

2011年5月16日  
第2928号 for Residents

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

New Medical World Weekly  
週刊医学界新聞  
医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週の主な内容

- [寄稿特集]これが私の進む道!! 2011 (中尾真理, 手塚雅博, 平島修, 西山崇比古, 佐藤健太, 山田舞)..... 1-3面
- この先生に会いたい公開収録版(日野原重明)..... 4-5面
- [連載]航海術/ER/ホスピタリスト/心電図/論文解釈/医学教育/検査
- MEDICAL LIBRARY..... 14-15面

寄稿特集

# これが私の進む道!! 2011



## 6人のシニアレジデントからの“贈る言葉”

新年度を迎えて約1か月。医学生の方々は講義や実習に、初期研修医の方々は臨床研修にと充実した日々を過ごされていることと思います。しかし将来の医師としての“道”を考えると、「本当にやりたいことを」とは言われるものの、さまざまな診療科を見学したりローテートするなかで当初持っていた印象が変わってしまったりと、診療科の選択に迷ってしまう方も多いのではないのでしょうか。

そこで今回は、さまざまな診療科で活躍する6人のシニアレジデントに、現在の診療科を選んだ理由や研修生活などについて聞いてみました。進路に悩む後輩への“贈る言葉”が、自分だけの医師像を見つけるきっかけとなれば幸いです。

### 中尾 真理

浜松市リハビリテーション病院  
リハビリテーション科



●リハ科の仲間と(中央が中尾氏)

### リハビリテーション室は感動であふれています!!

①2005年富山医科薬科大卒。都内市中病院にて初期研修、2年間の内科後期研修を経て09年より聖隷事業団所属。聖隷三方原病院を経て現病院で研修中。

②守備範囲はとてつもなく広いのですが、多いのは脳血管疾患、整形外科疾患、神経変性疾患の患者さんです。経済的・社会的側面からもアプローチし、患者さんを本当の意味で「家庭・社会」に帰すのがリハビリテーション科の醍醐味です。誤嚥性肺炎の原因となる嚥下障害を診断し、経口摂取に導いていくスキルも当科の売りだと思っています。

③a. 私がリハ医になろうと決めたのは初期研修のときです。ある日、自分にとって画期的な出

来事がありました。大きな脳出血で「ここ数日が山場です」と家族に説明した担当患者。毎日ICUに通っても、「うー」としか言葉がでなかったのにリハ室で「立って」(正確には、理学療法士に立たされて)いたのです。それを見たとき、なぜか自分の目から涙があふれました。これがリハ科に行くきっかけでした。リハ室は病院の中で唯一、患者さんが自分の力で治療を行う場所です。どこの病院でもリハ室は最もエネルギーにあふれた場所ではないでしょうか。リハ室には、ありふれた「感動」があふれています。病気になる前から初めてものを食べたとき、立って歩いたとき、自宅に足を踏み入れたとき……。患者さんの嬉し涙を見られるのはリハ医の特権です!

現実的にリハ科を選択した側面もあります。初期研修時、救急外来には毎日誤嚥性肺炎の患者さんが運ばれてきました。肺炎は抗菌薬投与で治せますが、内科医は胃瘻を作るか否かの合理

的な判断基準を持つのが難しいと感じました。嚥下障害の診断、経口摂取の可否の判断、高リスク患者の肺炎を予防し経口摂取に導いて維持することはリハ医の仕事です。これができるリハ医のニーズは非常に高いです。

急性期から慢性期まで、病院から在宅まで仕事の間があり、自分のペースで仕事ができるのもリハ科の魅力です。急患が少ないため予定が立てやすいのも、家庭や子どもを持つ女性医師には魅力だと思います。

b. 回復期リハビリ病棟で20人前後の患者さんの主治医をしています。疾患は脳血管障害7割、整形外科疾患2割、その他1割です。患者さんにかかわる職種が理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・MSWと多いため、必然的に会議は多くなりますが、全職種が入院から退院までのアレンジメントに協力してくれるので、「自分ひとりで背負って動く」という感覚はなくなります。当科医局の特徴として、嚥下障害の診断・治療が優れており、和気あいあいとした雰囲気の中で、嚥下内視鏡や嚥下造影といった検査の手技・方針立案などを、高いレベル、また恵まれた環境で学ぶことができます。

④よく療法士とリハ医の違いは何かと聞かれます。各療法士はそれぞれ専門のテクニックを持ったセラピストであり、彼らの「手技」を最適に(薬と同

様に)処方して、患者さんを良い方向に総合的に導くのがリハ医の仕事です。そのためには、彼らの仕事を良く理解する必要があります。また、いかに良い処方でも良い療法士がいなければ患者さんの動きは改善しません。その意味では、リハ医の仕事には「療法士が働きやすい環境をつくる」という黒子的な側面もあります。

初期研修後リハ科に直接進むべきか、それとも他科の研修後に進むべきかという声もよく聞きます。私は内科認定医を取得してからリハビリの道に進みましたが、結論としてはどちらでもよいと思います。回復期でも主治医となれば全身管理が仕事ですから内科や皮膚科の知識は必要です。しかし、主治医をしながらでも学ぶことはできます。最近の若手の専門医の中には直接リハ科に進んだ先生も多くいらっしゃいますが、整形リハ・心臓リハ・呼吸リハと守備範囲が広いため、より早く勉強を開始すればより多く・深く学べるころはあると思います。

#### 【こんなことを聞いてみました】

- ①経歴
- ②診療科の紹介
- ③ここが聞きたい!
  - a. この科をめざしたわけ
  - b. 現在の研修生活は?
- ④同じ道を志す後輩への“アドバイス”

5 May 2011

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)

●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

<p><b>誰も教えてくれなかった 血算の読み方・考え方</b></p> <p>岡田 定 B5 頁200 定価4,200円 [ISBN978-4-260-01325-3]</p>	<p><b>認知行動療法トレーニングブック 短時間の外来診療編[DVD付]</b></p> <p>著 Wright JH et al 訳 大野 裕 A5 頁416 定価12,600円 [ISBN978-4-260-01233-1]</p>	<p><b>臨床に活かす病理診断学 消化管・肝胆脾臓編 (第2版)</b></p> <p>編集 福岡敬宜、二村 聡 B5 頁288 定価8,925円 [ISBN978-4-260-01095-5]</p>	<p><b>標準麻酔科学 (第6版)</b></p> <p>監修 弓削孟文 編集 古家 仁、福田英一、後藤隆久 B5 頁384 定価5,460円 [ISBN978-4-260-01179-2]</p>
<p><b>糖尿病医療学入門 ところと行動のガイドブック</b></p> <p>石井 均 B5 頁250 定価4,725円 [ISBN978-4-260-01332-1]</p>	<p><b>精神科退院支援ハンドブック ガイドラインと実践的アプローチ</b></p> <p>編集 井上新平、安西信雄、池淵恵美 B5 頁290 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01234-8]</p>	<p><b>linitis plastica型胃癌 その成り立ちと早期診断</b></p> <p>中村恭一、馬場保昌 B5 頁288 定価15,750円 [ISBN978-4-260-01241-6]</p>	<p><b>上肢運動器疾患の診かた・考えかた 関節機能解剖学的リハビリテーション・アプローチ</b></p> <p>編集 中野 健 B5 頁280 定価4,830円 [ISBN978-4-260-01198-3]</p>
<p><b>神経疾患診療ガイドライン [CD-ROM付] Guidelines for Neurological Disorders 2009-2011</b></p> <p>監修 日本神経学会 B5 頁1,144 定価26,250円 [ISBN978-4-260-01328-4]</p>	<p><b>個人授業 心電図・不整脈 ホルター心電図でひもどく循環器診療</b></p> <p>監修 永井良三 執筆 杉山裕章 執筆協力 今井 靖、前田恵理子 B5 頁344 定価4,200円 [ISBN978-4-260-01335-2]</p>	<p><b>標準産科婦人科学 (第4版)</b></p> <p>編集 岡井 崇、綾部琢哉 B5 頁656 定価8,610円 [ISBN978-4-260-01127-3]</p>	<p><b>看護診断 第16巻第1号</b></p> <p>編集 日本看護診断学会 B5 頁108 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01318-5]</p>
		<p><b>泌尿器科レジデントマニュアル</b></p> <p>監修 郡健二郎 編集 佐々木昌一、戸澤啓一、丸山哲史 B6変型 頁408 定価4,830円 [ISBN978-4-260-01226-3]</p>	<p><b>日本腎不全看護学会誌 第13巻第1号</b></p> <p>編集 日本腎不全看護学会 A4 頁56 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01363-5]</p>

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。消費税率変更の場合、税率の差額分変更になります。

寄稿特集 **これが私の進む道!! 2011**

**手塚 雅博**

東京慈恵会医科大学  
外科レジデント



**血管外科** 大動脈瘤ステントグラフト治療に衝撃

①2008年獨協医大卒。湘南鎌倉総合病院にて初期研修の後、10年より現職。

②血管外科という診療科は聞きなれない人が多いかもしれませんが、その名の通り全身の血管を扱っている診療科です。具体的には頸動脈狭窄症や大動脈瘤、腎動脈狭窄、閉塞性動脈硬化症、さらには下肢静脈瘤など、疾患を挙げればきりがありません。また、内科的治療や生活指導などを含め治療範囲もかなり広いです。高齢化社会に伴い、今後血管外科医の需要はますます高くなっていくと思います。

③ a. 私は医師をめざしたときから外科医になろうと考えていました。それは、自分の手を使い、直接病変に切り込んでいく外科という分野に大きな魅力を感じたからです。その考えは、外科を選択したいまでも変わっていません。現在、外科レジデントとして一般外科全般を学んでいます。将来は血管外科に進もうと考えています。

血管外科をめざした理由は、研修で外科をまわっていたとき、大動脈瘤のステントグラフト治療に出会い、衝撃を受けたからです。80歳を超えるような高齢の患者さんが小さな傷で大動脈

瘤の治療を終え、数日で元気に退院していく様子を見て、なんて素晴らしい治療なんだと大きな魅力を感じました。

b. 当科では、人工血管置換術やバイパス術といった従来の外科治療はもちろん、ステントグラフトなど最新の血管内治療まで幅広く行っています。血管外科のレジデントは、基本的に手術に入ることがメインとなります。朝8時に手術室へ入り、出てきたときには夜になっていることも少なくありません。手術終了後、病棟業務をしたり、カンファレンスを行ったりなど決して楽ではありませんが、仕事の後みんなで食事に行ったりと息抜きの時間ももちろんあります。

血管外科の特徴は、一度手術を始めたら後戻りはできないということです。手術を中途半端に終わらせることは、ただ患者に危害を加えるだけでなく、死につながることもあります。その分大変ではありますが、一方で血管外科は機能外科であり、術後の症状改善をはっきりと実感することができるため、患者さんに感謝されることも多くやりがいも大きいです。

血管外科はとても難しく、まだまだ学ぶことは多いのですが、好きなことをしているのだから苦しみはありません。

④外科を志望している人は、初期研修で外科以外の勉強をしっかりと行うのが良いと思います。手技は外科に入ってから十分学べます。各科をローテートしているときにしか学べない知識をまずはしっかりと身につけてください。器用・不器用はあまり関係ないと思いますので、それだけで外科をあきらめないでください。皆さんと一緒に働けることを楽しみにしています。

**平島 修**

市立堺病院総合内科



**総合内科** 五感をフルに使って患者さんの問題を解決する

①2005年熊本大卒。福岡徳洲会病院で初期研修後、同院総合内科で2年間後期研修(内6か月奄美大島で離島研修)。09年より現病院にて後期研修。

②「総合内科」という診療科の役割、あるいは「総合内科医」としての科内での役割は、各病院・診療所・地域の環境で大きく違います。日々の診療では、得意分野はあってもあえて専門性を持たず、個々の臓器ではなく全身を把握し、患者さんにとってベストな治療を選択していくことを心がけています。必殺技はない(あえて持たない)がどんな相手にも臆することなく戦いを挑むというイメージ

でしょうか。

③ a. 初期研修2年目での2か月間の離島研修が、私を総合内科に導いたのだと思います。自分を含め4人の常勤医師が勤務し、小児から老人、内科も外科も関係なく、自分の手に負えようが負えまいが、まず患者さんに寄り添い、耳を傾け、話を聞くという医療現場でした。そこで学んだのは、勉強して〇〇疾患を診たいという姿勢ではなく、目の前の患者さんが〇〇という病態・疾患で困っているの、勉強してあるいは調べて、元気になる手助けをしたいという姿勢でした。

五感をフルに使ってさまざまな問題を解決する楽しさ・やりがいが総合内科への道に進ませたのだと思います。

b. 当院の後期研修では、各専門内科をローテートするプログラムがあり、総合内科でありながら専門家の考え方で学ぶことができます。また総合内科は、初期研修医の研修を指導する中心的役割を担っているため、「教えることは学ぶこと」を合言葉にベッドサイドやカンファレンスなどで教育を行っています。

外来・入院診療では、診断は容易だ

**西山 崇比古**

慶應義塾大学病院  
循環器内科



**循環器内科** 心肺停止患者の劇的改善が喜びに

①2005年慶大卒。慶大病院、済生会宇都宮病院にて初期研修の後、現病院で後期研修。

②循環器内科は虚血性心疾患、心不全、不整脈、弁膜症、肺高血圧症などを対象としています。当科では心電図診断、心臓超音波検査、心臓カテーテル、不整脈アブレーション治療の専門スタッフと、全身管理を行う病棟チームとの強い連携のもと患者診療に従事しています。

日々の診療業務では診断や治療方針に迷うことが多々あると思いますが、自らの勉強と併せて専門スタッフからの適切なフィードバックが得られることは、若い時期の成長を飛躍的に向上させると考えています。また、当科では臨床だけでなく研究の機会も与えられ、最先端の病態生理や最新の治療を世界に発信していくことを目標としています。

③ a. 正直、内科に進むことは全く考えていませんでした。しかし初期研修で循環器内科をローテートしたときに、急性冠症候群や重症心不全患者の循環動態管理、不整脈アブレーションによる致死性不整脈の治療を経験し、非常に有意義な時間を過ごし何より楽しかったことを覚えています。さらに、指導医が非常に熱心であり、何もわからない自分に丁寧に指導していただき、医師として初めて自分で考えて治療を選択する喜びを感じることができた期間でした。

私は以前より先天性心疾患に興味があり、小児心臓外科、小児循環器科を学生時代は考えていました。しかし、日本では成人先天性心疾患の診療体制が不十分であり、患者さんは小児科外来に通いつけているのが現状です。そこで、循環器内科の心不全管理、カテーテル治療、不整脈の知識が成人先天性心疾患診療に生かせるのではないかと考え循環器内科を選択しました。

b. 現在入局から3年が経過し、病棟診療、心臓カテーテル、心臓超音波、不整脈アブレーションとすべての専門班を経験しました。

循環器内科は、迅速な対応が求められる急性疾患も多く大変な面もありますが、治療が奏効した際は劇的な改善が得られ、心肺停止で搬送された患者さんが独歩で退院されるとき喜びはひとしおです。また、不整脈アブレーション治療は心内電位、カルトマッピングシステムなどを使用し上室性不整脈、心室頻拍の治療を行います。体表心電図からさらに進み、回路の同定を行う思考を養うとともに不整脈を治療するのは、循環器の特殊技能であると思います。

④研修生活中は専門家から一つでも多くのことを学び、なるべくその科に徹することをお勧めします。例えば私は麻酔科研修中にマスク換気、気管挿管を徹底的に指導していただいたおかげで、緊急時に慌てることなく対処できるようになりました。

もし時間に余裕があるときは、興味のある科の勉強をすればよいと思います。そして、英語の書籍と論文を読むことは怠ってはいけません。また、忙しい診療業務の中で時間を割くのは大変ですが、学会、講習会に足を運び、普段一緒に働くことのできない他病院の専門家の新鮮な知識を学ぶことも重要です。最後に医療現場に出る前に、必ずACLS講習会を受けることを強くお勧めします。



●初期研修医と行う週間振り返りにて

の手術適応や診療の仕方、皮膚科での皮疹の診かたなど、どの診療科の知識も大きな武器になります。

診断や治療に苦慮する機会も実際ありますが、どんな疾患の患者さんにも、まず手を差し伸べる医師になりたいと考える方にはぴったりの診療科だと思います。

5 May 2011 **新刊のご案内** 医学書院

**2012年版 保健師国家試験問題 解答と解説 付「別冊 直前チェックBOOK」**  
編集 標準保健師講座編集室  
B5 頁676 定価3,675円  
[ISBN978-4-260-01341-3]

**今日の診療プレミアム Vol.21 DVD-ROM for Windows**  
価格76,650円  
[ISBN978-4-260-01355-0]

**今日の診療ベーシック Vol.21 DVD-ROM for Windows**  
価格54,600円  
[ISBN978-4-260-01357-4]

**2012年版 准看護師試験問題集 付 模範解答(別冊)**  
編集 医学書院看護出版部  
B5 頁580 定価3,570円  
[ISBN978-4-260-01331-4]

**質が問われる時代の看護サービスマネジメント**  
江藤かをる  
A5 頁224 定価2,730円  
[ISBN978-4-260-01311-6]

泌尿器科診療の現場で必要となる実践的知識をコンパクトにまとめたマニュアル

**泌尿器科レジデントマニュアル**

定評あるレジデントマニュアルシリーズ、待望の泌尿器科版。泌尿器科診療の現場においてレジデントレベルで必要とされる実践的な知識を、コンパクトに解説。また、巻末付録として各種分類や基準値など、手元にあると便利な資料・データ集も収録。泌尿器科研修医はもちろんのこと、泌尿器科領域の診療に携わるすべての若手医師・コメディカルに日常的に携行し随時利用していただきたい、必携のマニュアル!

