2011年6月6日
第2931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
JCOPY〈㈳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］腎臓内科診療の未来像（柏原直樹，赤井靖宏，田川美穂）…… 1―3面
■HIV/AIDS 米国における30年の歴史と展望（谷口俊文）…… 4面
■［連載］続・アメリカ医療の光と影/第85回日本感染症学会…… 5面
■［連載］老年医学のエッセンス…… 6面
■［連載］在宅医療モノ語り，ほか…… 7面

座談会 腎臓内科診療の未来像

赤井 靖宏氏
奈良県立医科大学准教授／卒後臨床研修センター

柏原 直樹氏＝司会
川崎医科大学副学長／腎臓・高血圧内科教授

田川 美穂氏
京都桂病院腎臓内科医長

腎臓病をめぐる医療の動きは速い。分子生物学の進展からもたらされる腎臓病の新たな成因の理解は腎臓内科の専門性を高めるとともに，成人人口の約10％にも及ぶと推定される慢性腎臓病（CKD）の概念の出現は，かかりつけ医を含めた診療科横断的な患者対応を腎臓内科医に求めている。

わが国の腎臓病診療を考えると，世界一と言われる透析システムを持つ一方で，腎移植数は欧米に比べはるかに少ない。このような状況のなか，腎臓病診療においてはどのような戦略をとればよいのだろうか。本座談会では，超高齢社会を迎えたわが国における腎臓病診療の未来像を展望したい。

柏原　私が腎臓内科医となった25年前を振り返ると，当時の腎臓内科医の仕事は慢性糸球体腎炎やネフローゼの診療が主体で，もっぱら腎固有の病気を診るものでした。その後，糖尿病の急増を背景として糖尿病性腎症が腎不全の最大の要因と認識され，近年は成因を問わず軽微な腎障害が心血管疾患の強力なリスク要因であることを明らかにした慢性腎臓病（CKD）の概念も生まれるなど，腎臓内科の守備範囲は変わってきています。

赤井　糖尿病患者の増加は，腎臓病診療の変化に大きな影響を及ぼしましたね。私が医師となった1990年ころは，腎機能が低下したらそのまま透析に移行し，糖尿病性腎症の診療でも腎臓内科医の関与は少なかったと記憶しています。

柏原　確かに糖尿病性腎症の診療は，糖尿病・内分泌科などで完結していた部分がありました。一方，CKDは想定以上に多数存在し，かつ心血管病の発症と強く関連していることが広く認識されてきましたね。

田川　私は米国から帰国して約2年半になりますが，この間だけでも血清クレアチニンの軽度上昇で，「CKD疑い」という紹介状を持参して来られる初診患者が増えています。これまでは「血圧を下げて観察するしかない」と思われていた患者も，腎臓内科医が早期から介入したほうが合併症を抑制でき予後がよいと認識され，地域の開業医までCKDが浸透してきました。

専門性の高い治療をすれば透析導入を遅らせるだけでなく腎機能の回復も期待できることが明らかになり，腎炎やネフローゼ以外でも腎臓内科医の専門性が認められてきたという印象を持っています。

柏原　CKDの概念が出てきた当初は，腎臓専門医の間でも疑問に思う部分がありました。しかし，昨年「Lancet」誌に掲載されたメタアナリシス[1]では，推定GFRが60 mL/分を下回る，もしくは微量アルブミン尿が検出される段階からほぼ指数関数的に心血管死亡や総死亡が増えることが報告され，エビデンスも充実してきています。

赤井　CKDへの認識が高まった理由の一つに，腎臓内科単独で診療するよりも，他科との連携が予後向上に求められるようになったことがあります。例えば心腎連関のように，腎疾患と心血管疾患との関連が深いことが示され，腎不全患者のリスク管理には腎臓内科医と循環器科医との連携が必要だととらえられるようになってきました。

柏原　かつては，最悪の場合は透析，というのが多くの非専門医の腎機能低下に対する認識でした。それも血清クレアチニン値が3―5 mg/dLまで上昇して初めて腎機能低下を危惧し，1.5 mg/dL程度では問題視されないことも多々ありました。早期，軽度の腎障害に対する危機意識の高まりとともに，腎障害のアウトカムも脳卒中や心不全，心筋梗塞あるいはそれに関連した寝たきりなど，さまざまなものがあるとわかってきました。そうしたことをすべて包括したのが現在の腎臓病診療だと思います。

超高齢社会に適した腎臓病診療の在り方を探る

柏原　腎臓病の基盤病態の理解が深まり，治療法に一定の進歩が見られるにもかかわらず，腎不全を呈する患者数は増えています。腎不全患者の増加率を世界と比較すると，日本は台湾に次いで高く，しかも右肩上がりです。超高齢社会であることを考えると，日本は世界に先立って腎臓病における新しい課題に直面している可能性があります。

赤井　特に高齢者の腎臓病は，CKDの概念の普及に伴い大きな課題になっています。例えば高齢者における透析導入のタイミングは，かかりつけ医と私たち腎臓内科医の間で適切な判断が要求される新たな問題です。透析導入時の平均年齢も右肩上がりですので，高齢者の腎症をどうとらえ，どのような治療方針をとっていくかは，これからの日本に課せられた大きなテーマだと思います。

柏原　そこは大事な視点ですね。もし透析の医療費をさらに自己負担すべきとなった場合，本当に現在の医療体制を維持できるのかという不安を私は感じています。

田川　80歳以降の自己負担割合を増やすという議論も一部でありますが，年齢で区切るような方法を現実にとることは難しいと思います。同じ80歳でも元気でバリバリ仕事をされている方もいるわけですから，年齢だけで切り捨ててよいのかという倫理的な問題もあります。

柏原　年齢で区切ることはおそらくできないでしょう。では高齢者の腎臓病診療について，先生方から何か提案はありますか。

田川　米国腎臓学会の腎臓内科教育プログラム「NephSAP」2011年1月号の特集「Geriatric Nephrology」（老年腎臓学）が参考になると思います。そこでは，高齢者の腎疾患を専門とする医師の育成とともに，高齢者のパフォーマンスステータス（PS）をどのように評

（2面につづく）

6 June 2011
新刊のご案内
医学書院
●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650（書店様担当）
●医学書院ホームページ〈http://www.igaku-shoin.co.jp〉もご覧ください。

標準放射線医学（第7版）
編集　西谷　弘、遠藤啓吾、松井　修、伊東久夫
B5　頁860　定価10,500円
［ISBN978-4-260-00597-5］

IVRマニュアル（第2版）
編集　栗林幸夫、中村健治、廣田省三、吉岡哲也
A5　頁448　定価6,510円
［ISBN978-4-260-01125-9］

一般臨床医のための メンタルな患者の診かた・手堅い初期治療
児玉知之
B5　頁200　定価3,675円
［ISBN978-4-260-01215-7］

〈神経心理学コレクション〉**病理から見た神経心理学**
著　石原健司、塩田純一
シリーズ編集　山鳥　重、河村　満、池田　学
A5　頁248　定価3,990円
［ISBN978-4-260-01324-6］

レジデントのための 血液透析患者マネジメント
門川俊明
A5　頁192　定価2,940円
［ISBN978-4-260-01387-1］

ロンドン大学精神医学研究所に学ぶ **精神科臨床試験の実践**
著　Everitt BS、Wessely S
監訳　樋口輝彦、山田光彦
B5　頁228　定価5,250円
［ISBN978-4-260-01236-2］

双極性障害 病態の理解から治療戦略まで（第2版）
加藤忠史
A5　頁344　定価4,935円
［ISBN978-4-260-01329-1］

〈神経心理学コレクション〉**心はどこまで脳なのだろうか**
著　兼本浩祐
シリーズ編集　山鳥　重、河村　満、池田　学
A5　頁212　定価3,570円
［ISBN978-4-260-01330-7］

介助にいかすバイオメカニクス
勝平純司、江原義弘、山本澄子、櫻井愛子、関川伸哉
B5　頁216　定価4,095円
［ISBN978-4-260-01223-2］

消化器内視鏡用語集（第3版）
編集　日本消化器内視鏡学会用語委員会
A5　頁312　定価3,990円
［ISBN978-4-260-01206-5］

図解　腰痛学級（第5版）
川上俊文
B5　頁336　定価3,990円
［ISBN978-4-260-01237-9］

サイコーシス・リスク シンドローム 精神病の早期診断実践ハンドブック
著　McGlashan TH et al.
監訳　水野雅文
訳　小林啓之
A5　頁328　定価5,250円
［ISBN978-4-260-01361-1］

〈JJNスペシャル〉**これだけは知っておきたい糖尿病**
編集　桝田　出
AB判　頁168　定価2,310円
［ISBN978-4-260-01389-5］

精神科の薬がわかる本（第2版）
姫井昭男
A5　頁216　定価2,100円
［ISBN978-4-260-01385-7］

上記価格は、本体価格に税5％を加算した定価表示です。消費税率変更の場合、税率の差額分変更になります。

座談会　腎臓内科診療の未来像

＜出席者＞

●柏原直樹氏

1982年岡山大医学部卒。岡山大，呉共済病院にて臨床研修。88―90年米国ノースウエスタン大に研究留学。帰国後，岡山大講師，助教授を経て，98年より現職。2004年より臨床教育研修センター長，09年副学長併任。研究テーマは腎臓病の進展機序の解明と新規治療法の開発。腎臓病の基盤病態としての酸化ストレス，血管内皮機能障害にも注目し，生活習慣病，加齢による腎障害，心血管病との連関機序の解明に取り組んでいる。主な編著に『慢性腎臓病CKD――病態理解に基づいた予防と治療のあり方』（メディカルレビュー社）など。

●赤井靖宏氏

1995年奈良医大大学院修了。国立循環器病センター研究所を経て，96年より米国トマスジェファーソン医大病院で内科レジデント，2001年よりペンシルバニア大病院腎臓・電解質・高血圧内科で臨床フェローとして米国臨床医学を研修。03年に帰国，08年より現職（総合診療科，循環器・腎臓・代謝内科を兼務）。米国内科専門医，米国腎臓内科専門医。

●田川美穂氏

2000年京大医学部卒。舞鶴市民病院内科にて初期研修の後，渡米。2003年米国ペンシルバニア・ホスピタル内科レジデント，ペンシルバニア大腎臓・電解質・高血圧内科フェローを経て2008年より現職。米国内科専門医，米国腎臓内科専門医。

（1面よりつづく）

価し，腎不全の治療法の選択肢を患者や家族にどう提示すべきか，ということが取り上げられています。これは，ADLの低下した高齢者では透析の導入でさらにADLの低下を招くことが多いため，例えば低タンパク食のような尿毒症の症状を抑制する治療を行い，できるだけよい状態を保つことのほうが，QOLを保てるのではないかという考え方です。

もちろんPSが高い高齢者には透析導入が最適な治療法だと思いますが，虚弱高齢者に透析を導入することが，本当によいことなのかは見つめ直す必要があると感じました。私はこのような考え方を，まずは腎臓内科医から発信して社会に広めていくことで，透析を行わない腎臓内科医療も一つの選択肢にできればと思っています。

柏原　私もその特集を読んで，日本でこそ老年科的な考え方が必要だと感じました。これからは，一人ひとりの患者のQOLに根差した個別の診療目標を，患者・家族と対等な立場でよく話し合った上で決定していくことが今以上に必要になるでしょう。

ただ透析以外の治療に基づくQOLについては，いわゆるエビデンスがあまりないため，QOLが維持されているかをエビデンスとして見いだしていくことが次の課題だと思います。

赤井　Geriatric Nephrologyという考え方が登場した背景には，高齢者の透析に米国も頭を悩ませているという実状があるのだと思います。米国でも透析導入者の増加とともに，医療費の問題がクローズアップされてきています。また末期の心不全や癌など余命が短い場合に，その方の人間としての尊厳や意思，あるいは家族の意思をくんだいわゆるDNR（do not resuscitate）の選択が，医療者や患者・家族間で少しずつ浸透してきているという背景もあります。

その一方，日本の医療現場では，「透析を導入しない」「行っていた透析をやめる」選択肢があるという考え方すらほとんど認識されていないと思います。越えなければならないハードルは多々ありますが，できれば学会などの専門職組織が主導し，皆で議論が必要な課題だと考えています。

柏原　残念ながら，日本では学会レベルでもそういった議論はまだほとんどできていません。

尊厳死などの問題ともつながっているので，日本では透析に限らず，医療の目的や目標に関してまだ深い議論ができていない気もします。ただ，日本は世界に先立って超高齢社会を迎えているわけですから，それに適した医療の在り方のコンセンサスづくりを始めなければいけませんね。

日米の腎臓病診療の違いとは

柏原　お二人は米国で腎臓病診療に当たられた経験を持ちますが，どのような点で日米の違いを感じましたか。

田川　私は5年ほど米国で腎臓病診療に当たりましたが，日本との違いを特に大きく感じたのは，患者と医療とのかかわりについてです。米国では予約通りに外来を訪れる患者は少なく，予約の半分ぐらいしか来ないこともありました。透析ですらスキップということもあります（笑）。この背景には医療制度や国民性の違いがありますが，日本では保存期の治療を患者がきちんと受けているため，結果として長生きなのだと思います。

赤井　米国で診療を行うと，「日本人はなんと真面目なのか」と感じますね。診療の頻度も，日本は米国に比べ高くなっています。米国では年2回程度の受診しかない腎不全患者もたくさんいますが，日本では月1回は診察を受けるなど比較的きめ細やかに診療を行えています。これが日本の透析患者の死亡率は米国の約3分の1という結果につながっているのかもしれません。

柏原　日本人は透析導入以前の医療へのアドヒアランスが高く，また透析導入後も質の高い医療を受け続けている。これは，医療統計だけでは見えてこない大事なポイントですね。

日本では，透析導入後は身体障害者に認定され医療費の面でも優遇されますが，米国ではどのような扱いになっているのでしょうか。

田川　米国でも透析導入後はメディケア（高齢者・障害者を対象とした公的医療保険）でカバーされるため，比較的優遇されています。

赤井　確かに透析導入後は優遇されるのですが，そこに至るまでは民間の医療保険しかないため，保険制度は医師の悩みの種となっています。保険会社が強い力を持ち，「この治療はカバーできない」「この専門医にはかかれない」という規制が多々あります。こういった保険会社との折衝は医師にとって大きな負担ですし，患者にとってもせっかく近所に専門医がいてもそこで治療を受けられないというジレンマがあります。医療の背景にあるこのような現実が，患者のコンプライアンスやアドヒアランスが高まらない要因になっているという気もします。

柏原　そう考えると，ごく常識的に日本の医療システムのほうが優れているように感じます。

専門医がより専門性を発揮できる米国

柏原　一方，日本が学ぶべき米国の優れた点にはどのようなものがあるのでしょうか。

赤井　米国が優れていると感じる部分の一つに，専門医がよりスペシャリティを発揮しやすい環境が挙げられます。米国では，腎臓専門医が病棟からのコンサルテーションに基づき患者の治療方針の指示を行いますが，日本の腎臓専門医は一度患者を受け持つと，腎臓を診て，血圧をコントロールしながらさらに糖尿病も一部診たりと，基本的にはその患者にかかわる治療のすべてを担います。日本のシステムのほうが安心という患者もいるので，一概に米国のシステムを取り入れるべきではありませんが，いわゆる専門医とジェネラリストとのすみ分けができている点は見習うべきです。

田川　確かに腎臓内科医の専門性に対するリスペクトは，日本よりもはるかに大きい気がします。米国では，腎臓専門医しか透析を回すことができないため，透析が必要になりそうな場合，すぐに専門医のもとにコンサルテーションがきます。早め早めにコンサルトが行われるので，特に急性腎不全では原因を腎臓専門医がきちんと診断でき，透析を免れるケースも多いです。

また日本と比べ，診療ガイドラインが浸透するスピードが速く，すべての腎臓専門医がそれを知った上で診療をしています。ガイドラインが改訂されるペースも日本よりはるかに早く，関連する論文が発表されると学会がすぐにそれに対するコメントを出すなど，最新のエビデンスが日常診療に反映される速度も速いように思います。

柏原　腎臓の専門医が力を発揮できるようなシステムがあり，さらにエビデンスをつくることにも一生懸命だからこそ，腎臓専門医が行う医療を尊重するような気風が米国にはあるのだと思います。

標準化された専門医制度の確立が求められる

赤井　もう一つ，医師を育てるシステムは米国の優れた点だと思います。米国では非常に効率的に臨床教育を行っています。米国では患者のベッドサイドでの教育，あるいは症例に基づいた臨床教育に多くの時間が費やされます。一方，日本では座学による臨床教育がまだ多く，ベッドサイドでの臨床教育がかなり少ないのではないでしょうか。

柏原　特に卒前教育における臨床実習は大きく違いますね。

田川　日本の臨床実習は見学中心で，患者の話を少し聞いて，カルテを見てレポートを書いて終わりです。しかし米国では，医学部3―4年生が実際の一人の患者の診察に当たり，上級医と一緒にオーダーを書いたり，薬剤の処方も自分で書いてそれを上級医が確認するといったように，現在の日本の1年目研修医とほぼ同様のことが行われています。

柏原　専門医教育でも，日米には大きな違いがありますよね。

赤井　はい。日本の専門医と米国の専門医は，同じ専門医という言葉を使っていますが，目的が大きく違うと感じています。というのは，米国の専門医は専門医教育の結果として取得するものです。つまり資格そのものではなく，いかなる教育を受けたかが重要なポイントです。身につけている知識や技術は一定の水準が確保されるため，専門医は診療についても同じ土俵で議論することが可能です。一方日本では，腎臓内科医のスタンダードが固まっていないためか同じ腎臓専門医でもレベルや守備範囲が違い，話が合わないこともあります。

柏原　“標準化”が専門医教育における課題ということですね。現在，日本では日本腎臓学会と日本透析医学会の二つの学会がそれぞれ腎臓の専門医資格を認定していますが，標準化された質の高いスペシャリティを付与できる専門医資格をつくるとしたら，具体的にどのようなことが必要になるのでしょうか。

赤井　米国の専門医教育におけるすべての研修プログラムと施設は，学会などから独立した専門職組織であるACGME（卒後医学教育認可評議会）に監督されています。専門医教育はACGMEが認可を与えた施設でのみ実施可能で，要件を満たした場合のみ認可が得られます。その審査は厳格で，有名な大学のプログラムでも要件を満

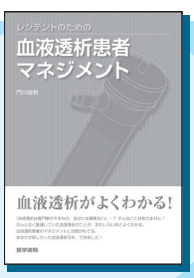
血液透析の基本と透析患者のマネジメント方法を、やさしくかつ実践的に解説

近刊

レジデントのための血液透析患者マネジメント

透析患者数は年々増加しており、どの科であっても透析患者を診る機会は多い。本書は、透析を専門としない医師に向け、血液透析の基本的知識と血液透析患者のマネジメント方法をやさしく解説。著者の豊富な経験に基づいた実践的解説にあふれ、通読して理解できる内容となっている。腎臓内科研修中の医師はもちろん、すべてのレジデントにお勧めしたい。また、透析専門医をめざす医師の入門書としても最適。

門川俊明
慶應義塾大学医学部・医学教育統轄センター



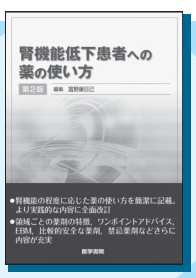
A5　頁192　2011年　定価2,940円（本体2,800円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01387-1]　医学書院

腎機能低下患者への薬物療法がコンパクトにまとめられた実践書

腎機能低下患者への薬の使い方 第2版

腎機能が低下した患者への薬物療法について具体的な処方例と薬剤の注意をコンパクトにまとめたもの。よく用いられる薬剤93成分について、腎機能低下の程度別に投薬量を明示。腎障害時に必要な注意、投薬時のポイントについても解説。第2版より薬剤の透析除去率、EBMがあるものについては明示した。

編集　富野康日己
順天堂大学教授・腎臓内科学



B6　頁308　2010年　定価3,990円（本体3,800円＋税5%）　[ISBN978-4-260-00888-4]　医学書院

たさない場合には容赦なく認定を取り消されます。日本でも，そのような第三者的な機関が標準的な専門医教育の施行を認定する制度を構築しないことには，標準化された専門医制度を確立することは難しいだろうと思います。

田川　私も同感です。米国では教育自体に評価が与えられ，例えば専門医教育を行う病院では，研修医の教育に費やした時間やその回診に何時間立ち会ったかでスタッフの給料が決まる仕組みです。しかし，日本では教育はボランティアです。市中病院では，研修医にいくら講義をしてもそれは給料には反映されません。自分の仕事が増えるだけなので，教えてあげたいという気持ちは持っていても，なかなかその時間が取れないこともあります。

腎臓学会にしても透析医学会にしても，指導医や専門医の人数が研修施設の指定要件に含まれているので，それを満たす施設となるとほぼ大学病院に限られてしまいます。専門医資格を取りたいから大学病院に籍だけ置いて，大学院生として数年間所属していれば規定をパスして受験できてしまう。そういったことが通用することも，教育に差が表れる背景にあるのだと思います。

柏原　専門教育を供給する教育機関の質を担保するシステムが必要ということですね。教育を変えるためには，教育する側である指導医自身も変わらなくてはいけないでしょう。その意味では，私の世代は早く去らなければいけないとも感じます（笑）。ぜひ先生方の世代が，教育の面でもリーダーシップを発揮して変えていってほしいと期待しています。

“特殊医療”にとどまる日本の腎移植

柏原　これからの日本の腎臓病診療を考える上で欠かせないものとして，腎移植があるでしょう。日本では，まだまだ移植は特殊な医療という印象を持たれているのが現状です。

田川　米国と比較すると，日本の医師には腎移植に対する理解やイメージがあまりないと感じます。医学生に「腎移植の5年生着率や5年生存率について習った人は？」と聞くと，ほぼ皆無です。移植医療に関する教育がほとんどないため，治療の選択肢の一つに腎移植があることを説明できる医師は少ないのが現実なのです。実際，日本で移植を受けた患者の約半分は，腎臓内科医から腎移植の話を聞いたことがないというショッキングな報告[2]もあります。

柏原　日本の腎臓内科医は，腎炎専門や透析専門など医師ごとに守備範囲が異なる側面がありますが，「移植についてはよく知らない」という点はほぼ全員に共通した部分でしょう。しかし米国では，透析前の診断レベルから腎代替療法，腎移植と広く知って初めて腎臓内科医を名乗ることができるのですよね。

田川　ええ。また，腎移植後の患者を，腎臓内科医が診るのも日米の大きな違いです。米国では，多くの移植患者のフォローを腎臓内科医が行っています。

柏原　腎臓内科医も移植にかかわるからこそ，治療の選択肢の一つとして説明できるということですね。一方，日本では患者側にも腎移植のイメージはあまりありませんね。

田川　はい。「そんな特別な医療，私には必要ない」というイメージが強く，自分が受けられる医療の選択肢の一つであり，普通の医療だという意識は低いようです。

柏原　何がそういった日米の意識の差につながっているのでしょうか。

田川　米国では医療経済の問題から，国策として腎移植が推奨されている背景があります。移植後，3，4年経過すると，透析を続けるよりも医療費が下がることが判明したため，移植登録者の割合で透析クリニックに支払う医療費に差をつけるなど，国家レベルで移植を後押しているのです。そういった社会的な背景が，腎移植に対するイメージの差につながっているのだろうと思います。

腎移植を推進するために

柏原　現在，日本の腎移植数は約1200件（**図**）であり，米国の約1万6000件と比べると人口の割でも大きく異なります。欧米と比べ極端に少ない移植数はバランスを欠いていると思わざるを得ません。

赤井　日米における移植の環境はさまざまな点で異なります。日本の場合，多くを生体腎に頼る一方，米国では60―70％が脳死を中心とした献腎です。患者の待機年数も大きく異なり，日本の平均15年に対し米国では5年程度です。日本では献腎移植はある意味夢のような話ですが，数年先には移植が実施可能な米国では，腎臓内科医が患者の療法選択において腎移植を勧めやすい環境にあるのだと思います。

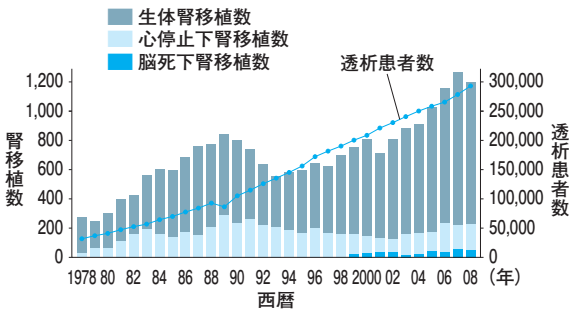
また，米国では，1998年に移植学会と腎臓学会が合同で腎移植のフェローシッププログラムを設立し，標準的な腎移植の管理が学べるようになるなど，教育面からも移植の推進を後押ししています。翻って日本では，例えば免疫抑制のプロトコールが施設ごとに異なるなど，移植のスタンダードは確立できておらず，腎移植を標準的に学べる環境もありません。

柏原　移植をめぐる環境や教育の在り方に課題があるわけですね。

今後移植を推進していくためには何が必要なのか，先生方のご意見をお聞かせください。

田川　米国の生体腎移植は，友人など家族以外からも可能です。日本は6親等以内の血族と3親等以内の姻族からしか認められていませんが，この基準を緩めることが移植拡大のためにまずできることだと思います。

赤井　それに加えて，脳死腎移植の件数をもっと増やしていかないと飛躍的な移植数の増加は難しいでしょう。そのためにはドナーの確保がやはり最大の課題です。



●図　わが国の透析患者および腎移植数の推移
（日本移植学会「臓器移植ファクトブック2009」より作成）

田川　昨年の臓器移植法の改正で，健康保険証や運転免許証に臓器提供意思表示欄が作られるなど，ドナー確保に向けた動きは進んできてはいますね。

赤井　ええ。移植の環境を整えようという動きが一生懸命なされているので，今後に期待したいと思います。

田川　もう一つ，移植コーディネーターの増員も期待される部分です。日本臓器移植ネットワークは頑張っているのですが，コーディネーターの人数があまり増えていません。コーディネーターがいない場合，ドナーとなり得る人がいたとしても結局提供できません。

柏原　手を付けなければいけないことはたくさんあるわけですね。移植に関しては，正しい知識を国民に浸透させて，国民や患者の側からニーズがあることを訴えていくことも必要だと思います。それがドライビングフォースとなり，学会，そして行政を動かすことにつながるのかもしれませんね。

日本の腎臓病診療がめざす道

柏原　日本の腎臓病診療をめぐっては，課題を多く抱えるという意味で最先進国である可能性が高く，中国などの新興国も10年，20年後には必ずぶつかるような課題を抱えています。その解決策を世界に先立って示すためにも，これからの日本の腎臓病診療がめざす道について，最後にお二人のお考えをお聞かせください。

田川　これまでの腎臓病診療は，腎臓が悪くなったら透析に移行するだけでした。しかしこれからは，腎臓内科医が透析以外も含めた専門的な医療を主導していく必要があると私は考えています。そのためには，この超高齢社会のなかで腎臓内科が担っていく役割を明確にするとともに，移植における腎臓内科医の役割も広げていく必要があります。この実現には，やはり新たな教育システムの構築が求められると考えています。

赤井　私は専門医の価値をもっと高めることが，これからの腎臓病診療に必要なことだと考えています。日本の場合，専門医を取得しても給料が上がるわけでもなく，何か特別なことができるようになるわけでもありません。これでは，日本の専門医制度自体が破綻する懸念もあります。専門医をしっかり定義し，専門医が行えることを整理することが，腎臓内科の役割を明確化することにつながると思います。

柏原　超高齢社会を迎え，腎臓内科医の守備範囲はこれまで以上に広がることは間違いありません。そのなかで腎臓内科医の専門性を発揮していくためには，本当に価値のある専門医を育てなければならないでしょう。そのためには，教育機関としての大学病院や中核病院の教育層の意識改革がよりいっそう求められると思います。

本日は，日本の腎臓病診療の今後の展望について，さまざまな見地から議論を深めることができました。ありがとうございました。（了）

●文献

1）Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: acollaborative meta-analysis. Lancet. 2010 ; 375（9731）: 2073–81.
2）柴垣有吾，他．腎移植における腎臓内科医・透析医の関与．腎臓学会誌．2004；46（1）: 20–5.

New 新刊
基礎から臨床まで、腎臓の“すべて”をこの1冊で
シュライアー腎臓病と病態生理
Schrier : Renal and Electrolyte Disorders, 7th Edition

▶腎生理の第一人者シュライアーの名著、待望の邦訳。水電解質・酸塩基平衡など生理学の基本から、疾患の病態生理やそのメカニズムまで幅広く網羅しかつ詳細に解説。基礎と臨床の関わりを筋道立てて学ぶことができる。原著初版の刊行から35年間、版を重ねつつ新しい内容を盛り込み完成度を高め、世界中の腎臓に関心のある医学生や医師たちに広く支持されてきた、まさに信頼できる成書。腎臓専門医やそれを目指す研修医の座右書であり、内科医全般にも有用。
監訳
南学正臣　東京大学医学部腎臓・内分泌内科講師
奥田俊洋　東京大学保健センター
監訳協力
和田健彦　東京大学医学部附属病院腎臓・内分泌内科
花房規男　東京大学医学部附属病院血液浄化療法部講師
定価10,500円（本体10,000円+税5%）　B5　頁680　図101　写真32　2011年　ISBN:978-4-89592-681-2
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　FAX.(03)5804-6055　http://www.medsi.co.jp　Eメール info@medsi.co.jp

日本クリニカルパス学会・医学書院 主催　2011年度 クリニカルパス教育セミナー
わかる！できる！クリニカルパス
～基本と実践～
＊プログラムタイトルは仮題です
大阪　定員 400名
2011年7月9日（土）13：00～17：15
千里ライフサイエンスセンター ライフホール
豊中市新千里東町1-4-2
千里ライフサイエンスセンター5階
座長　副島秀久（済生会熊本病院）
山中英治（若草第一病院）
プログラム
● パス使用時の医療記録・看護記録の考え方　森崎真美（済生会熊本病院）
● クリニカルパス電子化のポイント・落とし穴　勝尾信一（福井総合病院）
● 分析を意識したパスの作成（含 ベーシックアウトカムマスター（BOM）について）　若田好史（九州大学病院）
● DPC時代で活きるクリニカルパス　田村茂行（関西労災病院）
● 地域連携パスを使った地域医療ケア向上への取り組み　里井壮平（関西医科大学附属枚方病院）
東京　定員 400名
2011年7月23日（土）13：00～17：15
学術総合センター 一橋記念講堂
東京都千代田区一ツ橋2-1-2
学術総合センター2階
座長　濃沼信夫（東北大学大学院）
齋藤　登（東京女子医科大学）
プログラム
● パス使用時の医療記録・看護記録の考え方　久保田聰美（近森病院）
● クリニカルパス電子化のポイント・落とし穴　岡本泰岳（トヨタ記念病院）
● 分析を意識したパスの作成（含 ベーシックアウトカムマスター（BOM）について）　島井健一郎（国立がん研究センター）
● DPC時代で活きるクリニカルパス　中村廣繁（鳥取大学医学部附属病院）
● 地域連携パスを使った地域医療ケア向上への取り組み　田中良典（武蔵野赤十字病院）
参加費：5000円（資料代・消費税含む）
申し込み方法：学会ホームページ（http://www.jscp.gr.jp）からオンラインで受付致します。
セミナー受講者には「セミナー修了証」を発行いたします。
お申し込みに関するお問い合わせ：
日本クリニカルパス学会事務局
TEL 03-3470-9978　FAX 03-3470-9962
E-mail: jscp-admin@umin.ac.jp
内容に関するお問い合わせ：
株式会社医学書院PR部　電話 03-3817-5696

寄稿

HIV/AIDS 米国における30年の歴史と展望

谷口 俊文　ワシントン大学感染症フェロー/米国感染症専門医

男性同性愛者におけるHIV感染に伴うニューモシスチス肺炎が1981年6月5日付のMMWR（Morbidity and Mortality Weekly Report）に報告されてから30年が経過する。はじめの15年，HIVの診断は死の宣告同然であったが，1996年ごろからウイルスを抑制する抗レトロウイルス療法（anti-retroviral therapy ; ART）が導入されて死亡率が劇的に改善したため，糖尿病などと同じ「慢性疾患」としてとらえられるようになってきた。先進国においては新規HIV感染者数は横ばいであり，HIV感染者の総数としては増加傾向にある。

本稿では，米国におけるHIVの現状，課題と今後の展望について報告したい（発展途上国におけるHIVの諸問題はここでは割愛する）。

HIVに対する治療の進化と限界

抗レトロウイルス療法が導入され始めた当初は副作用が多く頻回に服用せざるを得なかったが，現在米国では，耐性さえなければ1日1回1剤（Atripla®，**註1**）で治療が可能だ。抗HIV薬の種類（**表**）も徐々に増え，多くても1日2回服用でほとんど治療できるようになった。

1996年以降，どの抗HIV薬の組み合わせが一番効果的で，長期的にウイルスを抑制し副作用を最低限にすることができるのか，さまざまな大規模臨床試験が行われた。現在のガイドラインで推奨される組み合わせは十分に効果的であり，わずかな差を求めるために異なる種類の抗HIV薬の組み合わせを比較するランダム化試験を今後行うことは意味がないと考えられるようになってきた。もちろん，新しい抗HIV薬が開発されれば，有効性もしくは非劣性を示すための臨床試験が必要になってくるだろう。

現存の治療薬ではHIVの治癒には至っておらず，結局，一生抗レトロウイルス療法を続けなければならない。そのため，長期間抗HIV薬を服用することによる合併症が問題になる。また，抗HIV薬を使用してウイルスを抑制しても，ウイルス感染そのものにより慢性的な炎症が起こっているためにさまざまな合併症を呈しているのではないか，と考えられるようになった。例えば，HIV感染そのものが心筋梗塞のリスクファクターと考えられるようになり，特定の抗HIV薬を服用中の患者は心筋梗塞発生率が有意に高いことも知られている。また，HIV感染者は非感染者と比べて認知障害の発症率が高くなる。これは脳脊髄液中のウイルスを抑制しきれていないからか，抗HIV薬による副作用なのか，いまだ不明である。

抗レトロウイルス療法により，HIV感染者は他の慢性疾患を有する非感染者と変わらない寿命を全うすることができるようになってきたと言われているが，それは統計学的な算出による推測にしか過ぎず，証明するためには長期間にわたる観察研究が必要になる。昔と比べれば長く生きることができるようになったのは事実であるが，同時にHIV感染者では加齢の進行が速いこともわかってきた。加齢に伴う合併症そのものとHIV感染との関連はいまだわかっていないことも多い。HIVと加齢に関する研究は，今後の大きなテーマとなることだろう。

その他，腎不全，糖尿病，脂質異常症，骨粗鬆症，うつ病など，HIVとその治療薬に関連付けられる疾患は多い。米国におけるHIVクリニックでは，内科・精神科疾患の予防や治療が重要視されるようになってきた。HIVを含めた免疫不全に伴う感染症のみを取り扱うのではなく，プライマリ・ケア医としての総合力が必要になる。

●表　米国で主に使用される抗HIV薬と臨床試験中の有望な抗HIV薬

NRTI（ヌクレオシド・ヌクレオチド系逆転写酵素阻害薬）	テノホビル・エムトリシタビン（ツルバダ®） アバカビル・ラミブジン（エプジコム®） ジドブジン・ラミブジン（コンビビル®）	
NNRTI（非ヌクレオシド・ヌクレオチド系逆転写酵素阻害薬）	エファビレンツ ネビラピン エトラビリン Rilpivirine（TMC278：臨床試験中）	
PI（プロテアーゼ阻害薬）	ダルナビル アタザナビル	リトナビル （ブースターとして左記と組み合わせる）
	ロピナビル・リトナビル（カレトラ®）	
INSTI（インテグラーゼ阻害薬）	ラルテグラビル Elvitegravir（QuadというElvitegravir・Cobicistat・テノホビル・エムトリシタビンの合剤が臨床試験中），Dolutegravir（臨床試験中）	
CCR5受容体拮抗薬	マラビロック	
HIV融合阻害薬	Enfuvirtide（日本未認可）	
HIV結合阻害薬	BMS-663068（臨床試験中）	

＊日本未認可のものはすべて英字表記とした。また，ほかにも抗HIV薬は存在するが，紙面の都合上，特に重要なものだけを取り上げた。

慢性炎症との闘い

このような背景の下，HIV感染に伴う慢性炎症をどのように抑えるかが盛んに研究されている。

スタチンは抗炎症作用があることが知られており，米国のAIDS Clinical Trial Group（ACTG，**註2**）では，抗レトロウイルス療法にて治療中でウイルスを完全に抑制している患者に対して，アトルバスタチンを投与し炎症マーカーをモニターする臨床試験が行われている（ACTG 5275）。なぜHIV感染によって慢性炎症が引き起こされているのかという研究も多数存在する。消化管におけるCD4 T細胞の減少に伴うmicrobial translocationにより慢性炎症が引き起こされているのではないかと考えられ，microbial translocationの根拠となるようなサイトカインやLPS（lipopolysaccharide，リポ多糖）などのマーカーを計測，また抗菌薬であるリファキシミンを投与してmicrobial translocationを抑制することはできないかなどの研究（ACTG 5286）が行われようとしている。

治癒をめざして

ベルリンにて急性骨髄性白血病を発症したHIV患者にケモカインレセプターであるCCR5の遺伝子32塩基を欠損したドナーからの骨髄移植を行ったところ，その後抗HIV薬を服用せずともウイルスが検出されない状態となり，世界で初めてHIVの治癒に至った症例となった。この「ベルリンの患者」はHIVの治癒が可能であるかもしれないという夢と明るい希望をもたらした。

ジンクフィンガーヌクレアーゼ（Zinc Finger Nucleases ; ZFNs）はゲノムDNAの編集を可能とする人工制限酵素であり，これを利用して遺伝子的にCD4＋T細胞のCCR5受容体もしくはCXCR4受容体を特異的に変異させる臨床試験が行われている。その結果は2011年にボストンで行われたCROI（Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections）で発表され，まずまずの結果を出したとされる。ただ，臨床応用に着手したばかりなので，今後の研究の成果に期待したいところである。遺伝子治療によるHIV治癒への挑戦は始まったばかりだ。

●図　今後のHIV研究の課題

HIV感染の予防

一方，HIVの新規感染者数を減らすための予防に関する研究は行き詰まりを感じる。HIVワクチンの開発競争は進むものの，どの臨床試験においても決定的な結果を得られていない。ワクチン以外の予防の手段として，HIV感染のリスクが高いとされる男性同性愛者を対象にテノホビル・エムトリシタビンの合剤をHIV暴露前予防投薬として使用する臨床研究（iPrEx）は4割程度新規感染者数を減らすという一定の結果をもたらした。しかしながら同様の臨床試験であるFEM-PrEPというHIV予防の臨床試験ではプラセボと差がないことが指摘され中断された。

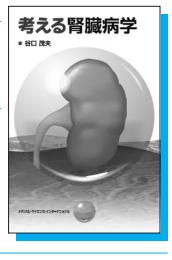
HIVに対する予防で決定的な手段は存在しない。Test & Treat（すべてのHIV陽性者を治療すること）を行うと新規感染者数が減少するという統計学的算出のデータをもとに臨床試験を試みている地域があるが，結論が出るのはまだ先の話であろう。現在，有効な予防法として確立しているのはコンドームである。原点に帰って性教育も重要ではなかろうか。

＊

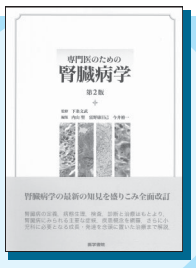
以上の話をまとめると，HIVと慢性炎症，HIVと加齢，HIVの治癒，HIVの予防（ワクチン，暴露前予防投薬など）という4つの大きなテーマが今後のHIV研究における課題となる（**図**）。次の10年間にどのような進歩があるだろうか。筆者は，HIVの影響を一番深刻に受けている発展途上国のHIV感染者に対して，治癒とワクチンによる有効な予防を提供できる日を夢見るのであった。

註1：ツルバダ®とエファビレンツの合剤。
註2：米国におけるACTGは，HIV/AIDSの多施設共同臨床試験を行うための基盤として1986年に設立され，HIV診療指針となる数多くの研究をこれまで行ってきた。

※なお，筆者は米国Bristol-Myers Squibb社より，BMS virology fellow research training programを通じて研究費を得ている。

New 新刊
なぜそうなるのか、何をすべきか、考えながら読み進めると、生きた知識が身につく―だから よくわかる！
考える腎臓病学
▶腎臓の機能・構造から、水電解質・酸塩基平衡や具体的な疾患にいたるまで、腎臓病学の全体像をコンパクトに凝縮。ポイントの理解レベルを確認すべく適宜設問を設定。単なる知識の蓄積を目的とせず、答えに至るまでの思考のプロセスを重視し、順序立てて解説を加え、最終的に腎臓病に対する理解が深まることを目指している。医学生・研修医の予復習や、体液調整の要である腎臓や腎機能の障害に対する理解が求められる臨床家の知識の整理に。
著 谷口茂夫 東京厚生年金病院副院長


定価4,200円（本体4,000円＋税5%）
A5変　頁248　図28　2011年3月
ISBN978-4-89592-669-0
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　FAX.(03)5804-6055　http://www.medsi.co.jp　Eメール info@medsi.co.jp

腎臓病学の実践書、最新の知見を盛り込み全面改訂
専門医のための腎臓病学 第2版
腎臓病専門医や腎臓病専門医を目指す医師を対象とした実践書。改訂では情報をアップデートし最新の知見を盛り込んだ。〔症候編〕、〔新しい疾患概念〕、〔疾患編〕で構成。症候編では腎の構造と機能をベースにおいた診断の進め方を、新しい疾患概念では最近のあらたな疾患概念であるCKDやメタボリックシンドロームについて、疾患編では疾患の病態生理・診断・治療をまとめた。あえて〔基礎編〕は作らず、項目ごとに必要事項を織り込んで解説した臨床志向の1冊。
監修 下条文武 新潟大学学長
編集 内山 聖 新潟大学大学院教授・小児科学
富野康日己 順天堂大学教授・腎臓内科
今井裕一 愛知医科大学教授・腎臓・リウマチ膠原病内科


B5　頁640　2009年　定価15,750円（本体15,000円＋税5%）　[ISBN978-4-260-00861-7]　医学書院

続 アメリカ医療の光と影　第199回

アウトブレイク⑬

李　啓充　医師／作家（在ボストン）

公聴会でのFDA批判

2000年7月18日，下院・政府改革委員会において「医薬における水銀使用――不必要なリスクを冒しているのか？」をテーマとして，公聴会が開催された。

冒頭，公聴会開催の目的を説明したのは，同委員会委員長ダン・バートン議員（共和党，インディアナ州選出）だった。

「昨年来，本委員会は，予防接種に関する安全性・研究・政策についての調査を行って参りました。一部に，本委員会の調査を『反予防接種運動』と見なす向きがあるようですが，これほど真実からかけ離れた非難はありません。安全で有効な予防接種が命を救う一方で，十分な検証・検討が行われない場合，予防接種は危険なものとなりますし，その好例がロタウイルス・ワクチンでした。

……何が起こったのかを調査することは決して無責任な行為ではありませんし，連邦政府の諮問委員を務める多くの医師は『利益相反』の問題を抱えています。彼らは，予防接種の許認可について決定する立場にあるというのに，ワクチンを製造する製薬企業から報酬を得ているのです。

……本日の主題は医薬に使用されている水銀の問題です。水銀が毒であることを知らない人はいません。少量・長期の暴露は，精神遅滞・脳性麻痺・中枢神経障害と関連付けられてきました。私たちは，子どもたちが医薬に含まれる水銀に暴露されることがないように食品医薬局（FDA）が守っていると思い込んできましたが，そうではありませんでした。1930年に初めて市販された後，チメロサールは，広く予防接種の（水銀系）保存剤として使用されてきました。現在認可されている50種以上の予防接種に使われているのです。

生後6か月までの間に，子どもたちが（予防接種を通じて）環境保護局の安全基準を上回る水銀に暴露されている事実をFDAが認めたのはつい最近のことであります。子どもたちが，4つや5つの予防接種をいっぺんに投与されるのはよくあることです。私の孫も，一度に9種類の予防接種を受けさせられましたが，その結果，62.5マイクログラムの水銀に暴露されました。孫の体重からすると一日の許容量は1.5マイクログラムでしたから，41倍の量を投与されたことになります。

……FDAは水銀を含むような（危険な）ワクチンを即刻市場から排除するはずだと思うのが普通でしょうが，そうではありませんでした。米小児科学会と合衆国公衆衛生局が，予防接種からチメロサールを除去すべしとする共同声明を発表したのは1999年7月9日のことでした。一方，FDAがワクチン製造企業に対して『医薬品におけるチメロサールの減量・除去』に関する勧告を出したのは2000年5月31日のことでした。しかも，この勧告は何ら強制力を伴うものではなかったので，チメロサールが入ったワクチンはいまだに使われているのです。

FDAが水銀入りワクチンの使用を許可し続けているために，毎日8000人以上の子どもが予防接種を通じて毒性を発揮する量の水銀を投与されているのです。

……FDAは，食品添加物の場合，水銀を含む化合物は認可していませんし，水銀を含む化合物一般について安全とはみなしていません。

……食品添加物や店頭販売医薬品の場合は安全でないというのに，なぜワクチンなら水銀は安全だというのでしょう……」

出席者の顔ぶれと委員長の思惑

と，公聴会の目的について述べた後，バートンは発言者の顔ぶれを紹介し始めた。疾病予防管理センター（CDC）の担当官等，予防接種の専門家が招かれていたのは当然だったが，「意外」なことに，発言者の多くは，自閉症を専門とする医師や，自閉症児を持つ親で占められていた。公聴会には「医薬における水銀使用」という概括的な名称が与えられていたのとは裏腹に，バートンが政府改革委員会委員長として公聴会を主催した本当の目的が，「予防接種に含まれる水銀系保存剤チメロサールと自閉症の因果関係」を検証することにあったのは，出席者の顔ぶれからも明らかだった。

しかも，ワクチンの許認可について諮問する専門委員の「利益相反」についてあえて言及したことからもわかるように，バートンが「チメロサールが自閉症の原因」とする説を信じ，「危険なワクチンの使用を認めているだけでなく，子どもたちへの接種を義務付けている」FDAに対し，批判的であることに疑問の余地はなかった。

では，なぜ，バートンが「チメロサールが自閉症の原因」と信じるようになったかというと，その理由は，自身の孫クリスチャンが，「9種類のワクチンを投与された後，自閉症になった」という体験をしていたことにあった。「自閉症の症状が出現し始めたのは予防接種の後。予防接種が原因だったのは間違いない」と信じ込んでいたのである。　（この項つづく）

メルマガ配信中
毎週火曜日,医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。
お申込みは医学書院ウェブサイトから。
医学界新聞メルマガ　検索

第85回日本感染症学会開催

第85回日本感染症学会が4月21―22日に小野寺昭一会長（慈恵医大）のもと，ザ・プリンス パークタワー東京（東京都港区）にて開催された。東日本大震災の発生を受け一部のプログラムを変更した今回だが，緊急開催された2つのセミナー「災害と感染症対策」では，感染症の専門家として被災地支援のネットワークをつくることが使命と強調されるなど，感染症領域における課題を解決するための演題が並んだ。

本紙では，感染症領域における多施設共同研究について議論したシンポジウムのもようを報告する。

●小野寺昭一会長

感染症領域では，病原体の種類が多様，診療科横断的といった感染症独特の性質が症例の除外判断を難しくさせるなど，多施設共同研究を困難なものとしている。シンポジウム「多施設感染症臨床研究推進の基盤作り」（座長＝京大病院・一山智氏，東邦大・舘田一博氏）では，5人の演者が感染症領域における多施設共同研究の経験に基づき，研究推進のための方策を述べた。

感染症領域で臨床研究を成功させる知恵を出し合う

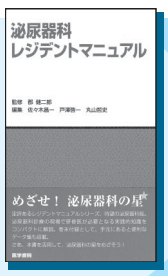
最初に登壇した高倉俊二氏（京大病院）は，カンジダ血流感染の全国サーベイランスと，その結果に基づく抗真菌薬治療のランダム化比較試験の二つの多施設共同研究について紹介した。学会の支援に基づく調査であり成功裏に終了した前者に対し，後者では症例が集まらず失敗に終わったという。失敗の理由として，複雑なエントリー基準や候補症例に即時性が必要であった点を挙げ，治療介入研究の困難さを強調。ただ前者のような後ろ向き研究でも，結果に基づく介入後は生存率の改善につながったことから，現状を正確に知ることの意義を主張した。

引き続いて，柳原克紀氏（長崎大病院）が地域で行う臨床研究について報告。氏らは長崎県での多施設共同研究の実施に当たって，2か月に一度研究会を実施し，情報交換を行うことで施設間の差の縮小に努めているという。また，臨床の疑問を解決できる研究を取り上げることで，研究熱心な医師のモチベーションを高めていると紹介した。さらにアジア地域におけるインフルエンザ薬の治験についても言及。複数国・多施設の検体の評価を統一するため検査は一か所で行うなど，臨床研究の推進について具体的な手法を示した。

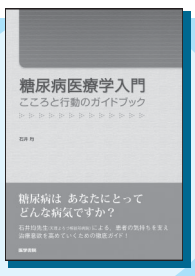
清水潤三氏（大阪労災病院）は多施設共同のSSI（手術部位感染）サーベイランスの経験を報告。阪大消化器外科の関連施設21施設で2003年より行ったSSI調査の結果，術式によりSSIに大きな差があることを明らかにするとともに，開始当初よりSSIを減少することができているという。また，真皮縫合法の臨床試験についても触れ，登録症例を増やすため研修医を対象とした手技コンテストを開催するなど，試験実施における工夫を紹介した。

現場発の多施設共同研究の経験については，大曲貴夫氏（静岡がんセンター）が発言した。臨床現場では研究や論文発表にインセンティブを感じにくく，いざ研究をやる気になっても，リサーチクエスチョンや研究基盤，また研究を行うスキルがないなど多くのハードルがある。氏は，メーリングリストから議論に火がつき，多施設共同研究の実施に至った「日本の病院における血液培養採取状況および陽性率の実態調査」を紹介し，この経験が現場からでも研究が「できる」という自信につながったことを強調した。また医療の質領域の議論を参考に，日々医療を実践するなかで流されがちな現場の問題も，論文化することが重要との見解を示した。

小池竜司氏（東京医歯大病院）は，組織戦略の面から臨床研究を推進するための方策を述べた。同院では抗MRSA薬の第III相試験を実施したが，試験の過程で検査部・薬剤部に多大な負担がかかるとともに，複数診療科が参加したため部署・部門間の調整に苦労し，感染症介入研究の難しさを実感したという。氏はこの経験を踏まえ，非介入研究から多施設共同研究を始めることを提案。研究へのハードルを下げるため，分担施設ではIRB（倫理審査委員会）が不要と解説し，市販後調査情報の活用などを促した。

泌尿器科診療の現場で必要となる実践的知識をコンパクトにまとめたマニュアル
泌尿器科レジデントマニュアル
定評あるレジデントマニュアルシリーズ、待望の泌尿器科版。泌尿器科診療の現場においてレジデントレベルで必要とされる実践的な知識を、コンパクトに解説。また、巻末付録として各種分類や基準値など、手元にあると便利な資料・データ集も収載。泌尿器科研修医はもちろんのこと、泌尿器科領域の診療に携わるすべての若手医師・コメディカルに日常的に携行し随時利用していただきたい、必携のマニュアル！
監修　郡　健二郎　名古屋市立大学大学院教授・腎・泌尿器科学
編集　佐々木昌一　名古屋市立大学大学院准教授・腎・泌尿器科学
戸澤　啓一　名古屋市立大学大学院准教授・腎・泌尿器科学
丸山　哲史　名古屋市立東部医療センター・泌尿器科部長


B6変型　頁408　2011年　定価4,830円（本体4,600円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01226-3]　医学書院

天理よろづの石井均先生が、患者の気持ちを支え、治療意欲を高めるために徹底ガイド！
糖尿病医療学入門　こころと行動のガイドブック
治らない病気と言われてきた糖尿病も、糖尿病学の着実な進歩により、良好なコントロールが得られるようになった。しかし一方で、病気であることを受け入れられず、適切な治療を拒否・中断してしまう患者が多いのも現状である。糖尿病患者の心理における第一人者である著者が、この問題を解決するために行動科学などを採り入れ臨床現場で実践。糖尿病患者と医療を繋げることに成功した著者の集大成が、この「糖尿病医療学」である。
石井　均　天理よろづ相談所病院副院長・内分泌内科部長


B5　頁268　2011年　定価4,725円（本体4,500円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01332-1]　医学書院

高齢者を包括的に診る

老年医学のエッセンス その6

A Gift from God？＊高齢者認知症

大蔵 暢　医療法人社団愛和会 馬事公苑クリニック

高齢化が急速に進む日本社会。慢性疾患や老年症候群が複雑に絡み合って虚弱化した高齢者の診療には，幅広い知識と臨床推論能力，患者や家族とのコミュニケーション能力，さらにはチーム医療におけるリーダーシップなど，医師としての総合力が求められます。不可逆的な「老衰」プロセスをたどる高齢者の身体を継続的・包括的に評価し，より楽しく充実した毎日を過ごせるようマネジメントする――そんな老年医学の魅力を，本連載でお伝えしていきます。

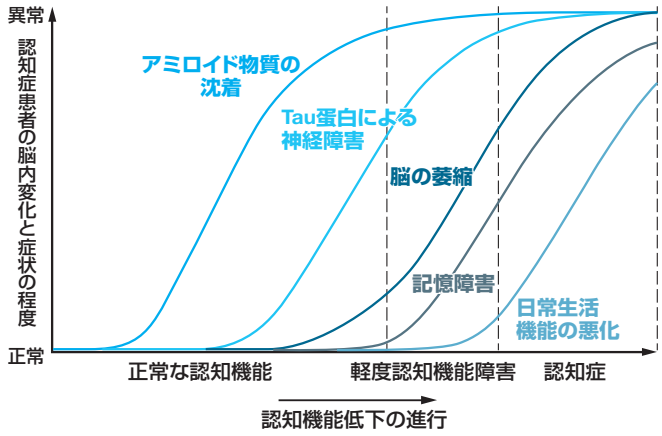
症例 89歳の高齢女性Nさんが，姪を自称する中年女性2人に付き添われて筆者の外来を受診した。Nさんは3年前に夫を亡くして以来1人で暮らしている。子どもはいない。1年前に某大学病院の物忘れ外来でアルツハイマー型認知症の診断を受けて以来，同外来でアリセプト®の処方を受けている。

姪たちは最近，Nさんに「物を盗られた」「誰かが侵入してくる」といった言動が増えてきたことを心配し，以前「要支援1」と認定された介護度の再評価を切望している。現在は，毎日交互に電話してNさんの無事を確認している状況である。

社会問題としての認知症

高齢者に多い認知症は，人間が日常生活を送る上で最も重要な臓器である「脳」の病気である。記憶能力（物忘れ）をはじめとして計算・言語・判断能力などの認知機能が侵され，これらによる症状は中枢症状と呼ばれる。また認知症の進行とともに妄想や幻覚・うつ症状・徘徊などの周辺症状も出現し，患者本人だけでなく家族を含めた周囲の生活に多大な影響を及ぼす。認知症やその周辺症状により引き起こされる問題は，医療や介護のシステムにとって大きな負担となり，今や社会全体の問題になりつつある。

認知症のなかで最も有名なのは，脳神経変性疾患の一つであるアルツハイマー病で，1860年代にドイツの精神医学者であるアルツハイマー博士によって初めて報告された。ほかにもパーキンソン病と関係があるレビー小体病や，言語や人格異常が問題となる前頭側頭葉型認知症などがある。地域の高齢認知症患者の多くがアルツハイマー病であり，若年者や珍しい疾患，重症例が集まる大病院の専門外来とは疾患頻度が異なることは想像に難くない（J Alzheimers Dis. 2009［PMID: 19749406］）。



●図　認知症患者の症状とバイオマーカーの変化
Lancet Neurol. 2010［PMID: 20083042］より改変。認知症症状や機能障害が出現する数年～十数年前（認知機能が正常な時期）から，脳内ではアミロイド物質の沈着やTau蛋白による神経障害が始まっている。

症例続き 高血圧や糖尿病などの慢性疾患がないNさんだが，包括的高齢者評価の結果，難聴，低体重（BMI：18.5），歩行バランス不良，認知機能障害（MMSEスコア16/30点），老年期うつ症状（GDSスコア6/15点）など多くの老年症候群を伴う虚弱高齢者であることがわかった。ADLやIADLは一見自立のように見えたが，処方された薬は服用しておらず，得意だった料理も最近ではほとんどせずに惣菜で済ませることが多いらしい。日用品の買い物も，毎回紙幣を出してお釣りをもらってくるためか，財布はいつも小銭であふれている。

認知症診療における積極性と消極性

今も昔も認知症の診断は，「年齢による生理的低下以上の認知機能障害と日常生活における障害との関連付け」といった比較的単純な，しかし時に困難な作業である。近年，MRIやSPECT（単一光子放射断層撮影）をはじめとする神経画像検査や脳脊髄液の遺伝子解析などの最新検査技術に，認知症の早期発見や原疾患の鑑別能力の向上が期待されている。しかし原疾患によって治療が大きく異なることはなく，そもそも治療効果が小さい認知症治療の現状では，特に高齢認知症患者がそれらの最先端医療の恩恵を受けるとは考えにくい。尿失禁や歩行障害が多い虚弱高齢者においては，脳実質が萎縮し2次的に脳室が拡大していることが多く正常圧水頭症の診断は困難である。また，慢性疾患管理による2次予防以外の対策に乏しい陳旧性脳血管障害の画像診断の有用性も，懐疑的である。

一方，ビタミンB_{12}欠乏症や甲状腺機能低下症，抗コリン作用を含む薬剤性認知機能低下などの可逆性の認知機能障害に対しては積極的に診断，治療を行うべきである。老年期うつを疑った場合も，積極的に薬物・非薬物治療を行い診断的治療を試みたい。

症例続き 診察後，姪たちとNさんのケアについて相談した。中等度の認知症を伴う独居虚弱高齢者であるNさんの，家庭内外の事故や日常生活の遂行障害が心配されたため，介護保険の再認定評価を行うよう勧めた。併せて難聴や食生活，服薬状況の評価と治療，およびデイケアやリハビリの増量を検討するよう勧めた。最後に社会的なサポートが非常に乏しい現状を重視して，介護付老人ホームへの転居も一考に値するとの見解を述べた。

それから約2か月後，要介護1の認定を受けたNさんが，老人ホーム入居時の健康診断のため筆者の外来を再受診した。

認知症治療の現状と将来性

アルツハイマー病をはじめとする神経変性性認知症は，不可逆的にゆっくりと進行していく。日本では現時点でアルツハイマー型認知症の治療薬としてドネペジル（アリセプト®）とガランタミン（レミニール®），メマンチン（メマリー®），リバスチグミン（イクセロン®，リバスタッチ®）の4剤が承認されているが，エビデンス上も筆者の経験でもそれらの治療効果は「極めて控えめ」と言わざるを得ない。

図が示すように，認知症症状が出現する数年～十数年前から脳神経レベルでの変性が既に始まっており，認知症が診断されるころには相当数の神経細胞が機能不全に陥っている。残存神経細胞間の情報伝達の改善を期待する従来の治療法に限界があるのは明白である。最近では神経変性を防止する，また治療する薬物が開発途上にあるが，それらの製品化にはもう少し時間がかかりそうである。

高齢者総合診療としての認知症診療

さまざまな病気のなかで，認知症ほど患者自身や周囲の生活に影響を与える病気はないだろう。進行とともにADLやIADLなどの日常生活動作が障害され，生活にかかわる情報収集や判断が困難になるため，特にお金や健康に関する方針は早めに相談しておくことが望ましい。妄想や幻覚，徘徊などの周辺症状は家庭内外の事故のリスクと直結するため見守り量の増加は必須であり，社会的サポート量に応じて適切な住環境を検討すべきである。

以上のような理由から，従来の「診察と検査で病気を診断し，治療薬を処方する」だけの診療モデルは，認知症診療には不十分である。現時点での認知機能と身体機能が日々の生活にどのような障害をもたらしているかを分析し，他職種との連携や地域社会資源の利用を通して，患者の日々の安全と幸福の最大化に尽力する「高齢者総合診療」が必要なのである。

認知症＝A Gift from God？

老年医学を志した筆者がより真摯な態度で高齢患者に向き合うようになって初めて気付いたことがある。それは「多くの虚弱高齢者は程度の違いこそあれ，日々自身の身体の老化や生きがいの欠如を嘆き，孤独や差別，経済難に悩み，近づいてくる死への恐怖と戦っている」ことである。そのような人たちを見ていると，「認知症になることでそれらの苦悩から解放されるのでは……」「虚弱高齢者の認知症は治療できない，いや，治療してはいけないのではないか……」と独善的な妄想が頭をよぎる。

高齢認知症患者に本当に必要なのは治療薬よりむしろ，彼らの安全や快楽，尊厳を維持しつつ人生の最終章を迎えることのできる優しい地域社会なのではないだろうか。未曾有の高齢化社会を突き進む日本では震災よりずっと前から，そしてこれからも「日本人の団結力」が求められているのだ。

twitter
本紙編集室でつぶやいています。記事についてのご意見・ご感想などをお寄せください。
［週刊医学界新聞 @igakukaishinbun］

ホルター心電図を理解するための合言葉　“IT REACHES TOP”！

個人授業　心電図・不整脈　ホルター心電図でひもとく循環器診療

「12誘導心電図でも不安なのに，複雑な不整脈はもうお手上げ！」と思っているあなたのために。ホルター心電図は手軽にオーダーできかつ有用な情報が得られるスグレモノです。さらに情報解釈が12誘導心電図や病棟モニター心電図にも応用できるので，不整脈の入門書にも最適です。ホルター心電図を題材に不整脈・虚血性心疾患などの心電図を学びましょう。『個人授業 ペースメーカー――適応判断から手術・術後の管理まで』の姉妹本。

監修　永井良三　東京大学大学院医学系研究科教授・循環器内科学
執筆　杉山裕章　東京大学大学院医学系研究科・循環器内科学
執筆協力　今井　靖　東京大学大学院医学系研究科特任講師
前田恵理子　東京大学大学院医学研究科特任助教

B5　頁344　2011年　定価4,200円（本体4,000円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01335-2]　医学書院

「臨床診断に生かす」をテーマに神経病理を謎解き形式で読みやすくまとめた1冊

＜神経心理学コレクション＞
病理から見た神経心理学

認知症をはじめとする疾患について、その臨床診断と病理診断を比較し、結果をまとめた。両者の間には時に違いがあり、それを浮き彫りにしながら神経疾患における臨床診断の難しさや病理学的な検索の重要性を説くとともに、臨床診断のスキル向上のポイントなども紹介する。臨床診断の解説後、“種明かし”をするように病理診断を紹介する構成はさながら「推理小説」。初心者でも楽しみながら読み進められる1冊。

著　石原健司　東京都医学総合研究所／昭和大学・神経内科
塩田純一　汐田総合病院／昭和大学兼任講師・神経内科
シリーズ編集　山鳥　重
河村　満
池田　学

A5　頁248　2011年　定価3,990円（本体3,800円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01324-6]　医学書院

在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に，同居家族や親戚，医療・介護スタッフ，近隣住民などが脇役となり，ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりであるが，往診鞄に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いている。往診鞄の中を覗き道具を見つめていると，道具（モノ）も何かを語っているようだ。今回の主役は「集金袋」さん。さあ，何と語っているのだろうか？

在宅医療モノ語り 第15話

語り手 風と土も一緒に預かります 集金袋さん

鶴岡優子 つるかめ診療所

風評被害，最近よく耳にする言葉です。風評と言ってしまえば，まるで風が悪者のようですが，実際は誰が悪いのでしょうか？ 何が風評被害で，何が危機回避なのでしょうか？　ついでに，何がデマで，何が有益な情報なのでしょうか？　近ごろ頭の中が混乱しています。普段は無口な私ですが，今日はちょっと語ってみたくなりました。

露地で踏ん張る私たち
５月にもホウレンソウさん，がんばっていました。「北の国から」の黒板五郎さん。実在すれば７０歳代でしょうか。お会いできれば，風力発電の話など，ゆっくり聞いてみたいです。

私ですか？　ある診療所で使われている集金袋です。月に１回，診療所からの請求書を患者さん宅まで運び，現金を入れてもらって診療所に戻ってきます。見かけはただの封筒ですが，月ごとに金額が記され，１か月分の仕事が終わると，診療所で「領収」という赤いハンコが押されます。習い事の月謝袋をイメージしていただければわかりやすいでしょうか？　ご存じのように，訪問診療で患者さんが負担する費用というのは，訪問ごとの支払いではなく，ほとんどが月払いです。

費用の内訳をざっとお教えしましょう。この計算は案外複雑で難しいようですね。ウチも在宅療養支援診療所ですが，日々厚い本を読み返し，先輩医師や審査・支払機関に聞いて勉強しています。例えば，後期高齢者の保険証をお持ちの方で，自宅に月２回定時の訪問診療をした場合を考えてみましょう。830円×2と，在宅時医学総合管理料4200円が，患者さんの自己負担分となります。血液検査をしたり，臨時の往診を頼んだり，在宅酸素を利用したりしている方はさらに加算されます。１割負担の方だと１万2000円が自己負担分の上限。でも３割負担の方だと金額は跳ね上がり，私のお腹は重くなり，心は痛みます。介護保険からは居宅療養管理指導料というのもあります。患者さん宅からお預かりする額をみると，6000円前後の方が多いでしょうか。診療所によっては，銀行口座から自動で引き落とすなど，現代風なお金のやりとりをするところも多いようですね。

お金の話は，お互い緊張しますが，生活には欠かせない大切な話。在宅医療でも，医はもちろん仁術ですが，診察の後はさっと切り替えて，封筒の中味を算術しなければならないときもあるのです。私のやりとりが結構プレッシャーのかかる時間だと主治医は証言します。ご家族から私を「どうぞ確認してください」と手渡されれば，「ハイ」と受け取り，すぐに領収書をお渡しできます。しかし，「あら？　封筒用意しておいたのに，どこにいったかしら？」とタンスのほうに行かれてしまった場合は，もう待つしかありません。「お釣りは要りません」とか言われ，困ってしまうときもあります。

あるお宅で「今月，ちょっと待ってもらえますか？」と言われました。主治医は「大丈夫ですよ」と答えただけで，「何かありました？」とは聞きませんでした。ちょっと前，出荷できないホウレンソウが廃棄されていました。頭が混乱しても，日本経済が混乱しても，今日も明日も，あなたも私も，食べて行かねばならないのです。毎月同じようなお札を預かる私ですが，ここ２か月は目を凝らすと，土がついているような気がします。「北の国から'87初恋」，ご覧になりました？ 最後のクライマックスシーン。オヤジの指の形で，泥がついていた１万円札。私も泣きました。

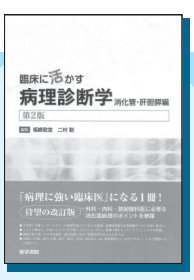
私が預かるお札も，土がついているかもしれないし，ヒトの涙や汗がついているのかもしれないのです。お金は天下の回りもの。私はこれからも襟を正して，いろんなものがついたお金を預からせていただこうと思います。

臨床医に必須な消化器病理の知識をすべてこの1冊に！　オールカラー化。待望の改訂版

臨床に活かす病理診断学 第2版
消化管・肝胆膵編

この1冊で「病理に強い臨床医」といわれよう！ 今、現場で知りたい消化器検体提出時の注意点/病理診断報告書の読み方から、明日の一歩に差がつく学会・論文発表のコツまで、病理情報活用の術を解説。入門/基礎/応用/資料編の4部構成で段階的に読める！ 用語集/特殊染色早見表/正常組織像アトラスですぐに調べられる！ 外科医、内科医、放射線科医に必須の消化器病理情報がこの1冊に。オールカラー化でますます充実の第2版。

編集　福嶋敬宜　自治医科大学教授・病理学
　　二村　聡　福岡大学講師・病理学講座



B5　頁288　2011年　定価8,925円（本体8,500円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01095-5]　医学書院

MEDICAL LIBRARY 書評・新刊案内

胸部のCT 第3版

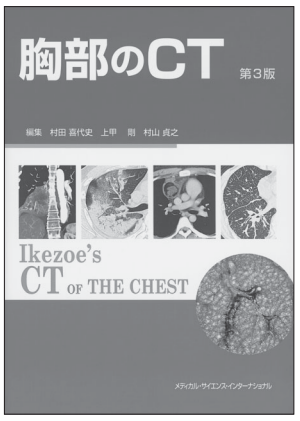
村田 喜代史，上甲 剛，村山 貞之●編

B5・頁832
定価15,750円（税5%込）MEDSI
http://www.medsi.co.jp/

評者 中田 肇
産業医大名誉教授／ネット・メディカルセンター センター長

放射線科医，呼吸疾患診療に従事する医師必読の専門書

1998年の池添潤平（故人），村田喜代史編集による初版以来，人気の高かった本書は，第２版に続いて７年ぶりに，当初からの編者である村田喜代史を中心に，上甲剛，村山貞之を加えて出版された最新の教科書である。執筆者は現在わが国で，臨床の現場および研究で最も活躍されている，46名のそれぞれの分野に精通した専門家で，全国的な構成となった。



最近の急速な技術的進歩を考慮した，詳細な検査法の解説，被曝の問題，肺標本の作成法から各呼吸器疾患に続く明快で新しい知見を取り入れた記述は，実践的で価値が高い。特にわが国で研究の盛んなびまん性肺疾患の章は240頁を占め，文献も2010年までの635件が網羅されているのが大きな特徴といえる。また，肺癌の診断に定着してきたFDG-PETと進歩の目覚ましい肺機能イメージングの章を新たに加えたことも，この版の完成度を高くしている。

本文809頁と分厚いが，カラー写真も適切に配置され，読みやすく理解を助けている。1989年に私が，高島力（故人），伊藤春海らと共に出版した「胸部CT」の教科書も広く読まれていたが，2001年の第３版で終わった。最近の技術上の進歩と疾患に対する新しい概念と分類なども含めたものが早くから望まれていたが，本書はこの期待に十分に応えるもので，私も心から歓迎している。

振り返ってみると，1972年にHounsfieldによって開発されたCTは，放射線診断を一変させるとともに，診療の在り方にも大きな影響を及ぼした。当初は頭蓋内病変の診断を目的としたものであったが，身体のほかの部位も検査できる体部装置へと短期間で発展し，まず腹部，次いで胸部へと応用が広がっていった。現在では，呼吸器疾患の診断には不可欠な手段となっている。

一方，この数年の画像診断機器の進歩は目覚ましく，瞬く間に64列のMDCTが多くの施設で標準となってきており，再構成も含めて膨大な画像データが容易に得られる状況である。個々の症例で観察しなければならない画像枚数も悩ましいまでに増加しており，これに費やす時間も以前とは比べものにならないまでになってきた。

見逃しによる誤診なども無視できない問題である。現状では，この問題にいかに対処するかは個人の考えと経験に頼っているが，本書が，最新の情報を盛り込んだその豊富な内容から，このような問題にも信頼できる解決の糸口を与えることが期待される。胸部CTの読影に当たる放射線科医はもとより，呼吸疾患の診療に従事する医師全体に必読の参考書，専門書となろう。

●お願い―読者の皆様へ
弊紙記事へのお問い合わせ等は，お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください
☎(03)3817-5694・5695
FAX(03)3815-7850
「週刊医学界新聞」編集室

医学のスペシャリストのための電子辞書

New Model **SR-A10003**

「医学書院 医学大辞典 第2版」「ステッドマン医学大辞典 改訂第6版」
2つの医学大辞典に加え、「治療薬マニュアル2010準拠」を収録

SR-A10003 収録コンテンツは24種類

●2011年　価格79,800円
（本体76,000円+税5%）[ISBN978-4-260-70077-1]

セイコーインスツル株式会社 データサービスシステム事業部
[販売] 株式会社医学書院 販売部

医学書院

診断から治療・投薬まで、幅広い診療科目をカバーした国内最大級リファレンス。

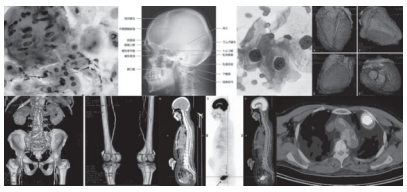
最新の研究成果に基づく最も効果的な治療法の情報を簡単に検索できます。

今日の診療 プレミアム Vol.21
DVD-ROM for Windows

DVD-ROM版　2011年
価格76,650円（本体73,000円＋税5%）
[ISBN978-4-260-01355-0]
消費税率変更の場合、
上記定価は税率の差額分変更になります。

1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

解説項目は約88,200件、文中リンクは約72,000件、図表・写真は約12,200点を収録。
お手元のパソコンで合計約17,500ページ以上の情報に手軽にアクセスできます。



2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

「今日の診療」に入力した検索語を使って、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」を検索できます。医学書院から発行されている全雑誌を対象に検索を行うことができます。
※インターネット接続環境が必要です。また、全文の閲覧には別途料金がかかる場合がございます。

3 ハードディスクにデータを格納して使用できます

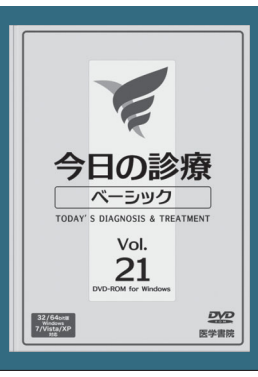
インストール時にハードディスクにデータを格納しておけば、次回以降、DVDを用意する手間が省けます。
（※初回起動時のみインターネット接続環境が必要です）

4 収録書籍4冊が更新されました

書籍の改訂にともない「今日の治療指針 2011年版」「今日の整形外科治療指針 第6版」「臨床検査データブック 2011-2012」「治療薬マニュアル 2011」の4冊を更新しました。

5 高機能リファレンスツールとして使いやすさを継承

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、操作状態の保存など細かな使い勝手の向上や、高速全文検索といった、臨床の場で求められる「素早さ」を追求しました。



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.21」もご用意しております

今日の診療 ベーシック Vol.21
DVD-ROM for Windows

DVD-ROM 版　2011年
価格54,600円（本体52,000円＋税5%）
[ISBN978-4-260-01357-4]

収録内容詳細（★：Vol.21において改訂）

プレミアム・ベーシックともに収録

① 今日の治療指針 2011年版★
下記の付録を除く全頁を収録
（臨床検査データ一覧／新薬、医薬品等安全性情報）

② 今日の治療指針 2010年版
口絵・付録を除く全頁を収録

③ 今日の診断指針 第6版
付録を除く全頁を収録

④ 今日の整形外科治療指針 第6版★
付録を含む全頁を収録

⑤ 今日の小児治療指針 第14版
付録を含む全頁を収録

⑥ 救急マニュアル 第3版
全頁を収録

⑦ 臨床検査データブック★ 2011-2012
付録の一部を除く全頁を収録

⑧ 治療薬マニュアル 2011★
付録の一部を除く全頁を収録

プレミアムにのみ収録

⑨ 新臨床内科学 第9版
付録を含む全頁を収録

⑩ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録

⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第3版
付録を含む全頁を収録

⑫ 臨床中毒学
付録を含む全頁を収録

⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版
付録を含む全頁を収録

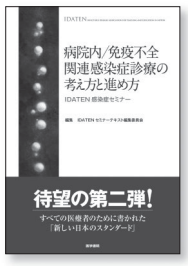
IDATEN（日本感染症教育研究会）感染症セミナーの好評2冊

病院内／免疫不全関連感染症診療の考え方と進め方　IDATEN感染症セミナー

編集　IDATENセミナーテキスト編集委員会

医療者であれば誰もが遭遇する病院内感染症。医療が複雑化、高度化するなかで増加する免疫不全関連感染症。医療者はそこに、どうアプローチしたらよいのか。本書では、気鋭の講師陣がこれらの感染症における診療の考え方と進め方をわかりやすく解説する。「新しい日本のスタンダード」を示すIDATEN（日本感染症教育研究会）感染症セミナー待望の第二弾!

●B5　頁328　2011年　定価5,250円（本体5,000円＋税5%）
[ISBN978-4-260-01244-7]



市中感染症診療の考え方と進め方
IDATEN感染症セミナー

編集　IDATENセミナーテキスト編集委員会

●B5　頁216　2009年　定価3,675円
（本体3,500円＋税5%）[ISBN978-4-260-00869-3]

日常診療で誰もが遭遇する市中感染症。医師は目の前の患者をどう診断し、治療していったらよいのか?　感染症診療の新時代を拓くIDATEN（日本感染症教育研究会）講師陣が、そのプロセスをわかりやすく解説する。相互レビューによって吟味された1つひとつの項目に、「市中感染症診療のスタンダード」が示されている。

知らないこと、議論の余地のあることを僕らはもっと語るべきだ。

感染症のコントラバーシー
臨床上のリアルな問題の多くは即答できない

著　Fong,I.W.
監訳　岩田健太郎

わが国の感染症関係の教科書のほとんどが「答え」を提供するものだが、実は感染症の世界には多くの問題、謎、未解決領域が存在する。本書はこれらcontroversialな問題をテーマに、それぞれの読者に対して「自分はこれから何を考えなくてはならないのか」と問いかける一歩進んだ書籍。答えを教えてくれるだけの教科書がもの足りなくなったら、最初に手に取りたい1冊。

●A5　頁504　2011年　定価5,775円（本体5,500円＋税5%）[ISBN978-4-260-01182-2]

感染症への標準的アプローチが専門外の医師にも理解できる

感染症ケースファイル
ここまで活かせる　グラム染色・血液培養

監修　喜舎場朝和・遠藤和郎
執筆　谷口智宏

本書は以下の5点の特徴がある。①著者自身の経験症例の詳細な情報と豊富な写真、②case conference方式により、知らぬ間にプレゼン法が身につく、③リアリティのある塗抹標本、④どんな施設でも活用できる「適正使用の5原則」を遵守した抗菌薬の選択、⑤市中病院での抗菌薬の感受性表と、適正使用のDOs & DON'Ts の提示。本書は専門医のいない市中病院で、感染性疾患を当たり前にかつ楽しく診療することを伝えている。

●B5　頁272　2011年　定価3,990円（本体3,800円＋税5%）[ISBN978-4-260-01101-3]

6月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

（　）内は冊子体のみの年間購読料。電子ジャーナル関連商品の詳細は医学書院ホームページをご覧ください。
下記定価はすべて消費税5%を含んだ総額表示になります。

医学書院発行

公衆衛生	7月号 Vol.75 No.7 一部定価2,415円（28,200円）	健康危機兆候のモニタリング	
medicina	6月号 Vol.48 No.6 一部定価2,520円（36,740円）	睡眠呼吸障害の克服	内科医が知っておきたい病態・症状・関連疾患
JIM	6月号 Vol.21 No.6 一部定価2,310円（26,880円）	すべては地域医療に	
呼吸と循環	7月号 Vol.59 No.7 一部定価2,730円（31,800円）	再灌流療法をめぐる諸問題	
胃と腸	6月号 Vol.46 No.7 一部定価3,045円（41,530円）	腸管Behçet病と単純性潰瘍	―診断と治療の進歩
肝胆膵画像	増刊号 Vol.13 No.4 一部定価3,990円（27,600円）	肝区域と画像診断update	
BRAIN and NERVE	6月号 Vol.63 No.6 一部定価2,730円（35,460円）	ニューロパチー	
臨床外科	7月号 Vol.66 No.7 一部定価2,730円（40,160円）	術前薬物療法は乳癌手術を縮小させるか	
臨床整形外科	6月号 Vol.46 No.6 一部定価2,520円（29,400円）	腰椎脊柱管狭窄（症）に対する手術戦略	
臨床婦人科産科	7月号 Vol.65 No.7 一部定価2,730円（37,800円）	卵巣がん―最新の治療戦略	
臨床眼科	6月号 Vol.65 No.6 一部定価2,835円（41,660円）	第64回日本臨床眼科学会講演集(4)	
耳鼻咽喉科・頭頸部外科	7月号 Vol.83 No.8 一部定価2,730円（39,950円）	知っておきたい唾液腺疾患	
臨床泌尿器科	7月号 Vol.65 No.8 一部定価2,835円（41,360円）	血液透析―カレントトピックス	
総合リハビリテーション	6月号 Vol.39 No.6 一部定価2,205円（25,680円）	内科疾患の運動療法―課題と展望	
理学療法ジャーナル	6月号 Vol.45 No.6 一部定価1,785円（20,880円）	小児理学療法の新たなる展開	
臨床検査	6月号 Vol.55 No.6 一部定価2,205円（30,780円）	脂肪細胞	
病院	6月号 Vol.70 No.6 一部定価2,940円（34,200円）	医療と介護はどう変わるか	平成24年診療報酬・介護報酬同時改定

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