

2018年10月29日

第3295号

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
COPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] 医師のバーンアウト(下畑享良、服部信孝、饗場郁子、久保真人)…………… 1-3面
- [寄稿特集] My Favorite Papers(名郷直樹、猪又孝元、近藤尚己、稲田英一、吉村紳一)…………… 4-6面
- MEDICAL LIBRARY/2017年「胃と腸」賞授賞式…………… 7面

座談会 医師のバーンアウト

早急な実態把握と対策に向けて



服部 信孝氏
順天堂大学大学院医学研究科
神経学講座教授



下畑 享良氏 司会
岐阜大学大学院医学系研究科
神経内科・老年学分野教授



饗場 郁子氏
国立病院機構東名古屋病院神経内科
リハビリテーション部部長/第一神経内科医長



久保 真人氏
同志社大学政策学部
大学院総合政策科学研究科教授

バーンアウト(燃え尽き症候群)とは、对人的サービスを提供する職種において、活発に仕事をしてきた人が「燃え尽きたように」意欲を失う状態を指す。医師のバーンアウトでは、心身の不調、離職など医師自身への影響だけでなく、診療の質の低下や共感性の欠如といった患者への悪影響も懸念される。

医師のバーンアウトを防ぐにはどのような視点が必要か。脳神経内科におけるバーンアウトの実態調査に乗り出した下畑氏、服部氏、饗場氏と、国内のバーンアウト研究の第一人者である心理学者の久保氏が、対策の在り方を議論した。

下畑 私がバーンアウトという概念を知ったのは2014年の米国神経学会の会長講演でした。米国では医療のビジネス化が進んだことなどにより医師の倫理やプロフェッショナリズムが危機に瀕していると指摘した講演の中で、そうした状況が医師を精神的・体力的に追い詰め、バーンアウトにつながり得るとの懸念が示されていました。

関心を持って調べてみると、海外では最近、医師のバーンアウトの問題が注目を集めており、実態調査が進んでいるようです。2018年9月のJAMA誌には医師のバーンアウトについてのシステムティック・レビューが掲載されています¹⁾。私は日本でも医師のバーンアウト対策の機運を高めよう

と、2018年5月の日本神経学会で服部先生、饗場先生と共にシンポジウムを企画しました(本紙3277号で紹介)。

昔の医師はバーンアウトしなかった!?

服部 シンポジウムでは脳神経内科医を対象にした緊急アンケートの結果を交え、バーンアウトの概念や現状を紹介しました。アンケート結果の詳細は後ほど紹介しますが、かなり多くの医師にバーンアウトの症状が見られました。シンポジウムは立ち見が出るほど盛況で、総合討論ではフロアの参加者の実体験を踏まえた熱心な議論が交わされるなど、関心の高さがうかがえま

したね。
饗場 私の知人にもバーンアウトしてしまった医師がいて、とても他人事とは思えない問題です。しかし、シンポジウムの参加者の中には、それまでバーンアウトの概念を知らず、参加して初めて「私はあの時バーンアウトしていたのだ」と気付く人もいたようです。

私自身はバーンアウトという言葉で以前から知っていましたが、初めて聞いたのは当院の看護師からでした。バーンアウトを防ぐための取り組みとして、患者さんからいただいた感謝のお手紙を病棟の皆で共有するなど、仕事のやりがいを高める工夫をかなり前から取り入れていたそうです。それに比べ、医師のバーンアウトへの認識や対策は遅れていると感じます。

久保 それは以前、医師は「バーンアウトしない」と考えられていたからです。バーンアウトの心理学的研究は1990年代、米国を中心に盛んに行われ、私も同時期に国内の実態を調査してきましたが、当時の研究対象は看護師、介護職などがメインだったのです。

下畑 それは驚きです。なぜ当時、医

師はバーンアウトしないと考えられていたのですか。

久保 医師だけでなく弁護士もバーンアウトしない職業の代表でした。両者の共通点を考えてみてください。医師も弁護士も「先生」と呼ばれることに象徴されるように、患者やクライアントから「お願いされて」サービスを提供するという要素が他のサービス業に比べて強いと思います。また、経済的に恵まれているのも特徴です。これらの点から、他の職種と比べてストレスを感じにくく、バーンアウトのリスクが低いと考えられていました。

ところが近年、状況は変化しています。弁護士の数は司法改革で急増し、昔に比べると経済的に厳しくなりました。クライアントとの関係性も変わり、依頼に応えるという従来の立場よりも、同じ目線で「寄り添う」姿勢が重視されるようになってきました。こうした変化からか、近年、弁護士のバーンアウトが問題になっているのです。

服部 医師を取り巻く環境も同様の傾向がありますね。パターンリズミックな

(2面につづく)

November 2018

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・PR部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

消化器内科診療レジデントマニュアル

編集 工藤正俊
B6変型 頁480 4,500円
[ISBN978-4-260-03597-2]

集中治療、ここだけの話

編集 田中竜馬
B5 頁448 4,400円
[ISBN978-4-260-03671-9]

ERのクリニカルパール

160の箴言集
執筆 岩田充永
B6 頁176 2,800円
[ISBN978-4-260-03678-8]

救急整形外傷レジデントマニュアル

(第2版)
執筆 田島康介
B6変型 頁194 3,500円
[ISBN978-4-260-03688-7]

国際頭痛分類

(第3版)
訳 日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会
B5 頁282 4,800円
[ISBN978-4-260-03686-3]

認知行動療法トレーニングブック [DVD/Web動画付]

(第2版)
原著 Wright JH et al
訳 大野 裕、奥山真司
A5 頁400 9,000円
[ISBN978-4-260-03638-2]

印象から始める歩行分析

エキスパートは何を考え、どこを見ているのか?
盆子原秀三、山本澄子
B5 頁152 4,000円
[ISBN978-4-260-03590-3]

症例で学ぶ脳卒中のリハ戦略

[Web動画付]
編集 吉尾雅春
B5 頁224 4,000円
[ISBN978-4-260-03683-2]

標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野

生理学 (第5版)
岡田隆夫、鈴木敦子、長岡正範
B5 頁272 4,400円
[ISBN978-4-260-03644-3]

新生児学入門

(第5版)
編集 仁志田博司
編集協力 高橋尚人、豊島勝昭
B5 頁456 5,800円
[ISBN978-4-260-03625-2]

事例をとおしてわかる・書ける

看護記録 ファーストガイド
編集 清水佐智子
B5 頁160 2,200円
[ISBN978-4-260-03660-3]

患者と家族にもっと届く緩和ケア

ひととおりのことをやっても苦痛が緩和しない時に開く本
森田達也
A5 頁272 2,400円
[ISBN978-4-260-03615-3]

座談会 医師のバーンアウト

<出席者>

●しもはた・たかよし氏

1992年新潟大医学部卒業後、94年同大脳研究所神経内科入局。2001年同大大学院医学研究科博士課程(医学)修了。04年米スタンフォード大客員講師、07年新潟大脳研究所神経内科准教授、12年創業ベンチャー企業ShimoJani LLC(米サンフランシスコ)学術顧問などを経て、17年より現職。主な研究テーマは脳卒中に対する治療開発。

●はっとり・のぶたか氏

1985年順大医学部卒業。94年同大大学院医学研究科博士課程(医学)修了。99年同大医学部神経学講座講師、2003年同大老研センター・神経学教室助教授などを経て、06年より現職。同年より同大大学院附属老人性疾患病態・治療研究センター副センター長、17年より東京都難病相談・支援センター長を兼務。主な研究テーマはパーキンソン病の発症機序。

●あいば・いくこ氏

1987年名大医学部卒業後、春日井市民病院にて研修。89年同院神経内科、93年名大医学部神経内科、94年国立療養所東名古屋病院(当時)神経内科に勤務。97年より同院神経内科医長、2013年より現職。専門は神経難病、脳血管障害。同院ではチーム1010-4(転倒防止)の責任者として脳卒中や神経難病などの患者の転倒予防に多職種で取り組む。

●くぼ・まこと氏

1983年京大文学部卒業。88年同大大学院文学研究科博士課程中退。98年同大大学院文学研究科博士(文学)取得。88年大阪教育大助手、2004年同志社大政策学部助教授などを経て、06年より現職。専門は組織/産業心理学。著書に『バーンアウトの心理学——燃え尽き症候群とは』(サイエンス社、2004年)など。

(1面よりつづく)

医師—患者関係から、患者さんとフラットな関係に変わってきています。患者さんの生活に踏み込んだ医療・ケアを実現するために、医師はこれまで以上に幅広い目配りをしなければなりません。

下畑 求められるサービスの質の変化とそれに伴うストレスの増大から、医師のバーンアウトが顕在化していると考えられます。医師はバーンアウトしないという認識を改め、実態把握や対策に乗り出すべき時が来ています。

3因子で見るバーンアウトとバーニングアウト

下畑 一般的にバーンアウトとは、活発に仕事をしてきた人が「燃え尽きた

●表1 バーンアウトの3因子(文献2)

Table with 2 columns: Factor Name and Description. Factors include Emotional Exhaustion, Depersonalization, and Personal Accomplishment (low).

●表3 バーンアウトの3因子の特徴(文献4)

Table showing relationships between factors. Includes correlation coefficients (r) and squared multiple correlations (R²) for Emotional Exhaustion, Depersonalization, and Personal Accomplishment (low).

*1 r: 相関係数
*2 R²: 重相関係数(バーンアウトの各因子を目的変数、看護師の職務にかかわるストレス33項目を説明変数とする重回帰分析)

ように」意欲を失う状態を指します。心理学ではどのようにとらえているのですか。

久保 米国の心理学者であるマスラックが開発した尺度、Maslach Burnout Inventory (MBI) が世界的に使われています。MBIではバーンアウトの症状を、「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感の低下」の3因子で定義します(表1)。

また、私は「日本版バーンアウト尺度」を田尾雅夫先生(京大名誉教授/心理学者)と共に作成しました(表2)。これはMBIとは独立して、日本の対人的サービスの現場に適合するよう作成した17項目で、この尺度でもMBIと同じ3因子が抽出されます。

下畑 バーンアウトの3因子や日本版バーンアウト尺度の17項目を見ると、バーンアウトの症状を具体的にイメージすることができますね。3因子は相互にどのような関連があるのですか。

久保 表3は、看護師を対象に日本版バーンアウト尺度を測定し、3因子の相関係数を算出した結果です。情緒的消耗感と脱人格化が高い相関を示すのに対して、個人的達成感の低下は他の2因子との相関が低く、独立した因子であるとわかりました。

服部 ということは、情緒的消耗感と脱人格化には共通の原因があると考え

●表2 日本版バーンアウト尺度(文献3)

Table with 3 columns: Item Number, Item Description, and Category (E, PA, D). Lists 17 items related to burnout.

注 E: 情緒的消耗感, D: 脱人格化, PA: 個人的達成感(逆転項目)

られますね。

久保 はい。そこで、3因子とストレスの相関を見たところ、情緒的消耗感と脱人格化はストレスでかなりの部分を説明できることがわかりました(表3)。一方、個人的達成感の低下はストレスとの関連がほとんどありません。また、バーンアウトの重要なアウトプットの一つである離職意識と3因子との関連を見た別の分析では、離職意識と最も関連性が高いのは個人的達成感の低下だとわかりました⁵⁾。

これらの結果を踏まえ、私はバーンアウトへと至るプロセスを次のようにとらえています。ストレスが高じると、まず、情緒的消耗感と脱人格化が起こります。私はこの状態を、完全な燃え尽き(burnout)のプロセスに入ったという意味で、「バーニングアウト(burning out)」と呼んでいます。

下畑 情緒的消耗感と脱人格化は起きているけれど、個人的達成感、つまり仕事へのやりがいは保たれている状態ですね。

久保 「バーニングアウト」から完全な燃え尽きに至る最後の砦が、個人的達成感です。個人的達成感が何かのきっかけで低下すると、離職や心身の不調につながってしまうのです。私は、このような完全な燃え尽きだけでなく、前段階の「バーニングアウト」も

バーンアウトの一形態ととらえるべきと考えています。

饗場 バーンアウトというと、バリバリ働いていた人が急に燃え尽きるというイメージしかありませんでした。「バーニングアウト」の状態で頑張り続けてしまうと、突然の離職や心身の不調につながってしまうのですね。

下畑 バーンアウトの症状とプロセスを理解することは、対策の第一歩になると思います。まだ完全には燃え尽きていない「バーニングアウト」の状態のうちに気付き、対処することが重要です。

多くの医師が燃え尽きと隣合わせ

下畑 次に、海外における医師のバーンアウトの実態を紹介しましょう。米国では、脳神経内科医4127人に対する調査が行われ、回答者の60.1%に、バーンアウトの3因子のうち1因子以上の症状が認められました⁶⁾。

また、中国の脳神経内科医6111人と指導医693人を対象にした調査では53.2%に1因子以上の症状を認めました⁷⁾。同調査では58.1%が医師になったことを後悔していると回答し、かなり危機的な状況と言えます。

久保 いまやバーンアウトは、医師に

人を助けるひとは、なぜ自分を助けられないのか。

医師・看護師をはじめとする援助専門職は、みな「つらいと言えない」人たち。そんな彼らがマインドフルネスとスキーマ療法をやってみたら……世界が違って見えてきました

つらいと言えない人がマインドフルネスとスキーマ療法をやってみた。



Table with 2 columns: Chapter Number and Chapter Title. Includes chapters on 'Why can't we help ourselves?' and 'How to help ourselves?'.

●四六判 頁272 2017年 定価: 本体1,800円+税 [ISBN978-4-260-03459-3]

医学書院

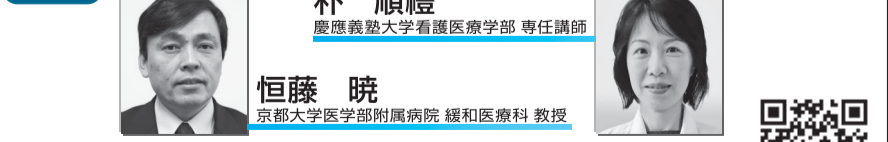
医学書院 / セミナー開催のご案内 共催 あゆみ製薬株式会社

医療者のためのマインドフルネス

マインドフルネスをがん診療に活かす

ストレスマネジメントや燃え尽き症候群の予防は、医療従事者にとって重要な課題です。患者に寄り添う医療を心がけるあまり、医療従事者が自分自身に気づかなくなることが少なくありません。本セミナーは、講義とワークを通してマインドフルネスの理解を深め、診療や生活に活かせるようになることを目指します。

日時 11月10日(土) 13:00~17:30(12:30開場・受付開始)
会場 ナレッジキャピタルRoom B02 グランフロント大阪 北館 タワー B 10F
定員 90人(先着順) 受講料 6,000円★(税込、資料代を含む、当日払い)
対象 全ての医療者(医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、MSWなど)
講師 朴 順禮 恒藤 暁



お申し込み方法 以下のウェブサイトからお申し込みください。 https://seminar.igaku-shoin.co.jp

★『Cancer Board Square』年間購読者は受講料を3,000円割引いたします。セミナー当日のお申込みも可能です。

医学書院

早急な実態把握と対策に向けて 座談会



とって身近な問題なのですね。
下畑 中でも脳神経内科医は、他診療科医に比べてバーンアウトの頻度が高いとの報告もあります⁸⁾。その理由には、高齢化による患者数増に伴う事務仕事の増加や、病歴聴取や神経学的診察をじっくり行うことを重視する脳神経内科医の気質と多忙な現実とのギャップなどが指摘されています。

服部 海外の報告に衝撃を受け、私たちは日本の脳神経内科医の実態調査に乗り出しました。全国の医学部附属病院に勤務する934人の脳神経内科医へのアンケート結果では、回答者(500人)の約40%にバーンアウトの症状が見られました。

饗場 女性の神経内科専門医1265人を対象に行ったアンケート結果では、回答者(623人)の約65%にバーンアウトの症状が見られました。バーンアウトの程度を尋ねたところ、13%が休職、10%が転職を経験し、退職した人は4%にも上りました。

下畑 多くの専門医が実際に休職や退職に追い込まれているというショッキングなデータです。学会としても大きな損失と言えます。

饗場 アンケートを実施して、もう一つ驚いたことがあります。それは、約2週間の短い調査期間にもかかわらず、かなり多くの方が自由記述欄まで埋めてくださったことです。中には、所定の回答欄に収まりきらず、回答用紙の裏面までびっしりと実体験が書かれていたものもありました。皆、燃え

尽きそうになりながらも必死に働いていることが伝わってきました。

服部 自由記述欄が、現場の苦しみの「はけ口」になったのではないのでしょうか。こうした声を受け止めるだけでなく、改善につなげたいものです。

下畑 今回私たちが行ったのは脳神経内科医の一部を対象にした緊急アンケートです。海外の状況に鑑みると、バーンアウトは脳神経内科医だけではなく現代の医学界全体が抱える問題だと考えられます。今後、他診療科・他職種も含めた、さらに大規模な調査が望まれます。

個人のレジリエンスを高める 対策だけでは不十分

下畑 ここからは、バーンアウトを防ぐために必要な対策は何か、その方向性を探っていきましょう。対策には個人、職場、学会、国とさまざまなレベルでのアプローチが必要です。まず、個人のレジリエンスを高めるためには、どのような対策が考えられるでしょうか。

饗場 「バーニングアウト」の状態に自分自身や周りが気付くのが重要だと思います。完全に燃え尽きてしまう前に相談したりサポートを受けたりできるシステムや職場の雰囲気づくりが必要です。そのためにも、医師の専門教育の中に、バーンアウトやレジリエンスについて学ぶ機会を設けることも検討すべきではないでしょうか。

服部 リーダーシップ教育も必要になります。大学の場合、職場の雰囲気は主宰者の運営方針に左右される面が大きいからです。燃え尽きてしまいそうな部下に対し「ついて来られない人は仕方がない」と見放してしまうのか、それとも一人ひとりをしっかりとフォローするのか。研究組織としての成果の追求ももちろん重要ですが、ここに、本当の組織力が問われると思います。
久保 レジリエンスや仕事へのやりがいを高めるといった、個人に頼る対策ではかえって危険な場合もあることには注意すべきです。情緒的に消耗している人に「頑張れ、頑張れ」とお尻を

叩いてしまうと、さらに追い詰めてしまうからです。やはり根本的な対策はストレスを軽減し、情緒的消耗自体を防ぐことではないでしょうか。

饗場 過重労働を防ぐことや多様な働き方を選択できることが必要です。そのためには医師の数を増やしたり、他職種に任せられる仕事は任せたりするべきだと思います。

下畑 バーンアウトを防ぐための取り組みは、まさに働き方改革の議論と密接にリンクします。個人のレジリエンスを高めるだけでなく労働環境の組織的な改善が求められます。

学会や組織を挙げてスピードある変革を

下畑 もう一つ、海外の状況として指摘しておくべきことがあります。私が継続して参加している米国神経学会では従来、学術的な発表や社会に対して何ができるかが議論の中心でした。しかし2017年頃から、バーンアウトに陥りつつある学会員を学会として守るための取り組みがかなり活発化しています。

久保 具体的にはどのような取り組みでしょう。

下畑 まずは、「Live Well」と名付けられた、医師のQOL向上を図る試みです。ヨガやマインドフルネス、油絵、ジョギング、会話術、鍼治療、マッサージなどによって個人のレジリエンスを高めます。

饗場 私も今年、米国神経学会に初めて参加しました。「Taking care of your patients starts with taking care of you」と書かれたLive wellコーナーに皆が集まって、絵を描きマッサージを受ける状況に最初は驚きましたが、医師をケアするための取り組みが学会期間中ずっと行われていることに感銘を受けました。

下畑 同学会ではさらにもう一つ、「Leadership University」という、リーダーシップ養成講座も行われていました。これは各教室を主宰する教授や各病院の部長を対象としたレベルのものだけでなく、レジデントや女性医師向けのものなど、さまざまなレベルのリーダーシップ教育がなされていました。

久保 米国では医師のバーンアウトの状況を把握した上で、早くも次のステ

ップに進んでいるのですね。日本も見習いたいものです。

服部 米国に比べて、日本では何事も動き出しが遅れてしまいます。旧態依然とした社会構造を打ち破る意識で対策を始めるべきです。

下畑 最近読んだ、元・厚労省事務次官の村木厚子さんの著書『日本型組織の病を考える』(角川新書、2018年)の中に、日本の動きの遅さの原因は、「本音と建前」があるからだと言っていました。建前ではいいことを言っても、「それは現実的ではない」という本音のペースで物事が進んでしまいます。

医師のバーンアウト対策は今すぐ動き出すべき切実な問題です。本音と建前を抜きにして、スピードのある変革を進めていかなければなりません。

(了)

●参考文献

- 1) Rotenstein LS, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. JAMA. 2018; 320 (11): 1131-50.
- 2) Maslach C, et al. The Maslach Burnout Inventory. Consulting Psychologists Press; 1982.
- 3) 久保真人. バーンアウトの心理学——燃え尽き症候群とは. サイエンス社; 2004.
- 4) 久保真人. 日本版バーンアウト尺度の因子的、構成概念妥当性の検証. 労働科学. 2007; 83 (2) 39-53.
- 5) 久保真人. ストレスと自己効力感によるバーンアウトの因果モデルの検証. 京大博士論文; 1999.
- 6) Neurology. 2017 [PMID: 28122905]
- 7) Neurology. 2017 [PMID: 28381514]
- 8) Mayo Clin Proc. 2015 [PMID: 26653297]

“難治性”と決めつける前に、まだできることがある!

患者と家族にもっと届く緩和ケア
 ひとつおりのことをやっても
 苦痛が緩和しない時に
 開く本

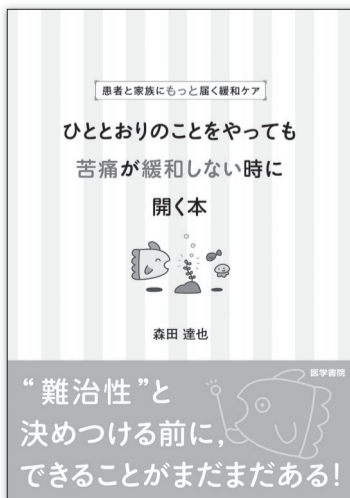
新刊

森田達也

聖隷三方原病院 副院長

あれこれやってみても、痛みが取りきれない。でも原因に気付けば、今できる工夫が見えてくる!「これをやれば苦痛が取れるかも?」という着眼点を丁寧に書きためた1冊。

●A5 頁272 2018年 定価:本体2,400円+税 [ISBN 978-4-260-03615-3]



関連書

◎終末期の苦痛に対する手段には何があるのか。鎮静を、深く知るための書

終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか? 苦痛緩和のための鎮静(セデーション)

森田達也

●B5 頁192 2017年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-02831-8]

終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか?



鎮静を深く知る!

◎日常のケアを裏付けるエビデンスから、「今、できる緩和ケア」を考える本

エビデンスからわかる 患者と家族に届く緩和ケア

森田達也・白土明美

●A5 頁200 2016年 定価:本体2,300円+税 [ISBN978-4-260-02475-4]

◎医療職が知っておきたい、人の臨終に関わる最新のエビデンス

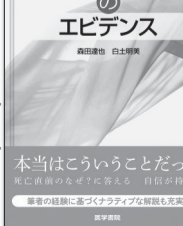
死亡直前と看取りのエビデンス

森田達也・白土明美

●B5 頁204 2015年 定価:本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-02402-0]

死亡直前と看取り

エビデンス



寄稿特集

My Favorite Papers

出会った論文の先に進むべき道が拓ける

患者のため、症例検討のため、論文執筆のため、純粋な知識欲を満たすため……。論文を読む理由はいくつもあります。その中で偶然出会った論文が価値観やキャリアを変えることもあれば、励まし、悩みを払拭してくれることもあるかもしれません。

そこで今回は、医師・研究者として道を歩む中で出会った「印象深い論文」のストーリーを執筆していただきました。先生方を今の道へと導いたのは、どんな論文だったのでしょうか。読者の皆さんも、自身のキャリアを語るに当たって外すことのできない論文をぜひ探してみてください。



名郷 直樹

武蔵国分寺公園クリニック
院長



① Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). SHEP Cooperative Research Group. JAMA. 1991; 265 (24): 3255-64. [PMID: 2046107]

② Meinert CL, et al. A study of the effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-onset diabetes. II. Mortality results. Diabetes. 1970; 19: Suppl: 789-830. [PMID: 4926376]

③ Smith GD, et al. Cholesterol lowering and mortality: the importance of considering initial level of risk. BMJ. 1993; 306 (6889): 1367-73. [PMID: 8518602]

私がEBMに引き込まれるきっかけとなった歴史的な論文を紹介する。

① SHEP

私は大学卒業後3年目の1988年に山間へき地の診療所に赴任した。そこでの最大の疑問のひとつが、高齢者の孤立性収縮期高血圧を治療すべきかどうかであった。それまで病態生理のみの教育で高血圧についての臨床試験の

ことなど全く知らず、高齢で動脈硬化が進めば拡張期血圧が下がるのは当然で、その硬い血管に十分な血液を送るためには収縮期血圧が上がるのが理にかなっている。無理やり下げたら、血流を悪化させてしまうのではないかなどと考えていた。

今から思えば臨床試験の結果などに思いもよらず、とんちんかんなことを考えていた私であるが、4年間の診療所勤務をいったん終え、92年に母校の後期研修を開始して間もなくして出会ったのがこのSHEPである。

60歳以上の孤立性収縮期高血圧患者を、クロルタリドン、アテノロールのステップケアで治療する群と、プラセボ群で比べて、脳卒中の予防効果を検討した最初のランダム化比較試験(RCT)である。相対危険度0.64、95%信頼区間0.50~0.82と脳卒中の抑制が報告された。論文の発表は91年である。私がこの論文のことを知ったわずか半年前のことに過ぎない。この論文が私のEBMに対する興味を決定的にした。私の医師人生を変えた論文である。

② UGDP (University Group Diabetes Program)

EBMを学ぶ中で、2型糖尿病の真のアウトカムを評価した最初のRCTとしてこの論文を知った。2型糖尿病を対象に、トルブタミド群、一定量のインスリン群、血糖値によってインスリン値を調整する群、プラセボ群の4

群で、心血管疾患死亡の予防効果を検討した論文である。

結果は驚くべきもので、心血管疾患死亡が一番少なかったのはプラセボ群で、トルブタミド群に至っては相対危険度2.93、p値0.005と、3倍近く心血管疾患死亡が多いという結果であった。

この研究結果は、研究方法に対する科学的とはあまり言えない批判により臨床ではほとんど顧みられなかった。しかし、トルブタミドが属するスルホニル尿素薬がカリウムチャネルブロッカーであることを考えれば、トルブタミドが冠動脈を収縮させる方向に働き、病態生理学的にも心筋梗塞を増やす可能性があり、妥当な結果であったとも考えられる。

その後の臨床試験の結果を考えると、この結果はバイアスや偶然でなく真実であったというのが最終的な結論だと思われるが、この研究を真正面から取り上げた糖尿病専門医にまだ出会ったことがない。何とか出会いたいものだ。

さらにもうひとつ驚いたことは、この論文を知った92年の時点で、真のアウトカムを評価した2型糖尿病のRCTは、このUGDP研究以外にはないということである。このことも私のEBMへの関心をさらに加速させた。

③ Smithのメタ分析

私がEBMにかかわるきっかけになったSackettの『Clinical Epidemiology』に、コレステロール低下治療は心筋梗

塞を予防するが、寿命を縮めるというRCTが引用されている。そこで当時CD-ROMでの検索が可能になりつつあったMEDLINEで自分自身で検索したのがこの論文である。

薬物によるコレステロール低下治療の効果を真のアウトカムである総死亡で評価したメタ分析に絞り込むと、数件の論文に絞り込める。そのうちのひとつがこの論文である。35のRCTを統合したメタ分析であるが、現在の治療の主流であるスタチンの試験はそのうち1試験のみである。

結果は対象者の心筋梗塞発症の高リスク群では、相対危険度0.74(0.60~0.92)と総死亡に減少が見られた。一方、低リスク群では1.22(1.06~1.42)と、コレステロール低下治療により統計学的に有意に死亡が多くなるという結果である。当時低コレステロールの人には脳出血が多い、がんが多い、うつ病が多いといった観察研究が多く発表されており、心筋梗塞リスクが低い人のコレステロール低下治療は殺人ではないかという疑いを持つに至った。私のEBMへの関心はここで決定的なものとなった。

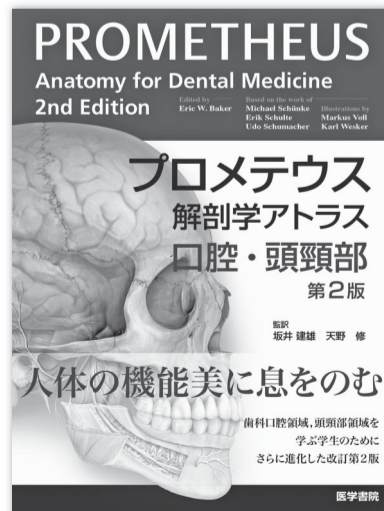
この結果自体も衝撃的だったが、さらにびっくりしたことがある。脂質の専門家が、この論文のことを全く取り上げないことであった。この状況は今も案外変わっていない。今ではそういうことにあまり驚かない自分に、本当はもっと驚かないといけないかもしれない。

さらに充実した口腔顎顔面領域のアトラス

Anatomy for Dental Medicine
2nd Edition

プロメテウス 解剖学アトラス 口腔・頭頸部 第2版

監訳 坂井建雄/天野 修



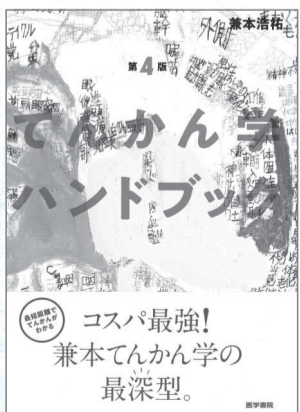
●A4変型 頁584 2018年
定価:本体16,000円+税
[ISBN978-4-260-03043-4]

目次 頭部 | 頭部の各部位 | 頸部 | 断面解剖
| 頭頸部以外の解剖 | 付録

医学書院

てんかんなら、 『てんかん学ハンドブック』

「てんかんは難しい」「どこから手をつけたらいいかわからない」と悩む若手医師、非専門医には最良な入門書として、経験豊かなてんかん専門医にも必ず気づきをもたらす深い1冊。6年ぶり待望の改訂!



てんかん学 ハンドブック 第4版

兼本 浩祐

第1章 てんかん学の基礎	第6章 抗てんかん薬
第2章 治療	第7章 遺伝
第3章 脳波	第8章 器質因
第4章 鑑別診断	第9章 診療アラカルト
第5章 てんかん症候群とてんかん類似疾患	

●A5 頁448 2018年 定価:本体4,000円+税
[ISBN978-4-260-03648-1]

医学書院

猪又 孝元

北里大学北里研究所病院
循環器内科教授



- ① Packer M, et al. Effect of oral milrinone on mortality in severe chronic heart failure. The PROMISE Study Research Group. N Engl J Med. 1991; 325 (21): 1468-75. [PMID: 1944425]
- ② Volpe M, et al. Intrarenal determinants of sodium retention in mild heart failure: effects of angiotensin-converting enzyme inhibition. Hypertension. 1997; 30 (2 Pt 1): 168-76. [PMID: 9260976]
- ③ McCarthy RE 3rd, et al. Long-term outcome of fulminant myocarditis as compared with acute (nonfulminant) myocarditis. N Engl J Med. 2000; 342(10): 690-5. [PMID: 10706898]

①は、私の医師人生を変えた論文である。

医師として現場に出て、心不全管理とは心機能を構成する3因子を是正することだと教わった。中でも重要視されていたのが心収縮能だった。「患者に苦しみをもたらす心不全は、心ポンプの働きが低下するために起こる。だから、ポンプの働きを良くする治療こそが施すべき最善策」とされていた。しかし、急性期に大活躍した強心薬、言うなれば命の恩人であっても、延々と使い続けるとむしろ早死にさせてしまう——。PDEIII 阻害薬ミルリノンを用いた PROMISE 試験が発表され、現場は混乱に陥った。医師は命の恩人たるこの類薬を、何の疑いも持たずそれまで使い続け、患者や家族もありがたいことと感謝していたからである。

現場では実感し得ない、経験ではものが言えない「予後」という新たな治療標的が生まれた。「正しい医療行為とは何か」と判断するには広い知識と新たな視野が必要であり、医師になりたての私に「しっかり勉強しよう」と肝に銘じさせた論文であった。

②は、私の診療姿勢を作った論文である。

心不全例では、たとえ軽症であってもナトリウムが経時的に体内に蓄積される。ACE 阻害薬を用いてもこの蓄積に十分な歯止めがかからないとする基礎研究である。コントロールが不安定に

なると、心不全患者の身体は水と塩を持ちたがる。強力なフロセミドをどんなに使っても、水と塩を身体から離そうとしない患者がいる。そんなときに神経体液性因子の遮断薬を上手に用いると容易に利尿が図れ、リンゴの皮がピーツとむけるように病態の悪性サイクルの鎖がほどける感覚に陥ることがある。

心不全再入院の理由として、水と塩の取りすぎだと患者を非難することが少なくない。しかし、心不全では水と塩を余計に取らなくても、病態悪化そのものが結果として水と塩をため込む。心不全の身体が言わんとする声に耳を傾け、適正な方向に導くことこそが心不全管理の基本と思っている。現場では、理屈と臨床感覚の両者をバランスよく研ぎ澄ますことが大切だと思う。③は、私の「論文の読み方」を変えた論文である。

劇症型心筋炎は通常の急性心筋炎に比して、予後が良好とする報告である。当時わが国では予後調査が行われ、補助循環を用いても劇症型心筋炎の4割近い症例が救命できなかった。本邦の調査とこの論文には大きな乖離があり、欧米との病態や管理の相違、はたまた、偽データなどとの極論も飛び交い、業界は一時騒然となった。しかし熟読すると、心筋炎の定義の違いが予後の違いを生む要因と気付かされた。

欧米の急性心筋炎はなぜ累積的に死亡へ至るのか。本論文で定義された急性心筋炎の多くは、拡張型心筋症様の臨床病型で、急性心不全発症後に行った心筋生検で半ば偶然見つかった慢性心筋炎であった。徐々に心機能が低下し、心臓死もしくは補助循環・移植といった転帰をたどる。劇症型心筋炎との鑑別は、急性期において時に困難である。Methods の読み込みと自身の臨床感覚との対比の大切さを痛感した論文であった。

*

医師になりたての1年目に、症例報告を書かせてもらった。考察を書こうと文献を読んでいると、あんなこともこんなことも調べていない、治療の可能性も検討できていない、後ろめたさで溢れ返った。しかし、時すでに遅し、もう亡くなられていた。議論をリアルタイムに行う重要性が身に染みだ。論文を読むこと、論文を書くこと、論文との接点は常に自身の背筋を伸ばしてくれる。後輩には、必ず伝えるメッセージである。

近藤 尚己

東京大学
大学院医学系研究科
健康教育・社会学分野准教授



- ① Marmot MG, et al. Why are the Japanese living longer?. BMJ. 1989; 299 (6715): 1547-51. [PMID: 2514896]
- ② Wilkinson RG, et al. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. Soc Sci Med. 2006; 62 (7): 1768-84. [PMID: 16226363]
- ③ Christakis NA, et al. The spread of obesity in a large social network over 32 years. N Engl J Med. 2007; 357 (4): 370-9. [PMID: 17652652]

あらゆる生命の中で最高の頭脳を持ち、繁栄しつつ、戦争や環境汚染など危うさも抱える人間と、人間の作る社会への好奇心をもとに、研究と教育に携わっています。貧困や孤独、人とのつながり、ひいては景気動向や地域文化など、私たちが取り巻く社会的な要因がどのように健康に影響を与えるのか、またそこから生まれてくる健康格差をどうコントロールするか、といったテーマです。

①「日本人はなぜ長生きなのか?」若き英国医学界リーダーの洞察と英国社会への警鐘

健康格差の研究と実践の第一人者 Michael Marmot 氏らによる、約30年前の論文です。奇跡的なほどに死亡率を低下させ、世界一の長寿国となった日本について、さまざまなデータをもとに検証しています。医学や医療の発展や日本人の遺伝的特性では日本の成功を十分説明できないことを示した上で、経済発展や文化といった社会要因の重要性を説き、社会疫学研究推進を主張しています。特に日本の所得格差の小ささ、富裕層といえども豊かさや地位を顕示しない「奥ゆかしさ」、組織や同僚への忠誠といった社会行動の特性に注目しています。

駆け出しの研究者だった私にとって、日本のデータを使った疫学研究が世界に役立つことを確信でき、また、現在に至るまで私の研究のモチベーションを保つのに貢献してくれている論文です。

②「国の豊かさよりも、格差の小ささが

重要」所得格差仮説研究のマイルストーンのレビュー

所得格差仮説を提唱した社会疫学者 Richard Wilkinson らによる総説。所得格差仮説とは、高所得国では所得水準よりも所得格差のほうが平均寿命を強く予測する、というもの。豊かなはずの米国の平均寿命が短いのは所得格差が大きいためである、といった仮説です。

約170もの関連研究をシステマチック・レビューしたもので、大変刺激を受けた一方、質的な分析結果にとどまることへの不満を持ちました。そこで思いつき、メタアナリシスを試みることにしました。短気な私にとっては、網羅的な文献収集とメタアナリシスは二度とやりたくないと思うほどの作業でしたが、論文は光栄にも Wilkinson 氏らによる editorial 付きで出版され (BMJ. 2009 [PMID: 19903981]), 複数の賞を頂きました。

③「肥満が“伝染”する!」分野融合が生み出す革新性

米ハーバード大留学中に同大内の研究チームが報告した衝撃の一本。社会学などによるネットワーク論と疫学とを融合して生まれた革新的な研究と言えるでしょう。有名なフラミンガム研究の調査原票に立ち戻り、あまり使われていなかった「調査対象者が追跡不能となった場合に連絡できる親しい人」の情報を活用し、対象者の人間関係のネットワークをデータ化して行われた研究です。

あるとき知人が肥満になると、本人もその後肥満になるリスクが上昇する、つまり肥満が“伝染”することを明らかにし、当時世界的に話題となりました。単なる医学研究ではなく「人間社会とは何か」という問いに迫る計量的な研究が次のステージに進む瞬間を目撃したように感じました。

あるセミナーで論文の筆頭著者の Nicholas Christakis 氏が発した「一番やりたかった分析がこれだったんだ! 苦労したが、ついに形になってとてもうれしい」との一言がとても印象に残っています。各分野に存在する“型”を破ること、そして自分が一生かけて追究したいことや作り上げたいことを突き詰めることの重要性を学びました。

(6面につづく)

消化器内科診療
レジデントマニュアル

編集 工藤 正俊



わかあがる「?」に素早くこたえる、消化器内科レジデントの新スタンダード!

消化器内科臨床でわかあがる「?」に素早くこたえる、機能的紙面と徹底的に簡潔な記載。消化器内科レジデントの新スタンダードは、くりかえし開きたくなるこの1冊でまじり!

●B6 変型 頁448 2018年 定価:本体 4,500円+税 [ISBN978-4-260-03597-2]

教科書では教えてくれない!
私の消化器内視鏡 Tips
とっておきの“コツ”を伝授します

編集 小野 敏嗣



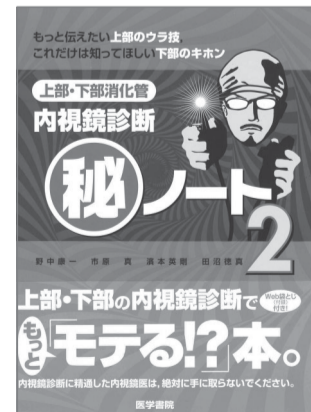
全国の医療現場で活躍中の内視鏡医から、「とっておきのコツ」140個を集めました!

「gastropedia」で大好評連載中「教科書では教えてくれない!私の内視鏡 Tips」が待望の書籍化! 新進気鋭の内視鏡医が「とっておきのコツ」を公開します!

●A5 頁160 2018年 定価:本体 3,000円+税 [ISBN978-4-260-03642-9]

上部・下部消化管
内視鏡診断 秘ノート2

もっと伝えたい上部のウラ技、これだけは知ってほしい下部のキホン
野中 康一/市原 真/濱本 英剛/田沼 徳真



大好評「マル秘ノート」モテ本シリーズ第2弾! 今度は「下部」の基本も軽快に解説!

筆者らの勉強会や症例検討会で参加者が気になるテーマを厳選、楽しい語り口調で軽快に解説します。今回は「上部」に加え、要望の多かった「下部」の基本も掲載しました!

●A5 頁352 2018年 定価:本体 5,500円+税 [ISBN978-4-260-03670-2]

稲田 英一

順天堂大学医学部
麻酔科・
ペインクリニック講座主任教授



- ① Lowenstein E, et al. Cardiovascular response to large doses of intravenous morphine in man. N Engl J Med. 1969; 281 (25): 1389-93. [PMID: 5355454]
- ② Slogoff S, et al. Does perioperative myocardial ischemia lead to postoperative myocardial infarction?. Anesthesiology. 1985; 62 (2): 107-14. [PMID: 3970360]
- ③ Braunwald E, et al. The stunned myocardium: prolonged, postischemic ventricular dysfunction. Circulation 1982; 66 (6): 1146-9. [PMID: 6754130]

選んだ論文は、麻酔、中でも心臓外科領域の麻酔を専門としてきた私のキャリアと深く結び付いたものである。

①の著者である Dr. Lowenstein の名前は、日本で研修医をしている時代から知っていた。私の研修医時代の心臓麻酔は、Dr. Lowenstein らが始めた体重当たり 1 mg/kg を投与する大量モルヒネ麻酔であった。この論文では、モルヒネを大量投与することにより重症心疾患患者の心臓手術中の血行動態がよく保たれると報告された。透視下に挿入した肺動脈カテーテルを用いて心拍出量や肺動脈圧がモニターされ、厳密な血行動態管理が行われていた。

モルヒネ大量投与のきっかけは Dr. Lowenstein が「モルヒネ 10 mg を投与せよ」と指示されたときに、誤って 10 mL、すなわち 100 mg 投与したことだったと言われている。インシデント/アクシデントである事象から、モルヒネ大量投与の有用性を発見した観察力や洞察力は素晴らしいと思う。

大量モルヒネ麻酔は、その後の大量フェンタニル麻酔へと発展していった。心臓手術中は肺動脈カテーテルを用いて、血行動態を細かく観察しながら麻酔や周術期管理を行うことが一般的になった。また、モルヒネを大量投与された患者では、呼吸抑制も長時間継続するため、集中治療室における呼吸管理が発展したとも言われている。近代心臓麻酔の原点となる論文だと考える。

私が米マサチューセッツ総合病院 (MGH) の麻酔科レジデント、そして心臓麻酔フェローの時代には Dr. Lowenstein に直接指導を受けた。心臓麻酔ローテーションの初日に Dr. Lowenstein の指導を受けたとき、「Professor Lowenstein」と呼び掛けると、「君とはもう友達なんだから、Ed と呼んでくれ」と言われ、戸惑うとともに感動したものである。

②は、心臓手術中の心筋虚血が周術期心筋梗塞につながることを示した論文である。1000 人以上の冠動脈バイパス術患者を対象とし、その 36.9% で術中心筋虚血が起きたこと、術中心筋虚血が起きた場合の周術期心筋梗塞の頻度は 6.9% と、術中心筋虚血を起こさなかった場合の 3 倍近くも高いことが示された。術中の心筋虚血に有意に関係していたのは低血圧や高血圧ではなく頻脈であったことも報告されている。

特定の麻酔科医が担当した際には頻脈を起こす頻度が高く、術中心筋虚血、さらには周術期心筋梗塞を起こす確率が高いとの報告を見て、私たちは術中の頻脈を防ぐことに腐心したものである。それは、β遮断薬の積極的な使用にもつながっていった。また、この論文では、血行動態の大きな変化がなくても術中の心筋虚血が起こることが報告され、心筋虚血を防ぐことがいかに難しいかを肝に銘じたものである。

③は、Braunwald による気絶心筋に関するものである。Braunwald は、言うまでもなく『Braunwald's Heart Disease』の編者であり、循環器内科の巨人である。「短時間の心筋虚血では心筋壊死は起こらないが、再灌流後も心収縮性低下が遷延する」という気絶心筋という概念も Braunwald が生み出したものである。

その後、冬眠心筋という概念も生まれた。気絶心筋や冬眠心筋となっていたものが、冠動脈再建により収縮が回復することも臨床的に見てきた。こうした命名の妙により概念が広まるという例であろう。

*

研究は日々進み、知見も増え続けている。その中で自分の芯となるものがあると、おのずと論文の重要性も感じ取れるのではないと思う。

吉村 紳一

兵庫医科大学医学部
脳神経外科学講座
主任教授



- ① Berkhemer OA, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2015; 372 (1): 11-20. [PMID: 25517348]
- ② Molyneux AJ, et al. International subarachnoid aneurysm trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised comparison of effects on survival, dependency, seizures, rebleeding, subgroups, and aneurysm occlusion. Lancet. 2005; 366 (9488): 809-17. [PMID: 16139655]
- ③ Nakagomi T, et al. Brain vascular pericytes following ischemia have multipotential stem cell activity to differentiate into neural and vascular lineage cells. Stem Cells. 2015; 33 (6): 1962-74. [PMID: 25694098]

①は急性期脳梗塞に対する血管内治療の有効性を世界で初めて示した RCT である。脳梗塞は脳の血管が詰まって起きるので、血管を早期に開通すれば病状は改善するはずである。しかし、従来の治療器具では良い結果が出せず、世界中の多くの医師が新しい機器を用いた有効性の証明を待ち望んでいた。私たちが新しい治療機器が日本で使用可能となった直後に RCT を開始したが、そのすぐ後に発表されたのがこの論文である。「先を越された」という悔しい気持ちもあったが、この論文は見事に血管内治療の有効性を示していた。

そして、この論文をきっかけに世界中で進行中だった RCT が途中解析を行い、有効性はあつという間に確立した。その後、世界中でこの治療が急速に増加し、多くの患者が救われるようになってきている。脳梗塞治療を一変させた歴史的かつ印象深い論文である。

②は、くも膜下出血に対する開頭手術と血管内治療の有効性を比較した論文である。当時は開頭手術の全盛期であり、「血管内治療は外科手術が適応できない時の姑息的な処置」と見なされていた。しかし、そのような時期にあって、この論文は「どちらの治療もできる場合には血管内治療のほうが良い」との結果を提示したのだから、関係領域が大騒ぎになった。

欧米ではこの論文をきっかけに血管内治療が一気に増加した。日本でも徐々に増加し、2017 年には全体の 4 割程度に適応されている。この論文に端を発した技術革新によって、血管内治療が「脳卒中のメジャーな治療」になる日も遠くなさそうである。

③は、現在共同研究を行っている中込隆之教授 (兵庫医大) らの論文である。私たち脳神経外科医は日夜、脳卒中や頭部外傷の治療を行い一定の効果を挙げているが、治療のいかなく後遺症に苦しむ患者も多い。このため、後遺症の回復は私たちの長年の夢である。

私自身も米国留学時代から脳内の神経新生 (Neurogenesis) に関する研究を開始し (Proc Natl Acad Sci U S A. 2001 [PMID: 11320217], J Clin Invest. 2003 [PMID: 14561705] など)、現在も積極的に取り組んでいる。中込教授らは、虚血脳から幹細胞を取り出し培養することに成功していたが、最近その主役が血管壁構成細胞である血管周皮細胞 (Pericyte) であることを突き止めた。今後さらに共同研究を進め、臨床応用という形で患者に還元したい。この取り組みには、私たちの現在進行形の夢が詰まっているのである。

*

論文の発表には、「世界に情報を発信」し、そして「その証拠を残す」という二つの意味がある。科学論文は同領域の研究者の厳しい評価をパスしたものだけが公表を許される。自身の専門領域に関する最新の論文を読み、そして自身で最先端を創る楽しみを知ってほしい。

●書籍のご注文・お問い合わせ
本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR 部まで
☎(03)3817-5650/FAX(03)3815-7804
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店にて承っております。

音声障害の“治療”に焦点をあてる

音声障害治療学

編著 廣瀬 肇 東京大学名誉教授
著 城本 修 県立広島大学保健福祉学部 コミュニケーション障害学科 教授
生井友紀子 横浜市立大学附属病院 耳鼻咽喉科

音声障害治療の理論的背景と最新の医学的治療、言語聴覚士による行動学的アプローチを解説する。診療現場で併用される医学的治療と行動学的治療(本書では音声治療と同義とする)の実際を、医師と言語聴覚士によるコラボレーションで紹介。

●B5 頁208 2018年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-03540-8]

医学書院

患者全体を見すえた内科診療のスタンダードを創る

ホスピタリスト

Hospitalist

2019 年間購読申込受付中

Vol.6 - No.3
特集:肝胆膵 クロノロジスト宣言
肝胆膵の臨床マネジメントにおいては「クロノロジー(時間軸)」が最も重要である!

責任編集:山口裕 沖縄県立中部病院 救急科
篠浦丞 国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 医療マネジメント学科
石山貴章 新潟大学地域医療教育センター/魚沼基幹病院 総合診療科 嘱託医

●1部定価:本体4,600円+税
●年間購読料19,008円(本体17,600円+税)
※毎月お手元に直送します。(送料無料)
※1部ずつお買い求めいただくの比べ、約4%の割引となります。

特集
2018年 1号 腎疾患2
2号 糖尿病
3号 肝胆膵
4号 循環器疾患2
2019年(予定) 1号 外来マネジメント
2号 総合内科のための集中治療
3号 抗血小板薬、抗凝固薬のすべて
4号 内科エージェンシー

たちまち重版! Hospitalistのマニュアル本

総合内科病棟マニュアル

●編集:筒泉貴彦・山田悠史・小坂鎮太郎 ●定価:本体5,000円+税

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

Medical Library

書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR部(03-3817-5650)まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

内科レジデントの鉄則 第3版

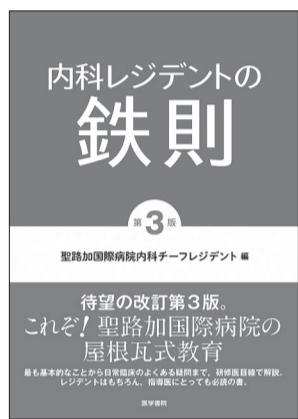
聖路加国際病院内科チーフレジデント●編

B5・頁344
定価:本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03461-6

評者 青木 眞
感染症コンサルタント

最後の静脈ライン確保も腰椎穿刺も20年ほど前になる評者に、現場のマニュアルを俯瞰し書評を書く資格は本来ない。責任編集者の森信好先生から書評を依頼された時のちゅうちょは健全だったと思う。しかし「エッセンスのみ抽出された症例」を白板上で検討する「形而上学的」な生活を繰り返す評者を現場のリアリティに引き戻す機会ととらえ、お引き受けした(それにしても全ページを読了するのに約6週間。現場から遠く、そして遅れた者による書評であることをあらかじめお断りしておく)。

聖路加国際病院の現場が生んだ中身の濃いマニュアル



18%, 非心原性 48%, 原因不明 34%)。・p.83 経口血糖降下薬:非常にわかりやすい分類と説明が図解されている。・p.106 せん妄予防:環境整備と治療薬処方方が具体的。・p.118 胃瘻の自己抜去と再挿入:素晴らしい。・p.153 心不全の病態把握法:cold or warmの軸(低灌流)とwet or dryの軸(うっ血)で病態を把握。・p.201 低Na血症:「勝手に治る低Na血症」の説明がよい。・p.263 オピオイドの剤型別換算:投与法と共に有用な表。・p.279 動脈血液ガスでわかるその他の項目:COHb(一酸化炭素)の割合, Lac(乳酸値), mOsm(浸透圧:これは計算で):これが現代の動脈血液ガスの項目か。以下は余談と極論である。評者が初期研修を受けた1980年代の沖縄県立中部病院も、米国の大学病院も、そして90年代の聖路加国際病院も、ひとたび日常の勤務時間が終われば、そこはチーフレジデントを中心とする研修医が全てを仕切る野戦病院と化した。労働基準局がどのように考えるかは浅学非才の評者には見当もつかないが、安楽・快適といったこの世のNormから隔絶され、病院外からの時間の流入が止まる、この準夜、深夜帯の不条理に満ちたマゾヒスティックな空間が優れた医師の醸造装置であった。本書『内科レジデントの鉄則 第3版』も間違いなく、この野戦病院的空間が生み出したと確信している。スタッフよりも早く「退社」する研修医の9~17時ライフが一般化され、電子カルテにより診療記録が綿あめのように体積ばかりで中身の薄いものに変質している今日、このような歯ごたえのある“クックブック”の愚直さを体現する本を生み出す空間が依然として存在することに一種の安堵を覚えている。多くの読者を得ることを願っている。

本書は、「A 当直で呼ばれたら」「B 内科緊急入院で呼ばれたら」「C 入院患者の管理で困ったら」の3モジュールで構成されており、それぞれ、病棟、救急当直、入院症例の管理といった状況をおよそ想定していると思われる。しかし各論の項目は「腹痛」「胸痛」など救急室でも病棟でも遭遇する事態であり、あまり厳密な区分は意味がないだろう。現場から遠い評者の視点だが、有用と思われる箇所の一部を紹介すると……。・p.7 発熱での追加問診事項:薬剤歴(最近飲み始めた漢方、サプリ、ハーブはあるか)、動物接触歴(熱帯魚・ミドリガメはどうか。近くに鳩がたくさん来る場所はあるか)、渡航歴、性交渉歴(風俗、コンドームの使用、男性か女性か両方か)。・p.16 ショックの初期対応:数百mLの輸液で心原性ショックが悪化することは少ないので、診断が確定するまで(中略)最初に輸液負荷を行う。・p.37 意識障害・神経所見を含めた身体診察:意識障害があったとしても神経所見の検討は可能[例:眼(抜粋:共同偏視、瞳孔不同、人形の目反射など)]。・p.41 意識障害と失神:病歴聴取で意識障害と失神を区別。失神は必ず心原性を除外。失神の原因と頻度(心原性

2017年『胃と腸』賞授賞式

2017年『胃と腸』賞の授賞式が9月19日、笹川記念会館(東京都港区)で開催された早期胃癌研究会の席上にて行われた。本賞は『胃と腸』誌に掲載された論文から、年間で最も優れた論文に贈られるもの。2016年まで、雑誌『胃と腸』は白壁賞と村上記念『胃と腸』賞の2賞を設けていたが、この2賞が統合され、このたび新たに『胃と腸』賞として発足した。



●梅野淳嗣氏

統合後初めてとなる今回は、対象論文155本の中から、梅野淳嗣氏(九大大学院)らによる「非特異性多発性小腸潰瘍症/CEASの臨床像と鑑別診断」[胃と腸. 2017; 52(11): 1411-22.]が受賞した。

◆非特異性多発性小腸潰瘍症の臨床像と鑑別診断法を検討

梅野氏はこれまでに、非特異性多発性小腸潰瘍症はプロスタグランジン輸送体をコードするSLCO2A1の変異によることを明らかにし、CEAS(chronic enteropathy associated with SLCO2A1 gene)という新たな呼称を提唱。受賞論文ではCEAS 45症例を検討し、その臨床像を報告した。検討の結果、小腸病変の形態学的特徴として、終末回腸を除く回腸を中心に、輪走ないし斜走する比較的浅い開放性潰瘍の多発が腸間膜付着側と無関係に認められた。性別による比較では、胃病変は女性に有意に多く、ばち指・骨膜炎や皮膚肥厚といった肥厚性皮膚骨膜炎の所見は男性に有意に多かったとし、鑑別診断の際は、小腸病変の評価に加えて上部消化管病変や消化管外徴候の評価と、既報のSLCO2A1の変異検索がCEASの診断に必要と結論付けた。

選考委員の松本主之氏(岩手医大)は、梅野氏が世界に先駆けて非特異性多発性小腸潰瘍症の原因遺伝子を同定したことに触れ、「形態学と遺伝学が一体となった貴重な論文」と講評した。受賞のあいさつで梅野氏は、「故・岡部治弥先生(北里大名誉教授)が非特異性多発性小腸潰瘍症の疾患概念を発表してから約50年。原因遺伝子はわかったが、病態は明らかになっていない。今後も努力を重ね、治療法につながる新知見を発見したい」と抱負を語った。

*授賞式の模様は『胃と腸』誌(第53巻13号)にも掲載されます。

トワイクロス先生の緩和ケア

QOLを高める症状マネジメントとエンドオブライフ・ケア

Robert Twycross, Andrew Wilcock●編
武田 文和, 的場 元弘●監訳

A5・頁440
定価:本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03550-7

評者 加賀谷 肇

医薬品適正使用・乱用防止推進会議副代表理事

英オックスフォード大名譽教授のロバート・トワイクロス先生を知らずして緩和ケアに携わっているメディカルスタッフはいないと言っても過言ではない。死にゆく人に寄り添う医療を示す。わが国をはじめ世界中でトワイクロス先生の書かれた著作は生きた教科書として使われている。私も緩和ケアにかかわりを持つようになって30年余り過ぎたが、自分の人生でハイライトとなったのが2008年10月に開催した第2回日本緩和医療学会の年会長としてパシフィコ横浜にトワイクロス先生を招請できたことである。メインホールが通路まで聴衆で埋め尽くされ、感動的な講演会となった。その特別講演の座長の労をお執りいただいたのが武田文和先生であり、そもそも私を緩和ケアの道に誘ってくれたのが的場元弘先生である。前置きが長くなってしまったが、武田先生と的場先生の監訳によるトワイクロス先生の最新刊が翻訳刊行された。サブタイトルとして「QOLを高める症状マネジメントとエンドオブライフ・ケア」とあるように、緩和ケアの基本、症状マネジメント、エンドオブライフ・ケアを解説したものである。網羅性の高い構成であり、「第1部」緩和ケアの概要、倫理、コミュニケーション、心理ケア、スピリチュアルケ

ア、死別ケア、「第2部」症状マネジメントとエンドオブライフ・ケア、アドバンス・ケア・プランニング、「第3部」小児のケア、「第4部」重要薬、「付録」には英国医学部の緩和ケアカリキュラムなどが含まれている。また、従来緩和ケアが対象としていた進行がんにとどまらず、神経難病、COPD、循環器疾患も踏まえた記述がされている。小児患者、がんの親やきょうだいを持つ小児のケアも盛り込まれている。エンドオブライフ・ケアについては、死にゆく人の意向、事前指示を尊重するために英国の制度下で医療者が遵守すべき具体的な手順が示されており、今後のわが国の実践に参考になる。私は『トワイクロス先生の緩和ケア処方箋』の初版、第2版(いずれも医学書院刊)の翻訳委員会主幹として携わったが、科学的エビデンス、社会正義、人間愛、この3つが本書にも共通して流れていると感じずにはいられない。本書は緩和ケアのバイブルとしてあらゆる臨床状況にも応用し得るもので、患者の選択を支持し、寄り添う医療の在り方を提示してくれる。多職種連携の重要性は言うまでもないだろう。あらゆる職種の方に座右の書として持っていていただきたい一冊である。

豊富な図とわかりやすい数式で、基本から最先端まで、MRI技術のすべてを総合的に解説

しっかり学べる! 最新MRIスタンダード

MRI from Picture to Proton, 3rd Edition

国内外で定評あるMRI撮像原理のテキスト、原著第3版の最新訳。まず画像から入り、必要に応じて理論に進むという方針を貫き、放射線技師、臨床検査技師はもとより、放射線科医、臨床医、医学生も無理なく理解できるように配慮。本文で基本的な解説をし、発展事項をBOXの形で囲み記事として各所にまとめる。理解しやすい数式も使って、きちんと「手を抜かず」に説明。相互参照が随所に記載されており、入門者からベテランまで、レベルに応じて使い分けられる好感度テキスト。

訳: 百島 祐貴 慶應義塾大学病院予防医療センター副センター長
押尾 晃一 慶應義塾大学医学部放射線診断科専任講師

定価: 本体7,000円+税
B5変 頁408 図・写真567 2018年
ISBN978-4-8157-0137-6

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

感染症診療をさらに深めて、一段高める本格テキスト

シュロスバーグの臨床感染症学

Clinical Infectious Disease, 2nd Edition

全25Part、211項目で網羅的に感染症の診断・治療を解説。臓器・部位別、微生物ごとの各論のほか、感染しやすい宿主、院内感染、感染予防、旅行・レクリエーションなどについても扱い、最後に抗菌薬療法の概論をまとめる。コンテンツは臨床的、実践的に絞込んだ通読できる分量で、テキストとしてもレファレンスとしても役立つ。感染症専門医のみならず、感染症診療に関わる全ての医師に有用。

監訳: 岩田健太郎 神戸大学大学院医学研究科微生物感染症学講座 感染治療学分野教授

定価: 本体20,000円+税
A4変 1,252頁 図79・写真304 2018年
ISBN978-4-8157-0131-4

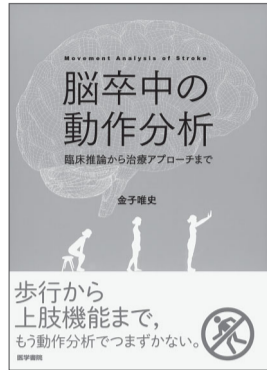
TEL: (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
FAX: (03)5804-6055 Eメール: info@medsci.co.jp

リハビリテーション関連・好評書籍のご案内 *Rehabilitation*

脳卒中の動作分析 臨床推論から治療アプローチまで

金子 唯史

上肢～歩行の動作まで、
あなたは正しく分析できますか？



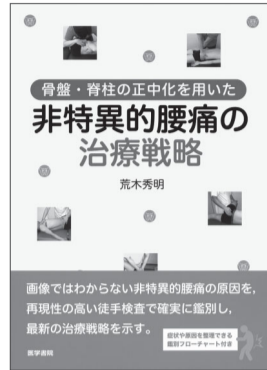
歩行や寝返り～手の機能に至る各基本動作と互いの動作との関係性について、解剖学/運動学的側面と神経学的側面からエビデンスを軸に示す。実際の症例に対する臨床推論と介入アイデアを提示することで、臨床へのイメージが広がる1冊。

●B5 頁268 2018年
定価:本体4,800円+税
[ISBN 978-4-260-03531-6]

骨盤・脊柱の正中化を用いた 非特異的腰痛の治療戦略

荒木 秀明

画像ではわからない
非特異的腰痛の原因を、
徒手検査で鑑別する！



膨大な論文を読み解き、整理し、豊富な臨床経験をもとに構築した最新の治療戦略を示す。鑑別方法、症状に応じた手技の選択など、確かな治療手技を身につけることができる。原因不明の腰痛を減らすための1冊。

●B5 頁144 2018年
定価:本体3,800円+税
[ISBN 978-4-260-03552-1]

上肢運動器疾患の リハビリテーション [Web動画付] 関節機能解剖学に基づく治療理論とアプローチ

中図 健

治療アプローチの実際が学べる動画で
臨床力を上げる！



前著『上肢運動器疾患の診かた・考えかた』一関節機能解剖学的リハビリテーション・アプローチの応用編。治療アプローチを提示したWeb動画を計62本(総時間約5時間20分)収録。治療手順を含めた具体的なアプローチ方法が理解できる。

●B5 頁160 2018年
定価:本体4,000円+税
[ISBN 978-4-260-03453-1]

リハビリテーション 医学・医療コアテキスト

監修:公益社団法人日本リハビリテーション医学会
総編集:久保 俊一
編集:加藤 真介/角田 亘

リハビリテーション医学・
医療の根幹(コア)を学べる
学会監修の公式テキスト



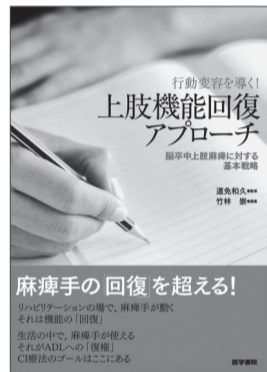
リハビリテーション医学・医療の基本について、臨床面を中心に網羅的に解説。簡潔でわかりやすい文章と、理解を深めるカラーイラストにより、患者の“活動を育む”リハビリテーション医学・医療が一読して理解できる。

●B5 頁344 2018年
定価:本体3,600円+税
[ISBN 978-4-260-03460-9]

行動変容を導く！ 上肢機能回復アプローチ 脳卒中上肢麻痺に対する基本戦略

監修:道免 和久 編集:竹林 崇

日常生活で麻痺手が使える！
CI療法が変わる！



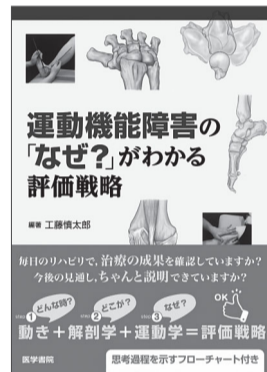
CI療法を中心に、ニューロサイエンス、行動心理学といった、行動変容を導く学問をベースとした上肢機能回復アプローチについて、学術的背景、基礎知識、メカニズムやコンセプト、実際の治療法を凝縮。

●B5 頁304 2017年
定価:本体4,000円+税
[ISBN 978-4-260-02414-3]

運動機能障害の 「なぜ？」がわかる評価戦略

編著:工藤 慎太郎

リハの成果、
毎日確認していますか？
今後の見通し、ちゃんと
説明できていますか？

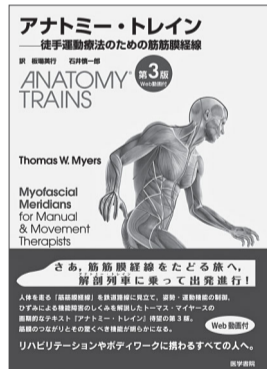


思考過程を示したフローチャートで、患者の状態評価でたどるべき行程が明らかに！(1)どんな時？(動き)+(2)どこが？[解剖学]+(3)なぜ？[運動学]=評価戦略OK!

●B5 頁360 2017年
定価:本体5,200円+税
[ISBN 978-4-260-03046-5]

アナトミー・トレイン [Web動画付] 徒手運動療法のための筋筋膜経線 第3版

トーマス・W・マイヤース 訳:板場 英行/石井 慎一郎



人体を走る「筋筋膜経線」を鉄道路線に見立て、姿勢・運動機能の制御、ひずみによる機能障害のしくみを解説した画期的なテキスト待望の第3版。筋膜のつながりとその驚くべき機能が明らかになる。Web動画付き。

●A4 頁352 2016年
定価:本体6,500円+税
[ISBN 978-4-260-02496-9]

ユマニチュード入門

本田 美和子/イヴ・ジネスト/ロゼット・マレスコッティ

魔法？ 奇跡？ いえ「技術」です。



「この本には常識しか書かれていません。しかし、常識を徹底させると革命になります。」そこには精神論でもマニュアルでもないコツがあるのです。開発者と日本の臨床家たちが協力してつくり上げた決定版入門書！

●A5 頁148 2014年
定価:本体2,000円+税
[ISBN 978-4-260-02028-2]

プロメテウス 解剖学アトラス 解剖学総論/運動器系 第3版

監訳:坂井 建雄/松村 譲児

さらに洗練された解剖学アトラスの最高峰



美しいイラストに的確な解説文を組み合わせた従来の良さ・強みを残したまま、図版の配置や解説文の推敲を重ね、さらなるわかりやすさを追求。すべての医療職から支持される、洗練された解剖学アトラスの最高峰。

●A4変型 頁628 2017年
定価:本体12,000円+税
[ISBN 978-4-260-02534-8]

理学療法的大海に漕ぎ出す若きフロンティアのための水先案内人《理学療法NAVI》シリーズ 続々刊行中!

ここに注目! 実践, リスク管理読本

編集:高橋 哲也



リスクを見逃すことなく、リハビリテーションを実施するための基本的なポイントをまとめた1冊。リスクに気が付き、対応できるセラピストになろう!

●A5 頁368 2018年
定価:本体3,400円+税
[ISBN 978-4-260-03623-8]

臨床の“疑問”を“研究”に変える 臨床研究 first stage

編集:網本 和/高倉 保幸



研究デザインはそれでOK? 統計の落とし穴にはまっていない? 初めての学会発表・論文投稿の前にこの1冊。臨床研究のプロによる徹底解説でacceptをめざそう。

●A5 頁296 2017年
定価:本体3,000円+税
[ISBN 978-4-260-03227-8]

この30題で 呼吸理学療法に強くなる

高橋 仁美



“呼吸”のエキスパートPTがビギナーPTに直伝! 呼吸理学療法の基礎知識から評価方法、実践の落とし穴まで一この30題で、呼吸理学療法に自信が持てる。

●A5 頁252 2017年
定価:本体3,000円+税
[ISBN 978-4-260-03261-2]