

2011年11月14日

第2953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 (社) 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

- 第19回日本消化器関連学会週間... 1面
[FAQ] 心房細動の抗凝固療法(小田倉弘典)... 2面
[寄稿] 脳神経病理データベースを用いた教育・診断支援の試み(新井信隆)... 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39回日本救急医学会... 5面
[連載] 在宅医療モノ語り,他... 6-7面

消化器領域, 最新の知が融合

第19回日本消化器関連学会週間開催

第19回日本消化器関連学会週間(JDDW2011)が10月20-23日に、井邇道夫運営委員長(昭和大)のもと、福岡国際センター(福岡市)、他3会場にて開催された。日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本肝臓学会、日本消化器外科学会、日本消化器がん検診学会、日本消化吸収学会の6学会が一堂に会して催されたJDDW2011では、消化器領域の最新のテーマについて学術交流が図られた。本紙では、C型肝炎治療と高齢者の消化器疾患治療をテーマとしたシンポジウムの一部を紹介する。

新規薬剤の登場により
C型肝炎治療はどう変わるか

近年、C型肝炎治療薬の進歩は目覚ましく、特異的な抗ウイルス効果を持つプロテアーゼ阻害薬の臨床現場への導入、NS5A阻害薬やポリメラーゼ阻害薬の開発が進み、C型肝炎治療は新しい局面を迎えつつある。シンポジウム「C型肝炎治療の新たな展開」(司会=虎の門病院・熊田博光氏、金沢大大学院・金子周一氏)では、14人のシンポジストが登壇し、現在のC型肝炎治療が抱える課題、今後の治療の展望について議論が交わされた。

今村道雄氏(広島大大学院)は、広島肝臓Study Groupにおいてペグインターフェロン(PEG-IFN)とリバビリン(RBV)の併用療法を施行した症例の治療成績から、ヒト遺伝子IL28BおよびITPA遺伝子多型が治療効果に与える影響を述べ、プロテアーゼ阻害薬を加えた3剤併用療法について考察した。PEG-IFN/RBV併用療法後に再燃・無効が見られても、IL28B TTに該当する症例であれば3剤併用療法が高い治療効果を示すと氏は指摘。一方、IL28B TG/GGの症例で、さらに高齢、ウイルス量高値、Core70変異型に該当する場合は3剤併用療法でも治療効果は低いと推測した。また、副作用により貧血を生じやすいITPA CCに該当する症例であれば、ビタミンDの投与や今後開発される新規薬剤の利用など治療方法に工夫を加える必要があると語った。

平松直樹氏(阪大)は、難治性C型肝炎に対するPEG-IFN/RBV併用療法の適応と限界について発言した。氏は、

多施設共同臨床研究「OLF」で同療法を施行した症例を対象に、同療法の肝発がん抑制効果、再治療効果、ウイルス減少率およびIL28Bによる治療効果予測を検討項目として解析を行った。

その結果から、高齢者や肝線維化進展例などの発がんリスクの高い症例ではPEG-IFN/RBV併用療法が第1選択であり、前治療で十分な効果が得られなかった症例、IL28B TG/GGの症例、PEG-IFN/RBV併用療法4週時点で効果が得られなかった症例はプロテアーゼ阻害薬を用いた3剤併用療法が効果的と言及。一方、発がんリスクの低い症例では、副作用による貧血や皮膚障害が懸念される場合、新規薬剤の導入を見据えた待機も考慮する必要があると述べた。

狩野吉康氏(札幌厚生病院)は、IL28B genotype、C型肝炎ウイルスコアアミノ酸置換、血清IP-10を用いて、PEG-IFN/RBV併用療法およびPEG-IFN/RBVにプロテアーゼ阻害薬を加えた3剤併用療法の治療効果を規定する因子について検証した。PEG-IFN/RBV併用療法では、IL28B TGが治療抵抗性を示し、さらにCore70変異型、IP-10高値などの要因が加わることで抵抗性は高まるという。3剤併用療法においても同様の治療抵抗性が見られるが、プロテアーゼ阻害薬の作用により抵抗性は低下すると述べた。

新規薬剤の治療効果について言及したのは鈴木文孝氏(虎の門病院)。氏は、日本で多く見られるC型肝炎ウイルスgenotype 1b型・高ウイルス量症例を対象に行った、PEG-IFN/RBVとNS5A阻害薬の3剤併用療法、およびプロテアーゼ阻害薬とNS5A阻害薬の

併用療法の治療成績を報告。プロテアーゼ阻害薬、NS5A阻害薬に強力な抗C型肝炎ウイルス作用を認め、特に2剤の併用療法はウイルス側因子、宿主因子に関係なく治療効果があることを示した。

総合討論では、プロテアーゼ阻害薬の導入に当たり、IL28B遺伝子検査の実施が推奨されることや、前回の治療効果の確認、貧血皮膚障害などの副作用を理解する必要があると確認された。

高齢者に対する適切な消化器疾患治療の在り方を考察

ワークショップ「高齢者における消化器疾患の診断と治療」(司会=公立昭和病院・上西紀夫氏、帝京大・滝川一氏)では、19人のシンポジストが高齢者の各種消化器疾患の診断と治療について報告した。

加藤元彦氏(阪大)は、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した後期高齢者早期胃がん症例の中長期予後について発言した。大阪ESD Study Groupに参加している12施設1262例の解析結果から、ESD施行後の75歳以上の患者の5年生存率は90%と良好、再発率についても74歳以下の患者との差は認められず、中長期的な観点からの有用性が示唆されたという。また、完全切除できた場合の術後フォローアップについても、74歳以下の患者と同様でよいとの見解を示した。

JCOG9912やSPIRITSなど、日本で実施された進行胃がんに対する臨床試験では後期高齢者を対象から除いてきたことから、後期高齢者胃がんに対する化学療法の適応や効果、安全性は明らかではない。愛知がんセンター中央病院の高張大亮氏は、同院にて初回化学療法を開始した進行再発胃がん症例を74歳以下群と75歳以上群の2群に分け、その治療効果を比較した。その結果、主要臓器の機能や合併症について十分な評価が必要ながらも、74歳



井邇道夫運営委員長

以下群と同様の化学療法によって75歳以上群に延命効果があると示唆されたことから、後期高齢者に対する胃がん化学療法に特別な措置は不要と主張した。

80歳以上の高齢者の肝細胞がんに対する分子標的薬ソラフェニブ単独治療の治療効果と安全性について言及したのは加藤知爾氏(武蔵野赤十字病院)。ソラフェニブを400mg/日に減量して投与を行った80歳以上の患者では、通常投与(800mg/日)を行った80歳未満の患者と比較し、治療期間における投与方法や投与期間、治療効果、下痢や肝障害など有害事象の頻度や副作用の重篤度にも有意な差は見られなかったとして、80歳以上の高齢者に対するソラフェニブ半量投与の有用性を訴えた。

「IPMN/MCN国際診療ガイドライン」により、膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)の診断指針が示されたが、緩徐な進行を来すことや手術侵襲が大きいことを考慮すると、65歳以上のIPMN患者に対してもガイドライン通りの治療を選択すべきかは検討の余地がある。深澤光晴氏(山梨大病院)は、ガイドラインの手術適応は陽性的中率が低く、特に高齢者では過大手術となる可能性があるとして述べた上で、①主幹管型および結節高10mm以上の分枝型は浸潤癌に移行するおそれがあるために手術適応、②結節高5-10mmの分枝型は比較的長期の予後が望めることから、それぞれの患者の全身状態に応じて治療法を選択、③結節高5mm未満の分枝型は経過観察、との治療方針案を提言した。

November 2011

新刊のご案内

●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。

〈精神科臨床エキスパート〉
多様化したうつ病をどう診るか
シリーズ編集 野村総一郎、中村 純、青木省三、朝田 隆、水野雅文
編集 野村総一郎
B5 頁192 定価6,090円
[ISBN978-4-260-01423-6]

〈精神科臨床エキスパート〉
認知症診療の実践テクニック
患者・家族にどう向き合うか
シリーズ編集 野村総一郎、中村 純、青木省三、朝田 隆、水野雅文
編集 朝田 隆
B5 頁196 定価6,090円
[ISBN978-4-260-01422-9]

小腸内視鏡所見から
診断へのアプローチ
編集 松井敏幸、松本主之、青柳邦彦
B5 頁192 定価12,600円
[ISBN978-4-260-01446-5]

肝臓の外科解剖
門脈segmentationに基づく
新たな肝区域の考え方
(第2版)
編著 竜 崇正
A4 頁240 定価12,600円
[ISBN978-4-260-01421-2]

遺伝性婦人科癌
リスク・予防・マネジメント
監訳 青木大輔
B5 頁288 定価12,600円
[ISBN978-4-260-01414-4]

WHOをゆく
感染症との闘いを越えて
尾身 茂
A5 頁176 定価2,940円
[ISBN978-4-260-01427-4]

〈JNJSスペシャル〉
アセスメント力を高める!
バイタルサイン
徳田安春
AB判 頁136 定価2,520円
[ISBN978-4-260-01310-9]

〈看護ワンテーマBOOK〉
がん専任栄養士が患者さんの声を聞いてつくった
73の食事レシピ
川口美喜子、青山広美
B5変型 頁128 定価1,890円
[ISBN978-4-260-01477-9]

進め方と方法がはっきりわかる
看護のための認知行動療法
岡田佳詠
A5 頁256 定価2,310円
[ISBN978-4-260-01482-3]

幻聴妄想かるた
解説冊子+CD「市原悦子の読み礼音声」+DVD
「幻聴妄想かるたが生まれた場所」付
編著 ハーモニ-
B6 頁308 定価2,415円
[ISBN978-4-260-01485-4]

