thomas P. Rüedi
Richard E. Buckley
Christopher G. Moran
日本語版総編集 糸満盛憲
独立行政法人労働者健康福祉機構
九州労災病院院長
日本語版編集代表 田中正
国保直営総合病院
君津中央病院副院長



世界的に高い評価を得ている入門テキスト、フルカラーで明快!

疫学 -医学的研究と実践のサイエンス-

世界的に有名なジョンスホプキンス大学公衆衛生大学院で培われた定評ある教科書。疫学の原理や方法について、豊富な公衆衛生上・臨床医学上の事例を通して理解でき、基本から応用までしっかり学習できる。好評「医学的研究のデザイン」の訳者が姉妹書として見出し位置づけた日本語版は、訳語が吟味・精選され、しかもフルカラーで読みやすくわかりやすい。医学生はもとより、広く医学・保健医療分野の従事者・研究者の必読テキスト。

訳 木原正博
京都大学大学院医学研究科
社会健康医学系専攻社会疫学分野教授
木原雅子
京都大学大学院医学研究科
社会健康医学系専攻社会疫学分野准教授
加治正行 静岡市保健所長

定価5,880円(本体5,600円+税5%)
B5 頁400 図311 写真7 4色刷 2010年
ISBN978-4-89592-647-8

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

解剖を実践に生かす 図解 泌尿器科手術

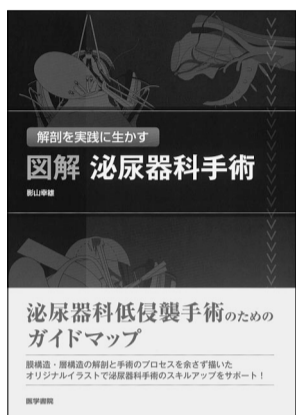
影山 幸雄 ● 著

A4・頁312
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01021-4

本書は、著者影山幸雄氏が自己の豊富な手術経験に基づいて理解した外科解剖と、その解剖学的知識を駆使することで到達し得た最良の手術手技を、イラストで伝えようとする実践的な手術書である。記された内容はすべて著者が実際に行っている手術手技であり、長年の経験から得た細かなコツから思いがけない失敗に対する対処法まで、著者の手技を正確に伝えようとするものである。

日ごろ滞りなく行われている手術も場面を細かく分解すると、「次に現れてくる術野をイメージして決断された操作の連続」と言える。手術に携わる者が「術者の手が止まってしまった」と表現する場面は、術者が次の理想的な術野とそこに至る手術操作をイメージできずに困っている状態である。誰でも初心者時代に経験した記憶があろう。本書に多用されているイラストは、単に手術の手順を伝えるだけでなく、手術の進行に合わせて術者がイメージすべき次の場面を教えてくれる。エキスパー

術野のイメージに役立つ イラストが発揮する学習効果



評者 村石 修

聖路加国際病院泌尿器科部長

トの手術ビデオを見て同じ手技で行おうとしても実際に執刀する場面ですまざることが多いのは、静止画像的な次の術野をイメージしにくいことが一つの理由だと考える。手術ビデオを静止画像に分解したような本書のイラストが今までの手術書になかった学習効果を発揮すると期待できる。また、熟練した医師が若い泌尿器科医に手術を教えようとする場合の解説書としても最適であろう。

直接の手術手技ではないが、「よりよい手術をするためのアドバイス」と題して挿入されたコラムも魅力的である。「手術中冷静さを保つために」、「スタッフの力を最大限に引き出すもの」、「不測の事態に対して」、「手術を終えて」などの見出しで書かれているが、著者の理想的な手術をめざす真摯な姿勢と熱意が示されている。同感することばかりであり、よりよい術者をめざす若い泌尿器科医にぜひ伝えたい内容である。

リハビリテーションレジデントマニュアル 第3版

木村 彰男 ● 編
里宇 明元, 正門 由久, 長谷 公隆 ● 編集協力

B6変型・頁544
定価5,250円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00844-0

評者が医学部を卒業して間もなく、まだ右も左もわからず、しかし志だけは大きく「リハビリテーション医学を究めたい」などと思っていたころに、本書初版に出合った日のことを今でも鮮明に覚えている。

さまざまなリハビリテーション医学関連書籍の中から、真っ先に同書を購入

評者 橋本 圭司

国立成育医療センターリハビリテーション科医長

入したもののだが、同じ病院の研修医の中でも、この貴重なマニュアルを手に入っていたのは、ごく一部であったと思われる。しかし、それゆえに、ほかの分野の医師たちとは違うベクトルでの医療の理解・実践に心を躍らせることができたのも事実であった。

あの日から10年以上が経過して、もう1度、初版を手にとってみると、コンパクトな白いマニュアルの余白にはわれながら初々しい書き込みがあり、表紙の裏にはさまざまな評価スケールの切り貼りがしてあり、本は手あかで汚れている。

