

2015年12月21日

第3155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】先制医療 「集団の予防」から「個の予防」へ(井村裕夫,清原裕,山本雅之,岩坪威)..... 1-3面
【寄稿】未承認薬ヒドロキシクロロキンが国内承認されるまで(横川直人)..... 4面
【連載】ジェネシャリスト宣言..... 5面
MEDICAL LIBRARY/索引..... 6-7面

座談会 先制医療 「集団の予防」から「個の予防」へ



清原 裕氏
九州大学大学院医学研究院
環境医学教授

山本 雅之氏
東北大学医学系研究科医化学分野教授
/東北メディカル・メガバンク機構長

岩坪 威氏
東京大学大学院医学系研究科
脳神経医学専攻神経病理学分野教授

井村 裕夫氏=司会
京都大学名誉教授/
先端医療振興財団名誉理事長

「先制医療」とは、個人の遺伝子、mRNA、タンパク質、代謝産物、画像等のバイオマーカーを用い、将来起こりやすい病気を疾患の発症前に診断・予測し、介入するという予防医療である。先制医療が実現すれば、高齢化に伴い高騰する医療費・介護費の抑制に加え、治療成績の向上や健康寿命の延長も見込めるとして注目を集めている。
本紙では、アルツハイマー病とゲノムコホートを中心に研究の現状とともに、先制医療実現に向けた今後の課題について議論していただいた。

井村 2015年1月、米国オバマ大統領は年頭の演説で「精密医療」(Precision medicine)の実現に意欲を示しました。「生物医学上の発見を促進する可能性のある新たな患者主導型研究モデルを開発し、どの患者にはどの治療法がベストかを選択するための新しいツール、知識、治療法を臨床医に提供する」として、16年度の大統領予算から2億1500万ドルを投資することを決めています。目標に掲げられているのは5つ、①がんのより良い治療法の開発・提供、②100万人以上を対象とした全米研究コホートの設置、③精密医療に伴うプライバシー問題への取り組み、④規制改革、⑤官民提携です。健康の増進と医療に革命をもたらす「未来の医療」実現への取り組みとして、世界から注目されています。
オバマ大統領は精密医療は予防に活用できるとしていますが、それがまさに先制医療です。したがって先制医療は、精密予防と言ってもよいかもしれません。

予防医学と先制医療の違い

清原 疫学の立場から見ると、予防には段階があります。1次予防は発症を未然に防ぐこと、2次予防は発症した疾病を治癒させること、3次予防は治癒はできないながら悪化を防ぐことを指します。先制医療というのは、1次予防と2次予防の間にあたる1.5次予防のような考え方なのでしょうか。
井村 予防医学と先制医療の違いは介入時期ではなく、手法です。従来の予防医学は“一般的な患者”を想定してデザインされた集団に対する予防で、先制医療は個人の特徴に応じた介入を行います。
清原 個人への、未然の「治療介入」による予防を指すのでしょうか。
井村 いいえ。必ずしも薬物治療というわけではありません。生活習慣の改善なども含まれます。
予防医学とゲノム医療、オーダーメイド医療の合体といったイメージでしょうか。ゲノム医療との違いは、予防のためにゲノム情報やバイオマーカーだけでなく、個人のライフスタイルや他の環境要因も考慮に入れることです。胎生期や小児期の環境も、後年の健康に影響することが知られています。
清原 なるほど。私がゲノム疫学研究を始めたきっかけである「個別化予防」

に近い考え方です。
山本 厳密に言えば、先制医療は「病気にはなったが未診断の時期」、個別化予防は「病気になる前」に介入するものです。しかし現実には明確に「病気になった瞬間」というものは存在しませんので、ほぼ同じ考えとも言えるのではないのでしょうか。
井村 そうですね。先制医療には、予防だけでなく早期介入による進行抑制も含まれます(図)。さらに、個人の遺伝素因を基に、効果が高い薬や副作用が少ない薬を選んだり、薬の投与量を決めたりできるようにすると期待されています。

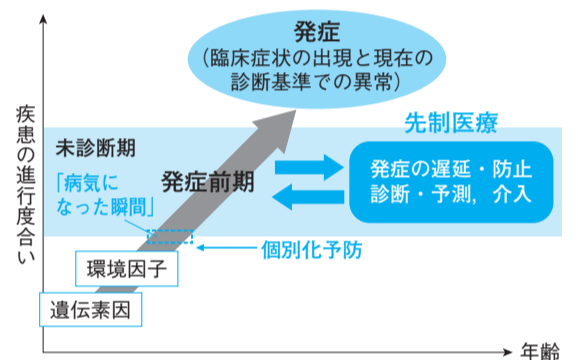


図 先制医療のイメージ(文献1より改変)

アルツハイマー病は“発症前”治療へ

井村 先制医療は、がんや遺伝性疾患のようにゲノム情報等と疾患との関連のエビデンスが比較的蓄積されている疾患から順に実現していくと考えられています。すでに肺がんではゲノム情報に応じて薬を選ぶ時代がきていますし、遺伝性疾患の中には異常のある遺伝子をターゲットにした薬が開発されているものもあります。
岩坪 アルツハイマー病(AD)も先

制医療実現に向けた研究が進んでいます。ADの一番のリスク因子は加齢であり、高齢者が増加する日本で大きな問題となっています。加齢そのものは防げませんので、それ以外の要因へのアプローチが研究されています。
井村 ADは、脳にβアミロイド(Aβ)がたまることを引き金に、タウタンパク質の凝集が起き、脳の神経細胞が変性・脱落して、脳の萎縮が生じることで起きると考えられていますね。
岩坪 はい。Aβがたまりはじめてから症状が出るまでに十数年かかります。Aβ降下薬の大規模な治験は、これまでいくつも行われましたが、Aβが減少しても認知機能の低下は抑えられず、失敗に終わってしまいました。(2面につづく)

●次週休刊のお知らせ
次週、12月28日付の本紙は休刊とさせていただきます。明年も引き続きご愛読のほど、なにとぞよろしくお願ひ申し上げます。(「週刊医学界新聞」編集部)

December 2015 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。
記述式内膜細胞診報告様式に基づく子宮内膜細胞診アトラス
小児緩和ケアガイド
みるよむわかる精神医学入門
自閉症スペクトラムの精神病理
見逃し症例から学ぶ神経症状の“診”極めかた
〈日本医師会生涯教育シリーズ〉Electrocardiography A to Z
ADLとその周辺
〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉精神医学
日本腎不全看護学会誌
計画・実施・評価を循環させる授業設計
経験型実習教育
看護学生のための心理学

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

座談会 先制医療

(1面よりつづく)

は、介入時期がADによる認知症症状の発症後だったためだと考えられています。

井村 症状が出たときにはすでにAβの蓄積以降の変化も生じた後で、Aβを抑制しても遅いと考えられたのですね。

岩坪 現在はより早期、Aβの増加は認められるもののまだ無症候で、認知機能は正常な「プレクリニカルAD」と呼ばれる時期に介入する研究が世界中で盛んに行われています。

井村 軽度認知障害(MCI)よりさらに早期への介入なのですね。

岩坪 米国ではThe A4 study (Anti-Amyloid Treatment in Asymptomatic Alzheimer's study) という大規模試験が2013年から始まっています。プレクリニカルAD1000人を対象に、アミロイドPETイメージングによるスクリーニングを行い、抗Aβ抗体投与群と偽薬群を500人ずつにランダム化して、3年後認知機能障害発症率を比較するという試験です。日本は乗り遅れてしまいましたが、東大がアジアで唯一の施設として参加できるよう、関係する米国の公的機関や企業と協議しています。

環境要因もAD発症に影響

井村 遺伝素因の解明はいかがですか。

岩坪 アポリポ蛋白E (ApoE) の遺伝子多型のうちε4対立遺伝子(ε4 allele)が、比較的commonでありながら強いリスクを持っていることは20年以上前から明らかになっています。現在、他の遺伝素因がさまざまな方法で探されていますが、ε4と同等に強い関連性を持つものはまだ見つかっていません。

井村 ゲノムワイド関連解析(Genome-Wide Association Study; GWAS)の成果はいかがですか。

岩坪 明らかになったcommon alleleの低リスク遺伝子の内、動物実験で遺伝子発現をノックアウトしたところ、ADにつながる表現型が見えるものもありました。しかしこのような調べ方でcommon alleleの真のリスク、メカニズムが本当にわかっていくかどうか、われわれも手探りの状態です。

清原 私たちが行っている久山町研究では、2002年以降、全健診受診者のDNAを採取しています。脳梗塞、加齢黄斑変性症などとともADについてGWASを行いました。ADに関連する遺伝子はApoE以外見つかっていません。地域住民のAD予防に役立つ観点からはApoE多型の情報だけでもよいと考えていますが、発症のメカニズムを追究する上では他の遺伝子も探していかなければなりません。

井村 久山町研究は、地域に住む40歳以上の全住民を対象に行われている

前向きコホート研究ですね。清原 はい。久山町は福岡市に近接する人口約8400人の町で、年齢・職業分布が全国平均とほぼ同じなことが特徴です。1961年の脳卒中・心血管疾患の実態調査から始まり、現在では生活習慣病全体の疫学調査に広がっています。

1985年に65歳以上の高齢者を対象に認知症の疫学研究も開始しました。認知症の頻度は85年当時は6.7%だったのが2012年には17.9%。地域高齢者の5-6人に1人が認知症です。高齢者人口自体は30年間で約2倍に増えたのに対し、認知症の患者数は約6倍。その中でADの頻度だけが上昇しています。AD発症には、加齢や遺伝素因以外の要因も大きいと考えられます。

井村 外国では糖尿病や高血圧、脂質異常症によりADのリスクが増すという報告がありますね。

清原 久山町では高血圧や脂質異常症は危険因子になっていませんが、糖尿病はADの発症リスクを2倍有意に上昇させるという研究結果が出ています。

岩坪 ε4 alleleの変異を持っていても発症の遅い方、早い方がいます。他の疾患などの環境要因に加え、ApoEの効果を左右する遺伝子がないかも探していかなければなりません。

多因子疾患の解明にはゲノムコホートが不可欠

井村 GWASは50万個以上の一塩基多型(SNP)を用い、ゲノム情報と疾患との関連を統計的に調べる方法です。1999年に小渕政権が打ち出したミレニアム・プロジェクトにより、2型糖尿病、高血圧、がん、認知症等のGWASが大規模に行われました。それにより、いくつかの多因子疾患においては関連遺伝子の同定がなされましたが、遺伝子一つひとつのエフェクトサイズは小さく、オッズ比1.5以下のものがほとんどでした。GWASを用いた解析には限界があるのでしょうか。

山本 GWAS開始当初はシーケンサーの精度が悪く、頻度の高い多型しか使えなかった点にも限界があったと思います。今では以前より精度の高い全ゲノム解析が可能になりました。希少変異(rare variant)まで含めた解析ができるになれば、何かしらの進展があるのではないかと期待しています。

井村 多因子疾患の原因を探る方法は他にないのでしょうか。

山本 多因子疾患の原因を明らかにするには、ゲノム解析に加え、ゲノムコホートを行うことが有効です。

疾患コホートにおけるゲノム解析は、疾患を持つ方のゲノムの中から高頻度に検出される変異を探す後ろ向きの調査でした。一方、ゲノムコホートは、疾患発症前の健常者集団のゲノム情報をあらかじめ登録し、その後どのような疾患を発症したか、どのような



●きよはら・ゆたか氏

1976年ソ連邦ロストフ国立医大卒。78年九大医学部第二内科入局、83年九州歯大内科講師、96年九大医学部第二内科講師を経て、2006年より現職。91年より久山町研究をリードし、脳卒中の疫学研究として始まった久山町研究を、虚血性心疾患、悪性腫瘍、認知症、眼科疾患、歯科疾患、高血圧、糖尿病、食事性因子などの生活習慣病全般およびゲノム研究など幅広い領域に発展させる。日本老年医学会代議員、日本脳卒中学会評議員、日本高血圧学会評議員、日本疫学会評議員。

治療を受けてどのような結果が得られたか、何年もかけて動向を探る前向き調査です。

井村 オバマ大統領の年頭演説を受け、米国では米国立衛生研究所(NIH)が100万人以上という大規模ゲノムコホートの構築を計画していますね。

山本 世界の動向を俯瞰しますと、ゲノム情報を基に体質や病状に適した医療を選択するゲノム医療については、米国がリードしています。一方、ゲノムコホート研究は現状ではヨーロッパが圧倒的にリードしています。

井村 なぜヨーロッパがリードしているのですか。

山本 要因の1つは、イギリスや北欧など患者の健康状態・病態の動向が追跡可能な個人番号制と電子カルテの整備が進んでいる国が多いことです。もう1つの要因は、民間機関が中心に医療サービスを提供する米国と比較すると、均質な医療が行われていることです。イギリスは国民保健サービス(NHS)が公平な医療サービス提供をめざしていますし、フランスは日本同様に国民皆保険制度ですので、疾患の発見や原因追究がしやすいのです。

井村 日本でのゲノムコホートはいかがですか。山本先生は東北メディカル・メガバンク機構でゲノムコホート研究をされていますね。

山本 私たちは、15万人の住民を対象とした地域住民コホート調査と三世代コホート調査を2013年から実施しています。現在合計9万人に登録していただきました。

また、今後の解析に向け、健常な日本人1070人の全ゲノムを解析し、ゲノム配列中のSNPの変異箇所や発生



●やまもと・まさゆき氏

1979年東北大学医学部卒、83年同大学院医学研究科修了(医学博士)。同年米国ノースウェスタン大博士研究員、89年米国ノースウェスタン大上級研究員、91年東北大学医学部講師、95年筑波大先端学際領域研究センター教授、2004年米国ジョンズ・ホプキンス大客員教授、07年東北大学医学系研究科教授、08年東北大学院医学系研究科長・医学部長・副学長を経て、12年より現職。11年北米トキシコロジー学会「最先端の基礎科学賞」受賞、12年紫綬褒章受章、14年日本学士院賞受賞。

頻度をまとめた「全ゲノムリファレンスパネル」<sup>2)</sup>を構築しました。

井村 日本独自のゲノムコホートを行う意義は何だと考えますか。

山本 1070人の全ゲノム解析では2120万個の変異が見つかりました。その内、白色人種を中心とした既存のゲノムデータベースと共通するものは1100万個ほど。残りは日本人に特徴的なものの可能性が高いと考えられます。これは、ゲノム配列の人種差が非常に大きいことを示しています。

つまり、今後欧米のゲノムコホートデータを基としたゲノム医療が確立したとしても、そのまま日本に持ち込むだけではうまくいかないと考えられます。ADや糖尿病でも、人種による発症のしやすさの差が指摘されています。日本人に適した医療を構築するには、日本人のデータを収集していく必要があるのです。

日常診療・健診レベルで使用可能なバイオマーカーを

井村 胎児期、新生児期、乳児期の環境因子が成長後の健康や疾病の発症リスクに影響を及ぼすというDOHaD(Developmental Origins of Health and Disease)説も広く知られています。環境因子としてのエピゲノム(Epigénome)はどうでしょうか。

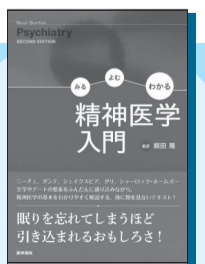
山本 DNAメチル化、ヒストン修飾はともに、ゲノムよりも解析にかかるコストが高く、時間もかかります。大規模調査を実施するのは現状では難しいところですが、エピゲノムは個体ごとだけでなく、1個体の中でも細胞によって違いますし、新たな環境要因によ

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 東京医科歯科大学医学部・特任教授

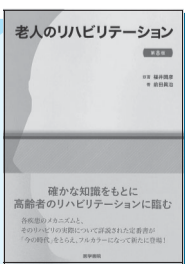


高齢者に対するリハビリテーションを深く理解するための必携書

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、新たにかんや腎臓・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 鹿島総合リハビリテーション研究所 所長 著 前田 眞治 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



「集団の予防」から「個の予防」へ 座談会



●いむら・ひろお氏

1954年京大医学部卒、62年博士号取得。内科学、特に内分泌代謝学を専攻。カリフォルニア大内科学部研究員、京大講師、神戸大教授、京大教授、同大医学部長を経て、91年より同大総長。98年神戸市立医療センター中央市民病院長、2001年総合科学技術会議議員を経て、04年より先端医療振興財団理事長、15年より現職。京大名誉教授、稲盛財団会長、日本学士院会員、米国芸術科学アカデミー外国人名誉会員など、役職多数。「第29回日本医学会総会2015関西」では会頭を務めた。



●いわたつぼ・たけし氏

1984年東大医学部卒、86年同大医学部附属病院神経内科入局。89年同学部附属脳研究施設脳病理学部門助手、92年同大薬学部機能病態学寄附講座客員助教授、98年同大大学院薬学系研究科臨床薬学教室教授を経て、2007年より現職。08年メトライフ医学賞、12年ボタムキン賞受賞。厚労省と国立研究開発法人新エネルギー・産業技術総合開発機構が主導するアルツハイマー病研究プロジェクト「J-ADNI」代表を務める。

る変化も生じます。今の私と10年後の私では同じ箇所が修飾されているかわからない。

しかし、新たな解析手法の開発は日進月歩で進んでいます。技術革新により、近い将来ホットトピックになる可能性はあります。

**井村** 技術革新といえば、2002年にノーベル化学賞を受賞した田中耕一氏が、AD発症前に脳中のAβ蓄積を血漿サンプルから検出する新規バイオマーカーを発見したという発表<sup>3)</sup>が2014年11月にありましたね。

**岩坪** 現在研究レベルで用いられているADのバイオマーカー測定は、アミロイドPETによるAβ蓄積の検出と脳脊髄液中のAβ(1-42)減少、タウ上昇の測定などです。アミロイドPETは病理変化の超早期発見には有用ですが大規模な設備と多額の費用がかかります。脳脊髄液採取は簡便ですが、採血よりは侵襲性があります。

**井村** 血漿サンプルからの測定法が確立すれば、安価で安全、簡単に検査を行えるようになりますと期待できますね。

**岩坪** はい。しかし、実用化まではま

だ時間がかかりますし、開発中の方法が必ずしもうまくいくとは限りません。新たなバイオマーカーを他にも探していく必要があるでしょう。

また、新規バイオマーカー確立だけでなく、今ある検査をより精密にすることも重要だと思います。

私が代表を務める日本アルツハイマー病脳画像診断先導的研究(J-ADNI)では日本各地の研究機関・病院で大規模な臨床観察研究を行ってきました。研究の中では、MRI画像の精密な計測にも取り組み、海馬の画像から、年間数%というわずかな萎縮の進行もとらえられるようになりました。早期段階ではまだ変化が少なく、有効な進行度バイオマーカーも少ないため、ADの早期発見・介入のためにはいかに精密な計測が可能となるかが重要です。

**山本** 私たちの研究では、予算上PETスキャンを全例で行うのは難しいので、AD発症前のコホート参加者から、希望者を対象に脳のMRI撮影を行っています。

**清原** 私たちも、2012年に65歳以上の健診受診者全員でMRIを撮ってお

り、これからも定期的にこの検査を行う予定です。この集団は認知症の追跡集団で、血液サンプルも取っています。今後、これらの解析から何か見つかる

かもしれません。国民全体に研究成果を還元するためにも、日常診療や健診のレベルで使える測定法の開発が求められますね。

研究体制の充実が課題

**井村** 先制医療を実現するには、社会における医療の考え方を変えていくことも必要です。

現在の医療は、発症後の患者への治療が主体です。しかし先制医療のターゲットは、まだ症状のない、一見健康といえる人たちです。

**岩坪** 健康な方がどの程度関心を持ってくださるか、私たちもJ-ADNI研究を始めた当初は不安でした。しかしいざ始めてみると、自身の健康に関心のある高齢者は思った以上に多いことに勇気づけられました。知識や情報を公にしていけば、先制医療への協力は得られると感じています。

**山本** 既存のデータの利活用を促進することも社会全体で検討すべきではないでしょうか。デンマークなどでは、診療記録は国家的財産であるとして、研究者によるデータの二次利用を促進しています。日本は一人ひとりの動向の追跡方法の確立という点では他国に遅れていますが、母子健康手帳から学校・職場での健診、住民に向けたがんの無料検診まで、公衆衛生的には優れた基盤ができています。そうした基盤のもとに研究を進めることができれば先制医療研究は大きく進むでしょう。全てコホートをつくらせて研究するのは、途方もない資源と労力が必要です。

**井村** 薬剤の製造販売後臨床試験も、現在は多大なコストがかかっていますが、DPCなど既存のデータをうまく活用すれば低いコストで実施できるはずですよ。

**清原** 研究者の育成も課題です。先制医療を推進するには、基礎研究と疫学研究の両方を理解できる人材が必要です。しかし、わが国ではそのような人材が極めて少ないのが現状で、育成が急がれます。

**井村** そのための教育機関についても考えねばなりません。医学には大きく2つの流れがあり、1つは解剖・病理・細菌学などの科学的データに基づくドイツ医学。もう1つは、19世紀のコレラ大流行を防止する中でできあがっ

た疫学、集団の中での確率から考えるイギリス医学です。米国は当初はドイツ医学を学んでいましたが、20世紀の初頭にはイギリス医学も取り入れ始めました。そうした中でジョンズ・ホプキンス大やハーバード大のような公衆衛生大学院を増やし、2つの医学を統合してきたのです。日本にもそうした2つの流れを兼ね備えた教育機関を増やす必要があると考えています。

**岩坪** さらに言えば、すでに米国で始まっているような、国とアカデミアと企業とが一体になった研究体制(Public private partnership)が日本にも必要だと思います。長期の観察研究や介入の効果検証を必要とする前向きコホートの実施、さらには機器や治療薬の開発が必要となると、アカデミア主導で行うには限界があります。

**井村** 冒頭では先制医療を「未来の医療」と申しましたが、われわれ日本の研究者に残された時間はそう多くはありません。今年、2015年は団塊の世代全員が65歳を超えた年です。あと10年経ち、団塊の世代が75歳を過ぎると医療費も介護費もこれまで以上に増えていきます。将来の人たちが健康に長寿を全うできるようにするには、私たちができることに今の時点から取り組んでいく必要がありますね。

本日は貴重なお話をいただき、ありがとうございました。(了)

●参考文献・URL

- 1) 戦略イニシアチブ——超高齢化社会における先制医療の推進。科学技術振興機構研究開発戦略センター臨床医学ユニット。2011。http://www.jst.go.jp/crds/pdf/2010/SP/CRDS FY2010-SP-09.pdf
- 2) Nagasaki M, et al. Rare variant discovery by deep whole-genome sequencing of 1,070 Japanese individuals. Nat Commun. 2015; 21(6): 8018. [PMID: 26292667]
- 3) Naoki Kaneko, et al. Identification and quantification of amyloid beta-related peptides in human plasma using matrix-assisted laser desorption/ionization time-of-flight mass spectrometry. Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci. 2014; 90(3): 104-17. [PMID: 24621957]

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

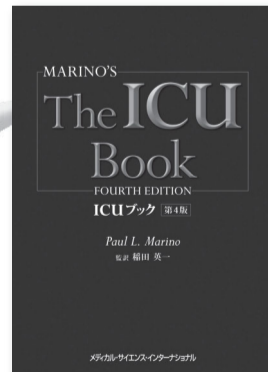
- 症候編190項目と疾患編684項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇する全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
- 研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示
- 【第7版新収載】「帰してはならない患者・帰してもよい患者」(症候編各項目に掲載)

- 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

新刊 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 麻酔科学・ベインクリニック講座 教授

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

インテンスヴィスト 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

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する クォーターリー・マガジン

インテンスヴィスト Vol.7-No.4 INTENSIVIST

特集: 心臓血管外科 前編 ● A4変 200頁 ● 一部定価: 本体4,600円+税

最新号



2016年年間購読受付中

寄稿

# 未承認薬ヒドロキシクロロキンが国内承認されるまで

横川 直人 東京都立多摩総合医療センター リウマチ膠原病科医長/日本ヒドロキシクロロキン研究会事務局

「日本ではこの薬なしで、どう全身性エリテマトーデス(SLE)の治療をしているのか」。2015年11月、米国リウマチ学会の会場で、3時間にわたり同じ質問を何度も受けながら、米国でリウマチ膠原病フェローとなった8年前に同じ疑問を抱いていた自分を思い出していた。

ヒドロキシクロロキン(HCQ)はSLE、皮膚エリテマトーデス(CLE)、関節リウマチに対して世界中で用いられている古い薬で、もともとは抗マラリア薬として開発された。比較的安価で安全性も高いことから、WHOの「必須医薬品モデルリスト」<sup>1)</sup>に収載されている数少ないリウマチ膠原病治療薬だが、日本では専門医にもあまり知られていない<sup>2)</sup>。海外では臓器合併症を有さないSLEに対して抗マラリア薬(主にHCQ)が第一選択として長年使用されてきた。最近では、SLE患者の臓器合併症予防や生命予後改善の効果が示されたため、SLE全例で投与が検討されるようになった。日本では抗マラリア薬がない状態でステロイドによる診療に長年慣れているという背景から、海外での生活経験を持つ人を除き、医師も患者も誰も困っていないというガラパゴス化が生じていた。

## 副作用の甚大な被害で、日本で販売中止になったクロロキン

太平洋戦争では戦死者よりもマラリアによる病死者が多いと言われている。クロロキン(CQ)は、1934年に抗マラリア薬としてキニーネの構造を基にドイツで合成された。第二次世界大戦中に、キナの木産地であるインドネシアを日本が占領し米国への供給が絶たれたことで、天然でなく合成の抗マラリア薬の開発が加速し、1955年に米国でのHCQ承認に至った。

世界的なクロロキンの使用による耐性株の拡大により、抗マラリア薬としてのCQとHCQの使用は現在では激減したが、第二次世界大戦中に抗マラリア薬の投与を受けていた兵士の関節痛などの症状が改善したことを契機に、エリテマトーデスや関節リウマチの治療薬として広く使用されるようになる<sup>3)</sup>。しかし、1959年にHobbsらがCQの副作用としてクロロキン網膜炎を報告し<sup>4)</sup>、米国では1962年に警告文書が全医師に発令された。その後、網膜炎の低いHCQが主に使用されるようになったこと、網膜炎のスクリーニング方法が確立して適正使用が可能になったことで、重篤な網膜炎については回避できるようになった。

日本でもCQは1955年に販売され、

日本でのみ慢性腎炎、ネフローゼ、てんかんに効能追加が行われた。1962年に網膜炎が副作用として報告されたものの、警告が1970年と遅れたことに加え、日本独自の効能追加のため、網膜炎の被害が甚大となり、1974年にCQは販売中止に至った<sup>5)</sup>。これを受け、「クロロキン被害者の会」は1977年に国と製薬会社を相手に刑事訴訟を起こしたが、1995年に最高裁で国の責任は否定され結審している。

## さまざま困難が予想されたヒドロキシクロロキンの開発

世間でも広く話題になっているドラッグ・ラグは、海外の新薬が国内承認されるまでの時間差として扱われることが多い。しかしながら、“世界の標準的治療薬が国内で承認されていない状況”もドラッグ・ラグである。この状況はさらなるドラッグ・ラグを招くものであり、深刻な状況と言える。実際、近年SLEの新規薬剤の開発が海外で活発になる中、標準的治療薬であるHCQを持たない日本は国際共同治験への参加が難しくなっていた。

2009年5月、当時の自民党政権が補正予算753億円を投入し、未承認薬の開発を支援することを決定したとのニュースを、杉井章二先生(都立多摩総合医療センターリウマチ膠原病科)から知らされたとき、私はまだ米国にいた(実際には、その後の政権交代により予算は100億円となった)。その年の7月に帰国した私は、まずクロロキン被害者の会代表を務める横沢軍四郎氏に相談をし、難病患者・薬害被害者両方の立場から助言をいただいた。そしてHCQの日本への導入を推し進めるべく、古川福実教授(和歌山医大皮膚科)と山本一彦教授(東大アレルギー・リウマチ内科)によって、「日本ヒドロキシクロロキン研究会」が結成された。なお、この研究会の名称は、HCQがSLEの再燃を抑制することを実証した「Canadian Hydroxychloroquine Study Group」<sup>6)</sup>に由来している。

11月に行われた研究会の最初の会合翌日、第1回「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」に、HCQの開発要望書を提出した。翌年の12月、会議でHCQの必要性が認められ、国から企業に対して開発要請が提出された。

未承認薬の開発は、公知申請が可能な適応外薬と比べ巨額の費用を要することが知られている。それに加えHCQは、特許切れによって後発品の多い安価な薬剤であること、クロロキン網膜炎の歴史を有することなどが

ら、開発リスクは一層高い。開発企業の決定は難航が予想されたが、幸いなことに2011年に開発企業決定(サノフィ株式会社)の連絡を受けた。

## 産官学連携で国内承認が早期に実現

SLEは病態が複雑であり、臨床試験を成功させることは極めて難しい。薬剤開発の困難さは、米国においても2012年にベリムマブ(日本未承認)が承認されるまで、SLE治療薬はステロイドとHCQのみであったという事実からも推察できるであろう。そしてHCQは薬が古いことから、海外では公表された論文データなどに基づいて承認が行われており、現在の医薬品の許認可に係る規制要件を満たす開発治験は行われていない。非臨床データも限られており、有効性や安全性を示すデータについてもほとんどが観察研究によるデータなのである。

HCQの世界初の開発治験を日本で行うに当たり、有効性をどのように評価するかが問題であったが、慶大が大学病院として初めてHCQを導入したことがブレイクスルーとなった。その後、和歌山医大、聖路加国際病院、都立多摩総合医療センターも参加して行われたコホート研究<sup>7-9)</sup>の結果から、Werth氏が新たに開発したCLE指標(CLASI)を用いることにした。とはいえ、HCQの有効性を治験で証明することはまさに挑戦であったと言える<sup>10)</sup>。2015年11月の米国リウマチ学会において今回の治験に関する発表<sup>11)</sup>を行い、HCQの世界初の開発治験の結果として高い評価を得られたことは大変うれしく思う。

本治験において日本ヒドロキシクロロキン研究会は、学術的な点に関するサポートを全面的に行うとともに、関連学会での調整を行った。治験は2012年4月に始まり、全国22施設の皮膚科、リウマチ膠原病科、眼科の協力を得て予定通り終了し、2015年7月にSLEとCLEに対する効能が承認された。今回の治験は製薬会社による開発であり、医師主導治験ではない。製薬会社開発部の高橋俊也氏の強力なリーダーシップと、臨床・非臨床の専門的な開発チームメンバーの存在がなければ、これほど早く承認までこぎつけることは難しかったであろう。

## 眼科スクリーニングによって重篤な副作用の回避を

さまざまな有効性が期待されるHCQだが、日本における現時点での適応は

### ●よこがわ・なおと氏



1998年神戸大医学部卒。舞鶴市民病院、在沖米海軍病院、みさと健和病院、米国セント・ピーターズ大病院内科レジデント/チーフレジデント、米国ペンシルバニア大リウマチ膠原病フェローを経て、2009年より都立多摩総合医療センターリウマチ膠原病科に勤務。日本ヒドロキシクロロキン研究会事務局としての活動の他、結晶性関節炎を偏光顕微鏡で自ら診断する「一滴診断」の普及活動、関節リウマチの簡単な指標の普及活動などを行っている。日本リウマチ学会専門医、米国リウマチ膠原病専門医。

あくまでもSLEとCLEであり、安易な適応外使用は避けながら「育薬」していくことが大切である。HCQによる網膜炎に備えて適正使用(特に投与前および少なくとも年に1回は眼科でのスクリーニング)を行うことで、早期の網膜炎を発見できれば、重篤な網膜炎の発症を防ぐことは可能である。処方医は、日本皮膚科学会、日本リウマチ学会発行のガイドライン<sup>12,13)</sup>を参考にしていきたい。また近日、日本網膜硝子体学会からも眼科ガイドラインが発行される予定なので、眼科医はこちらも参考にしていきたい。

どんな医薬品であっても、未承認薬を個人輸入で使用し続けることは避けるべきであろう。国による医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議、新薬創出・適応外薬解消等促進加算、治験・臨床研究ネットワーク体制の推進、PMDA審査員の増員、製薬企業による希少疾患治療薬の開発方針、国際共同治験の促進といった多面的な取り組みにより、歴史的に山積したドラッグ・ラグ問題はゆっくりとではあるが着実に解消されつつある。もし本当に必要な薬が未承認であった場合、医師や患者は諦めることなく、ぜひ「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」に要望を出すことをお勧めする。

### ●参考文献

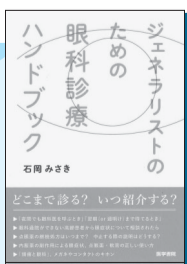
- 1) WHO. WHO Model List of Essential Medicines (19th List). 2015.
- 2) J Rheumatol. 2012 [PMID: 22661421]
- 3) Lancet. 1951 [PMID: 14874500]
- 4) Lancet. 1959 [PMID: 14402143]
- 5) Lancet. 1979 [PMID: 878669]
- 6) N Engl J Med. 1991 [PMID: 1984192]
- 7) J Dermatol. 2012 [PMID: 22168306]
- 8) J Dermatol. 2013 [PMID: 23216212]
- 9) Mod Rheumatol. 2012 [PMID: 21842436]
- 10) Mod Rheumatol. 2012 [PMID: 22581095]
- 11) Yokogawa N, et al. A double-blind, randomized, parallel-group study of hydroxychloroquine on cutaneous lupus erythematosus in Japan (abstract). Arthritis Rheumatol. 2015; 67 (suppl 10).
- 12) 古川福実, 他. ヒドロキシクロロキン適正使用の手引き. 日皮会誌. 2015; 125(11): 2049-60.
- 13) 日本皮膚科学会. ヒドロキシクロロキン適正使用のための手引き(簡易版)/日本リウマチ学会. 皮膚エリテマトーデスおよび全身性エリテマトーデスに対するヒドロキシクロロキン使用のための簡易ガイドライン. 2015.

眼科患者にも自信を持って対応できる、頼れる1冊

## ジェネラリストのための眼科診療ハンドブック

救急やプライマリ・ケアの現場で迷いがちな「眼科」のギモンに答えます! 「当直でも眼科医を呼ぶとき」「翌朝(or 週明け)まで待てる時」「眼科通院ができない高齢患者から眼症状について相談されたら」「点眼薬の継続処方はいつまで? 中止する際の説明は?」「内服薬の副作用による眼症状」「点眼薬・軟膏の正しい使い方」「メガネやコンタクトのキホン」など。手元にあれば安心の1冊。

石岡みさき  
みさき眼科クリニック院長

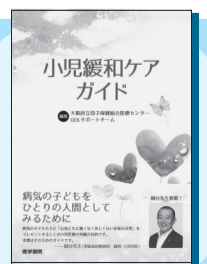


日本初、小児緩和ケアの本誕生! 小児にかかわるすべての医療者におすすめ!

## 小児緩和ケアガイド

日本初の小児緩和ケアガイド誕生! 「緩和=ターミナル」と思われがちだが、痛みや苦しさを取り除き、快適な療養生活をもちた姿勢こそが本書の原点。小児専門病院の医師・看護師・薬剤師・臨床心理士・MSW・ホスピタルプレイスが職種の壁を超えて執筆した本書は、小児の日常診療にいかせるエッセンスが満載。小児にかかわるすべての医療者におすすめの1冊。「フェイススケール/オピオイド力価換算表」のポケットカード付。

編集 大阪府立母子保健総合医療センター  
QOLサポートチーム



# The Genecialist Manifesto

## ジェネシャリスト宣言

「ジェネラリストか、スペシャリストか」。二元論を乗り越え、「ジェネシャリスト」という新概念を提唱する。

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30回】

### ポリファーマシーという問題と、ジェネシャリスト

大 学病院を受診するとき。まあ、全ての大学病院を網羅的に調べたわけではないのであくまでも雑ばくな感想だけど、受付ではいろいろな主訴を持つ患者をフラグメンタルに複数科受診させることが多いように思う。

総合診療科が機能していない大きな病院も同じだ。頭痛があり、鼻水が出て、目が充血していて、身体の節々が痛くて熱があれば、脳神経外科と耳鼻科と眼科と整形外科と膠原病科をたらい回し……というのはさすがに極端だけど、このように複数科受診をさせる大病院の受付は割と多いと思う。

複数の問題を抱える患者であれば、総合的に診療できるジェネラリスト一人が見ればよいわけで、上記の風邪の患者さんも上手にマネジメントできるはずだ。というか、そもそもこの患者は大病院・大学病院に行かず、いつものかかりつけ医にかかるのが筋だと思うけれど、本稿の主題を外れるのでここでは深入りしない。

大病院の専門家はルーチンで特定の検査をしたがることも多い。件の患者には、おそらく何ひとつ特別な検査を必要としないが、頭部CTや内視鏡検査やあちこちのX線撮影や各種抗原抗体検査がなされかねない(まじで)。そして、たくさんの薬剤処方も——。「ポリファーマシー」はこのようにして起きる。

ポリファーマシーは、医療者の怠慢から起きているのではない。逆である。各医師が自らの専門性に照らし合わせて良心的に、真摯に診療したが故に、ポリファーマシーなのだ。

本連載でも過去に述べてきたように、各科専門家はまれな病気や珍しい合併症、非典型的なケースを熟知している。そういうピットフォールに陥らないように、どうしても検査過剰、治療過剰になる。しかし見ているのが自分の領域だけなので、他科の医師がどのような検査をオーダーし、どのような薬剤を処方しているのかについての配慮が足りないこともある。そして、似たような薬剤がカブってしまう。時にそれらが、患者にとって有害なものになる。

こういうときのスペシャリストの目は、「虫眼鏡の目」「ミクロの目」であり、細かいところ、小さいところを見る眼差しとなっている。しかし、複数の主訴を持つ患者のケアで大事なものは、「全体」を見ること。木を見つ、森を見ることである。木を見つ森を見るということは、問題の全体を相対的に見る、ということでもある。全体のパースペクティブから見る、という

@igakukaishinbun

ことでもある。自らの専門領域を相対化する(絶対化しない!)ということでもあるのだ。

そのとき、諸問題にはプライオリティの高低が生じるだろう。緊急性の高低もある。諸臓器の症状が同じ病因から生じており、重なった検査や治療を省略できることもある。進行がん患者の尿酸値を薬剤治療で下げる必要があるだろうか。そりゃ、腫瘍崩壊症候群のハイリスク患者とかは別だけど。あるいは、血糖値は? コレステロール値は?——。

前回(第29回/第3150号)、ファイナンシャル・プランナー(FP)との相違点を交えながら述べたが、全ての健康問題を最大限に治療する必要はない。少なくとも、「治療しない」という選択肢はあるはずだ。患者の中には、「Aという病気は治療したいけど、Bについては今は放っておきたい」と思う人もいるかもしれない。金銭的コストは下がるかもしれないし、薬剤の数が増えず面倒くさくないし、相互作用といった別のリスクをヘッジできるかもしれない。

しかしそうした中で、スペシャリストのほとんどは自領域のプライオリティを「低い」と判断したくないだろう。オレの担当する病気「だけ」は治療したい、という欲望はどうしてもあるものだからだ。それはほくにもある。でもそこをぐっと抑え、「オレ様の専門領域」というオレ様目線をやめ、もっと総合的に全体的に患者を把握する必要がある。そのためには全てのスペシャリストがジェネ“シャ”リストになる必要がある。いや、それしかない。

大学病院の受付でも、どこの科が担当すべきか判然としない場合は、まずは総合診療科のようなジェネラリスト系の診療科“だけ”を受診させるべきだ。必要があれば、そして必要があるときだけ、ジェネラリスト・グループが各スペシャリストに相談する。その場合であっても、ポリファーマシーを回避するためには患者の全体像がきちんと把握できておいたほうがよい。

“政治的”に、ジェネラリスト・グ

愛され続けてきたのには理由がある。名著の伝統と現代的使いやすさが調和

## Grant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医学センター センター長 准教授  
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



延びやすい。やはり、こちらもジェネ“シャ”リストになったほうがよいのである。

ポリファーマシーの克服は難しく、こうやれば解決、という単一のソリューションは存在しない。たいていの難問がそうであるように。しかし、ジェネシャリストの普及はその克服に大きく寄与することだろう。必要条件、といってもよいと思う。

ホスピタリスト

# Hospitalist

2016 年間購読 申込受付中

病棟、外来、チーム医療…… 病院医療をコンダクトする ジェネラリストのための クォーターリーマガジン

編集委員: 平岡栄治・八重樫牧人・清田雅智・石山貴章・簡泉貴彦・石丸直人・徳田安春・藤谷茂樹

- 季刊/年4回発行 ●A4変 ●200頁
- 1部定価:本体4,600円+税
- 年間購読料19,008円(本体17,600円+税)

※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に比べ、約4%の割引となります。

責任編集: 宮川義隆・神田善伸・松本雅則・藤谷茂樹

Vol.3-No.4 特集: 血液疾患 発売

はじめに  
1 白血球数の異常、分画異常へのアプローチ  
2 貧血と赤血球増加症へのアプローチ  
3 血小板減少と増多へのアプローチ  
4 汎血球減少症へのアプローチ  
5 リンパ節腫脹へのアプローチ

6 凝固異常へのアプローチ  
7 輸血療法の適応と合併症  
8 造血因子:EPO製剤、TPO受容体作動薬、G-CSF製剤  
9 内科で遭遇し得る緊急症:  
①発熱性好中球減少症 ②血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)  
③血球貧血症候群(HPS)

2014年 1号 腎疾患 2号 膠原病 3号 消化管疾患 4号 緩和ケア

2015年 1号 呼吸器疾患 2号 外来における予防医療 3号 循環器疾患1 虚血性心疾患 4号 血液疾患

2016年(予定) 1号 代謝内分(3月発売予定) 2号 周術期マネジメント(6月発売予定) 3号 腫瘍(9月発売予定) 4号 未定(12月発売予定)

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

## 完全腹腔鏡下胃切除術 エキスパートに学ぶ体腔内再建法 [DVD付]

永井 英司 ● 編

B5・頁216  
定価:本体12,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02103-6

評者 黒川 良望  
四谷メディカルキューブ理事長/院長

完全腹腔鏡下胃切除術の体腔内再建法を詳解した胃外科医必携のバイブル

1991年に世界に先駆けてわが国で開発された胃がんに対する腹腔鏡下手術は、**再建手技の極意を知ることができる貴重な手引き書**として定着し、今まさに発展期を迎えている。腹腔鏡下胃切除術は、デバイスの進歩と手技の定型化により、若手外科医にも広く施行されるようになってきているが、複雑な再建方法や層を意識したリンパ節郭清など、他の腹腔鏡下手術と比べると決してやさしい手術ではない。胃切除は腹腔鏡下に行い、再建は小開腹下に開腹手術と同様の手技で行っている医師も依然として多いのが実情である。

この本は、この領域のエキスパートたちによって共同執筆された、「完全腹腔鏡下胃切除術」の中でも「体腔内再建法」に焦点を絞った単行書である。

エキスパートたちの再建手技の極意をまとめた貴重な手引き書

この本を手にする者は、腹腔鏡下胃切除術に対してある程度の経験があり、より安全で確実な再建方法を模索している、一定レベル以上の外科医が大半であろう。胃切除後の再建方法は

切除範囲により異なり、完全手縫い法、リニアステイプラーを用いた再建法、サーキュラーステイプラーを用いた吻合合法など多くの種類があるが、この本には根治性と術後QOLの向上をめざし、無駄を省き細部にこだわり抜いたエキスパートたちの再建手技の極意が余すところなくまとめられており、実際の手術の際に直ちに役立つ、貴重な手引き書となっている。

付録DVDに全ての術式が動画として収録

本書は『臨床外科』誌に26回にわたり連載され好評であった「必見! 完全体腔内再建の極意」をまとめたものだが、連載時には明確にはイメージできなかった実際の器具や臓器の取り回しが付録DVD動画で確認できるのはありがたい。全ての術式が収録されており、実際の手術直前に当該術式だけを抜き出して閲覧すれば術前のイメージトレーニングとして大いに役立つだろう。

本書を座右に置き、エキスパートたちの手技を参考にしながら、いかなる事態にも対処できるように技術を磨き、安全で確実な体腔内再建方法を身につけていただきたいと願っている。

## 診療情報学 第2版

日本診療情報管理学会 ● 編

B5・頁488  
定価:本体8,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02397-9

評者 武田 隆久  
武田病院グループ理事長

このほど、日本診療情報管理学会による『診療情報学』の第2版が発刊された。同書は2010年9月に医学書院から初版が刊行されて以来、多くの関係者に親しまれてきた。初版刊行から5年目を迎え、急速な時代の変化に合わせて、新たな概念、知識、技術を取り入れ、清新な内容とすることで学術書としての質を維持し、医療の質向上と情報活用の基盤整備に資するものにしたいと同学会により第2版がまとめられた。

本書の「序」の中で、編集委員長の大井利夫氏は、最新情報を優先し、時代に合わない内容などは更新して簡潔にまとめ、追加項目は、できるだけ初版の該当項目の中に付け加えるなどの

工夫を施したと解説している。

その基本方針に沿って、本書は初版を引き継ぎ、「I. 診療情報学総論」「II.

診療情報の価値を高めるためのシステムと評価(診療情報学と応用)」と「III. 診療記録の種類と記載法」の三部構成となっている。今回新たに、がん登録推進法に係る内容、WHO国際統計分類の動向、JCI (Joint Commission International) と救急・災害医療に係る診療情報などが加筆されている。その内容は極めて密度が高く、その意味で本書はまさしく診療情報に関する大著の最新版と言える。

今回の本書の出版に当たって大井氏は、「序論」の中で、「ともすると、データは多いが、真に伝えるべき情報の少

わが国の医療の質  
向上のために  
極めて重要な書籍の刊行

## 医療政策集中講義 医療を動かす戦略と実践

東京大学公共政策大学院 医療政策教育・研究ユニット ● 編

A5・頁328  
定価:本体2,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02164-7

評者 高山 義浩  
沖縄県立中部病院感染症内科

2014年6月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(医療介護総合確保法)」が成立し、より効率的で質の高い医療提供体制をめざした地域医療を再構築し、地域包括ケアシステムとの連携を深めるための方針が定められた。

改革が急がれる背景には、日本が縮減社会に入ってきていることがある。これから毎年、日本から小さな県一個分の人口が消滅していく。その一方で、高齢化率は30%を超えようとしており、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となる。疾患を有する高齢者が増加することになり、医療と介護の需要が急速に増大する見通しとなっている。

これが、いわゆる「2025年問題」であるが、現行の医療と介護の提供体制のみでは対応できない可能性があり、今から地域単位での改革を進めておく必要がある。急性期医療から回復期、慢性期、さらに在宅医療・介護まで、一連のケアが切れ目なく提供される効率的な体制を整備し、限られた資源を有効に活用する仕組みを構築していかなければならない。

本書の基となった「医療政策実践コミュニティ(H-PAC)」とは、東京大学公共政策大学院の医療政策教育・研究ユニットが社会活動として実施しているものである。2011年に始まり、社会人向けの医療政策人材を養成する場として、医療の重要課題に関する政策の選択肢について、年次を重ねながら議論を深めてきている。

ないDRIP Syndrome(筆者註: Data Rich Information Poor Syndrome)に陥っていることはないだろうか」と初版同様、指摘している(p.3)。医療関係者として、これは常に重要な示唆として胸にとどめておかなければならない。その上で、「患者の医療への有用性とデータベース化された情報の活用は、診療情報の必要性を表している」とまとめることができるであろう。(中略)『診療情報』の諸問題について現時点における統一した見解をまとめることは意義深いことであり、長年の念願でもあった。その意味では、本書は日本診療情報管理学会にとって夢の実現といえなくもない」とあらためて感

本書は、その学知と実践を広く社会に還元しようとするものである。特に、2025年問題に対処するため、「その変革の規模をどれだけ大きくできるか、

確実に実行できるか、といった実践に関する議論が主眼となっている」(p.vi「はじめに」より)とあり、本書における中心課題となっている。

現在の問題群と政府の施策をマップ化したChapter 1、医療改革の急所となる現場での取り組みを紹介するChapter 2、改革に向けた政策の立案と実践に向けた協働を生み出す方法論を示すChapter 3、そして最終章となるChapter 4では、改革の成果を導くためのリーダーシップ論へと展開する。これらが、厚労省の担当者やOB、現職の国会議員やジャーナリスト、メディアや医療制度の研究者、あるいは患者の立場で医療改革を進めようとするリーダーらによって執筆されている。特に筆者が注目したのは、本書が、戦後の社会保障の道のりを踏まえて、これからの医療改革を考え始めていることだ。医療改革とは歴史と文化の制約を受けるのが常である。そこに深く切り込む論考から本書が始まっている点は、その後の豊富な個別事例において、しっかりとした足場を与えていると感じた。

各都道府県では、2025年問題に備える「地域医療構想」の策定に向けた議論が始まっているところだ。このタイミングで本書が出版されたところに、H-PACの見極めの良さが表れている。改革を推進するさまざまな現場において、羅針盤として活用されることだろう。

慨深げに述べており、本書は、まさに夢の実現、そして夢の継続にふさわしいものとなっている。

執筆者の方々は日本診療情報管理学会の役員を含めいづれも診療情報分野の専門家、あるいは実務の担当者であり、診療情報に関する最新の知見が体系的に、わかりやすくまとめられている。したがって本書の刊行はわが国の医療の質の向上にとって極めて重要なことであると言って間違いない。医師、看護師など医療従事者、医療関係者はもちろんのこと、診療情報に取り組む大学生、専門学校生など、これからの時代を担う方々にも本書を参照されることをお勧めする。

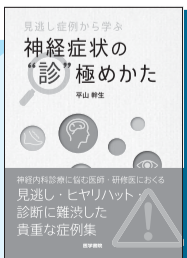


### 神経内科診療に悩む医師・研修医におくる貴重な「見逃し」症例集

## 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。

平山 幹生  
春日井市総合保健医療センター事務局・参事



### 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 星をつくるために

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労を重ねている彼らがどのような世界に棲んでいるのか、そもそも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—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



『週刊医学界新聞』通常号索引

2015年1月—12月(3107号—3155号)

ニュース・ルポ

- ◇「医療ビッグデータ時代」の幕開け(中山健夫)
◇第31回日本国際賞受賞者発表
◇第42回日本集中治療医学会
◇金原一郎記念医学医療振興財団贈呈式
◇第51回日本腹部救急医学会総会
◇第14回日本再生医療学会
◇第29回日本医学会総会
◇厚生労働省関連の国家試験合格状況
◇第17回日本在宅医学会もりおか大会
◇第58回日本糖尿病学会
◇世界医学サミット京都合会2015
◇第111回日本精神神経学会
◇第26回「理学療法ジャーナル賞」
◇第50回日本理学療法学会学術大会
◇第6回日本プライマリ・ケア連合学会
◇第20回日本緩和医療学会
◇第49回日本作業療法学会
◇模擬「地域医療構想調整会議」
◇雑誌「総合診療」誌名変更記念セミナー
◇第16回日本語聴覚学会
◇言葉をつむぎ、心をつなぐ「在宅」言語聴覚士の仕事
◇ナラティブ・メディスン・ワークショップ
◇第12回日本うつ病学会総会、第15回日本認知療法学会
◇雑誌「病院」リニューアル記念 緊急セミナー開催
◇第1回ALSO-Japan 年次集会
◇第21回白壁賞、第40回村上記念「胃と腸」賞授賞式
◇第23回総合リハビリテーション賞授賞式

対談・座談会・インタビュー

- ◇信頼と連携が育てる、日本の医療ビッグデータ(中山健夫、伏見清秀、宮田裕章)
◇地域型スポーツが健康を創る(小林裕幸、為末大)
◇ロボットスーツ HAL は医療をどう変えるのか(中島孝、川口有美子)
◇認知症の人の暮らしを支える「地域発」の統合ケアを探る(栗田圭一、河村雅明、滝脇憲、武地一)
◇「全国がん登録」で、がん対策が変わる(堀田知光)
◇果敢に改革に挑み、研究開発の最適化をめざす(末松誠)
◇現場で思考する医療人類学(錦織宏、飯田淳子、道信良子)
◇「帰してはいけない」子どもを見送さない医師になる(崎山弘、長谷川行洋)
◇今知りたい、腹痛診療の基本(田妻進、吉田雅博、古川頭、真弓俊彦)
◇理学療法50年—新たな可能性への挑戦(内山靖)
◇呼吸器診療の最適解は、悩み、見つけていく(倉原優)
◇多機能化と施設連携で、精神疾患患者を地域へ(窪田彰、佐久間啓、福田祐典、青木勉)
◇統計家を臨床医の良きパートナーに(森本剛、新谷歩)
◇地域で暮らすことを支えるには、かわり続ける必要がある(平澤哲哉、古屋聡)
◇ナラティブ・メディスン(リタ・シャロン、宮田靖志)
◇リハビリテーション専門職種への動向(伊藤利之、中村春基、半田一登、深浦順一、藤谷順子)
◇科学コミュニケーションを考える(標葉隆馬、

- 高橋政代、八代嘉美)
◇ICD改訂に向けた動向を探る(秋山剛、神庭重信、Geoffrey M. Reed)
◇院外処方箋への検査値印字で保険薬局との協働を(石井伊都子)
◇疫学を感染予防の「共通言語」に(吉田真紀子、堀成美)
◇医療面接は、知識や技術とともに両輪を成すもの(児玉知之)
◇「対話」がもたらす精神医療への光(伊藤順一郎、黒木俊秀、斎藤環)
◇ポリファーマシー いかに入介入するか、あるいは介入しないのか(徳田安春、矢吹拓、青島周一、北和也)
◇対人援助職として心理職に広がる可能性(村瀬嘉代子)
◇先制医療「集団の予防」から「個の予防」へ(井村裕夫、清原裕、山本雅之、岩坪威)
◇医療の未来を創るビッグデータ(中山健夫)
◇ライフサイエンス領域におけるビッグデータの利活用(山田亮)
◇医療ビッグデータへの期待(黒川清、今村聡、喜連川優)
◇新春随想2015(井村裕夫、高久史磨、山本繡子、矢野晴美、鶴田修、筒井真優美、増田寛也、五十嵐隆、福井トシ子、中室牧子、野村真波、片桐一男、尾身茂)
◇医療を進化させる、障がい者スポーツ研究(田島文博)
◇肺炎診療における喀痰グラム染色の価値を考える(福山一)
◇地域肯定感が生まれる仕組みづくり(安成英文)
◇タイで気付かされるリハビリテーションの価値(岩田研二)
◇FAQ 骨粗鬆症治療薬ビスホスホネートの適切な使い方(竹内靖博)
◇FAQ スギ・ヒノキ花粉症(大久保公裕)
◇国際医療協力活動で生まれた、人材育成・研究の新たな形(小原博)
◇FAQ 地域医療構想—2015年度から始まる医療改革(高山義浩)
◇私とともに在る人と(上橋菜穂子)
◇tele-ICU導入の試み(讀井將滿)
◇知っておきたい! 医療現場で起こり得る「もしも」の事態(木村政義)
◇日本在宅ケアアライアンスが目指すもの(新田國夫)
◇精神科臨床医が臨床研究留学する意義(田中徹平)
◇メンタルヘルス対策への精神科医のかかわり(渡辺洋一郎)
◇エビデンスに基づく予防医療のススメ(西原悠二、八重樫牧人)
◇「うっかりドーピング」を防ぐ適切な薬物治療の支援を(笠師久美子)
◇震災後の肺炎アウトブレイクを防ぐために(大東久佳)
◇全国の医療者をネットでつなぐ学習会(木村真司)
◇臨床試験への患者・市民参画「PPI」(武藤香織)
◇心房細動診療のリアル・ワールド(小川尚、赤尾昌治)
◇「世界標準」の研究倫理教育を研究者に(市川家國)
◇「EBMの父」David Sackettと私(名郷直樹、福岡敏雄)
◇社会的なコミュニケーション障害の解明(熊谷晋一郎)
◇スポーツ選手の健康支援に理学療法士が果たす

寄稿・投稿・視点

- ◇医療の未来を創るビッグデータ(中山健夫)
◇ライフサイエンス領域におけるビッグデータの利活用(山田亮)
◇医療ビッグデータへの期待(黒川清、今村聡、喜連川優)
◇新春随想2015(井村裕夫、高久史磨、山本繡子、矢野晴美、鶴田修、筒井真優美、増田寛也、五十嵐隆、福井トシ子、中室牧子、野村真波、片桐一男、尾身茂)
◇医療を進化させる、障がい者スポーツ研究(田島文博)
◇肺炎診療における喀痰グラム染色の価値を考える(福山一)
◇地域肯定感が生まれる仕組みづくり(安成英文)
◇タイで気付かされるリハビリテーションの価値(岩田研二)
◇FAQ 骨粗鬆症治療薬ビスホスホネートの適切な使い方(竹内靖博)
◇FAQ スギ・ヒノキ花粉症(大久保公裕)
◇国際医療協力活動で生まれた、人材育成・研究の新たな形(小原博)
◇FAQ 地域医療構想—2015年度から始まる医療改革(高山義浩)
◇私とともに在る人と(上橋菜穂子)
◇tele-ICU導入の試み(讀井將滿)
◇知っておきたい! 医療現場で起こり得る「もしも」の事態(木村政義)
◇日本在宅ケアアライアンスが目指すもの(新田國夫)
◇精神科臨床医が臨床研究留学する意義(田中徹平)
◇メンタルヘルス対策への精神科医のかかわり(渡辺洋一郎)
◇エビデンスに基づく予防医療のススメ(西原悠二、八重樫牧人)
◇「うっかりドーピング」を防ぐ適切な薬物治療の支援を(笠師久美子)
◇震災後の肺炎アウトブレイクを防ぐために(大東久佳)
◇全国の医療者をネットでつなぐ学習会(木村真司)
◇臨床試験への患者・市民参画「PPI」(武藤香織)
◇心房細動診療のリアル・ワールド(小川尚、赤尾昌治)
◇「世界標準」の研究倫理教育を研究者に(市川家國)
◇「EBMの父」David Sackettと私(名郷直樹、福岡敏雄)
◇社会的なコミュニケーション障害の解明(熊谷晋一郎)
◇スポーツ選手の健康支援に理学療法士が果たす

- 役割(小柳磨毅)
◇小児思春期1型糖尿病患者のケア(南昌江)
◇FAQ 肺 MAC 症の治療(鈴木克洋)
◇早期退院、自宅治療を実現する新しい感染症診療「OPAT」(馳亮太)
◇My Favorite Papers(神田善伸、宮地良樹、仲田和正、安達洋祐、藤田次郎)
◇認知行動療法eラーニングでうつ病を予防する(川上憲人)
◇ケース・マネジメント介入で自殺再企図の防止を(河西千秋)
◇心不全患者の malnutrition と栄養管理の方法(小笹寧子)
◇家族システムと早期からの緩和ケア(金容宅)
◇就労支援としての「夜間化学療法」の実践(徳満葉子)
◇過剰診断を防ぐエビデンスの構築を(加藤幹朗、徳田安春)
◇FAQ 一般外来での妊娠期・授乳期の患者の診方(水谷佳敬)
◇摂食嚥下関連医療資源マップで連携の輪を広げる(戸原玄)
◇未承認薬ヒドロキシクロキシンが国内承認されるまで(横川直人)

連載

- ◇クロストーク 日英地域医療(川越正平、澤憲明)
③躍動する診療所看護師たち(2)
④プライマリ・ケアが24時間無休で地域を支える仕

レジデント号索引

ニュース・ルポ

- ◇闘魂ホスピタルケア東京
◇第109回医師国家試験合格発表
◇「支え合い」精神と職員意識を育む「研修プロジェクト」
◇第33回臨床研修研究会
◇第88回日本内分泌学会
◇ACP日本支部年次総会2015
◇第63回日本心臓病学会
◇金原一郎記念医学医療振興財団贈呈式

対談・座談会・インタビュー

- ◇医学生のための勉強会指南(草場鉄周、森祐樹)
◇「見る」トレーニングを始めよう!(笠原敬、佐田竜一、忽那賢志)
◇君のカルテを「劇的」成長の軌跡に(岸本暢将、吉本尚、佐藤健太)
◇日本版ホスピタリストの育成をめざして(石山貴章、片山充哉)
◇この先生に会いたい!! 公開収録版(勝俣範之)
◇国際標準の内科医をめざして(上野文昭、黒川清、小林祥泰)
◇大学総合診療部門の新たな挑戦(伴信太郎、生坂政臣、瓜田純久、吉村学)
◇「家庭医」って何だ?(藤沼康樹、吉田伸) 3153

寄稿・投稿・視点

- ◇In My Resident Life(清水貴子、中村伸一、福岡敏雄、岩岡秀明、平岡栄治、柏原直樹)
◇学生でもできる尤度比活用診断術(佐藤崇翔、野田和敬、生坂政臣)
◇オランダ家庭医のアイデンティティと、家庭医を支える仕組み(三島千明)
◇家庭医療先進国キューバ研修報告(渡邊聡子、他)

- ◇組み合わせ3113、⑤地域に散らばる、専門的技術を持つジェネラリスト3115、⑥地域へアウトリーチする専門家チームの存在3122、⑦地域における多職種との連携、ソーシャル・キャピタルの活用3129、⑧住民本位の地域医療を促進する取り組み3134、⑨ピア・レビューや外部監査の機能を持つ英国の医療3138、⑩「患者中心」であるということ(1)3142、⑪「患者中心」であるということ(2)3146、⑫地域の健康を支えるために3150
◇ジェネシャリスト宣言(岩田健太郎)
⑩ジェネシャリストの育成は、学生のときから始まっている3109、⑫ジェネシャリストとコンサルテーション その1 コンサルターとして3113、⑬ジェネシャリストとコンサルテーション その2 コンサルタントとして3115、⑭三角形の表現形は多様であってよい3120、⑮複数の「とげ」が飛び出るスーパー・ジェネシャリスト3124、⑯ジェネシャリスト診断学 その1 ジェネラルに考える3129、⑰ジェネシャリスト診断学 その2 スペシャルに考える3132、⑱無知と配慮の診断学3138、⑲情報集めの方法論—PubMedとハリソン3142、⑳なぜ日本の内科教科書は「ダメ」なのか3146、㉑ヘルシズムの呪縛から逃れる3150、㉒ポリファーマシーという問題と、ジェネシャリスト3155
◇還暦「レジデント」研修記(李啓亮)
①人生の第4コーナーにさしかかって3129、②24年のブランクを埋めるために3131、③24年のブランクを経て3132、④医師不足の現場で働いて3134
◇在宅医療モノ語り(鶴岡優子)
㉓電子レンジさん3109、㉔スマートフォンさん3111、㉕あめちゃん3115

ニュース・ルポ

- ◇シミュレーション教育の充実にスペシャリストの育成を(上田順子、他)
◇医学生のためのマッチング対策講座(横林賢一)
◇これが私の進む道!! 2015(上村悠、本田由貴、前田恭世、森下緑、小川崇、寺澤洋)
◇奄美発! 「手あて」の医療を全国へ(平島彬)
◇若手心臓血管外科医の集い「U-40」(渡邊隼)
◇全米チーフレジデント会議に参加して(松尾貴公、他)

連載

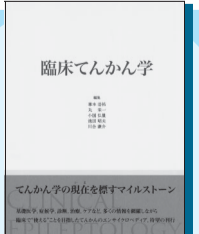
- ◇Dialog & Diagnosis(青柳有紀)
①抗菌薬が効かない市中肺炎?3108、②「ギョッと話す話」3112、③毒を盛られた話3116、④あの娘、ほくが川に飛び込んだらどんな顔をするだろう3121、⑤ハムとヤマアザシ3125、⑥既往歴、この厄介なるもの3128、⑦コール・ミー・ホエン・ユー・キャン3133、⑧HIVの既往あり3137、⑨「悪い空気」について①3141、⑩「悪い空気」について②3145、⑪なめたらあかん3149、⑫1859年より愛を込めて3153
◇レジデントのための「医療の質」向上委員会
①安全性(1)(反田篤志)3108、②安全性(2)(反田篤志)3112、③有効性(1)「有効な医療」とは何だろうか?(小西竜太)3116、④有効性(2)現場で有効な医療を行うには?(小西竜太)3121、⑤患者中心(1)「患者中心」とは何か、説明できますか?(一原直昭)3125、⑥患者中心(2)「患者参加」を再考する(一原直昭)3128、⑦適時性 プロセスを意識した診療、できていますか?(遠藤英樹)3133、⑧効率性(反田篤志)3137、⑨公正性(小西竜太)3141、⑩実践編1 質向上モデルを使ってみよう!(遠藤英樹)3145、⑪実践編2(前編)事例で学ぶ質向上モデルの実践(遠藤英樹)3149、⑫実践編2(後編)事例で学ぶ質向上モデルの実践(遠藤英樹)3153

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

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の現在の現状を標し、また未来を示すマイルストーンといえる1冊。

編集 兼本浩祐 慶応医科大学精神・神経病態部門・教授
丸 栄一 前日本医科大学千葉北総病院脳神経外科・准教授
小国弘量 東京女子医科大学小児科・教授
池田昭夫 京都大学医学部てんかん・運動異常学講座・教授
川合謙介 NTT東日本関東病院脳神経外科・部長



備えあれば憂いなし! 臨床直結の匠の至言
新刊 テイラー先生のクリニカル・パール2
医師ならば知っておくべき意外な事実
Essential Medical Facts Every Clinician Should Know To Prevent Medical Errors, Pass Board Examinations and Provide Informed Patient Care
米国家医療の父、Robert B. Taylorによる、医療過誤を防ぐために知っておきたい、包括的な視点から厳選された全416項目。一読すれば医療現場のさまざまな状況下での必要に応じ、証拠に基づく重要な医学的事実=パールが簡単に記憶の底から引き出せる。臨床各科別・症候別でまとめられた「テイラー先生のクリニカル・パール1」との併読により日常診療に深みが増す。ジェネラリストにも専門医にも効く珠玉の臨床パール集。
監訳: 小泉 俊三 東光会七条診療所(京都) 所長/佐賀大学 名誉教授
吉村 学 宮崎大学医学部 地域医療・総合診療医学講座 教授
定価: 本体4,000円+税
A5変 頁336 2015年
ISBN978-4-89592-832-8
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 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

小児診療に携わるすべての医師の必携書

# 今日の小児治療指針

## 第16版

総編集

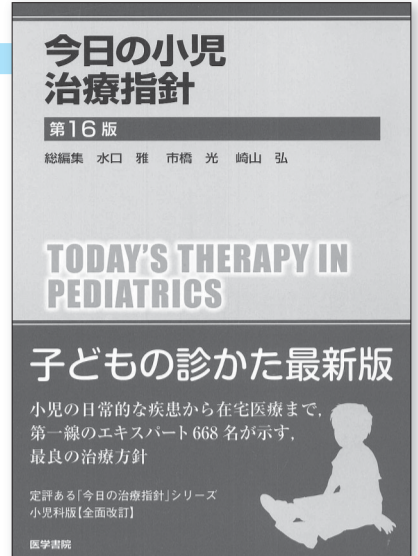
水口 雅・市橋 光・崎山 弘

小児に関わる全領域を網羅し、第一線のエキスパートが最新の治療法を具体的かつ実践的に解説。今版では、小児領域でも注目が高まる「小児在宅医療」の章を新設。また、重要疾患の「治療のポイント」、「専門医へのコンサルト」、「患児・患者説明のポイント」等の情報も随時掲載した。ハンディサイズで、日常診療に役立つ1冊。

●A5 頁1032 2015年  
定価:本体16,000円+税  
[ISBN978-4-260-02084-8]

■目次

- 第1章 救急医療
- 第2章 治療手技
- 第3章 小児診療にあたって
- 第4章 新生児疾患
- 第5章 染色体異常, 奇形症候群
- 第6章 先天代謝異常
- 第7章 内分泌疾患
- 第8章 代謝性疾患, 栄養障害
- 第9章 免疫疾患, 膠原病
- 第10章 アレルギー疾患
- 第11章 感染症, 寄生虫症
- 第12章 呼吸器疾患, 胸部疾患
- 第13章 消化器疾患, 腹部疾患
- 第14章 循環器疾患
- 第15章 血液・腫瘍性疾患
- 第16章 腎・泌尿器疾患
- 第17章 生殖器疾患
- 第18章 神経・筋疾患
- 第19章 精神疾患, 心身医学的問題, 発達障害
- 第20章 思春期医療
- 第21章 小児保健
- 第22章 学校保健
- 第23章 骨・関節疾患
- 第24章 皮膚疾患
- 第25章 眼疾患
- 第26章 耳鼻咽喉・気管の疾患
- 第27章 小児歯科・口腔外科疾患
- 第28章 小児在宅医療
- 付録1 小児薬剤投与法の原則
- 付録2 脳死判定と脳死下臓器提供



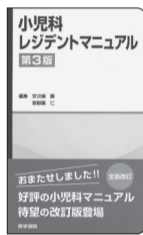
## レジデント向け書籍

### 小児科レジデントマニュアル

第3版 編集 安次嶺 馨・我那覇 仁

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、沖縄県立中部病院のスタッフが中心となり作成した、好評の小児科マニュアル第3版。全面改訂によりさらに内容が充実!

●B6変型 頁672 2015年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-02017-6]



### レジデントのためのアレルギー疾患診療マニュアル

第2版 岡田正人

実際のアレルギー診療の場での順序に沿った病態の解説で診断を的確に下せる。また治療目標とタイミング、調整時期やその決断のためのフォロー方法なども具体的に明示。

●A5 頁440 2014年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02034-3]

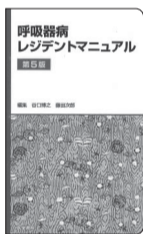


### 呼吸器病レジデントマニュアル

第5版 編集 谷口博之・藤田次郎

執筆者はすべて呼吸器疾患のエキスパート。一般外来および病棟・救急の場で具体的・実践的な答えがすぐ見つけられる構成で、呼吸器疾患に関する知識を効率よく習得できる。

●B6変型 頁660 2015年 定価:本体5,700円+税 [ISBN978-4-260-02142-5]

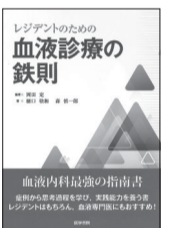


### レジデントのための血液診療の鉄則

編著 岡田 定/著 樋口敬和・森 慎一郎

血液内科で頻度の高い疾患、緊急度の高い症候と疾患を、症例ベースで解説する。血液専門研修医がまずおさえておくべき診断・治療・患者管理の「鉄則」をマスターできる。

●B5 頁336 2014年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01966-8]

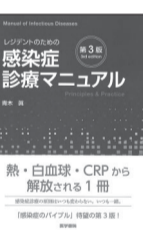


### レジデントのための感染症診療マニュアル 第3版

青木 眞

幅広い読者層に支持されてきた感染症診療のバイブル、待望の第3版。熱・白血球・CRPに依存した感染症診療から自由になるための1冊。

●A5 頁1536 2015年 定価:本体10,000円+税 [ISBN978-4-260-02027-5]



### 整形外科レジデントマニュアル

編集 田中 栄・中村耕三

編集協力 河野博隆・中川 匠・三浦俊樹

レジデントにとって最も必要となる、的確な診断にまで辿り着ける道筋を示す。また、初診のときに何を考え、どのように診察に当たるべきかを提示する。

●B6変型 頁400 2014年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-01935-4]



## 2016年1月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

<p><b>公衆衛生</b> Vol.80 No.2 1部定価: 本体2,400円+税</p>	<p><b>子どもへのがん教育</b></p>	<p><b>臨床婦人科産科</b> 1-2号合併増大 Vol.70 No.1 特別定価: 本体3,800円+税</p>	<p><b>難治性の周産期 common disease への挑戦</b></p>
<p><b>medicina</b> Vol.53 No.1 1部定価: 本体2,500円+税</p>	<p><b>糖尿病治療薬Update</b> —適正使用に向けて</p>	<p><b>臨床眼科</b> Vol.70 No.1 1部定価: 本体2,800円+税</p>	<p><b>眼内レンズアップデート</b></p>
<p><b>総合診療 (旧 JIM)</b> Vol.26 No.1 1部定価: 本体2,300円+税</p>	<p><b>妊婦・褥婦が一般外来に来たら</b> —エマージェンシー&amp;コモンプロブレム</p>	<p><b>耳鼻咽喉科・頭頸部外科</b> Vol.88 No.1 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p><b>小児の中耳炎を究める</b></p>
<p><b>糖尿病診療マスター</b> Vol.14 No.1 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p><b>中断と放置</b> —糖尿病診療のアドヒアランスを高めるために</p>	<p><b>臨床泌尿器科</b> Vol.70 No.1 1部定価: 本体2,800円+税</p>	<p><b>決定版! 過活動膀胱 —All about OAB</b></p>
<p><b>呼吸と循環</b> Vol.64 No.2 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p><b>慢性胃炎を見直す</b></p>	<p><b>総合リハビリテーション</b> Vol.44 No.1 1部定価: 本体2,300円+税</p>	<p><b>認知症予防と治療の進歩</b></p>
<p><b>胃と腸</b> Vol.51 No.1 1部定価: 本体3,200円+税</p>	<p><b>慢性胃炎を見直す</b></p>	<p><b>理学療法ジャーナル</b> 創刊50周年記念号 Vol.50 No.1 1部定価: 本体1,800円+税</p>	<p><b>理学療法50年の変遷/これまでの10年とこれからの10年—理学療法の発展と課題と夢/理学療法の50年に寄せて</b></p>
<p><b>BRAIN and NERVE</b> Vol.68 No.1 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p><b>シャルコー・マリー・トゥース病</b></p>	<p><b>臨床検査</b> Vol.60 No.2 1部定価: 本体2,200円+税</p>	<p><b>深く知ろう! 血栓止血検査/実践に役立つ呼吸機能検査の測定と手技</b></p>
<p><b>精神医学</b> Vol.58 No.1 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p><b>社会認知研究の最近の動向</b></p>	<p><b>病院</b> Vol.75 No.1 1部定価: 本体3,000円+税</p>	<p><b>データマネジメントで変わる病院</b></p>
<p><b>臨床外科</b> Vol.71 No.1 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p><b>十二指腸乳頭部病変に対する新たな治療戦略—新規約・新ガイドラインに基づいて</b></p>		



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