

2010年10月4日  
第2898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  
JCOPY <創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

- [特集] チーム医療の大切さを伝えよう (昭和大学、筑波大学、国際医療福祉大学) / 北島政樹氏に聞く…………… 1—5面
- [連載] メンタル/航海術/ER/EBCP/心電図/論文解釈/クリティカルケア/行動科学
- MEDICAL LIBRARY…………… 14—15面

## 特集 チーム医療の大切さを伝えよう

現在、チーム医療の考え方は不可欠になっており、卒前教育によって学生の段階からそうした認識を持つことをねらいとした IPE (←キーワード) の試みが盛んになっている。IPE は、PBL チュートリアルや合同実習などを主体としたカリキュラムのもと、保健・医療・福祉分野の大学・学部が他学部や他大学の他職種養成課程と連携し、合同で学習を進めるものだ。その教育効果に期待が高まっているが、カリキュラム作りや、専門分野の異なる学生たちの評価など本格的運用には課題が残されているのも事実だ。

そこで本紙では、特色ある IPE を展開している昭和大学 (1—2 面)、筑波大学 (3 面)、国際医療福祉大学 (4—5 面) の 3 大学を取材。実際の教育風景と、教育にあたるトッププランナーの言葉から、効果的な IPE のポイントに迫った。

## 昭和大学 すべての年次で継続的に教育 医・歯・薬・看護・PT・OT の合同学習

昭和大学を取材したのは 5 日間からなる「学部連携病棟実習」の 4—5 日目。この実習では、各学部から 5 年生 (保健医療学部は 4 年生) が 1 名ずつ参加して 5—7 名で 1 グループをつくり、一人の患者を担当する。実習中は、できるだけグループで行動し、他学科の学生が患者とのかかわる際に駆使する知識や技術を学び、チーム医療を理解することをめざす。ここでは、70 代女性のパーキンソン病患者を担当したグループ (メンバーは医・歯・薬・看護・作業療法の学生各 1 名) が 5 日目に行った振り返りのミーティングに沿って、実習で学生たちはどのような場面に出合い、何を学んだのか、紹介する。

### 患者とのかかわりに 各職種の個性が現れる

振り返りではまず、医学生から担当患者の身体的所見や検査値が報告さ

れ、MIBG 心筋シンチグラフィの結果などからパーキンソン病と診断された過程が示された。続いて、看護学生から食事、排泄、コミュニケーション等をもとにした ADL 評価の結果が、薬学生から痛みや不眠などの患者の状態に応じた服薬状況が示された。

続いて、実習中に集中的にアプローチした点に関する報告が行われた。①振戦：右上下肢を中心に認め、緊張なども影響している様子だった。そこで、実習 3 日目に薬学部学生も服薬指導に参加してパーキンソン病治療薬の服用回数を増やしたところ、症状は改善された。②首下がり：症状の憎悪・寛解が 1 日のうちに繰り返されていたが、リハビリなどによって改善傾向を見いだすことができた。マッサージやストレッチで股関節・脊椎の伸展を促し、首下がりの改善に努めるなどリハビリによる治療を行った。

## ← IPE (Interprofessional education ; 専門職連携教育, 関連職種連携教育)

チーム医療の重要性を伝えることをめざした教育法。世界中で実施されており、中でも英国では、General Medical Council が発行する医学部卒前教育改革の指針「Tomorrow's Doctors」2009 年版で、医学生の IPE 必修化が明記されたのをはじめ、多くの医療専門職養成課程で IPE が必修となっている。さらに、世界保健機関 (WHO) も今年、各国の IPE 実施事例をもとに、教員養成、カリキュラムづくり、職種間の情報共有法などのモデルケースを示した「Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice」を公表。IPE を推奨する方向性を打ち出している。

わが国でも、2008 年に日本保健医療福祉連携教育学会が設立されるなど、近年注目を集めている。

## ——IPE の今

また、自宅では家事もこなすという患者のことを考え、家事に必要なとされる握力の基準値 10kgw を維持するためのトレーニングも行い、ADL の改善・維持を図った。③多汗：実習初日の会話・リハビリ時に目立ち、学生グループも原因や対応について検討。2 日目以降は改善していき、最終日にはほとんど認められなくなった。

④不眠：実習前に抗不安薬の服用を中断したことが一因と学生たちは考え、主治医への提案により催眠薬を就寝前に処方したことで改善された。⑤不満・不安：実習初日は「学生の実習に協力しなければよかった」と思っていたようだが、実習が進むにつれて、次第に学生たちに悩みを打ち明けるようになった。「月に一度通っている保健所で、同じパーキンソン病の人の症状が進んでいくのを見てきた。自分もそうなるのか」「薬の量が増えてきている」など、さまざまな不安を口にしていたが、学生グループの丁寧な説明もあり、不安もほとんど緩和した。

⑥口腔ケア：歯磨きのサポートや口腔内診査を実施。口腔内診査では、パーキンソン病の入院患者の口腔内としては比較的清潔だが、ケアを怠ると誤嚥性肺炎になる恐れがあると判断。また、就寝時にも入れたままの一本義歯は誤飲も懸念され、これらの点への介入が指導をする歯科医師と医学生を中心に検討された。しかし、患者は歯科治療が苦手であったため、徐々に介入していくこととし、まず義歯洗浄を実施した。これにより、患者は清涼感を感じ、口腔ケアに前向きな姿勢を示すようにな



●昭和大学附属病院呼吸器内科病棟で行われた「学部連携病棟実習」トライアルで、看護学生が血圧測定を行う場面。生活や病気にする悩みなどがなければ、患者に声をかけながら測定する。処置の合間に患者の情報をさりげなく引き出す技術は看護師の専門分野であり、グループの他学部メンバーも血圧測定に取り組む看護学生を熱心に見学していた。

った。この「チーム」の個性と職種連携の軌跡を、これらの 6 項目の中にもみることができた。病態と症状の把握では医学生が、薬の処方支援と服薬指導では薬学生が、リハビリや退院後の生活支援では作業療法学生が、患者の心理面の理解や声かけでは看護学生が、口腔ケアでは歯学生が、それぞれ積極的に行動し、患者のケアに努めていた。実習生の感想を 2 面にて紹介する。

### 「学部を超えて」 教育理念に込めた思いを形に

昭和大学の IPE プログラム確立の原点は、「昭和大学の教育理念」に謳われている「学部の枠を越えてともに学び、互いに理解し合え、協力できる人材を育成する」という言葉だ。

2006—08 年度にかけて文科省の支援を受けて、

(2 面につづく)

10  
October  
2010

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。

|                                                                                                           |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>標準組織学 各論 (第4版)</b><br>共著 藤田尚男、藤田恒夫<br>改訂協力 若永敏彦、石村和歌<br>B5 頁624 定価12,600円<br>[ISBN978-4-260-00302-5]   | <b>トワイクロス先生の<br/>がん患者の症状マネジメント<br/>(第2版)</b><br>著 Robert Twycross, Andrew Wilcock,<br>Claire Stark Toller<br>監訳 武田文和<br>A5 頁520 定価3,990円<br>[ISBN978-4-260-01073-3] | <b>認知行動療法トレーニングブック<br/>統合失調症・双極性障害・難治性<br/>うつ病編 [DVD付]</b><br>著 Jesse H. Wright, Douglas Turkington,<br>David G. Kingdon, Monica Ramirez Basco<br>監訳 古川壽亮<br>訳 木下善弘、木下久慈<br>A5 頁440 定価12,600円<br>[ISBN978-4-260-01081-8] | <b>炎症性腸疾患</b><br>編集 日比紀文<br>B5 頁352 定価13,650円<br>[ISBN978-4-260-01007-8]                              |
| <b>CRCのための<br/>臨床試験スキルアップノート</b><br>編集 中野重行、中原綾子<br>B5 頁256 定価3,990円<br>[ISBN978-4-260-00859-4]           | <b>腎機能低下患者への薬の使い方<br/>(第2版)</b><br>編集 富野康比呂<br>B6 頁304 定価3,990円<br>[ISBN978-4-260-00888-4]                                                                          | <b>糖尿病と心臓病<br/>基礎知識と実践患者管理Q&amp;A51</b><br>編集 岸川哲典、吉松博信<br>A5 頁312 定価4,725円<br>[ISBN978-4-260-01164-8]                                                                                                                   | <b>噴門部癌アトラス</b><br>編集 南風病院消化器内科<br>B5 頁168 定価8,400円<br>[ISBN978-4-260-01049-8]                        |
| <b>病態のしくみがわかる<br/>免疫学</b><br>編集 関 修司、安保 徹<br>B5 頁304 定価4,200円<br>[ISBN978-4-260-00997-3]                  | <b>てんかん鑑別診断学</b><br>著 P. W. Kaplan, R. S. Fisher<br>訳 吉野相英、立澤賢孝<br>B5 頁352 定価9,975円<br>[ISBN978-4-260-01028-3]                                                      | <b>大腸癌の構造<br/>(第2版)</b><br>中村恭一<br>B5 頁240 定価12,600円<br>[ISBN978-4-260-01143-3]                                                                                                                                          | <b>IBDがわかる60例<br/>炎症性腸疾患診断の経過と鑑別</b><br>中野 浩<br>B5 頁256 定価8,400円<br>[ISBN978-4-260-01168-6]           |
| <b>臨床推論ダイアローグ</b><br>編集 杉本元信<br>編集協力 瓜田純久、中西員茂、島田長人、徳田安春<br>A5変型 頁456 定価4,410円<br>[ISBN978-4-260-01057-3] | <b>てんかん治療ガイドライン2010</b><br>監修 日本神経学会<br>編集 「てんかん治療ガイドライン」作成委員会<br>B5 頁168 定価5,250円<br>[ISBN978-4-260-01122-8]                                                       |                                                                                                                                                                                                                          | <b>生涯人間発達論<br/>人間への深い理解と愛情を育むために<br/>(第2版)</b><br>服部祥子<br>B5 頁204 定価1,995円<br>[ISBN978-4-260-01170-9] |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          | <b>ケアと対人援助に活かす瞑想療法</b><br>大下大圓<br>A5 頁264 定価2,520円<br>[ISBN978-4-260-01178-5]                         |

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



## 特集 チーム医療の大切さを伝えよう

(1面よりつづく)

援(「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム(医療人GP)」)を受け、学部合同の早期体験実習やPBLチュートリアルなどのチーム医療の基礎を作る4学部連携カリキュラムを、低学年の学生を対象に作成(「チーム医療の有用性を実感する参加型学習」事業)(表)。

●表 昭和大のIPEカリキュラム(5—6年生対象のカリキュラムは試験運用中)

| 履修年次       | 履修内容                                                                                                                              |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6<br>(4)   | 高度な専門性に基づくチーム医療を実現する<br>専門領域別アドバンスト実習(選択):1か月。学部合同の学生チームで希望する専門領域の病院実習を実施。                                                        |
| 6<br>(4)   | 地域社会で患者中心のチーム医療を実践する<br>学部連携地域医療実習(選択):2週間。学部合同の学生チームで在宅医療、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーションなどとの連携を体験。                                       |
| 5<br>(4)   | 病院で患者中心のチーム医療を実践する<br>学部連携病棟実習(必修):1週間。実際の患者を学生が学部合同チームで担当する。                                                                     |
| 4<br>(2—3) | チーム医療実践の基盤を構築する<br>病棟シミュレーション学部連携型PBLチュートリアル(必修):2日間。模擬カルテなどの病棟での患者資料をもとに討議。                                                      |
| 3          | チーム医療で患者と薬に目をつける<br>学部連携型PBLチュートリアル(必修):週1日×3週。学部合同で課題症例について議論。適切な薬物治療を提案する。<br>救急・外科医療体験学習(必修):2日間。救命救急センター・手術室でのチーム医療を見学。       |
| 2—3        | 医療・福祉のプロセスを体験する<br>外来診療・病棟看護体験学習(必修):3日間以上。地域病院・診療所外来、大学病院病棟等で、医療チームの連携を見学。<br>福祉・介護体験学習(必修):3日間以上。高齢者福祉施設等で介護実習。さまざまな介助の支援を実施。   |
| 1          | 医療人マインドの獲得と共有<br>学部連携型PBLチュートリアル(必修):週1日×3週を4回。テーマは、早期体験実習、医療倫理、寮生活・健康など。<br>早期体験学習(必修):2週間。福祉施設の体験、病院見学、一次救命処置・AED、外科的救急処置などを実習。 |

\*履修年次の( )内は保健医療学部の場合

## 実習に参加して学んだことは？

●医師の役割は、総合的視野で患者さんの人生を案内すること

横山加奈子さん(医学部5年)

看護師は患者さんやその家族の思いに寄り添い、身体的、精神的ケアを行う。作業療法士は、リハビリを通して入院中、入院後の患者さんの生活を支える。歯科医師は、歯科治療を通して患者さんの健康を支える。薬剤師は、患者さんの背景を知り、それぞれに必要とされる投薬を考える。

以上が4学部合同で行われた病院実習で、他学部の現場への取り組みを見て、私が感じたそれぞれの専門性です。それぞれが専門性を認識して、それぞれの視点で患者さんと向き合っていました。それでは医師は？医師の仕事とは？それを実習期間中ずっと問われていたように思います。

実習中、毎日患者さんのところへ行き様子を伺い、診断・治療方針は今のままでいいのかさまざまな視点から考えました。しかしやはり私は「医師としてできること」がよくわからなかったので、「医師に求められること」を探ることにしました。

まず医師に求められているのは、患者さんの健康を支えるのに必要とされる、さまざまな医療職の視点(専門性)の把握だと感じました。そしてさらに患者さんのいのち、健康を守っていくためにそれぞれの視点をどう活かすかを考え、医療というフィールドでよりよい生き方を患者さんに案内していくことが求められます。つまり、医師とは総合的な視野で患者さんの人生を案内していく責任者なのだと感じました。私たち医学生は医師としてやりたいことを中心に医師人生を考えがちです。しかし、患者さんが必要としてくれるからこそ医師という仕事が成り立つということを、今回の実習を通してあらためて感じました。このような意識のもと、医師の専門性というものを考え続けていきたいと思います。

●チーム内のさまざまな視点によって、患者さんのニーズをくみ取る

篠原七恵さん(保健医療学部看護学科4年)

今回、他学部の学生の実習を見学した中で最も印象に残っていることは、歯学生の口腔ケアです。当初、患者さんは総入れ歯を使用していましたが、自身で歯磨きや入れ歯の手入れを行うことができており、特別なケアは必要ないように見えました。しかし、歯学生による入れ歯のケア、歯磨きの仕方の指導を受けると「口の中がさっぱりした。全然違うわ」ととても喜んでいました。今まで、病棟での「歯医者さん」のイメージが湧きませんでした。が、病棟における歯科の役割や口腔ケアの大切さを理解することができました。

チーム内のさまざまな視点から患者さんを見ることによって、看護の視点のみでは見落としてしまいそうなこともくみ取ることができ、充実したケアを行うことができると学びました。患者さんを中心とし、各職種が専門性を生かした医療を実践することの大切さを肌で感じることができました。

今後、実習で学んだことを生かし、各職種の相互理解を深めるとともに情報共有を行い、連携して患者さんのニーズを満たす医療を実践していきたいと思います。



医療の質向上のためには、診療情報の適正管理が必須

## 診療情報学

多職種が関わりあい、専門分化が進む病院医療の現場において、診療情報の適正な管理は医療の質の向上に欠かせないとして近年注目されている。本書は日本診療情報管理学会が総力をあけて、医師、看護師をはじめとする医療従事者が日常の業務において記載する記録の意義、役割、方法などについて、診療情報学の今後の望ましいあり方にも焦点をあてつつ、この領域を網羅した待望のバイブル。

編集 日本診療情報管理学会



B5 頁456 2010年 定価8,400円(本体8,000円＋税5%) [ISBN978-4-260-01083-2]

医学書院

さらに09年度からは、文科省「大学教育推進プログラム」支援のもと、高学年の学生を対象とするカリキュラムの立ち上げに取り組んでいる(「チーム医療を実現する体系的学士課程の構築——医系総合大学の特色を活かした参加型のチーム医療学習による医療人養成カリキュラム」事業)。現在、表のうち、「チーム医療実践の基盤を構築する」までのカリキュラムが実際に運用されている。一方、5—6年生を対象としたものは、学生の協力を得ながら実習を行い、カリキュラムの不具合をチェックする「トライアル」と呼ばれる試験運用を実施中だ。今回取材した「学部連携病棟実習」も「トライアル」の1つで、各学部の学生に協力を得ながら23グループを作り、7・10・12月と3回に分けて実施する予定となっている。

トライアルに協力する学生の大半は自主的な参加だという。学生と教職員が力を出し合うことにより、カリキュラムの整備が着々と進んでいる。

## IPEの秘訣は、施設の整備と教職員の密な連携

### 木内 祐二氏(昭和大学薬学部教授／学部連携教育運営委員会委員長)に聞く

——昭和大学の1年生は寮生活をするそうですね。

木内 はい。原則的に所属学部の異なる4人が一部屋に生活することで、自分とは異なる医療職をめざすがどんな勉強をし、どんな考え方をするのかを知ることができます。他職種への理解を深める基盤づくりというわけです。

——IPEは寮生活から始まるとも言えますね。

木内 寮で一緒だった学生同士は、寮生活を終えた2年生以降も助け合って勉強しているようです。薬のことがわからなかったら同部屋だった薬学生に聞けばいい、病態のことがわからなかったら医学生に聞けばいい、という具合です。カリキュラムにも4学部合同の科目を多く設けており、各学部の1年次のカリキュラムの約6割は共通で、学部合同の講義や実習、PBLチュートリアルなどの演習も頻繁に行っています。——2年生以降も学部合同の大規模な実習が続きます。

木内 それを可能にしている要因のひとつは、本学の附属病院です。8施設・計約3200床の附属病院が、多くの学生の多様な学びの希望を実現する場となります。

——各学部の教職員の連携はどうされていますか。

木内 学部長会の指導のもとに4学部の教職員からなる学部連携教育運営委員会を設置し、学部合同のPBLやさまざまな実習の運営および自己評価をしています。また、各学部内に教育推進室(薬学部は教育推進センター)を設置し、各学部のカリキュラムを長期的な視点で検討しています。もちろん、各推進室間の情報交換も密に行うようにしています。

連携のおかげか、PBLや病院実習における学生への指導は原則として4学部の教職員が協力して行い、病院スタッフの負担を最小限にすることができています。ただ、実際には多くの病院スタッフの方が学生の指導を自発的に行ってくれています。これは、昭和大学の学生にチーム医療の重要性を理解した医療者になってほしいという温かい気持ちの表れで、とても感謝しています。

——IPEを推進していく上で、たいへんなことは何ですか？

木内 まず、PBLや実習へ向けて各学部の学習状況の足並みをそろえることです。各学部の教育関係の先生に集まってもらって、ワークショップ形式の泊りがけのディスカッションを繰り返し行い、カリキュラムを作っていきます。

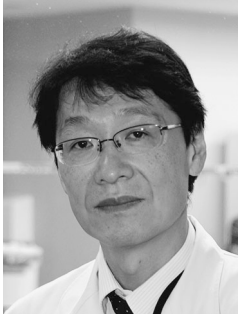
また、PBLチュートリアルシナリオ作りもディスカッションを何度も重ねる必要がある、手のかかるものです。シナリオができたならトライアルをしてチェックします。シナリオ設定がよくないと、所属学部の専門性を生かせず議論に参加できない学生が出たり、こちらの想定と異なる議論が進んでしまったりすることがあるためです。こうした点を何度も修正する必要がありますので、1つのシナリオを作るためには、半年ぐらいかかりますね。シナリオも使い回しをしていては学習効果が落ちてしまうので、1年生、3年生ともに複数のテーマを用意し、毎年異なるものを用いています。

実習では、担当する患者さんの疾患がポイントの一つになります。すべての学部の学生が専門性を発揮してかわかれるような病状の患者さんでなければ、チーム医療を実感できないからです。このときには、全附属病院・病棟の先生方との情報交換は不可欠ですね。

——関連職種連携は、教員にも求められるということですね。

木内 カリキュラム作りには膨大な時間がかかりますが、大切なことは、各教員がよりよい教育の実現に向けて一丸となることだと思います。本学には以前からそうした取り組みがありましたし、学長・理事長も積極的にサポートしてくださっていることが、現在につながっているのだと思います。

実習では、学生は多様な専門性をうまく融合させて、個々の職種だけでは集められないような情報を短時間で集めてきてくれます。それが、患者さんの思いや苦しみに気づいたり、患者さんの回復を実感し、喜びの表情を感じ取ったりする力を倍増させ、患者さんの利益と、やりがいのある医療につながります。それがIPEの目的であり、学習効果だと私は思っています。今後のさらなる普及を願います。(了)



●木内祐二氏

対話の中から学ぶ、診断にいたるまでの思考のプロセス

## 臨床推論ダイアローグ

指導医とレジデントの対話形式で診断の思考プロセスをトレーニング。「よくある疾患だが意外な症状」や「よくある症状だが意外な疾患」など、研修医にとって示唆に富む40症例を厳選。これらを診断の難易度別に5段階に分類し、初學者でも無理なくステップアップできる構成とした。各項目は「Prologue(症例提示)→Dialogue(臨床推論)→Epilogue(確定診断)」という一連の流れで小気味よく展開。

編集 杉本元信  
東邦大学教授・東邦大学医療センター大森病院院長  
編集協力 瓜田純久  
東邦大学教授・総合診療内科  
中西員茂  
東邦大学准教授・総合診療内科  
島田長人  
東邦大学准教授・総合診療内科  
徳田安春  
筑波大学教授・附属病院水戸地域医療教育センター総合診療科(東邦大学客員教授)



A5変型 頁456 2010年 定価4,410円(本体4,200円＋税5%) [ISBN978-4-260-01057-3]

医学書院



## IPEの今 特集

筑波大 互いの違いを知り、尊重し合う  
柔軟性を育む“ケア・コロキウム”

1977年の開学当初から、教育目標にチーム医療（註1）を掲げる筑波大。同大医学類では、近年の社会背景に即した全人的診療能力を涵養すべく、①PBLチュートリアル、②クリニカルクラークシップ、③医療概論、を柱とした新カリキュラムを2004年に導入した。

このうち医療概論は「医学概論コース」（註2）として、学問としての医学だけではなく、信頼される医療人として必要な知識・技能・態度を継続的に学ぶことを目的に、1—5年次を通して設置されている。そのユニットの1つとして位置付けられているのが「チーム医療実践力育成プログラム」（図）だ。本紙では、その中心となる専門職連携教育プログラムである「ケア・コロキウム（チームワーク演習）」について、医学教育企画評価室の前野貴美氏にお話を伺った。

ケア・コロキウムは、筑波大医学群を構成する医学類（3年次）、看護学類（4年次）、医療科学類（4年次）の学生約220人を対象に、5日間にわたって行われるプログラムである。学生は3学類混成の7—8人の小グループに分かれ、あらかじめ用意されたシナリオをもとに、その問題点や解決策等についてチュートリアル方式で討論を行う。時間割は、オリエンテーション、アイスブレイク、チューターが同席し討論を行うコアタイム、学生のみで討論を行うグループワーク、質問タイムにより構成される。4日目には、グループワークの成果を発表する「全体発表」が設けられている。

## 教員の役割認識も重要な鍵

初日は、オリエンテーションに続いて、アイスブレイクの時間が1時間ほど確保されている。ここからがグループ活動のスタートで、初対面の学生が打ち解けて話し合いができるように自己紹介を行うほか、チーム名やチーム内のルールを決めるグループワークを行う。「思ったことを口に出す」「人の話をしっかり聞く」「敬語を使わない」など、互いを尊重しながら率直に話し合うためのルールが、学生自身の言葉で設定される。

コアタイムでは、3学類の教員がチューターを務める。もともとPBLチュートリアル教育をカリキュラムの柱に据えている医学類では、教員全員が



●3学類混成のグループワーク。右端がチューターを務める教員（資料1より）

チュートリアル教育やチューターの役割について、初任者研修、3年ごとの更新研修において学ぶことが定められている。このケア・コロキウムにおいても、初めてチューターを務める教員に対しては、事前に初任者研修が行われるほか、ケア・コロキウム当日には外部講師を迎え、3学類の教員を対象にワークショップ形式のFD（Faculty Development）を実施している。

前野氏は「ワークショップにおける3学類混成のグループワークを通して、さまざまな視点があることに教員自身が気付く。学生のファシリテートにおいても、個々の視点が違うことを認識し、その違いを大事にしながら働きかけていくことが重要」と話す。こうしたチューターのきめ細かなファシリテートのもとで、コアタイムにおける討論は進められる。

## 職種による視点の違いを知る

シナリオは、「末期患者の在宅での看取り」や「初発の統合失調症患者と

その家族のケア」など、患者および家族のサポートに多職種がかかわる内容となっている。討論が進むにつれて時間が経過した新たなシナリオが提示されるなど、より臨場感を持って患者の問題をとらえることができるよう、工夫されている。また、話し合う過程で生じた疑問や解決策を探るために必要だと思われる情報は、「質問タイム」において、シナリオ作成者に質問する機会も与えられる。

前述したように、同大医学類では1年次からチュートリアル学習を取り入れているため、グループ討論自体には慣れている。しかし、ケア・コロキウムでは、臨地実習を既に終え、実際の臨床現場で患者・家族をケアという視点でとらえることを学んだ看護学類の学生が議論を引っ張っていく場面も少なくない。「医学類の学生は、やはり治療の観点から患者の問題をとらえることが多い。そのため、他学類の学生の発言を聞き、さまざまな視点が必要であることに気付く。そのことで、他職種に対する尊敬の念が自然に芽生えていく」とのこと。

## チームとは何か、あらためて問い直す

ケア・コロキウムの最大の特徴は、4日目の全体発表の後に振り返りのグループワークを行い、それを「素晴らしいチームワークへの提案」としてまとめることにあるのではないだろうか。「ケア・コロキウムを通して実感してほしいのは多職種連携の素晴らしさであり、シナリオはそのための素材」と前野氏。自分たちが“チームとして”どうだったのかを振り返り、どうすればよりよいチームが形成できるのかを皆に提案する機会を持つ。チームワークについてあらためて考え、言語化し、共有していくことが重要なのだ。

学生たちはこの作業を通して、同じ患者を前にしても、職種によってとらえ方が異なることをあらためて確認する。学生から寄せられたアンケート結果にも、「互いの専門領域を理解し合う」「自分の役割と責任を自覚する」「共通の目標を持って取り組む」「積極的に議論に参加する」など、チーム医療の核心に触れる言葉が並ぶ。

## 若い力が臨床現場を変えていく

ケア・コロキウムは、2003年に短期大学から4年制大学となった看護学類、医療科学類から、医学類に対して合同プログラムの導入が提案されたことが開始のきっかけとなっている。くしくも医学類でもカリキュラムの抜本的な見直しが行われていたことから、一般的には困難である学類間のスケジュール調整は比較的スムーズだったという。しかし、準備段階では学類間で意思疎通に悩む場面も少なくなかった。



## ●前野貴美氏

1992年筑波大医学専門学群卒。河北総合病院内科、川崎医大病院総合診療部、筑波メディカルセンター等を経て、2007年より筑波大医学群医学

教育企画評価室講師。医学教育カリキュラムのコーディネート、総合診療科の教育・診療・研究に従事するとともに、ケア・コロキウムのコーディネーターとして、チーム医療・専門職連携教育の推進に取り組んでいる。

そのようななか、2006年の開始以降ケア・コロキウムを継続して実施してきたのは、何よりも学生の反響が大きかったからだという。また、2007年に文科省の「特色ある大学教育支援プログラム（特色GP）」に採択されたことも、その後の発展につながる後押しとなった。さらに、専任の技術職員が18人配置されている医学教育企画評価室が、教育に関する一連の支援業務を担っていることもプログラムを支える力となっているようだ。

今後の目標は、実際の患者のもとで演習を行うこと。臨床現場では、シナリオからは読み取ることのできない職種間の対立や患者・家族の事情など、さまざまな問題がある。しかし、その実現には高い壁もあることから、よりリアリティを持って考えを深めることができるよう、現在は映像シナリオを導入するなどの工夫も行っている。

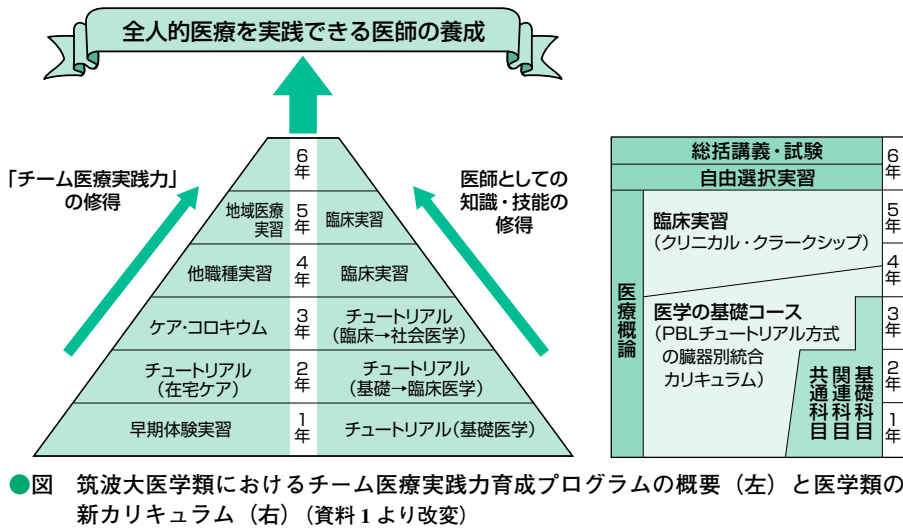
また、今年度からは東京理科大の薬学部の学生がケア・コロキウムに加わることになっている。現在の優れた教育効果を維持しながら、いかに300人の学生の学びにつなげていけるかが運営面の課題だ。

異なる職種の視点を尊重しながら、目の前の問題について話し合うことによって、患者にとって最適だと思われる解決策を見だしていく。学生時代に培った柔軟かつ広い視野は、臨床現場をも変えていく原動力となるに違いない。

註1) 筑波大では「チーム活動において強調し、建設的に行動できる態度と習慣を身につける」を教育目標の1つに掲げている。  
註2) 「医学概論コース」は、①医師患者関係、②チーム医療、③地域医療（プライマリ・ケア）、④医療安全、⑤ヘルスプロモーション、⑥医療倫理、⑦プロフェッショナリズム、という7つのユニットから成る。

## ●資料

1) 筑波大学医学群、平成19年度「特色ある大学教育支援プログラム」採択プログラムチーム医療実践力育成プログラム ケアコロキウム（チームワーク演習）——素晴らしいチームワークへの提案。2010。



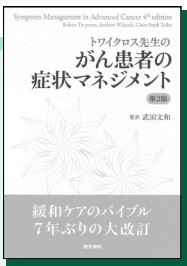
末期がん、進行がん患者の諸症状管理のためのバイブル

## トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント 第2版

Symptom Management in Advanced Cancer, 4/e

初版刊行後、トワイクロス先生はその原著をWEBで公開。全世界の専門家からコメントが寄せられ、その睿智は、本書の刷新と充実に注ぎ込まれた。末期がんや進行がんに限らず、がんによる痛みや諸症状、さらには心の苦しみにまで手をさしのべた本書は、すべてのがん患者にとっての「福音の書」として、さらなる発展を遂げた。新設章「最期の日々」が加わった。

著 Robert Twycross  
Andrew Wilcock  
Claire Stark Toller  
監訳 武田文和  
埼玉医科大学客員教授・  
地域医学・医療センター



A5 頁520 2010年 定価3,990円（本体3,800円＋税5%） [ISBN978-4-260-01073-3]

医学書院

大好評のDVD付き認知行動療法テキスト第2弾、重症精神障害編

## 認知行動療法トレーニングブック 統合失調症・双極性障害・難治性うつ病編 [DVD付]

Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness An Illustrated Guide

著 Jesse H. Wright, Douglas Turkington,  
David G. Kingdon, Monica Ramirez Basco  
監訳 古川壽亮  
京都大学大学院医学研究科  
健康増進・行動学分野教授  
訳 木下善弘  
名古屋大学大学院医学研究科  
精神・認知・行動医学分野  
木下久慈  
名古屋大学大学院医学研究科  
精神・認知・行動医学分野



A5 頁440 2010年 定価12,600円（本体12,000円＋税5%） [ISBN978-4-260-01081-8]

医学書院



## 特集 チーム医療の大切さを伝えよう

## 国際医療福祉大 “患者中心の医療”は、連携力の醸成から

医療福祉の総合大学として多彩な専門職を養成する国際医療福祉大学は、関連職種連携教育(IPE)を早期から採用し、体系的なカリキュラムを構築している。学生と教員、合わせて約1000名が、学科の枠を超えてIPEを展開するという大規模性も、同大の教育の特長だ。このたび本紙では、カリキュラムの最終段階である「関連職種連携実習」を取材するとともに、学長の北島政樹氏にインタビュー(5面)。大学が一丸となった取り組みのもようを探った。

「片眼が見えない患者さんに、見えないほうから話しかけるととても驚かれる、ということを指摘され、ハッとしました。小さなことではありますが、自職種の仕事にも役立つスキルだと思います」

(放射線・情報科学科男子学生)

「すごくショックを受けたのが、同じチームのメンバーの『家族の情報って知らないんじゃない?』という言葉。『患者さんに退院後、自分らしく生き生きと過ごしてもらうために、家族や家の状況を知っておくことは大切だね』と話し、理解してもらえました」

(医療福祉学科女子学生)

国際医療福祉大が建学の精神として掲げるのは「『共に生きる社会』を築く医療福祉専門職の養成」。病気や障害を持つ人も、健常な人も互いに尊重し合うという理念の具現化のためには、医療福祉職が連携してクライアントのQOLを高めることが必要、という考え方のもと、実施しているのがIPEだ。

同大におけるIPEのスタートは、1999年度に開講した「関連職種連携論」。その後2006年度には「関連職種連携実習」(カリキュラム配置は03年度)、09年度には「連携ワーク」が始まった。

連携ワークと連携実習では、保健医療学部の6学科(看護・理学療法・作業療法・言語聴覚・視機能療法・放射線・情報科学)および医療福祉学部医療福祉・マネジメント学科、薬学部薬学科という、多様な医療専門職をめざす8学科の学生がチームを組む。

## 体系立てて職種連携を学ぶ

学生はまず2年次に、関連職種連携論で連携の理念とチーム医療における職種連携のあり方を学んだのち、連携ワークで問題解決型学習に取り組む。今年度は8学科のほぼ全員、800人以上が80のグループに分かれ、与えられた事例シナリオから課題を設定し、解決策を議論。結果をまとめ、11月の発表会に備えているという。

一方、関連職種連携実習は4年次に履修する。16か所に及ぶ附属病院・関連施設と地域の協力病院を利用、各学科から1施設あたり1―2人を募ってグループを編成、1週間の実習を行う。

本紙が取材したのは、国際医療福祉大病院で実習するグループ。実習2日目のこの日は、理学療法士による立位バランス・歩行訓練(写真1)や、言語聴覚士による絵カードを用いた言語

機能訓練(PACE)など、普段は接する機会のない他職種の業務を体験していた。

実習では、他職種の臨床場面に参加し、業務の理解を深めるとともに、対象患者に各職種がアセスメントを実施し、その情報を統合してサービス計画立案にも取り組む。このグループが担当する患者は、脳梗塞で左片麻痺と運動障害性構音障害が発症した70歳代の男性。退院を間近に控えている。「本人は在宅療養を希望しているけれど、奥さんの介護の負担が増える場合は施設も検討すべき」「家の2階を中心に生活することになりそう」「お風呂ではどこまで介助が必要?」など、病院スタッフから収集した情報を持ち寄って議論を進める(写真2)。

実習が始まって日が浅いにもかかわらず、情報交換が非常にスムーズなのでその理由を聞くと、実習の前にあらかじめ模擬症例を使用した事前演習を行い、互いの職種への理解度を深めているとのこと。グループのリーダーを務めている女子学生(作業療学科)は、「事前演習を経ることにより、実習本番でも、情報を共有すべき職種、中心となって動くべき職種が明確になり、欲しい情報を的確に得られる。自領域への知識を深めるとともに、他領域の専門用語なども前もって確認し合うことで、実習がスムーズに進んでいる」と話してくれた。

## 教員も、ともに成長するIPE

教務委員長であり、同大のIPEを統



●写真1 歩行訓練をしていた患者さんと談笑する学生たち。臨床のスタッフ、患者さんなど多くの人とかかわる連携実習は、コミュニケーションスキルを磨く場ともなる。

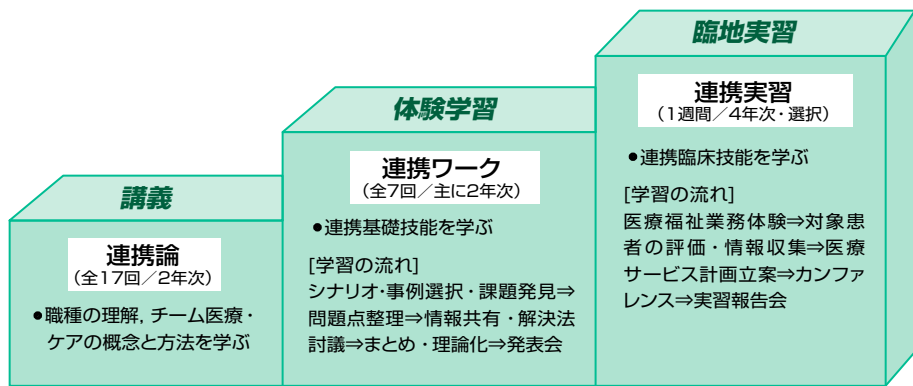
括する藤田郁代氏(言語聴覚学科長)は、国際医療福祉大のIPEの特長について、実習までのカリキュラムが体系化されていること、連携ワークまでを全学生の必修課題として行っていることなどとともに、教員や臨地施設のスタッフの協力体制が確立していることを挙げた。

例えば連携ワークでは、各学科・センターから80人以上の教員がチューターとして参加するため、指導方針を共有し、指導内容に差が生じないようにする必要がある。そこで、教務委員がメンターとなり、学科を横断したグループを編成し、教育方法や指導方法について話し合う機会を持つという。さらに連携実習では、学内の教員以外にも、臨床のスタッフ100人以上に協力を依頼している。

藤田氏は「カリキュラムを通じて教員も教育技術や連携力を磨く。IPEは、学生のみならず教員も成長する機会となる」と明かし、今後については「他大学とも協力して、IPEのコアカリキュラムを作るとともに、IPEを指導する教員の教育力を高める活動にも取り組みたい」と話した。

\*

IPEを経験して「視点の切り替えができるようになった」「他職種の仕事が自領域にどうつながるかが見えてきた」と話す学生たち。職種の壁を乗り越え、互いに補い合いながら患者中心の医療を実現する——チーム医療の理念が、学生個々の意識の中に確実に芽生えてきていることを感じた。



●図 国際医療福祉大 IPE の流れ

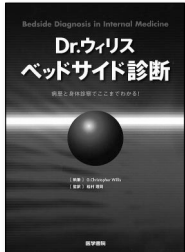
## 診断力向上のための必携書

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

Dr.ウィリス ベッドサイド診断  
病歴と身体診察でここまでわかる!

執筆=G. Christopher Willis/監訳=松村理司

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



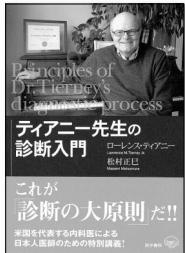
●B5 頁720 2008年 定価6,825円(本体6,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00033-8]

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

## ティアニー先生の診断入門

ローレンス・ティアニー、松村正巳

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



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

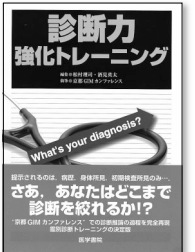
## 医学書院

◎診療現場を疑似体験。実践的な診断力を養うためのトレーニングブック

診断力強化トレーニング  
What's your diagnosis?

編集=松村理司・酒見英太/執筆=京都GIMカンファレンス

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



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

◎名医の思考過程を「カード」と「3つの軸」で解き明かす

誰も教えてくれなかった診断学  
患者の言葉から診断仮説をどう作るか

野口善令・福原俊一

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



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



# 日本にチーム医療を根付かせるには、 IPE を根付かせることが必要

## interview

## 北島 政樹 氏に聞く

国際医療福祉大学学長

## 全学を挙げてチーム医療の 基盤作りに取り組む

——先生は、国際医療福祉大で積極的にIPEを推進しておられます。今、なぜ医療福祉教育にIPEが求められているのでしょうか。

北島 まず、IPEはチーム医療のあり方を学ぶのに有効な手段だという理由が挙げられます。

現代医療は日々高度化、専門化しており、患者さんにとって安心・安全な医療サービスを提供するには、複数の専門職の連携が必須です。昨年8月からは厚労省でも「チーム医療の推進に関する検討会」が始まり、11回に及ぶ検討が重ねられました。その結果、本年3月に「医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要」と明記された報告書が取りまとめられ、チーム医療推進の方向性が固まっています。そのようななかで、より早期からチーム医療のノウハウを身に付けることが求められているのです。

また近年、医学・医療福祉教育においては、early exposure と言って、より早期から現場を体験する教育手法が重要視されています。そうした側面からも、学生時からチーム医療を実体験する機会となる IPE が注目されている



●連携実習の一場面。臨床スタッフに患者さんの様子を尋ねる学生たち。

のだと思います。

——国際医療福祉大には多様な医療専門職をめざす学生が在籍していますから、さまざまな連携のあり方を学ぶことができますね。

**北島** そうですね。今、IPEを取り入れている大学はだいぶ増えてきましたが、本学ほどたくさんの学科でチームを構成している大学はないように思います。看護学科に始まり医療福祉・マネジメント学科まで8学科の学生がIPEに参加しており、関連職種連携論のほか、関連病院のドクターに症例を提示してもらって問題解決型体験学習を行う連携ワーク、そして連携実習と、多角的にケアの視点を理解できる機会をいくつも設けています。

——連携ワークでは、参加する学生も800人以上にのぼると伺っています。

北島 ええ。学生たちは10—11人で1グループを作って学習を進め、11月の発表会では全グループがその成果を発表します。私も毎年、1つひとつ発表を見てまわり、「学長賞」を選定しているんですよ。

また、それぞれのグループにチューターが加わるので、教員も 80 人以上参加することになります。私のこれまでの経験から言って、教育において重要なのは、システムをしっかりとつくり、指導教員を組織化することです。全員が同じ視点に立ち、グループ間に温度差が生じないように、本学では事前にチューターを務める教員が一堂に会し、IPE への知識・理解を深める機会を作っています。

——文字通り、全学を挙げて取り組まれているわけですね。学長である北島先生ご自身がIPEを推し進めることを明言され、その意欲がトップダウンで教員の方々に伝わっている、という点も大きいのではないのでしょうか。

北島 確かにそういう面はありますね。トップの考えがはっきりしなくて、は、教員もついてきません。

教育に時間やお金をかけようとしても、現場の努力だけではなかなかこと

が進まない場合もありますので、そうしたときにこそ、組織のトップに立つ人物が“やると思ったらやる”精神でリーダーシップを発揮すべきだと思います。

## “日本型”のチーム医療とは

——国際医療福祉大では IPE でチーム医療の基礎を固めると同時に、関連病院でもカンサーボードを実施するなど、現場でのチーム医療にも力を入れておられますね。これからのチーム医療は、どうあるべきなのでしょう。

**北島** チーム医療のチームというのは、院内に1つあれば完結するものではありません。入院時に診断を行うチーム、手術・治療を実施するチーム、術後のリハビリ・栄養サポートを担当するチーム、さらには在宅医療や緩和医療を担当するチームと、患者さんの病期によっていくつものチームをつくる。これが将来のチーム医療のあるべき姿であり、日本型のチーム医療だと言えるでしょう。

そしてチームの中では、患者さんにかかわるすべての職種が忌憚のない意見を出し合って議論し、ケアに反映させていければ理想的です。

——患者さんを囲んだ連携体制を組んだ上で、それぞれの職種が病種や病期に応じて専門的アプローチを行うということですね。

**北島** ええ。1人の力では限界があるところ、多職種の専門職が役割に応じた知恵を出し合って、患者さんにとって最良の医療を提供することこそが、チーム医療のコンセプトです。

その点でも IPE は、より早期に他職種の方の考え方を学び、自分のめざす職種の役割を自覚する手段となります。また、一人の患者さんを囲んで皆でケアを考えていくという、患者さん中心の視点を養うことにもつながります。ですから IPE を根付かせることは、日本にチーム医療を根付かせることだと私は考えています。



イノベーションなくして  
進歩なし

——今後の医療福祉教育の展開について、お考えをお聞かせください。

**北島** Early exposure をさらに拡大して、早期から医療に触れる体験を増やすことは大切だと思っています。本学では先日、近隣の小中学生を対象に、「キッズスクール」と題して医療福祉について学べるイベントを開催しました。「ヘルスケア・ジュニアリーダー」というコースでは、手術シミュレーター体験や反射検査、とろみ食作りなど、急性期・回復期・在宅期に分類したプログラムを作り、修了した子には認定証を授与し、とても喜んでもらえました。これはある意味、究極の early exposure と言えるでしょうね。

——大学について、地域の人々に知ってもらいやすい機会にもなりますね。

**北島** そうですね。IPE の連携ワークの発表会でも地元の高校の校長先生に審査員をお願いするなど、地域に密着した取り組みも進めています。そうすることで、本学を志望してくれる高校生も増えますし、ひいては医療福祉の発展につながっていると思います。

イノベーションのないところに進歩はありません。教育改革には時間もかかりますし、苦勞も多いですが、そのぶん巣立っていった学生が社会で花開いたときは何よりの喜びですし、教育者としてのモチベーションアップの原動力となります。地道な努力で、将来の医療福祉を支える人材を育てていきたいですね。

——ありがとうございました。（了）

10

内科臨床誌メディチーナ

# medicina

Vol.47 No.10

**今月の主題**

## Helicobacter pylori

### 関連疾患と除菌療法のインパクト

2010年6月、*Helicobacter pylori* 除菌治療の保険適応が拡大され、胃MALTリンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病(ITP)、早期胃癌の内視鏡治療後胃の3疾患についても新たに保険適応となった。本特集では、*H.pylori* 関連疾患における除菌治療のエビデンスを中心に、*H.pylori* 菌感染症診療におけるポイントを解説した。

医学書院  
JIM  
Journal of Integrated Medicine

Vol.20 No.10

**特集** プライマリ・ケア医のための  
**関節リウマチ診療のすべて**

生物学的製剤が利用できるようになり、関節リウマチの治療戦略は大きく変わり、患者の予後は著しく改善しています。関節痛は一般診療においてよく遭遇する症状であり、その中で関節リウマチを早期に正確に診断し、抗リウマチ薬による治療を開始することが患者の長期予後改善に重大です。また、メトレキサートや生物学的製剤の安全使用には、呼吸器感染症など重篤な副作用の早期発見が大切です。このように、リウマチ医療におけるプライマリ・ケア医の果たすべき役割は拡大しています。

**INDEX**

- I. *H. pylori* の基礎知識
- II. *H. pylori* の検査法
- III. *H. pylori* の除菌療法
- IV. *H. pylori* 関連疾患における除菌治療のエビデンス
- V. 特殊な *H. pylori* の除菌療法
- VI. 学会ガイドライン 2009 をめぐって
- VII. 最近のトピックス 座談会

「よりの確な *H. pylori* 除菌をめぐる」

連載

- 研修おたく海を渡る
- 手を見て気づく内科疾患
- The M&M reports  
見逃し症例に学ぶ内科ERの鉄則
- 外来診療に差をつける  
コミュニケーションスキル
- 目でみるトレーニング
- アレルギー膠原病科×呼吸器科  
合同カンファレンス

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

▶ 2010年増刊号 (Vol.47 No.11)

これだけは知っておきたい  
**検査のポイント 第8集**

● 定価 7,560円(税込)

来月の主題 (Vol.47 No.12) 糖尿病診療Update

いま何が変わりつつあるのか

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

**年間予約購読 受付中!**

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

2011年 年間予約購読料(冊子のみ)

▶ medicina 36,740円(税込)——増刊号を含む年13冊——

▶ JIM 26,880円(税込)——年12冊——

電子版もお選びいただけます

年間の特集 (Vol.20 No.11) **疲れとどるさ**

● 1部定価 2,310円(税込)

来月の特集 (Vol.20 No.11) 疲れとどるさ

● 1部定価 2,310円(税込)

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

**年間予約購読 受付中!**

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

2011年 年間予約購読料(冊子のみ)

▶ medicina 36,740円(税込)——増刊号を含む年13冊——

▶ JIM 26,880円(税込)——年12冊——

電子版もお選びいただけます

年間の特集 (Vol.20 No.11) **疲れとどるさ**

● 1部定価 2,310円(税込)

来月の特集 (Vol.20 No.11) 疲れとどるさ

● 1部定価 2,310円(税込)

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

**年間予約購読 受付中!**

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

2011年 年間予約購読料(冊子のみ)

▶ medicina 36,740円(税込)——増刊号を含む年13冊——

▶ JIM 26,880円(税込)——年12冊——

電子版もお選びいただけます

年間の特集 (Vol.20 No.11) **疲れとどるさ**

● 1部定価 2,310円(税込)

来月の特集 (Vol.20 No.11) 疲れとどるさ

● 1部定価 2,310円(税込)

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

**年間予約購読 受付中!**

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

2011年 年間予約購読料(冊子のみ)

▶ medicina 36,740円(税込)——増刊号を含む年13冊——

▶ JIM 26,880円(税込)——年12冊——

電子版もお選びいただけます

年間の特集 (Vol.20 No.11) **疲れとどるさ**

● 1部定価 2,310円(税込)

来月の特集 (Vol.20 No.11) 疲れとどるさ

● 1部定価 2,310円(税込)

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

**年間予約購読 受付中!**

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

2011年 年間予約購読料(冊子のみ)

▶ medicina 36,740円(税込)——増刊号を含む年13冊——

▶ JIM 26,880円(税込)——年12冊——

電子版もお選びいただけます

年間の特集 (Vol.20 No.11) **疲れとどるさ**

● 1部定価 2,310円(税込)

来月の特集 (Vol.20 No.11) 疲れとどるさ

● 1部定価 2,310円(税込)

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

**年間予約購読 受付中!**

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

2011年 年間予約購読料(冊子のみ)

▶ medicina 36,740円(税込)——増刊号を含む年13冊——

▶ JIM 26,880円(税込)——年12冊——

電子版もお選びいただけます

年間の特集 (Vol.20 No.11) **疲れとどるさ**

● 1部定価 2,310円(税込)

来月の特集 (Vol.20 No.11) 疲れとどるさ

● 1部定価 2,310円(税込)

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

**年間予約購読 受付中!**

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

2011年 年間予約購読料(冊子のみ)

▶



## 臨床医学航海術

第57回

## 言語発表力

話す、プレゼンテーション力②

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……。

今回も人間としての基礎的技能の5番目である「言語発表力—話す、プレゼンテーション力」について、前回に続いて誰もがわかりにくいと感じる話し方の例を考える。

## 4. 不適切な言葉遣い

構成がよくても、言葉遣いが不適切だと、聞き手は不快な思いをする。

**事例5：**初対面の患者さんに、診察室でいきなり「おじいちゃん、どこが悪いの？」

こう言った医師は患者さんに親しみを持って接したつもりかもしれないが、このような気さくな言葉遣いは親密な医師—患者関係が確立されてから用いるべきである。初対面でこのような言葉遣いを一方的に用いる医師は、自分はすべての患者に気に入ってもらえるだろうという一種のうぬぼれがあるに違いない。ある医師を気に入るかどうかは患者さんが決めることであり、診察した医師が一方的に決めることではないはずである。だから、親密な医師—患者関係を押し売りするような言葉遣いは、聞き手からは失礼と受け止められかねないのである。したがって、親密な医師—患者関係が未確立の初対面の患者さんには原則として丁寧語で話すべきである。

**事例6：**「先生今度本出すんですか？本が出たら、俺が本買ってやりますから、サインしてください」

筆者が初めて本を出版しようとしていたときに、その話をどこからか聞いたある研修医からこう言われたことがあった。この研修医としては、本を出版する筆者へのお祝いのつもりで、「本を買うのでサインをください」と言いたかったのかもしれない。しかし、「買ってやる」という表現が気にかかる。この研修医は素直に「買う」ならまだしも、一応目上である者に対して「買ってやる」と言ったのである。この表現を聞くと、この研修医は「どうせ先生みたいな人が書く本は売れないだろうから、俺のようなものが買ってやら

ないと困るだろう」と思っているのではないかと考えられる。

何気ない一言であるが聞き捨てならないのは、そこに言った人の真意がうかがえるからである。人が本を書くということをどう思おうとその人の自由である。しかし、その思いを人にうかがわせるような表現をすることが人を不快にするのである。

「言葉」は「言の葉（事の端）」といっってそこに言った人の無意識の思考が反映されるのである。元来日本には言霊（コトダマ）思想といって、言葉には霊的な力が宿るという思想があった。この言霊思想によると、良い言葉を発すると良いことが起こり、悪い言葉を発すると悪いことが起こるとされた。そして、日本は言霊によって幸福がもたらされる「言霊の幸ふ国」と考えられたそうである。

ここでこの言霊思想の真偽は別にして、話し言葉は失言をすると聞き手から言葉尻をとらえられることがある。つまり、自分が無意識に悪いことを考えてつい失言してしまうと、それを聞き手が察知して相手を不快にしてしまうことによって、ついにはその言葉を発した自分にも悪いことが降りかかることがある。これとは逆に良い言葉を人に言うと、相手から良いことをしてもらえることもある。そういう意味で言霊思想というのは本当なのかもしれない。だから、言葉はそこに聞き手がいれば、単に発すればよいというものではなく、常に相手がどのように受け取るかを考えながら発しなければならないのである。

下書きや準備をする機会が少ない話し言葉には特に、政治家や芸能人だけでなく、われわれ医療者も失言をしないように十二分に気をつけなければならない……。

## 5. 聞き手のレベルや反応を理解していない

**事例7：**あるときコンピュータのことが

わからずに友人に尋ねたことがあった。するとその友人はこう答えた。「それは、DOSがなんとか、マシン語がどうだとか、%&\$#\*+@&%#\$????」。

その友人はコンピュータのことを詳しく知らない筆者のために、わかりやすく解説したつもりだったかもしれない。しかし、残念ながら筆者はその友人ほどコンピュータには詳しくないのである。このように、聞き手のレベルを理解せずに話すと、コミュニケーションが成り立たないばかりか、時には単に知識をひけらかす自己満足にしか映らないことにもなりかねないのである。

## ●“Bottom line question”で議論のレベルを確認する

医療の世界でも、聞き手のレベルを無視して話してしまうことはある。しかし、話し手と聞き手の間のレベルの違いを把握し、それを考慮した話をしないと、そのあとの議論はほとんど意味がなくなってしまう。このような行き違いを防ぐために、米国ではカンファレンスの最初に“bottom line question”という質問がされる。

例えば、医学生、1年目研修医、2年目研修医、3年目研修医と循環器内科の指導医でカンファレンスをしているとしよう。そのカンファレンスの最初に循環器内科指導医は厳しい顔で突然医学生に向かって、「心臓には部屋が一体いくつある？」と聞き出すのである。循環器内科の指導医だからほど難しい質問をするだろうと思っていた医学生は、あまりにも基本的すぎる質問に耳を疑い驚く。こんな基本的な質問をもったいぶって訊くということは、もしかして心臓にある部屋の数は5つとかというのが答えなのではないかとさえ考えをめぐらせてしまう。しかし、しばらくの沈黙の後に、医学生は勇気を持って答える。「4つです……」。すると、循環器内科指導医はおもむろに「そうだ」と笑って答える。とその瞬間、緊張した面持ちの出席者一同は一斉に胸をなでおろし安堵するのである。

この“bottom line question”は、半分冗談であり半分真剣である。要は、議論をする前にすべての参加者の前提を再確認しようとしているのである。カンファレンスでの議論はこの大前提から出発する。そして、議論を進めるうちに全員が理解できない段階になると、再度全員が理解している段階まで戻るのである。このようにしてカンファレンスやそして講義においても、話し手と聞き手の行き

違いを是正するように常に努めながら議論を進めるのである。

しかし、日本においてはカンファレンスや講義は話し手が聞き手の理解や反応を逐次確認せずに一方的に話しかけることが多い。聞き手が学生だろうが看護師だろうが救急救命士であろうが医師であろうが、全く同じ講義をする人がいる。また、聴衆の反応を見ないで話す人も多い。一方、逆に話し手として講演などで聴衆に質問を投げかけても、日本では「人の話は黙って聞くのが礼儀」と教えられている人が多いためか、全く反応がないことも多い。このような状況であると、講演する側としてはやる気がなくなる。

筆者は、理想的なカンファレンスや講演は究極的にはテレビのトーク番組であると考えている。話し手と聞き手がテニスのラリーのように生き生きとした会話を楽しむ。そこにはシナリオにないアドリブもあるし、聞き手の反応によっては話し手も話の構成自体を変えることもあるのである。

うまいプレゼンテーションをするにはどうしたらよいのかというのがよく問題になる。第56回、第57回の誰もがわかりにくい話し方の例を考えると、うまくプレゼンテーションするためには、逆に表現力を豊かにして、構成をよく練って、適切な言葉を用い、聞き手のレベルや反応を理解しながら、味わいのある話をするということであろう。そう考えるとテレビのトーク番組で活躍するお笑い芸人というのは、人を幸せにする卓越した話術の達人とすることができる。場の空気を瞬時に読み、決してその場を白けさせることなく、かつ、人を傷つけるような失言もしない。もしかして、プレゼンテーションや講義がおもしろくないと言われる医師は、お笑い芸人に弟子入りすべきなのかもしれない……。



イラストレーション:高野美奈

小児科診療は楽しい!

&lt;総合診療ボックス&gt;

## 症状でみる子どものプライマリ・ケア

初期研修医・若手小児科医・家庭医など子どもにかかわるすべての医師にむけ、臨床で活躍するベテラン小児科医が子どもの診断・治療のポイントを伝授。豊富な症例写真(170点)と、あくまで臨床でよくみる症状に絞った解説が特徴。講義調の語り口で、コメディカル、医学生・看護学生はもちろん保護者の方にも理解しやすいよう工夫されている。

加藤英治  
福井県済生会病院副院長・小児科部長



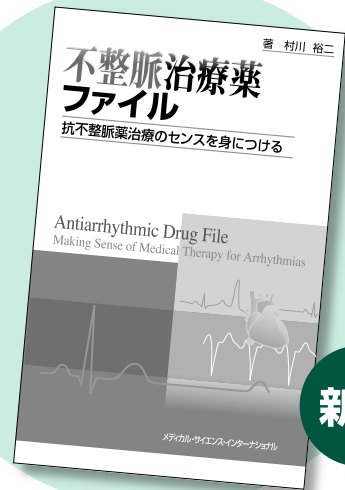
A5 頁360 2010年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01128-0]

医学書院

## 不整脈治療薬ファイル

抗不整脈薬治療のセンスを身につける

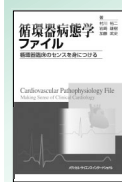
これぞ村川ワールド! センスが身につく“ファイルシリーズ”



著 村川裕二  
帝京大学医学部附属溝口病院第四内科教授

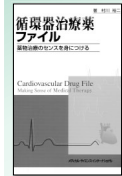
●定価 5,250円(本体5,000円+税5%)  
●A5変 頁214 図27 2010年  
●ISBN978-4-89592-649-2

ベストセラー「循環器治療薬ファイル」、「循環器病態学ファイル」に続く第3弾。不整脈の薬物治療について、著者独自のツボを押さえた軽妙な筆致で解説。読者が知りたい項目や最低限知っておくべき知識をピックアップし、現実的な考え方や対処方法を指南する。不整脈治療のセンス(=応用のきく力)を身につけるべく、循環器科、内科の研修医をはじめとして、不整脈診療に苦手意識を持つ若手や、知識を整理したいベテランの必読書。



循環器病態学ファイル  
循環器臨床のセンスを身につける

著 村川裕二・岩崎雄樹・加藤武史  
●定価5,250円(本体5,000円+税5%)  
●A5変 頁248 図・写真65 2007年  
●ISBN978-4-89592-466-5



循環器治療薬ファイル  
薬物治療のセンスを身につける

著 村川裕二  
●定価6,300円(本体6,000円+税5%)  
●A5変 頁300 図5 2002年  
●ISBN4-89592-295-2

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル

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



# それで大丈夫？ ERに潜む落とし穴

第8回

## 整形外科： 橈骨遠位端骨折



救急外来での勤務にも慣れたあなたは、外傷診療への自信を深めていた。そこに、救急隊から外傷の入電あり。

## Case

64歳女性。既往に高血圧。転倒による左手首痛にて来院。電気のコードに足を引っ掛けたとのこと。転倒時に頭部外傷などはなし。左母指、左示指・中指のしびれを訴える。血圧150/100 mmHg, 脈拍数100/分, 呼吸数20/分, SpO<sub>2</sub>97% (RA)。

【身体所見】全身状態：苦痛で苦悶。頭部外傷なし、頸椎その他椎体の圧痛なし。胸腹部の圧痛なし。左手首にフォーク上の変形あり。転位は背側へ。左母指、左示指・中指領域の知覚低下あり。橈骨遠位端骨折を疑ったあなたは、「X線撮影後に整形外科の先生に診察をお願いして、せっかくの機会だから整復をさせてもらおう」と考えた。

## Question

Q1 転倒患者の診察で気をつけることは何か？

A 転倒の理由を必ず鑑別すること。転倒外傷に伴う合併損傷を常に考慮すること。

内科と外科が分かれる救急外来でしばしば見逃される可能性があるのが、転倒の背後にあるめまいや失神の可能性である。心原性なのか、脱水や貧血による低循環血液量によるものなのかなどの問診が、失神の際には必要である。多くの場合、失神による転倒には入院でのモニターが必要となる。

頭部外傷の有無の確認も必須である。抗凝固療法中の患者では、



●図1 背側転位のある橈骨遠位端骨折

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

志賀 隆

Instructor, Harvard Medical School/MGH 救急部

CT撮影が必要となる。Canadian Cspine Ruleなどの臨床基準にのっとり、画像の必要性を判断しつつ体幹などの合併損傷を探す必要がある。

この患者は、つまづきによる転倒で合併損傷はなかった。

Q2 四肢外傷におけるポイントは何か？

A 神経損傷、循環障害、腱障害の有無を確認すること。

四肢の診察のポイントを熟知することは、救急医にとって非常に重要である。手関節周囲であれば橈骨動脈、尺骨動脈、capillary refill（毛細血管再充満）を確認する。循環障害があれば、整形外科医の到着を待たずに徒手整復に臨むべきである。

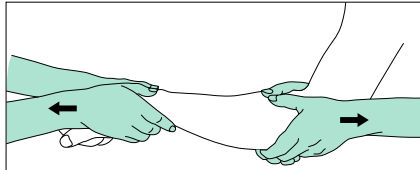
各指においてDIP関節（遠位指節間関節）でFDP（深指屈筋腱）、PIP関節（近位指節間関節）でFDS（浅指屈筋腱）の機能を確認する。特に、手掌の裂傷で親指の対立だけが障害されることがあるため（正中神経反回枝麻痺による母指対立障害）、伸展、屈曲だけでなく対立も見なければならない。また、本例のように知覚障害がある場合も整形外科医への迅速なコンサルトが必要である。ボクサー骨折（第五中足骨遠位端骨折）では、小指のローテーションがあるかどうかの確認も必要である。

この症例では、X線にて橈骨遠位端骨折が明らかとなった（図1）。①正中神経領域の感覚障害を認め、合併する手根管の損傷が疑われる、②徒手整復後の迅速な手術が必要、と指導医が判断。徒手整復に取りかかると同時に整形外科医がコールされた。

Q3 骨折の記載に当たっては、何に注意すればよいのか？

A 骨折の管理は適切な診断と所見の記録から始まるため、厳密な記載が求められる。特

に、骨折の部位、骨折の種類、転位の程度がその中心となる。



●図2 1人で整復する場合（Chinese Finger Trap）(右)/2人で整復する場合(左)

骨折所見の記録は、救急診療に不可欠である。正確な記載は、電話コンサルトにも

有用である。骨折の所見記載には多くの用語が使われるが、あいまいな表現を避け、正確な用語を使うことが治療の助けにもなり、情報共有に役立つ。

①開放 vs. 閉鎖 開放性骨折は骨髄炎など深刻な感染のリスクがあるため、整形外科救急として迅速な対応が求められる。閉鎖性骨折では骨折部の皮膚の損傷はない。どのような状況であれ、骨折が外界との交通がある場合は開放性骨折となる。

開放性骨折は、刺創などわかりにくいものから、明らかに骨が皮膚から突出しているものまでさまざまである。骨折部の近傍に小さな創を認めた場合、綿棒などで交通性を確かめるべきだとする主張もあるが、確固たる文献的裏付けはない。開放性骨折の場合、創を清潔なガーゼなどで覆い、すぐに経静脈的に抗菌薬を投与しなければならない。開放性骨折の分類にはよくGustilo分類（J Bone Joint Surg Am. 1976 [PMID: 773941], J Trauma. 1984 [PMID: 6471139]）が使われる。

抗菌薬は、第一世代セファロスポリン系が選択されることが多いが、Gustilo分類のⅡ型、Ⅲ型の場合はアミノグリコシド系を追加することが望まれる。

②解剖学的位置 次に重要なのは、解剖学的に正確な位置である。基本だが、記載は左右・骨の名称・標準的な呼称（上腕骨頸部や大腿骨骨頸部）などから始まる。長管骨は近位・遠位・骨幹部に分けられ、これらの3つの部分が接合部が記載に使われる。より詳細な記載が望ましい（「閉鎖性の転位のない遠位尺骨骨折」よりも、「閉鎖性の転位のない尺骨茎状突起骨折」のほうがよい）。

③転位 転位の程度は、徒手整復の必要性の有無を判断するために重要な項目である。骨折の転位は、1つの断片が他の断片に対して平行移動・屈曲・短縮・回転することで発生する。用語としては、上肢においては前後のかわりに背側・掌側が、内外のかわりに橈側・尺側が用いられる。一般的に、3 mm以下の転位は最小限とみなされる。

屈曲の度合いを計測するには、正面と側面の二方向からの計測が不可欠で

ある。斜位は計測には使われない。短縮は、嵌入骨折や平行移動によって起き得る。短縮の程度によって予後が変わるため、重要である。外力・重力・筋肉による牽引などによって、回転性の転位が起きる。しばしばX線画像上ではわかりにくいことがあるが、臨床で見つかることが多い（ボクサー骨折など）。

④関節 骨折が関節面に及ぶかどうかは治療決定の指標になることが多いため、記載が望まれる。

Q4 橈骨遠位端骨折の整復はどのように行うか？

A 一人法と二人法がある。

一人法では、Chinese Finger Trapにて固定したところで行う。整復者の親指は背側の骨折片のところに、他の指は掌側近位側に。整復時には、骨折片は遠位側、掌側、尺側に押すようにする。痛みのコントロールのため、血腫ブロックに加えて静脈路確保が望まれる（図2）。

## Disposition

整形外科にコンサルト、正中神経領域の知覚障害があり、迅速な徒手整復の後に、緊急手術の適応となった。

## Further reading

- 1) Raby N, et al. Accident & Emergency Radiology ; A Survival Guide. 2nd ed. WB Saunders ; 2005.  
↑単純X線読影のバールが詰まった素晴らしい良著。
- 2) Eiff MP, Hatch R, et al. Fracture Management for Primary Care. 2nd ed. WB Saunders ; 2002.  
↑一般医がどのように骨折をマネジメントするか、どの骨折にはどのような固定をするか、フォローアップ、整形外科コンサルトのタイミングなど非常に簡潔にまとまっている。救急外来に1冊欲しい。
- 3) Marx JA, et al. Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice. 6th ed. Mosby Elsevier ; 2006.  
↑言わずと知れた救急の大御所。辞書代わりに使える。

\*本稿執筆に当たり、永田高志先生に大変お世話になりました。御礼申し上げます。

## ！ Watch Out !

転倒患者の診察では、失神かめまいがあったのかなど、受傷機転を確認しなければならない。常に合併損傷があるものと考えて診察する必要がある。特に、頸椎や腰椎など椎体骨折のワークアップも必要である。神経や循環の障害がある場合には、特に救急医は徒手整復を行い、障害のある神経や循環の回復を図りつつ整形外科医の到着を待たねばならない。その際、骨折について正確に記載し報告することが、効率のよい診療に必要となる。

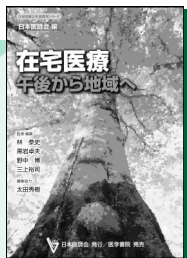
在宅医療はどう始めて、どう軌道に乗せるのか？ 第一線で活躍する医師が手ほどき

<日本医師会生涯教育シリーズ>

## 在宅医療 午後から地域へ

在宅医療の考え方から、制度を含めた実践的な知識、効率的な連携の方法など、第一線で活躍する医師が、自らの経験をもとにした本物の知識と技術をわかりやすく解説。在宅医療とは何か？ どう始めて、どう軌道に乗せるのか？ 使える制度・サービスは何か？ 各章をたどることで、在宅医療の今とこれからが見える。自治体・医師会、病院、診療所における実践例も豊富に収載。

編・発行 日本医師会  
監修・編集 林 泰史  
東京都リハビリテーション病院院長  
黒岩卓夫  
浦佐明気園診療所所長  
野中 博  
博腎会野中医院院長  
三上裕司  
日本医師会常任理事  
編集協力 太田秀樹  
医療法人アスムス理事長  
おやま城北クリニック院長







# あらゆる科で メンタル障害を診る時代に 知っておいてほしいこと

姫井昭男

PHメンタルクリニック  
大阪医科大学神経精神医学教室

## うつ病治療で気をつけることは？

“「うつ病」の症状を記述しなさい”という試験問題が出たとすれば、それは非常に幸運です。というのも、一般に不定愁訴と言われる症状ならばどれを答えても正解になるからです。それだけ「うつ病」の症状は多彩ということなのです。典型的な「うつ病」だけではなく「うつ状態」も含めると、その症状はメンタル障害であるにもかかわらず、精神症状よりも身体症状のほうが圧倒的に多く、また多様です。ケースによっては全く精神症状に関連した訴えがなく、身体症状が主となる場合もあり得ます。最近、メンタル障害患者が最初に受診する医療機関の大部分が内科系である理由には、これらの要因も絡んでいるのです。

こうしたメンタル障害の病初期における現状に加え、いまだに根強い精神科に対する偏見から生じる“まさか私が精神的に病んでいるなんて”という心理背景が受診へのハードルを高くしています。ですから「うつ病」や「うつ状態」のプライマリ・ケアは、今後もしばらく、精神科医以外の科の医師が担わねばならないと考えます。

したがって最良の手段は、内科を専門とする先生方にもメンタル障害の知識と治療指針をアップデートしてもらうことなのですが、ただでさえ内科学の研鑽で多忙な状況で、それ以上を求めることは酷というほかありません。そうはいっても、現状では内科を受診する人が多いのは事実であり、見て見ぬ振りもできません。

そこで今回は、「うつ関連」のプライマリ・ケアにおいて精神科以外の科の医師が気を付けるべきことや、どこまで治療に関与すべきかを、筆者の経験から指南します。

## 処方の前に見極めること

メンタルな問題で、医療機関を受診するのはいまだに抵抗があるとは言いましたが、“うつ的”なところがあるとすぐに受診するタイプの人もあります。このような人のなかには、“うつ的”ではあっても、それは随伴症状に過ぎず、その他のメンタル障害が主である場合が少なくありません。精査して診断してみると、自己愛の強いパーソナリティー障害、社会不安障害、強迫性障害であるケースが増えてきています。

## 第2回 抗うつ薬の処方における問題

“心の病”が日々取りざたされる時代になっても、初めから精神科・心療内科に足を運ぶ人はそう多くはいません。メンタルに不調を感じつつも、まずは精神科以外の科を受診してみる、という考え方が、まだ一般的なのです。そこで本連載では、どの診療科の医師でもメンタル障害を診る可能性がある現状を踏まえ、そのプライマリ・ケアの知識とスキルを学びます。メンタル障害に“慌てない、尻込みしない”心構えをつくりましょう。

そこで、重要なのは問診です。まず、症状が出現し始めてどのくらい経つのかを尋ねます。症状発現から2週間も経っていない場合は過敏な反応の可能性があるので、経過観察とするのが適切な対応です。また、数か月の長期にわたって“うつ的”であるという場合は、さまざまなメンタルな問題が背景に隠されている可能性が高いので、精神科受診を勧めてください。

さらに、あまり深追いせず、積極的に精神科受診を勧めてほしい場合があります。患者自身がつらさを訴えているが、その内容が理解し難いケースや、うつの症状ではなく「生きること」自体がつらいと訴えるケースです。このようなケースは、“うつ的”な要素を持っていたり、基盤にはその他のメンタル障害（ボーダーラインパーソナリティー障害など）があり、それを治療しない限り回復はみられないのです。それが確認できた時点で精神科的薬物治療は中止し、精神科医にコンサルトしてください。

## 抗うつ薬の選び方

作用機序は似ているものの、効果や適応に違いのある薬剤は、どの治療分野でも存在します。それらの薬剤の特徴を細部まで理解し使い分けることは、本来その分野の専門家にしかできないものです。ですから精神科を専門としない医師が、数ある抗うつ薬を最適に使いこなせるまでの指南をこの紙面で行うことは、とても困難です。

しかしながら冒頭に述べたように、メンタル障害のプライマリ・ケアは、精神科を専門としない医師にも担ってもらわなければならないのが現状です。そこで、抗うつ薬の選択について非常に大ざっぱながら説明してみます。

薬物療法では、科を問わず、副作用をできるだけ避けること、選択性が高い薬剤を選ぶことがスタンダードと言

えます。抗うつ薬治療におけるスタンダードは、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）、SNRI（選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）です。SSRIとSNRIの選択については多様な意見があり、一定の見解を得ていないのが現状ですので、ここでは筆者の臨床現場での経験から一つの指針を述べます。

SSRIとSNRIの決定的な違いは、前者はセロトニン寄りの効果に重点を置き、後者はセロトニンとノルアドレナリンそれぞれに効力を発揮するように設計されている点です。詳細は成書に譲りますが、セロトニンとノルアドレナリンの生理機能には一部に違いがあります。それらを考慮すると、セロトニンが機能低下を来した場合は精神症状>身体症状となり、ノルアドレナリンならその逆とイメージできるので。つまり、明らかに“うつっぽい”と感じるなら精神症状優位と考え、まずはSSRIを処方してみます。逆に“身体的な不定愁訴が多いが、メンタルなものも感じられる”場合にはSNRI、というロジックで処方計画を立てればよいでしょう。抗うつ薬の選択についてはまだ一定の指針が示されていませんが、むやみに処方するのではなく、こうした薬理学的なロジックを根底に置いた処方を重ねていけば、それなりの使い方ができるようになると考えます。

## 処方するなら単剤で

抗うつ薬を処方する際に念頭に置くことは、“必ず単剤で処方すること”です。抗うつ薬にもさまざまな種類がありますが、基本は単剤での治療です。特に近年登場した抗うつ薬は、薬理作用として、特定の神経伝達物質の動態への作用において、より選択性の高い効果を示す薬剤が多くなってきています。そうしたこともあり、多剤併用ではその薬剤の特性が発揮できなくなる

### Profile

ひめい・あきお

1993年阪医大卒、同年同大神経精神医学教室入局。99年、同大大学院にて精神医学博士号取得。07年より大阪精神医学研究所新阿武山クリニック所長。本年5月、PHメンタルクリニックを開業。PHとは、Positive Health＝健康づくりの意。専門外来を標榜せず“家庭医としてのメンタルクリニック”をめざしている。また、複数の企業で産業医も務める。著書に、『精神科の薬がわかる本』（医学書院）など。

だけでなく、予想もしない有害事象が出現するかもしれないのです。

しかしながら、実際の臨床現場では効果不十分なケースは少なくなく、他の抗うつ薬を追加したほうがよいと考えることもあるでしょう。そのような状況になったときには、無理をせずに精神科にコンサルトしてください。しかし、やむを得ずそのまま治療を続ける必要があり、多剤併用療法以外の選択法がないときの注意としては、SSRI系抗うつ薬とSNRI系抗うつ薬のコンビネーションを避けることです。選択性の高い薬剤を併用しないようにすることが大切です。薬剤選択に迷うような場合は、速やかに信用のおける精神科へ紹介してください。

## 抗うつ薬の効果判定

抗うつ薬の多くは即効性ではありません。個人差もあり、ある程度の使用経験がないと非常に判断は難しいのですが、おおむね2週間から4週間観察すれば効果判定ができます。当事者自身が症状の軽減を感じられるようになるには、さらに時間が必要です。効果がなかなか見られないために、薬剤を次々と変更したり、症状が改善しないという訴えに過剰反応することのないように心がけてください。“うつ”の治療には、治療者が焦らずに経過観察をすることが重要なのです。

## 治療が奏効した後は……

抗うつ薬には、他の治療薬にもみられるリバウンドのような症状が出現します。薬剤の急な中止は避けるよう、注意しなければなりません。抗うつ薬を急に中止すれば、うつ症状の再燃ではない症状が出現することは古くから知られていましたが、SSRI、SNRIなど選択性の高い薬剤の登場で、その発現率は高くなってきています。この症状・症候を「中止後発現症状」といいます。うつ状態が治った後でも、患者判断で服薬を中止しないように注意喚起し、抗うつ薬は漸減することを徹底すれば、理想的な治療が実現できます。

\*

今回は、睡眠導入薬や抗不安薬などいわゆるマイナートランキライザーについて、医原性薬物依存の問題など、ぜひ知っておいていただきたいことをお話しします。

精神科で使われる全領域の薬が、これ1冊で丸わかり!

## 精神科の薬がわかる本

ざっと知っておきたい。大事なことだけ知りたい。副作用と禁忌だけは押さえない——そんなニーズに応えます。「よくある質問への答え方」「患者さんへの説明のポイント」「副作用マップ」付き。

姫井昭男  
PHメンタルクリニック／  
大阪医科大学神経精神医学教室

精神科の薬が  
わかる本

これは副作用なの？  
どういふときにこの薬種？  
なぜ効くの？

病院の経営・管理に欠かせない知識を完全網羅!

## 「病院」の教科書 知っておきたい組織と機能

診療報酬体系、DPC、診療情報管理、介護保険、医療関連法規など、病院の経営・管理に携わる方が知っておくべき事項を漏らすことなく解説。医療安全の取り組みについても具体的に教示。また病院内の専門職種や各部門の概説により、病院の組織と機能を把握することができる。病院職員の研修、病院経営者対象のセミナーの教科書にも最適。これからの病院経営者・管理者必読の書。

編集 今中雄一  
京都大学大学院医学系研究科医療経済学分野 教授

「病院」の教科書  
知っておきたい組織と機能

医療の質・経営の  
向上のために



Evidence Based Clinical Practice

レジデントのための

谷口俊文  
ワシントン大学感染症フェロー

第 22 回

関節炎へのアプローチ

関節炎というとリウマチ疾患を思い浮かべますが、鑑別診断は多岐に渡るため、システムティックなアプローチが必要です。今回はそのほか、一般医が知っておかなければならないリウマチ疾患の治療に関するエビデンスを探ります。

Case

48 歳の男性。農作業をしており、既往歴などは特になく健康であった。1 週間前より右手関節の痛みと発熱を主訴に来院。本人は 10 日ほど前に農作業の器具でその周辺を切ってしまったという。38℃の発熱あり。診察上、切り傷などはなかった。手関節の軽度腫脹を認め、伸展にて痛みを訴える。そのほかの診察所見は正常。白血球数は 7100/mm<sup>3</sup>、Hb 値は 13.3 g/dL、赤沈は 29 mm/時、CRP 38 mg/dL である。

Clinical Discussion

関節痛の患者を診るとき、コモンな疾患と治療が遅れてはまずい疾患をまず思い浮かべる。大きな枠組みとして感染症は外してはならない。痛風などのコモンな疾患も含めて、関節穿刺を行う意義は大きい。病歴と身体所見は関節痛では特に重要。関節リウマチ（RA）を疑わせるような病歴はどのような問診をすべきか、診断基準に沿って考える。また手指の関節所見からどのような疾患を思い浮かべるか。

マネジメントの基本

●関節痛へのアプローチ

関節痛を診たときには、単関節痛もしくは多関節痛であるかを判断するのが最初のステップである。

単関節痛は①外傷、局部的骨痛の有無（→あれば X 線写真にて確認）、②関節腔内貯留液や炎症の徴候の有無（→あれば関節穿刺を行う）、というアプローチが基本となる。関節穿刺は内科医として習得すべき手技である。結晶が出ていれば痛風や偽痛風、培養で陽性ならば感染性関節炎、無菌性炎症性関節液ならば自己免疫性疾患、ウイ

| ●表 1 関節穿刺の解釈                             |                                        |
|------------------------------------------|----------------------------------------|
| 血清                                       | 骨髄成分含有                                 |
| ・凝固障害<br>・偽痛風<br>・腫瘍<br>・外傷<br>・シアルコット関節 | WBC > 2000/mm <sup>3</sup> , PMN > 75% |
|                                          | 結晶あり                                   |
|                                          | 培養陽性                                   |
| [ワークアップ]<br>・PT/APTT<br>・血小板数<br>・出血時間   | 痛風<br>偽痛風                              |
|                                          | 感染性関節炎                                 |
|                                          | RA, JRA, ウイルス性, SLE, ライム病              |
| WBCとPMNが上記条件を満たさない                       |                                        |
| 変形性関節症、外傷、非炎症性関節疾患、ウイルス性                 |                                        |

\*淋菌、クラミジアを疑わせる病歴があれば、必ず検査すること。PMN=多形核白血球

●RA の治療

治療はリウマチ専門医に任せることが望ましいが、ジェネラリストとして概要を知っておく必要がある。メトトレキサート（MTX）が治療の核となる。米国リウマチ学会では病状経過が 6 か月以内、6 か月以上 24 か月未満、24 か月以上と 3 つのグループに分けて考えることを提唱している。その中で、疾患活動性（Disease Activity）と予後不良因子の有無によって治療を決定する（詳細は文献②参照）。疾患活動性が軽ければ早めに MTX 単剤を開始、罹患期間が長ければ、また疾患活動性が強く予後因子があれば併用療法からの開始を推奨している点が特徴だ。以前の NSIADs からステップアップしていく治療戦略は、DMARD の早期導入に比較して有意に劣る（Ann Intern Med. 1996 [PMID : 8633829]）ため推奨されない。

エタネルセプト、インフリキシマブなど生物学的製剤の著明な効果は RA の治療に大きな影響をもたらしたが、生物学的製剤を第一選択薬で使用する可否かを決定づけるスタディは今のところはない。MTX 単剤と、MTX と生物学的製剤の併用をファーストラインで使用することを比較したスタディ（ASPIRE [PMID : 15529377], PREMIER [PMID : 16385520], COMET [PMID : 18635256] など）はポジティブな結果が多かったが、MTX 単剤で十分に反応した患者もおり、どの患者が MTX に反応するかを調べるための研究がなされている。30—50%程度の患者は DMARD に反応しない。3—6 か月でファーストラインによる治療に反応しない場合、生物学的製剤の開始を考慮する。

RA の患者は初期には 1 か月に 1 回、少なくとも 3 か月に 1 回は評価したいところである。新診断基準は早期 RA の診断に有用であるが、偽陽性の増加を心配する声も上がる。鑑別診断を十分に立て、治療を開始したならば定期的なフォローアップで再評価することが重要である。その際に使用する客観

●RA の診断

欧米でのリウマチ診断基準の新分類（表 3）を参照。従来の診断基準は早期の関節リウマチをとらえることができなかったため批判されてきた。近年では、DMARD を早めに開始することが病状や予後の改善に有効であるエビデンスが出現してきており、今後はこの分類に準ずると思われる（文献①）。

| ●表 2 多関節痛へのアプローチ                                |                                                                          |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 滑膜炎                                             |                                                                          |
| あり                                              | なし                                                                       |
| 症状が6週以上                                         | 症状が6週以内                                                                  |
| ・全身性リウマチ疾患                                      | ・ウイルス性関節炎<br>・早期全身性リウマチ疾患                                                |
| ・線維筋痛症<br>・滑液包炎や腱炎の多発                           | ・ウイルス性関節痛<br>・変形性関節症<br>・軟部組織病変<br>・甲状腺機能低下症<br>・神経障害性<br>・代謝性骨疾患<br>・うつ |
| 【ワークアップ】<br>血算、赤沈、RF、ANA、抗CCP抗体、尿検査、クレアチニン、関節穿刺 | 【ワークアップ】<br>血算、肝機能                                                       |
| 【考慮する検査】<br>B/C型肝炎、パルボウイルスの血清学的検査               | 【考慮する検査】<br>肝機能、B/C型肝炎、X線、TSH、カルシウム値、アルブミン、アルカリフォスファターゼ                  |

| ●表 3 2010 年 ACR/EULAR 関節リウマチ分類基準                                                              |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 検査対象者：以下を有する者<br>1) 臨床的滑膜炎(腫脹)を少なくとも1つ以上の関節に有する者<br>2) 他の疾患では説明のつかない滑膜炎を有する者                  | この2つに加え、単純X線写真でRAに典型的な骨びらんが見られればその時点でRAと診断。 |
| RAの診断基準(スコアに基づいたアルゴリズム：A-Dの各カテゴリのスコアを足していく。スコアが6点以上ならば患者はRAの診断確定)                             |                                             |
| A. 腫脹または圧痛のある関節数<br>中・大関節の1か所<br>中・大関節の2—10か所<br>小関節の1—3か所<br>小関節の4—10か所<br>最低1つの小関節を含む11か所以上 | 0<br>1<br>2<br>3<br>4<br>5                  |
| B. 血清反応<br>RF、ACPAの両方が陰性<br>RF、ACPAのいずれかが低値陽性<br>RF、ACPAのいずれかが高値陽性                            | 0<br>2<br>3                                 |
| C. 炎症反応<br>CRP、ESRの両方が正常<br>CRPもしくはESRのいずれかが異常高値                                              | 0<br>1                                      |
| D. 罹患期間<br>6週未満<br>6週以上                                                                       | 0<br>1                                      |

的スコアリングシステム DAS28（Arthritis Rheum. 1995 [PMID : 7818570]）は、広く使用されているため知っておく必要はあるだろう。

診療のポイント

●症状のある関節数、部位を確認する。  
●関節穿刺の手技は重要。  
●関節リウマチは早期治療が鍵。新診断基準を確認する。

この症例に対するアプローチ

この患者は右手関節の単関節炎で罹患期間は 1 週間と短い。X 線写真では大きな異常は認めなかった。関節穿刺を行ったところ、培養から淋菌が検出された。淋菌の陽性は 2—3 割にしかみられず、検出されたことは幸運であり治療につながった。

関節炎を診たときに性に関する問診は思いのほか重要である。症状のある関節数、罹患期間、X 線所見を確認し、必要に応じて関節穿刺、血液検査を組み立てるという流れをつかむ。

Further Reading

① Aletaha D, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria : an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2010 ; 69(9) : 1580–88. [PMID : 20699241]  
↑ RA の欧米における診断基準で、その経緯も詳細に記した必読論文。  
② Saag KG, et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2008 ; 59(6) : 762–84. [PMID : 18512708]  
↑ RA の治療薬に関して詳細に記載。  
③ Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. Arthritis Rheum. 1996 ; 39(1) : 1–8. [PMID : 8546717]  
↑ 関節痛に対するアプローチに関して実用的。

定評あるマニュアル、待望の全面改訂版！

がん診療レジデントマニュアル 第5版

編集 国立がん研究センター内科レジデント

がん診療レジデントマニュアル 第5版

国立がん研究センター内科レジデントが中心となり、腫瘍内科学を主体とした治療体系をコンパクトにまとめたマニュアル。① practical（実地的）、②concise（簡潔明瞭）、③up to date（最新）を旨とし、可能な限りレベルの高いエビデンスに準拠。がん対策基本法が制定され、がん薬物療法に関する専門医・専門スタッフの育成は待ったなしである。日本人の2人に1人ががんになる時代、がんに関わる多くの臨床医、看護師、薬剤師、必携の書。

消化管内視鏡医必読！ 生検組織診断のエッセンスを専門家の解説で学ぶ

消化管の病理と生検診断

中村恭一  
筑波大学名誉教授／東京医科歯科大学名誉教授  
大倉康男  
杏林大学教授  
斉藤 澄  
元・国立国際医療センター病理検査科医長

消化管の病理と生検診断

生検の読める内視鏡医を目指す人必携の書。速に刊行！

B5 頁464 2010年 定価15,750円（本体15,000円＋税5%） [ISBN978-4-260-00600-2] 医学書院



循環器で  
必要なことは  
すべて  
心電図で  
学んだ

第 6 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、何がなんだかわからない。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？

# 心電図の始まりは P 波から（その 1） 拡張不全と心房の大きさ

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

今回は P 波のお話です。P 波は心房の興奮を表し、心房が大きくなると P 波は高くなったり太くなったりします（図 1）。細かい定義は成書にお任せし本稿では、①心房が大きくなると何がダメなのか？ と、②こうした P 波の変化は心房の大きさ“だけ”によるものか？ の二項目を取り上げます。

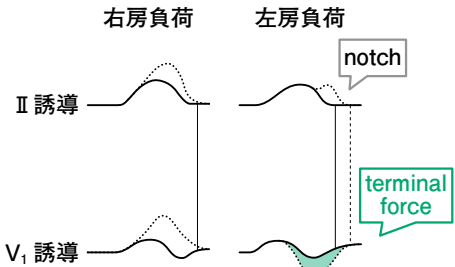
## サボる心房 と 働く心室

心房が大きくなること自体にそれほど害があるわけではありません。心房細動が起きやすくなったりとそれなりの弊害はありますが、心房は全身と肺からの血液を受け取り、心室が拡張するときにその受け取った血液をまとめて吸い込んでもらうという導管（conduit）としての役割がメインです。拡張期の最後に自身も少しは収縮しますが、平常時はあまり全身の還流に貢献しているとは言えません。図 2 に心エコー図（四腔像）での左房の拡張期と収縮期の変化を図示します。左室のダイナミックな変化と比べると、かなり貧弱であることがおわかりいただけるかと思います。

心房と比べて心室の役割は重大です。特に左室は 1 分間に 3—4 L の血液を全身に送り込まねばならず、そのため生涯を通じて文字通り休む間もなく働き続けます。そして、この心室の役割で意外と重要なのが、血液を心房から吸い込む機能です。あまり知られていないことですが、心臓は収縮するときだけでなく拡張するときにも、エ

### メモ なぜ心電図は P から始まるのか？

心電図計を開発したアイントーベンさんが、百年ほど前に心電図の波を順番に P から始めて QRS、そして T と名付けました。それまで生体現象の記号として使われていなかったからといわれていますが、P の前に他にも波があると考えていたフシもあります。



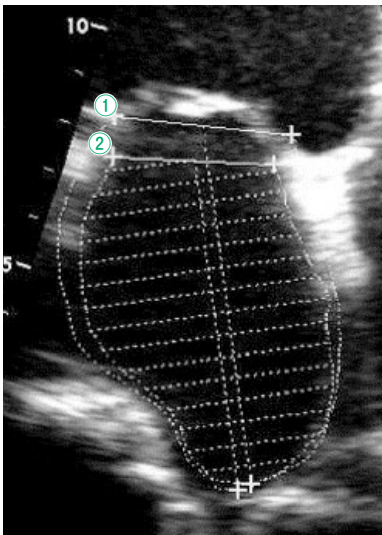
●図 1 心房負荷に伴う心電図変化  
典型的な心房の「負荷」に伴う心電図変化（点線部）。P 波が一番よく見えるのは II 誘導と V<sub>1</sub> 誘導ですが、右房負荷では P 波が縦に高くなります。左房負荷は、II 誘導では横に伸び notch のようなものができます。V<sub>1</sub> 誘導では二相性になり、終末に陰性成分が出現します（P-wave terminal force）。

ネルギーを使って能動的に心筋細胞を動かしています。これが心臓の拡張能と呼ばれるものです。

## 心室の拡張能の重要性

拡張能は非常にセンシティブな機能で、虚血でも心不全でも最初に傷害されるのはこちらで、これに引き続き収縮能が落ちていきます。有名な心エコーの駆出率（EF）は収縮能の指標ですが、心機能が傷害される順番は必ず拡張能→収縮能なので、EF が低下していれば拡張能は必ず低下しているわけです。しかし、逆は必ずしも真でなく、拡張不全があったとしても EF が正常な場合はいくらでもあります〔こうした心不全例を heart failure with preserved EF（HFpEF）と呼びます〕。

では、“血液を全身へ押し出す収縮能”と“血液を心房から吸い込む拡張能”ではどちらが大事なのでしょう？ 心臓の収縮能、すなわち EF が落ちていけばそれは目立つ所見ですし、概念としてもわかりやすいので、長いこと心不全＝収縮不全であると考えられてきました。しかし、近年の疫学的調査や臨床研究によって拡張不全による心不全（または HFpEF）が心不全疾患の約半分を占めることがわかってきました。かつ重要なことに予後の悪さは同等であり（院内死亡率 6%）、しかも ACE 阻害薬や β 遮断薬といった従来から収縮不全の心不全に極めて有効とされてきた薬剤も効かないという大規模ランダム化試験の結果が続いています。このように、まだ課題を残すこの拡張不全による心不全ですが、その病態の把握に心房の大きさが大きな役割を果たすということがわかってきました。



●図 2 左房の拡張期 (①) と収縮期 (②)

### ●表 左房の大きさと臨床的なイベントとの関連（文献 1 より改変）

| 発表年    | デザイン       | 対象     | サンプルサイズ | 左房の大きさと関連が認められたイベント |
|--------|------------|--------|---------|---------------------|
| 2002 年 | 後ろ向きコホート研究 | 外来患者   | 840 人   | 心房細動の発症             |
| 2003 年 | 後ろ向きコホート研究 | 外来患者   | 1160 人  | 心血管イベント             |
| 2004 年 | 後ろ向きコホート研究 | 左室肥大患者 | 569 人   | 心房細動と心不全の発症         |
| 2006 年 | 前向きコホート研究  | 外来患者   | 423 人   | 心血管イベント             |

## 拡張不全でなぜ心房は大きくなるか

ここでようやく心房の話に戻ってきました。心臓が心房から血液を能動的に吸い込んでいるのが拡張能で、その機能が落ちてくると拡張不全による心不全症状を起こします（e.g. 起座呼吸）。もう少し細かく見てみましょう。拡張不全を起こした心室は吸い込む力が弱くなっているので、心室が吸い込む力を発揮する拡張期の内圧が上昇します。この拡張期圧の上昇ゆえに肺のうっ血が生じ、呼吸困難や起座呼吸などの心不全症状を起こしてくるわけです。このとき心室の拡張期圧は、その直前に血液を溜め込んでいる心房に直接影響を及ぼします（なにしろ拡張期というのは僧帽弁が大きく開き、心室と心房が一体となっている時期ですから）。心室が血液を吸い込まないため、心房は自ら収縮して押し出そうとしばらく頑張ります。しかしすぐにギブアップして、段々と心室の拡張期の圧力の上昇に伴い心房の圧力も上がっていきます。その圧の上昇を受けて心房は大きくなっていくわけです。

## 心房の大きさは HbA1c

こうした拡張能に対する理解と心房の大きさの重要性を踏まえて、心房の大きさは長期的な拡張能の指標を表すと考えられるようになりました。血流の速度や EF などはそのときの血行動態（e.g. 血圧など）に応じて変化しますが、心房の大きさはその平均的な効果を長期的に反映したものと考えられるようになっていきます。つまり、拡張障害における左房の大きさは、糖尿病

における HbA1c の関係と同じようなものと言えるでしょう。現在、この左房の大きさは心房細動のみならず、心不全症状の発症、脳梗塞、さらには生命予後そのものを予測するパラメーターとして注目を集めています（表）。

## エコー？ 心電図？

左房の大きさをエコーで見るのが良いのか、心電図で見るのが良いのかということを検証した臨床研究があります。心エコー（特に二次元エコー）による計測だけでは全体的な心房の大きさを把握することが難しい場合もあり、その場合心電図が威力を発揮することもある、という結論でしたが、何を隠そうこれは筆者が初めて行った臨床研究です<sup>2)</sup>。米国研修での最初の時期に循環器内科フェローのポジションを勝ち取るために始めた研究でしたが（循環器内科はとても人気がありました）、何の因果か今もこうした臨床研究は続けており、“心電図”の連載も引き受けています。

## POINT

- 右房負荷と左房負荷を心電図の P 波の変化でみるができる。
- 心房の大きさは、心不全の発症や長期予後と強く関連する重要な心室拡張不全の指標である。
- 臨床研究は研修医が身近な話題を扱っても構わない。

### 参考文献

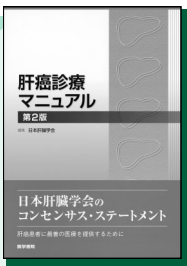
- 1) Abhayaratna WP, et al. Left atrial size: physiologic determinants and clinical applications. J Am Coll Cardiol. 2006 ; 47 (12): 2357–63.
- 2) Kohsaka S, et al. Electrocardiographic left atrial abnormalities and risk of ischemic stroke. Stroke. 2005 ; 36 (11): 2481–3.

最新のガイドライン・学会でのコンセンサスをもとに改訂

## 肝臓診療マニュアル 第2版

肝臓専門医はもとより、肝臓を専門としない医師にも有用な診療マニュアル。早期発見のためのスクリーニング法、各種検査の使い分け方、さまざまな治療法の概要と適応、治療効果判定の仕方、フォローアップのポイントなど、最新の診療ガイドライン、肝臓学会におけるコンセンサスをふまえ簡潔に解説する。肝臓患者に最善の医療を提供するために必要な情報を凝縮した 1 冊。

編集 日本肝臓学会



聖路加国際病院のプレストセンターが総力を上げて企画編集

## 乳癌診療ポケットガイド

近年、わが国における乳癌罹患率は増加の一途をたどり、女性の癌罹患数第 1 位、死亡数では第 3 位となり、まさにわが国の女性にとって最も深刻な疾病のひとつといえる。本書は、聖路加国際病院のプレストセンターが総力をあげて、将来乳癌の専門医をめざす若手医師や、癌医療に携わる看護師、薬剤師に向けて、乳癌の臨床に役立つ知識・新しい知見をコンパクトにまとめたマニュアルである。

編集 聖路加国際病院プレストセンター  
責任編集 中村清吾  
昭和大学教授・乳癌外科  
聖路加国際病院乳癌外科非常勤嘱託  
編集協力 山内英子  
聖路加国際病院プレストセンター  
中野絵里子  
聖路加国際病院プレストセンター  
梶浦由香  
聖路加国際病院プレストセンター





第

19 回

論文解釈のピットフォール

植田真一郎

琉球大学大学院教授・臨床薬理学

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

中間解析と早期終了の問題点 その3

今回は、いよいよ JUPITER（Justification for the Use of Statins in Primary Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin）試験<sup>1)</sup>の早期終了の妥当性について議論してみましょう。

今回は、いよいよ JUPITER（Justification for the Use of Statins in Primary Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin）試験<sup>1)</sup>の早期終了の妥当性について議論してみましょう。

早期終了試験の結果は過大評価されていないか？

JUPITER 試験は、「LDL コレステロール 130 mg/dL 未満であるが、高感度 CRP 2.0 mg/L 以上」の健常者を対象として、ロスバスタチン（20 mg/日）とプラセボを比較したものです。一次エンドポイントは心血管死亡、心筋梗塞、脳卒中、血行再建（冠動脈バイパス、経皮的冠動脈インターベンション）、不安定狭心症での入院の複合エンドポイントです。スタチン系薬剤のこれまでの臨床試験では、ほぼ心筋梗塞（冠動脈疾患死、非致死性心筋梗塞）が単独のエンドポイントとして評価されていましたが、この試験ではその点が異なります。結果は、図 1 に示したように一次エンドポイントに関して 44% リスクが低下しました。

JUPITER 試験では、あらかじめ中間解析と早期終了に関する取り決めがなされています。2 回の有効性に関する中間解析を実施し、O'Brien-Fleming の検定を採用しています。これは連載第 17 回（本紙 2890 号）で表にまとめましたが、早期終了を検討できる p 値は 1 回目の中間解析では 0.0005、2 回目は

0.014 で、前回紹介した CHARM 試験での規約とは異なります。

JUPITER 試験では、1 回目（6 か月）の中間解析で p<0.00001 の有意差が生じ、4 年間観察する予定を試験開始後 1.9 年(中間値)で早期終了としました。問題は、これが前回お話しした Random high の可能性がないかどうかということです。実際のところ、JUPITER 試験の結果が Random high である、という証拠はなかなか得られないのです。ここに参考になる報告があります。

Montori らは、試験薬が中間解析で有益であることが判明したとして早期終了になった 143 のランダム化比較試験についてのシステミックレビューを行いました<sup>2)</sup>。さまざまな興味深い結果が得られていますが、まず驚くのは、これら早期終了した試験のリスク減少の中央値が 47% と非常に高いことです。取り上げた試験は循環器 (25%)、がん (21%) などが約半数を占めますが、この数値には違和感を持ってしまいますね。なぜなら、どのような治療であれ、単独の治療でエンドポイント発生リスクが半減することは、これまでの試験の結果を見ても考えにくいからです。

循環器領域でガイドラインを変えたような薬剤、例えばアスピリン（心筋梗塞二次予防）、ACE 阻害薬（心不全や冠動脈疾患ハイリスク患者）、β 遮断薬（心不全、心筋梗塞二次）にしても、このような劇的な結果は得られていません。それを考えると、早期終了のリスク比の減少は過大評価されている、すなわち Random high である可能性を否定できません。

この JUPITER 試験もリスク低下 44% という、いかにも早期終了らしい劇的な結果です（ほかに、心血管系薬、製

薬会社からの研究資金、NEJM など、早期終了試験の特徴を兼ね備えています）。これまでのスタチン系薬剤の試験では、確かに一貫して心筋梗塞リスクを減少させるという結果が報告されてきましたが、リスク低下はだいたい 30% 程度です。したがって、JUPITER 研究の結果はこれまでの試験結果からすると、「過大評価」の可能性があります。

●表 JUPITER 試験における一次複合エンドポイントと、構成する各エンドポイントの発生数とリスク減少（文献 1 より改変）

|             | ロスバスタチン<br>(n=8901) |           | プラセボ<br>(n=8901) |           | ハザード比<br>(95%CI) | p値       |
|-------------|---------------------|-----------|------------------|-----------|------------------|----------|
|             | 患者数                 | 年間100人あたり | 患者数              | 年間100人あたり |                  |          |
| 複合一次エンドポイント | 142                 | 0.77      | 251              | 1.36      | 0.56(0.46–0.69)  | <0.00001 |
| 心筋梗塞        | 31                  | 0.17      | 68               | 0.37      | 0.46(0.30–0.70)  | 0.0002   |
| 脳卒中         | 33                  | 0.18      | 64               | 0.34      | 0.52(0.34–0.79)  | 0.003    |
| 血行再建        | 71                  | 0.38      | 131              | 0.71      | 0.54(0.41–0.72)  | <0.0001  |
| 不安定狭心症による入院 | 16                  | 0.09      | 27               | 0.14      | 0.59(0.32–1.10)  | 0.09     |

Random high はイベント数が 200 以下の試験で起きやすい

早期終了した試験でのイベント（エンドポイント）発生は、結局研究計画作成時に予想したものより少なくなります。Montori らの研究では、早期終了した試験のイベント数中央値はなんと 66 しかありません。もし、全体で 66 しかイベントが発生しておらず、試験薬群と対照群との間で p<0.001 で有意差が生じていたとすると、ざっと計算してリスク減少は 50% 以上になります。やはり、イベント数が少ないうちは Random high としての劇的な差が生じやすいのでしょう。

興味深いことに、早期終了試験では、報告されたイベント数が少なければ少ないほどリスク減少は大きく、この関連は総イベント数 200 以下で強いことが報告されています（図 2<sup>3)</sup>。つまり、イベント数が 200 以下の試験では、Random high が起こりやすいのです

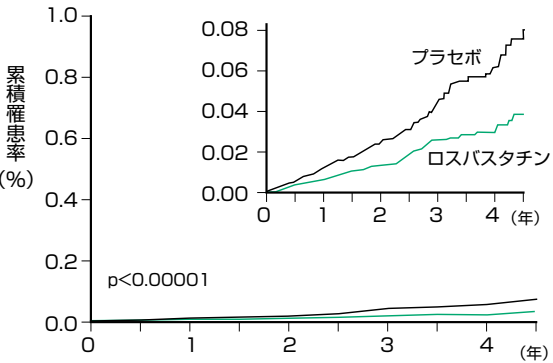
ね。もちろん逆の解釈（差が大きいため途中で止めるので、イベント数が少ない）も否定はできませんが、前回の CHARM 試験の結果やこれまでの臨床試験の結果からは、これは考えにくいと思います。

では、JUPITER 試験のイベント数を見てみましょう（表）。一次エンドポイントがロスバスタチン群で 142、プラセボ群で 251 発生しており、前述した 200 は超えています。それでは、Random high の可能性は否定できるのでしょうか？ 注意しなければならないのは、これまでのスタチンの試験と異なり、これは複合エンドポイントの結果だということです。

心筋梗塞の結果を見ると、全体で 99 のイベントしか発生しておらず、内訳はロスバスタチン群 31、プラセボ群 68 です。54% のリスク減少ですが、これまでのスタチンの試験結果からは、これは Random high による過大評価と解釈すべきでしょう。他のエンドポイント発生（脳卒中、不安定狭心症）も単独では 100 程度で、リスク減少は 50% 前後ですから、やはり過去の試験結果との一貫性のなさから Random high による過大評価だと解釈できます。

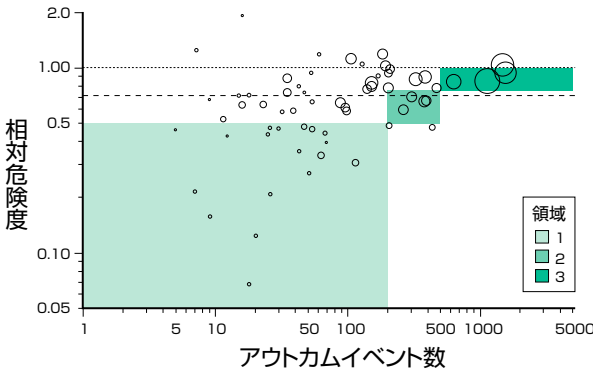
参考文献

- 1) Ridker PM, et al; JUPITER study group. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. N Engl J Med. 2008; 359 (21): 2195–207.
- 2) Montori VM, et al. Randomized trials stopped early for benefit: a systematic review. JAMA. 2005; 294 (17): 2203–9.
- 3) Bassler D, et al ; STOPIT-2 Study Group. Stopping randomized trials early for benefit and estimation of treatment effects: systematic review and meta-regression analysis. JAMA. 2010; 303 (12): 1180–7.



|         |      |      |      |      |      |      |      |     |     |     |  |  |  |  |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|--|--|--|--|
| 発症リスク数  |      |      |      |      |      |      |      |     |     |     |  |  |  |  |
| ロスバスタチン | 8901 | 8631 | 8412 | 6540 | 3893 | 1958 | 1353 | 983 | 538 | 157 |  |  |  |  |
| プラセボ    | 8901 | 8621 | 8353 | 6508 | 3872 | 1963 | 1333 | 955 | 531 | 174 |  |  |  |  |

●図 1 JUPITER 試験における一次エンドポイントの発生と治療群間の差（文献 1 より改変）



●図 2 相対リスクの比とイベント総数のメタ回帰分析（文献 3 より改変）

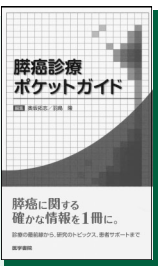
色の濃淡で、過大評価に関して 3 つの領域に分類している。最も淡い 1 の領域は最も過大評価の可能性が高い試験であり、総イベント数は 200 以下で、リスク比はイベント数と相関する。色が濃くなるにしたがって、過大評価の可能性は低くなる。

膵癌に関するあらゆる情報をコンパクトにまとめた書

膵癌診療ポケットガイド

日々、第一線で膵癌を診ている臨床医らがまとめた診療マニュアル。むずかしい診断のポイントやコツから、治療の適応の考え方、実際の治療の進め方、その他膵癌に関するあらゆる最新情報、患者サポートの知識までが、1冊で容易に手に入るよう工夫されている。膵癌は癌の死因別で第5位と、実に身近な癌である。ポケットにぜひ備えておきたいガイドブック。

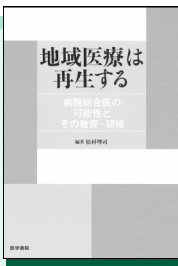
編集 奥坂拓志  
国立がん研究センター中央病院・肝胆膵内科医長  
羽鳥 隆  
東京女子医科大学講師・消化器外科



力量のある病院総合医が地域医療を救う！

地域医療は再生する 病院総合医の可能性とその教育・研修

編著 松村理司  
洛和会首羽病院院長





レジデントのための

# クリティカルケア

## + 入門セミナー

大野博司 [洛和会音羽病院 ICU/CCU, 感染症科, 腎臓内科, 総合診療科]

第7回

### 人工呼吸器の使いかた① 気道確保と気管内挿管

今回は、クリティカルケアにおける人工呼吸器管理前の気道確保・気管内挿管について取り上げます。

## CASE

**Case1** 頭痛、意識障害でER来院したADL自立の50歳男性。酸素10L/分でSpO<sub>2</sub>95%、血圧220/140mmHg、心拍数130/分、呼吸数12/分、体温35.5℃、GCSスケールE1V1M4、いびき様呼吸。くも膜下出血の診断でICU入室。上気道閉塞、呼吸不安定のため、術前に気管内挿管、人工呼吸器管理となった。

2%リドカイン100mg 1/2A、ブプレノルフィン0.2mg1A、ミダゾラム10mg1A、ロクロニウム50mg1Aを静注し挿管。人工呼吸器管理開始となり、2病日に緊急手術となった。

**Case2** 転落による多発外傷でER来院したADL自立の45歳男性。身長170cm、体重100kg。酸素10L/分でSpO<sub>2</sub>95%、血圧140/60mmHg、心拍数80/分、呼吸数12/分、体温35.5℃、GCSスケールE1V1M3、いびき様呼吸、四肢麻痺、肛門直腸反射消失。頭部外傷による舌根沈下、頸椎損傷による横隔神経麻痺からの呼吸抑制で呼吸不安定なため、2%リドカイン100mg 1/2A、フェンタニル0.1mg1A、プロポフォール50mg、ロクロニウム50mg2Aを静注しビデオ付喉頭鏡(Pentax AWS-S100)を使用して気管内挿管。挿管チューブは7.5mmを25cmで固定し、人工呼吸器管理となった。

### 気道確保と気管内挿管の適応

一般的な気管内挿管の適応としては、①低酸素血症および高二酸化炭素血症による呼吸不全、②気道防御機能の破綻(咳嗽反射消失、舌根沈下など)、③NPPV(非侵襲的陽圧呼吸)で改善しない呼吸不全、の3つの場合が挙げられます。また、臨床所見からは、①呼吸補助筋使用による呼吸、②一文をすべて話しきることができない状態、③早く浅い呼吸、④十分な酸素投与にもかかわらず低酸素血症が進行、⑤意識障害、の5つの場合に気管内挿管の適応を考慮します。

標準的な気管内挿管には表の器具・薬剤を用意します。各施設で、救急カートないしは気道確保カートの中身を常に確認しておくといでしょう。

#### ●表 標準的な気管内挿管に用いる器具・薬剤

- 挿管チューブ(男性7.5—8mm、女性7—7.5mm)
- スタイレット、ガムエラスティックブジー
- 10ccシリンジ
- マッキントッシュ型ブレード、ミラー型ブレード
- 喉頭鏡、エアウェイスコープ、ビデオ付喉頭鏡
- 固定テープ、バイトブロック
- リドカインゼリー、リドカインスプレー
- 吸引チューブ
- Magill鉗子
- カブノメータ(PetCO<sub>2</sub>モニター)
- 経鼻エアウェイ、経口エアウェイ

使用する薬剤には、

＊気管攣縮予防・頭蓋内圧亢進予防：リドカイン1.5mg/kg、

＊鎮痛薬：ブプレノルフィン0.2mg、あるいは、フェンタニル0.05—0.5mg

＊鎮静薬：ミダゾラム5—10mg(ないしプロポフォール50—100mg)があり、挿管前に静注します。場合によっては、

＊筋弛緩薬：ロクロニウム1mg/kg、ないしサクシニルコリン1—1.5mg/kg(註)

を併用します。しかし、患者の状態が悪いほど、意識下での気管内挿管もあり得ることを忘れないでください。またこれらを適宜組み合わせ、血圧低下や困難気道かどうかを考慮して、「リドカイン(気管攣縮予防)＋ブプレノルフィン(鎮痛)」「リドカイン(気管攣縮予防)＋フェンタニル(鎮痛)＋ミダゾラム(鎮静)＋ロクロニウム(筋弛緩)」などの挿管前導入の方法があります。

筋弛緩薬を挿管前に使用した場合、気道確保が確実にできないとCICV(cannot intubate, cannot ventilate)の状態となるため、十分な注意が必要です。そのため、sniffing position(口腔・咽頭・喉頭の軸を一直線に近づける!)を基本とする気道確保に普段から十分慣れておくこと、およびマッキントッシュ型喉頭鏡以外の他の挿管手技〔経鼻挿管、気管支鏡下経口挿管、ビデオ付喉頭鏡(エアウェイスコープなど)、気管挿管ブジー、ラリンジアルマスク

(LMA)、外科的気道確保など〕などについて、オプションを広げておくといと思います。

また、通常使用するマッキントッシュ型喉頭鏡下で喉頭展開しても声門が見えない場合には、次の手順で対応します。

＊吐物、異物の場合、吸引ないしはMagill鉗子などで除去する。

＊喉頭部が前にみえる場合、甲状軟骨・輪状軟骨を体外から押さえるか(Sellick手技やBURP手技)、直型ブレードに変更する。

＊頭部前屈を深くする。

＊バッグ、マスク換気しながら救援を呼ぶ。

### 迅速気道確保の流れ

急速挿管・迅速気道確保(RSI: rapid sequence intubation)は、麻酔導入薬、速効性の筋弛緩薬を使用することで意識消失と筋弛緩を直ちに起こし、気管挿管を行う手技です。挿管前に、胃内容物の存在が疑われる場合に行う気管挿管法となります。

#### 事前の準備

- RSIカートの用意、困難気道の評価、血管確保と昇圧薬(エフェドリン、ノルアドレナリンなど)の用意。
- 100%酸素でバッグ/バルブ/マスク換気(アンビューバッグを使用)。
- 鎮痛薬としてフェンタニルないしブプレノルフィン、気道攣縮・頭蓋内圧予防としてリドカインを投与。

#### RSI開始時

プロポフォールないしミダゾラム、Sellick法での輪状軟骨圧迫。適宜、筋弛緩薬追加(サクシニルコリンないしロクロニウム)を使用。

#### RSI開始30—45秒

気管内挿管を行い、声門部が見えない場合はBURP手技〔甲状軟骨をB(backward)、U(upward)、R(rightward)、P(pressure)、後ろ→上→右に押す方法〕を行う。

#### RSI気道確保後

- 聴診にて胸部左右差、胃内、胸郭の動きの観察。
- カブノメータ波形確認し、挿管チューブ固定。その後、血液ガス分析・胸部X線検査を行う。

### 各状況での対応法

以上の気道確保と気管内挿管の流れを踏まえ、実際の症例で起こりうる状況での対応法を解説します。

#### 1. 胃内容物充満、嘔吐の場合は？

挿管時に誤嚥を起こす危険性が高いため、経鼻胃管を吸引のために挿入してからRSIを準備します。しかし、挿管前に経鼻胃管を留置・吸引することで胃内容が空になるわけでないため、RSI手技で迅速に気道確保を行います。

#### 2. 頭蓋内圧亢進の場合は？

疼痛や気管への刺激により頭蓋内圧が上昇する危険性があり、挿管時の刺激を減らすために局所麻酔薬による気道反射消失、リドカイン静注、バルビ

ツレート、麻薬による深い麻酔、筋弛緩薬の使用を考慮します。

#### 3. 心筋虚血および、心筋梗塞後間もない場合は？

挿管手技による心拍数や血圧の変動を少なくするために、麻薬による深い麻酔、局所麻酔薬による気道反射消失、β遮断薬(ランジオロールやエスモロールなど超速効型)を使用します。また血圧低下時にはエフェドリンやノルアドレナリン、血圧上昇時はニトログリセリンを用意します。

#### 4. 頸椎損傷の場合は？

頭部の前屈など前方への頸椎の動きが脊髄損傷を増悪させるため、頭部・頸部・胸部を真っ直ぐに保つよう介助者が牽引・頸椎固定を行い、喉頭鏡での喉頭展開やビデオ付喉頭鏡(特にエアウェイスコープ)を使用して挿管を行います。

### ケースを振り返って

Case1は、くも膜下出血による意識障害下での気道確保のケースです。頭蓋内圧上昇に注意した気道確保が必要となり、頭蓋内圧上昇予防・気道刺激予防でリドカイン、鎮痛で拮抗性麻薬、鎮静でミダゾラム、筋弛緩でロクロニウムが使用されています。

Case2は、多発外傷(頭部・頸椎損傷)であり困難気道(difficult airway)のケースです。気道確保に長けた医師(麻酔科医、救急医)による、RSIの適応となります。ここではビデオ付喉頭鏡を使用した気道確保を行っています。

註：脱分極性筋弛緩薬であるサクシニルコリンのほうが超短時間作用のため好まれますが、非脱分極性筋弛緩薬であるロクロニウムもリバースとしてスガマデックスが使用可能なため、緊急気道確保には使用可能と考えます。

### Take Home Message

- ① 気道確保・気管内挿管の適応について理解する。
- ② 気管内挿管で用いる薬剤について理解する。
- ③ RSIの流れについて理解する。

#### 参考文献

- 1) Roberts JT. Clinical management of the airway. Saunders. 1994.
- 2) Hurford WE. Orotracheal intubation outside the operating room : anatomic considerations and techniques. Respir Care. 1999 ; 44(6) : 615-29.
- 3) Reynolds FS, et al. Airway management of the critically ill patient : rapid-sequence intubation. Chest. 2005 ; 127(4) : 1397-412.

## まんが 医学の歴史

茨木 保

A5 頁356 2008年 定価2,310円(税込)  
[ISBN978-4-260-00573-9]

医学書院

消化器外科エキスパートが膜解剖から説き起こした大腸癌手術の極意!

新刊

## イラストレイテッド大腸癌手術 膜解剖にもとづく剥離のベストテクニック

消化器外科手術において最も時間を費やし、かつ慎重に丁寧に行わなければならない剥離操作、その極意を膜構造の解明により説き起こす。良好な剥離面からのアプローチが如何に手術の進行をスムーズに、かつ出血も最小にできるかを、ユニークなイラストにより立体的に理解。ビギナーからベテランまで、エキスパートを目指す全ての消化器外科医に贈る、圧倒的迫力の大腸癌手術アトラス。

松木盛行  
埼玉医科大学准教授・  
附属病院急患センターER室長  
橋本大樹  
調布東山病院外科  
平山廉三  
埼玉医科大学客員教授  
藤沢湘南台病院顧問



A4 頁184 2010年 定価9,975円(本体9,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00711-5]

医学書院

待望のベストセラー外科手術アトラスの全面改訂版

新刊

## イラストレイテッド外科手術 第3版

### 膜の解剖からみた術式のポイント

外科を志す研修医の必読書・定本となった手術アトラスの全面改訂。膜の解剖・剥離層の理解から合理的で安全・正確な手術手順とテクニックを提示して、多くの読者から支持を獲得。オリジナルの新イラストはより説得性に富み、知りたいことを的確に示し、プロセスの精緻なシミュレーションとして、すべての臨床外科医に成功する手術への道筋を示す。食道癌手術とラパ胆を加え、さらに内容充実。

篠原 尚  
兵庫県立尼崎病院・消化器外科部長  
水野恵文  
兵庫県立尼崎病院・外科部長  
牧野尚彦  
兵庫県立尼崎病院・名誉院長



A4 頁500 2010年 定価10,500円(本体10,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01023-8]

医学書院



研修医イマイチ先生の  
成長日誌

行動科学で学ぶ  
メディカル  
インタビュー

第7回

松下 明

奈良ファミリークリニック・所長  
岡山大学大学院・客員教授／三重大学・臨床准教授

行動変容のステージモデル④

再発期に対するアプローチと  
感情面への対応

研修医  
イマイチ

僕の名は  
イマイチ、25歳  
独身。地元の国立大学医学部  
を卒業し、県立病院で初期臨床研修2年目  
を迎えた。病態の理解には自信があるが、患者・家族  
とのコミュニケーションはちょっと苦手。救急外来で  
救急車が続くときに、特に軽症の夜間外来患者を診る  
とイライラしてしまうことがある。  
学生時代に医療面接は勉強したが、実際に患者さんを  
診るとどうも勝手が違う。そこで、研修2年目に入っ  
た今、地域医療研修を利用して何とかコミュニケーション  
能力を高めたいと考えている。

いよいよ禁煙に取り組み始めた田中一郎さん（仮名、60歳男性）。その後の変化を聞いてみるつもりでイマイチ先生が、田中さんに尋ねます。

田中さん、その後の調子はいかがですか？

ついにタバコをやめることができました!! もう2週間全く吸っていません。

素晴らしい! さすが田中さん、やるときはやりますね!

ブルーレイディスクの“賭け”を、先生のアドバイスで家内に交渉したんです。3か月頑張れば買っていいと許可が出ました。

やりましたね! 一石二鳥じゃないですか、健康になってほしいものも買えて。

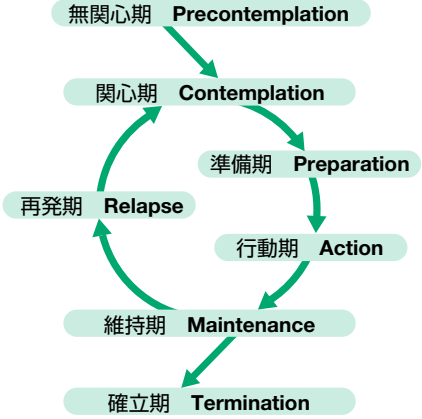
そうなんです。もっと早く考えればよかった。

……ところで、タバコを吸いたくなったりするときはありますか？ また、誘惑はないですか？

……やはり飲み会が危険ですね。タバコ仲間が誘いに来そうで。

……どうされるおつもりですか？

断れる飲み会は2つ断ったんですが、今月末の同窓会には出ないといけなくて……。同じ時期に禁煙した仲



●図 行動変容のステージ<sup>1)</sup>

間が2人いるので、そいつらと一緒にいようかと思います。

すごいじゃないですか! そこまでプランを立てているなら乗り切れますよ。またどうだったか次回教えてください。禁煙の薬なしでも大丈夫ですか？

ええ。何とかこの調子で乗り切ろうと思います。ブルーレイディスクが楽しみです。

＊ ＊ ＊

イマイチ先生、褒め上手でしたね。前回話したとおり、どんなときに失敗しそうかを質問して、自らの再発対策を引き出すところまで完璧な対応でした。

今回は、いつか訪れるであろう再発期（図）へのアプローチ法<sup>1)</sup>と感情面への対応について、もう少し深めてみようと思います。

### 再発期へのアプローチ

どんなに意志の強い人でもつまづくことはあります。失敗は成功のもととはよく言ったもので、この考えを診療に生かせばよいのです。失敗を責めてはいけません。行動変容に失敗はつきものであるという認識で対応しないと、医療者側にもストレスがかかってきてしまいます。

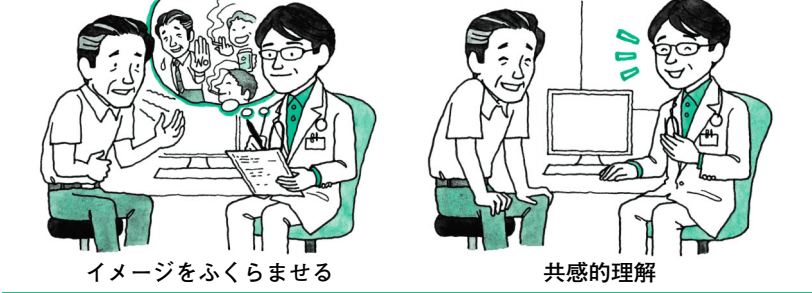
具体的には、以下のステップを踏むことで再発期から次の関心期へ戻りやすくなると言われています。

- 1) 落ち込んでいる対象者と一緒にうまくいかなかったことを残念に思うと表現する。
- 2) 十分に時間を置いて共感的に相手の残念な気持ちに対応した上で、「……でもちょっと待ってくださいよ」と前置きをし、失敗に至るまでの対象者の努力をたたえるとともに、「6か月間しか続かない」ではなく「6か月間もやれた」ことを評価する。
- 3) みんな何度も失敗を繰り返しながら最終的には成功に至る、というメッセージを送る。

特に自信過剰気味な中年男性では、再発期に入るとそこで引かかってしまい、次に進めないことがよくあります。あっさりと再発期を乗り越え、再び関心期に戻れるようなサポートが重

### ●表 共感的コミュニケーションを行うためのステップ<sup>3)</sup>

- ① 先入観を捨て、表情を観察しながら、相手の話をストーリーとしてよく「聴く」
- ② イメージをふくらませて相手の立場ならどう感じるかを想像する
- ③ 相手に「これこれこんなふうに感じているんですね?」と確認する
- ④ 「そうなんです、わかってくれましたか!」と答えてもらったら、共感的理解のプロセスを完結する
- ⑤ 相手の感情に当たらなかった場合は、もう一度①—③のプロセスを繰り返す
- ⑥ 共感的理解を示した後は5—10秒程度の間（沈黙）が必要
- ⑦ 相手の感情と行動を正当化した上で、今後の支援を約束する。「そのように感じて、行動されたことはよく理解できます。一緒に頑張っていきましょう」



要です。

### 感情面への対応

行動変容のすべてのステージにおいて感情面への対応は重要ですが、この再発期では特に重要となります。人は感情（怒り・不安・悲しみ）に左右されると、理性でわかっていることができなくなります。感情面に十分対応してもらうことで患者はより理性的に考え、行動変容を起こしやすくなるのです。第1回（2874号）でお話した行動科学的アプローチのレベル3（感情面への対応を行う）がこれに当たります。

医療関係者は、「共感的な理解と共感を伝える能力は人間の基本的な性質であるから、その技法は人に教えられるようなものではない」[「コミュニケーションの上手・下手は天性の能力で決められている領域だ」と思っていることが多いものです。しかしながら、さまざまな研究結果から、目標を明確にしたトレーニングによってこの領域を伸ばせることは証明されているのです<sup>2)</sup>。

日本では「行動科学」という名称ではありませんが、卒前教育でも医療面接の実習やOSCE、さらに上級者向けのロールプレイ学習などが行われており、感情へ向き合う第一歩が踏み出されています。感情面への対応を深めるには、わかりやすい方法論を伝え、ロールプレイ、ビデオレビューといった実践練習をするに限ります。感情（怒り・不安・悲しみ）を消し去ることはできませんが、共感的コミュニケーションを通して、「感情を理解してもらう」ことで和らげることは可能<sup>3)</sup>です。「共感とは理解すること」であって、同じ気持ちになってしまうこと（同情）ではないことを忘れてはいけません。

共感的コミュニケーションは、観察と想像から成り立っています。お恥ずかしいことに米国の行動科学者から教わった話なのですが、「聴く」という漢字には耳、目（横向き）、心の3つの体の部位が含まれています。共感をするには、この3つの部位それぞれをフルに活用する必要があるのです。す

なわち、「耳」を使って真剣に話を聞くのはもちろんのこと、「目」を使ってよく観察して相手の感情を察知しつつ、「心」をつかって想像力（イマジネーション）を広げるのです。

「映画を見ているかのように相手の話をリアルにイメージ」できれば共感はいまぐれいものです。表にまとめたステップを踏んで練習してみましょう。共感を示した後は、間が重要です。5—10秒ほど沈黙が保てると、相手の気持ちに対する理解が進み、相手も「わかってもらえた」と感じやすくなります<sup>3)</sup>。

### ポイント

- ①再発期では、共感的コミュニケーションを使って、関心期に戻る手助けをする。
- ②共感とは「（感情を）理解すること」であり、同じ気持ちになること（同情）とは異なる。
- ③共感的コミュニケーションには観察と想像が必要で、「聴く」の3つの部位を活用する。
- ④「耳で聞く」「目で表情を観察する」「心で想像（イメージ）する」がポイント。
- ⑤相手の話が「映画を見ているかのようにイメージ」できたら、言葉にして自分の理解を伝え、相手から「そうなんです、わかってくれたんですね!」という返事が出るまで繰り返す。その後の「間（沈黙）」がとても重要。

### 今日のつぶやき

再発期の人は確かに残念がるだろうなあ。今度機会があったら気持ち（感情）をしっかりと「聴いて」共感してみよう! 人の感情に接するのはこれまで苦手だったけど、何とかやれそうな気がしてきたぞ。

### 参考文献

- 1) 松下明. 患者教育(行動科学的アプローチ). 治療(増刊号). 2002; 84: 645-50.
- 2) 飯島克巳, 他監訳. メディカルインタビュー——三つの機能モデルによるアプローチ(第2版). MEDSI; 2003.
- 3) 津田司監訳. 困ったときに役立つ医療面接法ガイド. MEDSI; 2001.

前頭側頭型認知症の貴重な症例集の翻訳版!

新刊

バナナ・レディ 前頭側頭型認知症をめぐる19のエピソード

The Banana Lady and Other Stories of Curious Behaviour and Speech

前頭側頭型認知症(FTD)は罹患による著しい性格変化や行動異常が特徴的で、本邦でも注目されている。本書は海外におけるFTDの貴重な症例集を翻訳したもの。エピソード編では「バナナ・レディ」を始めとした多彩な症例を19編に渡りビビッドに描写。解説編では認知症の専門家である原著者による研究レビューから介護者へのアドバイスにまで記述が至り、FTDへの理解を深められる。

著 Andrew Kertesz  
監訳 河村 満  
昭和大学教授・神経内科

バナナ・レディ  
前頭側頭型認知症をめぐる19のエピソード  
河村 満 著

A5 頁232 2010年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-00961-4]

医学書院

新刊

MDCTの基本原理から最新技術までを包括的に、しかも平易に解説した待望のテキスト

MDCTの基本パワーテキスト

CTの基礎からデュアルソース・320列CTまで

MDCT Physics: The Basics: Technology, Image Quality and Radiation Dose

▶CTの基礎原理からMDCTの画質や被曝線量に関する必要な解説を経て、心臓CTや最新のデュアルソースCT、320列MDCTまでを、臨床に根ざし、読みやすくまとめた全く新しいオールカラーの解説書。心臓CT、ハイブリッドCTは独立した章を設けて解説し、知っておくべき画質改善と被曝低減の問題についても詳述。放射線科医、放射線技師や放射線科研修医、放射線科技師をめざす学生など、入門者にも最新の知識をアップデートしたいベテランにも最適なテキスト。

監訳 陣崎雅弘  
訳 百島祐貴

慶應義塾大学医学部  
放射線診断科 准教授  
慶應義塾大学医学部  
放射線診断科 講師

定価5,460円(本体5,200円+税5%)  
B5 頁208 図272 2010年  
ISBN 978-4-89592-652-2

MEDSI

メディカル・サイエンス・インターナショナル  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

TEL. (03) 5804-6051  
FAX. (03) 5804-6055

http://www.medsj.co.jp  
Eメール info@medsj.co.jp



# MEDICAL LIBRARY

## 書評・新刊案内

《神経心理学コレクション》

## レビー小体型認知症の臨床

小阪 憲司, 池田 学 ●著

山鳥 重, 彦坂 興秀, 河村 満, 田邊 敬貴 ●シリーズ編集

A5・頁192

定価3,570円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01022-1

評者

岩田 誠

女子医大名誉教授／メディカルクリニック柿の木坂院長

臨床家にとって最もやりがいのある仕事は、それまで誰も気付いていなかった病気や病態に世界で初めて気付く、それを世に知らしめることである。

最初は、自分の小さな気付きがそれほど大きな意味を持つとも思わず、単に多少の興味を惹かれた事実を記載するだけである。それが大発見であるというようなことには、世間一般だけでなく、発見者当人もまだ気付いていない。当然のことながら、その記載は世の中に大きな反響を呼ぶほどのものにはならず、小数の臨床家の記憶の隅にしまわれるだけである。

しかし、時間が事の重大さを明らかにしていく。世の中の人々が、同じことに気付き出すと、その最初の記載が大きくクローズアップされる。そして世間は、その発見が日常の臨床の場での、緻密ではあるがごく日常的な観察に始まったことを知る。

臨床家が毎日飽きもせず患者に接しているその営みの中から大きな発見がなされ、医学の歴史の新しいページが開かれていくとき、いつも繰り返されるこのプロセスは、現在最も注目を浴びている変性性デメンチアの一つであるレビー小体型デメンチアにおいても然りであった。本書は、その発見者である小阪憲司先生が、後輩である池田学先生にその気付きのプロセスを語っていく書物である。これを読む人は皆、臨床家の観察というものが、いかに大きな発見につながっていくかを知り、感動を覚える。聞き手の池田先生も、臨床

の場において次々と大きな発見を成し遂げてこられた方であるだけに、お二人の対談は、そういう臨床の場における発見の意義を生き生きと示す興味深い読み物となっており、ワクワクしながらこの病気の発見史をたどっていくことができる。

真の観察者は、患者の臨床症状であれ、病理所見であれ、それらを単なるデータとして観察することはない。アルゴリズム的な考え方に従って、観察すべき所見の有無を記入したり、検査に頼ってどこそこの血流量がどのくらい減少しているかを測定したりするだけの行為は、単なるデー

タの収集であって観察とは言えないのである。小阪先生が大脳皮質の神経細胞の細胞体中に何か不思議な構造物を見つけても、その患者の示していた特異な臨床像を見ていなかったら、この病気の発見はもっと遅かったに違いない。臨床家としての観察力と、神経病理学者としての観察力が見事に合体した結果が、この発見につながった。

したがって、評者はこれを、単に一つの病気の臨床像や病理像に関する最新の知見を教えてくれるだけの書物とは思わない。確かに、本書を読めば、レビー小体型デメンチアに関する知識を余すことなく知ることができるのは事実であるが、この病気の発見者が、本書を通じて読者に伝えたかった真のメッセージは、臨床医学の方法論だったのではないと思う。小阪先生の観察方法は、決して今日的なハイテク技術を駆使したものではない。それは古典的で地味な方法論に基づくものではあるが、大発見につながったのはその徹底的な観察であった。大脳皮質の神経細胞の中にレビー小体を見いだすことは、それがあることがわかっている症例においてさえ容易ではなかったと、池田先生が述べておられるが、そのような実体験を経ることによって、小阪先生の偉業が真に理解できる。この書物は、臨床医学における観察の意味とその重要性を示す、偉大な観察者のかけがえのない言葉にあふれている。

●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

記事内容に関するお問い合わせ

☎(03)3817-5694・5695

FAX(03)3815-7850

「週刊医学界新聞」編集室へ

送付先(住所・宛名)変更および中止

FAX(03)3815-6330

医学書院出版総務部へ

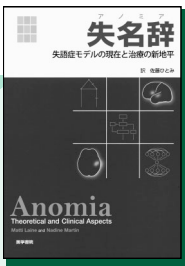
ものの名前が出てこない! そのとき脳内では何が起きているのか?

## アノミア 失名辞

Anomia  
Theoretical and Clinical Aspects

名指す(=呼称)という行為は、言語の最も基本的な機能である。言いたい言葉を見つけた時や言葉が出ない時、脳内で何が起きているのだろうか。本書は、脳損傷により名指す行為が障害された“失名辞(anomia)”という症状を考察し、失語症モデルの変遷と現在の認知モデルによる失名辞の理論的解釈から、失名辞の臨床的評価法の提案と治療(呼称セラピー)研究を論評している。

著 Matti Laine  
Nadine Martin  
訳 佐藤ひとみ  
治風会病院リハビリテーション科 言語



A5 頁224 2010年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00992-8]

医学書院

## 実践 漢方ガイド 日常診療に活かすエキス製剤の使い方

中野 哲, 森 博美 ●監修

B5・頁416

定価6,090円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01045-0

評者

岡部 哲郎

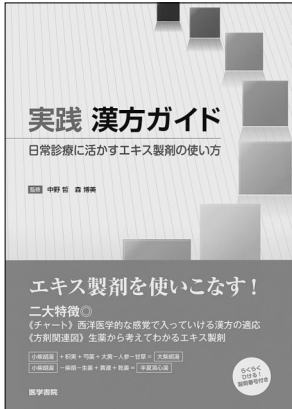
東大特任准教授・漢方生体防御機能学

漢方医学が伝来して以来ほぼ1500年になる。1967年に初の漢方製剤の薬価基準収載が行われ、再び日本国民の医療の一翼を担うことになった。現在148処方の漢方薬が保険医療に組み込まれている。

“緑茶は頭部の熱を冷まし、精神を覚醒するので夏の暑さによる口渇、頭痛に効果がある”——漢方医学はこのような健康の知恵が東洋の自然哲学に基づき医学として理論的に体系化されたものである。同じ病気でも体が冷えている患者には温める漢方薬が、体が熱い患者には冷やす作用の処方を用いる。体質や環境を考慮に入れ多次元にわたり重層の診療を行う漢方医学の病理概念を、科学教育を受けたわれわれが理解するのは容易でない。その上、古代より漢方医学は「方伎」に分類され、外科手術と同じく技術の伝承と訓練(相伝)の医学であった。漢方医学の治療効果は医師の相伝と熟練度に大きく左右される。

漢方医学に習熟するには、漢方医学理論の習得と同時に、実践的修練が必要となる。『実践 漢方ガイド』は西洋医学各科の専門医と薬剤師が漢方医

### 漢方診療の 知恵の集積



学を実践して獲得した、漢方診療の知恵の集積である。本書では、27の症状別に各専門科の医師が鑑別診断とともに漢方診療の実践を証に分類して述べている。また、内科、外科から眼科、歯科に至る16診療科ごとにそれぞれの代表的疾患について、西洋医学的診療と同時に漢方医学の証に基づいて細分類した実践的診療が網羅的に記載されている。証の診断や処方は図表をふんだんに使ってわかりやすく解説されている。

また、本書では構成生薬の配合に基づき各処方の相互関係と対応する証に関して理論的

## 精神科薬物相互作用ハンドブック

Neil B. Sandson, M.D. ●著

上島 国利, 樋口 輝彦 ●監訳

山下 さおり, 尾鷲 登志美, 佐藤 真由美 ●訳

A5・頁424

定価5,250円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00959-1

評者

兼子 直

弘前大大学院教授・神経精神医学

本書では精神科、内科、神経内科、外科・麻酔科、婦人科・腫瘍科・皮膚科領域において薬物治療中に見られた症状をケーススタディとして示し、それを薬物相互作用の観点から解析している。

薬物相互作用の理解は、患者が訴える症状を適切に診断し、対処する上で極めて重要である。つまり、薬物相互作用の理解は、薬物治療中に見られる症状を「新たな症状」とらえ不要な検査や追加処方を避ける上で重要であり、かつ、その知識は適切に対応する上で必要不可欠なものである。関連する知識は最近の分子遺伝学の発展で大きく進歩しており、本書はかかる進歩を踏まえて、合理的に理解できるように工夫して書かれている。

### 薬物療法を行う 医師必携の書

第1章の定義に関する内容では臨床家がしばしば誤解する基質、阻害薬、誘導物質などの解説が平易に記載されており、理解を助けている。

本書の特徴の1つはケーススタディごとに考察があり、さらに解説に関連する参考文献が明記されていることである。精神科医が処方する薬剤だけでなく、他科の医師により処方される薬剤がどのような機序で相互作用を起こすかの記述は、臨床経験の深い医師でも参考となる点が少なくない。その解説は平易かつ理論的に記載されており、これは医師が自らの症例の症状を理解するために役立つだけでなく、さらにその知識を深める上でも有用である。また、引用された論文は自らが論文を書く上でも基盤となる

新刊

わかりやすさで世界が選んだ 速攻理解の“名講義”

ペコリーノ がんの分子生物学

-メカニズム・分子標的・治療

Molecular Biology of Cancer: Mechanisms, Targets, and Therapeutics, 2nd Edition

▶ Oxford University Press発売のベストセラーの翻訳。がんの発生から進展にいたる諸過程のメカニズムを遺伝子、分子のレベルで簡明に解き明かす。治療法の開発において今や分子レベルの知識は不可欠であり、本書ではそうした点を踏まえ、基礎理論と臨床、創薬とを結びつけて理解することを企図している。最新の情報を過不足なく取り入れ、しかもコンパクト。院生、研究者や研修医、臨床家の入門書、がんプロフェッショナル育成プログラムの教科書としても最適な一冊。

監訳 日合弘 京都大学名誉教授／滋賀県立成人病センター研究所顧問  
木南凌 新潟大学大学院医歯学総合研究科 遺伝子制御講座教授

定価4,725円(本体4,500円+税5%)  
B5変 頁324 図・写真128 2010年9月  
ISBN978-4-89592-654-6

ペコリーノ がんの分子生物学

MOLECULAR BIOLOGY OF CANCER

2nd Edition

ペコリーノ 著

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



## 神経伝導検査と筋電図を学ぶ人のために [DVD-ROM付] 第2版

木村 淳, 幸原 伸夫 ●著

B5・頁440  
定価9,450円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00895-2

『神経伝導検査と筋電図を学ぶ人のために』は、臨床神経生理の基礎から診断までの道筋を初心者にもわかりやすく系統的に説明した名著で、神経筋疾患の神経生理検査・診断を行う医師、検査技師にとっては文字通りバイブル的な存在である。今回待望の第2版が木村淳先生、幸原伸夫先生の多大な努力でここに出版された。この第2版は基本的な内容、骨格はもちろん初版と共通しているが、随所に新しい試みが追加されて約100ページの増ページとなり、さらに臨床に役立つ魅力的な本となっている。

本書は初版から至る所に初学者の理解を助ける工夫がなされている。第2版にも引き継がれているが、付録のDVD-ROMに針筋電図の実際の記録を収録し、本編で説明を加えるという大胆な試みは、私の知る限り臨床神経生理の分野では本邦初である。筋電図検査の研修は何と言っても波形や発火様式の視覚的な識別と、筋電図の音による聴覚的な識別の両者の訓練ということに尽きる。DVD-ROMには、幸原先生が実際に臨床の場で経験された数多くの異常筋電図が収録されており、初学者のみならず、筋電図検査をある程度経験した医師にも貴重な記録である。

また臨床神経生理検査をより深く理解するための基本的な解剖・生理学的知識のみならず、工学的な項目もしっかり書かれていることも本書の特徴でもある。さらに末梢神経系だけではなく、筋電図の起源である脊髄前角細胞の発火を制御している運動一次ニューロンの機能を評価する磁気刺激検査に

も触れられている。このような内容に幸原先生の臨床神経生理検査を行う医師、臨床検査技師に対する強いメッセージを感じる。

今回の第2版では、理解をさらに深めるための工夫が数多く加えられている。第1の大きな特徴は、多くの図が追加され、一見難しい病態の理解がより進むように書かれている点である。

第2の大きな特徴として、最終目標である電気生理診断に近づくための項目の大幅な追加が目にとまる。まず巻頭に神戸市立医療センター中央市民病院で集積した日本人の神経伝導検査の正常参考値が載せられている。多忙な臨床の場で、正常参考値を収集することがいかに大変かは筆者も身に染みており、この正常参考値はこれから広く日本中で用いられよう。高齢化社会の日本において、読者はこのデータを見るとき、特に年齢との関係を見てほしい。

その他に、検査を行う際に最も重要な末梢神経解剖の追加項目として、現在米国で活躍している野寺裕之先生によるレクチャー形式での腕神経叢の解剖の覚え方が加えられている。電気生理診断を行う際に必須となる神経筋の解剖を読むごとに自然にマスターできるように書かれていることが何より素晴らしい。読者もぜひ記憶にとどめてほしい。

本書はこれから臨床神経生理を学ぼうとする人だけではなく、臨床神経生理の認定医、認定技術師をめざす人にとっても、神経生理検査室など臨床の傍らにぜひ置いてほしい大事な一冊である。

り、この付録だけでも本書を入手する価値は十分にある。付録Aには精神科で汎用される薬剤についての解説があり、これも若手読者の理解を高める。臨床に多忙な医師にとって、多数の原著を読み、考えをまとめることは時間的に困難さを伴うが、本書はそれを解決してくれる。

薬物療法を行う医師にとって、本書は必須の書となった。ケーススタディで相互作用を理解するだけでなく、本書を外来、病棟に置き、処方をするとき、あるいは予期せぬ症状が現れたときには付録が大いに役立つものと考え

### 【評者】有村 公良

大勝病院副院長・神経内科  
前・鹿児島大准教授・神経内科学

### 臨床神経生理の理解を促す 要素がさらに充実



## 早期精神病の診断と治療

Henry J. Jackson, Patrick D. McGorry ●編  
水野 雅文, 鈴木 道雄, 岩田 伸生 ●監訳

B5・頁432  
定価9,450円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01059-7

本書は1999年に刊行され、わが国では2001年に『精神疾患の早期発見・早期治療』（金剛出版）として出版された書籍の改訂版『Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach』の日本語版（邦訳タイトル「早期精神病の診断と治療」）である。

編集は初版と同じく、Henry J. Jackson教授とPatrick D. McGorry教授によるものであるが、その執筆者はほとんど入れ替わっており、この領域の研究の進歩がいかに早いかを実感させる。

本書は8部で構成されている。第1部（第1章、第2章）は導入部であるが、この中で早期精神病の予防と介入にとって極めて重要なモデル、すなわち「臨床病期モデル」が詳しく解説されており、まず、この部分を十分理解することが、本書全体の理解の前提になる。第2部（第3—5章）では、精神病のリスクと脆弱性に関する幅広く重要な分野が検討されている。

第3章は精神病の遺伝研究分野の最新知見を概観し、第4章では精神病の環境的危険因子と遺伝要因の相互作用がレビューされている。また第5章では早期精神病を対象にした神経生物学的研究が概観されている。

第3部（第6章、第7章）は第4部と並んで、いわば本書の中心的課題すなわち「予防と早期介入」を扱った中核の部である。第6章ではARMS（精神発生危険状態）の同定と治療、初回エピソード精神病（FEP）への移行の予測を扱っている。

第7章はARMSとして同定された人たちが持つ、幅広い症状と機能的困難さを扱う介入を包括的に概観している。この章では、私がARMSに関して最も知りたい点、すなわちARMSとい

うレットルが生み出すかもしれないスティグマへの対処、「偽陽性」に対する不要な治療の回避、ARMSへの介入期間の問題などが取り上げられており、注目される場所である。

第4部（第8—10章）は精神病の同定とサービスへのアクセスの改善、精神病未治療期間（DUP）と転帰の関係を論じている。第5部（第11—13章）はFEPや躁状態の患者に対する包括的な評価方法と治療の提供について、第6部、第7部では「臨床病期」が扱われている。

本書が扱う早期介入というテーマは特に新しいものではない。か

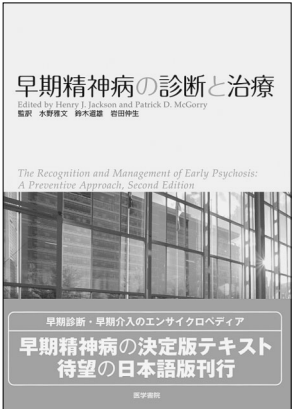
つて、多くの研究者、臨床家が研究、報告し啓発もしてきた。では何がこれまでと違うのか？それが本書を読む上で最大の関心事であった。その答えは2つのキーワードにまとめることができたように思う。

その1つは「下位診断群」の分類におけるFEPを研究対象にした点であり、2つ目は「臨床病期モデル」の導入である。特に後者については、「臨床病期モデルは早期の有効な治療は予後を改善し、疾患のより重篤な病期への進行を予防する可能性を示唆している」と編者らが本書の概観の中で述べており、この言葉で、本書を刊行した方々のこの研究に取り組む原点を理解できたように思った。

ただ1点、私の中で解決できない疑問が残った。それはM. Bleulerの有名な経過と予後の図の中の急速荒廃型と急速欠陥型を臨床病期モデルの中でどのように位置付け、理解すればよいかという点である。

最後に400ページにも及ぶ大著を邦訳された訳者の方々、監訳に当たられた水野雅文、鈴木道雄、岩田伸生の3名の教授に心からの敬意を表したい。

### 臨床病期モデルを採用した 早期精神病治療の良書



新刊

つねに“新しい”定番テキスト、最新版の刊行

ラングマン人体発生学

Langman's Medical Embryology, 11th Edition

第10版

▶ 定評ある人体発生学のロングセラー教科書、改訂新版。受精から胎児までを段階的に記述した総論と、各臓器の発生を扱った各論からなり、人体の発生に関する基礎的知識を体系的に学ぶことができる。カラー図版を多用した明快な記述は引き継がれ、分子遺伝学、分子生物学的知見の解説を拡充し章として独立。前版同様、初期発生から各主要器官の発生の過程を解説したアニメーションをCD-ROMに収載。

人体発生学

-10-

Langman's Medical Embryology

11th Edition

T.W. Sadler

記 安田幸生 広島大学名誉教授

定価8,820円(本体8,400円+税5%)  
B5 頁428 図409 2010年  
ISBN978-4-89592-650-8

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

メディカル・サイエンス・インターナショナル  
113-0033 東京都文京区本郷 1-28-36

新刊

空気が読めないのは脳のせい?

脳とソシアル

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

人は言葉だけでなく、自分の体や周りの空気、時間などあらゆるものを使って他者とのコミュニケーションを図っている。果たして脳は、それらの情報をどのように処理し、意味づけているのだろうか。脳とこころの不思議に迫る

「脳とソシアル」シリーズ第3弾。

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  
ー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]

医学書院

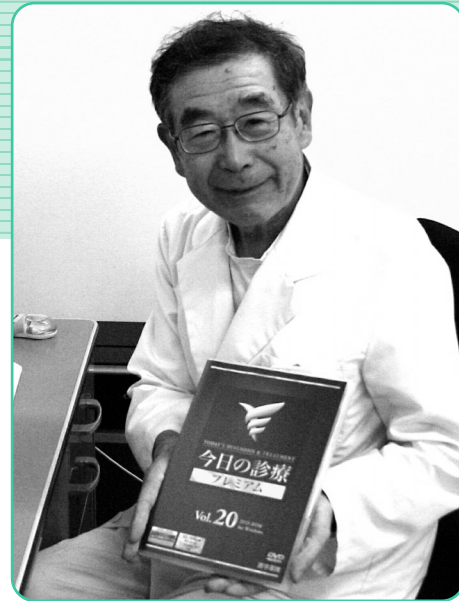


## 発売開始から20周年を迎えた「今日の診療」。 Vol.1からのユーザーである間中信也先生に お話を伺いました。

(間中病院・院長)

## ●間中信也先生

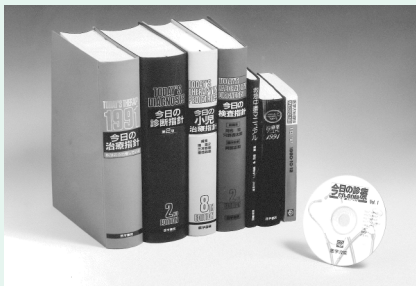
1965年東大医学部卒。72年日本脳神経外科学会専門医、75年東大講師、81年同大助教授、86年帝京大市原病院脳神経外科教授、93年より温知会間中病院、94年院長就任。インターネットに「頭痛大学」を開設し、頭痛診療活動を精力的に実践している。



——間中先生にはVol.1から連続してご利用いただいています。

20年前といえば1990年ですから、今とはまるで状況が違いました。当時はドクターですらパソコンを使っていた人は極めて少なく、ハードもソフトもかなり高価でした。クオリティについても、今となってみればお世辞にも出来がいいとは言えないものばかりでしたが、『今日の診療』は格別によくできていたと記憶しています。

CD-ROM版の書籍はいくつかありましたが、ほとんどはパソコン上で本が読めるというだけのもので、電子化した意味があまり感じられなかったけれど、『今日の診療』は複数の書籍を横断的に検索できるという今となっては当たり前前の機能を当初から取り入れていたのだから、先見の明があったのでしょう。



1991年に発売された『今日の診療CD-ROM Vol.1』。キャッチコピーは「7冊が1枚になって、検索自在」だった。20年経過した現在でも、国内最大級リファレンスデータベースであることは変わらない。

——どのようなシーンでお使いですか？

診察室のパソコンにインストールして、いつでも使えるように起動したままにしています。私は頭痛が専門ですが、どうしても専門外の患者さんを診なければならぬときもあります。そのようなケースでは、即座に調べられることがとにかく大事。『今日の診療』では、すべてのデータをハードディスクに格納できるので、動作が軽快でストレスを感じません。

収録されている『今日の治療指針』が、こういった用途にちょうどいいんです。各領域の疾患についてそれぞれ1,000字程度にまとめられているので、重要なポイントがすぐに把握できる。それに『今日の治療指針』は2年分が収録されているので、様々なエキスパートオピニオンが参照できるのも『今日の診療』ならではの機能です。

——インターネットが普及して、情報収集が格段に容易になりました。

たしかにネットの普及によって論文へのアクセスなどは容易になりました。しかし、ネット上の情報は玉石混淆で、必ずしも有用なものばかりとは限りません。その点、『今日の診療』に収録されている内容は、すべて書籍化されたものなので、きちんとオーソライズされているから安心できます。

それに、検索機能がよくできているので、検索結果にノイズが少ないのも快適ですね。最近ではジェネリック医薬品も多いので、商品名から検索できるのも便利です。20年間使い続けてきて、検索機能がブラッシュアップされているのがよくわかりますよ。長年にわたる開発の賜物なのでしょう。

——『今日の診療』へのご意見・ご要望をお聞かせください。

指導料が保険点数化され、きちんと患者さんに説明する必要があるため、当院ではわかりやすいペーパーを作成しています。それを作るのに『今日の診療』を使いますが、本文をコピー＆ペーストできるので助かります。もちろん、著者のオリジナリティが現れている部分はコピーしませんが、ガイドラインで示されたデータなどはそのまま使いたいところがあります。ソフトによっては使い勝手に影響するほど強力なプロテクションがかけられているものもありますが、『今日の診療』ではそういった制限をしていない。制作者サイドで議論した結果だと思いますが、我々ユーザーを信頼してくださっていると感じます。

要望としては、略語辞典や医学英和辞典はコンテンツに含まれていないものを使っていますが、それらも取り入れてもらえるとさらに良くなるでしょう。医学書院から発行された書籍をデータベース化して1枚のディスクで完結させるというのがこの商品の特徴ですが、ユーザーとしては、好みのタイトルをデータベース化してもらいたい。技術的にはさほど難しくないと思うので、是非とも実現してほしいですね。

◎国内最大級大容量リファレンス！ 日々の診療をサポートして20年

# 今日の診療 プレミアム Vol.20

DVD-ROM for Windows

20th Anniversary



●DVD-ROM版  
価格76,650円  
(本体73,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01113-6]



## 「臨床中毒学」を新たに収録

収録書籍3冊分を更新  
今日の治療指針 2010年版／今日の診断指針 第6版／治療薬マニュアル 2010

## 今日の診療 ベーシック Vol.20

DVD-ROM for Windows

骨格をなす8冊(写真下に\*で表示)を収録

●DVD-ROM版 価格54,600円(本体52,000円+税5%)[ISBN978-4-260-01115-0]



医学書院

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