

2010年3月15日

第2871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

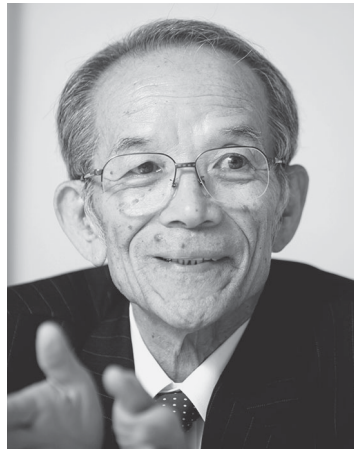
New Medical World Weekly

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] 山口武典氏に聞く
[寄稿] t-PA療法の適切かつ迅速な実施に向けたシステム構築(伊藤泰広)
[寄稿] 脳卒中後のうつと意欲低下(濱聖司)
[連載] 続・アメリカ医療の光と影/第25回 日本環境感染学会



今あらためて俯瞰する、脳卒中治療の現在・過去・未来

interview

山口 武典 氏に聞く 国立循環器病センター名誉総長/日本脳卒中協会理事長

1960年九大医学部卒, 61年九大内科学第2講座入局。68-70年米国メイヨー・クリニック留学。九大医学部講師を経て, 77年国立循環器病センター内科・脳血管部門主任医長。部長, 副院長を経て, 97年病院長, 2000年には総長に就任。01年より名誉総長。この間, 国際脳卒中学会(International Stroke Society) Secretary, Vice-president, Presidentを務める。編書に、『脳卒中ことはじめ』(医学書院), 『よくわかる脳卒中のすべて』(永井書店)など。

長らく日本人の死亡・入院原因の上位を占め, 国民病と言える脳卒中。2005年, rt-PA(遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・アクチベーター)静注療法の認可により新たな局面を迎えた脳卒中治療は, 活発な臨床研究によりその後も次々とエビデンスが提示されている。2009年末には『脳卒中ガイドライン』が5年ぶりに改訂され, 脳卒中治療の新たなスタンダードの詳細が明らかとなった。しかし最新の治療法を最大限に生かすには, 迅速かつシームレスな治療体制の全国規模での構築が不可欠である。そこで本紙では, 日本脳卒中協会の理事長として市民への早期受診の啓発活動などを展開し, 職種, 地域, 官民の壁を越えた制度作りの必要性を訴えている山口武典氏にお話を伺った。

念願の rt-PA 認可から 4 年

—— 昨年末に, 日本脳卒中学会ほか5学会による「脳卒中ガイドライン2009」が発行されました。改訂のポイントはやはり, rt-PA 静注療法が「強く推奨される」と記載され, 有効性が明確に示されたことでしょうか。

山口 ええ。これまでの経緯を考えると感慨深いですね。

実は, 世界初の rt-PA の本格的な臨床

試験は1990-93年にかけて日本で行われているんです。しかし特許権の問題で研究開発がストップし, そこから10年近く足踏み状態が続いてしまいました。

米国では rt-PA (アルテプラゼ) が96年に認可され, カナダや欧州でも次々に承認されていくなか, 「このままでは日本の脳卒中治療の発展が大幅に遅れてしまう」と製薬会社に働きかけを続けた結果, 2002年に日本での rt-PA の治験開始にまでこぎつけました。時間と費用を抑えるため100例に限ったオープントライアルでしたが, 開始前に設定した前提条件をすべてクリアし, 米国の治験に近い結果が出ました。2004年版の脳卒中ガイドラインでは, まだ未承認ながら今後への期待を込め, rt-PA は「推奨グレードA」とされています。

その後ようやく, 日本でも rt-PA が保険適用となったのです。忘れもしない, 2005年10月11日のことです。

—— 認可後は, rt-PA の普

及と適正使用のため, 多くの取り組みをされてきました。

山口 はい。rt-PA の発売と同時に, 脳卒中学会の学会誌に詳細な治療指針¹⁾を掲載しました。また, 各都道府県での適正使用講習会の開催は2008年9月までに180回以上を数え, 技術の浸透に役立っています。2008年の診療報酬改定で超急性期脳卒中加算が設定された際には, rt-PA の投与を行う医師がこの講習会を受講していることが, 加算条件の1つとされました。

