

2014年11月3日
第3099号 for Residents

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

New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週の主な内容

- [シリーズ]この先生に会いたい!! (岡田正人、吉田常恭)..... 1-2 面
- [寄稿]主治医意見書の記載時のポイント(後編) (井藤英之)..... 3 面
- [連載]臨床倫理4分割カンファレンス 4 面
- [連載]診断推論キーワードからの攻略..... 5 面
- MEDICAL LIBRARY,他..... 6-7 面

医学部在学中に米国の臨床研修資格試験(FMGEMS)に合格し、卒業間もなく米国へ研修に行った岡田正人氏。当時日本人研修医がほとんどいなかったという米国に行くことをなぜ決意したのか、不安や迷いはなかったのか。氏がこれまで医師として歩んできた道を、研修医の吉田常恭さんが聞いた。

吉田 先生は医学部在学中に米国の臨床研修資格試験に合格し、卒業間もなく米国へ研修に行かれたのですよね。医師としての非常に高い志を感じるのですが、いつから医師になろうと思ったのでしょうか。

岡田 それが意外にも、高校2年の終わりにたまたま何かのドラマを見ていて、「医師って人の役に立ててすごいな」と思ったのがきっかけです。そのときまで医師という職業があることにも気付いていなかったんですよ。本当に何も知らなかったのだから、医学部を受験してから6年制だと知って驚いたぐらいです。でも身内に医師でもないなければ、僕のように偶然めざす人も多いのではないのでしょうか。

吉田 では、医学部に入学してからはどのように過ごされていたのですか。

岡田 真面目なほうだったと自分では思っています。バスケットボール部に入学して、スポーツも頑張っていました。でも大学3年のときに、「卒業したら米国で研修を受けよう」と決意したんです。キャプテンを任されていたときは米国留学のために勉強がしたかったので、練習の開始時刻を2時間遅らせて勉強に充てていました。部員たちからしたら迷惑な話ですよ(笑)。

吉田 米国を意識したきっかけはなんだったのでしょうか。

岡田 もともと免疫の勉強が好きだったので、将来はアレルギーや膠原病を専門にしたいと思っていました。

当時は9割以上の人が母校の附属病院で卒業研修をする時代だったので

この先生に会いたい!! 岡田正人氏に聞く 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center センター長

得意で、好きで、人の役に立つこと。あとはその道を信じて進むだけ!

が、母校にはアレルギー科がなかった。そもそも、そのころ日本の大学で膠原病をきちんと診ている病院は数か所しかなかったと思います。

そんなとき、米国で研修ができる制度があることを知ったんです。どうせなら一番いいところで研修したいと思い、米国に行くことを決めました。

とにかく勉強するしかなかった

吉田 私も米国留学には漠然とした憧れがあるのですが、なかなか踏み切る勇気がありません。不安はなかったのでしょうか。

岡田 あのところはインターネットなんてなくて、よくも悪くも情報が入ってこなかったぶん、不安もありませんでした。

実はベトナム戦争の後、米国は医師不足に陥って海外から研修医をたくさん受け入れていたのですが、80年代からは逆に医師過剰が言われるようになり、外国人医師の受け入れは減っていきました。僕が5年生のころは、日本人の研修医は米国全土でも数人しかいなかったんじゃないかな。

吉田 情報がなくて、米国留学をめざしての勉強はどうしていましたか。

岡田 とりあえず英語の教科書だけを使って勉強していたのですが、『ハリソン内科学』の原書を最初から全部読むというような、かなり非効率な方法でした。情報がなくて、ひたすら勉強するしかなかったんです。それこそ、はげらくらい勉強しました(笑)。

吉田 全部読むというのはなかなか大変ですね。

岡田 教科書を1ページ目から読んでいくことは非常に大変です。むしろ医学は、勉強したことを実際の仕事にすぐに活かせる実学なので、自分が担当した患者さんに関連するところをその

日のうちに確認するのがいい勉強になると思います。患者さんに提案できる選択肢を増やすためにも、最新の知見に触れることは欠かせないし、きちんと整理された知識を身につけておくことはとても大切です。

吉田 では、教科書を読む以外にされていたことはありますか。

岡田 僕は大学4年の冬から、『New England Journal of Medicine (NEJM)』誌を欠かさず読んでいました。NEJM誌の存在を偶然知って、面白そうだと思って購読してみたんです。全部読むのはすごく時間がかかって大変でしたが、とても勉強になりました。結局それからニューヨークでの3年間の研修が終わるまで、いつも持ち歩いて読み続けていました。

3か月も経てば、環境には慣れる

吉田 そうした苦勞を経て、在学中に無事試験に合格されたのです。卒業はどうされましたか。

岡田 本当は卒業したらすぐ米国へ行くかと思っていたのですが、英語ができなかったので横須賀米海軍病院で1年研修をしてから行くことにしました。

吉田 私も英語には不安があって、それもなかなか留学に踏み出せない一因になっています。

岡田 僕は卒業を意識して、学生時代は夏休みなどを利用してロンドンやニューヨークに留学していました。ちょうどNHKの「やさしいビジネス英語(現・ビジネス英会話)」も始まったので、それを全部覚えて、CNNニュースも全て聞き取れるようにしたんです。でも、実際に海軍病院に行ってみたら全然わからなくて、結局1年間いてもあまり英語ができるようになった気はしませんでした。



●おかだ まさと氏 横須賀米海軍病院、自治医大にて研修後、1991年より米国 Beth Israel Medical Centerにて内科研修。94年 Yale 大病院にてリウマチ膠原病内科、アレルギー臨床免疫科研修、97年米国 American Hospital of Paris 勤務を経て、2006年より現職。日米両国の内科、膠原病科、アレルギー専門医の資格を持つ。著書には「レジデントのためのアレルギー疾患診療マニュアル第2版(医学書院)」など。「医学が進歩して情報量が増えた今、一人の先生をロールモデルとするのではなく、いろいろな先生のいいところを見て学んでいくのがいいと思います」。

吉田 それでは、実際に米国に渡ってからはいかがでしたか。

岡田 ニューヨークの人って早口なので、何を言っているのか全然聞き取れないんですよ。でも、米国には外国人の患者さんがたくさんいて、英語が苦手な人やしゃべれない人も多かったので、自分が話せなくてもあまり気にならなかったのは良かったかもしれません(笑)。本当に困ったのは最初の3か月ぐらいかな。3か月も英語の環境で過ごしていると、自然と何とかなっていました。もちろん、行く前にできることはしておいたほうがいいとは思いますがね。

海外でしか学べないこともある

吉田 もう少しで後期研修が始まるということもあり、どのタイミングで留学するのがいいのか迷っています。

岡田 いつ行ってもいいんですよ。吉田 留学へ行くともっと最初から学び始めなければいけないので、行くのが

(2面につづく)



聞き手
吉田常恭さん
武蔵野赤十字病院
初期研修医

November
2014

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。

緩和ケアエッセンシャルドラッグ (第3版)

恒藤 暁、岡本禎晃
三五変型 頁334 2,200円 [ISBN978-4-260-02023-7]

臍帯血移植の基礎と臨床

監修 浅野茂隆、谷口 克
編集 東條有伸、谷澤三朗、高橋 聡、幸道秀樹
B5 頁288 8,500円 [ISBN978-4-260-00962-1]

慢性頭痛の診療ガイドライン 市民版

編集 日本頭痛学会「慢性頭痛の診療ガイドライン市民版」
作成小委員会
A5 頁160 1,800円 [ISBN978-4-260-02059-6]

DSM-5®

精神疾患の分類と診断の手引
原著 American Psychiatric Association
日本語版用語監修 日本精神神経学会
監訳 高橋三郎、大野 裕
訳 染矢俊幸、神庭重信、尾崎紀夫、三村 将、村井俊哉
B6変型 頁448 4,500円 [ISBN978-4-260-01908-8]

胃の拡大内視鏡診断 (第2版)

八木一芳、味岡洋一
B5 頁160 10,000円 [ISBN978-4-260-02025-1]

消化器病診療 (第2版)

監修 一般財団法人 日本消化器病学会
編集 「消化器病診療(第2版)」編集委員会
B5 頁528 6,000円 [ISBN978-4-260-02016-9]

〈眼科臨床エキスパート〉 眼感染症診療マニュアル

シリーズ編集 吉村長久、後藤 浩、谷原秀信、天野史郎
編集 薄井紀夫、後藤 浩
B5 頁440 17,000円 [ISBN978-4-260-02019-0]

〈眼科臨床エキスパート〉 知っておきたい屈折矯正手術

シリーズ編集 吉村長久、後藤 浩、谷原秀信、天野史郎
編集 前田直之、天野史郎
B5 頁426 17,000円 [ISBN978-4-260-02037-4]

神経眼科学を学ぶ人のために

三村 治
B5 頁288 9,000円 [ISBN978-4-260-02022-0]

レジデントのための アレルギー疾患診療マニュアル (第2版)

岡田正人
A5 頁440 4,800円 [ISBN978-4-260-02034-3]

トラブルに巻き込まれないための 医事法の知識

著 福永篤志
法律監修 稲葉一人
B6 頁344 2,200円 [ISBN978-4-260-02011-4]

〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉 老年学 (第4版)

シリーズ監修 奈良 勲、鎌倉矩子
編集 大内耐哉
B5 頁360 4,500円 [ISBN978-4-260-01984-2]

〈標準作業療法学 専門分野〉 精神機能作業療法学 (第2版)

シリーズ監修 矢谷令子
編集 小林夏子
編集協力 木村伊津子
B5 頁356 3,800円 [ISBN978-4-260-01942-2]

〈標準言語聴覚障害学〉 摂食嚥下障害学

シリーズ監修 藤田郁代
編集 熊倉勇美、椎名英貴
B5 頁324 5,000円 [ISBN978-4-260-01516-5]

今日から使える 特定健診・特定保健指導実践ガイド

編著 今井博久
B5 頁170 2,400円 [ISBN978-4-260-02090-9]

看護学生のための物理学 (第5版)

佐藤和良
B5 頁200 2,200円 [ISBN978-4-260-02051-0]

(1面よりつづく)

遅くなるほどロスも大きくなってしまふのではないかという不安もあるのですが。

岡田 最初から始めなくてはいけないと言っても、日本と米国で学べることは全く違うので、完全に振り出しに戻るといわけではないです。日本でしか学べないことも当然あるので、日本にいる間は日本でできることを一生懸命学んで、それから海外の違うやり方を学ぶのは非常にいい経験になります。

「いいとこ取りなんかできない」と言う人もいますが、全てをまねることは無理でも、海外から学べる部分はたくさんありますよ。それを知るには、やはり実際に経験してみないといけない。この先も医師としてやっていくなら無駄になる経験ってないと思うので、早くても遅くても、その経験が回り道になることはありません。

教育にお金をかけていて、指導医もたくさんいる米国ならではの経験もありますからね。

吉田 米国でしか学べないことはなんでしょうか。

岡田 プレゼンテーションを繰り返すことで、自分が今わかっていること、なぜそう考えたかを明確にすることを米国では大切にしています。この作業を怠ると、「何がわかっていないのか」がわからないままになってしまう。それは自分のためにも、治療を受ける患者さんのためにもよくないでしょう。

吉田 確かに、自分がどこまで理解しているかがわかっていないと、うまく説明することはできませんね。

岡田 はい。日本では最初のうちは外来を担当させてもらえないことも多いですが、米国では学生時代から担当します。全ての外来患者さんの診察をして、自分で方針を決めたところで、なぜそう考えたかを指導医の前で毎回プレゼンするんです。病歴聴取がきちんとできていなかったり、アセスメントが間違っていたりすると、全部修正がかかるわけです。

入院患者さんに対しても同様で、1年目のインターンは朝早くに来て、自分が担当している患者さんを診察します。その後2-3年目の研修医と指導医の前で自分の考えた方針について計2回プレゼンをして、そのたびに修正が入るので、自分の理解度を測ることができます。

“10秒”を惜しまない

吉田 研修医2年目に入り後輩を指導することも増えてきました。先生が教えるときに心掛けていることはありますか。

岡田 若い先生ができるだけ働きやすい環境を作ればと考えています。自分がこれだけやっているのだから、若い先生にも厳しく指導する、という態度ではありません。

実は仕事のストレスって量にはよ

なくて、「達成感」と、どこまで自分で仕事を決められるかという「融通性」によるんです。自分の立場が上になるほど融通が利くし、達成感も得やすくなるでしょう。だから、若くて融通があまり利かない人にストレスなく仕事をしてもらうには、無理に自分と同じ量の仕事を求めずに、少しでも達成感が得られるよう気に掛け、融通を利かせていい範囲も決めておきます。

吉田 個々の仕事に対する意欲によっても達成感は変わると思うのですが。

岡田 だからこそ意欲を高めるような接し方が大切で、僕は「若い先生たちが気持ちよく仕事や勉強をするには、どんな伝え方をすればいいだろう」と考えるようにしています。例えば、ただ論文を渡して「これ読んでおいて」と言うのではなく、少しだけ余計に時間をかけて、「この論文にこんなことが書いてあって面白かったけど、先生も読んでみる？」とか一言付け加えるだけでいいんです。

吉田 なるほど。伝え方が少し違うだけで、印象がだいぶ変わりますね。

岡田 下の先生が勉強しやすい環境を作るための、この10秒を惜しんではいけません。あとは、若い先生が知っていること、考えていることを先に言うってもらうことも大切です。こちらから全部指示を出してしまうと、向こうは待つようになってしまふし、僕たちも教えるばかりになってしまうので、結局どちらのためにもなりません。若い先生の意見を聞きながら、うまく正解にたどりつけるよう質問していくことが、教える側の役割かなと思っています。

キャリア選択の三つのステップ

吉田 専門を選ぶ際に悩む学生や研修医も多いと思います。先生は免疫が好きだったから今の道に進まれたというお話でしたが、選ぶときには何を大切にすればよいのでしょうか。

岡田 僕は三つのステップを大切にしています。一つめは自分の得意なものを見つけること。僕は大学に入ったときには脳外科医になろうと思っていたので、一生懸命脳外科の勉強をしていました。でも残念なことに、手先があまり器用ではなかったんです。それに外科は上の先生に直接教えてもらわなくてはならないので、ある程度自分で勉強できて、なおかつ手技の少ないものが自分には向いているなと考えました。

吉田 何が得意かを知るためには、やはり一通り勉強してみなくてはいいませんか。

岡田 ええ。そして、次のステップは得意なものの中から好きなものを選ぶことです。先に好きなものを選んではいけません。好きだとしても得意でないとならなくて、いつかつらくなってしまいます。

吉田 三つめのポイントは何でしょう。

岡田 人の役に立つものを選ぶことです。人の役に立つと、人から評価され

るでしょう。人って、他人に褒められたり、感謝されたりすることに喜びを感じるんです。

だから、得意で好きなことをしていても、人から評価されないと、結局幸せになれない。得意なものの中から、好きなものを選んで、さらにそれが人の役に立つかを考えるという順序です。ただ、医師の場合は、どの道に進んでも人から評価されるので、得意で好きなものであれば大丈夫ですね。

吉田 好きとはいえ、就業人口の少ない科に行くことに少し不安があります。

岡田 例えば米国だと、はやりすがすがしくあるし、どの科に進むかによって給料にも差が出ます。だから、その科に興味があるわけでもないのに、人が集まってくることもあるんです。日本はどの科になっても待遇や生活がそこまで変わるわけでもないで、好きな科を選んで損をすることはあまりありません。そこが日本のいいところですね。

それに、医療は日々進歩していて、状況は変わっていくので、たとえ今その科の人気のないとしても気にする必要はありませんよ。

吉田 ちなみに、先生が米国に行かれたころは、膠原病科の人気のどうでしたか。

岡田 当時膠原病科は新しい薬もないし、人気もなく、「なんでこんなことをやるの?」と言われてました。僕が一生懸命取り組んでいる疾患の一つが全身性エリテマトーデス(SLE)なのですが、米国ではSLEの患者さんの90%はアフリカ系アメリカ人なんです。経済的に恵まれていない患者さんも多くて、あまり尊敬される科でもなかった。でも僕は、膠原病の患者さんの診療をすることが好きだったので、そんなことは関係ありませんでした。今では新しい薬ができて、治療の選択肢も増え、志望する人も増えているでしょう。そういうふうには、状況は変わっていくものなんです。

得意で好きなことであれば、くじけることはない

吉田 そうしてアレルギー/リウマチ・膠原病の道を選ばれたわけですが、今はいかがですか。

インタビュー 岡田先生についてはアレルギー/リウマチ・膠原病のビデオ学習教材を終えてで学生のころから存じ上げておりましたが、実際にお会いしてみると、その気さくな人柄にたちまち心惹かれました。収録は始終和やかなムードで進み、一般的なことから紙面には載せられない裏話まで、幅広いお話をさせていただきました。

中でも印象に残っていることは留学への勧めです。分野によっては医学的に日米の差がほとんどないと言われていたのですが、それでも留学を勧める先生の言葉の裏には、医師として忘れてはならない飽くなき探究心があるのだと感じました。

また医師として自分の仕事を楽しむことの大切さを学びました。医療が好きで自分の仕事をするからこそ、窮地に立たされている患者さんを救うことができるのだと実感しました。岡田先生がなぜ多くの学生や研修医のロールモデルとなっているのかを垣間見ることができたインタビューでした。(吉田常泰)



岡田 毎日楽しいですよ。アレルギーや膠原病って患者さんによる個人差が大きくて、治療にさじ加減が必要なんです。だから、担当する医師の技量によって差が出るので、自分のがんばり次第で患者さんや患者さんのご家族の生活が変わることにとっても責任とやりがいを感じます。

アレルギーや膠原病って慢性疾患でしょう。救急医みたいにしてその場で患者さんの命を救う科ではない。でも、医師がちゃんと治療できないと、その患者さんの生活が台無しになってしまうんですね。膠原病科は患者さんの命ではなく、「生活そのもの」を救う科だと僕は思っています。

吉田 他の専門を選べばよかったとか、やめたいと思ったことは……。

岡田 全然ありませんでした。学生さんのとき、免疫学者でノーベル生理学・医学賞の受賞者でもある利根川進先生の講演を聞く機会がありました。そのとき「どうしてそんなにがんばれるのか」と質問した人がいたんです。先生は、「好きなことをやっているんだから、がんばれて当然でしょう」と(笑)。僕もそう思います。

得意で好きなことをやっていれば、絶対にくじけることはないです。もともと得意だから、他の人より上達しやすいはずだし、上達すれば周りからも評価される。好きなことだから、楽しくやっています。「この科のほうが、経済的にいいかな」とか、「今はこの科がはやっているかな」とか余計なことを考えて、得意じゃなかったり、好きじゃなかったりするものを選んでしまふと、やっぱり達成感がなくなってしまふ。だから、将来について考える学生さんや研修医の先生には、一生の仕事として後悔しないようにこれからの道を選んでほしいです。

吉田 ありがとうございます。(了)

アレルギー診療の場における順序に沿った病態の解説が的確な診断・治療を導く 医学書院

レジデントのためのアレルギー疾患診療マニュアル 第2版

岡田正人 聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center・センター長

●A5 頁440 2014年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02034-3]

プライマリケア医にとって、アレルギー疾患の診療の重要性は近年とみに増している。最新のevidenceに基づき、「全身をよく診察する」という診療の大原則に則り、実際の診療の場で順序に沿って病態を解説することで診断を的確に下すことができる。また、治療目標とタイミング、調整時期やその決断のためのフォロー方法なども具体的に示した好評書の待望の改訂版。

寄稿

主治医意見書の記載時のポイント（後編） 書き方を「よくある失敗」から考える

井藤 英之 飯塚病院総合診療科

本稿では、前回（第3095号）の基礎知識編からステップアップし、実践的な主治医意見書の書き方について述べる。記載時に重要なのは、表内の①—⑦であると考えられる。何も知らないで書き始めるとやりがちな失敗を挙げつつ、記載時のポイントを紹介したい。

介護の負担になる症状を優先的に挙げる

◆①でよくある失敗

⇒重症度の高い疾患名、医学的に見て印象の強い疾患名を優先してしまう

医師であれば、重症度の高い疾患名を挙げてしまうのは、ある意味では当然かもしれない。しかし、主治医意見書においては、「重症度」ではなく、「介護負担にかかる度合い」を重視したい。

例を挙げよう。医学的側面から見た重症度の順では「1. 急性腎盂腎炎、2. 糖尿病、3. 神経因性膀胱」である患者さんがいたとする。しかし、もしその方に認知症もみられているのであれば、主治医意見書の記載順は認知症を一番に記載するほうがよい。さらに言うと、神経因性膀胱も家族による導尿が必要になり得る点を踏まえ、上位に書き直す必要がある。つまり、介護負担の大きさを考慮すると、「1. 認知症、2. 神経因性膀胱、3. 糖尿病」と記すことになる。

主治医意見書を書き慣れた者にとって、認定を受けるという観点から最も影響力のある疾患は「認知症」なのはよく知られたことであろう。介護負担の大きい認知症であればそれだけで、要介護1以上と認定されることも多いのだ。

◆①記載時のポイント

⇒介護を行う上で負担になる疾患名を優先する（例：認知症・廃用症候群 etc.）

「進行性」を見る

◆②③でよくある失敗

⇒現状の評価を記載してしまう

「安定性／不安定性って何を書けばいいのかわからない」とよく聞く。②は「症状やそれによるADLの低下が、長期間一定程度を保てるのか、あるいは進行性に悪くなるのか」を、③は「近い将来にどのようなサポートが必要になり得るか」を記載する欄と理解するといいい。例えば、漸進する歩行困難が見られ、ポータブルトイレの設置を要するケース、栄養状態の悪化が進みつつあり、除圧マットや医療介護ベッドを要するといったケースが考えられるだろう。

●表 主治医意見書における記載の必要項目

※下線、丸数字は本稿で取り上げている項目

1. 傷病に関する意見

- 1) 診断名……①
- 2) 症状としての安定性……②
- 3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾患の経過及び投薬内容を含む治療内容……③

2. 特別な医療

※処置内容、特別な対応、失禁への対応

3. 心身の状態に関する意見

- 1) 日常生活の自立度について
- 2) 認知症の中核症状
- 3) 認知症の周辺症状……④
- 4) その他の精神・神経症状……⑤
- 5) 身体の状態

4. 生活機能とサービスに関する意見

- 1) 移動
- 2) 栄養・食生活
- 3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態と対処方針
- 4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
- 5) 医学的管理の必要性……⑥
- 6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
- 7) 感染症の有無

5. 特記すべき事項……⑦

※主治医による医学的な意見など自由記述欄

また、前回解説したとおり、介護保険の認定を受けるまでの期間中、病状からその期間を待つことが難しいと考えられるケースでは、暫定の評価で認定を受けることができる。この際の暫定認定の可否こそ、「安定性／不安定性」の記載の有無・内容が考慮に入れているのだ。

特に患者さんに悪性腫瘍があったとして、それが「末期」の状態であれば、その点まできちんと明記することを勧めたい。「末期悪性腫瘍」と記載することでより多くのサポートを要すると示すことができ、暫定の認定によるスムーズなサポートの実現につながる。

◆②③記載時のポイント

⇒疾病のため、ADLが進行性に低下していくのか、どんなサポートをするのかを記載する

精神症状がもたらす負担の大きさを考えて

◆④⑤でよくある失敗

⇒認知症の有無で判断する

認知症でなくても認知機能の低下がみられるのであれば、その点をきちんと記載することが大切だ。実際、認知機能が低下していると介護負担は軽いものではなく、患者の退院後のQOLをも左右しかねない。

また、精神疾患についても考慮したい。高齢者の場合、認知症以外の精神疾患名があれば、認知症と同様、それだけで「要介護」とされることも多いようだ。それほどまでに介護負担の大きなものとして考えられているので、確実に記載すべきである。

◆④⑤記載時のポイント

⇒高齢者の認知機能の低下、精神症状や認知症以外の精神疾患名は、「認知症」と同格に扱われるのできちんと記載する

サービス利用の有無を迷うほどであれば、マークする判断も必要

◆⑥でよくある失敗

⇒医学的管理の必要性を確信できないのでノーマーク

⑥は、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問歯科診療、短期入所療養介護など、必要性の高いサービスにチェックする項目だ。この部分の記載内容は介護認定の決定に直結することは少ないが、患者さんの今後のケアプランを立てる上では重要な項目となる。

ただ、主治医意見書の作成時点で、必要性の高いサービスに正確に言及できるかということ、それは難しい。実際に自宅での生活を開始した上で、施設サービスの利用や、どのような職種かの訪問が必要かを見極めていくケースも少なくないだろう。判断が難しい場合もあると思うのだが、語弊を恐れず言えば、「迷うほどであればマークしてよい」と筆者は考えている。特に近い将来、訪問診療の必要性を感じたならば、訪問リハのマークは必須だ。

◆⑥記載時のポイント

⇒迷った場合はマークする

実生活と疾患との関連付けがポイント

◆⑦でよくある失敗

⇒医師間での紹介状のような文章を書いてしまう

主治医意見書の中で最重要ポイントなのでここは丁寧に説明したい。

まずよくある失敗は、入院中の経過や病状のことを医師間で取り交わす患者紹介状のように記載してしまう点だ。一つ例を挙げたい。

●井藤英之氏

2010年奈良医大医学部卒。阪大病院で初期研修後、12年より現職。関西エリアの若手医師の集団、関西若手医師フェデレーション主催のショートプレゼンテーション大会（「チキチキ kan-fed 小ネタ集」）で扱ったことを機に、本稿のテーマに関心を持つ。将来は、日本独自の外来・病棟・救急対応できる総合診療医をめざす。

悪い例

複雑性尿路感染症で入院となった。抗生剤静注を14日間行い、発熱などない状態で自宅退院した。糖尿病はインスリン・内服薬でコントロール良好であった。入院により運動器不安定症を生じ、入院中はリハを施行し、自宅退院可能となった。本人・家族が介護保険導入を希望されたため、介護保険申請を行った。

これでは、きちんと介護の負担を認識することができない。

この項目で重要なのは、患者の抱える疾患と、今後送るであろう実生活の様子を関連付けることだ。「介護にどの程度の負担がかかるか」「どのようなことがリスクとなり得るか」の情報を盛り込む必要がある。記載に際しては、自宅の生活環境を問診で聴取する他、場合によっては訪問調査（病院によって、リハスタッフが調査に行ったりするはずだ）を行い、住宅の段差・通路、ベッドからトイレまでの距離などを調べた上で記載できるとなお良い。これらを踏まえると、「悪い例」は下記のように書き直せる。

良い例

簡単なコミュニケーションはとれるが認知症があり、ADLは半介助の状態。同居は高齢の妻のみで、見守りや介助がない日常生活に危険を伴う。今回の入院中も病棟徘徊があり、転倒歴がある。また糖尿病もあり、内服・インスリン注射の必要があるが、自己管理は困難で、過剰内服から低血糖を生じるリスクも高いと考える。さらに、排尿障害からの複雑性尿路感染症を生じている。薬剤コントロールをしているが、残尿もあり、自宅で導尿や尿道カテーテル留置管理を行うことになる可能性も高い状態。今回の入院の影響で筋力低下もみられ、今後ADL低下が進行する可能性もある。これらの改善・予防のためには介護サポートが必要な状態である。

◆⑦記載時のポイント

⇒介護の負担の度合いや、あるいは介護がない場合には生命の危険が生じ得ることを具体的に記す（内服コンプライアンス、転倒リスクや患者の体格まで考慮する）

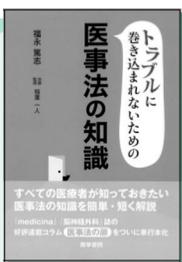
以上、前後編にわたって主治医意見書の記載時のポイントについて解説してきた。「患者・家族が必要とする介護を受けられるような、主治医意見書を書ける」。これは主治医として患者さんの生活をどれだけ考えられるかであり、極めて全人的な視点を要するものではないだろうか。適切な主治医意見書が書かれることを通し、全ての患者・家族が、笑顔で退院後の生活を送れるようになることを願うばかりだ。

すべての医療者が知っておきたい医事法の知識を簡潔に解説

トラブルに巻き込まれないための医事法の知識

すべての医療人に向けた、医療紛争に巻き込まれないために知っておくべき法律知識の解説書。臨床医の目線で日常診療上注意すべき法律50項目を選び、具体的な判例を交え、1項目につき3ページ程度で分かりやすく噛み砕いて解説。「medicina」「脳神経外科」誌の好評連載コラム「医事法の扉」の単行本化。

著 福永篤志
国家公務員共済連合会立川病院脳神経外科医長
法律監修 稲葉一人
中京大学法科大学院教授／
久留米大学医学部客員教授



日常診療に必要な広範な知識を1冊に。日本消化器病学会監修による信頼できる情報源

消化器病診療 第2版

消化器疾患の概念、疫学、発症機序、診断、治療等を各領域のエキスパートが簡潔に解説。日常診療のさまざまな場面を想定し、症候の捉え方から、検査・治療の手法、手術の概要、癌化学療法の実際、患者説明のポイントまで、消化器病診療で必要とされる広範囲の知識・情報を1冊にまとめた。日本消化器病学会監修による信頼できる情報源。

監修 一般財団法人日本消化器病学会
編集 「消化器病診療（第2版）」編集委員会



モヤモヤよさらば! 臨床倫理 4分割カンファレンス

生活背景も考え方も異なる、さまざまな人の意向が交錯する臨床現場。患者・家族・医療者が足並みをそろえて治療を進められず“なんとなくモヤモヤする”こともしばしばです。そんなとき役立つのが、「臨床倫理」の考え方。この連載では初期研修1年目の「モヤ先生」、総合診療科の指導医「大徳先生」とともに「臨床倫理4分割法」というツールを活用し、モヤモヤ解消のヒントを学びます。



第11回 患者からの贈り物、どうしたらいい?

川口 篤也 勤医協中央病院 総合診療センター 副センター長

(看護師とモヤ先生がなにやら心配そうな顔で話し合っている)

モヤ先生 どうしたの?

大徳先生 (看護師I) あ、大徳先生。実は、Tさんから手作りのお菓子をもらってしまって……。

モヤ先生 僕が担当している患者さんなんです。僕にも菓子折りを渡そうとしたことがあって。断ったら押し問答のようになってしまい、それからちょっと気まずい雰囲気、面倒なんです。

大徳先生 ……こういうときって、どう対応したらいいんですか?

モヤ先生 4分割で、取り上げることはできませんか?

大徳先生 ……こういう問題は、必ずしも臨床倫理4分割を使って話し合うことではないんだけど。複数の職員にかかわる問題のようだし、ちょうどカンファレンスの時間があいてるから、そこで話し合ってみようか。

①医学的適応

モヤ先生 Tさんは65歳女性、糖尿病の血糖コントロール目的に入院中です。コントロールは良好で教育プログラムも積極的にこなして、来週退院予定です。

②患者の意向

モヤ先生 Tさんの入院時も私が担当したんですが、その際も菓子折りを持参

モヤモヤQ 糖尿病のTさん(65歳・女性)。心情に配慮して、手作り菓子を受け取るべきか、一律に断るべきか?

カンファレンス参加者
モヤ先生 大徳先生(司会) 看護師長 看護主任 看護師I

①医学的適応 善行と無危害の原則
#1 糖尿病……HbA1c 8.5%。夫が亡くなってから、手作り菓子を自分で食べるようになり体重が増加。ここ5年ほどで悪化してきた。入院後血糖コントロール、糖尿病の疾病理解は良好

②患者の意向 自律性尊重の原則
・病院の職員の態度・説明がよく、糖尿病治療に前向きに取り組もうと思っている
・病院職員に感謝している

④QOL 善行と無危害と自律性尊重の原則
①②③を踏まえ、患者のQOLを最大限向上させるには?

③周囲の状況 忠実義務と公正の原則
・一人暮らし
・夫が4年前にがんで死亡、子どもはいない
・自作のお菓子を食べてくれる人もいない

Next Step ④の実現のため、「誰が」「いつまでに」「何を」するか?

して、皆さんでどうぞと言われたんです。

大徳先生 (看護師長) 当院は患者からの贈答品は一切受け取らないという決まりがありますから、それは私から説明して断らせていただきました。

モヤ先生 僕も、1対1での病状説明の際に菓子折りを勧められたので断ったんです。そしたら、「外来受診時の先生、看護師さんなどの説明や対応が素晴らしくて入院する気になったんです。おかげで糖尿病のことを理解して、こうして入院して治そうと思えましたし、感謝の気持ちでいっぱいなんです」と言って全然諦めてくれなくて……。

大徳先生 「病院の規則で決まっているので受け取れません。もしもらったら、自分は辞めさせられるかもしれません」と少し強い口調で言っていました。それから、少し気まずい感じになっています。

モヤ先生 なるほど。今回Iさんが受け取ったのは、どういう経緯ですか?

大徳先生 実は先週末、外泊から帰ってきたときに、手作りのお菓子を持ってきたんです。「もともと菓子作りが好きだけど、自分は糖尿だからもう食べられないし、食べてくれる人もいない。受け取ってくれないなら捨てるだけです」と言うので、主任とも相談して今回は例外ということで、受け取ったんです。

③周囲の状況

大徳先生 (看護主任) 4年前に、同い年の夫をがんで亡くされています。定年後、やっと一緒に過ごせると楽しみにしていた矢先のことだったようです。子どもはいないので、夫のためによく作っていたお菓子を自分で食べるようになり、体重が増えていったみたいですね。夫が入院していた病院では菓子折りを持っていくのは当たり前だったので、今回の入院でも当然のごとく持ってきたそうです。

モヤ先生 (知らなかった。Tさんにとってはお菓子作りが生きがいなのかも)

大徳先生 病院のポリシーも理解していたようですが、今回Iさんにとってもよくしてもらったからと、純粋な感謝の気持ちで、外泊時にお菓子を作って持ってきたみたいです。

モヤ先生 純粋な気持ちからですし、手作りのものを持ってきてしまっているの、例外的に認めたのです。

大徳先生 ふむふむ。それで一応解決を見た。

モヤ先生 それが……Tさんと同室のOさんがどこからか聞きつけて、菓子折りを買ってきてしまったんです。もちろん断りましたが、「Tさんからはもらって、自分からのお菓子はもらえないのか?」と一時、ピリピリしたムードになりました。それで「今後は、Tさんのような状況でもお断りする」と、Oさんの家族も交えて説明してなんとか納得していただいた次第です。

④QOL

モヤ先生 あの……。もし自分がIさんの立場だったら、作ってきてくれた気持ちも十分伝わるし、自分がもらわないと捨てるしかないかもしれないし、断るのは難しいです。何よりTさんにとっては、お菓子を受け取ってあげることがQOL向上になる気がするんですけど……。

大徳先生 正直でいいですね。ただ、モヤ先生、そもそも、なぜ医療者は患者個人から診療報酬以外のお金などを期待してはいけないし、もらって喜んではいけいんでしょう。

モヤ先生 えっと、利益供与を受けた人にだけ手厚いケアをしたり、対応に差をつけてしまうかもしれないからです。

大徳先生 そうだね。それは、医療倫理で守るべき「公正の原則」に大いに反しているし、医療者皆が自分の私的なメリットを優先したら、医療の質はどんどん低下して、結果的に患者さんのQOLを損ねることになるでしょう。

モヤ先生が、Tさんを思う視点はとてもいいと思います。でも、現金や買ったお菓子はダメで、手作りのお菓子はいいのかなど、線引きはなかなか難しい。それにそういう差をつけたことで、Tさんは喜んで、Oさんが悲しむことになるかもしれないよね。

大徳先生 (そうか。患者さん個人だけでなく、周りの人皆のQOLをよくすることを考えないといけないんだ)

モヤ先生 今回の件で気付きましたが、一切贈り物などを受け取らない、という病院のポリシーが、患者に十分に伝わっていないように思いました。そこはもっとアピールする必要がありそうです。誰の目にも入るよう院内に掲示したり、ホームページやパンフレットに載せたり……。

大徳先生 でも、病院によっては当たり前のように贈り物の授受があったりしますし、「あの人が渡してるから、自分

も渡さない」と思い込んでしまうこともあるでしょうし、そういう風土や文化的なもの、根強い気がして、悩みます。

大徳先生 こういうことで悩まずに済む環境になるのが一番いいのかもしれませんが……私もいつも、どんな対応がベストか、モヤモヤしながら判断しています。

モヤ先生 (えっ、大徳先生も)

大徳先生 現状では個人や一施設の取り組みでは限界があることも確かです。学会や病院間で協力するなどして、働き掛けをしていく必要があると思います。

Next Step

モヤ先生 Tさんにはあらためて、感謝の気持ちは十分伝わっているの、贈り物をご遠慮いただくよう伝えます。また、院内掲示等の充実を管理部に提案します。

大徳先生 Tさんにはとてもおいしかったと伝えます! Tさんさえよければ、病院の向かいにあるデイサービスに、ボランティアでお菓子を作ってきてもらえるよう勧めようかと思えます。

モヤ先生 それならTさんも喜んでやってくれそうですね。

大徳先生 僕は……えー、偉くなって、患者も僕たちもそのようなことで悩まなくてもよい世の中を作ります!

モヤ先生 大きく出たねえ(笑)。頼んだよ。

モヤ先生、最初は単に気まずくて面倒なだけだったのが、Tさんの思いもわかって、モヤモヤしていましたね。この問題には絶対的に正しい解があるわけではありません。もちろん期待してはいけないし、患者さんも渡すのが当たり前と思てはいけない。現金やあまりに高価な品は断るべきでしょう。でもそうでなければ、その都度文脈依存的に決めているのが正直なところではないでしょうか。医療者が皆モヤモヤするこの話題、モヤ先生も大いにモヤモヤしてよいんです。この世はモヤモヤにあふれているのですから。

モヤ先生のつぶやき
大徳先生でもモヤモヤするなら、僕がモヤモヤするのは当たり前だな。その都度ベストと思える選択ができるよう、成長していくぞ!

臍帯血移植の現在をまとめ、未来を見据える

臍帯血移植の基礎と臨床

2014年より造血幹細胞移植推進法が施行された。わが国における非血縁者間臍帯血移植は、骨髄移植や末梢血幹細胞移植と並び造血幹細胞移植法の1つとして確固たる地位を確立している。本書は、胎盤の発生・構造・機能から胎生期の造血、臍帯血中免疫細胞の特性などの基礎医学から、細胞採取・分離・保存法、小児・成人に対する移植成績といった臨床編、再生医療を含む新たな試みまで、臍帯血移植の現在と未来を1冊に凝縮した。

監修 浅野茂隆 東京大学名誉教授/早稲田大学名誉教授
谷口 克 理化学研究所統合生命医科学研究センター免疫制御戦略研究グループ・グループディレクター
編集 東條有伸 東京大学医学部附属病院・先端医療研究センター・分子遺伝学
谷憲三朗 九州大学病院教授・先端分子・細胞治療科
高橋 聡 東京大学医学部附属病院・先端医療研究センター・分子遺伝学
幸道秀樹 東京都立多摩総合医療センター・血液内科/東京都立中央病院血液科部長

解剖・手術の3D画像/動画を多数収録、側頭骨の3次元構造を体得

耳科手術のための 中耳・側頭骨3D解剖マニュアル [DVD-ROM付]

京都大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科が行っている手術解剖実習コースのマニュアルをベースにして、耳科手術を安全に行うために必要な局所解剖を解説する。中耳・乳突腔から内耳・内耳道・頭蓋底に至る領域をカバーし、通常操作することのない内耳の微細構造も示した。多数収録された標準写真、手術映像は、通常の2Dだけでなく3D(アナグリフ)でも表示。精細な写真・動画により解剖を正確に理解することができる。

監修 伊藤壽一 京都大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科・頭頸部外科 教授
編集 高木 明 静岡国立総合病院頭頸部・耳鼻咽喉科 部長
平海晴一 京都大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科・頭頸部外科 助教

広く、奥深い診断推論の世界。臨床現場で光る「キーワード」を活かすことができるか、否か。それが診断における分かれ道。

診断推論 キーワードからの攻略

監修◆山中 克郎
藤田保健衛生大学救急総合内科教授
執筆◆田口 瑞希
藤田保健衛生大学救急総合内科

第11回……泣き叫ぶ女性、その真相は!?

症例 36歳、女性。「数時間前から、急に訳のわからないことを言って泣き叫んでいる」と、家族が救急要請。救急隊の接触時、意味不明のことを言って泣き叫んでおり、意思疎通困難。バイタル測定もままならず、何とか身体を抑えてストレッチャーに固定した上、救急車に収容したという。

当院搬入時も意味不明な言動があり、意思疎通ができない状態。診察、検査もままならなかったため、何とか抑えつけるようにして静脈路を確保し、ミダゾラムで鎮静。患者が落ち着いたところで診察を開始した。

身体所見、神経学的所見、採血、X線、心電図、頭部一骨盤部CTを施行するも、明らかな異常を認めなかった。妊娠反応も陰性。脳炎も疑い、髄液検査、頭部MRIを施行したが、ここでも異常所見を認めなかった。鎮静が浅く

なると再びせん妄状態になってしまうため、鎮静は継続。経過観察目的に入院となった。

家族から話を聞くと、3年ほど前からよく腹痛を訴えるようになり、近くの病院の内科、外科、婦人科などを受診しており、いずれも「検査では異常がない」「原因不明」と言われていたようだ。大学病院にも紹介され、受診していたが、そこでも原因はわかっていなかった。

2年前には激しい腹痛の訴えがあり、救命センターに搬送。諸検査を施行した結果から明らかな異常は認めなかったものの、痛みの訴えがあまりにも激しいため、試験開腹術を受けた。しかし、開腹所見でも異常を認めなかったという。その後もたびたび腹痛を認め、近くの病院を転々としたがいずれにおいても「異常がない」と言われていた。当院にも何度か腹痛を主訴に受診歴があった……。

【既往歴】 不安神経症、2年前に原因不明の急性腹症で開腹歴あり、妊娠・分娩歴なし

【内服薬】 ソラナックス® 0.4 mg 不安時頓服

【生活歴】 たばこ (-)、酒 機会飲酒

【来院時バイタルサイン】 体温 36.2℃、血圧 146/82 mmHg、心拍数 110回/分、呼吸数 32回/分、SpO₂ 100% (room air)

【来院時意識レベル】 せん妄状態

【来院時身体所見】 眼瞼結膜：貧血 (-) 黄染 (-)、顔面：苦悶様、頸部：圧痛 (-) 甲状腺腫大 (-)、頸部リンパ節触知 (-) 頂部硬直 (-)、肺野：呼吸音 清、心音：雑音 (-) 整、腹部：下腹部正中に手術痕あり 平坦/板状硬 圧痛の局在ははっきりしない、四肢：浮腫 (-) チアノーゼ (-) 皮疹 (-)

…………… { 可能性の高い鑑別診断は何だろうか? } ……………



キーワードの発見 ▶▶ キーワードからの展開

患者が意味不明のことを言って泣き叫んでいる——。誰しも好んで遭遇したくない場面であろう。本症例の患者は、不安神経症の診断を受けているようだが、それ以前にこうしたせん妄状態になったことはないようだ。経過としては急性の発症であるため、「急性な意識の変容」ととらえることができるだろう。その際に想起すべき疾患を表に挙げる。本症例では、これらの疾患を想起しながら検査を進めるも、特に異常を認めなかった。そうすると、やはり「⑦精神疾患」ということになるのだろうか……。精神疾患と診断する前にもう一度病歴を振り返ってみよう。

数年前から原因不明の腹痛を繰り返しているとわかる。腹痛を診る際は、腹痛の性状をしっかりと聞くことから始める必要がある。意識が正常に戻ってから患者本人に聞くと、「腹痛は大体は突然発症で、部位は下腹部のことが多いが、上腹部が痛いこともある。痛みには波はなく持続痛で、下痢や嘔吐は伴わない。増悪因子としては、飲酒した翌日や仕事で疲れた翌日に痛くなることが多い」という。痛みが強いときにはのたうち回るような痛みで、実際に2年前、原因不明の急性腹症として緊急試験開腹術まで受けている。このような情報が得られたものの、通常の

検査から異常は認められない。一体、何が原因なのだろうか……。

この患者の経過には続きがある。入院翌日に鎮静を中止、鎮静が覚めると精神状態はすっかり落ち着いていた。昨日のことを聞いてみると「全く覚えていない」という。脳波検査でも異常を認めず、精神科に診察を依頼したが、現時点では異常を認めないと、「ヒステリーやパニック障害の疑い」で精神科外来フォローで帰宅となった。しかし、数週間後、今回と同じようにせん妄状態となり当院へ救急搬送。そして同様の経過をたどり、数日後には精神状態は正常に戻っていった。

思い悩んだ担当医は、ここでひとつの疾患の可能性に気が付き、ある検体検査を施行。数日後に届いた検査結果を見て、ついに診断に至ることとなる。



最終診断と+αの学び

◆精神疾患に誤診されがちな「あの疾患」
腹痛も精神症状も反復性で、通常の検査ではまったく異常がない。発作の間欠期にはまったく症状がなくなってしまう。それが今回の患者の特徴であり、悩ましいところと言えよう。

ただ、「腹痛+精神症状」で思い当たる疾患はないだろうか。意識障害の鑑別疾患の覚え方である“AIEUOTIPS”のPにおいて、「Psychogenic (精神疾患)」の他にもうひとつ挙げられる疾患。なかなかお目にかかることのない、

“あの疾患”である。今回、担当医の気付きから測定に至ったのは、尿中ポルホピリノゲンだ。その結果は予想通り、高値を示した。やはり本症例は、あの疾患だ!

【最終診断】 急性間欠性ポルフィリン症 (Acute intermittent porphyria)

酸素と結合するヘムの合成に関与する酵素異常によってポルフィリン体が過剰となる代謝疾患であり、常染色体優性遺伝を示す。ポルフィリンの過剰産生が肝細胞で起こるか、造血幹細胞で起こるかによって肝性と骨髄性(赤芽球性)とに分類される。臨床的には症状の違いにより、急性神経症状を主徴とする急性ポルフィリン症と、皮膚光線過敏症を主徴とする皮膚ポルフィリン症の2つに分類することもできる。北欧に比較的多いとされているが、難病情報センターの記載によれば1920—2011年までで、本邦においても累計約950人の患者が報告されている(遺伝性ポルフィリン症としての総計)¹⁾。まれな疾患である点や、通常の検査で異常を認めない点を踏まえると、見逃されている患者も多いと考えられている。

症状でもっともよく見られるのは腹痛で、嘔吐、吐き気、便秘、下痢といった消化器症状を伴うこともある。不安、せん妄、痙攣といった精神症状を来すことも多い。代表的な発作誘発薬剤としては、バルビツール酸系薬剤、サルファ剤、抗けいれん薬、経口避妊薬、エストロゲン製剤などが知られる。診断には尿中ポルホピリノゲンの測定が必要であるが、非発作時には上昇していないことも多いため注意を要する。実際、今回の症例でも、精神症状が見られていないときの尿中ポルホピリノゲンは上昇していなかった。

なお、発作の急性期治療にはヘミン製剤が有効とされ、ヘミンとして3 mg/kgを1日1回、4日間点滴静注

する(1日当たりの製剤の投与量は250 mgを超えないように調整)。また、ブドウ糖の投与が発作を軽減すると言われており、10%ブドウ糖液でブドウ糖を少なくとも300 mg補う²⁾。

今回紹介したように、ポルフィリン症は、通常の検査で異常を指摘できないこともあり、疑うことができないれば診断に苦慮することになる。結果的に精神疾患と誤診されてしまうかもしれない。「繰り返す腹痛+精神症状」を診た場合には、鑑別診断に加えてみよう^{3, 4)}。



Take Home Message

・まれな疾患は常に疑わなければ、診断できない。

●参考文献

- 1) 中野創, 他. 遺伝性ポルフィリン症: 新しいガイドラインの確立. 難病情報センター. http://www.nanbyou.or.jp/kenkyuhan_pdf2014/gaiyo037.pdf
- 2) Anderson KE, et al. Recommendations for the diagnosis and treatment of the acute porphyrias. Ann Intern Med. 2005; 142 (6): 439-50. ⇒急性ポルフィリン症の診断と治療に関するレビュー。
- 3) THINK LIKE A DOCTOR. The New York Times. http://well.blogs.nytimes.com/2014/04/03/think-like-a-doctor-running-in-circles/?_php=true&_type=blogs&r=0
<http://well.blogs.nytimes.com/2014/04/04/think-like-a-doctor-running-in-circles-solved/>
⇒アメリカの臨床医であるリサ・サンダースが『The New York Times』紙に連載している記事のひとつで、ポルフィリン症が扱われた回(上が問題提示編、下が解決編)。読み物として面白くオススメ。なお、彼女は米国のテレビドラマ『Dr.HOUSE』の監修をしていることでも有名。
- 4) European Porphyria Network. <http://www.porphyrria-europe.org/01-for-patients/EN/acute-porphyrria.asp>
⇒ポルフィリン症について、市民向けと医療者向けに解説が掲載されている。

表「急性な意識の変容」から導くべき鑑別診断リスト

- ①脳血管障害……「片側の麻痺+意識の変容」を認めた場合に疑う。痙攣後のTodd麻痺のこともあるので要注意
- ②代謝障害……糖原病、アミロイドーシスなど、代謝産物の蓄積により意識の変容を認める。さまざまな代謝障害があるため、救急外来で診断することが困難なことも多い
- ③てんかん……痙攣後に一過性に意識の変容を認める。痙攣が確認されていれば診断に近付けるが、確認されていない場合には診断に苦慮するかもしれない
- ④髄膜炎・脳炎……「比較的急性の意識の変容+発熱」を認めた場合には疑うべき疾患
- ⑤肝性脳症・尿毒症……肝疾患、腎疾患の既往がある場合に疑う
- ⑥薬物中毒……あらゆる薬剤で、意識の変容を認める恐れがあるため注意する
- ⑦精神疾患……身体疾患の可能性を排除したら、精神疾患を疑ってみる

教科書としての完成度をさらに高めた、定評ある組織学の入門書

新刊 **ガートナー/ハイアット 組織学** 第3版
アトラスとテキスト
Color Atlas and Text of Histology, 6th Edition

▶アトラスでありながらテキストとしての内容も兼ね備えた、定評ある組織学入門書。最新の細胞生物学的・分子生物学的知見を踏まえテキスト部分の内容を大幅に追加・更新し、臨床関連事項の記述も充実。高画質の顕微鏡写真に立体的な色図を対比させたアトラス部分の構成は踏襲しつつ、組織病理写真が数多く追加され網羅性が向上。医学部のみならず臨床検査技術学科などコメディカルのテキスト、参考書としても有用。

監訳: 川上 速人 松村 譲児
定価: 本体9,500円+税
B5 頁540 図130 写真459 2014年
ISBN978-4-89592-788-8

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

全体像を掴みポイントがきっちり理解できる入門テキスト、大幅改訂!

新刊 **一目でわかる 臨床遺伝学** 第2版
Medical Genetics at a Glance, 3rd Edition

▶メンデルの法則から最新のヒトゲノムまでを網羅し、遺伝学が臨床にいかに関わるかという視点で、臨床遺伝学の全体像を包括的に俯瞰する入門教科書、10年ぶりの改訂。近年の遺伝学の進展を踏まえ内容を全面更新。テーマ別に章立てを再構成し、教則数、頁数ともに大幅に増加。今版より自己評価のための症例学習が追加された。医学部およびコメディカルの教科書として最適。また臨床家やコメディカルの知識の整理にも有用。

監訳: 古関明彦
定価: 本体3,800円+税
A4 頁240 図279 4色刷 2014年
ISBN978-4-89592-790-1

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

医学書院 AD BOX

各雑誌の広告媒体資料・目次内報を掲載しております。

医学書院ADBOX 検索

Medical Library 書評新刊案内

《精神科臨床エキスパート》 重症化させないための 精神疾患の診方と対応

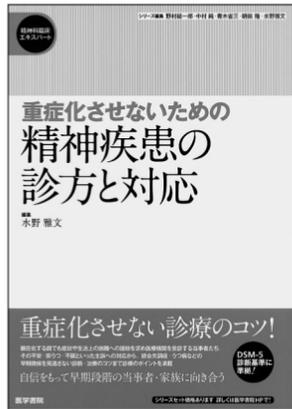
野村 総一郎, 中村 純, 青木 省三, 朝田 隆, 水野 雅文 ● シリーズ編集
水野 雅文 ● 編

B5・頁304
定価: 本体5,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01974-3

評者 樋口 輝彦
国立精神・神経医療研究センター理事長

国は「健康寿命の延伸」を健康日本21の目的の一つとし、さまざまな施策を展開している。健康長寿を実現するために最も大切なことは「病気の予防」であり「早期発見・早期治療」であろう。

精神疾患の「予防・早期発見・早期治療」を学ぶ



これは身体疾患だけでなく精神疾患にも当てはまる。病気の予防がいかに重要かについては、これまでも保健の観点からさまざまなメッセージが発信されてきた。しかし、メンタルヘルスの領域では、予防医学は概念的には受け入れられても、具体的に何をどうすれば予防につながるのか、早期発見に至るのか、その道筋が見えないところがあった。最近、早期介入をすることが病気の予後を改善すること、治療に至るまでの時間が短ければ短いほど治療効果が高いことなどに関するエビデンスが集積されてきたことから、漠然としていた「予防」が中身を伴って語られるようになってきた。

本書は以上のような今日的時代背景の中でまとめられた時宜にかなった書籍である。病気は突然始まるいわゆる急性の疾患(代表例は感染症)と、発症する前一定期間、前駆状態と呼ばれる非特異的な症状を示し、そのうちその疾患の本来の症状を呈する疾患に分かれるが、精神疾患の多くは後者に属

する。この前駆状態は疾患特異的でないため、注意が向きにくく早期介入が困難であった。しかし、本書ではこの時期(前駆期)に焦点を絞り、これまで積み重ねられてきたエビデンスを総説することで早期介入のプロセスを明示した。

本書は4部で構成されている。すなわち、第1部「早期段階の主訴・症候の診方と鑑別」、第2部「疾患別の早期段階における徴候、治療、対応」、第3部「精神科未受診例の早期発見と支援」、第4部「早期治療をめぐるトピックス」である。第1部は前駆状態の非特異的な症状の代表とも言うべき「不安」「抑うつ」「思考障害と減弱精神病症状」「不眠」「不登校とひきこもり」「希死念慮と自傷」を取り上げ、それぞれの臨床的位置付けと実際の診断・治療の流れが要領よくまとめられている。第2部は逆に疾患ごとの早期徴候、早期段階の治療がまとめられており、中でも臨床ケースの項は解説も含めて読むと早期徴候の内容がよく把握できる。第3部は医療の現場にまだ登場しない、学校や産業現場などに隠れている未受診例の早期発見と支援を扱っている。第4部は統合失調症の早期治療を指示するエビデンス、早期精神科治療の国際的ガイド

神経症状の診かた・考えかた General Neurologyのすすめ

福武 敏夫 ● 著

B5・頁360
定価: 本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01941-5

評者 岩田 充永
藤田保健大教授・救急総合内科

私はこれまで、walk-in から救急車までいろいろな経路でERを受診した方の救急診療を研修医と共に行っていました。神経疾患の比率としては脳血管障害、つまり画像で“答え合わせ”ができる疾患に非常に多く遭遇します。救急医を志した当初は、時間があるかぎり自分で診察して、病歴をとって、「この部位に病変があるのかな」と考えてから画像を撮り、神経内科医を呼んだときに、自分が行った診察と彼らが見たい所見とがどう違うのかを見ながら勉強するように、心掛けてきたつもりです。

神経内科プロフェッショナルの思考過程を学べる一冊

てくるかということなんですよ。Parkinson病セットとか、錐体外路セットとか、運動異常症セットみたいな感じで、所見のとり方を考えるのが面白い」と教えていただいたことを思い出しました。

読んだ後の感想は……。「そうそう、この症状からどの診察セットを出すか、専門医の思考過程を知りたかったんだよね!!」と本当に得をした気分になりました。

日常診療でよく遭遇する症状(ERではwalk-in受診に該当するものと感じました)から救急車で受診するような緊急性の高い症状まで「神経内科のプロフェッショナルはこんな風に考えていたんだ」と思考過程を学ぶことができます。第I編 第7章「『奇妙』な症状」を読んで、かつて「最近、うちのおじいさん、首が下がって元気がない」という受診にどうしたものか頭を抱えていたところ、たまたま通りかかった神経内科医が「これは典型的なアミトロ(amyotrophic lateral sclerosis; ALS, 筋萎縮性側索硬化症)ですね」と瞬時に診断した衝撃を思い出しました。また、第III編 第2章「画像診断のピットフォール」を読んで、「とりあえず画像検査」という安易な診療になっていた自分を反省する機会となったことは個人的には大きな収穫です。

しかし、神経内科医によっても所見のとり方が微妙に異なったり、神経内科の先生に笑われないように勉強しようと思って本を買っても、まるで所見のカタログではないかと思うくらいたくさん所見が載っていて、「神経診察を勉強するのも難しいものだなあ……」と途方に暮れ、いつしか「患者多数でER混雑」を言い訳に、ついつい「画像検査を行って、必要があれば髄液検査を行って……(結果がどうであっても)神経内科医に相談して……」という流れ作業のような診療になってきたことに気がきます。

そんな中で、福武敏夫先生が記された『神経症状の診かた・考えかた——General Neurologyのすすめ』に出合い目次を見たところで、かつて、米国で神経内科専門医として活躍の先生に、「神経内科の専門医は、どのように考えて診察を行っているのか?」と思考過程を伺ったところ、「神経内科専門医の資格をとるための神経診察の仕方のスタンダードが、ある程度決まっています、訴えからどのセットを出し

世の中に優れた臨床家はたくさんいると思いますが、彼らの頭の中(思考過程)をわかりやすく説明してくれる優れた書き手は多くいません。福武先生は、優れた臨床家と書き手の両方の能力を備えられた先生なのだと思います。今後も「臨床医の匠の技」をぜひ、私たち(出来の悪い)後輩医師に伝えていただきたいと心から願っています。

ラインの紹介、日本と海外の具体的取り組みの紹介、早期治療における臨床倫理の問題、早期介入のリスクとベネフィット、将来の研究の方向性など多岐にわたるトピックスを扱うが、この本の神髄ともいえる内容で満たされている。

最後に編集を担当された水野雅文先生の序論の最後の言葉が大変重要と思われるので引用させていただく。「早期介入の目的は健康人の医療化ではない。重症化させないアプローチをしっかりと身につけ、自信をもって早期段階の精神疾患に向き合いたい。」

「橋本市民病院 大リーガー医 育成プロジェクト」募集要項

- 1. 趣旨 橋本市民病院は、海外留学支援のノウハウを持つ日米医学医療交流財団と提携して、「米国にレジデント留学を希望する医師」を募集・助成します。
- 2. 応募資格
 - (1) 2015年4月1日以降に橋本市民病院(南海難波から45分)に赴任・勤務できる方
 - (2) 米国にレジデント留学を希望する医師で、橋本市民病院で内科医として勤務できる方
 - (3) TOEFL iBT80点以上の取得者(IELTSも可)、又は今後の努力で達成可能な方
 - (4) USMLEを既に取得しているか、または受験準備中の方
- 3. 募集人数 2名
- 4. 助成概要 ※原則として留学先は助成を希望する医師が各自で確保すること
 - (1) 橋本市民病院が医師を雇用し、留学派遣する
 - (ア) 助成を希望する医師は、
 - ① 留学前2年間は橋本市民病院に勤務し、内科診療に従事するとともに、初期臨床研修医を指導する
 - ② 留学終了後最低1年間は橋本市民病院に勤務し、内科診療に従事するとともに、初期臨床研修医を指導する
 - (イ) 橋本市民病院は
 - ① 留学前2年間及び留学終了後最低1年間は、助成を受けた医師を橋本市民病院の正職員として雇用し、その給与規定に基づき給与等を支給するとともに、その福利厚生制度を適用する
 - ② レジデント留学中の3年間は休職(無給)とし、年額300万円の海外留学奨学金を別途助成する
 - (2) 日米医学医療交流財団は
 - ① このプロジェクトにより海外留学する医師の公募の窓口となる
 - ② 海外留学する医師の選考を担当する
 - ③ 留学生のための留学準備、留学中の支援をする
- 5. 提出書類
 - ① 申込書・履歴書
日米医学医療交流財団のホームページの「申し込み用紙ダウンロード」の中の「助成要項A項申し込み」から「JANAMEF A-1」「JANAMEF A-2」「履歴書」をダウンロードして、

- それに記入・提出して下さい。また、履歴書の記入は和文とし、写真は、証明用として最近3ヶ月以内に撮られたものとします
- ② 卒業証書のコピーまたは卒業証明書
- ③ 医師免許証のコピー(縮小コピー可)
- ④ USMLE/Step1・Step2CS等の合格証をお持ちの方はコピーを提出して下さい
- ⑤ 英語能力試験(TOEFLまたはIELTS)の点数通知書をお持ちの方はコピーを提出して下さい
- PDF書類はそのままタイピングしてプリントアウトして提出してください。書類はタイピングしたものを、ご提出願います。
- 6. 募集締切 2014年12月26日(金) 必着
提出先は、橋本市民病院事務局総務課
(〒648-0005 和歌山県橋本市小峰台2-8-1 TEL0736-34-6123)
- 7. 選考方法 選考委員会が書類審査並びに面接の上、採否を決定します。
- 8. 選考日
 - ① 日時: 2015年1月(日時の詳細未定)
 - ② 場所: 日米医学医療交流財団事務所(東京都文京区本郷3-27-12-6F)
- 9. 選考結果の通知 応募者本人宛にメール及び郵便により通知します
- 10. その他(助成概要に記載されたもの以外の医師の義務)
 - ① 橋本市民病院に勤務開始後、留学準備報告書(JANAMEF NEWSやホームページ掲載用)を提出すること: 年2回
 - ② レジデント留学開始後、研修報告書(JANAMEF NEWSやホームページ掲載用)を提出すること: 年2回
 - * ①②は日米医学医療交流財団の指定の様式で、A-4サイズ(40字×30字位)1枚・日本語とします。
 - ③ 留学決定後に日米医学医療交流財団の賛助会員に入会すること
- 11. 問い合わせ先
公益財団法人 日米医学医療交流財団 事務局
Tel 03-6801-9777 E-mail janamef1988-info@janamef.or.jp
又は 橋本市民病院 事務局
Tel 0736-34-6123 E-mail shomu@hashimoto-hsp.jp

レジデントのための血液診療の鉄則

岡田 定 ● 編著
樋口 敬和, 森 慎一郎 ● 著

B5・頁336
定価: 本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01966-8

【評者】大屋敷 一馬
東大主任教授・血液内科

血液と聞くと、初めから苦手意識を持ち、すぐに血液専門医を探るか、総合病院にと思っている医師も多い。これは半分は正しいが、半分はとにかくわからず、血液診療の楽しさを味わえないという気持ちがあるからではないだろうか。本書は、そんなとっつき難いと思われがちな血液疾患について段階的に理解できるように工夫されている。章立てとして、病棟編、一般外来編、救急外来編に分けられているが、対応の異なる状況における血液診療がうまく分類され、興味を継続させてくれる。一般外来編では主に鑑別診断を含む見逃さない診断に重きが置かれている。救急外来編ではしばしば経験するような緊急対応についてうまくまとめられている。また、それぞれの項目は常に全身的なアプローチから見て、血液疾患を俯瞰的に把握するという内科の鉄則にのっとっている。

個々の疾患にはポイントとも呼ばれるような小見出しが鉄則としてまとめられ、実際の症例提示へとつながり、

血液診療の楽しさを味わえ 段階的に理解できる書

POS から診断・検査、治療と説明、副作用と有効性などまで Q and A の形で書き進められている。本書では2色刷であることに加え、拡大文字やボードをうまく使って重要な点を見落とさないような工夫が随所にみられるのもありがたい。「もっと知りたい」や「教訓」もあり、ちょっとした読みもの風になっており、それぞれの筆者のあるいは編者のこだわりが垣間見えるのも成書にはない楽しさかもしれない。「最終チェック」で頭の整理ができ、本書は血液専門医をめざす医師にとってもまさに有用な一冊といえる。

内科研修で血液疾患に遭遇し、苦手意識を持ったかもしれない若手医師にとっても、本書『レジデントのための血液診療の鉄則』は頭の整理になるとともに、経験していなかったさまざまなことを楽しく読み解いてくれる。

ぜひ、手に取って本書の素晴らしさ、血液診療の楽しさを味わってほしいと切に願う。

標準生理学 第8版

小澤 静司, 福田 康一郎 ● 監修
本間 研一, 大森 治紀, 大橋 俊夫, 河合 康明, 黒澤 美枝子, 鯉淵 典之, 伊佐 正 ● 編

B5・頁1178
定価: 本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01781-7

【評者】永井 良三
自治医大学長

今日、生理学は基礎医学の一科目とされているが、臨床医学を含め、全ての生命科学の基盤は生理学である。しかしながら、これは比較的近年のことであり、19世紀中期に始まる。当時、若い生理学者や医学者が、「物理学や化学に基づく生理学」、さらに「生理学に基づく臨床医学」の必要性を唱えた。これにより生理学は、物質に還元しつつ生体システムの解明をめざすようになった。近代生理学の影響力は極めて大きく、社会学や自然主義文学の成立にも影響を与えた。生理学

基礎医学を学ぶ基盤として 全ての医学生に通読をお勧めしたい教科書

は、複雑なシステムの理解に威力を発揮するからである。その学習は医学の基本であり、王道でもある。

しかしながら、最近では分子生物学の進歩が目覚ましく、生理学においても専門分化が進んだ。分子レベルの理解の重要性は紛れもない事実であるが、分子レベルだけでは生理学を理解できない。特に医学生には、分子機能についての最新の知見を基に、器官や個体の機能と制御機構について、全体像を把握することが何よりも必要である。

金原一郎記念医学医療振興財団

第56回認定証(第29回基礎医学医療研究助成金)贈呈式開催

金原一郎記念医学医療振興財団(理事長=東大名誉教授・野々村禎昭氏)は、このほど「第29回基礎医学医療研究助成金」の交付対象者として35人(助成総額1630万円)を選出。10月1日に、医学書院(東京都文京区)にて第56回認定証贈呈式を開催した。



開催に際して、金原優同財団業務執行理事(医学書院代表取締役社長)が、医学書院の創業者・金原一郎の遺志を継いで設立された本財団の概要を紹介し、「この受賞を励みとして、日本の医学・医療の将来を支える研究に役立ててほしい」と選出された対象者を激励した。

認定証贈呈の後、同財団理事長で選考委員長の野々村氏が、284人の応募があった今回の選考経過について説明。選考において高評価を受ける応募が多かったことを称え、「日本の現状は基礎医学研究にとって厳しいものになっているが、研究を行う自由があるのは幸せなこと。今回の助成を有効に活用し、今後も研究を続けてほしい」と期待を述べた。

続いて交付対象者を代表して新田剛氏(東大大学院准教授・助成対象「 $\gamma\delta$ T細胞の分化を制御する分子機構の解明」)があいさつに立った。氏はヘルパーT細胞やキラーT細胞といった一般的なT細胞とは異なる系列に属する、非典型的なT細胞「 $\gamma\delta$ T細胞」に注目。 $\gamma\delta$ T細胞は自然免疫と獲得免疫の橋渡しをする重要な細胞であり、乾癬などの炎症性疾患に関与する細胞としても近年注目を集めている。「革新的な技術の開発が進んだことで、アイデア次第で生命科学はどのような挑戦も可能な時代になってきたと言える。大胆かつ革新的なアイデア、分野を超えた研究者間のつながりを活かしながら、発見を見逃さない注意深さを持ち、教科書を書き換えるような大発見を夢見て、今後も研究に邁進していきたい」と抱負を語った。

本書は、医学生が生理学を学ぶ上で、出色の教科書である。1985年に初版が上梓され、長く全国の医学生に愛用されてきた。今回改訂された第8版においては、全体が16編に分割された。各編の下には合計80章が置かれ、1178ページの構成となった。また、巻末には医師国家試験や医学教育のコアカリキュラムと関連する項目が挙げられ、それらと関連するページが一覧表としてまとめられている。どの章の記載も簡潔明瞭であり、論理的に記載されているために読みやすい。鍵となる生理学的概念については多くの図が提示され、理解を容易にしている。また、各項目にはAdvanced Studiesの欄が設けられ、関連する最新の知見が紹介されている。より深い学習を望む学生には、英語と日本語の文献が参考となるはずである。執筆陣はわが国の生理学の第一人者たちである。また、解剖学、薬理学、内科学、外科学などの関連領域の教育・研究者も参加して

り、文字通りわが国の精鋭による陣容である。

最近では、最新の知識をインターネットなどから容易に入手することができるようになった。しかしながら、系統的に書かれた教科書を通読し、全体を俯瞰することは、いつの時代でも学習の基本である。本書はどこからでも読むことができ、図表と文字数のバランスも適切である。医学生の学習する科目は多く、各科目の情報量も膨大であるが、まず生理学によって全体像を理解するのが賢明である。そのための最適の教科書として、本書の通読を全ての医学生にお勧めする。

@igakukaishinbun

本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する
クォーターリー・マガジン

INTENSIVIST

インテンシヴィスト

●季刊/年4回発行 ●A4変 ●200頁
●1部定価: 本体4,600円+税
●年間購読料19,008円(本体17,600円+税)
※年間購読は送料別、約4%の割引

2014年 第4号発売 特集: PCAS

責任編集: 武居哲洋・黒田泰弘・内野滋彦
編集委員: 讃井将満・内野滋彦・林淑朗
真弓俊彦・武居哲洋・藤谷茂樹
編集: 日本集中治療教育研究会(JSEPTIC)

1. 前書き: 心拍再開後の集中治療はなぜ重要か?
2. PCASの病態
2-1 心停止後の虚血再灌流障害のメカニズム: 基礎から臨床へ
2-2 【コラム】sepsis-like syndrome
2-3 中枢神経障害: 脳は血流停止に対してきわめて脆弱な臓器である
2-4 心機能障害: 心停止後の重要な臓器障害
2-5 【コラム】心停止後のAKI
3. PCASの予後予測
3-1 心拍再開までの情報による予後予測
3-2 心拍再開後の身体所見による予後予測
3-3 バイオマーカーによる予後予測
3-4 脳画像による予後予測
3-5 電気生理学的検査による予後予測
3-6 【コラム】脳酸素飽和度による予後予測
3-7 体温管理療法の適応
4. 心拍再開後の治療
4-1 心拍再開後の冠動脈造影の意義
4-2 【コラム】脳モニタリング: 心拍再開後の脳血流代謝の経時的変化
4-3 【コラム】血液ガス: 心拍再開後の動脈血酸素/二酸化炭素分圧は予後を左右するか?
4-4 【コラム】過去の薬剤介入試験
4-5 体温管理療法の実際
4-6 低体温療法中の合併症
4-7 小児の体温管理療法に関するエビデンス
4-8 心拍再開後の痙攣管理
4-9 【コラム】心拍再開後の血糖管理
5. 長期予後
5-1 心拍再開後患者の長期予後

2014年 1号: 疼痛・興奮・譫妄
2号: ICUルーテン
3号: Severe Sepsis & Septic Shock
4号: PCAS

2015年(予定) 1号: ARDS 2(1月発売予定)
2号: ICUで遭遇する血液疾患(4月発売予定)
3号: 電解質・内分泌代謝(7月発売予定)
4号: 心臓外科術後(10月発売予定)

2015年 年間購読 申込受付中

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.medsi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 鳳鳴ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsi.co.jp

ホスピタリスト

Hospitalist

Vol.2-No.3発売 特集: 消化管疾患

病棟、外来、チーム医療……
病院医療をコンダクトする
ジェネラリストのための
クォーターリー・マガジン

●季刊/年4回発行 ●A4変 ●200頁
●1部定価: 本体4,600円+税
●年間購読料19,008円(本体17,600円+税)
※年間購読は送料別、約4%の割引

編集委員: 平岡栄治・八重樫牧人・清田雅智・石山貴章・
筒泉貴彦・石丸直人・徳田安春・藤谷茂樹

特集: 消化管疾患 責任編集: 篠浦丞・山口裕・石山貴章

はじめに
1 "GI redflags"
2 上部消化管疾患
【コラム】過敏性腸症候群(IBS)
3 慢性下痢、免疫不全者の下痢
4 腹痛
【コラム】腹部エコー
【コラム】腹部CT
5 消化管出血
6 消化管腫瘍性疾患のスクリーニングとサーベイランス
【コラム】消化管癌治療後の愁訴
7 食道疾患
8 胃十二指腸潰瘍
【コラム】消化管疾患で使用する薬剤prokineticsのエビデンス
【コラム】生検結果の解釈
9 小腸、大腸疾患: 腸管や血管の閉塞、血栓、捻転
10 小腸、大腸疾患: 炎症性腸疾患
11 小腸、大腸疾患: 憩室関連疾患
【コラム】イレウス管(long intestinal tube)に意味はあるのか?
【コラム】いつから腸管を使うのか?

2014年 Vol.2-No.1 腎疾患
Vol.2-No.2 膠原病
Vol.2-No.3 消化管疾患
Vol.2-No.4 緩和ケア(12月発売予定)

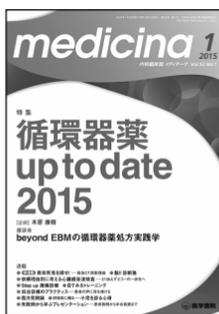
2015年(予定) Vol.3-No.1 呼吸器疾患(3月発売)
Vol.3-No.2 外来における予防医療(6月発売)
Vol.3-No.3 循環器(仮)(9月発売)
Vol.3-No.4 テーマ未定(12月発売)

2015年 年間購読 申込受付中

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.medsi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 鳳鳴ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsi.co.jp

内科系臨床, 公衆衛生, 臨床検査, 病院経営 関連雑誌のご案内

内科系臨床



medicina

「いかに診るか」をコンセプトに、臨床医の診療に不可欠な情報をプラクティカルにまとめた毎月の特集、知識のアップデートと技術のブラッシュアップに直結する連載も充実の総合誌。幅広い内科診療に共通の知識・技術が満載の増刊号も発行。

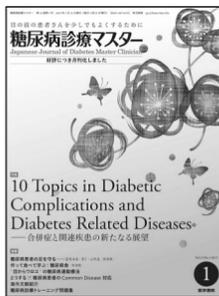
●月刊 1部定価：本体2,500円+税



総合診療

(旧誌名：JIM / 2015年より改題)
総合診療医、プライマリ・ケア医、家庭医の日常診療に。専門化・細分化する診療各科を横断し、総合的・全人的に患者を診るためのスキル・知識・臨床情報を提供する。独自の切り口・体裁で展開する特集のほか、症例カンファレンス、診断学、感染症などをテーマにした連載も充実。

●月刊 1部定価：本体2,300円+税



糖尿病診療マスター

糖尿病患者にかかわる専門医・一般医・医療スタッフを対象とした臨床誌。特集では、テキストにない視点で日常診療の問題点を掘り下げる。連載でも多彩な話題を提供し、目の前の患者さんを少しでもよくしたいと思う医療者に役立つ内容を企画。なお、創刊号からの全論文を電子版にて収録している。2015年より月刊化。

●月刊 1部定価：本体2,700円+税



呼吸と循環

生命維持に必須の臓器である呼吸(肺)と循環(心臓)の両面における臨床的知識を特集や“Bedside Teaching”で図表を多用してわかりやすく紹介。最近の研究の動向、トピックスは“総説”、“Current Opinion”で解説。投稿原稿による「研究」や「症例」も掲載している。

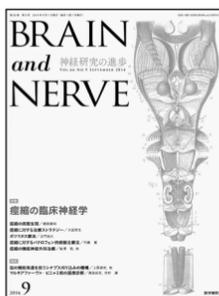
●月刊 1部定価：本体2,700円+税



胃と腸

消化管の形態診断学を中心とした専門誌。毎月の特集では最新の知見を取り上げ、内科、外科、病理の連携により、治療につながる診断学の向上をめざす。症例報告も含め、幅広い疾患の美しいX線・内視鏡写真や病理写真を数多く提示し、病態を画像で説明。年1回増刊号を発行。

●月刊 1部定価：本体3,200円+税



BRAIN and NERVE

『脳と神経』『神経研究の進歩』の統合誌として2007年に発刊。2012年に編集体制が一新され、新たなスタートを切った。時宜をとらえたテーマを深く掘り下げる「特集」と、新しい動向をキャッチアップする「総説」を中心に座談会やインタビュー記事も充実。日々更新される神経科学の知見をわかりやすく紹介する。投稿論文も常時募集中。

●月刊 1部定価：本体2,700円+税

内科系臨床



精神医学

臨床に密着した「研究と報告」「短報」など原著を中心に掲載している。「展望」では、重要なトピックスを第一人者がわかりやすく解説。連載「継往開来」では、伝統的に使われてきた疾病の概念や症状を再評価している。また、年に数回、時宜にかなった特集、シンポジウムを掲載。

●月刊 1部定価：本体2,700円+税

公衆衛生



公衆衛生

地域住民の健康の保持・向上のための活動に携わっている公衆衛生関係者のための専門誌。毎月の特集テーマでは、さまざまな角度から今日的課題をとりあげ、現場に役立つ情報と活動指針を提示。特集に加えて連載や投稿論文(投稿・掲載料は無料)を掲載し、現場に密着した話題を提供する。

●月刊 1部定価：本体2,400円+税

臨床検査



臨床検査

「検査で医学をリードする」をキャッチフレーズに、2本立ての特集形式で多領域をカバー。臨床検査にかかわる今知っておきたい知識・情報をわかりやすく解説する。「検査説明Q&A」など連載企画も充実。年1回、時宜を得たテーマで増刊号を発行。

●月刊 1部定価：本体2,200円+税

検査と技術

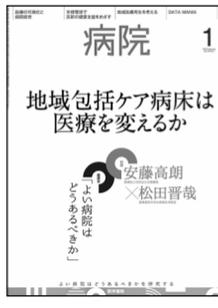


検査と技術

若手臨床検査技師、臨床検査技師をめざす学生を対象に、臨床検査技師の「知りたい!」にこたえる総合誌。日常検査業務のスキルアップや知識の向上に役立つ情報が満載! 国試問題、解答と解説を随時掲載。増刊号はテーマを掘り下げて年1回発行。

●月刊 1部定価：本体1,500円+税

病院経営



病院

「よい病院はどうあるべきかを研究する」を編集コンセプトに、病院運営の指針を提供する。2015年は「地域医療計画/地域医療ビジョン」をテーマに据え、病院機能分化や医療連携、地域包括ケアを中心に取り上げる。

●月刊 1部定価：本体2,900円+税

年間購読料金の詳細は弊社webサイトをご参照ください。電子版もお選びいただけます。

外科系およびリハビリテーション系雑誌(『脳神経外科』『臨床外科』『日本内視鏡外科学会雑誌』『臨床整形外科』『臨床婦人科産科』『臨床眼科』『耳鼻咽喉科・頭頸部外科』『臨床皮膚科』『臨床泌尿器科』『総合リハビリテーション』『リハビリテーション医学』『理学療法ジャーナル』)のご紹介は、次号に掲載いたします。



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