

2018年4月9日
第3268号 for Residents

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

New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週の主な内容

- [対談] リスクを外来で、うまく伝えたい君へ(大橋博樹、喜瀬守人)…… 1—2面
- [寄稿] 慢性低ナトリウム血症の症状に注意を(相村益久)…… 3面
- [連載] 身体所見×画像×エビデンスで迫る呼吸器診療…… 4面
- [連載] 賢く使う画像検査(終)…… 5面
- MEDICAL LIBRARY/第112回医師国家試験合格発表…… 6—7面

対談 リスクを外来で、うまく伝えたい君へ



喜瀬 守人氏

医療福祉協進

家庭医療学開発センター副センター長/
久地診療所所長

大橋 博樹氏

多摩ファミリークリニック院長

●多摩ファミリークリニック待合室のキッズスペースにて

大橋 研修医だった15年ほど前を振り返ると、外来で患者さんへのリスクの説明に苦労した思い出があります。症状説明で患者さんに必要以上の不安を与えたり、患者さんが手術や処置の危険性を理解せずに同意書にサインしたように思えて私のほうが不安を覚えたり。それ以来、リスクコミュニケーションに関心を持っていました。

喜瀬 私もかつて同じような状況に悩みました。患者さんとのコミュニケーションの重要度が高いプライマリ・ケア領域にかかわってきたので、リスクコミュニケーションとは何かを考える機会は多かったです。今は指導医の立場で、そういった葛藤の渦中にある研修医をよく見ます。

大橋先生は2016年の日本プライマリ・ケア連合学会にて、リスクコミュニケーションをテーマにワークショップを開催しましたよね。「リスクを伝える、その極意」というタイトルでした。

大橋 はい。発案は当院の若手医師で、外来診療で判断に迷う場面を題材に、難しさの要因と対応を検討しました。若手の参加者が多く、関心も高い様子でした。

喜瀬 臨床現場では限られた時間で円滑に合意形成を進める必要があります。特

に外来では欠かせない技術です。

大橋 リスクコミュニケーションはリスクを正しく患者さんに理解してもらった上での合意形成プロセスです。基本的な考え方は外来に限らず、医師であれば誰でも持つ必要があるでしょう。

円滑なリスクコミュニケーションに必要なのは、説明時に専門用語を多用しないなどのテクニックだけではありません。理論的知見に基づき、自分のコミュニケーションの癖にも気を付けながら、客観的に状況を見る必要があります。今日は、研修医と若手医師に知ってほしい知見やメタ認知の視点を議論できればと思います。

目的は合意形成と信頼関係構築

喜瀬 医学部では病態や治療は詳しく学ぶものの、そのリスクを医師として患者さんや家族に話すことを想定した教育は少ないです。まずはリスクコミュニケーションが臨床のどのような場面に相当するか、定義を交えて話し合しましょう。

大橋 リスクコミュニケーションは、リスクの特質やレベルを分析するリスクアナリシスの3要素の一つです。リスクアナリシスは、科学的にリスクの

外来は「リスクを伝える場面」の連続である——。病状や治療の口頭説明から検査や手術の同意まで、外来診療での医療者と患者のコミュニケーションの要諦はリスク認識の共有にあるだろう。しかし、リスクの伝え方の教育は卒前・卒後とも十分に行われているとは言い切れない。現場で役立つリスクコミュニケーションの習得のために、研修医は何を知り、指導医はどう教えればよいか。

プライマリ・ケア領域で研修医を指導し、自らも外来診療の最前線で患者との合意形成を重ねてきた大橋氏、喜瀬氏に、外来で誰もが意識すべきリスクコミュニケーションの心掛けをお話いただいた。

種類と程度を評価する①「リスク評価」、①に基づき、可能な範囲でどう対応するかという②「リスク管理」、そして①、②に基づいて他者に伝える③「リスクコミュニケーション」から成ります^{1,2)}。臨床でのリスクコミュニケーションは、医師が患者さん・家族の立場を踏まえ、リスクの種類と程度、対応を患者さん・家族と共有することと言えます。

喜瀬 つまり、手術前のインフォームド・コンセントの場だけでなく、日常診療もリスクコミュニケーションに当てはまりますね。風邪などを診る場面でも、患者さんへ見立てを情報提供し、合意の上に治療を進めていくという同じ構造です。

大橋 その過程で特に大事なものは、非医療者である患者さんの一般的な感覚と、医学的な正論のギャップを認識し、ギャップを埋めていくことです。

間違えてはならないのが、リスクコミュニケーションの目的は、患者さんを論破し考えを変えさせることではありません。また、望まれない結果が起きたときの訴訟リスクの回避が目的でもありません。めざすべき到達点は、リスクをわかりやすく伝えた上での合意形成と、合意に至るまでの信頼関係

の構築です。

医療はどうしてもリスクを伴いますから、結果が良くても悪くても、お互いに責任を共有する必要があります。そのためには医師や組織に対する患者さんの納得と信頼が不可欠です。

あなたのコミュニケーション、説得型 or 思考停止型？

大橋 自身の経験と研修医指導を通じて、臨床でのリスクコミュニケーションの失敗は2つのタイプに大別されると考えています。

1つは「説得型」のタイプ。あらかじめ答えがあって、その結論を選ぶよう患者さんに迫ります。もう1つは「思考停止型」。副作用や合併症の可能性などの客観的事実を伝えるだけで、それ以上はフォローしないタイプです。

喜瀬 この分類には同感です。「説得型」はどんな状況で起こりやすいのでしょうか。

大橋 医学的に推奨される選択肢がはっきりしているときです。プライマリ・ケア連合学会ワークショップでの事例を紹介します。この患者さんに、あ

(2面につづく)

4 April 2018 新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売・PR部 ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

異常値の出るメカニズム

(第7版)
監修 河合 忠
編集 山田俊幸、本田孝行
B5 頁304 6,000円 [ISBN978-4-260-03240-7]

専門医が教える 研修医のための診療基本手技

編集 大村和弘、川村哲也、武田 聡
B5 頁304 5,000円 [ISBN978-4-260-03026-7]

医学生・研修医のための画像 診断リファレンス

山下康行
B5 頁304 4,200円 [ISBN978-4-260-02880-6]

帰してはいけない小児外来 患者2 子どもの症状別 診断へのアプローチ

編集 東京都立小児総合医療センター
A5 頁272 3,800円 [ISBN978-4-260-03592-7]

内科レジデントの鉄則

(第3版)
編著 聖路加国際病院内科チーフレジデント
B5 頁344 3,800円 [ISBN978-4-260-03461-6]

病歴と診察で診断する感染症 System1とSystem2

編集 志水太郎、忽那賢志
B5 頁240 4,200円 [ISBN978-4-260-03538-5]

てんかん診療ガイドライン 2018

監修 日本神経学会
編集 「てんかん診療ガイドライン」作成委員会
B5 頁240 4,600円 [ISBN978-4-260-03549-1]

小児科外来処方マニュアル

編集 清水俊明、田久保憲行
B6変型 頁240 3,200円 [ISBN978-4-260-03032-8]

論文を正しく読むのは けっこう難しい 診療に活かせる解釈のキホンと ビットフォール

植田真一郎
A5 頁240 3,200円 [ISBN978-4-260-03587-3]

〈標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚 障害学 別巻〉 がんのリハビリテーション

編集 辻 哲也
編集協力 高倉保幸、高島千敬、安藤牧子
B5 頁272 4,000円 [ISBN978-4-260-03440-1]

〈視光学エキスパート〉 光学・眼鏡

シリーズ監修 日本視能訓練士協会
編集 松本富美子、小林克彦、石井祐子、玉置明野
B5 頁424 15,000円 [ISBN978-4-260-03530-9]

薬剤師レジデントマニュアル (第2版)

編集 橋田 亨、西岡弘晶
B6変型 頁426 3,400円 [ISBN978-4-260-03263-6]

標準医学シリーズ2018 基礎セット

医学書院eテキスト版
価格42,000円

標準医学シリーズ2018 臨床セット

医学書院eテキスト版
価格88,000円

標準医学シリーズ2018 基礎+臨床セット

医学書院eテキスト版
価格120,000円



●おおし・ひろき氏

2000年獨協医大卒。武蔵野赤十字病院、聖マリアンナ医大病院総合診療内科・救命救急センター、亀田総合病院家庭医診療科などを経て、川崎市立多摩病院開院準備に参画、総合診療科医長として従事。10年に多摩ファミリークリニックを開業。日本プライマリ・ケア連合学会理事、同学会認定家庭医療専門医。

(1面よりつづく)

あなたは何をどう話しますか、と問いました。

<事例>

30代女性。これまで喘息で定期通院。症状コントロールに吸入長時間作用型β₂刺激薬/ステロイド配合剤を使用。以前、吸入薬を減量・中止した場合は症状増悪が見られた。今回、初めての妊娠が判明。ステロイド薬が胎児に及ぼす影響を心配し、できれば薬は使いたくないという。

喜瀬 参加者は話をどう展開していましたか。

大橋 案の定、参加した研修医は薬を使うよう一生懸命説得していました。

喜瀬 薬の影響よりも発作時の低酸素状態のほうが胎児にとって危険と推定され、薬の使用が推奨されていますからね。先生はその研修医にどんなフィードバックをしたのでしょうか。

大橋 今回は薬を処方せず、経過を見る合意形成を助言しました。薬なしで症状が出れば、「赤ちゃんのために治療しないとイケませんよね」と次回促せばよいと。それに対して、病院勤務の若手医師からは、「胎児に危険がある以上、吸入ステロイドを使うように説得し続けることが主治医の務めだ」との声もありました。もちろん、この医師の理屈は正しい面もあります。

喜瀬 胎児に及ぶリスクへの理解が不十分なため、患者さんは胎児に害を及ぼすかもしれないという見方ですね。しかし、患者さんが副作用への恐怖感でいっぱいになるときに医学的正論を話しても、患者さんには聞き入れる余裕がありません。むしろ医師への不信感を生むきっかけとなってしまいます。

大橋 1回で決着をつける必要がないのが一般外来の利点です。薬を使う選択肢を残しつつ、患者の考えを踏まえた落としどころがあると気付いてほしいですね。

もう一つのタイプ、「思考停止型」にはどんな問題があると思いますか。

喜瀬 説得型とは反対に患者さんの意向に従う意識が強すぎ、医師としての見解を伝える役割をおろそかにしてしまうことでしょうか。手術の成功率や手術をしない場合の転帰を説明するだけで、「では、来週までに手術をするか決めてください」と言い放ち、意思決定をサポートしない医師はときどきいます。

大橋 患者さんが医学的にあまりに妥当でない決定をした場合に、考え直すよう促すのは医師の役割です。説明には患者さんがその情報をどう解釈すべきか意見を添えるべきでしょう。データだけでなく解釈の方法を伝えないと、後から問題が生じたときに、「こうなるとわかっていたのに、なぜ言ってくれなかったのか!」という衝突の原因にもなります。

喜瀬 この2つのタイプほど極端でなくとも、皆どちらかの傾向は持っています。また、自分の詳しい分野は説得型になりがちで、不得意分野は思考停止型になりやすい。そういった特徴を把握しておくべきです。

客観的情報と患者の主観にはギャップがあると認識しよう

大橋 では、ここからはリスクコミュニケーションの難しさとその要因を整理していきます。リスクコミュニケーションに齟齬が起こると、患者さんは落ち着かなくなったり、怒ったりします。診療中に、「この患者さん、何をそんなに気に掛けているんだろう?」と思うことはあるでしょう。喜瀬先生は、リスクコミュニケーションの難しさは何に起因すると考えていますか。

喜瀬 2つあります。1つは、重大な情報を提示する経験の少なさです。

大橋 特に研修医は何をどのように話すべきか、難しさを感じるでしょうね。喜瀬 日常診療からリスクの伝え方を意識することで、特別な場面でも適切に対話できるまで腕を磨くことができるでしょう。

もう1つは転帰の個別性と不確実性にあります。例えば、心房細動症例への抗凝固薬の投与では、心原性の脳梗塞を発症する可能性は減るものの、出血リスクは増加します。脳梗塞の発症率と出血の発症率はそれぞれ確率としては説明可能です。しかし、患者さんにとって重要なのは確率ではなく、自分自身に起こるか、起こらないか。この問いに医学は明確に答えられない。

大橋 客観的情報と患者の主観の間に、そもそもギャップがあることは意識する必要がありますね。さらに、医師の主観と患者の主観の間にもギャップが生じます。その原因をリスク認知の観点から説明していきましょう。

患者の主張は無知ゆえではない

大橋 人は普段から、潜在するリスクを直感的に評価しています。リスクの

対象や大きさの感じ方は人によって違いますし、その人を取り巻く状況によっても変わります。だから、医師と患者さんのリスク認知にギャップが生じるのは必然です。診療でこのギャップを感じたことはありませんか。

喜瀬 先日、微熱を主訴に来院した患者さんがそうでした。一般的な風邪症状で、インフルエンザ迅速検査は不必要との見立てを伝えました。でも、強めの口調で検査を求めてきたのです。

話を聞くと、患者さんは勤め先で3日後から始まる旅行の幹事で、インフルエンザで突然休むわけにはいかなからと来院したらしい。患者さんの関心は3日後の体調で、そこを出発点にした診療と説明を求めているのです。

大橋 患者さんの関心事を聞かずに、「その程度の症状であれば、医学的に薬や検査は不要です!」などと突き返したら、もう大変でしたね。

最近、私もリスク認知バイアスを再認識した例がありました。子どもに予防接種を受けさせたくない方が来院したんです。医学的利点を説明しても、絶対に嫌だと。でも、あるとき接種の合意に至ったのです。

喜瀬 展開が進んだのはなぜですか?

大橋 子どもを将来、海外の学校に入りたいとわかり、海外では予防接種を受けていないと入学許可が下りないことが多いと話したからです。打って変わって、接種へと話が進みました。

喜瀬 2例に共通する教訓は、患者さん・家族が、無知ゆえに医学的見解に反する主張をしていると決め付けてはならないことです。医師として医学的視点を持つのは欠かせませんが、合意形成には患者さんの関心事や、仕事や暮らしというコンテキストの共通理解が必要です。この「急がば回れ」の考え方は、患者と医師が共通の理解基盤を有することを目標とする「患者中心の医療の方法」に通じるものです。

指導医は第三者的視点から共通理解できているかを見て

大橋 このような難しさがあるリスクコミュニケーションを、研修医に対してどのように指導すべきでしょうか。先に話した「説得型」「思考停止型」の分類に基づき、どんなアドバイスができそうですか。

喜瀬 「説得型」の人の場合、いずれ患者さんからの反発という壁にぶつかります。「その言い方は何だ!」と言われてしまうんです。その機会をとらえてフィードバックします。患者さんがなぜそんな反応をしたかを軸に、問題点を整理する。もちろん、トラブルが起こる前に情報をつかめば、その時の指導が大事です。

医学的視点から患者さんのためを思うばかり、自分なりの正義を振りかざしたい時期が誰でもあります。そこに違う視点を持ち込むことが指導医の役割でしょう。

大橋 知識も技術もつき、自信が湧く



●きせ・もりと氏

2000年琉球大卒。武蔵野赤十字病院で研修後、聖マリアンナ医大病院総合診療内科に入局。川崎市立多摩病院立ち上げに参画、09年から久地診療所に勤務し、11年から現職。日本プライマリ・ケア連合学会理事、同学会認定家庭医療専門医・指導医。『総合診療』誌で連載「総合診療専門医(仮)セルフトレーニング問題」を分担執筆。

ころだからこそ陥りやすいのでしょうか。「思考停止型」の人に対してはいかがですか。

喜瀬 客観的情報だけでなく、自分や自分の家族がその状況に置かれたらどう判断するかを説明するよう助言してはどうでしょうか。

後期研修医のころ、胃生検組織診断分類でグループ3(胃腺腫)と診断された患者さんに、がんと良性病変の間とだけ説明してしまったことがありました。2週間後の外来にて、患者さんに恐怖感でその間ずっと眠れなかったと言われ、大きな衝撃を受けたんです。指導する立場になって以来、この例を思い返し、研修医が患者さんに対して自分の見解を伝えようとしているか、意図が伝わっているかのフィードバックを大切にしています。

大橋 研修医のリスクコミュニケーションがどちらのタイプかを気付かせ、注意点を教えるのが指導医の役割です。第三者の視点から研修医を観察してもらいたいですね。

*

大橋 ここまでのお話を踏まえて、研修医へメッセージをいただけますか。

喜瀬 自分のコミュニケーションのタイプを知ること、患者さんの考え方や背景を基に考えること。この2つを意識して診療に臨みましょう。

大橋 患者さんの考えを理解したと思っても、それが本当に正しいか自らを疑うことも重要です。患者さんや指導医、同僚と話しながら、自分の見方を常に修正する意識を忘れないでほしいです。信頼関係を基盤に、「お前に任せたまよ」と患者さんに言ってもらえる、リスクコミュニケーションの達人をめざしていただければと思います。(了)

●参考文献

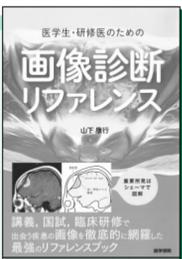
- 1) 西澤真理子。「やばいこと」を伝える技術。毎日新聞出版; 2017.
2) 岩田健太郎。「感染症パニック」を防げ! リスク・コミュニケーション入門。光文社; 2014.
3) Stewart M, et al. Patient-Centered Medicine—Transforming the clinical method. 3rd ed. CRC Press; 2013.

医学生、研修医必携の画像診断入門書!

医学生・研修医のための画像診断リファレンス

講義、国試、臨床研修で出会う疾患の画像を網羅した最強のリファレンスブックが遂に登場! 重要所見は、矢印で示すだけでなく、シエマでわかりやすく図解。画像診断に苦手意識を持つ初学者にとっても、各疾患の病態や画像の基本的な知識が身につく構成となっている。読影するうえで理解が欠かせない画像解剖も丁寧に解説。医学生や研修医のみならず、画像診断に関心を持つジェネラリストや診療放射線技師にも役立つ1冊。

山下康行
熊本大学大学院生命科学研究部
放射線診断学分野 教授



アブストラクトと図の斜読みで大丈夫? ねころんで読める臨床研究論文読み方ガイド

論文を正しく読むのはけっこう難しい
診療に活かせる解釈のキホンとピットフォール

ランダム化比較試験には実に多くのバイアスや交絡因子が潜んでいる。「結果を出す」ために、それらはしばしば適切に処理されない、あるいは確信犯的に除去されない。一方で、臨床研究を行う際の規制は年々厳しさを増している。臨床研究の担い手として、実施する側のシレンマも熟知した著者が、それでもやっぱり見逃せない落とし穴を丁寧に解説。本書を読めば、研究結果を診療で上手に使いこなせるようになる!

植田真一郎
琉球大学大学院医学研究科臨床薬理学
教授



寄稿

慢性低ナトリウム血症の症状に注意を
QOL低下および生命予後悪化との関連について

梶村 益久 藤田保健衛生大学 医学部内分泌・代謝内科学教授

低ナトリウム(Na)血症は、最も頻度が高い電解質異常疾患である。従来、急性低Na血症の場合は中枢神経症状を呈し重症化の場合死に至るため積極的な治療介入を行うのに対し、慢性低Na血症の場合は無症状と考えられ治療介入されないことも多かった。しかし近年、無症状と考えられる軽度の慢性低Na血症の場合であっても、転倒・骨折やQOL低下、生命予後の悪化につながる事が明らかにされつつある。

本稿では、最近の疫学研究の紹介と、われわれが見いだした知見について概説する。「もしかしたらこれまで比較的軽度な低Na血症の症状に気が付いていなかったのかもしれない」と考える機会になれば幸いである。

低Na血症と
歩行障害・認知機能障害

低Na血症は脳浮腫を引き起こすため、中枢神経症状を主体とする神経学的症状を呈する。症状は、低Na血症の重症度と低Na血症の進行速度による。一般的に血清Na濃度が125 mEq/L以上では無症状(時に頭痛・嘔気・記銘力低下)、120~125 mEq/Lではさらに錯乱や食欲不振、115~120 mEq/Lでは不穏・傾眠・昏迷、115 mEq/L未満では痙攣や昏睡などの症状を来す。115~120 mEq/Lでは死亡率30%、115 mEq/L未満では死亡率50%という報告もある¹⁾。

一方、慢性低Na血症では脳浮腫がなく、神経症状もほとんどないと考えられてきた。しかし最近、軽度の慢性低Na血症の無症候性と考えられる症例において、注意機能低下などの認知機能障害、歩行時のバランス障害などの神経症状が認められ、転倒・骨折のリスクが増加し、QOLの低下および生命予後が悪化するなどの疫学的調査結果が報告されるようになってきた。

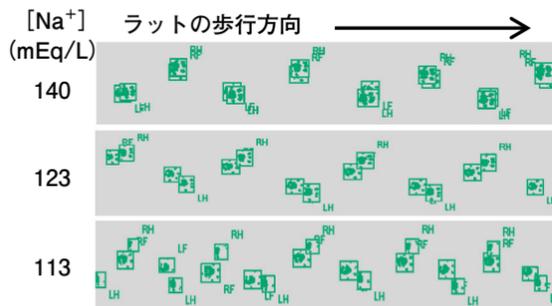
血清Na濃度が平均126 mEq/Lの比較的軽度な慢性低Na血症の症例において、歩行安定性が低下し転倒のオッズ比が67倍と、転倒リスクが著明に増加することが報告された²⁾。また、転倒後骨折のため救急外来を受診した65歳以上の患者の解析では、低Na血症は転倒後骨折のリスクを増加させること(オッズ比4.16)が報告された³⁾。さらに、低Na血症の患者は生存率が低下し、その原因のひとつに骨折のリスク増大が考えられた⁴⁾。

ただし、低Na血症を来す心不全、肝不全、悪性腫瘍、副腎不全等の基礎疾患によって神経症状が生じる可能性があるため、低Na血症自体によって神経症状が生じるのか否かは明確ではなかった。そこでわれわれの研究グループでは、SIADH(バゾプレシン分泌過剰症)モデルのラットを用いて、慢性低Na血症の歩行・行動への影響を検討したところ、慢性低Na血症のラットは一見無症状に見えるが、詳細な検討を行うと、歩行障害や認知機能障害が生じていることを見いだした⁵⁾(図)。

低Na血症と骨粗鬆症

以上述べたように、低Na血症が転倒、骨折リスクを増加させることが知られてきたが、低Na血症と骨粗鬆症との関連は不明であった。

われわれの研究グループは、米国50歳以上のデータのクロスセクション解析の結果、軽度低Na血症群(平均血清Na濃度が133±0.2 mEq/L)では、Na正常群(平均血清Na濃度が141.4±0.1 mEq/L)と比べ骨粗鬆症のリスクが有意に高くなること(オッズ



●図 フットプリント(参考文献5より)

血清Na濃度正常のラットの前後足の足跡はほぼ重なっているのに対し、血清Na濃度の低下により足跡のずれが大きくなり(中段・下段)、解析の結果、失調性歩行を呈することが明らかとなった。

比は大腿骨近位部で2.85、大腿骨頸部で2.87)を報告した⁶⁾。本解析は年齢、性別、人種、肥満度、運動度、利尿薬の有無、喫煙の有無、そして血清25(OH)D濃度で補正されており、無症候性と考えられる軽度な低Na血症が独立した因子として骨粗鬆症を引き起こすことが認められた。

また、65歳以上男性を対象にしたコホート研究では、血清Na濃度<135 mEq/Lの低Na血症は大腿骨近位部骨折のリスクが高く(オッズ比3.04)、また低Na血症では椎体形態骨折の既存骨折と約4.5年以上のフォロー中の新規骨折のオッズ比もそれぞれ2.46、3.53とリスクの増大が認められることが報告された⁷⁾。

低Na血症が骨粗鬆症を
引き起こす機序

われわれの研究グループはラットSIADHモデルを用い、3か月間の慢性低Na血症が、血清Na濃度正常のラットに比べ、大腿骨の骨塩量を約30%低下させること、また μ CT検査による評価で骨梁と皮質骨をともに著明に減少させることを見いだした。また、組織形態学的解析の結果、低Na血症ラットでは血清Na濃度正常群に

●すぎむら・よしひさ氏

1995年金沢大医学部卒。2004年米ジョージタウン大留学(内分泌・代謝学)、07年名大大学院医学系研究科博士課程修了。名大病院糖尿病・内分泌内科講師、名大大学院医学系研究科糖尿病・内分泌内科学講師などを経て、17年より藤田保健衛生大学医学部内分泌・代謝内科学教授、藤田保健大坂文種報徳会病院内分泌・代謝内科。



比して、破骨細胞が著明に増加し、骨吸収が亢進し骨粗鬆症を発症することが明らかになった⁶⁾。

われわれの研究グループは、上記の*in vivo*の実験に引き続き*in vitro*の系で細胞外Na濃度の破骨細胞への直接的な影響を検討した。破骨細胞の前駆細胞であるRAW 264.7細胞と骨髄単球の初代培養を用いた検討で、培地中のNa濃度を低下させると、用量依存性に成熟破骨細胞数が増加し破骨細胞形成および骨吸収活性化を亢進させることが明らかとなった。また、その機序に、破骨細胞内での酸化ストレスが関与することが示唆された⁸⁾。

*

低Na血症および転倒・骨折・骨粗鬆症といったイベントは、いずれも高齢者において頻度が高い。したがって、超高齢社会を迎える日本においてますます重要な問題となる。今まで以上に低Na血症への症状に留意し、ふらつき、転倒、認知機能低下、骨折、骨粗鬆症への関与が考えられた場合は積極的に低Na血症の治療を検討することが必要と考えられる。

●参考文献

- 1) Mark John Hannon, et al. Hyponatremia and Hypernatremia. In: J. Larry Jameson, et al, editors. Endocrinology: Adult and Pediatric. 7th ed. Elsevier; 2016. pp1953-62.
- 2) Am J Med. 2006 [PMID: 16431193]
- 3) QJM. 2008 [PMID: 18477645]
- 4) J Bone Miner Res. 2011 [PMID: 21381111]
- 5) J Am Soc Nephrol. 2016 [PMID: 26376860]
- 6) J Bone Miner Res. 2010 [PMID: 19751154]
- 7) J Bone Miner Res. 2015 [PMID: 25294595]
- 8) J Biol Chem. 2011 [PMID: 21135109]

PT・OT・ST学生のための新しい教科書シリーズ

医学書院

標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学 別巻

★卒業臨床でも役に立つ、がんのリハビリテーションの現在を示したテキストが刊行!

がんの
リハビリテーション

編集 辻 哲也
編集協力 高倉保幸・高島千敬・安藤牧子

がん患者の増加に伴い、身体機能の維持や改善に欠かすことができないリハビリテーションの必要性が認識されているなか、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の果たす役割は益々大きなものとなっている。本テキストは、養成施設における「がんのリハビリテーション」の授業での使用はもとより、基礎から周術期リハ、合併症、リスク管理、緩和ケアに至るまでをまとめた入門書として、療法士をはじめとした多職種チームの日々の診療に役立つ内容となっている。



●B5 頁272 2018年 定価:本体4,000円+税
[ISBN978-4-260-03440-1]

★PT・OT・STのためのミニマムエッセンスが
つまった、義肢装具学の入門テキスト!

義肢装具学

編集 佐伯 覚

PT・OT・STが臨床にでる際に必要な知識をコンパクトにまとめた、初学者のための義肢装具学テキスト。これまでの国試出題基準を参考に、そのミニマムエッセンスが豊富なイラストや丁寧な用語解説をもとにまとめられている。臨床的かつ科学的思考プロセスを理解し、義肢装具への興味を深めながら学習することができる。国家試験対策もこの1冊できつと大丈夫。



●B5 頁256 2018年 定価:本体4,200円+税
[ISBN978-4-260-03441-8]

★リハビリテーションに関わる医療職に必要な
脳画像の見かたをやさしく解説

脳画像

執筆 前田真治

画像の白黒の暗記ではなく、背景にあるメカニズムを説き起こすことで、なぜこのように見えるのかを解説した脳画像の見かたの入門書。疾患別の各論では、症例ごとにCT、MRIの各種画像を並べて示し、モダリティや撮像法の違いによって、所見がどう異なって見えるのかを解説。近年の国家試験出題傾向を踏まえ、脳卒中に加えて、頭部外傷、脳腫瘍、認知症、神経難病等の疾患を網羅。学生のみならず臨床に出てからも必携の1冊。



●B5 頁176 2017年 定価:本体3,500円+税
[ISBN978-4-260-03250-6]

身体所見×画像×エビデンス で迫る 呼吸器診療

肺病変は多種多様。呼吸器診療では、「身体所見×画像×エビデンス」を駆使する能力が試されます。CASEをもとに、名医の思考回路から「思考の型」を追ってみましょう。

第10回 特発性肺線維症を考える

皿谷 健 杏林大学呼吸器内科 講師

CASE 76歳女性。20年前から乾性咳嗽が出現。10年前の健診で胸部X線の異常を指摘され、経過観察となっていた。ここ数か月で労作時呼吸困難が出現し、自宅での家事はできるが外出は月に1度程度。咳嗽の増悪があり紹介受診。咳嗽は日中に強いが、就寝時にも増悪。Vital signsは呼吸数の軽度上昇(22回/分)以外は問題なし。両背側の肺底部を主体にlate inspiratory cracklesを聴取。ばち指なし。Review of systemsでは、レイノー現象、筋肉痛、関節痛、乾燥症状はいずれもなし。胸部X線で食道裂孔ヘルニア(図1A)、胸部CTで蜂巣肺(UIP pattern)を認めた(図1B,C)。

びまん性の肺病変を見たら、感染症だけでなく、膠原病、吸入抗原関連、薬剤性肺炎などの可能性を吟味する必要があります。第4回(3243号)で述べたように、特発性間質性肺炎は常に除外診断であるからです。本症例は身体所見や血清学的検査で明らかな基礎疾患を認めず、特発性間質性肺炎の中でも蜂巣肺で特徴付けられる、特発性肺線維症(idiopathic pulmonary fibrosis: IPF)と診断されました。

IPFの咳嗽は日中に強く出現することが知られていますが、就寝時にも生じる場合は逆流性食道炎や後鼻漏症候群を疑います。実際に本症例では食道裂孔ヘルニアがあり、上部消化管内視鏡で逆流性食道炎を認めました。

IPFの疫学と予後

IPFは慢性進行性の経過をたどり、線維化が高度に進行して不可逆性の蜂巣肺形成を来す、予後不良の難治性疾患です。本邦の調査では、発症率は10万人当たり2.23人、有病率は10万人当たり10.0人、診断時からの平均生存期間は3~5年、生存中央値は35か月とされています¹⁾。

これまで抗炎症作用を期待し投与されていたステロイド、免疫抑制薬、N-

アセチルシステイン(NAC)の併用療法がプラセボと比して予後を増悪させるといった衝撃的な報告を受け²⁾、典型的なIPF症例の慢性期に対するステロイドや免疫抑制薬の使用は控えるように、本邦を含め各国のガイドラインが変更されています。

IPF治療のパラダイムシフト

抗炎症作用ではなく抗線維化作用を有するピルフェニドンとニンテダニブの登場がIPFの治療を大きく変えました。その臨床研究を紹介します(表)。

ピルフェニドンはTGF(トランスフォーミング増殖因子)-βの産生抑制を主な作用機序とし、本邦では2008年、世界に先駆けてIPFの治療薬として承認されました。本邦での第II相・第III相ランダム化比較試験(RCT)では、52週の時点でVC(肺活量)低下を抑制する効果が認められ、米国主導の第III相RCT(CAPACITY 004・006, ASCEND)が実施されました。52週のプール解析において、ピルフェニドン投与群ではFVC(努力性肺活量)が10%以上低下した患者数が43.8%減少し(p<0.001)、FVCの低下が40.7%抑制され、progression-free survival、6分間歩行距離、呼吸困難の

●表 抗線維化薬の臨床研究

	RCT	長期観察試験
ピルフェニドン	CAPACITY ASCEND	RECAP PASSPORT
ニンテダニブ	TOMORROW INPULSIS	INPULSIS-ON

自覚スコアも有意に改善しました³⁾。また、全死亡率は48%低下していません(HR 0.52, p=0.01)⁴⁾。現時点ではIPFにおいて全死亡率とIPF関連死亡率の改善効果が示された唯一の薬剤となっています⁵⁾。

ピルフェニドンの長期観察試験であるRECAP, PASSPORTは前者のみ論文が出ており、CAPACITY 004・006, ASCEND, RECAP, コンパッション・トユースの5つを統合した1299症例の長期解析では、最長9.9年の投与でも良好な忍容性が確認されています⁶⁾。ニンテダニブはVEGFR(血管内皮増殖因子受容体)1~3型, FGFR(線維芽細胞増殖因子受容体)1~3型, PDGFR(血小板由来増殖因子受容体)を阻害するトリプルキナーゼ阻害薬で、本邦では2015年に承認されました。

世界25か国92施設で施行されたRCTであるTOMORROWでは、40歳以上、FVC≥50%かつDL_{CO}(肺拡散能)30~79%のIPF症例を選択し、ニンテダニブ150mgを1日2回、12か月間投与しました。その結果、プラセボに比してFVCの低下抑制(-0.06L/年 vs. -0.19L/年)、急性増悪の有意な頻度低下が見られました(2.4%/年 vs. 15.7%/年)⁷⁾。

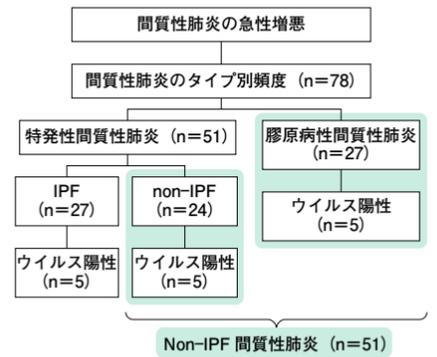
INPULSIS-1・2の両試験でも、ニンテダニブ投与群ではプラセボに比してFVC低下が約50%抑制されました⁸⁾。INPULSIS-1・2の統合解析では、中央判定で急性増悪についても抑制効果を認めています⁹⁾。TOMORROWおよびINPULSIS-1・2の統合解析では、ニンテダニブはプラセボに比してやはり50%程度のFVC低下抑制効果(-112.4mL/年 vs. -223.3mL/年)を示しています⁹⁾。長期観察試験(INPULSIS-ON)は現在終了しており、今後結果が出る予定です。

なお副作用については、ピルフェニドンで嘔気36.1%、皮疹30.3%、食欲不振13%⁶⁾、ニンテダニブで下痢61.5%、嘔気24.3%、嘔吐11.8%と報告されています⁹⁾。INPULSIS全体ではニンテダニブの肝障害は10.5%ですが、日本人だけのサブグループ解析では27.6%と多い傾向にあります¹⁰⁾。

IPFの急性増悪に感染症の関与はあるか?

IPFの急性増悪は、肺の異常陰影の出現とともに急速に生じた呼吸状態の悪化と定義され、以下の4つのクライテリアが提唱されています¹¹⁾。

- 1) 以前または同時にIPFと診断
- 2) 30日以内に増悪した原因不明の呼吸困難
- 3) 胸部CTでUIP patternを示し、Ground glass opacity (GGO) やコ



●図2 間質性肺炎急性増悪を対象にした前向き研究(文献12)

ンソリデーションなど新たな両側肺異常陰影が出現
4) 心不全や体液貯留で説明できない呼吸状態の悪化

日常診療では、IPFの急性増悪に感染症の関与があるのかが大きな謎の一つです。われわれは、間質性肺炎急性増悪に関する3年間の前向き研究を行い、特発性間質性肺炎51症例、膠原病性間質性肺炎27症例の合計78症例を検討しました(図2)。鼻咽頭、喀痰、気管支肺泡洗浄液などの呼吸器検体で、全症例のうち15症例(19.2%)でウイルスが検出されましたが、その多くはヒトヘルペスウイルス7(HHV7)や、HHV7とサイトメガロウイルスの両者の検出であり、いわゆる一般的な呼吸器ウイルス感染症の関与は乏しいと考えられました¹²⁾。IPFとnon-IPFでのウイルスの検出率に差はなく、ウイルス感染そのものは短期予後(60日後死亡率)を予測する因子にはなり得ませんでした。

IPFの治療は大きなパラダイムシフトを迎えましたが、以下の点が解決すべき課題となっています¹³⁾。

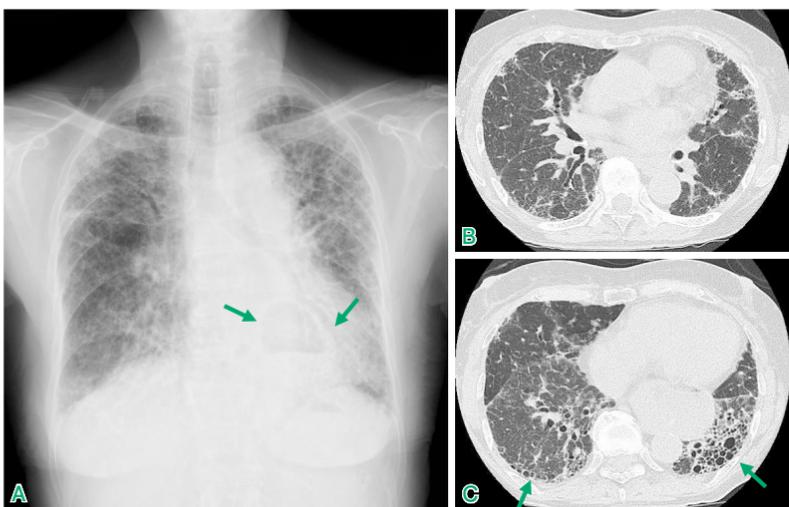
- 1) 抗線維化薬開始のタイミング(無症状でも早ければ早いほど良いのか?)
- 2) ピルフェニドンとニンテダニブのどちらが優れているのか?
- 3) 治療変更のタイミングは?
- 4) ピルフェニドンとニンテダニブの併用療法は行うべきか?
- 5) ProbableまたはPossibleと呼ばれるIPFの非典型例に対して抗線維化薬を使うべきか?

POINT

- 特発性間質性肺炎は常に除外診断。他疾患の可能性を吟味しよう。
- 特発性肺線維症に関する最新のエビデンスを確認しよう。

【参考文献】

- 1) Am J Respir Crit Care Med. 2014 [PMID: 25162152]
- 2) N Engl J Med. 2012 [PMID: 22607134]
- 3) Eur Respir J. 2016 [PMID: 26647432]
- 4) N Engl J Med. 2014 [PMID: 24836312]
- 5) PLoS One. 2015 [PMID: 26308723]
- 6) BMJ Open Respir Res. 2016 [PMID: 26835133]
- 7) N Engl J Med. 2011 [PMID: 21992121]
- 8) N Engl J Med. 2014 [PMID: 24836310]
- 9) Respir Med. 2016 [PMID: 26915984]
- 10) Respirology. 2017 [PMID: 27997064]
- 11) Am J Respir Crit Care Med. 2016 [PMID: 27299520]
- 12) Respir Med. 2018 [PMID: 29501253]
- 13) Pneumologie. 2018 [PMID: 29341047]



●図1 胸部X線(A), CT画像(B, C)

「感染症」に続く「プラマニユ」が誕生!
専門・非専門問わず、現場で役立つエッセンス

精神診療プラチナマニュアル

▶精神診療に必要なかつ不可欠な内容をハンディサイズに収載。臨床における迷いを払拭するコンパクトマニュアル。よく遭遇する疾患に関する記述を充実させレアな疾患の記述は抑えるなど、「本当に必要なものに絞る」ことを徹底。カルテ記載時に参照できる「アセスメント」「プラン」などの囲みや具体的な薬物の処方例も掲載。精神科後期研修医はもちろん、他科の医師、初期研修医、看護師、薬剤師、さらには公認心理師など、幅広い職種にお薦め。

著: 松崎 朝樹 筑波大学附属病院精神神経科診療講師

定価: 本体2,000円+税
三五変 頁240 図15 2018年
ISBN978-4-8157-0115-4

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

名著がさらにパワーアップ!
「正常肺編」との併用により、理解がぐっと深まる

ウェスト呼吸生理学入門 第2版

West's Puumomary Pathophysiology: The Essentials, 9th Edition

▶原著者Dr.West独自の視点に貫かれた簡潔かつ明瞭な記述により、難解と思われがちな呼吸の生理と病態生理をわかりやすく解説した世界的に定評ある入門書。9年ぶりの日本語改訂版。改訂にともない画像写真が刷新されるなど内容を更新。正常肺編同様、Dr.Luksが著者に加わり、章末に臨床への足掛かりとなる「症例検討へのいざない」などが追加された。医学生、研修医など初学者のみならず、呼吸器内科医をはじめとする臨床家のレビューに最適。また看護師、呼吸療法士などコメディカルにも有用。

訳: 桑平 一郎 東海大学医学部内科学系呼吸器内科学教授/付属東京病院呼吸器内科
堀江 孝至 日本大学名誉教授

定価: 本体4,200円+税
B5変 頁280 図62・写真7・色図1 2018年
ISBN978-4-8157-0116-1

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

本来は適応のない画像検査、「念のため」の画像検査、オーダーしていませんか？
 本連載では、放射線科医の立場から、医学生・研修医にぜひ知ってもらいたい「画像検査の適切な利用方法」をレクチャーします。
 検査のメリット・デメリットのバランスを見極める「目」を養い、賢い選択をしましょう。

賢く使う 画像検査

第12回(最終回) 念のための検査のリスク

曾我茂義 防衛医科大学校 放射線医学講座 越後純子 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院医療安全部 隈丸加奈子 順天堂大学医学部 放射線診断学講座

症例

下痢と右下腹部痛で来院した60歳男性。研修医Aが診察したところ痛みは中等度であり、血液検査ではCRP 1.0 mg/dL(軽度上昇)の他には異常を認めなかった。超音波検査では虫垂炎の可能性を否定できず、腹部CTを撮影することにした。せっかくCTを撮るので、念のため胸部も含めて撮影することを指導医Bに提案した。

念のための画像検査は本当に有用か？

この20年間の画像診断技術の進歩は著しく、画像検査の適切な利用が、迅速で正確な診断やより良い治療につながる点には議論の余地がありません。一方で、適応の吟味が十分なされていない画像検査の問題も注目されるようになりました。2017年に日本医学放射線学会が全国の放射線科教育病院に対して行った調査(165施設が回答)では、適応が不適切な画像検査として、「検査目的に関係のない部位まで撮影範囲を広げた検査」「スクリーニング目的の検査、あるいは撮影目的の不明確な全身撮影」が上位に挙がりました¹⁾。

見逃しや誤診を防ぐために画像検査は有用ですが、症例のように本来の目的(症状部位)とは無関係の範囲を含めて撮影すると、その部位では重篤な疾患の検査前確率が低いために、偽陽性率が大きく上昇する危険性があります。偽陽性所見があると、それに起因

する不必要な治療やフォローアップ、それに伴う患者の不快や不安などが惹起される可能性があります²⁾。

低線量CT検査による肺がんスクリーニングが行われた2106人の喫煙者のうち、約60%に結節などがみられ、1184人(56.2%)がフォローアップの検査、42人(2.0%)が気管支鏡や手術など追加検査・治療に進んだものの、実際に肺がんであったのは31人(1.5%)のみであったという報告があります³⁾。この研究では高危険群(喫煙者や過去に喫煙歴のある人)を対象にしていますので、非高危険群ではさらに偽陽性率が高くなるのが推察されます。『画像診断ガイドライン2016年版 第2版』では、たとえ低線量CT(管電流50 mAs以下)であったとしても、非高危険群に対する肺がん検診はグレードC2(科学的根拠がなく、行わないよう勧められる)となっています⁴⁾。

症例のように「腹部CTのついでに胸部CTも」と撮影してしまうと、当然通常の線量で施行されることとなり、被ばくの影響も大きくなります。胸部病変を積極的に疑う臨床所見がない場合には、撮影範囲をむやみに広げることが適切ではありません。

念のための検査を行うリスク

「念のため」の画像検査を行ってしまいやすい原因の一つとして、「撮らずに見逃して訴えられたらどうしよう」という医療者側の心配があります。しかし、逆に「適応のない検査を施行するリスク」もあります。

過去の裁判例には、不要な心臓カテーテル検査を施行したことに対して

医療機関側が敗訴した例があります〔横浜地方裁判所2017年2月23日判決；平成28年(ワ)第1837号〕。カルテに虚血性心疾患を疑わせるような記載はありませんでしたが、虚血性心疾患の保険病名が付された状態で、とある疾患の術前検査として心臓カテーテル検査が予定されました。その後の精査の結果、手術は不必要と判明し中止となりましたが、患者さんには術前検査の心臓カテーテル検査を行う説明が十分なされないまま、術前検査の心臓カテーテル検査は予定通り施行されました。心臓カテーテル検査では大きな異常は認められませんでした。

これに対し患者さんは、術前検査は不要になったにもかかわらず、その説明を怠り、検査の要否について選択の機会を与えないまま侵襲性の高い検査を行い、精神的苦痛を受けたと主張し、裁判を起こしました。最終的には裁判所は説明を怠った点に限定して損害を認め、医療機関側が30万円の慰謝料を支払うことになりました。

また、重大性の低い疾患において、アレルギー歴を問診せずに造影CT検査を行い、造影剤によるアナフィラキシーショックで死亡した事案〔東京地方裁判所2003年4月25日判決；平成13年(ワ)第23558号〕において、裁判所は「直ちに生命の危険を生ずるような疾患ではなく、その症状も改善傾向にあり、本件検査の必要性は必ずしも高かったとは認め難い」として、問診を適切に行っていたら検査を中止していたとして死亡の責任を肯定した例もあります。疾患の重大性と検査の侵襲性のリスク・ベネフィットバランスに裁判所が言及している点が注目されます。

そもそも、医療においては普遍的なリスク・ベネフィットバランス原則の下で、誰が最終判断者かという問題に帰着します。最終的判断者である患者さんに大きな不満が残れば紛争化しやすく、紛争になった場合には医学的必要性が高くなければ、この裁判例のように判断されてしまう可能性があることにも注意が必要です。

治療だけでなく、検査でも患者との共有意思決定を

連載第1回(第3223号)にご紹介したように、米国をはじめ世界各国にて、エビデンスに基づく賢明な医療選択を行うというChoosing Wiselyキ

ャンペーンが始まっており、日本でも活動を開始しています。このキャンペーンでは特に、患者さんとShared Decision Making(共有意思決定)を行うことが重要な点として強調されていますが、検査は治療に比べて共有意思決定の実践がまだ少ないのが現状です。主治医、放射線科医、コメディカル、保険者、そして患者さんの皆が一緒になって検査のリスクとベネフィットを理解し、患者さんに必要な検査は何かを考え、画像検査を賢く選び、使う環境づくりがこれからはますます重要となっていくと考えられます。

症例への対応

指導医Bが研修医Aに患者の胸部症状を尋ねたところ、特にないのことであった。疾患の存在を疑わない部位に対してCT検査を行うことは不適切であると研修医Aに説明し、腹部CTのみを撮影した。腹部CTでは虫垂は正常であり(図)、患者は帰宅、経過観察となった。



●図 腹部単純CT。正常な虫垂が確認される(矢頭)

念のため検査のリスクのポイント

- 画像検査の撮影範囲を「念のため」に広げることは、リスク>ベネフィットとなり得る
- 「検査を行わずに見逃した場合」だけでなく、「リスク・ベネフィットバランスを大幅に逸脱した検査を行った場合」にも法的リスクは生じ得る

●参考文献
 1) Jpn J Radiol. 2017 [PMID: 28916887]
 2) Am Fam Physician. 2011 [PMID: 21661705]
 3) JAMA Intern Med. 2017 [PMID: 28135352]
 4) 日本医学放射線学会編. 画像診断ガイドライン2016年版 第2版. 金原出版; 2016.

CT・MRI画像解剖 ポケットアトラス 第4版

3 脊椎・四肢・関節
 Pocket Atlas of Sectional Anatomy: Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging, Volume 3: Spine, Extremities, Joints, 2nd Edition.

さらに詳しく使いやすくなった、ポケットアトラスの決定版

CTやMRIの正常解剖をコンパクトにまとめた定評あるアトラスの筋・骨格系編、10年ぶりの改訂。本書ではMRIに特化し、1・2巻と同様身体各部位ごとに、高精細MR画像写真とポイントを彩色したシェーマを、見開き一頁の中で対比させており、複雑な解剖構造を容易かつ正確に認識できる。改版にともない、炎症や腫瘍などの病変理解に有用な関節近傍部位の画像やシェーマが大幅に追加され内容はさらに充実。放射線科医・技師の必携書として、研修医、整形外科医の読影の参考書として最適。

監訳 町田 徹 山王病院放射線科部長 国際医療福祉大学臨床医学研究センター教授

訳 小林有香 東京共済病院放射線科部長

- 定価: 本体4,800円+税
- A5変 頁500 図659・写真222 2018年
- ISBN978-4-8157-0120-8

好評 CT・MRI画像解剖 ポケットアトラス 第4版

1 頭部・頸部

- 定価: 本体4,000円+税
- A5変 頁352 図349・写真148 2015年
- ISBN978-4-89592-795-6

CT・MRI画像解剖 ポケットアトラス 第4版

2 胸部・心臓・腹部・骨盤

- 定価: 本体4,000円+税
- A5変 頁360 図360・写真297 2015年
- ISBN978-4-89592-796-3

新刊 ファミリーが増えてますます「使える」本になりました!

感染症 プラチナ マニュアル 2018

同時発売 プラチナファミリー

ご希望にお応えし、拡大版「感染症プラチナ2018」登場 ※内容は同じです

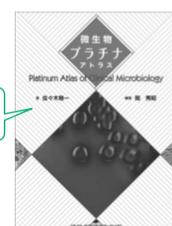
感染症プラチナマニュアル 2018 Grande [グランデ] 著 岡 秀昭
 A5変 頁408 図9 ISBN978-4-8157-0114-7 2018年 定価: 本体3,500円+税

『感染症プラチナ』から生まれた臨床医、検査技師のための実践で「使える」アトラス

微生物 プラチナアトラス

「感染症プラチナ」内の写真番号と完全リンク!

著 佐々木雅一 東邦大学医療センター 大森病院臨床検査部主任 編者 岡 秀昭



B5変 頁240 図2 写真375 ISBN978-4-89592-910-3 2018年 定価: 本体4,500円+税

増頁ながらコンパクト、さらに充実
 著 岡 秀昭 埼玉医科大学総合医療センター 総合診療内科・感染症科部長/准教授
 三五変 頁408 図9 ISBN978-4-8157-0113-0 2018年 定価: 本体2,000円+税

Medical Library 書評新刊案内

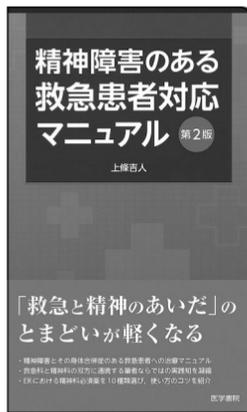
精神障害のある救急患者対応マニュアル 第2版

上條 吉人 ● 著

B6変型・頁304
定価:本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03205-6

近年、精神疾患を持つ患者が急病などのために救急受診する機会が多くなってきている。また、人口の高齢化を反映してか入院中に精神合併症を来す患者も増加してきている。そして、そのような精神疾患を持つ救急患者は、しばしば救急隊の病院選定困難の理由の一つに挙げられる。精神疾患を持つ救急患者の初期治療は、救急医に求められる重要な社会的ニーズの一つといっても過言ではない。救急医もある程度精神疾患に対する知識を持ってこのような社会的ニーズに広く応えていくことが必要であり、本書はそのための実践的なマニュアルである。

救急科と精神科の双方の観点からまとめられた実践的なマニュアル



「救急と精神のあいだ」とまどいが軽くなる
精神障害のある救急患者対応マニュアル 第2版
上條吉人

評者 落合 秀信
宮崎大学教授・救急・災害医学

ちろんのこと、生理学や生化学など基礎的な事項まで取り入れて明確に解説してあり、楽しみながら読み進んで深い知識を得られる。

本書の構成も実践的に理解できるよう工夫が施されている。まずこれまでの著者の経験に基づき治療に必要な最小限の薬剤を厳選し、それらの使用法や注意点を解説してある。その後日常遭遇する頻度の高い症状について、ケーススタディ的に解説してあり、実際の臨床の現場にいるような臨場感を持って理解を深めることができる。もちろん緊急対応時に必要な事項を調べるマニュアルとしても申し分ない。このように本書は、救急そして精神科の両面から深く解説してあると同時にマニュアル的な簡便性も有しており、この分野において本書の右に出るものはない。

東医歯大や都立広尾病院で精神科医として、さらに、北里大救命救急センターで救急医として研さんを積まれ、現在でも救急医、精神科医、そして中毒研究者として第一線で活躍中である著者による本書は、精神障害のある救急患者へ対応する機会のある医師全てにおける必須の書といっても過言ではなく、ぜひ診療のパートナーとして活用していただきたい。

行動変容を導く！ 上肢機能回復アプローチ

脳卒中上肢麻痺に対する基本戦略

道免 和久 ● 監修
竹林 崇 ● 編

B5・頁304
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02414-3

“道免和久先生と竹林崇先生の本！”と聞いて、「これは読まずにはいられない」と思った。道免先生はわが国における神経科学に基づいた、いわゆるニューロリハの第一人者であるといえる。このお二人が監修、編集されたのが本書である。

本書のコンセプトは従来からあるような治療法のマニュアル本とは異なり、「単に麻痺を回復させる治療法という二元論的理解を超えて、機能障害を課題指向的に改善させ、改善した機能障害を日常生活活動につなげる(転移させる)という新たなアプローチの考えかたである」とうたっている(「監修の序」より)。

内容を見ていくと、まず「行動変容

評者 藤原 俊之
順大大学院主任教授・リハビリテーション医学

を導く上肢機能回復アプローチ」と題し、機能と行動を結び付けて行動変容を促す上肢機能回復アプローチとしてCI療法を紹介。続いて実際の「麻痺手に対する課題指向型アプローチ」について理論的背景を基に述べている。また、「練習効果を生活に転移させるための方略」では機能回復を行動変容に結び付けるための方略について解説している。一方、本書の後半では実際の症例を通して、具体的に臨床現場においてどのように治療を行っていくのかという点について解説が施されている。

神経科学や行動心理学といった行動変容を導く戦略の根幹となる学問をベースとした上肢機能回復アプローチについて、その学術的背景、基礎知識、実際の治療法を一冊に凝縮した内容となっており、一貫してreasonableな理論からどのように考えて治療するのかというプロセスを明らかにした上で治療法が解説されている。

ニューロリハビリテーションや神経科学に関心の深い医師、コメディカルスタッフ、学生にお勧めの一冊である。

学校関係者のためのDSM-5

R.M. Tobin, A.E. House ● 原著

高橋 祥友 ● 監訳
高橋 晶, 袖山 紀子 ● 訳

A5・頁336
定価:本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03212-4

本書は、米国の学校精神保健に携わる学校心理士を対象としており、精神的理由から学業に支障を持つ子どもに対する公的扶助や保険申請のために、DSM-5 子どものためのDSM診断への疑問に丁寧に答える解説書

今回のDSMの改訂根拠の解説が続くため、精神医学にある程度知識のない一般の学校関係者にとって、本書は残念ながら難解であろう。しかし、あまたあるDSM-5解説本の中で、児童思春期精神科医療に携わる全ての職種にとってこれほど有益な書を私は知らない。例えば、注意欠如・多動症の発症年齢引き上げについての議論は、その年齢相応とする症状評価や成人への影響などが詳述されており、参考になる。

評者は精神科医として多少の臨床経験を積んできたものの、子どもの精

神症状の多彩さと変化にはいつも戸惑わされる。自らの不勉強と出来の悪さを棚に上げて言わせてもらえば、成書を読んでどこかピンと来ないのは今でも変わりがない。「学校・地域との連携が大事」と聞いて、とりあえず担任や養護教諭とかかわりだした方がいいが、そううまくいくものではなかった。あまり疾患理解を強調すると「学校では対応できない」「他の子に悪影響がある」と不安を刺激してしまう。ケース会議をしても医療、教育、福祉、行政といった他職種に精神医学的知識を説明することもたやすいことではないし、今話題にしていることはどのモデルの視点なのかを理解して、バランスをとりながらその子への援助を考えていくことは、とても労力を必要とすることだ。

DSMは1980年のDSM-IIIから操作的診断基準となり、社会的影響力が強まった。診断の一致率と信頼性を高め、精神医学への理解の底上げに大

重症度の適切な評価、原因薬剤の中止や減量、支持療法の検討に役立つ情報を凝縮!

がん薬物療法副作用管理マニュアル

重症度の適切な評価、原因薬剤の中止や減量、支持療法の検討に役立つ情報をコンパクトに凝縮! 発熱、手足症候群、高血圧など、がん薬物療法時に頻度の高い副作用を対象に、1)原因となりうる抗がん薬、2)評価のポイント(症状・検査値、問診、重症度)、3)抗がん薬以外の原因を考慮すべき疾患・病態、4)対策、5)症例2例(抗がん薬の副作用が疑われた症例、それ以外の原因が疑われた症例)のパターンで解説。

監修 吉村知哲
大田市民病院 薬剤部長
田村和夫
福岡大学教授・総合医学研究センター
編集 川上和宣
がん研究会有明病院 医療安全管理部・薬剤部主任
松尾宏一
福岡大学筑紫病院 副薬剤部長
林 稔展
国立病院機構九州医療センター 副薬剤部長
大橋養賢
国立病院機構九州医療センター 薬剤部 がん薬物療法研修マネージャー
小笠原信敬
若手県立中部病院薬科科 主査



B6変型 頁314 2018年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03532-3]

医学書院

シリーズ監修・公益社団法人 日本視能訓練士協会 新シリーズ《視能学エキスパート》

◎弱視・斜視の視能訓練の基礎から臨床までを網羅した、本邦初の体系的成書

視能訓練学

B5 頁440 2018年
定価:本体15,000円+税
[ISBN978-4-260-03223-0]

編集

若山 曉美 (近畿大学医学部附属病院)
長谷部 佳世子 (川崎医科大学総合医療センター)

松本 富美子 (近畿大学医学部堺病院)
保沢 かずえ (自治医科大学附属病院)
梅田 千賀子 (愛知淑徳大学)

◎眼科検査の基本知識から実際の進め方までを詳細に解説した、視能検査学の決定版成書

視能検査学

B5 頁386 2018年
定価:本体14,000円+税
[ISBN978-4-260-03258-2]

編集

和田 直子 (林眼科医院)
小林 昭子 (東京医科大学病院)

中川 真紀 (帝京大学医学部附属病院)
若山 曉美 (近畿大学医学部附属病院)

シリーズ 続刊

◎眼科領域に必要な光学の知識から眼鏡の基礎・処方検査まで、幅広く学べる本格的な成書

光学・眼鏡

医学書院

《ジェネラリストBOOKS》 認知症はこう診る 初回面接・診断からBPSDの対応まで

上田 諭 ● 編

A5・頁264
定価：本体3,800円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-03221-6

評者 繁田 雅弘

慈恵医大教授・精神医学/同大病院メモリークリニック

認知症疾患の診療実践を解説した本である。臨床現場で中心的な役割を果たしている人たちが執筆していることがメンバーを見るとよくわかる。この種の本を読んで自分と同じ診療のスタイルだとわかると自信につながるが、それより大切なことは自分のスタイルと異なる診療をしている人の意図を理解することによって自らの診療の幅を広げることだろう。

事例を通して印象に残る教えがいくつもあった。例えば松本一生氏による、認知症の母を介護する娘が介護スタッフや医師と激しく衝突する事例は実地で経験するものの、この種の本で取り上げられることはあまりなかったのではない。無理難題には応じず一定の心理的距離をとって対応していくという助言は長年の経験に基づくものであろう。北田志郎氏による「この家を離れたい」と答えた独居の事例から、自宅に住むことしか考えられないことと、自宅での生活と施設での生活を比較して自宅に住むことを選択することは、全く違うことだと教えられた。また大石智氏による受診が途絶えた事例への対応を読んで、自分の診療を大いに反省した。地域のスタッフと同じ立

事例に学ぶ、「患者の主観」を踏まえた認知症診療



ち位置での粘り強い対応に学ぶことができた。高橋幸男氏は帰宅願望や徘徊の事例を示し、それらが癒やしを求め行動であると解釈する優しいまなざしにも学ぶところ大であるが、それだけでなく、周囲とのつながりを取り戻せる場所と対応が必要との助言は明日からの実践に応用できるものである。松田実氏は、物盗られ妄想の背景には精神的孤立や不安感、不如意感、自己満足感の欠乏が、また同じことを何度も言ったり尋ねたりする行動の背景には寂しさや孤立感が存在すると解釈し、高橋氏と同様に周囲とつながりが感じられるような対応や心を満たすような対応が重要であると教えてくれた。

私は精神科医であるにもかかわらず、認知症疾患といえば記憶障害や遂行機能障害、失語、失行、失認といった症状ばかりを従来記載していた。しかし治療するためには、すなわち患者を救うためにはさまざまな主観の症状を記載し、解釈し、それを踏まえて支援しなければならないと近年特に感じている。その想いを事例を通じて示してくださいました執筆者に敬意を表したい。本書は自分の臨床を振り返り、あらためて考え直すよい機会になる。

いに有益であったことは間違いない。しかしその成り立ちから、複雑な人間の問題を過度に単純化し、年代差も含めて重要な個人差を無視しがちなところがあり、個別の臨床的治療のための診断を目的とするにはまだまだ発展途上のものだ。私が抱いていた疑問はそこに集約している。また、こうしたマニュアルは往々にして恣意的に運用され、結果が独り歩きしてしまう。よく言われるように過剰診断・過剰な治療、さらに商業主義的拡大として、反精神医学論議の格好の題材となっている。子どもに対してはなおさらのことで、そもそも発達途上の小児期に精神医学的診断を下すことに抵抗感が生まれるのは自然なことだ。

知的能力障害などの診断が偏見や差別につながることも重大な懸念だが、そのために名称変更が繰り返し行われてきたことは一時的な解決策にすぎないと、本書の著者らは鋭く指摘している。第5章の「知的能力障害のレッテル貼り」というコラムの中で、「彼らは学習は遅いが、適切な教育でより多

くを学ぶことができる」という点で、むしろ以前の「精神遅滞」のほうが現象をよりの確に表現しているとして、その変更を惜しんでいる (p.47)。

さらに第21章で、「しかし、言葉はまた安心感や理解を深めることにもなる。ある問題に名前をつけたり、他の若年者も同様の問題を抱えたことがあると理解したりすることは、安心につながり、自己受容のはじまりとなる可能性もある」と指摘し、「精神医学的分類を、人間の問題に対処する助けとなる道具」とみなし、それを「よくも悪くも」有効に用いる必要を説いている (p.272)。こうした著者の視点の温かさには共感するところが多い。真の問題は用語そのものではなく、個人の差とわれわれがどう向き合っていくかという点にあるのだ。

このように、本書は単なるDSMの参考書ではなく、子どもやその周囲に向き合い、評価せざるを得ない時に「ちょうどよい塩梅」を教えてくれる良書である。

過去最多 9024 人が医師の第一歩 第112回医師国家試験合格者発表

第112回医師国家試験(2月10~11日実施)の合格者が3月19日、厚労省より発表された。受験者数1万10人(前年比392人増)に対し、合格者数は過去最多の9024人(同491人増)、合格率は90.1%だった。女性受験者数は3325人(同75人増)となり、合格者数の男女比は女性が34.0%。



●写真 合格発表の様相

◆試験日程変更を想定し対策実施
第112回医師国家試験では、出題数、試験日程などに変更があった。出題数は必修問題以外の一般問題が100題減って計500題から400題に。試験日程は3日間から2日間に短縮して実施された。

14時に受験番号の確認を始める受験者ら(東京、厚労省)。

発表会場となった厚労省・講堂(東京都千代田区)には、14時の発表前から受験者、学校関係者らが集まった。発表後は、受験番号をスマートフォンで撮影したり、友人と喜びを分かち合ったりする姿が見られた。取材に応じた都内の男子学生は、問題数や試験日程の変更について「日数が減ったので、気負わずに臨んだ。1日に解かなければならない問題数は増えるので、模擬試験の段階から量に慣れるようにした」と試験対策を振り返った。将来は循環器内科を志望していると話し、「臨床実習で経験した検査値・治療薬の選択から、診療の奥深さに興味を持った。臨床研修に一生懸命取り組みたい」と抱負を語った。

●学校別合格者状況は厚労省ウェブサイトを参照 (http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000197611.html)

子宮頸部細胞診運用の実際 第2版 ベセスダシステム2014準拠

坂本 穆彦 ● 編

坂本 穆彦, 今野 良, 小松 京子, 大塚 重則, 古田 則行 ● 執筆

評者 伊藤 仁

東海大病院病理検査技術科長/細胞検査士会会長

B5・頁232
定価：本体8,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-03237-7

坂本穆彦先生編集の『子宮頸部細胞診運用の実際——ベセスダシステム2014準拠』の第2版が発刊された。執筆は坂本先生をはじめとし、今野良先生、小松京子氏、大塚重則氏、古田則行氏ら細胞診の第一線で活躍するエキスパートである。

化なのか、炎症など非腫瘍性の細胞変化なのかを判断することは難しく、非腫瘍性の細胞変化もASC-Hとして評価しなければならない場合もある」(p.90)など、まさに実践向けの手引書であるといえる。

現場で有用な ベセスダシステム2014手引書

本書は「I. ベセスダシステムの成り立ちとその要点および運用」「II. 判定の実際」「III. 報告書作成の実際」から構成されている。紙面を多く割いているのは「II. 判定の実際」であり、ベセスダシステムの項目に合わせて「A. 扁平上皮細胞異常」「B. 腺細胞異常」「C. 扁平上皮細胞異常」「D. 腺細胞異常」「E. その他の上皮性腫瘍および神経内分泌腫瘍」「F. その他の所見」について多くの写真と詳しい記述が示されている。また、それぞれがさらに小項目に分けられ、代表的な細胞像の所見が箇条書きでリストアップされている。重要なポイントや注意点などは「MEMO」として適所にわかりやすくまとめられている。また、ASCやAGCなどしばしば遭遇する実際の運用上の問題点などについても、要所所で丁寧に説明されている。例えば、「ASC-Hは、傍基底型の異型扁平上皮細胞に対して用いられる傾向にある。しかし、萎縮像に対する明確な取り決めがない。現実的には萎縮像における異型扁平上皮細胞が腫瘍による細胞変

る。また、日米の判定基準の差についても、米国のCIS判定基準の一つである、「合胞性に出現する細胞像は、わが国でいうところの『異型未熟扁平上皮化生』『異型予備細胞増殖』の像と重複しているところがある」(p.104)など、わが国の細胞診の視点から解説されており、ベセスダシステム2014の理解を深めるために役立つであろう。本書では本邦でも近年普及しつつある液状化検体細胞診に関して、いくつかの代表的な方法を取り上げ、その原理や方法についてシェーマ入りで紹介されている。細胞の見方・評価は、従来法と多少異なることがあるため、両者を比較し、丁寧にわかりやすく解説されている。

本書は既に細胞診に従事している熟練した細胞検査士や細胞診専門医はもとより、これから細胞検査士資格、細胞診専門医資格をめざす諸氏にも、ベセスダシステム2014を理解するためのわかりやすい書としてお薦めしたい「一冊」であり、子宮頸部細胞診の実際の現場に必携したい顕微鏡の傍らに置きたい「一冊」でもある。

標準医学シリーズ

医学書院eテキスト版

iPadとWindows PCで、定番テキスト「標準医学シリーズ」をフル活用!

「標準医学シリーズ」26冊＋「内科診断学」＋「新臨床内科学」の全28冊の電子版を用意しました!

○「基礎セット」 価格45,360円(本体42,000円＋税8%) / 6年間(全10タイトル) 2018年2月発売
主に1年～2年次で学習する基礎医学講座に必要な「標準医学シリーズ」セット商品です。
参考：「基礎セット」に収録されている書籍の合計価格は「158,868円(本体147,100円＋税8%)」です。

○「臨床セット」 価格95,040円(本体88,000円＋税8%) / 6年間(全18タイトル) 2018年4月発売
臨床医学講座・臨床実習に必要な「標準医学シリーズ」、『内科診断学』、『新臨床内科学』をセットにした商品です。
参考：「臨床セット」に収録されている書籍の合計価格は「158,868円(本体147,100円＋税8%)」です。 **まとめてご購入で10,000円お得です**

○「基礎＋臨床セット」 価格129,600円(本体120,000円＋税8%) / 6年間(全28タイトル) 2018年4月発売
「基礎セット」に臨床医学講座・臨床実習に必要な「標準医学シリーズ」、『内科診断学』、『新臨床内科学』を加えたセット商品です。
参考：「基礎＋臨床セット」に収録されている書籍の合計価格は「248,076円(本体229,700円＋税8%)」です。

「基礎セット」収録タイトル

- 標準解剖学
- 標準組織学 総論
- 標準組織学 各論
- 標準生理学
- 標準生化学
- 標準細胞生物学
- 標準薬理学
- 標準病理学
- 標準免疫学
- 標準微生物学

「臨床セット」収録タイトル

- 標準外科学
- 標準救急医学
- 標準小児科学
- 標準産婦人科学
- 標準精神医学
- 標準泌尿器科学
- 標準脳神経外科学
- 標準整形外科
- 標準形成外科学
- 標準小児外科学
- 標準皮膚科学
- 標準神経科学
- 標準眼科学
- 標準麻酔科学
- 標準臨床検査医学
- 標準リハビリテーション医学
- 内科診断学
- 新臨床内科学

※「基礎＋臨床セット」収録タイトルは、上記の「基礎セット」と「臨床セット」をすべて含む全28タイトルとなります。

医学書院

日本神経学会監修ガイドラインシリーズ

◎てんかん診療に携わるすべての医師への診療指針、さらに充実!

てんかん診療ガイドライン 2018

監修 日本神経学会
編集 「てんかん診療ガイドライン」作成委員会

●B5 頁240 2018年 定価:本体4,600円+税
[ISBN978-4-260-03549-1]

成人および小児のてんかんの診断、検査、薬物治療、外科治療、予後に至るまで、エビデンスに基づいた臨床上の指針を網羅。クリニカル・クエスチョン形式で、専門医のみならず一般医にも理解しやすくまとめた。第2部として、3つのCQについて行った厳密なシステマティックレビューのダイジェストが加わった。



◎多発性硬化症・視神経脊髄炎の診療現場に必須のガイドライン最新版

多発性硬化症・視神経脊髄炎診療ガイドライン 2017

監修 日本神経学会
編集 「多発性硬化症・視神経脊髄炎診療ガイドライン」作成委員会

従来の治療に特化したガイドラインから大きく発展し、治療に加えて、疫学、病因・病態から、診断、検査、経過と予後といった診療全体をカバーしたガイドラインに生まれ変わった。第一線で診療に当たる医師によって編集され、新しい研究成果や臨床経験の蓄積が反映された、診療現場に必須のガイドライン。

●B5 頁352 2017年 定価:本体5,400円+税 [ISBN978-4-260-03060-1]



◎“認知症の時代”の診療スタンダード、待望の改訂!

認知症疾患診療ガイドライン 2017

監修 日本神経学会
編集 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会

定義や疫学、診断、治療、社会資源などの総論的な内容から、アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症など原因疾患ごとの具体的な特徴や診断・治療法といった各論的な内容まで幅広く網羅。全編クリニカル・クエスチョン形式で、読者の疑問にダイレクトかつわかりやすく答える内容となっている。

●B5 頁384 2017年 定価:本体5,400円+税 [ISBN978-4-260-02858-5]



好評書のご案内

◎創刊60周年。信頼と実績の治療法年鑑

今日の治療指針 2018年版

総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

2018年版の特徴

- 第60巻記念企画「総編集者が選ぶこれからの医療がわかる10大テーマ」を掲載。
- 第27章「在宅医療」を新設。
- 新見出し「不適切処方」を主な疾患項目に掲載し、薬物療法の注意点を解説。
- 1158疾患項目は毎年全面書き下ろし。

本書の特徴

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に。
- 大好評の付録「診療ガイドライン」: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。

- デスク判(B5)頁2192 2018年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-03233-9]
- ポケット判(B6)頁2192 2018年 定価:本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-03234-6]



◎添付文書を網羅。さらに専門家の解説を加えた治療薬年鑑

治療薬マニュアル 2018

監修 高久史磨・矢崎義雄
編集 北原光夫・上野文昭
越前宏俊



本書の特徴

- ハンディサイズ本では唯一「使用上の注意」をすべて収録
- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2017年に収載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を収録。
- 添付文書に記載された情報をわかりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 医薬品レファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

●B6 頁2752 2018年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-03257-5]

◎添付文書情報+オリジナル情報が充実した、ポケット判医薬品集

Pocket Drugs 2018

監修 福井次矢/編集 小松康宏・渡邊裕司



本書の特徴

- 治療薬を薬効ごとに分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、コンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。2018年版では、運転注意・休業・投与期間制限等の情報を追加し、コンパクトなサイズのまま、さらに充実。

●A6 頁1088 2018年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03196-7]

4 medicina

Vol.55 No.5

特集 明日のために解くべし! 総合内科問題集

企画:志水太郎

本特集は人気執筆陣による日常診療に役立つ「Part1 症例問題62問」と「Part2 獨協総診式・総合内科勉強法」の2部構成となっている。内科領域から幅広く出題された良問を解きながら、勉強法を実践することで、知識のアップデート、臨床力アップに最適な1冊。総合内科専門医試験を受験される方にもお勧めしたい。

INDEX

- 座談会 自分はこうやっている、日々の訓練
- 症例問題 下記の幅広い領域から「明日のために解くべき」62問を出題
- 消化器/循環器/呼吸器/感染症/腫瘍性疾患/造血障害・止血異常/内分泌・代謝/腎・泌尿器/自己炎症性・リウマチ性疾患/神経/救急医学/集中治療/女性医学/中毒/遺伝疾患/精神疾患/皮膚疾患/病診連携/アドバンスケア/アプライング/ポリファーマシー/医療安全/感染対策
- 生涯教育 revisited—獨協総診式・総合内科勉強法 ベッドサイドティーチング・教育回診/ジャーナルアップデート/診断的クリニカルクエスチョンの検査法/教育カンパレンスの仕方/振り返り・フィードバック/生涯学習に役立つポートフォリオ/ケースレポートの勉強法

連載

- 母性内科の「め」—妊婦・授乳婦さんのケアと薬の使い方
- 目でみるトレーニング
- Inpatient Clinical Reasoning—米国Hospitalistの事件簿

●1部定価:本体2,600円+税

▶2018年増刊号(Vol.54 No.4)

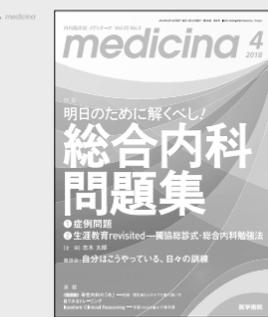
プライマリ・ケアでおさえておきたい 頻用薬・重要薬

●特別定価:本体7,200円+税

▶来月の特集(Vol.55 No.6)

プロブレムから学ぶ感染症診療—すぐに役立つ厳選シナリオ30選

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/sogoshinryo>

総合診療

Vol.28 No.4

特集 感染症外来診療 「賢医の選択」

企画:徳田安春

検査・経口薬・ワクチンをどう使えばいいんですか?

本特集では、感染症を専門とはしない臨床医でも賢い判断「Choosing Wisely」ができるよう、第一線の感染症エキスパートに、臨床的に重要な検査と内服薬について、また感染症予防に重要なワクチンについても、その適用を中心に「賢医がどのような選択をするか」という視点から、使い方を伝授してもらいます!

INDEX

- 【感染症関連検査のChoosing Wisely—白血球とCRPを越えて】インフルエンザ迅速抗原検査(岸田直樹)/溶連菌迅速抗原検査および培養(上原由紀)/ノロウイルス迅速抗原検査(椎木創一)/血清プロカルシトニン(矢野晴美)/皮膚開放創および褥瘡のスワブ培養(本田仁)/マイコプラズマ・RSウイルス・アデノウイルス迅速検査(堀越裕歩)
- 【感染症に対する経口薬のChoosing Wisely—適正使用のコツ】抗インフルエンザ薬(成田雅)/経口第三代セフェム系および経口カルバペム系薬(忽那賢志)/マクロライド(藤友結美子・具芳明)/フルオロキノロン(山本舜悟)
- 【感染症予防ワクチンのChoosing Wisely—予防医療のエキスパートになる】小児のワクチン(笠井正志)/インフルエンザワクチン(小山泰司・岩田健太郎)/肺炎球菌ワクチン(南宮 湖)/破傷風トキソイドワクチン(尾原晴雄)/渡航前ワクチン(和足孝之)

▶来月の特集(Vol.28 No.5)

目でみる総合診療トレーニング問題集—懸賞論文「GM Clinical Pictures」大賞発表!

●1部定価:本体2,500円+税

企画:山中克郎

年間購読 受付中!

年間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。詳しくは医学書院WEBで。

2018年 年間購読料(冊子版のみ)

▶medicina 36,580円+税(増刊号を含む年13冊)

▶総合診療 29,520円+税 個人特別割引25,680円+税あり 年12冊 医学生・初期研修医割引20,040円+税あり

電子版もお選びいただけます



医学書院

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