

2018年9月3日

第3287号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [インタビュー]腎疾患対策は次のステージへ(柏原直樹) / 日本腎臓病協会設立記念式典開催..... 1-2面
[寄稿]日本と異なる研究発表の場が知的刺激に(高橋徳幸)..... 3面
[連載]高齢者の「風邪」の診かた..... 4面
MEDICAL LIBRARY / [連載]栄養疫学者の視点から(終)..... 5-7面

腎疾患対策は次のステージへ
疾患克服に向け、今すぐ何をすべきか

interview 柏原直樹氏(川崎医科大学副学長/腎臓・高血圧内科学教授)に聞く

厚労省「腎疾患対策検討会」(以下、検討会)の報告書が2018年7月に公表された。検討会による報告は2008年以来、10年ぶり2回目となる。今回の報告では、過去10年間の対策の成果を踏まえ、次の10年間にとるべき対策の方向が示された。全体目標として、慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease; CKD)の早期発見・診断、良質で適切な治療の早期実施・継続、重症化予防の徹底、QOLの維持向上が掲げられ、取り組むべき対策の5本柱が提言されている。
高齢化で今後もCKD患者の増加が予想される中、対策はどう進むのか。検討会座長の柏原直樹氏に、報告書の要点と腎疾患克服への決意を聞いた。



●かしはら・なおき氏

1982年岡山大学医学部卒。岡山大病院、呉共済病院にて臨床研修。88~90年米ノースウエスタン大に研究留学。帰国後、岡山大学講師、助教授を経て、98年より川崎医大教授。2004年より臨床教育研修センター長、07年英オックスフォード大visiting fellow、09年副学長併任。日本腎臓学会理事長、日本腎臓病協会理事長、厚労省腎疾患対策検討会座長。「60歳を超えても日本全国を旅し、日本地図を作り上げた伊能忠敬のような気持ちで、腎疾患の克服に奔走したい」と語る。

——今年は、前回の検討会報告¹⁾から10年の節目です。

柏原 2008年当時は、米国で2000年代初頭に提唱されたCKDの疾患概念が国内でも注目され始めた頃でした。腎機能異常の重症化防止、新規透析導入患者数の減少、CKDに伴う循環器系疾患の発症抑制を目標に掲げ、CKDの普及啓発や医療提供体制の整備が進められてきました。この10年間の取り組みで、CKDの概念は医療の分野にある程度浸透しました。これからは腎疾患の克服に向け、とるべき対策は次のステージに入ったと言えるでしょう。

今回の報告書²⁾では、この10年間の腎疾患をめぐる変化や対策の成果を取りまとめ、次の10年間に行う対策の方向を提言しています。
——この10年間の具体的な成果を教えてください。

柏原 目標であった新規透析導入患者数の減少には至りませんでした。ここ10年間は横ばいで推移しています。年齢で補正すると、75歳未満の年齢層においては、新規透析導入率は2008年に比べ減少傾向にあり³⁾、一定の成果がありました。加齢とともに腎機能は低下しますので、高齢化の進展がこの成果を見えにくくしていると言えます。

誰もが世界最高レベルの腎臓医療を享受できる国に

柏原 地域によっては、新規透析導入患者数の減少を達成したところもあります。例えば熊本市は以前、透析導入患者数が全国的に見て特に多い地域でした。2009年からは市を挙げて、市民向けの啓発イベントや健診受診勧奨に取り組み、CKDの認知度向上や新

規透析導入患者数の減少(2009年:295人→2016年:243人)などの成果を挙げています。今回の報告書をきっかけに各地の「点」としての活動をつなぎ、「面」にしたいと考えています。
——好事例に学び、全国に展開するにはどのような視点が必要でしょうか。
柏原 全国一様に進めるのではなく、地域の実情に合わせた対策をとらねばなりません。東京のような大都市には腎臓専門医が多くいる一方、地方中小都市や農村では、患者の通える範囲に腎臓専門医がいない場合もあるからです。今後は、大都市型、地方都市型、農村型などのパターンで対策のひな形を作り、各地域の対策を支援します。
——このたびの報告書には、CKDの早期発見・診断、良質で適切な治療の早期実施・継続、重症化予防の徹底、QOLの維持向上が全体目標として掲げられています(表1)。これに込めた意図を教えてください。

柏原 かつて、腎疾患の完治は難しいというイメージがありました。しかし近年、治療法は飛躍的に進歩しており、早期発見や早期治療の重要性がさらに増しています。

また、たとえ完治できなくても、うまくコントロールしながら、充実した日々を過ごし、各人の人生の目標を達成できるのであれば、ある意味での疾患克服と言えるでしょう。透析、腎移植患者もCKDに含まれ、透析導入・移植後の患者さんのQOL向上にも注力することを掲げたのも特徴です。

検討会では、こうした広い意味での疾患克服に向け、今すぐ何をすべきかを主眼に議論を重ねました。そして、まずは今後10年間で、国民の誰もが良質な腎臓医療を享受できる体制を作り上げることが必要と考え、提言しています。

5本柱の対策で新規透析導入患者数の減少を

——達成すべき成果目標(Key Perfor-

mance Indicator; KPI)として、10年後の2028年までに年間新規透析導入患者数を3万5000人以下へと減少させる具体的な数値が設定されました。2016年の年間新規透析導入患者数は約3万9000人ですから、1割以上減はかなり高い目標ではないでしょうか。

柏原 今後も高齢化が進んでいく中で確かに手ごわい目標ですが、疫学者の意見も聞きながら、ベストを尽くせば達成可能な数として設定しました。

具体的には①普及啓発、②地域における医療提供体制の整備、③診療水準の向上、④人材育成、⑤研究開発の推進の5本柱で対策を進めます。報告書では5本柱に沿って課題を抽出し、実施すべき取り組みを提言しました。今後は国や関連学会等が各取り組みの評価指標を用いて進捗状況を管理し、目標達成をめざします。

——①普及啓発の新たな取り組みは何

(2面につづく)

●表1 腎疾患対策検討会報告書の掲げる目標と対策の5本柱(文献2より抜粋)

対策の全体目標

自覚症状に乏しい慢性腎臓病(CKD)を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、CKD重症化予防を徹底するとともに、CKD患者(透析患者及び腎移植患者を含む)のQOLの維持向上を図る。

達成すべき成果目標(KPI)

- ・地方公共団体は、他の行政機関、企業、学校、家庭等の多くの関係者からの参画を得て、腎疾患の原因となる生活習慣病対策や、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用等も含め、地域の実情に応じて、本報告書に基づく腎疾患対策に取り組む。
・かかりつけ医、メディカルスタッフ、腎臓専門医療機関等が連携して、CKD患者が早期に適切な診療を受けられるよう、地域におけるCKD診療体制を充実させる。
・2028年までに、年間新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させる。(2016年の年間新規透析導入患者数は約39,000人)

対策の5本柱

- ①普及啓発、②地域における医療提供体制の整備、③診療水準の向上、④人材育成、⑤研究開発の推進

●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・PR部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ(http://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

September 2018 新刊のご案内
医学書院
ソリンジャー外科手術アトラス(第2版)
診断力が高まる解剖×画像所見×身体診察マスターブック
看護現場を変える0~8段階のプロセス コッターの企業変革の看護への応用
言語聴覚研究 第15巻 第3号
グループワーク その達人への道
日本腎不全看護学会誌 第20巻 第2号

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

●表2 かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準 (文献4より抜粋)

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+)
		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR 区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値 ≥90	血尿+なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下 60~89	血尿+なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度~中等度低下 45~59	40歳未満は紹介、40歳以上は生活指導・診療継続	紹介
	G3b	中等度~高度低下 30~44	紹介	紹介
	G4	高度低下 15~29	紹介	紹介
	G5	末期腎不全 <15	紹介	紹介

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

(1面よりつづく)

がありますか。

柏原 これまでは各地の活動に任せる部分が大きかったのですが、全国に共通のメッセージを発信するために、パンフレットやポスターなどの統一した資料を国や関連学会で作る予定です。地域ごとに腎疾患対策の中心となる担当者を決め、各地の特性に合わせた活動も展開します。

——どのような人が担当者になるのですか。

柏原 基本的には腎臓専門医が担います。全国を12ブロック(支部)に分けて担当者を置き、さらに都道府県にも担当者を定めます。各地の自治体や医師会などと連携して普及啓発活動を推進し、実施状況の把握や効果の評価を行う司令塔を全国に配置するイメージです。

——2地域における医療提供体制の整備については、かかりつけ医と専門医の連携がポイントでしょうか。

柏原 はい。腎臓は「沈黙の臓器」と呼ばれ、自覚症状が出たときには疾患が相当進行しているケースも多いです。したがって、かかりつけ医が検査値の異常にいかにか早く気付けるかが重要です。

また、CKDの多くには生活習慣病が関連しています。まずは血圧や血糖、体重の管理や減塩指導などの一般的な内科診療が中心ですから、紹介・逆紹介や2人主治医制など、かかりつけ医と専門医が連携して診療する体制が必要です。こうした体制整備についても普及啓発と同様、各地の状況をよく理解している担当者を中心に進めます。——腎疾患について非専門医が心得ておくべきことは何でしょうか。

柏原 CKDは検尿異常などの腎障害を示唆する所見とGFR(日常診療で

は、血清クレアチニン値と年齢から推算されるeGFRを使用)から診断されます。自覚症状の有無は関係ないことを、ぜひ覚えておいてください。日本腎臓学会のウェブサイトでは「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」(表2)を公開しています。これを参考に、生活習慣の改善指導や専門医への紹介などの適切な対処をお願いします。