さて、このたびの第3版は、編集の木村彰男先生をはじめ慶應義塾大学リ

消化器外科レジデントマニュアル 第2版

小西 文雄 ● 監修
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 ● 編著

B6変型・頁368
定価4,410円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00851-8

評者 志田 晴彦

東京厚生年金病院外科部長/副院長

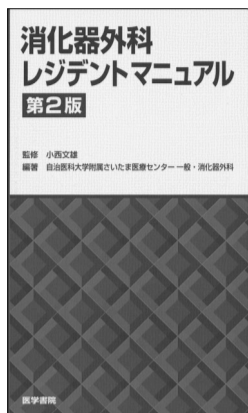
2005年に発刊された『消化器外科レジデントマニュアル』が待望の改訂を迎えることになった。この間に多くの外科レジデント、研修医の必携の書として彼らを育てた実績を持つ改訂である。不肖私が『外科レジデントマニュアル』からさらに一步消化器外科へ進む本として本書初版の書評に記したように、日進月歩の外科分野のマニュアルとして改訂には大変なご苦労があったものと察する。

実際にこの第2版を見ると、小西教授のもと自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科のスタッフ、最新の情報を求めながら日々診療されているご苦労がそのままマニュアルに反映されていると感じた。それぞれの項目で5年間の新しい知見が盛り込まれているが、特に「内視鏡下手術の基本」「stapling deviceの種類と使い方」の項や、各種の消化器癌取り扱い規約やガイドラインなどの更新に応じたそれぞれの章での改訂に医局員のきめ細やかな配慮が印象的である。

私自身も若いころから小西教授には多くのご指導をいただき、また教授が大腸癌や炎症性腸疾患の診療、研究に熱意をもって立ち向かわれ、さらにそ

の後腹腔鏡手術の発展に主導的立場で貢献され、今日の消化器外科を作り上げてこられた経過を目の当たりにしてきた。開腹手術で名を挙げた多くの先輩たちの中であって、当初より腹腔鏡手術の将来を見据えた立場でのお仕事は、常に科学に新しいものを求める教授の姿勢の現れであり、真に敬意を表するばかりである。教授の信念が医局の先生方に浸透して教室として数多くの優れた実績を挙げてこられたものと思うが、中でもこのマニュアルはその小さな形に比して存在意義は極めて大きいものと言えよう。

今日多くの外科系学会では、「外科医を志望する学生の減少」「女性外科医が働けるための環境づくり」「専門医制度の意義」などが強調され、厳しい課題が山積みではあるが、問題の解決と発展のためには若手外科医の指導、育成が基本であることは自明である。このマニュアルが研修医、レジデント、ならびに時間的制限から経験のみに頼りがちになる医長、部長クラスの指導医にも引き続き必携の書であり、若手の育成を通じて外科学の発展に貢献するものであることを確信している。



若手を育成し外科の 発展のために貢献する本

ハビリテーション医学教室や関連病院の諸先生方による改訂版である。最近のトピックス(高次脳機能障害やがんのリハビリテーション、転倒予防や廃用予防などの予防的リハビリテーション、社会的リハビリテーションなど)や評価や治療のポイントを、項目ごとに要約形式で見事にまとめられている。

評者自身は、まず項目ごとに収載されている「臨床のコツ」を拝読し、その上で、各執筆者の先生方と、まさに実際に対話をしながら教えをいただいているような感覚で理解を進めることができた。

リハビリテーションは、その解釈によってさまざまな対象をも含むことがあり、一臨床医学としては、とっつきにくい側面がある。そのような中で、本書は、わが国のこの分野のリーダーたちが読者に実際に語

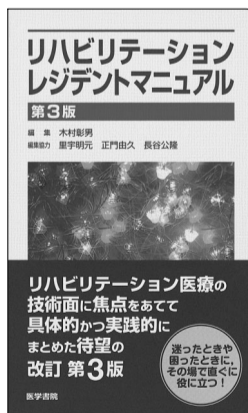
りかけるような息吹を感じとることができる良書と言えよう。

リハビリテーション医療は、机上の勉強だけでは理解できない要素を多面的に意識する必要がある。あまりに高度に情報化された社会において、何がスタンダードで何が先進的なのかといったことを理解する間もなく、次の情報が押し寄せてくる。

本書はそのような時代に、われわれリハビリテーション医療にかかわる人間一人ひとりが、何を理解し、どう歩んだらよいのかを、最短ルートで端的に示してくれているように感じた。リハビリテ

ーション医学を志すレジデントのみならず、リハビリテーションチームにかかわるあらゆるスタッフにとって必読・必携の書である。

リハビリテーション医学の 学び方を最短ルートで提示



メルマガ配信中

毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。
お申込みは医学書院ウェブサイトから。

医学界新聞メルマガ

検索

日本クリニカルパス学会・医学書院 主催 第6回 クリニカルパス教育セミナー

そこが知りたい! 地域連携パス 運用・活用のノウハウ

参加費: 5000円(資料代・消費税含む)
申し込み方法: 学会ホームページ(<http://www.jscp.gr.jp>)からオンラインで受付致します。その他のお申し込み方法は、日本クリニカルパス学会事務局までお問い合わせ下さい。

