

2010年7月12日

第2887号

週刊(毎週月曜日発行)
1950年4月14日第三種郵便物認可
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
E-mail: info@jcopy.or.jp

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

- [インタビュー]水野美邦氏に聞く
[寄稿]妊婦の栄養管理FAQ(生水真紀夫)
[連載]医師と製薬会社
[連載]続・アメリカ医療の光と影/第45回理化学療法学会大会
MEDICAL LIBRARY,他

研究で養った科学的視点が
やがて診療に生きる

interview 水野 美邦 氏に聞く 順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院院長

血管障害から先天性疾患, 変性疾患まで非常に幅広く, 診察法も多岐にわたる神経疾患。超高齢社会を迎え, アルツハイマー病, パーキンソン病など多様な老人性疾患も増加の一途をたどるなか, 神経疾患への知識を深める必要性はますます高まりつつある。本紙では, パーキンソン病治療・研究の第一人者であり, 先ごろ発行された『神経内科ハンドブック—鑑別診断と治療 第4版』(医学書院)の編者を務める水野美邦氏にインタビュー。神経内科診療の魅力と, 臨床能力のベースとなる研究の大切さについて伺った。

—まず, 先生が神経内科を専攻された経緯を教えてください。
水野 私が医学部を卒業したのは1965年のことで, その後1年間のインターン中に進路を決めることになっていました。そのころ既に, 消化器や循環器の専門家の先生は相当な数おられたのですが, 神経内科は内科から独立して5年程度の新しい学問で, まだ専門にする人も多くなかったのです。そうした新しい分野の開拓に魅力を感じた点があります。

もう一つの理由は, 理詰めで考えていける神経学的な診察手順の面白さに気付いたことです。患者さんの全身を診て, 病変の場所を推定した上で, 病歴と合わせ病名を絞り込んでいくというプロセスにとっても惹かれました。—米国留学も4年近くご経験されていますね。ご留学のきっかけは, どのようなことだったのですか。

水野 医学生・研修医のころ, New England Journal of Medicine 誌に掲載されていた症例検討会形式の記事をよく読んでいました。生検が陰性でも小脳出血と臨床診断し, 剖検で確認されたケースなどもあり, 読むたびに米国の臨床家の診断的確さに感銘を受け, 米国でトレーニングしてみたいと思っていました。

また, ちょうど私が医師として働き始めた当時, 大学紛争が激化しており,

入局して3年目ごろには, その影響で研修が続けられなくなってしまったのです。このままでは日本での神経内科医の道はあきらめねばならないかもしれないと感じ, ならば米国へ行ってみようと思い立ちました。

—米国でのレジデント生活は, いかがでしたか。

水野 私が留学したノースウェスタン大学は, シカゴのダウタウン北部のとてもよい環境にある私立医大です。神経内科の指導体制が充実しており, 非常に実り多い研修を受けられました。

研修制度がローテーション制だったのが特によかったですね。レジデントは初めの約1年間を病棟で過ごし, 2年目には神経病理・脳波・筋電図・小児神経などの領域を回り, 3年目にチーフレジデントを約半年間経験した後, 希望分野を選ぶことができました。

同僚のレジデントのレベルも高く, 教科書や文献をよく読みこんでおり, 鑑別診断を行う上でベースとなる知識が非常に豊富でした。そうした環境に刺激を受け, とにかく可能な限り何でも覚えようと, 私も一生懸命勉強しました。

—研修制度をはじめ, 当時の日本に先んじていた部分はやはり多かったのですか。

水野 そうですね。日本では, まだまだ考えられないことばかりでした。そ

うした米国留学で受けた鮮烈な印象を記録に残したいという思いが, 帰国後の『神経内科ハンドブック』発刊につながり, さらには新設医大だった自治医大で, ローテーション方式の研修を制度化することに結び付きました。

研究に専念する期間が必要

—なぜパーキンソン病をご専門にされたのですか?

水野 それも, 米国留学での経験からです。私が留学したころ, 米国ではちょうどL-dopaによる治療が始まっていました。現在のようなカルビドパやベンセラジドの含まれないL-dopa単剤での治療でしたが, 見違えるほど患者さんがよくなっていく。神経疾患でそこまで改善する例を見たのは初めてだったこともあり, 自らの手で患者さんを治したいという思いから, パーキンソン病を専門にしたいという気持ちがわいてきました。

—先生は, 臨床で患者さんの治療を続けられながら, 研究でも大きな成果を上げておられますね。両立にあたり, ご苦労はなかったですか。

水野 私の場合, 帰国後15年間勤務した自治医大で, 臨床家でありながら研究に割く時間もある程度とれたのが幸運でした。当時は1週間のうち4日間を外来, 回診, 若手の指導などに充て, 後の2日は研究に専念できました。

—バランスがとれていたということですね。臨床と研究がつながった, と感じられた出来事はありますか。

水野 研究当初はなかなか難しかったのですが, 順大に移ってから, そう感じた発見がありました。

当時, パーキンソン病の原因として



●水野美邦氏

1965年東大医学部卒。同大病院インターン, 内科研修を経て, 67年同大神経内科入局。69年ノースウェスタン大医学部神経学レジデント。73年自治医大神経内科講師, 81年助教授, 88年教授。89年順大神経学講座教授。2006年同大老人性疾患病態治療研究センター長/特任教授。07年より現職。74年に米国神経学会神経専門医資格を取得。96年日本医師会医学賞, 02年ベルツ賞, 05年上原賞受賞。07年には紫綬褒章受章。日本神経学会名誉会員。編著に『神経内科ハンドブック』のほか, 『パーキンソン病治療薬の選び方と使い方』(南江堂)など。

遺伝的素因とミトコンドリアの酸化ストレスの2つが話題になっていました。そこで, 臨床で診ていた患者さんたちから血液サンプルをいただき, ミトコンドリアの活性酸素解毒酵素であるmanganese superoxide dismutase (MnSOD)の遺伝子を調べることにしました。そのうち, 劣性遺伝の家族性パーキンソン病患者さんのサンプルから, MnSODの遺伝子に変異があると考えられる家系を見つけました。ここが臨床と研究の接点だったように思います。

結果的に, MnSODと同じ6番染色体の長腕上にあつた別の遺伝子の欠損が原因だとわかり, その遺伝子をParkinと名付けました。それが, 2番目に発見された家族性パーキンソン病の遺伝子, Park2です(Park1=αシヌクレイン)。その後続々と原因遺伝子が見つかり, 家族性に発症する方も10%近くいることがわかってきました

(2面につづく)

July 2010

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。

消化管の病理と生検診断

中村恭一, 齊藤 澄, 大倉康男
B5 頁464 定価15,750円 [ISBN978-4-260-00600-2]

乳癌診療ポケットガイド

編集 聖路加国際病院プレストセンター
B6変型 頁224 定価3,780円 [ISBN978-4-260-00942-3]

がん診療レジデントマニュアル (第5版)

編集 国立がん研究センター内科レジデント
B6変型 頁496 定価4,200円 [ISBN978-4-260-01018-4]

睡眠障害国際分類

診断とコードの手引 (第2版)
編集 American Academy of Sleep Medicine
訳 日本睡眠学会診断分類委員会
B5 頁296 定価6,300円 [ISBN978-4-260-00917-1]

睡眠時無呼吸症候群診療ハンドブック

編集 榊原博樹
B5 頁336 定価5,670円 [ISBN978-4-260-01025-2]

心臓突然死を予防するための不整脈ノンインベシブ検査

編集 田邊晃久
B5 頁312 定価7,875円 [ISBN978-4-260-01058-0]

肝臓診療マニュアル (第2版)

編集 日本肝臓学会
B5 頁160 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01071-9]

今日の整形外科治療指針 (第6版)

編集 国分正一, 岩谷 力, 落合直之, 佛淵孝夫
B5 頁944 定価18,900円 [ISBN978-4-260-00802-0]

地域医療は再生する

病院総合医の可能性とその教育・研修
編著 松村理司
A5 頁296 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01054-2]

臨床検査技師国家試験問題集 解答と解説 2011年版

編集 「検査と技術」編集委員会
B5 頁200 定価3,150円 [ISBN978-4-260-01133-4]

コンコダンス 患者の気持ちに寄り添うためのスキル21

安保寛明, 武藤教志
B5 頁224 定価2,730円 [ISBN978-4-260-01078-8]

老年看護学 Vol.14 No.2

編集 日本老年看護学会学会誌編集委員会
B5 頁96 定価2,625円 [ISBN978-4-260-01130-3]

〈JJNSスペシャル〉

高齢者救急 急変予防&対応ガイドマップ
岩田充永
AB判 頁144 定価2,310円 [ISBN978-4-260-01131-0]

学生のための精神看護学

編集 吉浜文洋
B5 頁336 定価3,570円 [ISBN978-4-260-00189-2]

訪問看護元気化計画

現場からの15の提案
宮崎和加子, 川越博美
B6 頁208 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01055-9]

ナースのためのセルフコーチング

編 伸子, 柳澤厚生
A5 頁120 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01084-9]

今日の診療プレミアム Vol. 20

DVD-ROM for Windows
価格76,650円 [ISBN978-4-260-01113-6]

今日の診療ベーシック Vol. 20

DVD-ROM for Windows
価格54,600円 [ISBN978-4-260-01115-0]

治療薬マニュアル2010準拠

CASIO電子辞書データカード版 Ex-word DATAPLUS2~5対応
監修 高久史磨, 矢崎義雄
編集 北原光夫, 上野文昭, 越前宏俊
価格8,925円 [ISBN978-4-260-01147-1]

言語聴覚研究

第7巻2号
編集 日本言語聴覚士協会
B5 頁64 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01141-9]

一部の商品を除き, 本体価格に税5%を加算した定価を表示しています。消費税率変更の場合, 税率の差額分変更になります。

## インタビュー 水野美邦氏に聞く

(1面よりつづく)

た。そこで私の教室で遺伝子検索のシステムを作り、全国からたくさんの血液サンプルをいただいて検索した結果、Park 6やPark 8、最近ではPark 9、Park 11と、たくさんの家族性の遺伝子異常が日本人にもあることが確認されています。そうした研究成果は再び臨床に還元され、患者さんの治療に役立っています。

——最近はどこからかという博士号よりも専門医志向が強く、研究は軽視されがちだという話も聞きますが、その点についてはどう思われますか。

**水野** 領域を問わず、研究が嫌いな人が増えているようですね(笑)。やはり臨床医学を志す人たちは、研究には身が入りにくい面があり、学会でも、基礎医学関連のプログラムはいまひとつ人気がありません。

しかし私は、臨床家も大学で働く以上は、臨床だけではなく科学的な視点に立った研究もするべきだと思っています。研究で培われた科学的な思考法は、患者さんを診るときに必ず役立ちます。勤や経験だけで診断を下すのではなく、あくまで科学的・論理的に鑑別診断を行い、治療を選択することが大切なのです。

今、神経内科の研修医は、2年ほどの臨床経験を経て大学院に入るのが一般的なようですが、それだと研究も臨床も中途半端になりがちです。私は、若手医師は専門医を取得して、臨床を

一段落させてから大学院に入るべきだと思っています。大学院では、3年は研究に没頭することが必要です。そして大学院卒業後は、後進を指導しつつ研究と臨床を行う、という段階を踏んでほしいですね。

——大学卒業後、専門医の取得までどのくらいの期間が必要なのでしょう。

**水野** 初期研修2年に加え後期研修の1年、計3年間の研修後に内科認定医を取得し、それから最低3年間、神経内科の研修を受けなければ専門医の受験資格が得られません。つまり、最速でも卒業して6年間はかかります。昔は、最低1年の内科研修後、神経内科の研修を3年間受ければ専門医試験が受けられました。

——内科認定医の資格が必要なぶん、研修が長くなるわけですね。

**水野** いわゆる二階建ての専門医制度です。日本のほかにも、英国や英国の影響を受けたアジアの一部では神経内科が内科学の一部という位置付けです。一方で英国以外の欧米諸国では、神経内科は内科から独立した診療科とされています。

私自身も初めに内科研修を2年間受けたので、内科の基礎知識を持つ大切さは理解していますが、神経内科学そのものには、内科学から独立して考えてよいのではないかと考えています。変性疾患や血管障害から、末梢の神経・筋疾患まで、神経疾患について知識と経験を深めようと思うと、一般内科のdutyまでこなすことは難しいです。

診察手順はまだ生きています。

また、例えば多系統萎縮症や進行性核上性麻痺のように、病状が進行しないと画像では異常がわからない疾患もありますので、病初期の時点で適切に対処するためにも、患者さんの身体をきちんと診て判断することはやはり大切です。

——神経内科的な診察方法は、魅力を感じる人も一方、苦手意識を持つ人もいると聞きます。

**水野** 確かに、ちょっと勉強は必要ですね。

まだ研修途上にある医師の場合は、精神状態の観察から始まって感覚障害に至るまで、それこそ頭のとっぺんからつま先まできちんと診察することを習慣にするとよいと思います。救急外来などでは、悠長に診察してられないこともあるかもしれませんが、そういうときでも後ほど病棟を訪れて、全身をくまなく診るくらいの心がけが大切です。

診察時の患者さんのポジションにもコツがあります。日本では、診察の際、患者さんをベッドに寝かせて診ることが多いように思いますが、米国では、椅子に座らせることが多いです。私も座位のほうがきちんと診られると考えていて、入院患者さんでも意識障害のある人以外は、ベッドに座ってもらって診察するようにしています。

——座位のほうが所見をとりやすいということですね。

**水野** もちろん寝ていないととれない所見もありますが、それ以外は座位で診察したほうが早く、スムーズだと思いますよ。

そしてもう一つ大切なのは、診察をしたら記録に残すこと。これは、最近はパソコン入力ですみますから、皆かなりきちんとカルテを書くようになっていきますね。

### 細分化する神経内科領域の道しるべとして

——神経内科領域の専門分化はかなり進んでいるのでしょうか。

**水野** 学会も細分化しており、特に大学から離れてしまうと、自分の専門分野の学会にしか行かなくなることが多いです。そこは問題だと思いますが、情報量がどんどん増えているだけに、

やむを得ない面もあります。

ですから『神経内科ハンドブック』が、細分化する神経学のエンサイクロペディア的な本になればよいと思っています。まれな症候・所見についても何かしら記載があり、研修医や大学院生、若い指導医などにとって、神経内科診療全般での手助けになるような心がけました。私自身もわからないことがあるとき、「どうだったかな?」とときどきひもといてみえています。

——読んでみると、神経内科の分野には多様な疾患があることを実感します。

**水野** そうですね。患者さんの数も多いですし、頭痛・めまいから手足のしびれまで症状は幅広いです。本当は神経内科を受診すべき患者さんが、他科を訪れている現状はかなりあると思います。そういう意味でも、神経疾患を診る機会のある、整形外科や精神科など他科の医師の方にも『神経内科ハンドブック』を参考にさせていただきたいと思っています。

——後進の先生方へのメッセージをいただけますか。

**水野** 今の若い人たちは、患者さんの話をよく聞きますし、言葉遣いや対応も丁寧な人が多くなってきていますね。皆、医師としての資質はきちんと持っていると思っています。

一つ大切なのは、患者さんに「身体のどこが原因で、この症状が出ているのか」ということを、しっかり説明することです。患者さんたちが一番心配していることをクリアにした上で、治療を考えていく。そういう接し方を、臨床現場の教育者が教えていく必要もあるでしょう。

そしてやはり、科学的な視点が養える研究も忘れずにいてほしいですね。専門医を取得した後はしばらくは研究に専念するということと、これは指導する側の先生方へのお願いですが、研究と臨床、どちらにも全力を注げるよう、時期を分け、十分な時間をとってほしいと思います。

神経内科は昔ながらの臨床的なアプローチが生きており、面白く、奥深い領域です。また、全身を診て病因を突き止めるという神経内科ならではの鑑別診断は、応用の域も幅広いと思います。皆さんにさらに興味を持っていただけたらうれしいですね。

——ありがとうございました。(了)

## 鑑別診断、その奥深さと魅力

——長年神経内科の領域で診療をしてこられて、難しかった診断のご経験などはありますか。

**水野** 例えば大脳皮質基底核変性症は、一見進行性核上性麻痺に見えることがあり、そのつもりで診ていたけれど、途中からどうもかみ合わなくなってきた気がした、という経験があります。大脳皮質基底核変性症の場合には、apraxia(失行症状)があるので、それを無動と取り違えないことが大切です。

また、ヒステリア(hysteria)で不随意運動を呈している患者さんが時々来院されますが、器質的な病変なのか、それとも心因性に起因しているのか、鑑別診断でいかに見分けるかも興味深い

ですね。心因性で起きている場合は、治療で改善したり、社会復帰できる可能性もあります。

——昔に比べると、画像診断も格段に進歩していますよね。他科ではよく、画像に頼りすぎる診察が問題視されていますが、神経内科領域でも、そうした懸念はあるのでしょうか。

**水野** 私の知る限りでは、神経内科医で最初から画像に頼るような人は少ないと思います。日本神経学会の指導方針でも神経学的診察から入ることを推奨していますし、CTやMRIのない時代から現在に至るまで、まず自分で診察して、診断を考えて、その上で検査所見を見るという神経内科ならではの

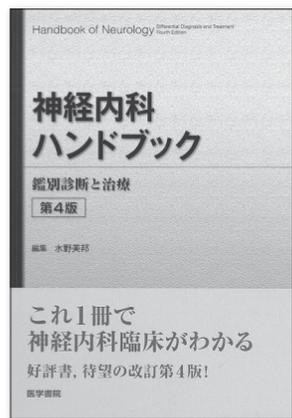
◎神経内科臨床のバイブルが、8年ぶりに改訂!

# 神経内科ハンドブック

## 鑑別診断と治療 第4版

編集=水野美邦

新刊!



「これ1冊で神経内科臨床がわかる」好評の書籍、8年ぶりの改訂。神経内科専門医をめざす研修医、若手臨床医必読の神経学的診察法や症候の診かたについては従来どおり懇切丁寧に解説。加えて、脳血管障害や変性疾患をはじめとした各種神経疾患の診断・治療や検査法について最新の知見を盛り込んだことで、前版の読みやすさ、理解しやすさはそのままに、情報量をボリュームアップした。

●A5 頁1312 2010年 定価14,175円 (本体13,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00874-7]

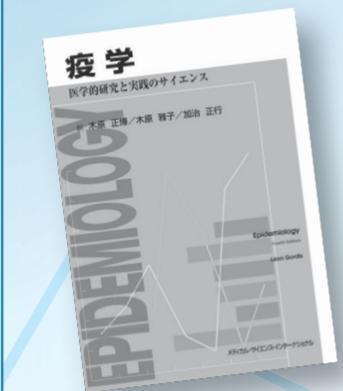
医学書院

# 疫学

医学的研究と実践のサイエンス  
Epidemiology, 4th Edition

新刊

世界的に高い評価を得ている入門テキスト、フルカラーで明快!



世界的に有名なジョンスホプキンス大学公衆衛生大学院で培われた定評ある教科書。疫学の原理や方法について、豊富な公衆衛生上・臨床医学上の事例を通して理解でき、基本から応用までしっかり学習できる。好評「医学的研究のデザイン」の訳者が姉妹書として見出し位置づけた日本語版は、訳語が吟味・精選され、しかもフルカラーで読みやすわかりやすい。医学生はもとより、広く医学・保健医療分野の従事者・研究者の必読テキスト。

訳 木原正博 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野教授  
木原雅子 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野准教授  
加治正行 静岡市保健所長

●定価 5,880円 (本体5,600円+税5%)  
●B5 頁400 図311 写真7 4色刷 2010年  
●ISBN978-4-89592-647-8

好評関連書

**医学的研究のデザイン**  
研究の質を高める疫学的アプローチ 第3版  
Designing Clinical Research, 3rd Edition  
訳 木原雅子・木原正博  
●定価4,935円 (本体4,700円+税5%)

**医学的研究のための多変量解析**  
一般回帰モデルからマルチレベル解析まで  
Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians  
監訳 木原雅子・木原正博  
●定価4,200円 (本体4,000円+税5%)

**国際誌にアクセプトされる医学論文**  
研究の質を高めるPOWERの原則  
Publishing Your Medical Research Paper: What They Don't Teach in Medical School  
訳 木原正博・木原雅子  
●定価4,725円 (本体4,500円+税5%)

# FAQ

**今回の回答者** **生水真紀夫**  
千葉大学大学院教授・生殖機能病態学

Profile / 1981年金沢大医学部卒。同大学院修了後、金沢大医療技術短期大学部講師を経て、テキサス大留学。帰国後、金沢大医学部講師、同周産母子センター助教授を経て、2005年より現職。アロマターゼ欠損症・過剰症の発見や遺伝子解析など生殖内分泌のほか、周産期・新生児医療にも取り組んでいる。

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

## 妊婦の栄養管理

妊婦の体重は、母子の健康状態を診るための大切な指標であり、妊婦健診では毎回必ず測定します。妊娠中の体重増加量は10-12kg、1週間に0.5kg以上の増加があれば異常という基準を覚えておられる方は多いと思います。今回は、臨床の現場での測定値をどのように判断したらよいのかを考えてみましょう。

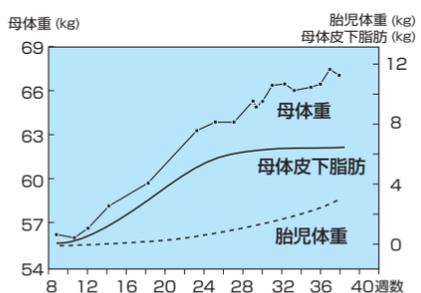
「妊娠中の体重増加」は地味な話題のようですが、新たな知見も加わってちょっとホットになった話題です。

**FAQ 1** 妊娠12週の妊婦さんから、妊娠中の体重について次のような質問を受けました。どのように答えたら良いでしょうか? 「私の体重はもう2kgも増えてしまいました。私は太りすぎでしょうか?」

●妊娠中の体重増加量は一定

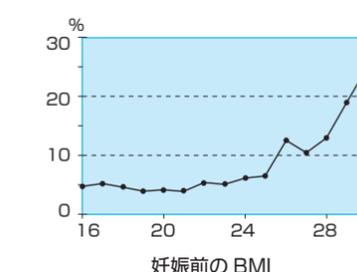
この質問に答えるために、まず妊娠中の体重増加パターンを確認しておきます(図1)。母体体重は妊娠初期に減少しますが、つわりが消失する妊娠4か月(12週)以降はほぼ直線的に増加します。標準的な増加量は、10か月(40週)では12kg、つまり1か月(4週)当たり1.2kgと覚えてください。1週当たり0.5kg超、1か月当たり2.0kg超の増加なら異常ということになります。

さて、母体の体重増加量は妊娠後期ほど大きくなると誤解していませんか? 実際には、妊娠後期にむしろ増加量がやや小さくなる(1.0kg/4週)傾向にあります。

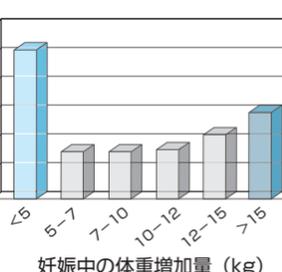


●図1 妊娠中の体重増加パターン

A 妊娠高血圧症候群発症率



B 妊娠高血圧症候群発症リスク



C メタボリック症候群と対比してみると

妊娠前の肥満	妊娠中の体重増加
内臓脂肪型 	皮下脂肪型 
高リスク	低リスク

●図2 妊娠高血圧症候群の発症リスク

一方、妊娠初期のつわりによって減少した後の回復はすみやかで、「一気に体重が増えた」と自覚する妊婦が多いようです。つわり症状は空腹時に強くなるため、妊婦は頻りに間食をとるようになります。この状態でつわりが軽減し嘔吐がなくなると、体重は一気に増加に転じるわけです。また、つわりがあっても程度が軽いときには、体重減少を示さずに最初から体重増加が始まる場合があります。「つわり=体重減少」だけではないのです。

Answer... 「妊娠初期にはこのくらいの体重増加がみられるのが普通です。心配はいりません」

妊娠中の平均体重増加量(1.2kg/4週)を使って、正常と判断します。2kgの増加が、つわりによる体重減少からの回復を意味しているのであれば、体重が増加に転じてからの速度で評価してください。

ちなみに、つわりの時期には偏食が起りやすく、糖質摂取が中心でビタミン類が不足しがちです。葉酸の欠乏は胎児の神経管異常、ビタミンB1欠乏はWernicke脳症を来すことが知られています。糖質摂取の増加が、ビタミンB1の需要を増大させるためにビタミンB1欠乏症が起りやすくなることも覚えておいてください。「これからは、カロリーだけでなくバランスのとれた食事を心がけてください」と一言、追加しておくとうよいと思います。

**FAQ 2** 先ほどの妊婦さんの質問の続きです。どのように答えますか? 「赤ちゃんの体重は50gほどと聞きました。2kgは私の脂肪ですか?」

●妊娠中の摂取エネルギーは脂肪に?

妊娠前半期(20週まで)には、胎児もまだ小さく、羊水や胎盤もそれほど重さになっていません。では、何が増えたのでしょうか?

そう、大部分が母体の皮下脂肪です。産後の授乳や妊娠中の万一の飢餓に備えて、妊娠初期にエネルギーの貯蔵がはじまると考えられています(図1)。妊娠後半期(21週以降)になると、胎児が大きく成長してエネルギー需要

が高まり、母体自身へのエネルギー貯蔵(皮下脂肪)にまわせなくなります。そこで、需要が高まる前の時期に、皮下脂肪としてエネルギーを蓄えておくのです。授乳期には、このエネルギーが消費されて体重が元に戻ります。

Answer... 「そのとおりです。授乳に備えて皮下脂肪にエネルギーを蓄えているのです。授乳をすることで体重は元に戻りやすくなります。赤ちゃんのためにもお母さんのためにも授乳がお勧めです」

**FAQ 3** 最後の質問です。何と答えますか? 「太るとお産が大変になると聞きました。体重を増やさないようにしようと思うのですが……」

●肥満も問題だが、やせも良くない

肥満は、妊娠高血圧症や巨大児などの異常を増加させることが知られています。そのため、従来は妊娠中に厳しいエネルギー制限を推奨する傾向にありました。しかし、最近では厳しいエネルギー制限に問題があることが明らかにされています。

第一は、妊娠高血圧症のリスクとなるのは妊娠中の体重増加量より妊娠前の体型(BMI)だという点です。妊娠前のBMIが28以上の場合は妊娠高血圧症のリスクを著しく上昇させますが(図2A)、5-15kgの体重増加はリスクを高めません(図2B)。妊娠前の肥満は問題だが、妊娠中の生理的体重増加は問題なしというわけです。

第二は、体重増加量が少ないことが与える母子への影響です。体重増加が極端に少ないと、妊娠高血圧症の発症リスクはむしろ高まる傾向にあります(図2B)。さらに、出生体重が少なくなり、低出生体重児の割合が増加します。

●内臓脂肪と皮下脂肪

ひところメタボリック症候群を、リンゴ(内臓脂肪型)と洋梨(皮下脂肪型)に例えて説明していました。内臓脂肪型がメタボリック症候群というわけです。妊娠中には皮下脂肪が増加して体重が増えるのですが、これは生理的で問題なし、一方で妊娠前の肥満は妊娠高血圧症の高リスクですから、メタボリック症候群の説明にそっくりですね(図2C)。真偽はともかく、理解しやすそうです。最近では、妊娠前の肥満手術が妊娠高血圧症発症のリスクを低減させることが報告されています<sup>1)</sup>。

●低出生体重児が増えている

低出生体重児に関して、最近話題になっている統計的観察を2つ紹介します。

●表 推奨体重増加量

非妊時体格(BMI)	リスク	推奨体重増加(全期間)
低体重[やせ] (<18.5)	低出生体重児(妊娠高血圧症)	9-12 kg
普通 (18.5 ≤ BMI < 25.0)		7-12 kg
肥満 (≥25.0)	巨大児(妊娠高血圧症)	個別対応

BMIが25.0をやや超える程度の場合は、おおよそ5kgを目安とする。厚生省「妊産婦のための食生活指針」(2006)より抜粋。

一つは、わが国ではこの20年あまりの間に、妊娠中の母体体重増加量と出生児体重がともに減り続けているという事実です。女性のやせ願望や食生活の悪化(欠食・偏食)が原因と考えられますが、行き過ぎたエネルギー制限も関与していたかもしれません。

もう一つは、低体重で生まれた児では、将来高血圧・糖尿病・冠動脈疾患・肥満など生活習慣病の発症リスクが高まるという報告です。胎児期に将来の生活習慣病の発症リスクが決定されるという説がBarkerにより提唱され、現在ではDevelopmental Origins of Health and Disease (DOHaD) 説として有名になりました<sup>2)</sup>。

●体重増加の目安

以上まとめると、妊娠前の肥満はハイリスク、妊娠中の体重は多すぎても少なすぎてもいけないということになります。そこで、まず妊娠前の体格で分け、それぞれに妊娠中の体重増加の推奨量が設定されています(表)。

体重増加の上限には少し余裕をもたせても良いこと、下限を下回るのとは良くないことは説明しました。これらを勘案すると、標準体型の妊婦なら大雑把に10-12kgを目安として良さそうです。

Answer... 「10-12kg程度の増加をめざしましょう。極端なカロリー制限は赤ちゃんにもお母さんにも害になることがあるので注意してください」

**もう一言** 妊娠中の体重増加量はほぼ一定ですが、摂取エネルギーも一定というわけではありません。「妊娠初期で+50kcal/日、中期で+250kcal/日、末期で+500kcal/日のエネルギーを妊娠前の摂取量(標準体型でおよそ2000kcal)に付加することが推奨されています。体重増加量が一定値なのに妊娠後期で摂取エネルギーが増加するのは、基礎代謝の増加により消費が高まっていることが原因の一つです。摂取エネルギー量を毎日計算するのは煩雑です。エネルギー摂取量はあくまで目安として、実際には体重増加量をみながら摂取エネルギーの増減を指導するのが良さそうです。

参考文献

- Bennett WL, et al. Impact of bariatric surgery on hypertensive disorders in pregnancy: retrospective analysis of insurance claims data. *BMJ*. 2010; 340: c1662. doi: 10.1136/bmj.c1662
- Gillman MW, et al. Meeting report on the 3rd International Congress on Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD). *Pediatr Res*. 2007; 61 (5 Pt 1): 625-9.

研修医、NSTスタッフ必携! 明日から役立つパール満載

## 栄養塾 症例で学ぶクリニカルパール

適切な栄養投与は全ての医療の基本である。しかし卒前の栄養学教育は乏しく、臨床で先輩の話を鵜呑みにするのも少々危うい。ならば正しい知識を「塾」で学ぼう。本書では、栄養管理のエキスパートが練習問題(症例)をもとに、Q&A方式で「目からウロコ」のクリニカルパールを伝授する。資格認定試験にも役立つ「栄養管理に必要な生化学の知識」も収録。栄養学が、ベッドサイドが、好きになる一冊!

編集 大村健二  
厚生連高岡病院外科診療部長

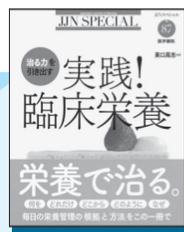


治るための栄養、生きるための栄養

## <JNSスペシャル> 「治る力」を引き出す 実践! 臨床栄養

「どの栄養素を?」「どれだけ?」「どこから?」「どのように?」はもちろん、栄養サポートの基本の「なぜ?」がこの1冊でわかる臨床栄養ガイドの決定版。アセスメントやモニタリングではとくに何をみたらいいの? 輸液・栄養剤投与を安全確実に実施するには? 合併症やトラブルの予防・対策は? などなど、NST活動のみならず、「毎日の栄養管理」にも役に立つ実践の書です。患者さんの「治る力」「生きる力」を引き出す仕組みをビジュアルに解説しました。

編集 東口高志  
藤田保健衛生大学外科・緩和医療学講座



# ともに考える 医師と製薬会社の適切な関係

医師と製薬会社がクリアな関係を築き、患者により大きな利益をもたらすためのヒントを、短期集中連載でお届けします。

第3回

## 『HOOKED』に見る、米国における医師と製薬会社の実態とは？

郷間 巖  
市立堺病院呼吸器内科部長



ごまいわお ● 1987年阪市大卒。天理よろづ相談所病院内科研修医、呼吸器内科スタッフ。2000年米国アラバマ大留学後、02年神戸通信病院。呼吸器中心に内科全般の診療とチーム医療充実に尽力するとともに、日本内科学会専門医部会、プロフェッショナルリズムワーキンググループなどで活動。09年より市立堺病院、10年4月から現職。ジェネラルな視点から多彩な疾患を含む呼吸器領域に対応できる医師を目標に、研修医教育にさらに力を入れるとともに、自らも研鑽に励む。

第3回では、Howard Brodyによって書かれた『HOOKED』という書籍の一部を紹介し、米国における医師と製薬会社の関係について考えてみます。

『HOOKED: Ethics, the Medical Profession, and the Pharmaceutical Industry』(Rowman & Littlefield Publishers, 2008)とは:

著者のDr. Brodyはテキサス大学医学分校の家庭医学教授であり、テキサス大にあるThe Institute for the Medical Humanitiesの所長を務める人物で、医療倫理と医師-患者関係をサブスペシャリティとしています。『HOOKED』は米国において、製薬会社と米国医療の関係の困難性と複雑性について書かれた、最も包括的でバランスの取れた著作と賞賛されました。ちなみに『HOOKED(病み付き)』という書名は、医療(者)と製薬会社が相互に依存状態にあることを表しています。

### 差額は医師に回っていた

TAP社は、同社の前立腺癌治療薬Lupronと同じ効果を持ちより安価なZoladexがHMO(註)に採用されそうになった際、Lupronが処方集から削除されないよう、採用担当医に賄賂的な資金提供を回ったとして告発されました。しかもLupronの価格が高かった理由は、メディケア負担分の請求額が本来の妥当な価格より高く設定されており、その差額が泌尿器科医への「教育費」名目での資金提供や、サンプル薬提供に当てられていたからでした。採用取り消しに加え、この仕組みが政府に発覚することを恐れ、TAP社はこっそり行動しようとしたのです。

この件で泌尿器科医4人が有罪、企業側は12人が起訴され、8億7500万ドルの罰金が科せられました。

### 発売を遅らせるためジェネリック医薬品企業を提訴

Abbott Laboratories社(以下A社)の抗高血圧薬、Hytrinは前立腺肥大にも有効で、年5億ドルの利益を上げていました。A社は1995年のHytrinの特許切れの際、6つの関連特許を申請してジェネリック薬の発売を妨害しましたが、2企業が発売を始めたため、特許権侵害で提訴しました。結局A社は2企業に補償金を支払うことになったものの、解決までの4年間、ジェネリック薬の発売は差し止められ、補償金よりも大きな利益を得たのです。

しかし、この件でA社は連邦取引委員会に反トラスト法違反で提訴され、患者からは支払わずに済んだはずの薬

剤費の返還訴訟を起こされました。

### 研究結果を無きものにして売り上げを守ろうとした

1997年4月16日発行のJAMAには異例のEditorial、その名も“Thyroid Storm(甲状腺の動乱)”が掲載されています[JAMA. 1997; 277(15): 1238-43.]。

甲状腺ホルモン薬Synthroidが他社薬より効果が高いと考え処方勧めていたDr. Dongらに、発売元のBoots社(以下B社)が比較試験を提案し研究契約を結びました。90年末までに終了した結果では予想に反し、他社の3剤に比し優位性はありませんでした。

B社の納得が得られない中、Dongは真実を発表すべくJAMA誌に論文を投稿し、95年1月25日号に掲載が決まりました。するとB社は、論文の発表で売り上げが減少した場合、訴訟で損害賠償を求めると脅してきました。当時、研究契約書に決まり文句のようにあった「会社の許可なしに論文を発表できない」という文言を利用したのです。やむなくDongは発行直前の1月13日に論文を取り下げました。

さらに同年6月、B社所属の医師が、自らが副編集長を務めるAmerican Journal of Therapeutics誌に、Dongのデータを使いつつも結論は正反対となる論文を執筆。もちろん論文にはDongの名はどこにもなく、同じデータを使ってDongが発表できないよう、手が打たれたのでした。この間5年以上にわたりB社は、Synthroidがリーディング・ドラッグであると医師たちに思わせ続けて多くの処方を得るとともに、当時進行中だった他企業との合併においても、有利な条件で買収されることに成功しました。

しかし、The Wall Street Journal紙に暴露記事が載りFDAの調査が入りそうになると、Boots/Knoll社(合併後の社名)は、一転して大学を通じDongの論文掲載を進めるよう交渉、ついに6ページものEditorialとともに掲載されたのです。Boots/Knoll社は甲状腺患者の集団訴訟を受け、結局1億ドル以上の和解金を支払うことになってしまいました。

### 個々の医師への「援助」も

個々の医師への資金提供によって起こったと思われる事件では、高額報酬を得るために適格条件を偽った患者

を臨床試験に参加させ、企業にとって都合の良いデータを得た事例や、血液や尿のサンプルをすり替えてしまった事例などが記載されています。お金に目がくらんだあげくこうしたことにかかわった医師は、監獄で暮らすことになってしまいました。

### “Culture of Entitlement” 仮説

米国でも、医師がMRからギフトをもらうことは、薬剤情報の受け取りと同様ごく一般的な行為になってしまっています。卒業したてにすぎないレジデントにもギフトが贈られることが習慣化され、レジデントも抵抗なくギフトを受け取ってきました。抵抗感がなくなるのは、医師になるまでの努力を賞賛し、ギフトを受け取る“資格がある(entitled)”と思わせる“環境”を作っているからではないかと指摘したのは、元NEJM誌編集長のJerome P. Kassirerでした。Brodyはこれを“Culture of Entitlement”仮説と名付け、検証すべき重要な課題ではないかと強調しています。

### 多様なお金の使われ方がある

『HOOKED』では、製薬会社の営業的活動として以下を挙げています。

- ・ 個々の医師へのギフト、情報、無料サンプル
- ・ 医師の生涯教育への支援
- ・ 医師の専門組織への援助
- ・ 「草の根」患者支援グループへの援助
- ・ 消費者への直接の宣伝
- ・ 医学雑誌への援助
- ・ 研究への援助、個々の研究者と「オピニオンリーダー」へのコンサルト料や講演料
- ・ 有利な法律や規制作りのための政府へのロビー活動

例えば、副作用を理由に企業が発売を中止したある薬剤が患者グループのロビー活動により限定的処方が可能になった事例では、企業からグループへの資金提供がなされていたことが後に判明しています。

### FDAも信用できない!?

米国のFDAは信頼のおける機関だ、という印象を私は持っていました。ところが実際には、FDA内部でさまざまな駆け引きが行われてきたことが述べられています。まず、製薬会社にとって重要なのは、FDAの元スタッフをどれだけ重役として雇っているかとい

うことです。そして、FDAと企業のかかりの中で起きた事例として、やせ薬Fen-Phenの処方と重大な心弁膜症の副作用、糖尿病治療薬Rezulinの肝障害問題をめぐる認可取り消しにおける内部対立などが挙げられています。驚くべきことに、FDA内部には製薬会社の影響が色濃く及んでいたのです。

### まとめ——企業の立ち位置と企業からみた医師とは

『HOOKED』を読み、私自身考えさせられることが多くありました。特許切れは、確かに企業にとって頭の痛い問題だと思われます。新薬開発にかかる多額の研究資金調達は製薬会社の課題であり、そのために特許保護を強めるべきか否か、議論も必要かもしれません。しかし、同書に引用されている、2002年、Fortune500(全米の総収入上位500社のランキング)に選ばれた製薬会社10社の総収入は2174億6700万ドル、うち利益は16.5%でした。そして総収入における研究費の割合はたった14.1%であるのに対し、営業には30.8%も投入されていました。研究よりも営業に莫大なお金が使われていることをどう考えるか。この点は各方面で議論が尽きないようです。

そして“Culture of Entitlement”仮説については、企業から研修医への働きかけが現状のままでよいのかどうか、検討する必要があると思われます。

製薬会社も医療者と同様、病気を治すことが第一の目的である点は変わらないはずですが、患者の利益より自社の利益を優先させた事例があり、その目的達成のために医師をどう扱ったか、知っておくことも必要だと思います。これはすなわち、製薬会社を医師がどうみているか、その視点の裏返しとも言えるかもしれません。

これらのことから、私は医師や患者が“企業の論理”を知ることがより重要であり、医師と企業の相互依存的な倫理問題は、双方が取り組むことによってのみ解決しうる、と考えています。

註) Health Maintenance Organization: 米国内で医療サービス側が形成したグループに一定の金額を支払って登録することで、そのグループ内に限り少ない自己負担で医療が受けられる仕組みのこと。

twitter

“医師と製薬会社の適切な関係”、あなたはどうか考えますか? ハッシュタグ #souhan で、ご意見をつぶやいてください!

[週刊医学界新聞 @igakukaishinbun]

力量のある病院総合医が地域医療を救う!

## 地域医療は再生する 病院総合医の可能性とその教育・研修

多くの勤務医が専門医である日本の病院では、常に「非互換性の無駄」が付きまとう。また国民に対して「断らない救急医療」を質高く恒常的に展開することも難しい。しかしながら間口が広いだけでは、一人前の総合医ではない。当然、興行が必要なのである。地域医療崩壊の危機を前に、期待されるべき病院総合医の可能性と彼らの育成について、大リーガー医でも知られる首羽病院ほかの実践を詳述。

編著 松村理司  
洛和会首羽病院院長



聖路加国際病院のプレストセンターが総力を上げて企画編集

## 乳癌診療ポケットガイド

近年、わが国における乳癌罹患率は増加の一途をたどり、女性の癌罹患数の第1位、死亡数では第3位となり、まさにわが国の女性にとって最も深刻な疾病のひとつといえる。本書は、聖路加国際病院のプレストセンターが総力をあげて、将来乳癌の専門医をめざす若手医師や、癌医療に携わる看護師、薬剤師に向けて、乳癌の臨床に役立つ知識・新しい知見をコンパクトにまとめたマニュアルである。

編集 聖路加国際病院プレストセンター  
責任編集 中村清吾  
昭和大学教授・乳癌外科  
聖路加国際病院乳癌外科非常勤講師  
編集協力 山内英子  
聖路加国際病院プレストセンター  
中野絵里子  
聖路加国際病院プレストセンター  
梶浦由香  
聖路加国際病院プレストセンター



# 続 アメリカ医療の 光と影

第178回

## 米医療保険制度改革⑥ 絶対絶命の窮地

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ：皆保険制実現はオバマ政権の最優先課題であったが、2009年末、上院と下院で大きく内容が異なる、二つの法案が可決された。

2009年末の時点で、オバマ政権・民主党執行部にとっての最大の課題は、異なる内容の上・下院二法案を、どのように調整して一本化するかにあった。

二法案の最大の相違点は、前回も述べたように、新たな公的保険を創出するか否か(public optionを含めるか否か)にあったが、それ以外にも、例えば無保険者救済のための財源をどこに求めるかについてもその内容は大きく異なっていた。高額所得者への増税で財源をまかなう原則は共通であったものの、下院案が連邦所得税の増税を求めたのに対し、上院案はメディケア税(註1)の増税に財源を頼った。

### 米国で「党議拘束」の強制力が弱い理由

上下両院で共通の法案を再可決しない限り、大統領が署名して法律として成立させることができないとあって、オバマと党首脳の手腕・指導力が注目されたのだが、両院の妥協を成立させることは実質的には民主党党内の妥協を成立させることを意味した。

「党議拘束」が大きな強制力を持つ日本と違って、米国では、個々の議員が「党議」に反する投票をすることが珍しくない。選挙の際に、議会での投票実績が、いわば任期中の「成績表」として選挙民から評価されるからである。例えば、保守的な選挙区から選出された議員にとって「public option」のようなプログレッシブ(先進的)な法案に賛成票を投じた途端に選挙に負ける可能性が高くなるため、おいそれとは賛成できないのである。

さらに、中絶反対派が多数を占める選挙区から選出されている議員にとっ

ては、中絶への公費支出を容認するような法案に賛成票を投じた場合、これも落選への早道となってしまう。党内反中絶派(プロライフ派)が「中絶への公費支出を厳禁する内容の条文」を医療制度改革案に加えることを求めて運動を展開する一方で、中絶容認派(プロチョイス派)は、中絶の実施を現状以上に難しくする改正案に猛反対した。

Public optionにしても中絶にしても、対立する二派のどちらか一方の機嫌を損ねてその票を大きく失った途端に、可決に必要な賛成票(下院では単純過半数、上院では6割の60票)が確保できなくなるとあって、ホワイトハウスも党執行部も、選挙区の事情等で利害を異にする議員たちを相手に、「綱渡り」の折衝を続けなければならなかったのである。

### ゆかりの地でまさかの敗北

年が変わった2010年1月、上下両院の妥協を成立させることに全力を挙げていたオバマと民主党首脳とを絶体絶命の窮地に陥れる政治的激震が走った。激震が走ったのは、民主党の牙城とされてきたマサチューセッツ州。故エドワード・ケネディ上院議員の後任を選ぶ特別選挙で、本命視されていた民主党候補が惨敗。生涯を皆保険制実現に捧げたケネディが1962年以来保持してきた議席を、こともあろうに、医療制度改革反対を公約に掲げた共和党新人に奪われたため、民主党は改正法案成立に必要な上院の「安定多数」(60議席)を失ってしまったのである。

民主党がまさかの敗北を喫した最大の原因は、不況の長期化と一向に減らない失業率に対する、国民の不満にあった。さらに、2008年の金融不安発生時に、巨額の税を投入して巨大金融資本を救済したことに対し、「一般国民は長引く不況で苦しんでいるのに、自分たちの納めた税金が大金持ちの救済に使われた」とする政府への

# 第45回日本理学療法学会大会開催

第45回日本理学療法学会大会が5月27-29日、西脇雅大会長(岐阜県総合医療センター)のもと、岐阜市の長良川国際会議場、他で開催された。本大会のテーマは「チャレンジ健康日本——高齢社会における担い手を目指して」。発表演題は1543題に上り、少子高齢化が急速に進む社会で、理学療法士がヘルスプロモーションの真の担い手となることを目指し、日々の研究成果の発表や活発な意見交換がなされた。



西脇雅大会長

### ◆理学療法士の「真の実力」が問われる時代に

開会式では日本理学療法士協会長の半田一登氏が昨年度の活動を振り返り、協会員から衆議院議員が選出されたこと、2008年度診療報酬改定において協会の要望事項がすべて認められたこと、理学療法士の新たな業務として「気管内吸引」が認められたことを挙げ、大きな飛躍の1年であったとした。一方で、「要望が通れば通るほど、社会からは真の実力が問われることになる」と強調。今年度はその最初の年であり、理学療法士1人ひとりが決意を持って実力を向上させていく必要があると呼びかけた。

### ◆新たなフィールドでの職域拡大を

続いて行われた大会長基調講演では西脇氏が、急速な高齢化と少子化が理学療法士界にもたらす影響を人口統計などから提示。その上で、これからの理学療法士は「障害」だけでなく、生活の基盤となる「健康」にも目を向けていかなければならないと述べた。さらには介護予防の必要性について触れ、行政や健康産業の場に理学療法士の進出が進んでいない現状を説明。医療機関以外の場でも理学療法士が活躍できる可能性を示した。また医療現場においても、急性期リハビリテーションをより早期かつ集中的に行うことで、回復期・維持期への円滑な移行が促進されることが示されているにもかかわらず、急性期病棟での理学療法士の人員不足が慢性化していることを課題として指摘した。

このように理学療法士の進出が立ち遅れている領域がある一方で、毎年多くの新人理学療法士が養成され、現場に配属されていることについても言及し、「個々人が理学療法士としての視点を持って新たなフィールドに参入していくことが、障害を持った対象者だけではなく、ヘルスプロモーションの真の担い手として職域を今後広げていく上で重要である」と述べ、講演を締めくくった。

怒りが一向に治まっていなかったことも民主党の敗北に大きく貢献した。不況が始まったのも、金融資本に対する救済処置が講じられたのもブッシュ前政権の下でのことであったのに、その怒りがすべて現政権に向けられたのである。

前々回、米国で皆保険制が実現してこなかった最大の原因は、マイノリティである無保険者を救済するために(増税などの)新たな負担を求められることを、保険を有するマジョリティの国民が嫌悪してきたからだと言ったが、金融資本を救済するために税金が「不当に」使われた直後とあって、皆保険制実現のために増税するというオバマ・民主党の改革案は、米国民の間に根強い「大きな政府」嫌いをことさら増強させたのである(註2)。

果たして、「医療制度改革に賛成すると選挙に落ちる」実例を、民主党の

牙城のマサチューセッツで、それも、よりによって「皆保険制実現」を生涯叫び続けたケネディの後任を選ぶ選挙で見せつけられたとあって、民主党議員が怖じ気づいたのも無理はなかった。上下院の妥協をめざす動きは一挙にしほみ、「医療制度改革法案は死んだ」と誰もが思ったのだった。

(この項つづく)

註1：米国は高齢者用の公的保険「メディケア」を連邦政府が運用しているが、その財源は公的医療保険に用途を限定した目的税FICA Tax (federal insurance contribution act tax) に拠っている。

註2：マサチューセッツ州上院議員補選における民主党の敗因については、拙稿「オバマを窮地に追い込んだ、レッドソックス・ファンの『怒り』」(<http://number.bunshun.jp/articles/1-13345>)も参照されたい。

日本クリニカルパス学会・医学書院 主催 第6回 クリニカルパス教育セミナー

# そこが知りたい! 地域連携パス 運用・活用のノウハウ

大阪 定員 400名

2010年7月31日(土) 13:30~17:15

千里ライフサイエンスセンター

豊中市新千里東町1-4-2 千里ライフサイエンスセンター5階

司会 副島秀久(済生会熊本病院) 岡本泰岳(トヨタ記念病院)

### プログラム

- 知っておこう、連携パスの基本概念 岡本泰岳(トヨタ記念病院)
- 熊本における地域完結型脳卒中診療と脳卒中地域連携パスについて 西 徹(済生会熊本病院)
- 医療安全に基づく地域連携パス 一特に薬業連携の必要性一 松久哲章(四国がんセンター)
- 地域連携パス使用時の実際~看護師の役割と事務局の役割~ 重田由美(北野病院)
- 胃大腸癌術後地域連携クリニカルパスの作成と運用の実際 長島 敦(済生会横浜東部病院)

参加費：5000円(資料代・消費税含む)

申し込み方法:学会ホームページ(<http://www.jscp.gr.jp>)からオンラインで受付致します。その他のお申し込み方法は、日本クリニカルパス学会事務局までお問い合わせ下さい。

お申し込みに関するお問い合わせ:

日本クリニカルパス学会事務局  
TEL 03-3470-9978 FAX 03-3470-9962  
E-mail: jsdp-admin@umin.ac.jp

内容に関するお問い合わせ:

株式会社医学書院PR部 電話 03-3817-5696

# 精神薬理学エッセンシャルズ

神経科学的基礎と応用 第3版

Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications

決定的な評価を勝ち得たDr. Stahlのテキスト、さらに充実の第3版!



監訳 仙波純一 さいたま市立病院精神科部長  
松浦雅人 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科  
生命機能情報解析学教授  
中山和彦 東京慈恵会医科大学精神医学講座主任教授  
宮田久嗣 東京慈恵会医科大学精神医学講座准教授

難解なため敬遠されがちな精神薬理学の基本原則を、著者Stahlのユニークな文章とオールカラーの図により、できるだけ平易にわかりやすく解説するベストセラーテキストの全面改訂版。旧版に比べ本文、図版ともに約2倍の分量となり、通常の改訂にとどまらない内容の刷新がはかられた。800点近い図版が視覚的な理解を促し、解説と合わせて、精神薬理のメカニズムを概念的に学べるように工夫されている。精神薬理学の定本として、臨床医、研修医の必読・必携書。

- 定価 14,700円 (本体 14,000円+税5%)
- B5 頁912 図798 2010年
- ISBN978-4-89592-640-9

## 好評 精神科治療薬処方ガイド

Essential Psychopharmacology: The Prescriber's Guide

訳 仙波純一 さいたま市立病院精神科部長 ● 定価 8,400円 (本体 8,000円+税5%)  
● B5変 頁624 2006年 ● ISBN4-89592-443-2

113-0033 113-0034 113-0035 TEL 03-5804-6051 TEL 03-5804-6051 TEL 03-5804-6055  
東京都文京区本郷 1-28-36 FAX 03-5804-6055 FAX 03-5804-6055 FAX 03-5804-6055  
MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル http://www.medsci.co.jp E-mail info@medsci.co.jp

# MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

## 上部消化管内視鏡スタンダードテキスト

多賀須 幸男, 櫻井 幸弘 ● 著

B5・頁344  
定価14,700円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00369-8

ある日、医学書院から厚手の書籍郵便が届いた。以前の執筆原稿が書籍として上梓されたのかと思ひ、何気なく封を開けて唖然とした。恐れ多くも内視鏡の世界ではいわゆる“雲上人”である、多賀須幸男、櫻井幸弘両先生の手による大作に書評をとの依頼であった。書評は、その道の第一人者が後進や同僚に宛てて大所高所から真剣勝負で書き記すものと相場は決まっている。なぜ私のような若輩者にその御鉢が回ってきたのか、しばし熟考した。後進の指導に人一倍熱心な先生方のこと、東大、国立がんセンターと多賀須先生の後を追った頼りない後輩に対する、これも一種の教育の一環、東大病院の光学医療診療部長就任祝いとしての粋なはなむけと理解し、謹んでお受けすることとした。よって駄文をご容赦いただきたい。教科書とはかくあるべき——客観的データに裏打ちされた著者の膨大な知識と経験の背後に内視鏡学を介した著者の思想をみる

本書のはじめに「資料提供協力者一覧」が掲載されている。そこには、「本書を作成するにあたり、旧日本電信電話公社関東通信病院から現NTT東日本関東病院における内視鏡データと画像を利用した。……(中略)……本来ならここにすべての先生方のお名前を記載すべきであるが、……(中略)……500件以上の検査をなされた先生方のお名前を掲げることとした」のくだりが付記されており、いきなり強い衝撃を受けた。なぜなら、本書は著者のみのものではなく、著者ととも日々診療、研究、教育に従事した、数多くの医療関係者(医師のみでない)の集大成であるという著者の強い意志がこの数行に簡潔に示されていたからだ。

さらにその衝撃は序文を読み進めると期待感に変わった。この教科書を読むことで私が長年探し求めてきた回答が得られるかもしれない。序文に示されている、多賀須先生と櫻井先生がめざしていた“同じ理想”とは何だったのであろうか。無性に知りたくなった。序論の記載が充実

類書の多くが、簡単な消化管の解剖・生理に引き続き、検査、治療の総論と臓器別各論という構成になっているが、本書の特徴はいわゆる序論と考えられる、パンエンドスコープの歴史

評者 藤城 光弘  
東大病院光学医療診療部部长/准教授

的背景や機器への理解を深める記載、内視鏡センターのあり方、内視鏡医療を取り巻く諸問題、特にリスクマネジメントに関する記載が充実している点にある。これは、1994年上梓の前書『パンエンドスコープ——上部消化管の検査・診断・治療』(医学書院)からの一貫した著者の方針のように思われる。著者が最良の内視鏡診療を行う上で、いかに心・技・体、もとい、機器・環境・医療関係者の三位一体を重要視しているかが伺える。昨今、ともすれば最新の診断・治療技術がもてはやされる風潮があるが、一歩立ち返って日常診療を見直すべきであらう。そのヒントがそこかしこに散りばめられている。

第5章の「形をよむ・色を作る」は圧巻である。いかに人の認知の仕組みがアナログ的であるかがよくわかる。ファイバースコープの時代から電子スコープの時代となり、モニターの色を自在に作ることができるようになった。内視鏡医は何を信じていいかわからない。いわゆる、診断における匠の技が、客観的データとしていまだにパターン認識化できないのは、人間の認知の仕組みが極めてアナログかつ複雑なものであるためかもしれない。内視鏡診断学は、そのアナログな認知という人間の脳の中にだけ存在する機能の上に成り立っていると言えるのかもしれない。著者は本章を“写真ごころ”という言葉で締めくくっている。“内視鏡医は良き写真芸術家たれ”，まさにそうありたいものである。

### 各所に著者の“虎の巻”が出没

本書を読み進めて、非常に快感を覚えた。すらすら読める。なぜか？ これだけの先生方の著書にもかかわらず、背伸びがない。ここまでは自分たちの経験、ここからは文献による、これは自分たちのデータだが、これは他施設のデータ等々、極めて明快に区別し、記載されている。

内視鏡学の教科書として必須の、選りすぐりの内視鏡写真や著者自身によるきめ細かなシエマが、惜しみもなくふんだんに掲載されていることも本書が読者に快感を与える一因であらう。1972—2006年の間に積み重ねられた163,648件に及ぶ内視鏡検査・治療のデータベースに基づく、筆者ら独自のEvidenceが満載である。また、引用記載部分、他施設データには必ず

## 解剖を实践に生かす 図解 泌尿器科手術

影山 幸雄 ● 著

A4・頁312  
定価12,600円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01021-4

評者 大家 基嗣  
慶大教授・泌尿器科学

手術は記録を通して客観性を持つのではないだろうか。その役割を果たすのが手術記事であり、そこには個々の症例でどのような手技がどのような時間軸で施行されたかが記録され、第三者が読んで手術の過程がわかるように記載されている。

さらに、手術を行う医師は、自分自身の手術の習熟のために、手術記事に記載するにはあまりに主観的な「手術ノート」を作り、先輩の医師に習ったこと、今後改善すべき点などを詳細に記載し、後生大事に持っていることが多いと評者は感じている。医師は、手術前にノートの記載とスケッチを眺めながらイメージを描き、手術に臨む。そして、手術の終了後は加筆を行い、ノートの「改訂」は繰り返されていく。この地道な過程こそが上達への定石であり、この記録を通して、先輩の医師は後輩に技量を伝授してきたのではないだろうか。

個々の症例では手術は1回きりである。なんとしてでも全力を尽くさなければならぬ。より良い手術を継続的に実践するためには、手術自体の客観性を担保しなければならない。そのためには、学会で勉強し、意見を交換するだけでなく、手術書あるいは文献をひもとき、常に自らの手技に批判的な視点を持つ必要がある。

おそらく著者はより良い手術を求め過程で、自らが集積してきた詳細な術中のスケッチを通して技術を磨いてきたのだと思う。著者は東京医科歯科大学の木原和徳教授とともにミニマム創手術の確立に多大なる貢献をしてき

### 泌尿器科医のあらゆるニーズに対応した好著

た。本書では膜の解剖を徹底的に理解し、これ以上の解析は無理であろう、あるいは手術にはそれ以上必要はないであろうというレベルまで考察して泌尿器科手術に応用している。この考察はミニマム創手術の確立に必要な過程であったのかもしれない。

学問の方向性の1つとして、錯綜する知識から共通の原理を発見するということがある。おそらく著者が泌尿器科手術をそういう学問としての立ち位置から解析し、たどり着いた原理が、「血管の分布は人によって異なるものの、膜構造のうちのどの層を走行しているかについては例外がない。血管そのものが今どこを剥離しているかを教えてくれる」ということであつたと思う。本書を通じて具体的な手術手技を学ぶだけでなく、この原理を知った読者が手術をどのように変容させていくかを著者は読者に問いかけている気がする。

本書の特徴の1つとして、手術の行程を示していくイラストに省略がなく、1つずつの行程を丁寧に記載してあることが挙げられよう。そのことが、若い医師でも、あるいは熟練した医師にも新たな発見を享受できる基盤となっている。手術を系統的に学びたい若い医師にとっても、手術に客観性を持たせたい上級医師においても学ぶことの多い書であると言える。本書はミニマム創手術を行っている泌尿器科医だけでなく、通常の切開手術あるいは腹腔鏡手術を行う医師においても参考になるエッセンスが詰め込まれている。泌尿器科医のあらゆるニーズに対応した好著と言えるのではなかろうか。

引用文献を当て、読者が原著をたどれるような配慮に余念がない。

パンエンドスコープの教科書として、「下咽頭・喉頭の病氣」を前書『パンエンドスコープ——上部消化管の検査・診断・治療』より取り上げていた著者の先見性にただただ敬服するのみであるが、本書ではさらに詳しく書き下ろしている点も画期的であろう。特に共感を覚えたのが、第7章—第9章の検査、治療の総論で出現する、「suggestions」という重要事項をまとめた、著者自らのワンポイントアドバイスである。同章部分は「suggestions」を拾い読みし、関心を持ったその関連項目に目を通すだけでも大変勉強になるであろう。

同じ理想をめざして働くうちに……

振り返って、両巨頭がめざした同じ理想とは何だったのであろうか。五反田の地に繰り広げられたPatient-orientedな医療の実践がExperience based Medicineとして積み重ねられ、その集

計が客観的データとしてEvidence based Medicineに発展し、それが次世代に脈々と引き継がれている。その現状をみれば自明であろう。それは、たった1人のカリスマ医師によってでは決して成し得るものではなく、同じ志を持った、他の医療職を含めたチームにおいてのみ成しえるものであることを本書はわれわれに語りかけてくれている。

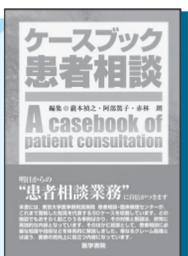
本書は一部の内視鏡専門医を対象にして書かれたものではない。初めて内視鏡を志す研修医から、すでに内視鏡室を任されている部長クラスの内視鏡指導医、もっと言えば、内視鏡医療を理解しようとするすべての医療職や一般初学者まで、包み込む包容力がある。職種、世代を問わず、あらゆる人たちを内視鏡を介して結び付ける思想を感じる。全国の内視鏡室、いや翻訳され、世界中の内視鏡室に必携の書と心から推薦申し上げたい。

明日からの患者相談業務に自信がつかます

## ケースブック患者相談

東京大学医学部附属病院患者相談・臨床倫理センターが、これまで蓄積した患者相談のケースを参考にしつつ、新たに構成しなおした50ケースを収録した。それぞれ、その対処方法について解説しているが、単なる対応マニュアル的なものとは異なり、相談やクレームは、医療の質向上につながる貴重な指摘であるということが伝わる内容となっている。

編集 瀧本 禎之  
東大病院患者相談・臨床倫理センター副センター長  
東大病院心療内科・特任講師  
阿部 篤子  
東大病院患者相談・臨床倫理センター副センター長  
赤林 朗  
東大病院教授・医療倫理学



整容性を徹底的に追求した本邦初、待望の手引書。

## 整容性からみた乳房温存治療ハンドブック

▶ 乳腺外科医・形成外科医を中心とした有志による検討会での議論を集約してつくられた国内初の成書。豊富なカラー写真とシエマを用いて“整容性を重視した”乳房温存手術の実践手順に即してわかりやすく解説。あわせて合併症など術後の諸問題も取り上げ、“発展応用手技”も紹介する。第一線の乳腺外科医、および乳房手術に積極的に関わる形成外科医のスキルアップに寄与する待望の一冊。

編集 矢形 寛  
聖路加国際病院乳腺外科 副医長  
芳賀 駿介  
日本医科大学乳腺科 教授  
中村 清吾  
昭和大学病院 プレストセンター長・教授

定価12,600円(本体12,000円+税5%)  
A4変 頁304 写真407 図87 4色刷  
2010年 ISBN 978-4-89592-641-6



# 栄養塾

## 症例で学ぶクリニカルパール

大村 健二 ● 編集

A5・頁280  
定価2,940円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01014-6

1980年代には完全静脈栄養法(以下TPN)が全盛であったが、90年代の終わりになると積極的な腸管利用が推奨されるようになった。TPNがあたかも悪い栄養法であるかのごとく評価されるという、米国栄養教育の内容が日本に入ってきた時代である。この結果、無理に経腸栄養を勧めたり、非現実的な経口摂取を叫んだりする状況が医療現場につくられてしまった。これは、医師の卒前教育が行われないままに臨床現場が普及した結果である。

2006年の診療報酬改定で「栄養管理実施加算」が導入され、

2010年からは「栄養サポートチーム(NST)加算」が始まった。これにより、栄養サポートチームの看護師や管理栄養士、薬剤師が、受け売りではなく、自ら栄養管理を立案する立場を得ることとなった。医師とコメディカルが栄養管理の方針を話し合うときには客観性のある判断が必要となるが、本書は多くの医療者らが疑問に感じていた部分に明快な解答を示してくれている。

2章「臨床栄養 基礎編」では、「TPNが栄養管理として最適である病態は多数ある」(57ページ)と言い切っており、「問題なのは、適応を考慮せず漫然と施行するTPNである」(同ページ)ことを明らかにすることにより、現状に警鐘を鳴らしている。また、高カロリー輸液製剤は汎用性が高いため、「そのまま投与すると、グルコース過剰かアミノ酸不足のいずれかになる」(61ページ)と指摘し、具体的な処方計画で対策を示している。周術期の患者が持つ退院への不安に対し、「退院して日常に戻ろうとすることが何よりのリハビリで、体力をつける早道であると説明」(96ページ)するアドバイスは、そのまま応用できる。

### NSTスタッフと“かみ合う”チーム医療リーダーとなるために



評者 鷺澤 尚宏

東邦大医療センター大森病院栄養サポートチーム  
チェアマン/専任准教授

3章「臨床栄養 応用編」では、多くの疾患を例に理論的な解説をしている。栄養学の知見を臨床現場で応用することが目的であり、「食べるための

PEG」(153ページ)、「栄養ケアなくしてリハなし、リハなくして栄養ケアなし」(159ページ)など、栄養療法を受ける生身の人間が主体となっている内容に感銘した。続く4章「栄養管理のピットフォール」では、特に過剰な栄養素を投与することへの注意を促すために「Refeeding 症候群」の項に9ページを割いている。Refeeding 症候群については、2章に含まれる「低栄養患者の栄養管理」の項でも言及しており、正しいアセスメントに基づく適正な栄養療法の重要性を強調している。

ここまで症例をもとにしたQ & A形式のレクチャーを読んだあとで1章「栄養管理に必要な生化学の知識」に戻ると、糖質・脂質・蛋白質の消化吸収と微量栄養素の生理活性について凝縮された解説を行っており、成書のどこを読み直せばよいか分かった。

編者の序文を読み返すと、読者対象を「研修医やNSTスタッフ」と定めており、未来のチーム医療リーダーである若手医師もターゲットであることが謳われている。編者と分担執筆した著者らは、1990年代に医師である私をこの分野に導いた先輩たちである。NSTのコメディカルと担当医師の議論がかみ合わない原因は、コメディカルの力量不足のみならず、私を含めたチーム医療のリーダーたる医師の知識不足が背景にあると指摘されているかのようだ。若手医師の育成、さらにはチーム医療の成熟をねらいとして本書は上梓されたのではないかと感じる。



## 在宅医療モノ語り 第4話

鶴岡優子 つるがめ診療所

## 語り手その後の家族を見守ります 通称天井の釘さん

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「通称天井の釘」さん。さあ、何と語っているのだろうか?

緊張しますね、インタビューだなんて。えっ、私のこと釘って言っていました? 違いますけど、別にいいですよ。私の正式な名前を知っている人は少ないですからね。私の名前は「洋灯吊」です。ね、知らないでしょ? 巷では、釘だの、ネジだの、「はてなマークみたいな奴」だのと、いろんなふうに呼ばれています。出身はホームセンターで、仲間と数個まとめて、100円ぐらいで売られていました。ステンレス製だとちょっと値段は高めかな? 私たちが設置される素材は主に木材で、錐で小さな穴を開けてもらったら後は自慢のネジでグリグリと押し入ります。

はい、点滴セットさんと一緒にお仕事させていただきました。私たちが設置される素材は主に木材ですが、天井さんとの話が出たときは、びっくりでした。だって相手は新築のお家ですよ。そのときの様子ですか?

少し緊迫したムードがありましたね。1年前からこの家のご主人が、癌という病気でちょこちょこ入院されていました。「もう長くは生きられない」という認識が、家族の間にあったのでしょうか。ちょうどそのころ家を建て直していましたが、大工さんに仕上がりを急いでもらったと聞きました。となり町の娘さん家族や東京へ出た息子さんがよく実家に帰ってきました。ご主人はみんなから「オトサン」と呼ばれていました。

そのうち、医師や看護師が来るようになりました。オトサンは口数が少なくなり、寝る時間が長くなりました。食事がとれず、オトサンは、おかゆを作ったり、プリンを買ってきたり、少しでも何か口にしてもらおうと必死でした。でもオトサンは次第に食べられなくなりました。オトサンは訪問に来た医師を玄関先で捕まえて言いました。「先生、やっぱり点滴してもらえませんか?」。主治医は死期が近づいている今、点滴をしても病状は好転しない、みたいなことを言っていました。入院中、オトサンは点滴が大嫌いだったそうです。「家は点滴がないから本当にいい。同じ痛み止めでも、こんなシールを3日ごとに張り替えるだけなら楽だよ」とよく言われていました。このシールっていうのは、経皮吸収型の医療用麻薬だったみたいです。

診察の直後、オトサンが切り出しました。「ねえオトサン、食事もとれないし、先生に点滴してもらいましょうよ」。オトサンはしばらく黙っていましたが、ゆっくりうなずきました。むくみや胸水、また気道分泌物にも悪影響が出ないように、1日500mL皮下輸液する、ということになりました。さて、どこからこの点滴ボトルをぶらさげるか、みんなで知恵を絞りました。状況は深刻だったのでしようが、久々の家族の賑わい、という感じでした。無口な息子さんが工具入れから私を連れ出しました。「天井にコレつけちゃえば?」の一言で決まりです。

点滴開始から1週間もたたず、オトサンは旅立たれました。しばらくして主治医が家にお焼香に来たとき、オトサンが私を見上げて言いました。「やれることはすべてやりました」。この釘は抜かないって。この釘含めてのオトサンの家だ。ここまで言われて、私も天井からこの家族を見守る決意をしたのです。主治医が帰りの車の中でつぶやいた言葉が「点滴の適応って、奥深いなあ」でした。あの点滴は、脱水補正のためでもない、薬の投与のためでもない、オトサンのための点滴だったのかもしれない。



通称「天井の釘」のお仕事  
通称天井の釘さんの活躍をイメージした写真。再現してみると、実際の天井はとて薄かった。500mLのボトルと点滴セットをぶら下げることは実は危険だったかも。

### ●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

E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp 「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)、または、☎(03)3817-5666/FAX(03)3815-2626 弊社通信小売店「(株)メッドブック」へ

### 人工心肺のすべてがわかる唯一無二の定本。

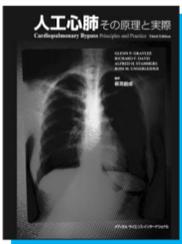
## 人工心肺 その原理と実際

Cardiopulmonary Bypass:  
Principles and Practice Hardbound Third Edition

▶標準的リファレンスとして世界的に定評のあるテキスト、最新版の邦訳。膨大な研究データをもとに、生理学など基礎医学的側面から人工心肺装置、臨床適応に至るまで、心肺バイパス(CPB)のあらゆる側面を包括的に捉え解説する。6部38章からなり、新生児・小児についても5章があげられている。心臓手術と体外循環に関わる麻酔科医・外科医をはじめ、臨床工学士などの知識のレベルアップとリニューアルに必須の一冊。

監訳  
新見能成  
板橋中央総合病院 院長

定価25,200円(本体24,000円+税5%)  
A4変 頁776 図247 2010年  
ISBN 978-4-89592-642-3



豊富な動画と画像で脊髄損傷リハビリテーションの基本が「見てすぐわかる」

## 動画で学ぶ脊髄損傷のリハビリテーション[DVD-ROM付]

117本もの豊富な動画により、脊髄損傷患者へのリハビリテーション実施に必要なすべての技術をDVD-ROMに収録。DVD-ROMには動画目次、画像目次、損傷高位別達成可能ADL一覧表、索引をはじめ、文中にもリンクを張り巡らせ、見たい・知りたい内容がすぐにわかる。医師や療法士をはじめとしたリハビリテーションスタッフに必要な情報を網羅した脊髄損傷リハビリテーションの決定版。

編集 田中宏太佳  
中部労災病院リハビリテーション科  
第2リハビリテーション科部長  
園田 茂  
藤田保健衛生大学七裏ナリナリ病院長



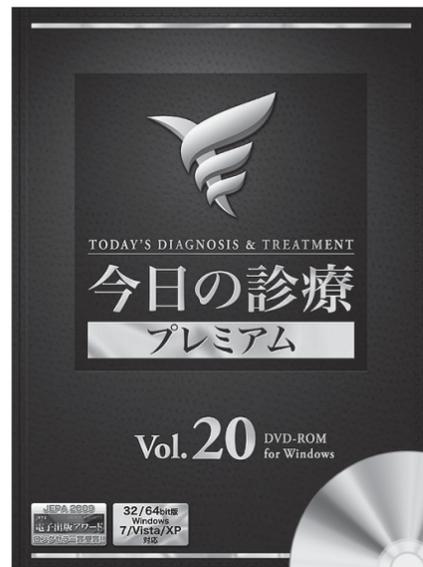
最新刊

好評書

◎国内最大級大容量リファレンス!

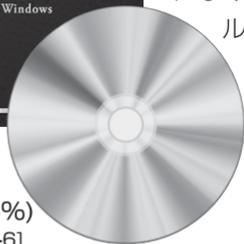
今日の診療 プレミアム Vol.20

DVD-ROM for Windows



医学書院のベストセラー13冊をDVD-ROMに収録。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、臨床現場で役立つ電子リファレンス。「今日の診断指針第6版」「今日の治療指針2010年版」「治療薬マニュアル2010」を更新したほか、新たに「臨床中毒学」を収録し最大の13冊に。また図版のサムネイル表示など、さらにすばやく情報をつかむことが可能に。「現場になくしてはならないリファレンスツール」として利用されて20年目、Vol.20はさらに進化。

●DVD-ROM版 価格76,650円 (本体73,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01113-6]



日々の診療をサポートして20年



今日の診療 ベーシック Vol.20 DVD-ROM for Windows

骨格をなす8冊(写真下に\*で表示)を収録

●DVD-ROM版 価格54,600円(本体52,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01115-0]

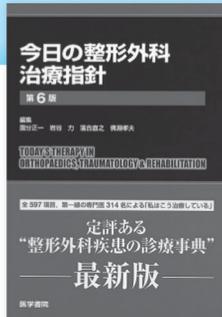
◎定評ある“整形外科疾患の診療事典”最新版

今日の整形外科治療指針 第6版

編集=国分正一・岩谷 力・落合直之・佛淵孝夫

第一線の専門医による最新の知見をまとめた、定評ある“整形外科臨床百科事典”の全面改訂第6版。治療だけでなく、診断のポイント、後療法のポイント、患者・家族への説明のポイントなど診断・治療・ケアについて総合的に記載。治療法も手術療法に加え、保存療法についても詳しく扱っている。全項目全面書き下ろしによる、整形外科臨床に携わるすべての医師必携の書。

●B5 頁944 2010年 定価18,900円 (本体18,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00802-0]



TODAY'S DIAGNOSIS 6th EDITION

今日の診断指針 第6版

総編集 金澤一郎・永井良三



「今日の治療指針」の姉妹編!! 本格的診断マニュアル 待望の改訂版

変貌を遂げる診断の現場で立ち止まることのない臨床医を万全にサポート

- 〔症候編〕解説症候 193項目と〔疾患編〕解説疾患 684項目を有機的に構成し、全領域の約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患をこの1冊に網羅
- 専門外の領域でも臨床医として知っておくべき内容も掲載
- “どうしても”“なかなか”診断がつかないときの「次の一手」が分かる
- 全身のエコー・CT・MRI診断から脳波、心電図、髄液所見まで、一般臨床医が理解しておきたい検査法を豊富な写真とともに項目として取り上げ解説
- 感染症疾患、精神疾患の項目を大幅に強化
- 最新のガイドライン、診断基準をひまえ、どう診断をつけるかを明示
- 本文全ページ2色刷りとなり、さらに見やすく、カラー図譜も多数掲載

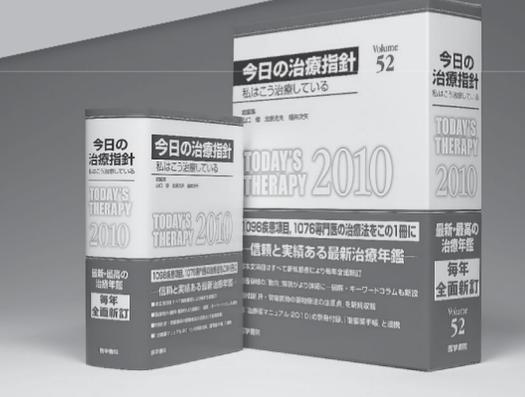
- デスク判(B5) 頁2144 2010年 定価26,250円(本体25,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00794-8]
- ポケット判(B6) 頁2144 2010年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00795-5]

信頼と実績ある最新・最高の治療年鑑

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2010

総編集 山口 徹 北原光夫 福井次矢

私はこう治療している



臨床医が日常遭遇する疾患とその治療法を、第一線の専門医が執筆

●医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2010」との連携:「治療薬マニュアル2010」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利 (「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記) ●各領域の「最近の動向」解説欄がより詳しく (「図解」「キーワード」コラムも新設)

- 1098疾患項目、1076専門医の治療法がこの1冊に
- 本文各項目はすべて新執筆により全面新訂
- 増加する新薬に対応、(R)処方例では薬剤を商品名で記載
- 付録「肝・腎障害時の薬物療法の注意点を新規掲載
- 付録は多種多彩な15種類を収録
- 各章冒頭に章目次を新設
- 研修医、看護職、薬剤師にも役立つ情報が満載

- デスク判(B5) 頁2016 2010年 定価19,950円 (本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00900-3]
- ポケット判(B6) 頁2016 2010年 定価15,750円 (本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00901-0]

圧倒的な情報量が支持されています! 治療薬情報を網羅した年鑑最新版

治療薬マニュアル 2010 MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS

監修 高久史磨 矢崎義雄 編集 北原光夫 上野文昭 越前宏俊



- 2010年版の特徴
- 膨大な薬の添付文書情報を分かりやすく整理
- 各領域の専門医による実践的な臨床解説、全医療従事者必携の薬剤データブック
- 2009年12月11日付新薬を含むほとんどすべての医療用医薬品を収録
- 「抗癌剤・抗菌薬・抗ウイルス薬 欧文略語」を新規掲載
- 「治療の基本戦略&最新の動向」をさらに充実、治療薬の「選び方・使い方」を各章に掲載
- 「適用外使用」の拡充、掲載疾患数を一挙倍増
- 好評の別冊付録「重要薬手帳」には新たに「処方例」を掲載、121成分の重要薬情報に89疾患の重要処方に加え、内容がさらに充実

毎年全面改訂

●B6 頁2468 2010年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00930-0]



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