——3診療水準の向上にはどんな取り組みを予定していますか。

柏原 腎疾患のさまざまな診療ガイドラインがすでに作成されており、多忙なかかりつけ医に混乱を招くとの危惧があります。今後は関連学会が協力して、学会横断的なガイドラインを作成したいと考えています。さらに、患者、メディカルスタッフ、かかりつけ医向けのガイドやパンフレットも作成し、標準治療への理解を広げていきます。

——4人材育成に関連して、腎臓病療養指導士制度が2018年4月に始まりましたね(本紙3265号に関連記事)。

柏原 これは看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師が対象の資格で、保存期CKD患者に対する療養指導を担います。CKDの重症化予防には食事などの生活習慣改善が鍵となりますから、療養指導士には患者の行動変容を促す、根気強く継続したかわりを期待しています。

——5研究開発の推進についてはどのような取り組みが進んでいますか。

柏原 腎疾患の研究開発(薬剤、診断法等)にかかわるアカデミア、行政、公的機関、企業のプラットフォームとして「Kidney Research Initiative-Japan(KRI-J)」を構築しました。全ての関係者が課題を共有し、同一の目標に向かうことで、研究開発の加速をめざします。

——報告書には今後推進すべき研究開

日本腎臓病協会設立記念式典開催 医療、行政、市民の連携の核に

高齢化や生活習慣の変化で増加が続く腎疾患の克服をめざすNPO法人「日本腎臓病協会」の設立記念式典が、7月16日に東医歯大(東京都文京区)で開催された。

日本腎臓病協会は、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本小児腎臓病学会を中心に、日本腎臓財団、日本医師会の協力を得て2018年2月に発足。①慢性腎臓病(CKD)の普及啓発・診療連携体制の構築、②腎臓病療養指導士制度の運営、③治療・診断法の開発を産官学で加速させるための連携基盤「Kidney Research Initiative-Japan(KRI-J)」の構築、④患者会・関連団体との連携の4つの事業を展開する。式典で同協会の理事長の柏原直樹氏(川崎医大)は、「「かけがえのない日々を大切に生きるために」というキャッチフレーズのもと、医療、行政、市民の連携の核として腎疾患克服をめざしたい」とビジョンを語った。

同協会幹事の要伸也氏(杏林大)と理事の内田明子氏(聖隷横浜病院)は、腎臓病療養指導士制度の趣旨を説明。同制度は、保存期CKD患者に対する療養指導の基本的な知識・技能を持つ看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師を認定するもの。2018年4月1日付で第1回認定者734人(看護師・保健師:59%、管理栄養士:21%、薬剤師:20%)が誕生している。要氏は、「各職種の強みを生かしながら、医療施設および地域における療養指導の担い手として活躍してほしい」と期待を寄せた。

式典ではこの他、加藤勝信厚労大臣ら来賓によるあいさつ、松尾清一氏(名大)、南学正臣氏(東大)による基調講演が行われた。



●柏原直樹理事長



●式典には医療者、患者会、関連団体など約350人が集まった。

なることを願っています。——腎疾患克服への柏原先生の強い決意を感じます。

柏原 10年後、20年後の国民が腎疾患で困らずにすむ社会を作るために、今すぐできることはたくさんあると私は考えています。国や学会は今後、診療体制の整備や研究開発を強力に進めていきますが、私たち医療者一人ひとりにもできることがあるのではないのでしょうか。

病は不条理です。とりわけCKDのような慢性疾患を抱える患者さんは、私たちの想像を超える不安を抱えています。しかし、病気が否かにかかわらず、われわれは等しく同胞であり、誰もがかけがえのない日々を懸命に生きているのです。「病気と闘う患者さんを一人にしない」という決意で診療に臨む。この共通認識のもとで関係者の力を結集し、腎疾患の克服に向かって進んでいきましょう。(了)

●参考文献・URL

- 1) 厚労省. 腎疾患対策検討会. 今後の腎疾患対策のあり方について. 2008. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingij/2r9852000000zsyd-att/2r9852000000zszy.pdf>
- 2) 厚労省. 腎疾患対策検討会. 腎疾患対策検討会報告書——腎疾患対策の更なる推進を目指して. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000332759.pdf>
- 3) 若杉三奈子, 他. 慢性腎臓病(CKD)対策の評価——年齢調整透析導入率は低下したが、透析導入患者数減少は未達成. 日腎会誌. 2018; 60(1): 41-9.
- 4) 日本腎臓学会. かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準. 2018. <https://www.jkn.or.jp/data/180227-001.pdf>

発の方向としてデータベース活用や再生医療研究なども挙げられています。

柏原 日本腎臓学会ですでに、「J-CKD データベース」を構築しています。これは、電子カルテに記載された検査値に基づき、CKDに該当する10万人以上のデータを抽出したものです。このビッグデータを、重症化しやすい患者の特徴分析などに活用していきます。

再生医療は究極の腎臓病治療として注目しています。すでにネコの腎不全治療では実施例もあり、今後はヒトへの応用も期待されます。

「すそ野」と「高さ」のある 美しい山を作りたい

——このたび、柏原先生が理事長を務める日本腎臓病協会が設立されました(2面に関連記事)。協会はどう役割を担うのですか。

柏原 日本腎臓病協会は、CKDの普及啓発などに取り組んでいた日本慢性腎臓病対策協議会を発展させたもので、4つの事業に取り組みます。今回の報告書で提言した対策の実行部隊の一つに位置付けられます。

日本腎臓病協会の重要な役割は、腎疾患対策の「すそ野」を日本全国に広げることと考えています。日本腎臓学会などの学会は、これまで学術的な「高み」を追究してきました。しかし、すそ野が広がらなければ大きな山はできません。

——日本腎臓病協会と関連学会などが連携して、腎疾患対策の「山」を作り上げるのですか。

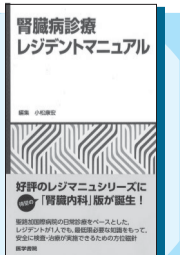
柏原 はい。私の住む中国地方の最高峰、大山のように、美しく雄大な山に

大好評のレジデントマニュアルシリーズに待望の「腎臓内科」版が新登場!

腎臓病診療レジデントマニュアル

レジデントマニュアルシリーズの新しいタイトル。「研修医がひとりでも、最低限必要な知識をもって、安全に実地できる」をコンセプトに、聖路加国際病院を基準とした検査、診断、治療指示の方針・手順がコンパクトにまとめられている。臨床研修の心強い味方となる1冊。

編集 小松康宏
聖路加国際病院副院長・腎臓内科部長

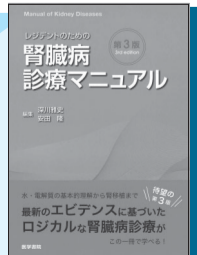


さらに使い勝手が向上した腎臓病診療マニュアルの決定版

レジデントのための腎臓病診療マニュアル 第3版

腎臓病診療マニュアルの決定版、待望の第3版が刊行! 最新のエビデンスに基づいて、水・電解質から腎移植まで腎臓病診療の基本を網羅する好評のスタイルはそのままに、高齢患者の診察、他診療科との連携など「今知りたい」トピックを満載。目の前の患者の何を診て、どう治療すべきか、ロジカルな腎臓病診療の進め方がわかる1冊。

編集 深川雅史
東海大学医学部内科学系
腎内分泌代謝内科教授
安田 隆
吉祥寺あさひ病院副院長/
東京医科大学腎臓内科兼任教授



寄稿

日本と異なる研究発表の場が知的刺激に

英国 SAPC 年次集会 2018 参加報告

高橋 徳幸 名古屋大学大学院医学系研究科地域医療教育学寄附講座

第47回 SAPC (Society for Academic Primary Care) 年次集会が、7月10～12日に英国で開催された。「Society for Academic Primary Care」という組織名の妥当な邦訳を探すのは案外難しいが、簡単に言えばプライマリ・ケア研究に関する(英国中心の)学術団体となるだろう。

大会の主催は英国の大学の持ち回りのようで、今年的主催はロンドン大クイーン・メアリー・カレッジであった。開催場所はロンドン市内中心部の Barbican Centre で、この会場はロンドン交響楽団や BBC 交響楽団の本拠地ともなっている芸術センター兼国際会議場であり、楽器を持って移動する人と日常的にすれ違う場であった。

プライマリ・ケアに関心がある 全ての人のための学会

大会のメインテーマは「Learning from Europe and Populations on the Move」で、「移民の健康問題を明らかにし、それに対処していくのがプライマリ・ケアの役割である」という学会の矜持(いや覚悟かもしれない)が感じられた。日本にも確かに潜在するものの必ずしも脚光を浴びていない問題に着目しているあたりに、これは欧州と東アジアの地理的、社会的、そして文化的違いととらえるべきか否かと、いきなり不意打ちを食らったような感覚になった。

英国のプライマリ・ケアに関する学術団体は RCGP (Royal College of General Practitioners) がよく知られている。RCGP と SAPC の違いは、RCGP の参加者は医師に限定されるのに対し、SAPC はプライマリ・ケア領域の研究や教育に興味を持つ全ての人、すなわち医師以外の医療専門職や、専門職資格を持たないプライマリ・ケア領域の研究者も参加できることが挙げられる^{1,2)}。



●写真 SAPC 年次集会 2018 初日の会場である St. Bartholomew's Hospital 中庭にて 前列右より学生の當山萌香さん、地域医療教育学寄附講座の末松三奈先生、後列右より総合診療科の松久貴晴先生、学生の石田航大さん、山森惇士さん、筆者

SAPC 年次集会の正確な参加者数は不明だが、250 演題程度であることから参加者は数百人程度と考えられる。かなり小規模の学会と言える。

予想通り、日本人の参加者はわれわれ名大の関係者のみであった(写真)。参加者の出身国や所属機関はほぼ英国で占められていたが、プレリミナリーセッションで紹介された参加者の出身国には、カナダやオランダという英国以外の西洋諸国、インド、オーストラリア、シンガポール、ニュージーランド、バングラデシュ、香港といった歴史的に英国の影響を強く受けた国、地域の名前も並んでいた。

研究デザインの 日英比較から感じた課題

今回の学会は、規模では日本の主要な学会の地方会程度かもしれない。しかしその規模にもかかわらず、むしろその規模だからこそかもしれないが、発表演題はいずれも大変興味深いものばかりであった。研究テーマは多岐にわたっており、口演カテゴリーの移民、教育、癌、加齢とフレイル、病の経験、医療政策、メンタルヘルス、ウイメンズヘルス、患者中心のケア、研究方法、マルチモビリティ、ポリファーマシー等を見ただけでも今回の学会の射程の広さを感じた。ただしこれらは日本のプライマリ・ケアにも共通するものがほとんどである。

そのためか、研究方法の違いが一層目についた。記述研究であっても症例報告やアンケートによる現状調査は皆無で、多くの研究が質的研究、ミクスドメソッド、そしてシステムティックレビューといった研究方法を採用していた。量的研究は、治療や予後因子の同定を目的としたコホート研究やランダム化比較試験などの介入研究で採用されていた。質的研究は、何らかの要素・要因を探索的に記述していく構成主義的な認識論を前提とした研究にも用いられていた。それだけでなく、治療などの介入効果を検証しようとする実証主義的な認識論を前提とした研究にも質的研究が採用されていたことに驚いた。

私は質的研究を介入研究の効果測定に用いることは認識論的に相いれないと考えていた。しかし「Qualitative evaluation」を演題名に含んだ発表でそのような研究を複数回見掛けたため、既に知られた方法のようであった。私には、彼らが認識論的な齟齬を恐れず、さまざまな研究環境に質的研究を

“使っている”ように感じられた(彼らに倣う前に、質的研究を採用する妥当性を検討する必要があるかもしれないと思う)。

質的研究のデータ収集方法が研究参加者への対面でのインタビューだけでなく電話インタビューも多用されていたこと、そもそもデータ自体が過去に聴取したインタビューや論文のような二次資料であることも真新しく感じた。

概して研究方法は、研究テーマに合わせて選ばれている印象であった。それは、学会主催の懇親会で同席したプライマリ・ケア領域の若手女性研究者の「研究方法は量・質にこだわらず、リサーチクエスチョンに応じて選択する」という言葉に裏付けられた。当然のことかもしれないが、「日本でもそうだ」と自信を持って言えないところに、日本のプライマリ・ケア研究の今後の課題を見た気がした。

研究発表にも「魅せる」工夫

小規模ならではの工夫は、スケジュール進行にも反映されていた。口演はカテゴリー別に1セッション当たり最大6演題からなっており、1演題15分(発表10分、質疑応答5分)の合計90分構成であった。口演は最大5セッションが同時進行で行われ、さらにワークショップやシンポジウムが並行していた。口演セッションの90分が終了すると、ポスタービューイングを兼ねた90分程度のコーヒープレイクがあった。そのため参加者は口演会場とポスター会場(もしくはコーヒープレイク会場)を行き来することになり、それによって人の流れがコントロールされていた。

ポスター会場ではプレゼンテーションの機会は設けられておらず、質疑応答のみであった(それでもかなり活発な議論が行われていた)。その代わりに、ポスター発表者の中で事前に学会から選ばれた演者には、口演のセッションの合間に3分間の発表機会(Poster pitch)が設けられていた。3分間でも相応の情報量であり、ポスターをアピールする絶好の機会になっていた。

ポスター発表で特に目を引いたのは、ホームレスの女性が妊娠した際に周産期ケアを受けるためにどのような社会的な障害や苦悩を抱えるのかを、インタビューによって質的に探索した Anna Seddon 氏(英シェフィールド大)の研究であった(演題名: How do homeless women conceptualise access to and experience of antenatal and postnatal care

●たかはし・のりゆき氏

2005年岡山大医学部卒。名大病院で初期研修を修了し、同院総合診療部を含め複数の病院で家庭医療後期研修を行う。15年名大大学院医学系研究科博士課程単位取得満期退学。同年4月から名大病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター病院助教。17年4月より現職。日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医、指導医。



in Sheffield?)。この発表はポスターが良くデザインされていただけでなく、iPod に「研究参加者の語り」を録音して聴衆に自由に聞かせる仕掛けがあった。私はさすがに研究参加者の語りを学会で公表するのは倫理的に問題ではないかと思い、Seddon 氏に質問した。するとこの録音は研究参加者の語りではなく、研究成果を踏まえて研究参加者の語りを模してシナリオを作り、俳優に忠実に再現してもらったものだと明らかになった。その語りは、まるで実際の語りなのではないかと思うほど抑揚や声色に感情がこもっていたため、非言語的にも研究参加者の苦悩を伝えることに成功していた。この発表は参加者の関心を強く引いたようで、絶えず質問者が訪れていた。後日学会事務局からこの研究がポスター賞を受賞したという報告があり、納得の受賞である。

質的研究の成果を音声や映像として発表することは日本でも医療人類学や質的心理学の領域では行われていると聞いていたが、プライマリ・ケア領域では見たことがなかった。英国のプライマリ・ケア領域には質的研究の発表方法についても経験が蓄積されていると思われ、日本でも同様の試みが行われて良いように感じた。

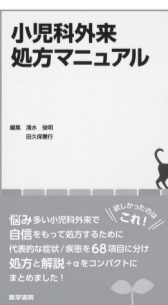
ただしこれは研究者だけの努力によるものではない可能性がある。なぜならば本学会に採用されていた「Creative Enquiry」という発表形式は、芸術、すなわち写真や絵、道具を用いた独創的な発表を奨励しているからである。

このように SAPC 年次集会では、日本のプライマリ・ケア、総合診療系の学会とはまた異なる潮流に触れられる。そうすることで、新たな知的刺激が得られる可能性を感じた。参加するまでは心細い思いはあったが、参加してみると、学会は日本からの新参加者を大いに歓迎してくれたし、親日家や、日本プライマリ・ケア連合学会、日本医学教育学会と協働している先生方も案外いた。興味のある方にはぜひ参加をお勧めしたい。

●参考文献・URL

- 1) Society for Academic Primary Care. Join the Society for Academic Primary Care. <https://sapc.ac.uk/members/join>
- 2) Royal College of General Practitioners. Become a member. <http://www.rcgp.org.uk/about-us/membership/become-a-member.aspx>

小児科外来処方マニュアル



編集 清水俊明・田久保憲行

小児を診る医師の強い味方!
すぐに役立つポケットマニュアル

小児科外来で日常的によく遭遇し、かつ治療薬の選択に迷いや症状・疾患を厳選。その基本的な注意事項と処方方をポケットサイズにまとめた、極めて実践的なマニュアル。

●B6変型 頁240 2018年 定価:本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-03032-8]

(ジェネラリストBOOKS) よくみる子どもの皮膚疾患

診療のポイント&保護者へのアドバイス

編集 佐々木りか子

エキスパート直伝! 豊富な症例写真と解説で
的確な診断・治療・紹介へ

子どもの皮膚疾患の「原因」「症状」「鑑別」「治療」のほか、感染症では「登校(園)の目安」、あざ・色素異常では「治療や紹介の目安」もわかる。最新のエビデンスに基づくスキンケアの指導法から、的確なホームケアへつなげることができる。

●A5 頁256 2018年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03620-7]



高齢者の「風邪」の診かた

実際どうする？ どこまでやる？ 高齢者感染症の落としどころ

風邪様症状は最もよくある主訴だ。しかし高齢者の場合、風邪の判断が難しく、風邪にまぎれた風邪ではない疾患の判断も簡単ではない。本連載では高齢者の特徴を踏まえた「風邪」の診かたを解説する。

第九回 長期在宅治療、 長期在宅治療戦略 狙いを定め、escalation 治療も 駆使して抑え込む

岸田直樹

総合診療医・感染症医
北海道科学大学薬学部管理員教授

る人工血管除去のリスクを踏まえ、患者・家族との話し合いで抗菌薬治療により抑え込む方針となった。

高齢者の長期抗菌薬治療が必要な感染症

感染症には長期の抗菌薬治療が必要なものがあり、そのような感染症は高齢者で頻度が高い傾向です。その場合に標準治療として長期の点滴治療・感染巣への侵襲的介入を行うと、高齢者ではADLや認知機能が低下することを多々経験します。「もとの生活を早くからすることが何よりのリハビリ」と感じますが、これを踏まえた感染症の治療戦略は簡単ではありません。

このような長期治療が必要な感染症にはどのようなものがあるでしょうか？ 以下の感染症はどれも1か月以上の長期治療が必要です。最終的には感染巣を外科的に除去しなければ抗菌薬で抑え込めない可能性のある感染症も含まれます(特に人工物感染症)。

- ・感染性心内膜炎
特に人工弁、TAVIの場合や転移性病巣がある場合
- ・骨髄炎
例) ビスホスホネート関連顎骨壊死
- ・感染性大動脈瘤
- ・人工物感染症
例) 人工関節感染症、骨折後プレート感染、骨折後ボルト感染、ペースメーカーリード感染、人工血管感染(大血管、バイパスなど)、カテーテル感染で合併症がある場合
- ・膿瘍性病変(膿胸、肺膿瘍、肝膿瘍、脳膿瘍、腸腰筋膿瘍、硬膜外膿瘍、子宮留膿腫なども) 特にドレナージ不可能、または不十分の場合
- ・糖尿病足感染症(壊死を伴う)
- ・嚢胞感染(腎、肝、肺)
- ・抗酸菌症
- ・特殊な微生物による感染症
例) 放線菌症、ノカルジア症、アスペルギルス症など

