

2010年3月8日
第2870号 for Residents

週刊(毎週月曜日発行)
1950年4月14日第三種郵便物認可
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY (出版社著作権管理機構 委託出版物)
E-mail: info@jcopy.or.jp

New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容
■[インタビュー]今こそ学ぼう!! 栄養管理(大村健二)……………1-2面
■ALSOプロバイダーコース開催……………4面
■[寄稿]ウーマンズヘルスケアの担い手を育成するもう一つの選択肢(新井隆成,井上正樹)……………5面
■[連載]感染症セミナー/臨床医学航海術/医学教育/EBCP/(新)ERの落とし穴/論文解釈/アレルギー診療/研修ルポ
■MEDICAL LIBRARY,他……………7面

今こそ学ぼう!! 栄養管理

interview 大村 健二 氏に聞く
厚生連高岡病院外科診療部長



●大村健二氏

1980年金沢大医学部卒。同第一外科(現心肺・総合外科)入局。以来、消化器外科を専攻しながら代謝・栄養の研究に従事。2002年には全国の大学病院に先駆けて全科型NSTを立ち上げた後、「石川NST研究会」「能登NST研究会」の設立・運営に参画するなど、病院の枠を超えた活動にも尽力する。06年より金沢大病院内分泌・総合外科科長、臨床教授。08年より現職。日本静脈経腸栄養学会理事。同学会北陸支部会会長。専門は消化器外科学、代謝・栄養学、消化器癌の化学療法。編著に『身につく水・電解質と酸塩基平衡』(南江堂)、『消化器癌化学療法』(南山堂)など。

NST(栄養サポートチーム)活動の普及に伴い、栄養管理の重要性が広く認識されるようになった。一方で、わが国の医学教育において栄養学が軽視されてきた経緯もあり、栄養管理に関する誤った知識が臨床現場に流布しているのが現状だ。

不適切な栄養管理は時に重篤な転帰をまねく。ナースと共にベッドサイドケアの主役である研修医には、栄養管理に関する正しい知識を身につけることが求められる。このたび『栄養塾——症例で学ぶクリニカルパール』(医学書院)を上梓した大村健二氏に、栄養管理のピットフォールや医師の役割について話を聞いた。

——卒前・卒後における臨床栄養教育の現状をどうお考えですか。

大村 わが国の医学教育において栄養学の教育が不十分であることは否めません。医学部では栄養学の講義はほとんど行われません。臨床の講義は疾患の診断や治療の話ばかりです。米国と日本とで内科や外科の教科書を比べてみても、日本は栄養に割かれるページ数が少なく、卒前教育が遅れているのは明らかです。

こうして医学生時代には栄養学という学問に触れることのないまま卒業し、臨床現場では指導医が自己流の“栄養管理らしきもの”を研修医に教えているわけです。

「考えない」栄養管理

大村 米国では、1970年代にNSTが誕生し、栄養管理が術後合併症の予防や入院期間の短縮などさまざまな効果をもたらすことが明らかになりました。臨床医もNST活動を通じて、栄養の重要性を認識してきました。

しかし、チーム医療の普及が遅れた日本では「栄養指導は栄養士の役目」という認識から、医師が臨床栄養の知識を深める努力を怠ってきた面があります。

——ようやく日本でもNST活動が普及し、さまざまなタイプの栄養剤が市販されるなど、栄養管理を適切に行う

ための条件は整ってきました。

大村 ただそれによって、便利だけれども考えずに済んでしまう状況になってしまったのかもしれない。高カロリー輸液用基本液や病態別アミノ酸製剤がなかった時代には、三大栄養素や微量栄養素の必要量を主治医が考えて輸液を処方していました。そこでは、栄養管理に対する最低限の知識が必要とされるわけです。

しかしTPN(完全静脈栄養)が全盛期を迎えた1980年代以降は、高カロリー輸液用基本液を投与すればあたかも最適の栄養管理が行われるような錯覚に陥り、栄養管理を学ぶ機会がさらに乏しくなっていました。

——栄養剤の不適切な使用例を挙げていただけますか。

大村 栄養剤、特に静脈栄養剤は1袋の容量が大きく、1000、1500、2000mL……と非連続的な投与量となっています。ほとんどの臨床現場では、「成人には1000mL製剤を1日2パック」など、この非連続的な投与量のパックをすべて使い切る方法で投与されているのが現状です。しかし、同じ成人でも体重30kg台の高齢女性から90kg台の若い男性までいて、本来は一律に1日2パックでよいわけがないのです。

——使い切ろうとするからいけないのですね。

大村 そうです。必要なぶんだけ入れて、余ったものは廃棄すればいい。人

問の体には栄養摂取に関して精緻な調節機構があり、体重はほぼ一定に保たれます。TPNや経管栄養はその調節能を無視した強制栄養であることを肝に銘じる必要があります。許容範囲を超えた大雑把な輸液を「栄養管理」と呼ぶことはできませんね。

——経腸栄養剤も不適切な使用例が見受けられますか。

大村 静脈栄養剤に比べると経腸栄養剤は1パックごとの容量が少ないので、過剰投与の危険性は少ないかもしれませんが。ただ経腸栄養剤は微量元素が十分に入っていないかたり、塩分の含有量が少なかつたりします。このような組成を理解せず栄養プログラミングを行うことによって、低ナトリウム血症などの医原性トラブルに発展することも珍しくありません。

ですから、静脈栄養にしる経腸栄養にしる、その組成をきちんと理解し、個々の症例の至適栄養投与量を念頭に置いて栄養管理計画を作成し、開始後はしっかりモニタリングすることが大切なのです。

「透析患者に腎不全用輸液製剤とアミノ酸製剤」でいいのか

——特殊病態用栄養剤もさまざまなものが市販されていますが、『栄養塾』においてはその安易な使用が重篤な結果をまねく症例が提示されています(2面表1)。

大村 この症例では、「腎不全」という診断名にしたがって機械的に腎不全用の高カロリー輸液用基本液とアミノ酸製剤が使用されました。実はその選択に大きな間違いがあったのです。

まず、腎不全用の高カロリー輸液用基本液は、腎機能の低下による高カリ

ウム血症や高リン血症を防ぐため、カリウムとリンを含んでいません。しかし、この症例では週3回の血液透析によって腎臓の機能が代償されているわけですから、リンの排泄も適切に行われています。それにもかかわらず、腎不全用の高カロリー輸液用基本液がリンの添加なしに用いられ、(リンを多く含む)脂肪乳剤も用いられなかった。これでは、まったくリンが投与されないこととなります。

——特殊なTPN組成の意図と適応を考慮せずに、「腎不全だから腎不全用の輸液製剤」としたところにピットフォールがあるのですね。

大村 その通りです。そしてまた、高リン血症を恐れて、腎不全患者に乳脂肪剤をいっさい用いない医師が現実

(2面につづく)

3 March 2010 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。

今日の診断指針(第6版) 総編集 金澤一郎、永井良三 デスク判: B5 頁2136 定価26,250円 [ISBN978-4-260-00794-8] ポケット判: B6 頁2136 定価19,950円 [ISBN978-4-260-00795-5]	神経内科ハンドブック 鑑別診断と治療(第4版) 編集 水野美邦 著 水野美邦、他計32名 A5 頁1312 定価14,175円 [ISBN978-4-260-00874-7]	標準外科学(第12版) 監修 北島政樹 編集 加藤治文、畠山勝義、北野正剛 B5 頁784 定価8,925円 [ISBN978-4-260-00865-5]	そのまま使える医療英会話【CD付】 仁木久恵、森島祐子、Flaminia Miyamasu A5 頁128 定価3,675円 [ISBN978-4-260-00878-5]
プロメテウス解剖学コアアトラス 原著 Anne M. Gilroy, 他 監訳 坂井建雄 訳 市村浩一、澤井 直 A4変型 頁720 定価9,975円 [ISBN978-4-260-00746-7]	気分障害治療ガイドライン(第2版) 監修 精神医学講座担当学会 編集 上島国利、樋口輝彦、野村総一郎 A5 頁392 定価4,935円 [ISBN978-4-260-00881-5]	リハビリテーション評価データブック 編集 道免和久 B6変型 頁608 定価4,410円 [ISBN978-4-260-00826-6]	(標準理学療法学・作業療法学(専門基礎分野全12巻)) 人間発達学 編集 奈良 勲、鎌倉矩子 著 岩崎清隆、花熊 暁、吉松靖文 B5 頁372 定価5,460円 [ISBN978-4-260-00824-2]
感染症外来の帰還 岩田健太郎、豊浦麻記子 A5 頁472 定価4,935円 [ISBN978-4-260-01009-2]	心不全 循環生理からみた診断と治療 友田春夫 B5 頁320 定価9,975円 [ISBN978-4-260-00937-9]	ケースで学ぶ 日常みる角膜疾患 西田輝夫 B5 頁320 定価16,800円 [ISBN978-4-260-01017-7]	(標準作業療法学 専門分野 全12巻) 高齢期作業療法学(第2版) シリーズ監修 矢谷令子 編集 松房利憲、小川恵子、新井健五 B5 頁268 定価3,990円 [ISBN978-4-260-00887-7]
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 B6変型 頁368 定価3,360円 [ISBN978-4-260-01011-5]	上部消化管内視鏡スタンダードテキスト 多賀須幸男、櫻井幸弘 B5 頁344 定価14,700円 [ISBN978-4-260-00369-8]	標準泌尿器科学(第8版) 監修 香川 征 編集 赤座英之、並木幹夫 B5 頁416 定価6,510円 [ISBN978-4-260-00955-3]	ザ・ロイ適応看護モデル(第2版) 著 Sister Callista Roy 監訳 松木光子 B5 頁696 定価5,040円 [ISBN978-4-260-00973-7]

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。

(2面につづく)

interview 今こそ学ぼう!! 栄養管理——大村 健二氏に聞く

●表1 病名にしたがって機械的に特殊病態用栄養剤を用いたことで、低リン血症による乳酸アシドーシスに陥った一例

66歳、男性。慢性腎不全で10年前から週3回血液透析を受けていた。感冒様症状に引き続き口内にアフタが多発し、A病院口腔外科を受診。精査加療目的に入院となった。キシロカイン®入りの含嗽剤によりアフタの接触痛はやや改善したが、飲食は困難な状態であった。また、経鼻栄養チューブの留置にも苦痛を伴うと判断されたため、中心静脈カテーテルから下記の処方での静脈栄養が開始された。

腎不全用高カロリー輸液用基本液(ハイカリック®RF 2パック, ビタジェクト® 1キット, エレメンミック® 1キット), 腎不全用アミノ酸製剤(ネオアミュー® 2パック)
⇒総エネルギー投与量 2,115kcal/日, グルコース投与量 500g/日, アミノ酸投与量 28.8g/日, 脂肪投与量 0g/日

TPN開始直後より高血糖を認めたため、TPNとは別ルートでインスリンの投与が開始された。リンパ球、好中球ともに減少しており、貧血と血小板減少もみられた。血液内科で精査を行うも、確定診断はなされずに10日が経過した。入院第12病日に意識レベルの低下がみられ、血液ガス分析で乳酸アシドーシスを認めた。なお、メイロン®を投与するもアシドーシスの改善はみられなかった。

『栄養塾』216頁～「特殊病態用栄養剤のピットフォール」より一部改変

(1面よりつづく)

かなりいます。脂肪乳剤を投与せずに大量のブドウ糖だけで必要エネルギー量を補おうとすると、当然のごとく高血糖になる。それに対してインスリンを使うことによって、細胞内にグルコースとともにリンが取り込まれてしまう。低リン血症に拍車がかかるわけですから。

——悪循環ですね。誰も気付かぬまま、このような不幸な転帰をたどる例があるのかもしれない。

大村 低リン血症は短時間で死に至ってしまうこともある、非常に重篤な症状です。強制栄養の施行中に乳酸アシドーシスを認めたら低リン血症が頭に浮かぶかどうか。ここが勝負を分けるポイントです。研修医の方々には、ぜひこのことを頭に入れておいてもらいたいと思います。

——それともうひとつ、先ほどの症例には腎不全用のアミノ酸製剤が用いられています。

大村 これも不適切ですね。日本腎臓学会のガイドライン(「慢性腎臓病に対する食事療法基準」)では、透析前(ステージ5)では0.6—0.8g/kg/日の蛋白質摂取が推奨されていますが、透析療法中は1.0—1.2g/kg/日と、透析療法導入前後で大きく異なります。

しかし、透析患者に腎不全用アミノ酸製剤が使われていて栄養状態が悪化する例が、実際はかなりあると考えられます。腎不全という診断名がついていると、たとえ透析中であっても総合アミノ酸製剤の使用を認めない都道府県があるからです。

——都道府県が認めないのですか？

大村 都道府県の社会保険診療報酬支払基金が、レセプト審査で切ってしまうのです。実は石川県でも以前は切られていました。私は支払基金の勉強会で「同じ腎不全でも透析中の患者さんは全く違う。蛋白合成を促すために十分量のエネルギーとともに良質のアミノ酸を正常人よりもむしろたくさん投与しなければいけない」と説明しました。支払基金の先生方はとても勉強熱心で、その後は総合アミノ酸製剤の投

与が認められるようになりました。ただ他県では、まだ切られているところもあるようです。

低栄養症例で注意したい refeeding 症候群

——『栄養塾』ではそのほか、栄養管理のピットフォールとして refeeding 症候群に力点を置かれていますね。

大村 これまでの臨床栄養教育でウィークポイントになっているところには特に力を入れたつもりです。

Refeeding 症候群として近年特に問題となるのは、消化器癌手術後の症例、低栄養状態で保護された独居老人、神経性無食欲症候群などです。そういった極度の低栄養症例に対して、「なるべく早く栄養状態を改善したほうが良いだろう」と大量のエネルギーを投与しようとする医師がいます。しかしそうすると、低リン血症、低カリウム血症、低マグネシウム血症、浮腫などを来し、死亡することもまれではありません。

これを防ぐには、まずは refeeding 症候群のリスクを有する症例を見極めること(表2)。それからリスクが高い症例では、ビタミンや電解質などの予防的投与を行い、初期投与エネルギー量を控えめに設定し、ゆっくりとステップアップしていくこと。さらに、栄養管理開始初期のモニタリングがとても重要です。

——NST活動の普及によって「栄養を入れる」意識は高まりつつありますが、「栄養を入れすぎる」過剰投与の害については認識が希薄なのではないでしょうか。

大村 そうですね。例えば、高度侵襲例では代謝亢進状態となり、消費エネルギー量は増加します。それをもとに求めた必要エネルギー量の算出式が成書には書いてあります。しかし実際には、代謝亢進と同時に耐糖能も低下している場合が多く、その通りに投与できることはほとんどありません。

侵襲から脱するまでは算出したものより少ない投与量で始め、その不足分は頭に入れつつ、侵襲から脱して耐糖

●表2 Refeeding 症候群を発生する高リスク症例を判定する NICE クライテリア

次の項目の1つ以上を満たす患者

- ・BMIが16未満
・意図しない体重減少が過去3—6か月で15%を超える
・10日間以上の栄養摂取がごくわずかであるか、もしくはまったくなし
・栄養投与を開始する前の血清カリウム、リン、マグネシウムのいずれかが低値

または、次の項目の2つ以上を満たす患者

- ・BMIが18.5未満
・意図しない体重減少が過去3—6か月で10%を超える
・5日間以上の栄養摂取がごくわずかであるか、もしくはまったくなし
・アルコール依存症、またはインスリン、抗癌薬、制酸薬、利尿薬の服用

National Institute for Health and Clinical Excellence: Nutrition support in adults. Clinical Guideline CG32 2006. より

能が正常化する状態をみて、やがて目標投与量にもっていく。こういう匙加減が必要なのですが、臨床現場ではそこまで教わっていない医師がほとんどです。術後のグルコース過剰投与も refeeding 症候群も、過剰投与のリスクが広く認識されていない現状が背景にあるのだと思います。

——そのほか、臨床医の栄養管理に対する認識において、欠如している点は何でしょうか。

大村 「栄養管理は疾病の治療と平行して行う」という認識が欠如しています。病気が治って退院が近くなったら、「そろそろ栄養管理でもしてもらおうか」と、栄養管理を退院前の生活指導か何かと間違えている医師が多いですね。

そうではなくて、疾病の治療と並行して栄養管理を行うべきなのです。例えば、急性腎炎症候群では蛋白制限が行われます。しかし、高度の蛋白制限をいざ知らずに長期間継続すれば、筋力が低下して褥瘡の発生リスクも高まります。これでは、臓器はよくなってもQOLを格段に低下させかねません。何のための医療なのか、わからないわけです。

——「栄養ケアなくしてリハなし。リハなくして栄養ケアなし」というクリニカルパール(『栄養塾』摂食・嚥下障害の項より)も、同じような考え方ですね。

大村 実際、低栄養状態の方にリハビリテーションを強いても、場合によってはかえって骨格筋の萎縮をまねきます。「栄養ケアなくしてリハなし」です。一方で、適切なリハビリテーションを行わずに栄養状態の改善を試みても、もっぱら体脂肪ばかりを増加させてインスリン抵抗性が増してしまう可能性がある。ADLやQOLもむしろ低下する恐れがあります。「リハなくして栄養ケアなし」です。栄養管理とリハビリテーションは不可分の関係にありますから、同時期にチームでアプローチする必要があります。

国試の勉強から 患者さんのための勉強へ

——医学生のうち、基礎医学の授業に価値を見いだせないまま終わること

があるようです。しかし例えば、臨床栄養においては、生化学の知識は重要ではないでしょうか。

大村 基礎医学で学んだことは、毎日の臨床行為の裏づけとなるものです。医学生はすばらしい基礎医学の授業を受けているのに、もったいないことですね。

生化学の知識が頭に入っていると、栄養管理に厚みが出てきます。抗癌薬でも糖尿病薬でも、その薬理作用が頭に入っていると薬物治療のレベルがワンランクアップする。それと同じで、栄養に関しても糖質や脂質、アミノ酸代謝などの生化学的な知識を得ると、理解度が違ってきます。『栄養塾』では栄養管理に役立つ生化学に関する知識をピックアップした章を設けました。医学生時代に覚えた知識が頭に残っているうちに、少しずつ勉強してほしいですね。卒後十年も経てば、忘却の彼方ですから(笑)。

——臨床医としての勉強は、学生時代とはまた違ってきますね。

大村 私が臨床医として30年やってきて思うのは、医者は一生涯勉強だということです。いくら勉強してもまだまだ勉強すべきことは山ほどあって、しかも大学入試や国家試験に受かるための勉強とはぜんぜん違う。患者さんのために勉強して、知識を深めていく楽しさがあります。

特に栄養管理は研修医の腕の見せどころです。栄養を学ぶことによって、その楽しさがきつとわかってもらえると思います。

——ありがとうございました。(了)

医学生・レジデント 読者モニター募集中!

週刊医学界新聞レジデント号を無料送付よりよい紙面づくりにご協力ください!