親子保健24のエッセンス
平岩幹男
A5 頁232 定価2,520円
[ISBN978-4-260-01445-8]

ベナー ナースを育てる
著 Benner P., et al
訳 早野ZITO真佐子
A5 頁384 定価4,200円
[ISBN978-4-260-01429-8]

文化人類学[カレッジ版]
(第3版)
編集 波平恵美子
B5 頁240 定価2,205円
[ISBN978-4-260-01317-8]

言語聴覚研究
第8巻 第3号
編集 日本語聴覚士協会
B5 頁64 定価2,100円
[ISBN978-4-260-01499-1]

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

FAQ

今回の回答者 **小田倉 弘典**
土橋内科医院院長

Profile / 1987年東北大学医学部卒。89年仙台市立病院循環器科医員。97年同院循環器科医長を経て2004年から現職。09年ニューキャッスル大臨床疫学修士課程(通信制)修了。心房細動に関する論文をブログ(<http://dobashin.exblog.jp/>)でほぼ毎日紹介している。

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions; 頻りに尋ねられる質問)に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

心房細動の抗凝固療法

心房細動治療をめぐるのは近年、「不整脈を治す」から「脳塞栓を予防する」へのシフトが潮流となっています。新規抗凝固薬の登場もあり、今やすべてのプライマリ・ケア医が身につけておくべき治療法と言っても過言ではありません。

FAQ 1 抗凝固療法を開始する際 CHADS₂ スコアを参考にしていますが、リスクが比較的低い人(高血圧のみを有する場合など)の適応についていつも悩みます。最近新しいリスクスコアもあると聞きましたが、現時点で抗凝固療法の適応についてどう考えたらよいのでしょうか?

●リスクとベネフィットを常に比較して考える。

CHADS₂ スコアは、心不全、高血圧、75歳以上、糖尿病を各1点、脳梗塞/TIAの既往を2点として脳梗塞リスクを層別化したものです。スコアが高くなるほど年間脳梗塞発症率が上昇。スコア2点では4%とハイリスクになり、この場合ワルファリンは日本や欧米のガイドラインにおいて推奨度クラスIに位置付けられています。しかしスコア1点の場合は、日本のガイドライン¹⁾でも「考慮可」(ワルファリンの場合)とされており議論の多いところ(図1)。抗凝固薬は、降圧薬やスタチン製剤にはない本質的な問題、つまり「出血」という大きなリスクを有することがその背景にあります。

抗凝固療法は塞栓予防のベネフィットが出血リスクを上回る限りにおいて適応となると考えられ、こうした視点から Net clinical benefit (リスクと比較した上でのベネフィット) という概念も提唱されています²⁾。ワルファリンの CHADS₂ スコアごとの Net clinical benefit を検討したところ、スコア1点以下ではワルファリンの有用性は示されませんでした(図2)。

では、CHADS₂ スコア1点の場合をどのように考えればよいのでしょうか? 単純に点数だけにとらわれず、個別の患者ごとにきめ細かく対応することが必要です。ひとつの方法として、CHA₂DS₂-VASc スコアを用いることが考えられます。同スコアは CHADS₂ スコアに血管系疾患、65—74歳、女性が各1点として追加され、75歳以上が2点に変更されたものです。筆者は、CHADS₂ スコアが1点の場合、そのほかに「血管系疾患」「65歳以上」「女性」の1つ以上があれば抗凝固療法を考慮しています。また、例えば血圧や糖尿病、心不全がよくコントロールされている場合は、塞栓リスクをやや低く見積もることを考慮してもよいと思われれます。

さらに、出血リスクを患者ごとに評価する視点も大切です。その際 HAS-BLED スコア(高血圧、肝・腎機能障害、脳卒中、出血、INR管理不良、65歳超、薬剤/アルコール各1点)が参考になります。これらのリスクを多く有する場合は、ワルファリンの用量を低めに設定するといった配慮がされてもよいと思われれます。筆者は HAS-BLED スコアをむしろ「出血リスクを低く抑えるための努力目標」ととらえ、CHADS₂ スコア1点の人にこそ適切な血圧管理、INR管理、節酒指導を行うようにしています。こうした視点にさらに「患者の意向」「医療者の(特にINR管理に関する)経験」を重視して意思決定をすべきと考えられます。

今年登場した新規抗凝固薬ダビガトランは、CHADS₂ スコアの多少によらず一貫した有効性と安全性が確認され、日本循環器学会からの緊急ステートメントにおいても CHADS₂ スコア1点の例で「推奨」とされています(図1)。今後使用知見が蓄積され後述のような点が考慮されれば、より積極的に処方できると思われれます。

なお「どういう患者なら抗凝固療法を行わなくてよいか」に関しては、CHA₂DS₂-VASc スコア0点の人の脳梗塞リスクがほ

ぼ0%であることが参考になります。
Answer...CHADS₂ スコア2点以上については抗凝固療法を積極的に行う。CHADS₂ スコア1点の場合、個々のベネフィットとリスク、患者の意向や医療者の経験を考慮し個別に判断。今後の知見集積によりダビガトランの使用も考慮する。また、CHA₂DS₂-VASc スコア0点ならば抗凝固療法は考慮しない。

FAQ 2 抜歯や内視鏡検査、手術時の抗凝固療法中止の可否について、他医からよく相談を受けますが、どのように答えればよいのでしょうか?
●ガイドラインに従うが、特に内視鏡治療や生検の場合は個別に判断する。

抜歯時ワルファリンを中断すると0.4—1%に塞栓症が生じます。現時点ではこれしかエビデンスがないため、「圧迫止血できる部位なら抗凝固療法は継続し、できない部位では中断」を原則とし、個別のケースでは日本循環器学会のガイドライン等を参考にするのが最善策と考えられます。同ガイドラインや各種報告から、抜歯および白内障手術はワルファリン継続下で行うことが勧められます。また、大手術の場合は入院を原則とし、術前3—5日までにワルファリンを中止し、APTTが正常対照値の1.5—2.5倍に延長するようにヘパリンを投与します。術前4—6時間前にヘパリン中止または硫酸プロタミン中和を行い、術直前にAPTTを確認。術後速やかにヘパリン、ワルファリンを再開し、INRが治療域に入ったヘパリンを中止します。

問題は内視鏡による生検または観血的処置時の対応です。日本消化器内視鏡学会からの指針ではワルファリンの中断が勧められていますが、現実に生検だけの目的で入院、ヘパリン点滴まで行うかどうかは切実な問題です。この場合も、患者ごとに梗塞と出血リスクのバランスを考えることが大切になります。筆者は、中止により梗塞リスクが高いと考えられる例、具体的には CHADS₂ スコアで脳卒中/TIA 既往およびそれ以外の項目で3点以上の例には上記のように入院の上ヘパリン点滴を原則とし、担当医に依頼しています。

ダビガトランについては半減期が短いことから、日本循環器学会の緊急ステートメントで「24時間前までに投与中止する。完全な止血能を要する大手術を実施する場合や出血の危険性が高い患者を対象とする場合には、手術直前2日間以上の投与中止を考慮し、従来の抗凝固療法と同様にヘパリンによる代替療法を考慮する」とあり、少なくとも内視鏡処置の場合入院の上ヘパリン点滴は必要ないことが示唆されます。

ただし、上記の対応は確固たるエビデンスに裏打ちされておらず、各施設・地域でのリスク&ベネフィットを考慮し、専門医との相談の上で決めることが大切です。

Answer...抜歯、白内障手術はワルファリン服用下。大手術時はワルファリン中断、入院の上ヘパリン点滴を考慮。内視鏡治療の場合は出血リスクの高い場合にヘパリン点滴を考慮。

FAQ 3 ダビガトランが使用できるようになりましたが、重篤な副作用も報告されています。今後この新しい抗凝固薬をどのような症例にどう使いければよいのでしょうか?

●現時点では、安全性を第一に考えて処方する。

直接トロンピン阻害薬ダビガトランは、RE-LY 試験³⁾でワルファリンと同等またはこれを上回る有効性と安全性が示されました。また血中モニタリングが不要、納豆等の食事制限が不要であるなど簡便性に優れています。一方、市販後調査で重篤な出血性の副作用による死亡が14例(9月13日現在)報告され、これらの多くは高齢者、腎機能障害、併用注意薬の使用例でした。十分な経験知が蓄積されていない現状では、安全性を第一に考えて処方する姿勢が大切です。

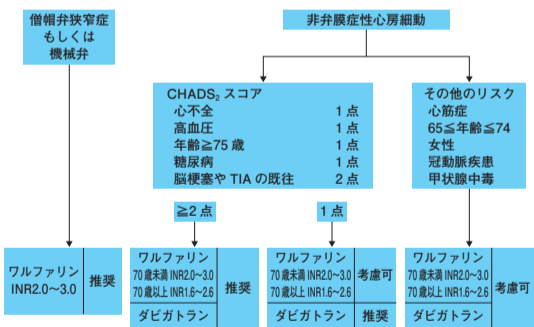
具体的には、ワルファリン服用者の場合、INR管理が良好な例のワルファリンの有効性はダビガトランと同等であると報告されていることから、CHADS₂ スコア1点以上でINR管理不良または患者が希望する場合にダビガトランを考慮します。その際腎機能を第一にチェックし、Ccr30 mL/分未満は禁忌、30—50 mL/分では220 mg/日処方を心がけます。筆者は eGFR 換算で50未満でも220 mg/日を考慮しています。また75歳以上、消化管出血の既往、P-糖蛋白阻害薬該当者も220 mg/日とします。ワルファリンまたはアスピリンからの切り替え時にはそれらが十分排泄されたのを確認後に処方します。

新たに抗凝固療法を開始する場合、ダビガトランはワルファリンより簡便性に優れますが、やはり腎機能良好で70歳未満、消化性潰瘍の既往や抗血小板薬併用がない例から始め、その他は専門医への相談を考慮します。

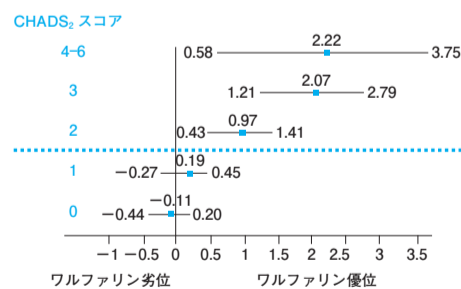
Answer...新規抗凝固薬といえども、出血リスクを併せ持つという本質には変わりがなく、腎機能、年齢、併用薬、消化管出血の既往を考慮した使い方を心がける。

もう一言 抗凝固療法とは、「個々の患者ごとのリスクとベネフィットをどう考えるか」という「リスク管理」です。エビデンス、医療者の経験、患者の意向のバランスを取りながらのリスク管理が要求されます。

文献
1) 日本循環器学会合同研究班報告: 心房細動治療(薬物)ガイドライン(2008年改訂版). Circ J. 2008; 72 (Suppl. IV): 1581-638.
2) Singer DE et al. The net clinical benefit of warfarin anticoagulation in atrial fibrillation. Ann Intern Med. 2009; 151 (5): 297-305.
3) Connolly SJ et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2009; 361 (12): 1139-51.



●図1 心房細動における抗血栓療法
日本循環器学会「心房細動における抗血栓療法に関する緊急ステートメント」(<http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/statement.pdf>)より



●図2 ワルファリンの CHADS₂ スコア別 Net clinical benefit (文献2より)

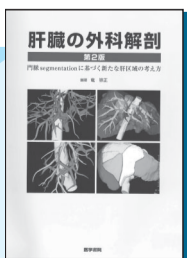
静脈系からみた新たな肝区域の提唱。「肝門板」の視点と腹腔鏡下肝切除を加え大改訂!

肝臓の外科解剖 第2版

門脈segmentationに基づく新たな肝区域の考え方

肝臓の手術に不可欠な区域解剖において、従来のCouinaudの肝区域に替わり、門脈など静脈系に着目した新たな考え方を示す。2004年の初版以後の、最新の立体画像構築による新発見とともに、「肝門板」の新たな視点を提唱。腹腔鏡下肝切除術式も加えて、手術書として大幅リニューアル。

編著 **電 崇正**
千葉県がんセンター前センター長

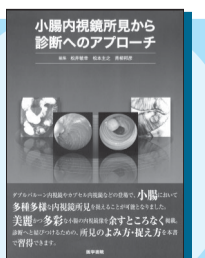


これほどまでに美しく多彩な小腸内視鏡像はない

小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ

本邦でトップクラスの小腸疾患症例数を誇る編者らのグループによりまとめられた本書は、内視鏡所見を提示し、その後疾患(症例)の解説をするところに特徴がある。内視鏡所見からみた鑑別診断のポイントをはじめ、診断にあたって必要な分類などの基礎知識についても解説されている。馴染みの浅かった小腸領域だが、ダブルバルーン内視鏡やカプセル内視鏡などの登場で多種多様な内視鏡所見を捉えられるようになった。美しく多彩な小腸内視鏡像が数多く掲載された本書から、診断へと結びつけるための、「所見のよみ方・捉え方」も習得できる。

編集 **松井敏幸**
福岡大学筑紫病院消化器内科・教授
松本主之
九州大学大学院病態機能内科学・講師
青柳邦彦
福岡大学病院消化器内科・診療教授



寄稿

脳神経病理データベースを用いた教育・診断支援の試み

新井 信隆 東京都医学総合研究所 脳発達・神経再生研究分野分野長

今年の春もいつもと変わらず桜のつぼみは開いたが、東日本大震災の収束の道筋すら見えぬ日々を、1か月後に控えた新研究所(註)への移転の準備に追われて過ごした筆者には、今となっては桜吹雪の残像すらない。特に、先達の手によって約40年間にわたり作製された2000余例の膨大なヒト大型脳病理標本の梱包作業は、1989年からの自身の研究所生活をたどる行程でもあった。

都医学研・脳神経病理データベースとは

あれから半年。何事もなかったように、新しく整備された脳病理標本室の電動棚に整然と並べられた標本は、画期的なデジタルスキャン装置(バーチャルスライド装置)により超高画質デジタル情報となり、東京都医学総合研究所(都医学研)・脳神経病理データベース(<http://pathologycenter.jp/>)として津々浦々に張り巡らされたICT(情報通信技術)によって全国に発信されようとしている。

本稿では、旧東京都神経科学総合研究所(旧都神経研)の研究資産によるこのユビキタスな教育ツールのコンテンツが、神経系疾患の教育・診断分野で活用されるロードマップについて概説する。

ユビキタスな仮想検鏡コンテンツ

バーチャルスライド(あるいはバーチャルマイクロコピー)はガラス標本を高精度デジタルスキャンする機器であり、近年、厚生労働省「がん診療連携拠点病院に対する遠隔画像診断支援事業」により主に全国のがん拠点病院に100台ほど導入されてきた。現在、国内外の複数社がベンダーとして互いに切磋琢磨している状況であるが、性能的には一定水準をクリアした段階に入っている。スキャンデータ量は膨大であり、例えば脊髄横断面を40倍でスキャンすると、イメージサイズはおおよそ5GB程度の大容量データとなり、顕微鏡デジタルカメラの精度の比ではない。このデータをアップロードしたサーバーに遠隔からアクセスすると、自身のPCモニター上で画像を閲覧することができ、倍率を変え視野を移動させたりすることができる(仮想検鏡)。この機器の使用目的は、日



● 図 データベースにおける「アルツハイマー病/側頭葉」画面

常の病理診断業務におけるリモートコンサルテーション(テレパソロジー)のほか、データベース作成によるe-learningデバイスとしての活用がある。後者の場合、コンテンツが充実しているかどうかクリティカルである。

その点では、都医学研には、前身である旧都神経研のコレクションとして、先天性脳奇形、周産期脳障害、乳幼児期に発症する比較的にまれな神経疾患、青壮年期発症の運動障害性疾患、老年期の認知症を来す変性疾患のほか、代謝性疾患、炎症性・感染性疾患、外傷、循環障害、中毒性・栄養障害性疾患など、ほとんどすべての神経疾患カテゴリーを網羅したリサーチリソースを保管しており、豊富で偏りのない比類なきデジタルコンテンツを提供することが可能である。また、多くの神経変性疾患は蛋白のコンフォメーション異常症であることが明らかになりつつあるが、既存の疾病をタウ、シヌクレインなどの蛋白別にメニューを作っている(図)。

卒前医学教育における活用

2002年度から順次導入された「医学教育モデル・コア・カリキュラム」によって、医学教育の内容は変貌を遂げている。分子生物学研究の進展によって日々見いだされる知見の吸収、臓器別による基礎・臨床融合型カリキュラムの習得、ベッドサイドスキルの修練などに当てるエフォート率がいっそう高まり、いわゆる基礎的な“実習”に費やされる時間が激減している。また、医学部定員増により学生当たりの顕微鏡数やスペースがますます不足し、それが“病理離れ”に拍車をかけている。しかし、医学部のカリキュラムにおいて、生体で生じているさまざ

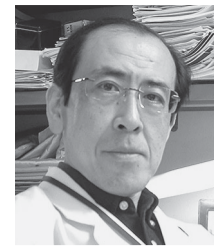
まな防御・修復、変性・破壊のプロセスを形態として脳裏に焼き付けることは、医師や研究者の思考や意思決定に、幅や深みを持たせるために必須ではないだろうか。アカデミックな“実体験”にアクセスする今日的なツールとして、病理画像のデータベースを構築し普及させる意義は大きいはずである。

同じ部位(例えば海馬)で、正常像とさまざまな病理像をモニター上で並べて供覧することにより、側頭葉てんかんの海馬硬化、認知症群の海馬病変、循環障害による海馬虚血など、それぞれの好発部位などの特徴を整理して勉強することが可能となる。脊髄では、運動ニューロン疾患の錐体路変性、栄養障害性の後索変性、頸椎症による病変など多岐にわたるが、正常解剖と同時に実習することの効率性は高い。

従来のカリキュラムでは、正常解剖と病理像の実習に1年ほどのタイムラグがあり非効率であったが、デジタル標本ならば、比較的簡単に学生自身のPCモニター上(つまり顕微鏡下と同様)に引き出すことができるわけであり、箱にかぶったホコリを払い、古い標本に生えたカビを拭き落とし、また染色が退色してしまった標本に心眼を凝らして対峙しなければならないストレスからも、解放されるに違いない。

エキスパート医養成の自己学習教材として

神経系疾患をカバーする臨床医には神経内科、小児神経科、脳神経外科などがある。それらの学会では専門医・認定医取得の要件の一つとして、中枢神経病理、末梢神経病理、および筋病理の知識を要求している。旧都神経研では、夏期に35年連続して「神経病理の基礎と臨床」という4日間のセミ



●新井信隆氏
1982年横浜市大医学部卒。同病理学教室を経て、89年から都神経研、ロンドン大で神経病理研究に従事。11年都医学研の開所時より現職。脳病理標本リサーチセンター統括マネージャー。日本神経病理学会理事。主な著書に『神経病理インデックス』(医学書院)。