—— 現在, 日本での rt-PA 治療はどのような状況でしょうか。

山口 非常にラフな計算ですが, 1年間の脳卒中発症数が20数万例で, その7割が脳梗塞だとすると, rt-PA による治療を受けているのはその2%程度です。少なくとも10%程度を目標にしなければいけないと思います。

最近の調査結果²⁾では, 認可後3年目で rt-PA 治療を1例も実施していない地域が二次医療圏単位だと67あり, 全体の19%に上っています(図1)。都道府県ごとの集計では, 満65歳以上の人口10万人あたりの使用件数で約4倍の開きがあることも確認されています。一概には言えませんが, 地域間格差がまだあることも否めません。

時間の壁を乗り越えるために

—— rt-PA の使用条件である「発症3時間以内」が, やはり壁になっているのでしょうか。

山口 そうですね。診察, CT 撮像, 患者さんへのインフォームド Consent と, 来院から rt-PA 治療の施行まで

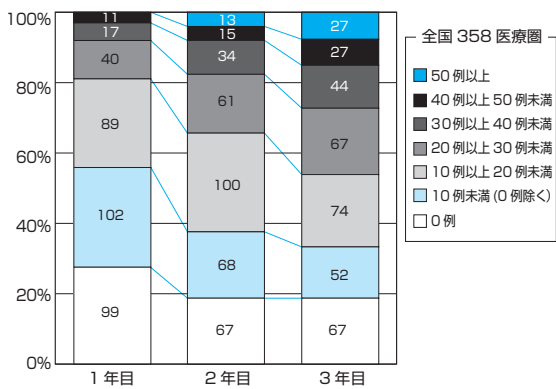
に約1時間はかかりますから, 実質的には発症後, 2時間以内に搬送されなければいけません。

また, 時間制限には間に合っても, 適用基準に合致せず投与できない場合もあります。循環器病センターのデータでは, 症状が出て3時間以内に来院した患者さんのうち, rt-PA が適用になったのは30%程度でした。脳出血やくも膜下出血であったり, 出血性素因がある方, 肝機能や糖尿病が悪化している方, 抗凝固薬を使っている方などには使えませんから, そのトリアージを迅速に行うことも必要だと思います。——ここ数年, 発症から3時間以上経っても rt-PA が適用できるのではないかという議論もあります。

山口 ええ。欧米基準の0.9 mg/kg の臨床試験結果によるものですが(日本での投与基準は0.6 mg/kg), 米国心臓協会・同脳卒中部門(AHA/ASA)は既に, この試験の基準を満たす症例で, 発症から3-4.5時間まで rt-PA の投与が可能と推奨しています。さらに, 発症後9時間まで使える可能性のあるデスマテプラゼという rt-PA 製剤もあり, 海外では既に2つの試験が進行中です(DIAS-3, DIAS-4)。日本でも, この3月から二重盲検試験を行うことが決まっています。良好な結果が示されれば, 患者さんにとって福音になります。

ただいづれにせよ, 治療は早ければ早いほどよいのは確かです。現状では, 3時間の制限をどれだけスムーズにクリアできるか, というところからまず

(2面につづく)



● 図1 二次医療圏別の使用症例数の推移(65歳以上人口10万人当たり症例数別の医療圏数)。グラフは単年ごとの集計であり, 3年間を通じて使用症例数が0なのは47医療圏(文献2より転載)

脳卒中理解のために

医学書院 刊

◎脳卒中の入門書、発症から退院までを絵解きで展開

脳卒中ことはじめ 第2版

編著=山口武典

著=種田二郎・杉本啓子・今井 保・今井由美子・阪本君代・谷川佐智子

脳卒中の患者, 家族向けの入門書。発病から入院, 退院後まで1人の患者さんを主人公にし, その時間に沿って, わかりやすく解説。多数の漫画満載の入門書として, 学生, 研修医にも役立つ。