- ☆対象: 医学生・レジデント
☆モニターの方にお願ひすること
・記事へのご意見・ご感想
・座談会・インタビューなどへのご参加や、企画案へのご意見

お申し込み・詳細に関するお問い合わせは下記へ。



3 March 2010 新刊のご案内 医学書院
ゴードン 看護診断マニュアル 原書第11版
機能的健康パターンに基づく看護診断
著 マージョリー・ゴードン
訳 看護アセスメント研究会
翻訳協力 江川隆子
A5変型 頁392 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01036-8]
マタニティ診断ガイドブック (第3版)
編著 日本助産診断・実践研究会
B6変型 頁224 定価2,625円 [ISBN978-4-260-01043-6]
在宅ケアの不思議な力
秋山正子
B6 頁192 定価1,470円 [ISBN978-4-260-01047-4]
医療現場の暴力と攻撃性に向き合う
考え方から対処まで
著 Linsley P
監訳 池田明子, 出口禎子
A5 頁256 定価2,730円 [ISBN978-4-260-00811-2]
学生のための医療概論 (第3版)
編集 千代豪昭, 黒田研二
B5 頁308 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01001-6]
看護大事典 (第2版)
総編集 和田 攻, 南 裕子, 小峰光博
A5 頁3104 定価14,700円 [ISBN978-4-260-00513-5]
看護医学電子辞書5
カラー液晶・ツインタッチパネル搭載
電子辞書 価格58,275円 [ISBN978-4-260-00991-1]

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。

胃がんの内視鏡検診従事者に必携マニュアル!
胃がんの内視鏡検診マニュアル
胃がんの内視鏡検診は、受診希望者も年々増加傾向を示し、多くの施設で行われているが、標準的な検査法が未だ確立されていない。日本消化器がん検診学会の付置研究会「胃内視鏡検診標準化研究会」による検討を元に纏められた「胃内視鏡検診標準法」をベースに、本書はattractiveに、convenientに、usefulに仕上がっており、マニュアルとして手元に置き、活用できるテキストである。
編集 日本消化器がん検診学会 胃内視鏡検診標準化研究会
A4変型 頁116 2010年 定価3,360円(本体3,200円+税5%) [ISBN978-4-260-00967-6] 医学書院

ジュニア・シニア レジデントのための
日々の疑問に答える
感染症入門セミナー アドバンスト

第12回(最終回) 内服抗菌薬を使いこなす! アドバンスト

大野博司 (洛和会音羽病院 ICU/CCU, 感染症科, 腎臓内科, 総合診療科, トラベルクリニック)

最終回となる今回は、「第2回：内服抗菌薬を使いこなす!—5つの内服抗菌薬」をさらに発展させ、入院マネジメントが必要な感染症での内服抗菌薬の使用法と、「内服抗菌薬スイッチ」について解説します。



ケース① ADL自立の60歳男性。重喫煙者で肺気腫の指摘あり。2日前からの発熱,呼吸苦,喀痰増量でER受診。診察で39℃の発熱,酸素3L投与下でSpO₂95%,右肺野にラ音聴取。胸部X線で右上肺野浸潤影あり。喀痰グラム染色でグラム陰性小桿菌,白血球多数。抗酸菌染色陰性。尿中肺炎球菌・レジオネラ抗原陰性。市中肺炎の診断で入院加療となり,セフトリアキソン2g/日とミノサイクリン200mg/日の点滴静注にて治療開始。3日目になり,呼吸状態は著明に改善し,解熱,食事摂取可能となった。→内服抗菌薬スイッチは可能か?

ケース② ADL自立の50歳女性。前日からの発熱,腰部痛,排尿時痛でER受診。膀胱炎の既往あり。悪寒戦慄を伴う38℃の発熱と左腰部のCVA叩打痛あり。尿グラム染色で白血球多数,グラム陰性菌貪食+。急性腎盂腎炎の診断で入院加療となり,セフトリアキソン2g/日で治療開始。治療2日目に37℃台まで解熱,全身状態改善し,食事摂取可能となった。尿培養で大腸菌陽性だが,まだ感受性結果は出ていない。→内服抗菌薬スイッチは可能か?

ケース③ ADL自立の糖尿病既往のある55歳男性。3日前より右足背から第2足趾にかけて発赤,腫脹,熱感がありER受診。診察上,右足背から第2足趾にかけて4×4cm大の紅丘疹あり。蜂窩織炎の診断にて入院加療。セファゾリン2g×3/日で治療開始。治療2日目に解熱し3日目には局所の腫脹・熱感もひいてきた。患者は食事可能であり,退院を希望している。血液培養も含め,各種培養陰性。→内服抗菌薬スイッチは可能か?

◆内服抗菌薬スイッチとは何か

今まで使用していた経静脈投与の抗菌薬を,内服投与に変更することを「内服抗菌薬スイッチ」といいます。近年,入院加療が必要な重症感染症(敗血症性ショック含む)の診断・治療の改善に伴い,内服抗菌薬スイッチは世界的に推奨されるようになってきました。臨床感染症の診断・治療では,“Surviving Sepsis Campaign 2008”などの重症感染症のガイドラインの登場で全身管理が改善したこと,また,PK/PDに基づく抗菌薬投与の考え方が浸透し,各薬剤の副作用,薬物相互作用の理解から抗菌薬全般,特に内服抗菌薬の理解が進んだことが挙げられます。その結果,内服抗菌薬スイッチをう

まく行うことで多くのメリットが生まれることがわかってきました。

◆静注抗菌薬と内服抗菌薬のメリット・デメリット

静注抗菌薬には,十分な血中濃度・組織濃度を維持でき,状態が悪い患者を即座に治療開始可能,消化管からの吸収を意識する必要がない,というメリットがあります。一方,投与ルート関連の問題(ライン感染,静脈炎)が生じる可能性や入院期間の延長,また投与に要する労力や内服抗菌薬に比べ高価,といったデメリットがあります。

逆に,内服抗菌薬には,安価,投与ルート問題の回避,労力の軽減,入院期間の短縮といったメリットが,またデメリットには,十分な血中濃度・組

織濃度維持のために腸管からの吸収を常に意識する必要性,状態の悪い患者を即座に治療

●表1 静注抗菌薬・内服抗菌薬の対照例

静注抗菌薬	抗菌薬スイッチで使用可能な内服抗菌薬
アンピシリン アンピシリン・スルバクタム	アモキシシリン アモキシシリン・クラバン酸, モキシフロキサシン, レボフロキサシン+メロニダゾール
セファゾリン バンコマイシン, リネゾリド セフトリアキソン, セフォタキシム	セファドキシル, セファレキシン, ミノサイクリン ミノサイクリン, リネゾリド レボフロキサシン, ST合剤
セフトジジム セフェピム ピペラシリン・タゾバクタム	シプロフロキサシン, レボフロキサシン レボフロキサシン レボフロキサシン+メロニダゾール, アモキシシリン・クラバン酸+シプロフロキサシン
イミペネム, メロペネム	レボフロキサシン+メロニダゾール, アモキシシリン・クラバン酸+シプロフロキサシン
アミノ配糖体(ゲンタマイシン, トブラマイシン, アミカシン)	シプロフロキサシン

●表2 Bioavailabilityが良好な内服抗菌薬

内服抗菌薬	Bioavailability (%)
アモキシシリン	90
セファドキシル, セファレキシン	99
シプロフロキサシン, レボフロキサシン, モキシフロキサシン	70-99
ドキシサイクリン, ミノサイクリン	93-95
メロニダゾール	100
ST合剤	98
クリンダマイシン	90
リファンピシン	95
リネゾリド	100

●表3 入院が必要となる市中感染症の起因微生物

市中感染症	想定される起因微生物
市中肺炎	GPC:肺炎球菌, GNC:モラクセラ GNC:インフルエンザ桿菌, その他:肺炎クラミジア, マイコプラズマ, レジオネラ
腹腔内感染症(憩室炎, 虫垂炎)	GNC:大腸菌, クレブシエラ, プロテウス 嫌気性菌:バクテロイデス
腹腔内感染症(胆道系感染症)	GPC:腸球菌 GNC:大腸菌, クレブシエラ, プロテウス
尿路感染症	GPC:腸球菌, 腐性ブドウ球菌 GNC:大腸菌, クレブシエラ, プロテウス
丹毒・蜂窩織炎	GPC:黄色ブドウ球菌, A群レンサ球菌
糖尿病性足病変	GPC:黄色ブドウ球菌, A群レンサ球菌 GNC:大腸菌, クレブシエラ, プロテウス 嫌気性菌:バクテロイデス

GPC:グラム陽性球菌, GNR:グラム陰性桿菌, GNC:グラム陰性球菌

できない,内服アドヒアランスの確認が必要,といったことがあります。

以上から内服抗菌薬スイッチの利点を考えると,まずルートがなくなることから,院内感染症の発生頻度の低下が挙げられます。そのほか,特にDPC管理下での経費節減やナース・コメディカルの労力軽減による医療の質向上,早期退院の実現,病床稼働率の改善といった多くの利点が,病院・患者の双方に生まれる可能性があります。そのため,静注・内服抗菌薬それぞれのメリット・デメリットを理解し,うまく使い分けることが重要です。

◆内服抗菌薬スイッチの実際

内服抗菌薬スイッチを安全に行うためには,用いる抗菌薬の薬物動態と抗菌スペクトラムに対する十分な理解が必須となります。そして,最も想定される起因微生物に対し抗菌活性のある抗菌薬の適切な選択法を熟知し,感染臓器の治療開始後の経過や,地域および病院内での感受性テストの結果,また内服抗菌薬の薬物相互作用・副作用を理解することが必要です。

入院加療が必要な重症感染症では,十分な効果を早期に発揮させるため静注抗菌薬で治療を開始します。適切な全身管理が行われ抗菌薬が有効な場合には,概ね治療開始後48-72時間で解熱・全身状態の改善が得られます。そのため,血行動態が安定し,腸管からの抗菌薬の吸収に問題がない状態となったときに内服抗菌薬スイッチのタイミングとなります。

実際には,次の4点を確認した上で内服抗菌薬スイッチを行います。

- ①患者の全身状態(バイタルサイン安定,局所所見の改善)
- ②消化管機能の改善(腸管からの吸収は可能か)
- ③食事摂取が可能
- ④治療開始後の経過が順調

内服抗菌薬は,表1,2を参考に使用していた静注抗菌薬の抗菌スペクトラムを満たし,Bioavailabilityが良好なものを選択します。また,入院が必要となる市中感染症の起因微生物については,表3を参照してください。

◆ケースをふりかえって

ケース① 市中肺炎の約半数は起因菌不明です。一方,グラム染色からはインフルエンザ桿菌が疑われます。ここでは,表3での起因微生物を外さないように抗菌薬を選択することで,内服抗菌薬スイッチが可能です。抗菌スペクトラムを考えて,キノロンではレボフロキサシン,モキシフロキサシン。結核のリスクがある場合は,ドキシサイクリンやミノサイクリン,ST合剤が選択肢になります。

処方例:レボフロキサシン500mg 1T×1,モキシフロキサシン400mg 1T×1,ミノサイクリン100mg 1T×2,ドキシサイクリン100mg 1T×2,ST合剤2T×2

ケース② 急性腎盂腎炎のケースであり,大腸菌が起因菌と判明しています。その地域での大腸菌の感受性も重要となりますが,十分な投与量で腎臓・尿中濃度を高く保てるため,レボフロキサシン,シプロフロキサシン,ST合剤が選択肢になります。感受性判明後,de-escalationを行っていきます。

処方例:レボフロキサシン500mg 1T×1,シプロフロキサシン200mg 2.5T×2,ST合剤2T×2

ケース③ 糖尿病患者での蜂窩織炎のケースですが,セファゾリンが奏効しているため第1世代セフェムからのスイッチとなります。内服の第1世代セフェムないしテトラサイクリン系へのスイッチが可能です。

処方例:セファドキシル250mg 2T×2,セファレキシン250mg 1T×4,ミノサイクリン100mg 1T×2



- 静注・内服抗菌薬のスペクトラムを十分に理解し,抗菌薬スイッチ可能な抗菌薬を常に頭に入れる。
- Bioavailabilityの良好な内服抗菌薬を使いこなす。
- 入院後の経過から内服抗菌薬スイッチ可能かどうかを常に臨床判断できるようにする。

新刊 研修医、NSTスタッフ必携! 明日から役立つパール満載 医学書院

栄養塾

症例で学ぶ臨床パール

編集 大村健二 厚生連高岡病院外科診療部長

●A5 頁280 2010年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01014-6]

栄養管理のエキスパートが練習問題(症例)をもとに、Q&A方式で「目からウロコ」の臨床パールを伝授!

- 高カロリー輸液用基本液を使用する場合は、グルコースの過剰投与とアミノ酸の不足に注意しよう
- 通常の経腸栄養剤を投与しているとき低ナトリウム血症をきたすことを覚えておこう
- 腎疾患における非蛋白カロリー摂取の重要性を理解しよう
- Refeeding 症候群が発症した場合には、それと気づくか否かで勝負が決まる
- 肝硬変疾患のエネルギー代謝異常には、就寝前の軽食摂取療法が有用
- 脳血管障害の栄養管理に「食べるためのPEG」という発想を持とう

一般診療としての産科救急を身に付ける —ALSO プロバイダーコース

みなさんは“ALSO”を知っていますか？ 心肺蘇生トレーニングコースである ACLS や、外傷治療を学ぶ ATLS に基づいて考案された ALSO は、周産期救急に効果的に対処するためのトレーニングコースです。産科医療体制の崩壊が叫ばれ、わが国の周産期医療を支える医療者の養成と人材の地域間偏在の解決が急務となるなか、地域での周産期救急に適切に対処できる医療者の養成をめざした新しい取り組みが始まっています。本紙では、2月6—7日に台東区立台東病院(東京都)で開催された「ALSO プロバイダーコース」取材しました。(5面に記事)

ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics) は、周産期救急に効果的に対処できる知識や能力を発展・維持するための教育コースだ。1991年に、米国ウィスコンシン州の2人の臨床医によって考案された ALSO は、米国家庭医療学会 (American Academy of Family Physicians) によって認可され、現在では全米のほとんどの分娩施設で、分娩にかかわる医療プロバイダーがその受講を義務付けられているという。現在までに50か国以上で ALSO プロバイダーコースが開催され、10万人以上が修了している。わが国においては、2008年11月に金沢大学医学部が開催したことから始まり、現在は NPO 法人周産期医療支援機構 (OPPIC) が ALSO-Japan 事業として普及活動を行っている。

講義+実技で学ぶ

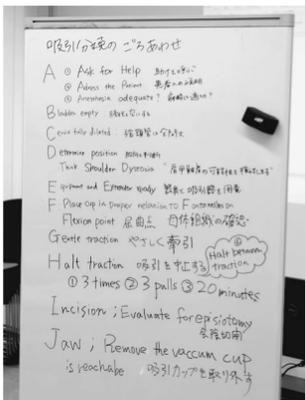
ALSO プロバイダーコースは2日間、「講義(レクチャー)+実習(ワークショップ)」の形で行われる。今回の

コースでは、産婦人科医をはじめ、プライマリ・ケア医、内科医、初期研修医などさまざまな立場の18人が全国から集まった。

コースはまず、難産のレクチャーからスタート。ここで難産における分娩管理の全体像を学び、引き続き肩甲難産への対処と鉗子・吸引による分娩について、4—5人のグループに分かれワークショップを行った(写真)。ワークショップは、実際の分娩で高頻度に発生し、慣れていないと慌ててしまうシナリオに基づきマネキンを用いて一人ずつ行う実践的なものだ。特徴として、語呂合わせの手順に則って手技を行っていくことが挙げられる。これによって緊迫した状況でも、落ち着いて必要な手技を安全に行うことを目標としている。インストラクターの経験談も織り交ぜながら、参加者は産科救急の実際を学べたようだ。

コースでは、妊婦時の合併症や産後大出血・妊婦の蘇生などが続き、周産期に生じる困難な状況への対処法を幅広く身に付ける。2日間のコースの終

わりには、筆記試験とマネキンを用いた実技試験(メガデバリ)を行い、合格者は5年間有効の認証を受ける。



●写真<左上>肩甲難産の新生児を取り上げる/
<左下>シミュレーターで胎児の超音波診断を学ぶ/
<右>ALSOの特徴の一つである語呂合わせ

周産期医療を守るために

受講者アンケートによると、ALSOに参加した「動機」は、産科医では「周産期プロバイダーとしてのスキルアップ」、救急医、プライマリ・ケア医、そして初期研修医では「産科救急に強い興味」、また助産師では「チーム医療への貢献」という項目を選ぶ人が最も多いという。それぞれ異なる理由ではありながらも、産科救急に貢献したいという姿勢がうかがえる。

今回受講した産婦人科後期研修医は、「このような産科救急を系統的に学ぶ機会はありません、良い機会となった。技術の再確認もできた」と語った。ALSOには、知識に偏重したわが国の医学教育で足りない手技の部分を補う効果もあるようだ。また、1年目研修医からは「参加前は、1年目には内容が難しいのではないかと考えていたが、何とかプログラムについていくことができた。テキストも充実していて勉強になった」との声も聞かれ、



●18人の受講者と6人のインストラクターにより、今回の ALSO プロバイダーコースは行われた。

初学者にとっても産科救急に一步を踏み出すきっかけになるのではないだろうか。

ALSO 運営に携わる新井隆成氏(金沢大)は今後の課題として、コースのインストラクターが候補者を入れても20人ほどとまだ非常に少なく、開催回数を増やすことが難しい状況にあることを挙げた。わが国での ALSO はまだ始まったばかりだが、産科医以外の医療プロバイダーが ALSO を身に付けることで、特殊診療ではない一般診療としての産科救急も実現できるかもしれない。もはや待たないの産科医不足のなかで、ALSO がわが国の産科医療体制を守るための新たな形となることが期待される。

参加者の声—2日間のコースを終えて

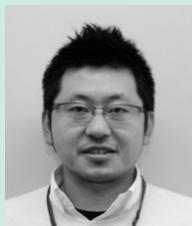
●望月 崇紘さん(山北町立山北診療所・所長)

「オルソー」、セミナー開始のときのインストラクターの先生の言葉にまずびっくりしました。

私は現在、山間へき地の診療所でシニアレジデントとして研修中なのですが、総合医をめざす中で産科領域の研修が手薄であると感じていました。そんな中で今回のコース開催の話を耳にして、この「ALSO(オルソー)」の読み方も知らず、よく下調べもせぬまま反射的に参加申し込みをしていたのです。最初は場違いな所に申し込みをしてしまったかもしれないと不安がよぎったのですが、他の受講者も私と同様に必ずしも産科に携わっているわけではない方が多数おられ、温かい雰囲気の中で学ぶことができました。講義形式の時間と実技形式の時間がミックスされていて、2日間みっちりのスケジュールではあったのですが、最後まで飽きることなく受けられました。

講義についてはエビデンスに基づいた知識が提供され、初期研修のときに何となくそういうものだと理解していたことがブラッシュアップされました。実技に関しては、マネキンや練習用の超音波装置、縫合のグッズなど、用意されているものが豊富で、楽しみながらやることができました。一人でお産を取れるようにとまではいきませんが、地方病院で急な事態が発生し産科スタッフの方が猫の手も借りたい状況下では、猫の手よりはまだまだまなお手伝いができるようになったのではないかと思います。

お忙しいなか充実したセミナーを用意していただきましたインストラクターの先生方、スタッフの方々、どうもありがとうございました。



3 medicina

Vol.47 No.3

今月の主題 ウイルス肝炎 日常診療のポイント

ウイルス肝炎は、ウイルスの種類や病期によって治療法が大きく異なることから、病態を正確に把握し、的確かつ迅速に診断し治療を開始する必要がある。本特集では B 型肝炎、C 型肝炎を中心に、ウイルス肝炎における診断の基本と最新の治療をわかりやすく解説する。

INDEX

- I. 正確に病態を把握するために
- II. ウイルス肝炎の疫学
- III. 経口感染するウイルス肝炎
- IV. B 型肝炎の日常診療
- V. C 型肝炎の日常診療
- VI. ウイルス肝炎の周辺知識
- VII. トピックス
- VIII. 座談会「臨床医が知っておきたい ウイルス肝炎のポイント」

●1部定価 2,520円(税込)

▶2009年増刊号(Vol.46 No.12) CT・MRIアトラス Update 正常解剖と読影のポイント 好評発売中!

▶来月の主題(Vol.47 No.4) 抗菌薬の使い方を究める

連載

- 外来診療に差をつける コミュニケーションスキル
- The M&M reports 一見逃し症例に学ぶ 内科ERの鉄則
- 手を見て気づく内科疾患
- 目でみるトレーニング
- 研修おたく海を渡る

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



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



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

プライマリ・ケア/総合診療のための「JIM」

JIM

創刊20周年

Vol.20 No.3

特集 腹痛診療の達人になる

「腹痛」の診療は、日常診療でも救急医療でも扱う問題の種類も多く、診断・治療に苦慮することが少なくありません。本特集では、「腹痛」の愁訴のある患者さんでの鑑別診断を適切に行い、速やかに適切な治療を行うための知識とTipsをまとめました。

INDEX

- 【総論】
- 腹痛診療 オーバービュー 釋 文雄
- 腹痛診療 救急外来でのABC 高山隼人
- 【各論】
- 産婦人科疾患で見逃されやすい「腹痛」 安日一郎
- 泌尿器科疾患で見逃されやすい「腹痛」 新垣義孝
- 心血管疾患で見逃されやすい「腹痛」 城下晃子
- 小児科疾患で見逃されやすい「腹痛」 小堀勝亮
- 【腹痛患者をみる時に心がけていること—これが大切!】
- 若者の腹痛と尿管管遺残膿瘍 松永 諭・相原秀俊・吉岡経明・副島 修・江村 正・小泉俊三
- 若い女性の上腹部痛をみたらFitz-Hugh-Curtis症候群を必ず疑う 宮崎 康
- コミュニケーションに限界がある患者の腹痛の診断に継続性が寄与した側面 木村琢康
- 意思疎通の難しい高齢患者から学んだ腹部診察法 神谷 亨
- 【スペシャル・アティクル】
- CT画像による腹痛診断 消化器疾患を中心に 山田康成・森 宣・本郷智央・松本俊郎

●1部定価 2,310円(税込)

▶来月の特集(Vol.20 No.4) 診療を変える新しい薬 2010

年間予約購読 受付中!

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

2010年 年間予約購読料

- ▶ medicina 36,740円(税込)—増刊号を含む年13冊— 47,800円(税込)
- ▶ JIM 26,880円(税込)—年12冊— 35,000円(税込)

電子ジャーナル閲覧オプション付



医学書院

寄稿

ウーマンズヘルスケアの担い手を育成するもう一つの選択肢

新井 隆成 金沢大学大学院医学系研究科 周生期医療専門医養成講座・特任教授
井上 正樹 金沢大学大学院医学系研究科 産科婦人科・教授

産婦人科医師数の減少によって、妊娠・分娩などの産科医療をはじめ、ウーマンズヘルスケアを支える日本の医療体制に綻びが生じていることは周知の事実である。産科医療危機に対して緊急措置的に行われた分娩施設の集約化対策は、地域、特にへき地で、妊婦健診や産科以外のウーマンズヘルスケア受診施設が近隣にないといった結果をもたらした。日本全国あらゆる地域に最低限の医療環境を維持することは、地域住民と地域医療にかかわる人たちの共通の願いではないだろうか。そこで、プライマリ・ケアの観点からウーマンズヘルスケアを担える人材を一人でも多く育成することが、現状の産婦人科医療状況を踏まえた国民のニーズに応えるためには必要である。

現在、日本全国でこのような観点から、産婦人科医を増やすためのさまざまな試みが行われている。金沢大学では、妊娠・出産・新生児・乳児期を包括して指す語として「周生期」という新たな概念を導入した。そして、この期間を次世代育成の極めて重要度の高い医療領域ととらえ、プライマリ・ケアと高い専門性に対応できる幅広い知識・技能を有する医師の養成・充実を目的とした「周生期医療専門医養成支援プログラム」を開始した。

マンパワーの限界を超えるために

このプログラムは、周生期医療に精通した産婦人科医、小児科医の育成だけを目的としたものではない。危機に瀕しているのは、ウーマンズヘルスケア体制全体であるため、仮に出産だけが安全に保たれたとしても、周生期にかかわる現状のマンパワーでは、ウーマンズヘルス全体を支え続けることは難しい。人材育成はもちろん大切ではあるが、人口の半分を占める女性の健康を守り続けるためには、これまでとは違った発想が必要だろう。

われわれが米国やカナダの周産期管理事情を調査したところ、産科医、助産師、プライマリ・ケア医が周産期管理や妊婦健診を分担して行っている例に多く遭遇した。例えば Ann Arbor 地区ミシガン大学附属病院では、年間約4000例の分娩の取り扱い者の内訳は産科医55%、助産師15%、そして家庭医30%であり、おのおのが同じLDR(分娩室)を使用、必要に応じてコンサルトや転科が行われていた。ま

た家庭医は分娩だけでなく、妊娠前カウンセリング、妊婦健診、産後ケア(産後のうつ、避妊指導も含む)、新生児・乳児ケア、不妊カウンセリング、婦人科検診(子宮癌、乳癌スクリーニング)、そして日常多い婦人科疾患(性感染症、性器出血、月経不順等)を取り扱っているという。すなわち、周生期医療の広い範囲を家庭医が担っており、産婦人科医や小児科医が、ハイリスク妊婦などより専門的な診療に専念できる体制が取られているのである。また、会員数約3000人のカナダ産婦人科学会には産婦人科医だけでなく、家庭医、助産師など産婦人科診療にかかわるすべてのプロバイダーが所属し、ウーマンズヘルスケアの維持・発展に尽力している。見方を変えれば、北米でも産婦人科医だけではウーマンズヘルスケアにかかわるマンパワーが足りず、プライマリ・ケア医との連携で最低限必要な診療レベルを維持しているのである。これはプライマリ・ケアという概念の中でも大切な考え方である。日本においても、産婦人科医とプライマリ・ケア医との協力体制は、マンパワー不足を打開するためのもう一つの選択肢になるのではないだろうか。

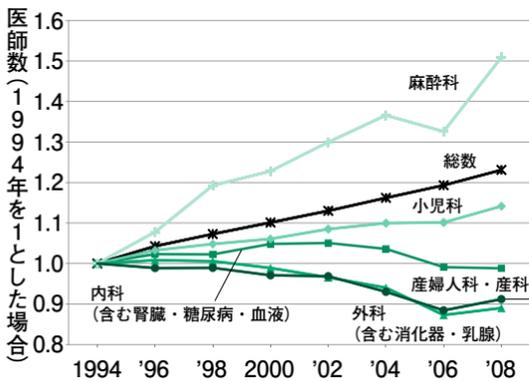
一般診療としての周生期医療を

金沢大学医学部の全4-6年生に行ったアンケート調査(回答率70.8%)では、78.0%がプライマリ・ケア診療能力を身に付けることに、64.6%が産婦人科や小児科診療能力を身に付けることに、積極的もしくは前向きと回答。また、プライマリ・ケアで回答した78.0%に限れば実に75.9%までもが、産婦人科や小児科診療能力を身に付けたいと回答した。これは必ずしも産婦人科や小児科の専門医になりたいということではなく、初期臨床研修制度やプライマリ・ケアという概念の導入によって、周生期医療にも“特殊診療ではなく一般診療”として身に付けなければならない診療内容が存在するという認識が若い世代に根付いたものと考えられる。

われわれはこの認識に基づき、次の2つの方向性で医師を育成していくことを考えた。

●表 ALSO-Japan プロバイダーコース参加者の内訳(%, n=114)

産婦人科医	プライマリ・ケア医	救急医	初期研修医
12.7	18.3	9.5	26.2
医学生	助産師	小児科医	その他
16.7	9.5	2.4	4.8



●図 主な診療科別医師数の年次推移
平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚労省)より。

- プライマリ・ケア診療能力を身に付けた産婦人科医・小児科医の育成
- 産婦人科・小児科の診療能力を身に付けたプライマリ・ケア医の育成

この目的のために、大学・地域拠点病院の産婦人科医、小児科医、そして地域拠点病院のプライマリ・ケア医が教育スタッフに加わり、産婦人科・小児科を含めたプライマリ・ケアの習得に志を持つ医学生・研修医に対する継続的教育プログラムを展開している。

産科医療体制を守る ALSO

教育プログラムの中でも2009年度から本格的に導入したのが、ALSO(Advanced life support in obstetrics)である。2008年11月の金沢大学でのALSOプロバイダーコースの開催を皮切りに、本年度は全国で7回開催(北海道、千葉、宮城、東京、石川)、既に100人以上がALSOコースを修了した。すべての地域で産科医療を維持するためには、志を持った人々をトレーニングする場を多く提供し、あらゆる医療圏に“最低限必要な医療チーム体制”を確保する必要がある。まさにその足がかりとなるのがALSOであり、現在日本ではNPO法人周生期医療支援機構(本部:金沢市)がALSO-Japan事業としてコースを運営している。

参加者を見ると、プライマリ・ケア医や救急医、あるいはそれをめざす研



●新井隆成氏
1993年金沢大医学部卒。北陸の地域医療を経て、2000年国立病院機構災害医療センター、06年金沢大附属病院周生期医療専門医養成センター特任准教授、09年より現職。ウーマンズヘルスケアにおける地域医療体制の維持・発展のため、ALSOプロバイダーコースの全国への普及活動に尽力している。専門は産科学。



●井上正樹氏
1973年金沢大医学部卒。卒業後、市立貝塚病院で産婦人科臨床研修。79年阪大医学部産婦人科助手。84年ハーバード大マサチューセッツ総合病院に留学、93年阪大医学部講師。94年より現職。2009年からはNPO法人「周生期医療支援機構」理事長を務める。

修医など産婦人科医以外の医師が多い(表)。初期臨床研修だけでなく、プライマリ・ケア医や救急医などにもっと産婦人科の臨床研修を行う機会を提供し、その地域のニーズに応じた診療連携体制を敷けるようになれば、ウーマンズヘルスケアにかかわる医師のマンパワーは産婦人科の医師数よりも遥かに大きくなるはずである。そして北米のようにうまく機能すれば、地域医療を支える大きな歯車にもなるだろう。周生期医療支援機構はそのことを願い、公益社団法人地域医療振興協会の協力のもと、全国のへき地医療に携わる医師や助産師に継続的にALSOコースを提供していくこととなった。

初期臨床研修制度の改正で、産婦人科は選択必修科目にシフトチェンジした。産婦人科を強く学びたいという動機を持った研修医をより高いレベルで教育し、これまで以上の成果を上げることが、今後指導医側には求められる。そのためには、“経験する”という行動目標では、現状の域を脱することはできない。初期研修医、医学生レベルから“身に付ける”という行動目標を設定した研修内容が求められるだろう。そのためには、ALSOのような知識のみならず技能をも含めた新たな教育手法が導入されることは、産科医療にかかわる医療人の裾野を大きく広げる土台作りになるだろう。

2008年度の産婦人科医師数は1998年以来初めて上昇に転じた(図)。全国的に試みられているさまざまな対策が、徐々に成果を上げ始めたのかもしれない。またこの成果が、現状において十分なウーマンズヘルスケア体制が維持されていない地域にもたらされる方向に働いてほしいと願うばかりである。ニーズがあり、志す人材が確実に多く存在している。このことを再認識して、ウーマンズヘルスケアの将来を検討すべきではないだろうか。

子どもの心の問題に、どう対応すればよいのか

臨床家が知っておきたい「子どもの精神科」第2版

こころの問題と精神症状の理解のために

昨今関心がますます高まっている子どもの発達に関する問題、子どもによくみられる精神症状や精神疾患に関する知識、また家族、教育、福祉との連携などについても簡潔かつわかりやすくまとめた。児童精神科医のみならず、子どもを診る臨床医全般(中心としては小児科医、内科医)、そしてコメディカルスタッフ(看護師、心理士、PSW、OT、STなど)、さらには教育・福祉関係者が読者対象。“子どもの心の問題”にプロはどうアプローチしているのか興味のある人はまず読んでおきたい書。

編集 市川宏伸
都立梅ヶ丘病院・院長
海老島宏
自治医科大学客員教授



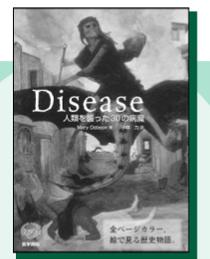
時空を自在に飛び越えて展開するメディカル・ヒストリー・ツアー

Disease 人類を襲った30の病魔

The extraordinary Stories Behind History's Deadliest Killers

結核、マラリア、インフルエンザなど、これまで人類を脅かしてきた病気について、印象深い絵と写真を豊富に使って紹介。「早く逃げる、遠くに逃げる、戻ってくるのは遅くしろ」(ペスト)、「ビナス神とは一晩、マーキュリー神とは一生」(梅毒)、「汚い水はそれ以上洗うことができない」(腸チフス)。1冊の中で時間と場所を自在に飛び越えて展開する「メディカル・ヒストリー・ツアー」へようこそ。

著 MARY DOBSON
ロンドン大学ウエルカムトラスト医学史センター
訳 小林 力
医薬史研究者・薬学博士



連載 臨床医学航海術

田中 和豊 (済生会福岡総合病院臨床教育部部長)

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

第50回 医学生へのアドバイス(34)

前回は人間としての基礎的技能の4番目である「聴覚理解力一きく」ことについて、「聞く耳を閉ざす」現象について考えた。今回は人の話を聞くことについて考える。

聴覚理解力一きく⑤

人の話を聞くことは重要である。なぜならば、人の話を聞かないことはその人を無視することになるからである。そして、その人を無視することは場合によってはその人を侮辱することになりかねない。しかし、だからと言って人の話を聞きすぎると困ることもある。『イソップ物語』に「ろばをつれた親子」という話がある。

あるところにろばをつれて親子が歩いていた。それを見たある人が、「どうせ歩くならばろばに乗ればよいのに」と言った。それを聞いた親子は、息子をろばに乗せて親が歩いた。それを見てある人が、「親を歩かせて息子だけろばに乗るとは、なまけもの息子だ」と言った。すると、今度は親をろばに乗せて息子が歩いた。それを見たある人が、「親だけ楽をしている。親のすることではない!」と言った。



そして、それを聞いた親子はついに2人でろばをかついで歩いたが、ろばは暴れて川に落ちておぼれてしまった……。

あまり人の話ばかり聞いているとよい結果にならないこともあるという教訓である。

人は好き勝手なことを言う。その発言は善意で言ったことかもしれないし、もしかして悪意が込められているかもしれない。また、その発言は何の意図もない単なる感想であるかもしれない。言うほうはあまり気にも留めないかもしれないが、聞き手がどう反応するかで結果が異なってくる。

以下に筆者が聞いたさまざまな話の内容をご紹介します。

事例1 ある講演でのこと、講演が終わった後の懇親会で、見知らぬ学生が近づいて来て何を言うかと思ったら、突然こう言った。

「先生はなぜ現在の病院にずっといるんですか? あんな病院にずっといて何かいいことあるんですか? もっとほかのいい病院から話があるんじゃないですか?」

と初対面なのに単刀直入に尋ねられた。このようなプライベートな質問は、通常親しい間柄でするのが常識である。この質問をした本人にとってはこの質問はどうしても聞きたくてうずうずしていた質問かもしれないが、何もパーティーで初対面の人に1発目に聞く質問ではないはずである。このような常識のない質問にも笑顔で答えなければならない。

“あんな”病院でいまだに性懲りも

なく働いている小生であったが、ちなみにその学生にどこの研修病院にマッチしたのかと尋ねると、全国的に有名な研修病院であった。やはり“あんな”病院ではなく、超一流研修病院にマッチした学生は言うことが違う!

事例2 病棟からの看護師の電話。全然行かない病棟から突然電話がかかってきた。電話に出ると、看護師らしき人がいきなり怒鳴りだした。

「あの患者さんの腰椎穿刺は一体どうなってるんですか……?」

そんな患者さんにも腰椎穿刺にも身に覚えのない自分はこう問い返した。

「もしかして、研修医の田中先生をお呼びでしょうか……?」

こう尋ね返すと、少しの沈黙ののち電話は突然切れて、「ブーブーブーブ……」という音に変わった。この看護師はいくら怒っていたとはいえ、間違い電話をしてかけた相手に謝罪もせずに電話を一方的に切るのか……?

通常電話をかけるときには相手を確認してから話す。そして、もしも自分が間違い電話をしてしまったときには、必ず謝るといのが礼儀のほうである。このような礼節をわきまえない話も聞かなければならないのか……。

事例3 あるとき、交換台から「外線ですXX病院の先生から患者さんのことでご相談があります」と言われて電話に出た。すると電話の相手はXX病院の医師などではなく、聞いたこともない会社の人だった。「何のご用件のですか?」と丁寧に尋ねると、「税金を安くする方法があります」とのことであった。病院にまで電話をかけてくるこのキャッチセールスであるが、どこで調べたのか自宅にまで電話がかかってくる。

この税金を安くするキャッチセールスの方法であるが、ままとひっかかった人の話を人づてに聞くと、どうやらマンションを購入させられるらしい。マンションを購入して住宅ローンを組むと、「住宅借入金等特別控除」という減税措置がある。これは一定の条件で住宅ローンの年末残高の1%分の税金が返ってくるというものである。

例えば、住宅ローンが年末に1000万円残っていたとしたら、その1%の10万円の税金が申告すると還付されるということである。10万円税金が安くなると聞くと随分得した気分になるが、よく考えると10万円よりもっと高い買い物をしているのである。

そんなに税金を安くしたいのであれば、自分でマンションを購入すればよいではないか!

このしつこいキャッチセールスの電話であるが、相手の状況に配慮せずに手当たりしだいに電話をかけてくる。キャッチセールスの電話をかけてくる相手は、こちらがどんな状況で電話にでているかは知るよしもない。こちらが心肺停止の患者に心臓マッサージをしているような緊急事態にも構いなしに平然としつこくキャッチセールスの電話をしてくるのだ! こんな電話に出たためにもしも自分が医療過誤を起こしたら、その医療過誤はすべてこのキャッチセールスの電話のせいにしてやろうかとも思う。

ちなみにこの電話のキャッチセールスであるが、大学の同窓会を名乗ったりして巧妙に近づいてくることもある。だから、筆者は新研修医のオリエンテーションのときに大きなお世話かもしれないが、必ず病院にかかってくる怪しい電話のキャッチセールスには引かからないように注意を促している。そうしないと、ちゃっかりキャッチセールスに引かかってしまう研修医が出てくるのだ。

人には電話は必ず出なければならないという強迫観念がある。特に医師は、もしかしたら自分の患者と呼ばれているのかもしれないので必ず電話に出るはずである。居留守などせずほとんど反射的に電話に出る。医師目当ての電話のキャッチセールスはこの医師の電話への強迫観念に付け込んだ巧妙な手法である。

事例1は常識をわきまえない質問で、事例2は礼節をわきまえない電話であった。そして、この事例3は、常識と礼節をわきまえないどころか、自分の利益目的の一方的な電話である。これらの事例のようにわれわれは日常生活でさまざまな話を聞く。このとき最も重要なのは単に話を聞くのではなく、その話にどのような意図があるのかを見抜くことである。

事務連絡を迅速に行うためと思ってせっかく素早く電話に回答しても、その中に上記の事例のように出なくてもいいような電話が混ざっているのである。そう思うとついつい「電話にはでんわ!」と言いたくなってしま……

参考文献

「ろばをつれた親子」:よこたきよし著「読み聞かせイソップ50話」(チャイルド本社,2007) 掲載。

診断力向上のための必携書

◎私は病歴聴取と身体診察だけで90%のケースを正しく診断できる—G. C. Willis

Dr.ウィリス ベッドサイド診断

病歴と身体診察でここまでわかる!

執筆=G. Christopher Willis / 監訳=松村理司

あの伝説のウィリスノート全訳。ウィリス先生が日本の医学生や若い医師に臨床診断学を教えるためにまとめたとされる書。患者の訴える症状、病歴・身体診察から種々の情報を集めて鑑別診断を行い、ベッドサイドで最終診断にいたるまでのプロセスが詳述されており、本書を読めば、本来、もっと驚くべき正確さ、速さ、そして少ないコストで診断に到達できることが理解されよう。決して時代遅れになることのないベッドサイドの診断技術を、すべての臨床医に。



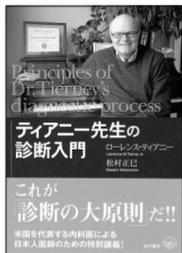
●B5 頁720 2008年 定価6,825円(本体6,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00033-8]

◎米国を代表する内科医による日本人医師のための特別講義!これが「診断の大原則」だ!

ティアニー先生の診断入門

ローレンス・ティアニー、松村正巳

「診断の達人」「鑑別診断の神様」と呼ばれる、米国を代表する内科医、ローレンス・ティアニー氏による「診断入門」の決定版。毎年日本を訪れ、各地の研修病院で指導にあたるティアニー氏が、日本人医師のために、診断の原則と実際の進め方をわかりやすく示した。これを読まずして「診断」を語ることはできない。



●A5 頁152 2008年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00698-9]

医学書院

◎診療現場を疑似体験。実践的な診断力を養うためのトレーニングブック

診断力強化トレーニング

What's your diagnosis?

編集=松村理司・酒見英太 / 執筆=京都GIMカンファレンス

誰もが遭遇する症例を集めた、実践的な診断力を養うためのトレーニングブック。診断に至るまでの思考過程を、Clues(手がかり)、Red Herring(めくらまし)、Clincher(決め手)、解説、Clinical Pearlsといった決まったフォーマットで解説。読者はその簡潔かつ臨場感ある語り口に魅了され、診療現場を疑似体験しながら診断力を強化できる。



●B5 頁228 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00647-7]

◎名医の思考過程を「カード」と「3つの軸」で解き明かす

誰も教えてくれなかった診断学

患者の言葉から診断仮説をどう作るか

野口善令・福原俊一

ベテラン医師は、そもそもどのように診断をつけているか? それは初期研修医とどのように違うのか? 本書はまだ十分な臨床経験を積んでいない医師を対象として、「カード」を想定した鑑別診断法を切り口に、「頻度・確率」、「時間」、「アウトカム」の3つの軸を意識しながら下す、これまで「誰も教えてくれなかった」診断法を伝授する。



●A5 頁232 2008年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00407-7]

日本の 医学教育

ノエル先生と考える

第10回

女性医師の問題・2

ゴードン・ノエル／大滝純司／松村真司
オレゴン健康科学大学 東京医科大学 松村医院院長
内科教授 医学教育講座教授



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

本連載では、各国の医学教育に造詣が深く、また日本の医学教育のさまざまな問題について関心を持たれているゴードン・ノエル先生と、医師の偏在の問題や、専門医教育制度といったマクロの問題から、問題ある学習者への対応方法、効果的なフィードバックの方法などのミクロの問題まで、医学教育にまつわるさまざまな問題を取り上げていきたいと思ひます。

今回も前回に引き続き、オレゴン健康科学大学のレベッカ・ハリソン先生とともに、米国と日本の女性医師の役割や生活について比較検討します。

変わる「理想の医師」の概念

ノエル 臨床医もしくは教育職として働く女性医師についてお聞きします。女性医師が男性医師の仕事の仕方に与えた影響には、どのようなものがあるのでしょうか。

ハリソン それは複雑な質問ですね。女性が医学界に与えた影響はたくさんありますが、重要なものをひとつ挙げるとすれば、医師という仕事に人生のすべてを捧げることが、果たしてキャリアや生活における満足につながるのか、考え直すきっかけを男性に対して与えたことだと思います。この間、女性はきちんと子育てをしながらも優秀な臨床医となり、基礎医学の研究でも優れた業績を上げました。その結果、そのようなスタイルもまた、男性医師のモデルになったのです。男性医師は仕事に全身全霊を捧げることが必要とする旧来の「理想の医師」の概念を見直すようになりました(註1)。

女性が医学の世界をめざすようになるまで、指導的立場の医学部教員や病院・診療所の臨床医の間では、理想の医師とはフルタイム(週50—70時間)勤務を、出産や子育てに時間を割かずに40年間休みなく行うことができる人だと考えられていました。当時、研修修了後の医師の就職先は性別にかかわらずそのような職場に限られていました。この「理想」は、男性医師の生活様式には当てはまっていましたが、多くの女性医師はこの基準を満たしながら家庭を持つことが不可能ではないにせよ、困難だと感じていました。

日本でも同様だと思うのですが、子どもが小さく手がかかる時期に、仕事に多くの時間を割かれることが葛藤となり、不幸にも「仕事をとるか家庭をとるか」という二者択一を、女性医師に強いることになりました。彼女たち

は、米国医科大学協会(Association of American Medical Colleges: AAMC)の統計報告書とパイオニアとしての若手女性医師の活動に支えられながら、家庭と臨床や基礎研究でのキャリアを両立させることを求め続けたのです。

現在では、そのような女性医師の活動の結果、パートタイム診療を含んだより柔軟な勤務体系が設けられ、医療組織における管理職の在り方にも多様性が増しました。このように女性たちが、「成功(Success)」という言葉の意味を広げた結果、男性医師も生活のバランスや個人的な充足感を求められるようになったのです。

男女問わず定着した ワークライフバランス

松村 日本でも似たような状況にあると思います。男性医師にはもともと長時間労働が求められていますが、女性に対しても、同等のキャリアを得るには長時間働くことが求められているのが現状です。米国では、このようなジレンマを解決するためにどのような方法がとられてきたのでしょうか。

ハリソン それについては、少ない時間で質の高い仕事をした場合や、ゆっくりではあるけれど着実に成果を上げる仕事をした場合に、それに見合った賃金と待遇を提供する、「比例の原理(Principle of proportionality)」をWilliamsが提唱しています(註1)。

民間医療機関では、臨床部門、管理部門ともにパートタイム制やワークシェアリングを導入することが、時代の大きな流れとなってきています。そしてこの動きは、男性・女性を問わず定着してきているようです(註2)。

一方、大学病院や臨床教育病院のようなアカデミックな医療機関でも、多様な勤務形態が実践され始めていますが、その変化は民間医療機関よりは遅

ショート・ディスカッション

女性医師の歴史に関する研究で名高いエレン・ムーアは現代の女性医師を取り巻く環境について、次のように述べています。

「女性医師の行く手につきまとうのは、診療現場における彼女たちの能力や向上心の問題ではありません。むしろ、医療がますます市場原理に振り回される時代に、医療専門職自体が抱えている、専門職の価値の危機から生じている問題なのです」

「医療の世界で優れた存在であるため、女性医師たちはかつて同僚の男性医師とほぼ同様に生活の優先順位を決めなくてはなりません。しかし今日の女性医師たちは、米国医学界に対してそのような価値の判断基準を改め、成功の意味を多様化させ、さまざまなタイプの管理職の在り方を認めるよう求めています」

医療がますます組織集团的な構造になる中で、権威や裁量権の喪失を初めて経験した男性医師たちの一部は、こうした目標を女性医師たちと共有し始めています。

れています。それでも、小さな子どもを持つ女性・男性医師の多くは、フルタイムの医師の5—6割の勤務時間で、研究も含め満足のいくようなキャリアをアカデミックの分野で築くことに成功しつつあります。ただ、そのような勤務体系で働く人たちの昇進スピードは比較的ゆっくりとしたものです。また、勤務時間と家庭での時間のバランスをうまく調整することが必須条件になっています。

松村 昔と比べ、男性医師の中にも家庭生活をもっと充実させ、育児や家事に参加したいと望む人が増えてきていると思いますが、私たちは仕事と家庭の両立をどのように行っていけばよいのでしょうか。

ハリソン 女性の医師や研究者にとって、仕事と家庭の両立の上で直面している最大の課題は、「出産と子育てにどう対応するか」ということです。これまでの何世紀にもわたる社会の状況を変えるには、女性医師が増加し始めてからの50年という歳月ではまだまだ足りません。母親である女性医師は、仕事と家庭の両方の場面で、家庭人と医師としての役割を演じる達人になっています。私は、女性がキャリアを築く上で成功し続けるための唯一の方法は、家事・育児を行うのは女性だけではなく男女が共有すべき問題であることを、社会全体として認めることだと考えています。

一世代前には、専門職の男性にとって、フルタイムの仕事を求めないとか、必要以上の仕事の責任を負わないといった生き方の手本となる人は、ほとんどいませんでした。「男」とはフルタイム、あるいはそれ以上に働くものだったのです。しかし、最近の若い男性医師は、同僚たちの多くが働く妻を持ち、あらゆる面で子育てを分担しているのを見ています。その結果、男性でも多くの勤務先で、「家事は男性も分担するものだ」という新しい定義が受け入れられています。この傾向は医学界以外の職種でも同様で、育児とキャリアを両立させたい男女をともにサポートする動きが、法曹界やビジネスの世界でも進んでいます。

米国では、民間医療機関であれ大学病院であれ、若い医師たちの多くは家族と過ごす時間を増やしたいと希望するのですが、それには給与やキャリアアップの上での選択も求められます。

性別にかかわらず、仕事に割く時間を少なくすると、それ以前の世代の男性たちと同じペースでの昇進は望めなくなります。つまり、キャリアや収入の面では妥協する必要があるということです。

認め合って家事・育児を行う

松村 男性が家事を手伝う場合には、妻も夫に対して抱く期待の内容を変える必要があると思いますが、この点はいかがでしょうか。

ハリソン ええ、その必要は確かにありますね。私の家族を例にお話ししましょう。私は、救命救急医の夫と3人の子供の育児と家事を分担しています。夫は子供が生まれるまでは、オムツを替えたことすらなかった人でしたが、今では分担して育児を行い、料理も上手なとても面倒見の良い父親となりました。

一方、私は彼が家事や育児を彼のやり方であることを理解する必要がありました。というのは、例えば子供に食事を与えるときに「夫ではちゃんとしたやり方でできない」という理由で、母親の自分が毎回食べさせることにこだわったり、「服や髪飾りを上手にコーディネートできない」という子供に服を着せるのを男性に任せなかったら、ほとんどの家事・育児を女性がずっと続けなくてはならなくなります。しかも、同時に医師としての成功も求めながらです。これでは疲労困憊し、長続きしません。それで私は、夫が違うやり方で育児を行うのを受け入れることを学びました。最終的には、子育てについては夫のほうが私よりずっとうまくできることがわかり、私は医師の仕事と家事や育児を100%こなさなければならないというプレッシャーから解放されたのです。

註1 Williams J. Unbending Gender: Why family and work conflict and what to do about it. Oxford university press, New York, 1999

註2 ハリソン先生からの補足コメント: パートタイム制やワークシェアリングに男性・女性ともに興味を持ってもらうには、誰もやりたがらないような仕事で人を募集するのではなく、意義とやりがいがある形で募集することが大切です。また、その仕事が医師の関心や価値観、目標に合うよう、管理職には柔軟性が求められます。なぜなら仕事の満足度は医師の確保に直接影響するからです。

新ガイドラインに準拠した、コンパクトで具体的な運動負荷心電図検査の手引き

運動負荷心電図 第2版

その方法と読み方

運動負荷心電図検査は、簡便な方法にもかかわらず、得られる生理的な情報は多い。本書は、具体的な検査方法(心電図の取り方)と、症状・疾患の心電図診断(評価)をプラクティカル、かつコンパクトにまとめている。ACC/AHA、日本循環器学会の新しいガイドラインに準拠。循環器内科医はもちろん、健診、心臓リハビリテーションに関するコメディカルスタッフにも最適な1冊。

川久保 清
共立女子大学教授



新刊

慢性腎不全医療の新しい知識を盛りこんで全面改訂!

透析ハンドブック 第4版

よりよいセルフケアのために

腎臓病の専門病院として全国に知られた新社会第一病院スタッフが総力をあげて作り上げた透析の解説書。慢性腎不全医療の新しい知識を盛りこみ9年ぶりに全面改訂。平易な解説と親しみやすいイラストで透析医療にかかわる医療スタッフだけでなく、患者自身が理解してセルフケアにつなぐ視点でまとめられている。

監修 小川洋史
岡山ミサ子
編集 新社会第一病院在宅透析教育センター



新刊

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)

リハビリテーション レジデントマニュアル 第3版

編集=木村彰男
編集協力=里宇明元・正門由久・長谷公隆

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

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



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]

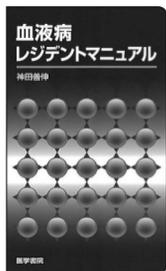


血液病 レジデントマニュアル

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に、随所に工夫・配慮がなされた書。診断基準や治療メニューなどの情報も充実しており、血液専門医にとってももちろん、手元にあると何かと役立つ資料として推薦の1冊。

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



内科レジデントマニュアル 第7版

聖路加国際病院内科レジデント 編

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

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



消化器内科レジデントマニュアル 第2版

東京大学消化器内科 編

実践に即した具体的なデータを収載し、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収載。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]

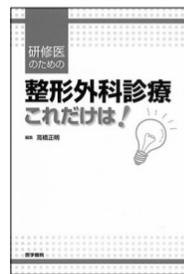


研修医のための 整形外科診療「これだけは!」

編集=高橋正明

整形外科医を目指す研修医が、「重大な見逃しなく、かつ要領よく」仕事を進めることができるように、研修医として最低限マスターしておかなければならない事項に限定して知識を整理した実践書。実際の診療場面に即し、内容を「診療室編」「救急室編」「手術室編」に分けてわかりやすく解説。研修医が陥りやすいピットフォールや研修で問われる要点も「サイドメモ」などにまとめた。雑誌「臨床整形外科」の好評連載に加筆・書き下ろしを加えて単行本化。

●B5 頁212 2009年 定価5,880円(本体5,600円+税5%) [ISBN978-4-260-00808-2]



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



レジデントのための これだけは知っておきたい! 消化器外科

編集=山本雅一

将来、消化器外科医を目指すという初期研修医、あるいは消化器外科医として実際に第一歩を踏み出した後期研修医を主たる読者対象に、消化器外科の魅力、やりがい、おもしろさを伝える書。手術の基本となる手技をどうやって磨くか、病棟業務、がん化学療法、さらには患者さんとのコミュニケーション、自分の適性、キャリアプランなどまで、多岐にわたる若手医師の疑問や不安に応える内容が満載。消化器外科は大変だけど、ゼッタイにおもしろい!

●B5 頁152 2008年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-00657-6]

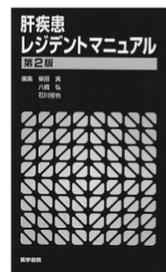


肝疾患レジデントマニュアル 第2版

編集=柴田 実・八橋 弘・石川哲也

昨今、社会的関心を集めているウイルス性肝炎は感染者数も多く、発症前後を通じ長期間の経過をたどる疾病であるが、一方、近年の医学の進歩により早期に発見して早期に治療すれば治癒する可能性が高い病気である。その意味では、今、肝疾患の医療体制の充実が急務である。本書は経験の浅い研修医にとって、肝疾患診療の現場で真に役立つマニュアルであり、また将来、専門医を志向する読者の興味にも応える内容充実の改訂第2版。

●B6変 頁456 2008年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00640-8]

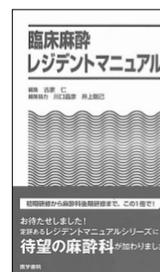


臨床麻酔レジデントマニュアル

編集=古家 仁
編集協力=川口昌彦・井上聡己

定評のあるレジデントマニュアルシリーズの1冊。研修に熱心に取り組んでいる奈良医大麻酔科が総力を挙げて作成した実践的マニュアル。麻酔薬の薬理、術前評価、手技、モニタリング、合併症対策、術後管理、危機管理などの必要十分な知識を網羅し、各科麻酔についてはよく遭遇する重要な症例という切り口で臨床に即役立つように構成した。この1冊で初期研修から麻酔科後期研修、専門医を目指すレベルまで対応。

●B6変 頁320 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00617-0]



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

Evidence Based Clinical Practice

レジデントのための

谷口俊文
ワシントン大学感染症フェロー

第15回

電解質異常へのアプローチ (後編)

前回はカリウム (K) の異常について学びました。今回は同様に重要なナトリウム (Na) の異常です。ワークアップ、補正の仕方は内科の基本ですが、そのピットフォールに迫ります。

Case

50歳の男性で慢性アルコール依存症。体重60kgである。意識障害にて来院。入院したときの血清Na値は102mEq/Lであった。血清浸透圧は210mOsm/kgで尿Na値は21mEq/Lである。生理食塩水(0.9%)に40mEq/LのKを加えた輸液点滴静注。翌日血清Na値は119mEq/Lまで上昇。入院4日目には136mEq/Lまで上昇していた。このときには全身の脱力感を訴えていたが、退院となる。その5日後に再び意識障害と構語障害、運動失調などで入院となる。MRI(T2とFLAIR)では橋、基底核と視床の高信号域を認めた。

Clinical Discussion

Na値の補正を正しく行うためにはどのように補正すればよいのだろうか? その基本的な考え方をここでは学ぶ。この患者はアルコール依存に見られる慢性低Na血症を呈しており、急激な補正により浸透圧性脱髄症候群(ODS: Osmotic Demyelination Syndrome)を発症した症例である。どのようにすれば正しい補正ができたのだろうか?

マネジメントの基本

低Na血症で一番問題になるのは心不全の患者である。これらの患者層にて低Na血症が死亡率、心不全による入院の独立したリスクであることがESCAPE Trialのサブ解析(Arch Intern Med. 2007 [PMID: 17923601])にて示されている。また、なんら既往のない患者でも低Na血症は予後不良のデータ(Am J Med. 2009 [PMID: 19559171])を示すものもある。故に決して無視してはいけぬ。

高Na血症は入院患者においては若者にもみられ、正しく治療されていないことが指摘されている(Ann Intern Med. 1996 [PMID: 8533994])。

ワークアップ

Naの異常をみたら基本となる以下の4点をそろえる。アルゴリズムは図1, 2を参照。その他の検査はそれぞれのアルゴリズムの結果次第で追加する。

- 1) 血清浸透圧 (P_{osm}) (実測値) の測定
- 2) 体液量の推測 (バイタルサイン, 身体所見, JVP, 皮膚ツルゴール, BUN, クレアチニン, 尿酸値などより)
- 3) 尿浸透圧 (U_{osm}) の測定
- 4) 尿Na値の測定

Na補正のポイント

- 無症候性低Na血症: 血清Na値の補正は0.5mEq/L/時以下とする。
- 症候性低Na血症: 症状がなくなるまで最初だけ迅速投与(最初の2-3時間の血清Na値補正は2mEq/L/時)。
- 補正するNaの上昇は1日に10mEq/Lを超えないこと。特に慢性的な低Na血症だった患者のNaを補正する場合に気をつける。これは浸透圧性脱髄症候群を起こさないために重要である。
- 高Na血症の補正もゆっくり行う。0.5mEq/L/時以下で1日に10mEq/Lを超えないようにする。高Na血症により脳が縮んだ状態から回復する過程で脳浮腫を起こさないようにするため

である。

- どの濃度の食塩水を使用すると1Lあたり患者の血清Na値がどの程度変動するかは、以下の数式を使用して大まかな目安を計算する。詳細は文献①②参照。

$$\Delta[\text{Na}]_{\text{serum}}/\text{L} = \frac{([\text{Na}]_{\text{infusate}} + [\text{K}]_{\text{infusate}}) - [\text{Na}]_{\text{serum}}}{\text{TBW} + 1}$$

[Na] serum: 血清Na濃度, [Na] infusate: 投与する輸液のNa濃度, [K] infusate: 投与する輸液のK濃度
TBW: 体内総水分量 (TBW = 0.60 × IBW [標準体重] だが、高齢者は0.5を掛ける)
*ただしあくまで推定なので、急性期には2-3時間おきに血清Na値を確認する。

- 高Na血症における水分欠乏量の目安は以下の通り。

$$\text{水分欠乏量} = \frac{\text{TBW} \times ([\text{Na}]_{\text{serum}} - 140)}{140}$$

*高Na血症でのTBWの推定には、通常より10%程度少なく見積もることがある。

- 海外の教科書や文献にみられる高張食塩水(3%)は、生理食塩水(0.9%)400mLに10%NaCl(20mL)を6アンプル追加することにより作ることができる。

低Na血症

最も多いのが低張性低Na血症であり、これを中心に考えればよい。高張性低Na血症は高血糖などを伴う偽性低Na血症、等張性低Na血症は高蛋白質血症、高脂血症などが原因になるので必ず鑑別診断に入れておくこと。「血糖値が100mg/dL上昇すると血清Na値が2.4mEq/Lずつ低下する」と大まかに覚えておくと便利である。

低張性低Na血症は体液量によってアプローチが異なる。体液量減少の場合、生理食塩水(0.9%)による輸液が基本となる。体液量が回復するとADH分泌の刺激がなくなり腎にて水分を排出するようになるため、血清Naの補正は進む。計算式だけでは推定できないが、大まかな参考として知っておくことは重要。体液量正常なSIADHなどの場合、水分摂取制限の効果がみられなければ高張食塩水を使用する。効果を最大限に高めるためにループ利尿薬を併用することもある。

V1aとV2バソプレッシン受容体拮抗薬のコンニバプタン(conivaptan)は、小規模研究ながら血清Na値を上昇させる結果を出しており(Am J Nephrol.

2007 [PMID: 17664863]), 重症低Na血症の治療の一つとして期待される。V2バソプレッシン受容体拮抗薬のトルバプタン(tolvaptan)は, SALT (N Engl J Med. 2006 [PMID: 17105757])にて体液量正常もしくは過剰の低Na血症に対して血清Na値を上昇させることを示した。心不全など体液量過剰の場合、水分摂取制限のほかはACE阻害薬、ループ利尿薬などがあるが決定的な治療に欠ける。トルバプタンを利用した心不全患者における低Na血症治療の臨床試験が行われ(EVEREST: JAMA. 2007 [PMID: 17384437]と[PMID: 17384438]), 腎不全など大きな副作用はなく、低Na血症の改善や急性心不全の症状改善などを示したが、短期的・長期的な死亡率、心不全による入院率など改善はみられなかった。トルバプタンの位置付けに関しては今後も注目すべきである。

高Na血症

まずは腎からの水分喪失か腎以外からの水分喪失かを考える。入院後の輸液、利尿薬など医原性によることが多いが、尿崩症などの内科疾患を見逃さないことは重要。意識疎通のできない患者(意識障害や挿管された患者など)の場合は水分を思い通りに摂取できずに高Na血症が進行するケースがある。このような症例を見逃さない。

診療のポイント

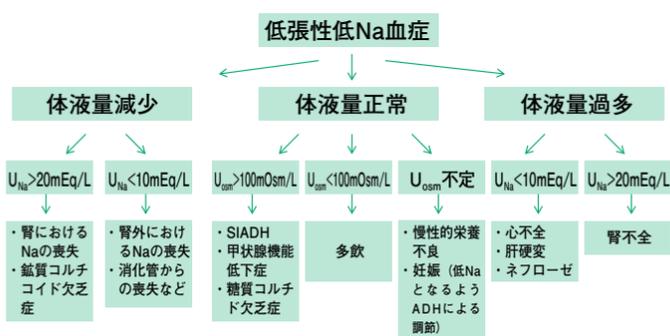
- Naの異常値は見逃さない。
- 体液量のバランスを推定するのが重要。
- 輸液による血清Naの補正の推定を計算する。
- 補正はゆっくり行うのが基本。

この症例に対するアプローチ

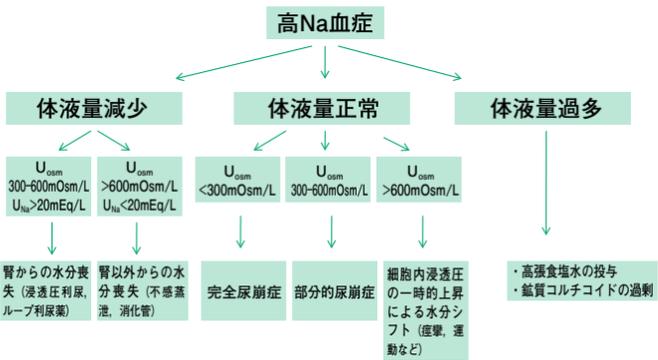
この患者の推定体内総水分量は36L(0.6×60kg)である。体液減少性低張性低Na血症にて、0.9%生理食塩水に40mEqのKを付加した輸液を使用。1Lの点滴静注で血清Na値を2.5mEq([154+40-102]÷[36+1]÷2.5)上昇させることができる。慢性低Na血症はゆっくりと補正するのが基本であり、体液量が正常に戻るとADH分泌に対する刺激がなくなり腎が水分を排出し始め、Naの補正は計算式以上に早くなる。12時間かけて1L輸液を与えた段階で血清Na値を計測し、必要に応じて輸液を続けるかを検討する。1日に10mEq/L以上補正しないように注意する。

Further Reading

- ① Adrogué HJ, Madias NE. Hyponatremia. N Engl J Med. 2000; 342 (21): 1581-9. [PMID: 10824078]
- ② Adrogué HJ, Madias NE. Hypernatremia. N Engl J Med. 2000; 342 (20): 1493-9. [PMID: 10816188]



● 図1 低張性低Na血症へのアプローチ



● 図2 高Na血症へのアプローチ

今こそ地域がん診療ネットワークの構築を!

パスでできる! がん診療の地域連携と患者サポート

がん対策基本法が施行され、その推進基本計画において、がん診療連携拠点病院には、集学的治療および緩和ケアを提供する体制、5大がんの地域連携パスの整備が求められている。本書では、その5大がん+前立腺がんの地域連携について詳述し、緩和医療、ホスピスとの連携、さらには退院調整、患者中心のネットワーク作りまでをわかりやすく解説。拠点病院の医療者はもちろんのこと、連携先病院のスタッフ、かかりつけ医、そして医療行政に携わる人まで、関係者必読の書!

編集 岡田晋吾
北美原クリニック 理事長
谷水正人
四国がんセンター 統括診療部長

ISBN978-4-260-00883-9

医学書院

"Bad News"をどう伝えるか。がん種ごとの具体的なケースに沿って学ぶ。

続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル

実践に学ぶ悪い知らせの伝え方

がんの診断、再発、積極的抗がん治療中止をはじめとする悪い知らせ-Bad Newsをどのように伝えるかという困難なコミュニケーションに日々直面している医療者に向けて、いかに困難な場面においても、患者との意思疎通をはかるために必須のコミュニケーションの基本から効果的な技法までを、がん種ごとにケースをあげて実践的にまとめた書。がん医療に今強く求められているコミュニケーションの向上をめざして。

編集 藤森麻衣子
国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部
内富庸介
国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部部長

ISBN978-4-260-00870-9

医学書院

忙しい救急外来。昼食をとる間もなくめまぐるしく走り回る研修医のあなたは今日10人目の患者を診察しました。今日は主訴が胸痛の患者が多く5人目。胸痛患者へのアプローチはできていますか?

Case

49歳女性。主婦。3日前から労作時に胸部正中の胸痛が発生。胸痛は15分程度続き安静で軽快、冷や汗を伴う。既往に高血圧あり。深部静脈血栓の既往なし。血痰なし。来院時は胸痛はなし。血圧160/80mmHg、心拍数60/分、呼吸数12/分、SpO2 98% (RA)。診察にて胸部腹部、四肢に異常を認めず。

研修医のS医師は、「やっぱり心臓からだよな。よし、心電図でST上昇をまず否定。そしてトロポニンが陰性なら、胸痛もおさまっているし、帰宅させてもいいかな」と考えた。

Question

Q1 心電図はいつまでにとればよいか?

A 来院から5分以内が望ましい。

救急医療では問診、身体所見の前に救急のABCを確認することが大切であり、胸痛や脳卒中においては心電図や頭部CTを迅速に施行することも必要である。

Q2 主訴が胸痛であることから、肺塞栓を考慮し、Dダイマーをオーダーすべきか?

A 擬陽性も多いので、Dダイマーは選択的にオーダーする。

肺塞栓を鑑別診断として考える際には低リスクなのか、中等度なのか、高リスクなのかを念頭に入れなければならない。低リスクならば、PERC (Pulmonary Embolism Rule out Criteria) (表1)を使うことができる。この基準に従うと、患者はすべての項目を満たしており、病歴と身体所見でDダイマーと同等の感度まで到達できる。ゆえに、Dダイマーは必ずしも必要ではない。

Dダイマーの問題点は、擬陽性になる場合が少なからずあることであり、DダイマーによってCTを少なくしようとしたにもかかわらず、本来ならばCTが必要な症例にもCTがオーダーされているという報告もある (Am J Emerg Med. 2006 [PMID: 16490664])。一生におけるCTの回数がかんがの発生率と関連するという報告 (N Engl J Med. 2007 [PMID: 18046031]) もあり、現在

表1 PERC (肺塞栓除外) ルール

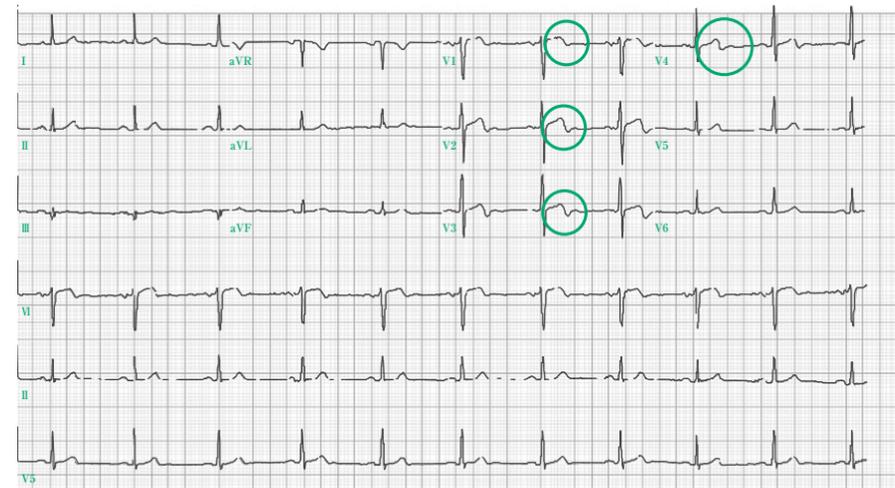
- *以下のすべてに当てはまれば感度97-8%
・年齢50歳未満
・心拍数100/分未満
・SpO2 > 94%
・片側の下肢腫脹なし
・血痰なし
・最近の手術もしくは外傷なし
・肺塞栓や深部静脈血栓の既往なし
・経口避妊薬の使用なし

それで大丈夫? ERに潜む落とし穴



わが国の救急医学はめざましい発展を遂げしてきました。しかし、まだ完全な状態には至っていません。救急車の受け入れの問題や受診行動の変容、病院勤務医の減少などからERで働く救急医が目まぐるしく変化しています。また、臨床研修とともに救急部における臨床教育の必要性も認識されています。一見初期研修医が独立して診療可能にも見える夜間外来には、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いたします。

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



Wellens 症候群患者の心電図 (○で囲んでいる部分に二相性のT波が見られる。)

は救急部でのCTをオーダーしすぎないようにする傾向がみられる (それでも米国の救急部ではリスク回避、診断のために多くのCTがオーダーされている)。

Q3 大動脈解離の疑いはないか?

A 完全に否定できないが、高くない。

「胸部X線にて縦隔の拡大を認めない」「血圧の左右差を認めない」「移動性の胸痛がない」と確認された場合に大動脈解離がある可能性は7%とされる2)。また、発症24時間以内の症例で大動脈解離を疑うときに、肺塞栓のときと同様に500ng/mLをカットオフ値に使用したDダイマーが陰性であれば、陰性尤度比が0.073)であるという報告もある。この患者の場合、来院時には胸痛も背部痛もないため、上記3つの条件がクリアされれば筆者ならそこでストップする。

Q4 もし、この患者の心電図、トロポニン値が正常であった場合は帰宅可能か?

A リスクファクターのある胸痛患者を経過観察せずに帰宅させる診療には、落とし穴があることをよく理解しておいたほうがよい。

不安定狭心症のTIMI (Thrombolysis In Myocardial Ischemia; 心筋虚血における血栓溶解) リスクスコアが0であ

っても、心筋梗塞の可能性が5%はある。5%のリスクをとるのか、それとも数回トロポニンを測った後に負荷試験をするというアプローチをとるのか。米国では、5%であっても心筋梗塞を見逃すリスクをとる医師は少なく、多くの胸痛患者は入院する。しかしながら、最近では低リスクの患者に関しては72時間以内に負荷試験を行うのでもよいという報告 (Ann Emerg Med. 2006 [PMID: 16631983]) もある。

Q5 この心電図 (図) をとった際には典型的なST上昇やST低下はない。ほかに虚血を示唆する所見はあるか?

A ある。

救急医が救急部で心電図を解釈する

Watch Out!

胸痛へのアプローチでは、致死性の疾患をどのように除外していくかが大切で、その疾患の重み、検査前確率の予想から、十分な検査後確率を達成する検査計画が望まれる。常に虚血性疾患だけでなく、肺塞栓、大動脈解離、食道疾患、気胸なども考慮に入れて問診・診察をしなければならない。検査前確率に応じてバイオマーカーや画像診断を組み合わせることが求められる。虚血性心疾患をメインに疑う胸痛患者の場合、トロポニンなら3-4時間ごとに複数回、中リスク以上であれば帰宅させずに負荷テストをすることが安全な診療であろう。

Wellens 症候群は、胸痛のないときの心電図が重要である。そして必ず冠動脈造影が必要になる。典型的なST低下・上昇だけでなく、救急外来で働く医師が知っておくべき心電図所見である。

表2 Sgarbossa の診断基準

Table with 2 columns: 心電図所見, 表示値. Rows include QRS and ST elevation criteria.

3点以上では、左脚ブロックにおける急性心筋梗塞の診断に有効であった。

ときは、前壁、下壁など解剖学的なST部分のグループを見ていくが、それに加えて知っておくべきパターンがある。左脚ブロックにおけるSgarbossaの診断基準 (表2) などそのひとつである (Ann Emerg Med. 2008 [PMID: 18342992])。

この患者の心電図は、V1からV4に二相性のT波を認めるため、Wellens 症候群4)の頻度の少ないほうのタイプだと考えられる。Wellens 症候群で特筆すべきことは、多くの患者で有症状時と無症状時の心電図が異なる波形を示すことが多い点である。特にWellens 症候群と診断するためには、無症状時の心電図が必要である。頻度の多いほうのタイプでは、深く陰転化したT波が主にV1からV4を中心に見られる。どちらも、左冠動脈前下行枝の高度の狭窄が示唆される。このような患者は負荷試験を受けるべきではなく、直接冠動脈造影が必要である。

Disposition

患者はWellens 症候群と診断され、循環器内科にて冠動脈造影を行ったところ、左冠動脈前下行枝の高度狭窄が見つかり、血管形成術が施行された。

Further reading

- 1) Kline JA, et al. Prospective multicenter evaluation of the pulmonary embolism rule-out criteria. J Thromb Haemost. 2008; 6(5): 772-80.
2) von Kodolitsch Y, et al. Clinical prediction of acute aortic dissection. Arch Intern Med. 2000; 160(19): 2977-82.
3) Suzuki T, et al. Diagnosis of acute aortic dissection by D-dimer: the International Registry of Acute Aortic Dissection Substudy on Biomarkers (IRAD-Bio) experience. Circulation. 2009; 119(20): 2702-7.
4) Rhinehardt J, et al. Electrocardiographic manifestations of Wellens' syndrome. Am J Emerg Med. 2002; 20(7): 638-43.

「難しい」といわれる人工膝関節置換術を、最前線で活躍する術者がわかりやすく解説

人工膝関節置換術 手技と論点

人工膝関節置換術をめぐっては、その手術法や使用するインプラントのデザイン、周術期の管理、最小侵襲手術 (MIS) の是非など、いくつかの論点が存在する。これらの論点を軸としながら、一般的に手技が「難しい」といわれている膝の人工関節置換術の方法やコツ、ピットフォールなどを最前線の現場で活躍する術者がわかりやすく解説する、実践的な手術書。

- 編集 松野誠夫 北海道大学名誉教授・奥羽労災病院名誉院長・北海道整形外科記念病院理事長
龍順之助 日本大学医学部総合科学研究所教授・整形外科
勝呂徹 東邦大学教授・整形外科
秋月章 長野松代総合病院・院長
星野明穂 川口工業総合病院・院長
王寺享弘 福岡整形外科病院・院長



感染症が疑われる目の前の患者に、どうアプローチすればいいのか?

市中感染症診療の考え方と進め方 IDATEN感染症セミナー

日常診療で誰もが遭遇する市中感染症。医師は目の前の患者をどう診断し、治療していったらいいのか? 感染症診療の新時代を拓くIDATEN (日本感染症教育研究会) 講師陣が、そのプロセスをわかりやすく解説する。相互レビューによって吟味された1つひとつの項目に、「市中感染症診療のスタンダード」が示されている。

編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会



論文解釈のピットフォール

植田真一郎

琉球大学大学院教授・臨床薬理学

第
12
回

客観性の低いエンドポイントで治療効果を過大評価する危険性

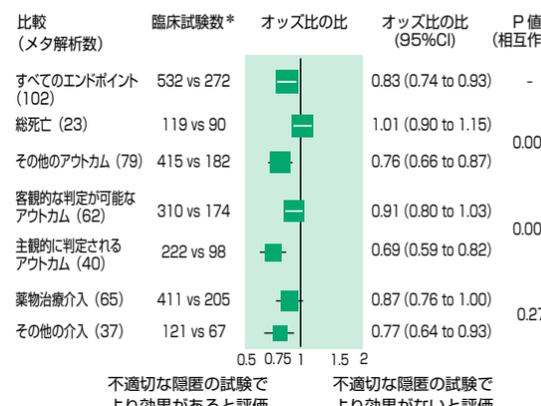
ランダム化臨床試験は、本来内的妥当性の高い結果を提供できるはずですが、実に多くのバイアスや交絡因子が適切に処理されていない、あるいは確信犯的に除去されないままです。したがって解釈に際しては、「騙されないように」読む必要があります。本連載では、治療介入に関する臨床研究の論文を「読み解き、使う」上での重要なポイントを解説します。

これまで何回かに分けて、より重篤度の低いエンドポイントに関連して生じる問題についてお話ししました。そして今回は、そのようなエンドポイント(循環器領域では「狭心症での入院」など)判定において客観性を維持することが困難であること、試験間で診断基準の統一がなされていないことなどの問題点を指摘しました。さらに、これらは PROBE 法と呼ばれるオープン試験で特に問題になりやすいことを理解していただきたいと思います。

PROBE 法では、主治医が割り付け治療の内容を知ってエンドポイントを判定することで生じるバイアスを排除し、客観性を維持するために、割り付け治療の内容を知らされていない独立した委員会が判定することになっています。しかし、例えば「入院」や「PCI」などは判定しようがなく、入院の理由になるような疾患は報告があれば判定できても、入院しなければエンドポイントとしてカウント(報告)しないわけですから、結局主治医の判断に左右されることになってしまいます。事実、連載第9回で取り上げた、PROBE法を採用している JIKEI HEART STUDY は、この「入院」エンドポイントで大きな差が生じており¹⁾、その結果を明確な約40%の複合心血管イベントリスクの減少と解釈することが妥当かどうか、今後の研究を待つ必要があります。

判定に際して主観が入りやすい、重篤度の低いエンドポイントによる治療効果の評価は、オープン試験だけではなく、治療薬の割り付けが不適切であった場合にも信頼性が低いものとなる可能性があります。ランダム化比較試験の報告に際して記載すべき事項は、現在 CONSORT 声明として標準化されています²⁾。この CONSORT 声明の項目が適切に行われ、かつ報告されているかどうかをみることで、試験の質を評価することができます。

この中に、「割り付けの隠匿(allocation concealment)」という項目があります。これは、試験に登録された患者にどの治療法が割り付けられるか、患者も研究者も知るができない方法が用いられているかどうかということです。二重盲検でなく、しかも割り付け薬の予想ができ、主観的に判定されやすいエンドポイントであれば、例えば患者の選択により薬物介入の効果がより大きくなることも十分考えられます。



*不適切な割り付けの隠匿 vs 適切な隠匿

● 図1 割り付けの隠匿が適切に行われたか否かが治療介入の効果(オッズ比)に与える影響・エンドポイント別の検討(文献4より改変)

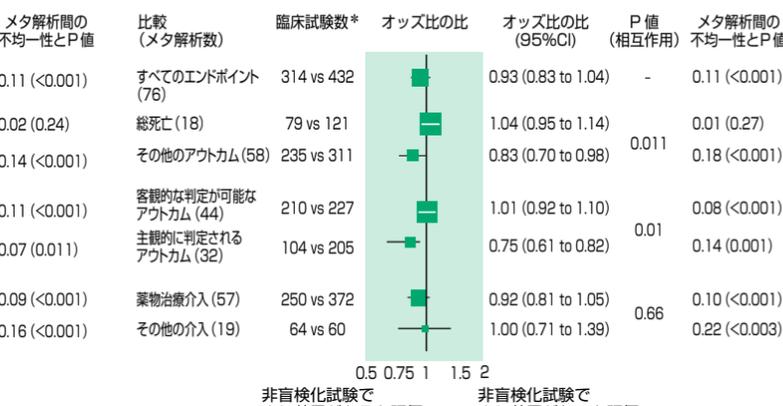
不適切に割り付けの隠匿が行われた臨床試験532例のオッズ比に対する、適切に行われた臨床試験272例のオッズ比の比。総死亡では比がほぼ1であり影響は認められないが、その他のエンドポイントでは、有意に過大評価となる。また、客観的に判定可能なエンドポイントと主観が入りがちなエンドポイントの間にも影響の違いが見られる。後者では、適切な割り付けの隠匿が実施されていない場合、オッズ比は1.5倍になってしまう。

不適切な割り付けの隠匿や二重盲検法が行われると……

実は、以前から盲検化が(可能であるのに)行われていないことや、割り付けの隠匿が適切に実施されていないことによって、研究結果に影響が出る可能性が指摘されていました。Schulzらは、同じ治療介入を評価した研究でも、中央割り付けなどで割り付けの隠匿が適切に行われている研究と比較すると、適切に行われていない研究(例として、誕生日やカルテ番号での割り付け。これらは次の割り付け治療を知ることができる)や、二重盲検法を採用していない研究では、治療効果を過大評価する危険性があることを報告しています³⁾。

Woodらは、これをエンドポイントの種類ごとに検討しています⁴⁾。図1は、割り付けの隠匿が不適切あるいは行われていなかった532研究と適切に実施されていた272研究で得られた治療効果の比較をオッズ比で表したものです。これを見ると、割り付けの隠匿が適切に行われなかった研究で効果を過大評価していることが明らかです。特に、より主観的なアウトカム(〇〇による入院など)でその影響が大きく、客観的に評価できるアウトカムと比較すると有意差があります。また、最も重篤で客観性の高いアウトカム、総死亡と比較すると、その他のアウトカムはやはり過大評価になってしまうようです。

図2は、二重盲検法を採用している



*非盲検化試験 vs 盲検化試験

● 図2 二重盲検法が行われたか否かが治療介入の効果(オッズ比)に与える影響・エンドポイント別の検討(文献4より改変)

非盲検化臨床試験314例のオッズ比に対する盲検化臨床試験432例のオッズ比の比。総死亡や客観的に判定可能なエンドポイントでは比がほぼ1であり、効果は総死亡以外のエンドポイント、主観が入りがちなエンドポイントでは過大評価になる可能性が示唆されている。主観が入りがちなエンドポイントでは盲検化されていない場合、オッズ比は1.3倍になってしまう。

かどうかで同様に影響を評価したのですが、総死亡以外のエンドポイントでは有意に影響を受け、効果を過大評価する可能性があること、また主観的なエンドポイントで非盲検化により効果を過大評価してしまう恐れがあることが明らかになっています。結局前述したように、信頼性の高い結果を得るには、1次エンドポイントには客観的に判定できる、重篤度の高い、患者医師双方に重要なエンドポイントを用いること、割り付けの隠匿を適切に実施することが重要です。また、オープン試験でも割り付けを適切に実施し、エンドポイントの判定をなるべく標準化し、主観を排するように努めることも重要と言えます。ここまで書くと、すべて二重盲検化すればいいのではという意見が出ると思います。しかし二重盲検化が逆に不適切、不可能となる場合もあるのです。

Efficacy と Effectiveness

そもそも前述したような問題の多い PROBE 法がなぜ採用されるのでしょうか? 日本においては、二重盲検法を採用しにくいという状況があります。短期間ならともかく、欧米の試験のように数年間にわたってプラセボが投与されることは、患者医師双方にとってなかなか受け入れがたいものだと思います。しかし本来は、PROBE法は二重盲検法の代替でもないし、それぞれの優劣を論じるべきものでもありません。試験の目的によって使い分け

るべきものなのです。連載第5回では、RCTと観察研究はそれぞれ目的が異なっており、前者は薬剤そのものの効能(efficacy)をより実験的な環境で評価し、後者はその薬剤を用いた治療の、より現実的な医療の現場での効果を評価するものと述べました。また、この中間にあたるような、よりプラグマティックな、広い範囲の患者を対象としたRCTについても少し触れました。すなわち薬剤が開発され、その効能を評価しようとするとき、当然厳格な評価が必要とされますから、厳密に二重盲検法を用いた評価が必要です。しかし、承認後使用されるようになってからの臨床試験では、効能よりも診療の現場での治療法(その薬剤を用いることで生じる他の医療行為などを含めたもの)の効果(effectiveness)の評価が必要になります。このときは二重盲検法では難しく、PROBE法が必要なのです。今回はこのことを詳しくお話しします。

参考文献

- 1) Mochizuki S, et al. Jikei Heart Study Group. Valsartan in a Japanese population with hypertension and other cardiovascular disease (Jikei Heart Study): a randomised, open-label, blinded endpoint morbidity-mortality study. Lancet. 2007;369(9571):1431-9.
- 2) The CONSORT statement(accessed 2010/2/12) <http://www.consort-statement.org/>
- 3) Schulz KF, et al. Empirical evidence of bias. Dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. JAMA. 1995;273(5):408-12.
- 4) Wood L, et al. Empirical evidence of bias in treatment effect estimates in controlled trials with different interventions and outcomes: meta-epidemiological study. BMJ. 2008;336(7644):601-5.

最新の定義に基づいた分類と解釈で、脳波判読のコツを伝授!

脳波判読に関する101章 第2版

脳波判読に欠かせないキーワードを101選び、見開き2ページ読み切りの形でまとめた。脳波判読のコツとその波形がもつ意味について、どこからでも読めるテキストとなっている。第2版では、国際臨床神経生理学学会の定義に基づいて波形の解釈を見直し、てんかんの国際分類などを最新のものに更新させた。また、新たに巻末付録として用語集をつけた。

一條貞雄
仙台富沢病院
高橋系一
北習志野花輪病院



ダーウィン・イヤーの最後を飾る、ベストセラー テキストの邦訳

進化 -分子・個体・生態系

▶ 分子から生態系まで、進化生物学の諸分野を現代的視点で捉え直した話題の書。進化生物学と分子生物学との関わりを踏まえ、古典/伝統的な進化学から、分子遺伝学、ゲノム学、バイオインフォマティクスの知見に基づく最新の進化学まで包括的に解説。オールカラーの美しいイラストを豊富に掲載し、要点をおさえた記述は簡明。ゆえに理・医・農の学部学生や大学院生の入門的教科書・参考書に最適。加えて進化学者をはじめ、分子生物学者にとっても、進化研究の概略を知る総説として価値ある一冊。

監訳
宮田 隆
京都大学名誉教授
星山大介
東京大学総括プロジェクト機構特任助教

定価15,750円(本体15,000円+税5%)
A4変 頁928 図・写真1000点 2009年
ISBN978-4-89592-621-8

今回は、よく出合う疾患の1つ、蕁麻疹です。まず、蕁麻疹の膨疹を理解しましょう。蚊に刺されたあとのプツリというイメージしやすいです。特徴は、薄紅色でわずかにふくらみがあり、押すと色が退色し、かゆみを伴います。また、1つの膨疹に注目すると、24時間以内(ほとんどは数時間以内)で消えることもポイントです。

対して、押しても色が抜けない、一度出た皮疹1つをみると何日にもわたってそこに存在する、といった場合は、他の疾患、例えば単純性痒疹といったものから、血管炎、皮膚リンパ腫なども含めた鑑別が必要になります。

急性はアレルギー反応、慢性は原因不明が多い

さて、この蕁麻疹ですが、発症してから1か月以内のものを急性蕁麻疹、1か月以上のものを慢性蕁麻疹と分けられます¹⁾。「そうすると、1か月に3日足らないのと、1か月と3日たった蕁麻疹では何か違うんですか?」……そんなことはありません。この分け方は、欧米では6週間を目安としているくらいですから、1か月に厳密に分ける意味は実用上ありません。ただ、このあたりで分けてみると、特徴に違いがみられます。

まず、急性蕁麻疹の多くは一過性ですが、(慢性蕁麻疹と比べて)激しい症状が多い傾向があります。原因として、食物、薬剤、虫刺されなどによるアレルギー反応が多く挙げられます。食べ物では、成人の場合はピーナッツ、魚、甲殻類など、小児の場合は卵、牛乳などが多くとされます。薬剤では、よく使用されるNSAIDs(非ステロイド性抗炎症薬)や抗菌薬に多い傾向があります。また、感冒や胃腸炎などのウイルス感染が蕁麻疹の原因となることもあります(この場合、ウイルス感染によるものか、服用した薬剤によるものかの判断は難しくなります)。

慢性蕁麻疹の場合、その多くは原因不明(特発性)です²⁾。中には、IgEまたは高親和性IgE受容体に対する自己抗体がみられる場合もありますが、通常の検査ではわかりませんし、特別な治療もありません。原因不明で、長期にわたって毎日のように繰り返し症状がみられるため、医者泣かせな疾患です。

知って上達!

アレルギー

森本佳和

医療法人和光会
アレルギー診療部

第12回

蕁麻疹

臨床において出合うアレルギーと免疫疾患について、最近の見聞や雑学を交えながらわかりやすく解説します。アレルギーに興味を持って、ついでに(?)診療スキルをアップさせていただければ、筆者にとってこれに勝る喜びはありません。

むやみな検査は避けるが、原因検索の姿勢も時には有用

プロスペクティブに追跡した研究では、慢性特発性蕁麻疹は1年後で約70%、5年後でも14%が持続しています³⁾。このようなゆっくりした減り方ですから、数年間続くことも少なくありません。毎日悩まされるかゆみと皮疹、繰り返す蕁麻疹はもう治らないのではないかという不安も大きく、患者の不満がどうしても大きくなります。この過程で、「原因は内臓が悪いからではないですか?」といった質問がよく出てきます。慢性蕁麻疹の原因検索のためにむやみに検査を行うことには意味がなく、一般的に勧められていないのですが、検査が適切と考えられる場合もあります。

例えば、慢性蕁麻疹の場合、甲状腺機能異常との関連性がしばしば指摘されています。甲状腺自己抗体があると、蕁麻疹が遷延しやすいことも報告されています。もともと甲状腺機能異常は内科医にも見落とされやすい疾患です。TSH(甲状腺刺激ホルモン)、FT₃(遊離トリヨードサイロニン)を含めた血液検査は容易なので、臨床的に疑われる所見があれば甲状腺機能異常のスクリーニングを考えるきっかけとしてもよいでしょう。特に女性の慢性蕁麻疹では、甲状腺機能異常がしばしばみられます。また、蕁麻疹と悪性疾患の関連性は高くないため、画像検査や内視鏡検査などをルーチンに行う必要はありませんが、場合によっては単純

X線撮影、便潜血検査や尿検査などの検査を考えてもよいでしょう。

さらに、ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌で慢性蕁麻疹が軽快したという報告も見られます。特にわが国においては、その有病率と胃癌予防の観点から、ヘリコバクター・ピロリスクリーニングが勧められつつあり、感染のチェックを考えることも悪くはないでしょう。むやみな検査は慎むべきですが、原因検索の姿勢はストレスの大きい慢性蕁麻疹を持つ患者と良好な関係を保つ助けとなりますし、何か異常が見つかって、それが治療されたとしたら望ましいことです。

非アレルギー機序による蕁麻疹には、物理性蕁麻疹(機械的蕁麻疹、寒冷蕁麻疹、日光蕁麻疹、温熱蕁麻疹など)が含まれます。これらは擦過・寒冷・日光・温熱といった物理的刺激によって誘発される蕁麻疹です。また、コリン性蕁麻疹は運動や入浴などの発汗刺激で誘発され、かゆみとチリチリした刺激感を伴う多数の点状の皮疹が生じます。これらの蕁麻疹の誘発因子については、きちんと尋ねれば患者が教えてくれます。誘発因子に曝露されたから蕁麻疹が出るまでが短時間のため、患者が原因を認識しやすいのです。

治療は抗ヒスタミン薬を中心に試行錯誤も必要

蕁麻疹の治療ですが、原因や誘発因子がわかった場合はその除去や曝露予防を行うことが基本です。原因不明の慢性特発性蕁麻疹のような場合、自然

消退を待つまでの間、症状をできるだけ抑えることが治療の目標となります。薬剤治療は、H₁受容体拮抗薬(抗ヒスタミン薬)の内服が中心です。症状軽快まで、1-2か月間は継続してH₁受容体拮抗薬を投与します。いったん軽快・治癒したように見えても繰り返し再発するため、予防的に薬剤投与を継続するほうがいいとも言われます。症状がなくなれば、1-2週間ごとに毎日→隔日→3日、と投与間隔を延長しながら漸減していくとよいでしょう。

H₁受容体拮抗薬の効果が不十分な場合は、他剤への変更(例えばアレグラ®をジルテック®に:またはその逆に)や増量を考慮します。また、同じ1日量でも、1日2回投与を1日1回投与にする、または逆に1日1回投与を1日2回投与にする、といった変更が有効な場合があります。このあたりの試行錯誤が必要ですが、経過は長期にわたるため、適した投薬方法を探っていくのに十分な時間はあります。

また、皮膚のヒスタミン受容体の15%はH₂受容体といわれ⁴⁾、H₂受容体拮抗薬(ガスター®・ザンタック®など)の併用も、ある程度の効果が期待されます。また、ロイコトリエン阻害薬の併用も効果があるといわれ、これらを保険適用に注意しながら考慮してもよいでしょう。これらの薬剤でも効果が不十分な場合には、全身ステロイド薬(多くはプレドニゾロンとして10mg/日まで)が用いられる場合もありますが、できるだけ短期間・最小限の使用を心がけましょう。

註1) 秀道広, 古江増隆, 池澤善郎, 他: 蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン. 日本皮膚科学会雑誌. 2005; 115(5): 703-15.

註2) 田中稔彦, 亀好良一, 秀道広: 広島大学皮膚科外来での蕁麻疹の病型別患者数. アレルギー. 2006; 55(2): 134-9.

註3) Toubi E, Kessel A, Avshovich N, et al: Clinical and laboratory parameters in predicting chronic urticaria duration: a prospective study of 139 patients. Allergy. 2004; 59(8): 869-73.

註4) Amar SM, Dreskin SC: Urticaria. Prim Care. 2008; 35(1): 141-57.

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

神経心理学コレクション シリーズ編集 山鳥 重・彦坂興秀・河村 満・田邊敬貴 医学書院

新刊 **失われた空間** 石合純夫 札幌医科大学教授
脳機能の障害によって半側の空間がみえなくなる半側空間の無視は、患者、家族にとっても大きな問題である。このような空間障害や無視はどのようなメカニズムにおいて起こるのか。その機序を豊富な症例をもつ著者が分かりやすく解説する「脳の不思議」。左右大脳機能に関する身近な症例から、ヒトの空間認知とその障害全般を知るための格好の書。
●A5 頁250 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00947-8]

新刊 **認知症の「みかた」** 三村 将 昭和大准教授 山鳥 重 神戸学院大学教授 河村 満 昭和大准教授
高齢化社会のなか、神経心理学において認知症は重要性が増し続けているテーマである。認知症について、疾患概念をどう捉えるか、臨床でどう診るか、患者とのかかわりをどう考えるか。それらの問題を、認知症に関する神経心理学的アプローチや脳機能に通じた精神科医と神経内科医のディスカッションによりみつけ直し、認知症の臨床のこれからを考える。認知症の「みかた」を変える1冊。
●A5 頁144 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00915-7]

既刊 **街を歩く神経心理学** 高橋伸佳
●A5 頁200 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00644-6]

ピック病 二人のアウトラスト 松下正明・田邊敬貴
●A5 頁300 2008年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00635-4]

失行 [DVD付] 河村 満・山鳥 重・田邊敬貴
●A5 頁152 2008年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00726-9]

ドイツ精神医学の原典を読む 池村義明
●A5 頁352 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00335-3]

トーク 認知症 臨床と病理 小阪憲司・田邊敬貴
●A5 頁224 2007年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00336-0]

頭頂葉 酒田英夫・山鳥 重・河村 満・田邊敬貴
●A5 頁280 2006年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00078-9]

手 訳=岡本 保
●A5 頁272 2005年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-11900-9]

痴呆の臨床 CDR判定用ワークシート解説 目黒謙一
●A5 頁184 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-11895-8]

Homo faber 道具を使うサル 入来篤史
●A5 頁236 2004年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11893-4]

失語の症候学 ハイブリッドCD-ROM付 相馬芳明・田邊敬貴
●A5 頁116 2003年 定価4,515円(本体4,300円+税5%) [ISBN978-4-260-11888-0]

彦坂興秀の課外授業 眼と精神 彦坂興秀(生徒1)山鳥 重(生徒2)河村 満
●A5 頁288 2003年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11878-1]

高次機能のブレインイメージング ハイブリッドCD-ROM付 川島隆太
●A5 頁240 2002年 定価5,460円(本体5,200円+税5%) [ISBN978-4-260-11876-7]

記憶の神経心理学 山鳥 重
●A5 頁224 2002年 定価2,730円(本体2,600円+税5%) [ISBN978-4-260-11872-9]

チャールズ・ベル 表情を解剖する 原著=Charles Bell 訳=岡本 保
●A5 頁304 2001年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11862-0]

タッチ 岩村吉晃
●A5 頁296 2001年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-11855-2]

痴呆の症候学 ハイブリッドCD-ROM付 田邊敬貴
●A5 頁116 2000年 定価4,515円(本体4,300円+税5%) [ISBN978-4-260-11848-4]

神経心理学の挑戦 山鳥 重・河村 満
●A5 頁200 2000年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11847-7]

研修病院見学ルポ

第11回

国立病院機構
東京医療センター

～いい病院のええとこ取りをめざして～

初期研修必修化から6年が経過。他の病院で研修している人はどのように研修しているか？
素朴な疑問はさらに膨らみ、雰囲気ではわからないところを何とか見てみようと考えました。
あくまで個人的な見学、総合診療科および救急の一部だけの見学になりますが、
「いい病院のええとこ取り」をめざして興味深いところを少しでも紹介できたらと思います。

水野 篤 聖路加国際病院 内科



●ピザ会の光景。参加者も多く、みんなしっかりと聞いている。



初期研修医が研修病院に求める、「立地、総合内科、救急」の3大ポイントが満たされており、施設もきれいだ。職場環境が良く、女性医師の割合も高い。



病床数：780床(一般病床730床、精神病床50床)
救急外来受診患者数：2万8003人/年(2008年度)
救急車受け入れ台数：6760台/年(2008年度)

Opening

いよいよ今回が最後の病院見学。救急当直明けだったが、国立病院機構東京医療センター(以下、東京医療センター)の最寄りの駒澤大学駅に移動した。途中眠気に襲われ、電車を乗り過ごしそうになりながらもなんとか病院に到着。まず、総合受付に向かう。全体的に非常にきれいな病院だと感じた。

教育研修の指導医

総合受付にて教育研修部の方に迎えに来ていただき、まずは研修に携わる指導医によるミーティングに参加。研修医の合同説明会の日程から、研修内容、また研修終了発表会などについて綿密に打ち合わせを行っていた。

終了後、今回見学の手配をくださった尾藤誠司教育研修部部長と、見学の目的からこれからの日本の医療といった話題まで幅広く語り合った。非常に熱い考えを持った先生で長時間話し込んでしまったが、人気のある研修病院には、教育関連の部門に熱い思いを持った医師が必ずいると強く感じた。

総合内科

午前中は総合内科を見学。診療はチーム制で行い、指導医、後期研修医、初期研修医、クリニカルクラークシップの学生から成る6つのチームが組まれている。基本的には後期研修医が方針を決め、診察を行っていくという。回診に同行することはできなかった

が、胸腔穿刺の患者について研修医に講義を行っていたようだ。総合内科では、共有の教育用Powerpointファイルを持っており、それをういてOne Pointレクチャーを行うとのこと。このような共有の教育ファイルは本連載の「第2回麻生飯塚病院」でも紹介したが、非常に良い方法であると思う。

講義の途中で緊急入院の連絡が入る。入院の決定は指導医が行うことが多いようだ。すぐに救急外来に赴き、指導医と簡単にディスカッションを行い、以降の指示出しは後期研修医の担当となる。このときは心房細動既往の患者の左中大脳動脈の塞栓性脳梗塞。研修医が簡単な問診および身体所見を取り、紙にメモしている。この光景はどここの病院でも変わらないゴールデンスタンダードな絵だ。これまで見学した病院では、ほとんどの研修医は紙にメモを取り、PDAなどの電子媒体を用いる人はほとんどいなかった。単純なメモにはやはり使い勝手がまだよくないのかもしれないが、iPhoneやiPadの登場で医療業界でのモバイル端末は間違いなく進化するだろうから非常に楽しみである。ただ、ついていくのが大変ではあるが……。

病棟業務の話に戻ろう。続いて、高血圧による定期入院の患者が来院。検査の結果、レニン/アルドステロン比が200を超えており、原発性アルドス

テロン症疑いでフロセミド負荷試験などを行うとのこと。診断・治療の方針は先ほどと同様に後期研修医が提示するようだ。この手順は大体どこの病院でも同じだが、精査を内分泌科でなく総合内科で行っていることが東京医療センターの特徴であろう。前回は述べたが、総合診療を行う診療科の病院全体からみた役割がどのようになっているかは、ジェネラリスト志望の研修医にとって特に気になる部分であろう。ジェネラルな診療科と他の専門科との関係は病院ごとに異なると感じたが、これは各科の医師の影響が大きく表れるためかもしれない。そしてそれが、病院独自の雰囲気につながっているようだ。

昼のレクチャー「ピザ会」

昼の12時半からは、「ピザ会」というレクチャーが開かれており、当日は言語聴覚士による「嚥下機能評価」が行われた。多くの研修医が集まり、ピザを食べながら勉強する。コメディカルの方にも積極的にレクチャーの講師をお願いしているという。聖路加国際病院では、院内全職員向けの講義ではコメディカルの方の担当もかなり多いが、研修医向けには行っていないため、非常に良いと感じた。また、レクチャーには外科も含めたあらゆる科の研修医が集まるとのこと、各科の協力も非常に良いようだ。外科などの手術がある科では、昼のカンファレンスは敬遠されがちだが、東京医療センターではうまく行えているようだ。

特徴ある研修プログラム

午後は研修制度について、いろいろな方に質問をさせていただいた。2年目研修医に話を伺ったところ、初期研修修了後、研修医の約半分は他の病院に進むようだ。

研修プログラムの特徴の一つに、国立成育医療センターでの4週間の救急外来研修が小児科研修に含まれていることがある。成育医療センターは、後期研修医しか募集していないのでこれはかなり興味深いシステムだ。小児専門病院での小児科研修は大変勉強になるのではなからうか。実際、研修医にも小児科希望者が多く、そのシステムに惹かれて選択した人も多いという。

研修自体には大変満足しているとのこと、良いところを聞くと「いろいろな科を回ることができること」「仲

が良いこと」との回答が得られた。研修医の希望にかなう研修ができるようで非常に良い。このほかコンピューターのシステムなども見せていただき、最後は事務の方にも話を伺った。驚いたことに、有名研修病院であるにもかかわらず独立した研修センターはなく、庶務課と教育研修部の医師で実務を行っているという。病院ごとに本当にシステムが異なると実感。

EBMカンファレンス

最後に、総合内科でのEBMカンファレンスを見学した。テーマは「うがい」。うがいの効果に関する文献検索から文献の吟味までの内容を1年目研修医が総合内科の研修終了時に発表するという。非常に良くまとまったスライドでの発表で、とても1年目とは思えず素晴らしかった。その後、各チームの申し送りがあったのでこれも見学。プレゼンテーションの勉強のためというのではなく純粋な申し送りであったが、1日の終わりにきちんとチェックが入るのは良いと感じた。

聖路加国際病院との共通点

都心にあり、比較的女性研修医が選択しやすい病院であることは聖路加国際病院と共通の部分だ。病院の施設自体がきれいということも研修医にとってはかなり魅力的であろう。

Point!

何といても小児科研修で国立成育医療センターを回ることができる研修プログラムが特徴だろう。研修では多くの科を選択できるなど研修医の主体性も高く、しかも都心にある。これだけの条件がそろえば、人気が出るのも当然であろう。納得の人気研修病院である。

◎“考える検査”をサポートする！
データの読み方・使い方マニュアル

臨床検査データブック 2009-2010

監修 高久史磨
編集 黒川 清・春日雅人・北村 聖

●B6 頁1016 2009年 定価5,040円
(本体4,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00729-0]

◎205項目の検査をセレクト。
携帯に便利なコンパクト版

臨床検査データブック [コンパクト版] 第5版

●三五変型判 頁392 2009年 定価1,890円
(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00935-5]

2010年 年間予約購読受付中!

世界標準の集中治療を追究する
年4回発行の新雑誌

2010年 第1号 発売

●季刊/年4回発行 ●A4変 200頁
●1部定価4,830円(本体4,600円+税5%)
●年間購読料18,480円(本体17,600円+税5%)
※年間購読は送料無料で、約4%の割引

編集委員
藤谷 茂樹 聖マリアンナ医科大学救急医学
讀井 将満 自治医科大学附属さいたま医療センター麻酔科・集中治療部
林 淑朗 University of Queensland Centre for Clinical Research
内野 滋彦 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部

- 「世界標準の集中治療を誰にでもわかりやすく」をコンセプトに、若手医師の育成や情報交換を目的として発足した「日本集中治療教育研究会」(JSEPTIC)の活動をベースに、年4回発行。
- 各施設独自の「自己流」の診療を見直し、世界標準の集中治療を理解し実践するための情報を提示する。
- 本誌が目指すのはCritically ill patientを中心に据え、さまざまな分野からのアプローチによりCritically illの立体像を描き出そうという挑戦的な試み。
- 重症患者の治療にあたる医師として最低限必要な知識を手中に収めるべく、テーマは集中治療にとどまらず、内科、呼吸器、救急、麻酔、循環器にまで及び、ジェネラリストとしてのインテンスイストを追求する。
- 集中治療専門医、それを旨とする若手医師をはじめ、専門ナース、各科臨床医に対し、集中治療を体系的に語り、議論し、意見交換ができる共通の場(=アゴラ)を提供する。

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

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

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

透析療法事典 第2版

中本 雅彦, 佐中 孜, 秋澤 忠男 ● 編

A5・頁592
定価5,460円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00845-7

評者 酒井 糾
北里大名誉教授

透析療法が腎不全の治療として認知され、40年以上が過ぎようとしている。その間積み上げられた知識と技術が、今では治療医学の一角を占めるほどに進化した。オックスフォードの医学辞典では、20世紀の治療医学で目覚ましい発展を遂げた領域の一つであると評価されていると聞く。

わが国の慢性透析患者数も年々増加の一途をたどり、2008年末には28万人を超えた。透析医療に携わる医療従事者の職種も広がりを見せ、最近では福祉・介護関係の人たちも関与する機会が増えている。治療医学の面からすると、医師のみならず、理工学者の参加、社会学者の参加すらも必要とされる分野として発展を続けている。また医療のシステム化、社会化といった流れからすると、それこそ一般業界、行政機関、政府関係者の間であっても透析医療の意味と価値を知ってもらうことが不可欠となりつつある。このように医療界のみならず社会とのつながりの中で展開、発展している領域になっている。

こうした医療環境の中で必要とされるのが、正しい知識と技術、その意味と価値を知らしめる情報提供手段ということになる。専門技術として、また総合的解説の両者を兼ね備えた内容として書かれた本書はまさしく時宜を得たものである。

わが国の透析医療を含む腎臓学を先頭に立って引っ張っておられる執筆陣により書かれている本書の内容は、見事なまでに充実している。編集にあられた中本雅彦先生、佐中孜先生、秋

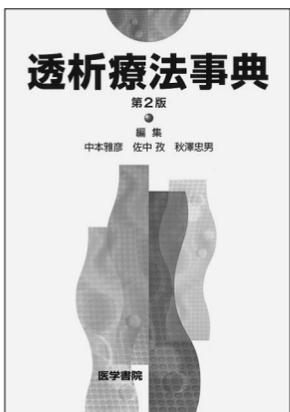
澤忠男先生の構想力に敬意を表すとともに、素晴らしい書を世の中に送り出していただいたことに感謝したい。

21世紀に入ってこの方、医療界は持続可能な成長を期待するにはあまりにも社会環境、経済環境が悪すぎると言わざるを得ない。透析療法もこうした影響下にあることは間違いない。それでも“経験と意欲が創造を生み出す”と言われてるように、日々の業務に必要とされる技術と知識を身近で支えてくれる本書の果たす役割は極めて大きい。理論武装だけにとどまらず、意味と価値、特に新たな知見を知り、標準的知識と技術を身に付ける、こうした医療プロフェッショナルに必要とされるアイテムについてわかりやすく記述してある。私が本書に対して大きな感動を覚えたゆえんである。

世の習わしとして世代継承は大切であるが、医療、特に透析医療にあっては眼下に迫った現象にも見える。なぜなら、患者数の増加はまだ止まっていないからである。今後、増加率は減少に入るかもしれないが、医療を支えるプロフェッショナルの意欲と創造力を持続できるかが心配である。そうした世代継承、時代継承にも本書が役立つものと確信している。

極めて時宜を得たもので、本書の持つ意味と価値には絶大なものを感じている。本書から得られる知識と技術が透析療法の広がり進化に大きく寄与すると確信するとともに、本書が広く活用されることを祈念してやまない。ぜひ座右の書として手元に置いていただけることを期待したい。

専門技術と総合的解説を兼ね備えた内容



市中感染症診療の考え方と進め方 IDATEN感染症セミナー

IDATEN セミナーテキスト編集委員会 ● 編

B5・頁216
定価3,675円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00869-3

評者 山中 克郎
藤田保衛大准教授・内科学

「いだてん」って、韋駄天(増長天八將軍の一神、小児の病魔を除く足の速い神)? いやいや日本感染症教育研究会こそ「IDATEN」なのである。歴史は古くなんと……

大野博司先生(洛和会音羽病院)がまだ研修医だった2002年に、麻生飯塚病院で始められた「病院内感染症勉強会」にさかのぼるといふ。現在は大曲貴夫先生(静岡県立静岡がんセンター)が代表世話人を務められ、年に2回感染症セミナーが全国で開催される。私は2008年の夏に参加させていただいたが、市中感染症のreviewを豪華講師陣から聞くことができ、実に充実した感動の3日間だった。

「IDATEN セミナーの本が発売されるらしい」との噂を聞き、居ても立ってもいられず馴染みの本屋に注文した。「おー、これぞまさにIDATENセミナーではないか!」冒頭の「感染症診療の基本原則」では、青木眞先生が「発熱=感染症の存在ではない」こと、「CRPや白血球数上昇の程度=感染症の重症度ではない」ことを熱く語られている。

各論ではIDATENセミナーにも登場する著名講師陣から「肺炎」「髄膜炎」「急性腹症」など市中でよく遭遇する疾患14ケースについて、診断への具体的アプローチ、鑑別診断、治療がしなやかに語られる。どの項目も非常に具体的で日常診療の即戦力となる。さらに「グラム陽性球菌」「グラム陰性桿菌」「嫌気性菌」というカテゴリー

からみた臨床で重要な微生物、「ペニシリン系」「セフェム系」「マクロライド系」「キノロン系」抗菌薬特性の解説が続く。

私は救急診療の場で研修医教育を行っている。感染症は進行が早く重症化しやすいので、極めて重要な分野であるが、系統立てて理論的に教えることはなかなか難しい。抗菌薬使用前の血液培養(2セット)、感染症が起こっている臓器を特定し起炎菌を想定、迅速な治療の開始、さらに広域から狭域抗菌薬への変更という「感染症のベーシックアプローチ」をこの本では学ぶことができる。

「間断(かんだん)の音なき空に星火花(ほしはなび)」

窓を閉ざしているため音のない花火……それが満点の星よりも美しく空に咲く。27歳の若さで白血病のため早世した女優、夏目雅子の絶句である。

セミナーで教育を受けたIDATEN魂を持つ若者が全国で大花を咲かせようとしている。この本は、これから感染症の勉強を始めたいと思っている医学生、感染症診断・治療の実践を学びたい研修医、どのように感染症を教えればよいか迷っている指導医にとって大変参考となる。豊穡の時を刻み続けるIDATEN、感染症教育の真髄に出合える、そんな魅力がこの本にはある。しんと静まり返った秋の夜長こそ、夏目雅子の句に想いをよせながら、この良書をじっくりと楽しみたい。

見逃さない・見落とさない スタンダード 胃内視鏡検査

細井 董三 ● 編
東京都多摩がん検診センター消化器科 ● 執筆

A5・頁168
定価3,990円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00964-5

評者 細川 治
横浜栄共済病院院長

一度の胃内視鏡検査で極めて多くの画像情報が得られるようになった。白色光画像以外に色素散布、酢酸散布、拡大、構造強調、NBI、AFI、FICEとあふれるような情報が供給される。しかもファイリング装置で撮影コマ数に制限がない。内視鏡医は手元スイッチを切り替え、処理しきれないほど多くの画像情報を得て、見落とし、見逃しの危険などないと思いがちである。しかし、その画像情報の収集過程に問題がある。胃内腔の構造は複雑で、噴門、胃体部の皺襞、胃角、偽幽門輪などの部位ごとの形態的な違いがあり、さらに胃底腺領域、幽門線領域、萎縮領域

といった粘膜腺も異なり、一筋縄ではいかない。

本書前書きに述べられているように、編者の細井先生は消化管のX線検査に長く携わってきた。その技量は達人の域であろう。卓越した撮影技術を有することにとどまらず、胃X線標準撮影法を確立し、この数年はその普及と精度管理に尽力している。本書では、X線検査で実現された標準化や精度管理が胃内視鏡で遅れていることに対する苛立ちが表れている。

A5判168ページの本書で多くのページを割いているのは、もちろん観察・撮影順序の項である。最近一般

より盲点の少ない見逃し、見落としの少ない撮影法を提唱

●弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください

記事内容に関する件
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp 「週刊医学界新聞」編集室へ
送付先(住所・所属・宛名)変更および中止
FAX(03)3815-6330 医学書院出版総務部へ
書籍のお問い合わせ・ご注文
お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ
ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。また、☎(03)3817-5666/FAX(03)3815-2626 弊社通信小売店「株メッドブック」でもご注文をお待ちしております。

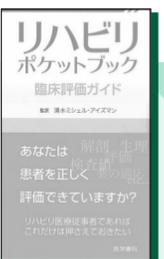
リハビリの臨床評価に必要な情報をコンパクトな1冊に完全網羅

リハビリポケットブック 臨床評価ガイド

Rehab Notes
A Clinical Examination Pocket Guide

PT/OTをはじめリハ関連領域の医療従事者が、臨床において患者さんと接する際に必要となる評価や対処の方法など最低限押さえておくべき情報を凝縮したコンパクトガイド。各種評価法や検査法の紹介には始まり、循環器系や筋骨格系の解剖、生理など臨床医学に関する情報が網羅されている。簡易書きの記述に、図表、イラストをおり混ぜ、ポイントが簡潔にわかりやすくまとめられている。

著 Hillegass EZ
監訳 清水ミシェル・アイズマン
東京大学名誉教授
甲南女子大学教授
看護リハビリテーション学部理学療法学科



三五変型 頁280 2009年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00765-8] 医学書院

「ワシントンマニュアル」の伝統を受け継ぎ、さらに深めたまさに「アップグレード」な手引き

ワシントンマニュアル 循環器内科アップグレード

The Washington Manual™ Subspecialty Consult Series
Cardiology Subspecialty Consult, 2nd Edition

ワシントン大学のレジデントやスタッフにより執筆された循環器診療のハンドブック。「ワシントンマニュアル」のスピリットはそのままに、さらに踏み込んだ知識がまとめられている。解説はエビデンスやガイドラインを重視し、簡潔にして実践的。コンパクトながら、臨床テキストとして充実した内容をもつ。日本の情報を併記した薬物一覧表を巻末に掲載。循環器内科の研修医・専門医はもちろん、一般内科医、開業医などにも幅広く有用。

監訳 池田宇一
信州大学医学部附属病院循環器内科教授

定価6,300円(本体6,000円+税5%)
A5変 頁460 図86・写真36 2010年
ISBN978-4-89592-626-3

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

白衣のポケットの中 医師のプロフェッショナリズムを考える

宮崎 仁, 尾藤 誠司, 大生 定義 編

A5・頁264
定価2,520円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00807-5

評者 岩崎 榮
NPO法人卒後臨床研修評価機構

本書は「医師のプロフェッショナリズムを考える」として、医師という職業(プロフェッション)のあり方を問いかけながら、プロフェッショナリズムは日常診療の中にあることを気付かせる。なぜ自分は医師を続けているのかという自ら

プロフェッショナリズムを現実的に考えさせる巧みさ

の問いに答える形で、「医師というプロフェッション」とは何かを明らかにする。それは実証的ともいえる探求に基づいた実に印象深い実践の書となっている。編者の一人である尾藤誠司氏は「教条的なことを書いた本ではない」と述べている。「国民は、立派な教条ではなく、医療専門職の意識と行動の変化を求めているのだ」というのである。

本書を手にしたとき正直言って、『白衣のポケットの中』という表題に、“それって何なの?”と思ったのも事実である。かつて医学概論の論者であり医学教育者でもあった中川米造氏との白衣論議で、必ずしも白衣に対しては良い思い出がないからでもある。その中川さんは、「古典的にはプロフェッションとよばれる職業は、医師と法律家と聖職者の三つだけであったが、いずれも中身がわからない職業であるうえに、質の悪いサービスを受けると重大な結果を招くおそれのあるものである」と言っている。とかくプロフェッショナリズムという言葉からはヒポクラテスにまでさかのぼる医療倫理という堅苦しさをイメージさせたからでもある。

だがそのような読み物となっていないところに本書の特徴がある。読者をして、日常診療の場で身近に起こり得る現実の問題に直面させながら問題解

決をしていくプロセスの中で、プロフェッショナリズムを考えさせていくという巧みな執筆手法(むしろ編集といったほうが良いのかもしれない)がとられている。決して難しくもなく、そんなに易しくもなくプロフェッショナリズムが論じられている。

本書の構成において、Part 1は大生定義氏の概論に始まり、執筆者の一人である永山正雄氏による新ミレニウムが紹介され、いわば総論部分である。Part 2は宮崎仁氏がタイトルしたそのままの白衣のポケットの中からあふれだした医師たちの「物語り」である。それは今日的に医療の現場で起こっている事例をあえて想定問題として提起し、問題解決型で考えていく記述となっている。必ずしも医師でなくとも専門職である読者に対して、プロフェッションとしてどう解決するかを問うパートである。目の前にいる患者さんの問題解決のためのヒントが与えられる。

そしてPart 3は現代医療が抱えているすべての問題に果敢に立ち向かう医師の姿を追い求めて、解決への示唆に富んだ問題がプロフェッショナリズムとの関係性において十分な文献をも紹介しつつ、学術的にも究めた論述となっている。最終のコラムは中途に組まれた尾藤氏、錦織宏氏のものを含め現状の日本の医療におけるプロフェッショナリズムが論じられていて興味深い。すべての医師をはじめ、ことに臨床研修医の皆さん、そして医師以外の医療職の方々、できれば一般の人たちにも必読の書としてお薦めしたい本である。

的に行われている幽門まで一気に進み、引き抜きながら撮り上げてくる観察法は編者の賛同を得られない。胃体部の皺襞が重なり合ったままで噴門部も観察が不十分になりやすいことが理由である。自己流の撮り方をやめ、より盲点の少ない、見逃し・見落としの少ない撮影法を提唱している。咽頭から始まり、食道、食道胃接合部へと進み、胃内では胃体上部から幽門部に順に撮り下げていき、十二指腸は2コマのみ、次いで角裏から体部Jターン、穹窿部Uターンと進み、全体で45コマの記録が推奨される。咽頭反射の強い場合より簡便に施行する方法も追記されている。

さらに、残胃の観察撮影に12ページが割かれ、Billroth I法とII法に分けて要点が記載されている。その項で描かれている図では残胃小彎の向きがI法とII法で異なっており、多数の残胃X線検査に携わった編者の面目躍

如である。

部位ごとの撮影上の注意、色素内視鏡の手順、生検のコツ、覚えておきたい内視鏡画像と、初学者にとって必須の内容が記載されている。類書との違いは、編者がX線検査から得た手法を用いている点である。ストマップという模擬図を用い、検査医が観察している箇所を容易に頭に描くことができる手法を取っており、胃透視を行う放射線技師が広く用いている。また7ページに被検者身体の軸方向、12ページに食道と胃内腔の軸方向が記載されており、身体と臓器の軸の認識は、X線検査で体外から胃を透かし見た編者ならではと思われた。

内視鏡医は種々の特殊画像を弄ぶ前に、スタンダード胃内視鏡検査に通じることが必要である。その点において、本書は大いにその力添えをしてくれるであろう。

ER型救急医のネットワーク構築をめざす

EM Alliance Meetingが2月13日、名古屋掖済会病院(名古屋市)にて開催された。近年、ER型救急をめざす医師は増加しているものの、横のつながりが薄く、孤軍奮闘せざるを得ない状況があるという。そのため、ER型救急に従事している、あるいは興味を持っている若手医師が互いを支え合うネットワークを構築するために、米国の救急レジデント



の集まりであるEMRA(EM Resident's Association)にならない、昨年設立された。今回初めて開催されたmeetingは、研修医を中心に、90人を超える参加者を集めた。

当日はまず、本会の相談役である岩田充永氏(名古屋掖済会病院)による講演が行われた。氏は、正しい知識、確実な技術を身に付けるには、日常診療の1回のチャンスを大事にし、経験や発見を理論化してまとめる重要性を説いた。また、他科や他職種との連携の機会が多いERでは、集団を正しい方向に導く能力や、自身のダメージコントロールが不可欠だと強調。自分の立ち返る場を持つことが重要だとした。

続いて、コアメンバーである長谷川耕平氏(Harvard Emergency Medicine, BWH/MGH)と小山泰明氏(聖マリアンナ医大)が、Morbidity & Mortalityカンファレンス(M&M)と症例検討を行った。M&Mは、死亡症例や重大な合併症を起こした症例について検討会を開き、システムや環境、組織の改善の糸口を見つけ、医療の質向上につなげるというもの。近年責任追及ではないこの手法が注目されており、MGHでは2週間に一度開催しているという。長谷川氏は症例を提示し、どのようなエラーが患者の死を引き起こしたのかをひもときながら、日本でも「魔女狩り」ではないM&Mを行うことの重要性を示した。小山氏も、卒後3年目の後期研修医が経験したという設定で産婦人科の症例を提示し、参加者とディスカッションをしながら検討を行った。また、プログラムの最後には、クイズ形式の参加型学習を実施。3チームに分かれ、互いの知識を競い合うなど、充実したプログラムとなった。

今後は、年2回のmeeting、教育や臨床研究、ML上での意見交換などさまざまな活動を通して、ERの普及とさらなるネットワークの構築に努めるとい

HP: <http://www.emalliance.org/wp/> 問い合わせ先: yasukoya19790828@yahoo.co.jp(小山)

膝MRI 第2版

新津 守 著

B5・頁228
定価5,670円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00914-0

評者 宗田 大
東医歯大大学院教授・整形外科学

MRIが日本の臨床で用いられるようになって20年余り、私自身これまでに何千もの膝MRIを撮影してきた。同時に添付される読影医の診断やコメントも数多く目にしてきた。そんな中、唯一参考になるコメントを書

完読するたびに新たな事実を教えてください

いてくださる読影医を発見した。それが本書の著者である新津守氏である。新津氏のコメントには私の読みの上を行く、有益な内容や情報が常に含まれている。プロのコメントである。日本には骨関節系のMRI読影専門医が少ない。一方、MRIの撮像に対して日本の医療制度は非常に寛大であり、膨大な数のMRIが撮られている。その画質や読影医の読影能力の差はすさまじいものがあり、同じ医療費でよいものなのか、と日ごろから感じている。そのような日本の中で私たち整形外科医にとって新津氏の存在は貴重である。

本書は長年にわたる新津氏の膝MRIの仕事をもとめた書物の第2版である。好評だった初版の7年後の改訂であり、時代の、主にMRI撮像技術の変化に応じた改訂である。膝をこよなく愛する著者の、膝関節の外傷や障害に対する理解の深まりが手に取るように伝わってくる。初版の精神を引き継いだ著者のライフブックである。

膝の専門医、膝に興味のある医師、研修医、膝に興味がありさえすれば、どのような経験や読影力の持ち主で

も、まず最初から最後まで完読していただきたい。読むというよりも画像をど

んどん見ながら、ページを繰っていく。目に付いた画像があったら説明を

読んでみる。そのような斜め見でも、膝全体の問題が身に付くような気がする。MRIを通じた幅広い膝関節の外傷・障害の総合的教科書としても手ごろな読み物(図鑑)といえる。特に前十字靭帯損傷と半月板障害の項目は詳しい。数多くの症例が発生する2つの疾患は、同じ病名や障害部位であっても、いろいろな問題や障害の側面があることを、新津氏の幅広い経験を通じたMRIが教えてくれる。ただ単にMRIにとどまらず、膝の読み手のレベルと興味に応じて間違いなく脳裏に残る情報があるに違いない。またMRIにおける解剖もあらためて見直す価値がある。私たちは常に正常解剖にかえり、現在を振り返る必要がある。現在の診断は正しいのか、治療法は本当に正しいのか。

学会の往復、当直時、時間の取れるときに繰り返し、読み返してみたい。繰り返し完読すると、そのたびに新たな事実を教えてください。MRIの読影法のみならず、膝に興味のある若いドクターにはトピックごとに示されている質のよい参考文献が役に立つ。値段も手ごろであり、膝のMRIに接する機会のある多くの医療関係者にお勧めする良書である。

心身医学のスタンダードテキスト、待望の改訂

心身医学標準テキスト 第3版

わが国随一の歴史と伝統を誇る九州大学心療内科のスタッフ、およびその出身者を中心に執筆された、心身医学のスタンダードテキスト。7年ぶりの改訂にあたり、最新の知見と治療法を新項目として増補した。心身医学を学ぶ医学生はもとより、心療内科の日常診療、さらには今後の研究にまで役立つ、関係者必携の書。

編集 久保千春
九州大病院院長



B5 頁392 2009年 定価9,660円(本体9,200円+税5%) [ISBN978-4-260-00443-5]

医学書院

“もう一つ”のレジデントのバイブル・内科でも外科でも、内科医も外科医も

ワシントン外科マニュアル

The Washington Manual of Surgery, 5th Edition

第3版

▶ 内科治療のバイブル「ワシントンマニュアル」と相補的に活用されるべく、ワシントン大学外科講座のレジデントとスタッフにより執筆された、外科診療の実践マニュアル。改訂新版。外科領域全般を網羅し、診断や治療法を的確かつ簡潔に解説。改訂に際し情報のアップデートはもちろん、解剖・生理やTNM分類などの項目が増強、さらに充実した内容となった。外科研修医に必携、指導医・専門医の知識の整理や、さらに内科医にも良質のレファレンスとして有用。

監訳 住永佳久 東京北社会保険病院病院長
小西文雄 自治医科大学附属さいたま医療センター外科教授
宮田道夫 佐久大学学長/自治医科大学名誉教授
高久史磨 自治医科大学学長

定価8,400円(本体8,000円+税5%)
A5変 頁968 図30 2009年 ISBN978-4-89592-622-5



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
FAX. (03) 5804-6055

<http://www.medsci.co.jp>
Eメール info@medsci.co.jp

信頼と実績ある最新・最高の治療年鑑

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2010

私はこう治療している



好評
発売中!

総編集

山口 徹
北原光夫
福井次矢

臨床医が日常遭遇する疾患とその治療法を、第一線の専門医が執筆

■医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2010」との連携：
「治療薬マニュアル2010」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)

■各領域の「最近の動向」解説欄がより詳しく
(「図解」「キーワード」コラムも新設)

- 1098疾患項目、1076専門医の治療法がこの1冊に
- 本文各項目はすべて新執筆により全面新訂
- 増加する新薬に対応、**R** 処方例では薬剤を商品名で記載
- 付録「肝・腎障害時の薬物療法の注意点」を新規掲載
- 付録は多種多彩な15種類を収録
- 各章冒頭に章目次を新設
- 研修医、看護職、薬剤師にも役立つ情報が満載

- デスク判(B5)
頁2016 2010年
定価19,950円
(本体19,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00900-3]
- ポケット判(B6)
頁2016 2010年
定価15,750円
(本体15,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00901-0]

「今日の治療指針2010年版」のアンケートにお答えいただいた方の中から抽選で「図書カード」(500名様)を、さらにご希望の方に「治療薬マニュアル2010」別冊付録「重要薬手帳」(先着300名様)を差し上げます。

「今日の治療指針2010年版」×「治療薬マニュアル2010」
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2010年版」と「治療薬マニュアル2010」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2010」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2010年版」に同封の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください(2010年9月30日消印分まで有効)。

圧倒的な情報量が支持されています! 治療薬情報を網羅した年鑑最新版

治療薬 マニュアル

MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS 2010

別冊付録
「重要薬手帳」



発行20周年!

監修
高久史磨
矢崎義雄

編集
北原光夫
上野文昭
越前宏俊



紙面刷新

- B6 頁2468 2010年
定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00930-0]

- 2010年版の特徴
- 膨大な薬の添付文書情報を分かりやすく整理
- 各領域の専門医による実践的な臨床解説、全医療従事者必携の薬剤データベース
- 2009年12月11日付新薬を含むほとんどすべての医療用医薬品を収録
- 「抗癌剤・抗菌薬・抗ウイルス薬 欧文略語」を新規掲載
- 「治療の基本戦略&最新の動向」をさらに充実、治療薬の「選び方・使い方」を各章に掲載
- 「適用外使用」の拡充、掲載疾患数を一挙倍増
- 好評の別冊付録「重要薬手帳」には新たに「処方例」を掲載、121成分の重要薬情報に89疾患の重要処方加わり、内容がさらに充実

毎年全面改訂

好評
発売中!

治療薬マニュアル2010 発行20周年プレゼント企画

「治療薬マニュアル2010」では、発行20周年を記念してアンケート回答者の中から抽選で3名様に「今日の診療プレミアムDVD-ROM」を、500名様に特製図書カード500円分を贈呈いたします。応募方法は「治療薬マニュアル2010」同封のアンケートはがきをご覧ください。

今日の診療

TODAY'S DIAGNOSIS AND TREATMENT

プレミアム Vol. 19

DVD-ROM for Windows

19年の信頼感! 収録書籍5冊を更新!

国内最大級のリファレンスデータベース「今日の診療プレミアム」。電子ジャーナル「MedicalFinder」との連携で、情報収集にも活用できます。



1. 医学書院のベストセラー書籍12冊を収録
2. 入力した検索語で、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」の検索が可能
*ご利用にはインターネット接続環境が必要。全文の閲覧には別途料金が必要な場合あり
3. ハードディスクにすべて格納して使用可能
*初期起動時のみインターネット接続環境が必要
4. 収録書籍5冊を更新 *「今日の治療指針2009年版」「臨床検査データブック2009-2010」「治療薬マニュアル2009」「新臨床内科学第9版」「医学大辞典 第2版」の5冊を更新
5. リファレンスツールとしての機能を向上
*「強力な治療薬検索」「登録語の機能アップ」「表示機能等の改良」

- DVD-ROM版 2009年
価格74,550円(本体71,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00919-5]

●収録書籍

- ① 今日の治療指針 2009年版
- ② 今日の治療指針 2008年版
- ③ 今日の診断指針 第5版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第5版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第14版
- ⑥ 救急マニュアル 第3版
- ⑦ 臨床検査データブック 2009-2010
- ⑧ 治療薬マニュアル 2009

- ⑨ 新臨床内科学 第9版
- ⑩ 内科診断学 第2版
- ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第3版
- ⑫ 医学書院 医学大辞典 第2版



今日の診療

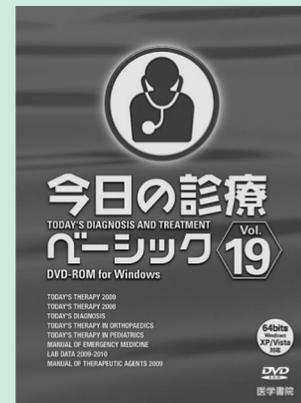
TODAY'S DIAGNOSIS AND TREATMENT

ベーシック Vol. 19

DVD-ROM for Windows

日々の診療を支援! 収録書籍3冊を更新!

医療従事者のためのスタンダードリファレンス「今日の診療ベーシック」。電子ジャーナル「MedicalFinder」との連携で、情報収集にも活用できます。



1. 医学書院のベストセラー書籍8冊を収録
2. 入力した検索語で、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」の検索が可能
*ご利用にはインターネット接続環境が必要。全文の閲覧には別途料金が必要な場合あり
3. ハードディスクにすべて格納して使用可能
*初期起動時のみインターネット接続環境が必要
4. 収録書籍3冊分を更新
*「今日の治療指針2009年版」「臨床検査データブック2009-2010」「治療薬マニュアル2009」の3冊を更新
5. リファレンスツールとしての機能を向上
*「強力な治療薬検索」「登録語の機能アップ」「本文タブ表示機能の改良」

- DVD-ROM版 2009年
価格52,500円(本体50,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00921-8]

●収録書籍

- ① 今日の治療指針 2009年版
- ② 今日の治療指針 2008年版
- ③ 今日の診断指針 第5版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第5版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第14版
- ⑥ 救急マニュアル 第3版
- ⑦ 臨床検査データブック 2009-2010
- ⑧ 治療薬マニュアル 2009



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