

2011年12月5日  
第2956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  
JCOPIY (社団法人著作権管理機構 委託出版物)

# New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

## 今週号の主な内容

- [特集] 物語能力をどう育てるか(斎藤清二, ほか)…………… 1—2面
- [特集/寄稿] 共感的・全人的な医療実践のために(宮田靖志)…………… 3面
- [寄稿] 世界の健康課題に立ち向かう現場を体感して(櫻野亘, 桜井桂子, 福田智美)…………… 4面
- [連載] 医学教育/ER/検査/循環器/膠原病/ホスピタリスト/航海術
- MEDICAL LIBRARY, ほか…………… 13—15面

# 特集 物語能力をどう育てるか

## 医学教育にナラティブ・メディスンの視点を取り入れる

病いの背景を探るため、対話を通して「患者の物語(ナラティブ)」を紡ぎ出し、全人的な診療を行う——医療に「物語的な視点」を取り入れる流れが、近年強まっている。患者との信頼関係や、医師のプロフェッショナリズムなど、科学的な正しさだけでは解けない問いの鍵になる概念として「物語」が注目されているのだ。

では、物語的な視点を養うには、どのような教育を行えばよいのだろうか。このほど刊行された『ナラティブ・メディスン——物語能力が医療を変える』(医学書院)には、米国におけるナラティブ・メディスン(物語医療学)の動向と教育実践の豊富な事例が紹介され、「物語能力」を育てるヒントが多数示されている。本紙では、同書の訳者の一人である斎藤清二氏に話を聞くとともに、本邦で行われている、物語能力を培う試みを紹介する。

### 教育に焦点を当てた “ナラティブ・メディスン”

——語りや傾聴など、物語的な方法論の医療への導入が、盛んに試みられています。「物語に基づいた医療(ナラティブ・ベイスド・メディスン: NBM)」という言葉も、よく耳にするようになりました。

斎藤 NBMは1990年代後半に英国で生まれた概念で、欧米では「科学的根拠に基づいた医療(エビデンス・ベイスド・メディスン: EBM)」と対比され、その偏重を補完するものとして浸透していった面があります。一方日本では、NBMとEBMは「車の両輪」に例えられることが多く、“患者中心の医療”のためにともに必要な考え方として、普及が進んでいると感じています。

——“ナラティブ・メディスン(NM)”は、NBMに比べるとあまり耳慣れない概念です。こちらは、どのようにして生まれてきたのでしょうか。

斎藤 米国でも、英国より少し遅れて、医療において物語を重視しようという動きが独自に起こりました。その筆頭が、リタ・シャロン教授(コロンビア大)で、彼女が人文学的な考え方をベースに、2000年ごろから同大で開始したのが“Narrative Medicine Project”です。その後、NMの方法論の集大成と言える『Narrative Medicine: Honoring

the Stories of Illness』(Oxford University Press)が2006年に刊行され、今回私たちが全訳しました。

——NBMとは、どのような点が異なるのでしょうか。

斎藤 シャロンはNMを「物語能力(narrative competence)を通じて実践される医療」と簡潔に定義しています。「物語能力」を、医療を行う上で基本となる能力と考え、それを育てることに主眼を置いているのです。NBMと異なる点は、特に教育に焦点を当てていることでしょうか。そうすることでしっかりと方法論が生まれ、従来の医学教育理論にも、乗せやすくなっていると思います。

### 散りばめられた情報を 1つの物語に構成する力

——では、「物語能力」とはどんな能力なのでしょうか。

斎藤 端的に言う、患者の物語を「認識(acknowledge)し、「吸収(absorb)」して、「解釈(interpret)」すること、そして訳者のひとり、岸本寛史先生(京大病院)の良訳で、物語に「心を動かされて(be moved by)、行動する」、つまり患者のために何かをする関係を作っていくための能力です。この一連の流れを遂行できることが、物語能力と言えらるのだと思います。

まずは入り口として、患者の語りから、その背景にある物語を見いだせな

ければならないのですが、面白いのは、シャロンが“listen to the story”ではなく“listen for the story”という表現を用いていることです。ただ話を聴くのではなく、もっと耳を澄ませて「物語を探す」ような姿勢で臨むことが求められているのです。

——話をうまく聞き出す技術が必要ということですか。

斎藤 正確にはそれだけではありません。患者さんから必要な情報を聞き出す技術そのものは、最近では医療面接や医療コミュニケーションなどのトレーニングにより習得できます。しかし、物語能力に必要なのは、患者さんから得た細切れの情報を、一貫性を持つ物語として構成しながら聴けることなのです。

物語は状況や話し手により語られ方が異なりますし、聴き方によっても意味合いは変わります。語ることで、新たに事実を創り出していくという面さえあります。そうした物語の多様性もすべてくみ取りつつ、解釈を導いていく。そのスキルは、医療面接はもとより、NBMにおいてさえ、これまであまり強調されていなかった点だと言えます。

### 必要なのは、 医師としての基本的要素

——そうしたスキルを、一気に身につけるのは難しそうですね。

斎藤 そうですね。物語能力の下部概念となる要素がいくつかありますので、まずはそこから入っていくとよいかもしれません。

一つは、物語を「認識」できるように、感受性を高めること。二つ目は、患者さん側の視点を含め、複数の視点を自由に切り替え、豊かな想像力を駆使できること。これは、柔軟性のある若い人は特に得意とするところではないかと感じています。



斎藤 清二氏  
富山大学保健管理センター教授

●1975年新潟大医学部卒。県立がんセンター新潟病院などでの研修を経て、79年富山医大第3内科。93年英国セントメリー病院医大留学。96年富山医大第3内科助教授、2002年より現職。著書に『ナラティブ医療学講座——物語と科学の統合を目指して』(北大書房)など。「良質な物語を読むだけでも、「物語能力」を高める効果があります。最近良いなと思ったのは『神様のカルテ』『神様のカルテ2』(いずれも夏川草介著、小学館)。主人公が物語能力を発揮して患者さんにかかわりつつ、医師として、人間として成長していくプロセスが描かれています」。

三つ目は、端的に言う「適切な筋書き(プロット)を描く力」でしょうか。例えば末期がんの患者さんが心停止に陥った場合、蘇生術の実行の是非は、救急医療の筋書きを描くか、緩和医療の筋書きを描くかで180度変わってきます。あくまで多様な視点を持った上で「今この状況で、どの視点から動けば患者さんにとって最善か」ということを的確に判断し、筋書きをまとめ上げられること。これは、とても重要な能力だと思います。

——医療に携わる上では、まさに基本となる要素ばかりですね。

斎藤 ええ。実際にはこれらの要素は、従来の実習やカンファレンスなどでも、ある程度身につくものです。しかし「物語能力」という具体的な定義に焦点を絞った教育実践を行うことで、

(2面につづく)

December 2011

## 新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)  
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

<p><b>今日の救急治療指針 (第2版)</b> 監修 前川和彦、相川直樹 編集 杉本 壽、堀 進悟、行岡哲男、山田至康、坂本哲也 A5 頁1024 定価13,650円 [ISBN978-4-260-01218-8]</p>	<p><b>産婦人科ベッドサイドマニュアル (第6版)</b> 編集 青野敏博、原 稔 著 徳島大学医学部産科婦人科学教室 B6変型 頁576 定価6,930円 [ISBN978-4-260-01064-1]</p>	<p><b>日本腎不全看護学会誌 第13巻第2号</b> 編集 日本腎不全看護学会 A4 頁64 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01502-8]</p>	<p><b>援助者必携 はじめての精神科 (第2版)</b> 春日武彦 B5 頁256 定価1,995円 [ISBN978-4-260-01490-8]</p>
<p><b>めまいの診かた・考えかた</b> 二木 隆 B5 頁172 定価4,725円 [ISBN978-4-260-01124-2]</p>	<p><b>ソーリー・ワークス! 医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム</b> 著 Wojcieszak D. et al 監訳 前田正一 翻訳 児玉 聡、高島響子 A5 頁208 定価2,730円 [ISBN978-4-260-01493-9]</p>	<p><b>インターライ方式 ケア アセスメント 居宅・施設・高齢者住宅</b> 著 Morris J. N. et al 監訳 池上直己 翻訳 山田ゆかり、石橋智昭 A4 頁368 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01503-5]</p>	<p><b>イラストでまなぶ 人体のしくみとはたらき (第2版)</b> 田中越郎 B5 頁266 定価3,150円 [ISBN978-4-260-01507-3]</p>
<p><b>標準形成外科学 (第6版)</b> 編集 平林慎一、鈴木茂彦 B5 頁280 定価6,090円 [ISBN978-4-260-01420-5]</p>	<p><b>フィジカルアセスメント ガイドブック (第2版)</b> 山内豊明 B5 頁224 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01384-0]</p>	<p><b>新生児ベーシックケア 家族中心のケア理念をもとに</b> 横尾京子 B5 頁168 定価3,360円 [ISBN978-4-260-01348-2]</p>	<p><b>イラストでまなぶ 人体のしくみとはたらき (第2版)</b> 田中越郎 B5 頁266 定価3,150円 [ISBN978-4-260-01507-3]</p>
<p><b>Mother いのちが生まれる</b> 写真・文 宮崎雅子 A4変型 頁128 定価2,730円 [ISBN978-4-260-01444-1]</p>	<p><b>ロッタとハナの 楽しい基本看護英語</b> 迫 和子、ジェーン ハーランド B5 頁152 定価1,995円 [ISBN978-4-260-01410-6]</p>		

上記価格は、本体価格に税5%を加算した定価表示です。消費税変更の場合、税率の差額分変更になります。

特集 物語能力をどう育てるか

【物語能力を培う試み】

二つの視点から診察を振り返ってみよう

“学生が私の話を、メモ帳に汚い字で必死に書いてるのがおもしろい。後で読めるのかな？”

“テレビでやっていたお薬のこと、金色の光がサーッと眼の前に降りてきたこと、漏れなく先生にお伝えしなくちゃ”

“学生さんの眉が完全に八の字になっている。あんまり困っているから、思わず手伝ってしまった”

の考え方などを参考に構成されている(3面寄稿参照)。北啓一朗氏(総合診療部准教授)は、実習のねらいについて「さまざまな視点から自己の経験を振り返ることで、自分を見つめ直し、患者への共感や理解を高める契機にしたい」と語る。

皆で体験を共有し、さまざまな視点から振り返る

今回、実習を体験してもらったのは総合診療部をローテート中の、医学部5年生4人のグループ。学生たちは事前に「病いの背景には複数の物語(筋書き)が存在し、臨床は患者・医師双方の物語をすり合わせる場となる」「患者の物語を丸ごと把握することが、正しい診断や適切な治療に結び付く」(図1)など、医療に物語的視点を取り入れる意義についてレクチャーを受けている。

学生の一人が発表したのが、図2の「方言の強い患者さん」という小説だ。

発表後には「方言がわからなくて困った経験があり、共感できた」という意見や、富山出身の学生から「入院患者さんに富山弁で話しかけて、親しみを持ってもらえるようにしている」といった声があがり、和やかな雰囲気です。北氏、同席した斎藤氏も「わからないことをきちんと聞こうとする姿勢が大切」「方言を大切に扱おうとするところに好感が持てる」とコメント。できるだけよいところを見つ

け、ポジティブな雰囲気でも物語を共有することも重要ポイントなのだ。

小説の内容が現実的かどうか、という点は追求しないが、そうすることでより自由かつ安全に、学生が自身の体験や思いを表現できるという。

多様な視点を持つことが臨床で生きてくる

この実習は、2007年度から、延べ200人あまりの学生を対象に行われてきた。診察時の失敗や焦りを作文のテーマにする学生は多くいたが、患者に対して恐縮するあまり、自罰的な感情すら抱える例が散見されたとのこと。そうした学生へのフォローを行う必要性が明らかになる一方、患者との温かい交流の物語を共有することが、学生の自信となり、臨床に向かう態度を変えるきっかけにもなることがわかったという。

「複数の視点から患者の物語を想像できるようになれば、鑑別診断の推論



●北啓一朗氏(前列右)と斎藤氏、実習に参加した学生の皆さん(後列)

過程でも大いに役立つ。また、患者の話を真摯に聞き、隠された背景まで考える姿勢を身につけることが、日常診療でのコミュニケーションや病棟でのケアの質向上に直結する」と語る北氏。

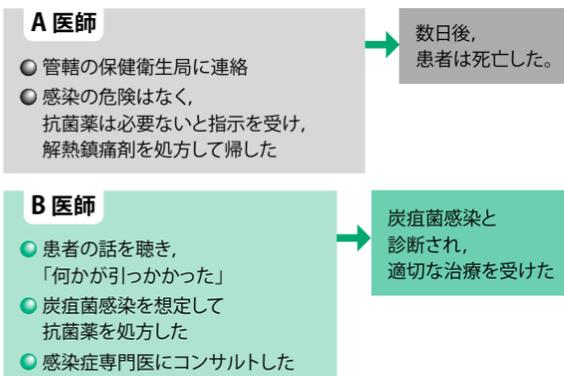
今回実習を受けた学生は、どう感じただろうか。尋ねてみると、「他のメンバーの発表を聞いて、新しい視点に気付くことができた。患者さんとの関係をこれからどう結んでいくか、考えるきっかけになった」「事実一つでも、人によってとらえ方は違い、どれが正解とも言えない。真実は複数あるのかも、と感じた」などと答えが返ってきた。「二つの視点からの物語作成」実習は、物語能力を育てる端緒として、意義あるものと言えそうだ。

上記のさまざまな“つぶやき”は、学生が、自身の診察した患者の心の声を想像しながら書いたものである。

富山大総合診療部では、医学生教育の一環として「二つの視点からの物語作成」を行ってきた。学生は、臨床実習中の外来での体験を基に、①学生自身の視点、②患者の視点から、それぞれ短い小説を執筆する。形式は自由だが、後日、実習グループ内で発表の機会を設け、皆でディスカッションを行う。

この実習はNM教育のトレーニング法の一つ、「パラレル・チャート」

炭疽菌が発見された郵便局職員が別々の医療機関を受診した



●図1 患者の生死を分けた担当医の「話を聞く力」『ハイ・コンセプト——「新しいこと」を考え出す人の時代』(三笠書房)より。米国炭疽菌テロ事件(2001年)の際の事例。

(1面よりつづく)

こうした医師としての基本的な要素や態度も、より効率的に育てていけると考えています。

「書く」「読む」「共有する」ことで物語能力を育てる

——では具体的に、どんなトレーニングを取り入れるべきなのでしょう。

斎藤 NMで強調されているのは、「書く」「読む」という手段を用いることです。

「書く」というのは本来非常に創造的な作業ですが、今までの医学教育では、カルテやレポートなど定型化された文章を書くばかりでした。しかも書いたものは、個人を評価するツールになることが多かったのです。そうではなく、普通に使う言葉でクリエイティブな記述をすることが必要です。NM

では、自身の病いの体験やライフストーリーをつづる「反省的記述(reflective writing)」や「物語的記述(narrative writing)」、「パラレル・チャート(parallel chart)」(3面寄稿参照)などの方法が用いられています。

また「読む」のも、ただ文章を追うのではなく、あらゆる側面に関心を払い、病いの物語と向き合うことが大切です。NMでは、精密読解(close reading)といったスキルが示されています。

これらに加え、私は皆で「共有(シェア)する」ことが非常に重要だと思います。自分の書いたものが、肯定的な関心を持って読まれ、共有されること。それこそが、教育効果を最大限に高める方法だと考えています。

——題材となるのは、フィクションであってもよいのでしょうか。

斎藤 良質かつ真摯なものであれば、フィクション、ノンフィクションを問わないでしょう。大切なのは、その題

【学生の視点】……ん？ときどき何を言っているかわからない。「うい」って何？「しよわしない」「だやい」??早口で話されるとますます聞き取れない。

患者さん、きょとんってしてる。訴えを聴くためにも、わかったふりをせず確認していかなくちゃ。「すみません。富山の方言にまだ慣れておらず、聞き返すことがあるかもしれませんが、ゆっくり話していただいてもよろしいですか？」

方言でしか伝わらない微妙なニュアンスの違いがあるはずだから、方言を理解しないと患者さんの心に寄り添えないような気がして申し訳ない気分になるなあ。

【患者の視点】さっきから、聞き返しが多い気が……。でも丁寧に話を聞いてくれる。ときどききょとんって顔するのは何でかな。聞き返されるとつい、大声になってしまう。

「なーん、そうやったん。じゃ、ゆっくり話すわ」。早口でしゃべってしまっていたから、聞き取れず難しい表情になっていたのかもしれない。なるべく標準語で答えてあげたいけど、どれが方言かもこの年になるとよくわからないな。

学生さんは一生懸命聞いてくれているけれど、方言のほうが自分の状態を詳しく伝えられるように感じる……。

●図2 学生の書いた小説「方言の強い患者さん」(抜粋、一部改変)

材を通じて何を見つけるか、ということです。

シャロン自身がNMを構想するに至ったのも、自分がとある患者に“苛立ちを感じた”経験に基づき、患者の行動の理由を想像し、フィクションを書いてみたことがきっかけです。書くうちに「もう一度、ゆっくり話を聞いてみたい」という気持ちが生まれ、その気持ちを持って再度診察に臨んだところ、実は患者の行動の背景には想像よりもはるかに重大な問題があることがわかり、適切な対処ができたのです。

——患者の物語を真摯に想像したことが、患者を理解し、救うことにつながったわけですね。

斎藤 ええ。シャロンはその体験を基

に、NMの方法論を組み立てていきました。ですから、NMの根本には「患者をもっと深く理解したい」という思いがあります。物語能力を高めることはそのまま、その思いを高めていくことであり、そのための方策として、さまざまな記述や読解の技法を活用すべきなのだと思います。

——最後に、読者にメッセージをお願いします。

斎藤 物語能力の“competence(能力)”という言葉には「可能性」という意味が含まれていると思います。物語能力を育て、医学生や、若い医師の可能性を広げていくために、NMの方法論を活用してもらえたら嬉しいですね。——ありがとうございました。(了)

物語能力を用いた臨床実践の原典

ナラティブ・メディスン

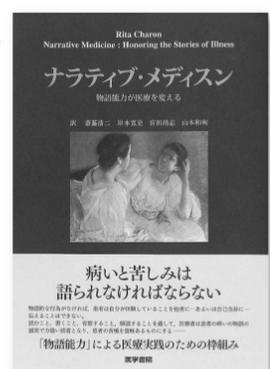
物語能力が医療を変える

著 Rita Charon  
訳 斎藤清二・岸本寛史・宮田靖志・山本和利

●A5 頁400 2011年  
定価3,675円(本体3,500円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01333-8]

ナラティブ・メディスンとは、病いの物語を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動する「物語能力」を用いて実践される医療である。内科医であるとともに、文学博士であり倫理学者でもあるリタ・シャロンが、文学と医学、プライマリ・ケア、物語論、医師患者関係の研究成果をもとに、物語能力の概念、理論背景、その教育法と実践法を豊富な臨床事例を通して解き明かす。ナラティブ・メディスンの原典、待望の完訳。

■目次  
第I部 ナラティブ・メディスンとはなにから  
第1章 ナラティブ・メディスンはどこから生まれてきたか?  
第2章 医療の分断に橋を架ける  
第3章 医療の物語的特徴  
第II部 病いのナラティブ  
第4章 人生を語る  
第5章 患者、身体、自己  
第III部 物語能力を開発する  
第6章 精密読解  
第7章 配慮、表現、そして参入  
第8章 パラレル・チャート  
第IV部 ナラティブ・メディスンの副産物  
第9章 証人の役割を担う  
第10章 ナラティブ・メディスンの生命倫理  
第11章 医療における物語的展望(ナラティブ・ビジョン)



医学書院

寄稿

【物語能力を培う試み】

## 共感的・全人的な医療実践のために

宮田 靖志 北海道大学病院・地域医療指導医支援センター/ 卒後臨床研修センター副センター長・特任准教授

## なぜ、物語能力が必要なのか

臨床に携わる医療者の業務はますます多忙を極め、現場では、あまりにも専門細分化されすぎた医療や、極端なテクノロジー偏重の医療が散見されるようになってきた。このような状況下では、患者の人生・生活と病体験の関連、治療における患者・医師関係の重要性について、医療者がじっくり振り返ることが困難になっていると言われる。その結果、患者の個別性や価値観が顧みられず、科学的根拠を過度に優先する医療ばかりが行われているとの批判が、医療者に向けられることがある。

一方で医学生には、学年を経るにつれヒューマニティや患者への共感能力が低下していき、高学年になると医療の科学的側面ばかりに関心が向くようになる傾向があるとされる。実際に、それを裏付ける医学教育研究がいくつか発表されている<sup>1)</sup>。このため近年、医学生の人間的要素に関する教育の重要性が指摘されるようになり、患者との関係性を重視すること、患者をひとりの人間として丸ごと理解すること、共感をもって医療実践に当たること、常に自分の医療実践を謙虚に振り返ること、などを涵養する医学教育の取り組みが始まっている<sup>2)</sup>。

## 患者に寄り添うケアを行うために必要な考え方とは

ナラティブ・メディシン、ナラティブ・ペイスト・メディシンと同様の概念は、さまざまな言葉で紹介されてきている。もともと“patient-centered medicine”という概念が1969年にBalintによって提示され、1980年代後半にStewartらがこれをさらに発展させてきた。そして、1990年代に入り、医師中心、患者中心を越えた第3の枠組みとして、relationship-centered care, mindful practice という概念が提示された。

Relationship-centered care<sup>3,4)</sup>とは、さまざまな「関係」を中心にヘルスケアを構築するという考え方で、「関係」にかかわる人の個性を取り入れること、感情が重要な要素となること、相互作用の中で「関係」が生じていくこと、「関係」の形成と維持が倫理的に重要であること、という4つの原則が示されている。

一方mindful practice<sup>5)</sup>では、早急な判断をせず、未知のものへの好奇心を

保ち、謙虚な心構えでいること、また、自分自身の心の動きを見据え、柔軟な思考過程でバイアスも認識しつつ、共感的な医療実践を行うこと、などが強調されている。これらの姿勢を備えて臨床実践を行うことで、ケアの質が向上するとされる。

## 物語能力を育てるさまざまな試み

近年、医療コミュニケーション教育が活発に行われるようになってきているが、単なるコミュニケーション能力にとどまらず、物語能力を育てるような教育も、少しずつ試みられ始めている。筆者が数年前から行っている卒前教育における物語能力涵養の試みとして、以下の2つを紹介する。

## ◆ライフストーリー聴取

患者のベッドサイド、あるいは自宅で、1—2時間かけてじっくりと患者の話を聴き、それを書き留め、ひとつのストーリーとしてまとめ上げる。病歴だけではなく、これまでの人生そのものを聴取してまとめるようにする。

人生や、過去の経験についてインタビューすることで、患者のアイデンティティや生活世界、患者を取りまく家族、知人、ローカルな文化や社会を理解できる。すると、患者の持つ病いの意味もおのずと理解できるようになる。また、眼前の患者の人生の連続性が実感でき、一人の人間として患者を診られるようになる。

物語は、語り手と聞き手の相互行為によって生み出される。語り手が“語る”ことで内容が創られるが、語り手と聞き手との関係性によって、語られ方も異なってくる。患者のライフストーリーは、患者と聴取者の協同産物であるとも言える。

ある医学生が臨床実習中に行ったライフストーリー聴取では、閉塞性動脈硬化症で両下肢を切断され何年も社会的入院を続けている寝たきりの老人の語りから、担当医やその他の医療者も全く知らなかった患者と家族の物語、患者の苦悩や人生の物語が浮かび上がってきた。この物語は担当医も初めて耳にするもので、学生だけではなく、患者にかかわってきた医療者の想いをも、大きく変えることになった。

臨床実習前の学生に対しては、ある患者の事例を紹介し、その患者のベッドサイドに赴いた自分を想像してもらい、患者が語るであろうと思われるラ

イフストーリーを創造してもらう。ここでの模擬演習は、後に行われる臨床実習で実践につなげる。

## ◆パラレル・チャート作成

ナラティブ・メディシンの提唱者リタ・シャロン教授は、患者ケアを行う医療者自身の物語を、通常の診療録とは別に記載して残しておくことの有用性を強調し、それをパラレル・チャートとして作成する教育を実践・紹介している。

“学生は毎日それぞれのカルテを書く。どのような内容を書くべきか、学生はすでによく理解しているはずである。しかしそこには書けないことがある。患者を治療する上で極めて重要なことだが、カルテに記載するにはふさわしくない、しかしどこかには書き留めておかなければならないこと。患者とのかかわりの中で感じたこと、患者に対する思い、自分の感情、などなど。学生に自分の経験を振り返りよく考えてもらう方法として、パラレル・チャートを書くという手法が生み出された。”<sup>6)</sup>

ここでは、日々の臨床では取り上げられることの少ない医療者自身の感情を、振り返って記載する点に大きな意義がある。自分の感情的体験を振り返ることができなければ、患者や自分自身が直面している現実から目をそらし、自分が持ち合わせている医療技術を適用する仕事だけを繰り返すことになってしまう。そうするうちに、客観的事実だけでは解決できない、自分の内面が問われるような問題に遭遇した場合に、患者を見捨てるような医師にもなりかねない。

臨床実習では、実習中に担当した患者についてパラレル・チャートを作成してもらい、それを実習のまとめの際にグループ内で共有する。ある学生は、下記のようなパラレル・チャートを書いてきてくれた(一部改変引用)。

「……この患者さんが認知症であることを初めて理解した。つなぎの拘束病衣を嫌がっていたので、首のところの留め具を外してあげ、1時間ほど一緒にいて患者さんと奥さんの話に聞き入った。……別れ際に奥さんが、“今度うちの近くに来たらぜひ寄ってください”と言ってくれた。患者さんは涙を流しながら“先生のことは一生忘れないよ”と言ってくれた。わたしはなぜもっと早く患者さんと奥さんのことを深く知ることができなかったのか悔しかったが、短時間でも



●宮田靖志氏

1988年自治医大卒。卒後、愛媛県にて地域医療に従事。2000年に札幌医大助教。米国での客員研究員などを経て、2010年より現職。著書に『迷いやすい症例から学ぶジェネラリストの診断力—Clinical Problem Solving 総合内科はおもしろい!』(羊土社)など。主な関心領域は、医療におけるプロフェッショナルイズムの教育。ナラティブの視点を取り入れたNarrative based professionalism教育を試行中。

患者さんと奥さんと心を通じ合え、少しは医療者として役に立っていたのかもしれないと思った。……」

臨床実習前の学生には、患者の事例を提示し、その患者の病室に入ったときの自分の感情を想像してもらい、模擬パラレル・チャートを作成してもらうことを試みている。

## 患者や自分の物語を書き留め、共有していく

患者の物語を理解するには、診療における自分の立ち位置を一時保留して、“無知の知”の姿勢を保つ必要がある。また、聴き取った患者の物語、自分の診療実践を振り返って得られる自己の物語は、それを実際に記載することが重要である。

物語の記載は、単なる事実経過の列挙ではない。経験を通して得られる患者と自己の物語をじっくりと振り返り、意味付けし、解釈し、再構築する作業である。このプロセスの中では、体験から思想的・感情的に距離を置くことができ、書きとめる行為自体が自分とのコミュニケーションになり、自己の気づきを深めることができるようになる。

さらに、記載された物語は、指導医、同僚の間で共有する。単なる情報のやり取りではなく、話し手と聞き手とが理解を深めながら互いに共感や意識・行動の変化を引き出し合う創造的なコミュニケーション(対話)をすることで、さらに学びを深められるようにすること(協同学習)も重要である。

## 文献

- 1) Pedersen R. Empathy development in medical education—A critical review. Med Teach. 2010; 32(7): 593–600.
- 2) Dobie S. View point: reflections on a well-traveled path: self-awareness, mindful practice, and relationship-centered care as foundations for medical education. Acad Med. 2007; 82(4): 422–7.
- 3) Tresolini CP, and the Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education. Health Professions Education and Relationship-Centered Care. San Francisco: Pew Health Professions Commissions; 1994.
- 4) Beach MC, et al. Relationship-centered care. A constructive reframing. J Gen Intern Med. 2006; 21(Suppl 1): S3–8.
- 5) Epstein RM. Mindful practice. JAMA. 1999; 282(9): 833–9.
- 6) [http://www.nlm.nih.gov/changingthefaceofmedicine/physicians/biography\\_58.html](http://www.nlm.nih.gov/changingthefaceofmedicine/physicians/biography_58.html)

私は一冊の日記帳である。

## 臨床の詩学

患者が何気なく洩らした言葉、医療者が捨て鉢につぶやいた言葉が、行き詰まった事態をごろりと動かすことがある。現場で働く者なら誰でも知っているそんな《臨床の奇跡》を、手練れの精神科医が祈りを込めて書き留める。医療者を深いところから励ます、意外で、突飛で、切実な言葉のコレクション。

春日武彦  
精神科医

その言葉に患者が傷つくのを知っていますか? 亡くなる患者にどんな言葉をかけますか?

## ことばもクスリ 患者と話せる医師になる

あなたの何気ないその一言に、患者さんは喜んだり傷ついたりしています。医療職の言葉には強い力があり、とくに医師の言葉は絶対です。本書では病院に寄せられた苦情や多くの症例をもとに、医療現場で使われている言葉の問題点を示します。苦情を目の当たりにするのは勇気がいりますが、言葉をうまく使いこなせれば、特別な医療技術を使わなくても患者さんを元気にできるかもしれません。「言葉」は重要なのです。

編集 山内常男  
健愛会柳原診療所所長

寄稿

# 世界の健康課題に立ち向かう現場を体感して

## 「WHO internship programme」報告記

榎野 亘<sup>1)</sup>, 桜井 桂子<sup>2)</sup>, 福田 智美<sup>3)</sup>

1) WHO インターン, 2) 東京大学大学院社会医学専攻博士課程2年, 3) 金沢大学医薬保健学域医学類3年

世界保健機関 (WHO) では、例年、インターンと呼ばれる研修生を募集しています。このインターンシップ制度は、希望部署に応募し、採用後は各部署や自分が提案した課題に取り組む原則無償の研修制度です。世界の健康課題の解決に向けて、第一線で活躍するプロフェッショナルとともに議論しながら国際機関での仕事を体験できる絶好の機会です。また、WHO以外の近隣国際機関で行われる講演会、昼食会やパーティー、ハイキングなどのイベントも多数企画されており、職員や今後世界中で活躍していくであろう他のインターン研修生と交流を深める貴重な機会にもなります。

本稿では、WHO ジュネーブ本部でインターンを行った私たち3人の報告記を紹介します。

### 自分の課題を発見できる場

榎野 亘

●2007年徳島大医学部卒。手稲深仁会病院にて初期研修、タイ国マヒドン大熱帯医学修士課程修了。現在、WHO インターン。

2011年8-11月にかけて、結核対策部の小野崎郁史医師のご指導の下でインターンを行っていました。

マヒドン大在籍時に国際小児保健研究会のメーリングリストを通じて募集の告知があり、本制度を知りました。グローバルヘルスにかかわる仕事をしたいという思いがありつつも、世界的な健康問題の潮流をつかむことができなかつたので、インターンを通して結核と世界の健康問題の実情を大きな視点から理解したいと考え、応募を決めました。

現在、私がかかわっている主な課題は、世界22か国の結核の高まん延国における国家規模の有病率調査結果のまとめ作業、データベース作成、医療従事者を対象とした有病率調査のガイドライン作成、国際学会でWHOが主催するセミナーの運営などです。

WHOが中心となって世界各地で行ってきた結核有病率調査の結果から、診断・治療に至っていない結核患者が多数存在することが明らかとなり、国際社会から否定的に見られていた日本式の胸部X線検診の有用性が見直されつつあるなど、新たな知見が数多く得られています。私もこの論文の一部を担当させていただき、各国からの情報収集、文献検索、レビューや図表作成に追われながら、完成に向けてスタッフと議論を重ねています。

仕事の外でも、他部署や他組織の方



●インターン仲間との一枚(左から4番目が桜井氏)

から話を聞く機会や、ILOやUNHCRで行われる講演に参加する機会があり、マクロとミクロ、医療以外の視点からも世界で起こっている問題、その解決に向けた戦略や新たな活動を知る環境が整っています。

インターンを通じ、今、世界で起こっていることを知り、第一線で活躍している方々と一緒に仕事をすることで、忙しくも自分の課題が発見できる充実した期間を過ごせたと感じます。今後、世界に貢献できることを少しでも広げていくために、専門性を深めるとともにNGOなどを通じて現場経験を増やしていきたいと思っています。

### 世界の精神保健の現状を実感

桜井 桂子

●2008年明治薬科大薬学部卒。東大大学院公共健康医学専攻修士課程修了。現在、同院社会医学専攻博士課程2年。

日ごろ、精神保健疫学の研究を行っているなかで、世界にはいまだ精神科医のいない国が約40か国も存在する、精神疾患に対する医療費の分配額が非常に少ない国が数多く存在するなど、国際精神保健の課題を明らかにした論文を目にする機会があり、世界の精神保健の現状を自分の目で確かめてみたいと思っていました。

研修先を探していたところ、WHO精神保健部が精神疾患のケア拡充を目的としたMental Health Gap Action Programme (mhGAP.2008)を実施しており、現在では数か国でパイロット使用を開始したと知りました。そこでGlobal Health Leadership Program2011に参加し、プログラムを通じて精神保健部に履歴書を送り、2011年8-10月の間、インターンを行う機会をいただきました。

インターン中の主な仕事は、mhGAPのトレーニングマニュアルの作成、マニュアル作成のための国際会議の準備、プライマリ・ヘルスケアにおける精神疾患ケア導入の文献レビューなどです。

ミーティングにおいては、「インターン中の学生」というよりは、一人の職員として意見を求められていることに



●「顧みられない熱帯病対策部」の職員らとの一枚(左から2番目が福田氏)

驚きと嬉しさを感じました。文献レビューの際に、WHOの担当者として各国のMinistry of Health担当者にメールをする機会があり、失礼のないようにと緊張したことが思い出されます。仕事を通じ、世界の精神疾患ケアの現状を知ることができましたが、依然として精神疾患患者に対する偏見や人権侵害が存在し、庭の木の鎖で足をつながれていたり、大規模施設に収容されていたりするケースが数多くあることに衝撃を受けました。

仕事以外でも、インターン用に開催される交流イベント(湖畔でのパーティーや講演など)を通して、異なる文化圏で育った方々と意見交換をし、新たな気付きを得ることもできました。

今後は研究で培った知識を生かしつつ、より実学に根差した仕事をしたいと考えています。以前は研究だけを行っていたよいかと心配もしましたが、博士号を持つスーパーバイザー(Dr. Mark Van Ommeren)が仕事上どのように貢献をしているかを間近で見て、卒業までの間、まずは研究での十分な知識習得に励もうと思うようになりました。

### WHO 職員の情熱に触れて

福田 智美

●金沢大医薬保健学域医学類3年。

以前から国際保健医療に貢献したいと考えていた私は、WHOの役割を文献や知人を通して知り、インターンという形であれば医学生の私でも国際貢

献が可能なのではないかと思い、応募を決めました。

2011年8月に「顧みられない熱帯病対策部」にインターンとして所属し、部が扱う疾患一覧表の作成、世界フィラリア症プログラムの声明の和訳などを行いました。現在の日本の医療現場ではあまり出会うことのない寄生虫疾患や熱帯病を学ぶなど、視野を広げることができたと感じます。

インターンを行うまで、国際機関で働くために求められる資質や能力は、日本社会で働くために必要なそれとは大きく異なるものと考えていました。実際のところは、異なるとすれば仕事の影響を与える範囲が全世界に及ぶことぐらいなもので、同じような方法で、同じようなシステムを動かす、同じような問題に悩んでいるのだとわかりました。

国際機関で働く職員は皆、仕事に対する情熱と、保健医療の現況を把握し、その状況下で自分に何ができるかを考えられる冷静さを兼ねそろえている方々と強く感じました。また、WHOのような国際舞台で情熱的に仕事をこなし、他の国籍の職員からの敬意を受けながら国際保健医療に貢献する日本人職員が少数ながらも存在することに感銘を受けるとともに、同じ日本人として恥じない仕事を行えるよう努力しようと決意しました。

今回のインターン経験は、国際関係から見た日本の保健医療から、日本国内の保健医療の在り方まで考えさせられる機会になったと同時に、公衆衛生的な「官の視点」から疾患・医療を見る能力を養うことができたのも大きな収穫です。疾患そのものを見るのではなく、家族・地域・社会のなかに存在する疾患として見つめることによって初めて、患者の健康に対する生活・環境レベルからのアプローチが可能となり、全人的医療が実現できるのだと思います。

\*

以上のように、WHOのインターン制度では、世界中から集まった仲間とともに、世界の健康課題に立ち向かう現場を体験することができます。本制度を通じて、多くの若手の日本人が国際経験を積み、日本や世界各地で活躍していくことが大いに期待されます。

謝辞 本記事の作成などでお世話になった中谷比呂樹事務局長補、橋薫子氏、江副聡氏、その他関係各位に感謝します。

### ●「WHO internship programme」について 記=榎野, 桜井

本制度に関する詳細は、WHO ホームページ (<http://who.int/employment/internship/en>) をご参照ください。正規の公募はホームページを通じて行なわれていますが、応募総数が毎年数千人に達することや、多くのインターン募集が関係者による紹介で決定している実情を考慮すると、大学や研究機関、政府機関など、WHOとネットワークを持つ個人や団体、または希望部署のスタッフと事前に連絡をとり、インターンの可否確認や承諾を得ることが望ましいと考えられます。

今後、インターンシップを希望される方は、東大大学院国際保健政策学教室が主催する「Global Health Leadership Program」(<http://www.ghlp.m.u-tokyo.ac.jp/>)の利用もお勧めします。博士課程の学生を主な対象(大学や専門分野は問わない)とし、約2か月間、週1回の講義を受講し、その後インターン(応募先はWHOに限らず、各自選定)を3か月間行います。

また、2012年1月以降、「STOP TB Department」でのインターンシップを希望される方は、E-mail: [onozakii@who.int](mailto:onozakii@who.int) (小野崎) までご連絡ください。

### WHOで感染症と闘い続けた尾身茂氏が語る奮闘記

## WHOをゆく 感染症との闘いを越えて

著者の尾身茂氏は、WHOアジア西太平洋地域における小児麻痺(ポリオ)根絶の立役者。また21世紀最初の公衆衛生の危機となったSARS対策でも陣頭指揮をとり、日本に戻ってからは新型インフルエンザ対策で活躍した。『公衆衛生』誌の連載をもとにした本書であるが、3.11後の医療・社会について加筆されている。本書は、まさに感染症と闘い続けた尾身氏の奮闘記。志とは? 覚悟とは? 己との格闘とは? 自ら道を拓こうと欲する、若者に贈る――。

尾身 茂  
自治医科大学地域医療学センター



### 大好評を博した日常救急診療の実践書、待望の改訂版!

## 問題解決型救急初期診療 第2版

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

田中和豊  
福岡県済生会福岡総合病院・臨床教育部部長



# 日本の医学教育

ノエル先生と考える

第20回

ワーク・ライフ・バランス(6)

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 医学教育学講座教授



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、マクロの問題からミクロの問題まで、医学教育にまつわるさまざまな課題を取り上げていきます。

前回までのあらすじ：多様なワーク・ライフ・バランスを可能にした米国。その背景には、社会環境の変化に対応するため、キャリアの多様性の確保が必要という時代の要請があった。

**大滝** 昇進速度を遅くすることが通常のキャリアの選択肢の一つになると、多数の医師が早くキャリアを積むことを避ける、言い換えれば、楽なほうに流れるのではないかと心配になります。

## スキルと報酬が規定する米国医師のキャリア

**ノエル** 米国では、昇進が遅い医学部教員がいてもそれは彼らが働いていないからだとは見なさず、希望するキャリアを選んでいて認識しています。昇進に関して、米国の医師が何に重きを置くかはさまざまです。

研修病院の多くは、職位に応じて医師の給与が決まるわけではなく、給与のほとんどは実際の診療業務に対して支払われます(臨床教育に割いた時間に手当てを別に支払う施設もあります)。また、主に研究に取り組む医師の給与の大部分は、彼らの研究費のなかから支払われています。

一般的な例を挙げて説明しましょう。診療と臨床教育を主な業務とする医学部教員の昇進の基準は、その2つの業務の評価が中心となり、臨床研究や教育プログラムの構築といった“アカデミック”な業務の業績はわずかに考慮されるだけです。こうした教員は「クリニシャン・エデュケーター(臨床指導教員)」としてキャリアを積むのであり、研究には重点を置いていません。手技が中心の診療科(外科、麻酔科、放射線科、皮膚科など)の臨床指導教員は、診療のみでかなりの額の給与を請求でき、教員としての職位を問わず、手技の少ない小児科医や内科医、あるいは研究センターの医師よりもはるかに高額な給与を得ています。

研究職の教員の場合、給与は通常、研究費から支払われるため、教員とし

ての職位が重要となります。というのは要求できる給与の額は、職位で決まるからです。研究職では、論文数という昇進基準を満たしやすいため、昇進速度は比較的速くなっています。一方、多くの医学部は研究より臨床に重点を置く研修病院を数か所持しますが、そこに所属する教員の昇進はやや遅くなります。なぜなら、教員たちは昇進に必要とされる臨床以外の活動、つまり大学での教職や学術的な活動にあまり時間を割いていないからです。

医学部の多くは、診療と教育の両者に取り組む医師のキャリアを奨励しています。そのなかで、異なった昇進の在り方が生み出されています。患者にとってあまり意味をなさない研究や、知の探究にわずかしき貢献しない研究、その教員にとって行う甲斐のない研究を彼らに要求したりはしません。医師のキャリアはそのスキルや報酬どのように生み出すかに見合ったものになっています。

## キャリアパスの増加がさまざまな雇用形態を生んだ

**大滝** 多様な雇用形態やキャリアパスを可能にするには、雇用する側が提供するキャリアパスと求められる能力や勤務内容を、できるだけ具体的に明示する必要があります。異なる雇用形態の医師や職員の間で摩擦が生じないようにするためにも、雇用条件をわかりやすく公開することが大切です。特別扱いをするのではなく、正式な雇用形態を多様にするということですね。

**ノエル** 全くもってその通りです。現代の医学部は巨大組織です。専門医療に重点を置き、米国の医療保険制度によりきちんと医療費が補償されています。NIHやその他の連邦や財団の研究助成により何百万ドルもの研究費を受け、そこから自身の給与をも賄う大勢の研究者が働いています。

一世代、約30年前までは、教員の昇進と給与はアカデミックな業務のみ

に重きが置かれていました。しかし、学生や研修医の指導・監督業務への要求が高まるにつれ、臨床指導教員の増員が求められるようになりました。そうした指導医の給与の多くは、患者の診療費から賄われています。私が教員としてのキャリアを積み始めたころ、昇進の道は一つしかなく、研究の生産性だけで評価されていました。今日では研究職としての昇進の道もあれば、臨床指導教員のキャリアパスもあり、地域の関連研修病院の学外教員という第三の道もあります。

この30年の間に、多くの医学部が、医学の幅広い領域の臨床と教育に必要な人材を、過去のシステムではもはや集められないと認識するようになりました。加えて、医学生・研修医の半数は女性であり、彼女たちが産前産後の休暇(大体3—6か月)を取得したりフルタイムより労働時間を減らした場合、昇進速度を緩める道が必要であることを受け入れるようになりました。こうした変化はいくつかの医学部では早くから行われていたことですが、今では多くの大学に広がっています。

## “バランス”のかたちはさまざま

**松村** 今までと異なるキャリアパスを選択する医師の側に求められるものは何でしょうか。従来の雇用形態と同様に、担当する領域での基本的な能力や仕事に対する責任感と適応能力は必須のように思います。

**ノエル** ええ。女性でも男性でも、フルタイム、パートタイムのいずれでも、求められる特性は全く同等です。

短時間勤務を選択している人にとって「ワーク・ライフ・バランス」のコンセプトとは、より多くの時間を仕事以外に費やすことではないでしょうか。例えば親として子どもと一緒に時間を過ごすことや家族の介護、中には演奏活動や途上国での医療ボランティア、本の執筆活動など、他の興味の対象を追求することです。

フルタイムでもパートタイムでも、キャリアの過程で難しい問題に直面しますが、時間の使い方はパートタイム勤務の教員のほうがより複雑かもしれません。なぜなら、時間をまるまる医学部や研修病院などのどれか一つに絞って費やしているわけではないからです。仕事と家庭のバランスの問題は、フルタイム、パートタイムの教員ともに生じています。親でもある教員は、仕事と同時に家事や子育てもこなさなくてはなりません。今後の研究費を確保するために高度な研究成果が求められる教員でも、同じように研究活動と診療のバランスを取りながら仕事をしていることは珍しくありません。

## 医療システムも勤務体制に合わせ変化

**松村** さまざまな雇用形態で勤務する医師を受け入れて活用するには、職場

の組織やシステムに求められる要素もあるでしょう。例えば、勤務交代時の引き継ぎの仕方や、カルテの記録法など、業務の連携の標準化をこれまで以上に推進することが重要になると思います。このような領域は、日本よりも米国が優れているように思います。

**ノエル** 私の教員としての最初のポジションは、1975年のコロンビア大学での教育業務も求められる臨床医でした。給与のほとんどは、研修病院で、レジデントのころからの同僚と二人で診療することで得ていました。外来と病棟をほぼ同じ時間数、二人で分担し、それぞれの受け持ち患者を診ていました。平日の午前・午後と土曜午前に入院患者の回診を行い、土曜午後と日曜は一週間ごとに交代で働きました。診療記録は手書きで、それまでの研修で求められてきたように、引き継ぎができるよう内容を徹底させていました。年に約3か月はアテンディングとして研修医による入院患者の診療を指導していました(臨床指導は個人の診療とは別になっていました)。

その後、こうした勤務体制は大学病院ではあまり一般的ではなくなりました。多くの研修病院が、今では電子カルテを使っていますし、通常は年1回1か月の長期休暇や他の業務のため、医師がお互いの患者をカバーすることがずっと増えました。他の業務とは、研修医の指導などですが、これは長時間を要する仕事です。私が研修医のころは、二人の指導医が毎日2時間私たちと一緒に回診を行うだけで、彼らは患者にその費用を請求することもなく、カルテも入院時に数行記入するのみでした。今では多くの病院で、入院患者に対する指導医の回診を毎日6—8時間かけて行っています。指導医は、長く詳細な診療記録を付けることになっていて、以前より多くの入院患者を毎日受け入れています。入院期間はより短く、集中的な治療を施しますが、治療のあらゆる側面に指導医は責任を負っていて、電子カルテに目を通すのにかなりの時間を割いています。

研修医の夜間当直は減っており、その代わり「引き継ぎ」の時間が前より増えています。研修プログラムの多くが、当直の研修医に患者の現況を知らせて夜間に何が起こるか予測できるように、電子カルテの活用方法を開発する必要に迫られました。

オレゴン健康科学大学の研修医は、研修修了後は研修病院ではない民間医療機関に移る人が多いようです。現在の内科医では、かつての私のように病院と診療所の両方で診療する人はまれです。ホスピタリストである内科医は、外科医と臓器別専門医の患者のケアの大半を病院のみで担当します。整形外科医は高齢の大腿骨頸部骨折患者の心不全や糖尿病、抗凝固療法などを管理したがりませんからね(笑)。外科手術や周術期ケアだけ外科医が管理し、その他のすべてのケアはホスピタリストが引き受けています。(つづく)

がんの苦しみをどう緩和するか、EBMに基づいた対処法を解説。

## 婦人科がんの緩和ケア

Palliative Care Consultations in Gynaecology(Palliative Care Consultations Series)

婦人科がんの進行によって生ずる諸問題に対し、緩和ケアの視点から、EBMに基づいた対処法を丁寧に解説。がん患者の苦しみを緩和する方策が学べる好書。オクスフォードPalliative Care Consultations Seriesの1冊。

編集 監訳 Sara Booth/Eduardo Bruera  
 後明部男 彩都友会病院院長・緩和ケア科部長  
 中村隆文 川崎医科大学教授・産婦人科  
 翻訳 沈沢欣恵 彩都友会病院・緩和ケア科副部長



リンチ先生推薦! 遺伝性婦人科癌の臨床にとってエポックメイキングな書

## 遺伝性婦人科癌 リスク・予防・マネジメント

Hereditary Gynecologic Cancer Risk, Prevention and Management

遺伝性婦人科癌のリスク・予防・マネジメントの包括的な解説書。本書は、BRCA乳癌・卵巣癌症候群、Lynch症候群(HNPCC)による子宮内腺癌/大腸癌、その他の遺伝性婦人科腫瘍を網羅し、病理、疫学、臨床的取扱いを詳述。婦人科・乳腺科・消化器外科等の臨床医、病理医、遺伝外来関係者の必携書。原著者、訳者とも世界の第一人者で、遺伝的ハイリスク者の同定と治療に尽力している。日本語版オリジナルコラムにより、翻訳書に生じがちな特有のギャップも解消。

編集 監訳 Karen H. Lu  
 青木大輔 慶應義塾大学教授・産婦人科学



臨床研修の終了が近づいてきた。午前4時、喘息患者の診察を終えてひと息つく。「来年からは、内科当直を一人でやらなければいけない。足りないところを補わなければ!」と考えていたところに看護師から連絡が。「先生、重症患者搬送のようです」。

### Case

75歳男性。既往に高血圧、糖尿病があり、内服中。明け方、突然の呼吸困難にて救急要請され、搬送となる。発熱なし、胸痛なし。血圧210/120mmHg、脈拍数110/分、呼吸数25/分、SpO<sub>2</sub>90% (リザーバマスク着用下)。頸静脈怒張あり、両側喘鳴と湿性ラ音を認める。心雑音や四肢の腫脹は認めない。

看護師に「重症患者なので、静脈確保、心電図と酸素モニター、リザーバマスクでの酸素投与をお願いします。救急カートを持ってきて、万が一の気道確保に備えます」と指示をしつつ、指導医に一報を入れる。

### Question

**Q1 最初にオーダーする検査は何か?**  
**A** 胸部のポータブルX線検査、静脈または動脈血液ガス、心電図。

喘息やCOPDの既往のない患者の喘鳴では、心不全の可能性がある。また、COPDでも気胸や肺炎などが増悪因子となることがある。したがって、胸部のポータブルX線検査は早い段階で行う必要があり、場合によっては来院前に準備しておくことも考えられる。

心不全の際のS3(III音)、Hepatojugular reflux(肝頸静脈逆流)などの感度は、残念ながら70%程度と限られている。静脈確保時の採血では、血算検査、生化学検査、心筋トロポニンT検査は必須である。静脈確保時に採血と一緒に採取すれば、迅速にCO<sub>2</sub>・HCO<sub>3</sub>の測定が可能となる。10L/分のリザーバ投与下であれば、FiO<sub>2</sub>はほぼ100%であると考えられ、SpO<sub>2</sub>からPaO<sub>2</sub>が予測可能である。後述するように、心不全の増悪因子には、心筋虚血、心筋梗塞、不整脈がある。そのため、迅速に標準12誘導心電図を施行することが望ましい。

胸部のポータブルX線検査では、心陰影の拡大、胸水、大葉間裂内の体

# それで大丈夫? ERに潜む落とし穴



第20回

急性心原性肺水腫

わが国の救急医学はめざましい発展を遂げてきました。しかし、まだ完全な状態には至っていません。救急車の受け入れの問題や受診行動の変容、病院勤務医の減少などからERで働く救急医が目まぐるしく減少しています。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も患者の安全を脅かすさまざまな落とし穴があります。本連載では、奥深いERで注意すべき症例を紹介いたします。

志賀 隆 東京ベイ・浦安市川医療センター 救急部長

液貯留を認め、病歴・臨床所見と合わせて急性心原性肺水腫と考えられた。また、心電図にて洞調律を確認。STの上昇は認めなかった。ベッドサイドで行った心臓超音波検査では、収縮不全や心嚢液の貯留は認めなかった。

**Q2 急性心原性肺水腫の主たる原因は何か?**  
**A** 主に5つの病因がある。

①慢性の左心不全悪化、②急性の虚血もしくは梗塞、③重度の高血圧、④左心系の弁膜症、⑤急性の不整脈、が挙げられる。

**Q3 体内ポリウムは過剰か?**  
**A** 必ずしもそうとは言えない。

慢性心不全の増悪が水分の過剰摂取によって起きた場合には、もちろん血管内ポリウムが増えている可能性は高い。しかし、急性心原性肺水腫の患者の40%近くで、血管内ポリウムは正常であるか、少なくなっているという報告もある<sup>1)</sup>。このような患者では、急性期の利尿薬の使用法に注意が必要となる。

**Q4 心不全の増悪因子は?**  
**A** 急性冠症候群、薬剤コンプライアンス、水分過剰摂取など、複数ある。

増悪因子を把握することは非常に重要である。FAILUREという語呂で覚

えておきたい。  
**Forgot meds**: 薬の服用を忘れる  
**Arrhythmia/Anemia**: 不整脈、貧血  
**Infections/Ischemia/Infarction**: 感染、虚血、梗塞  
**Lifestyle**: 塩分過剰摂取、ストレス  
**Upregulators**: 甲状腺疾患、妊娠  
**Rheumatic valve or other valvular diseases**: リウマチ性弁疾患、他の弁疾患  
**Embolism**: 肺塞栓など

**Q5 薬物治療はどのように行うか?**  
**A** 利尿薬と降圧薬によって、前負荷、後負荷をターゲットに治療する。

前述したように、慢性心不全の増悪が考えられ、亜急性の経過で下肢の浮腫があり水分の過剰摂取などが病歴上疑われる場合には、利尿薬の使用が好ましい。急性肺水腫で急激に呼吸困難が起こった場合には、利尿薬よりもむしろ血圧のコントロールが肝要となる。血圧のコントロールには、前負荷を減らすニトログリセリンなどの亜硝酸薬、後負荷を減らすACE阻害薬がある。ニトログリセリンは最も有効で即効性のある薬剤として、現在も使用されている。ACE阻害薬は慢性心不全の治療に使われてきた。加えて、急性心原性肺水腫におけるACE阻害薬投与について検討する研究も最近行われており、ICU入室率、気管内挿管率、ICU滞在日数を減らすこと、治療方法についてはACE阻害薬の静注投与のほうが効果が早く出現することを示す報告もある<sup>2)</sup>。

かつては急性心原性肺水腫の治療には硫酸モルヒネが使われていたが、予後が悪いとの報告もあり、現在硫酸モ

ルヒネの使用は勧められていない。大動脈弁狭窄症など前負荷がある程度保たれていることで血圧が保たれている病態では、前負荷が急激に減ると重篤な低血圧になることがあるため、注意が必要となる。

\*  
薬剤治療のオーダーを終えたあなたのもとに指導医が。「急性肺水腫か。薬剤のオーダー以外には何をしたの?」。「えっ! 血圧管理と利尿薬がメインなのでは?」とあなたはうろたえる。

**Q6 薬剤治療以外には、どのような治療方法が考えられるか?**

**A** 持続的気道陽圧法(CPAP)もしくは二相性陽圧呼吸(BiPAP)などの非侵襲的人工呼吸(Non-invasive Positive Pressure Ventilation; NPPV)

急性心原性肺水腫において、NPPVがICU入室率、気管内挿管率、ICU滞在日数を減らすという報告もある。NPPVでは、持続的な陽圧がマスクを通じて提供される。NPPVによって胸腔内圧が上がり、前負荷、後負荷が減る。さらに、虚脱した肺泡が圧によって開き、それによってガス交換が可能になり、酸素化が改善される。実際の現場でも、急性心原性肺水腫の患者で一見気管内挿管が必要な患者であっても、やや血圧が保たれていれば、NPPVと血圧管理を行うことにより、数時間後には離脱が可能なが多い。現状では、CPAPとBiPAPのどちらが良いか、結論は出ていない<sup>3)</sup>。

### Disposition

午前10時の段階で血圧も徐々に下がり、CPAP離脱可能となった。当初ICUへの入室も検討したが、循環器科病棟へ入院となった。

### Further reading

- 1) Mattu A, et al. Modern management of cardiogenic pulmonary edema. Emerg Med Clin North Am. 2005; 23(4): 1105-25.  
↑救急医の立場から急性心原性肺水腫の文献をレビューした論文。必読。ややACE阻害薬の支持が強い。
- 2) Saint S. Saint-Francis guide: Clinical clerkship in inpatient medicine. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.  
↑内容の最新性はともかく、基礎的なフレームワークを学ぶことができる。
- 3) Mehta S, et al. Randomized, prospective trial of bilevel versus continuous positive airway pressure in acute pulmonary edema. Crit Care Med. 1997; 25(4): 620-8.  
↑BiPAPとCPAPを比較した論文。BiPAPのほうがバイタルサインや換気をより早く改善したが、心筋梗塞はBiPAPと関連していた。どちらがよいか、結論は出ていない。

## Watch Out!

心不全の治療は、薬物、血圧管理、CPAPなどによる治療がメインであるが、心不全の原因疾患や増悪因子の把握が不可欠である。特に大動脈狭窄症に合併した心不全の場合、血圧が前負荷に依存していることがある。その場合には、利尿薬などの量が多すぎると重篤な低血圧を来すため、注意が必要である。

すぐに使える! ポケットサイズで実践的な研修医のサバイバルガイド

## 総合診療・感染症科マニュアル

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

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



### IDATEN(日本感染症教育研究会)感染症セミナーの好評2冊

## 病院内/免疫不全関連感染症診療の考え方と進め方

### IDATEN感染症セミナー

編集 IDATENセミナーテキスト 編集委員会

医療者であれば誰もが遭遇する病院内感染症。医療が複雑化、高度化するなかで増加する免疫不全関連感染症。医療者はそこに、どうアプローチしたらよいのか。本書では、気鋭の講師陣がこれらの感染症における診療の考え方と進め方をわかりやすく解説する。「新しい日本のスタンダード」を示すIDATEN(日本感染症教育研究会)感染症セミナー待望の第二弾!

●B5 頁328 2011年 定価5,250円 (本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01244-7]



## 市中感染症診療の考え方と進め方

### IDATEN感染症セミナー

編集 IDATENセミナーテキスト 編集委員会

●B5 頁216 2009年 定価3,675円 (本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00869-3]

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、治療していったらよいのか? 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。

シリーズ監修 高木 康 (昭和大学教授医学教育推進室)

第10回

# 炎症マーカー

## 学ぼう!! 検査の使い分け

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

高木 康

昭和大学教授・医学教育推進室



● **従**来、炎症のマーカーとしては、「赤沈(赤血球沈降速度)」「白血球数と白血球分画」が一般的に用いられてきました。最近では、急性期蛋白である「CRP(C-reactive protein; C反応性蛋白)」や「血清蛋白分画」が迅速に測定可能となったため、利用される頻度が高くなっています。今回は、これらの炎症マーカーの使い分けについて考えてみたいと思います。

### 炎症と炎症マーカー

細胞や組織の障害・壊死に伴い生体内で炎症が起こった場合、血清中のある蛋白成分が変動することが明らかになっています。その蛋白は、大きく急性炎症マーカーと、慢性炎症を引き起こす自己抗原や環境抗原に反応する抗体に大きく分けることができます。

一般に急性炎症マーカーと呼ばれ、測定されている物質は急性期蛋白(急性相反応物質)です。急性炎症が発症

すると組織の傷害・壊死や病原体成分に反応して、マクロファージや肥満細胞が活性化され、これらの細胞から腫瘍壊死因子(TNF)とインターロイキン1(IL-1)が産生されます。このTNFやIL-1はマクロファージや周囲の間質の細胞に働きかけ、IL-6を産生させます。このIL-6が肝細胞に作用して、CRPに代表される急性期蛋白の合成・分泌を増加させ、その血中濃度が上昇します。

急性期蛋白には表に示すような蛋白があります。増加する蛋白の多くは、血清蛋白電気泳動の $\alpha_1$ -グロブリン分画と $\alpha_2$ -グロブリン分画に存在するため、炎症所見のある場合、正常時と比べアルブミンが減少して、この両分画が増加するパターンとなります。これは「急性炎症パターン」と呼ばれています。

感染症などに伴い血中の白血球数は増加しますが、これは炎症ストレスにより副腎皮質ホルモンが増加し、これが骨髄やリンパ性組織の白血球プールから流血中へ白血球を急速に動員させることで起こります。白血球のなかでも好中球分画が増加し、これらは最も早い炎症マーカーとして日常的に測定されています。

赤沈は、試験管内で赤血球が塊を形成して沈降する速度を表します。 $\alpha$ -グロブリンや $\alpha_2$ -グロブリン、フィブリノゲンが増加すると塊を形成しやすくなり、赤沈は亢進します。抗体が増加するとさらに塊を形成しやすくなり、一層亢進します。このため、赤沈は急性炎症より慢性炎症での臨床的意義が高いマーカーです。

### 炎症マーカーを測定するとき

生体内での炎症・組織の破壊が疑われるときに検査されます。感染症、膠原病、悪性腫瘍、(心筋)梗塞、外傷・骨折などで、主に病態の重症度判定には有用な指標となります。

#### 症例

**1** 50歳男性。発熱と咳を主訴に来院した。4日前から咳嗽と喀痰が出現し、徐々に増悪してきた。昨日からは39℃台の発熱が加わり、全身倦怠感も出現。意識は清明。身長172cm、体重65kg。体温39.4℃。血圧134/80mmHg。血液所見：赤血球数442万/ $\mu$ L、Hb14.3g/dL、白血球数14800/ $\mu$ L(後骨髄球3%、桿状核好中球21%、分葉核好中球46%、好酸球2%、単球5%、リンパ球23%)、血小板数25.3万/ $\mu$ L。血液生化学所見：総蛋白7.0g/dL、クレアチニン1.2mg/dL、総ビリルビン0.8mg/dL、AST40U/L、ALT38U/L、CRP24.4mg/dL。

#### 症例

**2** 48歳女性。両側の手首と手指の関節の腫脹を主訴に来院した。4か月前から手首や手指の腫れ、関節の痛みが出現。1週間前から痛みが増強し、朝起きてから手足を動かしにくくなった。身長154cm、体重46kg。左手関節に腫脹と圧痛がある。血液所見：赤沈48mm/時、赤血球数314万/ $\mu$ L、Hb9.5g/dL、Ht25.9%、白血球数11200/ $\mu$ L、血小板数44万/ $\mu$ L。血液生化学所見：総蛋白7.1g/dL、クレアチニン0.8mg/dL、尿酸6.4mg/dL、AST28U/L、ALT30U/L、CRP6.4mg/dL。免疫学所見：リウマトイド因子86U/mL(基準：15U/mL未満)。

**症例1**は症状と血液所見(白血球増多、好中球の核の左方移動、CRP高値)から、細菌感染症が疑われます。さらに詳細な医療面接を行うと、「喀痰は黄色で膿性」であり、「胸痛や呼吸困難はない」ことがわかり、呼吸器細菌感染症が強く示唆されました。確定診断に当たっては、身体診察では胸部診察で右下肺野にcoarse crackleを聴取し、喀痰の微生物検査(塗抹染色)から原因菌の検索を行うのが一般的な診療経過です。CRPがかなりの高値ですから、広範囲の炎症であることが推測できます。

**症例2**は症状と検査所見(リウマトイド因子陽性)から関節リウマチが強

く疑われます。関節リウマチの活動性は、朝のこわばりの持続時間や筋力低下などの症状のほか、検査として赤沈の亢進が挙げられます。関節リウマチでは20mm/時以上の赤沈の亢進が認められる症例が多く、これは多クローン性 $\gamma$ -グロブリンの上昇、フィブリノゲンの増加、貧血などに起因すると考えられています。また、CRPがそれほど上昇していないのに赤沈が亢進している症例では、長期的な病勢の評価のために、赤沈を定期的に測定しています。

なお、関節リウマチ治療症例での疼痛腫脹関節数と赤沈、CRPとの関係では、治療により疼痛腫脹関節数がなくなるに従い、CRP、赤沈ともに正常化の傾向にあり、CRPと赤沈はほぼ相関して変動します。

### CRP上昇の考え方

CRPは急性期蛋白の代表的な成分で、肺炎球菌感染症患者の血清中から発見され、 $Ca^{2+}$ の存在下で肺炎球菌の菌体C多糖体と沈殿反応を起こすことから、この名前が付けました。CRPは体内に炎症または組織壊死がある病態では、発症後6時間で上昇し始め、2-3日でピークとなり、1週間から10日で正常化します。炎症病巣が強ければ必ずCRPが上昇するわけではなく、免疫異常を伴う病態、例えばSLEや白血病などでは必ずしも病勢と相関した上昇は認められません。これらの病態で、CRPが明らかに上昇した場合には、細菌感染の合併を疑わなければなりません。

最近、CRPの極低値での変動が急性冠症候群発症のリスク因子であることが明らかとなりました。CRPの微小な上昇は慢性局所性炎症の存在を示唆し、これが冠動脈プラーク形成に関与するためです。

### まとめ

現在、炎症マーカーとしてはCRP、血清蛋白分画、白血球数と分画および赤沈が提唱されています。急性炎症の病勢の判定にはCRPの臨床的意義が高く、炎症後迅速に血中に上昇して、回復後は迅速に下降・減少します。血清蛋白分画は急性期蛋白の変動を総合的に観察できる長所があり、白血球数と分画は最も早い炎症マーカーとして有用です。赤沈は急性炎症では、必ずしも鋭敏ではありませんが、慢性炎症での経過観察には有用性が高いマーカーです。

\*

笠間毅准教授(昭和大学医学部リウマチ膠原病内科部門)のご助言に感謝します。

『週刊医学界新聞』が **モバイルアプリ** になりました!

無料

詳細は App Store, Android Market をご覧ください

医学書院

ポケットに常に携帯可能なコンパクト版の最新版! 重要な検査のみをセレクト

## 臨床検査データブック[コンパクト版] 第6版

大好評の『臨床検査データブック』本体から『コンパクト版 第6版』が飛び出した! いつでもどこでも必要になる検査を中心に、205項目をセレクト掲載! ポケットに入る判型で、病棟、外来、実習など、常に携帯可能。本体と共に読者の臨床をサポートします。

監修 高久史磨 自治医科大学学長  
 編集 黒川 清 政策研究大学院大学教授  
 春日雅人 国立国際医療研究センター研究所長  
 北村 聖 東京大学教授



血算のどこに注目して読めばよいか、本当にわかっていますか?

## 誰も教えてくれなかった 血算の読み方・考え方

最低限の病歴と血算から、可能性の高い疾患を「一発診断する」力を身につけるための本。血算は、すべての臨床検査の中で最も基本的で頻用される検査。臨床現場では簡単な病歴と血算を中心とした情報だけで、診断を推定しなければならぬ場面は多く、また実際かなりの疾患の推定ができる。誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方が学べる本書は、研修医、若手血液内科医はもちろん、すべての臨床医、検査技師にも役立つはず。

岡田 定 聖路加国際病院・内科統括部長・血液内科部長



# いつからでも、 自分のスタイルに あわせて 購読できる。

仕事のスタイルも学びのスタイルも人それぞれ。  
いつからでも、自分の使い方にあわせて始められる。  
医学書院がご提供する新しい電子ジャーナルです。

## 無料体験 キャンペーン実施中

2011年10月12日(水)～12月16日(金)

上記期間中、ご希望の雑誌の2009年発行分までの  
バックナンバーをweb上でご覧いただけます。

良質な情報を提供する医学書院発行雑誌を、  
オンラインで読んでみませんか？  
医学書院では、このたび期間限定で電子ジャーナルを  
無料でお試しいただけるキャンペーンを企画しました。  
参考文献へのリンクや論文検索機能といった、  
冊子とはまた違った便利な機能を備えた電子ジャーナルを、  
この機会にぜひお試しください！！

詳しくは

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



医学書院

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

循環器で  
必要なことは  
すべて  
心電図で  
学んだ

第20回

循環器疾患に切っても切れないのが心電図。でも、実際の波形は教科書とは違うものばかりで、何がなんだか分からない。そこで本連載では、知っておきたい心電図の「ナマの知識」をお届けいたします。あなたも心電図を入りに循環器疾患の世界に飛び込んでみませんか？

# QT 延長で学ぶ微分積分 (後編)

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

後編では、QT 延長症候群 (LQT) の考え方をさらに進めます。進めていくと、分子生物学の進歩が循環器疾患、特に心筋症の理解を根底から変えてしまったことを実感できると思います。

## 先天性の QT 延長

では、実際に接線法や一次微分を駆使して QT を計測し、脈拍数で補正し、いよいよ QT が本当に延長していることがわかったとしましょう。そこからはどうすればよいのでしょうか？

薬剤性であれば、当然原因となった薬剤を中止します (どんな薬でも半減期の5倍くらいの時間が経てばその影響は抜けます)。前回も述べたとおり、QT 延長を起こす薬剤はそれこそ数限りなく存在する (200 品目以上) ので、基本的に QT 延長の心電図を見つけたときにまず患者さんに聞くのは、

「どんなお薬を使っていますか？」

ということになります。

しかし、中には薬剤でも電解質の影響でもなく、先天的に QT が延長している方々もいます。国試に Jervell and Lange-Nielsen 症候群 (難聴あり) とか Romano-Ward 症候群 (難聴なし) として出てきたアレです。当時は家族性に失神や突然死を来す「症候群」として恐れられていましたが、現在、こうした古典的な LQT の背景には、K チャネルの遺伝子 (KCNQ1) の変異があることがわかっています。この K チャネルは、内耳リンパ管への K 供給にも関係するので、その機能不全があると難聴になることもあるわけです (なるほど!)

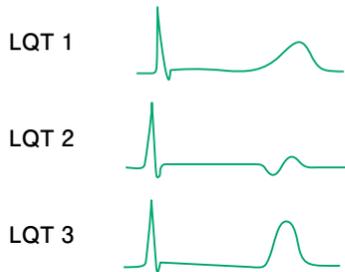
## QT 延長を司る遺伝子

この先天性の QT 延長症候群。決して珍しい疾患ではなく、幼少期に「ヒステリー反応」や「てんかん」と誤診されていることもあります。「原因不明」とされていた心臓突然死の約 10% は QT 延長に由来するというデータもあり、侮れません。ですが、QT 延長のすべてが KCNQ1 の異常に由来するわけではなく、この 15 年ほどで QT 延長に関連する突然変異は実は 300 以上存在することが判明しています。そして、そのうちほとんどが LQT1 (11p15.5; KCNQ1), LQT2 (7q35-36; KCNH2) と LQT3 (3p24-21; SCN5A) という 3 タイプに分類されることがわかってきました (表 1, 図 1)。

これらの遺伝子が管理しているのは

●表 1 LQT のタイプ

LQT の型	位置	遺伝子	イオンチャンネル	トリガー	頻度
1	11 番染色体 長腕	KCNQ1	カリウム	運動時、特に水泳	42—54%
2	7 番染色体 短腕	KCNH2	カリウム	安静時、特に騒音	35—45%
3	3 番染色体 長腕	SCN5A	ナトリウム	睡眠時	1.7—8%



●図 1 LQT のタイプ別の T 波の形状

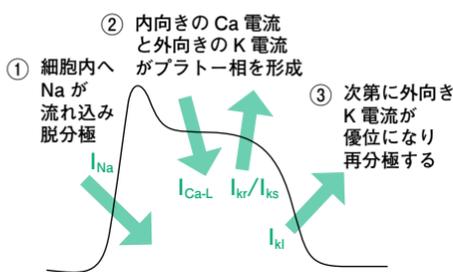
Na チャネルや K チャネルです。図 2 に示されるように、①心筋の活動電位で脱分極をつかさどるのは Na チャネル、②その後のプラトー相をつかさどるのは Ca チャネル、そして③再分極をつかさどるのはさまざまな K チャネルになりますから、K チャネルの機能が心内膜側と心外膜側で微妙に食い違ったりしていれば QT が伸びることはある程度想像できるかと思えます (心電図は基本的には心外膜と心内膜の活動電位の電位差を見ていることをお忘れなく!)

## 心電図か? 遺伝子か?

もう少し突っ込んで考えてみましょう。QT が伸びているのはこうした遺伝子の変異が原因であると思えます。では、仮に血算のように手軽に遺伝子変異を検出できるようになったら、その変異を持つ患者さんは、心電図上で QT 延長がなくとも LQT と扱ってもよいのでしょうか? さらに言うならば、β 遮断薬や ICD (植込み型除細動器) といった QT 延長症候群の治療の適応はあるのでしょうか?

残念ながら、こうした遺伝子の変異と表現型は必ずしも一致しません。例えば LQT3 での SCN5A の変異は、何を隠そう連載第 16 回 (2940 号) で取り上げた Brugada 型心電図波形の原因ともなり得ます。LQT, Brugada ともに突然死の原因となることは一緒ですが、Brugada で β 遮断薬は禁忌です。

このように遺伝子上の突然変異が疾患を 1 対 1 で決めるわけではないので、やはり QT 延長症候群のカギとなるのは心電図上での QT の計測です。現段階での診断基準 (表 2) を示しますが、これを見ても QT 延長「症候群」の診断が一筋縄ではいかないことがわかるかと思えます。



●図 2 心筋活動電位と電解質の関係

少し脇道にそれますが、こうした遺伝子の変異による心筋の異常も広義の心筋症と考えるのが現在の米国ガイドラインの考え方になっています。つまり、LQT みたいな心筋のイオンチャンネルの異常 (channelopathy) も、心筋の収縮能力を損なうわけではないけれどもミクロなレベルでの心筋の異常 (cardiomyopathy) ではあるよね、とする考え方です。ご高説ごもっともなのですが、今のところ賛否両論です。

## QT 延長の治療

さて、遺伝子の突然変異が原因とわかった疾患には、二つの活用方法があります。一つは家族や親族のスクリーニングを行うこと、もう一つは治療に応用することです。2011 年現在、循環器内科で遺伝子情報が治療に活かされている分野はそれほど多くはないのですが (ワルファリンが効きにくかったり [CYP2C9/VKORC1], クロピドグレルが活性化されにくい遺伝子多型 [CYP2C19] がわかっています), LQT のタイプは治療の選択に貢献します。

先ほど、治療については「β 遮断薬」とサラッと書いてしまいましたが、この薬は最も多くみられる LQT1 に大きな効果を発揮します。実際、LQT1 患者では、β 遮断薬の服用さえ続ければ VT や VF といった致死性の心室性不整脈はほとんど (95% 以上) 起こりません (文献 1)。LQT2, 3 ではそれほど β 遮断薬の効果は決定的ではなく、特に LQT2 は徐脈によって VT や VF が誘発されることもあり、ペースメーカーの併用が β 遮断薬よりも有効な場合があります。

\*

病態生理にあまりこだわらないことを旨としてきた本連載ですが、今回は結構込み入った内容まで踏み込んでし

●表 2 QT 延長症候群診断基準

心電図所見		ポイント
QTc 値	480 ms 以上	3
	460—480 ms	2
Torsade de pointes		2
T 波の交互脈 (再分極過程が不安定で交互に T 波が変化)		2
3 つ以上の誘導で T 波が先鋭化		1
低い心拍数		0.5
臨床所見		ポイント
失神	ストレス時	1
	安静時	1
先天的聾啞		0.5
家族歴		ポイント
LQT の家族歴		1
30 歳以下で突然死の家族歴		0.5

LQT 確定: 4 ポイント以上  
LQT 疑い: 2—3 ポイント  
(Schwartz PJ, et al: Circulation. 1993; 88, 782-4)

まいました。というのも、LQT は現代医学の粋を集めて治療の理解を前進させた疾患群で、なかなか良い形で分子生物学とエビデンスが融合しているからです。心電図上で QT の延長を確認しただけで、LQT の診断が確定するわけでもなく、特異的な遺伝子の変異が検出できたとしてもそれは同じ。しかし、双方の情報を突き合わせると、うまく診断し治療方針を立てることができます。

## POINT

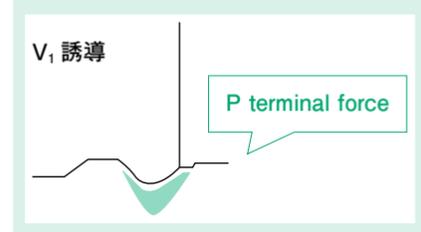
- 後天性の QT 延長はたいてい薬剤が原因。関連しているとされる薬剤は 200 以上。
- 先天性の QT 延長は遺伝子の変異が原因。関連しているとされる突然変異は 300 以上。

## 参考文献

1) Vincent GM, et al. High efficacy of beta-blockers in long-QT syndrome type 1: contribution of noncompliance and QT-prolonging drugs to the occurrence of beta-blocker treatment "failures". Circulation. 2009; 119 (2): 215-21.

## コラム 積分がないとお怒りの皆様へ

なるほど確かにタイトルは「微分積分」を学ぶとなっていますね。心電図で使われる積分の概念としては、例えば、V<sub>1</sub> 誘導の P 波がいろいろな情報の宝庫として挙げられます。その終末の陰性相 (P terminal force in V<sub>1</sub>; PTFV<sub>1</sub>, ここが 40 μm·sec 以上で左房拡大) の面積計算は積分ですが、いかがでしょう。



静脈系からみた新たな肝区域の提唱。「肝門板」の視点と腹腔鏡下肝切除を加え大改訂!

## 肝臓の外科解剖 第2版

門脈segmentationに基づく新たな肝区域の考え方

肝臓の手術に不可欠な区域解剖において、従来のCouinaudの肝区域に替わり、門脈など静脈系に着目した新たな考え方を示す。2004年の初版以後の、最新の立体画像構築による新発見とともに、「肝門板」の新たな視点を提唱。腹腔鏡下肝切除術式も加えて、手術書として大幅リニューアル。

編著 電 崇正  
千葉県がんセンター前センター長



これほどまでに美しく多彩な小腸内視鏡像はない

## 小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ

本邦でトップクラスの小腸疾患症例数を誇る編者らのグループによりまとめられた本書は、内視鏡所見を提示し、その後疾患(症例)の解説をするところに特徴がある。内視鏡所見からみた鑑別診断のポイントをはじめ、診断にあたって必要な分類などの基礎知識についても解説されている。馴染みの浅かった小腸領域だが、ダブルバルーン内視鏡やカプセル内視鏡などの登場で多種多様な内視鏡所見を捉えられるようになった。美しく多彩な小腸内視鏡像が数多く掲載された本書から、診断へと結びつけるための、「所見のよみ方・捉え方」も習得できる。

編集 松井敏幸  
福岡大学筑紫病院消化器内科・教授  
松本主之  
九州大学大学院病態機能内科学・講師  
青柳邦彦  
福岡大学病院消化器内科・診療教授



# もう膠原病は怖くない!



## 臨床医が知っておくべき膠原病診療のポイント

膠原病は希少疾患ですが、病態はさまざまな臓器におよび、多くの患者で鑑別疾患に挙げられます。また、内科でありながらその症候は特殊で、多くは実際の診療を通してでなければとらえにくいものです。本連載では、膠原病を疑ったとき、膠原病患者を診るとき、臨床医が知っておくべきポイントを紹介し、膠原病専門診療施設での実習・研修でしか得られない学習機会を紙面で提供します。

高田和生

東京医科歯科大学 歯学融合教育支援センター 准教授

## 抗リン脂質抗体症候群の診断と治療

その7

今回は、抗リン脂質抗体症候群(Antiphospholipid syndrome: APS)の診療におけるポイントを学びます。

抗リン脂質抗体陽性患者のすべてが抗リン脂質抗体症候群を発症するわけではない

抗リン脂質抗体は一般成人の1—5%に検出されますが、その80—90%は一過性で病的意義はありません。一方、陽性である状態が持続する場合は、保持者における血栓症や妊娠合併症(妊娠高血圧症候群、不育症・流産)の危険度を高め、他の危険因子も含めたそれぞれによる寄与危険度の総和が

### ●表 抗リン脂質抗体症候群の分類基準(札幌基準のシドニー改変 2006)

#### 臨床所見

- ①血栓症  
画像診断、ドップラー検査または病理学的に確認されたもので、血管炎による閉塞を除く
- ②妊娠合併症  
a. 妊娠10週以降で、ほかに原因のない正常形態胎児の死亡、または  
b. 妊娠中毒症、子癇または胎盤機能不全による妊娠34週以前の形態学的異常のない胎児の1回以上の早産、または  
c. 妊娠10週以前の3回以上続けての形態学的、内分泌学的および染色体異常のない流産

#### 検査基準

- ①標準化されたELISA法によるIgGまたはIgM型抗カルジオリピン抗体(中等度以上の力価または健康人の99パーセントイル以上)
- ②IgGまたはIgM型抗β2GPI抗体陽性(健康人の99パーセントイル以上)
- ③国際血栓止血学会のルーブルアンチコアグラントガイドラインに沿った測定法で、ルーブスアンチコアグラントが陽性

臨床所見の1項目以上が存在し、かつ検査項目のうち1項目以上が12週の間隔を空けて2回以上証明されるとき、抗リン脂質抗体症候群と分類する。

閾値を超えた場合にAPSを発症します。APS発症者を見ると、50%が静脈血栓症、40%が動脈血栓症(全体の15%は静脈および動脈血栓症を合併)、10—20%が流産を合併しています。また、動脈血栓症の90%は脳血管におけるものです。発症者は0.8%と稀ですが、微小血管血栓形成が短期間に多臓器に及ぶ、致死率の極めて高い劇症型APSを来す症例もあります。

### ●血小版減少はAPS分類基準に含まれる?

APS症例には、血栓症と妊娠合併症のほかにも分類基準(札幌基準のシドニー改変 2006, 表)に含まれていない(APSにそれほど特異的でない)複数の病態も多くみられます。それらには、網状皮斑(20%)、血小板減少(22%)、溶血性貧血(自己免疫性または微小血管障害性, 7%)、腎症、弁膜症、そしてさまざまな神経病態などが含まれます。

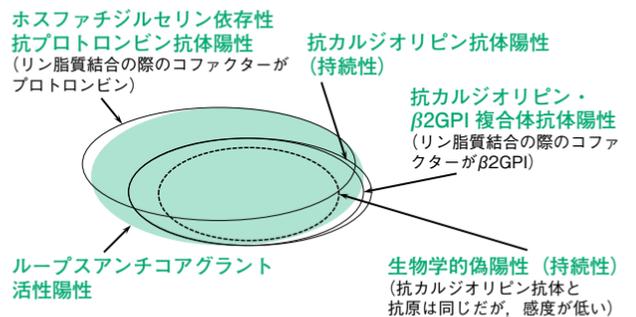
### ●APS症例の40%はSLEを合併している

APSには、他の全身性自己免疫疾患に合併する場合(続発性)とそうでない場合(原発性)があります。そして、全体の47%を占める続発性APSの80%は全身性エリテマトーデス(SLE)に合併するものです。

### ●Wassermann反応と抗カルジオリピン抗体検査は、同じ抗原に対する親和性抗体の有無をみている

生物学的偽陽性とは、梅毒の診断に用いられるWassermann反応における偽陽性のことです。同反応は牛の心臓から抽出したリン脂質(cardiolipin)に対する親和性を持つ抗体(つまり、抗リン脂質抗体)の有無を見るもので、20世紀初頭に梅毒患者の同定に用いられ始めました。その後、同反応陽性者には、梅毒患者(真陽性群)、梅毒以外の感染症を患い一過性でその後陰

性化する者(一過性偽陽性群)、梅毒の症候がないが陽性所見が持続する者(持続性偽陽性群)、がいることが判明し、特に持続性偽陽性群には女性が多く、またSLE罹患率が高く、そして高頻度で血栓症を合併するという特徴がありました。つまり持続性偽陽性群をもたらず抗体がAPSに関連する抗リン脂質抗体です。そして、リン脂質親和性抗体の検査の感度を高めるためカルジオリピンを用いたELISA法が開発されました。それが、現在われわれが利用している抗カルジオリピン抗体検査です。



●図 抗リン脂質抗体症候群患者にみられる抗体/検査所見のオーバーラップ(北大・瀧澤達也氏のデータおよび助言に基づき作成)

### ●APSに関連する抗リン脂質抗体は、直接ではなく、コファクターを介してリン脂質に結合する

カルジオリピンはヒトには存在せず、抗カルジオリピン抗体検査で検出される抗体は、ヒトではホスファチジルセリン、ホスファチジルグリセロール、ホスファチジルイノシトール、ホスファチジルエタノールアミン、ホスファチジルコリンなどに親和性を持ちます。また、APSに関連する抗リン脂質抗体(梅毒持続性偽陽性群が持つ抗体)は、真陽性群や一過性偽陽性群が持つ抗体のようにリン脂質に直接結合するのではなく、β2グリコプロテインI(β2GPI)、プロトロンビン、トロンボモジュリン、アンチトロンビンIII、アネキシンVなどのリン脂質結合性血漿蛋白(コファクター)を介してリン脂質に結合します(β2GPIとプロトロンビンが主)。よって最近では、抗カルジオリピン抗体のコファクター依存性をみる検査も開発されてきました(抗カルジオリピン・β2GPI複合体抗体検査など)。

### ●ルーブスアンチコアグラントは、SLEがないAPS患者にはみられない?

1952年に、2人のSLE患者で、in vitroのリン脂質依存性凝固反応における凝固時間の延長が報告されました。SLE患者における「抗凝固因子」が原因だと考えられ、そのような凝固時間の延長は「ルーブスアンチコアグラント(LA)」活性と名付けられました。その後、LA活性はSLE患者以外でも見られ、高頻度で妊娠合併症や血栓症を来すと報告されました。

LA活性の機序は、凝固検査において抗リン脂質抗体が、ビタミンK依存性凝固因子のリン脂質への結合と競合するためだと考えられており、LA活性を持つ抗リン脂質抗体の85%以上は、β2GPIまたはプロトロンビンをコファクターとする抗体です[後者の評価には、現在研究用試薬(ホスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体検査・IgG ELISAキット)のみ存

在しますが、後者の90%はLA活性陽性のため、LA活性検査にて同定され得ます。なお、LA活性検査の詳細ステップについては文献1をご参照ください。

### ●APS全患者で、生物学的偽陽性、抗カルジオリピン抗体陽性、LA活性陽性所見がみられる?

ここまで、APSに関連する代表的な検査として、生物学的偽陽性、抗カルジオリピン抗体、抗カルジオリピン・β2GPI複合体抗体、LA活性、ホスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体検査を見てきましたが、それぞれの陽性例はオーバーラップしています(図)。また、特にLA活性陽性所見は血栓症の相対危険度が高いのが特徴ですが、LA活性検査は抗凝固療法の影響を受けるため、血栓症を来しAPSが疑われる症例においては、治療開始前の限られた時間に検査を行う必要があります。ただ、既に治療中の患者においても、プロトロンビンをコファクターとする抗体によるLA活性については、前述したホスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体検査にて評価可能です。

一方、抗カルジオリピン抗体については、前述の一過性偽陽性群と識別するために、陽性所見の持続性の確認が必要です(分類基準では12週間以上としている)。また、血栓症の相対危険度は同抗体の力価と正の相関があり、低力価の場合は病的意義が低く、分類基準でも中等度以上の力価または健康人の99パーセントイル以上と定義されています。

### ●アスピリンには、APSの一次予防としての強いエビデンスがある?

APSによる血栓症の二次予防は、基本的に生涯にわたる抗凝固療法です。一方、抗体陽性で血栓症の既往のない場合の一次予防は、それ以外の血栓形成危険因子や冠動脈疾患危険因子の除去が主体になります。抗血小板療法は、APSの一次予防としての強いエビデンスはありません。APSによる流産に対する二次予防は抗血小板療法および抗凝固療法の併用が主です。

#### ●文献

- 1) 瀧澤達也. 血栓止血の臨床 研修医のために——抗リン脂質抗体症候群の診断. 日本血栓止血学会誌. 2008; 19(3): 329—32.

## 新シリーズ『精神科臨床エキスパート』刊行!!

## 医学書院

## 5巻ラインナップ

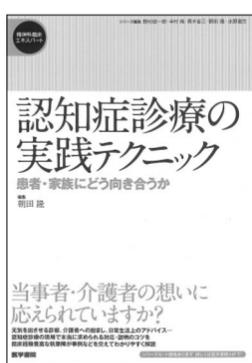
- 多様化したうつ病をどう診るか (2011年10月発行) 定価6,090円(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01423-6]
  - 認知症診療の実践テクニック (2011年10月発行) 定価6,090円(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01422-9]
  - 抗精神病薬完全マスター(仮) (2012年2月発行予定) 定価6,090円(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01487-8]
  - 明日からできる 退院支援・地域移行実践ガイド(仮) (2012年5月発行予定) 定価5,670円(本体5,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01497-7]
  - 非専門医のための 児童・青年期患者の診方と対応(仮) (2012年5月発行予定) 定価6,090円(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01495-3]
- 5巻セットでのご購入申し込み受付中!  
各巻の合計定価30,030円→セット定価 27,300円

### 認知症診療の実践テクニック

患者・家族にどう向き合うか  
編集 朝田 隆  
「受診してよかった!」と思ってもらえる認知症診療のコツを収載。  
●B5 頁196 2011年 定価6,090円(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01422-9]

### 多様化したうつ病をどう診るか

うつ病は本当に変わったのか? 混沌とした診療現場への処方箋!  
編集 野村総一郎  
●B5 頁192 2011年 定価6,090円(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01423-6]



- 本シリーズ編集
- 野村総一郎  
防衛医科大学校精神科学・教授
  - 中村 純  
産業医科大学医学部精神医学・教授
  - 青木省三  
川崎医科大学精神科学・教授
  - 朝田 隆  
筑波大学臨床医学系精神医学・教授
  - 水野雅文  
東邦大学医学部精神神経医学・教授

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

# REAL HOSPITALIST

石山貴章

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

## Vol.12 Case Closed パート3

There is extravasation of contrast from the duodenum !!

(造影剤が十二指腸から漏れてる!!)

What!?

(ええっ!?)

今回は三たびインターミッション(間奏曲), Case Closed 第3弾。このところ、自分の中での残念症例が続いたため、今回は久々、「まあクリーンヒット」「まあグッジョブ」ケースである。こういったケースを自分で取り上げるのは、若干こそばゆい。しかしこの仕事、そもそもめったに誰も褒めてくれない。時には自分で自分を褒めてあげようというのが、今回の趣旨である。なんという自分勝手な理屈。まあ、そう目くじら立てず、大目に見てもらおう。ただ、手放しでグッジョブと言えるかどうか……。

患者は83歳女性。他院からCOPDの増悪として転院してきた。病歴を取るとCOPDの既往はない。ただ、以前の心エコーで重度のMR/TR(僧帽弁および三尖弁閉鎖不全症)を指摘されている。胸部X線上心肥大を認め、またBNPの強度上昇を認めたため、CHF(うっ血性心不全)として治療を開始した。また、胸痛を訴えており、既にER医によって循環器内科がコンサルトされていた。

ストレステストにいく予定だった

が、白血球数増加と、他院でのC. difficile 毒素陽性の結果のため、まずは患者の状態を見てから、ということになった。メトロニダゾールの静注が既にスタートしていた。ただこの時点で、家族も患者も下痢は否定し発熱もなし。白血球数の増加は、C. difficile colitisよりも、前医によるステロイド投与のためと私は判断した。

私自身はC. difficile colitisは若干考え難いと思っていたのだが、週末にカパーに入った私の同僚が、悪化する白血球数増加のため経口バンコマイシンを加えていた。週の初めに私が戻ると、いまだ下痢はなしとのこと。ここで、便の色が黒っぽいとの情報が看護サイドより入ったため、便潜血を検査に出す。また、いまだ白血球数増加は継続しており、ここで私もC. difficile colitisによる白血球数の増加と判断した。

その日の夜間、患者は再び胸痛を訴える。たまたま私は自宅当直であり、看護師からのコールを受けた。オーダーした心筋逸脱酵素の検査はすべて陰性。心電図上ST変化もなし。ただ、この日の看護師さんが優秀で、心臓よりも、消化器疾患による胸痛を電話で示唆してきた。また、日中出した便潜血は陽性であった。このため、Peptic Ulcer Disease(PUD:消化性潰瘍)による上部消化管出血を疑い、ここでプロトンポンプ阻害薬の静注を開始した。

翌日の朝、白血球数はさらに増加し、

また、急性腎不全が進んできた。ところが回診してみると、患者自身はニコニコとして胸痛も否定している。相変わらず、バイタルも安定している。ただ身体所見を取ると、diffuse tenderness(びまん性の圧痛)がある。また、軽度のrebound tenderness(腹壁反跳痛)が認められる気もしたが、これははっきりしなかった。患者は全く腹痛を訴えることもなく、腹痛の有無を聞いても否定している。

ここでC. difficile colitisによるToxic Megacolon(中毒性巨大結腸症)の可能性を考え、腹部骨盤CTをオーダー。この時点で、上部消化管出血とPUDは考慮していたものの、いまだそれ以上は考えていなかった。

この日は私用があり、午後にはいったん病院を離れたのだが、後ほど放射線科医からポケベル連絡が入る。いわく、十二指腸からのextravasation(造影剤漏出)があり、またフリーエアも認めるとのこと。まずはすぐに病棟に連絡。患者はまだ放射線科にいたが、看護師によると、患者の状態は安定している。すぐに状況を伝え、患者を経口摂取禁止にするとともに、シプロフロキサシンとバンコマイシンの静注を開始、またプロトンポンプ阻害薬を持続静注に変更した。

また一方で、外科医に電話で連絡を取り、Acute peritonitis due to duodenal perforation, possibly secondary to PUD(消化性潰瘍に伴う十二指腸穿孔、およびそれによる急性腹膜炎)という診断を伝え、緊急手術を前提にしたコンサルトを依頼した。夜間の胸痛は、この十二指腸穿孔によるものと考えられた。ICUへの移送も考え、あわてて病院に戻ってみると、患者はいまだにニコニコしている。バイタルも安定していて、発熱もなし。ただ、やはりdiffuse tendernessは認められ、朝より若干悪化したように思えた。そこにコンサルトした外科医も合流。すぐにデイスカッションし、患者は手術室に送られることになった。重度のMR/TRのため、術後のICU管理を勧めておいた。

潰瘍穿孔は、自分の中で鑑別にも入っていなかった。患者も全く

腹痛を訴えておらず、もし腹部身体所見を怠り、CTをオーダーしていなかったら、見逃していただろう。その意味で、無事キャッチしたわけだし、「まずまずなクリーンヒット、グッジョブ自分」と密かに自己満足に浸っていたわけだ。が、しかし、これにも後日談がある。

いったん術後改善しかかって見えたこの患者だったが、抜管数日後、再挿管となってしまった。極度のMR(僧帽弁閉鎖不全症)に加え、重度のCardiomyopathy(心筋症)。心エコーでの測定で、EFは35%しかない状態であった。集中治療医とともに、でき得る限りのICU管理を行ったのだが、重度の心不全を改善することはできず、残念ながら一週間後に帰らぬ人となった。患者の家族とは、初期の診断段階とその後の経過とで、十分に信頼関係が出来上がっていた。最終的にホスピスケアを勧め、すべて納得の上で家族もそれを選択した。残念ではあったが、最良の選択だったと思う。

どんなに頑張ってみても、最善を尽くしたつもりでも、やはりどうにもならないことは、残念ながらある。今回のケースも、「グッジョブ自分」と思ったその後にすぐ、悔しい結果が待っていたわけで、結局「クリーンヒット」とは言えそうもない。

一回喜んだだけになおのこと、私にとっては、大変ほろ苦いケースとなってしまった。

**病院総医セミナー**  
**「病院総医として期待される医師像」**  
 日時 2012年1月14日(土) 13:00~17:00  
 会場 キャンパスプラザ京都(京都市)  
 内容 基調講演「ホスピタリスト 病棟診療のコンダクター」(石山貴章氏)、シンポジウム「日本型ホスピタリストモデルの構築に向けて」、症例検討会(京都GIMカンファレンス)  
 URL <http://www.primary-care.or.jp/medical>  
 申込先 日本プライマリ・ケア連合学会事務局 e-mail: [office@primary](mailto:office@primary)  
 参加費 1,000円  
 定員 200人(学会員優先)



11月も半ばに入ると、こちらは早くもクリスマス色。病棟の飾り付けにもサンタクロースが加わり、否が応でもクリスマスモードを醸し出すことになる。写真左はそんな病棟の飾り付けから一枚パチリ。写真右は、病院内の簡易教会にある、キリスト生誕の瞬間とクリスマスツリー。薄暗い中であって、何となく厳粛なムードにさせられる。

**12 medicina**  
 内科臨床誌メディチーナ  
 Vol.48 No.13 **“がん診療”を内科医が担う時代**  
 今月の主題  
 2人に1人はがんに罹患し、3人に1人はがんで死亡する時代である。がんの治療法が多様化し、専門性が高まっていく一方、地域のなかで、がん患者を支えていく必要が叫ばれ、内科医のかかわりが求められてきている。こうした「パラダイムシフト」のなか、内科医に何ができ何をすべきか、幅広い視点から考えてみた。

**INDEX**  
 第1章 がん診療で期待される内科医の役割  
 第2章 内科医が知りたいがんの知識  
 《がんの予防と検診》  
 《がんの診断と治療》  
 《抗がん剤と副作用対策》  
 《がん緩和ケア》  
 第3章 がん診療と地域連携  
 第4章 座談会：がん診療と内科医の役割  
 —プライマリ・ケアから抗がん剤の治療、緩和ケアまで  
 岡田唯男・高野利実・木澤義之・勝俣範之(司会)

●1部定価 2,520円(税込)  
 ▶来月の主題(Vol.49 No.1)  
 外してはならない循環器薬の使い方2012

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!

**medicina 12**  
 “がん診療”を内科医が担う時代  
<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina>

**JIM**  
 Journal of Integrated Medicine  
 Vol.21 No.12  
 痛みで困ったとき  
<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/jim>

プライマリ・ケア/総合診療のための「JIM」  
**JIM**  
 Journal of Integrated Medicine  
 Vol.21 No.12  
**特集 痛みで困ったとき**

地域のプライマリ・ケア医、家庭医が疼痛を訴える患者をみる機会が多い。痛みの原因となる疾患の治療で軽減する患者はもちろん多いが、原因疾患の治療が困難な事例も多く、また原因そのものが明確でない疼痛に対処しなければならぬこともある。今回の特集では、痛みという症状の本質を学び直す機会を提供するとともに、取り扱いの難しい疼痛を取り上げ、読者の診療に資することをねらいとしている。

**INDEX**  
 【痛みの総論】  
 痛みとはなにか  
 疼痛の解剖と生理  
 【対応に苦慮する痛みの診断と治療】  
 非定型顔面痛・顎関節痛  
 複合性局所疼痛症候群(CRPS)  
 帯状疱疹後神経痛  
 群発頭痛  
 線維筋痛症  
 口内痛・舌痛

糖尿病性神経障害  
 女性の慢性骨盤痛症候群  
 脳卒中後疼痛  
 【痛みの薬物療法の進歩】  
 鎮痛薬：最近の進歩  
 【スペシャル・アーティクル】  
 スピリチュアルペイン  
 【トピックス】  
 痛みの測定と評価

●1部定価 2,310円(税込)  
 ▶来月の特集(Vol.22 No.1) グローバル時代のジェネラリスト

# 臨床医学航海術

第71回

## 心②—最終回

田中和豊

済生会福岡総合病院臨床教育部部長

臨床医学は疾風怒濤の海。この大海原を安全に航海するためには卓越した航海術が必要となる。本連載では、この臨床医学航海術の土台となる「人間としての基礎的技能」を示すことにする。もっとも、これらの技能は、臨床医学に限らず人生という大海原の航海術なのかもしれないが……。

前回に引き続き人間としての基礎的技能の第12番目の「心」について考える。今回は心を理解する上で、心理学が大切であると述べた。今回は医師の「心」について考えたい。

### 医師の「心」

患者に心があるように医師にも「心」がある。それでは、病める患者を治療している医師のほうの心は果たして健全と言えるのだろうか？

仏教では、人間が克服すべき煩惱として「三毒」が挙げられている。三毒とは、「貪」「瞋」「癡」の3つの煩惱である。「貪」は必要以上にむさぼる心、「瞋」とは怒りの心、そして、「癡」は愚痴(無知)の心である。人の心は放っておくと、知らぬうちにこの三毒にむしばまれてしまうという。

日々診療を行っている、われわれ医師の心も知らず知らずのうちにこの三毒にむしばまれていると感じることがある。例えば、心肺停止で搬入された患者を蘇生する場面を思い浮かべてもらいたい。患者が高齢であれば、「成功しないかもしれない」とどこかで思いながらも心肺蘇生を続けることがある。そのまま心拍が再開しなければ、死亡を確認し、診療は終わるだろう。しかし、その再開しないであろうと予

想していた患者の心拍が突然再開することもある。こんなとき、われわれの脳裏にふと「心拍が戻っちゃった……」という思いがよぎる。心拍を再開させるために行っていた処置にもかかわらず、その目的と裏腹にそんなことを考えてしまうのだ。

もちろん、それには理由がある。高齢患者の場合、心拍が再開しても低酸素脳症で意識が戻ることはほとんどなく、また心肺蘇生後には集中治療室に入院となり、そこで患者の治療をしなければならず、中心静脈ラインや動脈ラインを入れ、場合によっては低体温療法を行う必要もある。これらのすべてを自分で行わなければならないのだ。「戻っちゃった」という思いを抱いてしまうのは、まさに、さらなる労力をかけなくて済む状態をむさぼる心(=貪)、さらなる労力をかけなければならないことに対する怒り(=瞋)と愚痴(=癡)の現れと言えよう。

放っておくとメタボリック症候群まっしぐらとも言えるような生活を医師が送っているのは、連載第68回の「生活力」で述べたとおりだ。同様に、医師の心も放っておくと三毒に冒されてしまい、健全には保てない。つまり、「医者の不養生(読みはフヨウジョウ。ブヨウジョウではない!)」という言葉のとおり、身も心もほろびていくのだ。この危険性を医師自らが自覚すべきであり、身と心がほろびることのないよう常に努力しなければならない。

### 新医師臨床研修制度の基本理念

医師の心がほろびてしまう危険性を察してか、新医師臨床研修制度の基本理念には下記のような記載がある。

臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門と

する分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力(態度・技能・知識)を身に付けることのできるものでなければならない。

医師の職務である「基本的な診療能力(態度・技能・知識)を身に付けること」よりも先に、「医師としての人格をかん養(註)し」と記載されていることに注目してほしい。これはつまり、医師の研修や職務がどんなに激務であっても、絶対に「心」を忘れてはならないということにほかならない。当たり前と思われることかもしれないが、日常の診療の現場ではついつい忘れがちになってしまうことなのだ。医療が発達し、とかく最先端の医療技術の習得ばかりに目を奪われがちな現代、新医師臨床研修制度の基本理念において、「基本的な診療能力」以前に、「医師としての人格をかん養し」と示す文言があることに對し、誠に頭が下がる思いをするのは筆者だけであろうか……。

\*

これまで、12の「人間としての基礎的技能」について考えてきた。これらのうち、「読解力」「記述力」「聴覚理解力」「言語発表力」「英語力」と、5つが言語能力であり、本連載では主に言語能力について多くの紙面を割ってきたことになる。しかし、「人間としての基礎的技能」は、それだけではなく、その大本となる「視覚認識力」「論理的思考能力」「芸術的感性」「気力と体力」「生活力」「IT力」、そして「心」のすべてが重要である点は強調しておきたい。

### 連載の終了に当たり

6年前の2006年1月に開始した本連載であるが、もともとは「大変革が

### 表. 人間としての基礎的技能

- ①読解力—読む ②記述力—書く
- ③視覚認識力—みる ④聴覚理解力—きく
- ⑤言語発表力—話す、プレゼンテーション力
- ⑥英語力—外国語力
- ⑦論理的思考能力—考える
- ⑧芸術的感性—感じる ⑨気力と体力
- ⑩生活力 ⑪IT力 ⑫心

起こっている『臨床医学』という大海原を、どのようにしたら安全に航海できるのかを考えよう」という目的で船出した。まず、現代医療のパラダイムシフトについて述べ、それに対応するための意識改革の必要性、そして現在の医学教育の問題点を指摘した。その後は、個人が成長するために教養という土壌が必要なことを述べ、勉強方法についても考えた。さらに、その勉強すべき対象として、12にわたる「人間としての基礎的技能」を解説した。長々と書き連ねてきたのだが、突き詰めれば、臨床医学を楽に航海する「王道」などは存在せず、安全に航海するための航海術として、12の「人間としての基礎的技能」を身につける必要があるということだろう。

このまま臨床医学という大海原を広く航海しようと思うと、大学教育、医師国家試験、臨床研修制度、診療形態、病院経営……と、ほとんど無限に続いてしまう。しかし永遠には航海することもできないので、ここでいったん連載は終了とする。そして、またの機会があれば、再び臨床医学の大海原に航海に出よう。

最後に、6年間の長期間にわたり忍耐強くこの船旅にお付き合いいただいた方々に深く感謝し、この航海を終える。

註 かん養：水が自然に染み込むように、無理をしないでゆっくりと養い育てること。

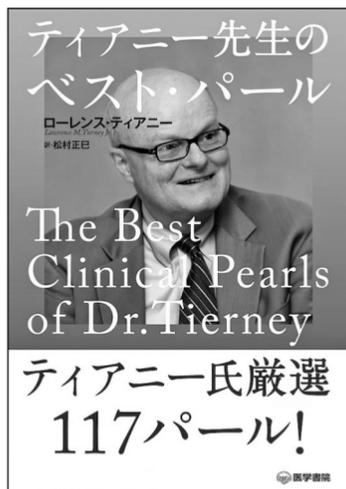


イラストレーション:高野美奈

ティアニー氏厳選、臨床医必読の117パール!

## ティアニー先生のベスト・パール

著 ローレンス・ティアニー カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科科学教授  
訳 松村正巳 金沢大学医学教育研究センター准教授・リウマチ・膠原病内科



米国の臨床現場には、指導医—研修医の間で語り継がれてきた、数多くの「臨床の知恵」がある。それらは、暗記できるくらいの短いフレーズにまとめられるとき、「パール」(clinical pearl)と呼ばれる。本書では、「パールの神様」として知られるローレンス・ティアニー氏が「ベスト・パール117」を厳選し、それぞれに解説を加えた(全ページ和英併記)。ティアニー氏、渾身の書下ろし!

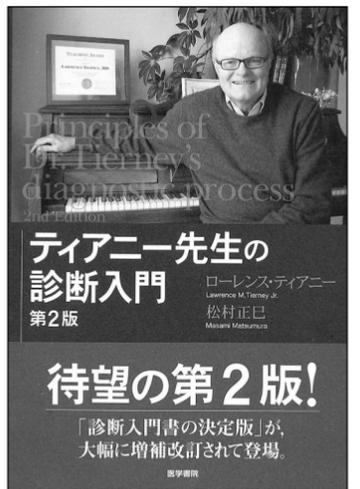
●A5 頁146 2011年  
定価2,625円(本体2,500円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01465-6]

「診断入門書」の決定版、待望の改訂! 医学書院

## ティアニー先生の診断入門 第2版

著 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」の第2版。「診断の原則と実際の進め方」をわかりやすく示すことで絶賛された初版に、大幅な加筆を加え、さらに内容を充実させた。まさに「診断入門書」の決定版であり、これを読まずして「診断」を語ることはできない。



●A5 頁208 2011年  
定価3,150円(本体3,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01440-3]

# MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

## 臨床に活かす病理診断学 消化管・肝胆膵編 第2版

福嶋 敬宜, 二村 聡 ● 編

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

このたび、医学書院から出版された『臨床に活かす病理診断学——消化管・肝胆膵編(第2版)』(編集:福嶋敬宜・二村聡)の書評を依頼されました。

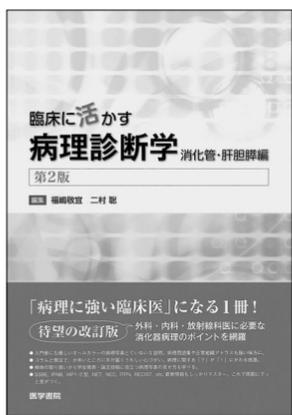
私は、雑誌『胆と膵』(医学図書出版)の編集委員長をしている関係で、委員の一人である福嶋敬宜先生とは親しい関係にあります。私が福嶋敬宜先生に異才を感じたのは、彼が雑誌『胆と膵』に繰り返し出してくる企画に対してです。

それらの企画を紹介しようと、まず、「ぼくは病理学研修生——診断ときどきリサーチ」を6回(前編、後編と二部作)掲載しました。これはいわばQ&A方式で、標本の整理、染色、診断などから研究の展開まで幅広く読者に身近に感じられる病理を紹介したものです。臨床医として大変興味深く、“なるほど”とうなずきながら読んでいただきました。

次に、インタビュー「その『道』の究め方——消化器病に挑み続ける先駆者たち」が16回掲載されました。さらに、現在も続いているインタビュー「その『世界』の描き方」があります。

これらの企画では、インタビュアーの福嶋敬宜先生の多大の努力とともに、先人たちから“旨み”を引き出す能力の高さに感心しました。インタビューを受ける先人たちが、素直に研究の苦しみ、目的に到達したときの喜び、人生観などをよどみなく話しているのを読み、遠くに感じていた先人たちがすーっと近づいてきたのを感じさせら

## 消化器病に携わる医師必携の 臨床病理のテキストブック



れました。

このような背景を基に、今回、『臨床に活かす病理診断学——消化管・肝胆膵編(第2版)』(以下、本書)を読みました。消化器病に携わる医師にとっては、最低限知らなくてはならない臨床病理のテキストブックだと感心しました。

実は、私は病理学については全くの素人ではありません。東京女子医科大学消化器病センターの外科レジデント(医療練士)の6年の間には一時期病理部門に配属され、標本整理などを行いましたし、レジデントが終了してから1年間、東京

女子医科大学第一病理学教室に助手として局し、勉強しました。本書の入門編や基礎編に書かれているようなことを実際に行ってきたわけですが、当時はガイドをするような良い参考書がなかったので、先輩や教授に、あるいは、技師たちに直接教わって、検体の固定、切り出し、染色、検鏡などをたどって行っていました。また、学生の病理実習では、検鏡でわからないところを私に尋ねてくるのですが、まだ勉強していないところも多く、たびたび、恥をかくことがありました。

本書は、学生時代のレベルの低い知識や経験、医師になってからのうろ覚えの知識に対して、入門者が勉強し、身につけやすいQ&A方式を基本的に採用しており、注釈も簡潔でわかりやすくなっています。消化器病(内・外科を問わず)と病理医とのやりとりだけでなく、カンファレンスや学会で

# COIマネジメントの在り方とは

日本医学会が主催するシンポジウム「産学連携における医学研究とCOIマネジメントの在り方」(司会=徳島大名教授・曾根三郎氏、レックスウェル法律特許事務所・平井昭光氏)が11月16日、日本医師会館(東京都文京区)にて開催された。日本医学会は、本年2月に発表した「医学研究のCOIマネジメントに関するガイドライン」にて、COI(利益相反)マネジメントの指針を表明。企業等からの外部資金に基づく産学連携研究では、不信や疑惑を招かないために適切なCOIマネジメントがますます重要となっている。本シンポジウムでは、産学連携の推進を目的にCOIマネジメント現状を5人の演者が報告した。



●シンポジウムのもよう

最初に登場したパトリック・バロン氏(東医大)は、欧米やアジアの臨床医に対し実施したCOIに関するアンケート(回答者:12カ国18人)の結果を紹介した。得られた回答からは、世界各国におけるCOIへの取り組みは統一性がなく、医療者側の知識も不十分であることが伺えたという。氏は、COIのポリシーを根付かせるために事例をWeb上で公開し、社会と医療者に受け入れられる単一の国際規約を定め、それを十分に教育する必要があると提案した。

続いて玉置俊晃氏(徳島大)が、2010年に国公私立の79大学医学部を対象に実施したCOIマネジメントの調査結果を報告した。各大学での臨床研究のCOI指針策定率は、08年調査時の33%から75%に改善したものの、専任の事務職員は約2割しかおらず、COIマネジメントを学ぶ機会も不足していると問題点を提示。今後の課題として、教育セミナーなどを通じたCOIマネジメントに関する情報の周知やCOI違反者への措置など、運用面の具体化を挙げた。

高後裕氏(旭川医大)は、日本医学会の109分科会へのアンケートを基に、各学会におけるCOIマネジメントの現状を語った。COIマネジメントを開始する学会が増え、独立した立場のCOI委員会を設置した学会や学会発表や雑誌投稿時におけるCOI開示法を規定した学会が昨年度と比べ今年度は増加していることから、COIマネジメントは学会に着実に浸透してきているとした。

日本製薬工業協会が本年策定した、「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」については、同協会の花輪正明氏が解説した。各製薬会社は、同ガイドラインに基づき資金提供等について公開を行う。主な公開対象は、①研究開発費、②大学や学会への寄附金などの学術研究助成費、③原稿執筆料等、④新薬説明会などの情報提供関連費であり、2012年度分(公開は2013年度)からの公表を予定しているという。

浅井文和氏(朝日新聞社)は、メディアの立場から産学連携における国民の理解を考察した。これまでのCOIに関する報道は、厚労省研究班メンバーへの寄附金問題などの「問題告発型」とガイドライン策定時の「制度報告型」に偏っていたため、産学連携の医療への貢献が国民に知られていないと現状を指摘。COIマネジメントは、産学連携の実態を知ってもらう上で必要なステップとの見解を示した。

の発表、討論のベースをつくる知識を得ることができます。また、ちょっとわからない病理用語などについては辞書代わりにこのテキストを見ればよく理解できます。

また、「ここがホット」や「耳より」は、ちょっと読んでおくと少し偉くなったような感じを与えてくれます。念のため、「臨床と病理の架け橋」については、一読されることをお勧めします。

本書は、病理学的事項をやさしく記載した入門書であるとともに、著者たちが実際に学会や委員会などに臨むと

きに、“ちょこっと”走り読みして、部外者にもわかりやすく説明できるように考えて企画したのではないかと考えてしまいました。それほど使い勝手がいいテキストだと感じています。

**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

## 精神医学関連新刊

### 精神腫瘍学

編集 内富庸介・小川朝生

緩和ケアはかつては終末期のイメージがあったが、これからは、がんの診断、治療、リハビリテーション、再発・進行、積極的抗がん治療の中止など全臨床経過において、精神科医の関与が求められるだろう。サイコオンコロジーについて知りたい医療者必携の書。

●B5 頁436 2011年 定価8,400円(本体8,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01379-6]



### 専門医をめざす人の精神医学 第3版

編集 山内俊雄・小島卓也・倉知正佳・鹿島晴雄  
編集協力 加藤 敏・朝田 隆・染矢俊幸・平安良雄

本書は、精神科専門医制度研修医が学ぶ際の指針。研修すべき内容の学問的裏付けや、さらに勉強を深めたい人にとってのスタンダードテキストブック。

●B5 頁848 2011年 定価18,900円(本体18,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00867-3]



### ロンドン大学精神医学研究所に学ぶ 精神科臨床試験の実践

監訳 樋口輝彦・山田光彦  
訳 中川敦夫・米本直裕

精神科臨床試験の計画・運営実施、統計解析、論文執筆にまで至る実務的なポイントを多彩な実例を用いて平易に解説。臨床試験登録やCONSORT声明、利益相反などの話題にも触れた。

●B5 頁224 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01236-2]



### サイコーシス・リスク シンドローム

精神病の早期診断実践ハンドブック

著 McGlashan TH, Walsh BC, Woods SW  
監訳 水野雅文 訳 小林啓之

精神病の前駆状態・リスク状態を表す診断概念、サイコーシス・リスクシンドローム。基本的な概念から実際の診察方法までを網羅的に解説。DSM-5のドラフトにも盛り込まれ、今後注目が高まること必至の最新の概念が明らかに。

●A5 頁328 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01361-1]



### 双極性障害

病態の理解から治療戦略まで 第2版

加藤忠史

近年大きな注目を集める双極性障害(躁うつ病)の決定版入門書、待望の改訂版。概念、症状、診断、治療薬の薬理、生物学的研究まで網羅し、この1冊で双極性障害の全体像がつかめる、ミニエンサイクロペディア的な内容構成。

●A5 頁352 2011年 定価4,935円(本体4,700円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01329-1]



### 認知行動療法トレーニングブック

短時間の外来診療編 [DVD付]

訳 大野 裕

本場の技法を「読んで」「見て」身に付けられる、好評シリーズ第3弾。今回は主に外来での活用を想定し、「いかに短時間で効率的に認知行動療法を行うか」に焦点をあてた。シリーズ最長、圧巻の19シーン、186分間の日本語字幕DVD付き。

●A5 頁416 2011年 定価12,600円(本体12,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01233-1]



### 精神科退院支援ハンドブック

ガイドラインと実践的アプローチ

編集 井上新平・安西信雄・池淵恵美

厚労省研究委託費による班研究の成果を受けて作成された、本邦初の退院支援ガイドラインを第1部に掲載。第2部「ガイドラインに基づく退院支援の実践」では、ガイドラインで示された原則を踏まえ、実践的な取り組みのノウハウを詳細に解説。

●B5 頁284 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01234-8]



### かかりつけ医のための 精神症状対応ハンドブック

本田 明

一般外来や在宅医療に従事する医療関係者が遭遇しうる高齢者の精神疾患、または慢性の精神疾患患者に対する治療や対応方法についてまとめたもの。かかりつけ医にも精神疾患への対応が求められる現在、ぜひ手元に置いておきたい1冊。

●A5 頁248 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01228-7]

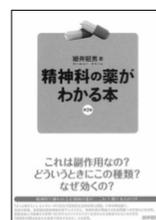


### 精神科の薬がわかる本 第2版

姫井昭男

精神科で使われる全領域の薬が、これ1冊で丸わかり! 3年の時を経て、注目の新薬、新アルゴリズム、精神科薬が関連する社会問題への方策などを加筆。

●A5 頁216 2011年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01385-7]



## 医学書院

# MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

## 病院内／免疫不全関連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328  
定価5,250円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01244-7

評者 柳 秀高  
東海大講師・総合内科学

この本では、病棟やICUで感染症診療を行うとき、また相談を受けたときに必要とされる知識の多くがわかりやすく解説されている。サンフォードマニュアルのような網羅的なマニュアル本ではなく考え方の筋道が書いてある。

総論では病院内での感染症診療の一般原則や免疫不全総論などがよくまとめられている。感染臓器と患者の免疫状態、基礎疾患などから起因菌を推定し、empiric therapy に用いる抗菌薬を決める。培養が返ってきたら最適な抗菌薬を決めて definitive therapy を行う。抗菌薬の投与期間の決定については各論で提示されるケースでは議論されないが、各項目の概説のなかで語られることが多いように感じた。

人工呼吸器関連肺炎やカテーテル関連血流感染・尿路感染などの項目では、米国感染症学会などのガイドラインを用いてケースのマネジメントを説明している。あるいはケースを使って、ガイドラインを解説している。ケースの説明のみならず、疾患・ガイドラインの概説も行っているので全体像をつかむのによい。いずれのケースも基本的に感染臓器、起因菌の推定から empiric therapy を考え、培養結果などを用いて特異的治療を決定するという実践的な流れからふれずに議論されており、日々の病棟での感染症診療や感染症コンサルタント業務に必要な知識を

築くのに有用であると思われる。

耐性グラム陰性菌を考慮せざるを得ない、病院内感染症での empiric therapy の選択において、βラクタムに二番手の薬剤として、アミノグリコシドかフルオロキノロンのいずれかを加えるという考えがある。通常βラクタムの選択においては、施設ごとのローカルファクターが強調されるが、一番手の薬剤が無効な株のなかで二番手のどの薬剤に感受性があるか、という側面からもローカルファクターを知っておくべきである。この点は意外と現場では重要なのでもう少しつっこんだ記

### 日々の診療に必要な知識を築くのに有用な一冊



待望の第二弾!

すべての医療者のために書かれた「新しい日本のスタンダード」

載があってもよかったかもしれない。

免疫不全患者での肺感染症を扱った章で、サイトメガロウイルス肺炎の診断方法について、Shell-Vial 法と PCR を併用して診断、マネジメントの根拠とする表がある。自分は今までこれらの検査結果を「総合的に考えて」判断してきたので、参考になった。

私の恩師の一人である Kevin High という感染症科医は、感染症のマネジメントがうまくいったとき、“Nothing magical” とよく言っていた。基本通りに一つ一つ手を打てば、よくなるケースはよくなるものだ、というくらいの意味に私は受け取っていた。基本を学ぶためのツールとして、感染症に興味のある若手医師、スタッフ医師にこの本を勧め、自分も再読、吟味したいと思っている。

## レジデントのための血液透析患者マネジメント

門川 俊明 ● 著

A5・頁200  
定価2,940円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01387-1

評者 深川 雅史  
東海大教授・腎・内分泌代謝内科学

現在わが国で透析医療を受けている患者は約30万人に達し、新規に導入される患者の高齢化が進んでいる。また、糖尿病を原疾患とする率が高くなってきており、これらのことはほとんどの患者が多臓器の障害を持っていることを意味する。さらに、一昔前には考えられなかったような大手術を透析患者が受ける機会も増えてきており、腎臓内科や透析療法を専門としない医師が主治医になることも多い。彼らは、それぞれの領域の病気の専門家ではあるが、透析をしている患者の特性を理解して、適切に対応しているだろうか？ 実際には、透析室に自ら赴いて、透析担当医と相談することも少ないのかもしれない。

### 理論と経験に裏打ちされた透析医療を学ぶために最適の入門書

一方、透析は技術的な側面が大きい医療であり、その中にはきちんとした理論に基づくものだけでなく、経験に基づくものが混在しており、施設による差も大きいのが現状である。さらに、技術の世界は日進月歩であるため、常に注意していないと、その施設のローカルルールが、最新の医療から著しく遅れていることに気付かない場合もある。それでは、透析を担当する医師が、

すべてをきちんと理解して指示を出しているのだろうか？ 大学病院のような施設を除いては、通常の指示は臨床工学技士や看護師に任せてしまっていることも多いのではないだろうか。

担当医やスタッフに対して指示を出すにしても、手術直後や患者の状態が変化した際に除水などの透析条件をどう設定するか、抗菌薬などの薬剤の投与量をどう調節するか、合併症に対してどう対処すべきかなど、理論に裏打ちされた経験が必要である。透析医療のマニュアルは既に複数出ているが、その多くはコメディカル向けに書かれている。本書は、医学教育に熱心に取り組んでいる著者によって作成されたレジデント向けの小冊子を基にしており、それを理論的に学ぶためのコンパクトな入門書として、若い医師にとって最適と思われる。

なお、透析療法そのものだけでなく、さまざまな異常を持つ透析患者のマネジメントは、内科医にとって応用問題である。そういう意味で、心血管系を中心とする身体所見の取り方と解釈についてもさらに触れてもらえると、より有用なマニュアルになると期待される。

## がんのリハビリテーションマニュアル

### 周術期から緩和ケアまで

辻 哲也 ● 編

B5・頁368  
定価4,830円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01129-7

評者 水間 正澄  
昭和大学教授・リハビリテーション医学

がんのリハビリテーションは、従来からリハビリテーション医学の一つの領域として、リハビリテーション科専門医の所属している施設では地道な活動がなされていたが、必ずしも欧米でみられるような専門の診療部門として運営されていたわけではなかった。特に、がん治療を専門とする病院においてはリハビリテーション科専門医が専従として勤務することも少なく、積極的なリハビリテーションアプローチが展開されていたとは言い難い。

### 臨床現場ですぐに役立つ実践的な入門書



本書を編集された辻哲也氏は、2002年に開院した高度がん専門医療機関である静岡県立静岡がんセンターにおいて、わが国におけるがんリハビリテーション専門の診療部門とし

ての先駆的な取り組みを開始された。その後、2006年には「がん対策基本法」が施行され、がんの予防、早期発見、研究推進とともに医療の質として患者のQOLの維持向上も求められ、リハビリテーションの役割も重視されるようになった。

さらに、2010年度診療報酬改定では「がん患者リハビリテーション料」が新設され、その施設要件の一つとして多職種チームによる研修会受講も必須のものとなった。これを機にがん拠点病院のみならず一般病院においてもがんのリハビリテーションの必要性が認識され、多くの施設

が研修会を受講し施設認可を受け本格的な取り組みを始めたところである。このような経緯の中、本書ががんの

## ●レジデント号モニター募集!

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

■対象 医学生・レジデント

■特典 『週刊医学界新聞』レジデント号(年12回発行)の無料送付

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

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

## 世界的ベストセラー、細部まで入念に作り込まれ全面改訂 “病気と遺伝子”はここまで解明された!

# ヒトの分子遺伝学 第4版

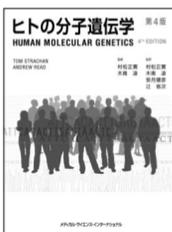
Human Molecular Genetics 4th Edition

▶ “ヒト”に焦点を当てた分子遺伝学のNo.1テキスト、6年ぶりの全面改訂。初版から引き継がれる「教科書と論文の間をつなぐ架け橋」の位置づけは守りながらも、内容について徹底的な再編集を施し、図もこだわり抜かれた精巧なものへと完全リニューアル。一読すれば動きの速いこの分野の興奮が伝わり、その新しさの確信は他書の追従をゆるさない。関連解析、多型、感受性遺伝子、次世代シーケンサー、RNA、エピゲノムといったトピックをきっちり解説。入門者にも専門家にも必読の一冊。

日本語版監修  
村松正實・木南 凌

監訳  
村松正實・木南 凌・笹月健彦・辻 哲次

定価12,600円(本体12,000円+税5%) A4変 頁904  
図549 4色 2011年 ISBN 978-4-89592-691-1



ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を一緩和ケア領域の好著、待望の改訂版!