●A5 頁256 2001年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-11854-5]

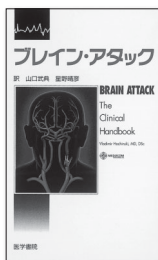
◎ハッチンスキー評点で有名な著者が書き下ろした各種脳発作のハンドブック

ブレイン・アタック

原著=Vladimir Hachinski 訳=山口武典・星野晴彦

ハッチンスキー評点で有名な著者が書き下ろした「ブレイン・アタック」のハンドブック。最新の知識が手際よくまとめられ, 各種脳発作の診断から予後までを概説。

●B6変 頁144 2003年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11887-3]



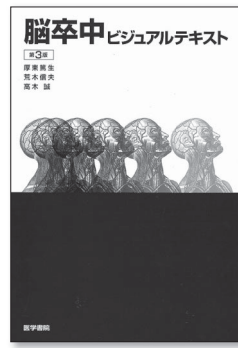
◎<ブレイン・アタック>の新時代に向けたテキスト

脳卒中ビジュアルテキスト 第3版

厚東篤生・荒木信夫・高木 誠

脳卒中の<ビジュアルテキスト>として評判の高い書の全面改訂第3版。ますます読みやすく, 読者からの多くのニーズに応えるように新規執筆陣が全力投球した書。

●A4 頁248 2008年 定価12,600円(本体12,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00027-7]



インタビュー 今あらためて俯瞰する、脳卒中治療の現在・過去・未来

(1面よりつづく)

考えるべきでしょうね。

——今後、rt-PA の治療実績をさらに伸ばし、地域ごとの格差を縮小していくために何が必要でしょうか。

山口 まず大切なのは、一般市民の方々への啓発です。脳卒中協会では、「脳卒中を疑ったらすぐに救急車を呼ぶ」ことを、ポスターやテレビCMなどで訴えています。

もう1つ重要なのは、かけつけた救急隊員が、脳卒中だという適切な判断が下せること、そしてrt-PA 治療ができる病院に迅速に搬送できることです。

——救急隊への教育と、rt-PA を適切に使える病院の情報をオープンにすることが同時に求められているのですか。

山口 そうです。さらに搬送先の病院は24時間365日対応で、ストローク・ユニットを設置してチームで治療にあたる。あるいは地域の病院で連携し、曜日や時間ごとに担当を決めて患者さんを受け入れる。市民への啓発、救急隊への教育と情報開示、病院の受け入れ態勢の整備、この3つが鍵になります。

TIA = 「脳卒中が迫っている」

——今回のガイドラインではもう1つ、TIA (一過性脳虚血発作) の脳梗塞発症リスクが強調され、「治療を直ちに開始しなくてはならない」と、早期介入の重要性が示されていますね。

山口 TIA は本来、脳卒中発作が切迫している状態、切迫発作ととらえるべきなのです。私は以前から、TIA 患者の3割程度は近い将来脳卒中を起こすということを強調してきました。しかし実際は「発作が消えたからもう大丈夫」と放置されることも多くあり、その危険性について、日本の医療界の認識がまだ不十分であるように思います。

——TIA の危険性を示すデータとしては、どんなものがあるのでしょうか。

山口 TIA 発症後90日以内に脳卒中を発症するリスクは15—20%という、海外でのメタ解析が2007年に示されています³⁾。さらに02—07年にかけて、英国で「EXPRESS 試験」が行われました。TIA・軽症脳卒中患者に対して、①まず家庭医の診察を受け、平均20日後に薬物治療を始めた場合と、②すぐに専門医を受診し、平均1日後に薬物治療を開始した場合とをそれぞれ300例前後、2年間かけて調べたのです。すると、TIA 後90日以内の重度の脳卒中発症率が、①の10.3%に対し②では2.1%と著明な差が出ました^{4,5)}。TIA が脳卒中の予備軍であり、できるだけ早期の治療が必要なが明かされているのです。

