

2016年8月22日

第3187号

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

New Medical World Weekly

# 週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

## 今週号の主な内容

- [座談会] 知識をアップデートして外来へGO! (松村真司, 中西重清, 矢吹拓) ..... 1-3面
- [連載] 4つのカテゴリーで考えるがん感染症 ..... 4面
- [連載] ジェネシャリスト宣言 ..... 5面
- MEDICAL LIBRARY/第14回日本臨床腫瘍学会 ..... 6-7面

### スイングしなけりゃ始まらない

座談会

# 知識をアップデートして 外来へGO!



近年、外来診療の重要性が再認識されている。とりわけ、診療所や病院の外来では、多くの軽症疾患に適切に対応するとともに、一見取るに足らないように見える訴えの背後に潜む重篤な疾患を見逃さないことが求められる。多様な患者と短時間で関係を確立し、必要十分な情報を統合していくには、身体所見や問診といったスキルだけでなく、日々変化していく医療の常識に遅れないよう、知識をアップデートしていくことも必要だ。

本紙では、診療所や病院で外来を担当しながら熱心に勉強を続ける三氏に生涯学習を続ける秘訣を聞いた。

**松村** 今回は外来診療に必要な能力の中でも、特に「知識」に焦点を当てて話をしたいと思います。

私は、松村医院で診療を始めて15年目になります。卒業しばらくの間は、自分の実力がぐんぐん上がっていくのが実感できますが、経験年数が長くなるにつれ、だんだんとプラトーに達し、停滞気味になってきます。特に開業医は一人で診療をしていることが多いので、ガラパゴス化した独自の診療になっているかもしれないという不安も生まれてきます。でも、勉強しないと頭ではわかっているけど、1日診療すると疲れますし、土日は休みたくなります。誘惑に負けてゲームを始めちゃったり(笑)。

そこで、どうすれば知識をアップデートし続けられるのか、勉強の仕方やモチベーションの保ち方を教えてただこうと思って、私が勉強熱心だと尊敬する2人の先生においでいただきました。ぜひ、その秘訣を伝授してください。

## 人を巻き込んで勉強する

**中西** 今日は、全国の開業医の代表のつもりで参加しました。勤務医を15年、開業医を25年経験していますが、今でも外来診療は難しいと思っています。特に最近は高齢化がますます進んでさまざまな疾患を抱える患者さんが増えていますし、エビデンスやガイドラインなどの知識も日々アップデートしないとイケません。

その一方で、もう66歳ですから、強烈に「勉強したい!」という時期はどうしても過ぎてしまっています。

**松村** 49歳の私でも、もうその時期は過ぎてますよ(笑)。この中で一番若い矢吹先生はいかがですか。

**矢吹** 大先輩のお二人と比べるとおこがましいですが、私はまだ勉強したい時期にいるのかもしれません(笑)。

でも確かに、医学生や研修医のころは「できない」ことがあまりにも多いので勉強せざるを得ませんでした。

卒業後10年以上経つと診療がある程度は「できてしまう」んですね。ただ、医療は日進月歩ですから実は我流になっていることも多く、何らかの方法で知識をアップデートする必要性を感じています。

**松村** 勉強しようと思っても、研修医のときのように指導医がいるわけではないので、自分で目標を決めないといけないですからね。どうすればいいかわからない、という人もいそうです。

**矢吹** 臨床に出てからも学び続けるためには、環境作りが重要だと思います。

私は一緒に勉強する仲間をつくることを意識しています。国立病院機構東京医療センター総合内科で後期研修医をしていたとき、外来診療で診た患者さん一例一例を指導医と一緒に振り返ってくれました。初診だけではなく、再診もです。フィードバックの機会があることが勉強へのモチベーションにつながっていたように思います。

その経験を踏まえ、当院では、できる限り多くの若手を集めて、実際に診

た外来症例の検討会をするようにしました。「自分だったらどうするか」を考えることで、他の人が診た症例について追体験ができます。他の人の考え方を知ることができ、自分が見えていなかった点にも気付けるので、お互いに勉強になります。

**中西** 勉強したことは忘れてしまうもの。でも、目の前の患者さんに生かした知識は忘れません。その点が鍵だと思います。

私は今年4月から、「21世紀適々齋塾」と「合水塾」という勉強会を主宰しています。そこでは誰もが毎日出会うような外来症例をベースに、「ごくありふれた訴えへの対処の中でも達人は何を考えているか」というテーマで学びを深めています。医師向けの勉強会はたくさんありますが、開業医にとってはあまり役に立たなかったり、講義形式が続いて眠くなったりしてしまいます。開業医が楽しめる勉強会を模

(2面につづく)

あなたの外来を訪れるかもしれない100症例、臨床レベルを確実に上げる200問

医学書院

# 外来診療ドリル

## 診断&マネジメント力を鍛える200問

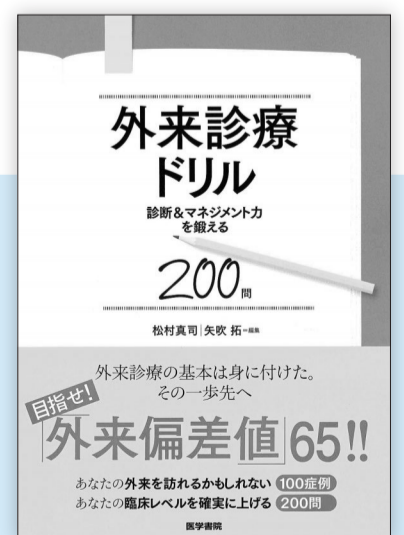
内科系の外来ではコモンな症候・疾患の最新知見やトピックス、稀にだが遭遇する症候・疾患の知識、持ちかけられる多様な問題へのマネジメント。外来診療に必要な幅広い知識をエビデンスに基づいてアップデートする1冊。学び続けることで、外来診療はいつまでも進歩することができる。目指せ! 外来偏差値65!!

●B5 頁212 2016年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02505-8]

編集  
松村真司・矢吹 拓

### Contents

- I. 神経・精神(17症例×2問)
- II. 循環器(7症例×2問)
- III. 呼吸器(7症例×2問)
- IV. 消化器(12症例×2問)
- V. 腎・泌尿器(7症例×2問)
- VI. 代謝・内分泌(8症例×2問)
- VII. 血液(6症例×2問)
- VIII. アレルギー・膠原病(7症例×2問)
- IX. 感染症(14症例×2問)
- X. 筋骨格(6症例×2問)
- XI. その他(9症例×2問)



座談会 スイングしなけりゃ始まらない

(1面よりつづく)

索した結果、臨床実践に直結する形式になったのです。

松村 勉強がづらい原因の一つは、やりたくないことをやっているからなのですね。つまらない勉強会に出たり、必要性をあまり感じられない本を読んだりするからつらい。でも、何かにつながる知識であれば、自分の役に立つ実感があるので、つらさは軽減されますね。中西 「塾」の特徴はもう一つあります。開業医だけでなく、研修医や医学生とも一緒に勉強するという点です。地域の研修医、医学生のレベルを上げることにつながるので、地域への貢献という面でやりがいを感じますし、彼らは非常に勉強熱心なので場に活気が生まれます。彼らの熱心さには圧倒されることもあります。いつの間にか引き込まれたりもする。それが良い刺激になるんです。

松村 一人だとしても勉強に行き詰まったり、やる気がなくなったりしますが、熱意のある人の近くに行けば刺激にもなりますし、一緒に勉強するのも楽しいですね。

しかし、まず勉強会に参加するというアクションを起こすためには、モチベーションが必要です。

中西 私の場合、自分一人では勉強するモチベーションがわからないので、勉強会を立ち上げたというのも本音です。自分が立ち上げた勉強会だと、皆が寝ていないかチェックしているうちに気付くと勉強できている。

松村 なるほど(笑)。

中西 そもそも、なぜ私が勉強を続けているかという、やらざるを得ないからなんです。講師として呼ばれたり、勉強会に行ったり、仕方なくいろいろな会合に出たりしていると、何となくやってしまう(笑)。さらに、当院には毎年、地域の総合病院から研修医や医学生が研修や実習に来ます。そうなるにせよ、学べる環境を用意したい。来てくれた人たちに「勉強になった」と言われたら、やっぱりうれしいですね。

矢吹 いろんな人と接することは大切ですね。勉強のきっかけって「今のままじゃ駄目かもしれない」という気付きがスタートになることが多いじゃないですか。後期研修先の見学に行った

とき、病院で聞いた略語の半分くらいがわからなくて、焦って勉強したことを覚えています。最近では、論文をたくさん読む後輩が身近にいたので、触発されて定期的に論文を読むようになりました。

いつまでも学び続けられるようにするには、自分の職場環境に新しい風が入ってくるようにするのも鍵だと思います。診療所でも病院でも、研修医や医学生が来て、素朴な疑問を発してくれれば、勉強したり考えたりするきっかけになる。当然だと思っていたことも、「その根拠は?」と見直す中で気付きが生まれます。

松村 転校生は必要だということですかね。

矢吹 そうです。ドキッとさせる転校生が来ると、ちゃんとおしゃれしなきゃ、という意識になるかんじです(笑)。

人、本、SNS、メーリングリスト さまざまな媒体を活用して学ぶ

松村 野球であれば、新人のときには速球で攻めていた投手も、ベテランになるにつれて徐々に駆け引きを覚えていく、というような変化があります。研修医時代と今とで、勉強の仕方に違いはありますか?

矢吹 外来診療をしていると、目の前の患者さんに必要な知識を即座に得ることが優先になります。そのようなときに、時間があればUpToDate®, DynaMed, ある程度信頼できそうなブログなどのWebベースの情報源にアクセスしています。

また、きちんとしたエビデンスを示し、成書に則ったコメントができるように、普段から本や論文を読んで知識をアップデートしています。これは地道な作業ですが結構大事です。後期研修医時代は周囲にたくさんの総合診療医や総合内科医がいましたが、今の病院は専門医が主で、総合内科的な相談をできる医師が少ない環境です。私が「最後の砦」になってしまうようなことも時々あるので、適当なことは言えないと感じています。

中西 私は学会やネットショップで良さそうな本を見かけたらどンドン買っています。熟読する時間はなかなかないので、とりあえず斜め読みしておいて、他の人からこの本が良いという情



●まつむら・しんじ氏

1991年北大卒。慈恵医大病院にて研修後、国立東京第二病院(現・国立病院機構東京医療センター)総合診療科、UCLA総合内科プライマリケアフェロー、同大公衆衛生大学院ヘルスサービス学科修士課程、東大医学教育国際協力研究センター。2001年より現職。卒後一貫して総合診療を続け、現在は診療・教育・研究のバランスをとった古くて新しい「町の医師」の在り方を模索している。編著に『外来診療ドリル——診断&マネジメント力を鍛える200問』『帰してはいけない外来患者』(ともに医学書院)など。

報をもらったら、ちゃんと読む(笑)。

本の他には、FacebookなどのSNSやメーリングリストからも情報を得ています。SNSなどの良いところは、他の人が発信している情報を見ることで、自分のやっていることが正しいか否かを確認できることです。新しいエビデンスやガイドラインを知っても、それを患者さんに適用するのって勇気が要りますよね。発熱に抗菌薬は不要と言われても、今までは問題がなかったし、処方しなかったことで何かあったら怖いと思うと、出しちゃうわけです。抗菌薬を出さなくても患者さんが無事治ったということを実際に見聞きすれば、安心してプラクティスを変えられるようになります。

松村 Webを使えば、日常診療をしながらでも離れた場所の人たちと勉強ができて、お互いに知識をアップデートし合えるので便利ですね。同僚や後輩医師がいない開業医や、地理的になかなか勉強会などに行けない医師でも、うまく活用できれば学び続けられそうです。

中西 矢吹先生のブログもすごく参考になります。昔は勉強の成果は自分一人や身近な人のためにしかなかったのですが、今はいろんな人の役に立つことを感じます。他の人に向けて情報発信するというのも、勉強し続けるモチベーションにつながりそうです。

矢吹 近くに仲間がいない人は、MKSAP(Medical Knowledge Self-Assessment Program)のような症例ベースの問題集もいいと思います。その症例と出会ったときに自分ならどの選択肢を選ぶか、バーチャル体験のつもりで取り組む。単に答えと合っているかだけでは



●なかにし・しげきよ氏

1977年日医大卒。広島大病院で研修後、北九州総合病院、広島大第二内科、水島協同病院、広島市立安佐市民病院勤務(呼吸器内科、内科一般)。91年中西内科を開設。2004年より安佐市民病院臨床研修指導医、広島大総合診療科臨床教授(医学部学生実習)を兼任。家庭医のためのメーリングリスト「TFC(Total Family Care)」幹事。16年に開業医による医師のための勉強会「21世紀適々塾」「合水塾」を立ち上げ、「万年研修医」の気持ちを持つ医師や若手と互いに刺激し合って勉強を続けている。

く、どのような思考過程を経てその結論になるのかを考える。そうすると外来でその症例に出会ったときにも、実際の患者さんに合わせた対応を考えていける。外来の勉強って、その繰り返しなんじゃないかと思えます。

知識のアップデートが 日々の外来を面白くする

中西 実は開業前、一番苦手だったのは外来だったんです。入院患者さんは生死にかかわるような難しい病気の方が多かったので医師としてはやりがいを感じます。でも外来は大きな問題のないcommonな疾患がほとんどです。「開業したら外来を毎日しないといけないのか、苦痛だな」と思っていました。矢吹 確かに、テレビ番組などでも、名医が難しい症例にバシッと診断をつけるのを見ると、「カッコいい!」って思いますよね。でも、外来に来る患者さんは、ごくごく一般的な疾患の方や、診断がつかない方、ちょっとした健康問題の方などが多くを占めます。

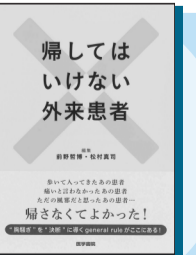
めったに来ない難しい打球をファインプレーで守れるようにトレーニングすることは大事ですけど、平凡なフライやゴロが取れないと、そもそもすごい打球も取れません。しかも、commonな疾患はウエイトや頻度が高い分、自己流にもなりやすい。外来診療においては、commonな疾患を高いクオリティで診ていけるように、一つひとつの知識や対処法の根拠を学びながら、アップデートすることが重要だと思います。松村 でも凡フライやゴロを取る練習って地味で、時につらくなりませんか? 風邪の診療を丁寧にやっても、

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

帰してはいけない外来患者

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

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



それって本当に風邪ですか?..... 重篤な疾患は風邪にまぎれてやってくる!

誰も教えてくれなかった 「風邪」の診かた

重篤な疾患を見極める!

岸田直樹 手稲漢仁会病院総合内科/感染症科



プライマリ・ケア現場には、多くの患者が「風邪」を主訴にやってくる。しかし「風邪症状」といっても多彩であり、そこに重篤な疾患が隠れていることは稀ではない。本書では、「風邪」の基本的な診かたから、患者が「風邪症状」を主訴として受診するさまざまな疾患(感染性疾患から非感染性疾患まで)の診かたのコツや当面の治療までを、わかりやすく解説する。新進気鋭の感染症医による「目からうろこ」のスーパーレクチャー。

●A5 頁192 2012年 定価:本体 3,200円+税 [ISBN 978-4-260-01717-6]

## 知識をアップデートして外来へGO! 座談会



## ●やぶき・たく氏

2004年群馬大卒。前橋赤十字病院にて臨床研修後、国立病院機構東京医療センター総合内科を経て、11年より国立病院機構栃木医療センター、13年より同センター内科医長。同センターにおいては臓器別診療科を設けず、内科単科での幅広い診療を実践している。編著に『外来診療ドットコム—診断&マネジメント力を鍛える200問』(医学書院)など。Blog「栃木県の総合内科医のブログ」(<http://tyabu7973.hatenablog.com/>)では、医療に関する幅広い情報を発信している。

誰からも褒められない。抗菌薬を出しても出さなくても風邪は自然と治る。でも出さないと余計なやりとりが多くなったり、もめたりすることもあるので、もめるぐらいなら「ええい、もう出しちゃえ!」という誘惑に駆られることもあります。

**中西** 高度な診察能力を発揮しなくても対応できてしまったり、患者さんからも機械的に薬を出すことしか期待されていないような診療が一番面白くないのはたしかですね(笑)。

私がその中でも面白さを見いだせるようになったのは、故・田坂佳千先生との出会いがきっかけでした。原因がわからないような発熱に対して、深く考えずに風邪という診断を下してしまうのではなく、きちんと診断の根拠を考える。今まで機械的に処理していたようなcommonな疾患も、新しい視点に気付くと、概念が再構築されて面白くなります。

**矢吹** 知識が増えると、診察って楽しくなりますよね。高血圧でも糖尿病でも一緒だと思います。

**松村** でも、外からの刺激がないとそ

うした再構築の機会はなかなか得られないですね。私も含めて多くの開業医は、ほとんど変化がない中で日々の診療をしているわけです。

**矢吹** 自分の周囲では変化を感じないかもしれないですが、論文を定期的に読んだり知識をアップデートしたりすると、世界は変化していることに気がきます。さらに、当たり前だと思っていたことの中に、実はいまだに結論が出ていないものもあることに気付くこともあります。例えば高血圧の降圧目標値にはさまざまな議論がありますよね。意外とそんなことすらハッキリしていないんだなあと思うと、目の前の患者さんに柔軟に対応できるようになります。バックグラウンドを知ることによって深みが増すというか、うんちくが語れるようになるというか。勉強をする最初のきっかけは外部からの刺激ですが、やっているうちに純粋に楽しくなってきました。

**中西** 外来は本当は面白いのに、面白くなくてやっている人は少ない。それはどうしてかという、まず、知識がないと面白くないから。けれども、知識だけでも駄目です。さまざまな選択肢を知った上で、その中から「目の前の患者さんにはどれが最適か」を考えることが重要なんです。複数の疾患を持つ患者さんであれば、どれを優先して治療するか、全ての疾患を治すのが果たして患者さんにとって一番よいのか。知識を自分の診療に当てはめていくことが、次の学びにつながるのだと思います。

## 「答え合わせ」をできる連携がレベルアップの鍵

**松村** 当院には大学病院の研修医が研修に来ます。その際、「検査機器も十分にない場所でどうやって腹痛を診るんですか」と言われることがあるのです。私が一生懸命お腹を触って身体所見を取っていると、横から「CT撮らなきゃダメですよ」って。

**中西** あるある(笑)。

**松村** 「いやいや、そんなことはないよ」と思いながら診療するんですが、確かに若干怖さもあるんですよ。虫垂炎が見逃された例なんていくらでもあります。先ほど、外来で診る疾患の多くは生死にかかわらないものだという

話がありましたが、生死にかかわる疾患も一定の割合で確実に隠れているんです。その確率が低い上に、重症化する前のことが多いので発見しにくい。

そうすると、少し不安なときには、念のため専門医への紹介状を書きましようか、となるじゃないですか。

**矢吹** 一方で、問題がない患者さんだった場合に「なんでこんな患者を送ってきたんだ」と紹介先の医師に怒られることもあるんですよ。

**松村** そうなんですよ。矢吹先生は、病院で勤務する傍ら、診療所での外来も週2回行っていますよね。それぞれの立場で、どのように感じていますか。

**矢吹** 両方の外来を経験すると、同じ症状でも診療する場によって判断は異なることに気がきます。在宅や診療所では検査を十分にできませんし、かと言って「様子を見る」という判断もしにくい。安心を考えると、どうしても多少オーバーリアジになります。

ただ、そういうことを理解してくれる病院の医師は少ないので、難しいですね。できれば「ちょっと怖いな」と思ったときに萎縮せずに紹介できる関係ができてほしいのですが。

**松村** そういった相手を探し、関係を築いていくのも、開業医の力、外来診療の力なのかもしれないですね。

**中西** 他院に紹介するときには、「答えを出して教えてくれる医師」を選ぶことも重要だと思います。

紹介先によっては、患者さんがその後どうなったのか教えてくれないことがありますよね。でも、自分の判断が合っていたのか間違っていたのかわからないと、診断力は向上しません。もちろん専門医が診ても答えが出ないことはありますが、送って正解だったのか、必要なかったのかだけでもフィードバックがあれば、徐々に感覚が研ぎ澄まされていきます。

**松村** 専門特化することでその領域の知識に限定して深めるという選択もあり得ますよね。しかし、患者さんは何科の疾患か明確にわかって受診するわけではない。中西先生は、専門外の患者さんが診療所に来た場合、どうなさっていますか。

**中西** 私は専門外の疾患もできるかぎり診察するようにしています。それは、診療所に来てくれた患者さんに対しては、私が主治医だと思っているからで

す。何かあったときには、まずは当院に来てほしい。田坂先生の受け売りですが、「専門外なので診られません」ではなく、「私の専門はあなたです」と言える医師でいたいんです。

**松村** すごいですね。私は全てを診るのが難しいのと、都会の診療所ということもあって適宜専門医に紹介することも多いです。矢吹先生は周辺領域の知識のアップデートに関してどうお考えですか。

**矢吹** 専門医に紹介するとしても、少なくとも周辺領域を中心に、ある程度判断できるだけの知識は必要ですよ。知識がなければ鑑別診断にも挙がらない、という例はたくさんあると思います。紹介したものの空振りだったケースは私もたくさん経験していますが、診断力をさらに高めるには中西先生のように、答え合わせができる関係が築けるのが理想的ですね。

**中西** 私は研修医に指導するとき、最も可能性のある病気と、次に可能性のある病気と、大穴の3つを挙げさせています。それと同じように、紹介状を書くときには、「腰痛」などの症状だけでなく、「〇〇の確率30%」など推察される診断名を書くようにしています。時々外れますが、けっこう当たるんですよ。当たったら患者さんからも紹介先医師からもすごく褒められるし、外れてもそれはそれで勉強になります。「ああ、△△なんだ!」と。空振りを恐れずに振り続けていると、だんだん答えが近くなっていく。

**松村** なるほど。実践的なレベルアップのためには大切なことですね。

\*

**松村** 近年、診療所でも病院でも、外来診療のレベルは上がってきたように思います。特に基本的なコミュニケーションのスキルや初診の診方などは、ガイドラインも整備されて底上げされてきました。一方で、年齢を重ねていくと、実力の上昇を感じなくなったり、最新の知識などは若い人のほうが詳しくあったり、勢いのある下の世代がどんどん出てきたりして、「もう、俺の時代は終わった」と思うこともあります(笑)。しかし、同じくらいの年代の医師でも、向上し続ける人もいます。

日々勉強し続けるのは苦手ですが、せめて過去の自分に負けないことを目標にがんばりたいと感じました。(了)

## ジェネラリスト向け好評書

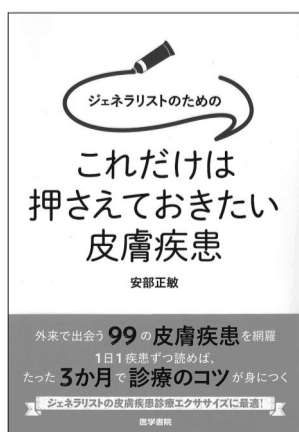
医学書院

ジェネラリストのための  
これだけは  
押さえておきたい  
皮膚疾患

安部正敏

アトピー性皮膚炎、おむつ皮膚炎、白癬など、内科外来で出会う皮膚疾患を網羅したまさに“痒いところに手が届く”1冊。ジェネラリストの皮膚疾患診療エクササイズに最適!

●A5 頁248 2016年  
定価:本体4,000円+税  
[ISBN978-4-260-02483-9]

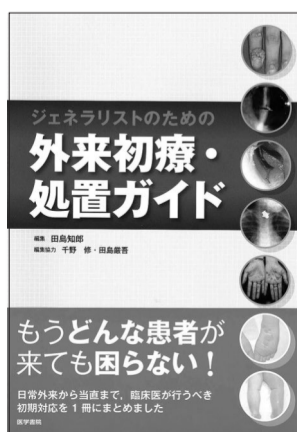
ジェネラリストのための  
外来初療・  
処置ガイド

編集 田島知郎

編集協力 千野 修・田島巖吾

臨床医が行うべき初療・外来処置を1冊にまとめたガイドブック。豊富な写真・イラストを用いて、見逃してはならない重要症候や、外来でできる治療手技をわかりやすく解説。

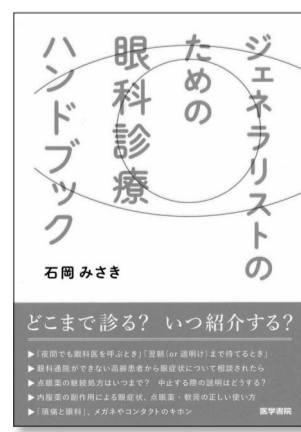
●B5 頁312 2016年  
定価:本体8,000円+税  
[ISBN978-4-260-02420-4]

ジェネラリストのための  
眼科診療  
ハンドブック

石岡みさき

「当直でも眼科医を呼ぶとき」「翌朝(or 週明け)まで待てる時」など、救急やプライマリ・ケアの現場で迷いがちな「眼科」の疑問に答える。

●A5 頁198 2015年  
定価:本体3,400円+税  
[ISBN978-4-260-02418-1]



目からウロコ!

# 4つのカテゴリーで考える がんと感染症

森 信好 聖路加国際病院内科・感染症科医幹

【第3回】

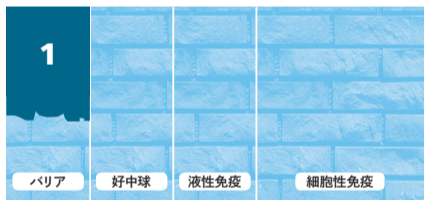
## バリアの破綻

がんそのものや治療の過程で、がん患者はあらゆる感染症のリスクにさらされる。がん患者特有の感染症の問題も多い——。そんな難しいと思われがちな「がんと感染症」。その関係性をすっきりと理解するための思考法を、わかりやすく解説します。

これまで2回(第3179号, 第3183号)にわたり、がんと感染症の関係について紹介してきました。その中で、4つのカテゴリー(バリア, 好中球, 液性免疫, 細胞性免疫)に分けて考え、どの免疫の壁が崩れるとどのような感染微生物の危険にさらされるかを説明してきました。

今回は、一つ目の免疫である「バリア」が破綻した場合の感染症について、より具体的に解説していきたいと思えます。バリアとは皮膚や消化管・呼吸器・泌尿器などの粘膜による防御システムのことでしたね。がんそのものや、手術、放射線療法、化学療法、カテーテル挿入などの治療によってそのバリアが破綻すると、本来は自分の体表面や管腔内にいる微生物が体内に侵入し、感染を引き起こします。

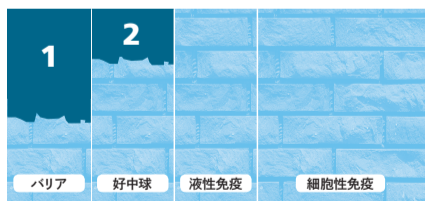
### バリアの破綻



### 1 カンジダ

なお、化学療法を行った際には、「バリア」と同時に「好中球」の壁が崩れることにもなります。

### 低リスク群の好中球減少



### 1 カンジダ

### 2 緑膿菌

多剤耐性菌: MRSA, ESBL 産生菌

今回はロジックを単純化するために、固形腫瘍の症例からバリアの破綻だけが起きる症例を提示しましょう。

### ◎症例1

47歳女性。乳がんに対して両側乳房全摘出術およびエキスパンダーによる乳房再建術施行。術後7日目より38℃の発熱が出現。また左乳房内側に発赤、熱感、疼痛、腫脹あり。意識清明、頭頸部、胸部聴診、背部、腹部、四肢に明らかな異常なし。

超音波検査にて左エキスパンダー周囲に液体貯留があり穿刺液からメチシリン感受性黄色ブドウ球菌(Methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*; MSSA)が検出された。なお、血液培養は陰性であった。

症例1は、乳房全摘出術後の創部感染症とエキスパンダー感染です。手術で皮膚バリアが破綻し、皮膚の常在菌や手術中操作により入り込んだ細菌が感染を起こしているわけです。エキスパンダーなどの人工物による感染は、人工物の表面にバイオフィームという細菌の塊が作られるため、抗菌薬治療がしばしば難渋します。そのような場合の治療としては人工物の除去が基本です。ただし、どうしても除去できない場合には、バイオフィーム透過性の良い抗菌薬を選択して治療することもあります。

### ◎症例2

62歳男性。前立腺がんの疑いに対して前立腺生検を施行。術前にシプロフロキサシンの予防投与を受けていた。同日夜に悪寒を伴う38.6℃の発熱および血圧低下あり。排尿時痛、排尿困難感が増悪している。意識レベルJCS I-2、頭頸部、胸腹部、背部、四肢に明らかな異常なし。血液培養および尿培養よりキノロン耐性の大腸菌が検出された。

症例2は前立腺生検後の急性前立腺炎および敗血症だとわかりますね。直腸からアプローチするため、腸管粘膜および前立腺被膜のバリアが破綻して、腸内に常在する大腸菌が感染を引き起こしています。報告によりまちまちですが、前立腺生検後の尿路感染症は5%程度<sup>1)</sup>とされています。かつてはキノロン系抗菌薬による予防投与が

行われていましたが、症例2のようにキノロン耐性の大腸菌による感染症が増えている<sup>2)</sup>ので注意が必要です。

### カテーテル関連血流感染症の診断方法

ところで、がん患者にはしばしば中心静脈カテーテルが挿入されます。消化管が使用できなかつたり、あるいは急性白血病などで寛解導入療法を行ったり、造血幹細胞移植を実施したりするなど、その理由が多岐にわたります。

今回のテーマである「バリアの破綻」による感染症で最も重要な症例の一つが、カテーテル関連血流感染症(Catheter-related bloodstream infections; CRBSI)です。そこで、症例とともにCRBSIのさわり部分を説明することにしましょう。

### ◎症例3

58歳女性。腹膜播種を伴う進行性胃がんに対して積極的な治療は行わず、3週間前に中心静脈カテーテル(左鎖骨下静脈)を挿入し全身管理を行っている。今回、悪寒を伴う37.8℃の発熱あり。頭頸部、胸腹部、背部、四肢に明らかな異常なし。カテーテル刺入部にも発赤や疼痛は見られない。カテーテルと末梢から同時に採取された血液培養からはいずれもコアグラゼ陰性ブドウ球菌(*Coagulase-negative staphylococci*; CNS)が検出されたが、血液培養陽性時刻はカテーテルでは13時、末梢では17時であった。

一読していかがでしょう。この症例、自信を持ってCRBSIだと診断できますか? ポイントは、カテーテルと末梢から同時に採取された血液培養が陽性になるまでの時間差です。これはDifferential Time to Positivity(DTP)と呼ばれ、CRBSIを診断する際のキーワードです。CRBSIと診断するには大前提として、カテーテルと末梢から同時に同じ量の血液培養を採取する必要があります。その上で、診断に至る手段は2つ。それが、①血液の定量培養と②DTPです<sup>3)</sup>。

MDアンダーソンがんセンター(MDACC)など米国の一部の施設では、①定量培養が一般的です。CRBSIではカテーテルに感染の首座がありますので、当然カテーテルから採取した血液培養のほうが、末梢からの血液培養よりも菌量が多くなりますね。その差が3倍以上であればCRBSIと診断されます<sup>3)</sup>。具体例を挙げましょう。定量培養により、カテーテルからの菌量が500コロニー形成単位(CFU)、末梢からの菌量が100CFUとします。その差は5倍ですので、これはCRBSIと診断されるわけです。ただ、日本ではあまりなじみのない方法かもしれませんね。

一方、②DTPは日本の病院でも用いられる方法でしょう。定量培養の考え方と同様に、カテーテルから採取した血液培養は末梢からのものよりも菌量が多いはずですが、同時に採取した場合には、カテーテルから採取したものの方が、末梢からの血

液培養よりも早く陽性になるであろう、という考えに基づいています。ではどの程度「早く」陽性になればCRBSIと診断されるのか。答えは「2時間」です。「CRBSIの大家」と呼ばれるDr. Maki<sup>4)</sup>によれば、DTPを用いる方法は感度85%、特異度91%と非常に信頼できる診断方法であるとされています。症例3では、カテーテルからの血液培養陽性時刻が13時、末梢のものが17時ですので、DTPは4時間。2時間以上の差があるので、CRBSIの診断となるのです。

### CRBSIの診断

- ①血液の定量培養: 必ずカテーテルと末梢から同時に同量の血液培養を採取
- ②DTP: カテーテルの血液培養は末梢よりも早く陽性(DTPが2時間以上)

### カテーテル抗菌薬ロック療法

治療は先述の人工物感染症の原則に則り、「抜去が大前提」です。特にカンジダによるCRBSIでは必ず抜去する必要がありますとされています<sup>5)</sup>。一方、一般細菌によるCRBSIでは次のような意見もあります。全身状態が安定していて持続菌血症がなく、カテーテル以外に感染が波及(感染性心内膜炎、骨髄炎や深部膿瘍など)していない場合、カテーテル抜去や再挿入によるリスクが高ければ、全身投与の抗菌薬に加えて抗菌薬ロック療法を行いさえすれば必ずしもカテーテル抜去は必要ないのではないか、というものです。

米国感染症学会(Infectious Diseases Society of America; IDSA)が2009年に発表したガイドラインでは、CNSによるCRBSIに対してのみ抗菌薬ロック療法が推奨されています。その後、多くの臨床研究が行われており、抗菌薬ロック療法はCNS以外のさまざまな細菌に対しても有効ではないか、と目されるようになっていきました。MDACCでも、高度血小板低下などの理由でカテーテル抜去が困難ながん患者に対して、抗菌薬ロック療法の有効性と安全性を確認する多施設共同の臨床研究が進められており、成果が期待されています。

CRBSIについては、IDSAの新ガイドラインが2017年春に発表予定のため、別途詳しく説明したいと思います。

今回は、「一般感染症」の色合いが濃いお話でした。ただ、がん患者はさまざまな理由で血管内カテーテルが挿入されていることが多く、CRBSIは頻度の高い感染症のため、紙面を割いて説明しました。診断にはカテーテルと末梢からの血液培養が陽性になるまでの時間差であるDTPが有用であることを繰り返し強調しておきます。

### 【参考文献】

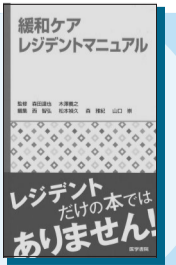
- 1) Eur Urol. 2013 [PMID: 22704727]
- 2) Eur Urol. 2012 [PMID: 22575912]
- 3) Clin Infect Dis. 2009 [PMID: 19489710]
- 4) Ann Intern Med. 2005 [PMID: 15767623]
- 5) Clin Infect Dis. 2016 [PMID: 26679628]

レジデントだけの本ではありません! 緩和医療に携わる全スタッフ必読の書、誕生!

## 緩和ケアレジデントマニュアル

緩和ケアの新スタンダードマニュアルが、ついに完成。第一線で活躍する気鋭の執筆者陣が、基本から最新知見・ノウハウまで緩和のエッセンスを解説。各項目ではエビデンスを重視し、および限り非がん疾患にも応用できるよう心がけた。通読できるコンパクトサイズながら網羅的であり、入門書としても最適。若手のみならず、指導者にとっても有用な好書。日常診療では白衣のポケットに忍ばせていただきたい1冊。

- 監修 森田達也 聖隷三方原病院 副院長・緩和と支持治療科
- 木澤義之 神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学分野 特命教授
- 編集 西 智弘 川崎市立井田病院・かわさき総合ケアセンター 副院長
- 松本禎久 国立がん研究センター東病院・緩和医療科 医長
- 森 雅紀 聖隷三方原病院・緩和ケアチーム
- 山口 崇 神戸大学医学部附属病院・緩和センター緩和ケアチーム 特命助教

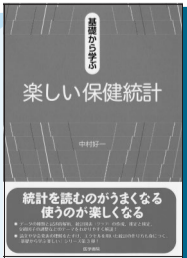


統計を読むのがうまくなる! 使うのが楽しくなる!

## 基礎から学ぶ楽しい保健統計

若手の医学・保健関係者向けの入門書。データの種類と記述的解析、統計図表(グラフ)の作成、推定と検定、交絡因子の調整などのテーマをわかりやすく解説。論文や学会発表などが理解でき、エクセルを用いた統計の作り方も身につく。ベストセラーの第1弾「疫学」(黄色い本)、第2弾「学会発表・論文執筆」(青い本)に続く、「基礎から学ぶ楽しい」シリーズ第3弾! 本書を読めば、統計を使うのがうまくなる、楽しくなる!

中村好一 自治医科大学教授・公衆衛生学



# The Generalist Manifesto

## ジェネシャリスト宣言

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学 / 神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第38回】

### “ABIM論争”に見る専門医制度とジェネシャリストの生涯学習について

**米**国では専門医制度と学会が切り離されており、専門医資格が、学会にひざまずく医師への「ご褒美」にならない配慮がされている。内科領域であれば、ABIM (American Board of Internal Medicine) がその制度設計をなしている。学会の利益相反とは独立した立場で、質の高い専門医を認定する ABIM。その気高い理念と実行力のため、米国医学界は ABIM に対して大いに敬意を払っていた。しかし、この ABIM が最近、ケチンケチンに批判されている。

米国における専門医の歴史は長く、南北戦争時代にまでさかのぼる。医師は他者から独立したオートノミーを持っており、通常であれば犯罪的な行為が正当なものとして認められている。他者に衣服を脱げと言ひ、頭頂部から陰部、肛門に至るまで患者の観察と触診を認められ、毒になり得る薬を処方でき、メスで体に傷を入れる。

その正当性を裏付けるのは、医師の能力 (コンピテンシー) である。医師の能力を担保するにはどうしたらよいか。米国医師会 (AMA) は葛藤したのである。

そこでできたのが専門医委員会であり、これは 1920~30 年代のことであった。ABIM が設立されたのは 1936 年。AMA とともに米国内科学会 (ACP) とともに、他のどの学会とも独立した存在である。ABIM は内科系の全ての専門医試験を作成し、審査する。

かつては、専門医試験は一回きりで、合格すれば生涯の専門医資格を保證するものだった。しかし、医学の進歩は早い。20 年前の専門医試験の合格は、現在の医師の能力を担保しない。よって、ABIM は 10 年ごとに資格の再認定 (re-certification) を求めるようになった。これは 1990 年代のことだ。

ほくも米国の内科専門医や感染症専門医資格を持っているから、この再認定試験を受けた。特に内科領域は普段のオンザジョブな研さんでは知識が時代遅れになりがちだ。だから、こうした 10 年ごとのレビューは自分に課すトレーニングとしては適切なものだとほくは思う。

しかし、このへんから ABIM はおかしくなる。このころ起きたのが、医

学教育領域の研究の進歩だ。研究の結果、医師のコンピテンシーは単に知識があるだけでは不十分と考えられるようになった。コミュニケーション・スキル、チームワーク、患者の安全などたくさんのアイテムが医師の能力に関与する。

そのため、2000 年から導入された MOC (Maintenance of Certification) プログラムは、単に 10 年ごとの知識テストだけではなく、複合的コンピテンシーの保証を要求するようになった。実診療のデータをまとめて“診療の質”改善を行わせるなど、たくさんのデューティーを課すようになったのだ。その結果、多忙な医師たちはさらに多忙になった。このような足かせを嫌い、MOC プログラムは不人気となった。ほくも“自分の診療改善”のためのアンケートを作り、フィードバックをもらおうといった MOC プログラムに忙殺された。

確かに理念的には素晴らしい試みだが、理念が先行し過ぎて too much な印象を持った。MOC 基準はどんどんハードルを上げ、現場の医師にはますます不人気となった。ブログや専門誌で ABIM に対する批判が相次ぎ、The New England Journal of Medicine のような一流誌ですら ABIM を公然と批判するようになった。

結局のところ、ABIM の蹉跌は、医学教育の専門的知見で頭でっかちになりすぎた“教育専門家”たちが「よい専門医と判定すること」を「よい専門医でいること」よりも優先させてしまったことが最大の問題だった。たくさんのタスクを課し、頻りにテストを重ねれば、専門医のコンピテンシーを判定する能力は学問的には高まるだろう。しかし、MOC プログラムに忙殺された医師たちが、日常診療すらまっ

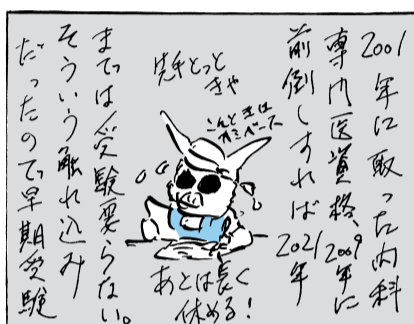
とうに行えなくなれば本末転倒だ。一般的に教育専門家は“評価”を過大評価して、評価にかかる“時間的、労働的コスト”を無視しがちだというのがほくの一貫した意見である (第 33 回参照)。ABIM はそのわなにハマったのだ。

ただし、ここからが ABIM の偉いところである。ABIM のメンバーは伝統的にアカデミック領域での業績を基に選ばれていた。が、このスキャンダルを受けて、現場のたたき上げで数十年、診療一筋の Richard J. Baron 氏を ABIM はトップに選んだ。彼はすぐさま ABIM を代表して謝罪の手紙を書き、過去の ABIM の過失を認め、改善を約束し、評判の悪かった MOC プログラムの幾つかを中止した。このへんの現状認識力、反省力、改善力はアメリカの偉いところだとほくは思う。認識、反省、改善よりも場の空気を穏やかにすることはばかりに腐心する日本の諸組織とは大きく異なる。

生涯教育は、言うは簡単だが行うは難しい営為である。特に「ジェネシャリスト」としてオールレンジで勉強を続け、かつ自分の専門領域の先端性を保ち続けるのは至難の業だ。だからこそ、そのような困難な学習はより効果的に行われるべきだ。

「効果的」という言葉には「効率性」という観点も当然含まれている。忙しい診療をスポイルすることなく学び続ける工夫が、個々人の医師、そして各組織両方に必要なのである。

ABIM は現場で教育する、教育を受ける医師たちの最大のサポーターであるべきだ。あれをやれ、これもしろ、と過大な要求を重ねて研修医や指導医



本文のとく後にこの話は撤回。ほく。

や医療機関を困らせるべきではなく、「おかげさまで、楽に知識や技術をメンテできてますわ。ありがとう」と言われる存在たるべきなのだ。もちろん、日本でも同じ理屈は通用する。

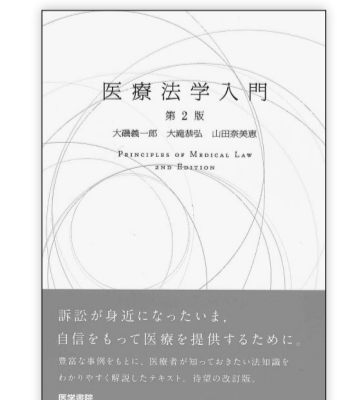
●参考文献・URL  
 1) Bob Wachter. The ABIM Controversy : Where the Critics are Right, Where They're Wrong, and Why I Feel the Need to Speak Out. Wachter's World. <http://community.the-hospitalist.org/2015/06/29/>

### 医療従事者として知っておくべき法知識をまとめたテキストの改訂版

# 医療法学入門

第2版

大磯義一郎・大滝恭弘・山田奈美恵



医療者が知っておきたい法知識をわかりやすく解説した好評テキストの改訂版。「なぜ医療法学なのか」から説き起こし、「刑事責任、行政責任」、「民事医療訴訟」は、豊富な事例をもとに医師と弁護士両方の資格をもつ著者らが解説する。第2版では、新たに「介護保険制度」、「労働法」の章を新設。訴訟が身近になったいま、自信を持って医療を提供するために必読の1冊。

●A5 頁328 2016年  
 定価: 本体3,800円+税  
 [ISBN 978-4-260-02450-1]

医学書院

●お願い—読者の皆様へ  
 弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください。  
**記事内容に関する件**  
 ☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ  
**書籍のお問い合わせ・ご注文**  
 お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ  
 ご注文につきましては、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

ポケレフ  
**プロフェッショナル専用! がん診療最強の“備忘録”**  
**がん診療ポケットレファランス**  
 Pocket Oncology

▶ 近年脚光を浴びている米国のがん専門病院、スローン-ケタリング記念がんセンター(MSKCC)の医師による、「ポケレフ」シリーズ第5弾。がんに関わる基礎から薬理学、緩和ケアなどをテーマとした総論から、部位別の各論まで、がん診療全体を網羅。見開き完結を基本とし、箇条書きにて簡潔かつコンパクトにまとめる。がん診療に関わる医師、研修医にとって最強、最適な備忘録。

監訳: 鳥 清彦 公益財団法人がん研究会有明病院血液腫瘍科部長  
 定価: 本体4,500円+税  
 B6変 頁360 図89 2016年  
 ISBN978-4-89592-859-5

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

# Medical Library 書評新刊案内

## DSM-5®ガイドブック 診断基準を使いこなすための指針

Black DW, Grant JE ● 原著  
高橋 三郎 ● 監訳  
下田 和孝, 大曾根 彰 ● 訳

B5・頁464  
定価: 本体9,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02486-0

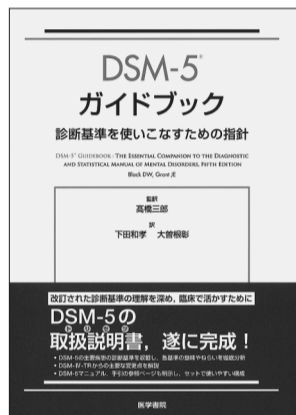
【評者】 明智 龍男  
名古屋市立大学大学院教授・精神・認知・行動医学

精神現象は可視化できるものではなく、ここにこのように存在するといった明示的な形で示すことはできない。それでは、精神の病を「診断」とするというのはどういうことであろうか？ 一般的には、患者の経験している精神現象を正確に把握し、症状として記述することがその第一歩となる。一方、ベテランの精神科医なら、診断をすることの難しさをよくご存じのことと思う。

それでは、そもそもなぜ、私たちはこのとっつきにくい精神疾患を診断しようとするのであろうか？ 精神疾患が、全ての患者と共通の特徴やその患者固有の特徴のみで構成されているのであれば、診断をする意味はなく、あるいは不可能である。しかし、一部の患者とは共通だが他とは異なる特徴が存在し、特徴的な単位として認識することができるのであろうか？ これが、そもそも疾病分類と言われるものであり、これら単位に固有の名称を与えたものがいわゆる診断である。このような作業を行って、初めて精神疾患を共通言語として語るようになるのである。DSMもその一例にすぎない。一方、この共通言語が存在しなければ、私たちは自身の経験から学ぶことでも

きなれば、共通の土俵で疾患について語ることもできず、それ故、精神医療を良いものに深化させることができない。

### DSM-5の エッセンスを凝縮した一冊



2013年5月に19年ぶりにDSM-5が刊行され、翌2014年6月に日本語版が上梓された。さまざまな批判もある中、大著であるDSM-5を手にとっている方も少なくないであろう。私は大学に籍があり、普段から若手医師のトレーニングに当たっているが、そこで最も苦勞する点の一つがDSMの「正しい使い方」を伝えることである。ややもすると、症状を並べてみてどれ

が一番近いかといった表層的な作業にもなりかねない。加えて、治療に際しては、このDSM診断のみでは不十分であり、この共通言語を出発点として、患者固有の特徴を評価し、診断を定式化した上で個別に行う必要がある。また、治療のエビデンスに関しては当然DSM-IV-TRまでに蓄積されたものであるから、目の前にいる患者さんの診断、治療のためにも、しばらくはDSM-IV-TRとDSM-5の共通点と差異をよく理解しておくことは極めて重要である。

前置きが長くなったが、本書の内容を紹介したい。CHAPTER 1がDSM-5

## 下肢運動器疾患の診かた・考えかた 関節機能解剖学的リハビリテーション・アプローチ

中図 健 ● 編

B5・頁248  
定価: 本体4,600円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02419-8

【評者】 福井 勉  
文京学院大学教授・理学療法学

本書は『上肢運動器疾患の診かた・考えかた——関節機能解剖学的リハビリテーション・アプローチ』(医学書院, 2011)の姉妹書として、下肢関節疾患の診かた・考えかたをまとめている。腰椎、股関節、膝関節、足関節の4章構成となっており、各章は、「基本構造」「おさえておくべき疾患」「臨床症状の診かた・考えかた」「治療方法とそのポイント」「ケーススタディ」と5つの項目から成っている。この構成も上肢版と同様の構成である。

### 自身の治療方法を見直す きっかけを与えるオリジナリティ 溢れる臨床経験の提示



「基本構造」は骨格、基本構造、筋、バイオメカニクスという内容で、章によっては変性変化についても記載されており、臨床的評価を念頭に置いた学習ができるようになっている。

「おさえておくべき疾患」では3~6種の代表的な疾患がコンパクトに集約されている。また「ケーススタディ」には「Thinking Point」とされる執筆者自身の診かたの骨子が描かれている。

このようにいろいろな工夫がなされている中、本書の最大の特徴はタイトルにもあるように何と云っても、「診

かた・考えかた」にあると思われる。読者はこの項目にぜひ注目していただき、執筆者がそれぞれ工夫を凝らした評価と治療について熟読していただきたい。治療テクニックの詳細に関しては、執筆者のオリジナリティが問われる部分でもある。今までにはない自らの臨床経験の開示には執筆者の勇気も必要であったと思われる。読者諸氏はこの部分を自分の治療に取り入れる価値を考えながら、しっかりと吟味していただきたい。さらに治療方法の確立された分野ではないので、本書を読み進めながら自身の治療方法への開発へと広げていただけると

よいかと思う。優れた臨床家は自らの思考回路を有し、そしてその深みを得るためにおの努力をしているはずである。本書の執筆者の思考過程を知ることができるのは、読者自身のクリニカルリーディングのプロセスに刺激を与えるはずである。この『診かた・考えかた』を深く学び、日々の臨床に役立てていただくことを祈っている。

に至るまでの歴史や変遷、CHAPTER 2はDSM-IV-TRからの主要な変更点、CHAPTER 3~19まではDSM-5の診断基準の骨子、そしてCHAPTER 20以降には評価尺度、パーソナリティ障害のモデル、今後の研究のための病態(例: 減弱精神症候群など)が簡潔に記されており、現時点における精神医学の操作的診断基準の入門書としてエッセンスを凝縮した内容となっている。

DSM-5が刊行されて以降、多くの医学関連雑誌がその特徴を診断別に特集号で扱っているが、本書にはこれらの内容も系統的かつコンパクトにまと

められており大変読みやすい。診断基準の概要を知りたいとき、DSM診断の歴史的な変遷を知りたいとき、DSM-IV-TRとDSM-5との異同について知りたいとき、まず手に取っていただきたい一冊である。私はカンファレンスの際には、本書とDSM-5の双方を机に置き、まず本書を眺め、必要に応じてDSM-5を調べるようにして大変重宝している。

最後に、待たれていた本書を送り出してくださった獨協医大精神神経医学講座の下田和孝教授はじめ諸先生方に感謝したい。

## 「橋本市民病院 大リーガー医」育成プロジェクト 募集要項

### 1 趣旨

橋本市民病院は、海外留学支援のノウハウを持つ日米医学医療交流財団の支援を受けて、「米国にレジデント留学を希望する医師」を募集・助成します。

### 2 応募資格

- ① 橋本市民病院(南海難波から45分)に赴任・勤務できる方
- ② 以下の何れかの米国留学を希望する医師で、総合内科、腎臓内科、及び救急科のいずれかの診療科において勤務できる方
  - (1) 臨床留学 (2) 研究留学 (3) MPH留学等
- ※但し、(1)については、既にUSMLEを取得しているかその受験準備中の者に限る
- ③ TOEFL iBT80点以上の取得者(IELTSも可)、又は今後の努力で達成可能な方

### 3 募集人数 2名

### 4 助成概要

※原則として留学先は助成を希望する医師が各自で確保すること

#### ① 助成条件

- (1) 臨床留学の場合 病院で3年間勤務する代わりに米国への3年間の留学を認める ※但し、2年間は先に病院に勤務する
- (2) その他の留学の場合 米国への留学を認める期間は最大3年間とし、留学期間と同じ年数だけ病院に勤務する ※但し、その期間が1~2年間の場合は1年間、3年間の場合は、2年間、先に病院に勤務する

#### ② 助成金額

- (1) 留学先から給与を支給される場合 300万円 × 留学年数
- (2) 給与を支給されない場合 500万円 × 留学年数

#### ③ 以下については日米医学医療交流財団が行う

- (1) このプロジェクトにより海外留学する医師の公募の窓口
- (2) 海外留学する医師の選考
- (3) 留学生のための留学準備、留学中の支援

### 5 提出書類

- ① 申込書・履歴書  
日米医学医療交流財団のホームページの「助成要項A項申し込み」から「JANAMEF A-1」

「JANAMEF A-2」[履歴書]をダウンロードして、それに記入し、提出して下さい。

また、履歴書の記入は和文とし、写真は、証明用として最近3ヶ月以内に撮られたものとします

- ② 卒業証書のコピーまたは卒業証明書
- ③ 医師免許証のコピー(縮小コピー可)
- ④ USMLE/Step1・Step2CS等の合格証をお持ちの方はコピーを提出して下さい
- ⑤ 英語能力試験(TOEFLまたはIELTS)の点数通知書をお持ちの方はコピーを提出して下さい PDF書類はそのままタイピングしてプリントアウトして提出して下さい 書類はできるだけタイピングしたものを、ご提出願います。

### 6 募集締切 2016年9月30日(金) 必着

提出先: 橋本市民病院事務局  
〒648-0005 和歌山県橋本市小峰台2-8-1 TEL: 0736-34-6123

### 7 選考方法 選考委員会が書類審査並びに面接の上、採否を決定します

### 8 選考日

- ① 日時: 2016年10月(日時の詳細未定)
- ② 場所: 日米医学医療交流財団事務所(東京都文京区本郷3-27-12-6F)

### 9 選考結果の通知 応募者本人宛にメール及び郵便により通知します

### 10 その他 (助成概要に記載されたもの以外の医師の義務)

- ① レジデント留学開始後、研修報告書(JANAMEF NEWSやホームページ掲載用)を提出すること: 年2回
- ② 留学決定後に日米医学医療交流財団の賛助会員に入会すること
- ※①は日米医学医療交流財団の指定の様式でA-4サイズ(40字×30字位)1枚日本語とします

### 11 問い合わせ先

公益財団法人 日米医学医療交流財団 事務局  
TEL 03-6801-9777 E-mail: info@janamef.jp http://www.janamef.jp  
または 橋本市民病院 事務局  
TEL 0736-34-6123 E-mail: shomu@city.hashimoto.lg.jp  
http://www.hashimoto-hsp.jp/

# H. pylori 除菌後発見胃癌の内視鏡診断

八木 一芳, 味岡 洋一 ● 著

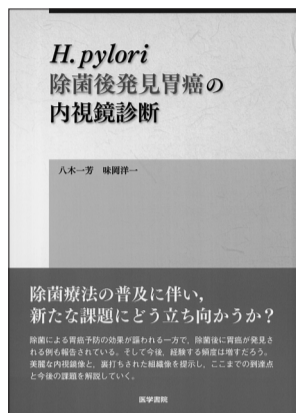
B5・頁100  
定価:本体6,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02481-5

【評者】 間部 克裕  
国立病院機構函館病院消化器科部長

評者には、本書の著者である八木一芳先生(新潟県立吉田病院診療部長)との忘れられない思い出がある。今から12年前の2004年、プラハで開催されたUEGW(欧州消化器病週間)において、多くの日本人が英語での発表・質疑応答に苦勞する中、八木先生は英語の巧拙ではなく、「私はこれを伝えたい」という圧倒される迫力で発表をされ、英語であることすら意識せずに評者は発表を拝聴した。このときが八木先生の魅力に取りつかれた原点であったと思う。

本書は、八木先生と味岡洋一先生(新潟大大学院教授)の共著で

## 胃拡大内視鏡診断を“病態と組織像”から理解する 唯一無二のバイブル



に H. pylori 感染胃炎に対する除菌治療が保険適用となり、全ての H. pylori 感染症が治療の対象となったことにより、除菌後症例が増加するとともに、感染率の低下により H. pylori 未感染者が大幅に増加している。また、胃粘膜の萎縮の程度で胃癌リスクは大きく異なる。これからの内視鏡スクリーニングには、現感染、過去感染、未感染の H. pylori 感染状態を診断し、胃癌リスクを診断することが求められる。除菌治療により胃癌発生が30~40%抑制されるが、成人以降、萎縮が進行してからの除菌では胃癌発生はゼロにはできず、除菌後発見胃癌が課題となる。

本書は、八木らが提唱した未感染粘膜の特徴であるRAC(regular arrangement of collecting venules)、NBI拡大内視鏡によるピンホール・ピット、胃粘膜のA-B分類を用いて H. pylori 感染状態、背景粘膜の診断を行うことから始まる。世界で通用する内視鏡診断として所見とデータから分類された「胃炎の京部分類」を解説しながら限界を示し、色調逆転現象、中間帯の鮮明化など、組織像との対比、病態の理解から診断学を構築している。

世界中で理解され普及している胃癌の拡大内視鏡診断、VS診断であるが、本書はVS診断では鑑別が難しい除菌後発見胃癌にスポットを当てている。癌上皮と非癌上皮のモザイク現象、非癌腺管の伸長現象、分化型癌の上皮下進展の内視鏡像と組織学的検討からの解説が進み、色調逆転現象が胃癌のハイリスクであることを示している。一見すると難しい印象を受けるかもしれないが、背景粘膜と病態から考える拡大内視鏡診断学の手法により理解が深まることは間違いない。最後に除菌後発見胃癌15例の解説が加わり、理解

2010年に発刊された『胃の拡大内視鏡診断』(医学書院)、2014年に発刊された『胃の拡大内視鏡診断 第2版』に続く第三弾である。『胃の拡大内視鏡診断』は、正常胃粘膜と H. pylori 感染粘膜の内視鏡像の理解から始まる内視鏡所見と病理所見の徹底的な対比による「理解する内視鏡診断学」のバイブルである。拡大した結果から分類に当てはめて診断をするのではなく、常に背景を診断し病態を考え、倍率や酢酸など拡大観察の方法を変えながら理解し、診断する方法を学ぶことができる。第2版では従来の拡大内視鏡診断学では診断することが難しい tub2 胃癌、胃底腺型胃癌、除菌後発見胃癌の診断方法が加えられ、第三弾である本書は、除菌後発見胃癌にスポットを当てた。

さて、萎縮性胃炎の原因は加齢、消化性潰瘍の原因はストレスと胃酸、胃癌の原因は高濃度塩分の摂取、これが30年前の常識であった。これらの原因が H. pylori 感染であることが明らかにされ、病態の理解が変わり、除菌治療による治療、潰瘍再発予防、胃癌予防効果が明らかにされた。2013年

# 第14回日本臨床腫瘍学会開催



第14回日本臨床腫瘍学会学術集会(会長=神戸大大学院・南博信氏)が、7月28~30日、神戸国際展示場、他(兵庫県神戸市)にて、「Breaking Through the Barriers: Optimizing Outcomes by Integration and Interaction」をテーマに開催された。本紙では、免疫療法関連企画の中から、パネルディスカッション「免疫チェックポイント阻害薬の副作用管理」(司会=和歌山県立医大・山本信之氏、がん研有明病院・西尾誠人氏)の様相を紹介する。

## ◆領域横断・職種横断のチームマネジメントが必要

### ●南博信会長

「いつ、どのような種類の免疫関連有害事象(以下、irAE)が生じるか予想することは事実上困難である」。そう説明したのは、腫瘍内科医の北野滋久氏(国立がん研究センター中央病院)。従来の抗がん薬に比べて免疫チェックポイント阻害薬による副作用の発生頻度は低いものの、irAEは胃腸障害・肝障害・肺臓炎・皮膚障害・神経障害・内分泌障害など幅広い範囲に生じ得る。特に内分泌障害は不可逆で、ホルモン補充療法から離脱できない症例が多い。また、発症時期は治療中が多いが、投与後数週から数か月後に発症することもある。さらに、複合的がん免疫療法(併用療法)では、同時併用による副作用の増強に加え、投与順序による副作用の出現もある。氏は、ベースラインと各回投与前に肝機能・血糖・甲状腺機能の血液検査を行うこと、安全性を重視しステロイド等で積極的に副作用対策を行うことを推奨(ただし、腸管穿孔例、劇症1型糖尿病例では投与しない)。順次投与であっても免疫チェックポイント阻害薬の影響に留意するよう注意を呼び掛けた。

irAEのうち、死亡例も報告されている間質性肺疾患(以下、ILD)については、岡本勇氏(九大病院)が解説した。免疫チェックポイント阻害薬のうち、オプジーボを使用した非小細胞肺癌患者数は2016年5月4日時点で推定4593人。その内、ILD発症は2.9%(134例)、死亡は0.3%(14例)。ILD発症例の約7割は、投与開始4週間以内に発症している。同大では、添付文書や適正使用に関する留意事項を基にirAEの初期症状をまとめた「副作用確認シート」を作成し、副作用の早期発見に努めている。さらに、添付文書上は禁忌ではないが、自己免疫疾患を増悪する可能性があるため、シェーグレン症候群の場合は他のレジメン使用を推奨、自覚症状や他覚所見に乏しい場合でも抗核抗体が160倍以上であれば膠原病内科を受診、リウマチ因子や抗核抗体の導入前スクリーニングをルーチンで行うなどの対策を行っていると紹介した。

チームでの取り組みを紹介したのは、中島貴子氏(聖マリアンナ医大)。同大副作用対策チームでは、①投与前問診票・チェックリストの作成、②検査項目セット登録、③投与例リストの作成・カンファランスでのアップデート、④チームメンバーメーリングリストによる情報共有、⑤院内勉強会の開催などの活動を行っている。同大ではこれまでに免疫チェックポイント阻害薬を延べ188回投与し、各種副作用例を経験したが、チームでの対応が功を奏し、副作用による中止に至った症例はないという。

外来看護師の小貴恵理佳氏(国立がん研究センター中央病院)は、患者本人は副作用と気付いていない訴えの中から看護師がirAEを発見した事例を挙げ、副作用の予測が難しいからこそ、多職種で異常の早期発見に努める必要性があるとの考えを示した。さらに、免疫チェックポイント阻害薬は副作用マネジメントを的確に行えば就労を継続できる治療薬であるため、混乱期に退職等の決断をしないように伝えることや、セルフモニタリングや副作用出現時の対処法などの患者教育も重要だと強調した。

薬剤師の立場から登壇したのは、藤原季美子氏(近畿大病院)。氏は、irAEか否かは症状からの判別が難しいが、副作用の発症時期や頻度を把握しておくことは重要であると述べた。オプジーボの悪性黒色腫への使用の場合、10%以上の高頻度な副作用は皮膚疾患、消化管障害、10%未満の副作用は内分泌障害、肝障害、肺疾患、腎障害だという。現在、複数の免疫チェックポイント阻害薬が臨床試験中であり、今後、適応がん腫、薬剤が増え、使用する診療科の増加やさまざまな背景を持った患者への使用が予想される。氏は、治療開始前のスクリーニングと開始後のモニタリングが不可欠だと指摘し、講演を締めくくった。

度を確認することができる。

本書は、拡大内視鏡所見を病態から理解できる世界唯一の成書である。本書で使われる分類や用語を暗記することよりも、所見を理解するための教科

書として一読されることをお勧めする。これまで胃炎、胃癌診断に精通してきた先生から、内視鏡を始めたばかりの新人まで広く内視鏡医に読んでいただきたい著書である。

## 採択される申請書は、どこが違うのか?

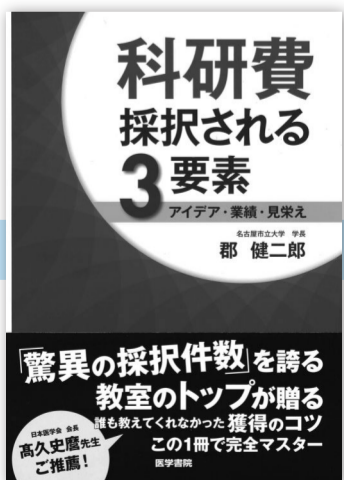
# 科研費採択される3要素

アイデア・業績・見栄え

驚異の採択件数を誇る教室のトップが贈る、科研費採択をめざす読者に向けた渾身の1冊。本書では、「研究の楽しさ、美しさ」を知ることが科研費採択への第一歩であるとし、その上で実際の申請書の書き方を具体的に詳述。どのような申請書なら審査委員の心を打つのかを事例を用いて解説し、「見栄え」をよくすることで受け手の印象がガラッと変わることも示している。「申請書を引き立てる表現」などの付録も充実。

## 郡 健二郎

名古屋市立大学 学長



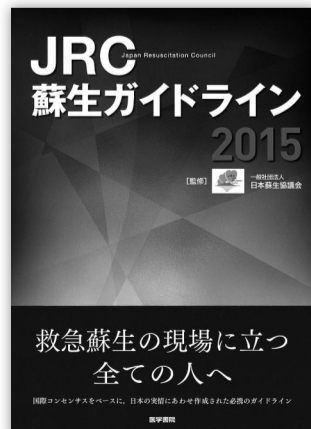
●B5 頁196 2016年  
定価:本体3,800円+税  
[ISBN978-4-260-02793-9]

医学書院

## 救急蘇生の現場に立つ全ての人へ、必携のガイドライン最新版

# JRC 蘇生ガイドライン 2015

【監修】一般社団法人 日本蘇生協議会



各国の蘇生協議会を束ねる国際組織ILCORが5年ぶりに作成した国際コンセンサスであるCoSTRに基づいて、日本の実情にあわせて作成されたガイドライン最新版。日本蘇生協議会が総力をあげ、徹底的な議論を経て作り上げた。新たにファーストエイドの章が新設されたことをはじめ、すべての内容が改めて検討された。救急蘇生の現場に立つ、医師、看護師、救急救命士をはじめとする全ての人に必携のガイドライン。

●A4 頁592 2016年 定価:本体4,500円+税  
[ISBN978-4-260-02508-9]

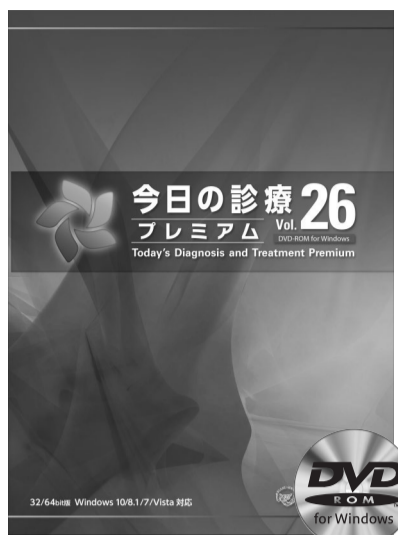
医学書院

# 国内最大級の総合診療データベース

# 今日の診療 26 プレミアム Vol.26

DVD-ROM for Windows

## Today's Diagnosis and Treatment Premium



●DVD-ROM版 2016年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610155]

### タブレット端末やスマートフォンなどでもご利用いただける「Web閲覧権」付

タブレット端末やスマートフォン、パソコンなど、お手持ちの複数の端末でご利用になれます\*。



\*2台以上の端末で同時にログインすることはできません。

※利用可能期間は、お申し込み後1年間です。お申し込みは、2017年4月30日で締め切らせていただきます。

※「今日の診療プレミアムWEB」ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。

## today'sdt.com

『今日の診療プレミアム』試用版をご利用ください

医学書院のベストセラー書籍15冊、約100,000件の収録項目から一括検索



### 治療薬は独自検索機能でさらに便利に

「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。

Search form with fields for drug name, indication, contraindications, side effects, and manufacturer.

### データはPCにインストールできます

本商品(DVD-ROM)のデータは、PCにインストールできます。また、オンラインライセンス認証により認証番号の取得を行えば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。

※認証番号の取得は、最大3台までのPCに行うことができます(特定の1人が使用する場合)。

骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.26」もご利用しております



## 今日の診療 ベーシック Vol.26

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610179]

※「今日の診療 ベーシック Vol.26」には、Web閲覧権は付与されません。

### 収録内容

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2016年版 Update
- ② 今日の治療指針 2015年版
- ③ 今日の診断指針 第7版 Update
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第16版 Update
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2015-2016
- ⑧ 治療薬マニュアル 2016 Update

\*書籍とは一部異なる部分があります

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第3版 Update
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス
- ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑮ 医学書院 医学大辞典 第2版

## プロの内科医をめざすあなたが解いておくべき最新143題!

# 目でみるトレーニング

## 第3集 内科系専門医受験のための必修臨床問題

監修 『medicina』編集委員会  
責任編集 岡崎 仁昭

内科系専門医試験対策に定評のある臨床問題集『目でみるトレーニング』の待望の第3集が登場。専門医試験の出題領域に沿って、専門医試験の出題形式で作成された最新の143題は、内科系専門医試験対策に最適であると同時に、日常診療におけるトレーニングや生涯学習教材としても最適である。プロの内科医をめざすなら、必ず解いておきたい1冊。

●B5 頁320 2016年 定価：本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-02530-0]

### 目次

- 消化器(問題001-018)
- 循環器(問題019-032)
- 内分泌・代謝(問題033-045)
- 腎臓・泌尿器(問題046-056)
- 呼吸器・感染症(問題057-089)
- 血液・造血管・悪性腫瘍(問題090-099)
- 神経(問題100-114)
- アレルギー・膠原病(問題115-131)
- 総合内科・救急(問題132-143)

### 好評既刊本

## 目でみるトレーニング

認定内科医・認定内科専門医受験のための151題

監修 『medicina』編集委員会  
責任編集 岡崎 仁昭

●B5 頁352 2008年 定価：本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-00584-5]

## 目でみるトレーニング

内科系専門医受験のための臨床実地問題

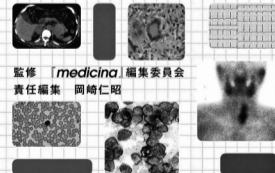
監修 『medicina』編集委員会  
責任編集 岡崎 仁昭

●B5 頁368 2013年 定価：本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-01761-9]

## 目でみる トレーニング

### 第3集

内科系専門医受験のための必修臨床問題



定評ある内科系専門医試験対策問題集に待望の第3集が登場!

医学書院



## 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>  
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: [sd@igaku-shoin.co.jp](mailto:sd@igaku-shoin.co.jp)