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

大阪 定員 400名

2010年 7月31日(土) 13:30~17:15
千里ライフサイエンスセンター

豊中市新千里東町1-4-2 千里ライフサイエンスセンター5階
司会 副島秀久(済生会熊本病院) 岡本泰岳(トヨタ記念病院)

プログラム

- 知っておこう、連携パスの基本概念 … 岡本泰岳(トヨタ記念病院)
- 熊本における地域完結型脳卒中診療と脳卒中地域連携パスについて … 西 徹(済生会熊本病院)
- 医療安全に基づく地域連携パス ー特に薬薬連携の必要性ー … 松久哲章(四国がんセンター)
- 地域連携パス使用時の実際ー看護師の役割と事務局の役割ー … 重田由美(北野病院)
- 胃大腸癌術後地域連携クリニカルパスの作成と運用の実際 … 長島 敦(済生会横浜東部病院)

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

臨床家が知っておきたい「子どもの精神科」

第2版
こころの問題と精神症状の理解のために

市川 宏伸, 海老島 宏 ● 編

A5・頁304
定価3,360円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00619-4

【評者】大南 英明
放送大客員教授

医療と教育との連携、協力の必要性、重要性については、編者である市川宏伸先生をはじめ、幾人もの先生方が、都立青島養護学校の分教室における長年にわたる実践により、成果を示してこられました。

都立青島養護学校の分教室は、1972年4月、小児精神科の専門病院である都立梅ヶ丘病院の中に設置され、入院中の患者の中から教室での学習が可能と医師から診断された児童生徒(義務教育段階)を対象としていました。

記録をたどりますと、当初は、自閉症、情緒障害の児童生徒が中心でしたが、1990年

には医師と教員がLD(学習障害)について、1994年ごろにはADHD(注意欠陥・多動性障害)についての研究・研修を開始し、分教室の教育の中心は、LD、ADHD等の発達障害の児童生徒へと変化し、現在に至りました。2010年2月、分教室は病院の統廃合により閉室となりましたが、新しい医療機関、特別支援学校で、医療と教育との連携による実践が始まっています。

本書は、次の点で類書にみられない特色があります。

1. サブタイトルにあるように「こころの問題と精神症状の理解のために」幅広く解説されている。

「Ⅲ 子どもによくみられる精神症状のみかた」「Ⅳ 子どもによくみられる精神疾患とそれらへの対応」「Ⅴ 子どもの精神科におけるいくつかの問題」の中で、こころの問題、精神症状

の理解のためのポイントが解説してあります。

2. 一つひとつの事項について、簡潔、明解に解説してある。

例えば、「Ⅳ 子どもによくみられる精神疾患とそれらへの対応」の各論では、20項目について、それぞれ4〜5ページでコンパクトに解説してあります。「自閉症(広汎性発達障害:PDD)」では、1) 診断、2) 行動上の特徴、3) 疫学、4) 鑑別診断、5) 経過および予後、6) 対応、について解説し、学校、家庭、医療などが共通の認識に立って対応する必要性を述べています。

3. 教育、福祉、司法、保健とのかかわりについて解説してある。

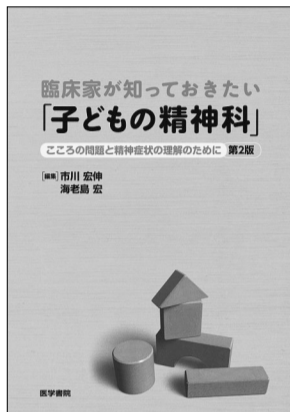
「Ⅴ 子どもの精神科におけるいくつかの問題」の章で、1) 教育との連携、2) 福祉・司法・保健との連携について、具体的に解説してあります。教育との連携では、①連携にあたって留意する点、②学校からの依頼、③学校への依頼、④その他の社会資源、について述べています。

4. 医療の専門分野(小児精神科等)で著名な執筆陣により編集されている。

5. 事典(辞典)としても活用できる。

例えば、LDは、166〜170ページにコンパクトにまとめてあり、参考文献が例示されています。本書は、特別支援教育の関係者、関心がある方々、障害児・者の教育・福祉をめざしている方々などにお薦めしたい図書です。

特別支援教育や障害児・者の教育、福祉をめざす人へ



神経内科ハンドブック 第4版

鑑別診断と治療

水野 美邦 ● 編

A5・頁1312
定価14,175円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00874-7

【評者】栗原 照幸

東邦大名誉教授/神経内科津田沼

水野美邦先生は、1969年から4年間 Chicago, Northwestern 大学で神経内科レジデントを体験され、帰朝後それを一冊の本にまとめておきたいという