「抗菌薬を開始するときはやめるときも考える」との青木眞先生(感染症コンサルタント)の名言にあるように、これらの感染症を治療する場合には治療期間に加えて内服治療に今後変更できるか、副作用の場合に代替薬があるかを考え、微生物を特定することが重要です。微生物の特定ができない場合にも、escalation治療として最初はnarrowな抗菌薬でいけないか注意深く診る方針が抗菌薬適正使用上重要なアプローチです(第7回・第3279号参照)。

例えば、人工関節の感染症は二期的な治療が理想とされます³⁾。人工物を除去し、抗菌薬を6週間投与、その後培養陰性を4週確認してから人工物を入れ換えると再発率は数%と、再発が一番少なくなります⁴⁾。しかし高齢者では、この方針で再度人工関節を入れても長期臥床入院による筋力低下から回復できず、歩けるようにならないでしょう。そこで一期的治療(除去直後に再挿入)もしくは人工物を残したままの長期治療となりますが、その治療を担保する質の高い研究はありません。

長期内服治療の 選択肢となる抗菌薬

では、どのような治療方法があるかですが、それを明確に示した指針はほ

●表 長期内服治療の選択肢となる抗菌薬(文献3より改変)

微生物	第一選択	第二選択や注意事項など
MSSA	セファレキシン 1回500mg, 1日3~4回 (L-ケフレックス®であれば 1回1000mg, 1日2回)	・クリンダマイシン1回300mg, 1日3回も可 ・アモキシシリン・クラバン酸1回250mg/125mg, 1日3回+アモキシシリン1回500mg, 1日3回も可 ・改善が乏しく、リファンピシンに感受性あれば併用を検討(単独では使用しない) ・改善が乏しい場合はシプロフロキサシンもしくはレボフロキサシンを検討(用法・用量は他の表参照)
MRSA	ミノサイクリン 1回100mg, 1日2回 (顆粒20mg/gあり)	・ST合剤1回2錠, 1日2回(顆粒あり)も可 ・クリンダマイシン1回300mg, 1日3回(エリスロマイシンの感受性Sを確認)も可 ・改善が乏しく、リファンピシンに感受性あれば併用を検討 ・リネゾリドは長期使用で血小板減少必発であり忍容性低いかつ高額(他の薬剤で副作用発現時の一時的使用は可)
コアグラウゼ陰性 ブドウ球菌	ミノサイクリン 1回100mg, 1日2回	・ST合剤1回2錠, 1日2回(顆粒あり)も可 ・改善が乏しく、リファンピシンに感受性あれば併用を検討
連鎖球菌, 腸球菌, アクネ菌	アモキシシリン 1回500mg, 1日3~4回	・連鎖球菌では、セファレキシン1回500mg, 1日3~4回も可。L-ケフレックス®であれば1回1000mg, 1日2回。重篤ではないペニシリンアレルギーでは使用可
腸内細菌科	セファレキシン 1回500mg, 1日3~4回 (L-ケフレックス®であれば 1回1000mg, 1日2回)	・アモキシシリン1回500mg, 1日3~4回も可(クレブシエラではなく、感受性あれば使用可) ・ST合剤1回2錠, 1日2回(顆粒あり)も可
緑膿菌などSPACE	シプロフロキサシン 1回400mg, 1日2回	・レボフロキサシン1回500mg, 1日1回も可(細粒あり)

ぼありません。エビデンスが十分でなくエキスパートオピニオンであることを明記しつつ記載があるものに、米国感染症学会の人工関節感染症のガイドラインがあり³⁾、参考になります。

表の抗菌薬は人工関節感染症を一期的に治療する場合の内服抗菌薬一覧をもとに筆者が改変(投与量など国内で使用しやすい形へ調整)しました。これは他の長期治療感染症、特に人工物感染を治療する場合にも基本的には変わりません。バイオアベイラビリティの優れた抗菌薬が並んでいますが、臓器移行性は考慮されていません。しかし、中枢神経・前立腺・眼球以外に臓器移行性を最初から考慮する必要のある感染症は多くありません。骨や嚢胞などへの移行を考慮するとキノロンなどのスペクトルが広い抗菌薬を使うことになるため、長期使用による薬剤耐性菌出現やクロストリジウム感染症が懸念されます。骨髄炎や嚢胞感染も臓器移行性を考慮したくなりますが、まずは起病菌による第一選択を心掛け、改善傾向がない場合や再燃時に再考しましょう。

慢性抑制療法は原則行わない

黄色ブドウ球菌などの人工物感染症では、人工物を除去せずには治療できない可能性があります。その際に慢性抑制療法として、抗菌薬はpermanentに使わないと良くならないと思いがちです。しかし、自身の経験でも抗菌薬を生涯にわたって飲み続けなくてはいけない人は意外にいません。例えば、黄色ブドウ球菌の人工関節感染や人工血管感染、ペースメーカー感染でも半年から1年くらい抗菌薬を継続し、一度中止して再燃しないか注意深く診るようにしています(中止トライ)。

抗菌薬のやめどきに「副作用発現時」もあります。患者・家族に「答えのない感染症治療をしています。半年から1年くらいの都合の良いときに抗菌薬

を中止してみましよう。副作用が出たときもやめてみるタイミングになります」と説明しておくこととスムーズです。

繰り返しになりますが、抗菌薬を長期使用するからこそ副作用時の代替薬や薬剤耐性菌出現を気にしましょう。そのためにも起病菌が捕まっていることが重要です。そうでなくても escalation治療で徐々に広げていく手法が有効です。

CASE への対応

人工血管周囲に明らかに膿瘍を形成しており、セファゾリン1回2g, 1日3回での点滴治療を可能な限り長く(理想的にはCT画像でlow density area消失まで)し、その後内服抗菌薬使用の方針とした。点滴治療により解熱、血液培養も早期に陰性化した。しかし、治療3週目で長期入院に伴う認知機能の増悪、うつ症状を認めた。家族と相談し、治療失敗の可能性も説明した上で内服セファレキシン1回500mg, 1日4回に変更し、外来治療とした。治療8か月目にセファレキシンによる血球減少を認めたため、クリンダマイシンへ変更。治療開始1年でCT撮像したところlow density areaがほぼ消失していた。大きな行事(親族の結婚式や旅行など)もないとのことで、内服治療を中止してみることにした。中止後半年たつが、再燃は認めていない。

【今回のまとめ】

- 長期内服治療とするためにも微生物を特定し、狭域抗菌薬を選択する
- 副作用時に代替内服薬がない場合は、中止してみるタイミングなることを事前に説明する
- 慢性抑制療法と判断する前に、半年から1年前後での抗菌薬中止トライを注意深く検討する

参考文献・URL

- 1) Choosing Wisely Canada. Infectious Disease. <https://choosingwiselycanada.org/infectious-disease/>
- 2) J Am Geriatr Soc. 2015 [PMID: 26613981]
- 3) Clin Infect Dis. 2013 [PMID: 23223583]
- 4) J Bone Joint Surg Am. 2000 [PMID: 11097443]

それって本当に風邪ですか?……重篤な疾患は風邪にまぎれてやってくる!

誰も教えてくれなかった「風邪」の診かた 重篤な疾患を見極める!

プライマリ・ケア現場には、多くの患者が「風邪」を主訴にやってくる。しかし「風邪症状」といっても多彩であり、そこに重篤な疾患が隠れていることは稀ではない。本書では、「風邪」の基本的な診かたから、患者が「風邪症状」を主訴として受診するさまざまな疾患(感染性疾患から非感染性疾患まで)の診かたのコツや当面の治療までを、わかりやすく解説する。新進気鋭の感染症医による「目からうろこ」のスーパーレクチャー。

岸田直樹



CASE

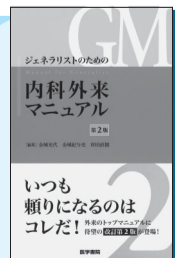
心筋梗塞でPCI(経皮的冠動脈形成術)を施行した高血圧、糖尿病の80歳男性。5年前にASO(閉塞性動脈硬化症)に対し左右の大腿にF-Pバイパス手術を施行するも徐々にADLが低下。認知症は強くない。1週間前からの発熱で受診。血液培養でMSSAを検出、精査したところCTで左右のF-Pバイパス周囲にlow density areaあり、人工血管感染と診断。手術によ

内科外来のナンバーワン・マニュアルにパワーアップした第2版が登場、内科医必携!

