

- [対談] “回復の物語”を紡ぐ(藤沼康樹、柳浩太郎)……………1—2面
- [寄稿] 集まれ! 熱帯医学を志す医師たち(谷口智宏)……………3面
- [連載] 海外研修/ホスピタリスト/ER/検査/心電図/膠原病/医学教育
- MEDICAL LIBRARY……………12—15面

対談

# “回復の物語”を紡ぐ

## 病いの陰に潜む、新しい自分を見いだす道のりとは



柳浩太郎さん

俳優/D-BOYS  
ワタナベエンターテインメント

俳優の柳浩太郎さんは2003年、人気漫画「テニスの王子様」(許斐剛作、集英社)のミュージカル版(通称「テニミュ」)で、主役として華やかなデビューを飾った。舞台は大成功し、これから活躍の場が広がると期待されていた同年12月、自宅近くで交通事故に遭ってしまう。右側頭葉脳挫傷、脳幹・小脳の損傷、さらに外傷性くも膜下出血を併発する重傷で、一時は意識が戻らないことも危ぶまれたものの、驚異的な回復力で俳優に復帰。後遺症の右半身の麻痺や高次脳機能障害による記憶力の低下、滑舌や動作の困難を抱えつつも、映画や舞台を中心に積極的な活動を続けている。

柳さんの“回復”を支えたのは何か。回復の過程で、新たな自分の価値をどう見いだしたのか。「病いや障害と折り合いつつ自分らしく生きる柳さんの物語から、若い医療者が学ぶことは多い」と語る、藤沼康樹氏が探った。



藤沼康樹氏

医療福祉生協連 家庭医療学開発センター  
センター長

藤沼 僕が柳くんを知ったのは、ミュージカル「テニスの王子様」の大ファンの、うちの高校生の娘に「すごい人があるんだよ」と教えてもらったことがきっかけです。「何がすごいんだろう」と思って、娘に貸してもらって自伝を読んでみたんですが、前を向いて生きている様子にとっても感動しました。早速映画と舞台のDVDをいくつか入手して、演技を見せてもらったんですが、オーラっていうか存在感がすごいですよね。言葉にぐっと聴き入っちゃう。

柳 麻痺があって、ろれつがうまく回らないので、初めは「何て言ってるん

だろう」とってところから皆、入ってくるんですよ。

藤沼 確かにそのことは、場面によっては欠点にもなり得るけど、逆に観客側の言葉への集中力を増すことにつながっているのだから、ぐっとくるんですよ。

### 初舞台で居場所を見つけて

藤沼 舞台にも多く出演されていますが、映画と違って舞台は一発勝負ですよ。緊張しませんか?

柳 します。でも、お客さんの反応がその場でわかるから、舞台はすごく好きなんです。「こういう芝居をしたら

こういうリアクションが来るのか。じゃあ次はこうやってみよう」とって、考えながらやるのが楽しい。リアクションのキャッチボールで、客席と一体になれる感じがします。

藤沼 稽古期間も含めると長丁場ですが、どうやってテンションを保っているんですか。

柳 自分の居場所を見つけるってことが第一でしょうか。稽古場の隅っこでもいいから、落ち着いて考えられる場所があれば、稽古に集中できるようになります。

藤沼 芸能界デビューもミュージカルからですけど、最初から舞台志望だったわけじゃないんですよね。

柳 はい。もともとはダンサーになりたかったのが、所属事務所に「テニミュ」のオーディションをしぶしぶ受けさせられた感じでした。当時は演技に興味もなく、「ミュージカルなんてかっこ悪い」という気持ちもあって、オーディションでもそれを隠すこともしませんでした。でも、そういうナマイキな態度が逆に役のイメージに合ってたようで、合格しちゃったんです。

藤沼 じゃあ稽古のときも、初めは斜に構える感じだったんですか(笑)。

柳 というか、初めての大きな仕事で、何もわからなくて。もともと人見知りするほうだし、小6まで海外で生活していたので敬語もうまく話せず、年上の人ばかりの稽古場で孤立感がありました。でも Kimeru(「テニミュ」初演キャストの一人)が声をかけてくれたことがきっかけでだんだん皆に心を開けるようになって、「一緒に舞台を創っていこう」というふうになり、考え方が変わっていきました。

藤沼 そこに居場所ができたことで、仲間としての意識が生まれてきたわけですね。

柳 「テニミュ」とメンバーが“ホーム”って感じでした。初演の千秋楽では、もう終わってしまうと思うとほんとに寂しくて、大号泣して開演を遅らせちゃったんです(笑)。

### これが2回目の人生、みたいな気持ちで

藤沼 そうして創り上げた初演から、そう時間がたたないうちに事故に遭ってしまったんですよ。

(2面につづく)

### ●藤沼康樹氏

1983年新潟大医学部卒。王子生協病院内科研修医、東京都老人医療センター血液科を経て、93年生協浮間診療所所長。2006年より現職。専門は家庭医療学、医学教育。第21回(2011年度)武見奨励賞受賞。日本プライマリ・ケア連合学会理事、『JIM』誌編集委員などを務める。現在家庭医としての診療を続けながら、家庭医療後期専門研修プログラムの運営や、診療所グループによる家庭医療学研究プロジェクトなどを進めている。

### ●柳浩太郎さん

1985年生まれ。ドイツやインドで幼少期を過ごす。2003年ミュージカル「テニスの王子様」の初代・越前リョーマ役(主役)でデビュー。自伝エッセイ『障害役者——走れなくても、セリフを忘れても』(ワニブックス、2010)は、大きな話題を呼んだ。出演作に映画「イケメンバンク」(09)、「完全なる飼育——メイド, for you」(10)、「聯合艦隊司令長官山本五十六」(11)、テレビドラマ「スマイル刑事の花咲く事件簿 episode4」(11)、D-BOYS STAGE「ヴェニス商人」(11)など。自らの経験を伝える講演会活動にも、意欲的に取り組んでいる。

3 March 2012

## 新刊のご案内

●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。

**解剖学カラーアトラス (第7版)**  
原著 Rohen JW, Yokochi C, Lutjen-Drecoll E  
著 Johannes WRohen, 横地千代, ElkeLutjen-Drecoll  
A4 頁568 定価12,600円 [ISBN978-4-260-01378-9]

**神経解剖集中講義 (第2版)**  
著 Fix JD  
監訳 寺本 明  
B5 頁256 定価3,780円 [ISBN978-4-260-01491-5]

**プロメテウス解剖学アトラス 口腔・頭頸部**  
著 Schuenke M, et al  
監訳 坂井建雄, 天野 修  
A4変型 頁384 定価14,700円 [ISBN978-4-260-01338-3]

**放射線医学イントロダクション 縦横無尽の入門講義**  
著 竹川一、田中良明  
執筆協力 石井 清  
B5 頁280 定価3,780円 [ISBN978-4-260-01381-9]

**クリニカルクエストにこたえる! 臨床試験ベーシックナビ**  
編集 臨床試験を適正に行える医師養成のための協議会  
A5 頁168 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01430-4]

**内科レジデントの鉄則 (第2版)**  
原著 聖路加国際病院内科チーフレジデント  
責任編集 岡田 定  
執筆 野村章洋、大屋敦倫代、浅野 拓  
B5 頁264 定価3,780円 [ISBN978-4-260-01466-3]

**今日の精神疾患治療指針**  
編集 樋口輝彦、市川宏伸、神庭重信、朝田 隆、中込和幸  
A5 頁1032 定価14,700円 [ISBN978-4-260-01380-2]

**標準精神医学 (第5版)**  
編集 野村総一郎、樋口輝彦、尾崎紀夫、朝田 隆  
B5 頁560 定価6,825円 [ISBN978-4-260-01407-6]

**〈精神科臨床エキスパート〉 抗精神病薬完全マスター**  
シリーズ編集 野村総一郎、中村 純、青木省三、朝田 隆、水野雅文  
編集 中村 純  
B5 頁200 定価6,090円 [ISBN978-4-260-01487-8]

**〈精神科臨床エキスパート〉 非専門医のための児童・青年期患者の診方と対応**  
シリーズ編集 野村総一郎、中村 純、青木省三、朝田 隆、水野雅文  
編集 青木省三、村上伸治  
B5 頁200 定価6,090円 [ISBN978-4-260-01495-3]

**不整脈診療レジデントマニュアル**  
編集 小林義典、新田 隆  
B6変型 頁424 定価4,725円 [ISBN978-4-260-01225-6]

**今日の小児治療指針 (第15版)**  
総編集 大関武彦、古川 漸、横田俊一郎、水口 雅  
A5 頁1200 定価16,800円 [ISBN978-4-260-01231-7]

**今日の皮膚疾患治療指針 (第4版)**  
編集 塩原哲夫、宮地良樹、渡辺晋一、佐藤伸一  
A5 頁1024 定価16,800円 [ISBN978-4-260-01323-9]

**網膜硝子体手術SOS トラブルとその対策**  
監修 RETINAの会  
編集 喜多美穂里  
A4 頁264 定価16,800円 [ISBN978-4-260-01417-5]

**「医療クライシス」を超えて イギリスと日本の医療・介護のゆくえ**  
近藤克則  
A5 頁328 定価2,940円 [ISBN978-4-260-00833-4]

対談 “回復の物語”を紡ぐ 病いの陰に潜む、新しい自分を見いだす道のりとは

(1面よりつづく)

柳 3回目の公演の稽古中でした。藤沼 僕は一時期神経内科の勉強もしていたので、怪我の詳細を本で知って、そうとう深刻だなと思いました。

柳 脳死でもおかしくないような状況だったみたいです。

はじめはICUにいて、1か月ほどでリハビリ専門の病院に転院したんですが、記憶があるのは事故の2か月後くらいからなんです。意識が戻り始めてからも、しばらくは両親のことも思い出せなかったし、記憶が幼少時の海外生活まで遡ったのか、英語でしかしゃべらなかつたと言いました。

ようやく自分の状態を把握できるようになっても、頭で考えたことに身体が全然ついていかない。絶望的な気分になって、正直一度は「僕の人生終わったな」って思ったこともあります。

藤沼 そういう絶望感を、どうやって乗り越えていったんですか。

柳 それは、やっぱり「テニミュ」があったことが大きいですね。入院しているうちから、プロデューサーに「復活公演やるから」って言われて。事故の後、開幕まで2週間足らずで僕の代役を務めないといけなかつた Kimeru や、ほかのキャストにもいろいろ迷惑をかけたのに、皆から「戻ってこいよ」ってメッセージをもらえたんです。もちろんファンの人たちの「待ってます」っていう声も後押ししてくれました。

藤沼 それらを受け取って、戻らないといけな、という気がでてきた？

柳 まだ自分の居場所があるんだ、と思えました。

それからは、落ち込んでいられなくて、復帰するにはどこをリハビリすればいいか考えて、とにかく必死でした。「今日は階段の往復を1秒短縮しよう」とか、ほんと、小さい目標なんですけど、達成できていくことがすごくうれしかったですね。

藤沼 事故から1年後の復帰は、驚異的なスピードですよ。

柳 そういわれます。ただやっぱり、最後まで乗り切れるか不安でいっぱいだったので、千秋楽にはすごい達成感で、泣き崩れてしまいました。でも初演のときの号泣とは全然違うもので、僕の復帰のためにキャストもスタッフも集まってくれて、その公演がうまくいった。仲間や家族がいてよかった、皆のおかげだという気持ちでした。

藤沼 本当に稀有な体験でしたね。

僕は以前、バイク事故で“びまん性軸索損傷”という重度の障害を負った17歳の男の子を診たことがあります。6か月近くまったく意識が戻らず、医療従事者も皆あきらめ気味のなか、お母さんだけが「絶対、この子はわかっている」といって、リハビリを続けた。そのうちに少しずつ目がはっきり動くようになってきて、数年かかって車の運転ができるまでに回復したんです。



“可塑性”とあって、切れた神経線維がつながって、元のシステムにもう一度組み直されていくんですね。まさに“生まれ直し”というか、実際に機能回復の様子も、ハイハイするところから始まって、だんだん成長していく様子を見ていたようでした。

柳 僕も、これが2回目の人生みたいな気持ちですね。過去の自分と比べるとじゃなく、この身体で、一からのスタートなんだと思っています。

健康の原因を探し出す

藤沼 僕はもともと、わりと大きな病院でがんや白血病などを診ていたんですが、地域の人たちが気軽に足を運べる“よろず相談医”になりたいと思って、家庭医に転身したんです。今は、子どもからお年寄りまで、いろいろな急性病、慢性病や障害を抱えた患者さんを診療しています。できることは限られているなか、どうしたら彼らが元気になるのか。日々考えているうちに「できるだけその人のいいところ、生き生きとしたところを見つけてあげたい」と思い至ったんです。

そもそも医療者って「病気や障害を取り除けないと、人間は健康にはなれない」と思い込んでいることが多い。でも必ずしもそうではなくて、病気と健康って両立できるというか、たとえハンデがあっても、何か人生の目標があって生き生きと過ごしていれば、それもひとつの“健康”な生き方なんです。

そして、病気に原因があるように、健康にも原因がある。柳くんの物語をたどっていても、障害や病気の陰にある生き生きとした部分、自分を支えてくれる価値を探し出し、刺激して、伸ばしていくことがすごく大事だとわかります。そしてそれが“回復”への道を拓くんじゃないかと思うんですよ。柳 稽古とかで「柳は立っているだけでいいよ、周りが動くから」って気を遣われるより、「このぐらいいは動けるんじゃない？」って言うてもらったほうが、実際できることも増えていきますけど、そういうことですか？

藤沼 そうそう。

以前僕が往診していたおばあちゃんは、リウマチで手がすっかり曲がって動かさず、ずっとしょんぼりしていたんです。ある日看護師さんが、手編みのコースターがたんすの上で埃をかぶっているのを見つけて「〇〇さん、こんな作れるんだ。今は作らないんですか？」と聞いても、「こんな手じゃ

もうできないでしょ」ってすっかりあきらめて。でも何度か往診しているうちに、急に「押し入れの奥に、手芸セットがあるから出して」と言われて、その2週間後に行ってみたら、歪んでたもののちゃんとコースターを作ってたんですよ。それを、診療所の患者さんの作品スペースに飾って、それを写真を撮って見せたら、うれし泣きしていました。その後彼女は、できることは自分でやるようになりました。柳 気持ち、わかります。看護師さんが「今は作れないの？」って軽く声をかけたことが、きっかけになったんだと思います。

僕は右利きなんですけど、右側の神経が8割ぐらい損傷してしまったので、入院中は左手で箸を使ってたんです。でも母親が「もともと右利きなんだから、右でやってみたら」と。歯磨きも「右手で頑張ってみて、最後仕上げだけ左手でやればいいんじゃない？」ってアドバイスされて、やってみたら「あっ、できるじゃん」って。藤沼 ちょっとした気付きがポイントなんだよね。

“障害者”も、自分を表す言葉の一つ

藤沼 今は、自分で伸ばしたい部分、鍛えたい部分を見つけて、トレーニングしていく感じでしょうか。

柳 はい、一人暮らしを始めたこともあって、自分の身体にも、自分で責任を持っていきたいと思ってるんです。

藤沼 イレギュラーな仕事も多いでしょうし、日常生活でセルフコントロールが大変なときもありますか。

柳 難しいときもありますけど、どんな状況でも冷静でいようとは、心がけてますね。

藤沼 “心を整える”みたいな感じかな？

柳 そうですね、僕の場合、ちょっとぶつからただけでも、身体のバランス

スがとれなくてすごく危ないし、後遺症で、感情をうまく制御できなくて怒りが爆発しそうになることがあるんです。でもそこで「ちょっと待て、相手は僕が障害を持っているとはわかってない。軽く触れたくらいのつもりなんだ」と、気持ちを整理して落ち着かせます。藤沼 そうして自分の感情を整理すると、他人の心の内にも気づきやすくなりますよね？

柳 相手が嘘ついてるとか気を遣っているとか、察しやすくなりますね。普通は受け流せばいいところを「本当はどう思ってるんだ？」って聞いてしまうこともあります。

藤沼 それは、ちょっと生きにくいかもしれませんね。

柳 障害者と健常者が一緒に暮らしていくにはやっぱり高いハードルがあって、お互い我慢しなければならぬことも格段に多いです。全面的に受け入れてもらえることはなかなかないし、下手するとワガママだと思われる場合もある。そうすると、本当は障害のことを理解してほしいけど「じゃあいいよ」と壁を作っちゃうことがあって、最近そのあたりに難しさを感じてます。

藤沼 障害あるなしっていうカテゴリ分けじゃなくて、個性や魅力で人をとらえたいですよ。その点でいうと、そういう既存のカテゴリを柳くんが乗り越えて、ひとりの魅力ある役者として活躍してくれることは、すごく意義があると思いますよ。

柳 “障害者”っていう言葉自体に、差別とかマイナスのイメージを持つ人もいるかもしれないんですけど、僕は単に自分を表す言葉として受け入れていきたいと思ってるんです。俳優としても、はじめは同情心とか「変わってるな」っていう目で見られるかもしれないけれど、それをきっかけに注目してもらえて「こいつ面白いな、人と違うオーラがあるな」って、思ってもらえたらうれしいですね。(了)

対談を終えて (藤沼康樹)

柳さんと初めてお会いして、その華奢な身体と大きな瞳が印象的で、デビュー作のミュージカル「テニスの王子様」の初代越前リョーマ役一発で若い女性のハートを射ぬいたという魅力的なルックスだなと思いました。実際対話をすすめると、頭部外傷の後遺症で軽度の構語障害がありますが、話を一生懸命聴き、自分の言葉でゆっくり語ろうとする姿勢がまた違った魅力を醸し出していました。

さて、医師は疾患の診断治療という側面、つまり疾患がいかに成立するのか、治療によりその疾患がどのような経過をたどるのかということに関心が向きがちです。しかし、人が病いから回復していく過程というのは、単に疾患が治癒に向かうことを意味するだけではありません。治癒し得ない疾患も含めて、病いと折り合いつつ、自分自身の健康な部分、新しい自分の価値などを発見していくプロセスでもあります。こうした健康の原因となる Personal health resource に医療者はもっと関心を持つべきだと僕は考えています。そして、「柳さんの Personal health resource は何なんだろう？」というのが今回の対談での僕の関心のありかでした。結論から言うと、柳さんの健康な部分を支えていたのは、人と人とのつながりから生まれるコミュニティ=仲間だと思いました。一般に人がコミュニティに帰属意識を持つためのキーワードは「居場所」と「出番」と言われていますが、この対談でも居場所という言葉が繰り返し出てきます。そして、出番そのものの隠喩ともいえる俳優という仕事もまたキーワードでした。健康因としてのコミュニティ。このフレーズの重要性に気付いた対談となりました。

3 March 2012 新刊のご案内 医学書院
(標準理学療法学 専門分野) 理学療法学概説 シリーズ監修 奈良 勲 編集 内山 靖 B5 頁368 定価5,670円 [ISBN978-4-260-01336-9]
(シリーズ ケアをひろく) 驚きの介護民俗学 六車由実 A5 頁240 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01549-3]
(標準臨床検査学) 生理検査学・画像検査学 監修 矢富 裕、横田浩亮 編集 谷口信行 B5 頁328 定価4,830円 [ISBN978-4-260-01418-2]
(標準臨床検査学) 病理学・病理検査学 監修 矢富 裕、横田浩亮 編集 仁木利郎、福岡敬宜 B5 頁288 定価4,200円 [ISBN978-4-260-01435-9]
(標準臨床検査学) フットケア 基礎的知識から専門的技術まで (第2版) 編集 日本フットケア学会 B5 頁264 定価3,360円 [ISBN978-4-260-01480-9]
新生児学入門 (第4版) 仁志田博司 B5 頁464 定価6,090円 [ISBN978-4-260-01433-5]
渡辺式家族アセスメント/支援モデルによる 困った場面課題解決シート 柳原清子、渡辺裕子 B5 頁106 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01512-7]
活動性を高める授業づくり 協同学習のすすめ 安永 悟 B5 頁164 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01486-1]
看護教育学 (第5版) 杉森みどり、舟島なをみ B5 頁564 定価5,040円 [ISBN978-4-260-01545-5]
看護データブック (第4版) 編集 神田清子 B6 頁384 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01500-4]
看護医学電子辞書7 ツインカラー液晶・スクロールパッド搭載 電子辞書 価格58,275円 [ISBN978-4-260-01501-1]
言語聴覚研究 第9巻 第1号 編集・発行 日本言語聴覚士協会 B5 頁64 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01594-3]
●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。

一部の商品を除き、本体価格に税5%を加算した定価を表示しています。消費税率変更の場合、税率の差額分変更になります。

寄稿

# 集まれ! 熱帯医学を志す医師たち

## 長崎大学大学院熱帯医学修士課程を例に

谷口 智宏 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科熱帯医学専攻(修士課程)

熱帯医学と聞くと、どのような学問を想像されますか。おそらく多くの方は、マラリアをはじめとした熱帯感染症を思い浮かべるのではないのでしょうか。

確かに熱帯医学の歴史は、英国が植民地化した熱帯地域で起こる感染症の研究から始まり、これまで多くの感染症の原因が特定され、治療法も劇的に進歩してきました。しかし三大感染症と呼ばれ研究が進んでいるマラリア、結核、HIVを例にとっても、感染コントロールはいまだに発展途上にあります。熱帯地域にしか局在しない疾患には、研究がほとんど進んでいないものも少なくありません。

さらに現在の熱帯地域では、先進国と同様に生活習慣病や悪性腫瘍、精神疾患などが大きな問題となっていることに加え、経済格差による貧困、地球環境の変化や、人の行き来が従来にないほど増していることによる感染症の拡大など、医学だけでは対応しきれない問題も数多くあります。したがって、現代の熱帯医学は私たちも無関係ではなく、熱帯地域に存在する医療問題すべてを含めたものと言えます。そういった観点から、近年医療現場と研究機関をつなぐTranslational Researchも盛んに行われています。

熱帯医学を学ぶコースとしての選択肢は、英国のロンドン大学やリバプール大学、タイのマヒドン大学などが有名です。ロンドン大学、リバプール大学ともに、熱帯医学発祥の地としての伝統と業績があり、本場の英語を学ぶメリットがありますが、奨学金などを活用しなければ費用がかさむはずで、マヒドン大学は、熱帯地域ならではの症例が豊富であり、物価も安く、日本人も毎年数人が留学しています。

私が所属する長崎大学は、日本において熱帯医学を学ぶことのできる数少ない教育機関の一つです。同大の熱帯医学研究所は、日本における熱帯感染症の専門家が所属する研究機関として、マラリア、デング熱をはじめ感染症の最先端の研究を行っています。また、1978年から熱帯医学研修課程が設けられており、受講者は3か月かけて日本語で熱帯医学を学びます。

もう一つ、2006年に創設された新しいコースとして、私が籍を置く熱帯医学修士課程(以下、熱帯医学専攻)があります。学生と大学とをつなぐコーディネーターが複数名配置されており、時間割変更の連絡、講義資料の電子媒体での配布など、日本ならではのきめ細かなサポート体制が整って



●写真(左)2011年度の修士課程学生とコーディネーター/ (右)タイ研修でのグループワークの一コマ

ます。ここからは、熱帯医学専攻についてご紹介しながら、熱帯医学を学ぶ醍醐味をお伝えしたいと思います。

### 世界各地から招聘された 専門家による最先端の講義

熱帯医学専攻は、熱帯医学を学びたい医師のための1年間のコースです。2年以上の臨床経験を持つ医師が対象となっています。ではこの壮大なテーマを1年でどのようにして学ぶのでしょうか。私が入学した2011年度を例にとり、ご説明します(註)。

4月の入学初日から、学生は通常の国内の大学院生活とは違う経験をします。周囲を見回せば、アジアやアフリカからの留学生ばかりで、入学式も英語で行います。今年度は日本人5人、留学生10人の合計15人で、出身国もベトナム、グアテマラ、ケニア、ナイジェリア、コンゴ民主共和国、ウガンダ、ブルキナファソ、コモロとさまざまです(写真)。

日本人では、私のような感染症を専門とする医師は1人だけで、自治医科大学出身(義務年限内)の一般内科医、後期研修を修了したばかりの腎臓内科医、途上国での医療協力をめざす外科医、8年間臨床に従事してきた小児科医と多様な人材が集まりました。地域にもよりますが、海外からの帰国者、あるいは外国人の診療を日本で行う場合に、熱帯医学の知識が非常に役立ちます。現在、医学教育においても寄生虫や原虫などについてはほとんど習わなくなってきており、多くの日本人医師は、これらの熱帯疾患の診療が得意です。

熱帯医学専攻の授業はすべて英語で行われ、世界各地から招聘される熱帯医学の各領域の専門家によって最先端の内容が講義されます。また、研究のための疫学や統計学の基礎も学ぶことができます。

講義と平行して、寄生虫から分子生物学まで幅広い実習の機会も与えられます。グループで行う課題も随所に出

されるため、学生同士で日々熱い議論を交わしながら、英語でプレゼンする能力も磨かれていきます。7月にはそれまでの知識の習得を確認するための学科試験が行われ、試験に落ちるかもしれないというプレッシャーを数年ぶりに味わいました(晴れて全員合格しました)。

8月には海外研修としてタイを訪問し、10日間かけて現地の医療を学びました(写真)。9月からは熱帯医学研究所内の各講座に配属され、それぞれ研究を行っています。その研究成果を翌年2月までに修士論文にまとめ上げ、教授陣との討論を乗り越えれば、3月に卒業となり熱帯医学修士の学位が与えられます。

### 熱帯地域ならではの問題を現地での研究・臨床を通して学ぶ

長崎は熱帯地域ではないので、マラリアやデング熱を診ることはほとんどありません。そのため、日本人学生に対しては、秋からの研究期間を海外で過ごすプログラムが用意されています。今年度は、渡航費と滞在費が支給されました。

私は、フィリピンのマニラにある感染症専門病院で、3か月半にわたり結核の臨床研究を行いました。途上国という設備や資源に限られた環境で臨床研究を行うには、数々のハードルを乗り越えなければなりません。一方で、研究だけでなく、病棟実習も同



●谷口智宏氏

2002年東北大学医学部卒。沖縄県立中部病院、沖縄県立八重山病院、国立病院機構大阪医療センターを経て、現在長崎大学大学院医歯薬学総合研究科熱帯医学専攻に所属。日本内科学

会認定内科医、日本感染症学会認定感染症専門医、ICD制度協議会認定インフェクションコントロールドクター。著書に『感染症ケースファイル—ここまで活かせるグラム染色・血液培養』(医学書院)。

時に行うことができたため、狂犬病をはじめ日本では診療経験を積むことのできない疾患も数多く診ることができました。私がフィリピンの医療現場に臨床医として直接貢献することは困難ですが、臨床研究をすることで、現地で問題となっているテーマを浮かび上がらせることができ、これも医療協力の一つの形ではないかと思います。

もう一点、熱帯医学を学ぶなかで、世界にはさまざまな医療問題があり、それぞれの国や地域に応じた医療やエビデンスが必要だと感じるようになりました。日本の医療現場に勤務していると、特に感染症の分野では、CDCガイドラインやSanford Guide「熱病」など、米国発のエビデンスばかりが目ざされがちです。そのエビデンスが他の地域でどこまで適応できるのか、慎重に判断する必要があると言えます。

\*

卒業後の進路は、博士課程へ進学しさらに研究を深める人、臨床現場に戻る人、疫学の道に進む人、あるいはNGOなどで国際医療協力のチャンスを狙う人などさまざまです。私自身は臨床現場に戻り、大学院で学んだことを生かして臨床研究も幅広く行い、世界に情報発信していきたいと考えています。

熱帯医学を学びたい人、熱帯医学に関する研究をしてみたい人、将来海外で医療協力をしたい人は、一度長崎大学の門を叩いてみませんか? きっといろいろな出会いや発見が待っていますよ。

註:2012年度から学生募集が4月、授業開始が10月に変更となりました。詳しくは長崎大学熱帯医学修士課程のホームページをご参照ください。

<http://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/mtm/>

**指 導 医**  
オーベンが読み続ける

●勤務医(一般内科)  
まさに実践的な教材、買う価値の高い本です。

●勤務医(内科・リウマチ科)  
定期的にワシントンマニュアルを是非今後とも出版して下さい。

●勤務医  
久しぶりに改訂版を買いました。

**読者からの声**

●研修医1年目  
本の大きさ、字の大きさもちょうど良いと思います。

●研修医1年目  
色々なことが載っていてとても勉強になります。初期研修医版も買おうかと思っています。

●医学部5年生  
カバーの配色のビビッドさにびっくりしましたが、カバーを外すと洒落で、病棟でも違和感なく、良かったです。

**研 修 医**  
レジデントに読み継がれる

●勤務医  
変わらないようで常に変っている、これがこのマニュアルのすごさ。やっぱり頼りになる。

**これぞ“マニュアル”**

**ワシントン マニュアル 第12版**  
The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 33rd Edition

監訳: 高久史磨 自治医科大学学長  
和田 攻 産業医科大学学長

●A5変  
●頁1,128 図42 ISBN978-4-89592-666-9  
●定価8,820円(本体8,400円+税5%)

**絶賛発売中**

専門医・研修医に必要な臨床試験の基礎知識の修得と、適正な実施をナビゲート!

## クリニカルクエストにこたえる! 臨床試験ベーシックナビ

各科専門医や研修医にとって、臨床試験に関する基本的な知識を網羅的に修得できるものがなかった。そこで本書では、臨床現場で感じるクリニカルクエストに基づき、プロトコール(臨床試験実施計画書)の作成手順や記載内容に沿って、必須事項を分かりやすく、かつ簡潔にまとめた。臨床試験の基礎知識の修得と、臨床試験の適正な計画立案・実施をするために不可欠な1冊。巻末にはUMIN登録の方法も掲載。

編集 臨床試験を適正に行える 医師養成のための協議会



# 第2回

2回は台湾。台湾も韓国同様、近年は電子機器が有名とのこと。かつて「ニューヨークタイムズ」紙で、世界10大レストランの一つに選ばれた「鼎泰豊」に代表される料理は、日本でも人気がある。韓国に続き、アジアからもう一か所報告します。

台湾では、National taiwan university hospitalを見学し、さらにChina medical university, Taipei medical universityの医師に話を伺うことができた。台湾独自の医学教育システムを体験でき、刺激的な見学となった。

## 台湾の医学教育

台湾の医学部は日本と異なり7年間の教育課程となっている。4年間の基礎医学教育の後、2年間の臨床クラークシップ、1年間のインターンシップを行う。臨床クラークシップは日本の臨床実習に相当し、各診療科をローテーションする。期間は一つの診療科当たり約1か月。ただ、内科でも回ったり回らなかったりする科があり、これは筆者の出身校京都大学でも同じだった。当時はそんなローテーションでいいのかと納得がいかなかった記憶がある(今となっては、短期間で得られるものは少ないため、仕方がないと思うようになった)。1年間のインターンシップの後、国家試験を受験する。研修病院の選択方法はマッチングではなく、各病院を直接受験するシステムを採用している。

## 臨床研修の歩き方

臨床研修では、台湾も日本と同様、Common diseaseを診ることができる市中病院での研修が好まれる傾向にあるらしい。見学した病院の内科では、3年間のレジデントの後、全員がチー

# 臨床研修ええとこどり!!

around the world

## 研修病院見学ルポ [番外編]

「研修病院見学ルポ」(「週刊医学界新聞」連載、2009年5月-10年4月)での日本の研修病院見学に加え、かねてから行きたかった世界の病院見学。「世界の中での日本を知りたい」という思いを胸に、若造でしかわからない何かを求めて旅に出た。相も変わらず一部の研修病院についての主観的な報告だが、各国での初期研修の実際や研修医のその後の進路を紹介し、日本にも生かせる「ええとこ」を見つけていけたらと思う。さらに熱い日本をめざして。(全4回)

**水野 篤**  
聖路加国際病院 循環器内科

**第2回 台湾 [編]**

人口—2322万人(2011年)。人口密度は日本、韓国よりも高い637人/km<sup>2</sup>。  
見学病院—National taiwan university hospital (2087床)

フレジデントを1年間経験する研修システムとのこと。チーフレジデントは、レジデントの教育プログラムの運営や他科からのコンサルテーションの対応などの役割を担う。また、その期間にICUをローテーションしたりと、手技に磨きをかける医師が多いようだ。

台湾の病院での臨床研修で重要なことに、レジデントの間に国際的な雑誌への論文投稿が義務付けられていることがある。これは日本の臨床研修と比べると、チャレンジングな教育システムであり感銘を受けた。ただ、さすがにデータを用いた実際の解析までは、レジデントの間にほとんど行うことはないようだ。1年間のチーフレジデントの後には各々が各科のフェローを経験して、指導医(アテンディング)となる道を選ぶのが一般的だという。

## キャリアの選び方

キャリアの選び方は、基本的に日本と変わらないと感じたが、自宅の近くの病院への就職を希望する人が多いという。診療科の選択は、学生時代から徐々に決断を迫られて

くるとのことだが、現在は形成外科の人気の高いと聞いた。

給与体系は日本と異なり、脳神経外科のような専門的な手技が要求される診療科は給与が高くなっている。日本では、どの診療科でも基本的に医師の給与は同じ、という話を台湾の医師にしたところ非常に驚いていた。

卒業と同時に米国などの国外で臨床研修を行う医師数は、全体のわずか1%ほどとのこと。留学は、基礎・臨床を含め研究目的で行くことが多く、日本も留学先の一つの候補となっている。

## 病院のアメニティ

コーヒーショップやサプリメントショップ、またフードコートなどが病院内にあり、日本とほとんど変わらないように感じた。

## カンファレンスと教育ツール

病院内では、基本的に公用語である中国語(台湾華語)が使用されることだが、ほぼ毎日開催されるケースカンファレンスでは、臨床クラークシップの学生が英語でプレゼンテーションを行う。もちろんディスカッションもすべて英語。これは医療の国際化を図る上で重要な方法だと思う。日本でも手稲溪仁会病院のように英語でプレゼンテーションを行う研修

病院もあるが、まだまだ少数であろう。診療マニュアルとしては、英語で書かれた海外の書籍を用いることが多いようだ。教育用PowerPointなども、各病院で共有しているシステムがあるが、これは前回(第2964号)のサムスン医療院ほど充実はしていないようだった(筆者私見)。

## 台湾医療の現場

日本と同様、国民皆保険制度が施行され、基本的に患者はどここの病院でも受診できる。救急車も基本的には無料。しかし、日本と違う習慣もあり、患者の多くは自宅での死を選ぶという。例えば癌の終末期などで余命が残り少なくなった場合には、私営の救急車で病院から自宅に帰る患者が多い。日本ではようやく訪問医療や訪問看護の充実で在宅医療が、広く受け入れられるようになってきたところだが、終末期には病院に来ることはあっても、病院から自宅に戻って最期を迎えるという選択をする患者の割合はまだ少ないだろう。文化の違いを実感した。

## 台湾の研修医からのメッセージ

最後に研修医からのメッセージを紹介する。

「日本は素晴らしい国で、フレンドリーな方が多いです。医療の面でも、お互い頑張っていきましょう」

**特徴** 多くの病床を持つ大学病院の国際競争力は高い。総合的な英語教育が行われているわけではないが、医学生時代からのルーティン化した英語での症例報告教育など、優れた医学教育システムが構築されている。

**日本への思い** 台湾の方は日本人と感覚が似ており、文化面では親近感が強い一方、医療面では国際化に積極的にアプローチしようとする心意気を感じた。また、国民への平等な医療の給付など制度面でも日本と同じ部分が多いため、超高齢社会における保険制度などに関しても共に学ぶ必要があるだろう。日本を、医師の留学先だけにとどまらず、あらゆる面で魅力的な国にしていきたいと心から思った。



<左> National taiwan university hospital. 歴史を感じさせる建造物が多く残っている。  
<右> 学生向けのカンファレンスの光景。なんと英語だ!

**3 medicina**  
Vol.49 No.3  
内科臨床誌メディチーナ  
内科医のための  
今月の主題 **気管支喘息とCOPD診療**

気管支喘息とCOPDは、呼吸器診療においてはともにcommon diseaseであり、典型的な場合、鑑別も治療もそれほどの困難はないように思われる。しかし現実には、病歴や病像は多彩で重なり合い、高齢者などでは両者を合併していることもある。本特集では、ガイドラインや最新の知見を踏まえた多角的視点から気管支喘息とCOPDを整理し、病期に応じた対応を具体的に示した。

**INDEX**

- 気管支喘息、COPDの新たな認識
- 気管支喘息、COPDの診断・治療をする前に
- 増悪診断と治療が重要
- 気管支喘息、COPD安定期の治療
- 在宅医療と病診連携
- 座談会  
「プライマリケアのための気管支喘息とCOPD診療」

●1部定価 2,625円(税込)

▶2011年増刊号(Vol.48 No.11)  
**内科 疾患**  
インストラクションガイド  
何をどう説明するか  
●本号特別定価 7,560円(税込)

**連載**

- 手を見て気づく内科疾患
- 目でみるトレーニング
- 演習・循環器診療  
—ピットフォールに陥らないために—
- アレルギー・膠原病科×呼吸器内科  
合同カンファレンス
- 医事法の扉 内科編
- Festina lente
- 感染症フェローの  
シンガポール見聞録
- 研修おたく 指導医になる **新**

▶来月の主題(Vol.49 No.4)  
**神経内科エマーゼンシー**  
日常診療でどこまで対応できるか

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!

**medicina 3**  
内科医のための  
気管支喘息と  
COPD診療

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

**JIM**  
チームを動かす  
コンサルテーション

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

プライマリケア/総合診療のための「JIM」  
**JIM**  
Journal of Integrated Medicine

Vol.22 No.3  
**特集| チームを動かすコンサルテーション**

総合医・家庭医の診療は一人では完結しません。しかるべき専門家に、しかるべきタイミングでコンサルトを行い、時には責任を委譲し、時には協力してマネジメントを行っていきます。的確なコンサルテーションが、診断や治療の質を決定するといっても過言ではありません。ただし、コンサルテーションは、さまざまな要因が関与してくることが多く、とくに複数のコンサルトが相反する意見を持った場合など、調整に苦慮する場面に遭遇することもまれではありません。本号では、総合医・家庭医がコンサルテーションを行う場合に考慮すべきこと、注意する点、そして教育的な症例を題材に「どこが間違ったのか」をチームの観点から考えてみます。

**INDEX**

【総論】  
チーム医療の組織論 C.I.Barnardの協働システムの理論的観点から……………蒲生智哉  
ヘルスケアにおける多職種連携の特徴……………松岡千代  
チーム医療とコミュニケーションスキル……………山内桂子

【コンサルテーションの反省例】  
<医師-医師>  
救急外来 下級医から上級医……………北川 泉  
総合内科外来 総合医から専門医……………福島龍貴  
総合内科病棟 総合医から専門医……………北村 大  
診療所外来 家庭医から病院医師……………豊島 元

<医師-多職種>  
総合内科病棟 総合医からコメディカル……………佐藤まり子  
診療所外来 家庭医と多職種……………松下雅英  
MSW……………横山幸生  
ケアマネジャー……………瀧上虎平

【ミニ・レクチャー】  
コンサルトを受ける立場から一言……………大曲貴夫

▶来月の特集 **高齢者の皮膚トラブル** ●1部定価 2,310円(税込)  
(Vol.22 No.4)

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

# REAL HOSPITALIST

石山貴章

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

## Vol.15 「情熱」と「ビジョン」 (最終回)

本連載第10回(2948号)では、新たなフレームワークから見えてくる、ホスピタリストシステムの土台となり得る日本のシステム、「勤務医」という概念の強みについて述べた。今回はこれを踏まえ、日本版ホスピタリストシステムを構築する、私なりの「企画書」について述べてみたい。

せんじ詰めればホスピタリストの存在意義は、「『患者』にとっての価値は何か」を常に考えつつ、「医師の普遍的な仕事を、情熱を持って行う」ことにある。「患者」という言葉を、「顧客」と置き換えてもいい。「日本の医療界には『患者は顧客』という発想がまるでない」とは経営コンサルタント・大前研一氏の言だが、そのパラダイムを、そろそろ転換させなければならない。「臓器ありき」から、「顧客(患者)中心の医療」へのパラダイムシフトである。これを、ホスピタリストシステムの導入によって可能にしたい、というのが私の夢だ。

ここ米国のホスピタリストシステムも、もとは医療保険システムの変化に

基づいて発生してきたものであり、当然それぞれの文化に合わせて変化させる必要がある。この形態をそのまま日本に持ち込んでも、システムとして定着させることは、難しいと思う。

ただ、本連載第10回で述べた「3つのP」「3タイプの患者を管理するホスピタリストの役割」というのは、いわば普遍的な基本原理である。例えばダイエットにおいて、「摂取カロリーよりも消費カロリーを増やす」というのが基本原理であるように、だ。この基本原理を根底に置けば、あとはそれぞれの文化に合わせて形態を変えても、問題はない。いやむしろ、積極的に変える必要があるとさえ思う。

だが、譲れない点もある。すべての入院患者をホスピタリストグループが受け持つ、という点だ。なぜならこれにより、「『総合内科の面白さ』を強調することができる」からだ。そして、これが一番重要なポイントだと私は思う。

総合内科医が足りないのであれば、各科から持ち回りで毎月一人ずつ人を出してもらえばよい。これはここ米国の



本連載も最終回。最後の写真は、わが愛すべき同僚たちで締めたいと思う。時折メンバーの入れ替わりはあるものの、皆が間違いなく患者を一義に考える、病院総合内科のプロフェッショナル集団だ。助け合い励まし合いながら、日々の病棟診療を共に戦う、かけがえのない私の戦友たちです。

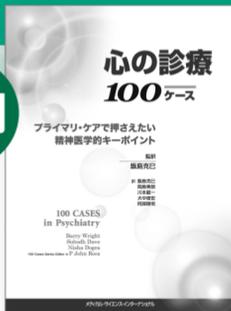
## 心の診療 100ケース プライマリ・ケアで押さえない精神医学的キーポイント 100 CASES in Psychiatry

「心の問題」を見逃さない!

新刊

プライマリ・ケアの現場でよく遭遇し、見逃しがちな「心の問題」をテーマとしてまとめた、「即戦力」の症例集。臨場感あふれる症例提示、的を射た Question、丁寧な解説、要点まとめのキーポイントで構成。1症例ごとの読み切りで、気になる症例から手軽に読み進められ、短時間で効率的に学習できる。医学生・研修医はもちろん、開業医や外来中心の診療に携わる勤務医に最適。シリーズ既刊「内科診断 100 ケース」、「GP100 ケース」と合わせて使える 1 冊。

監訳 飯島克巳  
いいじまクリニック院長  
訳 飯島克巳  
岡島美朗  
川本龍一  
大中俊宏  
阿部隆明



●定価4,830円 (本体4,600円+税5%)  
●B5変 頁256 図5 2012年  
●ISBN978-4-89592-696-6

好評「100ケース」シリーズ

**内科診断 100ケース**  
臨床推論のスキルを磨く  
100 CASES in Clinical Medicine, 2nd Edition  
監訳 佐々木将人 総和中央病院副院長  
●定価4,830円 (本体4,600円+税5%)

**GP100ケース**  
プライマリ・ケア医としての総合力を身につける  
100 CASES in General Practice  
監訳 佐々木将人 総和中央病院副院長  
●定価4,620円 (本体4,400円+税5%)

で来た医師は、その得意分野では、特に深く若手医師への教育が可能だ。

医局の各専門医には、コンサルトという形で患者管理に携わってもらう。ホスピタリストグループに対する教育が行き届くまでは、コンサルトの数も当然多いままだろう。従来のいわゆる「兼科」という形態と、最初は変わらないかもしれない。ただ、総合内科医がコンダクターとなる意義は大きい。

その上でこのシステム、教育がうまく回り始めれば、コンサルトワークもうまくっていくに違いない。各専門医には、完全にその専門分野に特化してもらうことができる。この段階で、各研修医は1年に数回ひと月ずつ、各科を回る。その月には、完全にその科に特化した教育を受けることができる。また、2年なり3年なりかけて、ホスピタリストグループと各科とを交互にでも回り続けられれば、すべての分野をカバーすることも可能だ。モレと重なりとを少なくし、「将来のホスピタリスト」を効率よく養成できることになる。

ホスピタリストは、「病棟診療のコンダクター」としてチームをまとめ、患者中心の医療というシンフォニーを奏するため、そのタクトを振り続けることになる。入院、退院、そして患者や家族とのコミュニケーション、プライマリ・ケア医との連絡などは、すべてホスピタリストチームが、誇りを持って受け持つ。また一方ではグループとして、総合内科のスタンダードを学んでいく必要がある。それによって、チームメンバー間での分業が可能になる。これは、医師のワークライフバランスの改善につながるはずだ。

Did you know that Dr. Vaidyan was chosen as one of the "Top 10 Hospitalists in America" by the ACP? (Dr. Vaidyan が米国内科学会の「全米トップ10ホスピタリスト」の一人に選出されたって、知ってる?)  
Wow! I didn't know that. Congratulations, Dr. Vaidyan! What a great honor!!  
(わあ、知らなかった。おめでとございます! 凄い!!)  
Thank you, guys.

(ありがとう、みんな。)

重要なことは、「情熱」と「ビジョン」だと思う。わが師匠 Dr. Philip Vaidyan が St. Mary's Health Center に赴任以来、私に見せ続けてくれている、組織改革のための最大のキーワードである。そしてその「情熱」と「ビジョン」をもって彼は、2009年の全米トップ10ホスピタリストの一人に選別された。全米で2万人いると言われるホスピタリストの、トップ10の一人である。彼の一番弟子を自任する私にとってこれは、自分のこと以上にうれしい出来事であった。

「患者中心の医療」「すべては患者のために」というビジョンを持ち、そのビジョンを理想的な形で患者に供給する、という熱意を持って、彼は改革を行ってきた。それを間近で見えてきた私に、無言でそのキーワードの大切さを教えながら。私も将来、ぜひ彼に続きたいと思う。

以上、私なりの「日本版ホスピタリスト」を作るための「企画書」を述べてみた。実現には、いろいろと障害があると思われる。また、私自身現在日本の医療から離れていることもあり、現実的でないと思われるところもあるかもしれない。それでも、「情熱」と「ビジョン」を持ち続けたい。そして、この夢をなんとか実現したいと、そう思っている。

Real Hospitalist 虎の巻  
「日本版ホスピタリスト」を作るための「企画書」  
基本的に、すべての入院患者をホスピタリストグループが受け持つ。これによって、「総合内科の面白さ」を前面に出した、学生や研修医への教育が可能になる。キーワードは「情熱」と「ビジョン」。

計15回続いた本連載も、今回が最終回。これまでご愛読、ありがとうございます。またいつかどこかで、お目にかかれたら幸いです。それまでに私自身が、少しでも「本物のホスピタリスト」に近づいておりますように。

## ようこそ、素晴らしい旅行医学の世界へ! トラベル・アンド・トロピカル・メディスン・マニュアル

新刊  
The Travel and Tropical Medicine Manual, 4th Edition  
トラベル アンド・トロピカル・メディスン・マニュアル  
THE TRAVEL AND TROPICAL MEDICINE MANUAL Fourth Edition  
監訳 岩田健太郎 神戸大学大学院医学研究科微生物感染症学講座 感染治療学分野教授  
土井朝子 昭和会首脳病院感染症科  
●A5変 頁800 図・写真45 2012年 ●定価 8,400円 (本体8,000円+税5%) ●ISBN978-4-89592-693-5

本書ご購入の方 先着500名様限定!  
電子版「無料」ダウンロードサービス 実施中!  
目次  
PART 1 旅行前のアドバイス  
PART 2 特定の旅行者に対するアドバイス  
PART 3 発熱  
PART 4 下痢  
PART 5 皮膚病変  
PART 6 性感染症  
PART 7 蟻虫

初期研修も残りわずか。4月からの就職先も決まり、残された研修医生活で最後の仕上げをしようと考えている。そこに看護師から「先生、蕁麻疹みたいなんですけど……」と連絡が。「皮膚科の先生は当直にいないし、どうしましょうか」との問いに、「蕁麻疹なら、私が何とか診られると思います」と答え、救急外来に向かう。

## CASE

34歳女性。既往に小児喘息。保護者会でエピファイを食べたところ、全身がかゆくなった。救急隊が到着するころには咳、呼吸困難、腹痛などの症状が出てきた。身体所見：血圧95/35mmHg、脈拍数110/分、呼吸数28/分、SpO<sub>2</sub>89% (RA)、体温35.5℃。皮膚：全身の紅潮を認める。呼吸：喘鳴を両側肺野に聴取する、頻呼吸がみられる、ストライダーはない。心：頻脈ではあるが、リズム整で心雑音なし。腹部：臍周囲に反跳痛を伴う軽度の圧痛を認める、腸音はやや亢進している。四肢：両上下肢にも紅潮を認める。

あなたは看護師に、「アナフィラキシーです。応援の看護師、上級医をすぐに呼んでください！」と指示した。

## Question

Q1 診断の根拠となったのは何か？

A 皮膚症状と呼吸器・消化器症状。

アナフィラキシーは、PortierとRichetという2人の学者がイソギンチャクの触手に含まれる毒素をイヌに注射し、2〜3週後に再度同じ毒素を注射したところ、嘔吐や出血性下痢などのショック症状を示し死亡したことから発見された。今や広く認知されている病態であるが、実は専門家が合意した定義はない。急性の皮膚や粘膜の症状と、以下のうち1つがあれば臨床的に診断できる<sup>1)</sup>。

- ・呼吸器症状
- ・低血圧（通常の血圧と比べて30%以上の減少、もしくは年齢によるカットオフ値を下回る場合）
- ・終末臓器障害を示す症状（失神、失禁、虚脱など）

Q2 次のステップは何か？

A 素早くABCを確認し、重症患者モードとして静脈路確保、酸素投与、モニター管理を行い、治療へ移る。

アナフィラキシーの進行は非常に早い。適切な初期対応をし、人手と物品を集め、迅速に治療する必要がある。後手に回れば回るほど、アドレナリン（エピネフリン）などの特効薬の効果が減じる。

Q3 治療で一番優先すべきことは何か？

A アドレナリン0.3〜0.5mgの筋肉注射。

前述したように、アナフィラキシー

# それで大丈夫？ ERに潜む落とし穴



第23回  
最終回

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

志賀 隆 東京ベイ・浦安市川医療センター 救急部長

の進行は早い。喉頭浮腫や低血圧の進行を認めてからでは形勢が不利である。いかに早くアドレナリンを投与できるかが鍵となる。

アドレナリンの投与は、以前は皮下注射となっていたが、動物実験によって筋肉注射のほうがより早くアドレナリンの血中濃度が上がることが判明しており、現在は筋肉注射が第一選択となっている<sup>2)</sup>。また静脈注射や点滴は、投与量や希釈方法が院内で統一されており、かつ経験のある医師と看護師が使用する際には考慮されるべきであるが、そうでなければ事故の原因となる危険性があるため、なるべく避けたい。

指導医が現れる。「アドレナリンは筋注した？ 素晴らしい！ 輸液は？」と尋ねられ、「生理食塩水で確保していますが……」と答える。

Q4 輸液は何を選択するか？

A 細胞外液。

アナフィラキシーの病態は全身性の浮腫である。組織と血管の透過性が亢進しており、それを抑えるためにアドレナリンが投与される。しかしながら、アドレナリンが効力を発揮する前に血管内ポリウムが組織へ漏出しているため、それを補うために細胞外液を補充することが必要である。低血圧・頻脈を認める症例では、少なくとも20mL/kg（成人の場合1〜2L）の細胞外液の輸液が望ましい。

Q5 ステロイド薬の投与にはどのような意味があるか？

A 二相性に起こる遅延性反応を防ぐこと。

ステロイド薬には即効性の治療効果はないが、多くの症例にて使用される。その理論的背景には、アナフィラキシーにまれに見られる二相性反応の予防がある。しかしながら、ステロイドの有用性を適切な研究デザインにて検証した報告はまだない。頻度の問題や

病態としてこのような研究をすることが難しいこともあるが、将来の研究を待ちたいところである。

Q6 抗ヒスタミン薬はどのような役割を果たすか？

A アドレナリンの補助。

アナフィラキシーの治療のメインはアドレナリンであり、抗ヒスタミン薬は単独で使われるべきではない。また、抗ヒスタミン薬の効果発現は緩やかであることも留意されたい。

抗ヒスタミン薬を投与する際には、H<sub>1</sub>拮抗薬とH<sub>2</sub>拮抗薬の併用が勧められる。併用したほうが、蕁麻疹、腹痛、かゆみなどのヒスタミン関連の症状のコントロールに有効であることが報告されている。ジフェンヒドラミンとラニチジンがよく使用される薬剤である。

Q7 初期治療が終わった後に必要なことは何か？

A 経過観察。

経過観察や入院適応は、初期症状の重症度や治療への反応によって決まる。治療による症状の改善が認められない場合、もしくは血圧や呼吸器症状が重篤な場合には、入院もしくは経過観察室にて10〜24時間以上の経過観察が必要となる。症状が軽く初期治療への反応が良好の場合には、救急部もしくは経過観察室にて4〜8時間観察後、退院も可能である<sup>3)</sup>。

Q8 退院時に、患者に対しどのような指示が必要か？

A アレルギー外来を受診し、IgE-

RASTなどの検査で詳細なアレルギー検査を行うこと。

食物アレルギーの場合は、本人が避けているつもりでも、料理に入っているアナフィラキシーに至ってしまうことがある。あらかじめ自覚をして周囲に知らせておくこと（特に子どもであれば、保育園・幼稚園・学校などの職員に周知させ、アドレナリン自己注射薬であるエピペン®を用意する必要がある）が重要である。またそれ以外の抗原であっても、自身で把握していれば、あらかじめ予防策をとることができる。

Q9 退院時の処方をするか？

A エピペン®とステロイド薬。

アナフィラキシーの特効薬はアドレナリンであり、帰宅する患者に処方する必要がある。しかし日本では、エピペン®を処方する際には指定された講習を受ける必要がある。自身が処方できない場合には、アドレナリンの重要性を患者と家族にしっかり説明し、できるだけ早くアレルギー外来を受診してエピペン®を処方してもらうようにすることが必要となる。

## Disposition

アドレナリンの迅速な投与もあってか1時間後には症状は軽減し、酸素投与の必要はなくなった。バイタルサインも血圧110/80mmHg、脈拍数90/分、SpO<sub>2</sub>97%と落ち着いた。来院から6時間の経過観察を行ったが、特に二相性反応も認めなかったため、エピペン®、内服ステロイド薬を処方されて帰宅。後日アレルギー外来を受診することとなった。

## Further reading

- Manivannan V, et al. Visual representation of National Institute of Allergy and Infectious Disease and Food Allergy and Anaphylaxis Network criteria for anaphylaxis. *Int J Emerg Med.* 2009; 2(1): 3-5.  
↑アナフィラキシーの診断基準についてわかりやすく解説した論文。
- Simons FE, et al. Epinephrine absorption in adults: intramuscular versus subcutaneous injection. *J Allergy Clin Immunol.* 2001; 108(5): 871-3.  
↑アドレナリンの筋肉注射の優位性を示した論文。
- Tole JW, et al. Biphasic anaphylaxis: review of incidence, clinical predictors, and observation recommendations. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2007; 27(2): 309-26, viii.  
↑アナフィラキシーの二相性反応についての論文。さまざまな症例があり、確固とした経過観察時間を示すのは難しいが、8時間以内の再発が多いため、8時間の観察を勧められている。

## Watch Out!

アナフィラキシーの進行は早い。臨床診断であるため、ABCに対応しつつ素早く診断・治療を行う。アドレナリンは筋肉注射が第一選択。安全な治療を心がける。二相性反応があるため、経過観察が必要。退院時には必ずエピペン®を処方するか、処方できる医師にすぐに紹介すること。長期的な管理としてアレルギー外来を受診する必要があるため、アレルギー外来の受診が不可欠である。

網膜硝子体手術合併症対策のための決定版書籍

## 網膜硝子体手術SOS

大学・施設間の垣根を越えた網膜硝子体手術の症例検討会である「RETINAの会」監修の書籍。典型的な症例を通して、術中・術後の網膜硝子体手術合併症の対策と予防策を懇切丁寧に解説。一つのテーマに対し、複数の著者が異なる視点から本文とアドバイスを書き分ける、紙上症例検討会のような内容構成。想定外の状況に対応し、シリアストラブルに陥らないためのコツ、ヒントが満載。

監修 RETINAの会  
編集 喜多美穂里  
兵庫県立尼崎病院眼科部長



この危機から、いかにして脱出するか。

## 「医療クライシス」を超えて

イギリスと日本の医療・介護のゆくえ

著者が前著（『医療費抑制の時代』を超えて）で危惧していた「医療クライシス（危機・岐路）」は現実のものになった。本書ではクライシスからの脱出に必要な課題を、その現状と要因、そしてイギリスの医療・福祉改革をもとに考える。さらに「見える化」とマネジメントによる改革の課題を、介護予防と健康の社会的決定要因（健康格差）、リハビリテーション医療、終末期ケアの研究を踏まえ提示する。

近藤克則  
日本福祉大学教授 社会福祉学部



シリーズ監修 高木 康 (昭和大学教授医学教育推進室)

第13回(最終回)

# 微生物検査

## 学ぼう!! 検査の使い分け

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

### 培養同定検査

### 迅速抗原検査

### 核酸検査

前川 真人

浜松医科大学教授、臨床検査医学

- 感染症の原因菌特定に必須な微生物検査。患者さんから採取した検体を培養し、微生物の同定を行う培養同定検査のほか、今日では微生物に特異的な抗原・抗体反応を利用した迅速抗原検査や、微生物の遺伝子から同定を行う核酸検査が微生物検査として行われています。今回は細菌感染症を例に、これらの使い分けについて学びます。

図に肺炎の微生物検査の概略を示しました。微生物検査用の検体を適切に採取するところから検査は始まります。細菌感染症を疑う場合、まずグラム染色を行い、どのような菌がいるのかを見ます。これにより起病菌がおおよそ判明することもあります。口腔内常在菌の混在もあり同定は容易ではないことから、培養検査を進めます。単一コロニーが得られれば、菌種の同定・感受性検査が可能となります。この培養検査には分離・同定で約2日かかります。発育が遅い菌種ではもっと時間が必要です。また、特殊染色の施行、特殊培地を用いた培養を行う必要があることがあります。

時間がかかるという培養検査のデメリットから、迅速抗原検査が開発されてきました。迅速抗原検査といえば、まずインフルエンザウイルス感染症を思い起こすのではないのでしょうか。この原稿を書いている2月上旬はまさに流行中で、毎日何人かが抗原検査で陽性となっています。現在では多くの細菌・ウイルスで迅速抗原検査が可能となり、臨床現場でも広く浸透してきました(表)。ウイルスなどの培養できない病原体では、簡便・迅速な検査法として特に利用されています。

### 迅速抗原検査を補う核酸検査

迅速な検査は、素早い診断と焦点を絞った治療を可能とし、感染拡大を未然に防ぐという感染対策の観点からも有用です。ただし、キットによっては感度や特異度が低いものもあるため、迅速抗原検査の結果判読には注意が必要です。検査の長所、短所、限界などを理解して活用することが大切です。

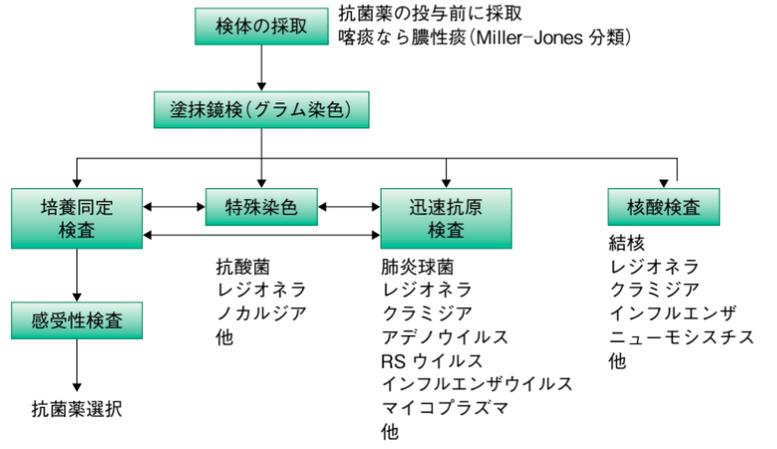
迅速抗原検査で感度不足や特異性が低い場合には、核酸検査も用いられます。まだ日常検査で頻繁に用いてはいませんが、PCR法、LAMP法、TRC法などの遺伝子増幅法が基本的技術として使用されています。迅速抗原検査よりも、感度・特異度が高いものの試薬が高価で専用の設備が必要で、測定時間もそこそこかかります。

### 微生物検査を行うとき

感染症を疑う所見があり、起病菌など原因を明らかにし、最適の治療法を見つけるために微生物検査を行います。

**症例** 81歳男性。38℃の発熱と呼吸困難を訴え外来を受診。肺炎疑いで緊急入院となった。身長158.6cm、体重54.3kg、血圧123/60mmHg、脈拍数107/分・整、体温38.6℃、SpO<sub>2</sub>92%。臨床検査所見：白血球数5300/μL、赤血球数342万/μL、Hb9.8g/dL、Ht29.8%、血小板数20.8万/μL、総蛋白5.3g/dL、Alb2.1g/dL、CRP35.3mg/dL、プロカルシトニン7.32ng/mL、T-Bil0.6mg/dL、AST18U/L、ALT14U/L、γ-GTP45U/L。喀痰培養検査を実施し、尿中レジオネラ抗原検査にて陽性を認めた。

症例では、尿中レジオネラ抗原陽性を受け特殊培地で培養し、3日後にレジオネラ・ニューモフィラ(*Legionella pneumophila*)の発育を確認しました。当初、カルバペネム系抗菌薬が投与されたものの、原因菌がレジオネラと判明したのでニューキノロン系抗菌薬に



●図 肺炎の微生物検査

切り換え、治療に至りました。

患者は市中肺炎で入院となりましたが、鑑別診断の一つとして尿中レジオネラ抗原検査を行っていなければ迅速に正しく診断できたか疑わしいケースです。レジオネラはグラム染色では染まらず、通常の培地では育ちません。迅速抗原検査のおかげでレジオネラ肺炎を疑い、培養同定もでき、正しく抗菌薬を選択でき救命できたものと考察できます。当初使用したカルバペネム系抗菌薬は細胞内寄生菌には有効ではないため、細胞内寄生菌であるレジオネラには細胞内に浸透するニューキノロン系抗菌薬などの使用が大切です。

### レジオネラ症の注意点

レジオネラは水系・土壌など自然界に広く分布し、汚染されたエアロゾルを吸入することによって肺炎を引き起こします。温泉や循環式浴槽が感染源として報告されていますが、感染源がはっきりしないケースも多いです。臨床症状や検査データ、胸部X線像でレジオネラ肺炎と診断することは困難なため、グラム染色で起病菌が見つからない、βラクタム系抗菌薬などで改善しない、急激に進行する、などの特徴がみられる場合は、尿中レジオネラ抗原検査やレジオネラ用の特殊培地を用いた培養を行うことが重要です。ただ、通常の細菌よりも発育が緩やかであるため培養に時間がかかることも知っておく必要があります。

尿中レジオネラ抗原検査は、尿中に排泄される細菌由来の糖抗原を検出するため、特異性はかなり高いと言えます。ただし、一度陽性になると数週間から数か月陽性を持続するので、既往による陽性も考えられます。また、抗原検査で陽性となるのはレジオネラ・ニューモフィラの血清型1の場合だけです。それ以外の血清型、または他のレジオネラ属菌では陰性となるため、抗原検査で陰性となってもレジオネラ

●表 迅速抗原検査が可能な主要病原体、毒素、抗体

一般細菌、毒素	A群溶連菌 尿中肺炎球菌抗原 肺炎球菌抗原(喀痰、上咽頭拭い、中耳貯留液・耳漏中) 淋菌抗原 大腸菌O157抗原・抗体 クロストリジウム・ディフィシル(トキシンA、トキシンB) 尿中レジオネラ抗原 髄液中の抗原(髄膜炎、肺炎球菌、インフルエンザ桿菌) ヘリコバクター・ピロリ
ウイルス	RSウイルス アデノウイルス インフルエンザウイルスA、B型 ロタウイルス ノロウイルス(*保険適用外) ヒト免疫不全ウイルス(HIV) B型肝炎ウイルス(HBV) C型肝炎ウイルス(HCV) 単純ヘルペスウイルス(HSV)
その他	クラミジア・トラコマチス マイコプラズマ(IgM抗体) 梅毒 クリプトコッカス マラリア(*研究用試薬)

症でないとは言いきれません。つまり、感度に問題があると言えます。

核酸検査としてはPCR法も使用可能ですが、LAMP法に基づく試薬キットが市販されており、昨年10月から保険適用もされました。感度も高く約1時間で判定可能なため、抗原検査で判明しない場合の検査法として、または抗原検査の代わりとして活用できる可能性があります。

### まとめ

微生物検査には、直接鏡検法、培養法、迅速抗原検査、核酸検査などがありますが、それぞれ長所、短所があります。それらを理解しつつ、臨床所見といろいろな検査を組み合わせる総合的に診断することが肝要です。

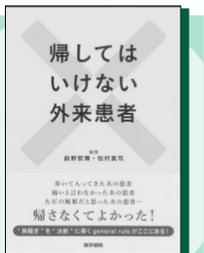
**シヨートコラム** イムノクロマトグラフィ：クロマトグラフィは混合物を分離・分析する技術で、「色を分けて記録する」という意味です。ギリシャ語のChroma(色)とGraphos(記録)よりChromatographyと呼ばれました。イムノクロマトグラフィは、免疫学的に分離分析します。すなわち、毛細管現象により抗体がメンブレン上を移動する際、検体中の抗原を色素標識抗体と捕捉抗体が2段階で挟み込むサンドイッチイムノアッセイです。金コロイド粒子を抗体の担体とすることが多く、その粒子が捕捉抗体のある場所に集積することで形成される赤いバンドを肉眼で判定します。

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  
筑波大学医学医療系地域医療教育学教授  
松村真司  
松村医院院長



医療事故後の情報開示プログラムについて、具体的かつ実践的に解説

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

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

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

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



# レジデントの方々にオススメするマニュアル

(新刊を中心に)

最新刊

## 不整脈診療 レジデントマニュアル

編集=小林義典・新田 隆

本書を見れば、不整脈の病態、診断、治療の流れなど全体像がつかめ救急対応ができる。また薬剤の適応・具体的な使い方などの知識が得られ、非薬物療法の適応・概要はもちろん、その前後の患者管理などにも役立つ。若き循環器医、そしてコメディカルスタッフにとっても、持っているとかかと安心な1冊。

●B6変型 頁424 2012年 定価4,725円  
(本体4,500円+税5%) [ISBN 978-4-260-01225-6]



## レジデントのための 腎臓病診療マニュアル 第2版

編集=深川雅史・吉田裕明・安田 隆

明らかになっているevidenceを豊富に盛り込み、腎臓を専門としない内科医にとっても実地臨床で役立つ情報が盛り込まれ好評であったマニュアルの待望の改訂版(初版『レジデントのための腎疾患診療マニュアル』より改題)。慢性腎臓病(CKD)の概念を取り込み、内容を全面刷新。レジデント、総合内科専門医を目指す若手医師にとって必要な情報が精選された。さらに使い勝手が向上した腎臓病診療マニュアルの決定版。

●A5 頁536 2012年 定価5,250円  
(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00948-5]



## レジデントのための 血液透析患者マネジメント

門川俊明

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

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



## 泌尿器科レジデントマニュアル

監修=郡 健二郎

編集=佐々木昌一・戸澤啓一・丸山哲史

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

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



## がん診療レジデントマニュアル 第5版

国立がん研究センター内科レジデント 編

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

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



## 内分泌代謝疾患レジデントマニュアル 第3版

吉岡成人・和田典男

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

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



## リハビリテーションレジデントマニュアル 第3版

編集=木村彰男/編集協力=里宇明元・正門由久・長谷公隆

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

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



## 救急レジデントマニュアル 第4版

編集=相川直樹・堀 進悟

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

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



## 消化器外科レジデントマニュアル 第2版

監修=小西文雄

編著=自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科

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

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

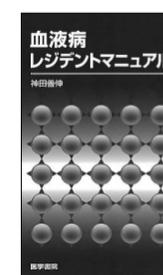


## 血液病レジデントマニュアル

神田善伸

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

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



## 内科レジデントマニュアル 第7版

聖路加国際病院内科レジデント 編

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

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



## 消化器内科レジデントマニュアル 第2版

編集=小俣政男

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

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



医学書院

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

循環器で  
必要なことは  
すべて  
心電図で  
学んだ

第23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？

# 安定狭心症はどれだけ「安定」しているか？(後編)

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

今回は安定狭心症に対する治療法、主にカテーテルを用いる経皮的冠動脈インターベンション (PCI) と、冠動脈バイパス術 (CABG) の変遷を扱いました。血管の狭くなったところを広げる PCI、迂回して新たな血液供給路を確保する CABG、この二つの優れた治療法を得て安定狭心症の治療は確立されたかにみえます。しかし、この10年で進歩してきたのはこうした侵襲的な治療法ばかりではありません。運動や食事の指導法、そして薬の使い方についても格段に理解が深まり、劇的に進歩しています。

## 束になった薬の威力

約30年前に CABG が薬物療法と初めて比較されたとき (CASS という臨床研究)、薬らしい薬といえばニトログリセリンぐらいで、何とアスピリンが使われていた割合が全症例のたった3%、その他の薬は影も形もない時代でした。

それから、まずアスピリンやクロピドグレルといった抗血小板薬の劇的な予後改善効果が確立し (1980年代)、さらに心拍数を落として酸素消費量を抑えるβ遮断薬 (90年代前半)、コレステロールさらには狭窄部位のプラークを退縮させるスタチン (90年代後半)、そして左室収縮能が落ちている心臓のリモデリング (線維化) を防止する ACE 阻害薬とアンジオテンシン II 拮抗薬 (ARB) (2000年代) といった薬が虚血性心疾患の二次予防に導入されてきました。

これらの薬剤は、1剤につきおおむね10%程度の心臓突然死や急性心筋梗塞といったイベントの抑制効果があるので、4剤合わせれば理屈の上では、 $0.9^4 \approx 0.66$  でイベント発生数は3割以上の減少です。ここに週5回ほどの運

動 (1回20分の有酸素運動) や魚中心の食生活などといった生活指導が加わると、ちりも積もれば山でかなりのパワーを発揮します。なお、この虚血性心疾患の二次予防の項目は、米国のガイドラインでは以下の「ABCDE」という語呂でまとめられています。

- A Aspirin and ACE/ARB
  - B Beta-blocker and BP
  - C Cigarette and Cholesterol
  - D Diet and Diabetes
  - E Education and Exercise
- (緑字は薬剤関連)

## Like a Rock

PCI と CABG がしのぎを削る間に、20年間にわたって密かに力を蓄えてきた「ABCDE」ですが、われわれの想像以上の威力を秘めておりました。ここ5年くらいの間に行われた循環器分野の大規模臨床試験のなかで、2007年に発表された COURAGE 試験ほど衝撃をもって迎えられた試験はないでしょう。有意狭窄が血管造影で証明された安定狭心症例に対し、全症例にしっかり「ABCDE」を順守させ、その上で PCI を行って狭窄を解除するか (PCI+至適薬物療法群)、それともそのまま様子を見るか (至適薬物療法群) でランダム化した RCT です。この試験では、約2200例を5年間追跡しましたが、生存率や生活の質が改善される度合いに長期的には差は認められませんでした (図1)。

狭窄度が70—90%の立派な狭窄に対し PCI を行っても、大きな効果は認められない……。これはいったいどうしたことでしょうか？ もしかすると、日本で年間20万件以上行われている PCI は、そのほとんどが必要ないのでしょうか？ 実際、米国では

COURAGE 試験発表直後には PCI の件数が13%ほど減少し、長期的にもその時期と前後して減ってきています (図2)。理論上、PCI の件数は3分の2ほどになるのではと言われていましたが (医療費削減効果は約4000億円)、ランダム化するに相応しくないと考えられた症例 (近位部病変などリスクが高い例) をあえて試験に登録しなかった可能性も指摘されています。また、PCI の成績の施設間格差が著しい (米国の施設、特に在郷軍人病院系列の成績が悪い) などいろいろな問題が浮上し、この程度の減少にとどまっていると言われていています (文献1)。人間なかなか長年の習慣や考え方を換えられないということもあるのでしょうか。

しかし、COURAGE 試験の発表以降 PCI や CABG に対する考え方は確実に変わりました。Occulo-stenotic reflex (OSR) という言葉がありますが、これは狭くなった病変を広げたくさなという循環器内科医特有の反射です。少し前までは笑い話で済んでいましたが、もはやシャレにならなくなりました。「ABCDE」で岩のように安定した狭窄に対し介入を行うには、それなりの理由がなくてはならないのです。

最後に PCI や CABG といった介入を加えるための条件を考えていくことにしましょう。

## 解剖学的評価から機能的評価へ

狭くなった病変に介入をかけるべきか。それは、視覚によって解剖学的になされるべきではなく、機能的になされるべきというのが現在の安定狭心症の考え方の要です。つまり、狭窄の数やその見た目 (狭窄度) ではなく、結果的にどのくらいの領域が負荷時に虚血にさらされるかを重視することです。COURAGE 試験や SYNTAX スコアでは、血管造影で得られるバイブライ

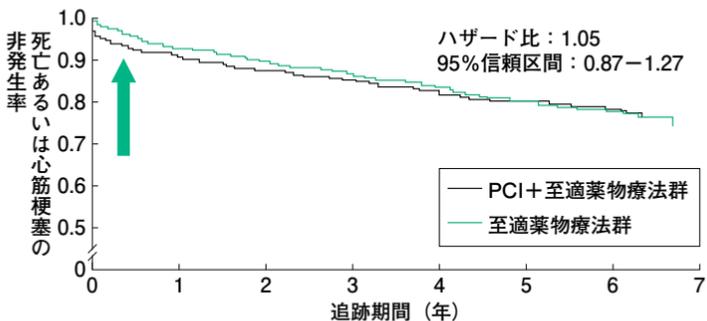
の情報を集中的に見てきましたが、その結果としてどれだけの土地 (心筋) が干上がっているのかを見ていかなければ、総合的な評価はできないという考えです。できそうだから介入してみる、という OSR では COURAGE 試験の教訓を活かすことができていません。

さて、虚血にさらされている領域はシンチグラフィなどの画像検査で定量化することができます。現在カットオフとして提唱されているのは10%で、それ以上が虚血の状態であれば PCI や CABG に値し、それ以下ならば「ABCDE」で問題ないだろうとする考え方が登場してきています。そこを検証しようというのが COURAGE 試験の次の段階とされていて、その名も「ISCHEMIA 試験」です。今夏から全世界で行われる予定です。日本からも4施設 (榊原記念病院、小倉記念病院、豊橋ハートセンター、慶應義塾大学病院) が参加する予定です (施設募集中: 日本事務局 cadet32@gmail.com まで)。

ほかにも、狭窄の見た目だけに頼らない方法があり、例えば狭窄前後の血流量を計測する FFR という手技があるのですが、そこで流量が20%以上ダウンしていなければ、介入をかける意味がないというところもはっきりしてきました。この部分、今年の1月にアップデートされたばかりです。

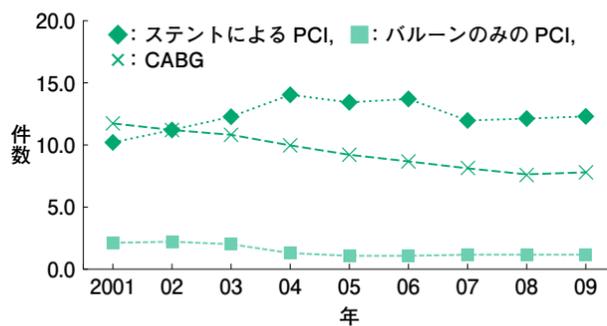
\*

安定狭心症は、「ABCDE」の力を得て、文字通り盤石の安定度を誇れるようになりました。以前は負荷時の心電図の動きだけで診てきましたが、いまはカテーテルによる血管造影、そして虚血の領域の定量評価や狭窄前後の流量の評価で PCI や CABG の適応が選べるようになってきました。やはり冠動脈も、見た目より中身ですね。次回、いよいよ最終回です。



● 図1 COURAGE 試験の結果

低リスクの安定狭心症例では、至適薬物療法に PCI を加えても長期的な予後に差はなく、むしろ PCI 直後にイベント発生数の増加 (矢印) を認めています。これは、PCI でつぶしたプラークの破片が末梢に流れこみ、少数ですが急性心筋梗塞を起こすことがあることによります。(Boden WE, et al. N Engl J Med. 2007; 356(15): 1503-16 より改変引用)



● 図2 メディケア加入者1000人当たりの PCI と CABG の件数

(Riley RF, et al. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2011; 4(2): 193-7 より改変引用)

**POINT**

- 安定狭心症では、薬や生活指導が「根治的」な治療法としてとらえられるようになってきている。
- それ以上の介入 (PCI や CABG) を行うかは、シンチグラフィによる虚血の定量や FFR による血流量の計測で吟味する。
- OSR は勇氣 (COURAGE) で克服しましょう。

参考文献  
1) A Simple Health-Care Fix Fizzles Out. Wall Street Journal, February 11, 2010.

**圧迫的な支持を得たベスト&ロングセラー、10年ぶりに改訂!**

**新刊 循環器治療薬ファイル 第2版**

薬物治療のセンスを身につける

▶「その状況では何を考えて治療するか」「その薬をなぜ/どのように使うのか」という処方前の考え方を、病態、薬剤の両面からのアプローチで解説。エビデンスだけでなく著者の考え方・使用経験を交えて、現場で知りたいポイントをストレートに提示。病態生理の記述が充実しており、具体例を示しつつ、薬物 (商品名) と根拠ある実際の投与量・投与方法を明らかにする。専門医のみならず、一般内科をはじめ広く日常的に循環器治療薬を使う医師必携の手引。

著 **村川裕二**  
帝京大学医学部附属蒲田病院第4内科教授

定価7,350円 (本体7,000円+税5%)  
A5変 頁360 図26 2012年  
ISBN978-4-89592-700-0

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

ホルター心電図を理解するための合言葉 “IT REACHES TOP”!

**個人授業 心電図・不整脈** ホルター心電図でひもとく循環器診療

「12誘導心電図でも不安なのに、複雑な不整脈はもうお手上げ!」と悩んでいるあなたのために。ホルター心電図は手軽にオーダーできかつ有用な情報が得られるスグレモノです。さらに情報解釈が12誘導心電図や病棟モニター心電図にも応用できるので、不整脈の入門書にも最適です。ホルター心電図を題材に不整脈・虚血性心疾患などの心電図を学びましょう。『個人授業 ベースメーカー—適応判断から手術・術後の管理まで』の姉妹本。

監修 **永井良三**  
東京大学大学院医学系研究科教授・循環器内科学

執筆 **杉山裕章**  
東京大学大学院医学系研究科・循環器内科学

執筆協力 **今井 靖**  
東京大学大学院医学系研究科特任講師

**前田恵理子**  
東京大学大学院医学研究科特任助教

心電図はムズカシイ?  
不整脈はお手上げ?

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

医学書院



# 日本の医学教育

ノエル先生と考える

第23回

新しい医学教育のパラダイム(1)

ゴードン・ノエル／大滝純司／松村真司  
 オレゴン健康科学大学 北海道大学医学教育 松村医院院長  
 内科教授 推進センター教授



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

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

松村 今回からは、本連載の最終シリーズとして、これからの社会における新しい医学教育のパラダイムについて考えていきたいと思えます。

加速する少子・高齢社会、科学技術の進歩に伴う倫理問題、増加し続ける医療費の費用分担の在り方、貧困などによる医療アクセスの格差、国境を越える疾病への対策など、現在の医療はさまざまな問題を抱えています。変化し続ける社会のなかでは、医学教育もまたそれに合わせて変わっていかねばならないと思いますが、ノエル先生はどのようにお考えですか？

## 変化が求められる日本の医学教育パラダイム

ノエル その通りだと思います。ただ日本の医学教育パラダイムを、既にある例えば北米や西欧諸国のパラダイムに近づけるだけでは不十分でしょう。というのは、それらの国の医学教育モデルもまた、それぞれの経済状況などの条件に合わせて変化しているからです。今日、多くの国で健康保険、年金などの社会保障を提供することが困難になってきています。また、高齢者と移民の増加という、二重の問題を抱える国が多くなっていますが、このような問題への解決策はいまだどの国でも見いだされていません。

松村 そうした問題を解決する上で、日本の医学教育は、どのようなことに早期に着手すべきでしょうか。

ノエル 私はこれまで日本の医学部や研修病院を訪問したなかで、「優秀な医師となって患者に最良の医療を提供したい」と熱く語る、やる気に満ちた若者たちに出会いました。しかし、こうした未来の医師たちへの教育方法は、いくつかの重要な点で欧米と異なっており、課題があると考えています。

多くの欧米諸国では、大学教育を終えるか他の社会経験を積んだ者が医学部の選抜対象となります。特にカナダと米国では、医学部志望者にはボランティア経験や医療分野における医師以

外の職種での勤務経験が求められます。そうした経験により、医師になることの意味や、他の医療職の役割に対してより正しい理解が得られるからです。また、利他主義や医学を学ぶことへの熱意を示すことが医学部志望者には求められます。

彼らには高校卒業後、気持ちを緩める余裕はありません。医学部に入るためには、大学在学中に猛勉強が求められ、医学部入学後も自然科学の基礎知識や社会生活上の振る舞い、現代の医師が抱える問題への理解が正しく養われているか入念に観察されます。臨床実習では、研修医と同様に患者の診察を行い、病歴を取り、症例のプレゼンテーションを行い、カルテを書いてオーダーを出します。学生でも、担当した患者に関するあらゆることを知っているはずだと見なされるのです。

このような違いは、日本の医学生が外国の研修に応募することを困難にしています。結局のところ、日本が独自のシステムを採用している理由には、日本の医学教育が長年にわたって変化しておらず、寿命という物差しにおいて日本の医療が非常に良い結果をもたらしてきたことにあるのではと思います。大滝 日本独自のシステムが問題の解決を妨げているのですね。

ノエル はい。私の考えでは、どんな職業でも世界中の知識や手法を取り入れハイブリッド化することが進歩には重要だと思うのです。ハイブリッド化によって、他の成功例や失敗例を参考にすることができ、改善し続けることができます。1950年代の日本が、もし設計や技術を他の国から学んでいなかったら、優れた工業国とはなり得なかったでしょう。同じように医学教育でも、オックスフォードやボストンなどで訓練を受けた日本人医師が異なる考え方を日本に持ち帰れば、さまざまな視点で違った試みができるのではないのでしょうか。

松村 さまざまなモデルを参考にハイブリッド型のモデルを作る、という柔軟性は明治以降の私たち日本人が得意

としてきた部分ですね。

## 日本が直面する社会の変化とは

ノエル もう一つ、これからの医学教育には、そのパラダイムを社会の変化に適合させていくことも必要です。

北米や西欧諸国では、臨床や医学教育に携わる女性の割合が、男性を上回る状況も出てきています。そうした状況では、「医師は際限なく働くべし」という古いパラダイムの要素のいくつかを、生物学的な現実を前にして放棄する必要があります。また、疲労しきった学生や研修医、臨床医は患者に害を与えやすくなるというエビデンスもようやく受け入れたのです。

19世紀末から2000年ごろまで君臨し続け、全米の医学部の模範となってきたハーバード大やジョンズ・ホプキンス大などのかつての医学教育モデルは、新たな現実に対処しきれませんでした。代わりに医師の疲労とミスを減らし、より良い学びの場を設け、男女が等しく子育てに参加できる新しいモデルに変化しつつあります。米国では、このようなパラダイムの変化を受け入れ、新たなモデルを構築したのです。

一方日本では、日本の臨床医や基礎医学者がその知識や手法を他国とやりとりする機会や、他国が日本から学ぶ機会を増やそうとしていますか？ 研修や診療の在り方を変え、医師の健康や生活に焦点を当てて、他業種の人々とも交流できるゆとりのある暮らしを可能にしていますか？ 知識と経験を積み、他の学問を修めた学生を選抜するほうが有用だと少なくとも何校かの医学部は考えていますか？ 日本の医学教育は、そのようなパラダイムの変化に直面していると私は思います。

## 時代とともに変わりゆくパラダイム

松村 連載途中に、東日本大震災という社会に大きな変化を与える出来事を経験しました。震災以降、私たちは日本という国の「在り方」を深く問い直すようになってきましたが、日本という国のトータル・デザインを行う上で、これからの医療を考えることは避けられないでしょう。ノエル先生は、このように変動する社会の中で、医学教育はどのような役割を果たしていくべきだと思いますか。

ノエル 私は日本で講演を行うとき、次のことをいつも強調してきました。

- ・変化を避けることはできない。
- ・医学部教員や臨床医、患者自らが、新しいパラダイムを採用することは困難。
- ・変化を奨励し、かつ変化を制御することが医学界のリーダーたちの責務。

医学教育のパラダイムは、100年以上にわたりゆったり変化をしながらも安定していたのですが、その後は極めて劇的な再構築を経験しています。社会は時代とともに確かに変化してい

ます。旧式のパラダイムの崩壊は、いったん始まると半端なものでは収まらないでしょう。

例えば、現役医師の半数を女性が占めるようになった西欧諸国では、男女ともに仕事と家庭の両立を望みますが、それはとりもなおさず、家庭の築き方、医師の配置方法、診療の分担方法のすべてを新しくすることにつながります。そうした新しい体制を取り入れられない非効率な診療現場は、ますます閉鎖に追い込まれるでしょう。

## 変化のなかで求められる研修医の能力保証システム

ノエル これまで述べてきたように、欧米には、例えば米国のACGMEのような医師の研修方法について議論する組織や委員会があります。そこでは次のようなことが議論されています。

- ・小児外科医が満たすべき基準とは。
- ・消化器内科の研修には、最低何人の患者を診察し、どのくらいの期間をかけることが必要か。
- ・研修医が十分に安定した能力を有することを、試験の結果以外でどうやって保証するか(全科共通)。

もちろん、これらの基準は常に変化します。そしてその変化は、医学部教員と臨床医が互いに新しい基準に納得しなければスムーズには進みません。

ここでお聞きしたいのですが、日本はどの研修医も十分な能力に到達したと保証するシステムが、現在機能していますか？ つまり、日本のどの地域でも、科学的な裏付けのある標準治療を受けられることを保証する研修医教育の期間・内容・結果が示され、医学部教員と一般の臨床医が診療の継続的な改善について話し合う場があり、質の良い医療を保証する医師の能力に関する情報を提供できる体制が整っているか、ということです。

松村 卒前や卒後研修、各専門医などにおける到達基準は、以前よりはるかに整備されてきています。また、研修医の能力や提供される医療の質の保証についても、さまざまな努力が始まっています。ただそれが現在、そして未来の日本国民が必要とする水準に合致したものか、そして多くのステークホルダーがこのことを広く議論する場があるのか、という点は不十分かもしれません。また、市民への情報の提供という点では各方面のいっそうの努力が必要だと思います。

大滝 これまでにも話題に上りましたが、新たなパラダイムに対応するなかでは医師としての在り方、最近よく用いられる言葉では「プロフェッショナルリズム」の教育が、さらに重要になると感じています。端的に言えば、新たなパラダイムのなかで、医師が患者や社会から信頼され尊敬され続けるには、どのような教育や活動が大切なのかを検討し続ける必要があるのだと思います。(つづく)

更年期・老年期外来における診療上の疑問や悩みを解決!

<Ladies Medicine Today>

## 更年期・老年期外来ベストプラクティス

誰もが知りたい104例の治療指針

更年期・老年期外来において対応に迷う頻度の高い諸問題に対して、具体的な指針がほしいという現場からの要望に応えて企画された。Q&A方式で、当該領域の専門家が最新の治療指針を解説している。診療の概要、治療方針、対処の実際、処方の際の要点などが簡潔明瞭に記載され、診療上の諸問題に即応できる実践的な内容である。

編集 神崎秀陽  
 関西医科大学教授・産科婦人科学



ハンディでコンパクトな中に産婦人科の診療情報満載!

## 産婦人科ベッドサイドマニュアル 第6版

好評ベッドサイドマニュアルの改訂第6版。各種診療手技、薬物治療、ガイドラインなど新知見を満載して大改訂。病棟で、外来で、産婦人科実地臨床に取り組む現場の医師の必携書。徳島大学産科婦人科学教室のスタッフの総力が結集した、最新・最強のベッドサイドマニュアル。

編集 青野敏博  
 前徳島大学学長  
 苛原 稔  
 徳島大学大学院教授・産科婦人科学分野



# MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

## 臨床に活かす病理診断学 消化管・肝胆膵編 第2版

福嶋 敬宜, 二村 聡 ● 編

B5・頁300  
定価8,925円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01095-5

消化器疾患に携わる臨床医が日常の診断・治療をより確実に行う上で、画像診断は避けて通ることのできない重要な診断法の一つである。初心者にとって画像診断は興味深く、最初は画像診断の参考書などを片手に診断を行い、ある程度の診断能力を身につけることはできるが、必ず突き当たるところは画像所見と病理所見の対応であり、病理学的知識の無さが原因で画像所見の理解・評価に難渋してしまうことになる。画像診断には病理学的所見との対応が必要であることがわかり、一念発起して病理の教科書を読み始めても途中で挫折してしまい、画像診断の実力アップがかなわないままの臨床医はかなりの多いと思われる。

そこでお勧めの病理教科書が『臨床に活かす病理診断学——消化管・肝胆膵編(第2版)』である。本書は病理学的知識のあまりない肝・胆・膵、消化管などの消化器病の臨床にこれから携わろうと志す医師を対象としてい

### 画像診断の実力向上に お薦めの一冊

まず各臓器の正常組織像や疾患の概念を解説し、次に病変のマクロ写真、病理組織写真・シェーマ像を数多く提示の上、わかりやすく解説してあり、初心者でも途中で挫折することなく、比較的容易に画像診断に役立つ病理学的知識を得ることができるよう工夫された内容となっている。実際の臨床の場で本書を片手に画像所見と対応させながら、繰り返し繰り返し読んでいくと、普通ではなかなか習得の難しい病理学的知識がみるみる身につく、それに並行して病理学的所見を考慮した画像診断を行うようになり、いつの間にか画像診断の実力が向上しているであろう。

以前にかなり時間をかけて消化管病理を学んだ筆者から見ると、このような病理書で苦労少なく知識を得ることは、うらやましい限りであり、これから学ぶ医師にとっては夢のようにありがたい話である。ぜひ、消化器疾患の画像所見を行う際には本書を携帯されることをお勧めする。

評者 鶴田 修  
久留米大教授・消化器病センター

## 小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ

松井 敏幸, 松本 主之, 青柳 邦彦 ● 編

B5・頁192  
定価12,600円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01446-5

評者 田中 信治  
広大病院教授・内視鏡診療科

松井敏幸、松本主之、青柳邦彦先生の編集による『小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ』という著書が医学書院から2011年10月に発刊された。八尾恒良先生、飯田三雄先生による『小腸疾患の臨床』(2004年発刊、医学書院)に続く、形態学のリーダーシップを取る九州大学/福岡大学グループの小腸疾患診断学のバイブル第2弾である。『小腸疾患の臨床』が発刊されたとき、なかなか経験することが少ない小腸疾患を美しい画像で系統的にまとめた教科書として強いインパクトがあったが、本書はまた違った意味で、非常に個性のある素晴らしいテキストに仕上がっている。

近年、バルーン内視鏡やカプセル内視鏡が広く普及・一般化して以来、多くの小腸病変が診断されるようになってきたが、所見はあるものの意外と診断に至らない症例が多く、小腸病変の病態の奥深さを感じる今日このごろである。一方、最近X線造影検査が不得手な若い先生方が増えて小腸内視鏡検査ばかりに走り、小腸X線画像診断がやや軽視されている傾向がある。もっとも、これは小腸に限らず全消化管共通の極めて深刻な課題であるが……。

本書の特徴は、基本が内視鏡所見から構成されており、またその画像が非常に美しいことである。そして、その解説に始まり、内視鏡画像にリンクするように美しい完璧なX線造影所見、切除標本所見、病理所見が呈示され、病態を含めて詳細に解説されるという形式をとっている。しかも非常に読み

やすい。この形式は、内視鏡診療から始まる最近の消化管診療実態に極めて合致している。日ごろ、内視鏡検査を中心に行われている先生方にとって、個々の症例に関連した美しいX線造影画像との対比が堪能できるとともに、X線造影検査の臨床的有用性を深く理解でき勉強できると思う。

本書は、単なるアトラスとしての内容だけではなく、総論として、小腸X線造影検査・小腸カプセル内視鏡検査・バルーン小腸内視鏡検査などの小腸内視鏡診療手技の実際が詳細に解説されており、さらに、内視鏡所見別の鑑別診断の考え方も詳しく説明されている。そして、巻末にはさまざまな分類や定義も簡潔かつ詳細に記載されており、この1冊があれば小腸疾患診療の実際が手に取るように理解できるし、若い先生たちの教科書・参考書として日々の臨床に役立つことを確信する。

繰り返しになるが、これだけ美しく完璧な内視鏡画像、X線造影画像、手術標本や病理画像で構成されたシステム的な小腸診療に役立つテキストが発刊されたことは臨床医にとって非常に大きな福音である。小腸疾患の診療に携わる先生はもとより、そうでない先生にもぜひとも購入して読んでいただくことを強くお勧めする。

このような素晴らしいテキストを発刊された松井敏幸、松本主之、青柳邦彦先生に敬意を表するとともに、心から御礼申し上げたい。

## 《神経心理学コレクション》 アクション

丹治 順, 山鳥 重, 河村 満 ● 著  
山鳥 重, 河村 満, 池田 学 ● シリーズ編集

A5・頁184  
定価3,570円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01034-4

評者 高田 昌彦  
京大豊長類研究所教授

本書を初めて手にし、いつものようにまず「序」に目を通した。残りは時間のあるときかと思っていたが、まるで評判の推理小説を読むかのように、そのまま時間を忘れて一気に読み切ってしまった。

私は著者の丹治順先生と以前から懇意であり、また、著者と著者の研究グループが長年にわたって展開してきたさまざまな脳研究の中身をかなりよく知っている一人ではあるが、あらためて読み進めると、本書はまさに40年以上に及ぶ脳生理学者としての著者自身のヒストリーがつづられた“読み物”であった。最も驚くべきは、この“読み物”のシナリオ全体がほとんど著者自身の研究のみで描かれていることである。

本書では、“アクション”をヒトが

周囲の世界に対する働きかけとして出力する手段であり、個体の意図の表れとして行われる運動であると定義しており、まず大脳前頭葉に分布する運動関連領域の概念にアップデートを迫るところから始まる。そこには、基本的な共通理解を確立することで、現存する教科書や入門書には系統的な解説がないという状況を変えたいという著者の強い願いが込められている。さらに、現在一般的に広まっている知識には誤りと理解不足が多いという問題点を明確にすることに力点を置いている。このため、一次運動野に始まり、運動前野、補足運動野などの高次運動野、そして前頭前野に至るまで、サルを使った神経生理学の研究成果を提供し、それぞれの機能について考察を進めるとい

### “アクション”の 作動原理を解き明かす 前頭葉レビューの傑作

周囲の世界に対する働きかけとして出力する手段であり、個体の意図の表れとして行われる運動であると定義しており、まず大脳前頭葉に分布する運動関連領域の概念にアップデートを迫るところから始まる。そこには、基本的な共通理解を確立することで、現存する教科書や入門書には系統的な解説がないという状況を変えたいという著者の強い願いが込められている。さらに、現在一般的に広まっている知識には誤りと理解不足が多いという問題点を明確にすることに力点を置いている。このため、一次運動野に始まり、運動前野、補足運動野などの高次運動野、そして前頭前野に至るまで、サルを使った神経生理学の研究成果を提供し、それぞれの機能について考察を進めるとい

場する前頭前野については、その機能を行動の統合的司令塔としてとらえており、これこそ著者の前頭葉研究を総括する考え方である。本書を通して、著者は“アクション”を可能にする大脳の働きを明快に説明するとともに、未解明の事象に関する本質的な問題提起を行い、さらに今後の前頭葉研究に関する的確な指針を与えている。

昨今の脳神経科学の研究分野は、数多の研究者による実験データが氾濫しており、情報のアップデートを頻繁に行う必要がある反面、脳の構成原則や作動原理に迫るような確かな情報を選び出すことが極めて厄介(しかし重要)な作業になっている。優れた教科書がない(特に日本語では)状況で、著者のように高い見識を持った脳生理学者が体系的な知識と学問の正しい方向性を提示した本書が、とりわけ若手研究者にとって貴重なバイブルとなることに疑いの余地はない。

本書は、著者(先生)と、聞き手(生徒)であり神経内科学の権威でもある

山鳥重先生、河村満先生との軽快なやりとりで構成されており、随所に両先生からの鋭い突っ込みや臨床から見た興味深いコメントと、それらに対する著者の適切なレスポンスが絶妙の間合いとなっているので大変読みやすい。このような構成によって、単なる研究内容の解説にとどまらず、複眼的な視点が常に示されており、読者一人一人が主体的に理解を進めることができる。また、脳神経科学の基礎および臨床研究に携わっている人たちだけでなく、さまざまな臨床医学、看護やリハビリテーションなどのメディカルとして従事している人たち、さらには人文社会科学系の研究者までもを対象として、意識的に平易な語調でまとめられている。

本書のおかげで、このように幅広い読者層を横断して、“アクション”の担い手としての大脳前頭葉の役割に関する理解が格段に深まるであろう。本書は、“アクション”の作動原理を解き明かす前頭葉レビューの傑作である。

## 当会出身医師活躍中

スムーズな事業継承のお手伝いは  
実績ある当会にお任せください。

- 個人指導部(中1~浪人)
- 高1受験校クラス
- 文理選抜クラス

遠山数理

検索

●遠山数理教育研究会  
http://www.ytnt.meguro.tokyo.jp

〒153-0051  
目黒区上目黒3-2-2 フジビル4・6F  
☎03-3715-9686

日常診療を強力にアシストする!

### 新刊 イン・ザ・クリニック

診療現場ですぐ役立つエビデンス  
In the Clinic: Practical Information About Common Health Problems

- 米国内科学会(ACP)の機関紙“Annals of Internal Medicine”に連載中の“In the Clinic”24回分をまとめた1冊。
- 内科外来で遭遇するcommonな疾患を厳選、診療に関わる現実的な設問に答える形式で、EBMに基づいたアプローチ法を解説。
- 豊富な囲み記事を収めた独自レイアウトにより、読みやすさ、使いやすさを追求。
- 文献検索データや“Tool Kit”など、各種情報源を適宜収載。文献集、各疾患の情報収集のための手引としても有用。

訳 竹本 毅  
北里大学病院総合診療部外来主任

定価7,980円(本体7,600円+税5%)  
A4変 頁384 図18 2012年  
ISBN978-4-89592-695-9

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36  
TEL. (03) 5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

# 問題解決型救急初期診療 第2版

田中 和豊 ● 著

B6変・頁608  
定価5,040円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01391-8

【評者】 徳田 安春

筑波大学院教授/筑波大病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院総合診療科

『問題解決型救急初期診療』の第2版がついに出版。単独の著者によるマニュアルなので読みやすい。米国などで臨床経験を十分に積んだ著者の経験と英知が整理された「鉄則」と「ポイント」は、現場で大変役に立つ。箇条書きで書かれており記憶に残りやすい。内容のレベルは初期研修医に合わせてあるが、ベテラン医が救急当直をすることが多い臨床現場では、ベテラン医にとっても知識を再確認するチェックリストとしても役に立つ。

イントロダクション編の中で、感銘を受けた文章をいくつか挙げてみる。「マネジメントを変えない検査は原則としてしない」「検査にも治療効果がある場合がある」「大部分の common disease は、パターン認識(直感的診断法)で対応できる」「救急室では、必ずしも確定診断にたどりつく必要はない」「コンサルテーションは適切な人を適切なタイミングで呼ぶ」などの文章は、まったくもって同感である。

イントロダクション編から続く本書のコア部分は、症状編、外傷編、救命・救急編である。症状編では、26の主要症状を取り上げ、アルゴリズムを多用した診断のポイント、重要疾患の治

療法や薬剤投与量まで記載している。特に症状解析の一般論と痛みに対するアプローチは重要項目であり、研修医にとっての必須項目である。検査へ偏重しがちなわが国の現場では、病歴と診察所見の重要性が貫かれている本書が果たす役割は大きい。

治療法や薬剤投与量については、やや画一的であるがエビデンスに基づいており、救急初期治療の現場では妥当なレベルといえる。もっともこれは著者も述べているように、治療法は単一の種類ではないので、研修医は本書に基づいて個々の治療薬を選択する場合、指導医や上級医に相談して確認をとることが必要である。

著者は系統的診断の重要性を力説しており、アルゴリズムを用いて基本部分を説明している。ただ、エキスパートによる直観的迅速診断は、系統的診断知識を動員したメンタル・シミュレーションから得られるというのが、評者の理解である。すなわち臨床エキスパートは、豊富な臨床経験に基づいて症候学的アルゴリズムを自身の頭の中に叩き込んでおり、メンタル・シミュレーションで迅速な系統的診断を行っているのである。

## 系統的診断とエビデンスに基づく治療を初期研修医に

## 数ある神経眼科教科書の最新版

# 神経眼科 臨床のために 第3版

江本 博文, 清澤 源弘, 藤野 貞 ● 著

B5・頁440  
定価9,975円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01375-8

【評者】 石川 哲

日本神経眼科学会初代理事長/北里大名教授

今回、東京医科歯科大学眼科・江本博文氏、清澤源弘氏2人のスタッフを中心に、1991年初版の藤野貞氏(故人)による『神経眼科』改訂第3版が出版された。今回書評を依頼されたので本書を紹介すると同時に、2012年に第50回を迎える日本神経眼科学会の発展も知って

おいてほしいので以下に紹介する。本邦では1974年に石川哲編・著で『神経眼科学:NEURO-OPHTHALMOLOGY(以下、N-O)』が日本で初めて医学書院から発刊された。『N-O』は、故藤野氏を含む北里大学眼科教室員により執筆された。当時、神経眼科学の教科書は評者が留学したニューヨーク大学のKestenbaum(眼科臨床専門)、ジョンズ・ホプキンス大学のWalsh(神経病理学)およびカリフォルニア大学のHoyt(脳神経外科・眼科)らの著書が米国から出版されていた。

そのころ日本では水俣病、神経ペーチェット病など日本人に数多く発症した眼症を含む特異な疾患もあったので、上記の教科書『N-O』は、それら疾患の紹介と病態の解明、診断、治療などに重点が置かれた。これら難病患者から得られる情報は複雑で、新たに開発された他覚的所見に基づく症例の神経眼科的分析法、つまり眼球運動、瞳孔、調節、輻湊などの分野に立ち入り他覚的分析法を駆使して疾患を詳述した書籍は当時世界にもみられず、日本独特の神経眼科教科書であった。

さて約40年後、非常に読みやすく

整理された『神経眼科——臨床のために 第3版』が出版されたことは大変喜ばしい。本書は各章の初めに目次とページを示し、内容が順序よく記載されているので項目を探しやすい。この領域に新しく入る学徒にも文章は個条書きで読みやすく、覚えやすく、読者の理解を容易にするための図もわかりやすくトレスされている。患者の顔写真は直接に表示しにくい現在、それを読者に理解させるには幾多の困難があるが、これを見事に克服し、図の作成、説明にもいろいろと工夫がなされている。加えて、日ごろから藤野氏が一般外来で神経眼科と関連する患者を診たとき一体何を考えるかについての解説と、今回も付録として採用された“診断七つ道具”がある。これも外来診察で大いに活用してほしい。評者がもし付け加えたとすれば、J Arden 開発のコントラスト感度測定チャートなどがあるとさらに視覚情報系異常検出に便利かもしれない。

本書では、難解とされる先端の電気生理学的技術の応用、分子生物学的手法の応用による疾患分析の詳細、さらに新しい神経薬物治療法に関しては記載が少ない。例えば慢性疲労症候群や、線維筋痛症など最近の難病の治療法などは述べられていない。

数ある神経眼科教科書の最新版として本書は座右に置き、神経眼科と関連する新しい疾患の要点などを知りたいとき、神経眼科に関する基礎知識を深めたい方々にお薦めしたい。

# 臨床薬理学 第3版

日本臨床薬理学会 ● 編

中野 重行, 安原 一, 中野 眞汎, 小林 真一, 藤村 昭夫 ● 責任編集

B5・頁464  
定価8,400円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01232-4

【評者】 五味田 裕

就実大副学長・薬学部部長/岡山大名誉教授

薬は、元来生体作用の強い物質であり、その物質がヒトの身体のゆがみ、すなわち疾患を治療し、患者の心身の苦痛を癒したとき、初めてその物質に“薬”としての称号が

## 最適・最良の薬物療法を志向する者に、新しい視点での考え方を提供する

与えられるものと思われる。そこでは薬の物質的特性の把握はもちろんであるが、作用する生体側の病態生理を十分把握しておく必要がある。しかしながら、疾患によってはいまだ十分解明されていないものもあれば、また合理的な薬物治療を施す意味で考慮すべき点も多々存在する。その意味で、日本臨床薬理学会では、薬物治療の有効性と安全性を最大限に高め、個々の患者へ最適・最良の治療を提供することを掲げている。

わが国では、基礎薬理学についての

参考書は前々から存在していたものの、本格的な臨床薬理学についての教科書は1995年以前存在していなかった。そこで日本臨床薬理学会では臨床薬理をより体系化するために、1996年『臨床薬理学』の教科書を発行するに至った。その大きな流れの根底には、医療者が合理的な薬物治療を施す際、常に薬がクスリたる真の意義を問うという“評価”の概念が存在していると思われる。薬理の「理」は、まさに薬たる“ことわり”を意味し、それは治療者側からの治療評価、患者側からの満足度評価がなくてはあり得ない。

本教科書では、その双方の「評価し合いながら」という考え方がさらにクローズアップされ、最適・最良の薬物療法を志向する者に対して新しい視点での考え方を提供している。



して新しい視点での考え方を提供している。

具体的には、薬物治療における患者とのパートナーシップ、薬物治療の創薬・育薬のチーム医療の考え方、世界における医薬品開発の考え方、薬物代謝酵素と遺伝性、疾患別のよりの確かな最新薬物投与計画、最新のエビデンスに基づく薬物治療等々、個別化医療を踏まえた新しい情報を数多く盛り込んでいる。さらに、新規医薬品の開発に関する評価では、時代の流れと直近の法的側面に触れ解説がなされている。

優れた医薬品は、医療施行側、治療を受ける患者側、そして医療が施される社会側等において、種々の観点から評価され、そこで初めて“真の薬”が誕生すると思われる。その“真の薬”を生産させるためには、創薬・育薬にかかわる医療人の専門性が問われることは言うまでもない。その意味で日本臨床薬理学会では、以前から日本臨床薬理学会認定制度を発足させ、すでに多くの専門医、認定薬剤師、認定CRC

が誕生している。その結果として患者には早期の治療が、また副作用の早期発見が可能となり、また優れた医薬品の開発にもつながっている。本書第3版では、最新の情報をもとに各専門家が実際の展開を踏まえながら解説されており、当学会認定制度の道しるべの内容が含まれている。

そのような意味で、本書第3版が、治療を施す者(医師、薬剤師、看護師ら)、創薬・育薬関係者(医薬品開発者ら)、また医学・薬学・看護学・臨床検査学などの分野での教育者、学生・院生、さらには医療福祉関係者らにとって大いに役立つものと確信している。

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

親父を、介護してみた。

# 俺に似たひと

昭和という時代に、町工場で油まみれになって働いていた父親。そんな「俺に似たひと」のために、仕事帰りにスーパーでどんかつを買い、肛門から便を掻き出し、「風呂はいいなあ」の言葉を聞きたくて入浴介助を続けた。透徹した視線で父親を発見し、老人を発見し、さらには「衰退」という価値を発見していく「俺」の物語。医学書院ウェブサイト「かかん！」で圧倒的な人気を誇った連載、待望の書籍化!

平川克美  
リナックスカフェ代表取締役・立教大学特任教授



日本独自の統合版高齢者ケアアセスメントマニュアル!

# インターライ方式 ケア アセスメント 居宅・施設・高齢者住宅

interRAI Home Care(HC) Assessment Form and User's Manual 9.1

本書は、『MDS2.0在宅ケア』と『MDS2.1施設ケア』の発展版であり、2冊にさらに新たに「高齢者住宅版」を加えて、日本の地域包括ケアのニーズに応えるため、日本独自の統合版マニュアルとして発行。多職種による切れ目ないケアを提供するうえで最適なアセスメント方式でケアマネジャー必携の書。

著 Morris J. N., et al  
監訳 池上直己  
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授  
翻訳 山田ゆかり  
コペンハーゲン大学公衆衛生研究所 社会医学部門  
石橋智昭  
ダイヤ高齢社会研究財団研究部長



# MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

## ティアニー先生のベスト・パール

ローレンス・ティアニー ● 著  
松村 正巳 ● 訳

A5・頁146  
定価2,625円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01465-6

【評者】 岩田 健太郎  
神戸大学教授・感染症内科

まず本書を開いたとき、「字が少ない」と思っ

た。近年、医療情報量は爆発的に増加した。ウェブ上コンテンツの充実により、一疾患の解説を「5000

文字以内にまとめて」という制約はもはや存在しない。そこで「うち

のはこんなにコンテンツがありませ」という量的評価が行われるようになる。「この教材には〇〇のことがカバーされていない」という形で、コンテンツはけなされるようになる。しかし、パール集のようなコンテンツには、量的評価はなじまない。

われわれは芭蕉の句集や島田ゆかの絵本、茨木のり子の詩集を開いて「字が少ない」とはけなさない。「そういうもの」だからである。句集や絵本や詩集は字の多寡で評価されるものではない。そういう量的評価しか書物に求めることができない人は、東京都の電話帳でも読めばよいのだ。

パールは、とりわけ優れたパールは、搾り取った果実の一番美しい一滴である。パールが盛りだくさん、というのは形容矛盾であり、時々回診時にポロ

読者が臨床経験を経ることでより輝きを増す、箴言の重み

りと(そしてズバリと)「50歳以上の患者で多発性硬化症を診断したら、真の診断はほかにある」と上級医の口から放たれたとき、パール(真珠)は美しく輝くのである。毎日大量に繰り返されるステートメントはパールとは呼ばない。それはときに陳腐ですら、ある(「入院患者には必ずレントゲンと心電図をとっておけよ」)。

本書は、ポケットマニュアルのようにセカセカとスピーディーに開く本ではない。穏やかな心持ちのときにゆっくりと読むのがよい。リズムカルに英文を読んでみるのも楽しい。声に出して読めばなお楽しい。

Defined properly, dysphagia is one of the few symptoms in medicine for which an anatomic correlation nearly always present; too often it is this disease. (On Esophageal Cancer)。

そして、箴言の重みは臨床経験の蓄積とともに、実際の患者と照らし合わせてさらに光を増す。5年後、10年後に読み直すと、さらにその輝きが増しているはずだ。優れたワインのように。

## めまいの診かた・考えかた

二木 隆 ● 著

B5・頁178  
定価4,725円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01124-2

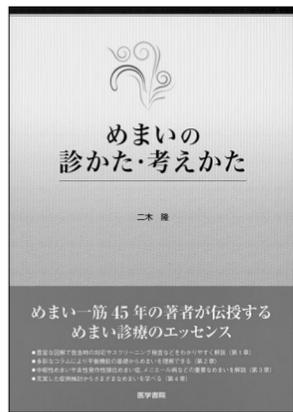
【評者】 加我 君孝  
東京医療センター臨床研究センター名誉センター長／国際医療福祉大三田病院教授・耳鼻咽喉科

フランスの神経学者のシャルコー(1825—1893年)が「眼振にだけは手を出さな」と言ったほど眼振というのは当時わがりにくいものであったが、現在ではその生理も病態もよくわかるようになってきている。初期研修医にとってめまい発作を呈する救急患者が運ばれたときは、CTをオーダーして脳に病変がないかどうかチェックする程度であるかもしれないが、耳鼻咽喉科以外の医師であってもフレンツェル眼鏡で頭位眼振検査をすれば、おそらく半数以上の患者の正しい診断が可能であろう。眼振の有無がわかるからである。ただし、そのためには眼振の正しい診かた・考えかたを身につけていなければ

いけないことではない。

本書は、この100年めまい・平衡障害の領域で星野貞次、福田精、檜學の各教授をはじめとする多くの人材を生んだ伝統のある京都大学耳鼻咽喉科学

めまいの病態生理から臨床症状・治療方針までを説き起こした画期的テキスト



教室で研鑽を積み、アカデミックなキャリアの後、現在めまいを中心とする東京のプライベートクリニックで活躍

## ナラティブ・メディスン 物語能力が医療を変える

Rita Charon ● 著  
斎藤 清二、岸本 寛史、宮田 靖志、山本 和利 ● 訳

A5・頁400  
定価3,675円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01333-8

【評者】 松村 真司  
松村医院院長

中学・高校時代、通学時間が長かったこともあって、往復の電車では本をよく読んだ。圧倒的に多かったのは、当時人気のSF短編集や映画のノベライズ小説であった。国語教師でもあった高校の担任が家庭訪問に来たときに、そんな本ばかりがずらりと並んでいる私の本棚を一瞥して、そして言った。「こんな本は本ではない」。

それから数十年もたった今も、私はその言葉に決して同意はしない。なぜならば、彼が本ではない、と告げたまざまなテキストたちはすべから私を揺さぶり、その後の私と私の世界を形成したからである。読書という行為は、文字を介して、時間や空間、そして世界のすべての約束事さえも超えて他者の紡いだ物語に触れることであり、自己は形成されていくのである。

臨床は、病や死といった生活の中で比較的大きな部分を占める事象を主たる対象にしている。もちろん私たち医師の行為は医学という物語の枠の中で規定されている。そして、その制約は自分を苦しめ、時に患者を、そして世界をも苦しめていく。日々私たちが臨床で遭遇する苦しみ、悲しみは、このような医学という固有の物語による身体的・精神的制約から生じているので

する二木隆先生による半世紀のめまい診療の総決算である。

本書は4つの章とコラムからなる。第1章の「図解：めまい診療」では、①緊急時のめまい患者への対応、②日常診療でのめまい患者への対応、③耳鼻咽喉科での二次検査に分けて、イラスト、写真、表を用いてわかりやすく説明している。電気眼振計の記録(ENG)の重要性を強調している。しかし、所見を記載してもその背後にある病態生理がわからないとなぜそうなるのか理解ができないため、第2章「めまいの基礎講義」冒頭のカラー図譜で解剖と病態生理をわかりやすく説明している。めまいと眼振はこの理解なしにはいくら経験しても深くならない。

次に第3章「重要なめまいの診かた・考えかた」で小脳障害、顔面神経麻痺を伴うめまい、良性発作性頭位めまい症、メニエール病、前庭神経炎について最近の考えかたと症例が説明されている。第4章「症例から学ぶさまざま

はないか、と感じることさえある。世界には、医学という物語から離れた無数の物語が存在し、それらは密に交錯している。そして医学もまた、そうした自己から他者へ、他者から自己の果てしない交錯の上に成り立っている。

本書は、一般内科医師かつ文学・倫理学博士でもある、コロンビア大学リタ・シャロン氏によって書かれたナラティブ・メディスンの解説書である。ナラティブ・メディスンとは、ナラティブ・コンピテンス(物語能力)を通じて実践される医療であると定義され、

本書はナラティブ・メディスンとは何か、から始まり、ナラティブ・コンピテンスの涵養のための精密読解(close reading)やパラレル・チャートの用い方などの訓練法が、実践例とともに解説されている。そして、ナラティブ・メディスンがこれからの医療、特に生命倫理の枠組みや社会正義の実現などに向けてどのように活用されていくかの展望が記され、新たな医療の可能性を示している。

本書の邦訳版の序文にシャロン氏自らが寄せているように、これらの物語たちの中に、先の戦争や震災の試練を経た東洋の小国で暮らす私たちの物語たちが加われば、世界はさらにその深みを増していくに違いない。

なめまい」では著者が発表した論文のうち、末梢性めまいから中枢性めまいまでのエッセンスを記載している。本文以外に本書を特徴付けているのは17から成るコラムである。バラニーやメニエールの発見などをはじめ、読者がおもしろく読んでかつ本質が理解できるような工夫されたコラムである。眼振や眼球運動は動きのあるものであり、いくら記述しても研修医や専門外の医師にとってはわかりにくいものである。本書を改訂する際には、短くてもよいので眼振・眼球運動に関する動画のDVDを付録に付けると理解が増すであろう。

現在は既にシャルコーの時代と違い、眼振には積極的に手を出すことで、正しい診断が可能時代であることを本書は教えてくれる。

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

分かりやすく、実践的な漢方医学の入門書

## 症例から学ぶ和漢診療学 第3版

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

寺澤 捷年  
千葉中央メディカルセンター和漢診療科部長



A5 頁404 2012年 定価4,830円(本体4,600円+税5%) [ISBN978-4-260-01386-4]

医学書院

B5 頁178 2011年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01124-2]

医学書院

# medicina増刊号 2011年11月号(Vol.48 No.11) 内科 疾患インストラクションガイド 何をどう説明するか

「medicina」編集委員会 ● 編  
松村 真司 ● 編集協力

B5・頁672  
定価7,560円(税5%込) 医学書院

医師の負担軽減が話題となっている。その原因として医師不足に議論が集中しているが、医師の負担増の背景には医学の急速な進歩、医療の専門分化という問題も存在している。

## 医療スタッフとの情報共有と、患者・家族への説明に



高度に細分化された医療現場では、忙しい臨床に追われる医師にとって、自分の専門分野はともかく、他領域の進歩を学ぶことは容易ではない。しかし現在の患者は自分の専門外の問題を抱えていることも多く、説明を求められる機会は多かろう。専門書をひもとけばいいわけであろうが、その時間はないのが常である。また自らの医療についての患者への情報提供、インフォームド・コンセントにも、看護師などチーム医療のメンバーとの情報共有にも、時間が必要である。時間がいくらあっても足りない。そのような内科診療の現場に備えておくとよい1冊がこの特集である。

本増刊号は「患者に何をどう説明するか」のガイドブックである。「どのような病気でしょうか」「どのような検査をしましょうか」「どのような治療がありますか」「日常生活ではどのような注意が必要ですか」「急変

評者 山口 徹  
虎の門病院院長

「患者に何をどう説明するか」という患者からの5つの質問に答える形でまとめられている。患者への説明サンプルとその背景にある病態や治療指針、ガイドラインに関するコンパクトな解説がある。要領を得ていて過不足がない。さらに、「COPDは“治り”ますか?」「どうしても透析だけはしたくないのですが……」「インスリン注射は嫌です」など、130を超える患者の訴えなどにも専門家の経験に基づく一口メモが添えられている。内科疾患が網羅されているが、日常診療で出会うことの多い精神疾患、運動器疾患、

皮膚疾患などの関連分野も取り上げられている。患者とのコミュニケーション術に関する話も冒頭にあり、参考になる。

本増刊号は、内科疾患の診療にかかわるすべての臨床医にとって役立つ手引きである。また看護師などのチーム医療のメンバーにとっても、医師と情報を共有し患者、家族へ説明するのに役立つものである。多忙な臨床の第一線で末永く活用されることを願っている。

# 総合診療・感染症科マニュアル

八重樫 牧人, 岩田 健太郎 ● 監修  
亀田総合病院 ● 編

三五変・頁464  
定価2,625円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00661-3

評者 大曲 貴夫  
国立国際医療研究センター感染症内科/国際疾病センター

自分自身の研修医時代を思い出してみる。

私が研修医のころ、先輩から教わった「研修医1-3年目までの研修目標」というものがあつた。1年目は、まずは体で仕事を覚えること。2年目は、そんな1年目を指導するために、教育すべき内容が自分の中で言語化されていること。3年目は、そうやって身につけた日々の診療の内容を成書や文献で裏付けていくこと。そんな1-2年目の医師には、日々の診療を進めていくための行動と指導の指針が必要である。この数年で身につけることがその後の医師としての人生の中で自身の医療現場での行動規範となることを考えれば、何を指針とするかは極めて重大事だといえる。

亀田総合病院の総合診療・感染症科は、私もよく知る岩田健太郎先生・細

川直登先生・八重樫牧人先生が耕された部門である。そのメンバーが今回、総合診療・感染症科マニュアルを出された。このマニュアルはその「指針」たり得るものといえる。

まずサイズが良い。ポケットに入り場所をとらない。小さいからポケットから出すときに引っ掛からない。また、アルゴリズムも良い。忙しい現場の中で、一覧性が高くしかもシンプルでよく練られたアルゴリズムほど役に立つものはない。このマニュアルにはそのアルゴリズムが多く収録されている。さらに、図が良い。診察手技など、文章ではなかなかイメージが湧きにくいものについてはやはり図や写真が欲しい。

しかし何よりも私が気に入る、なおかつ感嘆した部分は、冒頭の患者ケアの目標設定から原則に至るまでの、い

# ティアニー先生の診断入門 第2版

ローレンス・ティアニー, 松村 正巳 ● 著

A5・頁208  
定価3,150円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01440-3

評者 佐藤 泰吾  
諏訪中央病院・内科総合診療部

私は2000年—2004年までの4年間に何度かティアニー先生とともに過ごす幸せに恵まれた。松村理司先生(現・洛和会音羽病院院長)が中心となって運営されていた、舞鶴市民病院での「大リーガー医」招聘プログラムでの経験だ。

## 大切なことは後から、わかる。

『ティアニー先生の診断入門(第2版)』を読了した時、松村理司先生の声がよくよみがえってきた。「大リーガー医がホームランを打っているときに、何をボートしとるんや!」と、いら立ちとともに発せられた声である。

舞鶴市民病院における、ある日のケースカンファレンスでのこと

2年先輩が、ティアニー先生に症例提示。高齢男性で、細菌性髄膜炎の症例であった。症例のポイントは髄液から2種類のグラム陰性桿菌が検出されている点であった。「Great case! strongyloidiasis!」とティアニー先生はここにこしながら答えられた。その瞬間のティアニー先生のしぐさは、しっかりと私の中に残っている。しかし卒後間もない私には、2種類のグラム陰性桿菌が髄液中に検出されることが、なぜ問題になり得るのか理解できなかった。正直に言うと、「strongyloidiasis」が何を意味するのかさえ知らなかった。私にはほとんど何もわからないまま、カンファレンスは終了した。ティアニー先生が部屋を出たあと、松村理司先生の前記発言。

『ティアニー先生の診断入門(第2

版)』はとてもわかりやすい文章と構成で記述されている。ケーススタディーもティアニー先生の思考を丁寧になぞることができるように作り上げられている。もちろん、

長年にわたりティアニー先生とディスカッションを積み重ねてこられた、松村正巳先生の配慮が行き届いているが故。思考の補助線になるcolumnも魅力的だ。閑話からはティアニー先生のお人柄がとてもよくうかがえる。

「Great case! strongyloidiasis!」から、10年以上の時間がたった。臨床の時間を積み重ねる中で、わからないことを抱え続けることの大

切さを教えられた。その場ですべてを理解できなくても、その時の風景、言葉、しぐさを記憶にとどめおくことが大事なのだ。結果として、いつも大切なことは後から、わかる。

今の私には、2種類のグラム陰性桿菌が髄液から検出されているときに、なぜ「糞線虫症」を考えなければいけないのか、理解できる。そのために、何を患者から聞き出し、どのような背景を考慮すべきなのかも知っている。

『ティアニー先生の診断入門(第2版)』は通読も容易だ。しかし、ここに記されている大切なことを、本当に理解できる日は、さらなる時を経た後であることも感じさせられる。

そのことを確認するためにも、数年後に再読したいと思わせる魅力に満ちた書籍である。

わば診療の作法の部分である。医師として身につけるべき素養は多い。各分野の知識・手技の練習など、挙げれば

## 医師としての規範を伝えてくれるマニュアル

態度であり、判断の指針ではなからうか。従来の医療現場での教育ではこれらの点が重要であることは経験的に知られていても、系統的に教育されることはあまりない。心ある上級医が、自分が自然成長的に身につけたことを後進に伝えていく程度である。本マニュアルではその部分が見事に言語化されている。

読めば、その内容が実践に裏打ちされているであろうことが読み取れる。亀

田総合病院の総合診療・感染症科にはこれだけの診療文化・教育文化が根付いていることの証である。このような

現場を既に作り上げている亀田の先生方を心から賞賛したい。医師教育に当たる者にとって、この部分は必読ではなからうか。

あえて注文を言えば、各論はProblem basedに整理する、もしくは索引を付けるなどしてあればもっと良かった。患者の問題点をいかに的確に抽出しそれを解決していくのが私たちに求められていることだが、だからこ

そ現場思考のProblem basedな問題整理は必要だと思うのである。



大好評を博した日常救急診療の実践書、待望の改訂版!

# 問題解決型救急初期診療 第2版

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

田中和豊  
福岡県済生会福岡総合病院・臨床教育部長



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

医学書院

すぐに使える! ポケットサイズで実践的な研修医のサバイバルガイド

# 総合診療・感染症科マニュアル

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

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



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

医学書院

◎最新・最高の治療年鑑。1081名のエキスパートが贈る最新の治療ストラテジー

# 今日の治療指針2012

## 私はこう治療している

総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢



- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2012」との連携: 「治療薬マニュアル2012」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利 (「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)
- 各領域について「最近の動向」を解説
  - 日常臨床で遭遇するほぼ全ての疾患・病態への治療方針を解説
  - 各項目はすべて新執筆者により毎年全面書き下ろし
  - 大好評の付録「診療ガイドライン」では、29の診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
  - 付録「緩和医療における薬物療法」を新規収載
- デスク判(B5) 頁2064 2012年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01412-0]
- ポケット判(B6) 頁2064 2012年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01413-7]

◎この1冊さえあれば大丈夫!! 最も網羅性に優れた治療薬年鑑

# 治療薬マニュアル2012

監修 高久史磨・矢崎義雄

編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

別冊付録 + 「重要薬手帳」



- 本書の特徴
- 2,100成分、15,000品目の医薬品情報を2,500頁に収載
  - 副作用情報は症状に加えて対処・処置まで掲載
  - 使用目的や使用法、適用外使用など、臨床解説が充実
  - 各領域の専門医による総論解説、最新の動向を各章に掲載
  - 厳選された医薬品情報と代表的な処方例をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」
- 2012年版の特徴
- 2011年11月収載の新薬までを掲載
  - 新規付録、ヒヤリ・ハットの事例を紹介
  - 公知申請情報、製剤の味・風味情報を追加
  - 「歯科用薬」を新規収載
- B6 頁2560 2012年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01432-8]

## 「治療薬マニュアル2012」× 「今日の治療指針2012年版」 合同プレゼント企画

特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2012年版」と「治療薬マニュアル2012」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2012」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2012年版」に同封の書籍の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください(2012年10月1日消印分まで有効)。

### 救急で診る患者にどう対応するか。 救急に関わるすべての医師必携書

# 今日の救急治療指針

## 第2版

監修 前川和彦・相川直樹

編集 杉本 壽・堀 進悟・行岡哲男・山田至康・坂本哲也

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

- A5 頁984 2012年 定価13,650円(本体13,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01218-8]



### 小児を診るすべての医師のための必携書

# 今日の小児治療指針

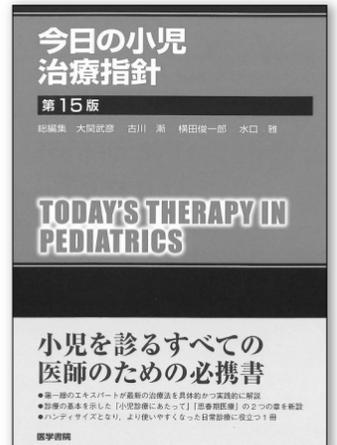
## 第15版

総編集

大関武彦・古川 漸・横田俊一郎・水口 雅

小児に関わる全領域を網羅し、第一線のエキスパートが最新の治療法を具体的かつ実践的に解説。今版では小児診療の際に押さえておきたい基本知識をまとめた「小児診療にあたって」、思春期に特有の問題を取り上げた「思春期医療」の2つの章を新設。ハンディサイズとなり、より使いやすくなった日常診療に役立つ1冊。

- A5 頁1028 2012年 定価16,800円(本体16,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01231-7]



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