

2010年1月11日
第2862号 for Residents

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

New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [新春企画] 指導医に聞く 研修医の忘れられないひと言 (川尻宏昭, 林寛之, 古屋聡, 今明秀, 尾藤誠司, 名郷直樹)…………… 1—3面
- [寄稿] 航空機内における医療について考える (佐藤健一)…………… 4面
- [連載] 感染症セミナー/臨床医学航海術/医学教育/EBCP/小児科診療/論文解釈/アレルギー診療/研修ルポ
- MEDICAL LIBRARY, 他…………… 14—15面

新春企画 指導医に聞く



研修医の忘れられないひと言

研修医のみなさん、あけましておめでとうございます。ところで、みなさんは指導医とどんなことを話しますか？ 医療についてはもちろん、日常生活の相談まで乗ってもらえて、本当に頼りになる大先輩ですよね。あれ？「怒られてばかりです」なんて言っているのは、誰ですか？

一方、指導医は、みなさんとの何気ない会話を案外覚えていたりするものです。そこで今回は、新春企画として人気指導医の心に残る研修医のひと言を聞いてみました。指導医もまた、研修医とともに成長しています。今年も指導医と一緒に頑張りましょう！

川尻 宏昭

組合立諏訪中央病院
内科総合診療部部長



「先生！ そんな言い方しなくてもいいじゃないですか！」

これは、臨床研修必修化前に初期研修医が外来で私に対して発した言葉である。確か、私が医師となって7年目くらいだった。私はこのときのことを、そこでの会話一つひとつよりもむしろ、研修医の表情も含めてまるで写真のように「絵」として記憶している。

そのころ私が勤務していた病院では「外来研修」を行っていた。私はその日、外来の診療および教育の責任者であったが、自らも「初診患者さんの診察」にあたり、かつ「研修医が診た患者さんのコンサルト」にも応じていた。まだまだ「全く余裕のない指導医(?)」であった私のもとに、その2年目研修医が、自分が診察をした外来患者さんの相談にやってきた。私はそのとき診察室のいすに座り、机に向かっていて。備えてあるシャカッションに掲げてあった患者さんのX線写真を眺め、時間に追われながら、所見をカルテに書いていた。研修医は「先生、よろしいですか」と私に声をかけ許可を得た

後に、プレゼンテーションを始めた。私は、いつもの通り研修医の話聞いていたつもりであった。数分後、研修医が突然「先生、そんな言い方しなくてもいいじゃないですか」とかなりきつい口調で言った。一瞬、何が起こったのか、私には全く理解できなかった。研修医は「もういいです」と言って私の前を去っていた。

なぜ、研修医はそんな言葉を残したのか？ 私は、そのとき「研修医の顔をほとんど見ることなく机とX線写真に向かい、自分の仕事を中断することなく、決して良いとは言えない態度と言葉」で、研修医のコンサルトに乗っていたのだろう。また、私が発した言葉の中には、おそらく「研修医個人を否定するような」内容があったと思われる。私は、決してそんなことを思うことなく行動し、発言していただろうが……。

その後、私は「研修医と指導医の関係」について考え、そして「教育」に興味を持つようになった。「教育とはコミュニケーションである」と尊敬する先生から教えていただいた。「研修医と指導医の関係」は、「患者と医師の関係」と共通する部分が多くある。「研修医からのひと言」は「医療における教育というコミュニケーションの大切さと力」を学ぶ大きなきっかけとなった。

林 寛之

福井県立病院
救命救急センター科長



「あんなにたくさんの文献、本当に読めるんですか？」

某雑誌で連載をかれこれン年も続けていると、けっこうしんどい。後期研修医のために情報を提供しようと、鼻息も荒く連載をスタートしたものの、膨大な文献に埋もれて読み倒すだけでも毎月多くの時間をとられてしまう。

そんな折、素朴な疑問からか研修医に「本当に読めるんですか」と聞かれたので、「正直心外だ」と思うと同時に、最近弱音を吐きつつあった自分を見直すいい機会になった。ありがたい。「もっとまじめに継続的に取り組まなくては」とお酒とテレビも絶った。なるべく身銭を切って文献を購読した(年間約100万円！ もったいないから読まないといけな)。 「読み捨て」のスピードも意識して上げるように心

がけた。それでも時々スランプになると、あの言葉を思い出し、自分を奮い立てるようにしている。

「先生はよくキレずにいれますね。すごい！ 僕なんか心が折れそうです」

救急は心が折れそうになることも多い。夜中に若い娘に「おっさん、こらあ！ ポケェ！」と怒鳴られ、「俺らの税金で食ってるくせに！」と酔っ払いにからまれ、「本当に緊急性あるんですか？ 適応は？ 基準は？ 責任は？ なんで今、俺が行かなきゃならんの？」と理不尽に怒る後方専門医もいる。そう、「救急は知識、技術の獲得のみならず、精神修行の場と心得ないといけない」とはかの有名な道元禅師が言ったとか言わないとか……(言っていない、言っていない)。

そんな折、私が理不尽にひとしきり怒鳴られて、一休みしていたとき、私に研修医が上記のごとく言ってくれた。私は別に忍耐強いのではない。何のことはない、理不尽に耐えるまでも

(2面につづく)

◆研修医へのひと言メッセージ

医療の現場には、研修医にしか見えないものや、できないことが多くあります。研修医という立場だからこそ感じ、見えることを大切に、堂々と意

見を述べてほしいと思います。そして、そうすることで医療人にとって大切な「相手に対する思いやり」と「謙虚さ」を身につけてほしいと思います。

January
2010

新刊のご案内 医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

今日の治療指針 2010年版 私はどう治療している

総編集 山口 徹、北原光夫、福井次矢
デスク判: B5 頁1,952 定価19,950円
[ISBN978-4-260-00900-3]
ポケット判: B6 頁1,952 定価15,750円
[ISBN978-4-260-00901-0]

臨床医が日常遭遇する治療法を、全診療科1,098項目にわたって網羅。各項目の執筆は第一線の専門医による。日本の保険診療に沿った現時点での最新・最高の治療法を解説した実用的な治療年鑑。薬物療法については随所に処方例として詳述(商品名を記載)。

運動負荷心電図 その方法と読み方 (第2版)

川久保 清
B5 頁184 定価5,250円
[ISBN978-4-260-00873-0]

(標準理学療法学・作業療法学(専門基礎分野全12巻)) 老年学 (第3版)

シリーズ監修 奈良 勲、鎌倉矩子
編集 大内剛義
B5 頁360 定価4,725円
[ISBN978-4-260-00850-1]

(シリーズ ケアをひらく) リハビリの夜

熊谷晋一郎
A5 頁264 定価2,100円
[ISBN978-4-260-01004-7]

「多飲症・水中毒」ケアと 治療の新機軸

編集 川上宏人、松浦好徳
B5 頁272 定価2,730円
[ISBN978-4-260-01002-3]

(レジデント向け好評既刊)

消化器外科レジデントマニュアル (第2版)

監修 小西文雄
編著 自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科
B6変型 頁368 定価4,410円
[ISBN978-4-260-00851-8]

血液病レジデントマニュアル

神田善伸
B6変型 頁336 定価4,200円
[ISBN978-4-260-00837-2]

救急レジデントマニュアル (第4版)

編集 相川直樹、堀 進悟
B6変型 頁600 定価6,090円
[ISBN978-4-260-00800-6]

内科レジデントマニュアル (第7版)

編集 聖路加国際病院内科レジデント
B6変型 頁512 定価3,570円
[ISBN978-4-260-00812-9]

消化器内科レジデントマニュアル (第2版)

編集 東京大学消化器内科
B6変型 頁440 定価4,725円
[ISBN978-4-260-00594-4]

肝疾患レジデントマニュアル (第2版)

編集 柴田 実、八橋 弘、石川哲也
B6変型 頁456 定価4,725円
[ISBN978-4-260-00640-8]

レジデントのためのこれだけは 知っておきたい！ 消化器外科

編集 山本雅一
B5 頁152 定価3,780円
[ISBN978-4-260-00657-6]

臨床麻酔レジデントマニュアル

編集 古家 仁
編集協力 川口昌彦、井上聡己
B6変型 頁324 定価3,990円
[ISBN978-4-260-00617-0]

新春企画 指導医に聞く

古屋 聡

山梨市立牧丘病院
院長



「先生、爪切ってください」

実は研修医でなく学生さんからのひと言です。2001年当時、僕は無床公立診療所の塩山診療所に勤めていました。

僕は学生さんや研修医の実習を受け入れたとき、最後の面談で「最も印象に残ったこと」と「現在の古屋や塩山診療所に対する提言」をお願いしていました。山梨医大(当時)6年生として実習に来た伊藤彰洋君(現ファミリーメディスン株式会社)に尋ねたところ、少し考えて上記のように答えてくれました。

僕は、見た目の印象と違って潔癖で、現在の病院内でも突出して手洗いの回数は多く、ティスボ手袋もたくさん使います。手袋をつけることで、逡巡せずに身体のだの部位でも、そのまま触れることができ、診断の遅れが出ないようにしたいからです。と、それはともかくとして、そんなに手を洗うのに、僕の手の爪はしばしば伸びています。ちょろいことに、爪かみ癖があり、いまだに歯が爪切りの代わりにをしているからです。

充実した日々を過ごしていると、爪が伸びているときがある、つまり不潔

ですよね。今も診療の合間に、ふと自分の手や爪を見ると、伊藤君を思い出します(なんか胸がきゅんとなった)。

「先生、年寄りって元気ですね」

当牧丘病院には山梨県立中央病院から地域保健医療研修の研修医(2年目)がやってきています。上記は昨年11月に研修したK君の最後の面談で、「当院で最も印象に残ったこと」という問いかけに答えてくれたひと言です。

僕も20年前、3年目医師としてこの病院にはじめて赴任、そのとき全く同じことを思いました。県立中央病院で出会った患者さんたちは、60歳でも70歳でも、かなり病人に見えました。しかし、地域に出てきて初めて、「80歳でも90歳でもふつうに元気な人がいる!」と驚き、さらに訪問診療にも出かけるようになると、自然と共に生きる、たくましい老人たちの強さに打ちのめされました。

現在、「元気で病んでいても寝たきりでも死にそうでも」イケてる高齢者の生き様に惚れこんで、訪問診療を中心に活動している僕です。この原稿を書くナイスタイミングでいいことを言ってくれたK君に感謝します。

◆研修医へのひと言メッセージ

キャリアのなかのどんなに短い時間でも一緒にいることで、お互いにすごくいい経験ができるのではないかと思います。短期間でもぜひ、牧丘病院に遊びに来てください。

せてみることで自分の心の平穏と客観性を保つ技術を身につけられるようになったのもつい最近だ。私は心が折れそうになるとき、彼ら彼女らの「勘違い」の賞賛を心の糧に、「いい人」の振りをするのに徹しているんだよ。ありがとう。

◆研修医へのひと言メッセージ

ERって頭ばかり下げて格好悪いと思ってない? あれは患者のために頭を下げているんだ。「自分を制して頭を下げる姿は格好いい」のだ。「強い、偉い」医師より「優しい、患者目線」の医師をめざしてください。医療は自分のエゴのためではなく患者のためにあるんだから。名医より良医になりたいよねえ。

今 明秀

八戸市立市民病院
救命救急センター所長
臨床研修センター所長



「ダメかと思いました。うれしいっす」

彼は卒後4年目、救命救急の後期研修中。前日ERを発熱と呼吸困難で受診した老女について朝のカンファレンスで突っ込みが入った。「胸部CTで両側肺炎があるのはいいけど、その中央に見えているのは心嚢液じゃないの。閉塞性ショックの症状はあるの?」「血圧は低くありませんでした」。続く回診で、心エコーを行ってみた。「心嚢液が確かにあります。EFは55%あります。やはり、ショックではありません」「呼吸が速いね。代謝性アシドーシスは?」。心嚢液貯留は、経過を診ることになった。

その6時間後に、彼からのPHSが鳴った。電話口で彼は焦っている。「血圧が下がりました。SpO₂も88%です。これから気管挿管します。心タンポナーデでしょうか」「あれくらいの心嚢液貯留でショックになるなら、急性変化だよ。すぐに心嚢ドレナージしないと」。……すでに気管挿管されている患者の上体を持ち上げ、ファール位とした。彼は、ガウンを着て術野を消毒、私は心嚢穿刺セットをそろえる。ケタラール40mg静注で準備OKだ。「刺したことはあるよね」「CPA(心肺停止)で数回です」「エコーを見ながらやろう」。収縮期血圧はDOAが入っても70mmHg。彼の右手の16G針は、ゆっくりと皮膚を貫く。そして5cm、8cmと進む。エコーで心嚢液は見えるが、針先エコーはうまく見えない。「これくらいでしょうか」「方向は合っ

ている。さらに進めていいよ」。ぷつりと音がしたような感触がこちらにも伝わった。シリンジに液体が吸引される。「うまい! あと5mm進めてからガイドワイヤーだ」。彼は無言。心嚢に管が入り、60mLを抜いたときだった。「血圧が上がりました。105です。すごい。すごい」。無言から一気にはしゃぎだす。「僕あのとき、ダメかと思ったんです。うれしいっす」。

「救急って、非生産的ですね」

独居老人CPA、アルコール依存意識障害、希死念慮が薄い薬物過量服用などなど、日常業務の中に確実に紛れ込んでくるこれらの行き場所を失った弱者は、初期診療にエネルギーがかかるわりに救命後の社会に対する経済効果は少ない。2年目の研修医が、救急を回って1か月してからぼつりと言った。「救急って、非生産的ですね」。確かにそうだ。だけど、弱者の味方は、映画ではヒーローであったはず。患者を救った後に、どの患者も必ず言う、あのか細い声の「ありがとうございました」を聴き逃すな。それでいいじゃないか。

「感動しました」

予測救命率の出し方をご存じだろうか。予測救命率が低い患者に医療チームが全力で立ち向かう。多くはそれでも失うことになるが、時には勝利する。滅多にないけれど、その場にいれば感動する。「すごいです。感動しました」。まだ医療者の常識に染まっていない1年目の研修医は感受性がいい。若い医師に感動を与える仕事、それは救急!

◆研修医へのひと言メッセージ

学生時代に救急を志す理由に、テレビドラマの「ER」や「コードブルー」「救命病棟24時」などカッコいい職場のイメージがある。しかし、実際の救急医療の現場では、「救急って、非生産的ですね」に象徴されるような医学より社会学の問題が目立つ。救急医療に憧れてきても、これは違うと進路を変えるらしい。でも待て。君たちが憧れるカッコいい救急医はドラマの中だけではないぞ。本物の救急医を見てほしい。八戸には“山P”はいないけれど、カッコいい救急医が確かに存在する。

診断力向上のための必携書

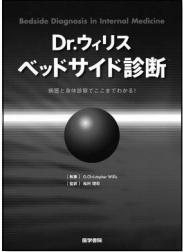
◎私は病歴聴取と身体診察だけで90%のケースを正しく診断できる—G. C. Willis

Dr.ウィリス ベッドサイド診断
病歴と身体診察でここまでわかる!

執筆=G. Christopher Willis／監訳=松村理司

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

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



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

ティアニー先生の診断入門

ローレンス・ティアニー、松村正巳

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

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



医学書院

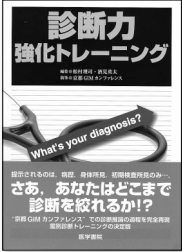
◎診療現場を疑似体験。実践的な診断力を養うためのトレーニングブック

診断力強化トレーニング
What's your diagnosis?

編集=松村理司・酒見英太／執筆=京都GIMカンファレンス

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

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



◎名医の思考過程を「カード」と「3つの軸」で解き明かす

誰も教えてくれなかった診断学
患者の言葉から診断仮説をどう作るか

野口善令・福原俊一

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

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



研修医の忘れられないひと言

尾藤 誠司

国立病院機構
東京医療センター
教育研修部医長



患者さんからのひと言も、ヘコむものほど勉強になりますが、研修医からのひと言もやはりヘコむものが勉強になります。思い出に残っているものをいくつか紹介します。

「**お医者さんて、薬出しすぎだと思いませんか？ 薬なんて5種類以上は出してもしなくても変わらない気がするんですけど**」

B(尾藤)の回想：これは約10年前、私が卒後10年目くらいのときに言われたひと言。一緒に退院時処方などを書いていたときだったと思います。そのときは、「そんなことないよ！一つひとつちゃんと意味あるんだから！」とたしなめた記憶がありますが、その後ずっと引っかかっていた言葉です。おそらく心の底では自分もそう思っていたのでしょうね。

薬の限界や、医学の限界もよく理解できた今となっては（例外を除いて、特に高齢の方に対しては）、その人が毎日「薬ばっかりだよなあ」と思いながら口をアーンとして錠剤をバラバラ飲み干している姿を想像しながら処方箋を書けるようになりました。ありがとうございます。

「日本語で話してください」

Bの回想：これはですねえ、救急外来だったかな。卒後4年目くらいのとき、すなわちレジデントのとき。自分も知識がついてきたときだから、研修医にいろいろ教えたいわけですよ。それで、肺炎か何かの患者さんを診療していて、X線写真が上がってきたときに、まずは一緒についていた研修医に対してシルエットサインがどうか確か講釈をし始めたんだと思います。

自分としては、研修医に教育的な指導をしたあとで患者さんに向かって説明するつもりだったんですね。でも、

医学書院ホームページ

毎週更新しております

医学書院の最新情報をご覧ください

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

研修医に話している最中でも患者さんはわれわれの前にいたわけです。研修医の彼女は、そのときに自分ではなく患者さんに対して私が講釈をたれていると勘違いした。それで、私に専門用語をやめるように諭してくれたんですが、そのときの私はまだ若かったので「せっかく君に教えようとしてやっているのに！」みたいな感じでちょっとムカついた覚えがあります。おそらく、患者さんから見たらよけいに医師が自分に対して訳がわからないことを話しているように感じていたと思います。あれから、自分が医師として発する言葉についていろいろ考えるようになりました。ありがとう。

「Bさん、私のことわかってくれてると思うんだけど、あんまり問題の解決にはつながらないからな……」

Bの回想：うっぎゃー、そんなこと言うか面と向かって！これはですねえ、指導医として自分は相当いけているなあと悦に入っていた卒後13年目くらいのときだったかと思います。研修医の悩みとか、それこそホレタハレタとか、そんなことにもけっこう首を突っ込んでいたころですねえ。研修医から、いろいろな視点で信頼されていると勘違いしていたのですが……。たぶん、人間関係のことで相談に乗っていたときに言われたひと言です。

研修医はけっこう軽いノリで放っていたと思われるひと言ですが、私はなかなかぐっさり来ましたねえ。なんだかんだ言っても年は干支で言うならひと回り以上違うわけですから。研修医がその年代の人間に相談してくる場合は、何らかの成果や利益を求めて相談してくるわけです。当たり前のことですが、そのときは正直意識してなかったですねえ。その後、年輪を経た医師として、年輪を経た人間として研修医と接する上で、自分はどうあるべきか、どう振る舞うべきか、ということについて考えるようになりました。いやいやありがとう。

◆研修医へひと言メッセージ

研修医の皆さん、これ読んだからって、あんまり意識して俺のためにわざわざヘコむこと言わないでくださいね。けっこう傷つきやすいほうなんです。

名郷 直樹

東京北社会保険病院
臨床研修センター
センター長



「少し、わかりました」

初期研修医とは、ローテートごとに30分ほどの個別の振り返りを共有している。そのときのひと言。循環器内科ローテート後の振り返りで、印象に残った患者は、との問いに、重症心不全から回復し、自立して帰宅した患者のことを語る。それに対して、いろいろ訳のわからないことを私が話す。どこまでも回復するというのをめざすとうなるのだろうか。結局は死んでしまうんだけど。へき地診療所で、回復しない患者ばかりを診てきたけど、それはやりがいのない仕事ではなく、むしろやりがいのある仕事だったように思う、などと研修医にとっては、印象に残った患者とはむしろ正反対の患者について話す。

そのほかにもいろいろ話したと思う。でも詳細は既に思い出せない。30分と言いつつ、1時間くらい話していたらどうか。そして、振り返りの終わりがけになって、2年目の研修医が、臓器別専門医と臓器別の専門を何も持たない私のような訳のわからない医師との違いについて、こう言ったのだ。

「少し、わかりました」

私の好きな言葉に、「時おり」というのがある。例えば以下のようなもの

である。

「われらの父よ」 ジャック・プレヴェール

天にましますわれらの父よ
そちらにおいて願います
地上にはわれらが残りましょう
こちらもしおりすてきです

こんな感じである。そして今日、「時おり」と同じように、「少し」という言葉がとても好きになった。研修医は、多分何かをつかんだのだ。そう思える。この「少し」という言葉からそれがわかる。「現実」とか「事実」とか言うけれど、それこそ現実にはとらえられないことばかりである。「臓器別専門医と総合医のギャップの現実」というのも同じで、そういう現実が明確にとらえられることなどない。「現実」こそ、一部しかとらえられないし、全体像を把握できることなどない。研修医のひと言は、それを明確に示してくれる。

大事なことは、「少し」という控えめな言葉でしか語れないのかもしれない。「完璧にわかりました」、そんなのは、逆に勘違いというものだろう。この「少し」という言葉のリアルさは、「時おり」という言葉のリアルさに似ている。

「だいたいわかりました」

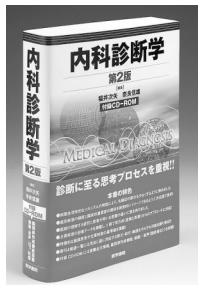
こりゃだめだな。

◆研修医へのひと言メッセージ

全部をわかるということの中には、少ししかわからないということを含む。



◎診断に至る思考プロセスを重視!!

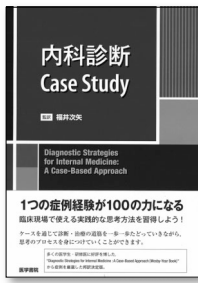
内科診断学 [CD-ROM付]
第2版

編集 福井次矢・奈良信雄

医師の診断能力は、備わった医学的基本知識とその応用力で決定される。医学的基本知識の暗記も必要だが、それだけでは限界がある。病態生理学的なメカニズムに則った論理の理解が診断能力の基礎を固め、かつ診断の応用力を高める基となる。主要疾患の診断データも掲載し、1冊で双方向（「症候」と「疾患」）からのアプローチに対応。付録CD-ROMには全文情報にとどまらず、便利な鑑別表作成機能や音声・動画情報を収載。

●B5 頁1328 2008年 定価9,975円（本体9,500円+税5%）[ISBN978-4-260-00287-5]

◎基礎臨床能力の土台作りに最適の1冊

内科診断
Case Study

編集 CHARLES J. GRODZIN
STEPHEN C. SCHWARTZ
ROGER C. BONE
監訳 福井次矢

本書には、患者の訴える症状、病歴・身体診察等から過不足なく情報を集めて、鑑別診断を行うまでのプロセスが詳述されており、実践的な診断力を養うことができる。診察への道筋を自らの思考で辿れば、さらに効果は倍増。また、内科全般にわたる一般的な疾患が取り上げられていることから、系統的理解も深められる。まさに、基礎臨床能力の土台作りに最適の1冊といえよう。

●B5 頁368 2009年 定価4,725円（本体4,500円+税5%）[ISBN978-4-260-00039-0]

医学書院

ハリソン内科学 第3版

Harrison's
PRINCIPLES OF
INTERNAL
MEDICINE

日本語版監修

福井次矢

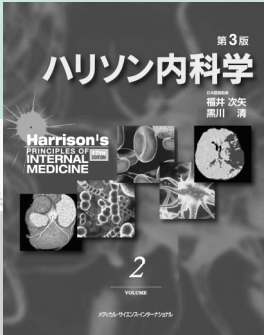
黒川 清

聖路加国際病院院長／京都市大学名誉教授

政策研究大学院大学教授／東京大学名誉教授

2009年
12月22日
発売

「ハリソンはミッションになった…」



DVD付き

- 世界最高、最強の内科学書、最新版の邦訳。
- 現代の内科学の全容を、18Part、431章(eチャプター39章を含む)の中に詳細かつ的確に網羅。
- 本文、図版・写真とも大幅にボリュームアップ。対応すべく増頁、加えてDVDに納めて添付した。
- DVDには最新トピックを解説した新しいPart、各章の内容を補完するeチャプターや図版・写真、動画などを収載。

- 近年注目の再生医学のPartを追加、あわせて各章における基礎医学の記述を補強。
- 学生時代から現役引退まで座右書として傍らに置き続けることに値する唯一無二の内科学書であり、幅広い読者層の中でとくに医学生に配慮し、第3版でも定価は据え置き、廉価を維持。

- 全2巻 A4変 3,326頁 4色刷 函入 ソフトカバー
- 定価31,290円（本体29,800円+税5%）
- ISBN978-4-89592-627-0

MEDI

メディカルサイエンス・インターナショナル

113-0033

東京都文京区本郷 1-28-36

TEL 03-5804-6051

FAX 03-5804-6055

<http://www.medsj.co.jp>

E-mail info@medsj.co.jp

航空機内における医療について考える

佐藤 健一 関西リハビリテーション病院リハビリテーション科

ポーン。「お客様の中で医療関係者の方はいらっしゃるのでしょうか？」

減多に遭遇しない航空機内でのアナウンス。乗客の間に緊張が走る瞬間ですが、それは私たち医療関係者も同様で、自分が名乗り出て役に立つのかと真剣に悩む時間にもなります。

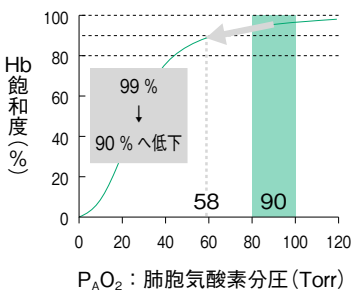
その悩みの理由は、今まで受けてきた医学教育を振り返ってみるとわかります。そうです。医学生のとことや研修医になった後も、「航空機内で医療を行うこと＝航空機内医療」について、しっかりと話を聞くことや、勉強する機会がほとんどないのです。それ以上に、実際に搭載されている医療用具や医薬品を見る機会もまずありません。以前は航空機内医療についての講義がある大学も存在したようですが、非常に限られていると思われます。

このように、航空機内など特殊な環境下における医療について、関心があっても学ぶ機会はほとんどないに等しいのが現状です。しかし、受療者はクリニック・病院の外に出れば普通の地域住民です。当然、旅行にも行きます。今の時代、旅行は国内にとどまらず、航空機で10時間以上かけて海外に行くことも珍しいことではありません。

大部分の方は何事もなく帰ってきますが、われわれの想像以上に身体には負担がかかっています。そこで今回は、筆者が行っているレクチャーの中から重要と思われる部分をお伝えします。

航空機内の環境は特殊 代償能が不十分なら急変も

飛行中の航空機内は、気圧が0.8気圧（富士山5合目と同程度）、気温25度、湿度10—20%となっています^{1), 2)}。この気圧の変化に比例して、1気圧で150 Torr 程度だった動脈血酸素分圧は118 Torr へ低下し、同時に肺泡気酸素分圧も下がることで、Hb飽和度も99%から90%へ低下します³⁾（図）。このように、通常でも90%程度に下がるのですが、身体が代償（心拍数、心拍出量などの増加）することで何事も



●図 地上と航空機内の環境の比較

航空機内では、気圧（ P_{O_2} ）が760 Torr から608 Torr まで低下する。これに伴い、肺泡気酸素分圧（ $P_{A_{O_2}}$ ）も90 Torr から58 Torr まで低下するため、Hb飽和度も99%から90%へ低下する。

なく過ごすことができています。

しかし、基礎疾患がある方の場合、そうはいかないことがあります。身体に取り込まれる酸素が減り、それに対し十分な代償が起こらないと、地上では異常なく生活していた方が症状を訴える可能性が高くなります。また、湿度も砂漠と同じくらいに低下するため、気管・角膜・皮膚の乾燥、気道の過敏性、痰の粘稠化、不感蒸泄の増加などが問題となります。したがって、基礎疾患を持つ方が旅行する場合は、環境の変化による影響を考慮に入れたアドバイスが求められてきます。

機内の医療設備環境と 外国人も想定した診察の心得

機内で急病人が発生したときについて考えてみましょう。

機内で比較的多くみられる症状は客室乗務員（CA）の方が対処します。Dr. Call が出されるのは、CA が対処できない状況や乗客からの依頼があったときです。機内には国土交通省の通達に則って、医薬品・医療用具が搭載されています。通常は鍵がかかっており見ることはできませんので、その内容については航空会社のサイトなどを参照してください^{2), 4), 5)}。診察に使えるのは血圧計、聴診器、心電図モニター、血糖測定キットくらいです。しかし、航空会社で連絡先は異なるものの、地上にいる医師と連絡を取って医療支援を受けることができますので、一人ですべてを判断して治療を行うわけではありません。商業ベースではMedAire社のMedLinkが有名と思われます⁶⁾。

意を決してDr. Call に応じると決めても、下記のような留意すべき点があります（抜粋）⁷⁾。

1. 持っている医療資格をはっきりと言う（証明書が必要なことがあります）。
2. 診察や治療を行う前に病歴を取り、説明して同意を得る。
3. 同意の後に身体診察を行う。
4. 地上の医療支援スタッフの利用はためらわない。

5. 自信を持って行うことができない治療は行わない。
6. 病歴や所見、治療、乗務員・地上スタッフとのやりとりは紙面にしっかりと記録する。

日本の感覚では過剰と思われるかもしれませんが、診察する相手は日本人とは限りません。医療に対する考え方、医師と患者の関係は国によって異なります。日本の外来での感覚で対処すると思わぬトラブルにもなりかねないので注意してください。

医療行為をめぐるトラブルについてですが、国内の航空会社は重過失がない限りは対処してくれるようです。しかし、その判断の根拠は診療記録が大部分になりますので、その意味でも記録はしっかりと残すことが重要となります。訴訟については国や各会社によって大きく異なってきますので、航空機に搭乗する前にその会社のサイトを確認してみると良いと思います³⁾。

急病人で多いのは失神^{2), 8)} 心血管、呼吸器の疾患もみられる

Dr. Call の際にみられる代表的なものは、血管迷走神経反射による失神です。これは長時間の座位、不感蒸泄増加による脱水状態で、トイレで排尿した後によく発生します。対処としては横にして脳への血流を増やしたり、必要に応じ酸素を投与します。

心血管系では胸痛、狭心症の発生で、前述の酸素分圧の影響、疲れ、服薬時間の乱れなどによって生じます。対処としては酸素の投与、ニトロベンなどの投与がありますが、それでも20—46%は代替着陸が必要となります。

呼吸器系では、気管支喘息の悪化や酸素分圧の変化による呼吸困難などが起こります。肺予備能の評価および機内における酸素投与の要否は、①平地を50 m ほど歩く、②階段を1 階分、休まず上がる、この2つを普通で呼吸困難なくできるかどうかでおよそ判断できます^{9), 10)}。

在宅酸素の方は通常量に1—2 L/分追加しますが、酸素飽和度が92—95%で酸素を使用していない方には注意が必要です^{11), 12), 13)}。このような場合、動脈血酸素分圧を測定しますが、72 Torr 以下では低酸素症になる可能性が高いので、酸素の使用を検討します^{10), 13)}。

しかし、高炭酸ガス血症を伴う2型呼吸不全では機内で酸素を使用すると呼吸停止の可能性が高くなるので搭乗は相対的禁忌となります¹⁴⁾。機内での酸素は原則として用意されたボンベを使用しますが、米国に離着陸する航空機ではポータブル酸素濃縮器が使用できます³⁾。医療機器の進歩に伴い、機



●佐藤健一氏

1997年札幌医大卒。北海道家庭医療学センターにおいて家庭医療の研修を行い、現在はリハビリテーションの研修を行っている。実際に機内でDr. Callを受けた経験

から、航空機内医療に関する知識を持つことの重要性を実感しレクチャーを開催している。

●表 航空機搭乗受療者へのアドバイス

- 1) 内服薬、インスリンは機内に持ち込み、身近に置く
- 2) 急変、発作時の対処方法を指導
- 3) 海外旅行では薬の一覧・診断書（英語）を持参
- 4) 荷物は多くしすぎない（機内持ち込みも）
- 5) 余裕を持って行動する
- 6) 小刻みにでも体を動かす
- 7) 通路側の席を選ぶ（すぐに動けるように）
- 8) 前もって病気、薬持参の旨をCAに告げる
- 9) 不安があるときは、まず主治医・航空会社に相談

内で使用できる医療機器も毎年変化していきますので、搭乗前に確認することをお勧めします。

搭乗者の健康状態の評価も 快適なフライトには重要

最後に搭乗しなくてもできる協力を紹介します。それにはMEDIF（MEDIF: Medical Information Form）への記入です^{4), 5), 14)}。作成したMEDIFの有効期限は14日間であり、国内線はフライトの48時間前、国際線は72時間前までに航空会社へ送付します。その情報をもとに航空会社は搭乗の可否を決定しますので、十分な情報を伝えるようにしましょう。書き方とフォームは各航空会社のサイトに用意されています。

最後に表のような点を飛行機で旅行される方にアドバイスされることをお勧めします。帰ってきた後に楽しい土産話を聞くことができるように見送ってあげましょう。

●参考文献

- 1) Prout M. Management of inflight medical emergencies on commercial airlines. UpToDate 15.2.
- 2) 特集 医師として知っておきたい Travel Medicine. 臨牀と研究. 2008; 85(9): 1293-1295.
- 3) Silverman D, Gendreau M. Medical issues associated with commercial flights. Lancet. 2009; 373(9680): 2067-77.
- 4) ANA <http://www.ana.co.jp/>
- 5) JAL <http://www.jal.co.jp/>
- 6) MedAire <http://www.medaire.com/>
- 7) Gendreau MA, John CD. Responding to medical events during commercial airline flights. N Engl J Med. 2002; 346(14): 1067-73.
- 8) 大越裕文. 空港・旅客機内での救命処置——機内でドクターを呼ぶアナウンスが流れたら. LISA. 2004; 11(3): 298-302.
- 9) Aerospace Medical Association. Medical Guidelines for Airline Travel, 2nd Ed. Aviation, Space, and Environmental Medicine. 2003; 74(5): Section II A1-A19.
- 10) Prout M. Preflight patient assessment. UpToDate. 15.2.
- 11) Graeme PC, J GD. Oxygen and inhalers. BMJ. 2006; 333: 34-6
- 12) UpToDate: Traveling with oxygen
- 13) 特集 トラベルメディシンのすすめ. JIM; 2004; 14(6): 494-8
- 14) 安藤秀樹. 航空機旅行と呼吸不全. 日医雑誌. 1999; 121(10): 1617-22

内科・小児科を問わず、腎臓病を専門とする第一線臨床家、腎臓病専門医を目指す医師を対象とした実践書

専門医のための腎臓病学 第2版

腎臓病専門医や腎臓病専門医を目指す医師を対象とした実践書。改訂では情報をアップデートし最新の知見を盛り込んだ。〔症候編〕と〔あらたな疾患概念〕、〔疾患編〕で構成。症候編では腎の構造と機能をベースにおいた診断の進め方を、疾患概念では最新のあらたな疾患概念であるCKDやメタボリックシンドロームについて、疾患編では疾患の病態生理・診断・治療をまとめた。あえて〔基礎編〕は作らず、項目ごとに必要事項を織り込んで解説した臨床志向の1冊。

監修

下条文武
新潟大学学長

編集

内山 聖
新潟大学医学部長
富野康日己
順天堂大学医学部長
今井裕一
愛知医科大学教授・腎臓・膠原病内科





ジュニア・シニア

レジデントのための

日々の疑問に答える

感染症入門セミナー

アドバンスト

第10回 各科コンサルテーションへの対応③腎臓内科での発熱の考えかた②

大野博司（洛和会音羽病院 ICU／CCU, 感染症科, 腎臓内科, 総合診療科, トラベルクリニック）

今回は、透析患者ならではの感染症である“血液透析ブラッドアクセス感染症”，“CAPD カテーテル関連腹膜炎”へのアプローチを考えます。



ケース① ADL 自立した 74 歳の男性。糖尿病性腎症による慢性腎不全にて左前腕内シャント作成の上、週 3 回血液透析中。昨日透析を行ったが帰宅後から 40℃ の高熱、悪寒戦慄あり ER 受診。頭痛、呼吸苦、咳嗽、腹痛、関節痛なし。既往に糖尿病、高血圧。内服はアスピリン、シロスタゾール、シメチジン、アムロジピン、ビタミン D、カルシウム製剤。身体所見：体温 39.5℃、心拍数 120/分、呼吸数 30/分、血圧 100/60 mmHg、全身状態：きつそう、頭目耳鼻喉：問題なし、心臓：I・II 音正常、雑音なし、胸部：ラ音なし、腹部：平坦・軟、圧痛なし、肝脾腫なし、CVA 叩打痛なし、四肢：皮疹なし。内シャント部分の発赤、熱感あり。検査データ：Ht 27%，白血球 1 万 2500/μL（好中球 72%，桿状球 19%，リンパ球 3%，6%単球），血小板 12 × 10⁴/μL、CRP12 mg/dL、電解質正常、肝機能正常、胸部 X 線：浸潤影（-）、尿一般：無尿であり検査不可能。→診断・治療方針は？

ケース② ADL 自立した 64 歳の男性。糖尿病性腎症による慢性腎不全にて CAPD カテーテルを留置し、腹膜透析を毎日行っている。前日、透析液注入時に不潔操作となった。本日から嘔気・嘔吐、腹痛、下痢の訴えあり、症状軽快しないため夕方に ER 受診。頭痛、呼吸苦、咳嗽、関節痛なし。既往に高血圧、二次性副甲状腺機能亢進症、脳梗塞後遺症があり、アスピリン、ランソプラゾール、シナカルセット、セベラマー、エナラプリル内服している。身体所見：体温 37.6℃、心拍数 90/分、呼吸数 12/分、血圧 150/60 mmHg。全身状態：腹部を痛がっている、頭目耳鼻喉：問題なし、心臓：I・II 音正常、雑音なし、胸部：ラ音なし、腹部：平坦・軟、圧痛びまん性にあり、肝脾腫なし、CVA 叩打痛なし、四肢：皮疹なし。検査データ：Ht 26%，白血球 8500/μL（好中球 80%，桿状球 10%，リンパ球 4%，単球 6%），血小板 20 × 10⁴/μL、CRP2.5 mg/dL、電解質正常、肝機能正常、胸部 X 線：浸潤影（-）、PD 排液：白血球 800/μL、グラム染色所見なし。→診断・治療方針は？

◆血液透析ブラッドアクセス感染症

1. 総論

血液透析ブラッドアクセスには、① UK カテーテルによる一時的ブラッドアクセス（内頸、大腿静脈に短期・長期留置）、②人工血管、自己血管による永久的ブラッドアクセス（内シャント）があります。感染の頻度は一時的ブラッドアクセス＞人工血管＞自己血管の順になります。これらの感染は血液透析患者の菌血症の 50—80% に上るといわれるため、感染をいかに診断・治療・予防するかは血液透析患者のケアで重要な部分を占めます。

2. 臨床症状と徴候

カテーテル操作直後（透析開始時・終了時）の発熱、悪寒戦慄の場合、感染を疑います。またブラッドアクセス部分の発赤、圧痛、浸出液には注意が必要です。しかし、局所所見を伴わない場合もあり、感染部位がみつからない・はっきりしない場合でも発熱時には感染を常に考慮することが大切です。

ブラッドアクセス関連血流感染：全身症状（発熱、悪寒戦慄）＋敗血症。

出口部感染：カフなしカテーテル・カフ付皮下埋め込み型カテーテルの刺入部の局所炎症所見（発赤、痂皮形成、排膿）±全身症状（発熱、悪寒戦慄）。

トンネル感染：カフ付皮下埋め込み型カテーテルの皮下トンネル内の感染でカフ刺入部から静脈までに圧痛、腫脹、発赤および出口部から排膿。

3. 起因菌と検査・治療・予防

皮膚常在菌と院内感染症で問題になる微生物が起因菌となるため、グラム陽性球菌、グラム陰性桿菌が問題となります。また中心静脈ライン併用のブラッドアクセスの場合、真菌が問題になることもあります。

検査は、血液培養 2 セット（ブラッドアクセス、末梢静脈に各 1 セット）と局所排膿時の膿グラム染色・培養が最も大切です。また一時的ブラッドアクセス感染を疑って抜去する場合は、カテーテル先端培養を追加します。

一時的ブラッドアクセスの場合、①抗菌薬全身投与＋カテーテル抜去（敗血症では必ず抜去）、②抗菌薬全身投与＋抗菌薬ロック（Antibiotic-lock）、の 2 つが治療のオプションとしてあります。抗菌薬ロックを透析後に行うことで一時的カテーテルのサルベージを図り、短期的には表皮ブドウ球菌で 75%，グラム陰性菌で 87%，黄色ブドウ球菌の 40% でカテーテルを温存できるとされています。しかし、耐性菌誘導や長期的な予後はまだ不明です。

一方、永久的ブラッドアクセスの場合、刺入部の感染徴候の有無で以下の治療メニューとなります。

あり：抗菌薬投与＋そのブラッドアクセスは使用せず、早期閉鎖考慮。

なし：抗菌薬投与のみで治療開始。

しかし、血行動態が悪く、敗血症が疑われる場合は一時的・永久的を問わず抜去・早期閉鎖を考慮する必要があります。

発熱のみで全身状態・血行動態が安定

血液培養 2 セット採取し、他の感染部位の検索を行うとともに、培養結果が出るまでバンコマイシン投与を考慮。

重症敗血症、敗血症性ショック

ブラッドアクセス抜かないし閉鎖術を行い、培養結果が出るまでバンコマイシン＋セフェム±アミノ配糖体投与開始。

重症敗血症、敗血症性ショックで高カカリー輸液

ブラッドアクセス抜かないし閉鎖術を行い、培養結果が出るまでバンコマイシン＋セフェム＋ミカファンギン投与開始。

治療開始 48—72 時間後に、血液培養陽性持続もしくは臨床的な改善がみられない場合、合併症として、敗血症性血栓性静脈炎、敗血症性肺塞栓症、感染性心内膜炎（IE）、骨髄炎、眼内炎（特にカンジダ真菌血症の場合）、を考える必要があります。

予防の大原則は、一時的カテーテル使用期間の短縮、大腿静脈カテーテルの使用制限、カテーテル取り扱い時（透析開始・終了時）の清潔操作の徹底です。また、内シャントの透析患者は特別な血行動態ですので、菌血症リスクがある医療処置（歯科処置、尿路処置）の前後では、IE 予防に準じた抗菌薬予防投与を考慮しても良いと考えます。

◆CAPD 腹膜炎

1. 症状と臨床徴候、診断

CAPD（Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis）腹膜炎は表の 3 項目中 2 つ以上満たす場合に診断します。

また CAPD 腹膜透析中の患者が発熱した場合、CAPD 腹膜炎の可能性とともに他の感染フォーカスの検索も行います。症状・徴候として、特に原因のない全身倦怠感、また嘔気・嘔吐、便秘・下痢といった消化器症状がある場合、積極的に疑う必要があります。

2. 起因菌と治療、予防

CAPD 腹膜炎はカテーテル感染のため、起因菌はブラッドアクセス感染と類似します。二次性腹膜炎との鑑別が重要ですが、CAPD 腹膜炎は単独菌感染が基本のため、二菌種以上分離、嫌気性菌分離の際に二次性腹膜炎（消化管穿孔）を考慮することが大切です。

治療は、軽症で抗菌薬腹腔内投与、中等度から重症では抗菌薬の経静脈投与が基本となります。

選択すべき抗菌薬は、ブドウ球菌カバーとして、セファゾリンないしバンコマイシン（MRSA 分離が多い施設）、緑膿菌カバーとして、セフトジジム、メロペネム、アミノ配糖体、アズトレオナムなどです。しかし、特に自尿が 100 mL/日以上で腹膜透析患者では、アミノ配糖体は腎機能保持のため避け

●表 CAPD 腹膜炎の診断

- ①腹膜炎の症状および徴候
全身倦怠感、悪心・嘔吐、下痢、腹痛
- ②腹腔内液の混濁と腹腔内液細胞数上昇
白血球 > 100/μL、多核好中球の割合 > 50%
- ③グラム染色、培養により細菌陽性
PD 排液（10 mL 程度）を血液培養ボトルにまく
※ PD 排液 50 mL を 3000 g で 15 分間遠心分離し沈渣を 3—5 mL の滅菌生理食塩水で懸濁して血液培養ボトルで培養すると陽性率が上昇するといわれている。

①—③のうち 2 つ以上を満たす場合、CAPD 腹膜炎と診断する。

たほうが無難です。また、腹膜炎発症時以外で無菌操作が破綻した場合は、まず黄色ブドウ球菌・表皮ブドウ球菌に感受性がある経口抗菌薬（セファロキシル、クリンダマイシン、ST 合剤、レボフロキサシンなど）を投与し注意深くフォローアップしていく必要があります。

治療開始後は、症状、PD 排液の混濁・細胞数をフォローします。混濁・細胞数は 4—5 日で、腹膜炎症状は 72 時間以内に改善するのが典型的な治療経過です。もしこれらの経過をたどらない場合、難治性腹膜炎と考えてカテーテル抜去の必要があります。また、常に二次性腹膜炎や真菌、抗酸菌の可能性も考慮します。治療中は便秘になるため、リン吸着剤内服は控えます。治療期間は、コアグラゼ陰性ブドウ球菌で経過良好の場合は 14 日間、黄色ブドウ球菌、腸球菌、グラム陰性菌の場合は 21 日間を目安としますが、臨床症状によって適宜調整します。

予防としては、CAPD カテーテル取り扱い時の清潔操作の徹底、ムピロシン・ゲンタマイシンの出口部塗布、クロルヘキシジンやイソジン液を染み込ませたガーゼによる出口部保護。また鼻腔内ブドウ球菌保菌の場合、毎月 5—7 日の鼻腔内ムピロシン塗布 2 回/日、3 か月ごとに 5 日間リファンピシン 600 mg 経口、ST 合剤 1 錠 3 回/週で除菌、といったオプションがあります。腹膜炎予防には、腸管・婦人科・泌尿器科の処置前に PD 液を排液して腹腔内を空にし、菌血症リスクのある医療処置（歯科処置、大腸ポリペクトミー）の前に IE 予防に準じた抗菌薬予防投与を行います。

◆ケースをふりかえって

ケース①はブラッドアクセス感染が考えられます。透析後からの発熱、悪寒戦慄、局所の発赤・腫脹などが典型的なケースです。

ケース②は CAPD カテーテル関連腹膜炎が考えられます。腹膜透析不潔操作後の消化器症状出現などが典型的なケースです。



●ブラッドアクセス感染のマネジメントを理解する。

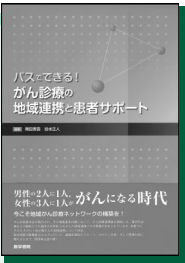
●CAPD 関連腹膜炎のマネジメントを理解する。

今こそ地域がん診療ネットワークの構築を！

パスでできる！がん診療の地域連携と患者サポート

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

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

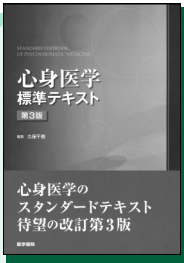


心身医学のスタンダードテキスト、待望の改訂

心身医学標準テキスト 第3版

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

編集 久保千春
九州大学病院長



連載

臨床医学航海術

田中 和豊 (済生会福岡総合病院臨床教育部部長)

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

第48回 医学生へのアドバイス(32)

今回は人間としての基礎的スキル4番目である「聴覚理解力—きく」ことについて、同じ話を聞いても聞き手によって理解が異なる現象について述べた。今回は、前回の講義ノートに関連して効果的なノートのとり方について考えてみる。

聴覚理解力—きく③

ノートのとり方

試験前に出回るような優れたノートは別にして、講義ノートのとり方にはやはりうまい・へたがある。ノートのうまい・へたとはノートが見た目にきれい・汚いとは別の話である。それでは、うまいノートとは一体どのようなノートであろうか？

それは、講義の話の流れがわかりやすく、講義のポイントが明白なノートであろう。だから、講義の内容が容易に再現できて重要点が明瞭であれば、必ずしも見た目がきれいである必要はないのである。

それでは、どのようにしてうまいノートを書けばよいであろうか？

ノートを書くときにまず最初に明確にしなければならないことは、何のためにノートを書くかということである。ノートを書く目的は自分の聞いた講義を記録して、その後の勉強に役立てることであるはずである。

ここで注意しなければならないのは、ノートを書く目的は美しいノートを書くことではないということである。ノートを書くときにそれ自体が目

的になっている人がいる。出版物のように丁寧な字を書いたり、やけにマニアックなイラストを描いてみたり、色鉛筆を使ってカラフルなノートにしてみたり……。こういうことをすると、膨大な時間と労力のわりにあまり内容が頭に入らない。つまり、内容の理解や記憶よりもノートを完成させることに意識が集中してしまっているのである。

次に、ノートは一体誰のために書くかを明確にしよう。ノートは自分が自分のために書くものである。それ以外の誰のためのものでもないはずである。したがって、自分がどの大きさのノートに書くか、本のように綴じてあるノートを使うかルーズリーフのように1枚1枚別々のノートに書くか、シャープペンで書くかボールペンで書くか、はたまた、万年筆で書くかなどは一切自分で決めることである。要は自分が好きなノートに好きなように書けばよいのである。

記載方法も同じである。自分が自分のために書いているのであるから、自分の好きなように書けばよいのである。紙面をどう使うか、どう行替えするか、どう絵を入れるか、すべて自分の好きなように書けばよいのだ。

ノートのこの大本の目的を考えると、自分にとってよければノートは別に見た目が汚くてもよいはずである。自分のノートの見た目が汚いからと言って、後から講義のノートすべてを清書する人がいるが、これは勧められない。なぜならば時間がかかりすぎるからである。そんなに暇な人は学生でもないはずである。もしも清書するならば、試験に出るような重要なポイントだけにしよう。

ノートは自分の理解と記憶のためであるので、自分のノートの見た目が汚くても一向に構わないことはわかった。しかし、それでも実際に見た目が美しいノートを他の人が書いているのを見ると、精神的に打撃を受けるものである。見た目が美しいノートを書く人は、あたかもその講義のすべてを理解していて、かつ試験対策も万全にしているかのような印象を与える。そういう人を試験前に見ると、自分がその人よりも劣って感じられるのである。「ヤバッ」「負けた……」「もっと勉強しておくべきだった……」などの思いが頭をよぎり出す。

過去に日本救急医学会の専門医試験

人間としての基礎的スキル

- 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論理的思考能力—考える
- ⑦英語力
- ⑧体力
- ⑨芸術的感性—感じる
- ⑩コンピュータ力
- ⑪生活力
- ⑫心

を受験したときに、学生ではないはずの受験生の中に見た目が美しいノートを書いている人がいるのを見て驚いたことがあった！ 学生時代はこのようなノートにはプレッシャーを感じた。しかし、このときには一切プレッシャーは感じなかった。プレッシャーを感じなかったどころか、逆にこの人は本当に救急医療に従事しているのか疑問を感じた。救急医療の現場では、自分が生き延びていくだけでも大変である。そんな戦場で働きながら試験勉強をするのであるから、専門医試験の認定に必要な症例を何とか集めてやっとのことで試験を受験するだけであるはずである。そんな限界状況で見た目が美しいノートを書く悠長な時間など一切ないはずである……。ところが、その医師はバインダーに製本されたように見事なノートをファイルしていたのである。もっともその医師は、そんな限界状況でも見た目が美しいノートを書けるだけの時間と体力に余裕がある、ごくごくまれに見る超人的な医師であつたのかもしれない……。

救急専門医試験で他の受験生が見た目が美しいノートを書いているのを見て自分がプレッシャーを受けなかった理由の一つには、救急専門医試験が合格点以上取れば誰もが受かる資格試験で、選抜試験ではなかったこともあったであろう。しかし、もっと大きな理由には「自分は自分、人は人」と思えるようになったことがある。そう思えるようになったのには、やはり人がやったことばかり聞いていても自分が惑わされるだけであることがわかるようになったからであろう……。

1

内科臨床誌メディチーナ

Vol.47 No.1

今月の主題

ズバリ！
見えてくる不整脈

高齢社会にあって、不整脈の患者を診療する機会は増えている。とはいえ、非専門医にとって不整脈は常に難解なイメージが付きまとう領域であり、診療に壁を感じている医師も多いのではないだろうか。本特集では、不整脈の何が難しく、どこがわからないのかを明らかにし、不整脈の「難しさ」を解きほぐすことをめざした。明日からの診療にぜひお役立ていただきたい。

INDEX

- I. どこにカギがある？
不整脈と抗不整脈薬
- II. 不整脈診断ここですくすく
- III. 抗不整脈薬の迷路から抜け出す
- IV. 非薬物治療はいつ考える？
- V. 心房細動と血栓塞栓症が見えてきた
- VI. ほんとに不整脈？
- VII. 座談会
「こんな患者さんをどうしますか？」

●1部定価 2,520円(税込)

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

▶ 来月の主題(Vol.47 No.2) アレルギ－疾患を疑ったら、こう診る!

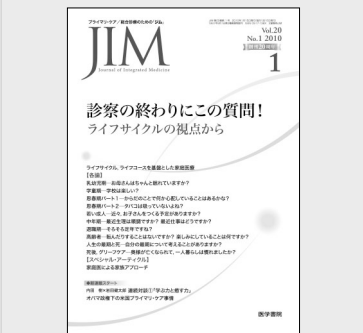
連載

- 外来診療に差をつける
コミュニケーションスキル
- The M&M reports
—見逃し症例に学ぶ
内科ERの鉄則
- 手を見て気づく内科疾患
- 目でみるトレーニング
- 研修おたく海を渡る

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>

2010年 年間予約購読料

- ▶ medicina 36,740円(税込)—増刊号を含む年13冊—
- ▶ JIM 26,880円(税込)——年12冊——

プライマリ・ケア / 総合診療のための「JIM」
JIM
Journal of Integrated Medicine

創刊20周年

Vol.20 No.1

特集| 診察の終わりにこの質問! ライフサイクルの視点から

長期にわたる患者-医師関係により、医師は患者の主たる医学的問題の診断と治療にとどまらない、日常的なよろす相談役としての役割を果たし、患者のさまざまな人生上の課題にも手助けをすることが可能となります。たとえば糖尿病で通院している初老期の患者を診る時、「そろそろ定年退職の時期かな」という医師の気づきがあれば、定年退職後の生活の変化に対して、あらかじめ患者が準備をする援助が可能になるかもしれません。本特集では、ライフサイクルのステージごとに、医師が見逃しがちな援助の可能性を探る「質問」を取り上げます。

INDEX

- ライフサイクル、ライフコースを基盤とした家庭医療……………藤沼康樹
- 【各論】
- 乳幼児期—お母さんはちゃんと眠れていますか?……………和田 浩
- 学童期—学校は楽しい?……………佐古篤謙
- 思春期パート1—からだのことで何か心配していることはあるかな?……………稲田美紀
- 思春期パート2—タバコは吸っていないよね?……………奥野 誠
- 若い成人—近々、お子さんをつくる予定がありますか?……………山下大輔
- 中年期—最近生理はどうですか? 最近仕事はどうですか?……………高澤奈緒美
- 退職期—そろそろ定年ですね?……………菅家智史
- 高齢者—転んだりすることはないですか? 楽しみにしていることは何ですか?……………安来志保
- 人生の最期と死—自分の最期について考えることがありますか?……………原 穂高
- 死後、グリーフケア—奥様が亡くなられて、一人暮らしは慣れましたか?……………八藤英典・草場鉄周
- 【スペシャル・アティクル】家庭医による家族アプローチ……………若林英樹
- 【新連載】内田 樹×若田健太郎 連続対談①「学ぶ力と癒す力」……………北野正躬
- オバマ政権下の米国プライマリ・ケア事情……………北野正躬

▶ 来月の特集(Vol.20 No.2) 高齢者の誤嚥

●1部定価 2,310円(税込)

年間予約購読 受付中!

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

電子ジャーナル閲覧オプション付

- ▶ medicina 36,740円(税込)—増刊号を含む年13冊—
- ▶ JIM 26,880円(税込)——年12冊——

- 47,800円(税込)
- 35,000円(税込)



医学書院

日本の医学教育

第8回

これまでの議論を振り返って

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



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

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

大滝 これまで本連載では、①医師の偏在の問題、②ジェネラルな能力と専門医としての能力をどう規定するか、③臨床研修カリキュラムの評価・コントロール方法、の3つ論点からわが国の医学教育について、ノエル先生と議論しながら考えてきました。

今回はここまでの議論を松村先生と一度整理し、現状と照らし合わせ今後の日本の医学教育に必要なことをあらためて考えたいと思います。

医師不足問題を考える

大滝 現在の医師不足の原因として医師の偏在の問題を取り上げました。偏在には、診療科間の偏在・地域間の偏在・施設間の偏在の3つがあります。そのなかで、診療科間の偏在にはさまざまな議論がありますが、結論が出ていないのが日本の現状です。

松村 ノエル先生との議論では、欧米では診療科ごとの定員数のコントロールが中心で、ジェネラリストを含む全体の医師数のコントロールの仕組みは国ごとで異なるとのことでした。また、国が規制している場合と、学会などの専門職組織が規制をかけている国があるようです。翻って日本の現状を考えると、専門医の定員のコントロールはほとんどなく、専門医資格そのものにもあいまいな部分があります。

大滝 日本でも「標榜科」については、最近規制の動きが出てきていますが、学会として「この領域には医師がこれくらい必要だ」ということを打ち出すことも必要だと思います。

松村 しかし、専門医・ジェネラリストのどちらが不足しているかよりも医師の総数についての議論が先行し、その前段階となる、それぞれの診療科で必要とされる医師数の議論はあまり行われていない印象があります。

大滝 そうですね。ただ、医師数については、各診療科におけるトレーニング内容などと密接にかかわってきます

ので、その領域に詳しい医師からの意見がとても重要になると思います。

一方、へき地や離島に医師が少ないといった地域間の偏在の問題は、ある程度行政を中心としてコントロールせざるを得ないように思います。

松村 地域間の偏在は、米国でも共通の問題でうまい解決策はなかなかないようです。ノエル先生の話では、米国ではインセンティブや義務年限、また強制配置的な手法である程度の規制をかけ、偏在を改善しようという動きがあるとのことですが、決定的な解決策はなく、教育を通じてかわれることはあまり多くないようです。

大滝 日本の場合、職業選択の自由という権利が強調され、法律で強制的な配置を行うことは難しい状況です。全体の医師数を増やすことについてはある程度の合意が得られそうなので、医学部の定員を増やす方針を採っている英国の動向が参考になると思います。

米国でも医師は足りないと認識されていますが、カリキュラムの基準を満たす医学校の整備が追いつかず、海外からの医師でその不足分を満たしています。つまり、米国では質を保ちながら医師を養成することが重要視されているようです。

松村 必要数を充足させるために医師数を増やすということと、医師のトレーニングや教育におけるゴールを変えることは、また別の話ですね。日本でどのような医師が必要かを議論した上でそれに沿った教育プログラムを組むことは、医師の増員と並行して行う必要があると考えています。

医局機能の代替法とは

大滝 施設間の偏在について、いま大きな議論になっているのは、「大学に人を戻せ」ということです。つまり、医局の持つ医師派遣機能が重要だから大学に医師を戻せということです。現状を考えると、確かに医局機能にある

程度頼る必要はあると思います。一方、医局だけでなくそれ以外のシステムも構築し、医師の配置を調整する構造が多様になれば、全体としての調整機能が高まる可能性があると思います。

いままでのノエル先生との議論ではあまり出てきていませんが、医師の配置を担ってきた日本の大学の医局のような機能が、外国ではいったいどのように行われているのか。医師の配置を調整するシステムが、日本と欧米ではどのように違うのか、その点に関心を持ち続けています。

松村 医局の持っているきめの細かい教育機能は、確かに標準化という観点からは組織的ではありませんが、特に外科系などのスキルを磨く分野では、有効に機能していたと思います。ところが、新医師臨床研修制度がそのような教育機能を、カリキュラムとして行う意向がないままに始まってしまったことが、いろいろな問題を引き起こしているようにも思えます。

大滝 医師の教育機能の面だけでなく、セーフティネットの機能にも変化が生じていますね。いままでは、能力に少々ばらつきがあっても医局で調整してきたわけですが、その機能も弱くなってきています。外国ではどのようなセーフティーネットがあるのか、参考にしたいと思います。

ジェネラルな能力はどのように修得すべきか

松村 日本と諸外国との大きな違いに、諸外国ではどの専門科に進むにしてもまずジェネラルな研修をして、その上で専門医を取るための研修を開始するということがありました。日本でも、「プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」を目標に新医師臨床研修制度が始まりましたが、求められる医師の基本的な臨床能力のレベルには不明確な部分があります。

大滝 そうですね。医師全員が身に付けなければいけない能力については、教える指導医側にも意識のずれがあります。今回、制度が見直されることとなりましたが、“専門医”としてのトレーニングをもっと早期から始めるべきだ、という意見が多く出されたことにも関係していると考えています。

松村 医師の偏在の問題が生じ、専門医養成のニーズが強くなってきたことも原因の一つと考えますが、長期的にみてその方向性で本当によいのかは少し疑問です。

大滝 ただ、ジェネラルな教育において卒前の臨床教育をもっと充実させたほうがよいということは、少なくとも医学教育関係者の間では共通認識になっています。しかし、卒前の段階で、かなりの医行為を学生が行う場合、それを患者側に理解してもらえるかという議論はまだ不十分です。

松村 そうですね。卒前の医行為にはやはり責任問題もありますし、診療報酬をどうするかといった経済問題も絡

んできます。

大滝 詰めなくてはならないことはたくさんあるのですが、それが後回しされ卒後の話だけがどんどん進んでいる印象を持っています。幸い、医学部の共用試験が定着したので、卒前の臨床実習をどう充実させるか、もっと具体的に考える時期にきていると思います。

松村 卒前でも可能な医行為を充実させて、卒前に到達すべき医師としての基礎的な臨床能力を高めるということには、国民のコンセンサスが得られるのではないのでしょうか。

大滝 そうなることを願っています。

日本に必要な専門医制度とは

松村 もう一つ、議論になっていたものに専門医研修の話がありました。米国では、専門医の認定や教育カリキュラムの規定は、政府や学会とは独立した中立の専門機関が行っていますが、日本ではそこまでの厳密なコントロールは行われていないのが現状です。

大滝 カリキュラムについては、管理を厳しくすればするほど対応できる施設が限られてきます。施設間の偏在とも関係しますが、そうすると狭い領域の専門医を養成できるのは全国でも限られた数の病院となり、その専門領域の学会や医師からの反発が生じると考えられます。

松村 そうですね。カリキュラムそのものの管理もありますが、認定を第三者が行うという場合、確かに透明性は高まるかもしれませんが、誰がその機関を運営していくことができるのか。日本の現状を考えると難しいかもしれません。今後どのような専門医制度を構築していくかという議論は、一般国民を含め行っていくことが必要ですね。しかし、米国と同様に独立した機関が行うためには、コストや手間など、乗り越えなければいけないハードルはたくさんあります。

大滝 そのような制度にうまく移行できるかですね。

松村 研修システムの透明性の確保とコスト・手間のバランスをどう取っていくかは非常に難しく、そこがこれからの課題になると思います。

ただ、個人的にはかなりのコストをかけてもやらざるを得ないと考えていますが、専門医への診療報酬の上乗せもない現状では、制度として難しいかもしれません。

大滝 いい教育をすることがその病院の信頼を高める。そう考える人が増えてきていると思います。

松村 そのような見方がさらに広まるといいですね。

大滝 ありがとうございます。今後の連載ですが、日本の医学教育で緊急性のある課題の一つに女性医師の問題があります。次回からはこのテーマについて、今後日本がどう対応していくべきかを、米国などの外国の状況を教えていただきながら、また、ノエル先生と議論したいと考えています。

感染症が疑われる目の前の患者に、どうアプローチすればいいのか？

新刊

市中感染症診療の考え方と進め方 IDATEN感染症セミナー

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？ 感染症診療の新時代を拓く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。

編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会



“難しい”といわれる人工膝関節置換術を、最前線で活躍する術者がわかりやすく解説

新刊

人工膝関節置換術 手技と論点

人工膝関節置換術をめぐるのは、その手術法や使用するインプラントのデザイン、周術期の管理、最小侵襲手術（MIS）の是非など、いくつかの論点が存在する。これらの論点を軸としながら、一般的に手技が“難しい”といわれている膝の人工関節置換術の方法やコツ、ビットフォールなどを最前線の現場で活躍する術者がわかりやすく解説する、実践的な手術書。

編集 松野誠夫
北海道大学名誉教授・美瑛労災病院名誉院長・北海道整形外科記念病院理事長
龍 順之助
日本大学医学部総合科学研究所教授・整形外科
勝呂 徹
東邦大学教授・整形外科
秋月 章
長野松代総合病院・院長
星野明穂
川口工業総合病院・院長
王寺享弘
福岡整形外科病院・院長



レジデントの方々にお薦めするマニュアル

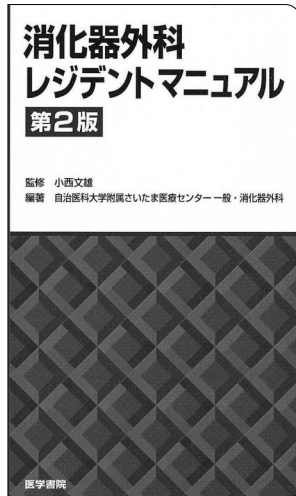
(新刊を中心に)

消化器外科 レジデントマニュアル 第2版

監修 小西文雄

編著 自治医科大学附属さいたま医療センター
一般・消化器外科

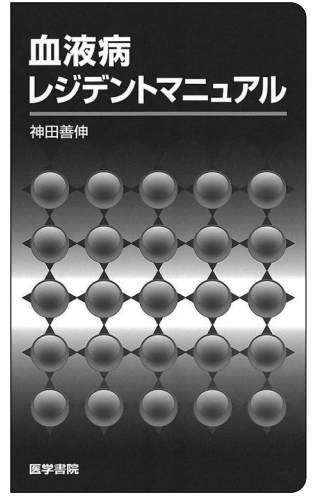
病棟で、外来で、周術期管理に必要なデータ、診療手順、手技のチェックポイント、pitfallまでを懇切丁寧に提示。現場で見やすい工夫を随所に散りばめて、改訂新版としてアップデート。自治医科大学さいたま医療センターのスタッフが総力をあげて執筆・編集した待望の新刊。

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

血液病 レジデントマニュアル

神田善伸

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

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

内科レジデントマニュアル 第7版

聖路加国際病院内科レジデント 編

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

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



研修医のための 整形外科診療「これだけは!」

編集=高橋正明

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

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



レジデントのための これだけは知っておきたい! 消化器外科

編集=山本雅一

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

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



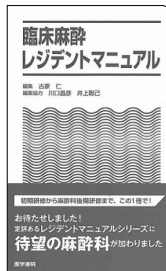
臨床麻酔レジデントマニュアル

編集=古家 仁

編集協力=川口昌彦・井上聡己

定評のあるレジデントマニュアルシリーズの1冊。研修に熱心に取り組んでいる奈良医大麻酔科が総力を挙げて作成した実践的マニュアル。麻酔薬の薬理、術前評価、手技、モニタリング、合併症対策、術後管理、危機管理などの必要十分な知識を網羅し、各科麻酔についてはよく遭遇する重要な症例という切り口で臨床に即役立つように構成した。この1冊で初期研修から麻酔科後期研修、専門医を目指すレベルまで対応。

●B6変 頁320 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00617-0]



消化器内科レジデントマニュアル 第2版

東京大学消化器内科 編

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

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

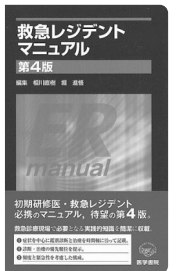


救急レジデントマニュアル 第4版

編集=相川直樹・堀 進悟

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

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



肝疾患レジデントマニュアル 第2版

編集=柴田 実・八橋 弘・石川哲也

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

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

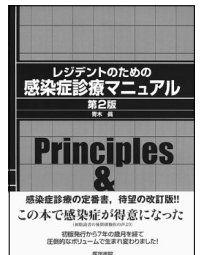


レジデントのための 感染症診療マニュアル 第2版

青木 眞

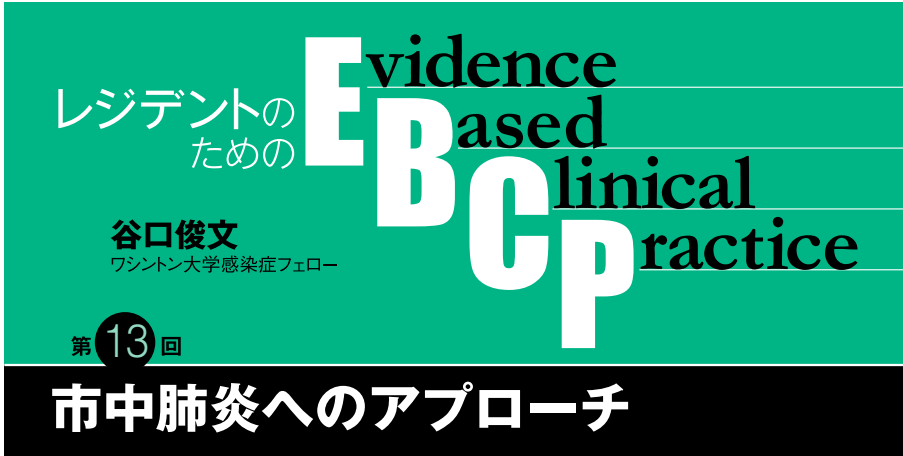
初版発行から7年。第2版は頁数を倍以上に増やし、新版と見まがうほどの大改訂となった。最新エビデンスを明示し、臓器別・原因微生物別のアプローチを充実させ、臨床での問題解決のための生きた知識・考え方を網羅。「感染症は全診療科に共通の問題なので、研修医は感染症診療の基本原則を身につけることが重要」という理念はぶれることなく、研修医および指導医が困ったときに最初に繙くべき本という位置付けには変わりはない。

●A5 頁1464 2008年 定価10,500円(本体10,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00387-2]



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



今回は内科疾患の中で最も重要な肺炎に関するさまざまなエビデンスを学びます。簡単にみえる治療でも、治療薬の選択、治療期間や経口抗菌薬への切り替えなど考えることがたくさんあり、実は多くのことについてエビデンスが確立していない分野でもあります。

Case

76 歳の女性。7 日前から上気道炎症状を呈し近医にて治療を受けていた。前日より呼吸苦、左側の胸痛と悪寒が認められたため搬送されてきた。初診時 38.8℃、脈拍数 110 回/分、呼吸数 24 回/分、血圧 90/60 mmHg で左側のラ音と左側下肺野における呼吸音の減弱あり。白血球数 21,000/mm³ で、分画は好中球が 90% だった。なお、病院のアンチバイオグラムでは肺炎球菌の 41% がペニシリン耐性であり、マクロライドに対しても同程度の耐性がある。

Clinical Discussion

まずは入院の基準を考える必要がある。肺炎を呈するすべての患者が入院を必要とするわけではない。この患者にはどのような抗菌薬の選択をすべきだろうか？ もっともよくみられる肺炎の起因菌は？ 薬剤耐性の肺炎球菌にはどのような抗菌薬の選択を行うべきなのだろうか？

マネジメントの基本

入院決定の指標

British Thoracic Society による CURB-65 (表 1) が使用しやすい。PSI (Pneumonia Severity Index) と比較しても低リスク患者の確認には差があまりなく、高リスク患者における死亡率の予測に関しては CURB-65 のほうが優れていた (Am J Med. 2005 [PMID : 15808136])。CURB-65 の基準を 2 つ以上満たした場合には入院が必要となり、3 つ以上満たした場合には ICU にて初期治療をすることが多い。実際には ICU 入院の基準として表 2 もよく用いられる。しかし、患者個々の背景に合わせて判断することも大切である。

治療までの時間

診断からなるべく早く治療を開始すべきである (文献①)。なるべくならば病院到着後 4—6 時間以内に抗菌薬投与を開始したい (Arch Intern Med. 2004 [PMID : 15037492]) が、肺炎の鑑別診断やワークアップを怠ってはいけない。培養は必ず取ること。重症肺炎や敗血症性ショックを呈するような場合は病院到着後 1 時間以内に抗菌薬を開始することが望ましい (Crit Care Med. 2006 [PMID : 16625125])。

治療薬の選択

市中肺炎の重要な起因菌は肺炎球

菌、インフルエンザ桿菌、マイコプラズマ、クラミジア、モラクセラ、レジオネラである。その中でも肺炎球菌による肺炎の頻度が高いため、これを外さないエンピリックな治療（疫学的予想や患者背景に基づいて起因菌が同定されるまでに投与する抗菌薬）が必要である。レスピラトリーキノロンは広範囲にカバーするが、キノロン耐性の問題や、結核も治療できてしまうために結果的にこれをマスクしてしまい診断が遅れることも考慮して、通常はエンピリックの第一選択としては用いない。肺炎球菌に対してはマクロライド耐性が問題になっているためマクロライド単剤で治療することは推奨されない。ペニシリン系に対する耐性と異なりマクロライドは用量を増やしても治療効果が上がらない。

基礎疾患のない患者の市中肺炎治療の処方例

外来：アモキシシリン 1g を 1 日 3 回 ± アジスロマイシン 500 mg 1 日 1 回 経口
一般病棟：セフトリアキソン 1g を 1 日 1 回 静注 + アジスロマイシン 500 mg 1 日 1 回 経口
ICU：セフトリアキソン 2g を 1 日 1 回 静注 + アジスロマイシン 500 mg 1 日 1 回 経口
(アジスロマイシンの服用が困難ならシプロフロキサシン 400 mg を 12 時間ごとに静注)

Definitive Therapy（後に同定された起因菌を標的とした抗菌薬への切り替え：De-escalation とも言う）を行うために、適切な抗菌薬に切り替えることも重要である。De-escalation を行うことで死亡率が低下したり病院滞在日数が短くなったりするわけではないが (Thorax. 2005 [PMID : 16061709])、コストや耐性菌選択圧などを減らすなどその意義は重要である。

最も大切なのは、感染症疾患の疫学はダイナミックに変化していくという認識を持つことである。CA-MRSA (Community Associated MRSA) は市中

●表 1 CURB-65（各 1 点）

Confusion (昏迷)	見当識障害
Uremia (尿毒症)	BUN > 20 mg/dL
Respiratory rate (呼吸数)	呼吸数 30 回/分以上
Blood pressure (血圧)	収縮期血圧 90 mmHg 以下あるいは拡張期 50 mmHg 以下
65	65 歳以上

●表 2 重症市中肺炎の診断基準（文献①より抜粋）

Major Criteria	侵襲的人工呼吸 昇圧薬を必要とする敗血症性ショック
Minor Criteria	呼吸数 ≥ 30 回/分 動脈血酸素分圧/吸入酸素濃度 (PaO ₂ /F _i O ₂) 比 ≤ 250 複数の肺葉に浸潤影 昏迷/見当識障害 尿素窒素 (BUN) ≥ 20 mg/dL 白血球減少 (WBC < 4,000/mm ³) 血小板減少 (Plt < 10 万/mm ³) 低体温 (核心温 < 36℃) アグレッシブな輸液が必要な低血圧
・ Major Criteria のいずれかを満たすときには ICU 入室。 ・ Minor Criteria の 3 項目以上該当する患者は ICU 入室が推奨される。	

肺炎の重要な起因菌として認識されつつある。特にインフルエンザ罹患後の細菌性肺炎の重要な起因菌として黄色ブドウ球菌は考えておかなければならない。PVL (Panton-Valentine leukocidin；白血球溶解毒素) が産生しているタイプは重症化しやすく早期治療が大切である (文献③)。

経口抗菌薬への切り替え

米国ガイドライン (文献①) では「患者の血行動態が安定し、臨床症状が改善傾向を示し、経口薬の服用が可能で消化管機能が正常ならば、静脈投与から経口投与に切り替えるべき」としており、これに準ずればいいのではないと思われる。数は少ないが、その根拠になる臨床研究がいくつか存在する (BMJ. 2006 [PMID : 17090560], Am J Med. 2001 [PMID : 11583639])。

治療期間

これに関してはエビデンスが少ない。文献①では最低 5 日間、少なくとも 48—72 時間は解熱しており市中肺炎関連の症状安定の基準 (表 3) を満たさない項目が 0—1 個の場合は治療終了としている。しかし『熱病』に掲載されている起因菌ごとの投与期間 (表 4) はこれと異なる。この表もまったく根拠がないので利用の際は十分気をつける必要がある。3 日間と 8 日間の抗菌薬投与を比較したオランダのデータは、治療が当たっていれば 3 日間でも治療効果は同等とした (BMJ. 2006 [PMID : 16763247])。米国では、エビデンス確立のために NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases) がスポンサーする臨床研究が始まろうとしている。現状では、最低 5 日間治療し、患者個々の状態に応じて判断するのが望ましいと考える。

●表 3 肺炎の症状安定の基準（文献①より抜粋）

・ 体温 ≤ 37.8℃ ・ 脈拍 ≤ 100 回/分 ・ 呼吸数 ≤ 24 回/分 ・ 収縮期血圧 ≥ 90 mmHg ・ SaO ₂ ≥ 90% または PaO ₂ ≥ 60 mmHg ・ 経口摂取可能 ・ 意識状態正常
--

●表 4 起因菌ごとの肺炎治療期間

肺炎球菌による肺炎	3—5 日間平熱が続くまで (最低 5 日間)
その他市中肺炎	最低 5 日間かつ 2—3 日間平熱が続くこと
緑膿菌・エンテロバクターによる肺炎	21 日間、42 日間まで投与することもある
ブドウ球菌による肺炎	21—28 日間
レジオネラ、マイコプラズマ、クラミジア	7—14 日間

(The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2009 Table 3. より抜粋)

診療のポイント

- 入院の基準は CURB-65 を利用するのが簡単である。
- 地域の疫学、患者の背景に応じて決定したエンピリックな治療をなるべく早く開始する。
- 培養を必ず取り、結果に基づき De-escalation を行う。
- 治療は最低 5 日間行う。患者個々の病状に合わせて決定する。

この症例に対するアプローチ

CURB-65 より入院の適応と判断。肺炎球菌その他をカバーする抗菌薬の選択としてセフトリアキソンとアジスロマイシンでの治療開始を考えていた。ところが詳細な問診にて、近医にて処方され服用していたのはタミフル®であったことが判明。喀痰培養、血液培養を採取後、黄色ブドウ球菌による感染も考慮。高齢でありエンピリックな抗菌薬を選択する際に起因菌を外した場合、死亡率が高いため、セフトリアキソンとアジスロマイシン、バンコマイシンの投与を開始した。

Further Reading

- ① Mandell LA, et al. IDSA/ATS consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. 2007 ; 44 Suppl 2 : S27–72. [PMID : 17278083]
- ② Niederman M. In the clinic. Community-acquired pneumonia. Ann Intern Med. 2009 ; 151 (7) : ITC4–2-ITC4–14 ; quiz ITC4–16. [PMID : 19805767]
- ③ Defres S, et al. MRSA as a cause of lung infection including airway infection, community-acquired pneumonia and hospital-acquired pneumonia. Eur Respir J. 2009 ; 34 (6) : 1470–6. [PMID : 19948913]

↑ CA-MRSA と市中肺炎に関してよくまとまっている。

慢性呼吸器疾患ケアのチーム医療を実践するために

チーム医療のための呼吸ケアハンドブック

COPDをはじめとする慢性呼吸器疾患に対し、サイエンスに基づくケアを確立することを目的とした実践的なハンドブック。①cureからcareへの転換、②生理指標よりQOLの改善、③呼吸ケアのサイエンス、④呼吸ケアにおけるチーム医療を確立するための情報提供などの点を重視し、呼吸ケア実践に必要なプラクティカルな情報をコンパクトにまとめた。

監修 工藤翔二 結核予防会複十字病院・院長
編集 木田厚瑞 日本医科大学教授・呼吸器内科学
久保恵嗣 徳州大学教授・内科学
木村 弘 奈良県立医科大学教授・内科学

呼吸ケアハンドブック

呼吸ケアのチーム医療を実践するすべての医療従事者のために！

A5 頁312 2009年 定価4,410円(本体4,200円＋税5%) [ISBN978-4-260-00793-1]

医学書院

リハビリの臨床評価に必要な情報をコンパクトな1冊に完全網羅

リハビリポケットブック 臨床評価ガイド

Rehab Notes
A Clinical Examination Pocket Guide

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

リハビリポケットブック 臨床評価ガイド

あなたは、時間、空間、患者を正しく観察・評価できていますか？

リハビリ臨床評価ガイドはこれだけ網羅できておきない

五五変型 頁280 2009年 定価2,940円(本体2,800円＋税5%) [ISBN978-4-260-00765-8]

医学書院

小児科診療の フレームワーク

Knowledge(医学的知識)—Logic(論理的思考)—Reality(現実的妥当性)の「KLRモデル」にもとづき、小児科診療の基本的な共通言語を共有しよう!

土島智幸

手稲溪仁会病院・小児NIVセンター長

第13回
(最終回)

研修医教育に活かす KLRモデル

いよいよ最終回です。今回は番外編として、連載第2回でご紹介したKLRモデルにもとづいた、研修医の教育について考えてみます。医学生・研修医の皆さんには、現在の自分にはどんな勉強が必要なのか、指導医の先生方には、どの段階でどのようなことを指導すればよいのか、それぞれが考える機会にしてくださいと思います。

医師の発達段階

連載第2回で、医師に必要とされるスキルには、Knowledge(医学的知識)、Logic(論理的思考力)、Reality(現実的妥当性の判断力)の3つがあるとお話ししました。医師としてのトレーニングを行う上で、これらをバランスよく身に付けていかなければならないわけですが、すべてを同時に学ぶことはできません。どの時期にどのスキルを学ぶかということは、子どもの発達段階に「医師の発達段階」を当てはめて考えてみるとわかりやすくなります(図1)。

ここで大事なことは、発達段階に応じて学ぶべきスキルがある、ということです。例えば、独立心が芽生え始めた2歳の子が「ひとりで外に行きたい」と言ったとしても、親はそれを許可するでしょうか。4歳くらいの子がひとりで包丁を使って料理をしたいと言っても、側で見守らないことがあるでし

ょうか。もともと優秀な研修医ほど、「あいつはひとりでやらせても大丈夫」と言われ、気がついたら側で見守ってくれる指導医がおらず、叱られることもなく育っていつてしまうという事態に陥りがちです。

医師になってすぐの時期は、医学部で学んだKnowledgeが実際の臨床現場では役に立たない場合が多いことに気づき、臨床医としてのKnowledgeを得るのに必死になります。また、それらのKnowledgeをいかに目の前の問題解決のために使用するか、つまりLogicも学ぶことになります。このように奮闘するうちに、Philosophy(医師としての哲学)と呼べるものを無意識下に形成していきます(後述)。

一方この段階で、看護師さんなど周りのスタッフといかにうまくコミュニケーションを取るか、また、患者さんの家族といかにうまくかわるか、といったRealityの部分をあまりにも重要視しすぎると、学ぶべきことが多くなりすぎてしまいます。初期の段階で

は、特に小児科で多いRealityに相当する部分については上級医・指導医がカバーし、まずは「医学的に」きちんとした判断を下すことができるように指導しましょう。学ぶ順序を間違えると、「医学的に」入院が必要な状態なのに、「Realityとして」家族と相談して帰宅させてしまう、といったことになりかねません。

「評価」による「価値判断」を避ける

また、研修医を評価することは非常に重要ですが、その評価をもとにして価値判断をしてしまうことは避けなければなりません。具体的には、「2年目なのにこんなこともできないから、あいつはダメだ」とか、「あいつはRealityのスキルがないから、もめそうな症例については担当を外そう」といったようなことです。このような価値判断によって、研修医がむしろ最も努力しなければならない領域において、チャレンジする機会が奪われてしまうことになります。指導医に必要なことは、評価にもとづいた価値判断ではありません。悪い結果も含め、評価をきちんと研修医に伝え、それでもチャレンジする機会を与え続け、見守り続ける、という意味を示すことです。それによって、研修医は安心して、自分の得意でない領域にもチャレンジすることができるのです。

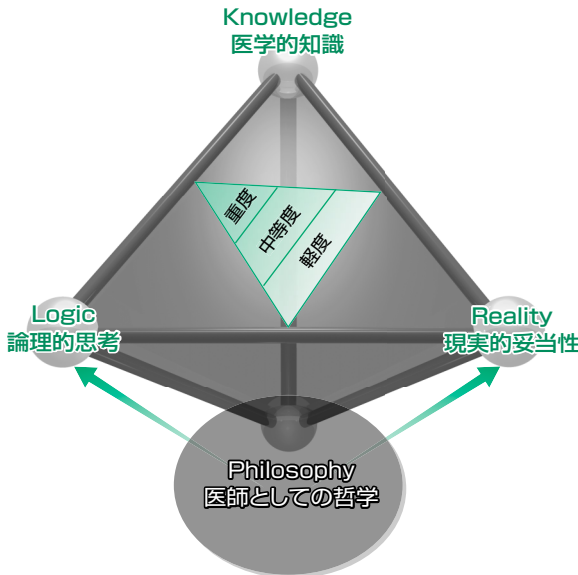
Philosophy: 医師としての哲学とは

しかし、KLRモデルを使って研修医の教育にかかわっていくうちに、KLRをバランスよく身につけることができれば、それで立派な臨床医になれるのだろうかという疑問が生じてきます。

そこで私が気づいたのは、P: Philosophy(医師としての哲学)というものがある。それがLogicとRealityのスキルに大きな影響を与えているということです(図2)。

このPには、人間としてのPはもちろん、医師としてのPもあります。具体的には、「小児科医としては当然こう考えるでしょ」という慣習や、「この病院ではこうする」といったローカルルールや文化など、「うまくは説明できないが、いつもそうしていること」をすべて含みます。

これらのスキルは、自分で努力して学ぶというよりも、集団のなかで、あるいは側にいる指導医を見ていて、無意識下に学んでいくことが多いのです。指導医と一緒に重症患者を夜通し診る、背伸びをして大きな間違いを起こし怒鳴られる、指導医が飲み会でいつも同じ武勇伝を語るなど、体育会系というか、泥臭いというか、従来の日



●図2 修正 KLR モデル (連載第2回の図を改変)

本的な教育で重要視されていたものが多く含まれていると考えられます。

医師としての、あるいは小児科医としてのこのPhilosophyは、学生時代のアルバイトや遊びも含めた経験から形成された個々人のキャラクターも大きく影響し、キャリアの初期、2—3年間でほぼ固まってしまうだろうと考えます。ですから、親が子どもを側で見守るように、指導医が側で研修医のことをいつも見守り、ときには叱ることも必要だということなのだと思います。親になる準備が完璧にできたから親になるわけではないのと同様、指導医も研修医との関係を通じて、一人前の指導医になっていくということなのでしょう。

Closing comment

全13回を通じて、小児科医としての基礎を、研修医がどのように学ぶべきかという視点で勉強してきました。研修医教育にかかわるようになって5年が経ちますが、日々多くのことを彼らから学んでいます。むしろ、私が彼らから指導を受けているといったほうが正しいかもしれません。医療不信が叫ばれるなか、指導医としての私たちにできることは、プロフェッショナルと呼ぶことのできる医師を1人でも多く育て、医療そのものに対する患者さんの信頼を得ることだと思っています。

この連載では、今回のように私が勝手に考えたことも多く書かせていただきました。ご意見・ご批判などがあれば遠慮なくご連絡ください。学会などどこかでお会いできた折には、ぜひ語り合いたいです。

これで私の連載はすべて終わります。これまで読んでくださった皆様、本当にありがとうございます。

土島智幸 tdobata@hotmail.com

“Bad News”をどう伝えるか。がん種ごとの具体的ケースに沿って学ぶ。

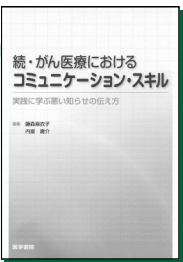
新刊

続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル

実践に学ぶ悪い知らせの伝え方

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

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



最新の定義に基づいた分類と解釈で、脳波判読のコツを伝授!

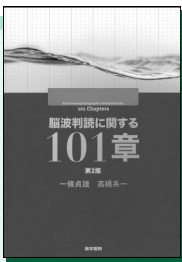
新刊

脳波判読に関する101章

第2版

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

一條貞雄
仙台富沢病院
高橋系一
北習志野花輪病院



第

10回

論文解釈のピットフォール

植田真一郎

琉球大学大学院教授・臨床薬理学

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

重篤度が異なるエンドポイントの複合で起こる問題

今回は、複合エンドポイントの欠点として重篤度、重要性の異なるイベントが一緒にされ、むしろそれらの低いエンドポイントが多く発生し、そこで差がつくことが多いことや、薬剤の効果が一貫しておらず、それぞれのエンドポイントによって異なる場合の解釈が困難なことなどをお話ししました。今回も引き続き、複合エンドポイントを解釈する際の注意点についてお話しします。

複合エンドポイントの落とし穴

臨床試験では、あらかじめ設定されたエンドポイントが発生するまでの時間を各治療群間で比較します。また、あるエンドポイントが発生すると、そこで観察はいったん打ち切られます（理想的には、死亡以外の場合は引き続き観察したほうがよいと思います）。もし、複合エンドポイントが一次エンドポイントとして設定されていたとしたら、その中で最初に起こったイベントを（一次エンドポイントとして）カウントするわけですから、その後に何かのイベントが起こったとしても、それは一次エンドポイントとしてはカウントされませんね。重篤度の低いイベントは「起こりやすい」わけですから、重篤度の低いイベントが先に起こると、その後に起きた、より重要で重篤度の高いイベントはカウントされず、薬剤の効果もそのイベントに関してはわからないことになってしまいます。

極端な例を挙げてみましょう。心不全の薬剤は、総死亡で評価されているものが大多数ですが、「心不全による入院」というエンドポイントでも評価されることがあります。患者にとって

は、入院するか否かは重要なポイントですから、入院に関する客観的な基準があれば、評価しても構わないと思います。しかし、「心不全による入院」は、心不全患者には比較的早期に発生しやすいイベントであることに留意すべきです。

図1は、「心不全による入院」というエンドポイントで薬剤AとBを比較したものです。この図を見ると、「心不全による入院」はどちらの薬でも100%発生していますが、B群の患者全員がA群の患者より遅く入院していますので、このエンドポイントを用いる限り、Bのほうがよい治療ということになります。

しかし、その後も観察を続けたところ、死亡が図2のように起こったとしましょう。この場合、A群の患者が長生きしているため、Aのほうが生命予後に関してBよりも優れた薬剤ということになります。ところが、もし観察を続けていなければ逆の結果になってしまいますね。この研究のエンドポイントが「心不全による入院+総死亡」であったとしても、最初のイベントをカウントするならばBのほうがよい薬剤になりますし、これほど極端ではなくても、入院での差が「心不全による入院+総死亡」の差となってしまうことが考えられます。

重要なイベントの総数を見るべき

つまり、心不全などの重篤な疾患の臨床試験を読む際は、有効性評価においても安全性評価においても死亡を重視すべきなのです。きちんとした試験であれば、複合エンドポイントでも試

験期間中の全死亡は記載されていると思います。が、死亡のみならず、本来はファーストイベントに加え、それぞれのイベントの総数が記載されるべきです。

表に示したのは、Val-HeFTという試験の結果です¹⁾。この試験では、ACE阻害薬などで治療している心不全患者において、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）バルサルタンとプラセボを投与した効果を比較しています。すなわち、β遮断薬やACE阻害薬などの心不全治療の標準薬にさらにバルサルタンを加えることが、予後を改善するかどうかを見た試験です。

この試験では、二つの一次エンドポイントが設定されています。一つは総死亡で、もう一つは総死亡に心不全による入院などを加えた複合エンドポイントです。複合一次エンドポイント発生リスクはバルサルタン群で13.2%低く、有意差が生じています。

しかし、エンドポイントである総死亡は、両群間に差はありませんね。結局入院が27.5%バルサルタン群で少ないためにこのようなことになったのです。この結果は、バルサルタンの追加投与は入院を減らすことができるが、生命予後の改善はみられない、と考えるべきでしょう。

死亡原因は区別が難しい

総死亡はある意味で複合エンドポイントです。もちろん重篤度は同じなのですが、評価に際して問題になることはないのですが、心血管死亡、あるいは心不全による死亡で評価すべきという意見も当然あります。確かに、薬剤の効能、あるいは治療法の効果を評価するならば、心血管死亡のほうがより鋭敏に評価できるかもしれません。また最近の報告では、心不全患者のうち、特に駆出率が保持されている患者では、むしろ心血管以外の死亡原因のほうが多いとされています²⁾。

しかし、それでも臨床試験において総死亡で評価する理由はいくつかあると思います。一つは、実際の診療において何を心血管死亡とするか、定義や診断が容易ではないことです。心不全症状の悪化で入院したとしても、直接の死因は感染症であることも多いです

●表 Val-HeFT 研究のエンドポイント内訳

	バルサルタン群 (n=2511)	プラセボ群 (n=2499)	相関リスク (95%CI)	p 値
一次エンドポイント 1 複合エンドポイント	723 (28.8%)	801 (32.1%)	0.87 (0.77-0.97)	0.009
総死亡 (1st event として)	356 (14.2%)	315 (12.6%)	検定せず	
心不全による入院	346 (13.8%)	455 (18.2%)	表示せず	<0.001
その他	21 (0.8%)	31 (1.2%)		
入院の後死亡 (複合には死亡としてカウントされていない)	139	169		
一次エンドポイント 2 全死亡 (試験中すべての死亡)	495 (19.7%)	484 (19.4%)	1.02 (0.88-1.18)	0.80

Val-HeFT 研究では、バルサルタン追加による複合一次エンドポイントの発症リスクは減少したが、もう一つの一次エンドポイント総死亡は減少しておらず、主として入院の減少であったと解釈できる。

し、そもそも心不全の悪化の原因としては、心血管以外の疾患の可能性も高いと思います。

また、診療録から死亡原因を推定しようとしても、しばしば剖検の結果と一致しないことがあります。突然死を不整脈死とみなす抗不整脈薬の臨床試験もあったようですが、正当化されていません。要するに、原因別の死亡や入院は診療の現場では厳密に区別できない可能性があるということです。

もう一つは、死亡というエンドポイントは有効性評価で用いられるとともに、安全性評価のエンドポイントでもあることです。例えば、ミルリノン（フォスフォジエステラーゼⅢ阻害薬）などの強心薬は、心収縮力の改善など短期的な心機能の指標、あるいは生活の質に関しては改善しますが、長期の臨床試験においてはむしろ総死亡を増加させることが報告されました^{2,3)}。

したがって、心不全の場合、いかに生活の質を向上させる可能性があっても、死亡リスクを上昇させないことが安全性評価として確認できなければ実際には使用できません。また、心血管死亡をエンドポイントとしたときに、ほかの原因による死亡を解析上どう扱うか（打ち切りにするか、競合リスクイベントとして取り扱うか）も問題になることがあります。

今回は、研究デザインとエンドポイントの設定についてお話しします。

参考文献

- 1)Cohn JN, et al. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure. N Engl J Med.2001;345(23):1667—75.
- 2)Henkel DM, et al. Death in heart failure: a community perspective. Circ Heart Fail. 2008;1(2):91—7.
- 3)Packer M, et al. The PROMISE Study Research Group. Effect of oral milrinone on mortality in severe chronic heart failure. N Engl J Med. 1991;325(21):1468—75.
- 4)Cohn JN, et al. Vesnarinone Trial Investigators. A dose-dependent increase in mortality with vesnarinone among patients with severe heart failure. N Engl J Med. 1998;339(25):1810—6.

世界の神経生理学をリードしてきた第一人者による珠玉の神経診断学

神経診断学を学ぶ人のために

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

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



「神経精神薬理学」と「精神科薬物治療学」の有機的統合を目指す書

臨床精神薬理ハンドブック 第2版

監修 樋口輝彦
国立精神・神経センター総長
小山 司
北海道大学大学院医学研究科教授・精神医学
編集 神庭重信
九州大学大学院医学研究院教授・精神病理学
大森哲郎
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部教授・精神医学
加藤忠史
理化学研究所脳科学総合研究センター
精神疾患運動態研究チーム・チームリーダー



「固」体・液体・気体」。学校で学んだ物質の三態です。医療現場でいちばんウケがいいのは固体ですね。薬剤はほとんどが錠剤ですし、器具も固体で扱いやすいです。続いて液体も人気があります。点滴、注射に血液検査。しかし、気体は駄目ですね。肺機能検査に吸入薬……、どうも気体は敬遠されているようです。今回はそんな嫌われがちな肺機能検査(スパイロメーター)を取り上げます。

嫌われがちな“気体”

肺機能検査は、世界共通で利用率が低いのが現状です。例えば最近の報告でも、カナダでは喘息患者のおよそ半数が肺機能検査を受けたことがなく¹⁾、米国でも新たに診断されるCOPD例のおよそ4割弱にしか肺機能検査が用いられていなかったそうです²⁾。

血圧測定なしで血圧治療は行いませんし、血糖測定なしで糖尿病治療は行いません。にもかかわらず、肺機能検査なしで喘息やCOPDの治療が行われているのが現状なのです。ぜひ、肺機能検査を行いましょ。しかし、FVC、FEV₁、V50、V25、FEV₁%、FVC%……文字だらけでイヤになりますね。ですから、本連載では、1秒量(FEV₁)と1秒率(FEV₁%)に話を絞ります。これだけでも、肺機能検査を十分に役立たせることができるのです。

1秒量を理解する

まず初めに、みなさん、1秒間で何リットルの空気を吐けますか? フーッ。どうですか? ほとんどの方が2Lから5Lほどの空気を吐けるはず。この1秒間に吐き出せる量(L)を1秒量といい、FEV₁^{註1)}と書きます(この小さい1がまたイヤな印象を受けますが、単に1秒間の1のことです。例えば6秒間での量はFEV₆と書きます)。

標準的な1秒量を求められる予測式があります。18—95歳を対象にすると、

●男性 FEV₁ (L) = 0.036 × 身長 (cm) - 0.028 × 年齢 - 1.178

●女性 FEV₁ (L) = 0.022 × 身長 (cm) - 0.022 × 年齢 - 0.005

です³⁾。意外ですが、体重は入っていないですね。この式を使うと、例えば、26歳で身長170cmの男性の場合は4.214L、28歳で身長150cmの女性の場合は2.679Lです。この予測値の80%以上であれば、1秒量については問題ないとされます。

この1秒量が1Lを切るようになると、労作時の息切れで日常生活がつかなくなってきます。計算式の年齢の係数を見ると、加齢によって1歳ごとに男性で28mL、女性で22mL減っていくことがわかります。この低下速度であれば、70歳でも1秒量は1.5L以上あります。ところが、タバコを吸ってい

知って上達! アレルギー

第10回 喘息をハカる——肺機能検査

森本佳和

医療法人和光会
アレルギー診療部

第10回

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



●図 電子ピークフローメーター (左がピークフロー値、右がFEV₁を表示)



COPDの確定診断とされます⁴⁾。「気管支拡張薬投与後の」というのがミソで、β₂刺激吸入薬などで気道閉塞が十分に改善するとされる喘息との鑑別に利用するわけです。

この気管支拡張薬投与後の肺機能検査は簡単なのですが、なかなか行われません。この検査法を用いると、プライマリ・ケア医によってCOPDと診

断されている患者の4割しかCOPDはなく、また、COPDと診断されるべき患者の半数が喘息と診断されていたという報告もあります⁵⁾。簡単な方法としては、患者さんが持っているメプチン[®]やサルタノール[®]などの吸入薬の使用前後での肺機能検査があります。気道の可逆性についても実感できるので、試してみるといいでしょう(ちなみに、一般的に可逆性の気道狭窄がある場合には、1秒量で12%以上かつ200mL以上改善します)。

ピークフローメーター

肺機能検査の機械は、個人で買うには不向きです。その代用として、ピークフロー値があります。FEV₁の単位は(L/秒)でしたが、ピークフローメーターの単位は(L/分)なので、数字は大きくなります。性別・身長・年齢、さらに器具の銘柄によっても変わりますが、およそ予測値(L/分)は成人男性で500から700、成人女性で300から500といったところです。

ピークフローメーターでは、使用する個人の最良値(基準値)が重要です。一番調子のよい状態での最良値を記録しておきます。その100—80%をグリーンゾーン(安心値)、80—50%をイエローゾーン(注意領域:治療強化)、50%未満をレッドゾーン(警戒領域:

急いで受診)などと基準を決めておくと、各ゾーンで使用するべき薬剤や受診指示などを指導しておくことができます。これを「喘息のアクションプラン」といい、喘息の自己管理には大変有用です⁶⁾。

また、さらに知っておいていただきたいのが「ピークフロー値の変動」です。健常者のピークフロー値(または1秒量)は、朝でも夜でも、昨日でも明日でも、およそ一定しており、その変動率は20%未満です。しかし喘息のコントロールが悪いと、この変動率が20%以上、さらにひどくなると30%を越すようになります。朝と夜など複数回測定してもらえると、この変化をとらえやすくなります。

入手できるピークフローメーターにはさまざまなタイプがあります。デジタル製のは小型な上に、FEV₁表示やPC上でのデータ保存も可能です。私が米国で勤務していた施設では、Piko-1(図)を勧めていました。自費とはいえ、日本でも血圧計と同じぐらい(6000円前後)で入手できるので、興味のある患者さんにはよいでしょう。

今回は、少し敬遠されがちな、しかし喘息・COPD診療で欠かせない、肺機能検査の基本を書かせていただきました。この内容だけでも肺機能検査を診療に役立たせることができるはず。さらなる内容については成書をご覧ください³⁾。これをきっかけとして、肺機能検査・ピークフローメーターを日々の診療に積極的に取り入れていただければ幸いです。

註1) FEV=Forced Expiratory Volume

註2) FVC=Forced Vital Capacity

参考文献

- 1) Chapman KR, et al. Suboptimal asthma control: prevalence, detection and consequences in general practice. Eur Respir J. 2008;31(2):320-5.
- 2) Joo MJ, et al. Geographic variation of spirometry use in newly diagnosed COPD. Chest. 2008;134(1):38-45.
- 3) 日本呼吸器学会肺生理専門委員会(編集). 呼吸機能検査ガイドライン——スパイロメトリー、フローボリューム曲線、肺拡散能力。メディカルレビュー社. 2004.
- 4) World Health Organization, National Heart, Lung, and Blood Institute. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2009.
- 5) Tinkelman DG, et al. Misdiagnosis of COPD and asthma in primary care patients 40 years of age and over. J Asthma. 2006;43(1):75-80.
- 6) 日本アレルギー学会喘息ガイドライン専門部会(監修). 喘息予防・管理ガイドライン2009. 協和企画. 2009.

医学書院ホームページ

毎週更新しております

医学書院の最新情報をご覧ください

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

中毒患者診療の第一人者が綴る、すべての臨床家のための「トキシコペディア」

臨床中毒学

かつて化学を修め、現在臨床の第一線で中毒患者の診療にあたる筆者が、「臨床現場で役立つ中毒学の成書」をコンセプトに、これまでの自身の経験・知見と最新のエビデンスを惜しみなく注ぎ込んだ決定的な1冊。総論「急性中毒の5大原則」、中毒物質各論(101項目)のほか、巻末には症候別索引(症候→中毒物質)も掲載。

監修 相馬一玄
北里大学教授・救命救急医学
執筆 上條吉人
北里大学講師・救命救急医学



B5 頁576 2009年 定価10,500円(本体10,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00882-2]

医学書院

ダーウィン・イヤーの最後を飾る、ベストセラー テキストの邦訳

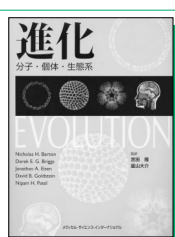
進化 -分子・個体・生態系

Evolution

▶分子から生態系まで、進化生物学の諸分野を現代的視点で捉え直した話題の書。進化生物学と分子生物学との関わりを踏まえ、古典/伝統的な進化学から、分子遺伝学、ゲノム学、バイオインフォマティクスの知見に基づく最新の進化学まで包括的に解説。オールカラーの美しいイラストを豊富に掲載し、要点をおさえた記述は簡明。ゆえに理・医・農の学部学生や大学院生の入門的教科書・参考書に最適。加えて進化学者をはじめ、分子生物学者にとっても、進化研究の概略を知る総説として価値ある一冊。

監訳 宮田 隆
京都大学名誉教授
星山大介
東京大学総括プロジェクト機構特任助教

定価15,750円(本体15,000円+税5%)
A4変 頁928 図・写真1000点 2009年
ISBN978-4-89592-621-8



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

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

研修病院見学ルポ

第9回 虎の門病院

～いい病院のええとこ取りをめざして～

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

水野 篤 聖路加国際病院 内科



特色

充実した専門科体制。
教育は各科での大学病院に類似した質の高いカンファレンス、回診が中心。
幅広い症例を経験可能。
初期研修の外科プログラムで行う全外科ローテートは魅力。



Profile

病床数：890 床
救急車受け入れ台数：2063 台／年（2008 年度）
救急受け入れ人数：7875 人（2008 年度）

■ Opening

病院見学も、筆者の生活の拠点である東京ようやく帰ってきた。今回の見学先は、研修病院として昔からよく知られる虎の門病院である。見学は午後からとなっていたため、午前中は聖路加国際病院で通常業務を行ってから移動した。勤務日の昼に外に出ることがここ5年間ほどなかったため、日差しが非常にまぶしく感じる。

■ 研修内容は？

虎の門病院は東京の都心にあり、ビル街の中に病院を発見。外来患者の間をくぐり抜け、エレベーターで医局がある階まで移動した。今回、見学の窓口となっていた内分分泌代謝科の竹内靖博部長にお会いしたが、昼食がまだだったようでここからも忙しさを感じ取られた。そこで竹内部長に同行し、職員食堂で昼食を取りながら虎の門病院の研修内容について質疑応答を行った。

研修は各診療科主導型であり、研修医の教育自体も各科に任せている状況とのこと。一般的な大学病院の研修スタイルに近いが、これも各科が実力者ぞろいであり、各科での教育で必要なスキルを身に付けることができるという自負があるからであろう。研修は2か月ごとのローテーションで、内科プ

ログラムでは7科の内科専門科を、外科プログラムでは6科の外科専門科をローテーションする。なお、初期研修医からの評価では、すべての科をローテーションできよかったという意見が多いらしい。

研修医にも話を聞いたが、研修医1人の受け持ち患者数は常時20例以上とのこと。噂に聞くとおりハードなカリキュラムとなっているようだ。筆者の研修医時代を思い返すと、20例以上を持つと正直フラフラになった記憶がある。手技に関しては、消化器内科のローテーション中に内視鏡を担当させてもらっている研修医もいるとのことだが、ほとんどは病棟業務だという。また3年目については、内科であれば内科、外科であれば外科の各科の中から選択した診療科で、3か月間ずつ4科のローテーションを行うカリキュラムだという。

■ カンファレンス

カンファレンスは各専門科の医師が行い、月3回、病院から弁当が支給され行われるものがあるとのこと。外科研修医も手術中に抜け出て参加できる体制が徹底されており、約8割という高い参加率を誇る。研修医の話では、非常に忙しいためこれ以上カンファレンスの回数を増やしても参加は難しい

ようだ。回診は概ねどの科でも週1回行っているが、大学病院でかつて行われていたような、全入院患者のディスカッションは行っていないという。見学前は、虎の門病院は大学病院に近い形で研修を行っているのではと考えていたが、やはり市中病院の業務の忙しさでは、スタッフの医師も時間がとれないのであろう。全体の雰囲気としては、筆者が初期研修を行った神戸市立医療センター中央市民病院とどことなく似ている印象を持った。

■ 研修医の環境は？

研修医の住居は、1年目は院内、2年目は院外の寮が指定となるようだ。机・ロッカーは各自に支給され、各自のパソコンにLANを接続すれば「Up-ToDate[®]」などのツールも使用できるとのこと。病院のパソコンは、経過表が含まれたオーダーリングシステムが導入されているが、カルテの記載は紙ベースである。当直は他病院とは異なるシステムであり、内科ローテーション中はスーパーバイザー、病棟当直、救急当直の3つの形で当直勤務がある。なお、スーパーバイザーは4年目からとのこと。虎の門病院は2次救急医療機関であり救急部もないため、昼の救急患者は当日の外来担当の3年目研修医を中心に内科処置室で診るといふ。そのため救急患者のReviewはない。外来は3年目から通年で担当し、午前と午後に分かれて行う。当然のことだが病院ごとに制度が異なるため、毎回理解するのに時間がかかる。医師は勤務先が変わることが多いのに、なぜこんなに病院ごとのローカルルールは違うのであろうか。

都心のど真ん中というロケーションだが、聖路加国際病院の研修医と同様に忙しく、せっかくの都会を満喫するような状況ではないようだ。

■ 伝統の「虎の門」

——これまでとこれから

見学の最後に、5年目で今年スタッフとなった腎臓内科の後期研修医と、循環器内科の4年目研修医で現在は他の病院に勤務する医師に話を伺った。非常に多くの症例数を持つ、いわば昔ならではの虎の門病院の研修も、負担が大きくなりすぎないよう近年は指導医が症例数を調節しているという。研修医の待遇も改善され、最近では研修医のQOLが向上している。施設面でも



● 研修医部屋。どこの病院でも研修医の部屋は同じ雰囲気である。

ICUがなく重症患者も病棟で診ていた5年前とは変わりつつある。病院自体も含め、これから変わっていくのであろう。実際の研修医の話からも、やはり研修の満足度は高いと感じた。

■ 中心静脈穿刺のライセンス制

このほか、筆者の主観にはなるが病院システムで素晴らしいと思ったことに、中心静脈穿刺のライセンス制がきっちりとした形で行われていることがある。入職後の4月にシミュレーションセンターで講義、実技の2回の演習があり、以降5回の見学と、指導医の監視下での8回の中心静脈ライン挿入を経験し修了のハンコをもらえば、3年目からは指導できる立場となるということだ。ただし、2年目研修医までの間は8回施行しても1人立ちはさせていないという。外科をローテーションする間に必ず上記条件は満たせるので、全員条件を満たすことができるとのこと。有名研修病院でもこのようなシステムの確立は非常に難しいことであるため、大変素晴らしいと感じた。近年、さまざまな病院でこのような試みが行われており、今後ますます広まるのではないだろうか。

■ 聖路加国際病院との共通点

聖路加国際病院との共通点としては、都心の病院であることはもちろん、やはり古くからの研修病院である点が挙げられるだろう。研修医が頑張ってこそこの市中病院。病院としてのこのあたりの歴史は、やはり共通しているように感じた。

Point!

専門性の高い内容での研修と豊富な症例数。このワンフレーズに尽きるであろう。

慢性腎不全医療の新しい知識を盛りこんで全面改訂！

透析ハンドブック

新刊

よりよいセルフケアのために 第4版

監修＝小川洋史・岡山ミサ子

編集＝新生会第一病院在宅透析教育センター



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

● B5 頁240 2009年 定価2,940円
(本体2,800円＋税5%) [ISBN978-4-260-00894-5]

医学書院

“もう一つ”のレジデントのバイブル

内科でも外科でも 内科医も外科医も



ワシントン外科マニュアル

新刊

第3版

The Washington Manual[™] of Surgery, 5th Edition

内科治療のバイブル「ワシントンマニュアル」と相補的に活用されるべく、ワシントン大学外科講座のレジデントとスタッフにより執筆された、外科診療の実践マニュアル、改訂新版。外科領域全般を網羅し、診断や治療法を的確かつ簡潔に解説。改訂に際し情報のアップデートはもちろん、解剖・生理やTNM分類などの項目が増強、さらに充実した内容となった。外科研修医に必携、指導医・専門医の知識の整理や、さらに内科医にも良質のレファレンスとして有用。

監訳 住永佳久 東京北社会保険病院病院長
小西文雄 自治医科大学附属さいたま医療センター外科教授
宮田道夫 佐久大学学長 / 自治医科大学名誉教授
高久史磨 自治医科大学学長

● 定価 8,400 円 (本体 8,000 円 + 税 5%)
● A5 変 頁 968 図 30 2009 年
● ISBN978-4-89592-622-5

原著 65 年、
そして、日本語版 30 年の
歴史に裏打ちされた信頼と誇り
奇跡の“マニュアル”

The Washington Manual[™]
of Medical Therapeutics, 32nd Edition

監訳：高久史磨・和田 攻 ● 定価 8,400 円 (本体 8,000 円 + 税 5%)

絶賛発売中

ワシントン マニュアル

第11版



MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

血液病レジデントマニュアル

神田 善伸 ● 著

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

神田善伸先生は、頭脳明晰にして弁舌爽やか、日本の血液学会にあって最も期待されている若手の一人である。既に教授に就任していることや、多くの原著論文のみならず著書を出していることからそれを知ることができよう。そんな彼が今回『血液病レジデントマニュアル』を上梓された。血液病には出血・凝固疾患なども含まれ血液専門医であっても躊躇する場合もまれではない。一人でこれだけの領域を簡潔に、しかもポイントを押さえてまとめ上げた力量はさすがである。

症候から診断、検査・病期／分類・治療・評価が要領よく書かれているのみならず、総論に特徴がある。抗がん剤、支持療法、輸血、EBMと臨床決断など、血液学に興味を持たせようと

● 評者 直江 知樹
名大大学院教授 血液・腫瘍内科学

の工夫もみられる。一人でも多くの研修医に血液への興味を持ってもらいたい、そんな思いが伝わってくる。

ただ、これは入門書とするのか手引書とするのか、そのバランスが難しい。将来的には現役レジデントに分担させ、神田先生がレビューする執筆システムも考えてみてはどうかと思う。

最後に、①姉妹書『がん診療レジデントマニュアル』並みに、記載をもっと簡潔に、かつ統一できないか。②学会の疾患登録やJALSG研究などのHPアドレスなどの情報も入れ、インターネット時代のマニュアルにしてはどうか。この2つだけコメントしたい。本書が広く内科レジデントに受け入れられ、版を重ねられることを祈っている。

研修医の血液への興味を喚起する

『今日の診療』が第3回 JEPA 電子出版アワード・ロングセラー賞を受賞

日本電子出版協会(JEPA)の主催する第3回 JEPA 電子出版アワードにおいて、医学書院発行の『今日の診療』が長年にわたる電子出版界への貢献を評価され、ロングセラー賞を受賞した。

『今日の治療指針』『治療薬マニュアル』など医学書院のベストセラー書籍をデータベース化した『今日の診療』は、電子書籍の草分け的存在として、今年で発売から20年を迎える。2009年12月3日に日本教育会館(東京都)にて開催された授賞式では、JEPAより医学書院の金原俊常務に表彰盾が贈呈された。



●表彰式のもよう

JEPA 電子出版アワードは、日本の電子出版物の育成と普及啓蒙を目的として3年前に創設。2009年は、64点の候補作品を6ジャンルに分け、各ジャンル賞がネット投票にて選ばれた。受賞作品の中から選出される大賞は、(株)物書堂と(株)三省堂が開発した、「iPhone 大辞林」が受賞した。

機能解剖ポケットブック

Nigel Palastanga, Roger Soames, Dot Palastanga ● 著
野村 嶺 ● 訳B6・頁288
定価3,570円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00825-9● 評者 稲葉 康子
昭和大講師・理学療法学

「わからなくなると、いつも解剖の本を開いてよく考えてみる」。これは、臨床一筋三十数年の理学療法士の言である。

私たち医療技術者は、学生時代に運動学、生理学、そして解剖学といった基礎学問を学習し、それらの知識を積み重ねた上で臨床に臨む。その際に生じる疑問に対しては、常に原点である基礎学問に立ち戻ることで、疑問を解決できることが少なくない。

上記の発言を聞いたとき、このようなベテランの臨床家でも、目の前の患者さんに生じている症状に対して解決できないことがあると、常に解剖学という一つの原点に戻るという作業を欠かさないことを知り、非常に感じ入った。基礎を築き、その上で知識や技術を積み重ねて患者さんと向き合い、それと並行していつも基礎を補い固めていく作業を続けていくことが大切なのだ。

一般的に、解剖学の書籍というのは、非常に分厚い、大きい、重い、そして高価である。それはもちろん、それだけの情報量と内容があるからである。しかしそれ故に、医療技術職として戻るべき原点の一つでありながらも、重厚な解剖学の本をバッグに入れて毎日持ち歩くのは、相当強靱な体力および精神力の持ち主でない限り、困難なのが現実であろう。生じた疑問をすぐに確認したいというときに、残念ながら手元にないということが多いのではないだろうか。

本書は、欧米で発刊されている700ページを超える大著『Anatomy and Human Movement (AHM)』の内容を再編集した『Anatomy and Human Movement Pocketbook』の翻訳書である。著者のまえがきにもあるように、AHMが大著で重いという点に対して、内容を変

更せずに、携帯できるようにまとめたポケットブックであり、それを翻訳したのが本書である。

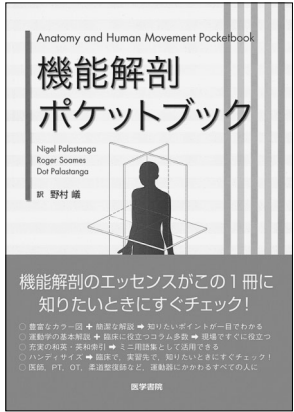
内容は、第1章「総論」、第2章「上肢」、第3章「下肢」、第4章「体幹と頸部」、第5章「頭部と脳」という章立てである。総論には解剖学的基礎事項や運動学の基礎である「てこ」についての解説が記されており、第2章以降には各身体部位の解説と、まとめとして「筋と動き」、「神経支配」「血管」と続く(第4章は「腹部と骨盤」も)。巻末は、和文索引と欧文索引の2種類の索引となる。

大著をポケットブックにしたものとなると、内容を簡略化したという印象であるが、本書はオールカラーの図と解説が豊富である。また、関節可動域や動きと機能、触診部位についても盛り込まれている。そして、図の隣には当該関節のX線像まで配置する入念さである。加えて、当該部位によくみられる疾患が解説されているコラムなど、ポケットブックにするにあたり内容を凝縮したという言葉が適当だと思われる。巻末の和文と欧文の2種類の索引は、単語自体を知りたい場合にも役立つ便利な機能である。

しかし、著者および訳者がまえがきで明記しているように、本書だけで解剖学を学ぶのには内容的に不十分であることは否めない。解剖学をこれから学ぶという立場であれば、一般的な解剖学書籍で十分な知識を得て、学びをより深めることが必要である。

いつでもどこでも学習できるポケットブックの機能として、本書は必要十分条件を満たしている。臨床現場で働くコメディカルの方々や解剖学を学んだ学生が、解剖学的知識を復習、再確認するために手軽に携帯できる本として、最も力を発揮すると思われる。

臨床で疑問が生じたら、解剖学という原点に戻る



医療従事者を総合的にサポート

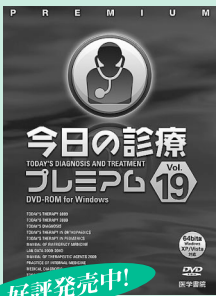
医学書院

今日の診療 プレミアム 19

DVD-ROM for Windows

19年の信頼感! 収録書籍5冊を更新!

国内最大級のリファレンスデータベース「今日の診療プレミアム」。
電子ジャーナル「MedicalFinder」との連携で、情報収集にも活用できます。



好評発売中!

1. 医学書院のベストセラー書籍12冊を収録
2. 入力した検索語で、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」の検索が可能 *ご利用にはインターネット接続環境が必要。全文の閲覧には別途料金が必要な場合あり
3. ハードディスクにすべて格納して使用可能 *初期起動時のインターネット接続環境が必要
4. 収録書籍5冊を更新 *「今日の治療指針2009年版」「臨床検査データブック2009-2010」「治療薬マニュアル2009」「新臨床内科学第9版」「医学大辞典 第2版」の5冊を更新
5. リファレンスツールとしての機能を向上 *「強力な治療薬検索」「登録語の機能アップ」「表示機能等の改良」

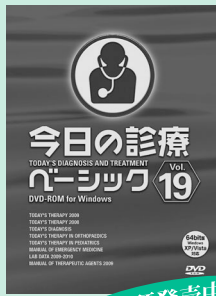
●DVD-ROM版 2009年 価格74,550円(本体71,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00919-5]

今日の診療 ベーシック 19

DVD-ROM for Windows

日々の診療を支援! 収録書籍3冊を更新!

医療従事者のためのスタンダードリファレンス「今日の診療ベーシック」。
電子ジャーナル「MedicalFinder」との連携で、情報収集にも活用できます。



好評発売中!

1. 医学書院のベストセラー書籍8冊を収録
2. 入力した検索語で、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」の検索が可能 *ご利用にはインターネット接続環境が必要。全文の閲覧には別途料金が必要な場合あり
3. ハードディスクにすべて格納して使用可能 *初期起動時のインターネット接続環境が必要
4. 収録書籍3冊分を更新 *「今日の治療指針2009年版」「臨床検査データブック2009-2010」「治療薬マニュアル2009」の3冊を更新
5. リファレンスツールとしての機能を向上 *「強力な治療薬検索」「登録語の機能アップ」「本文タブ表示機能の改良」

●DVD-ROM版 2009年 価格52,500円(本体50,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00921-8]

●収録書籍(プレミアム、スタンダードに共通収録の8冊)

- | | |
|-------------------|------------------------|
| ① 今日の治療指針 2009年版 | ⑤ 今日の小児治療指針 第14版 |
| ② 今日の治療指針 2008年版 | ⑥ 救急マニュアル 第3版 |
| ③ 今日の診断指針 第5版 | ⑦ 臨床検査データブック 2009-2010 |
| ④ 今日の整形外科治療指針 第5版 | ⑧ 治療薬マニュアル 2009 |



(プレミアムのみ収録)

- | |
|-------------------|
| ⑨ 新臨床内科学 第9版 |
| ⑩ 内科診断学 第2版 |
| ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第3版 |
| ⑫ 医学書院 医学大辞典 第2版 |



白衣のポケットの中 医師のプロフェッショナリズムを考える

宮崎 仁, 尾藤 誠司, 大生 定義 ● 編

A5・頁264
定価2,520円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00807-5

この数年、「プロ」という言葉がどこの職業分野でも簡単に使われてきた。しかし、「プロ」とは誰か、その資格のありようは何か、誰が決めるのか、そんなことはお構いなしに安易に使われていたところがある。

では、「プロ」の職業人のありようとは何か。ひと言で言えば、その集団の一人ひとりが、自らを律し、その集団全体が社会からどれだけ信頼されているか、評価されているか、であろう。グローバル時代になっては、この社会が国内だけでは成立しえないということも、この問題の背景にある。

このような自覚と意識と、日常的な行動に裏打ちされた職業人の集団をめざすことが「プロフェッショナリズム」ということもできよう。

医師は、歴史的にも一人ひとりが「プロ」であることを求められてきた。しかし、医師以外の人たちからはいろいろな見方をされ、「Dr. コトー」「ブラックジャック」「神の手」「赤ひげ」などの多様な医師像がある。一人ひとりが持つ医師、医療機関などの実感と期待するイメージとの乖離もあろう。社会の変化もあって「クレーマー」「モンスター」患者も増えている。『WMA 医の倫理マニュアル』に始まり、『To Err is Human』などの「医療事故」に関する報告書や「医療訴訟」の急増、さらには「医療崩壊」などの背景にはこのような社会が有する作られた医師像と実態との乖離もあろう。

しかし、医療も医師も「医師全体」として一般社会の評判が形成され、定着してくる。医療や教育制度が重要な社会基盤的なものである以上、医療制度も医師育成制度も、その社会の文化や価値観、歴史的、経済的背景などを受けたものであり、かなりの部分は個人的な経験の積み重ねから出来上がる。「プロ」といっても、このような

枠組みでの「自己」の評価であることは否定できない。

では、どのようにして「プロフェッショナリズム」が育成されるか。これはお題目ではない。医学教育、臨床研修のカリキュラムでもない。医師になる過程、医師になってからの臨床教育、研修、診療の現場で、日常的に周りの同僚、先輩、指導医、ロールモデル、反面教師、メンターなどと、多くの現場で出会い、感じ取り、仕事を振り返り、成長していくものであろう。とすればできるだけ多くの医師と臨床の現場で出会うことが若手育成の基本となる

う。従来からの「タテ社会構造」での教育研修だけでは、将来への人材育成には不十分であろう。

グローバルな方向に世界がどんどん進んでいくからこそ、若いときから、多くの現場を知り、交流し、出会いを増やすことで、お手本となる「プロ」に遭遇する機会が増える。共通の目標となる、医師の世界、医療人の世界に「プロフェッショナリズム」が形成されていく。このような医療人が多いことは、開かれた社会の、国民の誇りになる。これが理想であろうが、「プロ」は一人ひとりが理想をめざし、より高めへと研さんするのである。

本書の編者とその仲間の若手中心の医師たちが、重層的に数年の交流、議論、研究、実践、行動を通じて築き上げてきた成果を、まず「この一冊」としてまとめてくれた。とても素敵な構成と内容に出来上がっている。この多くの方たちの問題意識と活動貢献は、私もよく知っており、いつも敬意を表してきた。この一冊の上梓はとてもうれしい。

「プロフェッショナリズム」について、「今、なぜプロフェッショナリズム？」に始まる3部構成。Part 1「ブ

評者 黒川 清

政策研究大学院大学教授・内科学
日本医療政策機構代表理事

プロをめざす医療人に 読んでほしい一冊



セイントとフランシスの総合外来診療ガイド Saint-Frances Guide : Clinical Clerkship in Outpatient Medicine, 2nd Edition

Stephen Bent, Lianne S. Gensler, Craig Frances ● 編
清水郁夫, 徳竹康二郎 ● 監訳

A5変・頁656
定価6,510円(税5%込) MEDSI
http://www.medsj.co.jp

本書の出版は、研修医時代に Lip-pincott Williams & Wilkins 社の “Saint-Frances Guide : Clinical Clerkship in Out-patient Medicine, first edition” を外来診療のバイブルとして愛読し、さまざまな知識をこの本から学び得たという監訳者が、長野赤十字病院の臨床研修医を指導しながら輪読会を発足し、日本語に訳したのが始まりであった。

総合外来ではさまざまな症状を訴えて来院する患者に対応しなければならず、内科系だけではなく、外科、整形外科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、さらには精神科で扱うような症状まで、ある程度の初歩的な知識を備えておく必要がある。

また、外来診療は、そのときにある程度の方針を的確に決定し、入院の適応を誤ることなく判断しなければならない。つまりその日に患者を帰宅させてよいかという判断を迫られるのである。

そのような日常診療において、簡潔にかつ、的確な情報が網羅されており、手軽に利用できる書物は非常に活用度が高いと考えられる。本書は、総合診療でみられるさまざまな症状について、内科をはじめとして、眼科、耳鼻

科フェッショナリズムって何だろう」では経過や指針について、Part 2「プロフェッショナリズムについて考えてみた」では日常的に遭遇するいくつかの場面を提示し、論ずる。「フムフム」とうなずいて、「なるほど」「でもねえ」と考えさせる例示が多い。Part 3「プロフェッショナリズムを究める」ではいくつかの興味深い考察と、納得させられる行動を促すメッセージがこもっている。

咽喉科、婦人科、皮膚科、整形外科、精神科まで幅広い分野に及んで解説されている。取り上げられている症状は総合外来で診る頻度の高いものであり、科にとらわれていないところが良い。また診断に重点を置いた内容、特に病歴聴取と身体診察は非常に的を射た解説になっている。“Hot Key”として囲み欄に記載されているのは診断や患者へのアプローチのコツで、これがまたポイントをついている。さらにフォローアップや専門医への紹介のタイミング、また予防医学的な見地からのコメントも含まれており、非常に

簡潔かつ濃厚な内容である。

監訳者らにより、日本の状況に応じて抗菌薬の使用方法などを書き換えた部分もあり（著者の承諾を得て）、単なる邦訳の域を超え、わが国でも十分に使用できるものになっている。

本書は、その必要性を十分に理解した監訳者が研修医の教育のために始めた輪読会からの出発という点が一つの魅力であり、またその内容の簡潔かつ充実した点においても研修医をはじめとする臨床医の、さらには医学生の外來診療の学習に大いに役立つことと信じている。

わかりやすく実践的、医師にも医学生にも、広く医療人（皆それぞれが「プロ」をめざしているのだから）の皆さんにもぜひ読んでほしい一冊である。「問題を認識する敏感さ、多様性や変化を受け入れる柔軟性、重要なことをやり抜ける堅い意志が必要」なのであり、そのような人に遭遇する機会を増やすことも大事であろう。

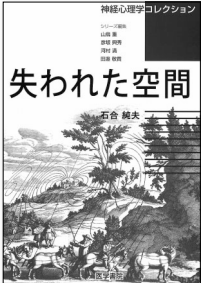
なぜ「ポケットの中」なのか？ これは読んでのお楽しみとしましょう。

神経心理学コレクション

シリーズ編集 山鳥 重・彦坂興秀・河村 満・田邊敬貴

医学書院

新刊 失われた空間



石合純夫 札幌医科大学教授

脳機能の障害によって半側の空間がみえなくなる半側空間の無視は、患者、家族にとっても大きな問題である。このような空間障害や無視はどのようなメカニズムにおいて起こるのか。その機序を豊富な症例をもつ著者が分かりやすく解説する「脳の不思議」。左右大脳機能に関する身近な事例から、ヒトの空間認知とその障害全般を知るための格好の書。

●A5 頁250 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00947-8]

新刊 認知症の「みかた」



三村 將 昭和大学准教授 山鳥 重 神戸学院大学教授
河村 満 昭和大学教授

高齢化社会のなか、神経心理学において認知症は重要性が増し続けているテーマである。認知症について、疾患概念をどう捉えるか、臨床でどう診るか、患者とのかかわりをどう考えるか。それらの問題を、認知症に関する神経心理学的アプローチや脳機能に通じた精神科医と神経内科医のディスカッションによりみつめ直し、認知症の臨床のこれからを考える。認知症の「みかた」を変える1冊。

●A5 頁144 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00915-7]

既刊

街を歩く神経心理学

高橋伸佳

●A5 頁200 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00644-6]

ピック病 二人のアウトラスト

松下正明・田邊敬貴

●A5 頁300 2008年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00635-4]

失行 [DVD付]

河村 満・山鳥 重・田邊敬貴

●A5 頁152 2008年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00726-9]

ドイツ精神医学の原典を読む

池村義明

●A5 頁352 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00335-3]

トーク 認知症 臨床と病理

小阪憲司・田邊敬貴

●A5 頁224 2007年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00336-0]

頭頂葉

酒田英夫・山鳥 重・河村 満・田邊敬貴

●A5 頁280 2006年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00078-9]

手

訳＝岡本 保

●A5 頁272 2005年 定価3,780円(本体3,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-11900-9]

痴呆の臨床

CDR判定用ワークシート解説

目黒謙一

●A5 頁184 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-11895-8]

Homo faber 道具を使うサル

入来篤史

●A5 頁236 2004年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11893-4]

失語の症候学

相馬芳明・田邊敬貴

●A5 頁116 2003年 定価4,515円(本体4,300円+税5%)
[ISBN978-4-260-11888-0]

彦坂興秀の課外授業 眼と精神

彦坂興秀 (生徒1)山鳥 重 (生徒2)河村 満

●A5 頁288 2003年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11878-1]

高次機能の

ブレインイメージング

川島隆太

●A5 頁240 2002年 定価5,460円(本体5,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-11876-7]

記憶の神経心理学

山鳥 重

●A5 頁224 2002年 定価2,730円(本体2,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-11872-9]

チャールズ・ベル 表情を解剖する

原著＝Charles Bell 訳＝岡本 保

●A5 頁304 2001年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11862-0]

タッチ

岩村吉晃

●A5 頁296 2001年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-11855-2]

痴呆の症候学

田邊敬貴

●A5 頁116 2000年 定価4,515円(本体4,300円+税5%)
[ISBN978-4-260-11848-4]

神経心理学の挑戦

山鳥 重・河村 満

●A5 頁200 2000年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11847-7]

信頼と実績ある最新・最高の治療年鑑

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2010

臨床医が日常遭遇する疾患とその治療法を、
第一線の専門医が執筆

私はこう治療している

好評発売中!

■医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2010」との連携
「治療薬マニュアル2010」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利
(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)■各領域の「最近の動向」解説欄がより詳しく
(「図解」「キーワード」コラムも新設)

- 1098疾患項目、1076専門医の治療法がこの1冊に
- 本文各項目はすべて新執筆により全面新訂
- 増加する新薬に対応、**R 処方例**では薬剤を商品名で記載
- 付録「肝・腎障害時の薬物療法の注意点」を新規掲載
- 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)、臨床検査データ一覧、TDM、急性中毒、抗菌薬、漢方製剤、皮膚外用薬、肝・腎障害時の薬物療法の注意点、高齢者の薬物療法、妊婦・授乳婦への薬物療法とリスク、薬物の副作用と相互作用、新薬・医薬品等安全性情報、介護保険、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1952 2010年 定価19,950円
(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00900-3]●ポケット判(B6) 頁1952 2010年 定価15,750円
(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00901-0]

圧倒的な情報量が支持されています! 治療薬情報を網羅した年鑑最新版

治療薬
マニュアル + 別冊付録
「重要薬手帳」MANUAL OF
THERAPEUTIC
AGENTS

2010

治療薬マニュアル 2010
別冊付録
重要薬手帳
重要薬+重要処方

1月中旬発行予定!

発刊20周年!



紙面刷新

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 慶應義塾大学病院
病院経営業務担当執行役員
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2600 2010年
定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00930-0]

●2010年版の特徴

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

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

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



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