欧米では、食生活に起因した高度の動脈硬化が起こりやすく、頸部動脈硬化に起因するTIAも多いため、早期治療の気運がこの2,3年で非常に高まっています。日本でも食生活の欧米化は

著しく、動脈硬化性疾患も確実に増えていますので、これからTIAが増加することは十分考えられます。

高血圧や糖尿病、さらに心房細動、脂質異常症などハイリスク群にも目を配り、健康診断や日常診療の場から、啓発を行う必要があると感じています。

——その意味で、かかりつけ医、地域の開業医の方々に、脳卒中への認識をより深めてもらうことも大切なのではないのでしょうか。

山口 ええ。発症予防のみならず、再発予防においてもそれは言えますね。脳卒中協会でも以前アンケート調査を行ったところ、3人に1人が再発予防薬を一生服用しなければならないことを理解しておらず、4人に1人が自己判断で薬剤の服用を中止しているという結果が出ました。知識不足からくるこうしたリスクを低減するための脳卒中患者や患者予備軍の教育には、地域に密着した診療を行っている医師の方々の役割が大きいと思います。

法制化で制度的対応を

——国内の隅々にまで脳卒中の知識が浸透し治療体制が確立されるために、法律制定の必要性を訴え、準備を進めていらっしゃるんですね。

山口 2008年に脳卒中協会内で脳卒中対策検討特別委員会を設置、脳卒中対策基本法の要綱案を作成し、09年6月に公表しました(図2)。10月には、脳卒中協会を含め11の学術・職能団体が集まり、脳卒中対策立法化推進協議会を設立しています。

——基本法ができると、脳卒中への対応はどう変わるのでしょうか。

山口 今、一般市民の方々に脳卒中について知ってもらうためにはボランティア的な活動を行うしか方法がありませんが、それには限界があります。法律ができれば、自治体主導で幅広く持続的な啓発活動や患者教育を行えます。

また、省庁や地域の壁を取り払った制度的な対応も可能になります。現在救急隊は総務省消防庁、病院と医師は厚生労働省、医学教育は文部科学省と振り分けられていますが、医療界全体で脳卒中に立ち向かうには、行政の縦割りにとらわれない教育や情報統括が必要です。

救急隊への教育はもちろんですが、医学部での脳卒中教育も大学によって充実度にかなり差がある状況です。均質化を図らねばなりません。——国レベルで、診療や研究の質の底上げを行うということですね。

山口 はい。現状では、ヘリコプターを使ってもrt-PAの時間制限に間に合わない離島も存在しています。そうした地域を救う遠隔医療も、法制化で整備が進むと思います。

さらに、病院ごとの脳卒中医療の質を評価できる体制を、将来的なライセンス制も視野に入れつつ、全国規模で

作りたいと考えています。

そのために、発症状況、搬送状況や治療転帰などの情報を一括管理して、今後の脳卒中医療のレベルアップに生かすことも重要です。現在は脳卒中協会にデータバンク部門(責任者:鳥根大・小林祥泰氏)をつくって発症登録を行っています。個人情報保護や登録後のフォローアップなどの面でも、法律ができればさらにスムーズなデータベース構築が可能になります。

——長いスパンで見ると、医療経済へのメリットも考えられるのでしょうか。

山口 現在重度の要介護認定を受ける原因の約4割を脳卒中が占め、疾患別の入院期間も最長です。早期治療により、リハビリや長期入院にかかる医療費は削減できると考えられます。それに寝たきりの患者さんが減り、元気に動ける人が増えれば、社会全体の活性化にもつながると思いますよ。

国民的疾患に目を向けて

——先生は、50年近く脳卒中とともに歩んでこられていますね。

山口 振り返ってみるとそうですね。今は3位ですが、1951年から30年あまり、脳卒中は日本人の死因の第1位でした。しかし私が医師になったころには、日本で脳卒中を専門にしようという人は極めて少なかったです。脳卒中はラテン語でアポブレキシー(Apoplexia)と言いますが、「あの人はアポット」でひとくくりにしてしまうような状況で、今思うと梗塞か出血かもきちんと判断できていませんでしたね。