監修 郡 健二郎  
名古屋大学大学院教授・腎・泌尿器科学  
編集 佐々木昌一  
名古屋大学大学院准教授・腎・泌尿器科学  
戸澤 啓一  
名古屋大学大学院准教授・腎・泌尿器科学  
丸山 哲史  
名古屋市立東部医療センター 泌尿器科部長

B6変型 頁408 2011年 定価4,830円(本体4,600円+税5%) [ISBN978-4-260-01226-3] 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。消費税率変更の場合、税率の差額分変更になります。

6人のシニアレジデントからの「贈る言葉」

佐藤 健太

勤医協中央病院
総合医・家庭医コース
後期研修医



家庭医療
治せなくても「かかわり」そして「癒す」

①2005年東北大卒。勤医協中央病院で初期研修の後、同院総合診療部にて後期研修。
②「家庭医とは？」は、とても深い問いですが、無理にまとめれば「地域でニーズの高い健康問題に、病気だけにとらわれず患者の人生におけるイベントや答えのない複雑で不確実な困難を幅広く非選択的に受け止め、人間的な味わい深いかかわりを続けながら適切に対処する、『気軽に相談できる』かかりつけ医」となります。また家庭医療学の知識を習得し、指導医や同期からフィードバックを受けながら質の担保された研修を受け、専門医認定試験を受け一定の基準を満たした専門家が「家庭医」です。もう少し噛み砕くと「すごく優秀で、しかも心温まる素敵な町医者」の持つ魅力・能力を徹底的に分析して、誰でも身につけられるように体系化したのが家庭医療学と考えています〔詳細はマックウィニーの『Textbook of Family Medicine』(Oxford University Press)参照〕。
③ a. 最初はどんな病気でも診断できる総合内科医をめざしていました。一通りの対応ができるようになった卒後4年目、最善を尽くしても「治せない病気」「解決できない苦悩」という限界にぶつかりました。そのころ、家庭医志望のM君と同じ病棟で研修する機会があり、何もできない状況に対し家庭医療の視点で分析を加え、治せなくても「かかわり」そして「癒す」M君の姿を目の当たりにしました。これをきっかけに家庭医療学を学び始め、「医学の限界」とあきらめていた状況でも、かかわり・癒す経験を重ねるうち、視界が徐々に開けてきたような感覚になりました。
b. 他科との最大の違いは「疾患」だけでなく「苦悩」、そして「健康」や「人生」も評価・介入の対象になっている

ことでしょう。生まれる前(若年女性が母になる準備)から亡くなられた後(遺族のケア)まで対応しています。だから診断がつかなくても「私」が癒したり、暗い病気の話だけでなく明るい将来の話もできます。「うちの科の問題じゃないから、よそに行ってください」という、医師として絶対に言いたくないセリフを言わずに仕事ができるのが、なにより気に入っています。

家庭医療研修は、疾患や臓器ではなく「自分の担当する地域のニーズ」から研修内容・習得すべき能力を決めていくのが特徴です。「誰をどんなふうにするのか」が明確な分、期待に応えられたときの達成感はとても大きなものになります。ロールモデルが少なく、確かなキャリアプランが見えにくい「けもの道」ではありますが、徐々に仲間や先輩は増えてきており、専門医制度も整ってきたため追い風は吹き始めています。成果よりも課題が多い領域ですので、フロンティアスピリッツあふれる方にはむしろ楽しくてしょうがない分野に映るでしょう。

④「心優しいやぶ医者」にならないために診断能力と救急初期診療の力は必須です。初期研修の2年間では足りないで、最低でも1年間は総合内科病棟や救急が組み込まれている後期研修先を選ぶほうがよいでしょう。高度な専門性を要する状況では、他科の医師との連携も重要です。ですから初期研修の間に他科の一般常識(こんな病態で紹介するな！or紹介が遅い！)や、個々の医師の性格を把握しておくよう、雑談や飲み会に積極的にかかわりましょう。

また、家庭医仲間が少ない地域も多いため、仲間づくりには意識的になりましょう。学会・セミナーに参加したり、ITツールでへき地でもつながれる工夫も大切です。

\* 普段の活動の様子はブログもご覧ください。
http://blog.livedoor.jp/gp\_ken/

【こんなことを聞いてみました】

- ①経歴
②診療科の紹介
③ここが聞きたい！
a. この科をめざしたわけ
b. 現在の研修生活は？
④同じ道を志す後輩への「アドバイス」

山田 舞

愛知県がんセンター
遺伝子病理診断部



病理診断科
病理医は患者の運命を決定付ける司令塔!!

①2005年九大卒。手稲溪仁会病院で初期研修(カリキュラム上3年)の後、同院外科1年、愛知県がんセンター中央病院乳腺科にて2年間の後期研修を修了し、11年より現職。
②当部では、形態学的な病理診断を追求するのはもちろんのこと、特徴として遺伝子診断に力を入れており、肺がん、消化器がんなどで治療選択に直結する遺伝子診断を行っています。また、各人が臨床と関連付けたりサーチも手掛けています。

③ a. 自分が病理部に所属しているなんて我ながら不思議な気もしますが、いくつかの偶然と必然が私をここに導いてくれました。学生時代、私にとって病理学はスケッチの時間で、初期研修時代も渋谷病理カンファに参加しましたが、病理スライドを見ても心に響くものは正直何もありませんでした。しかし、学会発表で病理結果を示す必要性から術中迅速病理診断の現場を垣間見、乳腺科トレーニングの一環で手術標本を仮診断するようになり、さらには人数の関係でやむを得ず3か月ほどどっぷり病理部をローテーションしたことで、病理のみならずがん診療自体に対する考え方が一転し、今では「病理を知らずしてその方ががんの本質をとらえることはできない」とまで確信しています。

b. どんな疾患も治療方針を決定する際には種々の画像所見、検査所見、病理学的パラメーターを参考にされると思います。しかしそれらは、あくまで標的(病巣)をフィルターを通した側面からみているにすぎません。一方病理スライドは、病巣のありのままの姿を目の当たりに見せてくれます。
専門とする疾患を学べば学ぶほど、既存のパラメーターを指標に決められる、ある程度画一的な治療がもたらす

効果に限界を感じるが出てきます。病理スライドを自分で見ることができると、既存のパラメーターでは同じと分類される病巣でも、「性質がよさそうなもの」や「治療やフォローアップの手を厳しくする必要のある悪そうなもの」と、よりその方の病気の個性を目の当たりにできます。当院でも少しでも病理の心得のある先生方は、治療方針決定の前には必ずスライドを覗きに來られます。また病理部の先生方は、単に見たままをレポートに書くのではなく、自分の報告書を見て選択される治療法がどう患者さんの今後に影響するか、という責任感を常に強く意識しながら、「この先生はこう書くところの術式・治療法を選びかねないから少し強調して(or ひかえめに)書こう」など、患者や主治医に合わせて表現の仕方も微調整していたりします。

他院の病理診断と結果が覆ることも時にはあり(良性⇔悪性ということも!)、病理医がどう診断するかによって患者さんの人生が大きく変わってしまうこともある、つまり病理医は目立たず地味なように見えて実は患者さんの運命を決定している影の指令塔、審判の立場なのです。それだけに、常に奢らず謙虚で独善的にならないよう心がけられている姿が本当に印象的です。またなぜか育児との両立にも非常に理解があり、時間を自分でコントロールして仕事をやり続けることが可能なため、家族計画(今秋第2子出産予定)のほうもお陰さまで順調です(笑)。患者さん個人に合わせたより細やかな医療をしたい方、育児との両立が必要な方、一度病理を勉強しておいて決して損はありませんよ。

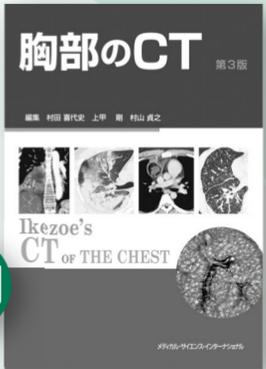
④現在臨床家の方は、自分が治療している疾患の実際の顔つき(病理スライド)を見てください。病理医を志している方はできる限りその臨床経過、治療法を学んでください。



胸部のCT 第3版

圧倒的な信頼感!
“オンリーワン”のスタンダードテキスト

胸部領域のCT診断に関して、胸部疾患を包括的に取り上げながら最新知見を整理し、わかりやすく解説した本格テキスト、7年ぶりの改訂。編集の基本コンセプトやスタイルは踏襲しつつ、画像と記述内容を全面的にアップデート。MDCTおよびHRCTに関する近年の臨床研究の蓄積についても余すところなく解説した。放射線科、呼吸器内科・外科、一般内科の医師にとって必読・必備の実地テキスト。



編集 村田喜代史 上甲 剛 村山貞之
定価15,750円(本体15,000円+税5%)
B5 頁832 写真1218・カラー写真149 図28・カラー図10 2011年 ISBN978-4-89592-673-7

好評関連書

- 腹部のCT 第2版 監修 平松京一 編集 栗林幸夫・谷本伸弘 定価13,650円(本体13,000円+税5%)
腹部のMRI 第2版 編集 荒木力 定価12,600円(本体12,000円+税5%)
関節のMRI 編集 福田国彦 杉本英治 上原雅孝 江原茂 定価13,650円(本体13,000円+税5%)
脳脊髄のMRI 第2版 編集 細矢貴亮・宮坂和男 佐々木真理・百島祐貴 定価14,700円(本体14,000円+税5%)
頭頸部のCT・MRI 編集 多田信平・黒崎喜久 定価14,700円(本体14,000円+税5%)

日本クリニカルパス学会・医学書院 主催 2011年度クリニカルパス教育セミナー
わかる!できる!クリニカルパス
~基本と実践~

大阪 定員 400名
2011年7月9日(土) 13:00~17:15
千里ライフサイエンスセンター ライフホール
豊中市新千里東町1-4-2
千里ライフサイエンスセンター5階
座長 副島秀久(済生会熊本病院) 山中英治(若草第一病院)

東京 定員 400名
2011年7月23日(土) 13:00~17:15
学術総合センター 一橋記念講堂
東京都千代田区一ツ橋2-1-2
学術総合センター2階
座長 濃沼信夫(東北大学大学院) 齋藤 登(東京女子医科大学)

参加費:5000円(資料代・消費税含む)
申し込み方法:学会ホームページ(http://www.jscp.gr.jp)からオンラインで受付致します。
申し込みに関するお問い合わせ:
日本クリニカルパス学会事務局
TEL 03-3470-9978 FAX 03-3470-9962
E-mail: jscp-admin@umin.ac.jp
内容に関するお問い合わせ:
株式会社医学書院PR部 電話 03-3817-5696

# 公開収録版

1937年京大医学部卒。41年聖路加国際病院内科に勤務。51年より1年間米国エモリー大に留学の後、聖路加国際病院内科医長、同院院長代理を歴任。92年同院院長、96年同院理事長、名誉院長。絵本『葉っぱのフレディ—いのちの旅』(童話屋)に出会い、ミュージカル化を提案。2010年8月には米国・ニューヨーク公演を行い、好評を博した。また、全国の小学校を訪れ「いのちの授業」を行い、いのちの大切さを伝え続けている。「平静の心—オスラー博士講演集 新訂増補版(訳)」「医の道を求めて—ウィリアム・オスラー博士の生涯に学ぶ」(ともに医学書院)など、著書・訳書多数。



## 日野原重明先生に聞く

シリーズ「この先生に会いたい!!」の公開収録版を医学書院で開催し、全国から74人の医学生が参加しました。演者は、今年100歳を迎える日野原重明先生です。今回のテーマは、「医師になるための基本的な学生時代の生き方」。日野原先生ご自身の生き立ちや敬愛するウィリアム・オスラーの座右銘を基に、リベラルアーツ(人間教育)の重要性や学習の指針が語られました。「いつか誰かのために生きる」ために、医学生に向けた力強いメッセージです。

ごとに好きなテーマを決めて自己学習を行い、1週間後にみんなの前で発表していました。私はそこで、自ら考えて学ぶ楽しさを知ったわけです。

ただ、「そのような授業をしているのは受験に影響が出るのではないかと」、谷口先生の指導法が次第に問題視されるようになりました。それを知った私たち生徒は「谷口先生を苦境に立たせてはいけない」と、帰宅後も一生懸命勉強しました。その結果、私も含め、例年以上に多くの生徒が名門・県立神戸第一中学校に合格できました。

そうやって迎えた中学校の入学式当日です。友達とおしゃべりをしていたら、校長先生に「日野原、立ちあがれ!」と突然どなられた。その学校は教育方針が厳しいことでも知られていたため、「なじめないのではないかと」不安になった私は両親に相談しました。両親も理解を示してくれて、もうひとつ入学許可をもらっていた関西学院中学部への進学を決めたのです。そこでも、尊敬する先生方との出会いがたくさんありました。私はこうして、教育者の在るべき姿を肌で感じる事ができたのです。

教育制度がいくら整備されていても、影響力を与える教師がいなければ教育の効果は上がりません。オスラーは、神学者ニューマンの残した次の言葉を好んで引用しています。「教師の人間としての感化力は、教育制度なくしてもその力を示すことができるが、教育制度は、教師の感化力なくしてはその機能を果たしえない。感化力あるところに生命(life)あり、感化力なきところに生命(life)なし」。皆さんも、「感化力ある教育者」と出会えることを望んでいます。

関西学院を卒業後は、京都にある第三高等学校に進学しました。ここでは、ドイツ語の先生が授業中にリルケの詩



を朗読したり、ハイネの詩になる「ローレイ」を歌ってくれました。数学の授業は英語で書かれた教科書が用いられ、理科の授業ではドイツ語で書かれた動物学の書籍を読む。倫理の授業では英訳されたプラトンの著書が用いられました。進学したのは理科でしたが、哲学や宗教学、経済学にも興味を持っていたので、京大にもぐりこんで西田幾多郎先生や河上肇先生の講義を聴講したこともありました。

第三高等学校での経験を通じて、「リベラルアーツとは何か」を私は学びました。リベラルアーツはよく「一般教養」と訳されますが、そうではない。「人間教育」です。そして、リベラルアーツを理解しなければ良医にはなれない。このことを後の私に強く、強く教えてくれたのも、オスラー博士でした。このことについては、後でもう少しお話しします。

### 闘病、敗戦、そしてオスラーとの出会い

大学は、猛勉強の末に念願の医学部(京都帝国大学)に進学することができました。

もともと、初めて「医師になりたい」と思ったのは、10歳のときです。ある晩、病身だった母が尿毒症で痙攣を起こしました。私は不安で仕方なかったのですが、そこに主治医が往診に来てくれて、適切な処置で一命を取りとめた。大好きだった母を助けてくれた医師の姿を見て、私も「病気で苦しんでいる人を助けたい」と思いました。

私自身も大きな病を二度経験しています。小学校5年生のときは急性腎炎に罹り、学校を1か月間休みました。医師から運動を1年間止められたので、代わりにピアノを習って、ショパンやベートーベンの曲を弾けるようになりました。大学に入ってから、ストレプトマイシンのような結核の特効薬のない時代に私は肺結核に罹り、闘病生活は1年にも及びました。でも、病むことは決してマイナスの経験ばかりではありません。私の場合は音楽をレコードで聴き、作曲の自己学習をし、その後音楽が生涯の趣味となり、また一方で何よりも、患者さんの気持ちに共感する感性が育まれました。

大学卒業後は2年間の内科研修を経て大学院に進み、真下俊一教授のもとで循環器学を専攻しました。私は心音の研究に取り組んだのですが、これも闘病生活中に作曲を独学するほど、音楽が好きだったからです。ただ、海外

の文献を調べると、すでに先行研究がたくさんあったのですね。教授に助言を求めても「それは君が決めることだ」と返されて当惑しました。でもそこで、誰もやったことがないアイデアを思いつきました。のどから飲み込める小さなマイクロフォンを作って、食道内から心房の音を記録してみようと考えたのです。1年間工学部に通って作った手製のマイクロフォンを用いて、実験は見事に成功しました。これをもとに「心音(心房音)の研究」(1—8報、『日本循環器病學』, 1940)と題する博士論文を執筆し、後に『American Heart Journal』誌(22巻6号, pp.726—36)にも“Systolic gallop rhythm”と題した英文論文が掲載されました。

1941年7月、聖路加国際病院に内科医員として就職しました。その年の12月に太平洋戦争が始まり、多くの医師が徴兵されましたが、私は結核の後遺症があったため兵役を免除され、大空襲に遭いながら病院を守りました。ところが、何とか戦火をくぐりぬけ終戦を迎えたのもつかの間、病院は看護専門学校の校舎とともに連合国軍の陸軍病院として接収され、医療者も患者も病院から追い出されることになったのです。仕方なく、近くの有床(15床)の診療所を借り受けて診療を続けました。

陸軍病院となった聖路加の図書館には、米国の書籍や雑誌がたくさん所蔵されていました。聖路加の職員だった私は病院長にかけあって入館許可証をもらい、診療後は図書館で、それら書物を読みふけるようになりました。そこで知ったのが、「ウィリアム・オスラー」(William Osler, 1849—1919年)の名です。

1951年、39歳のときに1年間留学したのも、憧れのオスラーが活躍した米国の医学をこの目で見たいと思ったのが理由のひとつで、留学中にオスラーの愛弟子にも面会しました。その後は、オスラーの講演集の翻訳(『平静の心』)や伝記の執筆(『医の道を求めて』)に携わり、1984年には「日本オスラー協会」を創設しました。

### 常に患者から学び、医学以外の教養を

ここからは、オスラーが遺した言葉を紹介していきます。

医療や医学教育に多大な影響を与えたオスラーは、米国における臨床医学教育の基礎を築きました。自身が創設にかかわったジョンズ・ホプキンス大学では、それまでの講義中心のドイツ

医の聖人オスラー博士に学ぶ

## 医の道を求めて ウィリアム・オスラー博士の生涯に学ぶ

臨床医・医学研究者・教師として、またヒューマニストとして医学生や患者を心から愛し、医の聖人とも言われるオスラー博士の伝記。カナダのボンドヘッドにおける生い立ちから、オックスフォードにおいて生涯を閉じる70年を医学的な側面だけでなく、人間的な側面をも克明に綴ったオスラー研究の貴重な文献。

日野原重明



医学書院

皆さん、「よい医師になる」とはどういうことでしょうか。医師は単なる職業(job)ではありません。高度な教育・訓練を必要とするプロフェッション(profession)です。プロフェス(profess)には「神様への誓約」という意味もありますね。

医師は、「医のプロフェッション」としてどうあるべきでしょうか。そのために、医学生時代をどう過ごすべきでしょうか。これが今日のテーマです。私の経験や努力、そして私が大きな影響を受けたウィリアム・オスラー博士らの話を通して、今日に至る私の証しをお示ししたいと思います。

### 「感化力ある教育者」との出会い、リベラルアーツという「人間教育」

私はこれまで、たくさんの師に出会ってきました。諏訪山尋常小学校(現・神戸市立こうべ小学校)で担任だった谷口真一先生は、米国マサチューセッツ州で始まった自由教育指導(ドルトン・プラン)の影響を受けた方です。当時としては珍しい授業で、生徒が8人ずつのグループに分かれ、グループ

臨床医・研究者・教育者として生きたオスラー博士の講演集

## 平静の心 新訂増補版

オスラー博士講演集

臨床医・研究者・教育者として生きたウィリアム・オスラー博士の講演集。わが国でも絶賛され、多くの方に読まれた「平静の心」、本書はその新訂版発行後に判明した新発見などをともに訳・註を全面的に見直した。

原著 William Osler  
訳 日野原重明  
仁木久恵



医学書院



的医学教育に代わり、病棟や外来での体験実習を重んじました。「学生は患者とともに学習を始め、患者とともに学習を続け、患者とともにその学習を終える。その間、書物や講義は道具として用いられ、目的を達成する手段にすぎない」とオスラーは述べています。次の言葉も有名です。「患者を診ずに本だけで勉強するのは、まったく航海に出ないに等しいと言えるが、半面、本を読まずに疾病の現象を学ぶのは、海図を持たずに航海するに等しい」。つまり、教科書を読むときも、常に臨床を念頭に置くことが重要なのです。

医学生対象の講演の中で述べた次の言葉は、ぜひ覚えておいてください。

“The Practice of medicine is an art, not a trade; a calling, not a business; a calling in which your heart will be exercised equally with your head.— 医療とは、ただの手仕事ではなくアート(技術)である。商売ではなく天職である。すなわち、頭と心を等しく働かさなければならぬ天職である”

これに続けて、「諸君の仕事のゆうに3分の1は、専門書以外の範疇に入るものである」とも述べています。よい医師になるためには、医学の実地教育だけでなく、人文教育の修得も必要なのです。オスラーは医学生に対し、就寝前の30分間は必ず本を読むように勧め、「医学生のためのベッドサイド・ライブラリー」を挙げました。

オスラーによる「医学生のためのベッドサイド・ライブラリー」

- ①旧約・新約聖書
- ②シェイクスピア
- ③モンテニョ『エッセー』
- ④プルターク『英雄伝』『倫理論集』
- ⑤マルクス・アウレリウス『自省録』
- ⑥エピクテトス『要録』
- ⑦トマス・ブラウン  
『医師の信仰・壺葬論』
- ⑧セルバンテス『ドン・キホーテ』
- ⑨エマソン『エマソン選集』
- ⑩オリバー・ウェンデル・ホームズ  
『朝の食卓』シリーズ

### よい習慣の獲得は利息がつく、「南向き」の心が医学に役立つ

私自身は、「よい習慣をつくるのがいかに大切か」ということをオスラーから学びました。「人生は習慣である」、つまり人生は無意識のうちになかば習慣化した行為の連続したものであり、「よい習慣を獲得することで、利息がつく」とオスラーは述べています。彼

は学習する習慣、よく観察する習慣、考える習慣、系統的に対処する習慣など、さまざまな論文や講演のなかで習慣化の重要性について言及しました。「いったん習慣となった手順やシステムは仕事をやりやすくする」。これは、オスラーの残した講演の中で特に有名な「学究生活」の一節です。

次の言葉もぜひ心にとどめておいてください。「陽気さと適度のユーモア、そよ風のような快活さ、ローレルのいう心が『南を向いている性質』は、医学における基礎研究・臨床を問わず、大いに役立つものである」。これは、医師の人間性が問われる言葉です。Art of medicineの実践においては、ユーモアと温かさが必要なのです。

### 奉仕・勇気・堅忍・謙遜

オスラーは、「われわれがここにあるのは自分のためではなく、他の人々の人生をより幸せにするためである」という座右銘を遺しています。皆さんはまだ医学生ですから、自分のことで精一杯かもしれません。でもいつの日か、誰かのために生きてほしい。病む人に対するArt of medicineを忘れないでほしい。これは言葉によるタッチであり、手によるタッチであり、心によるタッチです。そうしたアートの上にサイエンスとしての医学が形成されていることを、医学生時代に学んでほしいのです。

皆さんはビジョンを持って、誰もやったことのないことに挑戦する勇気も大事です。そして、苦難に耐えることです。そうした経験によって人間の感性は育まれ、患者さんの心がわかるようになります。やがて医師として成功する日が来たときは、「私は、私が出会ってきたすべてのものの一部である」という詩人テニソンの詩「ユリシーズ」の一節を思い出してください。これから皆さんが得るであろう資格や実力の多くは、自分の努力だけではなく、人から与えられるものなのです。謙遜の徳を大切にしてください。

こうした人間教育こそがリベラルアートの本来の意義で、リベラルアートをなしに医学はあり得ません。このことを最後にもう一度申し上げて、講演を終わりたいと思います。

編集部註：オスラーの言葉はすべて、日野原重明、仁木久恵訳「平静の心——オスラー博士講演集(新訂増補版)」(医学書院)より引用しました。なお、本セミナーの模様はUSTREAMでもご覧になれます(<http://www.ustream.tv/recorded/13097870>)。

### 医学生からの質問

◆どうやったら終末期の患者さんに幸福を感じてもらえるのでしょうか。

日野原 例えががんの終末期で、痛みがあって「もう自分は治る見込みがない」と思っている患者さんの場合、「この苦しみをとってほしい」と願っています。まずは薬剤を上手に用いて疼痛をコントロールすること。それと同時に、患者さんの手や腕にタッチして、「孤独ではない」と患者さんが思えるような環境をつくることです。

オスラーは痘瘡(天然痘)の青年を看取る際、一日中寄り添い、その青年の要望に応じて聖書を読むこともあったそうです。最後に青年が手を差し出したので、オスラーが彼の手を握ったところ、「本当にありがとう!」と静かに言った。これが青年の遺した最後の言葉でした。そこでオスラーは牧師に代わって祈祷書を朗読し、看取りの一部始終を遠く離れた家族への手紙にしたためています。

ホスピス運動の創始者であるシシリー・ソンドースは、ホスピス・ケアの真髄を“being with a patient”と語っています。患者と一緒にいること、孤独を感じさせないことが大切だと思います。

◆地域医療に長く携わると、先端医療に追いつけなくなるという話を以前聞きました。地域医療に貢献しつつ、先端医療にも後れをとらずにやっていけるのでしょうか。将来どのように自分の進む道を決めていけばよいのでしょうか。

日野原 日本の大学における臨床実習は、患者さんに触れる機会が非常に少なく、見学中心です。さらに、卒後は専門医志向もあって、大学病院や大規模な研修病院に進む人が多い。そうなると、common diseaseをみる機会が少なく、関心も高まらないままになってしまいます。そのように、米国や英国と比較し、日本の医師はプライマリ・ケアの訓練が圧倒的に足りません。

しかし実際には、患者さんの3分の2はcommon diseaseを抱えているのですから、珍しい疾患ばかりにとらわれてはいけません。地域医療に携わるならば、プライマリ・ケアについてしっかり勉強すべきです。もう少し専門性を深めたいと思ったときに転向しても、一向に差し支えないでしょう。

◆国家試験に向けての勉強と、それ以外の人間性を高めるために費やす時間のバランスのとり方について教えてください。

日野原 医師は人間性が豊かでなければ医療はできません。人間性を深めるための勉強や趣味の活動は、「時間があればやる」のではなく、「時間をとってでもやらなければいけない」。私は音楽や絵が好きなので、患者さんと話すときは音楽や絵の話から入ることが多いです。会話が弾んで、そこから診察に重要な情報を引き出せることもあります。医師は言葉を扱うプロフェッションであるべきです。学生の間はできるだけ時間を取って、「人間教育」を充実させてください。



参加者との記念撮影(医学書院屋上にて)



参加者からの寄せ書きを渡され(左)、「GO! GO! GO!」とガッツポーズで返す日野原先生(右)



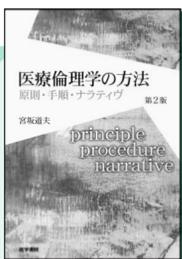
原則論・手順論・物語論から分析・検討する医療倫理学入門テキストの改訂版

## 医療倫理学の方法 第2版

原則・手順・ナラティブ

倫理的問題を原則論・手順論・物語論から系統だった方法により分析・検討する医療倫理学の入門テキストの改訂版。まず[総論]で医療倫理の歴史と方法論を学習。[各論]では死と喪失、性と生殖、個人の権利と公共の福祉、先端医療などといったテーマに分け、倫理的問題をどのように検討すべきかを具体的に考える。第2版では特に現代倫理学における主な理論の解説を追加し、研究倫理等の近年のトピックスを反映させた。

宮坂道夫  
新潟大学医学部保健学科准教授



B5 頁276 2011年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01213-3]

医学書院

病気の成り立ち理解のための究極の1冊! 項目数もさらに充実!

## 疾病論 第2版

人間が病気になるということ

人が病気になるとは? 単に病態生理をシエマを駆使し明快に解説するのみでなく、患者の日常風景を小説風に描写し病気の成り立ちを語る。初版で選んだ重要疾患47例にさらに11例を加え、取組項目と内容を充実。免疫学や癌の知識を豊富に盛り込み、急性冠症候群、IgA腎症、非アルコール性脂肪性肝疾患、脳腫瘍、MRSA肺炎、間質性肺炎など主流をなしつつある病像を的確にとらえ、日常的な観察のポイントを明確に提示する。

井上 泰  
東京厚生年金病院病理科部長



B5 頁376 2011年 定価3,360円(本体3,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01019-1]

医学書院

# 臨床医学航海術

第64回

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……。

## 英語力—外国語力④

田中和豊

済生会福岡総合病院臨床教育部部長

第62・63回は、英語学習の秘訣について考えた。今回、「英語力—外国語力」の最後として、関連するテーマでいくつか述べていきたい。

### 抄読会 (ショウドクカイ)

医師の勉強会に「抄読会」というものがある。一体「抄読会」とは何なのだろうか？ ちなみに「抄読」という言葉は、「広辞苑」には載っていない。そこで文字から意味を推測してみると、「抄」という字に「古典などの難解な語句を抜き出して注釈すること」という意味があるので、おそらく「抄読」とは「難解な語句を抜き出して注釈しながら読む」とこと考えられる。

では、実際の「抄読会」ではどんなことを行っているかというところ、各回の担当者が論文(通常は英語で書かれたもの)を紹介し、他の出席者はそれに基づいて議論をする。

担当者は、論文のタイトルや図表を一枚の紙に張り付け、全員に配布し、その論文の要旨を説明するのだが、中にはご丁寧にその論文を一字一句日本語に翻訳し、最初から最後まで読み上げる者がいる。だが、それを聞いても、「〇〇は、〇〇を〇〇したところのものであって、〇〇だ」と直訳調の言葉が続き、詰まるところ何を言っている

のかが全然わからない、ということが多い。

このような人は、「英文読解→日本語翻訳→内容の理解→日本語で議論」という思考回路でしか英語を理解できていない。つまり、日本語翻訳を通さなければ、内容の理解までには行きつけないのである。

しかし、本当に英語を理解しようと思ったら、この「日本語翻訳」の段階を省き、「英語読解→内容の理解→日本語で議論」という段階にまで到達しなければならない。だから、もし「抄読会」を英語の上達の機会として用いたいのであれば、論文全文を日本語に翻訳することは禁止すべきである。

### エスペラント語

エスペラント語とは、ポーランド系ユダヤ人眼科医ラザロ・ルドヴィコ・ザメンホフによって1887年に発表された人工言語である。ザメンホフ医師は、このエスペラント語という言語をラテン語から派生したロマンス語を基に、誰もが簡単に習得できるような文法を用いて、世界の人々が母国語以外でコミュニケーションするための第2言語として作り上げた。

習得が最も簡単な言語であるエスペラント語が世界中に普及すれば、理論的には、世界の人々とのコミュニケーションはもっと楽になるはずであった。

しかし、実際にはそのようなことは起こらなかった。筆者の幼少期、街角には「エスペラント語教室」と書かれた看板もあったが、現在ではほとんど見ることがなくなった。エスペラント語の学

会自体は現在も存続しているらしいが、筆者は実際にこの言語を使用する方を見たことがない。

エスペラント語が普及しない最大の理由には、人工言語であるエスペラント語には固有の「文化」がないからだとされている。人は外国の文化や生活に憧れ、その国の言語を学ぼうと思うものだ。例えば、あの小説を原語で読みたい、あの国の映画を原語で理解したい、そして、あの国で暮らしたいと思うように。このような欲求が原動力となって、人は難しい外国語でも一生懸命に学ぶ。ところが、エスペラント語にはその言語を学ぶ究極的な目標がないのである。

この人工言語エスペラント語に関連し、臨床医学の診療プロトコルを考えてみたい。現在、さまざまな書籍で診療プロトコルがフローチャートで示されるようになった。この診療プロトコルは、臨床医学の「文法」のようなものであるといえる。

ところが、これら診療プロトコルを見てみると、実際には役に立たないものも多い。「普段から患者を診ている人が作ったのだろうか?」「いろいろな本を寄せ集めて作っただけではないのか?」と思ってしまうようなプロトコルばかりだ。実際に臨床を行っている人が作ったものは、非常に実践的であり、それを見ると臨床現場での苦悩も伝わってくるものだ。

「人工的」に、書物だけから作られたような診療プロトコルは、臨床現場からかけ離れたものであり、エスペラント語と同様に絶対に普及はしないはずである。

### 外国コンプレックス

日本人はどうして外国語ができもしないのに、外国語を使いたがるのだろうか？ ちまたには英語があふれている。例えば、歌謡曲などの歌詞にも英語が頻用されている。だが、それらの歌詞の英語の中にはどんな意味なの

### 表. 人間としての基礎的技能

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

かがわからないものもある。

また、医師が使う代表的な外国語として、英語のほかにドイツ語がある。しかし、その中には和製ドイツ語も多い。ドイツ語ができないならば、わざわざ見栄でドイツ語を使わずに素直に英語か日本語で話せばよいものを……。

アパートやマンションの名前にはどうして横文字が多いのだろうか。例えば、「リバー・サイド」という名前のアパート。横に川がなければ、「なぜリバー・サイドなのか」と思ってしまう。マンションにもどうしてフランス語のような名前をつけるのだろうか？ イメージだけでも、フランス貴族のような華やかな印象を与えたいのだろうか？

テレビコマーシャルでも、日本人あるいは日本の製品が外国人から拍手されたりしている場面を使ったものが多い。このようなコマーシャルを見ると、「そんなに外国人(特に白人)から称賛されたいのか?」と思ってしまう。

そして、医学界もまた、多分にもれず外国の権威がお好きである。講演などの際に、ハーバード大など超一流大学出身の外国人医師を招待することが多い。確かに欧米諸国が医学の分野で先行しているのだから、これらの諸国を見習うことは非常に重要である。しかし、もう第2次世界大戦が終わり65年以上も経過したのだ。いつまでも外国コンプレックスを抱き続けていないで、外国が評価しようがしまいが、そろそろ日本独自の独立した医療文化を創造しようと思ってもよいのではなかろうか……？



イラストレーション:高野美奈

## MRIの基本 パワーテキスト 第3版

基礎理論から最新撮像法まで

MRI: The Basics, 3rd Edition

定評あるMRI原理のNo.1テキストが、さらにパワーアップ!

監訳 荒木力 山梨大学大学院医学工学総合研究部放射線医学教授

MRIの撮像原理を基礎から最新技術まで系統立てて解説し、初版以来、標準的テキストとしての地位を築いてきた書の7年ぶりの改訂、第3版。数式の使用を最低限に抑え、概念的な理解ができるように、図を多用して視覚的なわかりやすさを追求。適宜臨床画像を収載し、実際に即した解説がなされている。新たに「パラレルイメージング」、「心臓MRI」、「脳のMRスペクトロスコピー」の3章が追加され、さらに内容が充実した定番テキスト。



- 定価6,825円 (本体6,500円+税5%)
- B5 頁408 図335・写真235
- 2色刷 2011年
- ISBN978-4-89592-668-3



好評

## 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

監訳 陣崎雅弘 慶應義塾大学医学部放射線診断科准教授  
訳 百島祐貴 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94・写真178 4色刷 2010年
- ISBN978-4-89592-652-2

本連載第63回に、「英語を習得するために必要な時間などに関する研究はおそらくないであろう」と書いた。これについて、関根郁夫先生(国立がん研究センター中央病院呼吸器腫瘍科呼吸器内科)から下記の参考文献を頂戴したので、ここで紹介させていただきます。

この論文は、英語を勉強する上で指標となる数値をさまざまな文献から関根先生ご自身がまとめられたものである。この論文によると、「英語を支障なく使えるようになるまでの勉強時間: 4000時間、楽しくスラスラ読めるまでに必要な多読量: 100万語、日本人小学校低学年生がアメリカに移住して英語が(聞いて)わかるようになるまでの時間: 1000時間」(括弧内は筆者挿入)であるという。このような数値目標が具体的に示されていると、英語を学習する上で非常に効果的はならずである。

参考文献  
関根郁夫. 医師の英語—目的の設定と目標の数値化. 千葉医学. 2005; 81(2): 75-80.

「日本人の食事摂取基準」ほか各種疾患ガイドラインの最新版に準拠して大幅増補!

## 新臨床栄養学 増補版

好評いただいた、医師のための臨床栄養学のテキストの大幅増補。「日本人の食事摂取基準」および各種疾患ガイドライン、診断基準の最新版に準拠。精細な記述とともに最新情報をさらに充実、多方面の読者にアピールする画期的な教科書。

編集 岡田 正  
元 大阪大学名誉教授  
馬場忠雄  
滋賀医科大学学長  
山城雄一郎  
順天堂大学特任教授  
大学院プロバイオティクス研究講座

編集協力 雨海照祥・佐々木雅也  
宮田 剛・島田和典



研修生活2年目を迎え、あなたに任される診療範囲も広がってきた。少し自信がついてきたあなたのもとに次の患者のカルテが……。

## Case

55歳男性。吐血にて来院。肝硬変を指摘されている。血圧 100/80mmHg、脈拍数 130/分、呼吸数 24/分、SpO<sub>2</sub>95% (RA)、体温 36.5℃、心音純、肺音清。腹部圧痛なし、やや膨満。

血圧は問題ないし、輸液をしながら採血で貧血の程度をみよう、とあなたは考えた。

## Question

Q1 消化管出血の初療はどのように行うか？

A まずはABCの確認から開始する。

特に吐血が頻回で血行動態が不安定、もしくは気道の問題が生じている場合などには、早めの気道確保を考慮する。気道の確保が遅れ、緊急内視鏡検査中に気道確保を行わなければいけない事態になることは絶対に避けたい。

ABCの確認と同時進行で、酸素、IV(静脈確保)、モニターが必要である。大量輸血時は、内径の大きな末梢静脈によって短時間に血液を投与する必要があるため、静脈ルートは18ゲージ以上の留置針で2本確保しておくことが望ましい。特に消化管出血においては、2本のルートのうち1本を輸血に使用する。成人において「仰臥位の収縮期血圧が100mmHg未満で、起立により脈拍数が20-30/分増加」した場合、1L以上の出血を示唆する。

これらと同時に、胸痛・腹痛の有無、アルコール摂取量、NSAIDs服用の有無、既往歴(特に手術歴、過去の消化管出血の有無、肝硬変の有無)などを確認する。素早く診察を行い、腹膜刺激症状や腹部の膨満があるかを確認する。便の色は診療の補助になるが、絶対的な指標とはならない。上部消化管出血が疑われるが吐血の病歴がない場合などは、NGチューブを挿入して出血を確認することがある。チューブを入れることによって静脈瘤が裂けるとい議論は尽きないが、NGチューブによる静脈瘤の出血は少ないとの報告もある<sup>1)</sup>。

Q2 消化管出血において気を付けるべきことは何か？

A 本当に消化管出血なのかどうかを確認すること。

消化管出血の90%は消化性潰瘍、出血性びらん性胃炎、食道静脈瘤、胃静脈瘤、マロリーワイス症候群などから成る。コーヒー残渣様嘔吐がみられ、度重なる嘔吐の末にマロリーワイス症候群となったというケースもある。また、頭蓋内出血による脳圧亢進や腸閉塞などでもコーヒー残渣様嘔吐がみられる場合がある。ほかには、鼻出血、大動脈管瘻、脳動静脈奇形(AVM)、

# 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します。

志賀 隆  
Instructor, Harvard Medical School/ MGH 救急部

腫瘍、Boerhaave症候群(特発性食道破裂)などもまれではあるが考えられる。いずれの場合も、「消化管出血→安定化→止血」と思考を単純化し過ぎると、診断が誤っていたときに後戻りできない。本当に消化管出血なのかを確認することが不可欠である。

Q3 血便の色で、出血部位が上部消化管、下部消化管のいずれであるかを判別できるか？

A できる場合もある。

一般に、タール便は上部消化管出血を、海老茶色の血便(Hematochezia)や鮮血便は下部消化管出血を示唆する。多量の上部消化管出血はHematocheziaの11%を占めるという報告もある(Med Clin North Am. 1993[PMID:8371624])。

Q4 緊急内視鏡検査が必要なのはどのような患者か？

A 血行動態が不安定な患者。

血行動態が不安定な患者における緊急内視鏡検査の必要性は言うまでもない。①血行動態が不安定、②Hb 8g/dL未満、③白血球数1万2000/μL以上、という3つの要素のうち2つ以上該当する場合には、積極的な内視鏡検査を考慮する価値がある<sup>2)</sup>。必要であれば早めに気道を確保し、人手の多いICUで内視鏡検査を行う。また、肝硬変の患者も早めの内視鏡検査が不可欠である。内視鏡検査の際には、内径の大きなNGチューブにて凝固血を洗い流し、視野を確保することが望ましい。

Q5 薬剤治療の中心は？

A PPI(プロトンポンプ阻害薬)、抗菌薬、オクトレオチド。

H<sub>2</sub>ブロッカーは十二指腸潰瘍による出血にはほぼ効果がなく、胃潰瘍への効果も限られている(Aliment Pharmacol Ther. 2002 [PMID:12030956])。一方、PPIは費用対効果も証明されており、ランダム化比較試験にて臨床的効果

(内視鏡検査前の投与で内視鏡治療の必要性が減少)が証明されている<sup>3)</sup>。

上記に加え、肝硬変の患者では予防的抗菌薬投与によって出血に伴う感染や再出血のリスクが減少するという報告もあり、肝硬変の患者の消化管出血では頻回に投与される(Hepatology. 2004 [PMID:14999693])。さらに肝硬変の患者では、オクトレオチドの投与が出血のコントロール、再出血の減少、病院内死亡率の減少をもたらすと報告もある(Gut. 1997 [PMID:9391254])。

Q6 内視鏡治療が成功しない場合はどうするか？

A SBチューブあるいは外科的治療を考慮する。

血行動態が不安定な上部消化管出血の治療の第一選択は、内視鏡治療である。もし内視鏡的止血が難しい場合には、食道静脈瘤ではSBチューブ、そしてめったにないが、コントロールできない大量出血の場合には外科的治療も考慮されるべきである。

Q7 適切な治療・フォローアップを継続するために、どこに引き継げばよいか？

A 表1と表2を参照のこと。

吐血患者の多くは入院による内視鏡治療が必要であるが、低リスクの患者では必ずしも入院治療を必要としない(表1)。また入院患者のうち、どのような患者が血行動態が不安定になり緊急時の対応が必要となるかを、あらかじめ入院時に予想しておくことが望ましい(表2)。

●表1 外来フォローのできる患者を選択する際の基準(文献より)

- ・60歳未満である
- ・不安定な合併疾患がない
- ・門脈圧亢進や腹水が診察上疑われない
- ・血液凝固能が正常である
- ・収縮期血圧が100mmHgを超え、ER到着から1時間以内に起立性低血圧がみられない
- ・Hb 10g/dL以上である
- ・外来フォローが確実である

●表2 ICUにて治療を行うべき患者を選択する基準(文献より)

- ・胃洗浄で軽快しない継続的出血がある
- ・75歳以上である
- ・血液凝固能異常がみられる
- ・門脈圧亢進や腹水の所見がある
- ・Ht 20%未満である

## Disposition

来院時、吐血は収まっていたが、その後頻回に鮮血を嘔吐。血行動態も不安定となったため、アングロスマッチの輸血(註)の開始とともに気道確保を行った。ICUに入院となり緊急内視鏡治療が行われ、責任部位の静脈瘤にEVL(食道静脈瘤結紮術)による治療がなされた。

## Further reading

- 1) Crippin JS. Is tube feeding an option in patients with liver disease? Nutr Clin Pract. 2006; 21(3): 296-8.  
↑ NGチューブ肝硬変患者における安全性を議論した論文。
- 2) Adamopoulos AB, et al. Differentiation between patients with acute upper gastrointestinal bleeding who need early urgent upper gastrointestinal endoscopy and those who do not. A prospective study. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2003; 15(4): 381-7.  
↑ 内視鏡がすぐに必要な患者を予想するスコアを検証した論文。
- 3) Lau JY, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. N Engl J Med. 2007; 356(16): 1631-40.  
↑ PPIの効果をRCTにて検証した論文。

文献) Allan B. Wolfson, et al. Harwood-Nuss' clinical practice of emergency medicine. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

註) Rh(-)O型の血液が常備されていない医療機関では、緊急時に交差適合試験を行わずに簡易血液検査のみで輸血をしなければならない場合があり得る。

## Watch Out!

消化管出血という入電で来院する患者がすべて消化管出血であるとは限らない。神経系疾患や腸閉塞などの可能性もあるため、すぐに“Lock in”すべきではない。血行動態が不安定な患者の場合、内視鏡検査の前に、気道確保を早めに行うことも考えるべきである。一番避けたいのは、内視鏡検査中に大量吐血して心肺停止になること。仰臥位のみで血圧を測定すると大量出血を見逃すことがある。NGチューブを使用しなければわからない出血もある。しかし、NGチューブで洗浄した上で行った検査において陰性であっても、感度が十分でないため除外はできない。

好評泌尿器科手術アトラス第2集。「脳腫」を喚起するアドバンスな新刊!!

## イラストレイテッド泌尿器科手術<第2集>

脳腫で学ぶ手術の秘訣

著者のオリジナルイラストにより泌尿器科手術の全貌を、さらに見やすく、あらゆる症例にきめ細かく対応できるテクニックと考え方を提示。前書に引き続き、より幅広かつディープな術式を目前に展開してみせる。「脳腫」のコンセプトに根ざした、誰にでもわかりやすく記憶に残る手術イメージを提起。

加藤晴朗  
信州大学医学部附属病院 泌尿器科 講師



脳腫瘍の手術を、基本的知識からビジュアルで理解する。

## イラストレイテッド 脳腫瘍外科学

脳腫瘍の外科に必要とされる包括的知識のエッセンスを、豊富なカラーイラストを用いて解説した手術書。発生頻度や画像診断などの術前知識にはじまり、体位や器具の使い方といった基本的事項から各種腫瘍別の手術法まで、その要点を各々の分野のエキスパートがコンパクトにまとめた本書は、まさに「イラストで理解する脳腫瘍外科学」。脳腫瘍手術に携わるすべての脳神経外科医、必携!

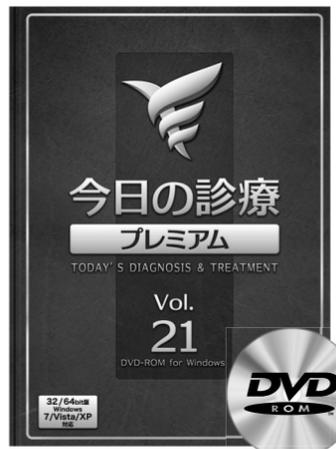
編集 河本圭司  
関西医科大学教授・脳神経外科学  
本郷一博  
信州大学教授・脳神経外科学  
栗栖 薫  
広島大学大学院教授・脳神経外科学



診断から治療・投薬まで、幅広い診療科目をカバーした国内最大級リファレンス。最新の研究成果に基づく最も効果的な治療法の情報を簡単に検索できます。

# 今日の診療 プレミアム Vol.21

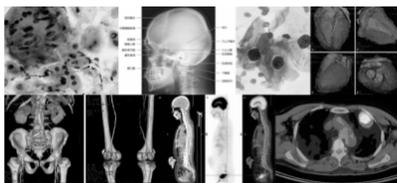
## DVD-ROM for Windows



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

### 1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

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



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

「今日の診療」に入力した検索語を使って、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」を検索できます。医学書院から発行されている全雑誌を対象に検索を行うことができます。  
※インターネット接続環境が必要です。また、全文の閲覧には別途料金がかかる場合がございます。

### 3 ハードディスクにデータを格納して使用できます

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



### 4 収録書籍4冊が更新されました

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

### 5 高機能リファレンスツールとして使いやすさを継承

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



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.21」もご用意しております

## 今日の診療 ベーシック Vol.21

### DVD-ROM for Windows

**DVD-ROM版 2011年**  
価格54,600円(本体52,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01357-4]

### 収録内容詳細 (★: Vol.21において改訂)

…プレミアム・ベーシックともに収録…

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

…プレミアムにのみ収録…

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

## IDATEN(日本感染症教育研究会)感染症セミナーの好評2冊

### 病院内/免疫不全関連感染症診療の考え方と進め方 IDATEN感染症セミナー

編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会

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

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



### 市中感染症診療の考え方と進め方 IDATEN感染症セミナー

編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会

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

日常診療で誰もが遭遇する市中感染症。医師は目の前の患者をどう診断し、治療していったらよいのか? 感染症診療の新时代を拓くIDATEN(日本感染症教育研究会)講師陣が、そのプロセスをわかりやすく解説する。相互レビューによって吟味された1つひとつの項目に、「市中感染症診療のスタンダード」が示されている。

## 知らないこと、議論の余地のあることを僕らはもっと語るべきだ。

### 感染症のコントラバシー

臨床上のリアルな問題の多くは即答できない

著 Fong, I.W. / 監訳 岩田健太郎

わが国の感染症関係の教科書はほとんどが「答え」を提供するものだが、実は感染症の世界には多くの問題、謎、未解決領域が存在する。本書はこれら controversial な問題をテーマに、それぞれの読者に対して「自分はこれから何を考えなくてはならないのか」と問いかける一歩進んだ書籍。答えを教えるだけの教科書がもたれなくなったら、最初に手に取りたい1冊。

●A5 頁504 2011年 定価5,775円(本体5,500円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01182-2]



## 感染症への標準的アプローチが専門外の医師にも理解できる

### 感染症ケースファイル

ここまで活かせる グラム染色・血液培養

監修 喜舎場朝和・遠藤和郎 / 執筆 谷口智宏

本書は以下の5点の特徴がある。①著者自身の経験症例の詳細な情報と豊富な写真、② case conference 方式により、知らぬ間にプレゼン法が身につく、③リアリティのある塗抹標本、④どんな施設でも活用できる「適正使用の5原則」を遵守した抗菌薬の選択、⑤市中病院での抗菌薬の感受性表と、適正使用のDOs & DON'Ts の提示。本書は専門医のいない市中病院で、感染性疾患を当たり前にかつ楽しく診療することを伝えている。

●B5 頁272 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01101-3]



## 圧倒的情報量で“考える検査”を強力サポート

TEST SELECTION AND INTERPRETATION

# 臨床検査データブック

## LAB DATA 2011-2012

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

No.1  
検査値判読  
マニュアル



### 本書の特徴

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

●B6 頁1074 2011年  
定価5,040円(本体4,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01175-4]



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

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

# REAL HOSPITALIST

石山貴章

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

## Vol.5 「本物」の条件

How was that Code Blue? What's going on?  
(さっきのコードブルー。どうだった?)  
That hospitalist! It is his patient, again.  
He is in septic shock. He did nothing for the patient.  
(例のホスピタリスト。また彼の患者よ。敗血症性ショック。何にも管理してなかったの。)

私がまだレジデントだったころの、ICUでのエピソードである。当時うちの病院でもまだ、ホスピタリストは玉石混淆、といった状態であった。ホスピタリストという言葉が紹介されて当時まだ約10年、その役割自体がまだまだ手探りであり、全米どここの病院においてもある程度、そのような状態だったのではないだろうか。

ただ中でも一人、どうしようもないホスピタリストが存在した。患者管理はサブスペシャリティに丸投げ。責任感はない。ドクターズフィーを稼ぐた

め、患者の数をとることにはご熱心で、そのくせ、午後2時ごろには病院を離れてしまう。そして、ナースからの呼び出しには応じない。患者管理のクオリティーが、これで高かろうはずもない。当時のわれわれレジデントから見ても、信じられない管理をしていることがままあった。結果として冒頭で挙げたようなCode Blue(患者の状態が悪化し、担当チームに招集がかかった状態)を、文字通り連発していた。わが師匠であるDr. Vaidyanは、このような似非(えせ)ホスピタリストがごく普通に働いている状況を打破すべく、内科のディレクターによって引き抜かれてきたのである。

当然のことだが、ホスピタリストにもピンからキリまである。私の目標とするものは本連載名の通り、「本物のホスピタリスト」である。いっぽう、「本物」とはとも呼べないホスピタリストも、残念ながら存在する。以下、その特徴を挙げてみたい。

単なるゲートキーパー。プロフェッショナルとしての自覚がなく、通り一遍のことしかしない。マニュアル通りにしか医療行為を行わない。患者診療に対する意欲がない。Careerではなく、Jobとしてしか自分の仕事をとらえて

いない、等々。こういう「似非ホスピタリスト(Fake Hospitalist)」が多いのも、また事実である。残念なことだ。

表面上で、このような「似非」ホスピタリストと「本物の」ホスピタリストとを見分けることは、難しい。行っていることを評価するためには、評価する側にも一定の医学知識が必要なためだ。もっとも長い期間を経れば、その違いは次第に明らかになってくる。最初に紹介したホスピタリストなどは、その最悪のケースだろう。

では、「本物のホスピタリスト」の条件は何だろう。これは、簡単には語り尽くせない。きめが細かく、しかも素早い病歴聴取の技術。正確な身体所見の獲得。幅広い知識に裏付けされた臨床判断。優れた人間性とリーダーシップ。コミュニケーションスキル。フレキシブルでありながら、肝心のところでは決して妥協しないバランス感覚。これらはしかし、必要条件ではあるが、十分条件ではない気がする。この疑問をさらに深く掘り下げるために、私はこの連載を始めたと言ってもいい。

ただ明らかなことは、「患者中心の医療」と「患者を一番に考えるプロフェッショナルリズム」、このふたつが必須の条件だということだ。これは「良い医師」としての普遍的な条件でもある。そして、つまるところホスピタリストの価値は、「医師としての普遍的な仕事を、どれだけ情熱を持って行えるか」にあると言える。そのためには、「自分がどれだけ高い志を持っているか」、そして「どのような医師でありたいか」が重要なのだと思う。

He is leaving this hospital, I heard.  
(彼、この病院やめるらしいわよ。)  
Finally!!  
(ああ、とうとう。)

わが師匠が病院に来て以来、その改革はゆっく

りと、しかし十分にドラスティックに行われた。コメディカルとわれわれレジデントに教育を行いつつ、自分が理想とする患者管理を行える、医療チームの構築に努めていった。また、「これは」と思える若手ドクターを引き抜き、理想のホスピタリストチームを徐々に作り上げた。似非ホスピタリストが辞めざるを得ない環境を作るため、いわば外堀から埋めていったのである。そして、それを私は一番身近で見続けることができた。幸運だったと言っている。

現在、彼のチームは文字通り、この病院の患者管理の中核を担っている。そのメンバーの半数は、私同様レジデント時代に彼の薫陶を受けた者たちである。そのメンバーの一員であることに誇りを持って、そういう環境で働けることは幸運だと、いま心から思う。

### Real Hospitalist 虎の巻

#### 「本物のホスピタリスト」に必要な資質とは?

幅広い知識に裏付けされた臨床判断、優れた人間性とリーダーシップ、コミュニケーションスキル、そしてバランス感覚。単なるゲートキーパーではない、総合内科医としての患者中心の医療と、プロフェッショナルリズム。

It's Toyota's Kaizen Methods.  
(トヨタのカイゼン方式だよ。)

わが師匠の、当時の口癖である。彼がどのようにしてカイゼンを成し遂げていったのか。これはまた稿を新たに紹介したい。ただ、その改革を成し遂げた一番の要因は、次代を担う学生、若手レジデント、そしてコメディカルへの十分な、しかも熱意に満ちた教育にあった。そしてこの教育、教師としての姿勢もまた、ホスピタリストに求められる重要な役割のひとつなのである。

今回は、この教育に焦点を当ててみたいと思う。



セントルイス紹介 Photo シリーズ第一弾、ゲートウェイ・アーチ。セントルイスと言えばまずこれ。シンプルかつ美しいデザイン、そしてその大きさは、見る者を魅了する。個人的には、セントルイスのみならず、全米をも代表するモニュメントだと思う。



セントルイスのダウンタウン。中央に見えるのは、旧裁判所。こちらが、セントルイスの代表的建築物のひとつ。ゲートウェイ・アーチと並び、この街のランドマーク的存在である。

# 5 medicina

内科臨床誌メディチーナ

Vol.48 No.5

今月の主題

## 脂質異常症

### 動脈硬化症を予防するためのStrategy

動脈硬化症を予防するために、どの程度の脂質異常から介入を始め、どこまで異常値を改善させるのか。この問いの答えはエビデンスをどう捉えるかによって変わる。脂質異常症の診断・治療の実際はもちろん、現在までの予防試験の結果を踏まえ、将来のガイドライン改訂を視野に入れ、動脈硬化性疾患予防ガイドラインを適切に診療へ生かすための1冊。

#### INDEX

- I. 動脈硬化症と脂質異常症の理解のために
- II. 動脈硬化症の非観血的診断法
- III. 現在までに明らかにされたエビデンス
- IV. ガイドラインをめぐって
- V. 脂質異常症の治療
- VI. 座談会「動脈硬化症を予防するうえでの脂質異常症治療の重要性」

●1部定価 2,520円(税込)

▶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)

#### 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
- 目でみるトレーニング
- 呼吸器科×アレルギー・膠原病科 合同カンファレンス
- 今日の処方と明日の医学
- 医事法の扉 内科編
- Festina lente

▶来月の主題(Vol.48 No.6)  
睡眠呼吸障害の克服  
—内科医が知っておきたい  
病態・症状・関連疾患

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



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



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

プライマリ・ケア/総合診療のための「JIM」

# JIM

Journal of Integrated Medicine

Vol.21 No.5

## 特集 症状別副作用逆引き事典

近年は多くの新薬が登場し、薬剤の副作用のプロフィールも変わってきていますが、日常診療における薬剤の副作用への対応の重要性は変わっていません。2005(平成17)年度から厚生労働省も「重篤副作用疾患別対応マニュアル」を発刊し、60を超えるマニュアルがウェブで公開されています。しかしながら、プライマリ・ケアの領域では疾患名から副作用を考えるとより、症状から副作用を見極めていくことが要求されます。そこで本特集では、「症状別副作用逆引き事典」と題し、疾患別ではなく、症状から副作用を想起しうる薬剤についてまとめてみました。

#### INDEX

- 【全身症状】 発熱(薬剤熱)、アナフィラキシー ..... 林 幹雄・前野哲博
- 【精神】 不眠、不安、抑うつ、認知症状 ..... 黒木俊秀
- 【神経】 薬剤副作用を疑う神経系症候 ..... 尾方克久
- 【消化器】 黄疸、吐血・下血、嘔気、嘔吐、食欲不振、胸やけ、便秘異常、腹痛、肛門・会陰部痛 ..... 正田良介
- 【内分泌】 体重減少、うい瘦、体重増加、肥満、浮腫、多尿、脂質異常症、高血糖、低血糖、骨粗鬆症 ..... 湯野暁子・島津 章
- 【皮膚】 重症薬疹 ..... 尾本陽一・水谷 仁
- 【循環器】 胸痛、動悸、頻脈、失神、意識消失、高血圧 ..... 長谷川浩二
- 【眼科】 眼の痛みを伴わない視力障害や視野障害、痛みを伴う視力障害、眼の充血 ..... 村上 晶
- 【耳鼻科】 咽頭浮腫、めまいと難聴、鼻出血、鼻閉、鼻漏、嘔声、誤嚥 ..... 角田晃一・進藤彰人・松崎佐栄子
- 【呼吸器】 アスピリン喘息、胸水貯留、薬剤性肺傷害、肺水腫、肺胞出血 ..... 西村直樹
- 【整形外科】 関節痛、腰部痛、筋肉痛 ..... 白井 宏
- 【泌尿器】 排尿障害、肉眼的血尿 ..... 倉澤剛太郎

●1部定価 2,310円(税込)

▶来月の特集(Vol.21 No.6) すべては地域医療に

## 年間購読 受付中!

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

2011年 年間購読料(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



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13回

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

# 大規模災害時に役に立つ心電図の知識

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

前回に引き続き「ST上昇」の稿を重ねる予定でしたが、東日本大震災の発生を受け内容を一部変更したいと思います。どうかご了承ください。

## 循環器疾患と大規模災害

まず、大規模災害と循環器疾患の関連について考えてみたいと思います。マスコミにも再三取り上げられていますが、災害時にはその現場でも周囲でも、①不整脈、②急性心不全、そして③肺血栓塞栓症(PE)の危険性が高まります(災害直後ではなく、だいたい数日後から1週間後が発症のピークです)。その原因はこれまで漠然と「ストレスやパニック」とされてきましたが、もう少し細かく見ていきましょう。

### 1. 不整脈について

大災害時の不整脈の発生は、植込み型除細動器(ICD)の普及によって大きく理解が深まりました。ICDは普段からプールの監視員のように心臓の電気活動に目を光らせていて、心室頻拍(VT)や心室細動(VF)といった危険な不整脈を検出したときに除細動をかけます。その活動記録は、専用の器械(インテロゲーター)を使って磁気通信を通じて取り出すことができます(図1)。

2001年の9.11事件、そしてその後の数回の世界的大震災の際のデータから、そうした大災害の3日後から1か月後くらいまでの期間、ICDの作動は約3倍に上昇することがわかりました。特筆すべきは、そのリスクは災害地から何千キロも離れたところでも同じということです。例えば、9.11事件の際にはフロリダ州でもICDの作動率が上昇しました。テレビなどの報道が、患者さんに与える影響は尋常ではないことが推し量れます(文献1)。

こうした事態にどのように対応すべきなのか、確固たる治療法は現在まだ確立されていませんが、不安症状が強ければ積極的に抗不安薬を処方するこ

となどが推奨されています。

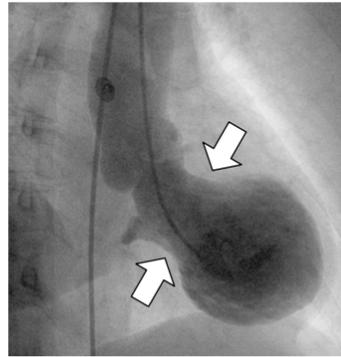
### 2. 心不全について

心不全は、単に心臓がサボって拍出される血液の量が足りなくなるということではありません。いくら心臓が頑張っている、その先の血管の抵抗(血圧)が高くてはなかなか血液を運び出せません(最近はこちらの「圧の問題」が「量の問題」よりも心不全の発症には影響が大きいのではないかと考えられています)。この血管の緊張を支配しているのは自律神経であり、そのバランスがおかしくなると血管抵抗が高くなり、心臓にあまり予備能がない人は心不全発作を起こしやすくなります。

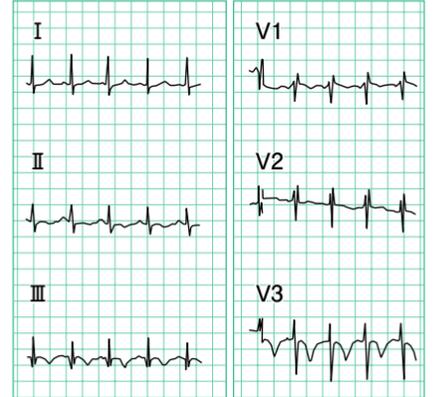
この究極的な表現型がタコツボ心筋症と呼ばれる特殊な形態の心筋障害です(文献2)。災害や身内の不幸などで極端に自律神経のバランスが崩れ、内因性的カテコラミンが上昇し、その受容体が多く分布する左室心尖部がオーバーフローを起こして局所的な心臓麻痺を起こします(アナフィラキシー時のエピネフリン、また喘息時のβ刺激薬の過量投与でも同じことが起きます)。このときに心基部は動き続けるので(図2矢印部分)、ちょうど左室の造影所見がタコツボのように見えます。タコツボ心筋症はやはり災害時に多く発生が認められ、不整脈と同じく突然死と関連しているのではないかと考えられています。

さて、タコツボ心筋症では心電図が大きく変化することが知られています。具体的には、発症時に前壁を反映する誘導(V1-4)にST上昇のパターンがみられ、その後の数日間でT波が陰転化し、そして次第に正常化します。発症時は症状も劇的であるため(胸痛や心不全症状を訴える)、STEMIとの鑑別が非常に難しいところですが、ここでもやはり鏡像変化の有無が役に立ちます(前回、2923号参照)。すなわち、STEMIではV1-4の反対側のII-III-aVF誘導に鏡像変化が認められますが、タコツボ心筋症では鏡像変化はありません。

むしろ、II-III-aVF誘導でもST上昇が認められるようなケースが半数以上を占めます。どうしてもSTEMIが除外できないケースでは冠動脈造影を行います。このような心電図所見の



●図2 タコツボ心筋症のX線像



●図3 典型的なPEの心電図所見  
左: S1Q3パターン。右室負荷が読み取れる。右: 右側胸部誘導。PEでT波は陰転化する。

豆知識も迷った際には参考にしてください。タコツボ心筋症は経過観察のみで回復することが多い疾患です。

### 3. PEについて

避難所であまり動かず深部静脈血栓症(DVT)となり、それがPE(いわゆるエコノミークラス症候群)をもたらすパターンが指摘されています。筆者が今回の被災地で診療に当たった際にも、椅子の上でずっと寝ていたために両側のDVTを来し、足が蜂窩織炎のようになった90歳くらいの女性の方がいらっしゃいました。こうした状況は米国のホームレスでは見かけたことがありましたが(寒くて車椅子から動かない)、日本では初めてでした。

そのPEの心電図所見では、いわゆるS1Q3の右室負荷パターン(図3左)が有名ですが、みかける頻度は30%以下です。しかも重症度とはあまり相関しません。実は、それよりも右側胸部誘導(V1-3)のT波の変化のほうが予後をよく反映します(図3右)。しかし残念ながら、いずれも頻繁にみかける所見ではありません。

最もよくみかけるPEの心電図所見は、「洞性頻脈のみ」ですが、これだけではあまり鑑別に役立ちません。決定的な所見がないところがPEという疾患の難しい部分だと思えますが、最近ではD-dimerの使い方もわかってきましたし(低リスクの症例の除外はD-dimerで十分)、肺動脈CTという強力な画像診断装置も登場しましたので(中リスク以上の症例の診断に有効)、随分マシになってきたと思います。

## 被災地で本当に役に立つことは?

さて、今回筆者は震災直後に東京都と大学の厚意によって東北の避難所の診療チームに加えていただきました。検査も治療薬も限られている状況で数日間医療を行い、心電図よりも何よりもただ単純に系統的な身体所見を取っていくスキルがいかに大事かを痛感し

ました。ほかにも丁寧にバイタルを診たり、重症の方を転送する手配をしたり、イソジンでトイレをキレイにすることの優先度が高くなりました。逆説的ですが、予防、問診、所見という基礎をおろそかにせず、検査は補助的に使い分けることが大事だということを強調させていただきます。ちなみに、活動期間中心電図をとったのは、心房細動の確認をAEDで行ったときだけでした。

今回は駆け足で災害のストレスにまつわる循環器疾患とその心電図所見を見てきました。後半は、心電図の連載としては身も蓋もない話になってしまいましたが、何はともあれ本稿が発行されるころには、状況が少しでも良くなっていることを祈ってやみません。

## POINT

- テレビなどの影響で、災害の遠隔地でも不整脈の発生は増加する。
- タコツボ心筋症やPEの発症も増える。
- 非常時は、原則に即した地道な診断・治療、そして予防の実施が大事。

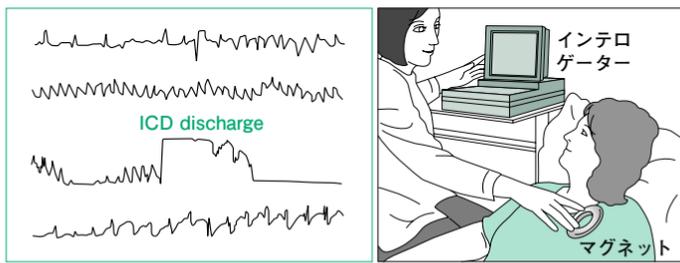
### 参考文献

1) Shedd OL, et al. The World Trade Center attack : increased frequency of defibrillator shocks for ventricular arrhythmias in patients living remotely from New York City. J Am Coll Cardiol. 2004 ; 44(6) : 1265-7.

2) Watanabe H, et al. Impact of earthquakes on Takotsubo cardiomyopathy. JAMA. 2005 ; 294(3) : 305-7.

### 訂正とお詫び

本連載第12回(2923号10面)の図1「急性下壁梗塞の心電図」の図説に次の誤りがありました。  
誤) II/III/aVFのST上昇とV1-4の鏡像変化によるST低下の割合は、……  
正) V1-4のST上昇とII/III/aVFの鏡像変化によるST低下の割合は、……  
以上、訂正してお詫び申し上げます。  
(「週刊医学界新聞」編集室)



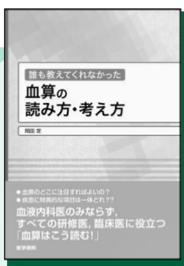
●図1 ICDの作動の様子  
左: 洞整脈からPVCを契機にVTへ移行、数秒後にICDが作動(ICD discharge)と書かれた部分として洞整脈に戻っている。  
右: マグネットを患者の胸に当て、インテロゲーターでICDの作動記録を取り出す。

血算のどこに注目して読めばよいか、本当にわかっていますか?

## 誰も教えてくれなかった 血算の読み方・考え方

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

岡田 定 聖路加国際病院・内科統括部長・血液内科部長



消化管造影検査に欠かせない実地書

## 消化管造影ベスト・テクニック 第2版

消化管造影検査の手法を習得するための基本的事項を簡潔に、かつ必要十分の情報でまとめあげている。コンパクトさと読みやすさを備えつつ、さらに著者の経験を踏まえた的を射た解説は、消化管造影の「基本」を学ぶには最適。また、既に検査に関わっている医師・技師には、気になる点の再確認などに活用できる。まさに使い勝手のよい1冊といえよう。

齋田幸久 聖路加国際病院・放射線科部長  
角田博子 聖路加国際病院・放射線科医長



## 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。

第  
**26**  
回  
最終回

# 論文の記載と解釈における見識と矜持——SPINとRELY試験からの考察

本連載も残念ながら最終回を迎えました。臨床試験とは、背景、病態の多様な患者を対象とし、研究デザインを工夫してバイアスやランダムエラーを最小限にしつつ、いわば確率論的な見地から正答を見いだそうとする研究手法です。したがって、これまで本連載で述べてきたような弱点はたくさんあります。しかし、薬効はランダム化比較試験(RCT)の結果に基づいて厳密に評価される必要があるなど、臨床試験で解決しなければならない診療上の問題はまだまだ多いのです。完璧にデザインされた研究を実施することは不可能であることを踏まえ、トレードオフを重ねる必要はありますが、真実に近付くためには今後も不可欠な研究手法だと思えます。

## RCTにおけるSPIN

臨床試験の最も重要な部分はまず sensible な Clinical Question であり、それに基づいた研究仮説を適切なデザインで検証することになります。そして、研究結果でその仮説が証明されたのか、そうではないのかが明瞭に記載されなければなりません。ところが、これが必ずしも適切に行われていないことが最近報告されています。特に最も重要な一次エンドポイントに有意差がみられなかった論文において、適切でない記述 (SPIN) が多いのです(註)。

表は、2006年12月に発表され、2007年3月までに PubMed に掲載された RCT のうち、一次エンドポイントで統計学的有意差が認められなかった(優越性試験で試験治療が対照治療よりも優れているという結果が得られなかった) 研究の論文において、結果、考察、結論が適切に結果を反映しているかどうかを調査した結果です<sup>1)</sup>。要約すると、①二次エンドポイントで差が生じたことを強調する、②あるサブグループ解析に限って一次エンドポイントで差が生じたことを強調、あるいは差がないことをいつの間にか効果が同等だとすり替える、③群間比較なのに治療群の前後比較で効果を主張する、④危険性について言及していない、などが頻繁に認められるのです。

最近の動脈硬化性疾患をめぐる臨床試験では、心筋梗塞や脳卒中、死亡などははっきりしたエンドポイント(これらが一次エンドポイントとなることが多い)で差がつきにくいいため、二次エンドポイントやサブグループ解析の結果を強調するなど、焦点のすり替えも行われているようです。やはり Research Question は客

●表 一次エンドポイントに有意差が認められなかった臨床試験論文における SPIN (文献1より改変)

	抄録中	本文中
●「結果」での SPIN	27 (37.5%)	21 (29.2%)
・群間ではなく群内(前後など)を強調	8 (11.1)	10 (13.9)
・有意差の生じた二次エンドポイントを強調	3 (4.2)	0
・サブグループ解析で有意差が生じた項目を強調	6 (8.3)	4 (5.6)
・有意差のある別の集団を設定して記載	1 (1.4)	1 (1.4)
●「考察」での SPIN	0	31 (43.1)
・優越性試験であるのに同等性試験のごとく記載	0	6 (8.3)
・有意差の生じた二次エンドポイントを強調	0	3 (4.2)
・サブグループ解析で有意差が生じた項目を強調	0	4 (5.6)
・前後比較での改善など群内比較の結果を強調	0	9 (12.5)
●「結論」での SPIN	42 (58.3)	36 (50.0)
・優越性試験であるのに同等性を強調	10 (13.9)	6 (8.3)
・一次エンドポイント以外で有意差が出た結果を強調	6 (8.3)	4 (5.6)

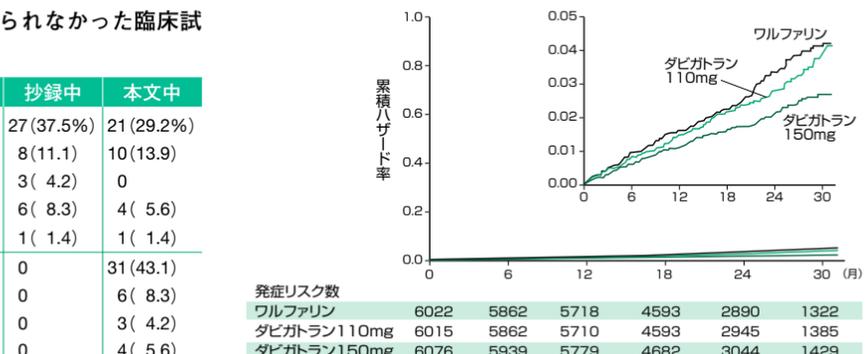
観性の高い一次エンドポイントに反映されますし、研究計画はそこをはっきり評価するために作成されていますから、結果を明確に記載し、解釈し考察すべきですね。

二次エンドポイントの結果はある意味で探索的なもので、強調することで読者をミスリードする危険性があります。また、一次エンドポイントで治療効果が証明されなかったときにたまたま有意差が生じたサブグループ解析の結果の強調は、以前お話ししたように意味のないものです。特に製薬会社が資金提供している研究には注意が必要です。論文を読む際には、一次エンドポイントの結果のみを読んで差がなければ、どちらの治療法でも大差はないと考えていいと思います。考察の部分は読まないほうが賢明かもしれません。最近では大きな学会で臨床試験の結果が報告されると、ネット配信などで提灯持ちのような記事が掲載されることがあります。たいてい「一次エンドポイントでは差がなかったが、XXでは差があった」などと記載されています。まさに SPIN の記事ですね。

## 薬剤承認時の試験結果の解釈

研究結果の解釈を最も厳密に行わなければならないのは、薬剤の承認申請時の審査だと思えます。非弁膜症の心房細動を有する患者を対象にトロンビン阻害薬であるダビガトラン(110 mg × 2/日または 150 mg × 2/日)をワルファリンと比較した RELY 試験(第3相の治験に当たり、もともと非劣性試験)を読んでみましょう<sup>2)</sup>。

図に示すように、一次エンドポイントである脳卒中および全身性塞栓症発生は、ダビガトラン 110 mg × 2/日(以下、110 mg)群とワルファリン群では差がなく、150 mg × 2/日(以下、150 mg)群ではワルファリンより少ないという結果が出



●図 RELY 試験における一次エンドポイント(脳卒中および全身性塞栓症)の累積ハザード率(文献2より改変)

イベント発生は、ダビガトラン 110 mg × 2/日群ではワルファリン群と同等、150 mg × 2/日群ではワルファリン群よりも少ない。

した。また、安全性エンドポイントの大出血リスクは、110 mg 群でワルファリンよりも有意に少なく、150 mg 群では同等でした。この結果、両用量で非劣性が証明され、150 mg では脳卒中、塞栓症の予防に関してワルファリンよりも優れている可能性が示唆されています。では、ダビガトランはワルファリンよりも優れていると言えるのか(すなわちすべてのワルファリン服用患者をダビガトランに変更すべきか)、そしてダビガトランの用量としてどちらを承認すべきか(あるいは両方を承認すべきか)、という2つの問題について考えてみましょう。

まず、ワルファリンに対するダビガトランの優越性は、一見 150 mg で証明されているように見えます。しかし RELY 試験では、ワルファリンの用量調節が必ずしも成功しているとは言えません。というのは、抗凝固能の指標である INR が治療域に達していた期間は 64% に過ぎないからです。論文には記載されていませんが、FDA(米国食品医薬品局)で公開されている資料では、用量調節が適切な(INR が治療域にある)患者では、「脳卒中、全身性塞栓症、大出血のいずれのリスクもワルファリン群とダビガトラン 150 mg 群では差がない」とされています。

確かに、ITT 解析で現実のワルファリン使用患者のアウトカムを評価するという意味では INR が治療域にない患者は存在するわけですから、集団としてのアウトカムはダビガトラン 150 mg のほうが優れていると言えます。しかし、個々の患者を診療する立場になると、ワルファリンでうまくコントロールできている患者までダビガトランに変更しなければならないような優越性はなかったと言えるのではないのでしょうか。食物や薬物相互作用に関する注意喚起が必要なワルファリンは煩雑と感じられるかもしれませんが、一

方で安価、薬効のモニタリングが可能、というメリットもあります。

次にダビガトランの用量の問題ですが、米国では「150 mg × 2/日」のみ承認されています。「110 mg × 2/日」はなぜ承認されなかったのでしょうか? この件に関しては FDA の Reviewer の間でも意見が分かれたようです。決め手になったのは、110 mg は 150 mg と比較して明らかに脳卒中、塞栓症リスク低下に関して効果が劣るということだと思います。ここがまさにダビガトランをめぐる臨床試験や治療の問題点です。すなわちダビガトランはワルファリンと異なり、INR のようなマーカーがないため、集団としての 150 mg 群と 110 mg 群のアウトカムを基に用量設定をしなければならないのです。たとえ 110 mg で治療域になる患者がいても同定は困難です。日本では低用量も承認されていますが、用法・用量に記載されているような「1回 150 mg を 1日2回経口投与する。必要に応じて、1回 110 mg を 1日2回投与へ減量」という用量調節を何を指標に行うのか、RELY 試験の結果からは読み取れません。INR の定期的なモニタリングと、それに応じた用量調節を必要としないことがダビガトランのメリットであると強調されていますが、それは集団の論理であり、個々の患者における治療ではむしろデメリットになることを、臨床医は忘れるべきではないと思います。

註: SPIN とは、結果を適切に反映せず、情報を都合のいいように解釈して記載することを指す。

## 参考文献

- 1) Boutron I, et al. Reporting and interpretation of randomized controlled trials with statistically nonsignificant results for primary outcomes. JAMA. 2010; 303(20): 2058-64.
- 2) Connolly SJ, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2009; 361(12): 1139-51.

漢方処方考え方がみえる!

## はじめての漢方診療 症例演習

『はじめての漢方診療十五話』『はじめての漢方診療ノート』に続く、好評シリーズ第3弾。漢方処方の考え方と症例の経過をこれほど詳しく解説した漢方書籍は「はじめて」です。演習形式も漢方の領域で「はじめて」になります(本のジャケットで答えを隠してお読みください)。

監修 三浦忠道  
株式会社麻生 販経病院東洋医学センター所長  
編集 貝沼茂三郎  
九州大学病院総合診療科診療講師  
編集協力 宮坂史路  
医療法人 麗仁会 聖ヶ丘病院漢方内科医師



めぐるしい現場レベルでの変化をフォロー。医療福祉サービス一覧の2011年度版

## 医療福祉総合ガイドブック 2011年度版

医療・福祉サービスの社会資源を、利用者の視点で一覧できるガイドブックの2011年度版。法律や省令レベルでの制度枠組みの解説にとどまらず、通知レベルの最新情報を従来通りフォロー。2009年秋の政権交代以降めぐるしい医療・福祉現場における変化を反映。毎年の内容見直しに加え、配列の変更や相互参照の充実を図り、利用者からの相談により素早く、確実に対応できるよう配慮した。保健・医療・福祉関係者必携の1冊。

編集 NPO法人  
日本医療ソーシャルワーク研究会  
編集代表 村上須賀子  
兵庫大学教授  
佐々木哲二郎  
広島国際学院大学教授  
NPO法人 ウイングかべ  
奥村晴彦  
大阪社会医療センター付属病院



# 日本の医学教育

ノエル先生と考える

第14回

## ワーク・ライフ・バランス(2)

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



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

本連載では、各国の医学教育に造詣が深く、また日本の医学教育のさまざまな問題について関心を持たれているゴードン・ノエル先生と、マクロの問題からミクロの問題まで、医学教育にまつわるさまざまな課題を取り上げていきます。

前回のあらすじ：これまで医師の労働環境が議論に上ることが、ほとんどなかった日本。研修医がまさに病院住み込みの「レジデント」として長時間働き続けていたかつての労働環境を、大滝氏、松村氏が自身の経験から振り返った。

**ノエル** 日本では2004年から新臨床研修制度が開始されましたが、新制度下での医師の働き方についてお聞きします。研修医は現在でも病院や診療所で極力長い時間を過ごしているのでしょうか、あるいは、医業以外に時間を使うことが奨励されているのでしょうか。

### 現在の研修医の労働環境は？

**松村** 新臨床研修制度では研修中のアルバイトは禁止され、研修に専念できる賃金が支給されるようになったと聞いています。新制度の功罪には議論がありますが、この一点は評価できると私は思います。ただ、今でも患者さんが急変したり、状態が悪くなったりすると、若手医師は主治医として夜遅くまで働くのが普通です。また、当直の翌日が休日となる施設は少数派で、他の職種では行われている作業時間管理も、以前とあまり変わらずほとんど行われていないのではないのでしょうか。

**大滝** 2007年5月14日付の朝日新聞によれば、研修医の時間外労働は1か月当たり平均73.3時間で、40.5%では月80時間を超過していたそうです。私が研修医だったころと比べると労働時間は減ったのかもしれませんが、一般的な基準からみればまだまだ多い数字だと思います。医師の中でも研修医は自己学習する時間が多いので、それらをどこまで労働時間とみなすのか線引きが難しい面もあります。

**ノエル** どこまでが労働時間か、すなわち診療以外の時間に研修医がどう過ごしているかを知ることは困難です。

それでもやはり、規制が可能なのは研修医が病院で過ごす時間のみです。米国では、研修医の労働時間には「週

平均80時間以内かつ連続勤務24時間以内、週1回は24時間以上の連続した休暇をとること」などの規制が研修病院に課され、この制限を超過する研修プログラムは研修を管理しているACGME(卒後医学教育認可評議会)によって閉鎖に追い込まれます。しかし、研修医が自宅で過ごす間に何をしているかは問いません。運動をするのか、楽器を演奏するのか、あるいは医学書を読むのか。その部分に関しては彼ら次第です。

### 男女とも、労働への意識が変化してきた

**松村** 初期研修修了後は、選んだ進路(診療科)によって労働環境に大きな差があります。以前の「女性医師の問題」でも話題になりましたが、やはり生活を犠牲にする傾向が多い診療科を、女性医師はやむを得ず敬遠しているように思います。また最近の若い人は、性別にかかわらず自分のライフスタイルを重視する人が増えてきている印象を受けます。

**ノエル** その点は欧米も同じです。というのは、性別による「差」を作ること認められないため、男女でスケジュールを変えることはできないからです。夫婦の労働時間が等しい場合、妻は夫にも子どもの面倒を見ることを要求します。それは私の世代ではまれなことでしたが、現在ではどこでも見られることです。米国では7割近い女性が仕事をしていますから、医療の分野に限らずどの職業でも家事育児の分担を夫婦で行っています。ここまでするのに長時間を要しましたが、米国では男女とも仕事と家庭のバランスのとれた生活を求めるよう意識が変わったのです。

**松村** 日本でも、「ワーク・ライフ・バランス」という考え方が話題になってきています。政府は2007年に仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章を作成し、取り組みを開始しました。また以前に比べると、過重

労働と健康の関連への一般社会の関心も高くなっています。過重労働でメンタルヘルスを害する人が多いため、バランスをとった生き方は性別・年齢にかかわらず重要という社会的コンセンサスが得られ始めています。

**大滝** 研修医のストレスとその影響については、筑波大の前野哲博先生らのグループが2004年度に行った調査研究(註1)が参考になります。研修開始時と2か月後の研修医の様子を比較したところ、4人に1人が新たに抑うつ状態になっていたそうです。抑うつ状態になった群はそれ以外と比較して、質的および量的な負担感や対人関係の困難が多くみられました。研修医のストレス予防のためにもバランスのとれた生活は重要になるでしょう。

### “ワーク・ライフ・バランス”への道

**松村** ノエル先生、米国でのワーク・ライフ・バランスはどのように話題になってきたのでしょうか。

**ノエル** 米国では「女性」が変化の先駆けでした。つまり、女性にも男性と同等に教育の機会を与えることが法制化され、医師不足をきっかけに医学部定員を8000人から1万6000人に倍増させる必要が生じたことが変化を起し、仕事と家庭のバランスを考えるようになっていきました。

かつて医学部と研修制度を支配していた男性医師は、変化に対応することには消極的でした。しかし、入学資格のある女子学生を男子学生と同様に受け入れることが大学に要求されるようになった結果、女子学生の人数は大きく増加しました。そして次第に、医師という専門職でも女性が家庭を持つことを認めざるを得なくなり、「女性も男性と同じ労働時間勤務するのは当然」という見方は変わっていったのです。変化のきっかけとなる公民権法改正から約40年経った今では、米国ではこのような見方すらなくなりました。研修医の勤務時間数にしても、その後の医師としての診療や教育に従事する時間数にしても、男女の別なく同等です。医学の道に女性が多く進むようになったことによりもたらされた変化の恩恵を、男性も受けているのです。

### 新しい医師像を求めて

**松村** ただ、自分にとっては若いときに一生懸命研修をしたことが今の臨床能力の基礎を形作ったり、自信につながっていたりする側面があります。その点で医師は、一概に他の業種と同様に考えることができないのではないのでしょうか。

私は、臨床経験のある時期集中的に積むことも必要なことではないかと思っています。一方、臨床にかかわる医師を増やすためには、多様な働き方を認めていくことも大事です。このジレンマをどのように克服していけばよいか、

悩むところですが。  
**大滝** 日本では、理想とされている医師像の一つに「赤ひげ」があります。「赤ひげ」というあだ名を持つ医師が主人公になっている時代小説に由来し、恵まれない人たちを相手に困難の多い環境で苦勞に耐えながら、献身的に診療を行う市井の医師を意味しています。このような理想の医師像が、医師への信頼や尊敬の基礎になり、診療に対する満足や納得につながっていると感ずることがあります。そのような医師像がある中で、ワーク・ライフ・バランスを考えるというのも、今の医学教育に生じているジレンマの一つなのでしょう。

**ノエル** 私も学生や研修医のころは、常に病院にいてめったに休暇をとらず、芝居を見に行くこともなく、患者の治療に身を捧げる医師に憧れを抱いたものです。そうした医師は当時の私たち若手の手本であり、自分の家族や友人を診てほしいと願うような医師たちでした。

しかし、いざ医師の仕事を始めると、私は表面的な見方しかできていなかったことに気がきました。かつての男性医師(と少数の女性医師)とその家族が払ってきた代償を、私はわかっていなかったのです。“ヒーロー”のように思えた彼らは、わが子のことをよく理解していないことがしばしばで、多くが自分の配偶者と疎遠になっていました。世間一般の人々の生き方や、世の中の動きもあまりよく知らない人々が多かったのです。孤独な医師もたくさんいました。友人と交流する時間もわずかだったのです。

いま、われわれ米国の医師はもっとバランスのとれた生き方を選ぶ医師を評価します。幅広い社会経験をし、一市民として医療以外の面でも地域社会を形成する一助になろうとする、そして人々の暮らしや地域の学校の改善に進んで取り組むような、そんな医師です。診療現場の医師たちには、論文執筆や研究を奨励すると同時に、自分の子どもの成長と幸福にもかかわっていくように勧めます。世の中は、私が医学部に進学した約45年前とは大きく変わっているのです。

**松村** そうですね。これからの社会で理想とされる医師の在り方については、私たちだけではなく、社会の多くの人たちと対話をしながら合意を得ていかなければならないと強く感じます。(つづく)

註) 前野哲博, 他. 新臨床研修制度における研修医のストレス. 医学教育. 2008; 39(3): 175-82.

※今回は、緊急シリーズ「災害医療と医学教育」を予定しています。シリーズ「ワーク・ライフ・バランス」は、その後に再開します。

twitter  
本紙編集室でつぶやいています。記事についてのご意見・ご感想などをお寄せください。  
[週刊医学界新聞 @igakukaishinbun]

### パーキンソン病に携わる医師必携のガイドライン

## パーキンソン病治療ガイドライン2011

日本神経学会監修の下、パーキンソン病治療についてエビデンスに基づきまとめられたガイドライン。第1編「抗パーキンソン病薬と手術療法の有効性と安全性」では各種薬剤・手術療法について詳述。第2編「クリニカル・クエスチョン」では運動症状および自律神経障害などの非運動症状への薬物療法、手術療法、リハビリテーションなど、治療の実践についてわかりやすく解説。パーキンソン病の臨床に携わるすべての医師必携の1冊。

監修 日本神経学会  
編集 「パーキンソン病治療ガイドライン」  
作成委員会



### 精神科医療に関する学識および経験を有する医師—精神科専門医をめざす人のために

## 専門医をめざす人の精神医学 第3版

本書は、精神科専門医制度研修医が学ぶ際の指針。研修すべき内容の学問的裏付けや、さらに勉強を深めたい人にとってのスタンダード・テキストブック。専門医をめざす人はもちろんのこと、精神医学および精神科医療の進歩に応じて、その態度・技能・知識を高め、生涯にわたって研鑽を図る専門医のために、必ずやよりどころとなる1冊。

編集 山内俊雄  
埼玉医科大学学長  
小島卓也  
大宮厚生病院副院長  
倉知正佳  
富山大学理事・副学長  
鹿島晴雄  
慶應義塾大学教授・精神神経科学  
編集協力 加藤 敏・朝田 隆  
染矢俊幸・平安良雄



シリーズ監修 高木 康 (昭和大学教授医学教育推進室)

# 学ぼう!! 検査の使い分け

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

## 佐守 友博

日本医学臨床検査研究所・統括所長

### 第3回 末梢血液一般検査

## 赤血球数 (RBC)

## ヘモグロビン量 (Hb)

- 末梢血液(末血)一般検査には、赤血球数(RBC)、白血球数(WBC)、血小板数(Plt)という3つの血液細胞成分の数(/ $\mu\text{L}$ )を測定する血球数検査のほか、ヘモグロビン量(Hb)、赤血球が血液全体の容積の何%を占めるかを示すヘマトクリット(Ht)、そして、赤血球の産生能を知るための網(状)赤血球比率(Ret、全赤血球に対する新生赤血球の割合)や血液像検査、血液比重などがあります。今回は、「RBC」と「Hb」に焦点を当てながら、末血一般検査のとらえ方を学んでいきます。

今日の検査室では、自動血球計数装置の発達により、RBC、WBC、Plt、Ht、Hbの5項目に加え、Ret、白血球分類のデータがCBC(総血球数、complete blood-cell counts)として自動的に測定できます。さらに、RBC、Hb、Htの値から、MCV(平均赤血球容積)、MCH(平均赤血球ヘモグロビン量)、MCHC(平均赤血球ヘモグロビン濃度)の3データ(赤血球恒数)が計算され、機種によっては白血球百分率や赤血球所見、血小板凝集の報告や血液比重の測定を同時に行っています。

一方、血液像検査は血液の塗抹標本を作製し、顕微鏡的に赤血球・白血球・血小板の形態や数(比率)を観察する検査です。赤血球では大小不同や奇形赤血球の有無、血小板では大きさや凝集の有無をチェックし、白血球では好中球・好酸球・好塩基球・単球・リンパ球の分類を行います。血液像検査にはもう一つ、本来正常では末梢血液中に出現しない幼若な血液細胞や腫瘍細胞の有無を観察するという重要な役割があります。

### 末血一般検査を行うとき

末血一般検査は、通常の初診時検査や経過観察検査に付随して、患者の一般状態を知る検査として用いられます。特に初診時に何らかの疾患を疑って生化学的検査や免疫血清学的検査などの血液検査を行う際には、末血一般検査は同時に行っておくべきです。

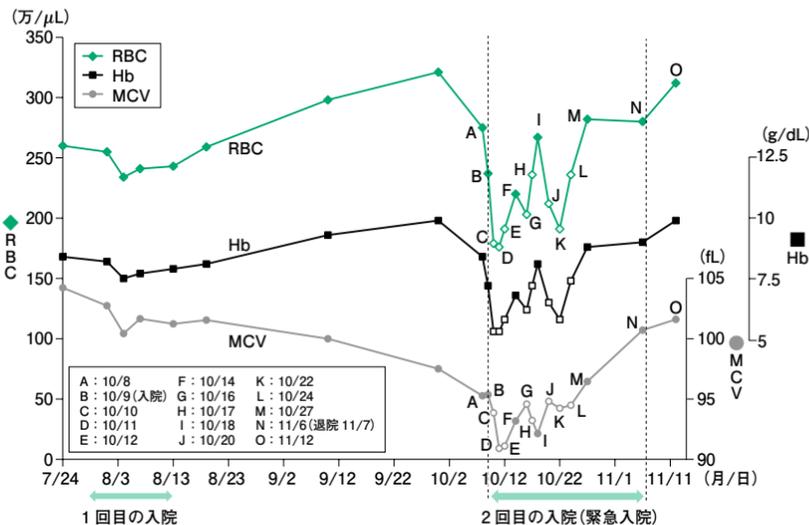
見落とされがちですが、必ず末血一般検査が必要な病態として、カタル症状を伴わない発熱(微熱でも)、作業時の易疲労感・動悸・息切れ、腹部理

学所見での肝臓や脾臓の腫大などがあります。これらは炎症性疾患や心疾患、また肝・門脈疾患が疑われる症状ですが、無自覚の貧血や白血病など思わぬ疾患が見つかることもあります。

RBCとHbはともに赤血球を追うのに最適の検査です。ただ貧血は、酸素運搬能力が低下した状態を示すので、赤血球の数(RBC)ではなく、Hbで判断することに注意が必要です。RBCとHbには性差があり、通常♂>♀です。貧血がみられれば、RBC・Hb・Htの3項目からMCV・MCH・MCHCを計算し、MCVでその貧血が大/正/小球性かと、MCHで高/正/低色素性、すなわち赤血球1個に含まれるHbが多いか/普通か/少ないかを判断します。

### 検査値の推移から患者状態を正確に把握する

**症例 1** 29歳男性。数日前からの心窩部痛、昨日からの黒色便、ふらつき、めまいで来院。意識清明。身長172cm、体重60kg、体温36.9℃、血圧106/68mmHg。顔色は不良で、眼瞼結膜も白色調。腹部の触診で圧痛あり。便は黒色タール状で、水で希釈した液は赤色調。便中ヒトヘモグロビン反応陽性。末血所見：WBC 8600/ $\mu\text{L}$ 、RBC 320×10<sup>4</sup>/ $\mu\text{L}$ 、Plt 25×10<sup>4</sup>/ $\mu\text{L}$ 、Hb 10.2g/dL、Ht 28.8%、MCV 90fL、MCH 31.9pg、MCHC 35.4%、Ret 14%、赤血球像異常なし、白血球像はやや好中球の増加を認める。



● 図 症例2のRBC、Hb、MCVの経時変化  
プロットのA—Oは緊急入院前日からの各検査値。白抜きのプロットは2単位の赤血球輸血を行った後の検査値を表す。

**症例 2** 84歳男性。多発性動脈瘤による慢性のDICに対し、ワルファリンでコントロール中の患者。初診時、身長160cm、体重62kg、血圧101/57mmHg。顔色不良で眼瞼結膜も白色調。末血所見：WBC 7300/ $\mu\text{L}$ 、RBC 263×10<sup>4</sup>/ $\mu\text{L}$ 、Plt 9.1×10<sup>4</sup>/ $\mu\text{L}$ 、Hb 8.4g/dL、Ht 27.1%、MCV 103fL、MCH 31.9pg、MCHC 31.0%、Ret 21.2%。血液生化学検査所見：総蛋白7.1g/dL、アルブミン4.0g/dL、血液尿素窒素40mg/dL、クレアチニン2.24mg/dL。

**症例 1** は、上部消化管の大量出血が数日前に起こった症例と考えられます。便が黒色タール状であることから上部消化管の出血を疑います。便中ヘモグロビン陽性であり、赤血球恒数がすべて正常であることから急性の比較的大量の出血が疑われます。大量の血液が下血として排出されたこともあり、血圧が軽度低下していますが、ふらつきなどの症状が著明なときはさらなる血圧の低下が予想されます。若い男性の基準値(RBC 450—500×10<sup>4</sup>/ $\mu\text{L}$ 、Hb 14—18g/dL)と本症例のRBC・Hbから、約3分の1の血液が血管外に出たと想定できます。体重60kgの成人の循環血液量は約4.8Lであることから、約1.6Lの出血と考えられます。

**症例 2** は、ベースに腎性の貧血と老人性の貧血がある腎機能障害の患者です。慢性のDIC(播種性血管内凝固)と溶血により、初診時から大球性の貧血を認めます。

RBC、Hb、MCVの3項目の経時変化を図に示しました。初診後すぐにDIC診断確定のため入院。ヘパリンの

持続投与により血小板数の上昇、FDPの減少を認めたため、抗凝固療法をワルファリンに切り替えました。8月7日に退院。8月中旬よりエリスロポエチンの投与も行い、貧血(RBC、Hb)の改善とMCV正常化がみられました。しかし10月にPT-INR 5.85とワルファリンのコントロール不良となり、多発性の巨大な皮下出血と筋肉内出血を来し、10月8日に緊急入院となりました。

図のAの時点で既に慢性出血があり、AからCへと大量の出血を起こしていることがRBC、Hbからわかります。C、Dで輸血後もかかわらずRBCの改善が見られないのは、出血がまだ続いていることを示しています。A→BでMCVが変化していないものの、C→Dの輸血後にMCVが低下したのは、正常なMCVを持つ赤血球の輸血を受けたためです。Fの時点でいったん止血したようにみえますが、F→Gで中等度の出血があります。G、Hの輸血が期待通り、RBC、Hbを上昇させていますが、I→Kで再出血が見られ、M以降完全に止血しました。この間のMCVの動きは、患者赤血球と輸血した赤血球の混ざり具合で変化していることがわかります。

### まとめ

RBC、Hbの検査は、病態に合わせて行うことが必要です。臨床症状や眼瞼結膜の所見から、ある程度の貧血の推測は可能ですが、出血時の止血確認や輸血時の効果確認には欠かせません。

さもりともひろ ● 1973年東京医大卒。83年獨協医大越谷病院臨床検査部助教授を経て、89年より現職。2010年より日本臨床検査専門医学会副会長。専門は止血機能検査。

**症例 1, 2** ともに、Ret(基準値8—11%)の基準範囲を超えた上昇を認める。このとき、出血のため赤血球系が造血刺激を受け上昇しているという勘違いがよくある。このような相対数で表現する検査データは絶対数に変換して考える習慣をつけてほしい。症例1の場合、RBCが320×10<sup>4</sup>/ $\mu\text{L}$ なのでRet 14%を絶対数に直すと4.48×10<sup>4</sup>/ $\mu\text{L}$ 。症例2では、同様に5.58×10<sup>4</sup>/ $\mu\text{L}$ となる。Retの絶対数の基準値は4—6×10<sup>4</sup>/ $\mu\text{L}$ であるので、両症例ともRetの実数は基準範囲内にあり、造血刺激は受けていないと考える。

**「言葉」が導く統計学の正しい解釈**

**数学いらすの医科統計学** 第2版  
Intuitive Biostatistics: A Nonmathematical Guide to Statistical Thinking, 2nd Edition

▶ 「数式」を使わず「言葉」で理解する、統計学の「直観的」思考力を養うロングセラー、14年ぶりの大幅改訂。初版の「スピリット」はそのままに、増頁、全章を書き換え内容を更に充実。データの提示から解析結果の解釈まで、豊富な例を用いて遍く利用される解析手法の大部分を、具体的な計算方法にほとんど触れずとも簡明に解説。読み進めるうちに論文を読む際の批判的な眼も養われる。これまで「なんとなく」わかったつもりになっていた統計学を正しく理解するのに最適。

津崎晃一  
慶應義塾大学医学部麻酔学教室 准教授

定価4,935円(本体4,700円+税5%)  
A5変 頁528 図186 2011年  
ISBN978-4-89592-670-6

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

精神症状へのアプローチを豊富な症例を交えてわかりやすく解説

かかりつけ医のための  
**精神症状対応ハンドブック**

一般外来や在宅医療の現場で遭遇する高齢者の精神疾患や慢性精神疾患患者の治療や対応方法についてまとめたもの。精神症状の基本知識はもちろん、かかりつけ医が遭遇する機会が多い認知症やうつ病、せん妄などの疾患を100以上の症例をもとにわかりやすく解説。かかりつけ医にも精神疾患への対応が求められる現在、ぜひ手元に置いておきたい1冊。

本田 明  
医療法人社団悠翔会

かかりつけ医のための  
精神症状対応  
ハンドブック  
本田 明

専門医でなくてもできること  
身近だからこそできること

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

# MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

## 《標準言語聴覚障害学》 聴覚障害学

藤田 郁代 ● シリーズ監修  
中村 公枝, 城間 将江, 鈴木 恵子 ● 編

B5・頁368  
定価5,460円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00993-5

言語聴覚士教育のカリキュラムの中で聴覚障害の分野ほど教える側にとっても学ぶ側にとっても難しい領域はない。大きな理由は4つある。①背景にある理論は物理学と音響学を基礎としている、②耳と中枢聴覚伝導路の解剖と構造、生理学や薬理学など必要な基礎知識が広く深い、③聴覚障害は外耳、中耳、蝸牛、聴神経、脳幹、大脳の各レベルで症状と検査所見が異なる。先天性難聴から老人性難聴、さらに中枢聴覚障害までも含まれる。それぞれの障害に合わせた聴覚心理学的検査から、耳音響放射やABR(聴性脳幹反応聴力検査)のような他覚的聴力検査がある、④治療法が多様で、中耳の鼓室形成術や人工内耳手術のように外科的なものと同時に、補聴器のフィッティングや聴能訓練、指文字、手話のような視覚的言語教育も含まれる。

聴覚障害学は海外では Audiology といい、修士の教育であり、卒業研修を受け Audiologist という専門家として活躍している。わが国では学部教育の中で詰め込んだ教育をせざるを得ない。おそらく学生は聴覚障害の患者を見たことも接したこともないのにバーチャルに想像しながら学ばざるを得ないのではないかと。

評者はあらゆる聴覚障害症例の診断治療に過去40年の間取り組んできた。その間、言語聴覚士とともに失語症にも嚙下障害にも取り組んだが、聴覚障

### 広く深い聴覚障害領域を バランス良く取り上げた良書



害ほど魅力的な領域はない。最初に述べた4つの点が自分の頭の中で次第に統合され、整理されると、その知識と検査法を基に手術まで含め縦横無尽に活躍でき、結果的に患者に貢献できるようになるからである。

本書は6章から成り、いずれの章も大半が個人的にも存じ上げている言語聴覚を専門とする先生が書かれている。これまでも類書は存在していたが、本書の特徴は、①その難しい領域をわかりやすく、できる限り図を工夫して明解になるように書かれている。多くの Side Memo が理解を深めるのに役に立っている、②聴覚障害の医療の現場もバランスよく取り上げている、③基本的な事項だけでなく、最新の知識や情報を取り上げて紹介している、④言語聴覚士の国家試験を意識しながら書かれている、ことなどが挙げられる。また、各章末の Key Point では、理解度をチェックするための質問が用意されている。このほか、学習しやすいように目次も索引も工夫されていることも学習の便宜を図っている。

教科書としては少し厚いようにも思えるが、分野が広く深いため仕方がない。言語聴覚士をめざす人だけでなく、耳鼻咽喉科の医師にも大いに参考になる。良書として薦めたい。この本の内容を手中にすれば聴覚障害の臨床では鬼に金棒であろう。

### 評者 加我 君孝

東京医療センター臨床研究センター・  
感覚器センター名誉センター長

## 胃癌外科の歴史

高橋 孝 ● 著  
荒井 邦佳 ● 執筆協力

B5・頁280  
定価9,450円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00902-7

### 評者 丸山 圭一

国際医療福祉大学教授・胃癌外科、消化器外科/  
山王病院・外科/前 国立がんセンター外科医長

『胃癌外科の歴史』が刊行されました。胃癌の外科治療に携わる医師には、ぜひ読んでいただきたい良書です。

胃癌外科の歴史は、Billroth が最初の胃癌切除に成功した1881年(明治14年)から数えて、わずか130年と短いものです。この間の進歩をふり返り、その基礎を知ること、今、胃癌治療に携わる外科医にとって大変意味があるからです。

著者は癌研病院消化器外科部長を長らく勤められた高橋孝先生と、先生が2009年5月に逝去された後に遺志を継がれた東京都保健医療公社豊島病院副院長の腫瘍外科医・荒井邦佳先生です。本書ではお二人の考え、すなわち胃癌外科治療の「理論と実践」を歴史からつまびらかにすることをめざしています。このために、実に膨大な文献・資料を網羅し、多くの図版と図表を載せ、著者の言葉で解説しています。本書を特徴付けているのは、序文で

述べられているように「欧米と日本における手術治療の大きな違いに疑問をもち、欧米と日本におけるリンパ流研究と郭清手術がどのように発展してきたかを紐解いて考察した」ことです。欧米の胃癌外科の歩みは、Péan, Rydygier, Billroth, Mikulicz, Schlatter, Mayo, McNeer and Brunschwig, Wangenstein と連なり、日本では、近藤次繁、三宅速、武藤完雄、久留勝、梶谷鑲、西満正と連なっています。リンパ学の歩みは、Poirier, Pólya, Jamieson, Rouvière, 井上興物一、木田八兵衛と述べられています。

本書のもう一つの特徴は、胃癌外科ばかりでなく、喉頭癌、乳癌、直腸癌など、他の癌でのリンパ流とリンパ節郭清の歩みとも比較・考察されていることです。癌治療の基礎理論を理解する上で、非常に大切なことに違いありません。ぜひ、座右の書として熟読されるようお奨めします。



## 整形外科SSI対策 周術期感染管理の実践

菊地 臣一, 楠 正人 ● 編

B5・頁320  
定価8,400円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01020-7

### 評者 山崎 隆志

武蔵野赤十字病院整形外科部長

清潔手術である整形外科では一般外科などの準清潔手術に比べ、SSI(Surgical site infection: 手術部位感染)発生頻度は圧倒的に低く、SSIが発生しても不運な出来事と思われがちである。私自身も過去にMRSAによるアウトブレイクを経験するまでそう考えていた。しかし、SSIは努力により減少させることが可能で、SSIは外科医の実力を表す、と今では考えている。東郷平八郎は運がよいので連合艦隊司令長官に任命されたと言われているが、その運のよさの陰には東郷の不断の努力があったことはあまり知られていない。SSIが起こるのは運が悪いのではなく、常日ごろのSSI対策が不十分であった可能性が高いのである。

本書は整形外科SSIの予防と治療に

関して、各種ガイドラインなどの総論から具体的な症例まで、幅広く網羅している欲張りな本である。脊椎、膝の項では温度板からの考察、創外固定の項では患者用パンフレットも紹介されており、非常に実践的である。

総論はSSIに精通した一般外科医が執筆している。栄養管理や術後血糖コントロールの重要性、縫合糸、手袋、ガウン、サーベイランスなど普段整形外科医が気にかけていない点まで行き届いた基本的解説が詳しい。

整形外科の各領域ではその領域の専門家、SSIで苦勞した医師が執筆している。自分の専門分野を読むのもよいが、専門以外の領域を読むのも興味深い。肩では「三角巾固定による安静は避ける」など反省させられ、足関節では伸筋支帯のノ

### SSIの障害を最小限にする ベストプラクティス



### “DPCの第2波”を解説

## 基礎から読み解くDPC 第3版

実践的に活用するために

2010年度のDPC改定により、「調整係数」が段階的に廃止され、「DPCの第2波」といえるほど大きな意味を持つ改定となった。本書では、2010年度の改定点を中心に、DPC制度に関する解説に加え、医療産業界からの疑問に答える形の解説を展開する章も新設。DPCの概要の理解だけでなく、DPCを用いて実践的な分析ができるような内容・解説も盛り込んでいる。

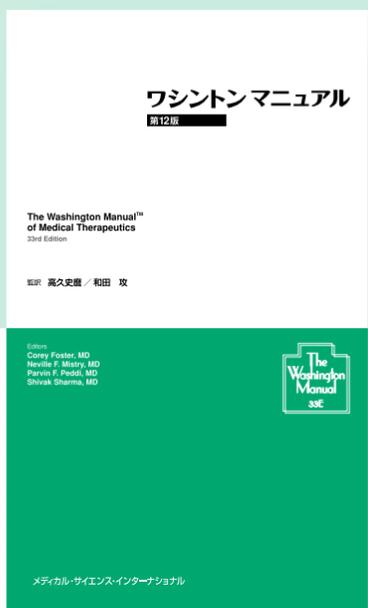
松田晋哉  
産業医科大学公衆衛生学教室教授



B5 頁240 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01205-8]

医学書院

## しっかり読んで臨んだベッドサイドは、手応えが違った



指導医  
オーベンが読み続ける  
研修医  
レジデントに読み継がれる

これぞ“マニュアル”

## ワシントン マニュアル 第12版

The Washington Manual™  
of Medical Therapeutics, 33rd Edition

監訳: 高久史磨 自治医科大学学長  
和田 攻 産業医科大学学長

● A5変 ● 頁1,128 ● 2色刷  
定価8,820円(本体8,400円+税5%)

特設サイト公開中!  
MEDSI Website

絶賛発売中  
2011年3月10日  
発売

# 標準組織学 各論 第4版

藤田 尚男, 藤田 恒夫 ● 著  
岩永 敏彦, 石村 和敬 ● 改訂協力

B5・頁616  
定価12,600円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00302-5

評者 年森 清隆  
千葉大大学院教授・発生医学

本書は「標組」の愛称で医学生の間で最も利用されてきた藤田尚男・藤田恒夫両先生による『標準組織学 各論』(第4版)である。1976年の初版から34年間親しまれ、第3版から18年を経て刊行された。第4版各論は第3版と同様に全10章から構成されているが、岩永敏彦・石村和敬先生が改訂協力者として加われ、全章にわたって新しい図譜や蛍光顕微鏡写真、そして新知見が加筆されている。

日本に電子顕微鏡が導入されてから60年になる。この間に形態学はナノのレベルで解析できるまでの手法が発達し、近代組織学の基礎が作られた。この時期の日本の形態学者の貢献は極めて大きい。著者らは長きにわたりその第一線で教育研究をリードされた。第4版では日本人形態学研究者が撮影した写真や発見した事実が数多く取り入れられている。必然的に解説も詳細になっている。特に10章の神経系は、本章を担当された寺島俊雄先生によって大きく加筆されている。生命科学の知見は形態学だけでなく分子生物学的手法による膨大な成果として蓄積されているが、その膨大なデータは教科書として網羅することは不可能であり、専門書に委ねられる。本書は、これから真の学びを始める学生だけでなく若い研究者が生命科学の世界で迷うことなく進むことができるように、形態学的視点から細胞レベルで可視化し、解説が進められている。

本書には他の組織学教科書や参考書にない特徴がある。特に次の2点を挙げたい。第1に、掲載されている写真は、生命現象を説明するに最もふさわしい第一級の美しい写真であることである。全体10章を通して掲載されている写真は、各領域を代表する日本人研究者が撮影したものを中心に構成されている。もちろん海外の代表的な研究者も含まれている。適切に案内を付された写真や図譜のできあがり、筆者らの眼を通して磨きあげられた芸術的な趣きも感じる。第2に、その優れた写真や図譜に取り上げられた細胞で繰り広げられる生命現象について、その背景や研究の歴史が随所に解説されていることである。

美しい写真と解説の中に  
計り知れない生命の営みを見る



このようにして構成された本書を理解することは、すなわち研究の流れを同時に学ぶことであり、学問や研究の楽しさを知る入口ともなっている。そこから先の助けとなる代表的な参考文献も、多数引用されている。通常、教科書は若い読者の経済的負担への配慮から、写真や文献を削減する傾向にある。本書はあえて多数の文献を引用している。この姿勢は初版から一貫しており、藤田尚男・藤田恒夫両先生がこれからの若き学徒や研究者へ託した学問研究への誘いであると、筆者は思っている。

本書は単に教科書としてだけでなく、研究の素晴らしさを伝える名著である。じっくりと読み込んでいくと、美しい写真と解説文の中に計り知れない生命の営みが見えてくる。細胞とそこに広げられる永遠の生命の神秘的な営みに引き込まれながら、自然に組織学を学び、研究への世界へ誘われることであろう。

〓弁状パッチ法など好奇心をそそる。

SSI治療においてすべての著者が述べている重要な点は早期発見であるが、これぞという決め手がないことが本書から理解できる。発熱、白血球やCRPの再上昇、創不良などの指標があるが、これらが欠如する場合もあり、多くのSSIに共通するのは疼痛のようである。早期起因菌同定にはグラム染色が勧められている。SSIが多発した場合の対処法も書かれている。多発原因は同定されていないが大いに参考になる。

本書の特長に読みやすさがある。各章のQ&Aは知識の整理に役立つ。また、最新の知見はトピックスとしてまとめてあり、教科書的に確実な知識とともに最新の知識も知ることができ

るという工夫は読者の旺盛な知識欲を満たす。治療においてはフローチャートが各項にありわかりやすい。

“症例から学ぶ”は各著者の苦勞の結晶である。整形外科SSIでは複数回手術や抗生薬の副作用などと順調にいかないことも多い。このような困難を克服して外科医の実力は向上していくが、“症例から学ぶ”により、SSIに対する各著者の努力の実際を体感できる。

整形外科SSIの発生頻度は低いが、治療には難渋することが多く、患者ばかりでなく医療者にも大きなストレスとなる。整形外科手術の最も重大な合併症の一つであるSSIの障害を最小限にするベストプラクティスが本書から学び得る。

# 糖尿病と心臓病 基礎知識と実践患者管理Q&A 51

犀川 哲典, 吉松 博信 ● 編

A5・頁312  
定価4,725円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01164-8

評者 木村 剛  
京大大学院教授・循環器内科学

大分大学の犀川哲典先生、吉松博信先生が『糖尿病と心臓病』と題する医学書を発行された。

日本における糖尿病患者数は増加の一途にあり、糖尿病患者における最も重要な合併症は心血管疾患である。また日本人の冠動脈疾患において糖尿病の合併率は50%以上であり、耐糖能異常を含めると3分の2以上の患者が糖代謝異常を有するとされる。循環器内科専門医と糖尿病専門医の連携が強く求められているところである。

本書の画期的なところは大分大学の循環器内科グループと糖尿病グループが力を合わせて企画、編集された点にある。ともすれば循環器内科専門医は心筋虚血の治療に傾き、糖尿病専門医は血糖管理に傾くところだが、患者の求めるところは予後改善という視点からみた総合的な管理である。本書では糖尿病患者の総合的な管理が非常にバランスの取れた形でまとめられている。

大学病院や基幹病院以外では、糖尿病専門医は少なく、多くの糖尿病患者は一般内科医や循環器内科医によってケアされている。しかしながら、われわれ循環器内科医の糖尿病についての基礎知識は十分とは言えないことが多い。本書では、糖尿病についての基礎知識と糖尿病に合併する循環器疾患についての基礎知識を簡潔にまとめると同時に、糖尿病と循環器疾患についての基本的な考え方が明確にされている。

さらに日常的に遭遇することの多い疑問点や問題点が、51のQ&Aで解説されている。Q&Aは日常臨床にすぐ

に役立つ項目が包括的に取り上げられている。すべてを通して読んでも良いし、自分が直面している問題についての解説を拾い上げて読んでも良いと思われる。ここでもエビデンスを重視し、基礎知識と基本的考え方を述べた上で各論に入るというスタイルが貫かれている。各論はすぐに診療に応用できるようにと、具体的な記述が心がけられているのもありがたいところである。

現在の日本の実地臨床においては、糖尿病患者の心血管疾患発症予防や糖尿病を合併する心血管疾患患者の総合的管理は、残念ながら満足すべきレベルには達していないと思われる。これは医療サイドの知識不足によるところも大きいと考えられる。

本書は、一般内科医、循環器内科医や研修医まで広い層の医師が「糖尿病と心臓病」についての基本的考え方を学び、知識をアップデートするために最適の書である。本書からのメッセージを患者に伝えることによって、患者の糖尿病と心臓病についての知識が増え、治療に対するモチベーションの向上も期待される。本書が多くの糖尿病患者の治療成績向上に寄与することを願っている。

●書籍のお問い合わせは  
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 医学書院販売部まで  
FAX (03) 3815-7804  
なお、ご注文は最寄りの医学書院刊行物取扱店(医学書院特約店)へ。



「長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)」開発者 精神科医 長谷川 和夫 先生

※小児用前ではありません

創薬・処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること  
アルツハイマー型認知症治療剤 (薬価基準収載)

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠  
**アリセプト** 錠3mg  
錠5mg  
錠10mg

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩細粒  
**アリセプト** 細粒0.5%

**アリセプトD** 錠3mg  
錠5mg  
錠10mg  
(ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠)

**アリセプト** 内服ゼリー 3mg  
内服ゼリー 5mg  
内服ゼリー 10mg  
(ドネペジル塩酸塩製剤)

www.aricept.jp

●効能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元 Eisai エーザイ株式会社  
東京都文京区小石川14-6-10

販売提携 Pfizer ファイザー株式会社  
東京都渋谷区区々本3-22-7

資料請求先: エーザイ株式会社 お客様ホットライン/ファイザー株式会社 製品情報センター ART1102M02

「臨床」に生かせる「基礎」をしっかり整理

**不整脈治療のThe Basics**

臨床に役立つ電気生理学

Electrophysiology: The Basics - A Companion Guide for the Cardiology Fellow during the EP Rotation

▶ 病棟、外来で不整脈治療を行う観点で臨床電気生理学の知識をまとめたコンパクトガイド。不整脈の診断と治療を進めるにあたり、必要十分な知識を提供。カテーテルアブレーションやデバイス治療、薬物治療を行う前に理解すべき基礎知識として、実践的なポイントを押さえた内容になっている。研修医や専門医をめざす若手医師、また心臓電気生理学に苦手意識を持つ循環器科医に、不整脈の標準的な治療とは何かをイメージさせる一書。

監訳 山下武志 心臓血管研究所常務理事・研究本部長  
野上昭彦 横浜労災病院不整脈科部長  
高橋良英 横須賀共済病院循環器センター内科医長

定価5,250円(本体5,000円+税5%)  
A5変 頁312 図113・カラー図13 2011年  
ISBN978-4-89592-675-1

MEDI 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36  
TEL. (03) 5804-6051 http://www.medisi.co.jp  
FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medisi.co.jp

わが国の最も信頼できるゴールド・スタンダード

# 今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2011

私はこう治療している



山口 徹  
虎の門病院院長

北原光夫  
農林中央金庫健康管理室・室長

福井次矢  
聖路加国際病院院長

## 第一線のエキスパートが最新治療法を毎年書き下ろし

■ 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2011」との連携:  
「治療薬マニュアル2011」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」を解説

- 1103疾患項目、1080専門医の治療法がこの1冊に
- 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「小児薬物療法の注意点」を新規収録
- カラー図譜(正常CT・MRI解剖と基本的病変像、肺・肝の区域図、胸部・腹部リンパ節の部位、輸入感染症の世界分布) / 中毒起因物質と治療の要点 / 介護保険(主治医意見書・居宅療養管理指導) / 抗菌薬による感染症の外来治療 / 高齢者の薬物療法 / 妊婦・授乳婦への薬物療法と公的リスク分類 / 肝・腎障害時の薬物療法の注意点 / 皮膚外用薬の使い方 / 漢方製剤(健保適用)の使い方 / 薬物の副作用と相互作用 / 薬物治療モニタリング(TDM) / 新薬、医薬品等安全性情報 / 臨床検査データ一覧 / 診療ガイドラインを収録
- 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2096 2011年 定価19,950円  
(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01105-1]
- ポケット判(B6) 頁2096 2011年 定価15,750円  
(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01106-8]

好評  
発売中!

圧倒的な情報量が支持されています!

# 治療薬 マニュアル+「重要薬手帳」

MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS

2011

別冊付録  
「重要薬手帳」



治療薬情報を網羅した  
年鑑最新版

- 監修**  
高久史磨 自治医科大学学長  
矢崎義雄 国立病院機構理事長
- 編集**  
北原光夫 農林中央金庫健康管理室・室長  
上野文昭 大船中央病院特別顧問  
越前宏俊 明治薬科大学教授

● B6 頁2564 2011年  
定価5,250円  
(本体5,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01144-0]

### 本書の特徴

- 医療関係者必携の治療薬年鑑
- ほとんどすべての医療用医薬品を収録
- 各領域の専門医による実践的な臨床解説
- 添付文書にはない「適用外使用」が充実
- ポケットサイズの別冊付録「重要薬手帳」

好評  
発売中!

2011年版の特徴

- 2010年中に発売された新薬を収録
- 主要商品の薬価を網羅
- 国立高度専門医療研究センター採用の後発品を掲載
- 新規付録「後発医薬品に関する情報と選択の留意点」
- 先発品と後発医薬品の効能・効果の違いが分かる

## 「治療薬マニュアル2011」×「今日の治療指針2011年版」 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2011年版」と「治療薬マニュアル2011」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2011」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2011年版」に同封の「ご注文書」はがきに貼付してお送りください(2011年9月30日消印分まで有効)。

# 医学のスペシャリストのための電子辞書

New Model

## SR-A10003

2つの医学大辞典に加え、  
「治療薬マニュアル2010準拠」を収録

医学モデル初収録!!  
TOEIC® テスト対策コンテンツ



SR-A10003収録コンテンツは24種類



2011年 価格79,800円  
(本体76,000円+税5%) [ISBN978-4-260-70077-1]

セイコーインスツル株式会社  
データサービスシステム事業部  
[販売]  
株式会社医学書院 販売部



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