脳神経病理データベースへのお問い合わせはE-mail: arai-nb@igakuken.or.jp までお寄せください。

ナーを行ってきた(今年から「神経病理ハンズオン」に改名)。これは受講者各人に1台の顕微鏡を用意して豊富な検鏡体験をする、“力仕事”の実習コースであるが、受講者は神経系学会の専門医・認定医の受験を控えた方が多い。また、脳神経系に関する法医学病理学の研鑽を目的とした法医学者もほぼ毎年受講している。このようなそれぞれの領域のエキスパートのための自己学習コンテンツ集の作成を、関係学会とも相談しながら進めていきたいと考えている。また、いわゆる総合医としての生涯研修としての活用法を模索していきたい。

診断基準コンセンサス作りにも有用

筆者は難治性てんかんの脳外科手術による焦点切除部の病理診断のコンサルテーションを多く受けている。それらには脳形成異常や海馬硬化に関する、診断基準がやや曖昧な病理像がいくつもある。脳神経病理データベースは、そのような診断困難例の病理画像を複数の専門家が閲覧し、診断コメントを集積することにより、一定のコンセンサス作りのツールとなり得る。International League Against Epilepsy (ILAE)のNeuropathology Task Forceや、筆者がオーガナイザーとなっている「てんかん外科病理診断フォーラム」(日本神経病理学会)でも同様のツール利用を始めているところである。

*

以上、都医学研における脳神経病理データベースとその展望を概説した。脳神経病理データベースは、卒前医学教育から専門医養成、さらには神経疾患の診断基準作成においても強力なツールとなる可能性を秘めている。多くの医療者に、このデータベースを活用してもらえれば、筆者としても望外の喜びである。

註：東京都医学総合研究所(都医学研)は、東京都の医学系3研究所が統合し、2011年4月1日に新たに開所した施設。発足の経緯および代表的な研究活動については、7月に開催された開所記念シンポジウム取材した本紙2941号をご参照いただきたい。

日本神経学会監修の5つのガイドラインを1冊に合本!

神経疾患診療ガイドライン[CD-ROM付]

Guidelines for Neurological Disorders 2009-2011

日本神経学会監修のもと、国内のエキスパートによりエビデンスに基づき作成された、パーキンソン病、認知症、てんかん、多発性硬化症、遺伝子診断の5ガイドラインを1冊に合本。ガイドラインはクリニカル・クエストが多用され、必要な情報にすばやくアクセス可能。また付録のCD-ROMには全ガイドラインが収録されており、便利な全文検索機能付き。神経疾患診療に携わる医師は机上に置いておきたい頼れる指針。

監修 日本神経学会



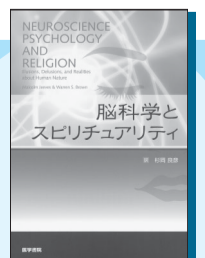
脳科学の進歩によってスピリチュアリティは解明できるか

脳科学とスピリチュアリティ

Neuroscience, Psychology, and Religion; Illusions, Delusions, and Realities about Human Nature

著者らは、スピリチュアリティの問題が神経細胞や脳の活動に「すぎない」とされるのか否かを、脳科学や進化心理学の進歩も踏まえて解明する。最先端の研究に加え、脳と心をめぐる過去の哲学や現在の神学にも言及。人間本性やスピリチュアルペインも、脳イメージング技術が示す脳の特定の部位の活動であろうか。本書は、現代医療の基礎に潜む科学的人間観への一つの挑戦である。

著 Malcolm Jeeves
Warren S. Brown
訳 杉岡良彦
旭川医科大学医学部 講師



高齢者を包括的に診る 老年医学の エッセンス

その11

Science, Dilemma, and Art

* 虚弱高齢者の抗凝固療法

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、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に「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冊で伝えています。

大蔵暢

医療法人社団愛和会
馬事公苑クリニック

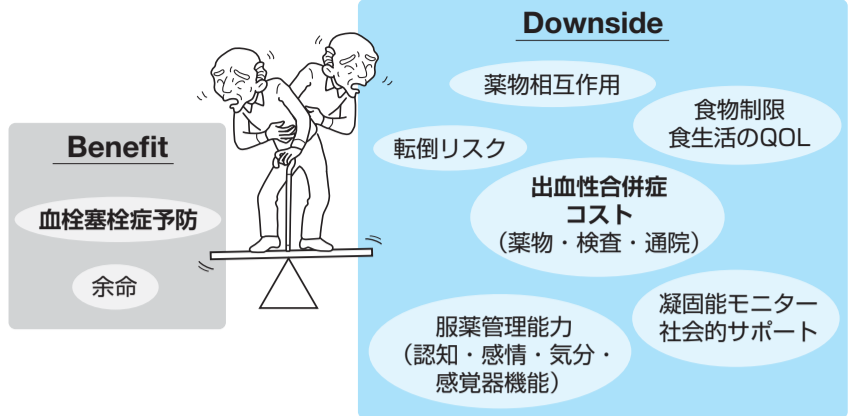
や抗血小板療法が推奨されているが、副作用の点から、虚弱高齢者への適用には消極的な意見も多い。今回は、虚弱高齢者の抗凝固療法にまつわるさまざまな問題点を議論する。

抗凝固療法の benefit と risk

心房細動患者の脳血栓塞栓症リスクを推測する方法として、CHADS₂ (註1, JAMA. 2001 [PMID:11401607]) がよく利用されている。75歳以上であることと高血圧の既往があることからYさんのCHADS₂スコアは2点であり、一年間に脳血栓塞栓症を起こす確率は2.5%と予測された。ワルファリンによる抗凝固療法は、この血栓塞栓症リスクを1.3%まで低下させ得るらしい (JAMA. 2003 [PMID:14645310])。これらのリスクの大きさや薬の効果の臨床的有意性については、意見の分かれるところだろう。

一方、抗凝固療法には出血性合併症がつきものだが、そのリスクはどれほどだろうか？ HAS-BLED スコア (註2) を用いると、YさんのスコアはCHADS₂と同じく2点で、一年間に大きな出血性合併症を起こす確率は1.9%と予測された (Am J Med. 2011 [PMID:20887966])。

ここで、これらの2つのリスク予測モデルを見比べると、高齢や高血圧、脳血管障害の既往など共通の従属変数が多いことに気付く。このことは、脳血栓塞栓症のリスクが高い虚弱高齢者は抗凝固療法の恩恵が大きい一方、合併症を被るリスクも大きいことを意味し、ここでも高齢者診療におけるジレンマ (Geriatric dilemma) に遭遇する。



● 図 虚弱高齢者への抗凝固療法において検討すべき事項

検討する際には、図のような虚弱高齢者に特有の問題も考慮したい。

ワルファリンは多くの薬剤と相互作用があり、服用中の薬剤、新しく追加する薬剤との相互作用に常に神経を尖らせておく必要がある。虚弱高齢者は服用薬剤の数や種類に変更が多い傾向があり、また抗菌薬が処方される機会も多いため、特に注意する。人によっては薬剤コスト、検査コスト、通院コストも無視できないだろう。また、ワルファリン服用患者はビタミンK含有食物の摂取を控える必要があり、納豆やクロレラ、青汁などの摂取制限が高齢者のQOLを低下させることもある。

抗凝固療法は、患者に高い自己管理能力を要求する。PT-INR 値によって服用量を調節したり、出血症状に注意したりと、その安全な施行には高度な認知機能を必要とするため、虚弱高齢者への治療を検討する際には、認知機能や社会的サポートの有無を必ず評価したい。特に、凝固能モニターのための通院ができない患者の場合、サポートする家族の負担は甚大である。虚弱高齢患者の抗凝固療法には治療自体のリスク/ベネフィット以外にも、さまざまな検討事項があるのだ。

とを大変信頼していましたが、何よりも苦しまずに逝けてよかったです。本当にありがとうございました」と、弟夫婦から言葉をかけられた。

Science, Dilemma, そして Art

日常診療では「目の前にいる、心房細動を持つ虚弱高齢者に対して抗凝固療法を行うべきか？」という問いは「抗凝固療法を安全に行えるか？」と置き換えて考えるとよい。虚弱高齢者の抗凝固療法に関しては、従来の医学的リスク/ベネフィット分析だけでなく、転倒リスクや認知機能、社会的サポートを含めた包括的高齢者評価、薬剤管理やQOLなど実に多くの要素を総合的に検討した上で、覚悟を持って「主治医としての意見」を用意すべきである。

もちろん「ベネフィットが大きければリスクも大きい」という、多くの臨床ジレンマに満ちた高齢者診療において、結果的に「正しくない選択」をしてしまうかもしれない不安はいつも付きまとう。しかし最も大事なことは、虚弱高齢者の主治医として患者や家族、他の医療スタッフと徹底的に意思疎通を図り、ジレンマや不安を共有し、強固な信頼関係を築いておくことである。なぜならそのことこそが、高齢者医療における「超」不確実性に対峙する唯一の方法だからである。

註1: CHADS₂ スコア
臨床危険因子から心房細動患者の脳血栓塞栓症リスクを計算するモデルであり、うっ血性心不全 (C)、高血圧 (H)、高齢 (A)、糖尿病 (D) をそれぞれ1点、脳血管障害の既往 (S) を2点として、それらの合計点でリスクを層別化する。

註2: HAS-BLED スコア
臨床危険因子から心房細動患者の著明な出血合併症リスクを計算するモデルであり、高血圧 (H, 1点)、肝障害/腎障害 (A, 各1点)、脳血管障害の既往 (S, 1点)、出血傾向/既往 (B, 1点)、INRコントロール不安定 (L, 1点)、高齢 (E, 1点)、抗血小板薬やNSAIDの使用/アルコール依存 (D, 各1点) をカウントし、それらの合計点でリスクを層別化する。

症例 ある日Yさんが転倒し、右肩に大きな紫斑ができた。Yさんとキーパーソンである弟夫婦、医療チームで前述のエビデンスや転倒リスクについて相談した結果、抗凝固療法を中止することにした。Yさんは「これで納豆が食べれる」と喜んだ。しかし1年後のある日、起床時に呂律回り不良と右上肢の脱力を認めたため、病院に緊急搬送。2週間後、一過性脳虚血発作 (TIA) の退院時診断とともに抗凝固療法が再開され、Yさんはホームに帰ってきた。

Yさんの退院後、一連の出来事を考慮して抗凝固療法のリスク/ベネフィットを再評価したところ、脳血栓塞栓症リスクは年間6% (CHADS₂スコアで4点) へ、出血性合併症のリスクは年間8.7% (HAS-BLEDスコアで4点) へと増加した。脳血管障害を起こした直後でもあり、病院からの指示通り抗凝固療法を継続したが、以前のように往診のたびに納豆や採血に対する不満を聞かされた。

虚弱高齢者特有の問題

血栓塞栓症対策として抗凝固療法を

症例 某国立大学の機械工学の教授だった81歳の小柄な高齢男性Yさんには、胸腰椎圧迫骨折による強い円背があり、年齢以上に弱々しく見えた。ただ虚弱な外見のわりには認知機能は比較的保たれており、変に理屈っぽいところが元大学教授を感じさせた。独身で子どももないYさんは、独居が困難になった数年前から介護付有料老人ホームに入居しており、弟夫婦が時折訪問していた。Yさんには高血圧と慢性心房細動があり、血栓塞栓症予防のためにワルファリンを服用していたが、納豆を食べられないことと頻回の採血に、いつも不満を漏らしていた。

加齢に伴い発生率が増加する心房細動は、血栓塞栓症、特に脳塞栓症の大きな危険因子である。現在ガイドライン (http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2006_ogawa_d.pdf) では、リスクを減少させる治療法として抗凝固療法

一流30誌から7,256論文のデータを紹介。外科医必携のエビデンス集

消化器外科のエビデンス 第2版

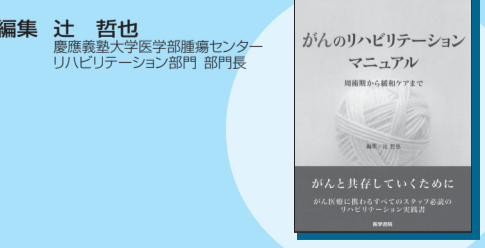
外科医が日常臨床で直面する様々な問題について、最新の知見を確認するためのエビデンス集。国際的な一流30誌 (外科学、腫瘍学、消化器病学、臨床医学) から消化器外科に関連する論文を広く集め、「手術手技」「術後経過」「予後因子」など30のカテゴリーに分類。質の高い7,256編の論文のデータをパーセントやリスク比で紹介する。手術はもとより術前検査や術後管理、がん検診や緩和ケアなども含み、消化器外科に関する事象を網羅。



がんを“共存”するために必要不可欠なリハビリテーション入門書

がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで

“がん (悪性腫瘍) のリハビリテーション”にはがん医療全般の知識が必要とされると同時に、運動麻痺、摂食・嚥下障害、浮腫、呼吸障害、骨折、切断、精神心理などの障害に対する専門性も要求される。本書は、がん医療やリハビリテーションに関する豊富な臨床経験をもつ執筆陣が、その概要から実際のアプローチ方法に至るまでわかりやすく解説。すぐに臨床応用できる“がんのリハビリテーション”の実践書。



続 アメロカ医療の光と影

第210回

共和党大統領候補たちの医療政策③

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ：オバマへの支持率が低下するなか、共和党は「医療制度改革法廃止」を選挙公約にするとともに、同法に対する違憲訴訟を起こし、政治と司法の両面から攻撃を加えている。

共和党の論拠となる「ブロッコリー論争」

オバマの医療制度改革法の正式名称は「患者保護および購入可能な医療法(patient protection and affordable care act)」(当地では後半3語の頭文字をとって、ACAと省略されることが多い)であるが、「974」という総ページ数が示すように、非常に大部の法律であり、その内容も多岐にわたっている。しかし、多岐に及んでいるとはいっても、「医療を国民にとって購入可能なものとする」こと、すなわち、「無保険者対策」が今回の医療制度改革法の最大眼目となっていることは、その正式名称が示す通りである。

では、国民の6人に1人を占める無保険者をどうやって減らそうとしているのかというと、その対策は、①医療保険に加入しない国民に対して税制上の「ペナルティ」を課すことで国民に医療保険への加入を義務付ける、②各州に医療保険「交換所(exchange)」(州政府が保険会社と交渉、保険料・保険給付等について合意した保険商品を州民に提供する場)を創設し、医療保険の購入を促進する、③低所得者に対しては医療保険を購入できるよう公費で

支援する、の3点に要約される。前回も述べたように、今回の無保険者対策のプロトタイプとなったのは、2006年にマサチューセッツ州で実施された医療制度改革であるが、ともに、州民あるいは国民に対する「保険加入義務化」が無保険者対策の大前提となっている。

さて、共和党が「オバマの医療制度改革法は憲法違反」とする違憲訴訟を全米各地で起こしていることは前回も書いた通りだが、違憲訴訟の原告となっているのは、フロリダ州やテキサス州など、共和党が知事や州議会で多数派を占める州の州政府が主であり、現在、全米の半数を超える州が原告となっている。法定で最大の争点となっているのは「医療保険加入義務化」条項であり、共和党が論拠としてよく引き合いに出すのが、いわゆる「ブロッコリー論争」である。「政府は、ブロッコリーが嫌いな人に、『健康にいいからブロッコリーを買え』と強制することはできない。国民にブロッコリーを

買うことを強制できないのと同じで、医療保険への加入も強制できない」というのである。

「商品」の購入を政府が義務化するの合憲か

前回も説明したように、そもそも今回の医療制度改革法に「保険加入義務化」条項が入られた理由をひとりで言うと、「『逆選択』(健康な間は保険に加入せず、病気になってから初めて加入する等の行為)を防止することで、保険業界を保護する」ことにあった。しかし、「自動車産業は国家の経済にとって非常に重要な意義を有している。自動車産業を保護するために、国民は車を買わなければならない」と議院が法律で強制することはできないのと同じで、医療保険の購入を強制することもできない」と、保守派は主張するのである。

これに対して、オバマ政権は、「議会には、憲法で『州境を超えて行われる商行為を規制する権限』が与えられている(いわゆる「通商条項」)ので、保険加入義務化もその権限のうち」と反論している。さらに、「医療保険はすべての国民が生きている間にいつか必要とすることになる『特殊さ』を有しているので他の商品とは違う。医療保険に加入していなかったら、必ず困ることになるのだから、ブロッコリーや自動車とは違って、購入を強制する

ことは許される」と、その「特殊さ」を強調しているのである。しかし、これまで「民間企業が販売する『商品』の購入を連邦政府が義務化」した前例はなく、法学者の間の意見も賛否が割れる事態となっている。法学者の意見がまとまらないのだから裁判所の判断が割れるのも無理はなく、これまで、連邦地裁・連邦控訴審レベルでの判断も、合憲と違憲がほぼ半数ずつに割れている。

最終的には最高裁の場で決着をつけざるをえなくなっているのだが、いまのところ、2012年中には最高裁の判断が下されるものと見られている。現在、最高裁判事の構成は、「保守派4：リベラル派4：中間派1」と全くの「互角」。換言すると、中間派判事の判断一つに医療制度改革法の命運がかかっていると言っても過言ではないのだが、最高裁の判断いかんで、オバマの医療制度改革がその命運を絶たれる可能性があるのである。さらに、「通商条項」が争点となった最近の判例を見たとき、「拳銃所持」を議会が規制するのは違憲(1995年)、「マリファナの医学的使用」を議会が規制するのは合憲(2005年)と、その判断は、正反対に分かれている。医療制度改革法の保険加入義務化条項について最高裁がどのような判断を示すのか、過去の判例を見ただけではまったく予測ができない状況となっているのである。

(この項つづく)

第39回日本救急医学会開催

第39回日本救急医学会が10月18-20日、行岡哲男会長(東医大)のもと、京王プラザホテル(東京都新宿区)他にて開催された。「救急医学のルネサンス—われわれは、知を尊ぶ、しかし、溺れることなしに」をテーマに掲げた今回は、近年エビデンスの蓄積が進む救急医学の現状を共有するとともに、個々の患者に向けたより適切な治療をいかに提供していくか、救急医学の本質を問い直す演題が並んだ。本紙では、その一部を紹介する。



●行岡哲男会長

主題演題セッション「救急医学教育のこれからに向けて」(司会=近畿大病院・平出敦氏)では、救急医学教育に関する11題の演題が発表され、会場の参加者も交えながら、今後の救急医学教育の在り方が議論された。

現場で経験できない技能をいかに効果的に身につけるか

救急手技・処置は緊急性が高く、難易度が高いことから、技術の習得が難しい。若手医師がoff-the-job trainingによって技術の習得を補完するための方策として佐藤幸男氏(慶大)が紹介したのは、同大で取り組んでいる3D映像を利用した教育。解剖学教室と共同で救急診療に必要な手技に関する解剖の様子を奥行きのある3D映像で提供することで、より臨場感のある教育を提供できる可能性を示唆した。

六車崇氏(国立成育医療研究センター)は、小児蘇生のシミュレーション実習とその効果の測定結果を報告。

手技直前の実習・動画教材の活用や、技能の経時的劣化に対する継続教育の計画立案など、確実な技能取得に向け、今後の教育の在り方を展望した。

志賀隆氏(東京ベイ・浦安市川医療センター)は、ER型救急に従事、あるいは興味を持つ若手医師を対象に、2010年に結成したEM Allianceについて紹介した。氏は、David E. Kernらが提唱した「教育プログラム開発の6段階アプローチ」に則ってニーズアセスメントを実施。現在は、ウェブサイト上で症例検討や心電図などの教育コンテンツを提供し、会員数は約800人に上るといふ。

臨床研修の充実に向けて

池側均氏(阪大病院)と森田正則氏(近畿大)は大学病院における救急医療研修について検証。池川氏は、大学病院の高度救命救急センターでは重症病態に特化した研修にならざるを得ないため、市中病院と共同で研修に当た

る必要があるが、市中病院における救急臨床研修の全容が明らかになっていないのではないかと課題を指摘した。一方、森田氏は、現状ではすべての患者を受け入れる北米型ER方式の導入は困難とし、緊急度の高い複雑な病態の症例など、三次救急だからこそ経験できるカリキュラムの充実を説いた。

飯塚病院では、2011年度よりACGME(卒後医学教育認可評議会)の6つのコンピテンシー(患者ケア、医学知識、臨床を基盤とした学習と改善、対人能力・コミュニケーションスキル、プロフェッショナルリズム、医療・福祉システムを考慮した臨床)の達成を目標とした研修カリキュラムを実施している。同院の中塚昭男氏は、これに伴い導入した、初期研修医が経験すべき救急搬送診療目標「100症例」について紹介。目標を達成すると、より重症患者を担当する当直に従事する仕組みとなっており、研修医の救急診療への意欲向上、指導医に余裕ができたことによる教育体制の充実につながったと評価した。

病院

2011 Vol.70 No.11 11

特集 医療計画と二次医療圏の今後

- 医療計画および医療圏のあり方についての考察 尾形裕也
二次医療圏見直しの手順と課題 高橋 泰
京都府県が策定する医療計画と救急医療体制はどうあるべきか 菅河真紀子・河原和夫
新しい救急医療体制の構築 小濱啓次
4疾病・5事業の取り組みに関する全日病の調査報告 吉田 愛・池上直己・小松寛治・西澤寛俊・長谷川友紀
「医療計画」「二次医療圏」「救急医療体制整備」をどのように考えるか 北海道・千葉県・長野県・京都府
【グラフ】南相馬市立総合病院

●A4変型判 月刊 定価2,940円(本体2,800円+税5%) 年間購読 好評受付中! 電子版もお選びいただけます

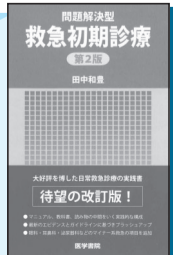
医学書院

大好評を博した日常救急診療の実践書、待望の改訂版!

問題解決型救急初期診療 第2版

救急患者の診断からマネジメントまで、フローチャートなどを用いて優先順位をつけ、考えること・すべきことの流れを理解し、初期診療につなげる。特に基本的症候へのアプローチに重点を置き、単に手順を示すのではなく、真に理解しながら学べるよう問題解決のプロセスに焦点を当てた。最新のエビデンスとガイドラインに基づいた内容を盛り込み、マイナー系救急の内容も加わり、ますます充実した研修医必携書の待望の改訂版。

田中和豊 福岡県済生会福岡総合病院・臨床教育部部長

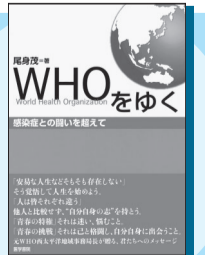


WHOで感染症と闘い続けた尾身茂氏が語る奮闘記

WHOをゆく 感染症との闘いを越えて

著者の尾身茂氏は、WHOアジア西太平洋地域における小児麻痺(ポリオ)根絶の立役者。また21世紀最初の公衆衛生の危機となったSARS対策でも陣頭指揮をとり、日本に戻ってからは新型インフルエンザ対策で活躍した。『公衆衛生』誌の連載をもとにした本書であるが、3.11後の医療・社会について加筆されている。本書は、まさに感染症と闘い続けた尾身氏の奮闘記。志とは? 覚悟とは? 己との格闘とは? 自ら道を拓こうと欲する、若者に贈る。

尾身 茂 自治医科大学地域医療学センター



MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

《標準作業療法学 専門分野》 作業療法学概論 第2版

矢谷 令子 ● シリーズ監修
岩崎 テル子 ● 編

B5・頁288
定価3,990円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01210-2

評者 古川 宏
神戸学院大学教授/総合リハビリテーション学部長

作業療法士をめざす学生の道案内である『《標準作業療法学 専門分野》作業療法学概論 第2版』が、初版から6年、社会情勢の変化と法制度の改正に合わせ、理解しやすいように章の構成も改めて出版された。執筆者は臨床経験・教育経験が豊富なベテランばかりであり、学生の目線に立ったわかりやすい文章で解説してある。また、教科書としてシリーズの統一を図るために、学習内容の到達目標を一般教育目標(General Instructional Objective; GIO)、行動目標(Specific Behavioral Objectives; SBO)ごとに明確にし、修得チェックリストで学習者が確認できるような方式になっている。学生、教員が編集者の意図をくんで有益に利用することで教育効果も上がるものと考えられる。「作業療法」とは、「身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて、治療、指導及び援助を行うこと」(日本作業療法士協会)と定義され、対象、目的、方法が明確に定められている。残念ながら「作業活動」の解釈が受け手によって違うため、一般社会、学生、専門職の間でも「何となくわかり難い」と言われてきた。地域リハビリテーション施設の施設長から「理学療法士がいなかったのが初めて作業療法士を採用したら、私たちの施設では作業療法士のほうが利用者・患者のニーズに合っていることがわかった。来年は複数採用します」といった話を聞く機会が多い。実際体験して初めて作業療法の良

さを理解してもらえた例である。しかし、これでは困る。学生は在学中に作業療法を他人に説明できるようになっていること、臨床現場では対象者にわかりやすく説明できること、作業療法士協会は関連職種、一般社会に作業療法を正しく伝えること、それによって評価される必要がある。そのためにも本書が必要である。

学生の目線に立って まとめられた良書



第2版の内容を紹介すると、序章では学習マップを用いて、第5章および終章までのSBOを列挙し、学生に対し内容説明、知識などを100字程度で解説している。第1章「作業療法とは」では、作

業の意味と作業療法の歴史、原理・理論、サービス適応範囲、国際生活機能分類(ICF)について必須知識を解説している。第2章「専門職としての作業療法士」では、専門職の心構え、必要とされる人間性、知識、技術、チームアプローチ、研究法、EBM、法制度を解説している。第3章「作業療法の過程」では、資料収集、面接、評価、問題点の抽出、治療・指導計画の立案、実施の具体的な内容をまとめている。第4章「作業療法の実際」では、身体、精神、発達、高齢期、地域の各分野における作業療法の実例を学ぶ。第5章「作業療法部門の管理・運営」では、部門の管理運営、診療報酬など、および医療経済学を学ぶ。最後に、作業療法教育と今後の展望を解説している。

本書は、編者の岩崎テル子氏の緻密で隅々まで配慮された気配り、情熱でまとめられた良書であり、作業療法関係者はもちろんのこと、関係専門職者にもぜひお勧めしたい。

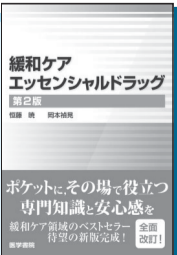
●お願い—読者の皆様へ

弊紙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
記事内容に関するお問い合わせ
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ
送付先(住所・所属・宛名)変更および中止
FAX(03)3815-6330 医学書院出版総務部へ
書籍のお問い合わせ・ご注文
お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ
ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を—緩和ケア領域の好著、待望の改訂版! 緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第2版

緩和ケアに必須の薬剤・諸症状のマネジメントについて、著者の経験・知識に基づいた貴重なノウハウと情報が満載の1冊。今改訂では、最新情報へのアップデートはもちろんのこと、解説薬剤も増加し一段と内容が充実。また、コンパクトサイズながら、より見やすく使いやすい紙面に。緩和ケアに携わる医師・看護師・薬剤師必携のベストセラー書、待望の改訂版完成。

恒藤 暁
大阪大学大学院教授・医学系研究科緩和医療学
岡本 禎晃
市立戸塚病院・薬剤科長
大阪大学大学院非常勤講師・薬学研究所



介助にいかすバイオメカニクス

勝平 純司, 山本 澄子, 江原 義弘, 櫻井 愛子, 関川 伸哉 ● 著

B5・頁216
定価4,095円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01223-2

評者 石井 慎一郎
神奈川県立保健福祉大准教授・リハビリテーション学

介助の方法論を力学的にそれらしく解説している書籍は、これまでも多く出版されている。しかし、必ずしも力学が正しく理解されていなかったり、紹介されている介助動作が実際的でなかったりと、いま一つ納得のいく本がなかった。とかくバイオメカニクスの書籍は解説が難解であり、内容を理解するために専門的な知識が必要になる。一方、介助技術の書籍は、経験則だけで解説されていて、理論的な裏付けが乏しかったりするもの。

エキスパートの英知を結集し 生み出された、比類なき 洗練された書籍



経験則を理論的に説明したり、ヒトの身体運動を力学的に説明したりするには、豊富な臨床経験とバイオメカニクスの知識が必要になる。この両者を兼ね備えた著者と言え、国内をくまなく探しても、そう多くは居ないだろう。本書の著者に居並ぶ面々は、介護、バイオメカニクス、理学療法、義肢装具の各分野におけるエキスパートたちだ。表紙を見ただけで、おのずと期待感が高まっていく。

本書を読み進めていくうちに、「こりゃー期待以上の本だ!」と驚かされた。介助技術のHOW TOを、バイオ

メカニクスを使って説明している内容と思いきや、バイオメカニクスの基礎から応用までが系統立てて解説されており、身体運動のメカニズムや各種症例の異常動作の力学的解釈が的確に解説されているのだ。その上で、介助の方法を提示している。まあその道のエキスパートが集まって書いているのだから、当然と言えば、当然のことなのだが、その洗練された内容は類似書を凌駕する充実度合いであると言っても過言ではない。「すごい本が世に出たものだ……」とついつい溜息が出てしまう(実は、私もこんな本が書きたかったのだ……)。

本書『介助にいかすバイオメカニクス』は、介助の技術論を記した書籍というよりも、バイオメカニクスの臨床応用を基礎から解説したバイブルと言っても良いだろう。バイオメカニクスを基礎から学び、それを臨床に応用したいと考えている専門職にはお薦めの書籍だ。

「その道のエキスパートの英知が結集して生み出された比類なき洗練された書籍」それが私の本書に対する認識である。

臨床心臓構造学 不整脈診療に役立つ心臓解剖

井川 修 ● 著

B5・頁184
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01121-1

評者 平尾 見三
東京医歯大病院不整脈センター長

待望の本が出版された。井川教授の心臓解剖の講演会が開かれると、まず満席になり講演後の質疑応答も活発で時間が足りなくなる。

心臓構造学の習得に 大いに役に立つ名著

それだけ人気がある。書評子も例外ではなく、臨床の見地から入って精緻を極めた心臓解剖学へ導く井川講演のファンの一で、この本の登場を心待ちにしていた。多くの解剖図と解説文、それらを体系的に構築・解析する独自のシェーマが加えられて、このたび『臨床心臓構造学』という珍しいタイトル名の本書が上梓された。

目次を俯瞰すると、通常の解剖学の教科書でないことがわかる。これまでの解剖書があくまでも解剖専門家の視点で書かれたことを思うと、不整脈臨床家としての視点で本書が書かれていることが斬新であり、うれしい驚きでもある。不整脈が先にあり、それに関

連した解剖学が展開される構成で、これは臨床医にとって大変ありがたい。

それぞれの項目を開くと、解剖学の本であるにもかかわらず、心腔内電位図や心臓の3Dmapping像・X線造影写真・透視像がふんだんに取り入れられ、それに関連したマクロ解剖図が示される。この解剖図が素晴らしい。われわれが見たい、知りたいと思うものに回答すべく心臓に割が入られ、ある時は裏から光を当てた鮮明な写真が掲載されている。推察するに、著者は自分が日常不整脈診療において抱いた心臓解剖・構造上の疑問について、多くの病理解剖を積み重ねながら明晰な洞察力をもって一つ一つ粘り強く、かつ徹底的に研究を継続されたのだと思われる。本書はまさにそれらの集大成である。

1990年代初頭より本邦に導入さ

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表現。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。

評者 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治療学分野教授

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

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.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX: (03) 5804-6055 Eメール: info@medsci.co.jp

ここからはじめる研究入門

医療をこころざすあなたへ

Stuart Porter ●著
武田 裕子 ●訳

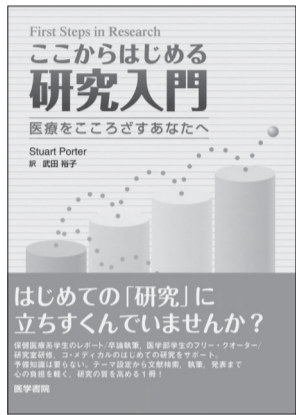
B6・頁256
定価2,625円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01181-5

評者 網本 和
首都大東京大学院教授・理学療法学

研究のカベ

看護師や作業療法士、あるいは理学療法士をめざし、医療系の専門学校や大学に籍を置いて日々勉学にエネルギーを費やしている学生は、いまや日本ではかなりの数になっている。その

研究の壁を越えてゆくために 必携のコンパス



多くの教育課程で、「卒業研究」が必修あるいは推奨の単位とされている。つまり大変多くの学生が卒業するための「卒業研究」を積極的に行う場合もあるが、強制的に参加させられている場合も少なからずあり、この単位修得に喜びよりも苦しさを覚えた学生は「研究」を卒業してしまうことになる。

研究のカベである。このカベに悩むのは学生ばかりでなく、指導する教員もまた、どのようにカベを乗り越えその先の「おもしろさ」を伝えることができるか思い煩うことになる。そんなカベを見上げるとき、本書『ここからはじめる研究入門』を手に取ったあなた(読者)は幸いにもそのカベを越えてゆくための道筋を発見するだろう。

パンの生地

本書の著者 Stuart Porter 先生は理学療法士で大学教員でもあり、学部学生への卒業研究指導の過程でこのテキストを著したという。全体の構成は、1. 最初の一步、2. 研究者はどう考えるのか: 研究におけるパラダイム、3. 文献レビューと学術的小論文(レポート)の書き方、4. どのようにデータベースを用いて論文を探すか、5. 研究における倫理、6. サンプリング、妥当性、信頼性、7. 研究成果の発表とプレゼンテーション、8. 質的研究、という8章から成っている。

本書の特徴として随所にわかりやすい比喩が用いられており、例えば第1章において、「研究プロジェクト」を進める過程は「パンの生地」をこねるのに似ていて、アイデアを固める前にはしっかりと考えを練って絞る必要がある、という。さらに、研究課題についての記述はなるほどと思えるもので、例えば研究テーマの選択・決定において、いくつかの失敗例が挙げられている。すなわち「自分ではできないテーマを選ぶ」「現実離れた研究内容を選ぶ」など、このような場合の解決法について触れられているのはかなりうれしい。極端な例として、「何を研究したらよいかわからない」学生への対処法も掲載されているが、紙数が

対症法も掲載されているが、紙数が尽きそうなので詳細は本文をぜひ参照されたい。学生にはもちろん教員にも第3章以降は基本的かつ不可欠な、研究を具体的に進めてゆく方法について述べられている。特にプレゼンテーションの章では、いくつもの「成功の秘訣」が惜しげなく提供されている。またこのような入門書ではあまり扱われない第8章「質的研究」もまさに入門編として適している。

ロンドン大学大学院留学中の武田裕子先生の軽妙洒落な訳出が、醸し出すユーモアを余すところなく伝えている本書は、学部学生、大学院学生だけでなくその指導教員にとっても、研究という峰々をゆくための必携のコンパスになるであろう。本書を読破したとき(それほど長くないが)、目の前にあったカベが、実は緩やかな丘に思えてくるに違いない。

は解像度、大きなゆがみなどの補正などにやはり限界がある。症例ごとに足りない部分は補い、また修正を要することも出てくる。その作業においては臨床医の知識・経験・臨床センスが問われるが、その意味で本書は心臓構造学の習得に大いに役に立つ名著であると確信している。自分自身、手元において日々のアブレーション診療の道しるべとしたい。

不整脈診療にかかわる医師のみならず、循環器疾患診療に携わるすべての医療関係者、臨床心臓解剖学を学ぶ医学生にも自信を持ってお勧めできる一冊である。

れたカテーテルアブレーションは、症例数が漸増して今や3万人を超える。特に、日本にも約70万人以上存在するといわれる心房細動に対する肺静脈隔離術の有効性が知られて以来、この数年間はその実施件数が年間30%以上伸びている。それに伴い、アブレーション手技に不可欠な心臓画像の技術革新は目覚ましい。いまでは数十秒で心腔内の3D像が得られ、また先に撮影しておいた心臓CT像上に心臓各部位の電位高、伝導様式などが可視化できる。非常に有用な診断支援装置が使える時代になった。しかし、マッピングにより得られる心臓構造情報

は解像度、大きなゆがみなどの補正などにやはり限界がある。症例ごとに足りない部分は補い、また修正を要することも出てくる。その作業においては臨床医の知識・経験・臨床センスが問われるが、その意味で本書は心臓構造学の習得に大いに役に立つ名著であると確信している。自分自身、手元において日々のアブレーション診療の道しるべとしたい。

不整脈診療にかかわる医師のみならず、循環器疾患診療に携わるすべての医療関係者、臨床心臓解剖学を学ぶ医学生にも自信を持ってお勧めできる一冊である。



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、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、往診靴に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いていく。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「手指消毒薬」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20話

鶴岡優子 つるかめ診療所



急に世間の脚光を浴びた時期が私にもありました。新型インフルエンザが流行したときです。公共施設の自動ドアの近くに門番のように並んだものです。私の主体はエタノールで速乾性があり、水もタオルも必要ありません。優れた消毒効果をウリにしており、プシュッとジェルや霧状の消毒液を手に出して擦り込んでいただきます。



手指消毒薬の兄弟たち
往診車に住むビクな兄の定位置は、前列シートの間、ハンドブレーキの後ろです。いつも往診靴にいる手の平サイズの弟が久しぶりに出てきて感動の再会。銀行のおまけだったウエットティッシュさんもほほは笑んでいます。

はい、病院では以前からよく使われていました。病棟で医師が診察や処置を終え廊下に出たらプシュッと、外来で次の患者さんと呼び入れている間にもプシュッと。医療従事者にとってはもう条件反射のようになっているし、その行動を見る患者さんも違和感を持ちません。見舞い客も病室に入るときにはプシュッと協力していました。

在宅業界ですか? ええ、自分ではかなり活躍しているつもりですよ。昔の映画やドラマに出てくる、医師が洗面器の液体に手を浸し、タオルで拭きながら、「今晚が峠ですな……」のあのシーン。絵になるし、風情はありますが、現実的には準備も後片づけも大変で、消毒効果も私のほうがありそうです。私は手軽さが自慢で往診靴にはもちろん常備されていますし、車の中にも大きめのボトルがあつてすぐにプシュッとできるようになっています。

在宅医によっては、患者さんのお家で洗面所を使わせてもらうことも多いようですね。褥瘡の処置をしたり、オムツ換えを手伝ったりしたときは、患者さんのご家族のほうから洗面所に案内してくれます。しかし、洗面所というのはかなりのプライベート空間で、貸すほうも借りるほうも緊張します。洗濯機が回っていることもあるし、家族の歯ブラシから整髪料、コンタクトの小物まで並んでいます。在宅医は生活感たっぷりの小道具はまったく目に入らないふりをして、さっさと石鹸と水道水で手を洗います。手を拭く際は、タオルは自宅のものは使わず、持参したタオルかハンカチを使うのが原則です。

実際に患者さんは、主治医が診察の直後にそそくさと手を洗いに行く姿をどう感じるのでしょうか。「汚いものを触ったから、慌てて手を洗いに行った」と思われまいように在宅医は気を付けなくてははいけません。その点では、手洗いより私をプシュッとやるほうがハンドクリーム感覚で気が楽です。感染予防的には診察の直後の手洗いや消毒が一番よいのですが、これがなかなか難しい。診察を終え、処方箋を作成しハンコを押して、往診靴を持って自分の車に戻り、ようやくプシュッと消毒、という医師も多いようです。

病院であれば、診察の合間に手を消毒する医師を見て、「自分の診察の前にも手をきれいにしてくれるんだ」と患者さんは安心されるかもしれません。しかし、在宅医療の場合は、医師が先に別の患者さんを診察してからウチに来た、次の患者さんも待っている、ということを想像しにくいのでしょうか。この手の消毒は、次の患者さんのためでも、医療者のためでもあるのだけど、あなたの身を守るためでもあるのです。と、わかっただけのように努力しながら、私は毎日プシュッと出され、擦り込まれています。

つるおか ゆうこ氏……1993年順大医学部卒。旭中央病院を経て、95年自治医大地域医療学に入局。96年藤沢町民病院、2001年米国ケース・ウェスタン・リザーブ大家庭医療学を経て、08年よりつるかめ診療所(栃木県下野市)で極めて小さな在宅医療を展開。エコとダイエットの両立をめざし訪問診療には自転車愛用。自治医大非常勤講師。日本内科学会認定総合内科専門医。

新シリーズ『精神科臨床エキスパート』刊行!!

本シリーズ編集

野村総一郎
防衛医科大学校精神科学・教授

中村 純
産業医科大学医学部精神医学・教授

青木省三
川崎医科大学精神科学・教授

朝田 隆
筑波大学臨床医学系精神医学・教授

水野雅文
東邦大学医学部精神神経医学・教授

多様化したうつ病をどう診るか

編集 野村総一郎

うつ病は本当に変わったのか?
混沌とした診療現場への処方箋!

●B5 頁192 2011年
定価6,090円
(本体5,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01423-6]

認知症診療の実践テクニック

患者・家族にどう向き合うか

編集 朝田 隆

「受診してよかった」と思ってもらえる認知症診療のコツを収載。

●B5 頁196 2011年
定価6,090円
(本体5,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01422-9]

5巻ラインナップ

多様化したうつ病をどう診るか (2011年10月発行)
定価 6,090円(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01423-6]

認知症診療の実践テクニック (2011年10月発行)
定価 6,090円(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01422-9]

抗精神病薬完全マスター (仮) (2012年2月発行予定)
定価 6,090円(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01487-8]

明日からできる
退院支援・地域移行実践ガイド (仮) (2012年5月発行予定)
定価 5,670円(本体5,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01497-7]

非専門医のための
児童・青年期患者の診方と対応 (仮) (2012年5月発行予定)
定価 6,090円(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01495-3]

5巻セットでのご購入申し込み受付中!
各巻の合計定価30,030円→セット定価 **27,300円**

内科臨床誌メディチーナ

medicina
Vol.48 No.11

2011年
増刊号

短い診療時間内で正しい知識をわかりやすく伝え、無用なトラブルを防止し、適切に疾患をマネジメントするために患者へ何をどう伝えるべきか。読んだその日から活用できるよう、内科診療でよく出会う疾患ごとの手引きをまとめた。



内科 疾患 インストラクション ガイド 何をどう説明するか

●特別定価 7,560円
(本体7,200円+税5%)

■患者にどう説明するか

効果的な説明 その技術とアート
理解のギャップを埋めるには
医師と患者とのずれの違いについて
医師の説明、その法的効果

■循環器疾患

期外収縮
頻拍(上室頻拍・心室頻拍)
心房粗動・心房細動
洞不全症候群
房室ブロック
安定狭心症
不安定狭心症
急性心筋梗塞
慢性心不全
感染性心内膜炎
心臓弁膜症
肥大型心筋症
拡張型心筋症
急性心膜炎
高血圧症
低血圧症
心臓神経症
大動脈解離
閉塞性動脈硬化症
肺高血圧症
深部静脈血栓症/肺塞栓症・肺梗塞
神経調節性失神
腹部大動脈瘤

■呼吸器疾患

細菌性肺炎(主に市中肺炎)
高齢者の市中肺炎
非定型肺炎
結核
気管支喘息
慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎・肺気腫)
気管支拡張症
過敏性肺炎
サルコイドーシス
過換気症候群
急性呼吸促迫(窮迫)症候群
睡眠呼吸障害
胸膜炎
膿胸(誤嚥性肺炎)
気胸
肺癌

■消化器疾患

口内炎
胃食道逆流症(GERD)
食道癌
急性胃炎・急性胃粘膜病変
慢性胃炎
H. pylori 陽性消化性潰瘍
NSAIDs 起因性消化性潰瘍
胃ポリープ・胃粘膜下腫瘍

胃癌
潰瘍性大腸炎
Crohn 病
慢性便秘症
感染性下痢症
偽膜性大腸炎・抗生物質関連腸炎
虚血性大腸炎
過敏性腸症候群
大腸憩室症
大腸ポリープ
大腸癌
痔核
急性肝炎
B型肝炎ウイルスキャリア
C型肝炎
脂肪肝
自己免疫性肝炎
肝硬変による腹水
肝性脳症
門脈圧亢進症
原発性胆汁性肝硬変
アルコール性肝障害
肝細胞癌
無症候性胆石症・胆嚢ポリープ
急性胆嚢炎
急性膵炎
慢性膵炎
膀胱癌

■腎・尿路疾患

急性糸球体腎炎
ネフローゼ症候群
IgA 腎症
糖尿病性腎症
腎盂腎炎・膀胱炎・尿道炎・副睾丸炎・前立腺炎
急性腎不全
慢性腎不全
腎嚢胞/多発性嚢胞腎
腎・尿管結石
排尿障害(下部尿路機能障害)
前立腺肥大症
前立腺癌
勃起障害

■神経・筋疾患

片頭痛・緊張型頭痛
一過性脳虚血発作
脳梗塞
脳内出血・くも膜下出血
認知症(脳血管性、Alzheimer 病)
末梢神経障害
Guillain-Barré 症候群
パーキンソン病
てんかん

■血液・造血器疾患

鉄欠乏性貧血
悪性貧血
再生不良性貧血

自己免疫性溶血性貧血
多血症
慢性骨髄性白血病
特発性血小板減少性紫斑病
骨髄異形成症候群
悪性リンパ腫

■代謝・栄養障害

1型糖尿病
2型糖尿病
糖尿病足壊疽
糖尿病性昏睡
脂質異常症
高尿酸血症と痛風
メタボリックシンドローム

■内分泌疾患

下垂体前葉機能低下症
副腎不全
甲状腺機能亢進症
慢性甲状腺炎(橋本病)
亜急性甲状腺炎・急性化膿性甲状腺炎
副甲状腺機能亢進症
月経異常症
更年期障害

■アレルギー疾患

アナフィラキシーショック
花粉症

■リウマチおよび関連疾患

関節リウマチ
リウマチ性多発筋痛症/側頭動脈炎
全身性エリテマトーデス
強皮症
多発性筋炎/皮膚筋炎
Sjögren 症候群
Behçet 病
(血清反応陰性)脊椎関節炎

年間購読 受付中!

内科臨床誌メディチーナ
medicina

「いかに診るか」をコンセプトに、臨床医の診療に不可欠な情報をプラクティカルにまとめた毎月の特集。幅広い内科診療に共通の知識・技術が満載の増刊号。知識のアップデートと技術のブラッシュアップに直結する内科医必読の総合月刊誌。

■2012年 年間購読料(増刊号を含む年13冊、税込、送料弊社負担)	
冊子版	37,190円
冊子+電子版/個人	42,190円
冊子+電子版/共有	47,800円
電子版/個人	37,190円
電子版/共有	42,800円

2012年1月号を含む年間購読でもれなく
"ティアニー先生のベスト・パール・カレンダー"を
プレゼント! 詳しくは医学書院WEBサイトで。
<http://www.igaku-shoin.co.jp/>

医学書院 電子ジャーナル 無料体験 キャンペーンの お知らせ

良質な情報を提供する医学書院発行雑誌を、オンラインで読んでみませんか?

医学書院では、このたび期間限定で電子ジャーナルを無料でお試しいただけるキャンペーンを企画しました。

参考文献へのリンクや論文検索機能といった、冊子とはまた違った便利な機能を備えた電子ジャーナルを、この機会にぜひお試しください!!

実施期間 2011年10月12日(水)~12月16日(金)

キャンペーン内容 上記期間中、ご希望の雑誌の2009年発行分までのバックナンバーをweb上でご覧いただけます。

申込方法 上記期間中に、医学書院web(<http://www.igaku-shoin.co.jp/>)内の特設ページにてお申し込みください。

動作環境 対応OS: Windows XP Service Pack2以降、Windows Vista、Windows 7、Mac OSX 10.4以降

推奨ブラウザ: Internet Explorer 6以降、Fire Fox 2以降、Safari 3以降

お問い合わせは下記まで

医学書院電子ジャーナル無料体験キャンペーン係
pr@igaku-shoin.co.jp



医学書院



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