希望から、1987年に『神経内科ハンドブック』(初版)として出版された。その後版を重ねてこのたび、34名の執筆者によって最近の知見を盛り込んだ第4版が2010年3月に出版された。米国の神経内科レジデント教育では、成人の神経内科のほか、一定期間ずつ小児神経内科、脳神経外科、精神科、神経放射線、脳波・筋電図、神経病理のローテーションが生まれ、All roundな臨床能力を能率よく3年間で体得できるようプログラムが組まれている。

神経系はその解剖学的な複雑さから、とっつきにくいと考えられるが、問診をして、発症の仕方(突発性、急性、亜急性、慢性進行性、寛解・増悪の繰り返し等)や病気の経過、家族歴の有無、仕事や環境との関連性などよく話を聞いて、次に神経診察を取りこぼさず行うと、①主に問診からどのような病態か(血管障害、炎症、代謝・中毒、腫瘍、変性、脱髄)、②神経診察所見から神経系の疾患部位を8割がた、明らかにすることができる。問診と診察所見から最も考えられる診断を思いついた後に、多くの鑑別診断も思い浮かべて、神経学的検査法の助けも含めて最終診断に至るが、この本の副題にもなっている鑑別診断の重要性を編者はよく強調している。図や写真も多く、まとめの表も理解しやすい。重要な参考文献が読書を深めるために十分すぎるほど記載され、最新情報が盛り込まれている。

今回出版された第4版では、神経学的診察法、局所診断、症候から鑑別診断へ、神経学的検査法、診断と治療、

基本的治療法・手技(救急蘇生法、中心静脈カテーテル、栄養、嚥下障害や褥瘡予防)のほか、医療費の助成制度や、身体障害者手帳、介護保険制度の手続きに至るまで、患者の助けになる内容を盛り込み、ベッドサイドですぐに役立つ素晴らしい構成である。医学生、神経内科の後期研修医をはじめ、臨床に携わる神経内科医にも推薦したい。

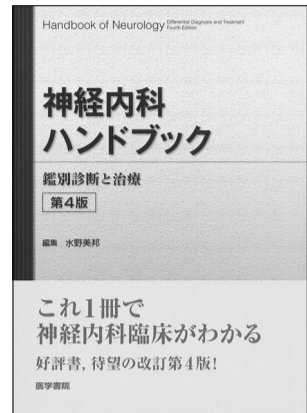
第5版が将来出版されるときには、さらに完璧なものとするために、神経内科疾患への問診法の章をぜひ加えてほしいと考える。神経内科疾患の診断には、神経学的診察を見

落とさず行うことが大切であるが、それ以上に話をよく聞くことが重要である。年齢、性別、職業(会社員と書くだけでなく実際に行っている仕事を具体的に聞き出すとよい。一日中コンピューターを見ている仕事(VDT業務)も最近多くなり、目の疲労、頭痛、肩こり、腰痛などが起こりやすくなっている)、病気の発症の仕方、経過、今まで使われた薬とその効果、抗うつ薬によるパーキンソンズムなどの副作用。

既往歴では、糖尿病、高血圧、脂質異常症、手術歴、輸血歴、薬物アレルギー、入院歴。家族歴では、家族構成、本人と同様な症状を呈する家族がいないかなど。筋疾患や変性疾患、片頭痛などでは家族歴のあることが多いので、遺伝形式にも注意するとよい。よく話を聞いてラポールが築かれてくると、神経診察をする際もよい協力が得られる。

神経内科の教科書には、問診についての章がないものが多く、これは診断学の教科書に任せるという傾向もあるが、第4版は、1300ページにわたる教科書なので、大切な問診については5ページほどを割いてもよいと思われる。

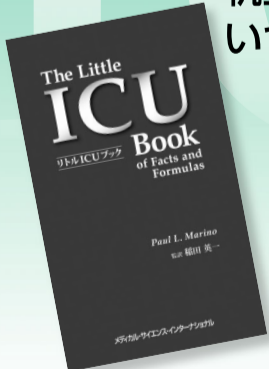
ベッドサイドですぐに役立つ



新刊 リトルICUブック

The Little ICU Book of Facts and Formulas

机上には「ICUブック」、
いつも手元には「リトル」—これで完璧



原著者 Paul L. Marino
監訳 稲田英一 順天堂大学医学部麻酔科学・ペインクリニック講座教授

- 集中治療医学のベストセラーにしてロングセラー「ICUブック」の縮約版。
- ベッドサイドのコンパクトなクイックリファレンスとして内容を精選。
- 各章は完全に書き直され、簡潔書きスタイルに変更。
- 付帯事項に関する細かい記述や歴史的な挿話を大胆にカットし、端的な言い回しに変更するなどして、記述内容をより凝縮。
- しかしながら、実践のみを記したいいわゆるマニュアル本とは一線を画し、「ICUブック」同様、著者Dr. Marinoの思想が色濃く反映している。
- 「ICUブック」の知見が手軽に引き出せる「2冊目」の書。

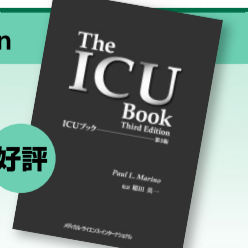
定価6,300円(本体6,000円+税5%)
●A5変 頁640 図50 2010年5月 ●ISBN978-4-89592-643-0

