

2015年1月12日  
第3108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 (印刷者著作権管理機構 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

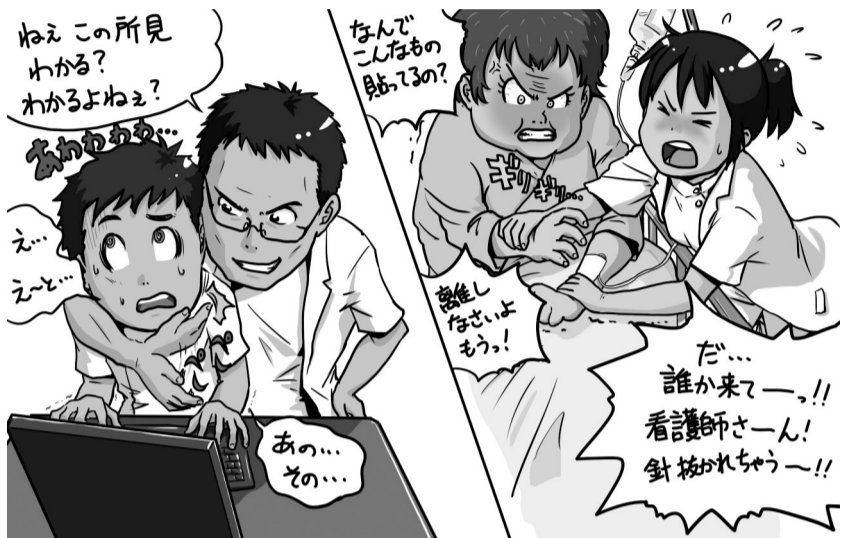
## 今週の主な内容

- [寄稿特集] In My Resident Life (清水貴子, 中村伸一, 福岡敏雄, 岩岡秀明, 平岡栄治, 柏原直樹)..... 1-3面
- [連載] レジデントのための「医療の質」向上委員会(新)..... 4面
- [連載] Dialog&Diagnosis(新)..... 5面
- MEDICAL LIBRARY..... 6-7面

新春企画

# In My Resident Life

## 時に走り,時に休み ながら乗り越えろ!



研修医のみなさん、あけましておめでとうございます。研修医生活はいかがでしょう。ミスをして指導医に怒られたり、手技が上達せずに失敗ばかりで、自信を失くすこともあるかもしれません。「病院選びを間違えた」と後悔している方もいるでしょう。

でも大丈夫。「生きる上で最も偉大な栄光は、決して転ばないことではなく、転ぶたびに起き上がり続けることにある」(ネルソン・マンデラ) のです。今回お贈りする新春恒例企画では、著名な先生方に研修医時代の失敗談や面白エピソードなど、「アンチ武勇伝」をご紹介します。

### 清水 貴子

聖隷浜松病院  
人材育成センター  
副センター長



### 天井にまで届く大出血、 穿刺部を押さえて迎えた新年

① 1年目は深く考えずそのまま卒業大学で研修し、2年目は郊外の(というより山の麓の)中規模病院でした。急性期病院ではないので、のんびりと仕事ができると思惑だったのですが、あにはからんや、医師が少ないため何でも自分でやらなければいけません。診療科の壁も低かったので、忙しく、かついろいろな経験ができました。外科の先生からカットダウンを手取り足取り教えていただき、PaCO<sub>2</sub> 300 torr などというとてもない数値のCO<sub>2</sub> ナルコーシスを経験し、気管切開を深夜の廊下で行い……、とても充実した日々を送っていました。しかしある日、自信を持って消化器症状を呈する60代女性の検査をしたにもかかわらず、診断も治療方針の提

案もまったくできず、結局患者さんは別の病院に転院されるという経験をしました。このとき、毎日の楽しさに慢心し、疾患や病態の標準的な診療を知る手段、何が目の前の患者さんにとって最適な医療なのかを検証できる手段をいまだ身につけていないことに気が付き、4年目からはそれらを身につけるために大学に戻ることにしました。とほほ……でしたが、その後の進路を決定するきっかけとなりました。

② 研修医1年目の冬、副腎皮質ステロイドホルモンを多量内服し透析も同時に行っていた、SLEの若い女性を受け持ちました。感染症を併発し、結核も疑われたので抗菌薬と抗結核薬を投与していましたが、患者さんの状態は悪くなるばかり。せん妄も来しており、透析中に安静を保てず、十分な透析ができませんでした。ある日透析穿刺部の圧迫を緩めた途端、天井にまで届くほどの出血が……。患者さんはベッドの上で意味不明なことを話したり、止血部の圧迫を取ったりするので、私は穿刺部を押さえ続けるしかありませんでした。折しもそれは大みそかのこと、新年をその患者さんの病室で一緒に迎えました。

臨床検査科にいた同級生が、当時はあまり一般的でなかったPIVKA-IIが患者血中に出現していることを同定。透析不足により抗菌薬血中濃度が上昇し、腸管内のビタミンK欠乏が出血傾向の原因だとわかりました。しかも私はこのデータで初めての学会発表

### 中村 伸一

おおい町国保  
名田庄診療所所長



### いまだ解けぬ謎

① 平成になった最初の年に自治医大を卒業し、福井県立病院での研修医生活が始まりました。この病院の研修医の中で、自治医大の卒業生だけはスーパーローテート研修を受けていました。今やERの権威となった寺澤秀一先生も当時はまだ30代後半で、僕らの兄貴分的な指導医でした。

寺澤先生の指導の下、1年目の研修医には月6回の全科対応の当直が義務となっていました。そんなこともあり、

を、それも全国総会で言うことができました。

その後患者さんは抗菌薬減量で出血傾向が改善し感染症もよくなったのですが、抗結核薬によって聴力を失ってしまいました。私の受け持ちは3か月だけでしたが、それからずっとプライベートでの交流が続いています。いろいろな意味で、私にとって生涯忘れ得ぬ患者さんです。

③ モーツァルトの交響曲第41番「ジュピター」。いろいろなことに思い悩んでいるとき、この曲の宇宙観にずいぶん救われました。

救急外来は研修医がよくたむろする場所となっていました。血気盛んなころですので、救急車の音が鳴ると当直以外でも時間が空いていれば駆け付けたものでした。

当直のある夜、くも膜下出血が疑われる患者をCT室に誘導しようとした途中で、中堅の循環器内科医が心エコーをしていました。元々その先生が主治医で、研修医の診察なしに、直接その先生が診察したようです。ちらっとエコーの画面をのぞいた瞬間、循環器内科医が僕に質問したのです。「中村先生、わかるか? この所見」。なぜそうなったのか病態はわかりませんが、動きの鈍そうな心臓の周囲に黒く写ったエコー・フリー・スペースが見えたので、とっさに答えました。「心

(2面につづく)

④ 医療界は、病床機能の再編、超高齢社会、医療提供体制の変化など、さまざまな事態に直面しています。医学的知識・技術のみでは解決できない課題に遭遇することもあるでしょう。そんなときには多様な価値観を認め、柔軟な思考で対処する必要があります。医学・医療のみならず、ぜひともいろいろなことに興味を持ち、たくさんの方を経験して、自分なりのぶれない価値観を確立してください。回り道も道草も、後になればきっと楽しかったと思えます。

こんなことを聞いてみました

- ① 研修医時代の「アンチ武勇伝」
- ② 研修医時代の忘れえぬ出会い
- ③ あのころを思い出す曲
- ④ 研修医・医学生へのメッセージ

January  
2015

## 新刊のご案内

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医学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。

医学書院

### 治療薬マニュアル 2015

監修 高久史磨、矢崎義雄  
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊  
B6 頁2688 5,000円  
[ISBN978-4-260-02045-9]

### プロメテウス解剖学 コアアトラス (第2版)

監訳 坂井建雄  
訳 市村浩一郎、澤井直  
A4変型 頁720 9,500円  
[ISBN978-4-260-01932-3]

### 看護技術

ナラティブが教えてくれたこと  
吉田みづ子  
B6 頁176 1,600円  
[ISBN978-4-260-02077-0]

### 今日の治療指針 2015年版

私はこう治療している  
監修 山口 徹、北原光夫  
総編集 福井次矢、高木 誠、小室一成  
デスク判: B5 頁2096 19,000円  
[ISBN978-4-260-02039-8]  
ポケット判: B6 頁2096 15,000円  
[ISBN978-4-260-02040-4]

### Pocket Drugs 2015

監修 福井次矢  
編集 小松康宏、渡邊裕司  
A6 頁1218 4,200円  
[ISBN978-4-260-02030-5]

### 〈標準言語聴覚障害学〉 発声発語障害学 (第2版)

シリーズ監修 藤田郁代  
編集 熊倉勇美、今井智子  
B5 頁344 5,000円  
[ISBN978-4-260-02060-2]

### 言語聴覚研究

第11巻 第4号  
編集・発行 日本言語聴覚士協会  
B5 頁80 2,000円  
[ISBN978-4-260-02104-3]

新春企画 In My Resident Life

福岡 敏雄

倉敷中央病院
総合診療科主任部長・
救命救急センター長

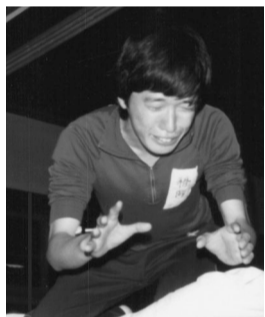


大正生まれの先輩医師に
教えられたこと

①私は、1986年の6月から、阪大病院の泌尿器科で研修を始めた。とはいえ、泌尿器科を志していたわけではない。自分は内科系に向いていると感じていたため、最初の1年くらいは外科の研修を受けたかった。でも、当時の大学の外科は入局を前提としたストレート研修だった。そんな中、泌尿器科は入局を要求せず1年の研修を歓迎してくれた。

研修を始めてみると、私はあまり器用なほうではなかった。膀胱鏡の内筒と外筒の抜く順番を間違えて「お小水」を浴びたり、尿管結石の手術でなかなか石が取り出せず「逆子か?」と暖かい声援をいただいたり、自分が作った内シャントがすぐ詰まって夜遅くに指導医に再手術してもらったりした。

②その秋、ある患者さんの主治医となった。彼女は大正生まれで、職業は医師。自覚症状のない顕性血尿が主訴だった。検査を続けると侵襲性の高い膀胱腫瘍が原因だとわかった。しかし出血はおさまらない。そしてある日の夕方、突然大出血した。もう緊急手術か塞栓術くらいしか思い付かない。



写真●住民との懇親会で「粗忽長屋」を熱演中。高知県物部村(現・香美市)にて。

指導医には、こんな時間にこの状態では無理だと言われた。でも私の気が収まらない。帰り支度をしている放射線技師や看護師、医師に説明して緊急動脈塞栓術をしてもらった。でもその後、呼吸不全状態になり数日間病棟で人工呼吸管理をし、集中治療室に収容したが、ほどなく亡くなった。

大出血が起きる前、ご本人に意識があったところ、心配でベッドサイドに通った。そこで、彼女の「医師」としての話聞いた。戦中戦後の混乱期が働き盛りで自分の人生を考える余裕がなかったこと、今はおいとその子どもたちを、わが子・わが孫のようにかわいがっていること、そして当時結婚して数か月の私に「医者の仕事は面白い。でも自分の人生を大事にしない。奥さんを大事にしない。がんばりなさい」と、自分にも語りかけるように話された。

そんな彼女が亡くなってしまった。主治医として最初に失った患者だった。迷わず、おいにあたる方に病理解剖をお願いした。「病室でずっとがんばってくださいましたね。本人も先生のお役に立ちたいと思います。どうぞ、お願いします。他の者への説明は私がします」。留まっていた涙がまたこぼれた。診断は膀胱原発の印環細胞癌、直接の死因は肺血栓塞栓症だった。

自分の将来について、2つのことを決めた。まず、重症患者管理を専門とする医者になろう。次に、病院で患者の役に立つ医者になろう。そうはきり意識した。そして、今につながっている。

③Queenの「We Will Rock You」。高校の友人に教えてもらった曲。ビートにしばれた。研修医になって聞きたくなることが増え、CDを買った。

④自分を育てることを楽しんでほしい。若いときは、そこを楽しんでほしい。仕事を選ぶのは、その後でも十分に合う。

態なのに、なぜ心臓だと心嚢液貯留で、陰嚢だと陰嚢水腫と表現するのでしょうか? 泌尿器科をローテートした際に、ベテランの泌尿器科医に、先述のエピソードを含めてその疑問をぶつけてみました。ところが、その泌尿器科医のリアクションは予想外のものでした。「心臓を診るのがなんぼのもんじゃ。生意気なヤツや。キン□マをなりわいとしてるわれわれをバカにしているのか!」と、言いながら豪快に笑い飛ばしてくれました。疑問には答えてくれませんでした……。この会話以来、僕はその泌尿器科医にえらくかわいがられ、何度も呑みに連れていってもらいました。この先生と一緒にいる時間はすごく楽しくて、研修医なりのストレスを吹き飛ばしてくれました。おそらくお互いに「笑いのツボ」が似ていたのでしょう。よく言われることですが、「泣きのツボ」

はみんな似ているけど、「笑いのツボ」はかなり多様性があるようです。③ヘビメタ好きの僕は、高校生のころからジューダス・プリーストが大好きでした。研修医のときに発売されたアルバム『PAINKILLER』の最初の曲である「Painkiller」を起床時に目覚まし代わりに聴いていました。眠れぬ当直の翌朝でも、一発で目覚める曲でした。まさに曲名通りで、体の痛みも心の痛みもペインキラー(鎮痛剤)は取り去ってくれました。

岩岡 秀明

船橋市立医療センター
代謝内科部長



プライドよりも優先すべきこと

①私は1981年に大学を卒業後、そのまま母校の内科に入局し大学病院の各内科で初期研修をしました。当時は同期の9割以上が私と同じ進路でした。初期研修で市中病院に行く人はごくごくまれでしたし、研修修了後の海外留学と言えば当時は全て「研究留学」でした。

私は強い志を持って医師になったわけではなく、開業医の一人息子で半ば当然のように医師になってしまいましたので、あまり熱意もない研修医生活でした。元来不器用で、採血は失敗ばかり、点滴も下手でいつも上級医から怒られていました。

卒後半年後にローテート研修した血液内科で、急性白血病の16歳の患者さんを受け持ちました。当時は化学療法があまり効かなくなると、対症療法しかない状態で、死を待つだけのような状況に大きな衝撃を受けました。患者さんに病名告知もしていなかった時代でしたから、たしか再生不良性貧血というような病名を伝えていたと思います。徐々に病状が悪化していくのに手だてもなく、病名告知もしていないため下手な嘘をつくだけで、毎日病室に行くのがとてもつらかったです。

そこで初めて患者さんの死に直面しました。それを契機に、一念発起して血液内科に進めば感動的なのでしょうが、軟弱な私は、いつも朝早くから病棟に駆け付け、夜も遅くまで病棟に残り、かつ勝ち目のない闘い(当時です)をしている血液内科を、将来の進路からまず除外してしまいました。ですが、担当患者さんを失うという初めての経験は衝撃が大きく、その後の医師としての在り方を考えるきっかけになりました。

②尊敬できるたくさん先輩方と出会いましたが、特にお一人だけ挙げるとすれば、医局の9年先輩で、日本の内分泌内科学を代表される西川哲男先生(現・横浜労災病院院長)です。当時、

母校の大学病院の内分泌内科に大きな下垂体腫瘍の患者さんがいらしたのですが、母校の脳神経外科ではほとんど下垂体腫瘍の手術はしていませんでした。若手の講師だった西川先生は、内科カンファレンスで「うちの脳神経外科ではこの患者さんのオペは無理です。都内に下垂体腫瘍手術の名手である脳神経外科医の知り合いがいますから、すぐにそこに転院させましょう」とためらわずにおっしゃいました。

現在では普通のことかもしれませんが、1980年代初頭は「自院で満足できる治療ができない」という理由で、たとえ地方都市とはいえ長い歴史と伝統のある大学病院から一般市中病院に患者を転院させることは稀有なことでしたので、内科スタッフも看護師長もみなびっくりしました。「大学病院としてのプライドなど、どうでも良いのです。患者さんを救うことが一番大切なのです」と、西川先生がおっしゃった姿は今でも脳裏に焼き付いています。

その患者さんは都内の市中病院に転院して手術を受け、後遺症もなく元気に回復されました。その脳神経外科医とは、後に世界的権威として有名になる福島孝徳先生(現・米国カロライナ頭蓋底手術センター長/デューク大)でしたが、当時の私には知る由もありませんでした。

その後、さまざまな病院で視床下部・下垂体腫瘍手術の後遺症で苦しむ患者さんたちを診て、西川先生の言葉がより強く実感されました。内科医がきちんと手術適応を決め、最も適切な外科医に患者さんをご紹介します。若い先生には、「自分や施設のプライドや好奇心優先ではなく、常に患者さん第一で考えてください」とお伝えしたいと思います。

③中学生時代も研修医時代も、今でも、つらいときや元気を出したいときにはいつもThe Whoの「Won't Get Fooled Again」を聴いています。1971年にリアルタイムで名盤『WHO'S NEXT』を買って以来、私にとっては常に世界最高のロックアルバムです。まだという方は、ぜひお聴きください!

④自分が好きなこと、興味があることを続けましょう。そして、もし音楽でも映画でも文学でもスポーツでも、医師以外に自分の才能がよりあると思えば、どうぞ他の道もめざしてください。

④尊敬してやまない先輩医師との出会い、生涯親友になる同僚との出会い、患者さんとの感動的なエピソードなどいろいろあるのが研修医時代です。でも、けっこう重要なのはストレスの解消法で、同じ「笑いのツボ」を持つ人を見つけることではないでしょうか。実は、なかなかいないんですけどね。

ところで、今回の執筆で、いまだに心嚢液貯留と陰嚢水腫の疑問が解けていないことに気付きました。どなたか教えてくれませんか。

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

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

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。本書は、最新のevidenceに基づき、「全身をよく診察する」というこの領域での診療の大原則に則り、実際の診療の場での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、調整時期やその判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。

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

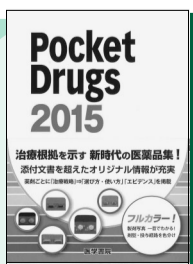


添付文書情報+オリジナル情報が充実したポケット判医薬品集

Pocket Drugs 2015

類似薬・同効薬ごとに治療薬を分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「くすりの選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、読みやすくコンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。

監修 福井次矢
聖路加国際病院 院長
編集 小松康宏
聖路加国際病院 副院長
渡邊裕司
浜松医科大学教授・臨床薬理学



時に走り、時に休みながら乗り越えろ!

平岡 栄治

東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科部長



「プレゼンが全くできない!」 毎朝4時からの回診準備

1 「成功を取めた先生方に失敗談を聞くという企画」で執筆依頼が来た。自分が成功を取めたとは全く思わないが、失敗談はたくさんある。

心底自分が駄目だなあと実感したのは、卒後10年目の2001年7月、米国ハワイ大関連のクアキニ病院でインターンを開始したときである。初日から10人の一般病棟患者と4人のICU患者を引き継いだ。米国のレジデント、医学生なら当然できるであろうプレゼンが全くできない。日本で練習し、米国でエクスターンシップ、サブインターンシップをしたにもかかわらず、である。質問攻めにあうも、まともにエビデンスベースで答えることができない。チームにはPGY2の医師、PGY1の私、MS3(医学部3年生)の学生がいたが、MS3の学生にプレゼンの手法や、米国なら常識的に知っている知識をどう学ぶかを教えてもらった。

ADLとは何か? DEATHと覚えて Dressing, Eating, Ambulating, Toileting, Hygiene の情報を集める。もったいば Eating ではナイフとフォークを使えるか、スプーンのみでしか食べることができないか、人に食べさせてもらっているか、のみこめるかといった情報が大切で、Toileting では、トイレに行けるか、ベッド上排泄か、おむつか、といった項目が重要。なんて日本でも今では常識かもしれないが、当時の私は全く知らなかった。ICUに至っては、今でこそ Surviving Sepsis Campaign Guidelines など有名であるが、敗血症性ショックに対し生食のボーラスをしたこともなかった。ICUでのシステム(臓器)ごとの症例プレゼンもうまくできなかつた。エクスターンシップやサブインターンシップを行ったときは「お客さん」であり、皆がペースを合わせてくれていたにすぎなかつた。

毎朝7時から指導医やシニアレジデントとの回診や議論が始まる。それまでに患者を十分把握しておかねばならない。私は朝4時から準備を開始したが、うまくいかなかつた。指導医やシ

ニアレジデントにアセスメント、プランに関して細かく質問されるがひとつも答えられないと、主導権はあちらにわたり、自分は後手後手に回る。Time management なんて言葉すら知らなかつたし、仕事を終えて帰宅は夜9時になった。4日に1回は当直があり、5人の入院患者が入ってくるし、月に35-50人の新患が入ってくる。毎週3回の教育回診でプレゼンをし、宿題が出され次回までに準備が必要であつた。なんだか愚痴っぽくなつたが、その当時は生き残れると到底思わなかつた。自宅に戻ると、涙が自然に出てきた。もう駄目だから日本に帰ろうとさえ思つた(私の施設の研修医が聞いたら喜ぶエピソードかもしれない・笑)。

そのとき、日本人の森本佳和先生や藤谷茂樹先生と出会い、生き残る方法を教えてもらった。Time management を学び、朝4時に病院に行かなくても済むようになった。それがなかつたらおそらく生き残れなかつただろう。非常に感謝している。

2 さまざまな優秀な指導医に出会い影響を受けた。ここではハワイ大の Bruce Soll 先生を紹介したい。Soll 先生は呼吸器内科・集中治療医であり、優秀な総合内科医であつた。レジデントに厳しい指導医で、少しこわもてで米国人レジデントも彼には緊張してゐた。だが彼はレジデントにやる気を起こさせ、ありとあらゆるものを教育の機会に利用するスーパー指導医であつた。総合内科とはどういうものか、病歴・身体所見をベッドサイドで叩き込まれた。渡米前は全く知らなかつた分野である終末医療や高齢者医療の大切さを教わつた。帰国後も、彼を日本に何度も招待し、教えていただいた。HIRAOKAism の中に間違いなく SOLLism がかなり入っている。

3 研修医時代は大変だが楽しい。楽しいが大変。がんばりすぎて完走できないのも避けたい、諦めずに前に進むことが大切だ。周囲には自分よりすごい人がいて自分が駄目に見えることはよくあるし、おそらく普通の感覚です。今日よりも明日、明日よりも明後日、いい医師になろうと決心し一歩一歩進んでいる限り、いつかいい医師になると思います。そのためにまず心と体の健康を維持してください。時には走り、時には休みながら研修医時代を乗り越えてください。

4 研修医時代は大変だが楽しい。楽しいが大変。がんばりすぎて完走できないのも避けたい、諦めずに前に進むことが大切だ。周囲には自分よりすごい人がいて自分が駄目に見えることはよくあるし、おそらく普通の感覚です。今日よりも明日、明日よりも明後日、いい医師になろうと決心し一歩一歩進んでいる限り、いつかいい医師になると思います。そのためにまず心と体の健康を維持してください。時には走り、時には休みながら研修医時代を乗り越えてください。

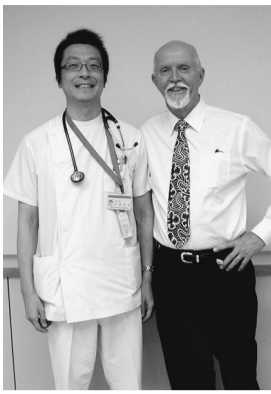


写真 ● 恩師 Dr.Soll を日本に招いての一枚。

柏原 直樹

川崎医科大学 腎臓・高血圧内科 主任教授



あみだくじで「マッチング」

1 病院はどこだ?

とある地方都市の JR 駅に降り立ったのは、残暑の厳しい日だつた。30分ほど歩くと、それらしい建造物に行き当たり、ようやく到着と思つたが様子がおかしい。そこは地元の高校であつた。「では病院は?」と振り返ると、背後に古色蒼然とした3階建ての建物がたたずんでいた。安堵と若干の失望が混じつた複雑な気持ちで、私の3年間の研修生活が始まつた。

そもそもなぜ、この病院に赴任したのか。「マッチング制度」である。大学病院での4か月の研修が終わりに近づいたころ、同期入局者が招集された。「3年間の初期研修先を決める」という宣言の下、取り出されたのは、無造作に作つたあみだくじ機であつた。記名し終わると、その紙片を持った医局長はなぜか、自室へと消え去つた。

後年になってこの「しくみ」を知ることになる。入局後4か月間は、観察研究期間であり、研修医の普段の行状から、体力、知性(と野生)、リスク要因(赴任先でもめ事を起こすと困る)が分析され、一方で、研修先病院のもろもろの要因が入力される。この複雑なアルゴリズム(多くは直感)によって双方のニーズが(適当に)合致した(と思われる)ところで赴任先が決められる。透明性はゼロであり、平等でもない。しかしそれほど悪いシステムとも思えない。

2 大切なことは患者さんから学んだ

見かけは近代的とはほど遠い病院であつたが、そこで出会つた医師たちは、いずれも臨床の第一線で鍛え上げられた歴戦の勇士であつた。私の医師としての基礎を築いたのは、ここでの熱い3年間であつた。

研修にも慣れてきたある日、老朽化した病棟の狭い休憩室で、何気なく都内のある超有名病院の冊子を手にした。ぱらぱらとめくっていると、そこに長身で眉目秀麗な研修医代表が、「素晴らしい環境で充実した研修を行っている」ことを述べ、満足げにほほ笑んでいる。大学の1年先輩の先生であつた。彼我の違ひは明らかであつたが、不思議とうらやましいという気持ちにはならなかつた。

診断・治療のスキル、臨床推論、コミュニケーションスキル等々、医師としての基本をここで学んだ。しかし、本当に大切なことは患者さんが教えてくれたように思う。医

師は受験生活とその後の医学生時代を通していつの間にか選良意識を植え付けられがちである。「真つ当な人間」に引き戻してくれるのは患者さんである。不治の病となること、家族との死別、最愛の子どもが病気になること、難病を受容し人生を立て直す様子、人は不条理な運命にどのように立ち向かうのか、を学ぶことになる。悲哀、哀悼、諦観、祈り、希望といった人々の深い感情を初めて知る思いがした。

4 らせん状にゆっくり大きく成長しよう

新医師臨床研修制度が始まり、研修先を自分で選択できるようになった。自由を得たことは素晴らしい。しかし自由の獲得と引き換えに、「最適な研修先」を自己責任で決定するという義務を負わされる。病院の立地、指導医の数、経験症例数、研修プログラムの完成度、給与、自分との相性、等々思い悩む。しかし実際には、望んだ研修病院であつても、研修を始めると落胆することも少なくない。

「満足度を最大化」してくれる研修病院を予知して選択することは可能なのだろうか? 不可能である。満足は事後的な感想であり、選択自体の「精度」を過度に求めるのは徒勞であろう。研修は「自分探しの旅」ではなく、どのようにでも変化し得る自分を用意することで、豊かな時間を過ごすことができる。

未知の環境に自分を投じて、もみくちゃにされながら、自分を変化させることが大事だと思う。患者さんとご家族の願いに応え得る力をつけ、信頼に応え得る医師となることを願ひ続けることができるのであれば、どこで研修するかは、むしろ副次的な要件であろう。大切なことは患者さんとそのご家族こそが教えてくれる。施設や研修プログラムの洗練度ではない。

良い医師になるためには、直線的であるよりも、大きな経を描きながら、時間をかけてらせん状に成長することが必要であろう。広大な裾野は自ずから高い頂を形成する。性急に「専門医」になることをめざすのではなく、まず多様な経験を積んで、裾野の広い大きな山容を持った医師になることをめざしてほしい。

●参考文献

シーナ・アイエンガー著、櫻井祐子訳、選択の科学。文藝春秋;2010。



こんなことを聞いてみました

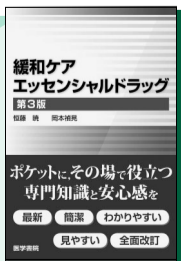
- 1 研修医時代の「アンチ武勇伝」
2 研修医時代の忘れえぬ出会い
3 あのころを思い出す曲
4 研修医・医学生へのメッセージ

ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を一緩和ケアの好評書、待望の第3版!

緩和ケアエッセシャルドラッグ 第3版

緩和ケアに必須の薬剤・諸症状のマネジメントについて、著者の経験・知識に基づいた貴重なノウハウと情報が満載の臨床で使える1冊。今改訂では、トラマドールやメサドンなどの重要な新薬をはじめ、全51成分56製剤を厳選して掲載。また、症状マネジメントの解説も全面的に改訂を行い、一段と内容が充実した。コンパクトサイズのまま、より見やすく使いやすい紙面に。緩和ケアスタッフ必携の好評書、待望の第3版完成。

恒藤 暁 京都大学大学院教授・医学研究科
岡本禎晃 市立戸塚病院・薬剤科部長 / 大阪大学大学院非常勤講師・薬学研究科

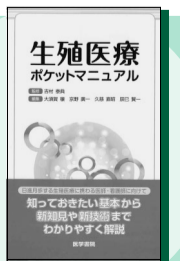


基本から高度生殖補助医療の実際まで網羅!

生殖医療ポケットマニュアル

生殖医療に携わる医師、コメディカルスタッフ、産婦人科研修医を読者対象に、臨床現場で適宜閲覧していただくことを意図して編集されたポケットマニュアル。昨今、生殖医療はますます高度化・複雑化し、さまざまな情報も氾濫するが、本書では基本事項から高度生殖補助医療の実際、最新知見までを、その道の専門家がわかりやすく解説。生殖医療専門医など、関連する資格の取得をめざす読者にとって有意義な1冊。

監修 吉村泰典 慶應義塾大学名誉教授
編集 大須賀 稔 東京大学・産婦人科・教授
京野廣一 京野アトクリニック/京野アトクリニック 顧問
久慈直昭 東京医科大学・産科・婦人科・教授
辰巳賢一 梅ヶ丘産婦人科・院長



# レジデントのための「医療の質」向上委員会

本連載では、米国医学研究所 (IOM) の提唱する6つの目標「安全性／有効性／患者中心志向／適時性／効率性／公正性」を軸に、「医療の質」向上に関する知識や最新トピックを若手医師によるリレー形式で紹介。質の向上を“自分事”としてとらえ、日々の診療に+αの視点を持てることをめざします。

## 第1回 安全性 (1)

安全な医療の提供には、何が必要?

担当 **反田篤志**  
米国メイヨークリニック  
予防医学フェロー

第1回と第2回は、医療の質を規定する土台となる概念、「安全性」についてお話ししたいと思います。

### 「安全な医療」の提供は、実は難しい

医師の根本的な使命とは何でしょうか? 私は「患者を助けること」だと思います。“Do no harm (害を及ぼすなかれ)” (註) という言葉は誰もが聞いたことがあるでしょう。患者を助けるためには、その逆、患者に害が及ぶことを極力避けなければなりません。何を当たり前のことを、と思われるかもしれませんが、これを常に実行するのは実に困難です。

考えてみてください。このような経験をしたことはありませんか?

- ・夜間の緊急手術の開腹前、ガーゼの数が合わないとき、指導医が「絶対お腹の中にはないよ」「もう閉じちゃうよ」と言って看護師を慌てさせていた。
- ・動脈穿刺の際、あと3分は押さえておかなければいけないのに「まあ大丈夫だろう」と穿刺部にガーゼとテープを当て、次の患者の診察に向かった。
- ・当直中の午前3時、「患者が眠れないと言っている」とPHSで起こされた。「高齢だけど大丈夫かな」と思いつつ、電話上で眠剤の投与を指示した。

残念ながら、これらは全て、患者の安全を損なう行為です。

受け持った患者さんが、何らかの医療行為に関連して実害を被った経験が見当たらない、としたら、あなたは非常に幸運か、または現実に無頓着かのどちらかです。医療行為は元来危険なものであり、それによる有害事象は常に発生しています。動脈穿刺後の圧迫、眠剤を処方する際の既往歴や服薬歴の確認といった日常的な医療行為の一つひとつが、患者の死や重大な合併症の発生につながる可能性をはらんでいます。真に安全な医療を提供することは、当然のように見えて非常に難しいのです。

### 誰もが医療過誤の当事者になり得る

IOMが1999年に発表した「To Err is Human」という、医療安全を考える上で必須の報告書があります<sup>1)</sup>。この報告では、米国では毎年、4万4000—9万8000人が医療上の過誤で死亡していると推計されています。この数値は米国で1年間に自殺またはAIDSで亡くなる人の数より多く、毎日大型の飛行機が墜落している状況に例えられます。推計の正確さには賛否あるものの、私は、この報告書の価値は「医療は安全ではないという明確な事実を、世の中に広く知らしめたこと」にあると考えています。

2002年、『New England Journal of Medicine』誌に発表された論文では、医師と一般の人々を対象にしたアンケートにて、約5人に1人が「自身や家族に重大な有害事象を伴う医療過誤が起きたことがある」と回答しています<sup>2)</sup>。実際に私も、家族が入院した時に医療過誤を経験したことがあります。また、07年の論文では医師の90%以上が「医療過誤に自身がかかわったことがある」と答えており、重大な有害事象を伴う医療過誤にかかわった医師の半数程度が「自信を失い、仕事への満足度が下がり、睡眠不足になった」と明かしています<sup>3)</sup>。さらに08年のシステムティック・レビューでは「全ての入院の約10%で有害事象が起こり、その約半数は“予防可能な”医療過誤によるもの」だと示唆されています<sup>4)</sup>。

医療過誤は、医療の担い手・受け手を問わず誰もが当事者になり得る普遍的な問題です。そしてもし、患者の死亡を含めた重大な有害事象が引き起こされれば、医療者・患者・家族など、関係者のその後の人生に多大な影響を及ぼし得る事態となります。

### 医療安全って、つまらない?

“医療安全”については、あなたも一度や二度は講習を受けたことがある

はずです。「注射針のリキャップはやめましょう」「似た薬剤名には注意しましょう」「患者確認のプロトコルを守りましょう」などと習った記憶があるかもしれませんが、もちろんこれらは重要な事項ですが、定型的で“華”がありません。「医療安全はつまらない」「病院管理者や看護師がやることでしょ」「私(俺)は大丈夫」などと感じた人も多いのではないのでしょうか。

それもそのはず、本来医療安全とは“システム”の問題であり、エラーが発生する機序に、システムを変えることで介入し解決を図る分野です。ですから「～しましょう」などと、個人の努力のみでエラーの発生を抑止しようとするのは、上中下で言えば“下”の解決方法と見なされますし、そうした方法を目の当たりにして「医療安全って大したことない分野だな」と思っても、仕方ないかもしれません。

本来の医療安全は、医療現場の高度に複雑なシステムを熟知し、それを改良できる実行力と人間力に加え、安全を高める手法への深い理解と洞察力を備えた専門家が主導して取り組む領域です。そして現場では、医師を含めた職員一人ひとりが“本当の安全とは何か”を理解し、“安全な医療を提供すること”を当たり前の職業倫理として胸に刻み込み、行動の端々まで浸透させた状態を作り上げる必要があります。お察しの通り、これは単純な作業ではありません。しかしやりがいのある、刺激的で面白い挑戦だと、少なくとも私には思えます。

### 研修医の“わたし”にできること

とはいえ、医療安全の専門家でもなく、病院のシステムを変えるほどの権限もないあなたに、何ができるのでしょうか?

確かに一人で全てを変えるのは無理でも、できることは確実にあります。私の尊敬するリーダーの一人、メイヨークリニックの医療安全責任者のDr. Morgenthalerは「真の安全を実現するためには“Humility (謙虚さ)”, “Respect (尊重)”, “Transparency (透明性)”を各自が体現する必要がある」と説きます。Humilityとは、自らの無知を知り限界を認めること。Respectとは、自分の限界を認識した結果生じる他人への尊重、例えば看護師や検査技師など医師以外の職種への専門性への尊重、患者の価値観・訴えへの尊重が含まれます。Transparencyとは、相互の尊重の上に成り立つ、双方向性の率直な情報交換を可能にする“隠し立てしない”姿勢です。

“謙虚さ”がなければ、あなたはガーゼが「絶対お腹の中にはないよ」と言い放つ医師になってしまうかもしれません。“尊重”がなければ、看護師の「ちょっと患者さんの様子が気になります」という言葉に耳を貸さない医師になってしまうかもしれません。“透明性”がなければ、看護師から報告を受

けられず、後々「そんなこと聞いてない」という事態が起こるかもしれません。どの資質が欠けても、患者の安全は損なわれてしまうのです。

謙虚さ、尊重、透明性を常に体現するためには、高度の自己統制と専門家意識が必要です。私自身は、これらの資質は“患者を助ける”ために必須であり、全ての医師が身につけるべきと考えます。ただし、一朝一夕で身につくものではありません。もちろん私自身もまだまだ修行中、自らの言動に反省することばかりです。医師を続けている限り、一生向き合う課題なのだと思います。

他人を変えることは簡単ではありませんが、あなたの行動はあなた自身で変えられます。そして、医師としてのあなたの行動は、あなたが思う以上に周りに影響を与えます。“真の”医療安全への第一歩として、まずは自分自身の言動を振り返ってみるから、始めてみてはいかがでしょうか。

\*

今回は事例に基づいて、安全を実現させるためのより具体的な方策について取り上げます。

### 今月のまとめ

- ▶ 医師が“患者を助ける”ためには、医療は安全でなくてはならない
- ▶ 医療過誤による有害事象は毎日発生しており、決して他人事ではない
- ▶ 安全への第一歩は、“謙虚さ”“尊重”“透明性”を心掛けることから

註：この言葉は「ヒポクラテスの誓い」(紀元前5世紀のギリシャの医師、ヒポクラテスにより書かれた、医師の職業倫理に関する宣誓文)と関連付けられることが多いですが、実際の文面には出てきません。ただし“患者に害を及ぼさない”ことを説いた記載は存在し、医師たるために、安全の順守が重要であることが示されています。

- 文献
- 1) Institute of Medicine. To Err is Human: Building A Safer Health System [Internet]. <http://www.iom.edu/Reports/1999/To-Err-is-Human-Building-A-Safer-Health-System.aspx>
  - 2) N Engl J Med. 2002. [PMID : 12477944]
  - 3) Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007. [PMID : 17724943]
  - 4) Qual Saf Health Care. 2008. [PMID : 18519629]

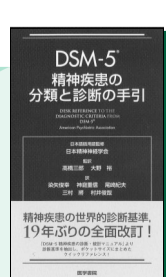
●本連載は、「医療の質向上に関する知見を集積し、共有・発信」しつつ「医療にかかわる全ての人が、医療の質改善活動を実践する社会」をめざす4人の若手医師、小西竜太氏(関東労災病院救急総合診療科副部長・経営戦略室長)／原直昭氏(米国プリガム・アンド・ウィメンズ病院研究員)／反田篤志氏(米国メイヨークリニック予防医学フェロー)／遠藤英樹氏(松戸市立病院救命救急センター医長)が交代で執筆を担当します。

精神医療関係者必携! 診断基準を抽出したポケット版!

## DSM-5<sup>®</sup> 精神疾患の分類と診断の手引

米国精神医学会 (APA) より刊行された DSM-5 マニュアルから診断基準のみを抜粋した、いわゆる「Mini-D」と言われる小冊子の最新改訂版。19年ぶりの改訂となる今回は、自閉スペクトラム症の新設や双極性障害の独立など従来の診断カテゴリーから大幅な変更が施されている。今回から日本語版用語監修として日本精神神経学会が加わった。

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 梁矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村 将・村井俊哉

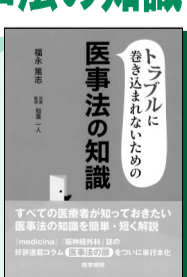


すべての医療者が知っておきたい医事法の知識を簡潔に解説

## トラブルに巻き込まれないための医事法の知識

すべての医療者に向けた、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



# Dialog & Diagnosis

グローバル・ヘルスの現場で活躍する Clinician-Educator と共に、実践的な診断学を学びましょう。

第1話

## 抗菌薬が効かない市中肺炎？

青柳有紀

Clinical Assistant Professor of Medicine, Geisel School of Medicine at Dartmouth/  
Human Resources for Health Program in Rwanda

はじめまして。今回から連載を担当させていただく青柳有紀です。現在はアフリカ中部にあるルワンダ共和国で現地の研修医と医学生を教えています。専門は一般内科、感染症、予防医学です。これまでに、日本、アメリカ、そしてアフリカで医師として働いてきました。その中で出会ったいくつかの教育的な症例を題材に、みなさんに学びの機会を提供できればと思います。

**【症例】** 73歳男性。主訴：発熱、咳嗽。特記すべき既往歴なし。1週間ほど前から喀痰排出を伴う咳嗽が出現し、徐々に悪化した。熱っぽい感じもしたため、翌々日に近医を受診すると、担当医からレボフロキサシンを処方された。以後、薬の服用を続けたものの、症状は改善せず、膿性の喀痰排出と呼吸苦が増悪したことから受診。来院時のバイタルは体温38.4℃、血圧128/77 mmHg、心拍数97/分、呼吸数22/分、SpO<sub>2</sub>92% (room air)。胸部聴診で右中一下肺野にかけてクラックルを聴取した。胸部X線写真では、右肺下葉に広範な浸潤影を認めた。

### あなたの鑑別診断は？

皆さんはこの症例についてどう思うでしょうか？適切な治療のためには、適切な診断が必要で、だからこそ臨床医は、患者の主訴を聞いたその瞬間から、頭の中で鑑別診断を組み立て始めます。皆さんの鑑別診断の一番上あたりには、おそらく肺炎が挙がっているのではないのでしょうか。でも何か「変な感じ」がしますね。

患者さんはこの病院に来る以前に、近医を受診しています。そして、そこで抗菌薬を処方されています。レボフロキサシンは、いわゆるキノロン系抗菌薬で、大変広いスペクトラムを有し

ています。肺炎球菌や他のレンサ球菌属をはじめ、メチシリン感受性黄色ブドウ球菌、モラクセラ・カタラーリス、インフルエンザ桿菌などのグラム陰性桿菌、嫌気性菌の一部、結核菌、それにマイコプラズマやクラミドフィラ属、レジオネラ菌といった、いわゆる非定型肺炎の起因菌もカバーします。おまけにキノロン系の bioavailability (生物学的利用能)は非常に高いので、経口処方でも静注と遜色ない血中濃度を維持することができます。それなのに、なぜこの患者さんはレボフロキサシンの服用中に顕著な呼吸器症状の悪化を見たのでしょうか。本当に患者さんはレボフロキサシンを服用していたのでしょうか。

肺炎の原因となっている病原体がウイルスであるという可能性は、考慮してみるべきでしょう。特にインフルエンザによる肺炎は、65歳以上の高齢者や2歳未満の小児では重篤化することがあります。でも、どうやら今は季節性インフルエンザの時期ではないようです。ほかにも、パラインフルエンザウイルスやRSウイルス、アデノウイルスなども考慮されるかもしれませんが。ハンタウイルス？よく知っていますね。急激な転帰をとり得る hantavirus pulmonary syndrome (HPS) の原因となるウイルスで、ネズミにより媒介されますが、該当するような曝露歴はこの患者さんにはなさそうです。

細菌性肺炎だった場合に、レボフロキサシンでカバーされない起因菌として、MRSA (メチシリン耐性黄色ブドウ球菌) を考える人は少なくないでしょう。地域によっても異なりますが、私がかつて感染症フェローをしていたニューハンプシャー州中部では、黄色ブドウ球菌による市中感染の約50%がMRSAによるものでした。

### D & D

そういうわけで、当時は感染症フェローだった私が内科からコンサルトの要請を受けてこの患者さんに会いに行くと、ピペラシリン/タゾバクタムと

バンコマイシンの袋が既に点滴スタンドにかかっていた。でも本当にこれはMRSAや耐性グラム陰性桿菌による肺炎なのでしょうか。もう少し、患者さんに話を伺ってみました。

「近医で処方されたお薬をもう一度教えていただけますか？」

「Levaquine® (レボフロキサシンの商品名) です。指示された通り、毎朝飲んでいました」

「既往は特にないということで間違いありませんか？」

「特にこの年まで病気になったりしたことはないですよ」

「何かお薬は飲んでいませんでしたか？ 特に胃薬だとか、制酸薬のようなものだとか……」

「いいえ」

「それでは、カルシウムやビタミン剤などのサプリメントはどうでしょう？」

「マルチビタミンとカルシウムなら毎朝飲んでます。だって骨を強くしないといけないでしょう？」

「(!)」

キノロン系抗菌薬は、多価陽イオン含有物 (Ca<sup>2+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, Zn<sup>2+</sup>, Fe<sup>2+</sup>, Al<sup>3+</sup> 等) と同時に服用すると、その吸収が著しく阻害されます。したがって、これらが含まれている各種サプリメントや制酸薬、スクラルファート (胃粘膜保護剤) などの併用には十分注意しなくてはなりません。こうした場合に、服用しているキノロン系抗菌薬の血中ピーク濃度が、本来なら感受性を持つはずの細菌のMIC (最小発育阻止濃度) を下回ることさえあります。鉄剤とシプロフロキサシンの併用例では、その血中ピーク濃度は感受性がある細菌のうち90%のMICを下回りました<sup>1)</sup>。また、実際にレボフロキサシンに関連した治療失敗例も報告されています<sup>2)</sup>。

この患者さんの喀痰グラム染色ではグラム陽性双球菌が認められ、培養でペニシリンに感受性を持つ肺炎球菌が分離されました。レボフロキサシンはそもそも overkill (やりすぎ) でしたが、バンコマイシンとピペラシリン/タゾバクタムはもっとやりすぎでした。

\*

診断というプロセスにおいて病歴聴取ほど強力な武器はありません (バンコマイシンよりも!)。この患者さんを担当していた内科レジデントが記録した電子カルテの服用薬の欄には、「レボフロキサシン」とだけ書かれていました。薬剤歴を聴取する際に、「何か

薬は飲んでますか？」という尋ね方をしていると、サプリメントを薬だと思っていない患者さんからは、こちらが聞きたい情報を聞き出せない可能性があります。また、herbal medication (薬草) などを利用している患者さんも少なくないので注意が必要です。

ちなみに、私が働いているルワンダでは、多くの人が traditional medication といって、ヒーラー (呪術師のような人) が配合する「謎の薬」を使用しています。ウイルス性肝炎の治療のために、traditional medication を服用して重度の黄疸や肝性脳症の症状が出てしまった患者さんを時々目にします。指導しているルワンダ人の研修医に、患者さんが服用していた traditional medication の詳細について聞いてみるのですが、彼らもわからないと言います。Traditional medication の中身は、各々のヒーラーにとっては独自の「企業秘密」であり、決してその詳細を他人には明かさないのであります。



### 今回の教訓

●キノロン系の抗菌薬と多価陽イオン含有物を併用すると、キノロンの吸収が著しく阻害される (多価陽イオン含有物を、キノロン服用の2時間以上前か、キノロン服用から4-6時間後に服用することで防止できる)。

●「お薬は飲んでますか？」という問診の仕方では、時として薬物相互作用の観点から重要な情報を見逃すことがある。指導医としては、「病歴は大事だよ」と繰り返すことが病歴聴取の教育だと勘違いしないこと。

### 【参考文献】

- 1) Polk RE, et al. Effect of ferrous sulfate and multivitamins with zinc on absorption of ciprofloxacin in normal volunteers. Antimicrob Agents Chemother. 1989; 33(11): 1841-4. [PMID: 2610494]
- 2) Suda KJ, et al. Treatment failures secondary to drug interactions with divalent cations and fluoroquinolone. Pharm World Sci. 2005; 27(2): 81-2. [PMID: 15999916]



あおやぎ ゆうき ●国際機関勤務などを経て、2006年群馬大医学部卒(学士編入学)。米国ベイス・イスラエル・メディカル・センターやダートマス・ヒッチコック・メディカル・センターを経て、13年よりアフリカ中部に位置するルワンダ共和国にて、現地の医師および医学生の臨床医学教育に従事。日本・米国ニューハンプシャー州・ルワンダ共和国医師。米国内科専門医、米国感染症専門医、米国予防医学専門医、公衆衛生学修士(ダートマス大)。

内科臨床誌メディチーナ

# medicina

2015年1月号

Vol.52 No.1

●1部定価：本体2,500円+税

医学書院

# 総合診療

ジェネラルに診ることが求められる時代の臨床誌

2015年1月号 Vol.25 No.1

●1部定価：本体2,300円+税

## 特集 循環器薬 up to date 2015

代表的な循環器疾患における薬物治療について up to date を交えて解説。また、高齢化に伴い増えている糖尿病やCKD、脳血管障害などの併存症が循環器疾患の薬物治療に与える影響や留意点、さらに「ACE阻害薬とARB」「フルファリンとNOAC」など類似薬の使い分けについてもよくわかる1冊。

来月の特集 (Vol.52 No.2)

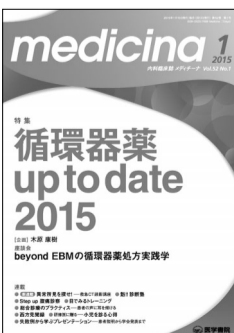
### ウイルス肝炎の薬物治療

一変わりゆく治療戦略

2014年増刊号 (Vol.51 No.11)

### CT・MRI “戦略的”活用ガイド

●特別定価：本体7,200円+税



## 特集 動悸・息切れ

2015年1月号から「JIM」は「総合診療」に誌名変更しました!

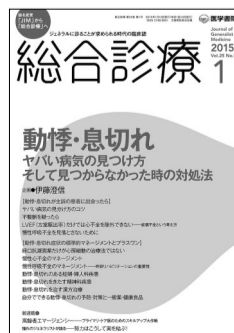
### ヤバい病気の見つけ方 そして見つからなかった時の対処法

企画：伊藤澄信 (国立病院機構本部総合研究センター臨床研究統括部)

動悸・息切れの主訴は総合内科初診の2%程度。心不全からHb10g/dl以下の貧血、不整脈等の重篤な疾患の主訴であり、精神的ストレス等に伴うものも多い。Red Flagサインを認めないから「重篤な病気はありませんでした」と片付けられても、患者の不安は止まらない。本特集では、動悸・息切れを主訴とする患者の満足度をあげる診療のコツを集めた。

来月の特集 (Vol.25 No.2)

### 総合医のためのスポーツ医学ベーシックス



# Medical Library

書評新刊案内

## 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 ● 著

三五変型・頁334  
定価:本体2,200円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02023-7

評者 元雄 良治

金沢医大教授・腫瘍内科学/  
金沢医大病院集学的がん治療センターセンター長

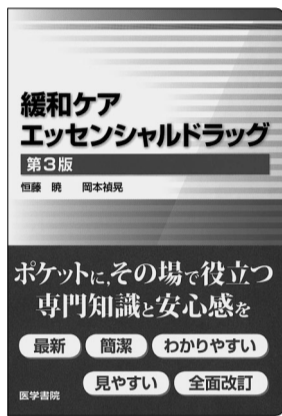
本書を持つと、そのコンパクトなサイズと適度な厚さのため、すぐ手になじむ。

まず、「本書の構成と使用法」が記され、それに続く「WHO

必須医薬品モデル・リスト」「症状マネジメントの原則」「症状マネジメントの概説」「エッセンシャルドラッグ」から本書は構成されている。「WHO 必須医薬品モデル・リスト (WHO Model Lists of Essential Medicines)」は最新の18版が2013年に公表されている。有効性・安全性・経済性を考慮し、主に開発途上国での最小限必要な医薬品が収録されている。特記すべきは、これまで腫瘍学のセッションに含まれていた緩和ケア関連薬剤が、「痛みと緩和ケアのための薬」として独立し、しかも成人用の30セクションのうちの2番目に位置付けられた点である。本書はこのリストを参考に、わが国の現状に適合させて選ばれた薬剤を扱っている。実際、「エッセンシャルドラッグ」の章には51成分(56薬剤)がリストアップされている。

「症状マネジメントの原則」は2ページのみの記載であるが、「まず第1に患者に尋ねる」から始まる診療上の鉄則が5項目挙げられている。「症状マネジメントの概説」の章では、がん疼痛から苦痛緩和のための鎮静までの20項目を挙げ、概念・原因・マネジメントとケア・薬物療法などがわかり

著者の知識と経験を生かし、臨床に役立つ要点をまとめたポケットブック



やすく書かれている。

本書の大部分を占める「エッセンシャルドラッグ」の章は、アセトアミノフェンからロラゼパムまで五十音順に掲載されており、オキシドンは経口剤と注射剤、フェンタニルは1日貼付型製剤・3日貼付型製剤・バツカル錠・舌下錠・注射剤が挙げられている。そこで実際に本書で薬剤を調べてみた。「プレガバリン」のページ(p.235)を開くと、最初にPointとして8つのことが挙げられている。神経障害性疼痛治療薬である、生体内利用率が高く、作用持続時間が長いこと、構造・作用機序、開始初期に鎮静作用が出るので少量から開始すること、相互作用は少ないが眠気・めまいなどの副作用がある点、急な中止で退薬症候が出る可能性がある点、漸減することなど、臨床ですぐに役立つ要点ばかりである。その後には剤形、適応、用法・用量、副作用、相互作用、薬物動態、慎重投与について、簡潔に3ページでまとめられている。まさに「ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を」という本書の特徴がよく理解できた。

二色刷りで見やすく、参考文献は2013年・2014年のものがほとんどであり、最新の情報となっている。著者の恒藤先生と岡本先生の経験と知識が随所に生かされた本書をポケットに準備して緩和ケアに臨んでいただきたい。

## 抗菌薬の基本と微妙な使い分けのこつがよくわかる

## “実践的”抗菌薬の選び方・使い方

細川 直登 ● 編

A5・頁236  
定価:本体3,300円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01962-0

評者 林 寛之

福井大病院教授・総合診療部

「アメリカでは、アメリカでは」と連呼する留学帰りの医者は、ややもすると『出羽の神』とやゆされて煙たがられることがある。日本とアメリカとの医療の大きな違いの一つに抗菌薬の使い方が挙げられる。今こそ感染症の良書が散見されるが、以前はどうしても日本の感染症教育が遅れていたため、現場に立ち続けた年配の医者は、製薬会社や薬剤添付文書を頼りに独学し、抗菌薬の知識が自分でも系統立って整理がついておらず、弱点を突かれるよう『出羽の神』を煙たく思ったものだ。またアメリカと同様に高用量(本書では「標準使用量」としている)を使用すれば、保険適用外で削られたりもするので、そんな知識は役に立たないと現場では思われた。

でももう大丈夫。本書は、日本で保険診療をする上でどう戦っていけばいいかをきちんと解説してくれる。保険適用範囲内であくまでも戦いたい医者、双方が納得いく医療を本書で見つけることができる。決して『出羽の神』ではなく、日本で医療をしていく上でどう落としどころを見つけながらやっていけばいいのかがわかる点は、実地医家にとって本書は大きな福音となるだ



ろう。

第II部は薬剤の特性の基本を学ぶことができ、初学者にとって頭を整理するのに役に立つだろう。どんな敵(細菌)にどんな武器(抗菌薬)で戦うべきか、各武器(抗菌薬)の特徴はどうなっているのかの全体像がよくわかる。

第III部はかゆいと腕に自信のある実地医家にとっては、同じ系統の武器(抗菌薬)でも微妙な使い分けがわかっていい。「同じ系統だから何でもいいよ」とは言わなくなるはず。うんちく好きにはたまらない秀逸なまとめ方をしている。ドラえもん

だって空を飛ぶときはタケコプターだけに頼っているのではないじゃないか。空を飛ぶ道具は他にもたくさんあって、「ふわふわ薬」,「強力うちわ『風神』」,「乗り物ボール」,「乗り物アクセサリー」,「フワフワオビ」,「たんぼぼくし」,「風ため機」,「バードキャップ」他にも……あ、もういい?……とにかく微妙なさじ加減で使い分けるところが満載だ。血となり肉となるように3回は読み返してほしい。本書を読んで抗菌薬を使い分ければ、抗菌薬もきっと泣いて喜ぶはず……?

## 作業療法実践の理論 原書第4版

ギャーリー・キールホフナー ● 著

山田 孝 ● 監訳

石井 良和, 竹原 敦, 野藤 弘幸, 村田 和香, 山田 孝 ● 訳

B5・頁320  
定価:本体4,700円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01975-0

評者 宮前 珠子

聖隷クリストファー大大学院教授・作業療法学

本書は20世紀に生まれた現代作業療法界第一の理論家であり、2010年に61歳の若さで惜しくも亡くなってしまった、ギャーリー・キールホフナーの渾身の力がこもった遺作であり名著である。そして翻訳にも遺作への思いがこもり、大変よくこなれたわかりやすい日本語の名訳となっている。

本書は1992年に“Conceptual Foundations of Occupational Therapy”という原題で初版が発行され、翌1993年に「作業療法の理論」として邦訳が発行された。その後2回の改訂を経て、2009年に今回の原著第4版が“Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice”のタイトルで発行さ

れた。それを受けて本書のタイトルも「作業療法実践の理論」(下線いずれも評者)となっている。旧版も作業療法の歴史と理論の全体像をとらえた他に見られない優れた本ではあったが、全体に概念的で難解であり、即実践に結び付くものとは言えなかった。

しかし今回の第4版はがらりと様相が変わり、著者が序文で「作業療法の理論は実践サービスの中にこそあるべきである」と述べ、また「私たちは大学でこれらのすべてを学んだけれど、実践でどのように使うかわかりません」(18章冒頭)といった学生の言葉を深く受け止め、作業療法の理論をいかにわかりやすく、この本を読んだら

理論が実践に結び付く! 作業療法士,学生必読の書

あなたの頭痛を、治したいー頭痛学会のエキスパートが患者さんの疑問に答えます!

## 慢性頭痛の診療ガイドライン 市民版

日本頭痛学会のエキスパートドクターが編集した『慢性頭痛の診療ガイドライン2013』を頭痛に悩む患者さん向けに再編集。読みやすいQ&A(クリニカルクエスト)形式はオリジナル版そのままに、最新の頭痛診療を噛み砕いて解説。また頭痛病名も最新版の『国際頭痛分類 第3版beta版』に準拠した。患者さんはもちろんのこと、医師やメディカルの方々にも患者さんへの説明用としてお勧め。

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



MEDSiからのご案内

### 2015年春「世界標準」の改訂です。

全タイトル 定価据え置き

1 → 2  
Bates' Guide to Physical Examination and History Taking  
ベイツ診察法  
定価:本体9,000円+税  
日本語第2版 (原著第11版)

2 → 3  
Pocket Guide to Physical Examination and History Taking  
ベイツ診察法ポケットガイド  
定価:本体3,800円+税  
日本語第3版 (原著第7版)

3 → 4  
The ICU Book  
ICUブック  
定価:本体11,000円+税  
日本語第4版 (原著第4版)

12 → 13  
ワシントンマニュアル  
定価:本体8,400円+税  
日本語第13版 (原著第34版)

1 → 2  
Pocket Medicine  
内科ポケットレファランス  
定価:本体4,000円+税  
日本語第2版 (原著第5版)

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

# TIAと脳卒中

Sarah T. Pendlebury, Matthew F. Giles, Peter M. Rothwell ●原著  
水澤 英洋 ●監訳

B5・頁384  
定価:本体8,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01523-3

評者 **山口 武典**  
国立循環器病センター名誉総長/日本脳卒中協会理事長

Sarah T. Pendlebury と Peter M. Rothwell 夫妻, それに臨床疫学者の Mathew F. Giles ら 3 人による『TIA と脳卒中』の日本語版が, このたび東京医歯大神経内科グループ (水澤 英洋氏監訳) によって **脳卒中の臨床試験による 時間という定義を用い 経験と信念が如実に表れた書** 出版された。著者の一人である Rothwell 教授は, さまざまなメタ解析で有名なエディンバラの Charles Warlow 教授の下で研究を続け, その後オックスフォードに移って Oxford Vascular Study (OXVASC) を立ち上げた。その後の活躍は目覚ましく, 極めて多数の脳卒中の臨床および臨床疫学に関する研究成果を報告している。中でも最近注目されているのが, 「TIA (一過性脳虚血発作) を早期に治療することによって, 3 か月後の転帰が著しく好転する」という OXVASC の臨床成績である。TIA が脳梗塞の警告症状であることはかなり以前 (1950 年代) から言われてきたにもかかわらず, 一般臨床家の間ではあまり重要視されてこなかった。本書の表題に TIA という言葉を付けていることは, この点を意識しての命名であろう。

TIA と脳梗塞は一連の病態であるので, その定義あるいは診断基準を定めることは極めて難しい。最初に米国で定められた定義は「24 時間以内に症状が消失し, 脳に器質的病変を残さないもの」とされているが, 最近の画像診断の発達によって症状持続時間と画像上の変化による定義付けは困難との考えから, 米国心臓協会 (AHA) / 脳卒中協会 (ASA) では「持続が短時間で画像所見を残さない」というあいまいなものとなっている。しかし, 本書では最も古典的な「24 時間」という

定義を採択しているため, われわれにとっては親しみやすい。ちなみに厚労科による研究班 (班長: 国立循環器病研究センター・峰松一夫副院長) でも, 現在のところ 24 時間という定義を用いることを提言している。本書では脳卒中患者での血管検査の重要性を強調しており, 非侵襲的検査だけに頼りすぎて脳動脈瘤の存在を見逃す危険性, 頸部の頸動脈の評価における duplex 超音波検査の有用性など, 単なる検査法の羅列ではなく具体的に評価がなされているのがある。中でも, 頭蓋外の頸動脈病変に対する血栓内膜剝離術の問題を具体的に提示していることは極めて有用である。

これまでの (特に日本の) 教科書にない内容も少なくない。中でも虚血性脳卒中を「TIA・軽症脳梗塞」と「重症脳梗塞」に分けて記述されていること, いろいろナリクススコアを用いた「予後の診断法」について極めて実用的な解説がなされていることは新鮮である。また, 「治療法の評価方法」の項は圧巻である。大規模臨床試験での無作為化の必要性をさまざまな角度から解説し, またその臨床試験で得られた結果の解釈に当たっての注意点を細かく述べている。著者らの経験と信念を如実に表しており, 本書のハイライトであろう。

高血圧性脳出血に関する記述が少ないという難点はあるが, 上に述べた数々の素晴らしい内容を考えると, ぜひとも座右の書として (バッグに入れて持ち歩きも可能) 備えられることをお勧めしたい。

③障害学を取り上げてわかりやすく解説し, そして第4部「実践での理論の利用」では, 複雑な作業療法実践を行うには理論の全体像を知った上で複数の実践モデル・理論に精通する必要がある, クライアントのニーズに応じてそれらを使い分けることができなければならないことを具体例を通して述べている。

本書を最後に改訂版はもう出ないわけであるが, キールホフナーが知力と体力を傾注して残した本書, 作業療法の歴史, パラダイムの変化を包括的にとらえ, また現代作業療法の理論と実践を鳥瞰的・マクロ的に示した上で, それぞれの理論の使い方を多くの症例を通してミクロに示した本書は, 全ての作業療法士への珠玉の贈り物となり不朽の名著になるであろう。作業療法士, 作業療法学生必読の書として薦めたい。

# 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 **木崎 昌弘**  
埼玉医大総合医療センター教授・血液内科学

このたび, 聖路加国際病院血液内科部長の岡田定先生を中心に, 同病院のスタッフである樋口敬和先生, 森慎一郎先生により, レジデントおよび血液内科医を対象とした本書が医学書院より上梓された。本書を拝見してまず感じたのは「よく練られた内容で, 読者のことを真っ先に考えたよき本だなぁ」ということである。さすがに臨床経験が豊富で, 場数を踏んでいる3人が書かれただけのことはあると感じ入った。

われわれ血液内科 (小児科) 医は, 実際の診療の現場では生命に直結する疾患を扱うことも多く, 常に適切かつ迅速な判断を求められている。その上で特に造血器腫瘍の治療に関しては, 化学療法や造血幹細胞移植のみならず, 分子標的治療薬や抗体医薬などの新しい薬剤を用いた治療法をいかに用いるかについても適切に選択しなくてはならない。そのためには, 多くの疾患を経験するとともに, 常に最新の病態解析研究や治療薬の臨床試験のデータ, ガイドラインなどを頭に入れておく必要があるが, 日々忙しいレジデントや血液内科 (小児科) 医は時間がないのも事実である。これらの知識を取得するためには, 多忙な医師のことを考えたテキストが必要であるが, 本書は「かゆいところに手が届くように」多忙な医師の立場に立って書かれた好書である。

本書は, 病棟診療と外来診療, さらに救急の現場で扱う頻度の高い血液疾患を, 実際に患者を診療しているかのようなスタイルで統一して書かれている。当然ではあるが, 病棟に入院してくる大多数の患者は診断が既についているが, 外来では診断から始めなくてはならない。本書では, そのような実態に即して病棟編では血液疾患の各

論の形で主要な血液疾患を, 一般外来編や救急外来編では診断学の形でよく遭遇する症候を中心に記載されていることは, 血液診療の現場を知り尽くした著者らの慧眼である。

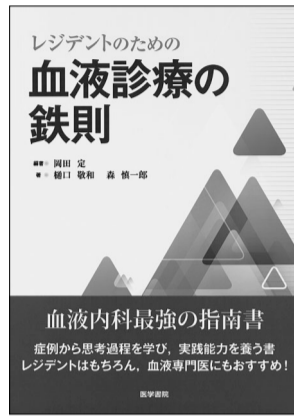
しかも, 病棟編では, 各疾患について, 実際のケースをもとに Q&A の形で診断, 鑑別, 予後, 治療を系統立ててどのように考えて診療を進めていくべきかを中心に記載されているところなどは, 従来の医学書の形式とは全く違う, 現場の医師の立場を考えた優れたテキストだと思う。外来編でも症候から, どのように鑑別して確定診断を導くかが理論的に学べるようになって

いる。コラム形式の「ココが point」や「もっと知りたい」もよくできており, 長年の経験に基づく診療のポイントや最新の情報が素早くわかるように工夫されている。そして, 何よりも冒頭の箇条書きに書かれた「鉄則」を読むだけで, 何かその疾患や症候を全てわかったような気にさせてくれる。さらに親切にも終わりには「最終チェック」ができるようになっており, ここまで読めば完璧である。この過程が簡潔な文章や箇条書きで本当にわかりやすく記載されている。

評者自身多くの書籍の出版にかかわっているが, このように読者の立場に立って書かれ, しかも系統的に理解しやすく書かれている書籍に遭遇することは少ない。これも, 岡田先生を中心とした聖路加病院血液内科の診療レベルの高さを示すとともに, 常に若い医師をどのように実践的な医師に育てていくかを考えた教育レベルの高さを物語っているものと思われる。

忙しい臨床の現場に立つ医師には常に座右において活用していただきたい書籍である。

## 診療のポイントや最新の情報が素早くわかる 多忙な医師に最適の好書



ホスピタリスト  
**Hospitalist**  
2014年4号発売  
特集: **緩和ケア**

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)  
※年間購読は送料無料、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・  
簡泉貴彦・石丸直人・徳田安春・藤谷茂樹

特集: **緩和ケア** 責任編集: 関根龍一・八重樫牧人

目次

1. ホスピタリストにも必須となる緩和ケアの知識
2. 疼痛の評価と治療 (総論)
3. 医療用麻薬 (オピオイド) を含めた薬物療法と副作用対策、疼痛治療の対応 (各論)
4. 緩和医療における症状マネジメント: 呼吸器症状
5. 緩和医療における症状マネジメント: 消化器症状
6. 緩和医療における症状マネジメント: 不安、抑鬱 & せん妄
7. 緩和ケアと医療倫理・法的側面
8. コード確認・事前指示を含むアドバンス・ケア・プランニング
9. 内科疾患の終末期におけるマネジメント
10. 非がん疾患の緩和ケアの動向 (概論)
11. 病院と在宅緩和ケアの連携と在宅緩和ケアの実態
12. 悪い知らせの伝え方とコミュニケーション
13. 緩和医療EBMアップデート  
[コラム] 緩和医療分野で最近我が国に導入された薬剤  
[コラム] 臨死期の対応  
[コラム] 緩和ケアコンサルテーションと多職種チーム医療  
[コラム] 自らの死生観を振り返りスピリチュアルケアの理解を深める

特集

2013年 1号 ホスピタリスト宣言  
2号 感染症

2014年 1号 腎疾患  
2号 膠原病  
3号 消化器疾患  
4号 緩和ケア

2015年 (予定) 1号 呼吸器疾患1 (3月発売)  
2号 外来における予防医療 (6月発売)  
3号 循環器疾患 (仮) (9月発売)  
4号 血液疾患 (仮) (12月発売)

2015  
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.medsci.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36  
FAX 03-5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

骨軟部画像診断のエキスパートが練り上げたMinimal Requirements  
新刊 **骨軟部画像診断スタンダード**

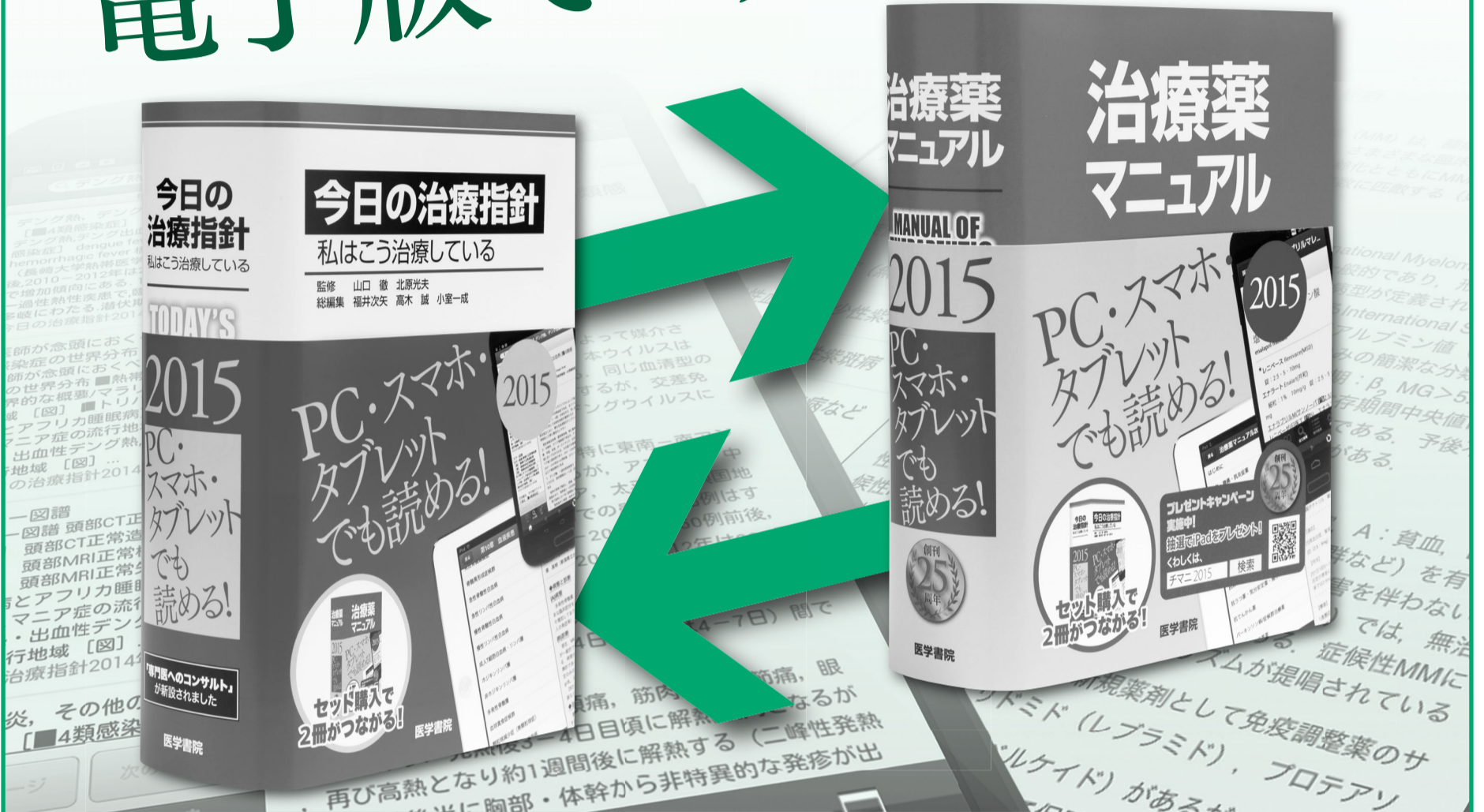
▶骨軟部画像診断のエキスパートにより執筆された、骨軟部画像診断の簡易的かつ包括的なテキスト。疾患を専門医、診断専門医、指導医の三段階にレベル分けし、Essentials(要点整理)、臨床的事項、病態生理・病理像の解説を簡条書きで掲載。また、モダリティごとの画像所見の特徴、典型症例画像の提示・読影のポイントを詳説する。放射線科医、整形外科医の日常診療のガイドとして有用、専門医試験/診断専門医試験対策にも使える。

編集: 青木 純・青木 隆敏・上谷 雅孝・江原 茂  
神島 保・杉本 英治・福田 国彦・藤本 肇

定価: 本体6,500円+税  
B5 頁400 図14・写真329 2014年  
ISBN978-4-89592-794-9

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル  
TEL (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36  
FAX (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

# 医療職必携の2冊が 電子版でコラボ!



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

治療薬情報を余すことなくポケットに!

## 今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2015

私はこう治療している

監修 山口 徹・北原光夫 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>2015年版の特長</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 専門外の疾患の診察に役立つ見出し「<b>専門医へのコンサルト</b>」を新設</li> <li>● 主要疾患約200項目に、治療法を要約した見出し「<b>治療のポイント</b>」を掲載</li> </ul> | <p><b>本書の特長</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に</li> <li>● 大好評の付録「<b>診療ガイドライン</b>」：診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説</li> </ul> |
|--|--|

● デスク判(B5) 頁2096 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02039-8]  
● ポケット判(B6) 頁2096 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-02040-4]

## 治療薬マニュアル 2015

監修 高久史麿・矢崎義雄  
編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

- 本書の特長**
- 収録薬剤数は約2,200成分・16,000品目。2014年に収載された新薬を含む医薬品を収録。
  - 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
  - 添付文書情報は、化学構造式も含め重要事項をすべて収載。
  - 134成分の重要薬情報と88疾患の重要処方ハンディサイズに要約した、別冊付録「重要薬手帳」

● B6 頁2688 2015年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02045-9]

- ✓ 両書籍とも購入特典・電子版付
  - ✓ セット購入により、アプリ上で2冊がリンク
- 「今日の治療指針」に掲載された薬剤の詳細情報を、「治療薬マニュアル」へのリンクで瞬時に参照できます。

※ 電子版は、本書を購入された方が無料で利用できるサービスです。  
電子版単体のお申し込み・ご購入はできません。

※ 閲覧期間は2016年1月までとなります。

※ 2015年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2014年版のものです。  
2015年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2015年春を予定しております。

※ 推奨Webブラウザ：Internet Explorer9以降、Chrome35以降、Firefox30以降、Safari6以降



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