

2010年4月5日
第2874号 for Residents

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

New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週の主な内容

- [インタビュー] 伴信太郎氏に聞く
..... 1-2面
- [寄稿] 医学教育をspecialtyとして学ぶという選択肢(菊川誠)..... 3面
- [連載] 臨床医学航海術/研修ルポ/行動科学(新)/ER/EBCP/アレルギー診療/論文解釈/クリティカルケア(新)/医学教育
MEDICAL LIBRARY, 慢性腎臓病シンポジウム..... 14-15面



医学教育の質向上が医療を変える原動力となる

interview 伴信太郎氏に聞く 名古屋大学医学部附属病院総合診療科教授/日本医学教育学会会長

1979年京府医大卒。同大小児科研修を経て、80年米国クレイトン大家庭医学科レジデント。83年国立長崎中央病院にて卒業研修指導医。89年川崎医大総合臨床医学教室に移り、93年より同教室助教授、98年より現職。2009年より日本医学教育学会会長を務める。教育、診療、研究、社会的貢献という4つの柱を基盤とした“総合する専門医(ジェネラリスト)”の育成に尽力している。

昨今の医師不足や偏在に対する施策を受け、日本医学教育学会より本年1月7日に「医学部定員増に対する提言」と「提言 地域医療教育の充実のために——地域枠制度の拡大を受けて」という2つの提言が出された(概要を2面に掲載)。
真に社会に貢献できる医師を育成するためには、大学、自治体、現場医療機関、さらには地域住民をも巻き込んだ、一体型の教育が不可欠である。そのために医学教育をめぐる現状の課題をいかに克服し、医学教育の質向上をめざしていくか、日本医学教育学会会長を務める伴信太郎氏にお話を伺った。

——このたびの2つの提言は、どのような経緯で出されたのですか。
伴 近年、地域における医師不足や医師の偏在などの問題が指摘されており、医学部入学定員の増加、地域枠制度の拡大をはじめ、医学教育にかかわるさまざまな対策が講じられています。しかし、国民の健康を支えていくためには、単に医師数を増やしたり、地域枠を拡大したりするのではなく、医学教育自体の質を高めることが不可欠です。そのために、教員数あるいは教育に伴う資源などの充実が必要であることを理解してほしいと考え、今回の提言に至りました。

人的・物的資源の充実が急務

——それではまず、「医学部定員増に対する提言」を出された背景についてお話しいただけますか。
伴 医学部は他学部比べて学生数が少なく、労働集約型の教育を必要とします。また、現在の医学教育は非常に注意深い配慮が必要です。特に最近では少人数制の教育が推進されているので、教員がかかわる割合も非常に増えています。また、定員増員にあたって

は、小グループ学習のためのセミナー室や実習室、解剖実習室、シミュレーション教育施設などの改修・増築、臨床実習において学生が扱う病棟の電子カルテ端末の造設などが必要です。ですから、10人以下の増員であっても、人的・物的資源全般に大きな影響を及ぼすのです。
そもそも、わが国の教員数は欧米と比較して非常に少ないという問題があります。大学設置基準では、これまで医学部の収容定員の上限を720人(入学定員120人)と定めており、必要な専任教員数は140人と設定されていました。この人数設定は、臨床に必要な診療科に対応する講座を設けることを意図したものです。
昨年10月、本年から10年間医学部入学定員が増員されることを受け、大学設置基準が改正されました。ここでは、入学定員120人を超えて増員する大学については、専任教員数を150人とするという基準が示されました。一方で、今回の提言では、例えば1学年の定員が25人増えると、小グループ学習や臨床実習指導に携わる専任教員数を53人増員する必要があるとの試算を出しており、実際の教員増とはか

なりかけ離れた結果となっています。
——大学設置基準では最低限必要な教員数を定めていますが、各大学で専任教員数を増やしてもよいのですか。
伴 そうですね。これまで国立大学の教職員数は文部科学省が管理してきましたが、2004年に大学が独立法人化したことで、さまざまな面でフレキシビリティが出てきました。ただ、人件費等の問題もあり、これまでのあり方を変えていくには相当の時間と労力を要します。
また、人的・物的資源の充実に向けては経営側や他部門の理解を得ることも重要ですが、医学教育の成果や有効性を評価する基準がほとんど構築されていないのが現状です。例えば、卒業生のキャリアパスをたどり、在学中の成績や臨床スキル、態度を調査するなどの縦断的な研究が考えられますが、そのような研究はわが国ではほとんど行われていません。最近では医学教育学を専門とする医師も出てきているので、彼らの研究を基にエビデンスを蓄積し、量と質の両面から医学教育の成果を示していくのが今後の本学会の役割だと考えています。
——提言では、教員評価の見直しの必要性も挙げられていました。
伴 大学の教員の業務は、研究、教育、診療、社会的貢献、学内管理など、多岐にわたります。このなかで、研究評価は、インパクトファクターや研究費の獲得で、診療実績は病院における各種の指標で評価につながりやすいのですが、教育は十分に評価されない傾向

があります。本学会の教育業績評価ワーキンググループが2000年に教育業績評価基準についての提言を行いました²⁾。これは、量的な教育貢献の評価基準を提案したのですが、質的な面からの評価も必要です。そこで現在、業績評価委員会で、適切な教員業績の評価方法についてのガイドラインの作成に取り組んでいるところです。

医療の真髄を地域医療で学ぶ

——次に、「提言 地域医療教育の充実のために——地域枠制度の拡大を受けて」についてですが、地域医療教育の現状についてお話しいただけますか。
伴 地域医療教育は、2007年の医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂の際に初めて導入されました。この背景の一つには、小児科や産婦人科に代表される医師の不足、偏在による地域医療の崩壊がありますが、わが国の地域医療への取り組みは欧米に比べて20年ほど遅れています。その例として挙げられるのが、地域医療を担うジェネラリスト——総合診療の専門医資格の整備です。米国は1969年に家庭医が19番目の専門医として承認を受けており、英国ではやや遅れましたが、general practitionerが系統的なトレーニングを経て専門医認定されるようになってきました。わが国では、一方で医師の専門分化が非常に進んでいるの

(2面につづく)

4 April 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。

<p>《脳とソシアル》 発達と脳 コミュニケーション・スキルの獲得過程 編集 岩田 誠、河村 満 A5 頁272 定価3,780円 [ISBN978-4-260-00936-2]</p>	<p>イラストレイテッド外科手術 膜の解剖からみた術式のポイント (第3版) 篠原 尚、水野恵文、牧野尚彦 A4 頁500 定価10,500円 [ISBN978-4-260-01023-8]</p>	<p>骨・関節X線写真の撮りかたと見かた (第8版) 堀尾重治 B5 頁496 定価6,510円 [ISBN978-4-260-00994-2]</p>	<p>《標準言語聴覚障害学》 言語発達障害学 シリーズ監修 藤田郁子 編集 玉井ふみ、深浦順一 B5 頁320 定価5,250円 [ISBN978-4-260-00897-6]</p>
<p>個人授業 心臓ペースメーカー 適応判断から手術・術後の管理まで 監修 永井良三 著 杉山裕章、今井 靖 A5 頁264 定価3,990円 [ISBN978-4-260-00952-2]</p>	<p>腹腔鏡下胃切除術 一目でわかる術野展開とテクニック (第2版) 編著 関東腹腔鏡下胃切除研究会 B5 頁200 定価9,450円 [ISBN978-4-260-00998-0]</p>	<p>医療福祉総合ガイドブック 2010年度版 編集 NPO法人 日本医療ソーシャルワーク研究会 A4 頁296 定価3,360円 [ISBN978-4-260-01037-5]</p>	<p>《標準言語聴覚障害学》 発声発語障害学 シリーズ監修 藤田郁子 編集 熊倉勇美、小林範子、今井智子 B5 頁336 定価5,250円 [ISBN978-4-260-00916-4]</p>
<p>今日の消化器疾患治療指針 (第3版) 編集 幕内雅敏、菅野健太郎、工藤正俊 A5 頁1096 定価14,700円 [ISBN978-4-260-00798-6]</p>	<p>脊椎腫瘍の手術(DVD付) 編集 富田勝郎、川原範夫 A4 頁200 定価16,800円 [ISBN978-4-260-00975-1]</p>	<p>《標準言語聴覚障害学》 言語聴覚障害学概論 監修 藤田郁子 編集 藤田郁子、笹沼澄子 B5 頁320 定価5,250円 [ISBN978-4-260-00658-3]</p>	<p>看護診断 第15巻第1号 編集 日本看護診断学会 B5 頁116 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01032-0]</p>
<p>膵癌診療ガイド 編集 奥坂拓志、羽鳥 隆 B6変型 頁312 定価5,250円 [ISBN978-4-260-00951-5]</p>	<p>標準眼科学 (第11版) 監修 大野重昭 編集 木下 茂、中澤 満 B5 頁392 定価7,350円 [ISBN978-4-260-00944-7]</p>	<p>《標準理学療法学・作業療法学(専門基礎分野全12巻)》 解剖学 (第3版) シリーズ監修 奈良 勲、他 編集 野村 嶺 著 野村 嶺、他 B5 頁472 定価6,300円 [ISBN978-4-260-00876-1]</p>	<p>看護研究 原理と方法 (第2版) 著 D.F. ポーリット、C.T. ベック 監訳 近藤潤子 B5 頁800 定価9,975円 [ISBN978-4-260-00526-5]</p>

interview 医学教育の質向上が医療を変える原動力になる——伴信太郎氏に聞く

(1面よりつづく)

に、家庭医や病院総合医の推進については、ようやく最近になって医療政策として提案されるようになりました。今後は家庭医や総合医が1つの専門領域として広く認識されるようにならないければ、現在の地域医療における医師不足は解消されないと思います。

また、今回の提言のきっかけの1つとなった地域枠制度も、米国ではその有効性が1980年代から示されているのです。

——地域枠制度は、現在どのような状況にあるのでしょうか。

伴 わが国の地域枠制度は、その多くがこの4、5年ほどの間に導入されたもので、2009年度の時点で47の大学で地域枠制度を採用しており、定員は714人です。2010年度には、さらに313人の地域枠の学生増が予定されています。地元出身者を選抜し、一定期間地域で勤務してもらうという大学もありますし、全国の学生を対象としている大学もあります。人数もさまざまですが、いちばん数の多い旭川医大では2010年度では入学定員のうち60人が地域枠の学生です。

本学会がこの提言を出した背景には、地域枠の導入を機に臨床実習のフィールドを地域に広げて地域医療教育の充実を図り、学生全員に地域医療の魅力を感じてほしいという思いがありました。また、臨床教授制度などを活用し、地域で質の高い医療を行っている医師に医学教育に参画してもらい、地域と大学が連携できるような教育環境をつくるというねらいもあります。——このような教育環境づくりのモデルはありますか。

伴 オーストラリアのフリンダース大学(4年制のメディカルスクール)では、地域立脚型の医学教育カリキュラムが組まれています。なかでも、3年次に行われる1年間の臨床実習には、地方都市にある総合診療クリニックや小規模病院での実習を行うParallel Rural Community Curriculum (PRCC)と呼ばれるプログラムがあります。大学病院でのローテーション実習も選択できますが、PRCCのほうが人気も満足度も高いと聞きました。また、PRCCを3年次に選択しなかった学生にも、4年次に6週間の地域診療所での臨床実習が必修とされており、地域医療教育に非常に重点が置かれていると言えます。現在、わが国の地域枠は定員が10人以下の大学も多いので、まずは地域枠の学生に絞ってフリンダース大学と同じような教育をパイロット的に実施してみるのも1つの方法かと思えます。

また、卒後臨床研修における地域保健・医療研修も参考になるのではないのでしょうか。愛知県では、「愛知県へき地医療支援機構」が愛知県下のすべての臨床研修プログラムに対し、へき地での地域保健・医療研修を提供しています³⁾。現在、4つの地域別研修プログラムがありますが、非常に人気が高いです。これらを参考にいただければ、学生にとっても魅力的なプログラムになると思います。

——地域医療で学ぶ内容には、医師免許を有していなくてもできることが多く、卒前教育に地域医療教育をもっと取り入れるべきだという声もあります。

伴 卒前教育で学ばなければいけない最先端の基礎医学や社会医学、臨床医学の内容も年々増加しているの、そ

の辺りのバランスは難しいと思います。ですから、まずは少しでも地域医療に触れることで、地域医療の楽しさや喜び、あるいは自分たちに求められる役割などを知るきっかけにしてほしいと考えています。卒後臨床研修あるいは後期研修までは幅広い領域を経験し、その上で最終的には専門性を持ちたいという学生も多いですが、そのような学生にとっても、地域医療を経験することで患者の多様性を知り、専門性を深く追究するモチベーションも上がるのではないのでしょうか。

——地域医療で学んだ成果は、国家試験ではなかなか表れにくいと思いますが、どのように評価するのでしょうか。

伴 地域医療教育では、知識に加え、臨床能力や医師としての態度などの評価が欠かせません。最近、よく話題に上る「プロフェッショナルリズム」は、医師としての姿勢に重点を置いており、多角的な評価が可能なポートフォリオが注目されています。ただ、ポートフォリオ評価は手間がかかりますから、まずは地域医療教育に限定して導入してみるのが現実的な試みと言えらると思います。

——卒後臨床研修でも、1か月以上の地域医療研修が必修となっています。

伴 地域医療は、大学病院や総合病院で優れた医療を行っていた人がすぐに力を発揮できる、というものではありません。医学教育の世界では、これを「臨床能力の内容特異性」と呼んでいますが、質の高い地域医療を実践するには、知識や技能のほかに住民と積極的にかかわる姿勢が必要です。

また、地域住民は、必ずしも高度最先端医療を受け続けたいと思っているわけではないし、高齢化社会が進むなか、家族に囲まれて、あるいは地域が支えて、いかに安心して人生の最期を迎えるかということも重視するようになってきました。このような地域住民の願いをかなえるには、介護や福祉を支援したり組織したりすることも必要です。このように、医療だけではカバーできない部分があることを知るためにも、地域医療研修はすべての医師が経験すべきキャリアだと思えます。さらに、いちばん望ましいのは、どんな専門領域の医師であっても、地域医療の診療能力を基盤として持てるような教育システムの構築だと考えています。

すべての医師に 教育的思考を持ってほしい

——今後、学会としてどのようなことに取り組まれる予定ですか。

伴 医学教育については、これまで入学試験、教養教育、臨床前教育、クリニック・クラークシップ(診療参加型実習)など、さまざまな提言がなされてきましたが、特に臨床教育については、なかなか抜本的な改革には至りませんでした。最近になって、基本的臨

床能力についての教育が全国的に行われるようになってはきたものの、わが国の医学生の臨床能力の獲得レベルは国際的なスタンダードに比べてなお低いことが指摘されています。その一因としては、これまで教員が教育学の理論や方法を学ぶことなく教育に携わってきたことが挙げられます。知識や技能を教えるだけでなく、学生を動機付けたり、行き詰まった学生の支援を行うことなども、教員の重要な役割です。診療のトレーニングを積んでいない医師が患者を診ることがあってはならないのと同様に、教育について学んでいない教員が学生を教えている現状はおかしいのだという認識を共有していく必要があります。

他学部と比較して、医学部は教育活動に熱心に取り組んでいることも事実です。しかし、今は大学病院においても診療科の患者数やベッドの稼働率、収支などを考えなければならず、教育にかかわる医師の診療負担も非常に増えています。それに加え、研究も行わなければいけないので、時間的な制約がどうしても出てきてしまいます。

——タスクが多いと、教育にかける時間はどうしても減ってしまいますね。

伴 現在、ほとんどの大学に「医学教育研究室」や「医学教育センター」など、教育専任の部門ができていますが、教育にかかわるあらゆる業務がそこへ集中してしまうという弊害が出てきているところもあります。さまざまな立場の人が皆で効率的に教育にかかわることができるように調整するのが教育ユニットの役割なのに、個々の教員が自身の診療や研究に追われて教育へのかかわりが少なくなるとは本末転倒です。

私は、これからはすべての医師が教育的思考を持ち、若い医師の能力を引き出すための知識や技能を身に付ける必要があると考えています。例えば、ITは“general purpose technology”と言われるように、ビジネスだけでなく、工業生産やジャーナリズム、学問にも役立ちます。教育能力も同様に“general purpose competency”であり、学生教育だけではなく、教室運営、患者との関係など、さまざまな場で活かすことができます。昔から「教育は国家百年の大計」と言われるように、教育活動はすぐには成果が出なくても、計り知れない広がりを持っています。ですから、わが国の医学・医療の発展に向けて、教育の重要性をもっともっとアピールしていきたいと思っています。——ありがとうございました。(了)

●文献

- 1) http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse_proposal_1002_1.html
2) 日本医学教育学会教育業績評価ワーキンググループ. 報告(提言)教育業績評価基準. 医学教育. 2000;31(4):209.
3) http://www.pref.aichi.jp/aichi-hospital/rinsyo/kensyu.htm

●「医学部定員増に対する提言」の概要

本提言では、医学部定員増がどのような根拠とプロセスに基づいた計画であるのかを社会に対して明示する必要があると指摘。さらに、医学部定員増にあたり、下記の5点について適切な対応を望むとしている。

- 1. 人的資源の確保 (教員の増員に加え、シミュレーション教育施設専任職員の増員、模擬患者、診療補助職員の確保)
2. 物的資源の確保 (大教室、小グループ学習のための学習室、実習室などの改修・増築/シミュレーション教育施設の整備/OSCEのためのコンピュータ端末の造設や実技試験会場の整備/臨床実習における診療端末や学生実習室の造設/学外実習施設のエデュケーション機器などの整備)
3. 教員に対する教育・研究支援 (学生数が増えても効果的な授業を実施できる教育技法の開発や導入の支援/人的・経済的教育支援体制の改善/研究費の確保/実効性のある教員評価とインセンティブ)
4. リスクマネジメント (【入学生の質低下を招く恐れがあることから】従来以上の臨床準備教育の努力/医学生による医行為の水準の明文化や補償制度の整備)
5. 教育評価の構築 (質の高い医学教育のアウトカムを測定する指標についての検討)

●「提言 地域医療教育の充実のために——地域枠制度の拡大を受けて」の概要

- 1. 地域医療教育の目的では、地域の医療ニーズに対応し地域に貢献する良医を育成するために、大学と地域が連携して地域医療教育を推進することの重要性が述べられている。また、地域医療の理解だけでなく、プロフェッショナルリズムを学ぶことをめざすとしている。
2. 地域医療教育カリキュラムの構造では、地域医療教育は医学生全員を対象とし、保健・福祉、地域でのチーム医療などについて、低学年から卒業時まで一貫して継続的・系統的に学習することが望ましいとしている。学習方法は、講義と実習を組み合わせ、地域医療を実践しているロールモデルのもとで参加型の実習を行うことを提言している。さらに、地域医療教育カリキュラムに関する評価を継続的に行い、カリキュラム改善に役立てることが重要だと述べている。
3. 地域医療教育カリキュラムの運営では、大学だけでなく、地域の教育環境を充実させるためには、自治体、現場医療機関、地域住民、患者の理解と協力を得ることが重要だと指摘。そのための方策として、①大学、自治体、寄附者、現場医療機関等による、情報交換、共有を行うための協議会の設置、②地域住民、患者への広報・啓発活動、③各大学や自治体が有する既存システムの有効活用、を挙げている。
4. 地域医療教育の将来に向けてでは、卒前・卒後一生涯教育のすべての段階における継続的かつ体系的な教育体制と、地域で安心してキャリアを重ねていける支援体制の整備が必要不可欠だと提言。さらに、地域医療教育カリキュラムの成果を検証するための医学教育研究を推進し、わが国の実情に合わせた効果的な地域医療教育モデルの確立をめざすことが必要だと述べている。

4 April 2010 新刊のご案内 医学書院
2011年版 系統別看護師国家試験問題 解答と解説
B5 頁1400 定価5,670円 [ISBN978-4-260-01035-1]
言語聴覚研究 第7巻1号
編集 日本語聴覚士協会
B5 頁112 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01063-4]
電子辞書SR-A10002
価格79,800円 [ISBN978-4-260-70072-6]

神経内科臨床のバイブルが、8年ぶりに改訂!
神経内科ハンドブック 第4版
鑑別診断と治療
「これ1冊で神経内科臨床がわかる」好評の書籍、8年ぶりの改訂。神経内科専門医をめざす研修医、若手臨床医必読の神経学的診察法や症候の診かたについては従来どおり懇切丁寧に解説。加えて、脳血管障害や変性疾患をはじめとした各種神経疾患の診断・治療や検査法について最新の知見を盛り込んだことで、前版の読みやすさ、理解しやすさはそのままに、情報量をボリュームアップした。
編集 水野美邦 順天堂大学附属越谷病院院長
A5 頁1312 2010年 定価14,175円(本体13,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00874-7] 医学書院

一部の商品を除き、本体価格に税5%を加算した定価を表示しています。消費税変更の場合、税率の差額分変更になります。

医学教育を subspecialty として学ぶという選択肢

寄稿 = 菊川 誠 University of Dundee Centre for Medical Education fellow / 佐賀大学総合診療部

私は現在、英国 Dundee 大学の Centre for Medical Education (CME) にて医学教育学を学んでいます。卒業研修を地域の病院で行い、離島診療所から大学病院まで総合診療を基本として診療に携わってきました。その中で、医学教育に興味を持ち、このたび英国への留学の機会を得て、医学教育学を勉強しています。私の経験を交えて CME について紹介することにより、自らの専門分野を医学教育にと考えている先生方の参考になれば幸いです。

CME がある Dundee 市は、英国スコットランドに位置する人口 15 万人の比較的小さな町です。日本にも CME で学ばれた方が数人おられ、日本や世界で活躍されています。Dundee 大学と言えば日本でもおなじみの OSCE の発祥地であり、また Portfolio, アウトカムが何かということを中心に据えて組み立てられた教育である Outcome Based Education (OBE), SPICIE Model, Spiral Curriculumなどを発信して世界の医学教育に貢献しています。また最近では、エビデンスに基づいた医学教育の実践をめざす Best Evidence Medical Education (BEME) のコンセプトもここを中心として発信され、広まりつつあります。

今年 Face-to-Face コース(通学制)で学んでいる学生は私を含め 11 名で、出身国は英国・タイ・チリ・ヨルダン・タンザニア・オマーン・スウェーデン・パキスタンです。彼らとの交流を通して各国の医学教育の現状を知ることができるのも貴重な財産です。医師不足であること、医師のコミュニケーション能力向上が課題であること、ここ 10 年間で医学教育の急速な変化が起きていることなど、一見日本特有課題かと思っていたことも、意外に他の



●Harden 教授を囲んで Face-to-Face コースの学生たち。2 列目右端が筆者。

国でも同様であることに気がきました。

1 年のコースにエッセンスを凝縮

ここでの実際のコースの内容を少しご紹介したいと思います。Dundee 大学では毎年 9 月中旬から授業が始まります。まず、全体で 1 週間のオリエンテーションがあり、基本的な授業の受け方、ノートの取り方などを学びます。9 月後半から本格的に授業が始まり、Certificate は 12 月中旬までの 20 テーマの授業とそれぞれの課題レポート提出が課されます。約 1 か月の冬休みの後、1 月中旬から 4 月初めまで Diploma コースがあり、同じく 20 の課題に取り組むことが求められています。それ以降は、Master コースとなり、リサーチを行い卒業論文を提出します。それらの結果がすべて外部評価者から認められれば Master の称号が与えられるという内容になっています。

レクチャーの内容ですが、講義のプランの立て方、評価の仕方、スタディーガイドの作り方などの実践的内容から、評価の基礎、OBE の理論的内容、そしてリサーチの進め方まで、医学教育者に必要なエッセンスがまさしく Spiral で組み込まれており、各分野の理解が相互に深まるような仕組みとなっています。時には、各国の教育の現状をプレゼンテーションすることもあります。英語が得意ではない私にとってはストレスですが、これもいい経験です。

通常、Master コースは 2 年制の国が多いと思いますが、英国は 1 年制が多いようです。Dundee 大学でも、1 年間の設定でプログラムされています。その分内容が薄いのかと思う方もいらっしゃるかもしれませんが、おそらくその予想は正しくありません。少なくとも私にとっては、課題提出は大変な労力を要します。

なお、Face-to-Face コース以外にも Distance コース(通信教育)で学ぶことも可能です。英国内から約 1500 名、世界 73 か国から約 2500 名

の学生が Distance コースで学んでいます。

医学教育学は発展を続ける社会科学

私は、医学教育学を学問としてどう位置付けるか、という疑問を留学前に持っていました。まだ勉強を始めて間もないのですが、現在の認識では、医学教育学は社会科学であり、教育学・心理学をベースに体系化されていること、そして医学教育学は単独で発展してきたのではなく、外部のさまざまな影響を受け応用・発展してきた分野であると思っています。

例えば Portfolio も、元々は Art 教育で用いられてきた評価手法の概念を取り入れていますし、OBE は産業界の Output を主眼においた生産ラインからの応用です。また、BEME も EBM を応用して発展してきました。ほかにも、Quality Assurance (品質保証) の考え方も、産業界におけるプロダクトの品質保証という概念を基に生まれました。

そしてこれからは、Web 2.0 などに代表される Information and Communication Technology (ICT) がますます発展し、世界のグローバル化が加速していくなかで、教育のハード部分が大きく影響を受け、また進化してくる考えられます。e-learning に代表されるような技術がますます医学教育に取り入れられてくるでしょう。

一例を紹介します。Webinar と言われる、双方向性のセミナーを Web 上で行うものです。写真は CME の前センター長の Ronald M. Harden 教授の OBE についてのセミナーの様態です。世界中から Web 上でセミナーに参加でき、講師からの講義を聴き、質問することができます。

一例を紹介します。Webinar と言われる、双方向性のセミナーを Web 上で行うものです。写真は CME の前センター長の Ronald M. Harden 教授の OBE についてのセミナーの様態です。世界中から Web 上でセミナーに参加でき、講師からの講義を聴き、質問することができます。

医学教育学も理論と実践が必要

医学教育学を学ぶことは、実際の教育・指導にどう役立つのでしょうか。これは、教育の理論と実践というテーマでしばしば議論されることがあります。臨床でいえば、医学の教科書を勉強すること、医療の実践との間の関係に類似していると私は思っています。ただ臨床経験を積むだけでは、医師としての診療能力向上には不十分です。また、逆もしかりで、教科書だけ読んでいても臨床能力はつきません。実際の経験と、理論体系が車の両輪のようにかみ合っこそ、医師は本当の意味

●菊川 誠氏

1997 年鹿児島大医学部卒。鹿児島生協病院にて初期研修の後、奄美大島南大島診療所、名大総合診療部などで総合診療医として地域の第一線で診療・教育に従事。2005 年より米の山病院総合診療科長、臨床研修プログラム責任者を経て現在に至る。指導医養成に特に関心を持って医学教育学を学んでいる。本稿への感想、ご意見、質問などは、mkikukawa73@gmail.com まで。

で成長していくのだと思います。

教育もしかりで、その理論体系を学ぶことで実践の質が向上し、実践することで理論の深い理解が可能になります。残念ながら、日本では医師は後進を指導する機会が多いにもかかわらず、そのための理論体系を学ぶ機会が少ないのが現状だと思います。

研修医のころ、私は失敗ばかりでよく落ち込んでいましたが、指導医の指導と励ましで何とか乗り切ることができました。そのとき、教育の重要性、特に指導医の重要性を強く感じました。その後、臨床の中で後進を指導する機会を多く持たせてもらいましたが、この方法でいいのか、我流ではないのかといつも悩みながら、先輩の指導方法を模倣したり、学習会に参加したりする試行錯誤の日々を過ごしました。そこで、理論体系をもっとしっかり学べば、実践の質を上げることができると思うようになり、留学を決意しました。こちらに来て最初は、英語が聞き取れず、使用する言葉自体が抽象的で大変苦勞しましたが、先生方が非常にサポートタイプで満足度の高い学習ができています。もちろん、帰国後も教育に関して悩みが消えることはないでしょうが、今までより深い洞察ができそうです。

さらにこちらに来て感じたのは、Reflection (振り返り) を非常に重視しているということです。Medical School でも CME でも指導者は学習者に振り返りを促すことで、医学や教育理論に対する認識を深めるようにしています。この振り返りの重要性は、医学教育に限ったことではなく、日常で経験すること全般に適用できると思いました。臨床の多忙な状況ではなかなか難しいかもしれませんが、教育に限らず自己の経験を振り返ることは帰国後も続けていきたいと思っています。

もし医学教育学に興味があり、これから勉強してみたいと思われる先生がいらっしゃいましたら、ぜひ教育の現場を経験されておくことをお勧めします。経験は、何よりも貴重な資源となります。それがないと、空想の中での学習となり、理論学習の効果が低くなると思います。医学生や研修医の先生方と時間を共有し、教えることを楽しんでから勉強されると、充実した学習ができると思います。

医学教育学は、チャレンジングな領域がまだまだたくさんある分野です。多くの若い方が日本の医学教育の発展のため、関心・興味を持ち、医学教育学を学ばれることを願ってやみません。



●写真 Webinar の様子

Harden 教授が Outcome Based Education についてのセミナーを Web 上でやっている。左上画面に PowerPoint のスライドが映し出される。また、下の画面には、参加者が質問や意見を書き込めて、参加者全員が情報を共有できる。
<http://www.amee.org/Login.aspx>

医師を続けている自分の足元を一度見直してみよう!

白衣のポケットの中 医師のプロフェッショナリズムを考える

『JIM』2007年2月号~2008年1月号に連載した「医師のプロフェッショナリズムについて考えるフォーラム-白衣のポケットの中」を中心に、医師という職業(プロフェッション)のあり方を提示。日常(診療)で遭遇しがちな問題や葛藤を取り上げた実践的な内容。気軽に手に取り、楽しんで読んでもらえるように、イラストなどを多用。当事者である臨床医が集まって執筆した「医のプロフェッショナリズム」に関する書は、本邦初。今後ますます重要性を増すと予想される。

編集 宮崎 仁
宮崎病院院長
尾藤誠司
国立病院機構東京医療センター
教育研修部医長
大生定義
立教大学社会学部教授



研修医、NSTスタッフ必携! 明日から役立つパール満載

栄養塾 症例で学ぶ臨床パール

適切な栄養投与は全ての医療の基本である。しかし卒前の栄養学教育は乏しく、臨床で先輩の話を鵜呑みにするのもしょく々危うい。ならば正しい知識を「塾」で学ぼう。本書では、栄養管理のエキスパートが練習問題(症例)をもとに、Q&A方式で「目からウロコ」の臨床パールを伝授する。資格認定試験にも役立つ「栄養管理に必要な生化学の知識」も収録。栄養学が、ベッドサイドが、好きになる一冊!

編集 大村健二
厚生連高岡病院外科診療部長



連載 臨床医学航海術

田中 和豊 (済生会福岡総合病院臨床教育部部長)

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

第51回 医学生へのアドバイス(35)

前回は、筆者が聞いた話を基に、「人の話を聞き過ぎると、よくない結果になることもある」ことについて、例を挙げながら述べた。今回もその続きで、筆者が言われた話をご紹介します。

聴覚理解力一きく⑥

事例4 ポジション

あるとき、全く面識がないある大学の教授から突然お電話をいただいた。お話を聞くと、その大学の非常勤講師になってくれないかとのことであった。そのお話を聞いて、卒後臨床研修教育をしている自分にとって、何らかの形で大学教育と接点を持つことは自分にとっても大変有意義だと思った。そして、大学教育を通して学生と接点を持つようになれば、その大学の学生が筆者の病院での研修を希望するケー

スが増えるかもしれないとも考えた。そこで、年2回程度の非常勤講師ならば現在の自分の仕事にも支障を来さずにできるかもしれないと思い、もっと詳しい話を聞きにうかがった。

その結果、非常勤講師として私が要求された業務は、5年生の病院実習の総括であるということがわかった。5年生の病院実習の総括とは、2週間ごとに回ってくる学生グループの評価をする試問のことである。その総括を2週間に1回、金曜の午後をお願いしますとのことであった。5年生の病院実習は、すべての学生がその教授の診療科をローテートすることになっており、その科の宣伝をすることができる重要な機会である。その重要な病院実習の総括を、その大学とは全く関係のない非常勤講師にお願いしたいとおっしゃるのである。

筆者は、ここまで聞いて考えた。このように重要な任務を与えられるのは、非常勤講師としてとても光栄なことである。しかし、ローテートしてくる5年生全員にその科の宣伝をすることができ、将来的に学生がその科に進路決定するきっかけになるかもしれない重要な任務を、果たして大学外部の非常勤講師がしてよいものなのだろうか？そして、そもそもその重要な任務自体は、それを

筆者に依頼してきた教授自身がされることではないのか？と。そしてさらにこう考えもした。もしも大学教授が学生に知識や技能を教授するという本職を自分でするのではなく他の非常勤講師のような役割に依頼するだけなのであれば、大学教授は「教授」ではなく「監督」と名乗ったほうがよいのではなかろうか？と。

すなわち、プロ野球の監督が、打撃コーチ、守備コーチ、筋力トレーニングコーチなどの各専門コーチをコーディネートしてチームを作るように、大学教授も自分がすべての業務をできないのであれば「監督」と名乗ればよいはずである。つまり、XX大学XX科「監督」の下に、教育担当コーチ、研究担当コーチ、診療担当コーチなどがあるというような構成にしたほうが誤解がないような気がする。

そして、もしも大学「教授」が自分の専門科について体系的かつ包括的に学生に知識を「教授」できないのであれば、やはり大学「教授」と名乗るべきではないのではないだろうか、とも考えた。もっとも大学教授は自分の専門科の中のごく一部の狭い自分の専門領域についてのみ「教授」することは可能なかもしれないが……。

せつかくのお話であったが、自分のようなものが務める仕事ではないので、辞退させていただいた。しかし、これで話は終わらずに、また後日再びお電話をいただいた。すると、今度はその大学に「ポジションが空いたからすぐに来てくれ」とのことであった。以前のお話で十分聞き飽きた筆者は、ポジションがどんな役職なのかなど、それ以上のお話をお尋ねする気にはとてもなれず、また丁寧に断り申し上げた。

大学の「ポジション」というと通常は「教授」や「准教授」などの役職を考える。しかし、ここでその「ポジション」がどのようなものかなどと尋ねたところ、その勧誘が税金を安くするキャッチセールスのような強引な勧誘(第50回参照)であることに変わりはなかった。「ポジション」をやると言えば誰でもすぐに食いつくとも思っているのか？自分はそんなにだまされやすいように見えるのか？そして、「ポジション」を与えると、実際に今の職場を辞職してその大学に転職したら、実は「ポジション」は大学の役職のことではなくその大学の草

人間としての基礎的技能

- ①読解力一読む
- ②記述力一書く
- ③視覚認識力一みる
- ④聴覚理解力一きく
- ⑤言語発表力一話す, プレゼンテーション力
- ⑥論理的思考能力一考える
- ⑦英語力
- ⑧体力
- ⑨芸術的感性一感じる
- ⑩コンピュータ力
- ⑪生活力
- ⑫心

野球チームの「ファースト」、「セカンド」、「サード」とか、はたまた、「ベンチ」の「ポジション」のことであると言い渡されるのではないかと……と、思いは巡った。

もしも本当に大学の職員として来てほしいのであれば、このような電話のキャッチセールスのような詐欺まがいの勧誘ではなく、もっと紳士的に正攻法で勧誘できないのだろうか？例えば、その大学の現状とその長所と短所を十分に説明して、何回か実際に訪問してもらって、かつ、スタッフも紹介して、十分にお互いが納得するような形で勧誘である。逆に考えると、そのような正攻法の勧誘ができない、あるいは、しないということは、知れば知るほどボロしかかぬ大学でしかないのではないかと推測してしまう。

この事例4も常識も礼節もわきまえない一方的な勧誘である。ただ前回紹介した事例3と異なるのは、事例3は相手が見ず知らずの人であるのに対して、この事例4は相手が面識はないが社会的地位のある方である点である。けれども、相手がいくら社会的地位のある方とはいえ、常識的に考えてこのようなキャッチセールスのような常識も礼節もわきまえない一方的な勧誘方法をとる話がよい話であるはずがない。

せつかく医学生との交流も持つことができ、かつ、卒前教育にも貢献できる絶好の機会であると思ったのだが、このような形でお話の実現できなかったのは誠に誠に残念である……。



イラストレーション 高野美奈

4 内科臨床誌メディチーナ medicina

Vol.47 No.4 今月の主題

抗菌薬の使い方を究める

近年、若手医師の感染症への関心は高まりを見せている。しかし一方で、初期研修医がまず難しいと感じるのも感染症、特に抗菌薬の選択であるという。本号では「抗菌薬の使い方を究める」と題し、抗菌薬診療の概観と各抗菌薬の使い方のコツをまとめた。感染症診療全体の流れを捉え、知識の整理と明日からの診療にお役立ていただきたい。

INDEX

- I. 抗菌薬について、最初におさえるべきこと
- II. 各抗菌薬の特徴と使い方
- III. 手強い菌の感染症に対する治療
- IV. 鼎談「抗菌薬はなぜ難しく感じるか」

●1部定価 2,520円(税込)

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

▶来月の主題(Vol.47 No.5) **ワンランク上の内科エマーゼンシー** もうだまされない! 非典型例から最新知識まで

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!

medicina 4

抗菌薬の使い方を究める

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

JIM

診療を変える新しい薬2010

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

プライマリ・ケア/総合診療のための「JIM」

創刊20周年

Vol.20 No.4

特集

診療を変える新しい薬2010

新しい技術や医薬品が開発され、治療が可能となると診断することのメリットが生じます。generalist もさまざまな機会で新しい治療法に加えて、耳慣れない疾患情報に接することがありますが、企業の宣伝とは離れて、それらを適切に把握することは重要です。本特集は新しい薬とそれによって脚光をあびている疾患をとりあげました。

INDEX

最近1年間に登場した新しい薬たち ……伊藤澄信

【生活習慣病に対する新しい治療】

チャンピクス®による禁煙治療 ……尾崎治夫

DPP-4 阻害薬 ……服部正和・他

オバスケア®による肥満症治療 ……宮崎 滋

【新しい投与法と工夫】

BOT ……浅原哲子

ARB/利尿剤による高血圧治療とCa拮抗薬/スタチン剤による脂質異常症併発高血圧の治療 ……土橋卓也

クラビット®による500mg 1日1回投与 ……藤田次郎

【新しい予防薬・予防的治療】

HPVによる子宮頸がん予防 ……今野 良

小児の細菌性髄膜炎予防ワクチンと日本脳炎ワクチン ……中野貴司

H.pylori 除菌療法による胃がん予防 ……鈴木雅之

【新しい作用機序の新しい薬】

ルセンテイス® ……北野有紀・他

ゾレア® ……秋山一男

アボルブ®(デュクステリド) ……磯谷周治

【新しい疾患概念をつくった薬】

レストレスレッグス(むずむず脚)症候群 ……中村真樹・他

【話題の新しい市販薬】

トランシーノ® ……中村健一

◆「JIM」創刊20周年記念座談会

プライマリ・ケア/総合診療の過去・現在・未来

……………白野原重明・高木 誠・福井次矢・松村真司

●1部定価 2,310円(税込)

▶来月の特集(Vol.20 No.5) ヘルシー・シティ, ヘルシー・コミュニティ

研修病院見学ルポ

第12回(最終回) 病院見学を終えて

~いい病院のええとこ取りをめざして~

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

水野 篤 聖路加国際病院 内科

最終回となる今回は、病院見学を終えての全体のまとめを行いたいと思います。

本連載では、見学したそれぞれの病院の主に良い部分を選びすぐって記載しました。一方で、それぞれの病院の見えていなかった部分も多いと思いますので、それも踏まえながら最後の記事を始めます。

■研修全体について

2004年に初期臨床研修が必修化され、既に6年が経過しました。制度自体にも今年またマイナーチェンジが行われ、臨床研修は今後さらに生まれ変わっていくものと思いますが、新しい制度が始まって研修医自身の環境も大きく変わったのではないのでしょうか。

環境の変化にはいくつかポイントがあると思いますが、筆者が個人的に重要だと思っているのが情報へのアクセス向上です。インターネットが普及して文献検索が容易になったことと同時に、初期研修必修化により多くの研修医向け教科書が出版されました。また、海外で活躍していた若手医師が、日本に戻ってきたことを機にこれまでにない充実した書籍を出版するなど、勉強する環境が充実してきました。これにより、研修医の臨床レベルは本当に向上していると、個人的には感じています。これは臨床研修における時代の流れであり、この時代に研修医として過ごすことができ良かったなあと筆者は思っています。これからさらに優れた情報が集積されることで、今以上に素晴らしい研修を行うことができる時代が来ると期待しています。

■市中研修病院の現在

そのような時代背景の中、研修病院

は生き残りをかけてそれぞれの病院ごとの特徴を打ち出す傾向が強くなってきていると、見学を通じて感じました。例えば、海外研修がプログラムに組み込まれていたり、他病院への期間限定のローテーションがあるなど、さまざまなオプションが増えてきています。もちろん女性医師にとっては、産休の制度や更衣室・当直室の環境なども重要だと思えます。本連載では記載しきれませんでした。実際、アメニティは病院によって大きく異なる部分です。

大学病院での研修も最近人気上昇していると聞きます。2年間の初期研修を大学以外で行ってもまた医局に戻ってくる予定であれば、最初から大学を選んだり、また大学自体が好きといった理由から大学病院を選択するなど理由はさまざまです。とにかくにも病院の選択肢が増えたことは、環境面においても恵まれてきた部分だと思えます。

■カンファレンス

本連載では、カンファレンスについて毎回記載しました。研修医が行う学習方法には、次の3つのパターンがあります。

第1に耳学問・bedside teaching。第2にレクチャー・カンファレンスなどの座学。そして第3に各自教科書などを用いて行う自主学習です。このうち、1と2は病院によってかなり差があります。特に1は、どのような教育体制かや、指導医のキャラクターで大きく変わってきてしまうため、研修病院の説明として記載するにはシステム化されていないと困難だと思えました。2は、ほぼすべての研修病院で行っているため本連載として非常に記載しやすいと考えました。ただ、ほとんどの研

修病院でカンファレンスは飽和状態であり、研修医が忙しすぎて参加できない、カンファレンスが多すぎるといった意見が多く、学習法としては現在ではむしろ衰退傾向にあるかもしれません。大学病院における教授回診などには、1の要素も多いと思います。3との比較では、Clinical Pearls vs. EBMにいくらか似たような構図ではありますが、結局は教科書で学べない部分をどのように勉強するかが重要だと筆者は考えています。映画『グッド・ウィル・ハンティング』でロビン・ウィリアムス演じる精神分析医ショーンが言う、「君の話すことは、全部本に書いてある。君から学ぶことは何もない」という言葉が、まさにこのことを象徴しているような気がします。

■病院のブランド力

今回の連載で紹介した11の研修病院は、ブランド力のある病院と言って良いでしょう。ブランド力のある病院で研修を行う真のメリットは、「人とのつながり」だと筆者は考えています。このような病院では、有名な医師や特徴ある医師に出会えるということも多いでしょう。また、ブランド力がある病院ではロールモデルとなる医師がいることが多いと思います。

■ロールモデル

研修医が研修を行う際に非常に重要なことは、ロールモデルを見つけることです。研修医は、ただ目の前の患者を診て、カンファレンスに参加しているだけでも良いのですが、明確なロールモデルがいれば一層充実した研修になると思えます。筆者は同僚に刺激を受けることが多かったのですが、良い同僚、良い先輩、良い指導医にめぐり合えるチャンスは、それを求めていけば必ずあります。実は、良い医師はどこにでもいます。その医師の能力を、自分の研修のためにどう引き出していくかはその研修医個人の能力ですので、ぜひとも周りの医師の引き出しを開けてみてください。結局、人を育てるのは人ですから、人を見て研修病院を決めるのもよいでしょう。

■Generalと救急について

筆者は現在、循環器内科医ですが、



●過去の同期との写真。やはり人との出会いが一番大事ななあとと思う。(後列左から4人目、中腰でいるのが筆者)

総合内科や救急を中心に見学してきたので、本連載はそちら寄りの内容であったと思います。ただ、実際の病院において重要なことは、総合内科・救急が各診療科とどのようにかかわっているかということです。現在、多くの病院では、救急部や総合内科の院内での立ち位置を模索しているところだと思えます。ですので、救急やGeneralを学びたい研修医は、病院全体のバランスをみて判断することをお勧めします。

■結局のところ……

つれづれなるままに思うところを記載してきましたが、研修病院選びで一番重要なことはやはり人との出会いです。私自身も初期研修を行った神戸市立中央市民病院で出会った先生方、また聖路加国際病院に来てお会いした先生方の多大なる影響を受け、現在の自分が形成されていると思えます。

また、今回の研修病院見学も、見学させていただいた各病院の先生方はもちろんですが、関東労災病院の小西竜太先生や国立がんセンター中央病院の堀之内秀仁先生、筑波大学附属水戸地域医療教育センターの徳田安春教授など本当にいろいろな方にお会いし、影響を受けたお陰で成り立っています。ぜひこの連載を読んでいただいている先生方とも、一緒に熱い何かができたらと考えております。

では、またどこかでお会いしましょう。失礼いたします。

*

もし、何かご意見などありましたら、下記アドレスまで直接メールをいただけたらと存じます。

atsushimizuno@hotmail.co.jp

時空を自在に越境するメディカル・ヒストリー・ツアー

Disease

人類を襲った30の病魔

著 Mary Dobson 訳 小林 力

人類の歴史とはすなわち、病魔との相克の歴史。結核、マラリア、インフルエンザなど30の病を取り上げ、病気の発見、猛威を振るった時代の世情、克服に向け努力する人間ドラマなどを、美しい絵と多くの逸話、そして箴言をちりばめて詳述。時空を自在に越境する「メディカル・ヒストリー・ツアー」へようこそ!

●B5 頁268 2010年
定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00946-1]

全ページカラー、絵で見る歴史物語。

医学書院

新刊

ワシントン 集中治療マニュアル

The Washington Manual™ of Critical Care

監訳: 田中竜馬 Pulmonary & Critical Care Medicine, LDS Hospital, Salt Lake City, UT, USA
レジデントのバイブル「ワシントンマニュアル」の伝統を引き継いで作成された集中治療のハンドブック。ICUでよく遭遇する疾患別に章立てし、図、表、アルゴリズムを用いてわかりやすく解説。手順を示しただけのマニュアルではなく、病態生理の解説を踏まえ、「なぜ、そうするのか」がよく理解できる内容となっている。より深い知識を得られるように、各章末には代表的な文献を掲載。集中治療に携わる若手の基本的教科書として、またベテランの知識のアップデートに最適。

●定価 7,350円(本体7,000円+税5%) ●A5変 頁688 図143 2010年 ●ISBN978-4-89592-634-8

ワシントン 外科マニュアル 第3版

The Washington Manual™ of Surgery, 5th Edition
監訳: 住永佳久・小西文雄 宮田道夫・高久史磨
●定価 8,400円(本体8,000円+税5%)

ワシントン マニュアル 第11版
The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 32nd Edition
監訳: 高久史磨・和田 攻
●定価 8,400円(本体8,000円+税5%)

INTENSIVIST (インテシヴィスト)

(編集委員) 藤谷茂樹・讚井将満 林 淑朗・内野滋彦

●1部定価 4,830円(本体4,600円+税5%)
●A4変 200頁
●年間予約購読料 18,480円(本体17,600円+税5%)
●2010年第1号(特集:重症感染症)好評発売中

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 http://www.medsci.co.jp
FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

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1回
松下明
奈義ファミリクリニック・所長
岡山大学大学院・客員教授 / 三重大学・臨床准教授

行動科学とは？

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
救急車が来るときに、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。今回は地域医療研
修と選択研修を合わせて、5週間の予定で〇×クリ
ニックにやってきた。

えていた。苦手なパターンだが、た
った10分間の診療の間に母親の表情は
みるみる和らぎ、穏やかな表情で「あ
りがうございました!」と帰ってい
く。何か「技」があるのか必死に観察
したが、よくわからなかった。

**イマイチ先生、それじゃあ、今
日の振り返りをしようか? 印
象に残ったことは何かある?**
**午前中の高齢者の方々が皆、笑
顔でよくしゃべっていました。
そうだったね。今日もかなり混
雑してたよね。ほかには?**
**夕方の患者さんで怒った感じの
母親がいて、まくし立ててい
たのに、10分後には笑顔で帰ったので
ちょっとびっくりしました。**
**そうだね。イマイチ先生が苦手
とするパターンだったよね。ポ
イントは何か?**
**ポイントは……。[信頼関係]
とか「聴く技術」とかかなあ?**
**おっ、いいことを言うね。では、
ミニレクチャーをしようか。**

行動科学とは?

実際の診療現場では、患者さんとコ
ミュニケーションを行う能力がかなり
要求されます。コミュニケーションを
学ぶ上で、米国・カナダの臨床研修で
は医師と患者・家族関係を良好なもの
とするため「行動科学」が教育されて
います。これは日本の医学教育には組
み込まれていませんが、米国の医師国
家試験である USMLE の試験科目にも
なっているものです。

日本では心療内科で行うような患者
とのかわり方を、米国では臨床心理
の専門家が家庭医や一般内科医、小児
科医といったプライマリ・ケアを担う
医師(後期研修医)に教育していま
す¹⁾。行動科学を学ぶことで、精神領
域の専門家でなくても患者と良好なコ
ミュニケーションを取れるようなスキ
ルを身に付けることができます。

**患者と信頼関係を築くには
何が重要か?**

行動科学によるアプローチを学ぶ前
に信頼関係について考えてみましょ
う。どんなときに人は医師を信頼する

●表1 医師患者関係で重要となる因子(文献2より)

1. 患者の問題を丁寧に調べる
病歴をしっかり取る、最新知識を提示する、いつでも紹介するという姿勢を示す、追加すべき情報を探し、検査を指示する、最大限の努力をする。
2. 患者の経験を理解する
患者のニーズに応える、患者と家族を知る、患者家族の希望を考慮する、推測することを避ける、治療を患者向けのものにする、患者を特別な個人として扱う、全人的に考える。
3. 患者のことを気遣っていることを示す
患者の苦痛に関心を示す、共感を表す、援助できることを示す、保証と癒しを行う、希望を持った態度で接する、患者のことを最優先に考える。
4. 適切で効果的な治療を提供する
状態の重症度を把握する、適切な診断を行う、望ましい結果をもたらす、予防医学を实践する。
5. はっきりとそしてキッチリとコミュニケーションを行う
積極的傾聴を行う、患者の心配を認識する、キッチリとそして誠意を持った説明をする、質問に答える、直接対話する、繊細さを示す、リラックスして落ち着いた雰囲気を出し出す。
6. パートナーとしての関係を築く
選択肢を示す、患者を対等な個人として扱う、患者を信頼する、新たな考えに寛大・柔軟な姿勢を示す。
7. 患者に対して誠実で、敬意を示す
過ちを認める、患者の頑張りを認める、敬意を示し批判的でない姿勢を示す。

●表2 医師のカウンセリング的介入度モデル(文献3より一部改変)

レベル	介入内容
レベル1 (個人) (家族)	医師中心の生物医学的モデル 症状などの情報収集を行いアドバイスや処方を行う 家族歴を取るなど純医学的情報収集のみにとどまる
レベル2 (個人) (家族)	相互に情報の交換を行う 診断治療に関する解釈モデルを引き出し、互いに満足できるプランを立てる 1) 家族図で家族内に見られる病気・嗜好のパターンを知る 2) そこにいない家族(ヘルスエキスパート含む)の解釈モデルを知る 3) そこにいる家族と情報・意見の交換を行う
レベル3 (個人) (家族)	感情面への対応を行う 患者の感情を引き出し、「共感的に」対応する 1) 家族図を書きながら、明らかにされた情報を基にそこにいない家族の感情を引き出す 2) そこにいる家族の感情について触れ、「共感的に」対応する
レベル4 (個人) (家族)	基本的なカウンセリングを行う 患者の健康にかかわる心理社会的問題にどう対処していくかについて話し合う(行動変容のアプローチなど) 1) 家族図を用いて患者の健康問題に家族がどのように影響し、また影響されているかを理解する 2) 家族カンファレンスを行い、患者の健康問題に関わる家族内のパターンに変化をもたらす(糖尿のコントロールなど)
レベル5 (個人) (家族)	精神療法・家族療法(特別な教育・スーパービジョンを要する) 定期的に(週1回など)患者と面談を行い、困難な心理社会的問題を解決する手助けを行う 定期的に家族と面談を行い、(長期にわたる)不健康な家族内のパターンを変え手助けをする(神経性食思不振症など)

のでしょうか? Thom らが行った質的
研究²⁾で、患者医師間の信頼関係に影
響を及ぼす因子が報告されています。
表1はその要点ですが、生物医学的側
面で解決できる因子は表の1、4のみ
で、そのほかは患者心理に対する医師
側の対応です。つまり、医学的に腕の
立つ医師であるだけでは、患者からの
信頼は十分得られないのです。

行動科学的アプローチの5段階

行動科学は、すべての診療科の医師
に適用できる考え方ですが、そこには
段階的なレベルの差があると言われて
います。表2のモデル³⁾は医師が行う
ことができる介入レベルを5段階で表
したもので、行動科学の全体像を把握
するのに便利です。

レベル1は個人に対しても家族に対
しても生物医学的モデルのみで対応す
る場合です。

レベル2は相互に情報交換を行うも
ので、いわゆる医療面接の「解釈モデ
ル」を引き出すというものです。患
者・家族はある症状について自らの医
療モデルを持って受診すると言われて
いますが、それは症状の原因・診断・
治療・予後についての考え(解釈モデ
ル)によって理解することが可能とな
ります。相手がどのような考えを持っ
ているかを理解することは、先の信頼

関係の因子としても重要です。

レベル3は感情面への対応を行うこ
とです。ここでは、「共感」によって
患者・家族の感情を和らげます。この
レベル2、3はすべての医師に身に付
けてもらいたいレベルです。

レベル4は簡易カウンセリングで、
患者の行動変容を促したり、心理的葛
藤を抱えた患者にカウンセリングを行
う能力で、プライマリ・ケアを担当す
る医師(家庭医・一般内科医・小児科
医)にはある程度必要となる領域で
す。特に行動変容のアプローチについ
ては、精神科や心療内科とは違った、
独自のフィールドがプライマリ・ケア
にあると思うのです。

レベル5は精神科・心療内科・臨床
心理など専門科レベルです。これは特
別なトレーニングを要する領域で、上
手にこの対象となる患者さんを見つけ
て専門家につなぐことが重要です。

ポイント

- 1 コミュニケーションにはコツがあり、北米では「行動科学」の専門家がこの領域の教育をプライマリ・ケア領域の後期研修医に行っている。
- 2 信頼関係を構成する因子のうち行動科学的側面の占める割合は大きい。
- 3 行動科学の5段階モデルを知ると、自分の到達しなくてはならない領域を理解することができる。

今日のつぶやき
コミュニケーションを上手に行うポイントがあったのか……。頭ではわかる気がするんだけど、実際にやるのは難しそうだなあ。まあ、5週間あるから頑張るか!

参考文献

- 1) 松下明. 家庭医療学レジデンシーにおける精神科・行動科学研修. 総合病院精神医学. 2001;13:143-7.
- 2) Thom DH, et al. Patient-physician trust: an exploratory study. J Fam Pract. 1997;44(2):169-76.
- 3) Marvel MK, et al. Levels of physician involvement with patients and their families: a model for teaching and research. J Fam Prac. 1994;39(6):535-44.

予備知識なしからはじめる、やさしいペースメーカーの入門書

個人授業 心臓ペースメーカー 適応判断から手術・術後の管理まで

心電図でさえ苦手なのに、ペースメーカーなんてお手上げ! と思っているあなた-本書に予備知識や事前の準備は不要。まずは1日1章からスタート。1か月後にはひととおりの知識を得られるはず。さらに余力のある読者には、アドバンス項目も充実。ペースメーカーを知りたい医師、看護師、臨床工学技士、臨床検査技師に最適の入門書。さあ、さっそく「個人授業」をはじめよう!

監修 **永井良三**
東京大学教授・大学院医学系研究科
著 **杉山裕章**
東京大学大学院医学系研究科
今井 靖
東京大学講師・大学院医学系研究科

ISBN978-4-260-00952-2

医学書院

根拠(EBM)をもとに、心不全を体系的に理解するのに格好の書籍

心不全 循環生理からみた診断と治療

豊富な臨床経験をもつ著者が単独でまとめた心不全に関する総合的ハンドブック。心不全の基礎医学的背景、診断、薬物療法、非薬物療法がバランスよくまとめられている。単にわかりやすいマニュアルではなく、きちんとした根拠(EBM)をもとに心不全を体系的に理解できるような成書となっている。

友田春夫
東海大学名誉教授

ISBN978-4-260-00937-9

医学書院

日曜日の昼。研修医の友人たちが買い物に出かけて行くところを見届けた、あなたは救急外来の日直当番へ。すでにカルテは山積みになっている。引き継ぎを終えて、ひと通り患者を把握した後、新しい患者の予診票を見た。主訴は腹痛。ちょうど消化器ローテーションを終えたあなたは少し自信がある。

Case

80歳女性。昼ごろから始まった下腹部痛と頻回の嘔吐。吐血、発熱なし。最終排便は一昨日。最終排ガスは朝4時。既往に高血圧あり。血圧120/80 mmHg, 心拍数90/分, 呼吸数20/分, SpO₂ 96% (RA)。腹部は緊満しており、下腹部全体に圧痛がある。しかし、腹膜刺激症状はない。グル音は消失。腹部X線では、輪状ヒダが見られる拡張した腸管と鏡面像が多数。

患者を診察したあなたは、「手術歴もないし、まず腸閉塞で間違いはないから、NGチューブ(経鼻胃管)を入れて入院ということにしよう。外科へのコンサルトは明日でよいだろうか」と考えた。

Question

Q1 NGチューブとイレウス管、どちらを使用するか?

A どちらでもよい(NGチューブでもよい)。

腸閉塞に対し保存的治療を選択する場合、減圧チューブの挿入を行う場合が多いが、イレウス管のほうが長く小腸からのドレナージが可能のため、歴史的に好まれてきた経緯がある。一方、NGチューブは透視下の導入が必要なイレウス管に比べ、使用が簡便である。NGチューブとイレウス管の有効性を確かめる研究が行われ、大きな差がないことが示されている(Am J Surg. 1995 [PMID:7573730])。

Q2 この腸閉塞は、よくある腸閉塞とどこが違うか?

A 手術歴がないところ。

手術歴の有無は腸閉塞の診断においてクリティカルである。腸閉塞の発症

それで大丈夫? ERに潜む落とし穴



わが国の救急医学はめざましい発展を遂げてきました。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容容、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みえる夜間外来にも患者の安全を脅かすさまざまな落とし穴があります。本連載では、奥深いERで注意すべき症例を紹介いたします。

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

機転を考える際には、ホースを例に、どうしたら詰まるかを考えるとわかりやすい。

1) 外から締め付けられることによって内腔が狭窄する場合

一番多いのは、外科手術後に起こる癒痕によるものだが、それ以外にも内ヘルニア・外ヘルニア・軸捻転症・腸重積症などがある。この患者の場合、最も多い原因である術後を示す腹壁の癒痕がないこと、食事などの誘因がないことが通常の腸閉塞と異なる点である。手術既往のないイレウスを見たら、必ず鼠径部の診察を行う。

2) ホースの内腔が詰まる場合

例として、食事が挙げられる。特に高齢者では、食事によって起こることがあり、梅干しの種、こんにゃく、昆布、きのこ・もちなどさまざまな食品が報告されている。

さらに上記に加え、腫瘍などによって内腔が狭くなる場合もある。

Q3 CT検査を行うべき腸閉塞は?

A 手術歴がなければ必ず。術後であっても、手術適応を決めるために必要なことが多い。

腸閉塞において、CT検査を行う機会は増えている。この患者のように、腹壁に癒痕がない、食事などの誘因がなく、診察においてもヘルニアがない場合、腫瘍によるものなのか、内ヘルニアによるものかなど、CTを撮影しないと診断にたどりつけないことがある。また、術後の腸閉塞であっても、CTによって早期に異常を発見することで、腹膜刺激症状がある場合やバイタルサインに異常が出る前に手術適

応を決めることができる。そのため、腎機能に問題がなければCTを積極的にとることが患者の安全につながるとも考えられる。この患者のCTを撮影したところ、閉鎖孔に嵌頓した腸管が見つかったことから、閉鎖孔ヘルニア(図)と診断された。

Q4 腸閉塞の患者のCT所見で気をつけることは何か?

A ①腸間膜動脈・静脈に明らかな血栓がないか、②拡張腸管の両端が閉塞していないか、③腸間膜に捻転の所見はないか、④拡張腸管の異常壁肥厚・遊離ガスはないか、⑤腸閉塞において腹水が存在するか。

腹水、腸管の造影の程度、腸管の異常肥厚、遊離ガスは腸管壊死の予測に非常に重要である。乳酸値や他の検査所見に異常が出る前に、CT上の腹水が腸管壊死予測に役立つと考える外科医もいる。腸管の拡張はもちろんのこと、口側から始めて頑張って肛門側までたどることで狭窄部を見つけられるため、勧められている。

前述したように、ヘルニア、腫瘍そして軸捻転も考慮に入れる必要がある。非閉塞性腸管虚血症のように、SMA(上腸間膜動脈)は開通していても、腸管の浮腫と造影不良によって診断される病態もある。放射線科医による読影が必ずしも可能でない日本の救急現場では、外科医と共に小腸閉塞

や急性腹症のCTを読影することが、患者安全のために必要だと考える。

Q5 閉鎖孔ヘルニアの治療は?

A 観血的解除を行う。

閉鎖孔ヘルニアはCT検査を行わなければ診察が難しい疾患で、見逃されることも多い。見逃された場合、高齢女性に多い疾患ということもあり、高い致死率となる。まれなケースを除き、用手整復はほぼ不可能で、緊急の観血的解除が必要である。

閉鎖孔ヘルニアに限らず、各病院において小腸閉塞の入院におけるコンセンサスを作っておくことも重要である。手術歴のない場合は手術が遅れると致命的となる。腹部所見にはアートの求められる部分もあり、手術歴がある場合でも腹部の限局性圧痛や乳酸値・白血球値の異常などが遅れて現れることがある。そのため、それらの所見に頼るとベテランの外科医ならば発見できる手術の適応が見逃されることがあり得る。内科入院になる小腸閉塞は、外科医に一報を入れたほうが患者安全のためにも賢明であろう。

上記以外に、腸閉塞では排ガスや排便の有無は大事だが、排ガス・排便があるという事実だけで腸閉塞が否定できるわけでないこと、腸蠕動は30分周期であるため、必ずしも常に信頼できる身体所見ではないことを知っておく必要がある。

Disposition

患者は、外科コンサルトの後に緊急手術。手術所見では腸管の穿孔はみられなかったが、拡張した腸管と早期の壊死が認められ、小腸の部分切除となった。

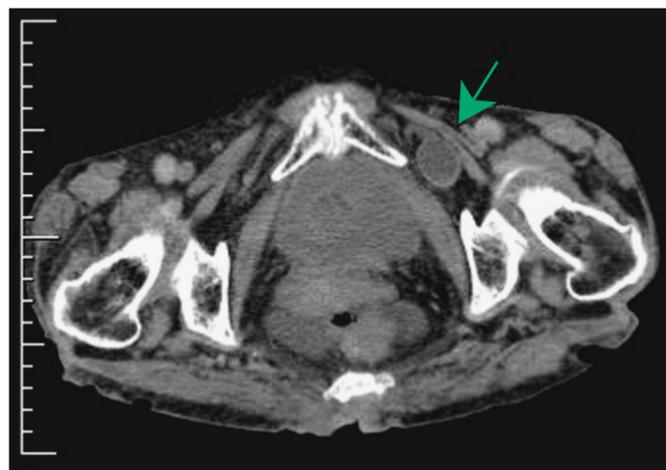
Further reading

- 1) Thanapaisan C, et al. Sixty-one cases of obturator hernia in Chiangrai Regional Hospital: retrospective study. J Med Assoc Thai. 2006; 89(12): 2081-5.
↑ 61例という驚くべき症例数に基づくデータ。痩せた高齢女性に多い疾患のせい。日本を含め、アジアからの報告が多い。
- 2) Jancelewicz T, et al. Predicting strangulated small bowel obstruction: an old problem revisited. J Gastrointest Surg. 2009; 13(1): 93-9.
↑ Strangulation 絞扼性腸閉塞をCTを含めた術前所見で予想できるかを192例で検証した後ろ向き研究。CTにおける腸管造影の減少、腹膜刺激症状、白血球増加が独立して絞扼性腸閉塞を予測する因子であった。

Watch Out!

本疾患に特徴的な Howship-Romberg 徴候(大腿内側から膝・下腿に放散する疼痛やしびれ)は、報告によって15-60%と大きなばらつきが見られる。もちろん、手術歴のない痩せた、多産の高齢女性で閉鎖孔ヘルニアを疑えば、診察上 Howship-Romberg 徴候の有無を確認したほうがよい。閉鎖孔ヘルニアは痩せた女性に起こりやすく、身体所見では発見が難しい病態である。そのため、CT以外では診断は難しく、痩せた高齢女性の小腸閉塞または股関節痛では、必ず鑑別診断に入っていなければいけない。

高齢者のコーヒー残渣様嘔吐や誤嚥性肺炎が、実は腸閉塞だということもある。腹部にて膨満があれば、一度腹部単純写真をとるのも一考。関連して、嘔吐を主訴に来院する患者の脳出血にも注意すべきである。



● 図 腹部骨盤造影CT(提供: 大田原赤十字病院・加藤弘毅氏) 矢印部分の左閉鎖孔内に拡張した腸管構造が見られる。

胃がんの内視鏡検診従事者に必携マニュアル!

胃内視鏡検診マニュアル

胃がんの内視鏡検診は、受診希望者も年々増加傾向を示し、多くの施設で行われているが、標準的な検査法が未だ確立されていない。日本消化器がん検診学会の付置研究会「胃内視鏡検診標準化研究会」による検討を元に編みだされた「胃内視鏡検診標準法」をベースに、本書は attractive に、convenient に、useful に仕上がっており、マニュアルとして手元に置き、活用できるテキストである。

編集 日本消化器がん検診学会
胃内視鏡検診標準化研究会



子どもの心の問題に、どう対応すればいいのか

臨床家が知っておきたい「子どもの精神科」第2版

こころの問題と精神症状の理解のために

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

編集 市川宏伸
都立梅が丘病院・院長
海老島宏
自治医科大学客員教授



レジデントの方々にオススメするマニュアル

(新刊を中心に)

内分泌代謝疾患 レジデントマニュアル 第3版

吉岡成人・和田典男

脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、甲状腺疾患……内分泌代謝疾患は診療現場では当たり前のように遭遇する。しかも新しい糖尿病治療薬の発売、成長ホルモン補充療法の保険適用など、常に知識のアップデートが必要な領域。毎日出会う内分泌疾患、代謝疾患に誠実に向き合うための知識をふんだんに盛り込んだ充実の改訂版。

●B6変型 頁368 2010年 定価3,360円
(本体3,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01011-5]



リハビリテーション レジデントマニュアル 第3版

編集=木村彰男

編集協力=里宇明元・正門由久・長谷公隆

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

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



消化器外科レジデントマニュアル 第2版

監修=小西文雄

編著=自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科

病棟で、外来で、周術期管理に必要なデータ、診療手順、手技のチェックポイント、pitfallまでを懇切丁寧に提示。現場で見やすい工夫を随所に散りばめて、改訂新版としてアップデート。自治医科大学さいたま医療センターのスタッフが総力をあげて執筆・編集した待望の新刊。

●B6変型 頁368 2009年 定価4,410円(本体4,200円+税5%) [ISBN978-4-260-00851-8]



肝疾患レジデントマニュアル 第2版

編集=柴田 実・八橋 弘・石川哲也

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

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

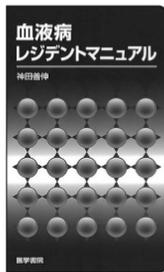


血液病 レジデントマニュアル

神田善伸

レジデントはもちろんのこと、広く一般内科医に向けて、決して容易ではない血液疾患の臨床についてわかりやすくまとめたマニュアル。臨床の現場で、限られた時間と労力で、最大限安全かつ効率的に診療できるように、随所に工夫・配慮がなされた書。診断基準や治療メニューなどの情報も充実しており、血液専門医にとってももちろん、手元にあると何かと役立つ資料として推薦の1冊。

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



内科レジデントマニュアル 第7版

聖路加国際病院内科レジデント 編

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

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



消化器内科レジデントマニュアル 第2版

東京大学消化器内科 編

実践に即した具体的なデータを収載し、個々の患者に適切な検査・治療法を選択する際に有用な情報を提供する。患者への説明においても活用可能。検査・治療手技の実際、診察のコツ、治療の要点など現場で求められる情報・ノウハウを過不足なく収載。信頼できる情報源として、常時携帯したい実践的診療マニュアル。

●B6変型 頁440 2009年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00594-4]



研修医のための 整形外科診療「これだけは!」

編集=高橋正明

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

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



救急レジデントマニュアル 第4版

編集=相川直樹・堀 進悟

救急診療の現場における実践的知識をコンパクトな体裁に詰め込んだマニュアル。①症状を中心に鑑別診断と治療を時間軸に沿って記載、②診断・治療の優先順位を提示、③頻度と緊急性を考慮した構成、④教科書的な記述は省略し簡潔を旨とする内容、が特徴。救急室で「まず何をすべきか」「その後何をすべきか」がわかるレジデント必携のマニュアル、待望の第4版。

●B6変型 頁600 2009年 定価6,090円(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00800-6]



レジデントのための これだけは知っておきたい! 消化器外科

編集=山本雅一

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

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



医学書院

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

Evidence Based Clinical Practice

レジデントのための

谷口俊文
ワシントン大学感染症フェロー

第16回

下痢症へのアプローチ

今回は、下痢症へのアプローチについて学びます。急性と慢性のアプローチの違いを認識すること、また院内発生の下痢に関しては別の感染症スペクトラムを考えることが重要です。それぞれの病態について、マネジメントで欠かせない重要なポイントをみていきます。

Case

67歳男性。市中肺炎治療のために入院し抗菌薬の投与を受けていた。呼吸症状は改善傾向を示し、入院3日目には白血球数はほぼ正常になっていたが、その翌日に白血球数が18,000/mm³と上昇し、下痢症状、腹痛を訴えるようになった。アルブミンは2.2 mg/dL、腎機能は正常。Clostridium difficile感染を疑い、メトロニダゾール投与を開始した。

Clinical Discussion

院内で発生した急性の下痢や白血球数の上昇は常にC. difficile感染を疑う。この患者は現時点のデータに基づくバンコマイシン経口投与の適応となる。患者の状態に応じて治療戦略を組み立てる。ノロウイルスの院内アウトブレイクも注目を浴びており、臨床症状や簡単な疫学的情報から疑いを持つ。ここでは院内発生の下痢を中心にしながら下痢に対するアプローチを学ぶ。

マネジメントの基本

発症してから2週間以内の下痢を急性下痢症、4週間以上を慢性下痢症と分類する(Clin Infect Dis. 2001. [PMID: 11170940])。

急性下痢症のアプローチ

急性下痢症のアプローチとしてまずは対症療法(輸液など)をしっかりと行い、その上で診断を進める(図1)。ここでは感染性下痢を中心に考える。まずは非炎症性か、炎症性かという大きな枠組みでとらえる。
・非炎症性はエンテロトキシンによる(主に小腸の)分泌亢進で、上皮吸着、表面的な浸潤である。

・炎症性は細胞毒性(Cytotoxic)で侵襲性であるため、腸管粘膜の破壊による便白血球や血便がみられる。

治療戦略に結び付けるためには、この枠組みで考えることが重要である。非炎症性ならば抗菌薬の投与よりも対症療法にて経過を観察することが多い。その際、寄生虫疾患は除外しておきたい。炎症性では抗菌薬の投与が必要な感染症があるので、それらを必ず押さえる。①赤痢(Shigella)、②キャンピロバクター(重症例)、③サルモネラ(合併症を伴う場合)は抗菌薬投与が必要。

先進国におけるサルモネラはnontyphoidalによる感染が多く、抗菌薬を投与しないケースがほとんどである。これは、抗菌薬の保菌状態を遷延化させることが指摘されているからである。しかし免疫不全、3か月未満/65歳以上、炎症性腸疾患、透析、ステロイドの使用は全身播種リスクであり、抗菌薬を投与する。腹部大動脈瘤、人工心臓弁や人工関節を持つ患者にも抗菌薬投与が推奨される。腸チフス、腸熱を起すSalmonella typhi, S. paratyphiによる感染ならば、必ず抗菌薬治療すること。
志賀毒素産性型大腸菌(O157:H7を

含む)に対しては、専門家は抗菌薬の投与を推奨していない。これは溶血性尿毒症症候群のリスクが高くなると言われているからである。しかしこの関連性に関してはエビデンスが確立していないことも多い。現時点では、抗菌薬投与は避けるべきとしておく(文献①)。

慢性下痢症のアプローチ

慢性下痢症は、分泌性、浸透圧/吸収不良性、滲出性の3つに分類するとわかりやすい。診断は急性下痢症より複雑になる。図2を参照していただきたいが、①薬剤性(下剤乱用含む)、②ラクトース不耐、③感染、を除外する各ステップは踏んでほしい。鑑別診断は多く、問診・身体所見なども合わせて個別的なワークアップをする必要がある。

院内発生の下痢

まずC. difficile感染を考える。ほかにはアウトブレイクとしてノロウイルスの院内発症例が報告されている。入院してから3日経過した後に発症した下痢に対しては便培養を出不さないとする「3日ルール」(Clin Infect Dis. 1996 [PMID: 8953074])があるが、HIVや免疫不全の患者においては個々の状態に応じて判断すべきである。

● Clostridium difficile 感染

以前はCDAD (Clostridium difficile-associated disease)と呼ばれていたが、現在はCDI (Clostridium difficile infection)と呼ぶべきである(Clin Infect Dis. 2008 [PMID: 18177220])。診断はEIA毒素アッセイによる毒素A/Bの検出によるが、感度がよくないため繰り返し行う必要がある。抗菌薬投与中の患者において白血球の急上昇が疑いを持つきっかけになることもある。重症度は治療方針にかかわるため確認すること。CDIの治療はエビデンスが少なく今後の研究を待つ必要があるが、軽症例にはメトロニダゾール、重症例にはバンコマイシンという方向性はみられる。

重症型 CDI の診断基準

- ・2点以上の場合、重症型(Severe) CDIと判定
- 各1点
 - ・60歳以上
 - ・体温38.3℃以上

- ・血清アルブミン値2.5 mg/dL以下
- ・白血球数15,000/mm³以上
- 各2点
 - ・偽膜性腸炎の存在
 - ・ICUへの入院

重症型CDIと判断された場合はバンコマイシン125 mgを1日4回(6時間ごと)経口(もしくは胃管)投与で治療を開始する。治療期間は10日間が基本(経口投与が難しければ経直腸的なバンコマイシン投与を考慮する。バルーンカテーテルを直腸に留置し、バンコマイシン500 mgが入った100 mL生食を入れて1時間クランプする。その後、カテーテルを抜去。これを4-12時間ごとに行う)。それ以外の軽症例はメトロニダゾール500 mgを8時間ごとに経口投与。中毒性巨大結腸、結腸の壁肥厚、穿孔を呈した場合などは劇症型(Fulminant) CDIと判断され外科的治療が必要になる。

● ノロウイルス

Norovirus(ノロウイルス)はアウトブレイクを起こすことで注目を浴びているウイルス性の胃腸炎である。ジョンス・ホプキンス大学病院でアウトブレイク(Clin Infect Dis. 2007 [PMID: 17682985])が起きた際の総対策費用は\$657,644(約6000万円)と見積もられた。治療は対症療法だが、感染拡大を防止するためにも早期診断、隔離が必要である。アウトブレイクを疑うときはカプランの診断基準が役に立つ。

カプランの診断基準

- ・病状の平均(中央値)期間が12-60時間。
- ・潜伏期間の平均(中央値)時間が24-48時間。
- ・50%以上の人が嘔吐している。
- ・細菌性である原因が見当たらない。

診療のポイント

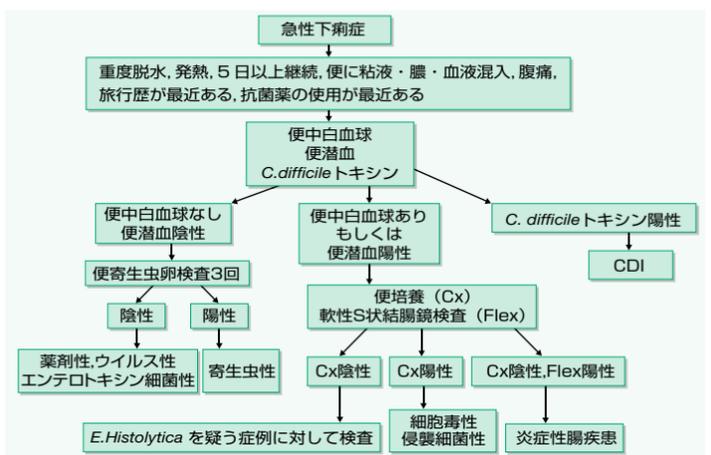
- 下痢症の多くは抗菌薬が必要ない。抗菌薬の必要な感染症を覚えておく。
- 急性下痢症は炎症性、非炎症性を区別。
- 院内発生の下痢、急な白血球の上昇はC. difficileを鑑別に入れる。
- C. difficile感染は重症度を考えて治療を決める。

この症例に対するアプローチ

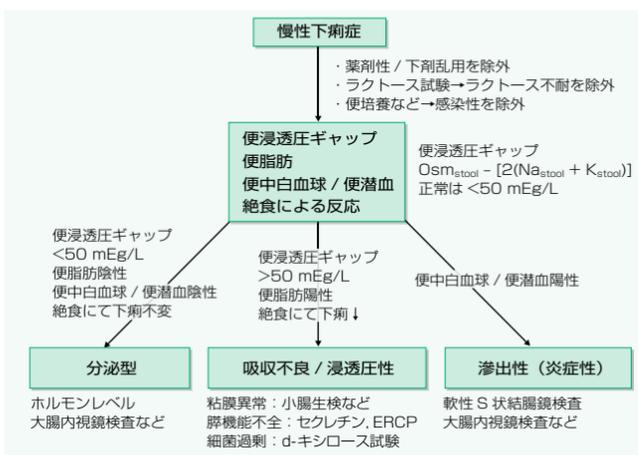
CDIの重症度を判定すると、年齢は60歳以上、アルブミンは2.5 mg/dL以下、白血球数は15,000/mm³以上であり、2点以上となるためバンコマイシンの経口投与による治療を選択することになる。

Further Reading

- ① DuPont HL. Clinical practice. Bacterial diarrhea. N Engl J Med. 2009; 361(16): 1560-9. [PMID: 19828533]
- ② Gerding DN, et al. Treatment of Clostridium difficile infection. Clin Infect Dis. 2008; 46 Suppl 1: S32-42. [PMID: 18177219]



● 図1 急性下痢症のアプローチ



● 図2 慢性下痢症のアプローチ

リハビリの臨床評価に必要な情報をコンパクトな1冊に完全網羅

リハビリポケットブック 臨床評価ガイド

Rehab Notes
A Clinical Examination Pocket Guide

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

あなたは患者を正しく評価できていますか?
リハビリ臨床評価者であればこれ1冊は必ず読んでほしい!

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

心身医学のスタンダードテキスト、待望の改訂

心身医学標準テキスト 第3版

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

編集 久保千春
九州大学病院長

心身医学標準テキスト
第3版

心身医学のスタンダードテキスト 待望の改訂第3版

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

「皮内試験や抗原特異的IgE検査で薬物アレルギーの診断はできませんか？」アレルギー専門医としてよく尋ねられる質問です。しかし、これら検査が役立つことは例外的なのが現実です。アレルギーの理解に役立つので、いくつかの薬物を取り上げながら、その理由を説明していきます。

★ ペニシリン

ペニシリンはアレルギーの原因薬剤として有名(?)ですが、その頻度自体は実は高くありません。「お腹がもたれた」といった非特異的な症状までアレルギーと考えられたり、ウイルス感染症で生じた症状、例えば皮疹が、その際に投与されたペニシリンによって引き起こされたかと判断される場合もあります。急性疾患時に投与された複数の薬剤の中で本当にペニシリンが原因薬剤だったかどうか問題となります。これらさまざまな理由のため、「ペニシリンアレルギーがある」という患者の9割には、問題となるI型(即時型またはIgE依存型)アレルギーは存在しないという研究結果も出ています¹⁾。つまり、実際のアレルギー頻度の10倍くらいでとらえられているのです。

疑わしい場合、ペニシリンの代謝産物抗原(major determinant, minor determinant)を用いた皮内試験が陰性であれば、事実上そのほぼ全例(97-99%)にペニシリンを安全に投与できます²⁾。意外なことかもしれませんが、皮内試験で信頼性が確認されている抗菌薬はペニシリンだけです。ペニシリン以外のほとんどの薬物では原因抗原がはっきりしていないため、皮内試験に信頼性はありません。「薬物自体をなぜ皮内試験に使えないのだろうか」という疑問を持った方もいるかもしれませんが、薬物の多くは代謝されて無数の物質に変化しますし、体内のタンパク質と結合したときのみ抗原として働く場合もあり、局所反応だけでみる皮内試験では限界があるのです。

せっかく使えそうなペニシリンの皮内検査ですが、それに用いる抗原の入手は世界的に難しいのが現状です(日本ではペニシリンを使用することは多くないようであり問題にされませんが)。たとえ検査の信頼性が高いペニシリンでも、投与するすべての患者に

知って上達! アレルギー

森本佳和
医療法人和光会
アレルギー診療部

第13回

薬物アレルギー

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

皮内試験でスクリーニングを行うのは有用ではありません。皮内試験は「感度が高く、特異度が低い」という特性を持つからです。陰性結果でペニシリンアレルギーを除外するには大変優れているのですが、陽性結果の信頼性が低すぎるのです。ペニシリンによるアナフィラキシー反応の有病率は0.002%という報告があります³⁾。ここまで有病率が低い場合、偽陽性の頻度が高いことは全例スクリーニングに致命的です。

セフェム系薬剤では、もともと皮内試験自体に信頼性がないため、なおさら、そのスクリーニングには意味が見いだせません。これが、日本での注射用・座薬用抗菌薬の皮内試験が廃止された大きな理由です。

★ サルファ剤

サルファ剤は、旧来ペニシリンに次いでアレルギー反応を起こしやすいとされる抗菌薬です。I型アレルギー反応はまれで、ほとんどは斑状丘疹状皮疹です。サルファ剤は、重症の薬疹であるスティーブンス・ジョンソン症候群(Stevens-Johnson syndrome; SJS)、中毒性表皮壊死症候群(toxic epidermal necrolysis; TEN)の原因として最も多い薬剤とされます。また、HIV感染者では、サルファ剤による皮疹の発生は一般人の3-5%に対して、40-80%と高頻度です⁴⁾。HIV感染においては、ニューモシスティス肺炎の予防を含め、サルファ剤は大変重要な薬剤ゆえに問題なのですが、やはりその反

応予測に信頼できる検査法はありません。

★ NSAIDs

アスピリンなどのNSAIDsが喘息症状、蕁麻疹、アナフィラキシーなどのアレルギー症状を起こすことがあります。特に、アスピリン喘息で知られる反応ではIgEが関与せず、これら薬剤のシクロオキシゲナーゼ-1(COX-1)阻害作用によるシステニルロイコトリエン(CysLT)の過剰産生が症状を引き起こすと考えられています。IgEが関与しないため、抗原特異的IgE検査は役に立たず、またその機序からも局所的な皮膚試験では反応を予測できないことが理解できます。

★ 造影剤

X線検査における造影剤投与によって、ショックなどの重篤な反応がみられることがあります。この反応はI型アレルギーによるアナフィラキシーとそっくりですが、特異的IgEは関与しないために、「アナフィラキシー様反応(anaphylactoid reaction)」と呼ばれます。造影剤の高い浸透圧やイオン性であることによる物理的な特性によって、肥満細胞や好塩基球からのメディエーターの直接的放出を惹起することが原因の一つになるといわれています。非イオン性で低(等)浸透圧性の造影剤の使用によってアナフィラキシー様反応を減少させることができます。この機序をもとに考えると、皮膚検査や抗原特異的IgE検査などが予測に役立たないことや、エビ・カニアレルギーと造影剤反応には関連性がないことも理解できますね。

★ 局所麻酔薬

局所麻酔薬は、その化学構造から、エステル型とアミド型に大きく分けられます。アレルギー反応は、エステル型で起きやすく、アミド型では少ないとされています。一般的に局所麻酔薬によるアレルギー反応は多いように考

えられていますが、特異的IgEが関与するI型アレルギー反応は非常にまれです。血管迷走神経反射や、同時投与されたエピネフリンの作用、不安による症状であることがほとんどだと言われています⁴⁾。

★ 詳細な病歴調査を行うことで原因は特定できる

以上、アレルギー反応がよく問題となるいくつかの薬物について考えました。特に問題となるI型アレルギーでも、皮内試験や抗原特異的IgE検査はほとんどの場合に役に立たない(または利用できない)ことを説明しました。また、他型の薬物アレルギーにおいても、パッチテストは陽性率が低い、リンパ球幼若化試験は信頼性が確立していないなど、参考にはなりこそすれ、これらの検査だけで確定診断に至ることはまずありません。ゴールドスタンダードは、実際にその薬物を投与する負荷試験となりますが、局所薬でない限り、専門家でないとなし、TENやSJSなどでは禁忌となります。

「じゃあ、どうすればいいの?」という声が聞こえてきそうですが、ここはやはり原点に戻って、詳しい病歴調査を行うことです。負荷試験は無理でも、それまでの経過を負荷試験代わりに考えることはできます。

薬を投与したら発症し、中止したら改善する……当たり前ですが、これが薬物アレルギーの特徴です。この視点から問診を行い、特に原因となりやすい薬物に目をつけ、薬ごとの特性や典型的な反応についての知識をもとに考えます。I型アレルギーの場合は原因となる薬物の投与後30分以内に起こることがほとんどのため、原因の特定は比較的容易です。

入院している患者で、いくつかの薬剤が長期に投与されている症例に皮疹が発症したような場合には、時系列を整理した薬物投与情報をもとに検討します。薬物アレルギーの診断では、このような地味な作業が必要となりますが、このような推理考察過程こそアレルギー診療の醍醐味とも言えるでしょう。

● 参考文献

- 1) Park MA, Li JT. Diagnosis and management of penicillin allergy. Mayo Clin Proc. 2005; 80(3): 405-10.
- 2) Neugut AI, et al. Anaphylaxis in the United States: an investigation into its epidemiology. Arch Intern Med. 2001; 161(1): 15-21.
- 3) Dibbern DA, et al. Allergies to sulfonamide antibiotics and sulfur-containing drugs. Ann Allergy Asthma Immunol. 2008; 100(2): 91-100.
- 4) Berkun Y, et al. Evaluation of adverse reactions to local anesthetics: experience with 236 patients. Ann Allergy Asthma Immunol. 2003; 91(4): 342-5.
- 5) Khan DA, et al. Drug allergy. J Allergy Clin Immunol. 2010; 125(2 Suppl 2): S126-37.

新刊 感染症が面白くなる、
そしてもっと知りたくなる

999 Wonders of Infectious Diseases

感染症999の謎

(編集) 岩田健太郎 神戸大学大学院医学研究科・医学部微生物感染症学講座
感染治療学分野教授

● 感染症に関わるさまざまなテーマを、表題よりも多い1159問のQ&Aで簡潔かつコンパクトに解説。
● 設問は難易度によりABCの3段階に分類、各テーマごとに徐々にレベルを高めていく構成。
● 必須事項のみならず、審美的なトリビアをちりばめ、通読しやすい工夫が施されている。
● 設問と解答を反復しそれを積み重ねることにより、知識が蓄えられかつ全体像も見えてくる。
● 国内外で活躍する現役の若手医師を中心とした執筆者による、日本の実情に合わせた記述。
● 研修医の自習からベテランの知識の再整理まで、幅広く有用。

抗菌薬マスター戦略
非問題解決型アプローチ

Antibiotic Basics for Clinicians:
Choosing the right antibacterial agent

抗菌薬マスター戦略

非問題解決型アプローチ
(監訳) 岩田健太郎

好評発売中

定価 5,250円
(本体5,000円+税5%)

● “謎”の具体例

A 感染症でまず考える三角形とは何か?
B 腸チフスとチフスは違うか?
C Sweet症候群とは何か?
A 抗生物質とは何か? 抗菌薬とは何か?
B 菌血症は、経口抗菌薬で治療できるか?
C 西郷隆盛が感染していたとされる寄生虫は何か?

● A5変 592頁 図26
● ISBN 978-4-89592-632-4

定価 5,250円 (本体5,000円+税5%)

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 鳳明ビル
TEL 03-5804-6051 FAX 03-5804-6055
http://www.medsi.co.jp E-mail info@medsi.co.jp

最新の定義に基づいた分類と解釈で、脳波判読のコツを伝授!

脳波判読に関する101章 第2版

最新刊

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

一条貞雄
仙台富沢病院
高橋系一
北習志野花輪病院

B5 頁248 2009年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00981-2]

医学書院

論文解釈のピットフォール

植田真一郎

琉球大学大学院教授・臨床薬理学

第13回

二重盲検法でなければならない臨床試験とは

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。

前回は、客観性に劣るエンドポイントを用いたとき、二重盲検法が採用されていないか、割り付けの隠匿が不適切であった場合、薬剤によるリスク減少を過大評価してしまう可能性があることをお話しました。すべての臨床試験が、デザインの影響を受けにくい「死亡」で評価されるわけではないので、二重盲検法の採用が結果の信頼性を高めることは明らかです。

日本からもいくつかの臨床試験の結果が報告されるようになり、昨年10月の日本高血圧学会、今年3月の日本循環器学会では、臨床研究、臨床試験のあり方が議論されました。このような場で必ず取り上げられるのが、二重盲検法の問題です。すなわち、「日本では二重盲検法を実施することが困難なので、質の高い臨床試験を実施しにくい」「二重盲検法の実施こそ研究の質を上げるのに、なぜ二重盲検法が実施できないのか」などの議論です。これは正論ですが、二重盲検法の採用ですべてが解決するわけではありません。前回少し述べたように、二重盲検法が必須である研究もありますが、採用できない試験も存在するし、二重盲検法以外にも信頼性の高い結果を得るためにしなければいけないことはたくさんあるのです。

Efficacy を厳密に評価するには

盲検法が初めて採用された研究は、18世紀にまでさかのぼります。18世紀後半、オーストリアの医師、メスメルによる“動物磁気”療法が流行しました。これを1784年に、ルイ16世に任命された調査委員会が患者に目隠しをすることによって評価し、インチキであることを証明したのです。また、初めてのプラセボ対照研究は、イギリスの医師、ハイガースによる医療機器

(トラクターという針のようなもので鎮痛作用があるとされた)の偽物をプラセボとして、鎮痛作用を評価した1800年の研究です。その後、ホメオパシーの研究などを経て、薬剤を使用していることを患者が知ることにより生じるバイアスを減らすために、プラセボは多くの臨床試験で用いられるようになりました。1948年に登場するランダム化比較試験(RCT)よりも、ずっと長い歴史を有しているのです。

このような背景から、薬の治験では基本的に二重盲検法が採用されます。これは、薬の承認に際しては、薬としての効能(efficacy)を厳密に証明しなければならないからです。efficacyの評価のためには、二重盲検法による観察バイアス、その他の患者が知ることにより生じるバイアスの除去以外に薬の効き目に影響すると思われる因子の除去(併用薬、併用禁止薬等の厳密な設定、通院頻度などを含む医療行為の設定)も行われます。

患者の選択も重要で、一つは安全性の見地から、もう一つはefficacyをなるべくはっきりと証明するために、多くの患者選択基準、除外基準が設けられています。研究計画書には、これまでの非臨床試験や早期臨床試験の結果、現在の試験に至った経緯、現試験計画の妥当性などが記載されています。試験手続きに関しても、「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」(GCP省令)により定められており、治験審査委員会(IRB)の審査、モニタリング、有害事象報告などに平易した経験のある方も多いと思います。

日本では、いささか overquality, overregulation の感もぬぐえませんが、

これらは基本的に厳密かつ安全に薬の efficacy を評価する上で必要なことなのです。このような efficacy 評価型の試験は、薬剤が基礎的な生命科学研究、非臨床試験などを経て、ヒトにおける有効性・安全性を評価する際に絶対必要です。ただし、二重盲検法もあくまでも研究デザイン上の必須の要素の一つで、ほかにもやらなければならないことがたくさんあります。言葉を変えれば、質の高い(得られる結果の内的妥当性、つまり信頼性が高い)臨床試験を実施しようとすれば、治験で用いられている研究デザインや実施体制を用いればよいことになります。しかし、臨床試験は必ずしも新薬や適応外使用の薬剤についてだけ行われるわけではありません。

Effectiveness 評価の必要性和用いられるデザイン

既にある程度の安全性や有効性は証明されていても、診療におけるその薬剤の使用法などはまだまだわからないことが多くあります。例えば、血圧やコレステロール、血糖がある薬剤で下がることは証明されていても、どのくらい下げれば最も予後を改善するのか、薬の組み合わせはどうか、さまざまな合併症のある患者さんにも使用できて効果があるのかなどは、治験ではわかりません。

また、治験のようなある意味非常に実験的な環境における臨床試験の結果は、実際の患者さんには適用しにくいことが多いはず。連載第4回(第2837号)でも、スピロノラクトンの心不全患者における“治験”で得られた安全性(高カリウム血症の頻度)が現実の心不全診療には当てはまらないことをお話したと思います。

図は、連載第5回(2841号)でも掲載したものです。すなわち、薬剤が開発され、薬剤そのものの efficacy を評価する治験を実施したの

ち、先述したようなその薬剤を使用した治療法の効果(effectiveness)をより広範囲の患者で、現実の診療(医療環境や併用薬など)において評価する必要があります。

表に、efficacy を評価する研究と effectiveness を評価する研究の特徴についてまとめました。これも連載第5回で紹介しましたが、β遮断薬は1980年代のいわば治験としてのRCTで efficacy が評価されました。しかし、現実の診療では合併症を持つ患者や高齢者には十分に使用されているとは言えません。それが、1998年に発表された観察研究の結果で effectiveness が評価され、広い範囲の患者で有効であることが証明されたのです¹⁾。

「現実の診療において評価する」ためには、ある意味で治験での実験的な環境、研究計画では無理があります。先ほど、二重盲検法を採用する理由の一つとして、その薬剤の服用を患者が知ることによるさまざまな影響を排除することを挙げましたが、逆に、実際の診療では、知っていることで付随的に発生する医療行為もその薬剤を使用した治療法に含まれます。それらの総合的な effectiveness を評価する研究も必要なのです。

したがって、この段階では必ずしもRCTでなければならないわけではなく、観察研究でも可能です。RCTを行うにしても、外科的な治療と薬物治療の比較試験、厳格な血圧²⁾や血糖コントロール³⁾を評価した試験、比較的新しい降圧薬とこれまでの降圧薬を比較するような試験などでは二重盲検法は使用できません。

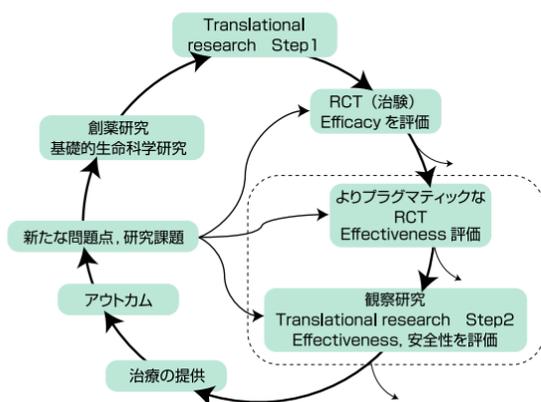
今回は、具体的な研究の例を挙げて説明します。

●表 薬の efficacy (効能) を評価する試験と治療法の effectiveness (効果) を評価する試験は異なる

	薬の効能の評価	治療法の効果を評価
マスキング	二重盲検	オープンでないと無理な場合もあり
デザイン	ランダム化比較試験	観察研究も可能
例	新薬の治験、適用拡大、用量設定、臨床薬理	既存の薬剤、UKPDS ²⁾ 、HOT ³⁾ 、ASCOT-BPLA ⁴⁾ など
規制	GCP	欧米ではGCP、わが国ではなし(厚労省倫理指針)
介入プロトコル	二次薬、用量まで設定	二次薬や用量は医師の裁量
除外、選択基準	厳しい(安全性確保とノイズの減少のため)	緩い
エンドポイント	探索的なもの、妥当性の確立したバイオマーカー(例 BNP)、疾患によってはアウトカム	死亡、心筋梗塞、脳卒中などはっきりしたアウトカム
規模	早期では比較的小規模も可	大規模が望ましい

参考文献

- Gottlieb SS, et al. Effect of beta-blockade on mortality among high-risk and low-risk patients after myocardial infarction. N Engl J Med. 1998; 339(8): 489-97.
- Hansson L, et al; HOT Study Group. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. Lancet. 1998; 351(9118): 1755-62.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). VIII. Study design, progress and performance. Diabetologia. 1991; 34(12): 877-90.
- Dahlöf B, et al; ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2005; 366(9489): 895-906.



●図 それぞれの研究の役割

今こそ地域がん診療ネットワークの構築を!

パスでできる! がん診療の地域連携と患者サポート

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

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



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

続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル

実践に学ぶ悪い知らせの伝え方

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

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



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1回 ICU/CCU 入室患者のアセスメント

筆者は現在、1次から3次救急まで幅広く受け入れるERがある急性期総合病院のICU/CCUで、内科系・外科系重症患者や周術期管理などに各科専門医と連携しながら治療にあたっています。この連載を通して、クリティカルケアでの基本事項を確認するきっかけになればと思います。

第1回目では、内科系、外科系を問わず、ICU入室患者をどのように評価したらよいかについて、一緒に考えていきたいと思います。

クリティカルケアでのルーチン“6”

ICU/CCUでは、外科・内科を問わずルーチンに行うことがあります。それは、表1のルーチン“6”です。

ICU/CCUでは、48時間以上の人工呼吸器管理や、出血傾向がしばらく持続する可能性を考慮し、ストレス潰瘍予防の適応を検討します。また、DVT(深部静脈血栓症)の予防を検討し、ヘパリンや低分子ヘパリン、フォンダパリヌクス皮下注、フットポンプ、弾性ストッキング着用を選択します。

病院関連肺炎(HAP)予防の目的で、ショック状態でない場合は常にベッドアップ30-45度以上をめざすようにします。また挿管・人工呼吸器管理中の患者では、ウィーニング・抜管までの期間・プロセスを施設ごとに統一することも重要です。

ICUでは常に重症感染症のリスクにさらされているため、発熱評価の標準化・ルーチン化も必要となります。それには“Fever workup”として、①血液培養2セット、②尿一般・培養、③胸部X線(場合によっては胸部CT)を行います。重症患者ほど早期の栄養投与の重要性が指摘されており、経静脈、経腸、経口摂取のタイミングを常に考慮することが必要になります。

クリティカルケアでの一般原則

次に、患者の全体の評価を行います。まず、入室時の病名・治療内容と入室後の合併症を確認し、「どうしたらICU/CCU退室可能か」という視点でその日1日の目標とアクションプランを立てます。次に、現在の投薬内容とそれが適切な投与量(腎障害、肝障害時)であるかを確認し、挿入されてい

●表1 クリティカルケアでのルーチン“6”

- ①ストレス潰瘍予防
- ②深部静脈血栓症(DVT)予防
- ③病院関連肺炎(HAP)・人工呼吸器関連肺炎(VAP)予防
- ④人工呼吸器ウィーニングプロトコル
- ⑤発熱評価:“Fever workup”
- ⑥早期栄養開始プロトコル

るルート類が適切に維持されているかチェックします。そして最後に、現在の安静度、褥瘡の有無をチェックします。このほか患者・家族と毎日コミュニケーションをとることも必須となります。

クリティカルケアのアセスメントはパーツに分けて行う

全体の評価後はアセスメントに移ります。アセスメントは、表2の各臓器・パーツごとに「診察・身体所見」「ラボデータなど」「その他」の3つに分けて考えると、複雑なケースでもわかりやすくなります。

呼吸器では、COPD、人工呼吸器管理時、ARDS合併の場合は、特に入念なアセスメントが必要となります。また、気道分泌物吸引を2時間以内の間隔で施行する必要がある場合は分泌物増加と考える必要があります。人工呼吸器管理を行っている場合は、ウィーニング・抜管可能かどうかの評価を毎日行います。

呼吸器のアセスメント

- 診察・身体所見**
- 喘鳴やラ音、自発呼吸、気道分泌物吸引の頻度、気管支拡張薬必要性の評価
- ラボデータなど**
- SpO₂、動脈血液ガス分析、胸部X線、挿管チューブの深さ、胸腔ドレーンの位置確認、人工呼吸器設定(サポートレベル、ピーク・プラトー圧、auto-PEEP)のチェック
- その他のチェックポイント**
- ARDS患者での1回換気量を低くした人工呼吸器管理
 - 意識清明でありFiO₂<0.5、PEEP<5cm/H₂Oの場合、ウィーニングチャレンジ
 - 長期呼吸器管理が必要な患者で気管切開が必要かどうかの評価
 - ベッドアップ30-45度以上でのVAP予防

循環器については、投与されている

●表2 評価すべき項目

- *呼吸器
- *循環器
- *腎・電解質
- *血液・感染症(創部含む)
- *消化管・栄養
- *内分泌・代謝
- *神経系

循環作動薬(昇圧薬・強心薬・血管拡張薬・抗不整脈薬)の投与量の時間経過と、侵襲的モニタリングによるリアルタイムの血行動態評価〔動脈ライン(平均動脈圧MAP)、中心静脈ライン(中心静脈圧CVP)、Swan-Ganzカテーテル(心拍出量CO、肺動脈圧PA、肺動脈楔入圧PCWP)]に注意を払います。その上で、常に乳酸値や時間尿量などで組織酸素化の評価が必要です。

循環器のアセスメント

- 診察・身体所見**
- 心拍数、血圧、不整脈の有無、四肢の温かさ、CVP、末梢の浮腫、循環動態の把握(尿量、乳酸値など)
- ラボデータなど**
- 前負荷(CVP、PCWP)、後負荷、心拍出量、虚血の評価と調整
- その他のチェックポイント**
- 循環作動薬の調整

腎・電解質では、投与している輸液製剤の種類・時間投与量から、毎日の体重の変化、IN-OUTバランスの評価が必要になります。その上でモニタリングを行い、利尿薬などでの血管内容量コントロールが困難な場合は、急性血液浄化法の適応となるか検討します。また、造影剤検査(造影CT、血管造影など)前後には造影剤腎症の予防を考慮する必要もあります。

腎・電解質のアセスメント

- 診察・身体所見**
- 体重変化、IN-OUTバランス、不感蒸散
- ラボデータなど**
- BUN/Cre、電解質の評価
- その他のチェックポイント**
- 腎排泄型の薬剤の調整
 - 急性血液浄化法必要時の腎臓内科コンサルト
 - 造影剤腎症予防のためのN-アセチルシステインおよび生理食塩水負荷、重炭酸ナトリウム負荷

血液・感染症(創部含む)では、播種性血管内凝固など血小板低下・凝固能異常を来す疾患の評価を適宜行います。クリティカルケアでは血栓形成傾向に注意を払う必要があり、DVT予防は重要です。また採血(動脈血液ガス分析含む)などに伴う医原性の貧血も多いため、状態安定とともに採血回数を減らしていく必要があります。感染症では、Fever workupと十分量・短期間の抗菌薬投与およびグラム染色・培養結果による「de-escalationが可能か」の評価を常に行います。

血液・感染症(創部含む)のアセスメント

- 診察・身体所見**
- 体温、出血部位の確認
- ラボデータなど**
- 血算と分画、出血時間・凝固能、培養結果と感受性の確認
- その他のチェックポイント**
- 輸血の必要性の評価
 - ビタミンK欠乏のチェック
 - 診察前後での手洗いの励行
 - ライン刺入部およびその周囲と挿入日時

- の確認、抜去可能かどうかの評価
- 手術創部・ドレーンからの排液量・色調
 - 投与している抗菌薬の種類・投与量・投与間隔、耐性菌の可能性の把握

消化器・栄養の面からは、腸管の早期使用が最終的な状態改善には欠かせないため、常に腸管の状態を評価し、早期栄養(経腸・経口)開始可能かどうかを判断し、困難な場合や不十分な場合、経静脈栄養を考慮します。

消化管・栄養のアセスメント

- 診察・身体所見**
- 腸蠕動音、腹部膨満、下痢、便秘の評価
- ラボデータなど**
- (なし)
- その他のチェックポイント**
- 投与経路、投与速度、栄養剤組成を考えた栄養サポート
 - 人工呼吸管理および出血傾向のある患者でのストレス潰瘍予防
 - 腸管蠕動薬および制吐薬の使用

内分泌・代謝では、血糖値150mg/dL以下を目標に適宜インスリン投与を行います。

内分泌・代謝のアセスメント

- 診察・身体所見**
- (なし)
- ラボデータなど**
- (なし)
- その他のチェックポイント**
- 敗血症性ショックでの相対的副腎不全のチェック
 - 重症患者でのインスリンを使った強化血糖コントロール

神経系では、1日1回は鎮静・鎮痛薬の持続投与を中断し、意識レベルおよび鎮痛・鎮静を評価します。また、不穏・せん妄状態の把握は必須です。

神経系のアセスメント

- 診察・身体所見**
- 神経脱落症状、意識レベル、鎮静深度、痙攣のチェック
 - 不穏状態・せん妄状態の把握
 - 昼夜逆転、睡眠時間のチェック
- ラボデータなど**
- 頭蓋内圧のチェック
- その他のチェックポイント**
- 鎮痛、鎮静の維持・テーパリングの把握
 - 1日1回は鎮静を止めて意識レベルの評価を行う
 - 心肺停止直後なら低体温療法を考慮

集中治療では疾患を問わず、全身の血行動態・組織酸素化に必須の臓器からアセスメントを行います。適切な循環・呼吸なしには改善につながらないことを、まずは頭に入れましょう。

Take Home Message

- ①ルーチン“6”を常に行う。
- ②全身のアセスメントはパーツに分けて行う。
- ③忙しいクリティカルケアの現場では、体力、知力と患者を絶対によくするという情熱を大切にす。

「神経精神薬理学」と「精神科薬物治療学」の有機的統合を目指す書

臨床精神薬理ハンドブック 第2版

向精神薬の基礎と臨床がわかる大好評のハンドブック、6年ぶりの改訂第2版。治療ガイドラインやアルゴリズムに沿いつつ、薬理生化学、生物学的な理解に基づいた薬物治療計画、副作用の機序などを解説。各種向精神薬の最新情報はもちろん、神経伝達メカニズムや薬物動態、基礎研究手法、治験まで、これ1冊で向精神薬に関する知識を網羅。精神科医はもちろん、中枢神経系の基礎研究者、向精神薬を処方する一般臨床医にも好適の書。

監修 樋口輝彦
国立精神・神経センター総長

小山 司
北海道大学大学院医学研究科教授・精神医学

編集 神庭重信
九州大学大学院医学研究科教授・精神病学

大森哲郎
徳島大学大学院ヘルスケア工学部教授・精神医学

加藤忠史
理化学研究所脳科学総合研究センター
精神疾患行動研究チーム・チームリーダー



世界の神経生理学をリードしてきた第一人者による珠玉の神経診断学

神経診断学を学ぶ人のために

日本のみならず世界の神経生理学をリードしてきた第一人者が、臨床神経学をこころざす後輩たちのために書き上げた珠玉の「神経診断学」。大脳、小脳、脳幹、脊髄、末梢神経、筋…といった構造(structure)ごとに書かれた本では決して捉えきれない神経系(system)のはたらく(「なぜ、どのような機序で症候が生じたか?」)が、神経生理学をきわめた著者ならではの明快な文章でクリアに見える。

柴崎 浩
京都大学医学研究科名誉教授
臨床神経学/高次脳機能総合研究センター



日本の医学教育

ノエル先生と考える

第11回

女性医師の問題・3

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



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

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

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

米国の女性医師に選ばれる診療科は？

松村 日本では女性医師は専門領域を選ぶ際に、時間の制約が厳しいか、診療を行う上でのストレスがどの程度あるのか、などを考慮することがあるようです。将来、出産・育児を行うことを考えると、訴訟リスクはもちろん、夜勤や当直、そして死亡する患者が少ない科を選ぶことが多いのも理解できます。現在、日本では皮膚科、放射線科、眼科、麻酔科といった診療科に女性医師が多い傾向にあると思うのですが、米国の女性医師もやはり時間的制約やストレスの少ない診療科を選択する傾向にあるのでしょうか。

ノエル それについては、私からデータを紹介します。米国の現役医師のなかで各診療科に占める女性医師の比率について、米国医科大学協会(AAMC)の調査結果(図)があります。これをみると、時間的自由度だけでなくライフスタイルにおいても自由度が低いと言われている家庭医療、内科、産婦人科、小児科といった診療科においても、28—54%が女性だということが示されています。また、6つのSub-specialtyを除くすべての診療科で、少なくとも1割以上の医師が女性なのです(註1)。

この図に示した数字は、現在診療に携わっている医師の総数から算出したものです。最近の医学部卒業生では、時間的制約の厳しい診療科を選択する女性医師の割合は、この図のデータよりもずっと高いものとなっています。

医学部卒業生全体を見ると、いわゆる「時間的制約の厳しい」診療科を避けて比較的自由的な診療科を選択する傾向が見られ、その変化に占める割合は男性のほうが高くなっていることは非常に興味深い現象です。これは父親も

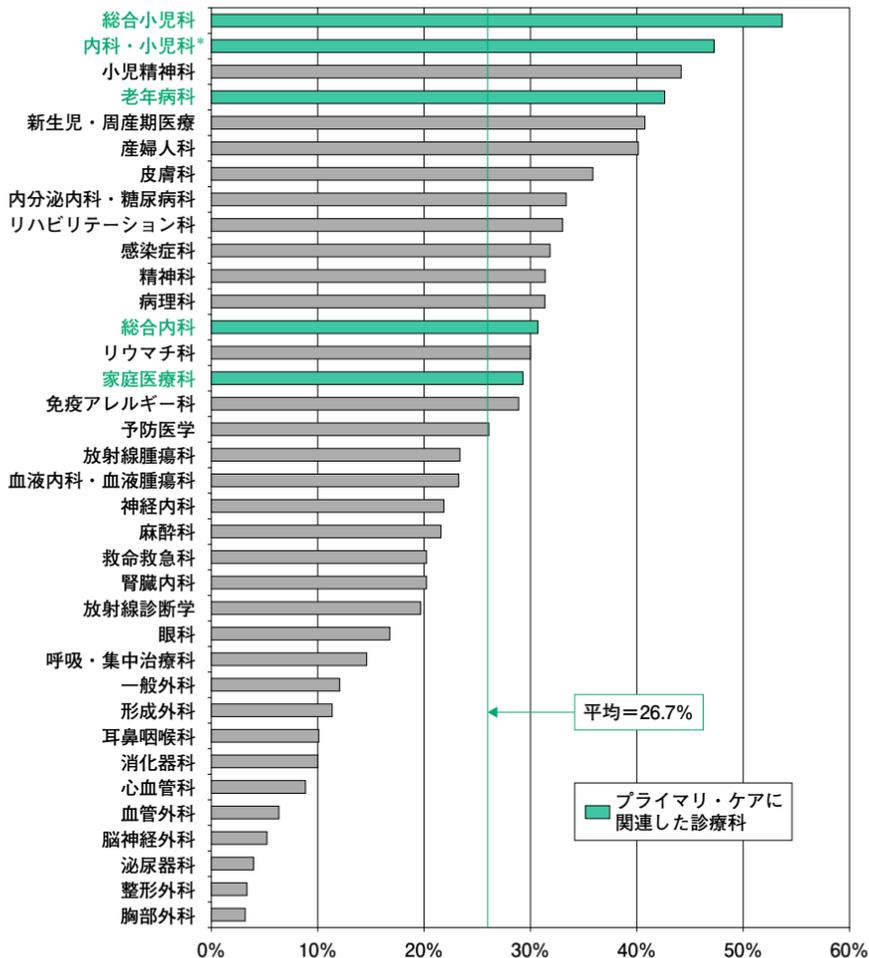
子育てに参加することへの期待がますます強くなっていること(註2)や、医師としてのキャリアよりも、自分の趣味や生活などの個人的な関心分野に時間を割くことを望む人々が増えていることの現れかもしれません。

まずはパートタイムで復帰

松村 日本では、多くの女性医師は出産・育児を行う時期には子どもと過ごす時間を増やさざるを得ないので、キャリアを変更する必要に迫られます。例えば、パートタイムで働くことができる非常勤勤務に切り替えたり、場合によっては一時的に退職したりすることもまれではありません。そのようなキャリアを選択する場合、その医師の専門領域から数年間離れてしまうと、臨床技術を維持することや最新の知識を身に付けることができなくなってしまう、結果として復帰が困難になることが予想されます。

日本では昨今、そのような診療現場から離れていた女性医師が、職場に復帰する際のストレスが軽減するように臨床の再トレーニングを行う、「リハビリテーション・プログラム」のような支援策を持つ病院や研修プログラムが誕生してきたと聞いています。米国でも同様に、女性医師は子育て期間中は臨床医としての仕事を離れるのが普通なのでしょうか。また、休職後の女性医師の復帰を支援するプログラムはあるのでしょうか。

ハリソン 米国では、日本で行われているような再トレーニングのプログラムを持つ施設は見られません。子どもが生まれた後はほとんどの場合、まず約3か月の育児休暇を取ります。多くの女性医師はその後、パートタイムの仕事から復帰します。そして、勤務状況や家庭の状況に合わせて勤務時間を延ばしていくようです。なお、もっと



● 図 診療科別、女性の現役医師の占める割合(2006年)
*内科と小児科の双方のトレーニングを受けた診療科を指す。
出典: https://services.aamc.org/publications/showfile.cfm?file=version67.pdf&prd_id=160&prv_id=190&pdf_id=67

長い期間休職する女性医師もいますが、その場合でも無事に職場に復帰できているようです。私たちが調べたところでは、家族を持った後で臨床を完全にやめてしまう女性医師は米国ではほとんどいないと思います。

研修と育児を両立させるには

ノエル ハリソン先生、私からも質問させてください。米国では医学部を卒業するのは一般的に26歳以上です。内科、小児科、家庭医療などで初期臨床研修を行う場合、研修を修了するころには30代に入り、さらに内科や外科などのSubspecialty研修に進めば、その研修が終わるころには既に30代半ばになってしまうこともある状況だと思います。ですから、医学生や研修医の間に出産するケースもよく見られますが、そのような女性医師たちはどうやって生活をやりくりしているのでしょうか。家族のために医学の勉強や臨床研修を中断しなければならないのか、そして研修のかたわらどうやって育児を行っているのか、といったことをお聞かせください。

ハリソン 家族を持つとする女性の医学生や研修医、また既に臨床現場で働く医師の数は増えており、その多くがパートタイムまたはフルタイムで学業や仕事に携わっています。家庭の事情やずっと家庭に身を置きたいという個人的な考えで、離職する例もないわけではありませんが、一般的には、女性医師はさまざまな手立てを組み合わせ

せて仕事と家庭を両立させているのです。こうした仕事と家庭の“ジャuggling(やりくり)”はお金も時間もかかる至難の技です。家事のスケジュールを立て、家族のそれぞれの仕事や学校、また放課後や家庭での行事を“漏れがないように”アレンジすることは、それだけでも立派なフルタイムの仕事だと思います。それでも女性医師(一部の男性医師もですが)は医師としてのキャリアと家庭生活を両立することにやりがいを感じ、その努力を惜しまないのです。

その具体的な内容については、次回お話しすることにしましょう。

註1:「時間的自由度が低い、あるいは高い」診療科の論議と定義については、Schwartz RW, et al. The controllable lifestyle factor and students' attitudes about specialty selection. Acad Med. 1990; 65(3): 207-10. を参照のこと。

註2: Dorsey ER, et al. The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U. S. medical students, 1996-2003. Acad Med. 2005; 80(9): 791-6. を参照。

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

“教科書とはかくあるべし”……これを持っていた!
新刊 **ハートウェル遺伝学**
Genetics: From Genes to Genomes
▶ 指導者が薦めたい教科書。表面的な知識の詰め込みでなく、本当の力・思考力・洞察力が身につく。生物学・生命科学分野の学生を“育てる”ために編まれた、世界的なベストセラー。現代の生命科学研究に必須な内容。メンデル遺伝学・集団遺伝学などの基礎遺伝学を丁寧に解説しつつ、それらを遺伝子やゲノムの最先端トピックと統合して説く点は、比類なき本書の特徴。原著者は、ノーベル賞受賞者のハートウェル博士ほか著名かつ卓越した研究者。研究職を目指す若手必読。
監訳 菊池韶彦 東京工業大学特任教授
A4変 頁800 図745 2010年3月
定価10,500円(税込)
ISBN978-4-89592-625-6
特装版:定価18,900円(税込)
ISBN978-4-89592-624-9
MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
TEL. (03) 5804-6051 http://www.medisi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medisi.co.jp

慢性呼吸器疾患ケアのチーム医療を実践するために
新刊 **チーム医療のための呼吸ケアハンドブック**
COPDをはじめとする慢性呼吸器疾患に対し、サイエンスに基づくケアを確立することを目的とした実践的なハンドブック。
①cureからcareへの転換、②生理指標よりQOLの改善、③呼吸ケアのサイエンス、④呼吸ケアにおけるチーム医療を確立するための情報提供などの点を重視し、呼吸ケア実践に必要なプラクティカルな情報をコンパクトにまとめた。
監修 工藤翔二 結核予防会複十字病院・院長
編集 木田厚瑞 日本医科大学教授・呼吸器内科
久保恵嗣 信州大学教授・内科学
木村 弘 奈良県立医科大学教授・内科学
呼吸ケアハンドブック
呼吸ケアのチーム医療を実践するすべての医療従事者のために!
A5 頁312 2009年 定価4,410円(本体4,200円+税5%) [ISBN978-4-260-00793-1] 医学書院

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

消化器外科レジデントマニュアル 第2版

小西 文雄 ● 監修
自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科 ● 編著

B6変・頁368
定価4,410円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00851-8

評者 篠崎 大
東大医科研病院長/准教授

好評を博していた初版の発行から4年を経て、自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科スタッフの先生方が執筆し小西文雄教授が監修された『消化器外科レジデントマニュアル第2版』が刊行された。

この本を一読すると、どこをとってもコンパクトな中に必要な知識やtipsを十二分に織り込もうとする強い意欲が感じられる。すなわち一語一語に至るまで無駄がなく、珠玉のエッセンスが込められている。

内容は、前・後半で総論と各論に二分されている。総論の冒頭では「術前検査の進め方」として日常行われる検査の種々のチェック項目が並んでいるが、一つひとつ実践していくことで外科医としての基礎の基礎を身に付けていくことができる。また、最近の診療で大きな問題となっている「インフォームド・コンセント」には比較的多くのページが割かれている。その中には、基本的要件はもちろんのこと、代理決定・文書の必要時とその形式・裁判事例・告知など幅広くトピックスが取り上げられている。

類書ある中で本書に特徴的な点の一つに、内視鏡下手術についての項目が独立して存在していることが挙げられる。監修した小西教授は内視鏡下手術が十八番であり、日本の第一人者であることから、他の項目にも増して充実している。手技やインフォームド・コンセントのポイントまでわかりやすく記載されており、至れり尽くせりといえよう。

腹腔鏡手術のみならず、近年の消化器外科手術ではstapling deviceの上手な利用が必須となっている。しかし、意外にその種類や使用法などの記載は少ないのではないだろうか。この点、

本書では第2版で新たに1項目を設けて、縫合・吻合器についても写真を多用し、一目で理解できるよう工夫されている。

後半の各論でも必要内容は押さえつつ、かつ無駄のない記載をする方針が貫かれている。各臓器の癌では大腸癌を例にとると、その内視鏡的診断の要点や標本の取り扱いに始まり、術式自体や大きく改訂された「大腸癌取扱い規約」のアップデートはもちろんのこと、術中損傷や合併症や感染対策、術後化学療法・フォローアップのポイントまで幅広く網羅されている。さらに、大腸疾患の項には近年急増している炎症性腸疾患の治療では、外科治療のみならず最近の生物学的製剤を含んだ内科治療についても、要領よくまとめられていることがうれしい。

虫垂炎が1項目として独立し、10ページが割かれている。また、巻末近くに肛門疾患がまとめて取り扱われている。本書の対象は外科専門医取得をめざす若い医師である。彼らが術者としてデビューする前には、いつ手術があてられてもいいように普段の勉強をしておきたい状況も生じるかもしれない。そんな場合にも本書は対応可能になっている。

言うまでもなく外科医は、術中・術前後を問わず瞬時の判断を迫られる事態が日常茶飯である。本書は外科専門医をめざす若手医師のみならず、あらゆるサブスペシャリティを含んだ外科系の若い医師のポケットに常時入れ、十二分に活用していただきたい一冊である。

珠玉のエッセンスを無駄なくコンパクトに込める

ダブルバルーン小腸内視鏡アトラス

山本 博徳、砂田 圭二郎、矢野 智則 ● 編

B5・頁144
定価9,450円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00714-6

評者 松井 敏幸
福岡大教授・筑紫病院消化器科

小腸内視鏡は、現在学会や研究会で研究対象として隆盛を極めている。また、日本に限らず世界でも臨床応用が急速に進んでいる。その礎をつくられた山本博徳先生の本が

DBEの基本の再確認に、必携のアトラス

過去を振り返ると、カプセル内視鏡(Video Capsule Endoscopy; VCE)の臨床応用が始まって間もなくダブルバルーン内視鏡(Double-Balloon Enteroscopy; DBE)が作製された。当時のわれわれの心境は、「そんなの信じられない」であった。

間もなく、DBEが実際に現れ、山本先生が指導に来られた。多くの驚きと期待でDBEの使用が始まった。壮大なマジックを見るような思いであった。それまで小生の施設では、小腸疾患の多くはX線検査で診断され、プッシュ式内視鏡や術中内視鏡で確認する作業が行われてきた。それで不自由はないと思ってきた。

現在も小腸疾患の初回診断はX線検査が行われ、それは有用性を失ってはいない。ただし、そのような世界は九州のわれわれの関連施設に限られるようである。DBEの挿入技術は著しく進歩している。それに伴いDBEの診断能も日進月歩である。

本書では、まず手技に関する総論に相当のページが割かれている。その内容は、「ダブルバルーン内視鏡の仕組み——なぜ、小腸全域を観察できるのか」「内視鏡検査を行うにあたって——知っておくべき基本事項」「ダブルバルーン内視鏡の挿入手技——効率のよい挿入に、基本原理はここでも活きる」「偶発症と防止策——特有の偶発症を理解することで、事前に防止できる」「ダブルバルーン内視鏡の治療手技——ここまでできる！内視鏡治療の実際」である。DBEが普及し多くの診療に使用されているが、基本に立ち

戻って確実に安全な操作をしてほしいとの希望が込められている。DBEの安全性に関する治験が行われ保険申請前でもあり、重要な願いであろう。海外にも極めて多くのDBE使用者がおり、既にアトラスが出版されている。本書は、それに負けない内容になっていると言える。

各論では、多くの疾患がわかりやすく解説されている。序に書かれている通り、その症例はほぼ自治医大の経験例に限られ、その数は42例にも及び、重要な疾患が網羅され、しかも厳選されている。実際の臨床に即してX線検査やDBE所見、さらには病理所見もわかりやすく提示されている。

後半には、治療の実際にも触れられる最新の内容が盛り込まれている。症例提示は、悪性腫瘍、良性腫瘍、ポリポーシス、炎症性腸疾患、出血性病変、特殊な疾患の順と思われる。特に出血性病変は矢野・山本分類に沿って提示され、治療法もその分類に従って異なることが理解される。ただし、症例提示が、系統的な順番でない。症例の目次がなく、症例の現れる順番のオリエンテーションがつきにくい。最小限の文献提示があるとさらによかった。

今後、各施設で多くのDBE症例が経験され、さて最終診断は何であろうか、治療はどうすべきであろうかと迷うことも多くなるはずである。そうしたときに本書が有用であろう。また、基本操作に迷うとき、あるいは治療に際し補助具を使用する際に本書を参考にされるとよい。さらに、NSAIDs小腸炎をはじめ、Crohn病などの小腸の炎症性疾患の病態解明や治療評価に必須の操作になりつつある。DBEを通して学問の進歩に大きな貢献が期待される。

2010年度マッチングスケジュール発表

2010年度マッチングスケジュールが、医師臨床研修マッチング協議会から発表された。6月24日—8月12日の参加登録などを経て、10月28日にマッチング結果の発表を行う予定。詳細は同協議会HP(<http://www.jrmp.jp/yotei.htm>)を参照のこと。

神経心理学コレクション

シリーズ編集
山鳥 重
彦坂興秀
河村 満
田邊敬貴

新刊 失われた空間
石合純夫
●A5 頁256 2009年
定価3,150円(税込)
[ISBN978-4-260-00947-8]

新刊 認知症の「みかた」
三村 将/山鳥 重
河村 満
●A5 頁144 2009年
定価3,150円(税込)
[ISBN978-4-260-00915-7]

シリーズ既刊本
街を歩く神経心理学 高橋伸佳
●A5 頁200 2009年 定価3,150円(税込) [ISBN978-4-260-00644-6]
ピック病 二人のアウトグット
松下正明・田邊敬貴
●A5 頁300 2008年 定価3,675円(税込) [ISBN978-4-260-00635-4]
失行 [DVD付] 河村 満・山鳥 重・田邊敬貴
●A5 頁152 2008年 定価5,250円(税込) [ISBN978-4-260-00726-9]
ドイツ精神医学の原典を読む
池村義明
●A5 頁352 2008年 定価3,990円(税込) [ISBN978-4-260-00335-3]
トーク 認知症 臨床と病理 小坂憲司・田邊敬貴
●A5 頁280 2006年 定価3,990円(税込) [ISBN978-4-260-00078-9]
頭頂葉 酒田英夫・山鳥 重・河村 満・田邊敬貴
●A5 頁272 2005年 定価3,780円(税込) [ISBN978-4-260-11900-9]
手 訳=岡本 保
●A5 頁200 2000年 定価3,150円(税込) [ISBN978-4-260-11855-2]
痴呆の臨床 CDR判定用ワークシート解説
目黒謙一
●A5 頁184 2004年 定価2,940円(税込) [ISBN978-4-260-11895-8]
Homo faber 道具を使うサル 入来篤史
●A5 頁236 2004年 定価3,150円(税込) [ISBN978-4-260-11893-4]

失語の症候学 ハイブリッドCD-ROM#
相馬芳明・田邊敬貴
●A5 頁116 2003年 定価4,515円(税込) [ISBN978-4-260-11888-0]
彦坂興秀の課外授業 眼と精神
彦坂興秀 (生徒1)山鳥 重 (生徒2)河村 満
●A5 頁288 2003年 定価3,150円(税込) [ISBN978-4-260-11878-1]
高次機能のブレイクイメーキング 川島隆太
●A5 頁240 2002年 定価5,480円(税込) [ISBN978-4-260-11876-7]
記憶の神経心理学 山鳥 重
●A5 頁224 2002年 定価2,730円(税込) [ISBN978-4-260-11872-9]
チャールズ・ベル 表情を解剖する
原著=Charles Bell 訳=岡本 保
●A5 頁304 2001年 定価4,200円(税込) [ISBN978-4-260-11862-0]
タッチ 岩村吉亮
●A5 頁296 2001年 定価3,675円(税込) [ISBN978-4-260-11855-2]
痴呆の症候学 ハイブリッドCD-ROM#
田邊敬貴
●A5 頁116 2000年 定価4,515円(税込) [ISBN978-4-260-11848-4]
神経心理学の挑戦 山鳥 重・河村 満
●A5 頁200 2000年 定価3,150円(税込) [ISBN978-4-260-11847-7]

医学書院

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

新刊 ワシントンマニュアル 循環器内科アップグレード

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

監訳：池田宇一 信州大学医学部附属病院循環器内科教授

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

●定価 6,300円(税込)
●A5変 頁460 図86・写真36 2010年 ●ISBN978-4-89592-626-3

絶賛発売中 **ワシントンマニュアル 第11版**
監訳：高久史磨・和田攻
●定価 8,400円(税込)

新版 **ワシントン外科マニュアル 第3版**
監訳：住永佳久・小西文雄・宮田道夫・高久史磨
●定価 8,400円(税込)

(循環器関連好評書籍)

▶ **心不全エッセンシャルガイド** 監訳：池田宇一
▶ **経験とエビデンスに基づく循環器治療** - 複雑な患者をどうするか? - 編集：西山信一郎・近森大志郎・西裕太郎・大村寛敬・山本貴信
▶ **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
▶ **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
▶ **ECGケースファイル** - 心臓病の診療センスを身につける - 著：村川裕二・山下武志

ECGブック - 心電図センスを身につける - 第3版 2010年3月末発行

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 http://www.medsci.co.jp FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

ワシントン外科マニュアル 第3版

The Washington Manual™ of Surgery, 5th Edition

住永 佳久, 小西 文雄, 宮田 道夫, 高久 史磨 ●監訳

A5変・頁976
定価8,400円(税5%込) MEDSI
http://www.medsci.co.jp

評者 唐橋 強
埼玉社会保険病院外科

外科系医師志望者減少の一因は、監訳者も序文で述べているが、広範にわたる業務、長時間労働がある。研修医、レジデントにとってもいかに能率的に知識を得、実臨床の場で身に付けていくかが、多忙な修練期間でのポイントであろう。それにはいかにすべきか？

糖尿病と不整脈のある手術患者の受け持ちになったとき、内科学の教科書を読み直す暇はないし、術前術後に最も注意すべきポイントは恐らく書いていない。オープンな口癖は「自分で調べろ」と「俺の経験では」だ……ではまず何から読んだらいいのか。

マニュアルとは、ある条件に対応する方法を知らない者(初心者)に対してその対応方法を示し、教えるための文書であるから、それを選択することは正しいと言える。しかし、医学生、研修医にとっては、そこから得られる情報は根拠のある up to date なものでなくてはならない。また、さらに深く調べたい領域があったなら、その方法も提示してもらいたい。

『ワシントン外科マニュアル(第3版)』は、まさにこのような要望に応える一冊といえる。コンパクトな大きさだが、日常診療で経験する外科系疾患や外科的管理はほとんど記載されており、診断、治療法に関しても簡潔に

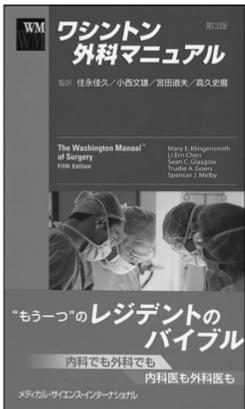
述べられている。妥当な診療方法が複数存在している、羅列せずあえて一つを取り上げているのが良い。そこには、根拠となった最新の(それも厳選されたメジャーな)参考文献が掲載されているから、その領域をより深く知りたければその文献を読めばよい。回り道せず最新の知識が得られる。

マニュアル本も多施設からの分担執筆で構成されると一貫性が失われて、実際には使いづらくなる。研修医必携の『ワシントンマニュアル』が高評価である理由の一つは、同一施設が作り上げ、版を重ねてきたことであろう。『ワシントン外科マニュアル(第3版)』も同様、すべての章が高レベルで一貫し信頼性が高く非常に使いやすい。これには翻訳もまた、同一施設の外科医たちを中心に行われたことによるのであろうと推察される。

外科系医師は、外科医ゆえに自分の経験によって得られた根拠のない知識に過大な信頼を寄せ、固執してしまうことがある。時として危険である。EBMを実践するスマートでアカデミックな外科医をめざす研修医なら、本書を白衣のポケットにぜひ入れておくべきだ。

『ワシントンマニュアル』との相補的活用が有用であることも付け加えておく。

回り道せず最新の知識が得られる



血液病レジデントマニュアル

神田 善伸 ●著

B6変・頁336
定価4,200円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00837-2

評者 金倉 謙
阪大大学院教授/血液・腫瘍内科学

血液疾患(血液の病気:血液病)は、レジデントや一般臨床医には数居の高い領域である。日常診療に当たっている若手医師が、白血病や悪性リンパ腫などの代表的な血液病に接することが少ないのが一因であろう。また、造血器腫瘍や難治性造血器疾患などの致死性疾患は、専門医が診る特殊で難しい疾患という印象を持つレジデントも多い。

確かに、血液病は、遺伝子や分子レベルでの新たな診断法が次々と開発され、治療に関しても、従来の薬物療法に加えて、分子標的療法、移植による抗腫瘍免疫療法と多彩な治療の選択肢が存在している。血液病は、常に新し

い知識を習得するとともに、絶えずそのブラッシュアップが求められる領域である。しかし、実際に血液病棟で研修を行うと、血液病の基礎ならびに多くの全身性の疾患の管理が学べることに気付くことが多い。

従来、血液病棟で働く多忙な若手医師から、要領よく必要最小限の事項を短時間で学べるマニュアルが切望されていた。このようなときに、本書『血液病レジデントマニュアル』に巡り合えたことは幸いである。本書は、造血器腫瘍を中心とする血液疾患ばかりでなく感染症などにも造詣が深く、学生、研修医やレジデントに大変信頼されている神田善伸氏が執筆

必要最小限の事項を短時間で学べるマニュアル



監修 小川洋史
岡山ミサ子
編集 新生会第一病院在宅透析教育センター

慢性腎臓病シンポジウム開催

慢性腎臓病(CKD)シンポジウムが3月11日、東京国際フォーラム(東京都千代田区)にて開催された。この日は「世界腎臓デー」であり、会場では、行政・医療者・患者ら8人が、CKD治療成績と患者のADLのさらなる向上をめざして意見交換を行った。



●シンポジウムのようす

最初に登壇した中田勝巨氏(厚労省健康局疾病対策課)は、同省が進めるCKD対策を紹介した。まず、CKDは初期ならば進行の予防が可能であると指摘。その上で2008年の「今後の腎疾患対策のあり方について」報告書などに基づき、かかりつけ医、コメディカルを含めた医療者へのCKD教育を進めるとともに、国民への啓発を進める考えを示した。

続いて、CKD治療の専門家として榎野博史氏(岡山大)が登壇。わが国のCKD患者は約1330万人に上り、病気が進行すれば透析が必要になるだけでなく、心筋梗塞や脳梗塞を引き起こす。これらの点を踏まえて氏は、生活習慣病をCKDハイリスク疾患と位置付け、国民に注意を喚起した。

生活習慣病がハイリスク疾患ならば、予防の鍵は食生活。そのような観点から、石川祐一氏(日本栄養士会)が、CKD予防のための食生活のポイントなどを示した。一つ目のポイントは、エネルギー摂取の管理。BMIを適正体重の指標に、「3か月で体重5%減」をめざした無理のないダイエットを呼びかけた。もう一つのポイントは塩分摂取。「醤油などはかけずにつけて食べる」ほか、「レモンや酢、香辛料などで代用する」など、減塩対策を示した。

患者の目にはわが国の腎臓病対策はどう映っているのか。宮本高宏氏(全国腎臓病協議会)は、自身も血液透析を28年間受けている立場から発言。「日本の透析医療は世界最高水準」と、透析の進歩を評価した。一方で、腎臓病は「病態がかなり進んでから自覚症状が出る」と紹介し、予防・進行防止策を求めた。

地方でもCKD対策が進んでいる。代表地域の1つである愛知県からは、稲葉明穂氏(愛知県健康福祉部)が登壇。同県では2008年に「慢性腎臓病(CKD)対策協議会」が発足。大学病院、国保、患者、医療者などが所属し、レセプト解析による疫学調査などを進めている。そして同協議会の自慢が、普及啓発活動だ。医療者への講習会のほか、街頭キャンペーンによる市民啓発などを行っていることを紹介した。

熊本県は全国平均の1.4倍の透析患者を抱えており、毎年約300人(全国平均は約200人)が透析を開始している。これを受け熊本市で行われているCKD対策を山内信吾氏(熊本市健康福祉局)が紹介。その一つが早期発見の推進で、特定健診に血清クレアチニン検査を追加し、同健診の受診を勧めている。また発症予防として、CKDハイリスク者への保健指導、eGFRが50未満の人などに対し、受診を奨励。病診連携も進めているという。医療現場からは、連携に対する良い反響があるという。

渡辺毅氏(福島医大)は、生活習慣病の予防法として運動療法を紹介。「辛くない・足腰負担をかけない・飽きない」を目標とした「三ない運動」を呼びかけた。一方、CKDと診断された場合は、食事療法・運動療法を医療者の指導のもとで行うとともに、薬物治療を開始・継続することを勧めた。さらに、CKDが進行した場合にも、薬剤の開発により治療あるいは進行防止が可能であり、治療をあきらめないよう訴えた。

腎不全まで進行した場合にも、選択肢は透析だけではない。相川厚氏(東邦大)は、腎移植について紹介。生体腎移植・献腎移植の5年生着率がそれぞれ91%、79%であることを示した。また、生体腎移植は低侵襲な腹腔鏡手術で行われ退院が早いこと、腎臓提供によるドナーの健康への悪影響が少ないことを示し、腎移植の有効性を訴えた。一方で、腎移植を行っても正常な腎臓は1つだけであるため、患者は依然、CKDに該当することが多いとし、継続的な健康管理が必要であることを付け加えた。

最後に、公衆衛生の立場から高橋進氏(腎臓病早期発見推進機構)が登壇。氏は今やCKDは世界の公衆衛生の脅威であると指摘。腎臓病の早期発見のためのプログラム「KEEP JAPAN」の確立などを進めている。この検査は、指定の1か所の施設でのみ実施されること、世界各国のデータと合わせて解析されることなどの特徴を持つ。氏は、同検査の高リスク患者には血圧と血糖値のコントロールが不十分なケースが多いことを明かし、早期発見・重症化防止のためには「高リスク集団を対象に、尿中アルブミンおよびeGFRを測定すること」が重要であるとした。

最後に、公衆衛生の立場から高橋進氏(腎臓病早期発見推進機構)が登壇。氏は今やCKDは世界の公衆衛生の脅威であると指摘。腎臓病の早期発見のためのプログラム「KEEP JAPAN」の確立などを進めている。この検査は、指定の1か所の施設でのみ実施されること、世界各国のデータと合わせて解析されることなどの特徴を持つ。氏は、同検査の高リスク患者には血圧と血糖値のコントロールが不十分なケースが多いことを明かし、早期発見・重症化防止のためには「高リスク集団を対象に、尿中アルブミンおよびeGFRを測定すること」が重要であるとした。

最後に、公衆衛生の立場から高橋進氏(腎臓病早期発見推進機構)が登壇。氏は今やCKDは世界の公衆衛生の脅威であると指摘。腎臓病の早期発見のためのプログラム「KEEP JAPAN」の確立などを進めている。この検査は、指定の1か所の施設でのみ実施されること、世界各国のデータと合わせて解析されることなどの特徴を持つ。氏は、同検査の高リスク患者には血圧と血糖値のコントロールが不十分なケースが多いことを明かし、早期発見・重症化防止のためには「高リスク集団を対象に、尿中アルブミンおよびeGFRを測定すること」が重要であるとした。

最後に、公衆衛生の立場から高橋進氏(腎臓病早期発見推進機構)が登壇。氏は今やCKDは世界の公衆衛生の脅威であると指摘。腎臓病の早期発見のためのプログラム「KEEP JAPAN」の確立などを進めている。この検査は、指定の1か所の施設でのみ実施されること、世界各国のデータと合わせて解析されることなどの特徴を持つ。氏は、同検査の高リスク患者には血圧と血糖値のコントロールが不十分なケースが多いことを明かし、早期発見・重症化防止のためには「高リスク集団を対象に、尿中アルブミンおよびeGFRを測定すること」が重要であるとした。

最後に、公衆衛生の立場から高橋進氏(腎臓病早期発見推進機構)が登壇。氏は今やCKDは世界の公衆衛生の脅威であると指摘。腎臓病の早期発見のためのプログラム「KEEP JAPAN」の確立などを進めている。この検査は、指定の1か所の施設でのみ実施されること、世界各国のデータと合わせて解析されることなどの特徴を持つ。氏は、同検査の高リスク患者には血圧と血糖値のコントロールが不十分なケースが多いことを明かし、早期発見・重症化防止のためには「高リスク集団を対象に、尿中アルブミンおよびeGFRを測定すること」が重要であるとした。

最後に、公衆衛生の立場から高橋進氏(腎臓病早期発見推進機構)が登壇。氏は今やCKDは世界の公衆衛生の脅威であると指摘。腎臓病の早期発見のためのプログラム「KEEP JAPAN」の確立などを進めている。この検査は、指定の1か所の施設でのみ実施されること、世界各国のデータと合わせて解析されることなどの特徴を持つ。氏は、同検査の高リスク患者には血圧と血糖値のコントロールが不十分なケースが多いことを明かし、早期発見・重症化防止のためには「高リスク集団を対象に、尿中アルブミンおよびeGFRを測定すること」が重要であるとした。

されたものである。血液疾患全般について、基礎知識、診断基準、鑑別診断や治療メニューなどの情報が一目でわかるように実に要領よくまとめられている。また、抗がん剤についても、その適応、使用方法、有害事象などのきめ細かな事項が網羅されており、確かに資料集としても手元に置きたくなる1冊である。いかにしてミスのない化学療法が行われ、また副作用を軽減さ

せるかという造血器腫瘍治療第一人者の意図が感じられる。さらに、ポケットサイズで常に携帯できるのもありがたい。

本書は、対象がレジデントや一般内科医に想定されているが、コメディカルの方にも参考となる素晴らしいマニュアル本である。血液病診療の質の向上のためにも、本書を十分に活用していただきたいと思う。

慢性腎不全医療の新しい知識を盛りこんで全面改訂!

透析ハンドブック 第4版

よりよいセルフケアのために

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

監修 小川洋史
岡山ミサ子
編集 新生会第一病院在宅透析教育センター

新刊

心電図ガイドのベストセラーかつロングセラー、6年ぶりの改訂

ECGブック

心電図センスを身につける

Making Sense of the ECG: A hands-on guide

第3版

▶異常波形をパターンで覚えるのではなく、波形成分と病態を関連づけて理解することにより、臨床において応用のきく心電図判読能力(センス)を養うことを目的とした指南書。改訂に際し、心筋梗塞が急性冠症候群に改められ、Brugada症候群、QT延長症候群について追加されるなど、重要な加筆・修正が行われた。加えて初版からの訳者による日本語訳がブラッシュアップされ、さらに簡潔明瞭で読みやすくなった。心電図の波形の差し替えも行い、より洗練された、心電図ガイドの決定版。

訳 村川裕二 帝京大学医学部附属清宮病院第4内科教授
山下武志 心臓血管研究所常務理事研究本部長

定価4,410円(本体4,200円+税5%)
A5変 頁248 図188 2010年
ISBN978-4-89592-635-5

新刊

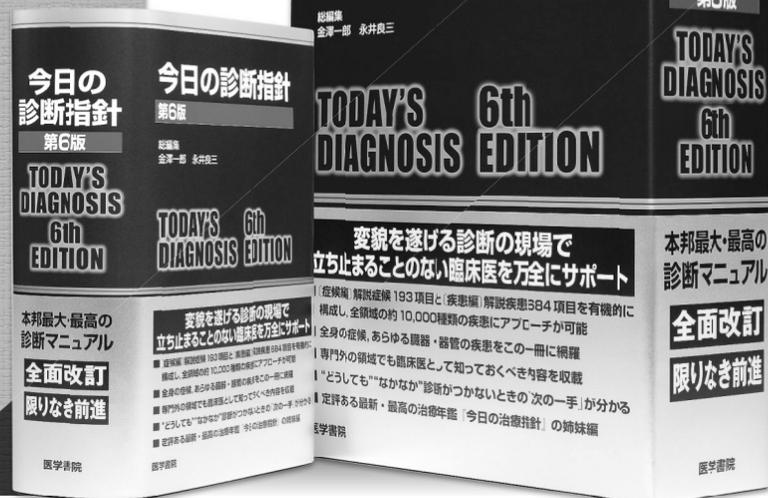
医学書院

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

TODAY'S DIAGNOSIS 6th EDITION



「今日の治療指針」の姉妹編!!
本格的診断マニュアル
待望の改訂版

変貌を遂げる診断の現場で 立ち止まることのない臨床医を 万全にサポート

- 〔症候編〕解説症候 193 項目と〔疾患編〕解説疾患 684 項目を有機的に構成し、全領域の約 10,000 種類の疾患にアプローチが可能
- 全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患をこの1冊に網羅
- 専門外の領域でも臨床医として知っておくべき内容を収載
- “どうしても”“なかなか”診断がつかないときの「次の一手」が分かる
- 全身のエコー・CT・MRI 診断から脳波、心電図、髄液所見まで、一般臨床医が理解しておきたい検査法を豊富な写真とともに項目として取り上げ解説
- 感染症疾患、精神疾患の項目を大幅に強化
- 最新のガイドライン、診断基準をふまえ、どう診断をつけるかを明示
- 本文全ページ 2 色刷りとなり、さらに見やすく、カラー図譜も多数収載

- 研修医には、即実践に役立つ臨床診断技術の習得のために
- 勤務医には、診療現場で直面する難しい事態の解決のために
- 実地医家には、最新の診断情報の研修と診療上の問題の解決のために
- 医学生には、ベッドサイド教育のキーポイントを学ぶために

〈ご購入者向けアンケート〉
弊社ホームページの本書紹介ページにアクセスしてください。
抽選ですばらしいプレゼントを用意しております。

今日の診断指針

第6版

総編集 金澤一郎 東京大学名誉教授 永井良三 東京大学教授

- デスク判(B5) 頁2144 2010年 定価26,250円(本体25,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00794-8]
- ポケット判(B6) 頁2144 2010年 定価19,950円(本体19,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00795-5]

信頼と実績ある最新・最高の治療年鑑

今日の治療指針

私はこう治療している

TODAY'S THERAPY 2010

好評発売中!

総編集
山口 徹
北原光夫
福井次矢

圧倒的な情報量が支持されています! 治療薬情報を網羅した年鑑最新版

治療薬マニュアル 2010

MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS

監修
高久史磨
矢崎義雄

編集
北原光夫
上野文昭
越前宏俊

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

毎年全面改訂

好評発売中!

臨床医が日常遭遇する疾患とその治療法を、第一線の専門医が執筆

■医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2010」との連携:
「治療薬マニュアル2010」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利
(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

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

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

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

「今日の治療指針2010年版」×「治療薬マニュアル2010」
合同プレゼント企画 特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2010年版」と「治療薬マニュアル2010」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2010」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2010年版」に同封の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください(2010年9月30日消印分まで有効)。

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

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



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