ICUブック 第3版 The ICU Book, 3rd Edition

原著者 Paul L. Marino
監訳 稲田英一 順天堂大学医学部麻酔科学・ペインクリニック講座教授

- B5 頁912 図206 2008年
- ISBN978-4-89592-500-6
- 定価 11,550円(本体11,000円+税5%)

好評



世界標準の集中治療を追究する 年4回発行の新雑誌

INTENSIVIST

インテンスイジスト

2010年 第2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

編集委員
藤谷 茂樹 聖マリアンナ医科大学救急医学
讀井 将満 自治医科大学附属さいたま医療センター麻酔科・集中治療部
林 淑朗 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。
- 各施設独自の「自己流」の診療を見直し、世界標準の集中治療を理解し実践するための情報を提示する。
- 本誌が目指すのはCritically ill patient を中心に据え、さまざまな分野からのアプローチによりCritically illの立体像を描き出そうという挑戦的な試み。
- 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スイジストを追求する。
- 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、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。

特集

2009年創刊号: ARDS	2009年第4号: 不整脈	2010年第3号: 外傷(2010年7月発売)
2009年第2号: Sepsis	2010年第1号: 重症感染症	2010年第4号: 急性心不全(2010年10月発売)
2009年第3号: AKI	2010年第2号: CRRT	

感染症999の謎

岩田 健太郎 ● 編

A5変型・頁590
定価5,250円(税5%込) MEDSI
http://www.medsi.co.jp/

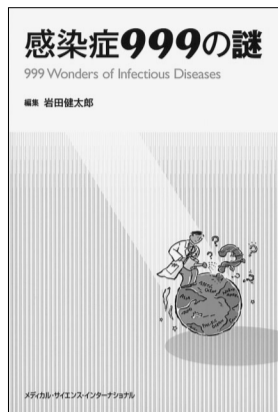
久しぶりに、感染症の本一冊に一わたり目を通して、大いに勉強になった。手頃なサイズの中に中身がずっしりと詰まっている。編者の岩田先生は、臨床感染症学にかけては、わが国でその完成度の高さを誇るべきお一人である。その彼が新進気鋭の若手執筆者たちを束ねて本書を結実させた。

中身の重厚さに対抗して、面白く読みやすいように工夫されている。まずQ&A形式が面白い。われわれ医師はとりわけ試験漬け人生を経てきているので、この形式には馴染みがわく。臨床現場でよく疑問になりそうな

Qを繰り返して出し、出来る限りエビデンスに基づいたAをひねり出している。「よくわからない」を含めて答えは簡潔明瞭。それぞれのQ&Aは難易度に従って「A」か「B」、面白い逸話などは「C」に含めてランク付けされていて親切である。ほとんど文脈がないのをよいことに、読者の興味と疑問の赴くままにどこから読んでもよい。また巻末の索引が丁寧なので、そこから逆引きして、頭に浮かぶ疑問に関連したQ&Aに結構行き着けると思う。

本書は臨床感染症学の、概ね欧米中心のグローバルスタンダードの高みを呈示している。なかなか先端的で読み応えがある一方、難解な箇所も少なくない。大雑把に、臨床感染症学を初期研修医向け、後期研修医向け、さらなる専門分化の程度によって「初期」「後期」「特殊」の3つに分けてみるならば、本書は初期をほどほどにすませて、後期・特殊により重点をおいている。エビデンスの蓄積とともに、グローバル

感染症の頂を見上げて



スタンダードが急速に成長し膨張しつつある現状が読み取れる。HIV、移植に関する感染症、熱帯感染症などの特殊専門分野で示されるように、もはや臨床感染症学は一筋縄ではいかなくなりつつある。

日本の臨床感染症学はひとところに比べれば確かに進歩してきたといえるものの、もともとかなり出遅れた上に、グローバルスタンダードの膨張に比べるとその加速レベルはかなり遅い。このようなときに、時機を得た本書が感染症医とそれをめざす医学徒にとって必読の書となることは必然といえるが、感染

症診療に携わり抗菌薬を処方する機会のあるすべての臨床医に、一度手にとって読んでみることを薦めたい気持ちになる。読みの深さや理解の程度を問題にする前に、むしろグローバルスタンダードとその膨張速度を感じとってもらいたいのである。熟読して山頂に立てるならばもちろん文句なしだが、麓から眺めて頂の高さや山容を感じとるだけでも十分意義がある。ただしこの際大事なことは、頭で理解してよしとするレベルよりも、臨床の場で実践すべきかどうか・実践できるかどうかのレベルで感じとってもらいたい。

その上で、さらに、後期・特殊の山の高嶺を支える初期臨床感染症学の逞しい裾野の広がりにも思いを馳せて、翻ってわが国の一般的臨床現場における平均的感染症診療の現状を今一度振り返ってみようではないか。もちろん、断るまでもなく、欧米 vs. アジア・日本の臨床感染症学の中身が全く同じになればよいという単純なことでもない。