ジェネラリストのための内科外来マニュアル 第2版

ナンバーワン・マニュアルとして不動の地位を得た『ジェネラリストのための内科外来マニュアル』(通称:ジェネマニユ)に、内容を大幅にパワーアップした第2版が登場! 診療情報のアップデートに加え、対応する主訴・検査異常の数を大幅に増やし、より幅広い臨床プロブレムに対応できるよう使い勝手を向上。トップジェネラリストならではの外来マネジメントのエッセンスも盛り込まれた、外来で「最も頼りになる1冊」。

編集 金城光代
金城紀与史
岸田直樹



Medical Library

書評・新刊案内

認知症イメージングテキスト 画像と病理から見た疾患のメカニズム

富本 秀和, 松田 博史, 羽生 春夫, 吉田 眞理 ● 編

B5・頁266
定価: 本体9,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03231-5

【評者】池田 学
阪大教授・精神医学

近年の進歩が著しく、出版が相次いでいる認知症の神経画像に関するテキストと思い込んで、この本を手を取った。しかし、良い意味で期待は全く裏切られなかった。図譜の半数は美しい神経病理に関するものであり、さらには各疾患の病態仮説や最新の臨床診断基準が丁寧に盛り込まれている。まさに、副題の「画像と病理から見た疾患のメカニズム」に沿った内容となっている。

【画像と病理の関係を視覚的に理解できるユニークな一冊】

序文にあるように、本書の出発点は、技術の進展とともに近年とみに距離が近くなりつつある神経画像と神経病理の関連を視覚的に理解できるようにしたいという編者の慧眼にある。わが国を代表する4人の神経画像と神経病理のエキスパートの協働により、このようなユニークなテキストブックが誕生したことを喜ぶ。

本書はまず、海馬、前脳基底部といった認知症や高次脳機能障害における最も重要な神経基盤について、MRI上の位置関係を画像と図譜を対比させながら丁寧に解説している。これから認知症臨床や研究を開始しようとしている初学者にとって、極めて有用な内容となっている。さらに、MRI SWI 像や MIBG 心臓交感神経シンチグラ

フィ、ドパミントランスポーター SPECT など日常診療でも頻用され始めた新しい神経画像についての考え方、利用法と限界が丁寧に解説されていて、認知症の日常臨床に直ちに役立つ内容となっている。

神経病理に関しては、アミロイドβ、タウ、TDP-43、αシヌクレインなど主要な認知症の異常蓄積タンパクが美しい写真とともに、組織学的分類や重症度評価、臨床サブタイプとの関連で解説されており、臨床のエキスパートである認知症専門医にとっても、最新の神経病理学的知見を整理する機会になると思われる。

最後に、アルツハイマー病など主要な各認知症の神経病理や分子生物学的知見に基づき病態仮説を紹介し、診断基準や臨床症状の詳細な解説とともに各種の神経画像の特徴的所見を紹介している。臨床医にとっては、遭遇した患者の疾患に合わせて、この最終章から読み込んでいくことも可能であろう。

本書によって神経画像と神経病理を両方向から学ぶことができるようになった恩恵を受けて、読者の認知症の病態理解や臨床診断技術がさらに進展することを期待したい。

精神科身体合併症マニュアル 第2版

野村 総一郎 ● 監修
本田 明 ● 編

B6変型・頁448
定価: 本体4,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03545-3

【評者】松崎 朝樹
筑波大病院講師・精神神経科

学会会場の書店でこの本を立ち読みし、さあ買おうとレジに向かおうとしたそのとき、ちょうど私を見掛けた医学書院の編集者に「その本の書評を書きませんか?」と声を掛けられて、この本を手にとっている。しばらく診療の中で、患者の身体合併症に向き合うごとにこの本を開きながら過ごしてみたら、結論から申し上げれば、この本は私自身が必要と思える一冊であり、多くの精神科医に救いとなり得る有用な一冊である。

【精神科医にとって大きな助けになる】

精神科の病院や診療所に勤務する中、併存する身体的な問題への対応も求められ自信を持てずいたり、新しく生じた身体的な問題への対応に当惑

したり、そんな身体的な問題に対して苦手意識を抱く精神科医は多いのではないだろうか……少なくとも私自身はそんな精神科医である。そして、総合病院に勤める者であれば、精神障害者の抱える身体的な問題に接することはより多く、さまざまな状態への対応が求められるだろう。精神科医も「医師」であり基本的な身体的問題には対処できるべきだという正論については、反論するつもりはないが耳が痛いというのが本音である。しかし、これまでずっと精神科の本ばかりを読んできた私には内科や救急などの専門書は手に取るにはハードルが高く、手にしても身体に関

医学生・研修医のための 画像診断リファレンス

山下 康行 ● 著

B5・頁304
定価: 本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02880-6

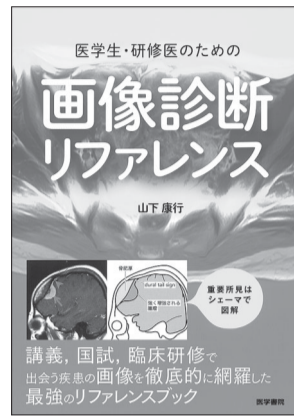
【評者】徳田 安春
群星沖縄臨床研修センター長

診断学において、主要な診断医には、臨床診断だけでなく、画像診断医や病理診断医も含まれる。いずれのタイプの診断医も、豊富な知識と経験を

「臨床と病理」もやはり箇条書きでわかりやすくまとめられている。

従来の書籍では、画像の重要所見をテキストで説明されても、どこの何を

【シェーマを見れば一目瞭然
お薦めのリファレンス】



ベースにした、サイエンスとアートの効果的な使い手である。特に、診断困難ケースでは、これら3者の診断エキスパート間の良好なコミュニケーションが正確な診断をタイムリーに行うための必要条件となる。

いずれのタイプの診断医になるにせよ、診断エキスパート間で円滑にコミュニケーションをとるためには、相手方の診断の基本を学習し、そのロジックを理解しておくことが望ましい。例えば、臨床診断医をめざす医師も、画像診断と病理診断の基本を学習しておくことが望ましい。

医学生や研修医の皆さんが、そのような基本部分の学習を行う際には、まず典型例に習熟しておくことを私は勧めている。そんな中、『医学生・研修医のための画像診断リファレンス』が出版された。この本には、押さえておくべき全ての疾患に、最重要ポイント、典型的画像と重要所見のカラフルなシェーマによる図解、そして箇条書きのわかりやすい画像所見解説が記載されている。各疾患で必須の、単純X線、CT、MRI、MRA、エコーなどの画像が網羅されている。臨床と病理サイドとのコミュニケーションを意識した

指しているのかよくわからないことがあったが、本書のシェーマによる図解を見ることによって、あるサインがどこのどの部分を意味していたのがよくわかるようになった。

例えば、肺動脈瘤で特徴的とされている crazy pavement appearance は、従来型の書籍ではCT画像所見に、「小葉間隔壁の肥厚とびまん性のすりガラス影が重なった所見である」とテキストが

添えられているのみのことが多かった。半分わかったような、でも半分わかっていないような、達成感の乏しい学習で消化不良であった。しかし、本書のわかりやすいシェーマをみれば、どのような所見を指すかが一目瞭然である。

各疾患のコンテンツには、画像上重要な鑑別診断の疾患画像と実際にあったケースの病歴なども記載されている。正確な診断には鑑別診断が重要であり、画像診断において重要な鑑別疾患について効果的に学ぶことができる。医学生や研修医だけでなく、診断に関心のある医師や放射線技師の皆さんにもぜひお薦めしたいリファレンスである。

して基本が身につけていない私には理解が困難なことも少なくない。しかし、この本であればすべきことがよくわかる。なぜなら、この本が誕生したのも、立川病院の精神神経科棟の業務で使用されるために作られたマニュアルが基になっているからだ。臨床の場での実践のための本なのだ。

その内容は、甲状腺機能異常や鉄欠乏性貧血などの精神症状をもたらす得る身体的異常から、肺炎や尿路感染症などの精神科での治療中に偶発し得るもの、悪性症候群や水中毒などの精神科での治療により引き起こされ得るもの、異物の誤飲や骨折などの精神症状により引き起こされ得るものまで多岐にわたっている。さまざまな問題が網羅的に扱われており持っているだけでも心強く、検査や薬剤の具体的な内容まで解説されておりすぐに役立つ実践的な本ともいえる。

この本は精神科医の他にも、内科や外科などの身体的な科の医師の中でも精神科病院に勤める者や精神障害をよく扱う総合病院に勤務する者にも活用され得る。精神障害者によく起こり得る問題や精神障害を合併する身体疾患に対して必要な配慮についても具体的に解説されている。総合病院での精神科コンサルテーション・リエゾンについても、対応に当たってのポイントが具体的かつ詳細にまとめられており、精神科医に相談する側にとっても相談を受ける側の精神科医にとっても非常に参考になるはずだ。

精神障害者だからといって身体的な治療がおろそかにされて良いはずはない。医局や診察室の書棚に一冊この本があることで、精神科医にとって大きな助けになることを、そして、それを通して患者にとっても救いになるだろうことを期待したい。

病院が進むべき道を決めるための地図とコンパス

医療管理

病院のあり方を原点からひもとく

医療を取り巻く環境の変化が激しさを増す今だからこそ、絶えず改定される制度に翻弄されることのない医療と病院の管理が求められる。医療の普遍的な構造をひもとき、よりの確な経営判断に結び付けるために、病院マネジメントに携わる方々の必携書。

池上直己
聖路加国際大学公衆衛生大学院特任教授

医療管理

病院のあり方を原点からひもとく

池上 直己

病院が進むべき道を決めるための
地図とコンパス

Pro/Conのディベートを通して、「プロの思考」を学ぶ

【新刊】循環器疾患ディベートII

Evidence and Experience Based Medicine

▶ 反響を呼んだ前作に続く、超辛口の一人ディベート集第2弾。循環器診療の周辺事情、循環器内科医が診る関連病態・疾患に照準を当て、各章のテーマに対してPro/Con/個人的見解に分けて、それぞれが拠って立つエビデンスの検討を中心に辛辣で過激な討論を展開する。EBMの実践に重要な「臨床研究・文献に対するリテラシー」という視点に貫かれた議論を読み進めるうちに、さまざまな局面に通じる普遍的な姿勢が浮かび上がる。循環器内科医、EBMを念頭に診療を行いたいすべての医師に「プロの考え方」を指南。

著: 佐々木達哉 医療法人正和病院循環器内科

定価: 本体3,500円+税
A5変 頁228 2018年
ISBN978-4-8157-0129-1

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

Medical Library 書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR部(03-3817-5650)まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

《視能学エキスパート》 視能訓練学

公益社団法人 日本視能訓練士協会 ● シリーズ監修
若山 暁美, 長谷部 佳世子, 松本 富美子, 保沢 こずえ, 梅田 千賀子 ● 編

B5・頁440
定価: 本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03223-0

評者 大鹿 哲郎
筑波大病院教授・眼科

このたび、『視能学エキスパート』シリーズとして、『視能検査学』『視能訓練学』『光学・眼鏡』の3部作が刊行された。公益社団法人日本視能訓練士協会 視能訓練のコツがふんだんに盛り込まれた至れり尽くせりの書

これらの部分は実地に生かす知識というよりも、何かの時に調べる資料的な使い方がされるものであろう。ついでに記すと、全体の最後に収められた再生医療と人工網膜は、はやり

3部作のうちの一つである本書が扱うのは、視能訓練士の業務のうち、彼ら/彼女らが最も“腕を振るう”フェーズであろう視能訓練である。視能訓練とは、斜視や弱視の回復を主な目的として、医師の指導のもと専門の視能訓練士が行うリハビリテーション訓練と定義されており、わが国におけるその歴史は未だ半世紀ほどにすぎない。したがってこれまでは、眼科医が眼科学書を微修正する形で編さんしたテキストブックが教育に使用されてきた。実際、国家試験合格が目的であれば、そういった教科書で十分であった。本書はそれらと異なり、視能訓練士が自らの視点から企画したものである。

の、本書の本来の目的との関係は希薄で、また刻々と変化していく研究分野であることを考えると、長く使われるスタンダードな教科書をめざすべき本書に含めるのが適当かどうか疑問を感じた。

一読してまず感じたのは、基礎から臨床までの振りが非常に大きいことである。前半の基礎知識の部分は、大学の基礎医学系の教官が執筆されているだけあり、生理学、光学から心理学まで実に詳細な記述がなされている。率直に言って内容がオーバースペックと感じるところも少なくない。編者も少し肩に力が入ったか。まあ、

一方、後半の臨床部分に入ると、一転して実臨床に即した記述となる。検査や治療に関する実践的な記述に加え、それぞれの要点が「ポイント」として箇条書きで要領よくまとめられている。また、ケーススタディとして臨床例が豊富に提示され、検査や治療の過程でどのような点に留意すべきか、考える道しるべが示されている。視能訓練のコツがふんだんに盛り込まれており、学習者にとって至れり尽くせりである。初級者のみならず、熟練者にも多くの発見と学びをもたらすであろう。実地に即した書でありながら、引用文献が充実していることにも感心した。この部分はぜひとも通読をお勧めしたい。

いずれにせよ編者の長年の苦勞がしのばれる力作である。日本の視能学の練度が反映された書であるが、その逆もまた真で、本書が広く活用されることによってわが国の視能学の臨床レベルがさらに向上することを確信する。

ハルペリン

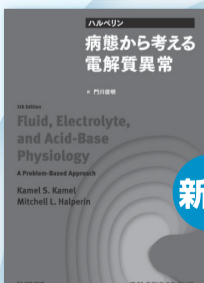
病態から考える電解質異常

Fluid, Electrolyte, and Acid-Base Physiology: A Problem-Based Approach

水・電解質、酸塩基平衡異常を

病態から **じっくり、しっかり** 理解したい人のための本格的な教科書、世界的“定番”「ハルペリン」最新第5版の邦訳

具体的な症例を踏まえ水・電解質、酸塩基平衡異常を病態から解き明かし、診断と治療に結びつけて解説した名著。体液異常がなぜ引き起こされたのか、生理学、生化学に踏み込んでその病態を徹底的に解説。結果として十分な“臨床力”の獲得(醸成)をはかることができる。水・電解質に関して「なんとなく理解しているがやや曖昧」という医学生、研修医、医師にとっての決定版テキスト。



訳 門川俊明
慶応義塾大学医学部
医学教育統括センター 教授

新刊

● 定価: 本体7,800円+税
● B5 528頁 図159 2018年
● ISBN978-4-8157-0119-2

医学生、研修医から腎臓専門医・指導医まで! 総合診療医や集中治療医にも!!

目次 Section 1 酸塩基平衡 / Section 2 ナトリウムと水 / Section 3 カリウム / Section 4 統合生理

好評関連書

体液異常と腎臓の病態生理 第3版
Renal Pathophysiology: The Essentials, 4th Edition
● 定価: 本体5,800円+税

Hospitalist ホスピタリスト
Vol.6-No.1 特集 腎疾患2
● 定価: 本体4,600円+税



脳卒中の動作分析 臨床推論から治療アプローチまで

金子 唯史 ● 著

B5・頁268
定価: 本体4,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03531-6

評者 山本 伸一

山梨リハビリテーション病院リハビリテーション部副部長/
作業療法課課長

脳卒中の動作分析は、正常運動が基本である。正常とは何か。合理的であり、機能的な動きの中で培われてきた経験の結果でもある。

それは「標準」である。対象を総合的に診て正しい分析・介入へつなげる

一方、幅を持つという側面もある。多くの場合は「動き」であることから、表現することが難しいかもしれない。だからこそ、多くのセラピストにとって苦手といえるのだろう。しかしながら、動作分析は、今行っている自身の対象者へのアプローチが「続行なのか」「中止なのか」「変更なのか」についての判断材料になる。つまり、正常運動分析を知っていることは、介入の見極めだけでなく、セラピーの質の向上につながるといえよう。

今回、STROKE LAB 代表の金子唯史氏から本書の発刊の連絡を受けた。15年の付き合いになる優秀な作業療法士である。2015年、主として脳卒中を対象とした自費リハビリ施設を立ち上げた。それまでは急性期・回復期病棟にも勤務し、各Stageについても経験されている。

本書のテーマは、「脳卒中の動作分析」。これは興味をそそられる。概要の章で「動作分析と臨床推論」について述べ、その後は、基本動作を5つに分け、「寝返り・起き上がり」「立ち上がり/着座」「上肢のリーチ」「手」「歩行」としてまとめられている。

金子氏はChapter 1において、「動作分析のなかで問題点を抽出する際、①

神経学的側面(運動制御に関与する構造および経路)、②生体力学的側面(筋肉、関節および軟組織の構造および特性を指す)、③行動的側面(認知的、動機づけ、知覚、感情的側面)の3つに分類して観察

する必要がある」と述べている。さらには、動作分析から臨床推論の在り方、その知識の組織化やメタ認知の重要性などを説いている。また各基本動作については、概要から始まり、「目に見える”解剖学・運動学からの分析、”目に見えない”神経学からの分析、そして治療的応用・戦略についてまとめている。

臨床推論を行う上で各種の分析は必要であるが、「見る」ことは「診る」ことともいえる。目に見える分野と見えない分野を「診る」のである。私たちセラピストは、身体を通して総合的に「診る」ことができるはずだ。そのためには、解剖学・運動学だけでなく、中枢神経系を知ることも大切だというメッセージが本書に込められている。また、介入の切り口(段階付け)は多々あり、一つだけではない。随所に盛り込まれている「臨床Q&A」がそれを裏付けている。

私たちは「活動」へかかわるために心身機能を「診る」。それと同時に分析・介入できることがセラピストの強みだと思う。金子氏の強い意志が込められた一冊。私からも推薦したい。

認知症の心理アセスメント はじめの一步

黒川 由紀子, 扇澤 史子 ● 編

B5・頁184
定価: 本体2,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03262-9

評者 繁田 雅弘

慈恵医大教授・精神医学/慈恵医大病院メモリークリニック

「心理検査が進むにつれて、その人の顔が徐々にこわばっていくとき、どのように声をかけるでしょうか」「これらの検査での失敗

は、本人に認知機能の「ケアや支援の効果を高めるアセスメント」がわかる一冊

だけでなく、容易に回復しえない衝撃をもたらすことさえあります(まえがきより)。認知機能や精神機能を評価する場合、観察よりも課題や刺激を与えて反応を見るほうが、領域ごとの心理・精神機能の正確な評価が可能である。しかしその一方で、課題や刺激はしばしば致命的な傷跡を残す。認知症疾患の場合は、病名が引き起こす予後不良との偏見や先入観と強く関係している。治療や介入の効果を高めるには初期治療の段階からそういった偏見や先入観を払拭したいが、残念ながら評価というものはしば

しばそれらを助長してしまうわけである。著者たちは多くの臨床経験からそのことを実感しているであろう。

すなわちアセスメントの本であると同時に、治療やリハビリ、そして支援を強く意識

して書かれた本である。機能を正確に測定するだけでなく、被験者である本人の想いに寄り添い、支援の効果をできる限り高めることをめざしている姿勢を強く感じた。評価は出発点であって、それで完結するものではない。評価によって本人の自尊心や自己効力感を不必要に下げれば、治療やリハビリの効果をそれだけ失うことになる。本人を失望させ無気力にさせるような評価ならしないほうが良い。そのことをよく知った著者たちだからこそ編むことができた本だと思った。

グローバルスタンダードを超える!? “純国産”集中治療本

重症患者管理マニュアル

重症患者管理マニュアル

▶ 重症患者管理において頻度の高い疾患・病態を中心に取り上げ、日々の臨床、ベッドサイドでの検証を踏まえて、診断・治療のより所となる知識をまとめた実践の手引。ガイドラインやエビデンス偏重にならず、しっかりとした患者評価と最適な治療を実現するために、病態生理の理解も含めたベストバランスを提示。医学生・研修医から指導医までの幅広い対象に、重症患者管理のスタンダードとなる知識と診療の指針を提供する。
※文献リストや関連URLは関連書「総合内科病棟マニュアル」同様QRコードでリンクされ、MEDSI Webサイトにて閲覧できます

編集: 平岡栄治 東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科
則末泰博 東京ベイ・浦安市川医療センター呼吸器内科/救急集中治療科
藤谷茂樹 聖マリアンナ医科大学救急医学/東京ベイ・浦安市川医療センター

定価: 本体6,500円+税
A5変 頁112 図・写真250 2018年
ISBN978-4-8157-0126-0

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

大人の発達障害ってそういうことだったのかその後

宮岡 等, 内山 登紀夫 ● 著

A5・頁330
定価: 本体3,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03616-0

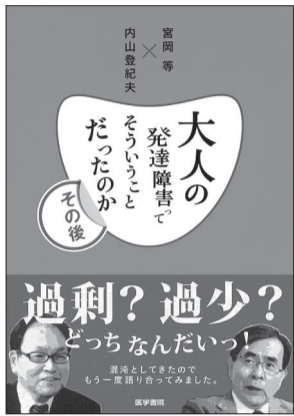
読んで多くの項目にいちいちそうだと
そうだとおなずくことが多く、一気に
最後まで読み進むことができた。大人
の発達障害は今や精神科の臨床の中で
常に意識せざるを得ない事項であり、
どうやってこの概念なしにわれわれが
二十世紀には臨床をやっていたのか
がわからないほど今やわれわれの臨床
に溶け込んでいる。先日日本精神神経
学会でも本書は売上1位を連日続けて
いた。いくつか激しく點頭したい項目
を抜き書きしてみた。

まずは、診断だけを告知して送りつけてくるのはやめてほしいという件だろうか。そもそも発達障害というのは、統合失調症やうつ病、いわゆるてんかんなどは診断の意味が異なっていて、同じ診断という名前を冠していてもその実態は大きく違う。例えばわれわれ誰もが自閉症スペクトラムの傾向性はあって、違うのはそれが1なのか5なのか9なのかという程度の問題であり、その傾向性を念頭に置いて診療をする、中には随分治療的介入のフォーカスを絞ることができる人がいる。したがって、自閉症スペクトラムという特性を念頭に置いて、それをいかに臨床の中に組み入れていくのか、あるいはいかにないのかは、来院して来られる家族・本人とのやりとりの中で個別に、オーダーメイドで一人ひとり考えなければならず、そこには診断をどのように告知し、どのように治療に組み込むか、あるいは事例化して医療が引き受けるかどうかまでの幅広い選択肢がある。あらかじめ、本当かどうか分からない自閉症スペクトラムの診断を付けられての来院ということになると、こうした枠組み作りの大きな妨げになるのは間違いない。大人の発達障害のための専門施設を対外的に喧伝し膨大な公的予算を消費しているような場合は別であるが、診断をした医師が治療

心理職も多職種連携の一員であるという強い思いが随所からうかがえる。スタッフが患者に対して陰性感情を持ってしまう場合でも、評価者が病棟スタッフと心理背景を一緒に検討するだけで病棟スタッフの見方が変わりバーンアウトを予防することができる(p.138)。心理職が伝える内容が、かかわるスタッフがケアの方針を自身で考え、やってみようという動機

も行う、治療を行わないなら診断はしないというのは、確かに意識化しておいてよい重要な指摘だと大いに得心するところがあった。

発達障害から考える「診断の意味」



次に挙げるとしたら、発達障害を診断名として使わないことであろうか。自閉症スペクトラム自体が非常に幅広くかなりヘテロな傾向性の集合体であるが、注意欠如・多動性障害はそれとは独立した傾向性であり、さらにいえば発達性協調運動障害とか、読字困難をはじめとする学習障害など、脳機能の数だけ発達障害も種類があるのは間違いない。これを全部ひとくくりにして取り扱うのは当然乱暴の上ない話であり、少なくとも診断という名には値しないことは著者らの言う通りであろう。発達障害といえば自閉症スペクトラムのことを指すことが多いが、花は桜といった用語法であり、医学的な診断名にはなじまない。

いずれにせよ本書を通して強く感じられるのは、診断ということの意味を発達障害ほど私たちに突き付ける状況は他にはないということである。最近では、「発達障害かどうかを判定してほしい」という主訴で来院される方が少なからずある。本来は主訴があり、主訴をどう治療するかということを考えるための手段として診断はあるはずなのだが、AQとか知能テストなど目に見えるもので診断の白黒が付かないと納得できない方もいる。自閉症スペクトラムの診断は、あくまでも人生をより良く過ごす手助けをするためのツールであることを考えれば、診断で終わりではなく、診断してそれからどうするのが問題となるはずだが、現状ではしばしば診断それ自体が社会的・心理的に大きな影響を与えてしまう。著者らの言うように大人の発達障害は、精神科医に突き付けられた大きな試練であることは間違いない。

付けられるものであることが重要だとしている。心理職は、個室で被検者と1対1で向き合っアセスメントするイメージから他の職種から独立して動くように思われがちだが、決してそのようなことはない。むしろ心理職が多職種協働のチームに参加し、その経験と知識を皆で共有することで連携がさらに有機的で視野の広いものになることを、この本は教えてくれる。

栄養疫学者の視点から | 今村 文昭

英国ケンブリッジ大学
MRC(Medical Research Council)
疫学ユニット

栄養に関する研究の質は玉石混交。情報の渦に巻き込まれないために、
栄養疫学を専門とする著者が「食と健康の関係」を考察します。

第18話(最終回)

科学者の良心

少々大げさな言い方になってしまうが、科学者の良心とは何だろう。そんなふうを考えさせられる出来事が何度かあった。これまでこなした数百の査読もその一端である(査読の課題、困難については第6話・3238号を参照)。医学雑誌に投稿され査読に回る論文の採択率はおおよそ10%前後と考えている。したがって査読をする際、私は基本的に問題ありきという前提で目を通す。そしてその問題をできるだけ改善することで、科学、社会、および当該ジャーナルとその読者にとって良質な論文になり得るか否かの判断をエディターに伝える。

査読というボランティアを真摯に務めようと思えば相当の時間を要し本業に支障を来し得るからか、査読を軽視する研究者も少なくないようだ。私はこれまで出来不出来に関係なくどんな投稿でも、研究者としての幅を広げるための良い鍛錬だと考え、我流ながら査読をしてきた。これまで受けた査読賞や編集委員への招聘は、そんな自分の考え方を後押ししてくれた。

このご時世、査読がないに等しい営利目的の「プレデター誌」も増えてきた(BMJ. 2015 [PMID: 25596387])。査読においても、論文著者のあからさまな科学軽視に目を疑う内容にもしばしば遭遇する。勉強不足でも真摯な姿勢があれば良いが、中には科学を虚仮にしていると考えざるを得ないケースもあり、エディターにはその印象をハッキリ伝える。

私は一般向けの書籍であっても、現時点でエビデンスとされている見解に沿ったまま、かみ砕いて書くのが基本と考えている。一般向けなのだからそのための表現の工夫などが必要だが、それはエビデンスを都合良く解釈して書いても良いというようなことではまるでない。

以前、私の専門分野に関する一般書籍を出すに当たり、査読してほしいとの正式な依頼を受け、学術論文の査読と変わらぬ心持ちと精度で向き合ったことがある。著者とやりとりをする中で感じたことは、研究者としての不信だった。エビデンスの都合の良い解釈や取捨選択をはじめ、引用元の無記載あるいは不明記、疫学統計に対する浅薄な理解や誤解、さらに見覚えのある文言などが散見された。通常の査読と同様、私は的を絞って問題点を指摘した。しかし、それに対する返答がないなど通常の「査読」とは程遠い状況に私はしまいに疲弊した。

学術論文ならリジェクトが必至であろう点之余りにも多く、少しずつ提言したい旨を伝えましたが、著者は大方の主張を曲げず査読は頓挫した。結局、他者に内容を確認してもらうという過程を経た様子。後日、謝辞への記載の申し出があったが、丁重にお断りした。読む者が読めばわかるものであり、件の書籍に自身の名前が残ることは不名誉であると感じるとともに、私の科学者としての良心がそれを拒んだ。そうして一見、「エビデンス風」に体裁付けられた書籍が多く論文と同様、出版されていく。功名心などを否定する気持ちはないが、果たして最善策は何だったのか今でも考える。

そもそも栄養疫学者と名乗れる専門家は世界でもまだ少ない。そのため、学術論文と言えど質が低い、適切な査読を経ないという状況は残念ながら避けられない。専門家が少ない故に、専門外の人から栄養疫学に関する時に不適切な情報が流されるという実態もある(註1)。これからは、栄養疫学に関する情報では、栄養学と疫学とを体系的に学びエビデンスの評価・集約といった業績を含め評価された専門家が執筆あるいは監修する必要があるだろう。さらに集団や個人の異なる環境(臨床・家庭など)での行動変容をいかに引き起こすかという、「伝える」科学との協働が求められる(Nutr Rev. 1992 [PMID: 1565289])。

査読の在り方のみならず研究する仕組み、その質をいかに向上するかについて科学界でも議論が尽きない(Science. 2017 [PMID: 28729501], Lancet. 2016 [PMID: 26423180])。私を含め研究者の科学や公衆衛生への貢献度はほんのわずかでしかない。しかし、小さく地道な個々の努力が集団での大きな効果を生むという考えが予防医学の核にあるように(註2)、科学における個々の微力もまた科学や社会全体へ大きな効果を生むのだと思う。

*

さて、本連載も今回で最後となりました。一専門家の意見ということで至らないこともあったかと思いますが、読んでくださった方々には感謝申し上げます。

註1: Adv Nutr. 2015 [PMID: 25593140], 『佐々木敏のデータ栄養学のすすめ』(佐々木敏著, 女子栄養大学出版部, p.112) などでも指摘されている。
註2: 予防医学の権威, 故 Geoffrey Rose の提言 (BMJ. 1981 [PMID: 6786649], Int J Epidemiol. 1985 [PMID: 3872850])。

医学書院 セミナーのご案内

詳しくは、弊社セミナーサイトをご覧ください ▶ <https://seminar.igaku-shoin.co.jp/>

「標準PTOTST別巻シリーズ」刊行記念セミナー リハビリテーションに活かす! 脳画像の読みかた

脳画像が臨床に役立つことは知っていても、どのように読めばよいかわからない方は多いのではないのでしょうか。
本セミナーは、所見の背景にあるメカニズムから丁寧に画像を読み解くことにより、画像の白黒の暗記とは一線を画した「臨床に活かす脳画像の読みかた」を紹介します。

Program(予定)
13:30~15:10 各脳スライスレベルの見極めかたとその特徴
15:20~17:00 脳血管障害の画像の変化

※標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学 別巻『脳画像』(医学書院刊)を指定テキストとしたセミナーです。講義に使用しますので、事前にご用意ください。(当日、会場でもご購入いただけます)

日時: 2018年9月29日(土) 13:30~17:00
会場: 医学書院 本社2階(東京都文京区)
定員: 70名
講師: 前田真治 先生
受講料: 6,000円(税込)
対象: PT, OT, STおよびその教員、「脳画像」の見方について学びたい医療関係者の方

前田先生による紹介動画はこちら!



標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学 別巻

脳画像

執筆 前田真治

リハビリテーションに関わる医療職に必要な脳画像の見かたをやさしく解説

B5 頁176 2017年
定価: 本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-03250-6]



新刊書籍のご案内

膝MRI 第3版

新津 守

現場で使える膝MRIの定番テキストが、
各種の軟骨撮像法など新たなトピックを追加して改訂!

整形関係のホットトピックである関節軟骨の画像診断について、臨床応用されつつある各種の軟骨撮像法を紹介するほか、一般内科医にも興味深い関節リウマチを新たに収載。より典型的、より鮮明な画像への差し替えを行い、臨床上の有益性がさらに増した。

●B5 頁336 2018年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-03631-3]



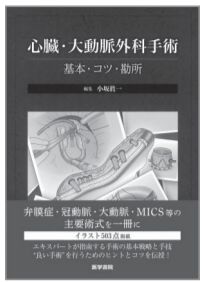
心臓・大動脈外科手術 基本・コツ・勘所

編集 小坂 眞一

エキスパートが伝授する
大動脈疾患・冠動脈疾患・弁膜症手術のコツと勘所

教科書的な記述は抑え、手術の適応と戦略、手順・手技を多くの図と共に提示。ピットフォールを回避し、適切で安全な手術を行うためのヒントが随所に散りばめられている。若手心臓外科医はもとよりベテランにも有用な手術書。

●B5 頁384 2018年 定価:本体18,000円+税 [ISBN978-4-260-03200-1]



ペースメーカー・ICD・CRT実践ハンドブック

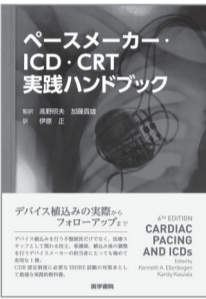
編集 Kenneth A. Ellenbogen / Karoly Kaszala

監訳 高野照夫/加藤貴雄 訳 伊原 正

デバイス植込みの実際からフォローアップまで

植込み型心臓電気デバイスを扱う循環器内科医、心臓血管外科医だけでなく、技士、看護師などにとって極めて有用な1冊。原書「Cardiac Pacing and ICDs」は有名なDr.Ellenbogenによる名著。CDR認定制度に必要なIBHRE試験の対策本として最適な実践的教科書。

●B5 頁544 2018年 定価:本体13,000円+税 [ISBN978-4-260-03599-6]



産婦人科ベッドサイドマニュアル 第7版

編集 青野敏博/苛原 稔

産婦人科医の「困った」を解決する
信頼のポケットマニュアル、待望の改訂!

初版以来27年にわたり圧倒的信頼を得てきた、ポケットサイズの産婦人科最強ベッドサイドマニュアル第7版。構成新たに123テーマを明快解説。外来で、ベッドサイドで。産婦人科の「困った」「わからない」にはこの1冊が効きます。

●B6変 頁536 2018年 定価:本体6,600円+税 [ISBN978-4-260-03455-5]



《理学療法NAVI》

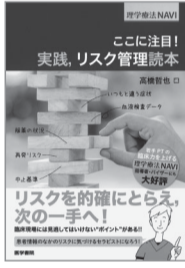
ここに注目! 実践, リスク管理読本

編集 高橋哲也

リスクを的確にとらえ、次の一手へ!

若手PTの悩みを解決する「理学療法NAVI」シリーズの第5弾。気を付けなければならない症状・症候や検査データの読み方、高齢者特有の問題や疾患特異的なリスクの把握方法など、臨床で押さえておかなければならないリスク回避のポイントを伝授。

●A5 頁368 2018年 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-03623-8]



大人の発達障害って そういうことだったのか その後

宮岡 等/内山 登紀夫

好評の対談書、待望の続編!

好評書『大人の発達障害ってそういうことだったのか』の続編企画。今回も一般精神科医と児童精神科医が、大人の発達障害をテーマに忌憚のない意見をぶつけ合う。疾患概念が浸透してきたからこそ浮き彫りになってきた新たな問題点についても深く斬り込んだ。

●A5 頁330 2018年 定価:本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-03616-0]



認知症の心理アセスメント はじめの一步

編集 黒川 由紀子/扇澤史子

認知症にかかわる心理職必携!
アセスメントも支援へのつなぎ方もわかる1冊

検査結果の背景に脳のどんな障害があるのか、イラストと豊富なデータ、事例でしっかり解説し、公認心理師対策にも生かせる「神経心理学」の基本が身につく。病院や地域、福祉施設など様々な場面でのアセスメントと支援、報告書の書き方も明快に提示した。

●B5 頁184 2018年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-03262-9]



今日の耳鼻咽喉科・頭頸部外科治療指針 第4版

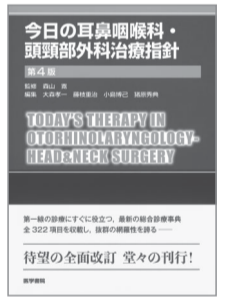
監修 森山 寛

編集 大森孝一/藤枝重治/小島博己/猪原秀典

耳鼻咽喉科・頭頸部外科診療のスタンダードがここに

「総論」では臨床現場で直面する問題から出発し、どう診療を進めるかを解説。著者自身の考える診断に至るまでの過程を示す。「疾患篇」「全般篇」では治療の考え方・進め方の要点、陥りやすい盲点を示し、患者説明に必要なポイント、薬の使い方なども具体的に解説した。

●A5 頁736 2018年 定価:本体16,000円+税 [ISBN978-4-260-03452-4]



2018年9月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

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

公衆衛生 10月号 Vol.82 No.10 1部定価: 本体2,400円+税	子ども政策の総合化・包括化	臨床婦人科産科 9月号 Vol.72 No.9 1部定価: 本体2,700円+税	症例検討会で突っ込まれないための “実践的”婦人科画像の読み方
medicina 9月号 Vol.55 No.10 1部定価: 本体2,600円+税	クリティカル・ケアを極める 一步進んだ総合内科医を目指して	臨床眼科 9月号 Vol.72 No.9 1部定価: 本体2,800円+税	第71回日本臨床眼科学会講演集(7)
総合診療 9月号 Vol.28 No.9 1部定価: 本体2,500円+税	オンコ・ジェネラリスト 「がん」に強い総合診療医をめざして	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 9月号 Vol.90 No.10 1部定価: 本体2,700円+税	どこが変わった 頭頸部癌診療ガイドライン
胃と腸 9月号 Vol.53 No.10 1部定価: 本体3,200円+税	食道表在癌の拡大内視鏡診断 食道学会分類を検証する	臨床泌尿器科 9月号 Vol.72 No.10 1部定価: 本体2,800円+税	停留精巣のすべて 小児から成人への架け橋
BRAIN and NERVE 9月号 Vol.70 No.9 1部定価: 本体2,700円+税	脳神経内科診療に役立つ 精神科の知識	総合リハビリテーション 9月号 Vol.46 No.9 1部定価: 本体2,300円+税	リハビリテーションとグループ療法
精神医学 9月号 Vol.60 No.9 1部定価: 本体2,700円+税	不眠症の治療と睡眠薬	理学療法ジャーナル 9月号 Vol.52 No.9 1部定価: 本体1,800円+税	バランス再考
臨床外科 9月号 Vol.73 No.9 1部定価: 本体2,700円+税	癌手術エキスパートになるための道	臨床検査 増刊 Vol.62 No.10 特別定価: 本体5,000円+税	感染症関連国際ガイドライン 近年のまとめ
臨床整形外科 9月号 Vol.53 No.9 1部定価: 本体2,600円+税	外反母趾の失敗例から学ぶ	病院 9月号 Vol.77 No.9 1部定価: 本体3,000円+税	キャリアとして選ばれる地域病院



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] http://www.igaku-shoin.co.jp
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp