

2016年1月18日

第3158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

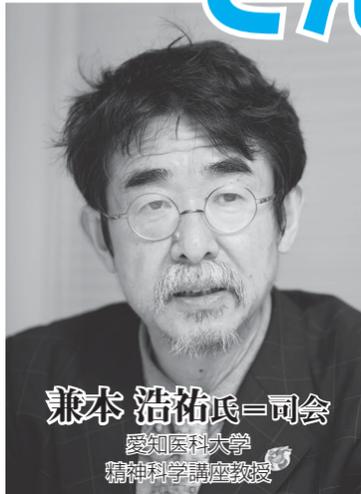
- [鼎談] 領域・診療科の枠を越え、てんかん診療の発展を(池田昭夫、小国弘量、兼本浩祐)…………… 1—2面
- [連載] ジェネシャリスト宣言…………… 3面
- [寄稿] 臨床試験の結果を臨床にどう反映させるか(島田悠一)…………… 4面
- MEDICAL LIBRARY…………… 5—7面

鼎談

領域・診療科の枠を越え、てんかん診療の発展を



小国 弘量氏
東京女子医科大学
小児科学教室教授



兼本 浩祐氏 司会
愛知医科大学
精神科学講座教授



池田 昭夫氏
京都大学大学院医学研究科
てんかん・運動異常生理学講座教授

てんかんは新生児期から老年期にいたるまであらゆる年齢層で発症し、小児科、神経内科、脳神経外科、精神科など複数の診療科で扱われる。また、病態の多様さ故に明らかとなっていないことも多く、基礎研究の面でも高い関心を集めている。

かかわる立場によっても見え方の異なるてんかん。医療者はどのように連携し、臨むべきなのか。本鼎談では小児科、神経内科、精神科のそれぞれの立場から見たてんかん診療の変遷、今後の課題について議論していただいた。

兼本 てんかんは臨床の場で誰もが遭遇し得る疾患ですが、多岐にわたる症状や抗てんかん薬の作用点の多さなどから治療が難しいと感じる医師も多いようです。長年てんかんの診療に携わってきたお二人は、てんかん診療の移り変わりをどのように感じていますか。

一つの観点ではなく、複数の観点からてんかんをとらえる

小国 1950年代、てんかんは発作の原因やタイプを中心に分類されてきました。1960年代後半に「てんかん症候群」(註1)という考え方が生まれ、てんかんを一つの病気(症候群)としてとらえるようになったことで、予後や治療法、その後の見通しに関してより有益な情報が得られるようになりました。その中で、それぞれのてんかん症候群に対応する遺伝子異常が見つかるようになり、遺伝学的なアプローチが基礎医学における大きなブレイクスルーになったと思います。

兼本 家族性の焦点性てんかんが、一時期話題になりましたよね。焦点性てんかんの病態が、特定の遺伝子と相関していたことから、遺伝的な研究を進めることでてんかんの本質がわかるのではないかと注目が集まりました。実際には単一遺伝子だけでは説明のつかないてんかんも多かったため、その後てんかんの病態は単一遺伝子ではなく、複数の遺伝子によって引き起こされるという考え方に変わっていきまし

た。小国 近年は全エクソーム解析(註2)によって、新たな病態の解明にも期待が寄せられています。ただし、最新のデータでもトリオの全エクソーム解析で検出できる遺伝性疾患は全体の20—30%程度とされています。遺伝学的な研究がますます盛んになってきているとはいえ、遺伝子以外の後天的な因子が重なることでphenotype(表現型)が異なるケースなども存在しますから、遺伝学的なアプローチだけで全てが解明できるわけではないことは理解しておくべきです。

兼本 一卵性双生児間で最終的な病態が異なるのは、遺伝子以外の因子の関与を示唆するケースですね。遺伝子によって規定される部分があるにしても、やはり環境など別の因子の影響も大きいということなのでしょう。

池田 神経内科ではてんかんを「脳」という器官のシステム疾患としてとらえ、ニューロンという観点からてんかんにアプローチします。20世紀後半に入るまで、てんかんは精神科疾患として考えられていましたが、脳のシステム疾患としてとらえるようになったことで、てんかん学は急速に発達したと思うのです。しかしながら、このアプローチに関しても遺伝子研究と同じことが言えます。

兼本 ニューロンからのアプローチだけでなく、解明できない問題は多いということですか。

池田 ええ。例えば、自己免疫による

てんかんといった病態が新たに発見されていますが、この病態を理解するためには、神経内科として神経免疫の観点からも病態を診ることが要求されます。ですから全体を俯瞰した上で、今問題になっていることは何か、解決のためには何が必要なのかを考えていく必要があります。「広く浅く知りつつ、さらに一部については深く知る」という姿勢が、非常に大切な時代になってきていると感じます。

小国 一つの観点からてんかんの本質をとらえるにはどうしても限界がある。てんかん学をさらに発展させていくためにも、ニューロンや遺伝子、代謝といったさまざまな観点から、てんかんをとらえていかなければなりませんね。

共通した知識を持った上で、各診療科の役割を認識する

兼本 てんかん患者は精神症状を呈することも多く、日本では成人のてんかんに関しては精神科医が大きな役割を果たしてきたという特異性がありました。21世紀に入り、「てんかんは精神科疾患ではない」という事実が世間にも徐々に認知されてきたことで、てんかんの診療から退く精神科医は増えていきます。

しかし、てんかん診療における精神科医の需要がなくなるとは思えません。なぜなら精神科医は、発作と共に生きなければならない場合に生活をどう組み立てていくか、その中で生活に

困難を抱える患者にどう寄り添うかという部分には一日の長があるからです。今の医学では治療が困難な患者がいる以上、そうした人々に対するアプローチを担う存在は必要でしょう。小国 確かに発作が止まっていない思春期以降の患者は、うつなどの精神的な問題を生じることも多いです。精神的な訴えが多いケースでは、成人期になって神経内科医に紹介するのは難しいという印象があり、やはりある程度てんかんを専門としている精神科医に紹介することを考えます。

池田 私は、精神科医のてんかんへの関与がこれ以上減ると、近いうちに成人のてんかん診療の現場が立ち行かなくなる時代がやってくるのではないかと危惧しています。例えば、超高齢社会を迎えた日本では、認知症患者の増加が非常に問題視されていますよね。認知症患者はさまざまな精神症状を呈するため、中には神経内科では十分な治療ができない方もいるわけです。しかも、高齢者てんかんが増加しており、高齢者てんかんと認知症の合併率はかなり高いことが知られています。そうした状況を踏まえると、精神科には神経内科とは異なる役割での参画が必要だと思うのです。

小国 神経内科と精神科がどちらもある病院では、両診療科間の連携がもっとできるとよいのではないのでしょうか。

兼本 連携はそれなりに取れていると

(2面につづく)

臨床で“使える”てんかんのエンサイクロペディア、待望の刊行

臨床てんかん学

編集 兼本浩祐・丸 栄一・小国弘量・池田昭夫・川合謙介

小児科、神経内科、脳神経外科、精神科などの複数の診療科で扱われながら、複雑な病態生理をもつことにより、臨床家と研究者双方の関心を惹いているてんかん。その基礎医学、症候学、診断、検査、治療、そして患者のケアまで、エキスパートの編集・執筆により、数多くの情報を網羅したエンサイクロペディアがここに刊行。進歩著しいてんかん学の現在を標し、また未来を示すマイルストーンといえる1冊。

●B5 頁688 2015年 定価:本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-02119-7]

目次

- 第1章 歴史的展望
- 第2章 てんかんの疫学
- 第3章 てんかんの病理学
- 第4章 てんかんの生理学
- 第5章 てんかんの遺伝学
- 第6章 徴候・訴えから考える鑑別診断
- 第7章 てんかん発作の症候学
- 第8章 器質的・構造的病因など
- 第9章 精神・行動随伴症状
- 第10章 検査
- 第11章 てんかんおよびてんかん類似症候群
- 第12章 薬物療法
- 第13章 てんかん外科手術
- 第14章 その他の治療法
- 第15章 ライフステージによる課題とその対処法
- 第16章 医療連携
- 第17章 ガイドラインの特徴と使い方

医学書院

臨床てんかん学



鼎談 領域・診療科の枠を越え、てんかん診療の発展を

<出席者>

●いけだ・あきお氏

1985年佐賀医大医学部卒業後、同大病院内科研修医。87年より国立療養所筑後病院神経内科医員。89年米国オハイオ州クリブランドクリニック財団病院臨床フェロー。91年京大脳統御医科学系助手、京大病院臨床神経学助手、講師、准教授を経て、2013年より京大大学院医学研究科てんかん・運動異常生理学講座教授。日本てんかん学会副理事長。

●おぐに・ひろかず氏

1977年山口大医学部卒業後、東女医大小児科入局。89年カナダ・モントリオール神経研究所にてRasmussen 脳炎や脳梁離断術予後調査研究に従事。帰国後、東女医大小児科講師、助教授を経て、2005年東女医大小児科学教室教授。日本てんかん学会理事、日本小児神経学会評議員、日本臨床神経生理学会評議員などを務める。

●かねもと・こうすけ氏

1982年京大医学部卒。86年よりドイツ・ベルリン自由大神経科外人助手、92年国立療養所宇野野病院精神神経科医長。97年京大大学院博士課程修了(医学博士)。2001年より愛知医大精神科学講座教授。日本てんかん学会理事、日本精神病理学会理事などを務める。

(1面よりつづく)

思います。問題になるのは、PNES (Psychogenic Non-Epileptic Seizure: 心因性非てんかん性発作) とてんかんを合併しているようなケースです。PNESは精神科、てんかんは神経内科という分け方が現実的には難しいので、どちらかが主に診て、もう一方がコンサルトという形でかわることになります。そのためには、専門医育成のトレーニング課程で、お互いの診方の違いをもう少し把握することが必要になると思います。

池田 神経内科ではPNESの診断がつくと、「自分たちの担当の範疇ではない」とどうしても考えてしまいがちです。一方、精神科で脳波を判読するトレーニングを十分に受けている若手の医師は最近あまり多くない。ですから、ある程度共通した知識を持つことと、イニシャルアセスメントはできるようにするという自覚を互いに持つことが必要だと言えます。

早期からの併診で

小児科からの引き継ぎを円滑に

兼本 小児科では、一般の小児科医と、てんかんを専門的に診ることのできる小児科医との連携はうまくいっているのでしょうか。

小国 両者の連携はある程度取れていて、てんかんの診療は主に小児神経科医が担っています。小児神経専門医が約1000人、小児神経学会員が3000人程度いて、痙攣性疾患についてはトレーニングの中でかなり学んでいます。小児神経科医が県に1人しかいないというマンパワー上の問題もありますが、それ以上に問題になっているのは、小児神経科医が成人患者も多く診ていることです。

池田 キャリーオーバーですね。てんかん発作の症状は脳を介して初めて表出されるもので、乳児や幼児の脳は表出できる機能が成人とは異なります。当然病態も異なり、小児のてんかん発作には小児特有のものが多くありますから、担当を引き継ぐことを躊躇する気持ちも理解できます。

小国 その通りです。精神科や神経内科でてんかんを専門的に診ている医師も、焦点性てんかんなどには慣れているので、比較的引き継ぎはしやすい。一方で、てんかん性脳症と呼ばれるような小児特異的かつ重度の精神遅滞を伴うようなものに関しては、経験が足りないのも無理はありません。そうした患者は引き継ぎがうまくできず、成人してから小児神経科医が担当せざるを得ない現状があるのです。

兼本 私自身、キャリアオーバーの患者を多く抱えていた小児神経科の先生が退官されたとき、てんかん・知的障害の重複障害が重度な人たちが一度に何人も紹介されてきて苦労した経験があります。小児科にかかっている患者やその家族は、小児科医に対して非常に厚い信頼を寄せているため、成人の担当医と患者・家族が新たな信頼関係を結ぶには時間を掛ける必要があります。だからこそ、早い段階から併診を開始して徐々に移行することが、医師・患者双方にとって理想的ではないかと感じています。

てんかんの治療を包括的に 請け負うセンターの設立を

兼本 難治性てんかんにはどのように対応していくべきでしょうか。

小国 内科と外科の連携を、もっと取っていく必要があります。難治性てんかんを診る場合には外科的治療が欠かせず、てんかん外科が非常に重要な役割を担っています。ところが、手術のタイミングを判断するにしても紹介状を書くにしても、外科的な知識を要求されるため、私たちからするとなかなか難しい部分がある。手術の機会を逃してしまえば、患者にとっての不利益となりますから、内科と外科の連携に関しては今後改善していかなければなりません。

池田 実際に手術の適応になるかどうかは別として、全ての患者が手術適応の検査を受ける機会を得られているかという点も疑問です。小児だけでなく、難治性てんかんの可能性がある場合には、紹介を円滑に行い、手術の適応可否を早い段階から検討していく必要があるでしょう。

小国 オランダでは、小児てんかんの外科手術は国全体で1施設に集約して行っているそうです。日本でもがんセンターや循環器病センターなどは、かなりの地域でその地域の中核施設として作られていますよね。てんかんについても同様に、内科医と外科医が共に

診療に当たることのできる専門施設が必要だと思います。都道府県ごとに1施設くらいの規模で、小児・成人を問わず難治性てんかんを包括的に請け負う施設が増えてくると、より合理的な治療が可能になるはずですよ。

関係構築と役割分担が 紹介・逆紹介の鍵

兼本 てんかんの患者数は非常に多いということもあり、多くの非てんかん専門医にも治療を担ってもらっているのが今の日本でのてんかん診療の在り方です。非専門医がてんかんを見逃さず、初期対応をうまく行っていくにはどうしたらよいかとお考えですか。

池田 「子どもが引きつけを起こして泡を吹いて倒れる」といった古典的な症状だけがてんかんではない、ということをもっと周知していくべきでしょう。最近は初期研修の内容が充実しつつあるようですから、てんかん診療に対する間口を広げ、専門医以外にもてんかんに携わる医師を増やしていきたいですね。

兼本 てんかん診療の特徴の一つとして、わずかな知識があれば、十分な効果を見込める治療を提供できるケースが多いことが挙げられます。ですから、てんかん学を限られた医師の特権的な知識・学問とするのではなく、多くの医師にてんかん学の一翼を担っていただきたいと考えています。

とはいえ、私たちが専門以外の分野のことを多く要求されても、そこまで時間を掛けられません。それと同様に、時間コストとのバランスを考えて、可能な範囲でてんかんに時間を割いていただけるような知識の提供も必要だという気がしています。

小国 非専門医の方から話を聞く限り、てんかんを疑ったとき、どの診療科に、どの段階で紹介すべきなのか判断に迷うケースは多いようです。

池田 私は、もっと気軽に専門医に紹介してもらっていいと思うのです。脳波やMRIの検査を含めてイニシャルアセスメントが難しければ、私たちのほうに紹介していただく。その後、診断が確定して治療方針が立てば、紹介元の医師のところでフォローアップをお願いするという形を取る。普段は身近な医師に診てもらい、治療の判断に迷うときやさまざまな節目には専門医が診察を行う、といった役割分担をより明確にしていくことが大切なのではないでしょうか。

兼本 私も同意見です。そのためには、紹介がしやすい関係性を日頃から構築しておくことが重要になります。合同カンファレンスの実施なども有効かもしれません。

相手がどのような診療・治療を行っているかわからない場所に、自分の患者さんを任せる気にはなりません。医師同士の顔の見える関係づくりがきち

んと行われれば、紹介・逆紹介はよりスムーズになるでしょう。

池田 カンファレンスと言えば、昨年10月に行われた日本遠隔医療学会で、中里信和教授(東北大)が中心となって行われている遠隔カンファレンスのデモンストレーションに参加しました(特別企画: てんかん症例検討会デモ——遠隔会議システムの有用性)。遠隔会議システムを利用すれば、物理的に距離が離れていてもカンファレンスに参加できますし、脳波についてのディスカッションや、画像・病歴の共有も可能です。患者さんの治療的利益となるだけでなく、非専門医の方々がてんかんについて学ぶ機会にもなるため、今後はこうしたIT技術を活用していくことも重要になると感じました。

だから、てんかん学は面白い

兼本 今日はいくつかの論点をお話しましたが、私自身、臨床てんかん学には大きな魅力を感じています。なぜかと言うと、てんかんは正しい診断がつき適切な投薬を行えば、約7割の患者さんの発作をコントロールできる疾患だからです。外科手術によって得られる効果も大きいですし、自分の治療が患者さんの手助けとなっていることを実感できるのは、臨床医にとって何物にも代えがたい喜びです。

池田 その通りですね。昔と比較して、基礎研究の方法論を臨床に応用しやすい時代になってきたことで、私たちはてんかん学をさらに発展させていくための貴重な機会を得ていると言えます。今後は基礎と臨床がより有機的な連携を図り、一方に偏重しすぎることなく相互に活性化し合いながら、残された課題に取り組んでいくことが求められます。課せられた責任も大きいですが、その責任を十分に自覚し、日々の研究や臨床に臨んでいきたいです。

小国 てんかんという疾患は小児期には非常に多様性のある臨床・脳波症候を表出し、成人期のてんかんとはやや異なった特徴を持っています。脳の未熟性や発達段階に起因するとされてきましたが、最近の脳科学の著しい進歩により科学的にアプローチできる時代になってきました。私がつてんかん学を勉強し始めた1980年代には想像もつかなかった進歩ですが、治療法に関してはより一層の研究が必要でしょう。

兼本 ありがとうございます。(了)

註1: てんかん症候群とは、てんかん発作の出現年齢や発作症状、脳波異常パターン、認知機能、その他の神経症状などに一定の共通性を有するグループを指す名称。年齢とともに発作型や脳波所見などが変わることもあり、てんかん症候群が変化する場合もある。
註2: 全エクソーム解析は、全ゲノムのうちエクソン配列のみを網羅的に解析する手法。トリオ(本人と両親)の全エクソーム解析を行うことで、両親から受け継いだ遺伝子変異ではないde novo変異を検出することが可能。

心因性非てんかん性発作 (PNES) と診断されたら? その病態、治療、支援を解説

心因性非てんかん性発作へのアプローチ

PTSDといった心理的な要因によりてんかん様の発作を起こす「心因性非てんかん性発作 (PNES)」は、てんかん臨床の現場で多数の患者がみられるにもかかわらず、いまだ不明な点も多い。米国で心理士としてPNESに向き合ってきた原著者が、その臨床症状と具体的な心理療法的アプローチについて患者向けにコンパクトにまとめたガイドを翻訳。本邦におけるてんかん臨床の第一人者である監訳者によるコラムも理解を助ける。

原著 Lorna Myers
監訳 兼本浩祐
監訳 谷口 豪

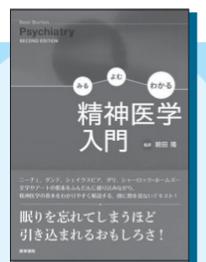


まるで小説? いや芸術? 類を見ない「読んでも・見ても」楽しい精神医学テキスト

みるよむわかる 精神医学入門

原書は英国でRichard Asher Prizeという優れた医学教科書に与えられる賞を受賞。オールカラーで精神疾患に関連する図や写真を随所に盛り込みながら、精神医学の歴史から個別の疾患の概念や疫学、鑑別疾患などまでを網羅的に解説する。シェークスピアをはじめ著名な作家の言い回しを引用するなど、読み物としての楽しさも追求している。精神医学の入門書として最適。

原著 Neel Burton
監訳 朝田 隆



The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学
神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第31回】

番外編：イギリスの感染症専門医 後期研修カリキュラムのすごさ

本稿執筆時点(2015年12月)で、日本内科学会の内科専門医制度改革の議論が喧しい。しかし、その議論は「内科専門医とはどういう医者で在るべきか」という理念やビジョンやプリンシプルの問題というより、「どこが基幹病院になるか」とか「どの病気を見るのを必須とすべきか」といった形式論に傾いているようにには見える¹⁾。本質よりも形式が先になるのが日本医学界の典型的なやり方であり、これも例外ではないと思う。

そもそもなぜ内科専門医制度改革されねばならないのか？ それは現在の内科専門医制度が、内科専門医の在るべき姿を反映していないからではないのか？ では、在るべき内科専門医とはどういう存在なのか？ それこそがビジョンである。ビジョンを現実化させるために行う行動原理がプリンシプルである。それが見えてこない。白洲次郎が何十年も前に指摘したように、この国にはいまだ「プリンシプルがない」のである。

さて、最近、友人のイギリス人医師に、彼の国の感染症専門医養成カリキュラムがどんなものなのかを教してもらった。(自分が体験した)アメリカの事情ばかり見ていて、イギリスがどうなっているかなんてまったく顧慮していなかった。不明を恥じ入るばかりである。これが、すごいのである²⁾。

イギリスでは感染症専門医のキャリアパスは細分化されている。まずはコアとなる2年間の臨床研修を受けた後、2年間の感染症コースや、3年間の一般内科とのコンバインド・コース(まさに“ジェネシャリスト”)、あるいはさらに細分化された熱帯医学(3年間)のコースなど複数のパスウェイが存在する。

しかし、驚くべきはその先である。専門医養成コースの目的は、「一般的な目的」と「専門的な目的」に二分されている。後者の「専門的な目的」には、各感染症の診療能力について記載されている。これは普通だ。驚くのは、前者である。「一般的な目的」には、「態度(attitude)」とか「コミュニケーション・スキル」「チームワーク」「リーダーシップ」「多職種連携チーム(multi-disciplinary team)」といったキーワードが並ぶ。診療(good medical practice)は4つのドメインに大別されており、それはそれぞれ、「知識、技術、パフォーマンス」「安全と質」「コミュニケーション、パートナーシップ、チームワーク」、そして「信頼を得続ける」である。

その後、感染症専門医にとって必要

な学習項目として、慢性疾患の対応、終末期医療への配慮、生涯学習、患者の安全、タイム・マネジメント、エビデンスやガイドラインの使い方、ヘルス・プロモーションや公衆衛生などの多種多様なアイテムが挙げられている。HIVについてはウイルス学や治療薬の話だけでなく、HIVに関するカウンセリングの知識、技術、態度など感染症のプロとして必須の、しかし日本ではほとんど教わらない項目が記載してある。イギリスがどのような人物を感染症専門医と呼びたいのか、その理念は98ページあるカリキュラム「Curriculum for Specialty Training in Infectious Diseases」から一目瞭然である。

申し訳ないけど、内科学会の2015年12月15日に公表されたカリキュラムでは、HIVなんて知識と症例経験(症例経験はなくてもよい)くらいしか記載がない。日本感染症学会のカリキュラムに至っては4ページしかなく、ほとんどが微生物と感染症名のリストにすぎない³⁾。どういう医者を育てたいのか、その理念もビジョンもカリキュラムからはまったく感じとれない。そういうものがあれば、の話だが。

イギリスのカリキュラム。形式的には、これは感染症というサブスペシャリティの養成カリキュラムである。しかし、実際にはこれはまさにほくがここで述べ続けている“ジェネシャリスト”にはほかならない。そこには総合性と専門性、全体性と部分性のある融合がある。もちろん、理念は理念にすぎず、現実にはいろいろあれやこれや、理念に合わないものも多々あることだろう。しかし、理念、ビジョン、プリンシプルがあって、けれども現実には足りていない場合と、そういうものが最初からない場合。立派なプロの医者が育つ可能性が高いのはどちらか、火を見るよりも明らかだろう。

火を見るよりも明らかなのだから、日本の医者がやるべきはひとつである。イギリスなど、よりきちんとした専門医教育をやっている国から学べばよいのである。少なくとも、自分たちが劣っている部分は学ぶべきなのである。かつて明治時代に日本の高官たちが西欧に渡ってあらゆる事象を学んだように。

先日、ある講演会で一人の医者が言っていた。「自分は〇〇先生からなんとかという研究を教わった。臨床は教わらなくても、やっているうちにできるようになる」。

これは一面には事実である。「やっているうちに」実験を完遂したり、論文を完成させるのは不可能であろう。一方、朝の採血から回診、検査や投薬のオーダー、各種の手技といった「行い」の面ではまさに「やっているうちに」自然に覚えることが可能だ。だから、1年も病棟に張り付いていれば、誰だって“医者っぽく振る舞うこと”ができるようになる。

しかし、これは診療行為ではなく「診療ごっこ」にすぎない。わかる医者にはわかり、わからない医者には絶対にわからないだろうけれども、臨床医学はそんなに甘いものではない。それはほかならぬ、かつてのほく自身への猛烈な反省から身に染みてわかっている。かつて、ほくは基礎医学者を志していた。「基礎に進むにしても、バイトくらいはできなきゃ。ま、数年、研修を受ければ臨床くらいできるようになるだろう」と思って、市中病院での初期研修(当時は圧倒的に少数派だった)を受けたのである。そこで思い知ったのは——当たり前過ぎる事実で赤面の思いだけ——、数年のトレーニングで臨床はできるようにならない、という単純な事実である。「診療ごっこ」は、診療とは別物なのだ。

ほくが恥じ入りながら悟ったこの事実。しかしそれから長い時が経った今も、この「常識」は常識として共有されていない。ここが日本の立ち位置だ。その立ち位置の自覚から、在るべき専門



門医の姿は本来論じられるべきなのだ。

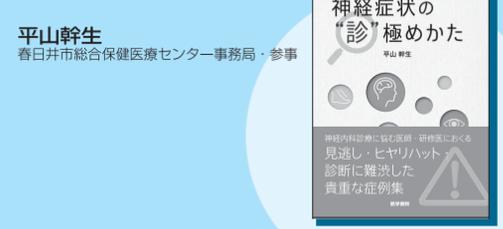
- 参考 URL
- 1) 日本内科学会ウェブサイト。新しい内科専門医制度に向けて。2015。
<http://www.naika.or.jp/nintei/shinseido/>
<上記から各種資料ダウンロード可能>
- 2) General medical council. Infectious diseases curriculum. 2015.
http://www.gmc-uk.org/education/infectious_diseases.asp
- 3) 日本感染症学会ウェブサイト。感染症専門医制度専門医研修制度。2015。
<http://www.kansensho.or.jp/senmoni/kenshu.html>



神経内科診療に悩む医師・研修医におくる貴重な「見逃し」症例集

見逃し症例から学ぶ 神経症状の“診”極めかた

大病院や市民病院で神経内科診療に約40年に渡り携わってきた著者が、重大疾患の見逃し、ヒヤリハット、最終的な診断に難渋した約60症例を提示。外来でみられた神経症状から類推した初期診断から、入院後の経過を経て最終診断に至るプロセスを解説することで、神経内科の奥深さがわかる「診”極めかた”」を伝える1冊。神経内科専門医をめざす若手医師や研修医、またさまざまな症状に出合う総合診療医にも勧めたい。



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 2016

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

全治療薬を収録したポケットサイズの医薬品集。添付文書情報に加え、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ薬の「選び方・使い方」、その根拠となる「エビデンス」も掲載。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で製剤写真も掲載。2016年版では見やすくレイアウトを変更。薬効分類・同効薬が一目でわかるだけでなく、さらに薄くポケットに入りやすく改良した。



●A6 頁1056 2016年
定価:本体4,200円+税
[ISBN978-4-260-02207-1]

寄稿

臨床試験の結果を臨床にどう反映させるか 米国の実地臨床および教育現場からの報告

島田 悠一 ハーバード大学医学部附属マサチューセッツ総合病院 循環器内科指導医

臨床試験の結果が日々発表されるなか、そこで得られた知見を実地臨床にどう反映させるのかが課題となっています。同一の臨床上の疑問に対して複数の臨床試験の結果が食い違うことがある一方で、複数の臨床試験により科学的根拠が示されたにもかかわらず、その知見が臨床に反映されるまでに時間がかかるといふ Evidence-Practice Gap の存在も指摘されています。

論議を呼ぶ最新知見に対する米国医師の反応

臨床試験の結果を受けて、どのくらい迅速にその内容を取り入れるかは、米国においても専門家によってかなり異なります。ここでは、実際の事例に基づいて考察してみます。

◆事例1：脂質異常症に対するスタチンの適応について

ACC/AHA (米国心臓病学会/米国心臓協会) は脂質異常症の治療ガイドラインを2013年に改訂しました¹⁾。この改訂に関してはいまだ賛否両論あるのですが、新しい点はLDLコレステロールの「目標値」という概念を捨てたことです。かわりに、個々の患者のリスクを同定後そのリスクに応じてスタチンを開始し、開始後はLDLコレステロール値によるスタチンの種類・用量の変更はしないというアプローチを推奨しています。このような方法を推奨するガイドラインは欧州にも日本にもなく、米国の他の学会のガイドラインとも異なるものです²⁾。さらに最近になって、特定の患者集団においてLDLコレステロールを70 mg/dLから50 mg/dL程度まで下げることによって付加的な心血管イベントの予防効果があるかもしれないことを示す大規模臨床試験IMPROVE-ITの結果が発表され、ACC/AHAガイドライン改訂に対してさらなる疑問を投げ掛けました³⁾。

ガイドライン改訂と大規模臨床試験に対する臨床現場の反応はさまざまでした。IMPROVE-ITの結果を重んじ、ガイドラインの再改訂で「目標値」の概念が復活すると考えて「目標値」を50 mg/dLまで引き下げた診療をする医師がいる一方で、専門家が決めたとガイドラインに非専門家は従うべきだとしてガイドラインどおりの治療を行う医師もいます。さらには、今回のガイドライン改訂は根拠が薄いため「目標値」に基づいた診療を引き続き行うが、IMPROVE-ITの結果は特定の患者集団にのみ有効なので一概に「目標値」を

	月	火	水	木	金
8時～				08:00～09:00 Morning Report	
9時～	09:00～10:00 Morning Report	08:30～09:30 Grand Rounds 09:30～10:30 Teaching Round	09:00～10:30 Teaching Round	09:00～10:00 Teaching Round	09:00～10:30 Teaching Round
10時～	10:00～11:00 Teaching Round				
11時～					
12時～	12:00～13:00 Noon Conference	12:00～13:00 Noon Conference	12:00～13:00 Noon Conference	12:00～13:00 Noon Conference	12:00～13:00 Noon Conference
13時～		13:00～14:00 EBM			13:00～14:00 Journal Club
14時～					
15時～			15:00～16:00 Resident Report		

●図 初期研修医の週間スケジュール (筆者の勤務する病院における一例)

Teaching Round (毎日): 前日の入院症例について教育担当医にプレゼンし、ベッドサイドで問診・診察をしながら指導を受ける。最後にその症例に関連したトピックについて講義を受ける。
Noon Conference (毎日): 研修医全員で昼食を取りながら最新の話題について講義を聞く。
Morning Report (週2回): 前日の新規入院症例のうち興味深い4例を科の全員の前でプレゼンして議論する。
Grand Rounds (週1回): 外部から講演者を招いて最新の話題を講義してもらう。
EBM (週1回): どのように臨床に必要な論文を検索しそれを批判的に解釈するかを学ぶ。
Journal Club (週1回): EBMで学んだ理論を実際の論文に応用して批判的に解釈する訓練を行う。
Resident Report (週1回): 入院経過において学ぶところの多かった症例をプレゼンし、過去の論文やガイドラインなどと照らし合わせて診療の改善点などについて議論する。

50 mg/dLまで引き下げることはしない、という同僚もいます。

◆事例2：高血圧の治療目標について

2014年に改訂された米国の高血圧ガイドラインJNC8では、60歳以上の患者に対しては降圧目標を収縮期血圧150 mmHgとすることを推奨しています⁴⁾。しかしながら最近になって大規模臨床試験SPRINTが発表され、収縮期血圧130 mmHg以上の高リスク非糖尿病患者において降圧目標を収縮期血圧120 mmHgとしたほうが140 mmHgにした場合に比べて心血管イベントや全死亡が減少したという結果が示されました⁵⁾。

論文発表後まだ間もないこともあり、これが臨床現場にどう反映されていくのかわかりません。しかし全体としては、SPRINTの結果を受け、「降圧目標150 mmHgはやはり高すぎるのではないか」という印象を持った医師が多く、60歳以上でも降圧目標を既に140 mmHg (またはそれ以下) に設定して診療している医師が実際に増えてきているように見受けられます。

*

この二つの事例に共通しているのは、臨床試験やガイドライン改訂の内容を把握することは前提として、さらに自分でそのデータの質や信頼性を解釈した上で最善の治療法を選択する医師が多いことです。さらに言えば、最新の知見をうのみにすることなく、批判的に吟味できるための知識と経験を、研修医のうちから身につけているとも言えます (註)。

批判的吟味の訓練を積み、論文を生涯読み続ける土台作り

それでは、こうした知識と経験を身につけるために、米国ではどのような教育が行われているのでしょうか。卒業臨床研修および専門医制度におけるEBM教育について解説します。

◆卒業臨床研修：日々の教育的カンファを通じた論文情報入手と批判的吟味

レジデンシー (初期臨床研修プログラム) 教育においては、EBMが重視されます。一例として、初期研修医の週間スケジュールを図に示します。日常診療の中に、多岐にわたる教育的カンファがサンドイッチのように組み込まれています。米国の研修医はこれらのカンファを通じて、日頃から論文を読み、ガイドラインに親しみ、それらを批判的に吟味する訓練を繰り返します。そしてレジデンシーを修了するころには、(最新の臨床研究を含む) 標準治療を踏まえた上で、個々の患者の価値観に応じて最適な治療法を選び出す能力が備わります。レジデンシー修了後のフェローシップ (専門医養成プログラム) では、さらに専門的な内容の臨床教育と教育的カンファが行われることになります。

なお、これら教育的カンファの質と量は、ACGME (卒業医学教育認可評議会) の監査によって一定水準に保たれています。こうして、レジデンシー/フェローシップの期間を通じ、最新の臨床研究に触れる機会には事欠かない

●しまだ・ゆういち氏



2007年東大医学部卒。国保中央病院、東大病院にて初期研修。08年よりベス・イスラエル病院にて内科研修医、主任研修医として勤務。12年よりハーバード大ブリガム・アンド・ウイメンズ病院循環器内科専門研修医。臨床研修の傍ら14年にジョンズ・ホプキンス大より公衆衛生学修士号を取得。15年より現職。Harvard Clinical Research Instituteにて臨床研究も行っている。

のです。

◆専門医教育：資格更新のための勉強が知識をアップデートする機会に

教育課程を修了し専門医試験に合格した医師が専門医を標榜し続けるためには、10年に一度、専門医資格を更新しなければいけません。専門医資格の更新のためには二つの条件を満たすことが必要です。一つは10年の間に資格保持のための講義(学会、講習会、オンライン講義)を受けて一定数以上の単位を取得すること、もう一つは専門医更新試験に合格することです。

講習会では、新しい知見に絞って講義が行われることが多いため、最新の臨床試験の結果やガイドラインの改訂に関して専門家による解釈を含めて効率的に学ぶことができます。多忙な臨床医にとって負担が大きいのは確かですが、臨床試験の結果をタイムリーに学び、実地臨床に反映する機会を得ることができる機会でもあると思います。

米国では、初期研修医から専門医取得後に至るまで、生涯にわたり最新の臨床試験の結果やガイドラインに触れる機会が設けられ、そのための動機付けがされています。さらに、それらの結果を適切に解釈して臨床活動に反映できるよう、初期研修の段階から繰り返し訓練が行われています。

このように臨床試験の結果が実地臨床へ迅速に反映されるための土台が形成されている、というのが米国の制度の特徴と言えます。この寄稿が皆さまのご理解を深めるための一助になれば幸いです。

註：筆者が大学病院で経験した内容をもとに記しているため、その他の施設では状況異なるかもしれません。また、全てのトピックに関する最新情報を入手して吟味するのは現実的には難しいのも事実です。そのため、自分の専門分野の結果だけは最新の臨床研究の結果を吟味し、時にはガイドラインに反映される前でも結果を診療に反映させたり、ガイドラインに掲載されていてもあえてそれと異なる治療をしたりするけれども、専門外の分野はガイドラインに従って診療する、という医師も多いようです (米国は訴訟社会でもあるため、ガイドラインどおりでない診療をする場合にはその理由と根拠となる論文をしっかりとカルテに記載することが必要になります)。

●参考文献

- 1) J Am Coll Cardiol. 2014 [PMID: 24239923]
- 2) Cardiol Clin. 2015 [PMID: 25939292]
- 3) N Engl J Med. 2015 [PMID: 26039521]
- 4) JAMA. 2014 [PMID: 24352797]
- 5) N Engl J Med. 2015 [PMID: 26551272]

青年期・成人期の「自閉症スペクトラム」(ASD) を対象とした臨床論

自閉症スペクトラムの精神病理 星をつぐ人たちのために

精神科医が日々の診療現場で出会う青年期・成人期の「自閉症スペクトラム」(ASD) を対象とした臨床論。障害の受容、適応、さらには共生をいう前に、あたかも異星人であるがごとくこの星に棲むための苦勞を重ねている彼らがどのような世界に棲んでいるのか、そもその経験の成り立ちについて、もう少し突っ込んで考えてみることはできないだろうかー精神科臨床の基本ともいえるべき精神病理学のテキストを下地にまとめられた書。

内海 健
東京藝術大学教授 保健管理センター長

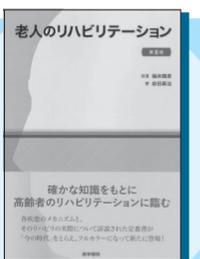


高齢者に対するリハビリテーションを深く理解するための必携書

老人のリハビリテーション 第8版

高齢者に生じる疾患とその障害のリハビリテーションについて学べる定番書の第8版。今版では、新たにがんや腎臓・肝臓疾患の章が加わり、高齢者にかかわる主要な疾患の解説が網羅された。さらにフルカラー化に伴い、豊富なイラストや図表も一新され、まさに「今の時代をとらえたテキスト」として生まれ変わった。

原著 福井 園彦
著 前田 眞治
鹿沼総合リハビリテーション研究所 所長
国際医療福祉大学大学院教授・リハビリテーション学 分野



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、医学書院販売部(03-3817-5657)まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

ニューロリハビリテーション

道免 和久 ● 編

B5・頁328
定価:本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02009-1

脳の可塑性を生かしたリハビリテーションが目覚ましい進歩を遂げ、注目を集めている。基礎から順序立てて勉強したいと思っていたところ、脳科学分野のリハビリテーションを学ぶのに最適の書物が刊行された。編者の兵庫医大リハビリテーション医学教室主任教授である道免和久先生は、昨年、教授就任10周年を迎えられた。道免先生にとって記念すべきこの年に、ご自身がライフワークとして取り組んでこられたニューロリハビリテーションのエッセンスを医学書院から上梓されたのである。

ニューロリハビリテーションというワードが講演や論文で広く用いられているが、コンセンサスを得た定義はまだない。本書の第1章の概論では「ニューロリハビリテーションとは、ニューロサイエンスとその関連の研究によって明らかになった脳の理論等の知見を、リハビリテーション医療に応用した概念、評価法、治療法、機器など」である「neuroscience based rehabilitation」と明確に定義されている(p.3-4)。本書は、ニューロリハビリテーションの基礎から先端の治療法に至るまで網羅されている。

脳の可塑性の話から運動学習理論に進む第2章では、最新の知見を含んだ脳科学の基礎が凝縮されている。この

評者 三上 靖夫

京府医大病院教授・リハビリテーション医学

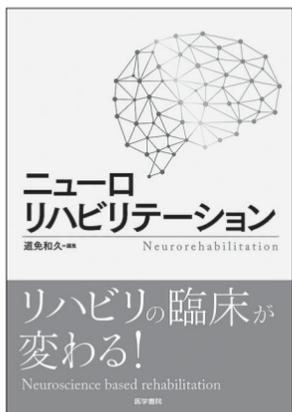
章の内容を頭の中で整理した上で次章の臨床の項に進むと理解が深まるので、読み飛ばさずじっくり読んでいただきたい。難解な内容もあるが、豊富でわかりやすい図と読みやすいコラムが理解を助けてくれる。

第3章は、CI療法を中心とする「ニューロリハビリテーションの実際」である。CI療法は、evidenceに乏しかったリハビリテーション医学をscienceに押し上げたニューロリハビリテーションの代表的治療法である。道免先生は、米国で開発されたCI療法をわが国に導入し、得られた知見をたくさんの著書や論文に記してこられた。

CI療法の項は、本法を実践してきた兵庫医大病院リハビリテーション部のスタッフが最新の知見を織り交ぜながら、その神髄をまとめている。本章では、さらにロボット療法、HANDS療法、反復経頭蓋磁気刺激法・経頭蓋直流刺激法、神経筋促通手技、機能的/治療的電気刺激、ボツリヌス療法などについて、脳科学の切り口から解説されている。現在、リハビリテーションの最前線で行われている治療法が、脳の可塑性の上に成り立っていることが強調されている。

最後の第4章は、「ニューロリハビリテーションの展望」と題され、開発が進むBCI(brain computer interface)、

大きな可能性を秘めた 脳科学分野リハビリテーションの 現在がわかる



口腔咽喉頭の臨床 第3版

日本口腔・咽喉科学会 ● 監修

A4・頁220
定価:本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02163-0

評者 住田 孝之

筑波大教授・膠原病内科学

『口腔咽喉頭の臨床 第3版』がこのたび出版された。本書はこの領域における揺るぎない良書であり、日本口腔・咽喉科学会が1987年に設立されて以降、1998年に初版が、2009年に第2版が、そして2015年に第3版が上梓されるに至っている。学会が監修している権威ある臨床に役立つテキストが、日本口腔・咽喉科学会理事長の吉原俊雄先生の先導によりさらなる改訂がなされ、パワーアップされている。

本書の第一の特徴は、耳鼻咽喉科のみならず他科との境界領域となる口腔咽喉頭という極めて複雑かつ多機能な頭頸部の重要な部位を取り扱っており、全身疾患との関連にも焦点を当てていることである。内科、外科、小児科、整形外科、形成外科、皮膚科、歯科などを専門とする医師にとっても有用な書になっている。

第二に、構成が簡潔明瞭で、図表・写真の占める割合が大きいことである。基本的に左ページにテキスト、右ページに図表・写真というコンパクトな構成をとっている。項目も疾患の定義、症状と所見、診断、鑑別診断、治療、予後とコンパクトで明解である。第三に、新たな概念・知見・手術手技などが追加提示されていることである。診断推論や臨床推論の力強い助けになる有用な情報が潤沢に盛り込まれており、日々の診療現場での活躍が期待できよう。

また本書は、われわれ内科医にとって口腔咽喉頭領域の内科診断学のマージ

ンを大きく広げてくれる良書である。視診、触診は行わなければ得るものがなく、行っても情報処理が稚拙であると、やはり益が少ないことになる。この書にのっとって診断学のベースアップを図り、治療につなげられることを期待したい。内科のみならず、頭頸部の領域を専門としない他科においても同様なことが言えると思う。

膠原病内科の立場からは、扁桃疾患、唾液腺疾患に関しての貴重な情報が得られる。古典的な疾患の特徴的局所所見は強く印象に残るものである。

新しい疾患概念から抽出されたIgG4関連疾患は、高IgG4血症、IgG4陽性形質細胞浸潤・線維化によるものであるが、耳鼻咽喉科の側面からの検査は特に重要であり、涙腺、唾液腺に特徴的な所見が存在する。本書にはIgG4関連疾患包括診断基準の提示があるが、あくまで最低条件を確認する基準であることから、臨床像に加え局所の病理学的所見が重要であることが強調されている。IgG4陽性形質細胞浸潤の存在と著明なリンパ球、形質細胞の浸潤は見逃せないものであるが、さらに花筈様線維化、閉塞性静脈炎の合わせて三つの形態学的特徴を呈してくることなど、本書では丁寧に説明がなされている。このあたりは、生検臓器、部位の適切かつ経験的な卓越した標本採取にかかわる専門の書として貴重な表現が多々見受けられ、感慨深く、見事に重責を果たしている書と感服させられる。

である。一度損傷されると二度と再生されないと言われてきた人間の脳が、実は可塑性を持ち、いかに可能性を秘めた臓器であるかを知らしめてくれる書物である。ニューロリハビリテーションの奥深さと面白さを感じてもらいたい。

DSM-5® 関連書籍

医学書院

DSM-5® 診断トレーニングブック 診断基準を使いこなすための演習問題500

原著 Philip R. Muskin / 監訳 高橋三郎 / 訳 染矢俊幸・北村秀明・渡部雄一郎

DSM-5に関する約500題の問題とその解答・解説を掲載。診断分類・診断基準に関する問題はもとより、経過や有病率、併存疾患などに関連する問題や症例の要約を提示して診断を問う問題など、バリエーション豊かな構成。

●A5 頁400 2015年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02130-2]

DSM-5® ケースファイル

原著 John W. Barnhill / 監訳 高橋三郎 / 訳 塩込俊樹・市川直樹

DSM-5の診断分類に沿って、100を超える具体的なケースを収めた症例集。各症例は、症例提示、診断、考察の流れで統一され、診断を考えながら症例提示を読むことによってDSM診断についての理解を深めることができる。

●A5 頁448 2015年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-02144-9]

DSM-5® を使いこなすための 臨床精神医学テキスト

原著 Donald W. Black・Nancy C. Andreasen / 監訳 澤 明 / 訳 阿部浩史

エビデンスに基づく簡潔、公正な信頼性の高い解説と、具体的な症例により診断基準の使い方が身につく。初学者からベテランまで、DSM-5を学ぶための参考書として最適!

●B5 頁464 2015年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-02116-6]



DSM-5® 鑑別診断ハンドブック

原著 Michael B. First / 監訳 高橋三郎 / 訳 下田和孝・大曾根彰
●B5 頁268 2015年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-02101-2]

DSM-5® 診断面接ポケットマニュアル

原著 Abraham M. Nussbaum
監訳 高橋三郎 / 訳 染矢俊幸・北村秀明
●B6変型 頁304 2015年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-02049-7]

DSM-5® 精神疾患の診断・統計マニュアル

原著 American Psychiatric Association
日本語版用語監修 日本精神神経学会
監訳 高橋三郎・大野 裕
訳 染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村 将・村井俊哉
●B5 頁932 2014年 定価:本体20,000円+税 [ISBN978-4-260-01907-1]

DSM-5® 精神疾患の分類と診断の手引

原著 American Psychiatric Association
日本語版用語監修 日本精神神経学会
監訳 高橋三郎・大野 裕
訳 染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村 将・村井俊哉
●B6変型 頁448 2014年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-01908-8]

Medical Library 新刊案内

末梢病変を捉える 気管支鏡“枝読み”術 [DVD-ROM(Windows版)付]

栗本 典昭, 森田 克彦 ● 著

A4・頁184
定価:本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02072-5

評者 荒井 他嘉司
結核予防会複十字病院顧問

気管支鏡、特に末梢肺のEBUSに長年取り組んでおられた著者が、自身の努力と経験を基に気管支を末梢枝までCT画像で読影・同定する術を大成させて一冊の本として著しました。

CT画像から立体的位置関係を理解する技を伝授

本書は、第1章ではスライス間隔0.4mmのCT画像を用いての気管支の枝読みの方法とEBUSの基本的な知識、第2章では症例に基づいた枝読みの実際、第3章では肺末梢病変に対するEBUS-GS法についての基本的技術の解説とうまく入らなかったときの解決法、第4章ではEBUS画像と切除標本の対比、以上4部に分けてわかりやすく解説されています。



者にも理解しやすくなりました。末梢気管支分岐の分析においては、5次・6次気管支に及ぶCT画像分析とそれに対応する気管支鏡所見とを対比して解説しています。このような詳細な分析は他に類を見ません。

DVDに収められた症例のCTに対応する内視鏡所見は、鉗子が挿入されると視野が邪魔されてどの枝に入ったかがわかりにくくなる傾向にあるのは残念ですが、やむを得ないことと思います。またDVDがWindowsにのみ対応ということで不便を感じる読者も少なくないのではと思われます。

近年CTの3DCGによるバーチャル気管支鏡を用いたガイドが進むにつれて、検者が末梢の生検部位への経路、すなわち気管支分岐の立体的位置関係をあまり考えないで検査する傾向にあるのではないかと懸念されます。しかし、気管支分岐をCT画像の読影から頭の中で立体的に構築する能力を磨くことは呼吸器学を極める者の基本と考えます。本書の完成は気管支分岐を立体的に構築しながらCT画像を読むという呼吸器学の基本的な姿勢を再認識させてくれる良い機会となり、その技を磨くための道筋を本書が示してくれていると思います。

本書の主題である枝読みの内容について紹介します。気管支鏡の初心者がCT画像から気管支分岐を立体的に構築する上で、まずまごつくのは胸部CTの水平断面像が、尾側から見る像であるのに対して、気管支鏡医は被検者の頭側に立って患者を頭から見るため、観点が正反対である点ではないでしょうか。本書の特徴は、CTの水平断面像を左右反転し、さらに上葉では時計方向(右)または反時計方向(左)に回転した上で、それと内視鏡所見とを対比させながら読影法を解説してあることです。それにより、内視鏡とCTの所見との立体的位置関係が初

乳幼児健診マニュアル 第5版

福岡地区小児科医会 乳幼児保健委員会 ● 編

B5・頁160
定価:本体3,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02158-6

評者 横田 俊一郎
横田小児科医院院長

小児診療に携わる者であれば誰もが知る『乳幼児健診マニュアル』の第5版が出版された。本書は1992年に医学書院から初版が出版されたが、その前身となる『乳児健診マニュアル』は1985年6月に発刊されており、昨年

さらに細やかな見直しが行われた乳幼児健診必携のマニュアル

30年という節目の年を迎えたことになるという。当時新たに始まった10か月児健診に、他科の医師も参加することを視野に入れて作られたと最初のマニュアルには記されている。本書はほぼ完成された乳幼児健診のマニュアルである。携帯しやすく手元に置きやすいサイズで、しかも小児科専門医以外の医師が診察することも考え、乳幼児健診に必要な事項が過不足なく網羅されている。さまざまなマニュアル本が出版されているが、実際に健診を行う際にこの本ほど手頃なものはない。

内容も第4版で既に完璧と思われたが、第5版ではさらに細かいところの改訂がなされている。まずは表紙をめくった見開きに、各月齢の発達の目安・ポイントが本文より抜粋されて掲載されている。これから健診を行う児の月齢を頭に入れ、このページを確認してから健診に臨むことができる。「月齢別の健診のしかた」は8項目中6項目の執筆者が交代した。内容に大きな変更はないが各月齢の「発達の目安・ポイント一覧」が最初に示され、さらに利用しやすくなるよう細やかな見直しがなされている。

「すべての子どもが健やかに育つ社会」をめざして昨年からはじめた健やか親子21(第2次)の新たな計画を

踏まえ、重点課題である「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」「妊娠期からの児童虐待防止対策」に主眼を置いた改訂も行われている。「育児相談・育児支援」のパートでは、「母親のメンタルヘルスと育児支援」の項目が独立してより詳細な内容となっており、「子どもの虐待への気づきと支援」では、健診の場での虐待防止へのかわりが述べられている。

米国と同様に、わが国の小児のプライマリ・ケアを担う医師の仕事が感染症診療から、子どもの健康を守り、増進させることに重心を移してきていることは明らかである。小児のプライマリ・ケアを担う医師、小児科専門医だけでなく、脚光を浴びている総合診療専門医をはじめ地域のプライマリ・ケアを担っている医師の誰もが、乳幼児健診に取り組みねばならない時代になった。日本小児科学会も「小児科医は子どもの総合医である」と宣言し、乳幼児健診を中心とする研修会を定期的に開催するようになった。本書の果たす役割は、ますます大きくなっているように見える。

本書を親しみやすいものにしていく大きな要因の一つに、可愛い赤ちゃんのイラストがある。30年間使われ続けているこのイラストが、乳幼児健診マニュアルの生みの親の一人である松本壽通先生がお描きになったものであることを巻頭言で知り、この本への愛着がますます強くなった。乳幼児健診にかかわる全ての人に利用していただくことを切に願うものである。

肝臓診療マニュアル 第3版

日本肝臓学会 ● 編

B5・頁216
定価:本体2,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02167-8

評者 坪内 博仁
鹿児島市立病院長

このたび、日本肝臓学会編集の『肝臓診療マニュアル』が改訂され、第3版として上梓された。『肝臓診療マニュアル』初版(2007年)

は、もともと『科学的ガイドラインとともに肝臓診療に携わる臨床医必携の書』(2005年)に準拠して発刊されたものであり、2009年のガイドラインの改訂に合わせ、本マニュアルも2010年に第2版が出版された。今回の第3版は、2013年のガイドラインの改訂を受けて改訂されたものである。

『肝臓診療ガイドライン』と同様、本マニュアルも日本肝臓学会の事業として改訂作業が行われ、その方面のエキスパートが執筆し、日本肝臓学会

画広報委員会委員や理事の方々の査読により、マニュアルとしてのレベルが保証されている。

本書の章立てや項目は、もともと『科学的ガイドラインとともに肝臓診療に携わる臨床医必携の書』(2005年)と同様で、第2章「肝臓診療に必要な病理学」、第4章「肝臓早期発見のためのスクリーニング法」などはその性質上ほぼ改訂されていない。しかし、肝臓の診断や治療アルゴリズムは、ガイドライン2013年版を反映して、「コンセンサスに基づく肝細胞癌サーベイランス・診断アルゴリズム2015」および「コンセンサスに基づく肝細胞癌治療アルゴリズム2015」に改訂された(第5章「肝臓の診断」および第6

本邦最大級の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

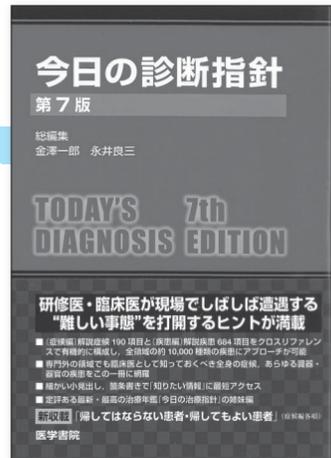
今日の診断指針

第7版

総編集 金澤一郎・永井良三

本書の特徴

- 症候編190項目と疾患編684項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇する全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
- 研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示
- 【第7版新収載】「帰してはならない患者・帰してもよい患者」(症候編各項目に掲載)



- デスク判(B5) 頁2144 2015年 定価:本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-02014-5]
- ポケット判(B6) 頁2144 2015年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02015-2]

医学書院

インテンスイスト

レジデントからIntensivistまで、圧倒的な支持を獲得し続けてきた
集中治療の唯一無二のバイブル、最新版

ICUブック 第4版

MARINO's The ICU Book, 4th Edition

集中治療医学テキストのベストセラーにしてロングセラー、7年半ぶりの改訂版。重症患者管理の基本と実践を、著者Dr. Marinoの豊富な臨床経験とエビデンスに基づき明快に解説。単独執筆による論旨の一貫性は今版でも堅持されている。全体の構成を見直したうえで全面的に書き直しが図られ、記述はより洗練された。5つの新章を含む全55章構成。オールカラー化によりビジュアル面でも理解しやすくなった。

監訳: 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 教授

定価: 本体11,000円+税
B5 頁880 図246 フルカラー 2015年
ISBN978-4-89592-831-1

MEDSI 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.medsi.co.jp
FAX: (03) 5804-6055 Eメール: info@medsi.co.jp

心因性非てんかん性発作へのアプローチ

Lorna Myers ● 原著
兼本 浩祐 ● 監訳
谷口 豪 ● 訳

A5・頁208
定価：本体3,400円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02197-5

評者 中里 信和
東北大学大学院教授・てんかん学

心因性非てんかん性発作（Psychogenic Non-Epileptic Seizure；PNES）とは、感情的問題が引き金で生じる発作であり、脳の電氣的興奮が原因のてんかん発作とは病態が異なる。てんかん発作と酷似するためベテラン医師でも鑑別が難しく、患者によっては真のてんかん発作と合併する場合もあり、臨床現場では診療に苦慮する機会が少なくない。本書は米国の臨床心理士が執筆した書籍を、てんかんを専門とする精神科医の谷口豪先生が訳したものである。谷口先生は、てんかんとその周辺疾患の心の問題について造詣が深いだけでなく、患者の生活全般にわたる広い視野を持ちつつ社会全体に対しての啓発活動にも積極的に取り組んでいる。

原著者は執筆の「第1の目的はPNESの患者の教育」であるとして、「教育を受けた患者は（中略）ドクターショッピングをするのをやめ（中略）、患者自身が治療を強力に主導できるようになるのです」と書き出している（「原書の序」より）。さらに「第2の目的は、患者の家族や愛する人たち、医療従事者、そして一般の多くの人にこの病気を知ってもらうこと」と述べられている。

ただし本書の前半部分は医学書スタイルのため、患者にはやや敷居が高い印象を受ける。本書が述べているように、患者は自分に関係する本書の部分をセラピストと共有するのが理想型であろう。医師や心理士が最初に読

て本書の構成を理解しておいて、次に患者や家族に本書を薦めてみる手順が、疾患教育には現実的ではなかろうか。

章が進むにつれて、てんかん学（神経学）的内容から、精神医学的・臨床心理学的な内容に変わる。心的外傷の役割、誘発因子、不安のコントロール、ポジティブ心理学などの章になるにつれ、読みやすさがどんどん増す。読者が患者である場合は、前半部の難しさにめげずに後半を楽しんでもらいたい。後半では具体的な生活指導まで細かく記載されている。最後のソローの引用「あなたが思い描いた人生を生きなさい」で、本書はクライマックスを迎える。

監訳の兼本浩祐先生は、てんかんに詳しい精神科医としての国際的リーダーである。本書には兼本先生がコラムを書き下ろしている。「PNESにおいて薬物療法は常に副次的である（中略）。PNES そのものに関しては、プラセボ効果以上の効能が投薬にあるのかどうか常に注意を払うべきである」（p.33）は名言だ。さらに、医師が臨床心理士や精神科医の助けを借りずに対処する方法として、患者の継続可能な受け入れ体制をつくる、病名告知が治療にも反治療にもなる、社会環境と本人との距離を調節する、の3点が述べられている部分も迫力がある。オーケストラの翻訳部とピアノ独奏のコラムがマッチしたコンチェルトのようなすてきな本である。

B型肝炎に対する核酸アナログの完成度が高くなり、C型肝炎はdirect acting antivirals（DAAs）の開発によりほぼ100%ウイルス陰性化が得られるようになり、B型肝炎およびC型肝炎はほぼ制圧できる時代になった。しかし、B型肝炎による肝細胞癌は、まだ減少の気配は見られず、C型肝炎についても患者の高齢化が進んでいることから、ウイルス陰性化後に発癌する患者の増加が見込まれている。さらに、非B非C型の肝癌は確実に増加していることから、今後も肝癌の診断および治療は肝臓病の大きな課題である。本書は『科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン』と共に、肝癌診療に携わる多くの臨床医にとって必携の書である。

長く医学生に愛用されてきた解剖学アトラスの最新版。解剖標本に忠実に描かれた定評のあるイラストは、解剖実習や臨床で役立つ絶妙なアングルで描かれ、多くの医学生・医師の助けとなってきた。さらにCTやMRIなどの画像写真、断面写真も充実し、知識の整理に役立つ表や理解を助ける模式図も豊富。名著の伝統と現代的な使いやすさが見事に調和した味わい深い図譜。手に取れば、愛され続けてきたその理由がわかるだろう。

「第1の目的はPNESの患者の教育」であるとして、「教育を受けた患者は（中略）ドクターショッピングをするのをやめ（中略）、患者自身が治療を強力に主導できるようになるのです」と書き出している（「原書の序」より）。さらに「第2の目的は、患者の家族や愛する人たち、医療従事者、そして一般の多くの人にこの病気を知ってもらうこと」と述べられている。

ただし本書の前半部分は医学書スタイルのため、患者にはやや敷居が高い印象を受ける。本書が述べているように、患者は自分に関係する本書の部分をセラピストと共有するのが理想型であろう。医師や心理士が最初に読

「第1の目的はPNESの患者の教育」であるとして、「教育を受けた患者は（中略）ドクターショッピングをするのをやめ（中略）、患者自身が治療を強力に主導できるようになるのです」と書き出している（「原書の序」より）。さらに「第2の目的は、患者の家族や愛する人たち、医療従事者、そして一般の多くの人にこの病気を知ってもらうこと」と述べられている。

「第1の目的はPNESの患者の教育」であるとして、「教育を受けた患者は（中略）ドクターショッピングをするのをやめ（中略）、患者自身が治療を強力に主導できるようになるのです」と書き出している（「原書の序」より）。さらに「第2の目的は、患者の家族や愛する人たち、医療従事者、そして一般の多くの人にこの病気を知ってもらうこと」と述べられている。

「第1の目的はPNESの患者の教育」であるとして、「教育を受けた患者は（中略）ドクターショッピングをするのをやめ（中略）、患者自身が治療を強力に主導できるようになるのです」と書き出している（「原書の序」より）。さらに「第2の目的は、患者の家族や愛する人たち、医療従事者、そして一般の多くの人にこの病気を知ってもらうこと」と述べられている。

内視鏡下鼻内副鼻腔手術 [DVD付]

副鼻腔疾患から頭蓋底疾患まで

森山 寛、春名 眞一、鴻 信義 ● 編

A4・頁336
定価：本体18,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02094-7

評者 川内 秀之
島根大学教授・耳鼻咽喉科学／日本鼻科学会理事長

300ページ余りを擁する本書は、鼻・副鼻腔あるいは関連領域の疾患に関する外科的治療について解説した、国内最高の教科書と言える。後世に残る歴史的なstate-of-the-artである。書評を依頼され読んでいくうちに、自分にフルボディのビンテージの赤ワインを味わう資格があるのかと、自問自答する羽目になった。そのため、小職が多忙な仕事の合間を縫い時間をかけて熟読するのに2か月を要した。その理由には、二つの大きな要素がある。第一の理由は、本書が単なる内視鏡を用いた鼻内副鼻腔手術の技術的な解説書ではなく、高橋研三先生に端を発し高橋良先生に受け継がれ、多くの慈恵医大の諸先輩の長年の努力により、熟成され築かれてきた集大成の結実であることをひしひしと感じたからである。第二の理由は、臨床医学としての鼻内副鼻腔手術の技術革新に貢献する手法として、本書には鼻副鼻腔の機能解剖に関する研究の歴史と深い造詣が基盤にあり、慈恵医大方式と謳われる今日の内視鏡下鼻内副鼻腔手術（endoscopic sinus surgery；ESS）の理論体系が見事に確立されている点である。素晴らしい成書であると賞賛し感嘆するほかない。

各論に少々触れてみると、編者の森山寛名誉教授が述べておられるように、ESSを志す若手の耳鼻咽喉科医から、症例経験の多い術者まで、幅広く、座右の銘として使える仕様になっている。付録のDVDは、解説書の理解を容易にし、その情報が2次元的に読者の脳に入ってくる。

また本書には、鼻副鼻腔疾患を有する患者の鑑別診断、局所所見や画像診断からの術前の病変の熟読から、内視鏡手術を施行するに当たった術前の準備、術中の対応、術後の患者のケア

には大変貴重な情報である。慢性副鼻腔炎の内視鏡手術の新たな手術分類や好酸球性副鼻腔炎に関する病態、外科的治療などについても詳細に言及されており、最新の内容をも網羅している。熟読した結果、余計なお世話と言われるが、いくつかの小さな変更すべき点も見つけるに至った。しかし、耳鼻咽喉科医になって33年を過ごし、教授職に奉職して21年が過ぎた自分だが、こんなに熟読した素晴らしい手術書は後にも先にも出てこないと確信している。半世紀以上前に慈恵医大を中心として日本で始まった鼻内手術の伝統は、医療用硬性内視鏡と手術機器の技術革新により、そのコンセプトが見事に結実され、今や全世界に百花繚乱のごとく浸透した。

最後に、この成書が英文に翻訳され、森山、春名、鴻の各氏のご努力と名声が全世界に行きわたることを願ってやまない。

最後に、この成書が英文に翻訳され、森山、春名、鴻の各氏のご努力と名声が全世界に行きわたることを願ってやまない。

がきめ細かく記載されている。また、それらの実施を完璧にするため、種々の医療材料や手術器具の使い方についても、微に入り細に入り紹介されており、ESSを行う読者のニーズに対応するencyclopedia（百科事典）と言っても過言ではない。慢性副鼻腔炎や鼻茸の手術はもちろんのこと、鼻中隔手術、外傷や腫瘍、各種頭蓋底病変に対する内視鏡手術についても、詳細な臨床解剖に基づいた手術手技が紹介されている。さらに手術の際の副損傷に関しても、その要因や予防について詳細にかつ誠実に解説されており、現場で手術を担当している医師

には大変貴重な情報である。慢性副鼻腔炎の内視鏡手術の新たな手術分類や好酸球性副鼻腔炎に関する病態、外科的治療などについても詳細に言及されており、最新の内容をも網羅している。熟読した結果、余計なお世話と言われるが、いくつかの小さな変更すべき点も見つけるに至った。しかし、耳鼻咽喉科医になって33年を過ごし、教授職に奉職して21年が過ぎた自分だが、こんなに熟読した素晴らしい手術書は後にも先にも出てこないと確信している。半世紀以上前に慈恵医大を中心として日本で始まった鼻内手術の伝統は、医療用硬性内視鏡と手術機器の技術革新により、そのコンセプトが見事に結実され、今や全世界に百花繚乱のごとく浸透した。

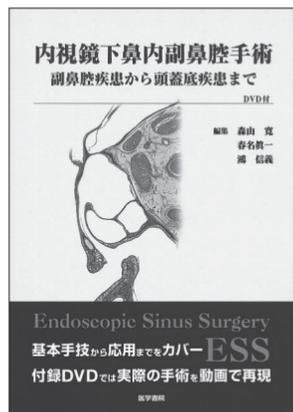
最後に、この成書が英文に翻訳され、森山、春名、鴻の各氏のご努力と名声が全世界に行きわたることを願ってやまない。

最後に、この成書が英文に翻訳され、森山、春名、鴻の各氏のご努力と名声が全世界に行きわたることを願ってやまない。

最後に、この成書が英文に翻訳され、森山、春名、鴻の各氏のご努力と名声が全世界に行きわたることを願ってやまない。

最後に、この成書が英文に翻訳され、森山、春名、鴻の各氏のご努力と名声が全世界に行きわたることを願ってやまない。

今日の 内視鏡下鼻内副鼻腔手術の 理論体系を見事に確立



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>

グラント解剖学図譜 第7版

長く医学生に愛用されてきた解剖学アトラスの最新版。解剖標本に忠実に描かれた定評のあるイラストは、解剖実習や臨床で役立つ絶妙なアングルで描かれ、多くの医学生・医師の助けとなってきた。さらにCTやMRIなどの画像写真、断面写真も充実し、知識の整理に役立つ表や理解を助ける模式図も豊富。名著の伝統と現代的な使いやすさが見事に調和した味わい深い図譜。手に取れば、愛され続けてきたその理由がわかるだろう。

原著 Anne M.R. Agur
Arthur F. Dalley
監訳 坂井建雄
順天堂大学大学院医学研究科 教授
訳 小林 靖
防衛医科大学校 教授
小林直人
慶応大学医学部臨床研修センター センター長・准
市村浩一郎
順天堂大学大学院医学研究科 准教授
西井清雅
防衛医科大学校 准教授



A4変型 頁920 2016年 定価：本体15,000円＋税 [ISBN978-4-260-02086-2]

医学書院

MEDSIの新刊

一歩上を行くジェネラリストのための最強の“備忘録”

プライマリケア ポケットレファランス

Pocket Primary Care

- 日本語監修：前野 哲博 筑波大学総合診療科教授 ●定価：本体4,200円＋税
- B6変 ●頁328 ●図17 ●2015年 ●ISBN978-4-89592-834-2

マサチューセッツ総合病院（MGH）が総力を結集して編集した、ポケットサイズの備忘録。外来を中心に皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科など内科以外も含む、プライマリケアシーンで遭遇する可能性のある幅広い診療領域を網羅。併存疾患への対応にも適した臨床現場での力強い味方。病棟に強い姉妹書「内科ポケットレファランス」との併用により、さらに効力を発揮する。

内科ポケットレファランス 第2版

2016年春刊行予定

- 日本語監修：福井 次矢 ●定価：本体4,000円＋税

2016年 年間購読申込受付中

病棟、外来、チーム医療、地域医療連携……
病院医療をコンタ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

Hospitalist

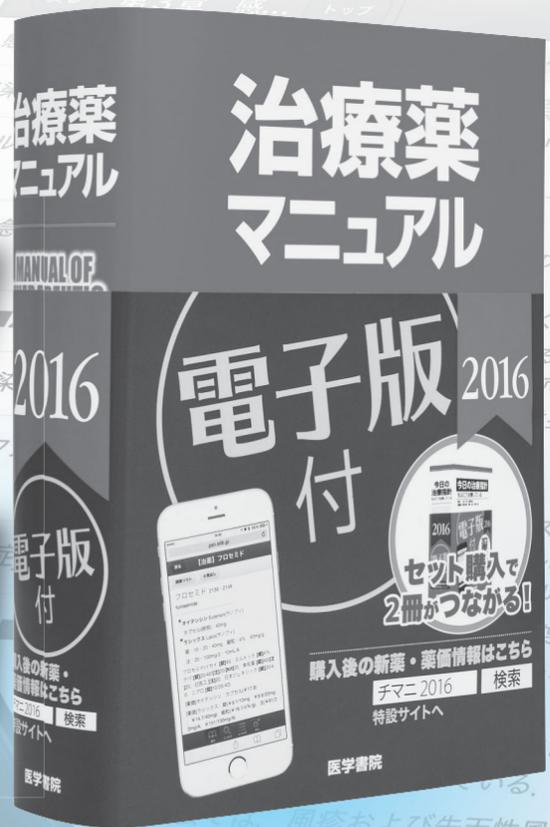
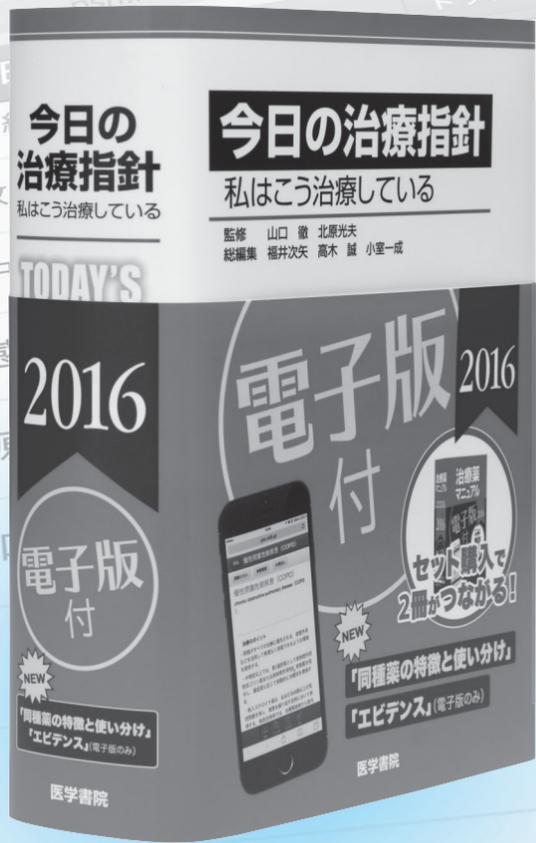
最新号

- A4変 ●200頁
- 一部定価：本体4,600円＋税

Vol.3・No.4 発売 特集：血液疾患

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

セット購入で 2冊がつながる!



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

圧倒的な量の情報を、書籍・電子の両方で提供

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2016

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

2016年版の特長

- 「同種薬の特徴と使い分け」を新設。降圧薬や糖尿病治療薬等、多くの同種薬につき、最適な薬剤の選択に有用。
- 電子版限定コンテンツとして、新たに「エビデンス」を追加。

本書の特長

- 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
- 大好評の付録「診療ガイドライン」：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

●デスク判(B5) 頁2192 2016年 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02392-4]
●ポケット判(B6) 頁2192 2016年 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-02393-1]

治療薬マニュアル 2016

監修 高久史磨 / 矢崎義雄 編集 北原光夫 / 上野文昭 / 越前宏俊

ハンディサイズで「使用上の注意」をカバーした唯一の治療薬年鑑

- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2015年に記載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を収録。
- 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。
- 医薬品レファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

新薬・最新薬価情報は chimani.jp 特設サイトで随時提供!

●B6 頁2752 2016年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02407-5]

☑ 両書籍とも購入特典・電子版付

☑ セット購入により、電子版で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」電子版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。
※ 閲覧期限は2017年1月末までとなります。
※ 2016年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2015年版のものです。2016年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2016年4月の予定です。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693