評者 喜舎場 朝和

元沖縄県立中部病院内科部長

第13回日本臨床救急医学会開催

第13回日本臨床救急医学会が5月31日～6月1日、大橋教良会長(帝京平成大)のもと、「救急の目で医療を考える」をテーマに、幕張メッセ(千葉市)にて開催された。本紙では、パネルディスカッション「救急医療におけるグリーンケア」(座長=兵庫医大・吉永正氏、神戸赤十字病院・村上典子氏)のもようをお伝えする。



●大橋教良会長

パネルディスカッションではまず、2003年より外来死亡となった患者家族を対象にグリーンケアを実施している山梨県立中央病院救命救急センターの菊池広子氏が、グリーンケアの意義と重要性について語った。続いて曾我部久美氏(日医大病院)が、救命救急センターにおけるDNAR(心肺蘇生を行わないこと)を選択した患者家族の思いを看護師がどのようにとらえているかを調査。看護師は個別性のある看取りのためのケアの必要性を感じており、遺族が正常な悲嘆のプロセスを歩めるように支えようとしていることが明らかになった。病理学者でもある牧師の保科正和氏(アガベ協立キリスト教会)は、氏が実践するグリーンケアを紹介するとともに、心的負担が大きい救急医療の現場にある医療者に向けて、患者との向き合い方を説いた。黒川雅代子氏(龍谷大)は、心肺停止状態で搬送され、初療室で亡くなった患者家族・遺族のニーズに関する調査結果を報告。早い段階から状況説明を行い、お別れの時間を十分確保するなど、きめ細かな配慮が必要だと述べた。

座長の村上氏は、自身が担当しているグリーンケア外来について紹介。来院患者の約8割が予期せぬ死別を体験した遺族であることから、遺族が少しでも納得できるように、医療者の丁寧な説明や死因の解明が重要であるとした。最後に登壇した座長の吉永氏は、災害医療の現場で遺族の支援にあたるDMORT(Disaster Mortuary Operational Response Team)について報告。氏らが結成した日本DMORT研究会を紹介し、DMATなど既存組織との連携やチームメンバーの育成に意欲を示した。

《脳とソシアル》 発達と脳

コミュニケーション・スキルの獲得過程

岩田 誠, 河村 満 ● 編

A5・頁272
定価3,780円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00936-2

本書は、東京女子医科大学名誉教授の岩田誠先生と、昭和大学医学部教授の河村満先生によって編集され、序論を含めて4章から成り、わが国の発達領域にかかわる脳研究の第一人者である18人の専門家により執筆された272ページから成るものである。

全体として、その構成を見ると、岩田誠先生のアイデアが光っているように感じられる。評者は折々、先生のお考えを伺う機会があったからそう思うのであろうか。脳からみたヒトの発達について先生が書かれた興味深い序論、さらには冒頭の「発刊に寄せて」、そして巻末の「あとがきにかえて」の河村先生との対談を読むと、それがよく理解される。すなわち、文化人類学的、さらには進化論的な発想で医学・医療問題をとらえようとする立場である。評者も、脳の働きの理解には、それなしでは成し得ないと考えている。

本書の内容を見ると、Iの「発達障害と脳」は、発達の脳科学的基本ばかりでなく、いわゆる自閉症スペクトラム、さらには成人の神経疾患に特異な自閉症スペクトラムも取り上げ、治療教育も含めて単に臨床的視点からだけでなく、認知神経学的にも論じている。

IIの「コミュニケーション・スキルの獲得と脳」では、脳神経系の形態的、機能的な発達と高次の機能の生まれる

過程から始まって、言葉の発達を中心に、コミュニケーション・スキルの発達と障害を論じている。障害としては、ディスレクシア、ひとまねの模倣障害としての自閉症スペクトラム、特殊な認知解離を示すウィリアムズ症候群、教育現場で問題になっている注意欠陥・多動性障害を取り上げ、これらの疾患の新しい視点からのとらえ方が理解される。

Ⅲの「コミュニケーションの広がり」と進化——個から集団へは、進化論的な立場から人間に最も近いチンパンジーに始まり、サル、イヌを取り上げ、いわゆる「社会脳」の進化と発達を論じ、本書を特徴付けている。特に、チンパンジーの子育てについては、われわれの子育てに応用できる点が多い。

評者は、書評のご依頼を受けて、「脳とソシアル」という発想の本がシリーズとして出版されていることを知り、感銘を受けた。その第二弾としてのこの本も、発達を脳科学と関係づけて論じていて、格調高いものになっている。現在の医療の現場で問題となっている発達障害、特にコミュニケーション障害を原点に立って理解するために本書は有用である。医師や看護師ばかりでなく、ぜひ学生にも読んでいただきたいものである。

◆チャイルドリサーチネットワークホームページ
http://www.crn.or.jp

評者 小林 登
東大名誉教授
チャイルドリサーチネットワーク(CRN)所長

発達を脳科学と 関係づけて論じた書

●弊紙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 記事内容に関するお問い合わせ

☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ
書籍のお問い合わせ・ご注文

お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ
ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

●レジデント号モニター募集!

『週刊医学界新聞』では双方向性を持つ紙面づくりをめざし、医学生・研修医の皆様を対象にモニター購読者を募集しています。モニター購読者には、弊紙レジデント号を無料送付させていただいたうえで、記事へのご感想等、弊紙編集活動にご協力をお願いしています。この機会にぜひ、モニター購読にご応募ください。

■対象 医学生・レジデント

■特典 『週刊医学界新聞』レジデント号(年12回発行)の無料送付

■モニター購読者へのお願い ①記事へのご感想・ご意見、②現在受講中の授業や、学生生活全般へのご意見、③参加した学会・研修会の印象記、④学内・学外での活動の紹介、などを随時編集室までお寄せください。また、座談会・インタビュー等、弊紙企画へのご協力をお願いすることもございます。

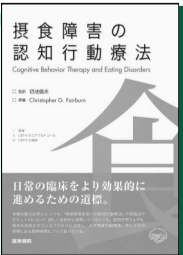
■申込み・問い合わせ: 週刊医学界新聞編集室 (E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp)

日常の臨床をより効果的に進めるための参考書

摂食障害の認知行動療法

「摂食障害患者への認知行動療法」の実施やテクニックについて詳しく紹介。原因を問うよりも、病状を持続させているプロセスに注目し、まず摂食行動異常、そしてその背景にある精神病理についても扱っている。摂食障害患者にかかわる医師、臨床心理士にとって、日常臨床をより効果的に進めるための参考書。

著 監訳 Christopher G. Fairburn
切池信夫
大阪市立大学大学院医学研究科教授・神経精神医学



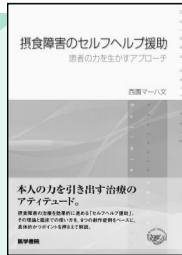
患者の力を生かして摂食障害の治療を効果的に進める

摂食障害のセルフヘルプ援助

患者の力を生かすアプローチ

「セルフヘルプ援助」とは、患者本人の力を引き出しながら治療していくアティチュード。摂食障害の治療を効果的に進めるその理論と臨床での使い方について、9つの創作症例をベースに、さらに資料編の「患者の力を生かす13のツール」も交えながら、具体的かつポイントを押さえて解説。有機的で立体的に張り巡らされたクロスリファレンスによって、「知識がつかがる。理解が深まる。そして実践しなくなる!」

西園 マーハ文
東京都精神医学総合研究所



◎国内最大級大容量リファレンス!

今日の診療 プレミアム Vol.20

DVD-ROM for Windows



医学書院のベストセラー13冊をDVD-ROMに収録。最新の研究成果に基づく最も効果的な治療法の情報簡単に検索、臨床現場で役立つ電子リファレンス。「今日の診断指針第6版」「今日の治療指針2010年版」「治療薬マニュアル2010」を更新したほか、新たに「臨床中毒学」を収録し最大の13冊に。また図版のサムネイル表示など、さらにすばやく情報をつかむことが可能に。「現場になくはならないリファレンスツール」として利用されて20年目、Vol.20はさらに進化。

●DVD-ROM版
価格76,650円
(本体73,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01113-6]

日々の診療をサポートして20年



今日の診療 ベーシック Vol.20 DVD-ROM for Windows

骨格をなす8冊(写真下に*で表示)を収録

●DVD-ROM版 価格54,600円(本体52,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01115-0]

医学書院発行

()内は年間購読料。下記定価はすべて消費税5%を含んだ総額表示になります。

7月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

公衆衛生	8月号	Vol.74 No.8 一部定価2,415円(28,200円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 36,700円)	検証「パンデミックインフルエンザ2009」
medicina	7月号	Vol.47 No.7 一部定価2,520円(36,740円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 47,800円)	高血圧診療 わかっていること・わからないこと
JIM	7月号	Vol.20 No.7 一部定価2,310円(26,880円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 35,000円)	看護学を知りたい! 医師のための看護学入門
糖尿病診療マスター	7月号	Vol.8 No.4 一部定価2,100円(12,240円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 17,300円)	糖尿病合併症とその治療に関する エポックメイキングトピックスの展開
呼吸と循環	8月号	Vol.58 No.8 一部定価2,730円(31,800円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 41,400円)	呼吸器疾患のリスク管理
胃と腸	7月号	Vol.45 No.8 一部定価2,835円(40,850円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 53,200円)	直腸肛門部病変の鑑別診断 最新の知見を含めて
肝胆膵画像	7月号	Vol.12 No.4 一部定価3,675円(21,420円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 27,900円)	膵内分泌腫瘍の画像と病理 典型例から非典型例まで
BRAIN and NERVE	増大号	Vol.62 No.7 特別定価3,990円(35,460円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 46,100円)	アルツハイマー病 研究と診療の進歩
臨床外科	8月号	Vol.65 No.8 一部定価2,730円(40,160円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 52,200円)	ESD時代の外科治療
臨床婦人科産科	8月号	Vol.64 No.8 一部定価2,730円(37,800円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 49,200円)	子宮内膜症・腺筋症の 外科的治療—機能温存をめざして
臨床眼科	7月号	Vol.64 No.7 一部定価2,835円(41,660円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 54,300円)	第63回日本臨床眼科学会講演集(5)
臨床泌尿器科	8月号	Vol.64 No.9 一部定価2,835円(41,360円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 53,800円)	筋層非浸潤性膀胱癌に 関する最近の話題
総合リハビリテーション	7月号	Vol.38 No.7 一部定価2,205円(25,680円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 33,500円)	ゴール設定に必要な予後予測
理学療法ジャーナル	7月号	Vol.44 No.7 一部定価1,785円(20,880円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 27,200円)	在宅理学療法の実践
臨床検査	7月号	Vol.54 No.7 一部定価1,890円(27,180円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 35,400円)	排尿障害
病院	7月号	Vol.69 No.7 一部定価2,940円(34,200円) (電子ジャーナル閲覧オプション付 44,500円)	死生観が問われる時代の医療

神経心理学 コレクション

シリーズ編集 山鳥 重・彦坂興秀・河村 満・田邊敬貴

新刊 レビー小体型認知症の臨床



小阪憲司・池田 学

変性性認知症としてはアルツハイマー型に続いて発症頻度が高いといわれるレビー小体型認知症(DLB)。本疾患の発見者が、病理学的発見の経緯から、DLBの臨床上的特徴である行動心理学的症状(BPSD)をはじめとした症状、診断、治療、介護に至るまで、同じく認知症の臨床に詳しい精神科医を聞き手に語り尽くす。神経心理学コレクション「トーク 認知症」に連なる貴重な対談。

●A5 頁192 2010年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-01022-1]

新刊 視覚性認知の神経心理学



鈴木匡子

ヒトの高度視覚機能とその障害に関して、臨床例を呈示しながら分かりやすく紹介。高度視覚機能に関わる神経基盤の基礎、形態認知および視空間認知のメカニズムとその障害、さらには意識と視覚認知の関係にまで鋭く迫る。また、視覚認知障害が二次的に様々な行為に与える影響や、視覚認知の陽性症状にも触れている。視覚性認知の最先端が1冊にまとまった好著。

●A5 頁184 2010年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00829-7]

<< シリーズ LINE UP >>

- 失われた空間** 石合純夫
●A5 頁256 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00947-8]
- 認知症の「みかた」**
三村 将・山鳥 重・河村 満
●A5 頁144 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00915-7]
- 街を歩く神経心理学** 高橋伸佳
●A5 頁200 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00644-6]
- ピック病 二人のアウトラスト** 松下正明 田邊敬貴
●A5 頁300 2008年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00635-4]
- 失行 [DVD付]** 河村 満・山鳥 重・田邊敬貴
●A5 頁152 2008年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00726-9]
- ドイツ精神医学の原典を読む** 池村義明
●A5 頁352 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00335-3]
- トーク 認知症 臨床と病理** 小阪憲司 田邊敬貴
●A5 頁224 2007年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00336-0]
- 頭頂葉** 酒田英夫・山鳥 重・河村 満・田邊敬貴
●A5 頁280 2006年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00078-9]
- 手** 訳=岡本 保
●A5 頁272 2005年 定価3,780円(本体3,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-11900-9]
- 痴呆の臨床** CDR判定用ワークシート解説 目黒謙一
●A5 頁184 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-11895-8]

- Homo faber 道具を使うサル** 入来篤史
●A5 頁236 2004年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11893-4]
- 失語の症候学** ハイブリッドCD-ROM付
相馬芳明・田邊敬貴
●A5 頁116 2003年 定価4,515円(本体4,300円+税5%)
[ISBN978-4-260-11888-0]
- 彦坂興秀の課外授業 眼と精神**
彦坂興秀(生徒1)山鳥 重(生徒2)河村 満
●A5 頁288 2003年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11878-1]
- 高次機能のブレインイメージング** 川島隆太
●A5 頁240 2002年 定価5,460円(本体5,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-11876-7]
- 記憶の神経心理学** 山鳥 重
●A5 頁224 2002年 定価2,730円(本体2,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-11872-9]
- チャールズ・ベル 表情を解剖する**
原著=Charles Bell 訳=岡本 保
●A5 頁304 2001年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11862-0]
- タッチ** 岩村吉晃
●A5 頁296 2001年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-11855-2]
- 痴呆の症候学** ハイブリッドCD-ROM付
田邊敬貴
●A5 頁116 2000年 定価4,515円(本体4,300円+税5%)
[ISBN978-4-260-11848-4]
- 神経心理学の挑戦** 山鳥 重・河村 満
●A5 頁200 2000年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11847-7]



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