

2019年2月4日

第3308号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会]総合診療医の役割を可視化する(前野哲博,神野正博,伊関友伸)……1-2面
[寄稿]査読歴も研究者評価の対象に(宮川剛,小清水久嗣)……3面
[FAQ]「非小児科医」のための小児感染症の診かた(上山伸也)……4面
[寄稿]「上手な医療のかかり方」を広めよう(若永直子)……5面
MEDICAL LIBRARY……6-7面

座談会 総合診療医の役割を可視化する



前野 哲博氏(司会) 筑波大学医学医療系/同附属病院総合診療科 教授・副院長
神野 正博氏 霊仙会恵寿総合病院理事長
伊関 友伸氏 城西大学経営学部教授

2018年4月の新専門医制度スタートに伴い19番目の基本領域に位置付けられた総合診療専門医は、その概念の提唱から日が浅く、進路選択を前にした若手医師はもちろん、国民からの理解も十分とは言えない。総合診療医の養成が日本の医療に与える影響を明らかにする目的で、厚労科研「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」(研究代表者=前野哲博氏)が実施され、その成果が2018年7月に公表された(註)。
今なぜ、総合診療医の役割を可視化する必要があるのか。研究代表者の前野氏を司会に、病院経営の立場から地域医療に取り組む神野正博氏、行政学の観点から地域医療や自治体病院の経営を研究する伊関友伸氏の三氏が、総合診療医の専門性と期待される役割を議論した。

前野 総合診療医は少子高齢化が進む日本において重要と認める声がある一方、ネガティブな意見を耳にすることもしばしばあります。背景には、人によって総合診療のイメージが異なり、議論が十分にかみ合っていない現状があるからです。

そこで、日本の医療に即した総合診療医像を可視化し、期待される役割の共通認識を広げる目的で、全国規模の調査や各地のモデル事例を報告書にまとめました。初めに、先生方の考える総合診療医の概念と期待する役割をお話してください。

伊関 総合診療医は、医療を通じて地域の問題を解決できる医師と考えています。医師不足に悩む全国の病院を数多く見てきた実感として、へき地や地方に限らず、都市部の中小病院も厳しい現実に直面しています。2025年、2035年と高齢化がさらに進み、医療のニーズが多様で複雑になる時代、幅広い診療能力を備えて患者の生活や不安にも対応できる総合診療医には大きな期待を寄せています。

神野 英国の総合診療医(General Practitioner: GP)や米国の家庭医(Family Physician)、あるいはHospitalistと呼ばれる米国の病院総合医などと比べ、日本で志向される総合診療医の輪郭はこれまではっきりとせず、その位置付けをめぐる議論が多くなされてきまし

た。日本の総合診療医に対し、かつて私は家庭医に近いイメージを持っていましたが、大規模病院に患者が押し寄せ医師の疲弊を招く日本の医療状況を踏まえると、1次救急を中心にゲートキーパーの役割も総合診療医には求められると考えます。

前野 総合診療医がうまく機能すれば、後方病院に送る適切な判断や退院後の生活を含めた支援も円滑になるでしょう。例えば、糖尿病で定期通院中に脳梗塞を発症した患者に対して同じ総合診療医が、適切に初期診療を行って救命救急センターに送り、麻痺が残った状態で地域に戻って来てからは家族や社会背景まで把握し、介護福祉職と連携して生活までサポートする、といったケアを提供できます。

神野 急性期では臓器専門医との連携を進め、回復期では看護・介護職と共に包括的で継続的なケアを提供する姿が、今の日本に即した総合診療医像になるのではないのでしょうか。

前野 そうですね。総合診療の範囲は単に複数の診療科をカバーするだけにとどまりません。地域に一步出れば多職種と共にかかわりながら、予防から治療、健康増進や生活支援など、安心して暮らせるシステムの構築に貢献する役割が期待されます。総合診療の魅力と可能性は、医療を通して「暮らし」を丸ごと診られる点にあると言えます。

総合診療医の道は、なぜ若手医師に選ばれないのか

前野 生活者の人生全てにアプローチする総合診療医は、医師を志す原点でもある「人の役に立ちたい」との思いを実現できる、やりがいのある仕事だと学生に伝えています。総合診療に興味を持つ学生・研修医は近年増えていくとの手応えは感じているものの、進路として総合診療医を選ぶ人は少なく、総合診療の専攻医採用数は初年度2018年は184人、2019年度の応募も1次募集時点で昨年度とほぼ同数の158人にとどまっています。これには、どのような理由が考えられるでしょう。
神野 総合診療の診療範囲の曖昧さと専門性の理解が不十分な点が挙げられます。加えて、総合診療専門医は医療資源の少ない地域に研修に行くことが義務のような議論に焦点が当たってしまっていることも一因でしょう。医師の偏在を臨床研修制度や専門医制度だけで根本的に改善するのは難しいにもかかわらず。

前野 残念ながらそれが大きなメッセージを持ち、総合診療医は「へき地で働く医師」あるいは「高齢者を診るための医師」と研修医に思われている面があります。

神野 総合診療医はへき地の診療所で

働くだけではなく、都市部の病院にも必要となります。

前野 地域密着型の病院では、複雑な問題を持った患者さんに対し訪問診療を行うこともあり、場合によっては在宅での看取りも行います。一方、大規模病院も、臓器専門医の専門性がより高度化する中、さまざまな症状をトータルで診る総合診療部門は不可欠です。
伊関 それに、少子化が進むこの先、小児科医が地域で24時間365日救急対応することが現実的に難しくなれば、プライマリ・ケアで子どもも診られる医師は一層求められます。

こうした幅広いニーズがあるにもかかわらず希望者が増えないのは、総合診療医のキャリアをスタートする専攻医の研修先に、魅力ある職場が少ないのも理由ではないのでしょうか。

前野 総合診療医を必要とするフィールドはどの地域にもたくさんあるのは間違いありません。問題は、専門医教育の指導体制が不十分なことです。どんなに魅力的な現場でも、指導医のいない診療所や中小病院にいきなり専攻医が進むのは不安が大きいです。大規模病院で急性期の研鑽を積む機会も必要です。病院、診療所、どこで研修を受けても適切な教育を受けられる指導体制の整備が必要であり、両

(2面につづく)

February 2019

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

こんなときオスラー 「平静の心」を求めて
平島 修、徳田安春、山中克郎
A5 頁192 2,400円 [ISBN978-4-260-03692-4]

内科レジデントマニュアル (第9版)
編集 聖路加国際病院内科研修専門委員会
B6変型 頁472 3,400円 [ISBN978-4-260-03613-9]

AAP/AHA新生児蘇生 テキストブック (第2版)
原著 Kattwinkel J(ed)
監訳 田村正徳
A4変型 頁336 5,800円 [ISBN978-4-260-03243-8]

(ジェネラリストBOOKS)
トプランナーの 感染症外来診療術
編集 羽田野義郎、北 和也
A5 頁312 4,200円 [ISBN978-4-260-03633-7]

救急画像ディッチングファイル
原著 Nissman DB(ed)
監訳 船岡知弘
B5 頁304 4,800円 [ISBN978-4-260-03628-3]

標準外科学 (第15版)
監修 北野正剛
B5 頁754 8,500円 [ISBN978-4-260-03630-6]

標準形成外科学 (第7版)
監修 平林慎一
編集 鈴木茂彦、岡崎 睦
B5 頁280 5,800円 [ISBN978-4-260-03673-3]

(標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野)
神経内科学 (第5版)
監修 奈良 勲、鎌倉矩子
編著 川平和美
B5 頁428 5,600円 [ISBN978-4-260-03817-1]

(標準作業療法学 専門分野)
高次脳機能作業療法学 (第2版)
シリーズ監修 矢谷令子
編集 能登真一
B5 頁332 4,000円 [ISBN978-4-260-03818-8]

基礎看護技術 (第8版)
編集 阿曾洋子、井上智子
A4 頁496 4,800円 [ISBN978-4-260-03563-7]

「系統看護学講座」準拠
解剖生理学ワークブック
編集 坂井建雄
B5 頁144 2,000円 [ISBN978-4-260-03824-9]

はじめてでも迷わない!
看護のためのケーススタディ
編集 古橋洋子
B5 頁128 2,000円 [ISBN978-4-260-03820-1]

NANDA-I-NIC-NOCの 基本を理解する
最新の動向と看護計画への活用の仕方 (第2版)
編集 黒田裕子
B5 頁256 3,600円 [ISBN978-4-260-03801-0]

(1面よりつづく)

者を行き来しながら総合的な診療能力を身につけられるトータルのキャリアプランを提示しなければなりません。

地域や病院にもたらすメリット

前野 それに、教育の場である大学病院や大規模病院では、学生・研修医は臓器専門医と接する時間が長く、地域で活躍する総合診療医を実際に見る機会が多くありません。研修医が総合診療専門医の道を選択する判断材料が乏しく、総合診療医に来てほしい施設や地域も実際に何を準備すべきか明確でないのは課題です。そこで、他施設のヒントになる事例を報告書に盛り込みました。どうぞご覧になりましたか？

伊関 全国各地の先駆的な取り組みを紹介した意義は大きいです。第6部の「総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集」は都市部からへき地・離島まで全国各地の事例が網羅され、興味深く読みました。特に私が注目したのは、財政や人員確保に苦しむ逆境の中で総合診療医を根付かせている施設は、どこも例外なく住民との信頼関係を築き、そして教育に力を注いでいることです。

前野 その通りだと思います。総合診療医が地域で活躍し、その実像やインパクトがきちんと伝われば、地域や住民も総合診療医を応援するようになり、さらに活躍や教育の場が広がる好循環が生まれることが示されています。

伊関 例えば、福井大の井階友貴先生は同県高浜町(人口約1万人)での、地域社会活動を報告しています(p.412)。医療・介護、行政、商工観光、住民や住民団体など高浜町に関係する分野の人を集め、参加者発案のテーマを自由に出し合う機会を月に1回設けているそうです。健康に関係のない話題も「あらゆる社会的な要因は健康に関係している」との「健康の社会的決定要因」に基づき意見を出し合うことで、自分たちの健康に関する課題を浮かび上がらせる取り組みを総合診療医中心に行っています。

前野 地域の多職種や行政、住民も巻き込んで取り組むことで、住民にとっても自分たちの地域の課題が明らかになり、総合診療医は貢献してくれるとの認識も芽生えます。

伊関 「高度な技術を持つ臓器専門医に来てほしい」「もっとベテランの先生がいい」と住民が言い続けるだけでは、その地域に適した医療はいつまでも根付きません。医療者と住民双方が歩み寄り、一緒になって学習し実践に移す取り組みは、地域の医療を共同で作る仕掛けとして他地域も大いに参考になるでしょう。

神野 経営状況が改善した例も複数紹介され、関心を持って読みました。医師不足に悩む高知県立あき総合病院(270床)は2012年に総合診療医1人が赴任して以降、診療実績を地道に積み

●まえの・てつひろ氏

1991年筑波大卒。河北総合病院で初期研修の後、筑波大病院総合医コース修了。川崎大総合診療部、筑波メディカルセンター病院総合診療科などを経て、2000年筑波大講師、09年より現職、18年4月に同大病院副院長に就任。総合診療科で診療・教育に従事する傍ら、地域医療教育学分野の研究にも取り組む。日本プライマリ・ケア連合学会副理事長。編著書に『帰してはいけない外来患者』(医学書院)など。



●かんの・まさひろ氏

1980年日医大卒後、金沢大第二外科に入局。同大助手を経て、92年に恵寿総合病院外科部長。93年同院長を経て、95年より現職。2011年より社会福祉法人徳充会理事長併任。全日本病院協会副会長、日本社会医療法人協議会副会長、石川県病院協会副会長など役職多数。仮想化電子カルテの導入、コールセンターの設置など、積極的に新しいテクノロジーを採用し、医療ICTの先駆者として地域医療連携に取り組んでいる。



●いせき・ともし氏

1984年東京都立大学法学部卒。2001年東大大学院法学政治学研究科修士課程修了。87年埼玉県入庁、県立精神医療センター総務職員担当主幹などを経て、04年城西大学経営学部准教授、11年より現職。研究テーマは保健・医療・福祉のマネジメント、地域医療の再生など。博士(福祉経営)。著書に『まちに病院を！(岩波ブックス)』(岩波書店)、『自治体病院の歴史』(三輪書店)など多数。



重ね他科の信頼を得ていったそうです(p.302)。その後、総合診療医が医学生や若手医師の教育にも注力することで病院が活性化し、研修医を含む若手医師が増加するに従い黒字に転換したと報告されています。財政と医師不足に悩む地域にはインパクトのある事例ですね。

前野 総合診療医は、時代のニーズにマッチした存在です。期待通りに地域で力を発揮すれば、国の政策に沿った診療がおのずと展開されるため、病院経営も改善し、結果的に住民により良い医療を提供できます。

伊関 総合診療医が定着した地域における医療提供の継続性については、北海道家庭医療学センターの中川貴史先生が報告書の中で言及しています(p.373)。「医療者自身は一つの地域を永遠にケアし続けることはできない」と述べ、北海道の寿都町立寿都診療所をはじめとする郡部医療機関に勤務する管理医師を5~10年ごとに交代する循環型モデルを実践しています。

前野 こうしたモデルは、若い医師が一定数、継続して入り続けることが前提であり、実現には教育とキャリア形成の充実が不可欠です。若い総合診療医が赴任地でしっかり教育を受けられ、将来のキャリアの見通しも実感できるシステムを構築できるかどうか、持続性実現のカギを握ると言えます。

タスクシフト・シェアへの期待

神野 タスクシフト(業務の移管)やタスクシェア(業務の共同化)の可能性が考察されている点も参考になりました。総合診療医の介入で行政の負担を減らす、あるいは医療・介護職や住民が既に取り組んでいる役割を総合診療医が一部担うことで、さらなる支援や推進につながっていることがうかがえます。ただ、他科の医師からのタスクシフトでは、総合診療医の業務に負担がかかり過ぎない配慮は必要です。

前野 そうですね。総合診療医の守備範囲は広いので「能力的にできる」業務は多いのですが、新しい部門で十分な人数が確保できないことも多く、「労力的にできる」範囲とのギャップが生じることもあります。すると、能力的にできても労力的にできない業務が発生してしまう。「能力-労力ギャップ」と私が呼んでいるこのギャップが大きくなると、総合診療医は疲弊し機能しなくなってしまいます。臓器専門医も

多忙で大変だと思いますが、特に病院ではこのギャップが生じないように、互いの協力が重要だと思います。

神野 医師同士のタスクシフトに議論が収斂しがちですが、医師は看護師や介護職、病院スタッフなどとの連携もあるわけですから、業務過多の部分を互いに助け合うタスクシェアの発想を重視するとよいでしょうね。

前野 特に地域では重要な課題だと思います。例えば臓器専門医や手術設備の集約化は、医療資源の効率化の観点では有効です。しかし、その地域の医療をしっかりカバーする体制とセットでなければ、医療過疎地域を生み出すだけになりかねません。どの地域でも

住民の理解と、教育・キャリア支援の充実で魅力ある診療科に

前野 おっしゃる通り、総合診療医の役割を住民に理解してもらう努力は欠かせません。今回の研究で地域住民に対し行った総合診療医の意識調査(有効回答数4128人)では、総合診療医を「知っている」割合は17.2%にとどまったものの、総合診療医の役割を説明した上で必要性を尋ねると、「身近にいてほしい」「どちらかといえば身近にいてほしい」が合わせて93.5%に上りました。住民への理解を広げるにはどうすればよいかお聞かせください。

神野 病院や診療所は地域密着の存在です。例えば、地元の車座の集会やお祭りなどに総合診療医も積極的に出向くことです。

伊関 医師が住民や行政の方と積極的にコミュニケーションを取るのが近道になりますね。

神野 医師側がコミュニティに加えてほしいと希望すればチャンスは与えられます。さらに、自施設のスタッフから周囲の方に「当院の総合診療の先生に診てもらったら」と紹介してもらえただけの信頼を得ることも大切でしょう。

伊関 今後、社会からの関心の高まりに加え、総合診療専門医のキャリア設計も体系化されれば、今は伸びが鈍い希望者数も、ある時期から一気に増えるものと期待しています。

前野 地域は既に、総合診療を実践する理想的なフィールドを持っているわけですから、教育の充実が総合診療医を増やすポイントになります。

伊関 福岡県の飯塚病院(1048床)と近隣の穎田病院(96床)の事例(p.316)のように、大学や大規模病院は周辺の

安心して医療を受けられる持続的なシステムの構築には、地域の医療機能のタスクシェアを総合診療医が中心となって担うことが期待されます。

伊関 たえ高度な医療機能が多少遠方に移っても、より質の高い医療・介護の連携や、地域の良好なコミュニケーションが総合診療医を介して確立されれば地域医療は崩壊せず、むしろ住民のニーズは満たされるはずで。総合診療医の活躍による成果が見えれば、住民も「来てもらってよかった」と思えますし、「勤務したい」と希望する若手医師も増える好循環が生まれるのではないのでしょうか。win-winの仕組みを作っていきたいですね。

中小病院とも連携を深め、地域を挙げて総合診療医の教育体制を整える仕掛けが必要です。

前野 筑波大も「地域で活躍する医師は地域で育てる」との理念で、大学の教育機能を地域に展開した総合診療医の養成を実践しています(p.453)。

伊関 場合によっては自治体から地元の大学に働き掛けてもよいでしょう。大学の理解さえ得られれば寄付講座を開設して医師を招聘する、意欲の高い自治体もあるからです。私が支援にかかわる富山県朝日町のあさひ総合病院は2019年度から、富山大病院に「地域医療支援学講座」を開設し、地域医療に貢献する人材育成の充実に取り組む予定です。

前野 地域の中小病院や診療所でも専門性の高い研修や診療ができる。それが、総合診療が他の領域と大きく異なる点です。教育とキャリア支援の充実、総合診療医を志す若手医師の心にきつと響きます。その環境を作るには、医学生や研修医、医療者、行政関係者はもちろん、地域住民の方々にも総合診療医の役割を知ってもらうことが重要です。

総合診療医の有用性や将来性に関するエビデンスを今後も増やし、総合診療専門医をめざす若手医師の背中を押せるよう引き続き研究を進め、情報を発信していきたいと思っています。(了)

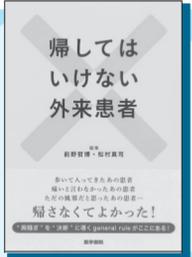
註：研究報告書は下記 URL より閲覧可。  
https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201706032A  
研究の概略は筑波大病院総合診療科ウェブサイトからも閲覧できる。  
http://soshin.pcmcd-tsukuba.jp/education/report/

あの患者を帰さなくてよかった！ 胸騒ぎを決断に導くgeneral ruleが満載！

帰してはいけない外来患者

歩いて入ってきたあの患者、痛いと言わなかったあの患者、ただの風邪だと思ったあの患者...、外来で何となく胸騒ぎを覚えた時に見逃してはいけないポイントはどこにあるのか。決断の手助けとなるgeneral ruleをまとめた。外来診療で必要とされる臨床判断のプロセスや、症候ごとの診察の視点が、わかりやすくまとめられている。症例も数多く掲載され、実践的な対応を学ぶことができる。

編集 前野哲博  
筑波大学医学部地域医療教育学教授  
松村真司  
松村医院院長



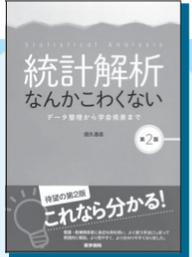
分かる！ 使える！ 看護・医療関係者がよく使う統計解析の手法にしばり実践的に解説。

統計解析なんかこわくない 第2版

データ整理から学会発表まで

看護・医療関係者がよく使う統計解析の手法や考え方をしぼった実践的参考書の第2版。「患者の満足度調査」など、臨床現場での身近な例を用いて、分かりやすく解説しています。さらに、データ収集のポイント、集めたデータをExcelを用いて効率的に入力する方法についても、実際の画面を示しながら丁寧に解説しています。苦手意識をもちやすい統計解析も、この1冊があれば、こわくない!?

田久浩志  
国士郎大学大学院救急システム研究科教授



寄稿

# 査読歴も研究者評価の対象に

宮川 剛 (藤田医科大学 総合医科学研究所 教授), 小清水 久嗣 (同研究所 准教授)

## 報われない査読と 困難な査読者探し

研究者の研究業績は、査読のある国際誌での論文の質と量によって主に評価される。科学研究費などの申請時の審査や事後評価、人事の際などの研究者の評価では、査読付き論文の占めるウェイトが極めて高いのは間違いない。これは研究評価、さらには研究者の評価が、査読という営みに強く依拠していることを意味している。

しかしながら、ほとんどのジャーナルでは査読は匿名で行われ、その実績が表に出ることは従来、ほぼなかったと言ってよいであろう。履歴書に査読歴を記載する研究者が一部存在していたが、これは自己申告であり、裏付けるエビデンスもないため、実績として十分に評価されることはほぼなかった。査読の作業は金銭的に無報酬であるだけでなく、コミュニティ内での社会的な意味での報酬もゼロに近い状況だったわけである。各種の業務・雑用で忙殺される中、実績にもならず義務でもない負担大の仕事を引き受けるのはある意味で「奇様な人物」であり、ジャーナルの編集者が査読者探しに苦労するのは当然とも言えよう。

筆者(宮川)は2つの国際誌でチーフエディターを務めているが、論文原稿のハンドリングをする場合、査読者探しに長い時間と労力を費やすことが多い。どちらの雑誌も2人の査読を必須としているが、2人のみに依頼して快諾され完遂されることは稀で、普通

は3~6人程度に依頼を送ることにしている。査読者探しに同様な困難を感じているジャーナルエディターはかなりの数ではないだろうか。この困難の主要な要因は、世界的な論文数の増加傾向に加え、「査読は報われない」ということが大きいと推測される。

## 査読実績を蓄積・公開する Publons

研究システムの中の「キモ」である査読活動が報われない、という問題が指摘される中、Publonsが登場した。

Publonsは、学術雑誌における査読実績の追跡および証明・掲載を、ウェブ上において無料で行うサイトである。「査読を活用した科学の迅速化」を設立理念としており、査読歴を研究業績とすることによって、研究者は自分の査読歴を学問領域でのプレゼンスや影響力の証左として用いられるようになる、というビジョンを描いている。

2012年にPublonsが立ち上げられ、2017年までに20万人以上の研究者が登録している。2万5千のジャーナルにおける110万件以上の査読情報を収載しており、Publonsのサイト上で、査読実績が査読者ごとにオンライン・プロフィールとして表示される。査読実績のデータはダウンロードすることが可能であり、履歴書、研究費獲得や人事評価などに用いることができる。例として筆者自身のPublonsのプロフィール画面を紹介する(図)。

Publonsは、Springer Nature社やWiley社などの大手出版社と提携しており、

これら提携出版社のジャーナルの査読時において、査読実績のPublonsへの登録申請が可能である(事後の申請による登録も可能)。提携がない場合でも、ジャーナルからの査読完了メールを送付することによって登録することもできる。また、多くのジャーナルが提携するORCID(Open Research and Contributor Identifier)にはPublonsの査読データをフィード可能となっている。

## 研究力の指標としての査読歴

査読者の選定・依頼は、その分野を代表するような研究者である編集者やプロの編集者によって行われる。当該の論文原稿の対象とする分野において一定の実績と見識を有すると編集者が考える人物が選ばれるわけであるので、選ばれること自体が専門家によるその人物の第三者評価の結果とも言えるはずである。

研究者の研究遂行力の数値指標には、論文被引用数(生涯総被引用数や各年の総被引用数など)、H-index、研究費の取得額などが用いられることが多い。しかし、これら数値指標には研究力を完璧に示すようなものは存在せず、各指標はそれぞれ固有の問題を有するため、できるだけ多様な指標を参考に多面的な評価がなされることが望ましい。

査読歴は、匿名の「縁の下の力持ち」として研究者コミュニティを支える貢献活動の履歴であり、その分野の専門家として認知されていることの指標であると考えられる。これらは、論文被

## ●みやかわ・つよし氏

1993年東大文学部卒、97年同大学院人文社会系研究科修了。博士(心理学)。理研脳科学総合研究センター、米国立精神衛生研究所、米ヴァンダービルト大、米マサチューセッツ工科大を経て、2003年京大医学研究科助教授。07年より現職。Molecular Brain誌とNeuropsychopharmacology Reports誌の編集長。

## ●こしみず・ひさつぐ氏

1997年阪大理学部卒、2002年同大学院理学研究科修了。博士(理学)。産業技術総合研究所、米国立衛生研究所などを経て、18年より現職。Neuropsychopharmacology Reports誌の編集委員。

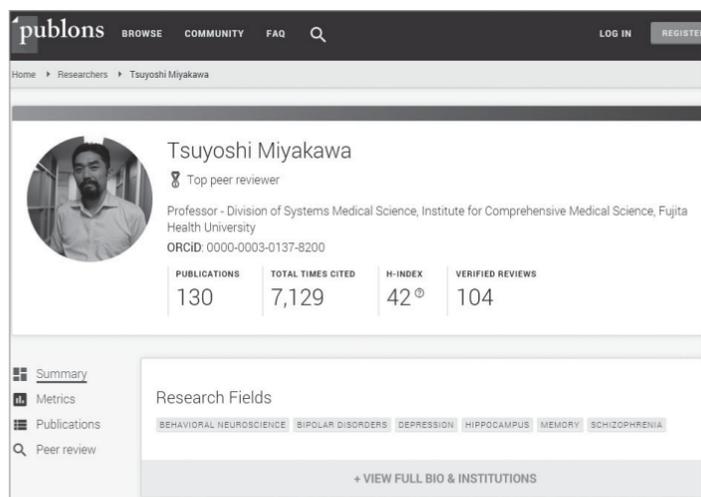
引用数や研究費取得額などには必ずしも反映されない評価軸であるため、一般的に使われている指標と相補的な関係にあり、研究遂行力を総合的に評価するためのひとつの指標として有用であると考えられる。

## 研究者コミュニティを挙げて 査読歴を評価

査読歴が研究者の実績の一種であることについてご同意いただけたでしょうか? この種のことは、単に個人がそう思う、というだけでは、世の中が変わらない。研究者コミュニティとしての共通認識として明示的に合意されることが必要である。

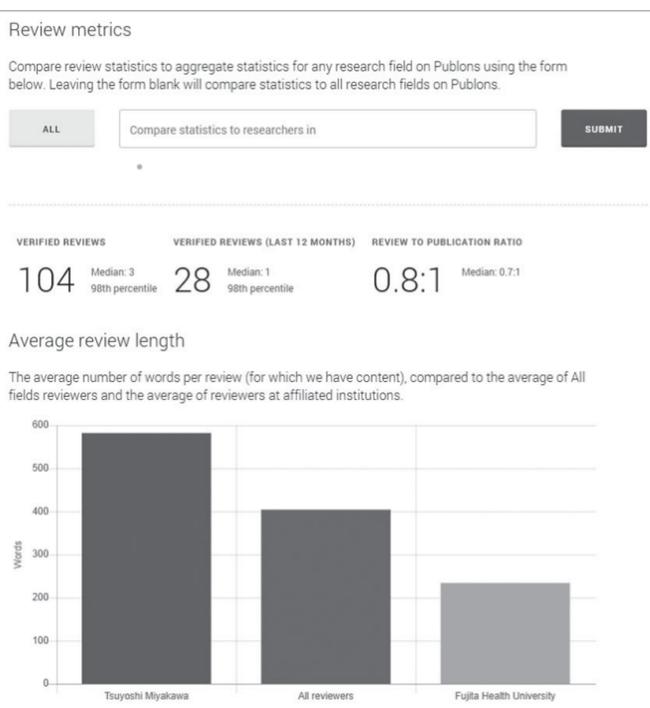
筆者らが編集長(宮川)、編集委員(小清水)を務めるNeuropsychopharmacology Reports(NPPR; Wiley社)では、査読を行った事実が、(査読者の同意のもと)自動的にPublonsに登録されるようなシステムを導入した。2018年11月にNPPR誌の母体である日本神経精神薬理学会の執行委員会・理事会が行われた。その場で、「①Publonsの査読歴情報へのURLをResearchmapに掲載すること、②研究費や人事の審査の際の『研究実績』や『研究力』のひとつの参考情報として査読歴を考慮すること、の2点を学会として学会員に推奨する」という案が編集委員会から提案され、これらが承認・決定された。その結果、日本の神経精神薬理学の分野では、査読歴が研究力の指標として公的に認知されることになった。上記2点についての認識が学会という研究者コミュニティで共有されたわけで、査読に関する状況についての改善が期待できる。

論文の質を左右する最大の要因のひとつは査読である。質の高い査読が迅速に行われるためには、その活動が研究者コミュニティによってリスペクトされ、評価されることが大切である。日本神経精神薬理学会では、査読歴の蓄積・公表とそれを研究費の審査や人事の際に評価することが公に推奨されることとなった。各種の学会において、このような事例が増加していくことが期待される。



●図 Publonsのプロフィール画面(上)と査読メトリクス(右)プロフィール画面の下方には、査読歴のあるジャーナル名とその回数が一覧できる査読歴の“Summary”がある。左方の“Metrics”をクリックすると、総査読回数、過去12か月の査読回数とそのパーセンタイル、査読した論文と出版された論文の比、これまで提出した査読文の平均語数などの査読関連のサマリー統計がまとめて閲覧できる。

URL=https://publons.com/author/167865/tsuyoshi-miyakawa



その呼吸器診療  
本当に必要ですか?  
あるのかないのか  
エビデンス  
倉原 優

このプラクティス、  
やるか、やらないか。  
悩める日常臨床を助ける29のエビデンス

## その呼吸器診療 本当に必要ですか? あるのかないのかエビデンス

倉原 優

●A5 頁336 2019年 定価:本体4,200円+税  
[ISBN978-4-260-03672-6]

CONTENTS

第1章 呼吸器一般  
第2章 感染症  
第3章 閉塞性肺疾患  
第4章 間質性肺疾患  
第5章 肺がん

悩める日常の呼吸器診療を助ける  
29のエビデンスと最適解

呼吸器領域の日常臨床で正論だと思われている診療の常識。果たしてその診療は本当に必要なものなのか? グレーゾーンの29テーマをピックアップし、今後の診療において進むべき道筋を照らす1冊。

こちらから本書の立ち読みができます!  
書影の下にある[立ち読み]アイコンをクリックしてください

**医学書院**

# FAQ

今回の回答者 **上山 伸也**  
倉敷中央病院感染症科/感染制御室医長

かみやま・しんや氏/1997年阪大基礎工学部卒。2004年金沢大医学部卒。倉敷中央病院で初期研修、小児科後期研修の後、国立成育医療センター感染症科(当時)初代フェローとなる。13年に倉敷中央病院で感染症科を立ち上げ、現職。著書に『小児感染症の診かた・考えかた』(医学書院)。

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions; 頻りに尋ねられる質問)に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

## 「非小児科医」のための小児感染症の診かた

子どもの感染症を診るのは小児科医だけでなく、救急医や総合診療医、家庭医もその機会は多いと思います。しかし日頃から小児を診慣れていないと、小児の感染症診療で戸惑うことも多いのではないのでしょうか。今回は「非小児科医」のための小児感染症の診かたを概説します。

**FAQ 1** 小児感染症で注意すべき年齢は何歳くらいまでですか? 成人と同じように診療できるようになるのは、何歳頃からでしょうか?

子どもは大人のミニチュアではなく、よく言われますが、普段、小児を診ない人にとって、小児の診察は確かに難しいと思います。感染症を診療する上でのポイントは、①新生児(生後28日以内)、②29~90日、③3~36か月、④3歳(36か月)以上の4つのグループに分けて感染症のリスクを考えることです。小児科医でなくとも「新生児はできれば診察したくないけれど、小学生ならなんとか」と思う方は多いと思います。年齢が小児感染症診療で重要な要素だと皆さん気付いているのです。ここでは「3歳」が境界線になる理由を考えましょう。

小児でも、感染臓器はどこか、原因微生物は何か、と詰めていく過程は成人と全く同じです。「特別な患者背景」が小児に4つあるだけです。

### ◆First exposure (病原微生物へ初めての暴露)

小児では、病原微生物への暴露が少なく抗体がないことが多いため、初回のウイルス感染症で症状が強く出やすくなります。

### ◆Sick contact (病原微生物への暴露機会が多い)

小児はsick contactの機会が大人よりも圧倒的に多いです。ウイルス感染症に罹患しやすい年齢の子どもが保育園や幼稚園で集団生活するわけですから、ウイルス感染症にかかりやすい条件がそろっています。

逆にsick contactが最も少ないのが新生児です。生まれたばかりの新生児は、外に出ることもなく、お宮参りや1か月健診まで、外出しないのが一般的です。そのため新生児の発熱では、sick contactがない故に、細菌感染症の可能性が相対的に高くなります。

### ◆Small passages (気道が狭い)

小児は、成人と比較して気管、耳管、喉頭などが狭いため、浮腫や分泌物で容易に閉塞します。小児で細気管支炎の重症化や中耳炎が多いのはこのためです。3歳を過ぎると細気管支炎と中

耳炎の罹患率が低下するため、解剖学的に3歳がキーとなります。

### ◆Immature immunologic defenses (免疫が未熟)

小児では、心や体と同様に免疫も発達段階です。補体活性、好中球の遊走能、細胞性免疫、液性免疫などほぼ全ての免疫力が成人より低いとされます。小児はかなりの免疫不全と考えてしまいそうですが、そこまで心配する必要はありません。確かに、小児の免疫力は成人に比べて低くはありますが、全微生物に易感染性を示すわけではありません。免疫発達の特徴を押さえれば、おのずと敵が見えてきます。

新生児~乳児期(1歳未満)はウイルス感染症が重症化しやすいと言われます。マクロファージやNK細胞を刺激して免疫の活性化や抗ウイルス作用を持つタンパク質を作る作用があるインターフェロンの産生が未熟なためです。実際に新生児期には敗血症と間違えるようなエンテロウイルス感染症(neonatal sepsis-like syndrome)や、ヘルペス脳炎を来すことがあります。

液性免疫について見ると、生まれたての新生児は、母からの移行抗体で守られていますが、胎盤から移行する抗体はIgGだけです。そのため正産で生まれた新生児では、IgG値は母体とほぼ同じレベルです。移行抗体は徐々に低下し、生後3~4か月時に最も低くなります。その後徐々に増加し、1歳で成人の60%に達します<sup>1)</sup>。

ただ、インフルエンザ菌や肺炎球菌の防御に最重要と言われるIgGのサブクラスIgG2は増加が遅く、1歳で成人の20%、5歳でようやく50%程度です。1歳までは総IgGが低く、特にIgG2の増加が遅れることが、インフルエンザ菌や肺炎球菌に罹患しやすい理由の1つになっています。

また、莢膜多糖体抗原へのIgGの反応も悪く、反応できるのは2~3歳を過ぎてからとされます。そのため莢膜を持つ細菌(インフルエンザ菌や肺炎球菌など)に易感染性を示すのです。

加えてIgAも増加が遅く、成人の60%に達するのは6~8歳頃とされています。IgA値が低いために、6歳頃までの乳幼児は気道感染や消化管の感染症に頻回に罹患してしまうわけです。

以上のような免疫の発達を見ていけば、学童(6歳)以上になれば、成人とほぼ同様の対応が可能となります。病歴と身体所見で診断を付けることができる程度です。

**Answer...小児で注意が必要なのは免疫学的、解剖学的には3歳頃まで。遅くとも学童期(6~12歳)以降は成人とほぼ同様の対応でよい。**

人とほぼ同様の対応でよい。

**FAQ 2** 小児では感染巣がわからないことが多々あります。どのような感染症を念頭に置いて診療するべきでしょうか?

通常、成人のウイルス感染症では「フォーカスがわからない」ことはまれですが、小児では比較的よく経験します。このような病態を「fever without source (FWS)」と言います。このFWSは「全身状態に問題がなく特異的な身体所見もない乳幼児の発熱例」のことです。ほとんどが自然軽快するウイルス性疾患ですが、重症感染症の初期あるいは前駆状態と考えられているoccult bacteremia (OB)や尿路感染症などの可能性があり、これらをいかに診断(あるいは除外)治療するかがこの疾患概念の根本的な考え方となっています。

熱源がわからない場合には、頻度の高いウイルス感染症、OB、尿路感染症、中耳炎の4つを考えます。もちろん骨髄炎や関節炎、呼吸器症状の乏しい肺炎なども乳幼児では症状が顕在化せずフォーカス不明の発熱として認識されやすいですが、疾患頻度を踏まえて、まずは上記4つを考慮しましょう。

最初の入り口は、ウイルス性か細菌性かの鑑別です。多くの医師はCRPや白血球で鑑別すると思いますが、もっと非侵襲的で有用な方法があります。それはワクチン接種歴(小児用肺炎球菌ワクチン、ヒブワクチン)とsick contactの有無の確認です。ワクチン接種が各2回以上あれば、肺炎球菌とインフルエンザ菌感染症の可能性をかなり下げられます。Sick contactがあれば、周囲の流行疾患に合致した潜伏期間で発症するウイルス感染症を積極的に疑うことができます。

その上で細菌感染症の可能性が残る場合、中耳炎を検討します。中耳炎の診断には鼓膜所見が重要です。中耳炎は高率で自然に改善するため、①2歳未満、②症状の強い中耳炎(39℃以上の発熱、耳痛が48時間以上持続する、全身状態が不良)、③両側中耳炎、④耳漏を伴う、のいずれかに該当すれば、高用量アモキシシリン80~90mg/kg/日、1日2回の処方を検討します<sup>2)</sup>。

鼓膜所見に異常がなければ、次いで尿路感染症を検討します。尿路感染症の既往があれば全年齢で検討すべきです。既往がなければ、基本的には男児では1歳以下、女児では2歳以下でバッグ尿検査を行います。特に、女児で2日以上発熱が持続している場合や、1歳以下、他に熱源が不明の場合には尿路感染症を積極的に疑うべきです。月齢3か月以上の児では「dipstickテストで白血球または亜硝酸塩が陰性」かつ「顕微鏡所見で白血球 $\leq$ 5/HPF」であれば尿路感染症を感度99%で否定できます<sup>3)</sup>。陽性所見があればカテーテル尿を採取し、尿グラム染色を行った上で尿路感染症の有無を判断しましょう。

尿所見に異常がなく、ワクチン接種歴も問題なく、全身状態も悪くなければ、経過観察です。ワクチン接種歴が各2回以上なければ、OBの可能性を考慮して、血液培養を提出しましょう。

**Answer...FWSの乳幼児で念頭に置くべき細菌感染症はOB、尿路感染、中耳炎。ワクチン接種歴は細菌感染症のrule outに、sick contactはウイルス感染症のrule inに使える。**

**FAQ 3** 小児で血液培養を提出すべきタイミングがわかりません。また、提出する際は小児でも2セットとすべきでしょうか?

血液培養を提出すべきタイミングは菌血症を疑ったときですが、ではいつ菌血症を疑うかを具体的に示すのは難しいです。そのため私は「CRPを見たいと思ったときは血液培養提出のタイミング」と強調しています。

FWSの患児の細菌感染症に対するCRPの感度と特異度は、カットオフ値を4.4mg/dLにするとそれぞれ63%、81%<sup>4)</sup>、7mg/dLにすると79%、91%<sup>5)</sup>です。思っているほど有用な検査では決してありません。CRPをある程度参考にしてもよいとは思いますが、その際には必ず血液培養も一緒に1セット提出しておくべきです。

幸い小児では血液中の菌の濃度が高いと考えられており、1セットでも十分だと記載されている教科書もあります。ただし採血量が多いほど感度は当然高くなるので、可能な限り2セット提出することを私は勧めています。常に2セット提出が難しい方は、「CRP 7mg/dL以上ならば2セット目を提出する」方法も許容されるかもしれません。

**Answer...CRPを見たいと思ったら、同時に血液培養も提出する。2セット提出が望ましいが、CRPが高ければ2セット目を追加する方法も許容される。**

**もう一言** 小児感染症のほとんどがウイルス感染症です。発達段階にある小児の解剖学的、免疫学的特徴を押さえ、注意すべき感染症を理解し、sick contactとワクチン接種歴を確認すれば、小児感染症を過度に恐れる必要はありません。ワクチンの普及により、血液培養で菌が検出されても、真の菌血症の割合よりもコンタミネーション率のほうが高くなっている現実があり、血液培養提出のタイミングはとて難しくなっています。それでも血液培養で救われる児がいまだたくさんいるのも事実です。全例で2セットの血液培養は難しいですが、せめて採血をしたときに血液培養を提出することで、多くの児を救えるように思います。

参考文献  
1) Pediatrics. 1966 [PMID: 4956666]  
2) Pediatrics. 2013 [PMID: 23439909]  
3) J Pediatr. 2005 [PMID: 16227029]  
4) Arch Pediatr Adolesc Med. 2002 [PMID: 12197798]  
5) Pediatrics. 2001 [PMID: 11731648]

# 小児感染症の診かた・考えかた

上山 伸也

小児の診療に携わる医師必携の1冊。もう感染症で戸惑わない!

- ①小児の診療に携わるすべての医師 → 正しい感染症診療を実践できる!
- ②成人感染症を学んだ研修医・若手医師 → 小児を診る時の戸惑いや違和感が軽くなる!

●A5 頁448 2018年  
定価: 本体4,400円+税  
[ISBN978-4-260-03645-0]

## 小児感染症の診かた・考えかた

上山 伸也

感染臓器や起炎菌を適切に見極める「診かた・考えかた」  
小児の診療に携わるすべての医師、成人感染症を学んだ研修医・若手医師に最適な1冊!

### 目次 Contents

- 小児感染症診療の原則
- 小児における抗生薬の使い方
- 小児の「風邪」のみかた
- 小児における熱源不明の発熱へのアプローチ
- 呼吸器感染症
- 頭頸部感染症
- 中枢神経感染症
- 尿路感染症
- 血管内感染症
- 腹部感染症
- 皮膚・軟部組織感染症
- 骨・関節感染症
- 新生児感染症
- 学校感染症

医学書院

## 寄稿

それぞれが少しずつ、今すぐできることから

## 「上手な医療のかかり方」を広めよう

岩永 直子 BuzzFeed Japan Medical, News Editor

私は一般読者向けに記事を書く医療専門の記者です。昨年、厚労省の「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」（座長＝東大大学院・渋谷健司氏）に参加し、「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト宣言！」<sup>1)</sup>をまとめました。なぜ今、こうした議論が必要なのか、お伝えします。

## 「医療危機」が知られていない

取材をしていると、「3分診療」でじっくり話を聞いてもらえない」「待ち時間が長い」「夜間や休日に具合が悪くなった時にかかるべきなのか、どこにかかればいいのかわからない」など、患者の不満を聞くことがよくあります。患者と医療者のコミュニケーション不足が不信感につながり、治療拒否や代替医療への傾倒、クレーム・訴訟など、双方に不幸な結果をもたらす状況もよく見えてきました。

「医師の働き方改革に関する検討会」で国は医師の過重労働を見直そうとしていますが、話題にしているのは医療者ばかりで、自身もかかわる問題と考える一般の人は少ないと感じます。軽症なのに救急車を呼んだり、大病院や夜間・休日にかかったりすれば、病院や医師の負担は重くなります。患者も質の高い医療は受けられないでしょう。「勤務医の就労実態と意識に関する調査」（2012年）によれば、ヒヤリ・ハットを経験した医師は76.9%、日本医師会の「勤務医1万人アンケート」（2015年）によれば、「抑うつ中等度以上」が6.5%、「自殺や死を毎週または毎日考える」が3.6%もいる異常な状況です。過労から医療ミスを起こす可能性がありますし、一人の患者に割ける時間も減り、医療現場の崩壊は結局、患者に損ばかりもたらします。

医療危機やそれによる患者の不利益を招く要因の一つが、患者の受診行動。それに気付いてもらい、安心して上手に医療にかかれるよう情報を届け、社会環境を整えよう——。この問題意識から「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」が始まり、新聞とネットメディアの両方を知る医療記者として私も構成員に加わったのです。

## 必要な情報が届いていない現実

この懇談会、デーモン閣下（写真）やコミュニケーション・ディレクターの佐藤尚之さんをはじめ、役所の検討会としては珍しい人材が集められました。一般社団法人知ろう小児医療守る



●写真 「#8000（子ども医療電話相談事業）」をアピールするデーモン閣下

う子ども達の会代表の阿真京子さんや、医療事故で息子を亡くし患者と医療をつなぐ活動を続ける豊田郁子さん（NPO法人架け橋理事長）、乳がん経験のある鈴木美穂さん（認定NPO法人マギーズ東京共同代表理事）ら、患者視点のメンバーを多く入れたことも特徴でしょう。

こうした問題を論じる時、「コンビニ受診」「救急車のタクシー化」という言葉に代表されるような、「ワガママで身勝手な患者像」がよく持ち出されます。初めに阿真さんが乳幼児の保護者向けに開いている子どもの病気を学ぶ講座について発表し、こう訴えたのがその後の議論を方向付けました。

上手な医療のかかり方を伝える時に大切なのは、あなたやあなたのお子さんを守るためだということです。問題ある受診行動をとる人も、勉強熱心な人も問わず、大半の人は病気について知らないだけです。

一般読者と医療者の情報格差はとても大きいです。風邪に抗菌薬は効かないことも、療養方法については看護師、薬は薬剤師、食事療法は管理栄養士など医師以外の職種に相談できることも、医療業界にいれば常識とってしまうことが、全く知られていません。

また、受診すべきか事前に相談できる「#8000（子ども医療電話相談事業）」は9割の人が知らず、「#7119（救急安心センター事業）」が整備されているのは10都府県に満たない上、整備されている場合も電話を受けてもらえるのは3本に1本程度だということをこの懇談会で初めて知りました。

さらに、平日の日中に受診したくても休みづらく、体調が悪くても休めない労働環境があり、診断書や治療証明書をもろうための無意味な受診があることも指摘されました。

つまり、適切な受診に必要な情報が届いていないし、相談できる窓口も十分整っていない、そして、適切な受診を促す社会環境も整っていない。患者側

## ●表 「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方策（文献1）

- ①患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
- ②医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
- ③緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること
- ④信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
- ⑤チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること

に情報を届けることはもちろん大事ですが、医療機関、民間企業、行政も現状を知り、さまざまな方向からみんなで改善に取り組みないと患者は上手に医療にかかれないことがわかったのです。

## 伝えるべき、現場の疲弊ぶり

もう一つ、広く伝える必要性を感じたのは医療現場の疲弊ぶりです。ヒアリングした医療者の中で特に強い印象を残したのは、救命救急センターで働く研修医、赤星昂己さんでした。週99時間働き、疲れから左右を間違えてX線検査を依頼しそうなエピソードを明かし、こう訴えました。

私たち救急医も一人の人間です。睡眠時間が全く取れないことも、朝から一度も食事を取れないこともあります。その結果、無意識に集中力が低下していることもあるかもしれません。それでも患者さんが来れば、全力で診ています。

労働時間の厳しい上限規制が課されれば、提供する医療の質を低下させざるを得ない。労働時間の是正とともに、国民の医療への考え方の転換や医師への理解が必要不可欠なのです。

当直が多い救急や産婦人科などの診療科の医師たちと話していると、「どうせ何も変わらない」という諦めや怒りを感じるがよくあります。まずは医療現場が崩壊寸前だとの危機感を共有すること、必死に踏ん張っている医療者に感謝しながら、この問題を放置しない姿勢を強く示すことが必要だと懇談会の意見は一致しました。

## 「国民総力戦」で取り組む

5回の議論を経てまとめたのが「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト宣言！」です。

最初に、こう宣言しています。病院・診療所にかかるすべての国民と、国民の健康を守るために日夜力を尽くす医師・医療従事者のために、「『いのちをまもり、医療をまもる』ための5つの方策」（表）の実施を提案し、これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであることを、ここに宣言します。

●いわたが・なおこ氏  
1998年東大文学部卒、同年読売新聞社入社。社会部、医療部、医療サイト「ヨミドクター」編集長などを経て、2017年5月にBuzzFeed Japanに入社。同年9月にBuzzFeed Japan Medicalを開業。Editorを担う傍ら、自身も主に医療に関連した情報を発信している。



ちをまもり、医療をまもる」ための5つの方策」（表）の実施を提案し、これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであることを、ここに宣言します。

国民の命を守るためには医療者の命も守らなければいけないし、それが医療を守ることにつながる。これは誰もが当事者なのだ国民全員に参加を促す宣言です。

続いて、医師の疲弊ぶりを示すデータに1ページ割き、「こういう現実を放っておくと、確実に医療の現場は崩壊します」と強調しました。

最後に、市民、行政、民間企業、医師/医療提供者がどんなアクションを取るべきか、例示しています。医師/医療提供者のアクションの例は、待合室や母子健診などあらゆる機会をとらえてそれぞれの属性に応じた上手な医療のかかり方を伝える、患者や家族の判断に役立つ医療情報サイトや電話相談の質を保つために協力する、患者の対応を医師だけで抱えず、タスクシフト・タスクシェアを推進するなどです。

そして何より、管理者が働き方を見直し、きちんと休暇を取れるようにする。もちろん、これは医療だけでできることではないので、行政、市民、民間企業などがそれに呼応するアクションを取るのが前提です。

これからこの提案を実行に移す事業が始まります。懇談会のメンバーは、提案が絵に描いた餅にならぬよう、来年度以降も具体的事業にかかわり、進捗状況をチェックします。私は議論の経過をその都度発信してきましたが、その後も風邪に抗菌薬は効かないという啓発やインフルエンザの時の適切な受診など、上手なかかり方を広めるための発信を続けています。この寄稿もメディアとしてのアクションの一つです。他の構成員もそれぞれの持ち場で率先してアクションを取るでしょう。デーモン閣下は自分のコンサート会場で、医療が危機に瀕していることや#8000の啓発を行っています。

「ここで変えよう」という本気の呼び掛けです。「それぞれが少しずつ、今すぐできることから」。待合室に抗菌薬について易しく解説したパンフレットを置くのでもいい。薬剤師さんの相談窓口を作るのでもいい。どうかこの記事を目にしたあなたも、自分の持ち場でできることからご参加ください。

## ●参考文献・URL

1) 厚労省。「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！。2018。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000458856.pdf>

## 医学書院 セミナーのご案内

詳しくは、弊社セミナーサイトをご覧ください▶ <https://seminar.igaku-shoin.co.jp/>

## 総合診療 プレゼンツ 「平静の心」塾

## ケースで学ぶ！「こんなときオスラー」

『総合診療』誌の連載「こんなときオスラー」の単行本発行記念セミナーを開催します。医師として日常診療で、また医師人生の中で、困ったとき、悩んだとき、「こんなとき」どう解決していけばいいのか、オスラー先生の珠玉の教えを基に、情熱的な講師の先生方と交流しながら一緒に楽しく学びましょう！

日時：2019年3月2日（土）

13:15～17:00（12:30開場）

会場：東京都文京区・医学書院 本社2階 会議室

講師：山中克郎・徳田安春・平島修

定員：50名

対象：医学生、研修医、医師

受講料：3,000円（税込み、当日払い）

2019年2月刊行予定！

こんなときオスラー  
—『平静の心』を求めて『総合診療』年間購読の医学生・初期研修医割引  
または個人特別割引にお申し込みの方は  
受講料無料。セミナー当日にお申し込みの方も対象。

平島 修先生

徳田安春先生

山中克郎先生

# Medical Library 書評新刊案内

## てんかん学ハンドブック 第4版

兼本 浩祐 ● 著

A5・頁446  
定価:本体4,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03648-1

【評者】池田 昭夫

京大大学院特定教授・てんかん・運動異常生理学/  
日本てんかん学会理事長

医学書院から、このたび、愛知医大精神科教授の兼本浩祐先生による『てんかん学ハンドブック 第4版』が、前版から6年の期間を経て出版されました。

本書は1996年に初版出版され、その後2006年に第2版、そして第3版が2012年に出版されました。実は、私は6年前の本書第3版の書評を記す大変光栄な機会を賜り、今回もその機会を賜り大変光栄な限りでまた大変うれしく思います。そのおかげで、今回「兼本てんかん学」のハンドブックがいかに新しく改訂されたか、いかに兼本教授が細部にまで心血を注がれているかを一部でも垣間見ることができたように思いました。

2012年から2018年の過去6年間は、臨床てんかん学では、大変大きな話題がいくつもありました。「自己免疫てんかん」という新しい病態の出現、高齢者てんかんの増加、新規抗てんかん薬が続々と上市されたこと、2017年に国際抗てんかん連盟からてんかん発作とてんかんの新分類が提言されたこと、ケトン食療法の見直し、脳刺激療法の臨床導入など、枚挙にいとまがありません。

本書ではこれらを系統立てて大変わかりやすく解説してあり、最新の情報をたやすく身につけることのできる、てんかん学成書となっています。その大きな特徴を3点紹介したいと思います。

1つ目は、本書が兼本教授の単著であることです。単著の特徴は、単独の著者が全体を綿密に構成かつ俯瞰して、あるポリシーを持って一貫した内容に仕上げられることです。それによ

って読者は一貫した内容をその本から学ぶことができます。それはもちろんその著者がこの分野に最も精通した専門家でなければ不可能で、また同時に一貫した筋の通った考え方(臨床的哲学)がなければ逆に浅薄な内容となってしまいます。その点において、兼本教授は、精神科の立場から、学問的にも臨床的にも長い経験と豊富な知識で日本の臨床てんかん学の分野の最も傑出したリーダーの一人です。

2つ目は、ページ数も前版の300ページから400ページへと一気に増えました。特に新しい章として第8章「器質因」が設けられています。従前はてんかんの病因は詳しく検査しても3分の1程度しかわからないとされてきましたが、前述のような各種病態がわかるようになり、それをわかりやすくまとめられています。

3つ目に、系統書でありながら、大変読みやすい理由として、「事例」「臨床メモ」「視点・論点」といったコラムが、本版でも豊富に取り上げられていることが挙げられます。これはサイドメモ、トリビア、兼本語録として、本文の理解を補う、少し視点を変えて内容を語り掛けてくれます。

本書の序で、兼本教授が初学者の皆さまに対して、第1~3章をまずは読んでてんかんの概略をつかむという本書の使い方を記してくださっています。またてんかん診療を専門として開始された皆さまは、それに加えて第9章の「診療アラカルト」を参考にするので、日常診療のピットフォールになりがちな内容も網羅できるものと確信します。

## ERのクリニカルパール 160の箴言集

岩田 充永 ● 著

B6・頁176  
定価:本体2,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03678-8

【評者】今 明秀

八戸市立市民病院院長

山中克郎先生の『医学生からの診断推論——今日もホームランかつとばそうぜ』(羊土社)、林寛之先生の『Dr. 林の当直裏御法度——ER問題解決の極上 Tips 90』(三輪書店)など、売れている本は、中身が濃くて表紙が派手だ。そういえば、最近の若手医師向けの医学書はみんな派手色彩の表紙と売り文句(すいません、私もそうです)、それに厚い。本書は白地に黒の明朝体のタイトル『ERのクリニカルパール』が上品。はやりの売れ筋本とは明らかに体裁が違う。サイズはB6判200gとスクラ

### ERの解説書ではなく ERの格言



ボポケットに収まるサイズ。行間が広いので寝転がって読んでもスラスラ読めるし、当直の合間に読破できる。薄いから枕にはならない。内容は160項目と充実している。これは売れるぞ。

おっと、表紙と目次の評価だけならAmazonでも事足りる。では、内容を吟味しましょうか。①収縮期血圧120 mmHg以下+脳梗塞症状では、大動脈解離を検索すること。tPA投与に向けて慌ただしく動いているときに「人間は急かされると判断ミスをする」。解離には左片麻痺・右血圧低値が多い。②昏睡状態の患者は嘔吐で窒息する。自発的側臥位ができないからだ。「例外なく、どのような場合でも気道確保がすべてに優先」は鉄則だ。後に登場する専門医に気管挿管を弁解する必要はない。③災害現場でリーダーシップを発揮できるのは、混雑し

たERで働ける人間である。④週末の午前2時に平常心で診療できるようになったら一人前。「あほ・ばか・かす・どけ」が出現した時は、もはやそいつは平常心ではない。細部の確認忘れで失敗する。⑤末梢冷感でショックと考えていた患者が「便意を催したら」「心停止が近い」。⑥室内気でSpO<sub>2</sub>100%はよい情報とは限らない。むしろ「呼吸数増加」病態と解釈する。⑦40歳以上で初発なら過換気症候群ではない。⑧頻拍をみた時、原因なのか結果なのか考える。「心拍数150/分」が目安で、それ以下では結果が多く、原因を治療する。⑨尿路結石疑いのエコー検査は、先に「腹部大動脈瘤」を、次に「水腎症」を確認する。⑩60歳以上の初発の尿路結石発作疑いでLDHが上昇していたら「腎梗塞を考慮」して造影CTを行う。⑪頭部CTを撮りたくなったら「血糖値をチェック」する。他に、あと149のパールがコンパクトに書かれている。

有名ジャーナルの紹介をしながら解説する書籍はあふれている。『ERのクリニカルパール』では文献は出典名しか記載していない。余分な文字を排除し、格言を強調している。だから薄い本なのに160パールも載せられる。定価2800円で160パールだから、10パールで175円だ。ローソンのおでん2個と同じ値段で、10個の格言が身につく。これはお得。

最後に、本版では、ガストー教授の言葉「忘れてならないのは てんかんは(中略)科学ではないことです。それは臨床によってしか理解することができないことがらなのです」を紹介されています。これはまさにこの本で示されている内容そのものです。装画に

も患者さんの絵画作品が示され、臨床医学は実証の学問であり臨床の事実を尊重されている兼本教授の思いを感じる次第です。本書を手にとってみると、臨床てんかん学の面白さ、重要性を実感できることと思います。

も患者さんの絵画作品が示され、臨床医学は実証の学問であり臨床の事実を尊重されている兼本教授の思いを感じる次第です。本書を手にとってみると、臨床てんかん学の面白さ、重要性を実感できることと思います。

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

# INTENSIVIST 2019年間購読申込受付中

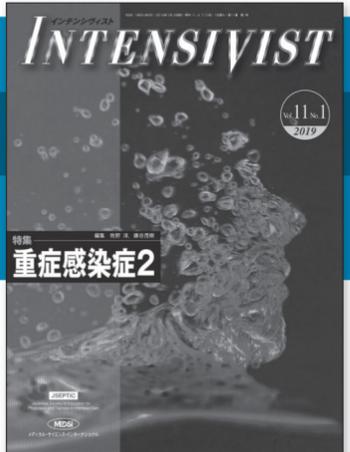
## Vol.11 No.1

## 特集:重症感染症2

責任編集: 牧野淳 横須賀市立うまち病院 集中治療部  
藤谷茂樹 聖マリアンナ医科大学 救急医学/東京ベイ・浦安市川医療センター

●1部定価:本体4,600円+税  
●年間購読料19,008円(本体17,600円+税)  
※毎月お手元に直送します。(送料無料)  
※1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

2018年 1号 PICU 集中治療後症候群  
2号 酸素療法  
3号 人工呼吸器  
4号 膠原病・血管炎  
2019年(予定) 1号 重症感染症2  
2号 栄養療法2  
3号 気道  
4号 生理学



## “純国産”集中治療本 重症患者管理マニュアル

●編集:平岡栄治・則末泰博・藤谷茂樹 ●定価:本体6,500円+税

### 検査項目を詳解。異常値のなぜ?に答える情報集

# 臨床検査データブック

LAB DATA 2019-2020

監修 高久史磨 編集 黒川 清/春日雅人/北村 聖



#### 本書の特徴

- 「基準値」「パニック値」「検査目的」「共用基準範囲」が見やすいデザイン!
- 「異常値のメカニズム」「見逃してはならない異常値」「関連する検査」「感度・特異度」などの便利な見出し!
- 巻頭にカラー図譜(血液細胞・グラム染色・尿沈渣)を掲載!
- 保険点数情報と注意事項もわかる!
- 採取保存時、判読上の留意点、薬剤・食物やサプリメントの影響も解説!
- 主要疾患の検査データが豊富! 異常値・経過観察など!
- 検査値に影響を及ぼす薬剤一覧を掲載!

●B6 頁1152 2019年 定価:本体4,800円+税  
[ISBN978-4-260-03669-6]

医学書院

# 研究の育て方 ゴールとプロセスの「見える化」

近藤 克則 ● 著

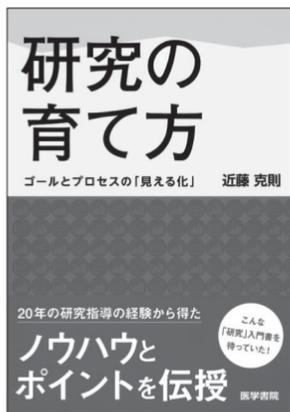
A5・頁272  
定価:本体2,500円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03674-0

評者 二木 立  
日本福祉大相談役・名誉教授

本書は医学書院の月刊誌『総合リハビリテーション』で2016~17年に長期連載されて好評を博した集中講座「研究入門」を一書にまとめたものです。リハビリテーション医療の臨床研究から「健康の社会的決定要因」を中心とする社会疫学へと研究のウイングを広げつつ、現在も第一線で研究を続けている近藤克則氏が、自己の研究をいかに育ててきたか、大学院生や若い研究者をいかに育ててきたかを、系統的かつ具体的に紹介しています。

全体は以下の4部(24章)構成です。第1部「総論」、第2部「構想・デザイン・計画立案」、第3部「研究の実施・論文執筆・発表」、第4部「研究に関わるQ&A」。各章の最後には、近藤氏オリジナルのさまざまな「チェックリスト」が付けられており、頭の整理に役立ちます。第1部で一番強調されていることは、良い研究には意義・新規性・実現可能性の3条件があることです。これらは初学者が「お勉強のまとめ」的論文を書くことで自己満足しないために、常に意識すべきことです。第2部の中心は第5章「研究テーマの育て方」です。ここで私が一番重要と感じたのは、「研究テーマを考えるとときに「先輩や指導者に相談すること」です。このことは、本書全体で何度も強調され

成果を論文や書籍に  
まとめて発表し続けるための  
心構えとノウハウ



ています。先行研究の「レビューすべき3つのこと」(p.80~82)も、良い研究をする上で不可欠だと思います。第2部で一番実用性が高いのは第11章「採択される研究助成申請書の書き方」で、近藤氏の豊富な審査委員としての経験に基づいて、ポイントが簡潔に示されています。第3部で類書にあまり書かれていないのは第15章「期待した結果が得られないとき」で、それへの対策が簡潔に書かれています。第4部は『総合リハビリテーション』誌の連載に寄せられた質問に対する回答で、特に第22章「研究を学べる場の条件」は、研究

(者)をめざしている方必読です。ただし、最後の「大学院の勧め」では、現在は働きながら学べる夜間制大学院や通信制大学院が多数あることにも触れていただきたかったと思います。最後に初学者が本書を読む際の留意点の一つ述べます。それは、本文だけでなく、本書に含まれている多数の図や表を丁寧に読むことです。著者は「ページ数が増えて通読が困難となる」ことを避けるため、盛りだくさんの内容を200ページ強にコンパクトにまとめたため、重要な図表の説明をほとんど省略しているからです。

# 国際頭痛分類 第3版

日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会 ● 訳

B5・頁280  
定価:本体4,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03686-3

評者 下畑 享良  
岐阜大大学院教授・神経内科・老年学

頭痛はさまざまな診療科の医師がかかる共通・ディゼーズである。脳神経内科、脳神経外科、内科、小児科、総合診療科のみならず、耳鼻咽喉科や眼科、ペインクリニックなどにも患者が訪れる。また救急外来においても多くの頭痛患者が来院する。よってこれらの医師は頭痛診療をマスターする必要があるが、頭痛の診断や治療は必ずしも容易ではない。それは、頭痛は非常に多彩な原因があるため、正しい診断にたどり着かず、その結果、正しい治療が行われないことがあるためである。頭痛は患者のQOLに直結し、かつ生命にもかかわることがあるため、正しい診療が

頭痛専門医にとどまらず、  
全臨床医必携の書

なされない場合、患者への影響は大きい。また医師の立場からすると、自らの診断や治療による頭痛の改善の有無が明瞭にわかるため、改善が乏しい患者を複数経験した結果、頭痛診療を苦手と感じてしまう。その一方で、正しく診断、治療し、患者から「頭痛が良くなった」という報告を聞くときは非常にうれしく、やりがいを感じる。

私は、病棟の若い医師に、頭痛の診断をする際には『国際頭痛分類 第3版』に則って診断をするように強く勧めている。分類を暗記する必要はなく、病棟や外来に一冊置いて、必要に応じてその都度、辞書のように使用する。

# 脳の機能解剖と画像診断 第2版

Heinrich Lanfermann, Peter Raab, Hans-Joachim Kretschmann, Wolfgang Weinrich ● 原著  
真柳 佳昭, 渡辺 英寿 ● 訳

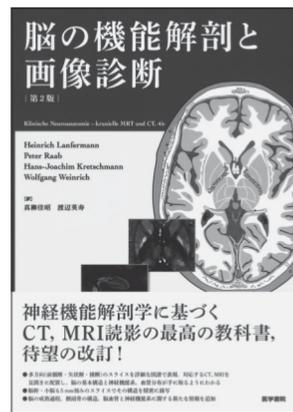
A4・頁552  
定価:本体20,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03551-4

評者 新井 一  
順大大学長・脳神経外科学

このたび、『脳の機能解剖と画像診断 第2版』が出版される運びとなった。本書は、独 Hannover 医大の Kretschmann 教授、Weinrich 教授らによる原著の邦訳であるが、その最初は『〔日本語訳〕CT 診断のための脳解剖と機能系』(1986年)にさかのぼることができる。画像診断の進歩に伴い『〔日本語訳〕画像診断のための脳解剖と機能系』(1995年)、『〔日本語訳〕脳の機能解剖と画像診断 初版』(2008年)と続編が出版されてきたが、いずれも世界そして本邦において高い評価を受けている。実際のところ、私どもの施設の脳神経外科の医局や神経放射線科の読影室の書籍棚には、表紙のすり減ったこれらの図書が鎮座しており、今回の『脳の機能解剖と画像診断 第2版』も同様の運命をたどることになると思われる。

本書の特徴は、MRI・CT 画像と図譜との絶妙なコンビネーションであり、これが読者を魅了する。冠状断と矢状断は MRI-T1・T2 強調画像と図譜に続いて骨条件の CT 画像、水平断については MRI-T2 強調画像と図譜、そして脳および骨条件の CT 画像が示されている。その後、脳幹、錐体骨に焦点を絞った画像が呈示され、脳室、動脈、静脈の画像・図譜が続くことになる。特に、動脈についてのコンピューターグラフィクスは出色であるし、図譜を用いた動脈の支配領域に関する解説は臨床家にとっては極めて有用である。その他、拡散強調画像による白質内線維束の描出、新生児・乳児から幼

MRI-CT 画像と図譜との  
絶妙なコンビネーション



児に至る髄鞘化の変容、顔面頭蓋・頭頸移行部の図譜による解説、そして神経伝導路の詳細な局在表示などなど、大変に盛りだくさんの内容になっている。

本書を通読して感じることは、脳という今も昔も変わらぬ存在を対象にする画像診断、その進歩が私たちに何をもたらしたかである。すなわち、従来は微細な解剖をいかに正確に描出するかが課題であった画像診断が、いつしかその機能にまで立ち入ることになったという事実である。まさに本書の邦訳タイトルにある、「機能解剖と画像診断」がその神髄を表しているように思う。

最後に、訳者である真柳佳昭先生と渡辺英寿先生に心より敬意を表さなくてはならない。お二人は、わが国におけるてんかん外科の大家であるが、極めて多彩な才能をお持ちの脳神経外科医としてもつとに有名である。さて、てんかん外科の手術を考えると、脳実質内の発作焦点を正確に診断しこれを切除するわけであるが、安全かつ確実な手術を行うためには脳の解剖と機能を正しく理解しておく必要がある。その意味からも、真柳先生、渡辺先生は本書の訳者として最適任であることは間違いなく、またお二人のフィルターを介して訳された本書の意味するところは極めて大きいように思う。

本書が、脳の機能と解剖を理解しようとする若き学徒に、大きな示唆を与えることを確信している。

初めは億劫で、内容も複雑に思えるかもしれないが、継続して丹念に頭痛を分類に当てはめることにより、徐々に頭痛診療において重要なポイントがわかってくる。明白な片頭痛や緊張型頭痛であればこの分類は必ずしも必要はないが、診断がはっきりしないときや、その他の特殊な頭痛が疑われる場合には非常に有用である。治療については併せて『慢性頭痛の診療ガイドライン2013』を読み実践することで、頭痛診療の能力は飛躍的に向上する。そこまで到達したらぜひ日本頭痛学会の定める認定頭痛専門医にも挑戦していただきたい。

本書は2013年以降の5年ぶりの改訂で、beta版が取れて正式な第3版になった。beta版を作成した目的の一つ

である実地試験の結果が盛り込まれ、エビデンスの精度が向上している。またもう一つの目的であった ICD-11 のコードの収録は、ICD-11 の公表が先延ばしになったことで見送られたが、「全般的コメント」が整理されて簡潔書きに変更された結果、とても読みやすくなった。さらに診断基準後に「注」が付されて、診断基準を補足する記述が追加され、日々の診療により役に立つものとなった。本書は頭痛専門医のみが必要とするものではなく、あらゆる臨床医の必携の書籍として強く推奨したい。また頭痛患者を対象とした症例報告、臨床試験、その他の研究においては、この診断基準を満たすことが不可欠となる。その意味でも本書は重要である。

# Pocket Drugs 2019

治療薬を薬効ごとに分類し、その冒頭に第一線で活躍する医師による「臨床解説」を掲載。「薬剤情報」では、「選び方・使い方」、選択・使用時の「エビデンス」をコンパクトに解説。目的の情報が見つかるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載した。臨床現場で本当に必要な情報をまとめた1冊。

監修 福井次矢 聖路加国際病院・院長

編集 小松康宏 群馬大学大学院教授・医療の質・安全学

渡邊裕司 浜松医科大学理事・副学長/  
国立国際医療研究センター・臨床研究センター長

● A6 頁 1088 2019年 定価: 本体 4,200円 + 税 [ISBN978-4-260-03614-6]

医学書院

# 電子版、大幅進化!



## 今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2019

私はこう治療している

総編集 福井次矢 / 高木 誠 / 小室一成

●デスク判(B5) 頁2160 2019年 定価: 本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-03650-4]  
●ポケット判(B6) 頁2160 2019年 定価: 本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-03651-1]

## 治療薬マニュアル2019

監修 高久史磨 / 矢崎義雄

編集 北原光夫 / 上野文昭 / 越前宏俊

●B6 頁2784 2019年 定価: 本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-03666-5]

電子版の  
使い方を解説 chimani.jp

# セット購入により、電子版で2冊がリンク

### 今日の治療指針・電子版

### 治療指針スマートナビ NEW

本書収録の1,163全疾患項目を、クリック操作だけで参照可能



### 斯界の専門家による 確かな解説

病態と診断→治療方針→処方例の流れで日常診療に即応する情報を提供

### 治療薬マニュアル・電子版

### QuickDrugs NEW

医薬品の概要を解説。同種薬、類似薬の比較・選択に有用



### 治療薬スマートナビ NEW

全文検索、条件検索など様々な検索方法に対応



## 電子版の登録でもれなく、オリジナルトートバッグをプレゼント!!

※プレゼントをご希望の方は、電子版登録の際、送付先の入力をお願いいたします。

### 2019年2月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

公衆衛生 3月号 Vol.83 No.3 1部定価: 本体2,400円+税	公衆衛生の実践倫理	臨床整形外科 2月号 Vol.54 No.2 1部定価: 本体2,600円+税	足部・足関節疾患と 外傷に対する保存療法 Evidence-Based Conservative Treatment
medicina 2月号 Vol.56 No.2 1部定価: 本体2,600円+税	抗血栓療法のジレンマ 予防すべきは血栓か、出血か?	臨床眼科 2月号 Vol.73 No.2 1部定価: 本体2,800円+税	眼内レンズ偏位・脱臼に 対する手術—最新版
総合診療 2月号 Vol.29 No.2 1部定価: 本体2,500円+税	意外な中毒、思わぬ依存、 知っておきたい副作用 —一般外来で! OTCも処方薬も!	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 2月号 Vol.91 No.2 1部定価: 本体2,700円+税	ここまできた! 頭頸部希少癌の治療戦略
呼吸器ジャーナル (旧 呼吸と循環) Vol.67 No.1 1部定価: 本体4,000円+税	非侵襲的呼吸管理の実践講座 酸素療法からハイフロー、NIVまで症例で学ぶ	臨床泌尿器科 2月号 Vol.73 No.2 1部定価: 本体2,800円+税	もっと身近に! Female Urologyを学ぶ
胃と腸 2月号 Vol.54 No.2 1部定価: 本体3,200円+税	胃・十二指腸内視鏡拡大観察の 基本と最新知見	総合リハビリテーション 2月号 Vol.47 No.2 1部定価: 本体2,300円+税	脳卒中診療とデータベース
BRAIN and NERVE 2月号 Vol.71 No.2 1部定価: 本体2,700円+税	“スポーツ”を生み出す脳	理学療法ジャーナル 2月号 Vol.53 No.2 1部定価: 本体1,800円+税	変形性股関節症と メカニカルストレス
精神医学 2月号 Vol.61 No.2 1部定価: 本体2,700円+税	オピニオン パーソナリティ障害の現在	臨床検査 3月号 Vol.63 No.3 1部定価: 本体2,200円+税	血管エコー検査 まれな症例は一度みると忘れない
臨床外科 2月号 Vol.74 No.2 1部定価: 本体2,700円+税	急性胆嚢炎診療を マスターしよう	検査と技術 増刊 Vol.47 No.3 特別定価: 本体5,000円+税	エキスパートが教える 心・血管エコー計測のノウハウ
		病院 2月号 Vol.78 No.2 1部定価: 本体3,000円+税	病院医療に専門医制度は 貢献するか



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] http://www.igaku-shoin.co.jp  
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp