

2011年9月5日

第2943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
JCOPIY (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】超高齢社会における医療・介護関連肺炎へのアプローチ(河野茂, 門田淳一, 寺本信嗣, 丸山貴也)..... 1-3面
【連載】老年医学のエッセンス..... 4面
【連載】続・アメリカ医療の光と影/第75回日本循環器学会..... 5面
MEDICAL LIBRARY/【連載】在宅医療モノ語り..... 6-7面

座談会

超高齢社会における医療・介護関連肺炎へのアプローチ

日本の65歳以上の高齢者人口は2944万人(2010年末推計)。総人口の23.1%を高齢者が占め、高齢化ペースで世界の先頭を走り続けている。急増する高齢者の医療を考えたとき、最も重要となる疾患は「肺炎」である。

日本呼吸器学会は「医療・介護関連肺炎診療ガイドライン」を2011年8月に発表。これにより従来の市中肺炎(CAP)・院内肺炎(HAP)のほか、主に療養型病床群や介護施設での高齢者肺炎を対象とした医療・介護関連肺炎(Nursing and Healthcare associated pneumonia; NHCAP)が肺炎の新たなカテゴリーとして加わることとなった。本紙ではこの機に合わせ座談会を企画。ガイドラインの作成委員長を務めた河野茂氏を司会に迎え、これからの高齢者肺炎へのアプローチについて議論していただいた。



門田淳一氏 大分大学医学部 総合内科学第二講座教授

河野茂氏(司会) 長崎大学病院病院長

寺本信嗣氏 日立製作所ひたちなか総合病院内科/筑波大学附属病院ひたちなか社会連携研究教育センター・教授

丸山貴也氏 国立病院機構三重病院 呼吸器内科

河野 過去30年以上、肺炎は日本人の死因の第4位ですが、数年以内に脳卒中を抜き3位になると予想されています。その最大の理由は人口の高齢化で、肺炎による死亡率は年齢とともに上昇し、85-90歳の男性では肺炎が死因の第1位となっています。

その高齢者の肺炎についてですが、他の年代の肺炎と比べどのような特徴があるのでしょうか。

門田 高齢者肺炎の特徴の1つに、症状が出にくいことが挙げられます。全身倦怠感や食欲低下、活動性低下などで「どうもおかしい」と運ばれてきた患者で、胸部X線で肺炎が発見されることが多いです。また高齢者は基礎疾患を持っている方が多く、診断時にはすでに重症化していることが多いのも特徴です。介護を受けている方、在宅酸素療法を行っている方、また栄養状態が悪い方は肺炎にかかりやすく、予後も悪くなっています。

河野 高齢者の肺炎は手ごわい、ということですね。

日本の医療環境を考えると、療養型病床群や老人保健施設、介護施設といった高齢者福祉施設で過ごす方が多くなっています。

丸山 私は以前、複数の高齢者福祉施設の医師を務めていましたが、そのよ

うな施設には慢性の基礎疾患を持ち、活動性が低下した高齢者が多く入所していました。そうした方の肺炎は診断が遅れてしまうことがあり、いかに早期に軽症な段階で発見できるかが課題の一つとなっていました。

日本独自の医療環境を考慮した肺炎ガイドラインの誕生

河野 日本呼吸器学会ではこのような現状を踏まえ、「医療・介護関連肺炎診療ガイドライン」(NHCAPガイドライン)をこのたび策定しました。肺炎は従来、発症場所別に市中肺炎(CAP)と院内肺炎(HAP)の2つのカテゴリーに分けられ、日本呼吸器学会でもそれぞれに対応するガイドラインを作ってきましたが、これだけではカバーしきれない新しいカテゴリーとして医療・介護関連肺炎(NHCAP)を定めたわけです。

門田先生、このガイドライン誕生のきっかけをお話してください。

門田 NHCAPの議論が始まったきっかけは、2005年に医療ケア関連肺炎(HCAP)という新たなカテゴリーが米国胸部学会と米国感染症学会が合同で作成した院内肺炎ガイドラインのなかで提唱されたことです。日本もそれ

を参考に議論が始まりました。

ただ日本の場合、介護保険があり介護を受けている高齢者が多いため、米国と同じナーシングホームという名称の施設でも高齢者介護施設の性格が強いこと、また急性期の入院も米国の平均5日に比べて長く、長期入院患者も少なくないという違いなどが浮かび上がり、その位置付けが大きな議論となりました。

河野 日本独自の医療環境を考慮する必要があったのです。

門田 ええ。米国のHAPは急性期の入院しか対象としていません。入院後約5日が経過するとナーシングホームやlong-term acute care hospitalに移され、そこで発症した肺炎がHCAPとなります。

一方日本の場合、米国でHCAPとされる肺炎の発症時点ではまだ入院していることが多くHAPと扱われるため、どこで区切るかが課題でした。結局、長期療養型病床群や介護施設の入院患者も含めることとなり、特に介護を重視した形でカテゴライズしました(表)。

河野 日本では介護施設や在宅で治療を受けている高齢者も多くいるため、「Nursing」という冠を付けたのです。これは、日本が高齢者の健康に非常に

●表 NHCAPの定義

- ① 長期療養型病床群もしくは介護施設に入所している*
② 90日以内に病院を退院した
③ 介護**を必要とする高齢者・身障者
④ 通院にて継続的に血管内治療(透析、抗菌薬、化学療法、免疫抑制薬等による治療)を受けている

以上の、①-④のいずれかに当てはまる肺炎をNHCAPとする。

*精神科病棟も含む。

**介護の基準:PS3(限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす)以上をめぐとする。

気を使っていることの表れでもあります。

重症度に代わる新たな概念——「治療区分」

河野 従来のCAP・HAPのガイドラインでは、それぞれの原因微生物に特徴があるとされ治療法は明確に分けられていました。なおかつ重症度が予後と関連するため、重症度を判定することで、「最初から強力な多剤併用療法」「耐性菌のリスクが少ないため単剤療法」など重症度と微生物が極めてシンプルに結びつけられ、治療方針の決定

(2面につづく)

September 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。

総合診療・感染症科マニュアル

監修 八重樫牧人、岩田健太郎
編集 亀田総合病院
三五変型 頁464 定価2,625円
[ISBN978-4-260-00661-3]

ナラティブ・メディスン

物語能力が医療を変える
著 Rita Charon
訳 斎藤清二、岸本寛史、宮田靖志、山本和利
A5 頁400 定価3,675円
[ISBN978-4-260-01333-8]

婦人科がんの緩和ケア

著 Booth S & Bruera E(eds)
監訳 後明邦男、中村隆文
訳 沈沢欣恵
A5 頁224 定価3,675円
[ISBN978-4-260-01120-4]

臨床薬理学

(第3版)
編集 日本臨床薬理学会
責任編集 中野重行、安原一、中野真汎、小林真一、藤村昭夫
B5 頁464 定価8,400円
[ISBN978-4-260-01232-4]

〈神経心理学コレクション〉

精神医学再考
神経心理学の立場から
著 大東祥孝
シリーズ編集 山鳥重、河村満、池田学
A5 頁208 定価3,570円
[ISBN978-4-260-01404-5]

乳幼児健診マニュアル

(第4版)
編集 福岡地区小児科医会乳幼児保健委員会
B5 頁164 定価3,360円
[ISBN978-4-260-00877-8]

UNICEF/WHO 赤ちゃんとお母さんにやさしい

母乳育児支援ガイド
アドバンス・コース
「母乳育児成功のための10カ条」の推進
訳 BFHI 2009 翻訳編集委員会
B5 頁456 定価7,980円
[ISBN978-4-260-01212-6]

多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル

篠田道子
B5 頁128 定価2,520円
[ISBN978-4-260-01347-5]

わたしがもういちど 看護師長をするなら

坂本すが
四六判 頁130 定価1,575円
[ISBN978-4-260-01478-6]

座談会 超高齢社会における

(1面よりつづく)

がしやすくなっていました。

ところがNHCAPガイドラインの策定の過程でわかったのは、施設によって原因微生物はバラバラということでした。また、単純に重症度から治療法を決めることも不適切とされましたね。門田 はい。「成人市中肺炎診療ガイドライン2007」の重症度分類で中等症とされていても、耐性菌が出て死亡率が高くなる場合があることがわかり¹⁾、重症度から治療方針を決めることはそぐわないという結論に至りました。いわゆる介護施設関連肺炎でも多変量解析の結果から、予後に関する項目はパフォーマンスステータス(PS)や低アルブミン血症で、必ずしも重症度と一致しないことがわかっています²⁾。

河野 そこで導入されたのが、「治療区分」という考え方ですね。

門田 ええ。治療区分とは、患者の社会的背景や倫理面、家族の意向を基に、患者・家族と話し合っ決定する治療レベルの分類です。

人工呼吸器管理やICU入室が必要でしかも耐性菌リスクが高い場合、いわゆる「耐性菌によるHAP」に準じた治療を行う治療区分とします。集中治療を必要としないもしくは望まない場合は、耐性菌リスクが低ければ外来治療か入院治療かに分け、耐性菌リスクが高い場合はその菌をターゲットとした入院治療を行う治療区分とします(図)。これは、今回のガイドラインの最も特徴的なところですよ。

河野 昔から「肺炎は老人の友」とも言われるように、強力な治療を行うことが必ずしも最善とは限らない場合があります。ですから、患者さんを取り巻く環境を深く考え、治療に当たることが大切ですね。

ただ、患者さんの状態によっては治療方針の選択に難渋する場合もあると思います。どのような方針で治療を決めればよいのでしょうか。

寺本 「その治療がより患者さんの立

場に立ったものか」を治療決定のポイントとします。高齢者では、「重症だから」ではなく患者・家族の合意があって初めて治療が始まります。治療区分はそういった老年医学的な立場も表明しているのではないかと思います。

適切な例とは言えないかもしれませんが、患者さんと医師が治療方針や積極的治療を中止する時期について治療開始時に合意する癌診療と同様のことを、肺炎診療でも行う時代になったのだと思います。

丸山 臨床現場では、長期臥床中の高齢者に発症した重症肺炎に対し、家族が望まないために人工呼吸器管理などの加療を行わず、対症療法とすることもあります。患者さんにはさまざまな背景があるため、医師が患者・家族が求めている治療をしっかりと見極めて治療開始することが重要です。

河野 そうですね。そこがいちばん大切で、患者さんをずっと診察しその背景や家族構成がわかっている医師が、治療方針を患者・家族と相談して決めるところが今までのガイドラインにはない新しい切り口です。

丸山 今回のガイドラインでは治療区分により、外来、一般病棟、ICUと治療を開始する場所が変わりますが、このような分類は臨床現場で大いに役立つと思います。

高齢者肺炎を発見するコツは？

河野 とは言え、高齢者肺炎の診断は難しいというのがやはり一般的なコンセンサスです。診断に何かコツがあれば教えてください。

丸山 診断を難しくしている理由は、発熱や咳嗽などの肺炎に特有な症状が表に出にくいこと、また認知症や脳血管障害の後遺症でコミュニケーションがとれない方では症状を聴取できないことにあります。実際に初診時に肺炎を見逃され、後日、重症肺炎として救急搬送されたケースもありました。家族が食欲不振に気付いて受診したものの、咳嗽や発熱などの症状がなく、認



●河野茂氏
1974年長崎大医学部卒。卒後、同大第二内科入局。80年米国ニューメキシコ州立大留学などを経て、90年長崎大講師。96年同大第二内科教授、2006年同大医学

部長、09年より現職。専門は呼吸器感染症。日本呼吸器学会「医療ケア関連肺炎診療ガイドライン作成に関する委員会」委員長。国内外の多数の学会の理事、評議員を務める。『レジデントのための呼吸器診療マニュアル』(医学書院)など編著書多数。

知症のため本人から聴取もできなかったために見逃された症例です。ここで一歩踏み込んで、むせがなかったかや食欲がなくなるまでの状況を家族に聞いて肺炎を疑い、胸部X線を1枚撮れば診断できた可能性があります。

「元気がない」「食欲がない」といった症状を若い方よりも少し注目していけば、より早期に肺炎をとらえることができるのではないかと思います。

河野 聴診所見は診断に活用していますか。

丸山 聴診所見は診断の大きな助けになります。肺気腫などの慢性肺疾患の合併により、肺炎による肺雑音を聴取しにくい症例もありますが、少しでも聴取できれば胸部X線所見から確定診断につなげることができます。

寺本 呼吸器内科の専門医以外が、問診や身体所見から診断を行うことはハードルが高いと感じるので、非専門医の方は呼吸が速くなることやSpO2の低下に注目するとよいと思います。高齢者の場合、軽度の肺炎でもSpO2は低下する場合がありますため、在宅などでいつも測定している患者さんで数値の低下をみたときは、肺炎発見のチャンスです。

抗菌薬治療のポイント

河野 NHCAPの治療に当たっては、CAPやHAPと同様に抗菌薬投与が中心となりますが、そのポイントを教えてください。

門田 NHCAPでは、治療区分に合わせて用いる抗菌薬を変えることとなります(図)。詳細はガイドラインをご覧くださいと思いますが、最も軽症の外来治療(A群)と区分された場合、β-ラクタム阻害薬配合ペニシリン系あるいはセフェム系が第一選択となります。肺炎クラミジアも市中肺炎と同程度検出されるのでマクロライドを併用します。

次に耐性菌のリスクを考えない入院治療(B群)では、β-ラクタム系抗菌薬の注射薬が基本ですが、レボフロキサシンの注射薬も有用です。

耐性菌のリスクがあり、ICUなどの集中治療が必要ない入院治療(C群)の場合、抗緑膿菌活性がありしかも肺



●門田淳一氏
1981年長崎大医学部卒。86年米国デューク大留学。90年長崎原爆病院、2001年大分医大講師、02年同大助教授を経て05年より現職。専門は呼吸器感染症とびまん性間質性肺疾患の診断・治療。日本呼吸器学会「医療ケア関連肺炎診療ガイドライン作成に関する委員会」委員、日本感染症学会理事。編著書に『成人市中肺炎診療の実際』(医学書院)、『呼吸器感染症のすべて』(南江堂)など。

性間質性肺疾患の診断・治療。日本呼吸器学会「医療ケア関連肺炎診療ガイドライン作成に関する委員会」委員、日本感染症学会理事。編著書に『成人市中肺炎診療の実際』(医学書院)、『呼吸器感染症のすべて』(南江堂)など。

炎球菌や嫌気性菌もカバーできるよう単剤または二剤併用で選択します。また、MRSAが以前に分離された既往がある場合は、抗MRSA薬併用がよいと思います。

最後に、集中治療が必要で原因菌として耐性菌のリスクがある場合(D群)には、抗緑膿菌活性を持つβ-ラクタム系抗菌薬とニューキノロン系薬あるいは製造承認され今後上市が予定されているアジスロマイシン注射薬を併用することとしています。なお、多剤併用療法はガイドライン策定時も議論となったのですが、ICU入院患者での耐性菌によるHAPの検証で、米国の院内肺炎ガイドラインに則って多剤併用療法を行った群の予後が悪かったことから、特に高齢者を主な対象とするNHCAPではアミノ配糖体系薬の併用の有用性に疑問符が付き、今後検討すべき課題となりました。

河野 耐性菌リスクの有無で治療が変わるということですが、そのリスクはどのように判断するのでしょうか。

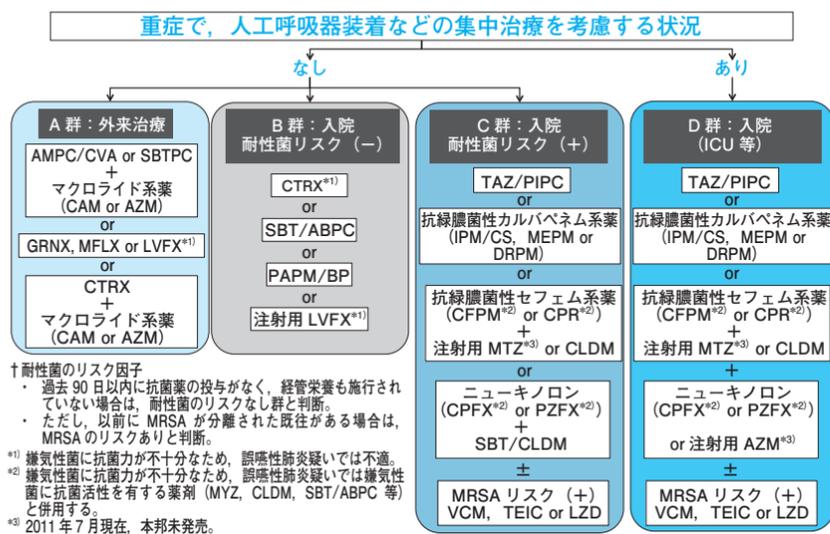
門田 過去90日以内に抗菌薬の投与がなく、経管栄養も施行されていない群を耐性菌リスクなしの治療区分と判断します。これは過去90日以内に広域抗菌薬を2日以上投与した例と経管栄養をした例で耐性菌の検出率が高いというデータが報告³⁾されていることに基づきます。

河野 経管栄養も耐性菌のリスクと考えられるのですね。

胃瘻に肺炎予防効果のエビデンスはない

河野 胃瘻造設は、これまで高齢者の誤嚥対策でしばしば行われてきた経緯があるので、耐性菌リスクの点からも誤嚥性肺炎の扱いは議論を呼びそうです。

寺本 ええ。NHCAPガイドラインの策定時にも大きな議論となった部分です。興味深い点は、従来発生場所でCAP、HAPと分けていた肺炎にNHCAPという新たな枠組みを作ったところ、誤嚥性肺炎の特徴を有するグループが浮き彫りになったことです。「耐性菌リスクが高いグループ」とは、実は何度も治療を受けている反復性誤嚥によ



●図 NHCAPガイドラインにおける「治療区分」

答えのない問題に対し、何を考えなくてはならないかを問ひかける。

感染症のコントラバーシー 臨床上的リアルな問題の多くは即答できない

Emerging Issues and Controversies in Infectious Disease(Emerging Infectious Disease of the 21st Cent)

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」と問ひかける一歩進んだ書籍。答えを教えてくださいの教科書が足りないなくなったら、最初に手に取りたい1冊。

著 Fong, I.W.
監訳 岩田健太郎
神戸大学教授・感染治療学



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

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。

監修 喜舎場朝和
前・沖縄県立中部病院・内科部長
遠藤和郎
沖縄県立中部病院・内科部長・感染症科
著 谷口智宏
独立行政法人国立病院機構
大阪医療センター・感染症内科





●寺本信嗣氏

1986年山形大医学部卒。94年東大大学院修了(医学博士)、94年米国ノースカロライナ州立大留学。03年東大病院老年病科講師、08年国立病院機構東京病院などを

経て、11年4月より現職。専門は呼吸器疾患、老年医学。嚥下性肺炎診断のための独自の検査法を開発(Lancet.1999; 353:1243)。日本呼吸ケアリハビリテーション学会評議員。編著書に『肺と呼吸に不安があるときに読む本』(小学館)など。

る肺炎患者を指しているのだと思います。

河野 ガイドラインでは、胃瘻は肺炎の予防につながらないことにも言及しています。

寺本 文献をいろいろ調べると、胃瘻は栄養の面で経鼻胃管に比べて有意に優れることは証明されていますが、肺炎予防はほぼすべてのスタディで否定的で、メタ解析により有意差がないことは明らかになっています⁴⁾。

正直なところ、鼻にチューブを入れたり出したりするだけでも相当な侵襲があり、胃の内容物を押し込むことには逆流を助長している部分があります。ですから、本来は胃瘻患者に肺炎が多くてもおかしくない状況ですが、胃瘻の有無で肺炎リスクは変わらないというデータが多い現状では、胃瘻が肺炎予防に有効というエビデンスはないと解釈することが合理的です。社会的には、肺炎予防策としてPEG(経皮的内視鏡胃瘻造設術)が選択されることが若干ありますが、それは不適切だと明確に示すべきです。

河野 ガイドラインでは誤嚥性肺炎のしっかりした定義付けはしていませんが、誤嚥を起こす高齢者は多く、またそれを繰り返すことも多いため、NHCAPでも誤嚥を考慮に入れ治療に当たることとしたわけですね。

“ワクチン、口腔ケア、嚥下”が予防のキーワード

河野 NHCAPの重要な対策の一つに「予防」が挙げられます。予防面では、やはりワクチン接種が求められますね。

丸山 われわれが行った高齢者福祉施設の入所者を対象とした無作為比較試験では、23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)とインフルエンザワクチンの併用により、肺炎全体および肺炎球菌性肺炎の発症とそれによる死亡を有意に抑制するという良好な結果が得られました⁵⁾。

また現在、小児への接種が勧められている7価肺炎球菌ワクチン(プレバナー®)では、米国で小児への予防接種を開始したところ、成人の肺炎球菌感染症が徐々に減少したという報告⁶⁾があります。これは二次的な予防効果



●丸山貴也氏

2001年自治医大卒。卒業後9年間へき地医療に従事。その間、呼吸器感染症の臨床研究を行い、23価肺炎球菌ワクチンの予防効果を初めて無作為比較試験で証明

する(BMJ.2010; 340: c1004)。09年米国ニューヨーク州立ウインスロップ大病院留学。10年より現職。11年医学博士取得(三重大)。専門は呼吸器感染症の予防と治療。日本呼吸器学会「呼吸器ワクチンワーキンググループ検討委員会」委員。

ですが、高齢者福祉施設には家族がお見舞いに来ますし、比較的ADLの高い方は自宅に外泊します。お孫さんとの接触による施設への菌の持ち込みがアウトブレイクの原因になることもあるので、入所者にはワクチンを徹底するのはもちろん小児・高齢者の両面からの予防が大切です。また、施設で働くスタッフのインフルエンザワクチンの接種も徹底する必要があります。

ただ現状では、肺炎球菌ワクチンの接種率は低く、インフルエンザワクチンの接種も十分ではありません。

河野 ワクチンの問題には施設のスタッフの知識不足もありますが、経済的な側面もあるでしょう。行政としても、ワクチン接種に積極的に補助を出すことを考えていかなければならないと思います。

ワクチン以外に心がけるべき予防法は何かありますか。

丸山 NHCAPには誤嚥の方が多くという特徴があるので、口腔ケアの徹底も予防に役立つと思います。誤嚥性肺炎の治療には、口腔ケアが有効というデータもあります⁷⁾。

寺本 肺炎は感染症ですから病原体がなければ起こりません。おそらく多くのNHCAPは、患者さんがもともと保有していた菌がさまざまな分泌物とともに気道内に入り発症します。口腔ケアはその発症ルートを断つ重要な方法の一つですし、喉を浄化する嚥下運動が常にできることも予防につながるでしょう。

嚥下リハビリテーションで肺炎が減ったというエビデンスはまだないのですが、それは食事ができることと誤嚥性肺炎は直接関係がないためだと私は考えています。しかし嚥下ができないと口が開いたままの乾いた状態、つまり細菌が繁殖しやすい状態となりますから、直接の効果は証明されていないものの嚥下リハビリテーションも大切だと思います。

河野 嚥下はGERD(胃食道逆流症)とも関係していますよね。

寺本 はい。GERDがあらゆる呼吸器疾患と結びついているというエビデンスが出てきています。下部食道括約筋の機能不全と嚥下障害はほぼ同義ですし、逆流そのものの影響のほか、胃酸

の上昇が粘膜組織での接着分子ICAM-1の増加を招きウイルス感染を助長するという要素もあります。このようにGERDがあると複合的に状態が悪くなるので、あまり関係なさそうですがGERDの治療をしっかりと行うことも、予防の観点から大事になると思います。

超高齢社会に適した肺炎診療の実践を

河野 本日は、新たな肺炎カテゴリーであるNHCAPの病態から診断・治療・予防までをご解説いただきました。超高齢社会に対応できるように策定されたNHCAPガイドラインが、高齢者の肺炎診療の役に立つことを作成委員長として願っています。

丸山 私は今回のガイドラインをみて、日本のデータを基に日本独自の医療システムを盛り込んで策定されており、非常に使いやすいという印象を持ちました。最近の各国からの報告によりHCAP、NHCAPの原因微生物は多様であることがわかり、ガイドラインは各国の特徴を考慮することが必要だとあらためて感じました。

ガイドラインというと、これまでは米国でまず作られ日本がそれを後追いするという印象がありましたが、今回、先行して新たな概念を打ち立てたことは、大きな一歩だと思います。

寺本 私もその点を感じました。これまでは、米国胸部学会や米国感染症学会という世界をリードする組織が作ったカテゴリーにこちらから歩み寄って、何とかその基準に合わせようと努力していたわけですが、どう頑張っても合わない現実におち当たり、それならば無理やり当てはめるよりも一歩踏み出し日本のオリジナリティを打ち出そうという強い意志が、作成委員会にはあったと感じました。

今回のガイドラインは、かかりつけ医の存在を非常に重視したものとなっています。ですから、「我こそはかかりつけ医だ」という自負のあるすべての医師は、ぜひこれを見て高齢者の診療に当たってほしいと思います。

河野 高齢者診療では、疾患がわかっていても単純に治療方針を決められない難しい部分があります。NHCAPガイドラインは、普段からその患者さんや家族をよく知っている主治医が治療方針

もう一つ、忘れてはならないのが栄養です。やはり肺炎患者の予後を規定するのはアルブミン値などの栄養指標なので、歯があるとよく食べられるという交絡因子の影響もありますが、栄養状態の改善に向けた取り組みを行うことがトータルな意味での肺炎予防につながると思います。

を決めるところが、これまでのガイドラインと基本的に異なる点です。

そして治療に当たっては、治療区分という新しい考え方を採用しました。この考え方のエビデンスはまだ少なく、今後の検証によってその是非が問われるでしょう。ですから、一人でも多くの医療者にこのガイドラインを使っていただき、得られたデータから新たなエビデンスを創出していただければと思います。(了)

参考文献

- 1) Shindo Y, et al. Health-care-associated pneumonia among hospitalized patients in a Japanese community hospital. Chest. 2009; 135(3): 633-40.
- 2) Maruyama T, et al. A prospective comparison of nursing home-acquired pneumonia with hospital-acquired pneumonia in non-intubated elderly. Respir Med. 2008; 102(9): 1287-95.
- 3) Shindo Y, et al. Implication of clinical pathway care for community-acquired pneumonia in a community hospital: early switch from an intravenous beta-lactam plus a macrolide to an oral respiratory fluoroquinolone. Intern Med. 2008; 47(21): 1865-74.
- 4) Gomes CA Jr., et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(11): CD008096.
- 5) Maruyama T, et al. 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine prevents pneumonia and improves survival in nursing home residents. -A double blind, randomized and placebo controlled trial. BMJ. 2010; 340: c1004.
- 6) CDC. Direct and indirect effects of routine vaccination of children with 7-valent pneumococcal conjugate vaccine on incidence of invasive pneumococcal disease—United States, 1998-2003. MMWR. 2005; 54(36): 893-7.
- 7) Yoneyama T, et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. J Am Geriatr Soc. 2002; 50(3): 430-3.

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。

感染症外来のプライマリをこの1冊で

感染症外来の帰還

『感染症外来の事件簿』から3年。研修医世代から好評を博した前著を基に、日本のプライマリ・ケア外来診療を支えるベテラン臨床医向けに新たに生まれ変わった論者が本書。卒前教育で感染症を学ぶ機会の無かった世代に向け、世界的かつ日本的であり得る臨床感染症学の“中庸”を投げかける。小児・漢方・新型インフルエンザと、現場で求められる現代のニーズを満たす要素も盛り込まれた。

岩田健太郎
神戸大学教授
豊浦麻記子
前沖縄県立中部病院小児科



高齢者を包括的に診る 老年医学の エッセンス

その9

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ただけでなく、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一連連載でお伝えしていきます。

* 虚弱高齢者の骨粗しょう症診療 CGA+EBM=Pain? or Pleasure?

大蔵暢

医療法人社団愛和会
馬車公園クリニック

よる二次的な骨格変形は、寝たきり状態や慢性腰痛の原因となり、円背、身長低下などにより生活動作を障害し、介護の必要性が増す原因となっている。整形外科医やリウマチ膠原病専門医が、骨関節疾患診療の大半を担う日本では、より多くの国民が受診する家庭医や総合内科医など一般医の骨粗しょう症診療への興味は低く、スクリーニングや治療が十分に行われていない可能性が高い。これには女性医学や老年医学教育の遅れも影響しているだろう。一般高齢者の骨粗しょう症はその高い罹患頻度を考慮すると、糖尿病や高血圧などと同等に一般医によって診療されるべきである。

FRAX®を用いたリスク評価

日本や欧米のガイドラインを見比べても、特別な場合を除いて「65歳以上の女性・危険因子を持つ男性や若年女性を、骨密度測定による骨粗しょう症スクリーニングの対象とする」ことは共通している(註1)。

ガイドラインはDEXA(Dual-Energy X-ray Absorptiometry)法による骨量測定を推奨しており、筆者は近くのリウマチクリニックに骨密度検査をお願いしてT scoreとZ score(註2)を計算した報告書ももらっている。椎体か大腿骨頸部のT scoreが-2.5以下ならば骨粗しょう症と診断し、患者と治療について相談する。T scoreが-1.0から-2.4であれば、WHOが提唱する骨折リスク評価ツールであるFRAX®(<http://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=ja>)を用い、さらに他の危険因子を加味して総合評価を行う。

症例1では、T scoreは骨粗しょう症の診断基準を満たさなかったが、他の危険因子(関節リウマチとステロイド服用)があったためFRAX®を用いたところ、10年間の主要骨折リスクと大腿骨頸部骨折リスクはそれぞれ18%と5.8%だった。日本のガイドラインは2006年に作成されたため、2008年に紹介されたFRAX®を用いた場合の評価については記載されていないが、最近の総説では主要骨折リスク20%以上か大腿骨頸部骨折リスク3%以上の場合に治療を検討するよう勧められている(Ann Intern Med. 2011 [PMID: 21727287])。ビスフォスフォネートやカルシウム、ビタミンDによる薬物療法と、体重負荷運動や日光浴、体重管理などの非薬物治療などについてYさんと相談した。

症例2 81歳の虚弱高齢女性のMさんは心臓弁膜症によるうっ血性心不全と軽度の認知機能低下(MMSEスコア22点)、両下肢筋力低下があり、室内外の移動には車椅子を使用している。腰椎単純X線像では第4、5腰椎に軽度の圧迫骨折像を認め、骨密度検査では腰椎、大腿骨頸部のT scoreはそれぞれ-3.4、-2.8だった。

包括的評価を取り入れた治療法の選択を

虚弱高齢者の骨粗しょう症では、治療の選択肢がより複雑になってくる(表)。椎体骨折防止に関するエビデンスはSelective Estrogen Receptor Modulator (SERM)とビスフォスフォネートともによいものがあるが、非椎体骨折となるとSERMが効果的に防止するというエビデンスは少ない。

ビスフォスフォネートの服用手順は煩雑で、特に認知機能低下のある虚弱高齢者はその遵守が困難なことから副作用の食道傷害の被害者となるケースが多く、最悪の場合は食道破裂にまで発展することもある。よって、ビスフォスフォネートを虚弱高齢者に処方する際は「自分で服用することが可能か」「服用を見守る社会的サポートはあるか」を確認する必要がある。可動性が車椅子移動まで低下している症例2のような虚弱高齢者であれば、歩行している人に比べて転倒による大腿骨頸部骨折のリスクは低いと思われる。服用手順の煩雑なビスフォスフォネートの代わりにSERMを服用する正当性は増加する。つまりビスフォスフォネートやSERM、その他の治療法の選択には虚弱高齢者の認知機能や可動性、生活環境、社会的サポートといった包括的評価が必要となるのだ。

症例3 98歳の虚弱高齢女性であるSさんは、筆者が訪問診療している介護付老人ホームに居住している。軽度の認知機能低下とやや進行した難聴があるため、コミュニケーションにはやや苦勞する。中等度の円背があるが腰痛の訴えもなく、シルバーカーでの歩行が依然として可能であり、入居してからの5年間転倒していない。今まで骨密度を評価したことはない。

超高齢者への治療は積極的に進むべきか?

超高齢者への骨粗しょう症の治療介入を検討するときには、治療効果とそれにかかる時間、コンプライアンスをさらに考慮したい。

既存のランダム化比較試験によると、ビスフォスフォネートの第二世代であるアレンドロネート(フォサマック®, ボナロン®)は、3年間で椎体骨折を19.4%から12%に低下させる(Arch Intern Med. 1997 [PMID: 9531231])。7.4%の絶対リスク低下(NNT=13.5)を3年間でもたらしうる、この治療法の臨床的効果をどう考えるか? これらの結果が平均年齢71歳のスタディサンプルから導き出されたことを考慮すると、このエビデンスを症例3のような超高齢者に適用してよいものかさらに悩む。

第三世代のリセドロネート(アクト

●骨粗しょう症の治療戦略
骨粗しょう症の治療薬は他にもあるが、①から④は主に筆者が行う治療パターンである。①から④に進むに従い治療効果は大きくなるが、治療侵襲や副作用リスクも大きくなり、特に虚弱高齢者への使用は注意が必要である。服用薬剤が多い患者には、SERMのみ、あるいはビスフォスフォネートのみ処方することもある。

治療戦略	治療効果	侵襲・副作用
① 薬物治療なし	小	小
② カルシウム+ビタミンD	↑	↑
③ ②+SERM	↑	↑
④ ②+ビスフォスフォネート	大	大

ネル®, ベネット®)は、驚くことに1年間で10.9%もの椎体骨折を2.5%まで低下させたが(絶対リスク低下8.4%, NNT=11.9)、3年後にはその効果が弱まった(絶対リスク低下6.4%) (JAGS. 2004 [PMID: 15507059])。ただこのスタディには、ほかには見られない高い効果量や、時間とともに効果が減弱するといった薬理的に説明が難しい結果、あまりにも簡潔すぎる研究方法の記述、治験薬を製造している製薬会社からの資金提供などスタディの妥当性(信頼性)を疑問視せざるを得ないような点が多数あった。被験者の5人に1人が研究の継続を中止していることも勘案し、このエビデンスの使用を検討すべきである。

筆者は一般的に、治療効果の程度や効果の発現までにかかる時間、薬物の副作用などを考慮して90歳以上の骨粗しょう症治療の開始には消極的である。

「骨の老化」はどこまで克服できるだろうか

社会の高齢化に伴い骨粗しょう症の予防や治療が今まで以上に注目され、製薬業界や医療界がその期待に応えようと盛り上がっている。筆者もさらに効果の大きい予防法や治療薬が早く出現しないものと日々待ち望んでいる。しかしその一方で、いまだにどの臓器の老化も克服できていない人類が、「骨の老化」とも言える骨粗しょう症をどこまで予防や治療できるのかと冷静かつ懐疑的な姿勢で事態を見守っている。

いずれにせよしばらくは「どれも完全ではない現在の骨粗しょう症治療の選択肢のなかから包括的高齢者評価やエビデンス評価を駆使して目の前の虚弱高齢者に最善の決断を行う」という限りなく困難な、しかし高齢者診療において最もアカデミックな知的作業を楽しむよりほかなさそうである。

註1) ガイドラインはそれぞれ、日本: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0046/1/0046_G0000129_GL.html, 米国: http://www.nof.org/sites/default/files/pdfs/NOF_Clinician-Guide2009_v7.pdfを参照。

註2) T scoreは、若年者の平均骨密度を基準として計算した標準偏差(若年者と比較してどれだけ骨密度が低い)。Z scoreは、同年齢の平均骨密度を基準として計算した標準偏差。

症例1 75歳の高齢女性Yさんは30代後半から関節リウマチを患い、長期間ステロイドを服用している。その他、高血圧や不安神経症、めまい、慢性胃炎の持病があるが、近ごろの体調は比較的良好である。最近4歳年上の姉が転倒し左大腿骨頸部を骨折したらしく、Yさんも骨粗しょう症が心配になった。骨密度を測定したところ、腰椎、大腿骨頸部のT scoreはそれぞれ-1.8、-2.0であり、その対応について相談するため筆者の外来を受診した。

高齢化社会における脅威

加齢と深く関連し、骨密度が低下することによって骨折の危険が増加する病態である骨粗しょう症は、高齢化が進行する先進国を中心に非常に大きな脅威となっている。わが国でも大腿骨頸部骨折は年間に12万件を超えると推定され、患者のうち約10%は1年以内に死亡し、約30%は日常生活動作能力が低下する。また、椎体骨折に

どうやって診断にたどり着くのか?

新刊 クリニカル・リーズニング・ラーニング
Learning Clinical Reasoning, 2nd Edition

医師はどのように正しい診断にたどり着いているのか? なぜ時に誤診してしまうのか? 日常診療における臨床推論(クリニカル・リーズニング)について、さまざまな事例とエキスパートの考え方を通して学ぶ画期的な書。事例には臨床推論が成功したもの、ダメだったもの両方が含まれ、ライブ感のある軽快な説明を実現。段階的なケースのプレゼンとそれに対する医師(論者)のコメントにより、その思考プロセスを解き明かす。診断法の精髓を究めるヒントが満載。

記 岩田健太郎
神戸大学大学院医学研究科・医学部微生物感染症学講座感染学分野教授

定価4,830円(本体4,600円+税5%)
A5変 頁442 図17 2011年
ISBN978-4-89592-687-4

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

ベストセラー外科手術アトラスの第3版がハンディなコンパクト版に

イラストレイテッド外科手術 第3版[縮刷版] 臓の解剖からみた術式のポイント

外科研修医の必読書、定番の手術アトラスがコンパクトに。12年ぶりの全面改訂により、最新の情報とテクニック満載の第3版を完全縮刷。オリジナルイラストの説得性のある表現もそのままに、どこへでも持ち運べるハンディさを獲得。研修現場でも役に立つニュータイプの手術書。

篠原 尚
兵庫県立尼崎病院・消化器外科部長
水野恵文
兵庫県立尼崎病院・副院長
牧野尚彦
兵庫県立尼崎病院・名誉院長

A5 頁504 2011年 定価10,500円(本体10,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01408-3]

医学書院

続 アメリカ医療の 光と影

第205回 帰ってきた ダース・ベイダー

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

もう、15年ほど前になるが、このコラム(第2261号)で、「医療業界のダース・ベイダー」という、恐ろしいニックネームを持つ人物を紹介したことがあるのだが、読者は覚えておられるだろうか?

民間病院チェーン総帥による 容赦ない経営

映画『スター・ウォーズ』に登場する無慈悲な帝国軍司令官に擬せられた人物とは、米国(そしておそらくは世界)最大の民間病院チェーン、「コロンビアHCA」社(当時、所有病院数約350。現在の社名は「Hospital Corporation of America(HCA)」)の総帥だった、リチャード・スコットである。米国中の病院を次々と傘下に納めた強引な手法、そして、ノルマを達成できない部下は冷酷に解雇したり降格したりした容赦ない経営手法が「ダース・ベイダー」なるニックネームの由来だった。しかし、極度に利益を追求する経営姿勢が裏目に出たのか、メディケア等の診療報酬過剰請求事件を起こして1997年に失脚した(スコットの退社後、コロンビアHCA社は、連邦政府から17億ドルの罰金を科された)。

スコットが初めて病院を買収したのは1988年。テキサスはエルパソの2病院を買収したことが、米国最大の病院チェーンを築き上げるスタート台となったのだが、スコットがこの2病院の経営を立て直すために採用した手段は、その後展開することになるチェーン拡大路線の強引さを象徴するものだった。競合する第3の病院も買収して、これを閉鎖、競争相手を消滅させる「ダース・ベイダー的手法」で経営を健全化したのである。

ちなみに、このときスコットの共同出資者となった投資家がリチャード・レインウォーター。後に第43代大統領となる、ジョージ・W・ブッシュがテキサス・レンジャースを買収した際

に資金を提供したことで知られるビジネスマンである。レインウォーターは、その後、ブッシュがテキサス州知事、そして、大統領と、政治の階段を上る際にも「スポンサー」として協力したと言われている。

「オバマの医療改革取り消し」を公約に州知事選出馬

さて、コロンビアHCA社を退いた後、表舞台から退いていたスコットだったが、その名が再度メディアに現れるようになったのは2010年、中間選挙のときだった。超保守派「ティー・パーティー」の支持を得て、共和党候補としてフロリダ州知事選に立ったのである。「オバマの医療制度改革取り消し」「州支出大幅削減」等を公約に掲げたスコットは、僅差で民主党候補を破り、知事の座を射止めたのだった。

知事に就任後、スコットは、コロンビアHCA社時代を彷彿とさせるような強引な手法で、次々と公約を実現した。例えば、「オバマの医療制度改革取り消し」の公約を守るために、医療制度改革法の規定に従って連邦政府が各州に提供する交付金の受け取りを拒否し続けたのだが、「取り消し」を公約して知事に当選した他州の共和党知事のほとんどが「改革には反対だけれど、いただけるお金を拒む理由はない」と、現実的対処をしたのとは対照的に、政治的原則を貫くことを優先したのだった(註1)。

さらに、低所得者用の公的医療保険「メディケイド」を全面的に民営化する改革を断行。2012年7月から、フロリダ州では、メディケイドがHMOに「丸投げ」されることが決まった。現在、同州のメディケイド支出は210億ドルに達しているが、民営化によって初年度11億ドルの支出を減らすことが目標だとされている。

スコットの改革に対して、民主党や患者アドボケイトが「サービスの量・

第75回日本循環器学会開催

第75回日本循環器学会が8月3-4日、小川聡会長(慶大名誉教授/国際医療福祉大三田病院)のもと、パシフィコ横浜(横浜市)他に開催された。3月に予定されていた本学会は東日本大震災後、一度中止となったが、循環器領域の学術研究と診療の向上への歩みをとどめてはならないと、規模縮小・プログラム再編を経て実施。「世界を先導する循環器病学をめざして」をテーマに、循環器領域の最新の知見が多数取り上げられた。



●小川聡会長

◆冠攣縮は見逃されていないか

狭心症など虚血性心疾患の成因に重要とされる冠攣縮。日本人は欧米人と比較し、冠攣縮性狭心症(VSA)の発症率が高いことが報告されてきた。しかし、冠動脈造影検査、冠動脈インターベンション治療が主流となるなか、冠攣縮誘発負荷試験の施行率は低下傾向にあり、見逃されている恐れが指摘されている。2008年には「冠攣縮性狭心症の診断と治療に関するガイドライン」が策定されるなど、再考を促す動きが見られる。シンポジウム「冠攣縮の最新の知見」(座長=熊本大・小川久雄氏、東北大・下川宏明氏)では、日本人の冠攣縮に関する最新の知見が語られた。

VSAにおける血管構造の変化を光干渉断層法(OCT)によって明らかにしたのは田中篤氏(マサチューセッツ総合病院、和歌山医大)。VSAでは無症候であっても中膜の収縮が起こり、内膜隆起をもたらすと述べ、OCTによる内膜隆起や中膜面積増加の評価が冠攣縮病変の発見につながる可能性を示唆した。西垣和彦氏(岐阜大)は、急性冠症候群などを引き起こす切迫冠攣縮性狭心症について、症例を提示しながらそのリスク(若年、高血圧、喫煙)を解説した。安田聡氏(東北大)は、院外心停止蘇生例の検討結果から、VSAをハイリスク群とし、十分な薬物療法の必要性を説く一方で、今後の検討課題として植込み型除細動器の適応を挙げた。中込明裕氏(日医大多摩永山病院)は、VSAにおける心イベントは運動負荷心筋血流イメージングによって予測できること、これらがインスリン耐性や軽度炎症に有意に関連していることを紹介した。

海北幸一氏(熊本大)は、難治性のVSA患者では、冠攣縮発作が完全に消失しない場合でも、Ca拮抗薬などの薬物療法によって冠動脈の血管運動活性が改善されるのではないかと示唆した。また最後に登壇した伊波巧氏(杏林大)は、拡張型心筋症が原因とみなされることが多い冠動脈狭窄のない心不全や左室機能低下などの症例に対しアセチルコリン負荷試験を行った結果、約半数に冠攣縮が見られたこと、これらの症例にCa拮抗薬を投与した結果、改善が見られたことなどを報告した。

質が低下する」と反対したのは言うまでもないが、それとともに、「利益相反」の可能性も議論的となっている。スコットは2001年にフロリダ州で(予約なしに患者を診る)診療所チェーンを創設していたのだが、今回のメディケイド改革で、彼の診療所チェーンが経営的に大きく潤う可能性が指摘されているのである(ちなみに、スコットは知事選に立つ前に経営権を妻に譲渡。「利益相反は存在しない」と主張している)(註2)。

と、着々と選挙時の公約を実現するスコットだが、読者の中には、「テキサスの資産家レインウォーターが、スコットの前にスポンサーとなって州知事にした政治家は、やがて大統領になった。スコットも次々と公約を実現しているし、この勢いで大統領になるのではないか?」と心配される向きもあるのではないだろうか?

心配はもっともなのだが、スコットの場合、その強引な手法と、過激な政策が州民の反感を買って、支持率が急激に低下。5月に行われた世論調査で「支持する29%」に対し「支持しない57%」と、全米の中でも「最も不人気な知事」という結果が出ている。というわけで、大統領になるどころか、次の州知事選も危ないと予測されているので、いまのところ、「ダース・ベイダー」がホワイトハウスの主となる心配はしなくてもよさそうなのである。

註1: ニューヨークタイムズ紙によると、8月1日現在、フロリダ州が受け取りを拒否した交付金の額は2520万ドルに達している。

註2: 本人ではなく家族が経営する企業であっても、「利益相反が存在する」と考えるのが普通であるとは言ってもいい。

精神医学関連新刊

専門医をめざす人の 精神医学 第3版

編集 山内俊雄・小島卓也・倉知正佳・鹿島晴雄 編集協力 加藤 敏・朝田 隆・染矢俊幸・平安良雄

本書は、精神科専門医制度研修医が学ぶ際の指針。研修すべき内容の学問的裏付けや、さらに勉強を深めたい人にとってのスタンダードテキストブック。

●B5 頁848 2011年 定価18,900円(本体18,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00867-9]



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

監訳 樋口輝彦・山田光彦 訳 中川敦夫・米本直裕

精神科臨床試験の計画・運営実施、統計解析、論文執筆にまで至る実務的なポイントを多彩な実例を用いて平易に解説。臨床試験登録やCONSORT声明、利益相反などの話題にも触れた。

●B5 頁224 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01236-2]



サイコシス・リスク シンドローム 精神科の早期診断実践ハンドブック

著 McGlashan TH, Walsh BC, Woods SW 監訳 水野雅文 訳 小林啓之

精神科の前駆状態・リスク状態を表す診断概念、サイコシス・リスクシンドローム。基本的な概念から実際の診察方法までを網羅的に解説。DSM-5のドラフトにも盛り込まれ、今後注目が高まること必至の最新の概念が明らかに。

●A5 頁328 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01361-1]



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

近年大きな注目を集める双極性障害(躁うつ病)の決定版入門書、待望の改訂版。概念、症状、診断、治療薬の薬理、生物学的研究まで網羅し、この1冊で双極性障害の全体像がつかめる、ミニエンサイクロペディア的な内容構成。

●A5 頁352 2011年 定価4,935円(本体4,700円+税5%) [ISBN978-4-260-01329-1]



認知行動療法トレーニングブック

短時間の外来診療編 [DVD付]

訳 大野 裕

本場の技法を「読んで」「見て」身に付けられる、好評シリーズ第3弾。今回は主に外来での活用を想定し、「いかに短時間で効率的に認知行動療法を行うか」に焦点をあてた。シリーズ最長、圧巻の19シーン、186分間の日本語字幕DVD付き。

●A5 頁416 2011年 定価12,600円(本体12,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01233-1]



精神科退院支援ハンドブック

ガイドラインと実践的アプローチ

編集 井上新平・安西信雄・池淵恵美

厚生労働省委託による班研究の成果を受けて作成された、本邦初の退院支援ガイドラインを第1部に掲載。第2部「ガイドラインに基づく退院支援の実践」では、ガイドラインで示された原則を踏まえ、実践的な取り組みのノウハウを詳細に解説。

●B5 頁284 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01234-8]



かかりつけ医のための 精神症状対応ハンドブック

本田 明

一般外来や在宅医療に従事する医療関係者が遭遇しうる高齢者の精神疾患、または慢性的精神疾患患者に対する治療や対応方法についてまとめたもの。かかりつけ医にも精神疾患への対応が求められる現在、ぜひ手元に置いておきたい1冊。

●A5 頁248 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01228-7]



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

メンタルな疾病・問題を抱える患者は近年増加傾向にある。若手精神科医が、ケースをあげて、診断から手堅い初期治療まで、わかりやすく解説。苦手意識を持つ前に是非読んでおきたい1冊。

●B5 頁200 2011年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01215-7]

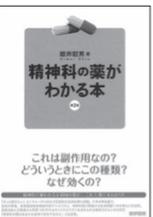


精神科の薬がわかる本 第2版

姫井昭男

精神科で使われる全領域の薬が、これ1冊で丸わかり! 3年の時を経て、注目の新薬、新アルゴリズム、精神科薬に関連する社会問題への方策などを加筆。

●A5 頁216 2011年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01385-7]



医学書院

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

イレウスチューブ 第2版 基本と操作テクニック

白日 高歩 ● 監修
上泉 洋 ● 著

B5・頁144
定価5,250円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01176-1

【評者】 神山 俊哉
北大大学院准教授/消化器外科・一般外科学

旧北海道大学医学部第一外科講座、現北海道大学大学院消化器外科・一般外科学講座の1年先輩である上泉洋先生により『イレウスチューブ——基本と操作テクニック』の第2版が出版されました。

内容は、本文は第1章から第18章におよび、途中でTeaTimeとして上泉先生の豊富な臨床経験によるエピソードや、医師臨床研修制度への意見なども述べられています。上泉先生は、教室に入局後、岩見沢市立総合病院をはじめとして北海道内の基幹病院で活躍され、その臨床医としての能力は非常に高く評価されています。この著書はその優れた臨床医としての

経験から生まれた多くのノウハウを盛り込んだ一冊です。

「先導子バルーン型イレウスチューブの開発の経緯・使用経験」の章では、初心者の医師が最初につまずく、胃内でのとぐろ、たわみを解消するための工夫を、図示しながらわかりやすく解説しています。この章に引き続く、「X線透視下挿入法の実際」では、鼻腔からの挿入法、ガイドワイヤーの操作法、先端がKerckring皺などに引っ掛かった場合のトラブルシューティングが図解されています。これらのことは、

日常、イレウス管を挿入する際に、困っていた点ではありますが、実際にはこのような点は、術者自身がイレウス管を挿入する際に、失敗を繰り返しながら身につけ感覚的にしか理解していなかった点です。今回、こうして図解と文章で解説していただくと、そんなに多くの経験を必要とせず、研修医でも、理論的にそのコツを理解でき、苦勞することなく挿入できるようになると思います。特にこれらの解説が、単にテクニックに終わらず、常に患者さん本位で、その苦痛を少なくすることを

視点にして書かれている点が優れています。今回の第2版では、経鼻内視鏡下での挿入法が詳細に記載されています。最近では、経鼻内視鏡が行われる施設が多くなってきていることから、この方法を応用できるようになれば、患者さんへの苦痛軽減だけでなく、医師にとっても、挿入時のイライラの解消となることは間違いなさそうです。イレウスチューブは、欧米ではあまり評価されていないのが現状ですが、実際の診療では、イレウス管での減圧により、開腹手術を受けずに済んだ症例も多く経験してきています。この書で学んだことを生かして、イレウスチューブが広く臨床の場で使用されるようになり、いずれは国際的にも受け入れられることを祈っております。



優れた臨床医による、患者さん本位のノウハウをわかりやすく図解

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 ● 著

B5・頁200
定価3,675円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01215-7

【評者】 小路 直
東海大八王子病院講師・泌尿器科

専門外の医師が慣れない他科領域の疾患を診療する際、不安を持つことが多い。特に、本書が対象としている精神科や、私の専門である泌尿器科など、専門性の高いとされる領域は敬遠されやすく、他科の医師から相談を受けることが多い。

しかし、医師不足が問題となっている現在、総合診療医や開業医が精神科疾患への対応を迫られる状況が生じている。厚生労働省が「かかりつけ医推進事業」を掲げ、日本医師会が「最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医を紹介できる、地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」をめざして、総合医・総合診療医認定制度をつくり、生涯教育制度の充実を図ろうとしている中、総合診療医や開業医が精神科疾患を診療する際のプライマリ・ケアのためのガイドブックとして、本書の意義は高い。本書の著者である児玉知之医師は、

私が聖路加国際病院で研修をして以来の親友であり、盟友である。研修医時代に、上手な点滴挿入方法から始まり、患者への対応、先輩医師とのコミュニケーションの取り方など、杯を交わしながら泥臭く語り合った日々が懐かしい。最近では、児玉医師が幹事を務める聖路加国際病院の同期会で、総合診療医や開業医と専門医との懸け橋になるような情報源の必要性について共有し、私も泌尿器科のプライマリ・ケアに関する書籍の出版を間近に控えている。どの疾患をどの時点で、専門医に適切に依頼できるかは、極めて重要であり、これからの一般臨床医には不可欠な知識と考える。

本書を開くと、理論と情熱を持った児玉医師らしいまなざしで、私にわかりやすく教えてくれているかのようなのである。私は、精神科疾患に対応する一般臨床医が、本書を「まず参考にする情報源」とされることをお勧めしたい。

精神科疾患に対応する一般臨床医の情報源として



成人の高機能広汎性発達障害とアスペルガー症候群

社会に生きる彼らの精神行動特性

広沢 正孝 ● 著

B5・頁192
定価3,570円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01100-6

【評者】 中根 晃
日本自閉症スペクトラム学会会長

だいぶ前から成人のメンタルクリニックで大人の発達障害が多くなったという話を耳にするようになった。児童期の発達障害の臨床に従事している精神科医は、心の理論、執行機能などの認知特性の考えを援用して思春期に達した発達障害の病理をとらえ、その延長としての成人期の発達障害の臨床像を思い描こうとしていた。これに対し、成人期になって統合失調症なり人格障害などが疑われて成人中心のクリニックを訪れる発達障害の患者について論及したのが本書である。

子どもは中学生の年齢になると自分自身を意識するようになる。この意識が年齢とともに明確になり、確固とした自己感(sense of self)に達する。正常な知的水準にあり、ある程度の社会生活が可能な高機能広汎性発達障害の人たちは、社会への適応に向けてたゆみなき努力をしており、それは障害というより特殊な発達の道筋(発達のマイノリティ)をたどりながら発達してきたものと著者は述べている。一般の人は対象を物質的存在としてとらえて体系化していく志向性と、それを社会的環境の中で特化しようとする共感を持って把握しようとする志向性の両者によって、自己と対象との距離が適切に保たれ、体験された対象に自分固有の意味が与えられる。他方、著者によれば、高機能広汎性

た自己感(sense of self)に達する。正常な知的水準にあり、ある程度の社会生活が可能な高機能広汎性発達障害の人たちは、社会への適応に向けてたゆみなき努力をしており、それは障害というより特殊な発達の道筋(発達のマイノリティ)をたどりながら発達してきたものと著者は述べている。一般の人は対象を物質的存在としてとらえて体系化していく志向性と、それを社会的環境の中で特化しようとする共感を持って把握しようとする志向性の両者によって、自己と対象との距離が適切に保たれ、体験された対象に自分固有の意味が与えられる。他方、著者によれば、高機能広汎性

高機能広汎性発達障害の行動特性や精神症状の特徴について論及



その言葉に患者が傷つくのを知っていますか? 亡くなる患者にどんな言葉をかけますか?

ことばもクスリ 患者と話せる医師になる

あなたの何気ないその一言に、患者さんは喜んだり傷ついたりしています。医療職の言葉には強い力があり、とくに医師の言葉は絶対です。本書では病院に寄せられた苦情や多くの症例をもとに、医療現場で使われている言葉の問題点を示します。苦情を目的に言うのは勇気がいりますが、言葉をうまく使いこなせれば、特別な医療技術を使わなくても患者さんを元気にできるかもしれません。「言葉」は重要なのです。

編集 山内常男
健愛会柳原診療所所長



A5 頁232 2011年 定価2,625円(本体2,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01383-3]

医学書院

医学書院 AD BOX

各雑誌の広告媒体資料・目次内報を掲載しております。

医学書院ADBOX

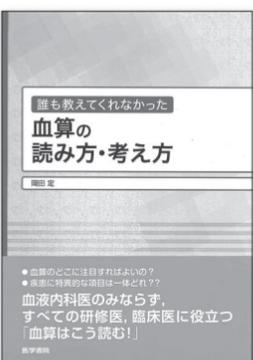
検索

誰も教えてくれなかった

血算の読み方・考え方

岡田 定 聖路加国際病院・内科統括部長・血液内科部長

最低限の病歴と血算から、可能性の高い疾患を「一発診断する」力を身につけるための本。血算は、すべての臨床検査の中で最も基本的で頻用される検査。臨床現場では簡単な病歴と血算を中心とした情報だけで、診断を推定しなければならない場面は多く、また実際かなりの疾患の推定ができる。誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方が学べる本書は、研修医、若手血液内科医はもちろん、すべての臨床医、検査技師にも役立つはず。



目次

総論

各論

- I 赤血球減少症(貧血)
- II 赤血球増加症
- III 白血球増加症
- IV 白血球分画異常
- V 白血球減少症
- VI 血小板減少症
- VII 血小板増加症
- VIII 汎血球減少症(赤血球↓ 白血球↓ 血小板↓)
- IX 汎血球増加症(赤血球↑ 白血球↑ 血小板↑)
- X 治療に伴う血算の変化

●B5 頁200 2011年 定価4,200円
(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01325-3]

医学書院

パーキンソン病治療ガイドライン2011

日本神経学会 ● 監修
「パーキンソン病治療ガイドライン」作成委員会 ● 編

B5・頁220
定価5,460円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01229-4

【評者】 澁谷 統寿
新古賀病院・脳神経内科

医療には事実と論理に基づく科学性と、経験や伝承に基づく非科学性が混在しており結果を予想できないことが多く、医師の経験則がいくら豊富であ

改訂により、臨床現場での使いやすさが一段と向上



っても必ずしも患者にとって良い結果をもたらすとは限らない。経験的に最も尊重されていることは、患者さんと真面目に向き合って対話し、いかに信頼関係を築くかである。臨床医は専門性(自律性)の立場から、一人一人の患者の選択すべき道を示し、臨床現場ではどのような場面に遭遇しても適切に判断し対処できる能力を養っておくことが必須である。その過程で根拠

に基づく治療ガイドラインの利用は医療の質の標準化(均一化)に有用であり、その普及は社会における医療の在り方を問い直すものである。

『パーキンソン病治療ガイドライン2011』は「抗パーキンソン病薬と手術療法の有効性と安全性」と「クリニカル・クエスチョン」の2編構成となっている。前者は2001年以降のエビデンスを踏まえ、薬剤や手術療法の有効性、安全性、臨床使用での注意事項や今後の検討課題についてガイドライン作成委員会の現在の考えが簡潔明瞭に記載されている。

「クリニカル・クエスチョン」は9年前に作られた治療ガイドライン2002と比べるとその作成プロセスが格段に進歩して読みやすい構成で素晴らしい出来上がりである。これは改訂作業に当たりライブラリアンの協力と医療情報学の専門家の意見を参考に、ガイドライン作成上の課題が体系的に整理されたことによる。パーキン

ソン病は慢性進行性の疾患であり予後への影響因子も多様で、患者のQOLと10年後、15年後の長期予後を見据えた治療が求められる。また、治療薬による副作用やさまざまな合併症、運動症状、自律神経障害や精神症状への対応も必要である。

これらの想定される臨床上の疑問に対してエビデンスとともに作成委員の臨床経験を適切に取り込み、Minds推奨グレード(おすすめ度)として明確に回答し、その背景と解説、臨床に用いる際の注意点が適切に示されている。第三者からの評価

(EUを中心とした Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; AGREE の評価法) やさまざまな視点からのオープンな議論によっても高く評価される書である。

この治療ガイドラインは神経内科医を対象として作られたものであるが、内科医や研修医にとっても理解しやすい内容で、臨床現場での使い勝手の良い悪しの視点からも、ユーザーとしての各医師にとって使いやすく、患者アウトカムの改善に寄与するであろう。治療ガイドラインは「Starting Point for Discussion」として本来は医師の意思決定を「支援する(assist)」役割を担っている。しかし、治療ガイドラインが社会的に広く認識された今日では医療訴訟の判断基準として利用される可能性も高くなっている。本書の活用は臨床医の defective medicine への懸念を払拭して医療の質の向上に役立つものであり、多くの臨床医が本ガイドラインを適切に利用することを期待している。

性発達障害の人は周囲の事象を体系化し、あるいは分類化することで理解しようとする志向性が特徴的で、物質的存在としてとらえる視点を土台にした世界を展開させながら、社会の枠の中で生きていこうとしている。彼らは社会的な存在として周囲の事象を共感的に把握する志向性を欠いているので、著者はこの種の自己感の発達に乏しい自己を「PDD型自己イメージ」と名付けている。

実際の臨床ではその形と程度は事例によって相当な開きがあるが、体系化と共感という2つの動因が互いに影響を与えながら、一つの局を構成して、社会の中での自己ができていく。診療場面で直面するのは、それぞれが機能

不全を来した形としての症状であるとしている。

さらに著者は高機能広汎性発達障害の人の職場での行動特性として、人の気持ちを読めない人に見える、場の空気を読めない人のように見える、など10項目を挙げ、それが職場の人にとどのような印象を与えるか、それに関連する精神行動特性、などの注釈を加え、結婚生活を中心に家庭での精神行動特性として、愛情がない、冷たい人に感じられる、一人で生きている、一緒にいても虚しい、などを挙げている。加えて、精神科外来での高機能広汎性発達障害の精神症状の特徴を記した章には臨床医の診療に有用な情報が記載されている。



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、サイタクは劇場になる。筆者もサイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診時に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いて、往診靴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「キュウリとナス」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18話

語り手 鶴岡優子 つかめ診療所

語り手「ご先祖さまと一緒にのぞいています」キュウリとナスさん

盆暮れ正月、休まず仕事をされている方って結構いらっしゃるよ。医療機関やサービス業、帰省ラッシュを支える交通機関も、皆さんがお休みのときに忙しい業界です。私たちも夏が旬の野菜ですし、お盆は休まず働いています。いつもは静かな田舎も8月中旬は帰省客でにぎわいます。久しぶりに親戚が集まり、大人も子どもも大はしゃぎ。「お盆はね、ご先祖さまもこの家に帰ってこられるんだよ」。子どもは大人から教わりました。私たちの腹には割り箸が突き刺され、キュウリは馬に、ナスは牛に変身します。盆棚に飾られた私たちを見て、子どもは口を尖がらせて言いました。「食べ物で遊んじゃダメなのに、いいの?」。大人たちは笑いました。



送迎は私たちが担当します
お迎えするときには馬の歩みでさっそうと、お見送りするときには牛の歩みでゆっくりと。ご先祖さまに少しでも家でゆっくりしていただきたいという気持ちの表現だとか。今年はお盆の方にもゆっくりしていただきたいです。

こちらのお屋敷にも今日は都会から大勢の家族が帰省しています。「ビール、まだある?」「冷蔵庫になれば、玄関のほうを見て」「おい、刺身足りなかったんじゃないか?」「まだお風呂入ってない人、誰?」「子どもたちはもう寝なさい」「ねえ、シーツってどこ?」。総勢20人はいらっしやるでしょうか? このにぎやかな夜に、一言も口をきかない方がいらっしやいました。ベッドで寝たきりの90歳になる「ひいばあちゃん」です。この家に住む長男のお嫁さんが毎日面倒をみています。お嫁さんと言っても70歳近いおばあさんです。ひいばあちゃんは栄養を胃ろうから取っています。今晚の栄養はすべて注入できたようですが、空のボトルはぶら下がったままになっていました。

翌日は訪問診療の日でした。お盆関係なしにいつもどおり医者がやってきました。この家の長男は畑へみんなでお金儲けに行っていたので留守にしていたのですが、帰省してきた弟と妹が部屋に入ってきて挨拶します。「いつも母がお世話になっています。今の医学はすごいですね。この管からの栄養だけでも3年ですから。私は東京にいますので、なかなか来られなくて……」。長い話の後、名刺を医者に手渡しました。医者は受け取っただけで、自分の名刺は出しませんでした。いつも介護をしているお嫁さんは、部屋の隅のほうにいました。「この3年は栄養だけでなく、オムツやシーツの交換、毎日のお薬など、お家の方にいっぱい手をかけてもらって、今こんなに調子いいんだと思います」。さらっと話して医者は帰っていきました。車に乗り込もうとする医者をお嫁さんが呼び止めました。「先生、実は昨日バタバタして夜の薬、忘れちゃったんです」「今朝の分は?」「入れました」「なら、大丈夫ですよ」。朝と夕方の胃ろうからの栄養摂取後に、薬を溶かして入れる約束でした。

見送りの後、お嫁さんが縁側から部屋に戻ろうとすると、妹さんの話す声が聞こえました。「お母さん、こんなふう生きていて幸せなのかしら?」。妹さんと言っても、こちらもおばあさん。さっき名刺を出した弟さん(こちら当然おじいさん)も答えます。「そうだよなあ。俺だったらごめんだよ」。胃ろう造設は、3年前に子どもたちみんな話して決めたことです。お嫁さんは悲しそうにしています。「勝手なことばかり言わないでよ」。そんな心の叫びが聞こえるようでした。この夏も酷暑の中、私たちのような野菜を作りながら、家でも汗だくでオムツを交換するお嫁さんの姿を私たちは見してきました。私たちはあくまでご先祖さまを送迎するために精霊を宿していただきましたが、いっそのこと、この悪気のないキョウダイたちを背中に乗せて、都会に連れ帰ってしまいたい。そう思ってしまった。

◆ ヴィジュアルで病態生理を理解する、ロングセラーの改訂新版

【新刊】 カラー図解 症状の基礎からわかる病態生理 Color Atlas of Pathophysiology, 2nd Edition 第2版

▶ 病態生理の基本原則やメカニズムを臨床に関連づけながらコンパクトに集約した図解サブテキスト、最新知見のエッセンスを盛り込み8年ぶりの改訂。生理学の基礎的事項にはじまり、病態の原因、経過、症状および引き起こされる合併症、治療の可能性にいたるまで全10章、172項目で網羅。各項目はユニークで洗練されたカラー図と、明解な解説を左右に記した見開き2頁で完結。学生のためのサブテキストとして、また研修医、専門医、研究者の知識の整理に最適。

監訳 松尾理 近畿大学名誉教授・近畿大学医学部顧問

定価6,510円(本体6,200円+税5%) A5変 頁420 図192 4色 2011年 ISBN: 978-4-89592-688-1

TEL: (03) 5804-6051 http://www.medsico.jp FAX: (03) 5804-6055 E-mail: info@medsi.co.jp

★ 島根県医師募集 ★

島根県の地域医療を支えていただく医師を募集しています。

●平成18年度～平成22年度の実績●

面談人数: 173名
招聘人数: 78名
視察ツアー: 87件

☆専任スタッフ(医師)が全国どこへでも休日夜間を問わず出張面談に伺いますので、お気軽にお問合わせください。

●研修サポート●
地域での勤務を前提に一定期間レベルアップしたい診療分野の研修を受けることが可能です。

●地域医療視察ツアー参加者募集●(旅費支給)
将来、島根県での勤務をご希望の医師とその家族を対象に、地域医療の視察ツアーを開催します。日程やコースはご希望に応じます。

島根県医師確保対策室 TEL: 0852-22-6683 e-mail: iryou@pref.shimane.lg.jp

島根の医師確保対策 検索

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

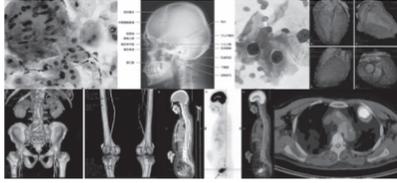
DVD-ROM for Windows



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

書籍の改訂にとまない「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

神経心理学 コレクション シリーズ編集 山鳥重・河村満・池田学

新刊

心はどこまで脳ののだろうか

兼本浩祐

近年の脳科学の進歩や操作的診断基準の普及により、精神医学の拠って立つ地平が大きなパラダイムシフトを起こしている。患者の病的体験を直接的に「了解」しようとするアプローチは、あたかも精神医学が脳科学の一分野であるかのように語られている。しかし、本当に「心」はすべて「脳」で説明されるのだろうか。精神医学、脳科学の根本命題をめぐる、著者一流の考察。

●A5 頁212 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-01330-7]

病理から見た神経心理学

石原健司・塩田純一

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、結果をまとめたもの。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。

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

脳を繙く 歴史でみる認知神経科学 訳=河村満

●A5 頁432 2010年 定価5,040円 [ISBN978-4-260-01146-4]

視覚性認知の神経心理学 鈴木匡子

●A5 頁184 2010年 定価2,940円 [ISBN978-4-260-00829-7]

レビー小体型認知症の臨床 小阪憲司・池田学

●A5 頁192 2010年 定価3,570円 [ISBN978-4-260-01022-1]

失われた空間 石合純夫

●A5 頁256 2009年 定価3,150円 [ISBN978-4-260-00947-8]

認知症の「みかた」 三村将・山鳥重・河村満

●A5 頁144 2009年 定価3,150円 [ISBN978-4-260-00915-7]

街を歩く神経心理学 高橋伸佳

●A5 頁200 2009年 定価3,150円 [ISBN978-4-260-00644-6]

ピック病 二人のアウトグスト 松下正明・田邊敬貴

●A5 頁300 2008年 定価3,675円 [ISBN978-4-260-00635-4]

失行 [DVD付] 河村満・山鳥重・田邊敬貴

●A5 頁152 2008年 定価5,250円 [ISBN978-4-260-00726-9]

ドイツ精神医学の原典を読む 池村義明

●A5 頁352 2008年 定価3,990円 [ISBN978-4-260-00335-3]

トーク 認知症 臨床と病理 小阪憲司・田邊敬貴

●A5 頁224 2007年 定価3,675円 [ISBN978-4-260-00336-0]

頭頂葉 酒田英夫・山鳥重・河村満・田邊敬貴

●A5 頁280 2006年 定価3,990円 [ISBN978-4-260-00078-9]

手 訳=岡本保

●A5 頁272 2005年 定価3,780円 [ISBN978-4-260-11900-9]

シリーズ LINE UP

痴呆の臨床

目黒謙一 [CDR判定用ワークシート解説]
●A5 頁184 2004年 定価2,940円 [ISBN978-4-260-11895-8]

Homo faber 道具を使うサル 入来篤史

●A5 頁236 2004年 定価3,150円 [ISBN978-4-260-11893-4]

失語の症候学

相馬芳明・田邊敬貴 [ハイブリッドCD-ROM付]
●A5 頁116 2003年 定価4,515円 [ISBN978-4-260-11888-0]

彦坂興秀の課外授業 眼と精神

彦坂興秀(生徒1)山鳥重(生徒2)河村満
●A5 頁288 2003年 定価3,150円 [ISBN978-4-260-11878-1]

高次機能のブレインイメージング

川島隆太 [ハイブリッドCD-ROM付]
●A5 頁240 2002年 定価5,460円 [ISBN978-4-260-11876-7]

記憶の神経心理学 山鳥重

●A5 頁224 2002年 定価2,730円 [ISBN978-4-260-11872-9]

チャールズ・ベル 表情を解剖する

原著=Charles Bell 訳=岡本保
●A5 頁304 2001年 定価4,200円 [ISBN978-4-260-11862-0]

タッチ 岩村吉典

●A5 頁296 2001年 定価3,675円 [ISBN978-4-260-11855-2]

痴呆の症候学 田邊敬貴

[ハイブリッドCD-ROM付]
●A5 頁116 2000年 定価4,515円 [ISBN978-4-260-11848-4]

神経心理学の挑戦 山鳥重・河村満

●A5 頁200 2000年 定価3,150円 [ISBN978-4-260-11847-7]

9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 10月号 Vol.75 No.10 一部定価2,415円(28,200円)	睡眠と健康	臨床外科 10月号 Vol.66 No.10 一部定価2,730円(40,160円)	進歩する癌転移診断 —外科臨床はどう変わるのか
medicina 9月号 Vol.48 No.9 一部定価2,520円(36,740円)	視ないで診る消化器疾患 —考える内科医のアプローチ	臨床整形外科 9月号 Vol.46 No.9 一部定価2,520円(29,400円)	生物学的製剤が与えた 関節リウマチの病態・治療の変化
JIM 9月号 Vol.21 No.9 一部定価2,310円(26,880円)	エクストリーム困難事例への挑戦	臨床婦人科産科 10月号 Vol.65 No.10 一部定価2,730円(37,800円)	子宮頸癌 —予防と妊孕性温存のための治療戦略
糖尿病診療マスター 9月号 Vol.9 No.5 一部定価2,625円(15,300円)	糖尿病の治療 —見て、見つめて、見つめなおす	臨床眼科 9月号 Vol.65 No.9 一部定価2,835円(41,660円)	第64回日本臨床眼科学会講演集(7)
呼吸と循環 10月号 Vol.59 No.10 一部定価2,730円(31,800円)	インフルエンザウイルス感染症 の最新の話	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 10月号 Vol.83 No.11 一部定価2,730円(39,950円)	こんなときどうする?—鼻科手術編
胃と腸 9月号 Vol.46 No.10 一部定価3,045円(41,530円)	大腸SM癌に対する 内視鏡治療の適応拡大	総合リハビリテーション 9月号 Vol.39 No.9 一部定価2,205円(25,680円)	スポーツ障害のリハビリテーション
肝胆膵画像 9月号 Vol.13 No.6 一部定価3,990円(27,600円)	肝細胞癌の化学療法 —分子標的治療の進歩と効果判定	理学療法ジャーナル 9月号 Vol.45 No.9 一部定価1,785円(20,880円)	足部・足関節の機能と理学療法
BRAIN and NERVE 9月号 Vol.63 No.9 一部定価2,730円(35,460円)	脳卒中の最新画像診断	臨床検査 9月号 Vol.55 No.9 一部定価2,205円(30,780円)	RNAの解析
		病院 9月号 Vol.70 No.9 一部定価2,940円(34,200円)	地域医療を支える住民の活動



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