## 緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第2版

緩和ケアに必須の薬剤・諸症状のマネジメントについて、著者の経験・知識に基づいた貴重なノウハウと情報が満載の1冊。今改訂では、最新情報へのアップデートはもちろんのこと、解説薬剤も増加し一段と内容が充実。また、コンパクトサイズながら、より見やすく使いやすい紙面に、緩和ケアに携わる医師・看護師・薬剤師必携のベストセラー一書、待望の改訂版完成。

恒藤 暁  
大阪大学大学院教授・医学系研究科緩和医療学  
岡本 禎晃  
市立芦屋病院・薬剤科長  
大阪大学大学院非常勤講師・薬学研究科



# クリニカル・リーズニング・ラーニング

## Learning Clinical Reasoning, 2nd Edition

J. P. Kassirer, J. B. Wong, R. I. Kopelman ● 著  
岩田 健太郎 ● 訳

A5変・頁442  
定価4,830円(税5%込) MEDSI  
http://www.medsi.co.jp

評者 松村 理司  
洛和会音羽病院院長

日本の臨床や教育・研修に欠けるものが少なくとも4つはある。「診断推論や臨床推論の徹底した訓練」「治療のEBM(バランスのとれた治療)」

「チーム医療下での屋根瓦方式教育指導体制」「総合医マインド」である。新医師臨床研修制度が始まって8年近くが経過し、眼目の1つであった初期研修での幅広い臨床能力の獲得はかなり実現されたと報告される。しかし、上記の4つの視点から辛口に眺めると、その達成は、なお道遠しの感を禁じ得ない。臨床推論(クリニカル・リーズニング)の修得(ラーニング)は、

日々の診療現場の具体的な症例を使って、幾人か以上の仲間とやるに限る。そして、その中心には優秀な診断医が欲しい。その優秀さが断トツな指導医として、私にとっては恩師のG. C. ウィリス先生や兄貴分のローレンス・ティアニー先生が挙げられるが、彼らとの合計25年間に及ぶ臨床的接触は、思い返しても身震いするくらいに心地よかった。その中核にクリニカル・リーズニング・ラーニングが光っている。しかし、自らの臨床現場でそんな快楽を味わえない者も多数いる。どうすればよいか。

その回答の1つが、本書の味読だと断言できる。私は医学書の書評を頼まれる機会が割合多いが、ふつうは散読、通読までであり、本書ほど熟読したことは少ない。原著の第1版は1991年に出版されており、好評につき、同様の内容がThe New England Journal of Medicineの有名なClinical Problem-Solvingに引き継がれている。本書は、

リハビリテーションの実践的な入門書として出版されたことは大変意義深い。

本書は辻氏をはじめとする執筆陣の豊富な臨床経験を基に書き上げられ、「周術期から緩和ケアまで」との副題が示す通り、がん患者診療におけるさまざまな場面でのリハビリテーションの必要性とかかわり方を取り上げている。その内容は、がん医療全般に始まり、がんそのものにより引き起こされる障害、手術・化学療法・放射線治療などの治療過程に起こり得るさまざまな障害と生活機能の低下への対応、さらには精神心理面へのサポートと多岐にわたる。

2010年出版の第2版の日本語訳である。

構成は、第1部の総論と第2部の症例検討から成る。第1部の11章の章立てと第2部の章立てとは、それぞれ対応している。第1部のあちこちで難解な内容に遭遇するが、第2部を読んだ後の再読では若干なりとも理解が進むように工夫されている。第2部の69症例のほとんどで、実際の症例の断片的情報ごとに一人の卓越した臨床医が見解を披露し、最後に著者(たち)の分析が示される。診断や治療に関する主治医と論者の主張は、一致したり、まったく対立したりして、真に迫る。

また共に間違っていることもあり、現実を映す。原著自体の生きた魅力である。

では、本書の際立った魅力とは何か。単独訳であることに尽きる。しかも、とてもこなれた日本語で、医学論文の硬さが極端に少ない。昨今は西洋の古典文学の分野でもわかりやすい日本語新訳が登場し続けているが、この岩田訳は、その潮流にあるように感じられる。先生自身の大小の声も、訳者コメントとしてあちこちに掲げられ、誠にほほえましい。

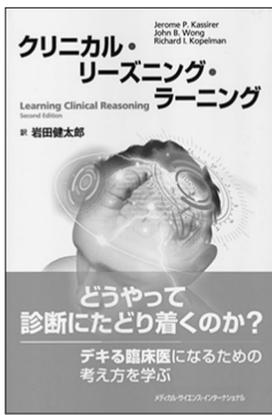
臨床にあいまいさは付き物である。それにどう対峙するかが、臨床推論の妙味である。完全な理論はまだないが、原著はそれに迫る。図や表や画像はほとんどなく、文字ばかりで歯ごたえは抜群だが、現代の名訳にて理解できた際の知的満足は何物にも代えがたい。4,830円は安い。

本書の熟読を、医学生・研修医・指導医のあらゆる層に勧めたい。

がんにより引き起こされる障害も、運動障害、切断、摂食・嚥下障害、浮腫、呼吸障害、骨折、疼痛、さらにはこころのケアまで多種多様であるが、項目ごとにポイントがまとめられ、豊富な写真や図表を用いて包括的なリハビリテーションアプローチの実際がわかりやすく示されている。臨床現場ですぐに役に立つ実践書であるが、がんのリハビリテーション研修会等の受講に際しての学習にも活用されることをお勧めしたい。

本書を通じてより多くの医療人ががんのリハビリテーションの役割と必要性を理解され、がん医療全体の質の向上につながることを期待している。

### 原著の生きた魅力を名訳で味わう



### JIM・medicina セミナー

## 「ティアニー先生の診断道場」開催

「JIM・medicina セミナー」が11月6日、医学書院(東京都文京区)にて開催された。今回は、「診断の達人」として知られるローレンス・ティアニー氏(カリフォルニア大サンフランシスコ校内科学教授)を招き、「ティアニー先生の診断道場」として開催され、全国から約100人の医学生・研修医が参加した。



●ローレンス・ティアニー氏

当日のプログラムは、症例検討と講演「ティアニー先生のベスト・パール」。ティアニー氏は、「臨床医学において決定的に大切なことは、症例からしか学べない」という基本的な考えを持っており、優れたケース・ディスカッサント(症例討論者)として名を馳せる。本セミナーは、ティアニー氏の診断のプロセスにじかに接することができる貴重な機会となった。

参加者からは「ティアニー先生の明快な思考過程や裏付けのある知識に圧倒された」「鑑別診断の除外のタイミングについて、非常に勉強になった」などの感想が聞かれ、診断学を学ぶ上で大いに刺激を得たもよう。セミナー終了後に持たれた懇親会では、ティアニー氏のもとに参加者が殺到し、急遽サイン会状態となる盛況ぶりだった。

なお、本セミナー後半の講演において、ティアニー氏が紹介した「季節ごとの2のパール(Clinical Pearl)」は、『ティアニー先生のベスト・パール・カレンダー2012』(非売品)から引用されたもの。現在、『JIM』および『medicina』では同カレンダーのプレゼントキャンペーンを行っている。

### 「ティアニー先生のベスト・パール・カレンダー2012」プレゼントキャンペーン

医学書院発行の総合診療誌『JIM』および内科臨床誌『medicina』の年間購読特典として、「ティアニー先生のベスト・パール・カレンダー2012」をプレゼントします。ティアニー氏厳選のオリジナル・パール・カレンダー。ぜひこの機会にお手元にてご覧ください。



◆総合診療誌『JIM』&内科臨床誌『medicina』年間購読特典

- ◇対象：2012年1月号を含む年間購読者(新規・継続)
  - ◇特典内容：「ティアニー先生のベスト・パール・カレンダー2012」をプレゼントします。
  - ◇発送方法：2012年1月号と同梱されます。
  - ◇申込方法：医学書院各特約店、弊社販売部などでお申し込みください。
- \*継続購読者は、所定の継続手続きを行っていただければ、自動的に郵送されます。

## 映画『50/50』鑑賞券を読者プレゼント

癌を克服した脚本家の実体験をもとに、余命を宣告された若者の日常を描いた映画『50/50 フィフティ・フィフティ』の鑑賞券を、抽選で20名の方に差し上げます。ご希望の方は、件名を「50/50映画鑑賞券希望」として、本文にお名前・ご所属・チケット送付先住所を記載の上、下記アドレス宛にメールをお送りください(2011年12月12日締切)。なお、当選発表はプレゼントの発送をもって代えさせていただきます。



『50/50 フィフティ・フィフティ』(12月1日全国ロードショー、配給：アスミック・エース)(c) 2011 IWC Productions, LLC

「週刊医学界新聞」編集室  
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp

### がんと“共存”するために必要不可欠なリハビリテーション入門書

## がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで

“がん(悪性腫瘍)のリハビリテーション”にはがん医療全般の知識が必要とされると同時に、運動麻痺、摂食・嚥下障害、浮腫、呼吸障害、骨折、切断、精神心理などの障害に対する専門性も要求される。本書は、がん医療やリハビリテーションに関する豊富な臨床経験をもつ執筆陣が、その概要から実際のアプローチ方法に至るまでわかりやすく解説。すぐに臨床応用できる“がんのリハビリテーション”の実践書。

編集 辻 哲也  
慶應義塾大学医学部腫瘍センター  
リハビリテーション部門 部門長



### 指導医 オーベンが読み続ける

- 研修医1年目  
本の大きさ、字の大きさもちょうど良いと思います。
- 研修医1年目  
色々なことが載っていてとても勉強になります。初期研修版も買おうかと思っています。
- 医学部5年生  
カバーの配色のビビッドさにびっくりしましたが、カバーを外すと洒落で、病棟でも違和感なく、良かったです。

### 読者からの声

- 勤務医(一般内科)  
まさに実践的な教材、買う価値の高い本です。
- 勤務医(内科・リウマチ科)  
定期的にワシントンマニュアルを是非今後とも出版して下さい。
- 勤務医  
久しぶりに改訂版を買いました。

### 研修医 レジデントに読み継がれる

### これぞ“マニュアル”

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



## ワシントンマニュアル 第12版

The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 33rd Edition

監訳：高久史磨 自治医科大学学長  
和田 攻 産業医科大学学長

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

絶賛発売中

診断から治療・投薬まで、幅広い診療科目をカバーした国内最大級リファレンス。

最新の研究成果に基づく最も効果的な治療法の情報を簡単に検索できます。

# 今日の診療 プレミアム Vol.21

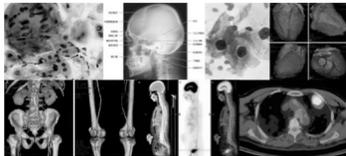
DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2011年  
価格76,650円(本体73,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01355-0]  
消費税変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

### 1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

解説項目は約88,200件、文中リンクは約72,000件、図表・写真は約12,200点を収録。お手持のパソコンで合計約17,500ページ以上の情報に手軽にアクセスできます。



### 2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

「今日の診療」に入力した検索語を使って、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」を検索できます。医学書院から発行されている全雑誌を対象に検索を行うことができます。\*

### 3 ハードディスクにデータを格納して使用できます

インストール時にハードディスクにデータを格納しておけば、次回以降、DVDを用意する手間が省けます。(※初回起動時のみインターネット接続環境が必要です)



### 4 収録書籍4冊が更新されました

書籍の改訂にとまない「今日の治療指針 2011年版」「今日の整形外科治療指針 第6版」「臨床検査データブック 2011-2012」「治療薬マニュアル 2011」の4冊を更新しました。

### 5 高機能リファレンスツールとして使いやすさを継承

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、操作状態の保存など細かな使い勝手の向上や、高速全文検索といった、臨床の場で求められる「素早さ」を追求しました。



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.21」もご用意しております  
**今日の診療 ベーシック Vol.21**  
DVD-ROM for Windows  
DVD-ROM版 2011年  
価格54,600円(本体52,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01357-4]

### 収録内容詳細(★: Vol.21において改訂)

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2011年版★  
下記の付録を除く全頁を収録(臨床検査データ一覧/新薬、医薬品等安全性情報)
- ② 今日の治療指針 2010年版  
口絵・付録を除く全頁を収録
- ③ 今日の診断指針 第6版  
付録を除く全頁を収録
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版★  
付録を含む全頁を収録
- ⑤ 今日の小児治療指針 第14版  
付録を含む全頁を収録
- ⑥ 救急マニュアル 第3版  
全頁を収録
- ⑦ 臨床検査データブック★  
2011-2012  
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2011★  
付録の一部を除く全頁を収録

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 新臨床内科学 第9版  
付録を含む全頁を収録
- ⑩ 内科診断学 第2版  
序・付録を除く全頁を収録
- ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第3版  
付録を含む全頁を収録
- ⑫ 臨床中毒学  
付録を含む全頁を収録
- ⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版  
付録を含む全頁を収録

圧倒的情報量で“考える検査”を強力サポート

## 臨床検査データブック

LAB DATA 2011-2012



### 本書の特徴

- 保険点数情報を新たに収録! 付録で包括点数もわかる!
- 新見出し「関連する検査」で他検査との関連性がわかる!
- 新規保険収載項目など最新情報を掲載!
- 検査項目ごとに詳解! 異常値のメカニズム!
- 主要検査項目を★(1~3個)でランク付け!
- 現場で役立つ「基本検査テクニック」
- 臓器系統別の適切な検査計画モデル!
- 判読・採取保存・薬剤影響などの注意事項!
- 一目でわかるパニック値と原因病態名の一覧表掲載!
- 主要疾患の検査データ! 異常値・経過観察の検査など!
- 「医薬品添付文書情報 臨床検査値への影響」を収録!

監修 高久史磨  
編集 黒川 清・春日雅人・北村 聖  
●B6 頁1074 2011年 定価5,040円  
(本体4,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01175-4]

### 脳とソシアル

空気が読めないのは脳のせい?

## ノンバーバル コミュニケーションと脳

自己と他者をつなぐもの

編集 岩田 誠・河村 満



●A5 頁240 2010年  
定価3,780円(本体3,600円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00996-6]

シリーズ「脳とソシアル」既刊

### 社会活動と脳 一行動の原点を探る

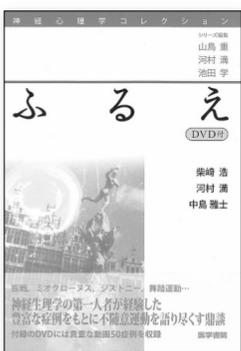
編集 岩田 誠・河村 満  
●A5 頁220 2008年 定価3,570円  
(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-00693-4]

### 発達と脳 コミュニケーション・スキルの獲得過程

編集 岩田 誠・河村 満  
●A5 頁272 2010年 定価3,780円  
(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-00936-2]

## 神経心理学 コレクション

シリーズ編集 山鳥 重・河村 満・池田 学



## ふるえ

DVD付 最新刊

柴崎 浩 京都大学名誉教授  
河村 満 昭和大学教授・神経内科/附属東病院病院長  
中島 雅士 昭和大学准教授・神経内科

振戦、ミオクローヌス、ジストニー、舞踏運動…。不随意運動の典型例から希少例に至るまで、神経生理学の第一人者が長年にわたって経験してきた豊富な症例をもとに、臨床医とともに語り尽くす鼎談。症候学や生理学的知見を駆使し、コモンな症候ながら診断に悩まされるであろう不随意運動を様々な角度からとらえ直す。付録のDVDには複雑な不随意運動の病態が一目でわかる50症例の動画を収録。

●A5 頁152 2011年 定価5,460円(本体5,200円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01065-8]

## アクション

丹治 順 東北大学脳科学センター・センター長  
山鳥 重 前 神戸学院大学教授  
河村 満 昭和大学教授 神経内科

●A5 頁184 2011年 定価3,570円  
(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01034-4]

## 心はどこまで脳なのだろうか

兼本浩祐  
●A5 頁212 2011年 定価3,570円  
(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01330-7]

## 精神医学再考

神経心理学の立場から

大東祥孝 京都大学名誉教授・周行会湖南病院精神科顧問

●A5 頁208 2011年 定価3,570円  
(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01404-5]

## 病理から見た神経心理学

石原健司・塩田純一  
●A5 頁248 2011年 定価3,990円  
(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01324-6]

### >> シリーズ LINE UP >>

#### 脳を縮く 歴史でみる認知神経科学

訳=河村 満  
●A5 頁432 2010年 定価5,040円(本体4,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01146-4]

#### 視覚性認知の神経心理学 鈴木匠子

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

#### レビー小体型認知症の臨床 小阪憲司・池田 学

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

#### 失われた空間 石合純夫

●A5 頁256 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00947-8]

#### 認知症の「みかた」 三村 将・山鳥 重・河村 満

●A5 頁144 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00915-7]

#### 街を歩く神経心理学 高橋伸佳

●A5 頁200 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00644-6]

#### ピック病 二人のアウトグスト 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 目黒謙一 [CDR判定用ワークシート解説]

●A5 頁184 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-11895-8]

### Homo faber 道具を使うサル 入来篤史

●A5 頁236 2004年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-11893-4]

### 失語の症候学 [ハイブリッドCD-ROM付] 相馬芳明・田邊敬貴

●A5 頁116 2003年 定価4,515円(本体4,300円+税5%)  
[ISBN978-4-260-11888-0]

### 彦坂興秀の課外授業 眼と精神 彦坂興秀 (生徒1)山鳥 重 (生徒2)河村 満

●A5 頁288 2003年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-11878-1]

### 高次機能のブレインイメージング 川島隆太

●A5 頁240 2002年 定価5,460円(本体5,200円+税5%)  
[ISBN978-4-260-11876-7]

### 記憶の神経心理学 山鳥 重

●A5 頁224 2002年 定価2,730円(本体2,600円+税5%)  
[ISBN978-4-260-11872-9]

### チャールズ・ベル 表情を解剖する

原著=Charles Bell 訳=岡本 保  
●A5 頁304 2001年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-11862-0]

### タッチ 岩村吉晃

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

### 痴呆の症候学 田邊敬貴 [ハイブリッドCD-ROM付]

●A5 頁116 2000年 定価4,515円(本体4,300円+税5%)  
[ISBN978-4-260-11848-4]

### 神経心理学の挑戦 山鳥 重・河村 満

●A5 頁200 2000年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-11847-7]



医学書院

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