当時の死亡診断書の統計では、日本での脳卒中による死亡のうち70%以上が脳出血で、他国の統計と比べ突出して出血が多かったのですが、あるとき米国の研究者に、その原因は日本の診断レベルが低いことにあると言われ、誤診の多さを指摘されました。九大の勝木司馬之助教授(当時)が、その真相解明のためには真の意味の疫学調査が必要であることを痛感され、それが一連の久山町研究のきっかけとなりました。ちょうど、私が勝木先生のもとに入局した1961年のことです。

結局、研究を始めて5年後までのデータで、脳出血と脳梗塞の死亡がほぼ同数となり、それまでの死亡診断書に基づく統計が必ずしも正しくなかったことが判明しました。

——循環器病センターが設立されてから、やはり変化があったのでしょうか。

山口 設立当初はやはり脳卒中より心疾患がメインで、初めはCTもない状態でした。ただ、当時はまだ抗凝固薬があまり使われておらず、心房細動の患者さんがよく脳卒中を起こしていました。心臓内科からそうした患者さんがしばしば運び込まれてきたので、

予防と発症時の適切な対応に関する市民啓発

全国どこでも、適切な救急搬送・救急受診によって速やかに脳卒中医療が開始され、維持期まで継ぎ目なく継続されること

脳卒中後遺症患者と家族の、生活の質を維持・向上させ、社会参加を促すこと

専門的、学術的、総合的な教育・研究の推進、普及、活用

情報収集体制を整備し、分析し、活用すること

●図2 脳卒中対策基本法(案)の基本理念

とにかく勉強して、対応する必要がありました。そのうちまとまった臨床データも出始め、レジデントも全国から集まるようになったのです。

循環器病センター出身者を含め、脳卒中に一生懸命取り組む医師が全国に少しずつ増えてきていること。そしてCTからMRI・MRA、さらにはrt-PAと、医療機器や薬剤が大きく進歩して脳卒中の病態が解明されるとともに、治療の道筋が示されるようになってきたこと。それらが積み重なり、脳卒中は今、ずいぶん注目を浴びる存在になってきたと感じます。

——国民的疾患として、さらに治療の裾野を広げていく必要がありますね。

山口 脳卒中は、発症時の迅速な治療が求められるとともに、回復までの道のりも長く、患者さんだけでなく医師や病院にも負担の大きい疾患です。しかし、だからこそより多くの医師に取り組みしてほしい疾患でもあるのです。

脳卒中症例のうちの約80%は内科的疾患ととらえられると思いますが、日本では脳神経外科の医師のほうが脳卒中への取り組みが熱心で、内科医は一步引いてしまっているように感じます。私が望むのは、内科系の医師も脳卒中にもっともっと興味を持って、急性期でも正面から向かってほしいということです。血管撮影や、カテーテル治療の修練も積んで、脳卒中の現場で頑張ってくれる人が増えることを期待しています。

——ありがとうございました。(了)

文献

- 1) 日本脳卒中学会医療向上・社会保険委員会 rt-PA (アルテプラゼ) 静注療法指針部会メンバー. アルテプラゼによる血栓溶解療法の指針. 脳卒中. 2005; 27(2): 327-53.
- 2) 端和夫ほか. 我が国における脳梗塞 rt-PA (アルテプラゼ) 静注療法の普及——日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会適正使用部会の取り組みと成果. 脳卒中. 2010; 32(1): 1-11.
- 3) Wu CM, et al. Early risk of stroke after transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2007; 167(22): 2417-22.
- 4) Rothwell PM, et al. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. Lancet. 2007; 370(9596): 1432-42.
- 5) Luengo-Fernandez R, et al. Effect of urgent treatment for transient ischaemic attack and minor stroke on disability and hospital costs (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. Lancet Neurol. 2009; 8(3): 235-43.

「認知症」「摂食・嚥下障害」の項を加え、さらに最新の知見で全体の記述を充実

<JNブックス> 絵でみる脳と神経 第3版 しきみと障害のメカニズム

脳と神経を学ぶ学生必携のベスト&ロングセラー待望の第3版。研究と実践で近年著しい発展がみられる「認知症」「摂食・嚥下障害」の項を新たに追加。また脳梗塞の内科治療、頭痛、脳卒中・言語障害のリハビリテーションの記述も更新するなど、最新の知見をもとに全体を見直し。不動の名著がさらに内容を充実して登場!

馬場元毅
東埼玉総合病院附属清地クリニック・脳神経外科

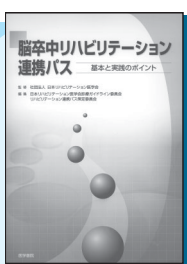


地域における脳卒中リハビリテーション連携バス実践のためのヒント集

脳卒中リハビリテーション連携バス 基本と実践のポイント

地域における診療連携ネットワーク重視の流れがますます加速していくなか、脳卒中は国民の健康・福祉に与える影響が極めて大きな疾患であり、診療連携体制の構築は必要不可欠である。本書は、「脳卒中治療ガイドライン」の実践版という位置づけで、地域におけるリハビリテーション連携のためのツールである「連携バス」を実践するためのヒント集となっている。

監修 編集
社団法人日本リハビリテーション医学会
日本リハビリテーション医学会
診療ガイドライン委員会
リハビリテーション連携バス策定委員会



寄稿

t-PA 療法の適切かつ迅速な実施に向けたシステム構築

脳卒中プレホスピタルスケールと t-PA 療法用電子パス診療システム

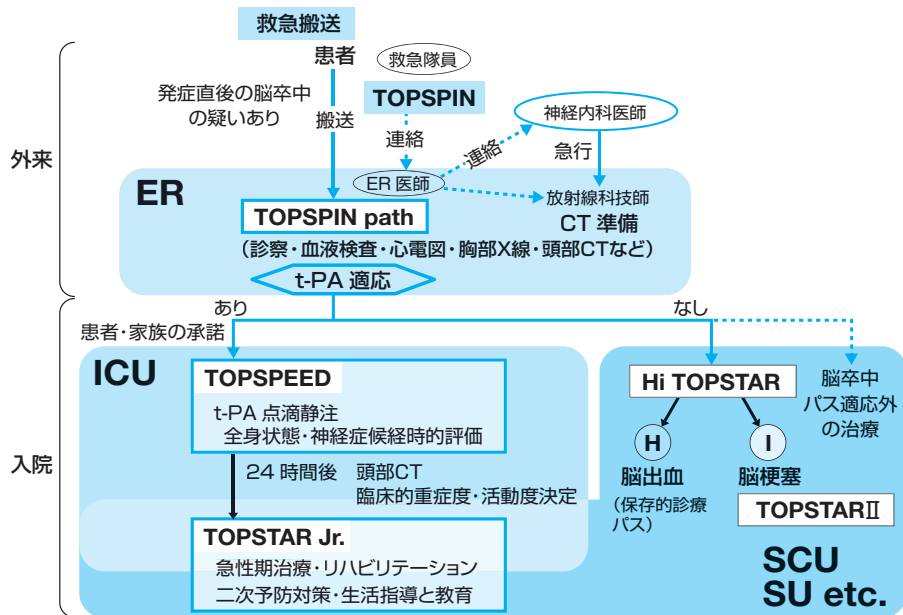
伊藤 泰広 トヨタ記念病院神経内科部長

t-PA 療法が進まない理由

わが国で発症3時間以内の超急性期脳梗塞症例に対し、閉塞血管の再開通を目的とした経静脈的 t-PA 療法(以下、t-PA 療法)が認可され、4年経った。しかし、t-PA 療法の恩恵に浴する患者は脳梗塞患者全体の2-3%といまだ少ない。

発症後3時間以内に治療できない理由には、①患者・家族自身の「遅れ」、②救急搬送の「遅れ」、③到着医療機関内の診療の「遅れ」、という3つの要因が指摘されている。米国心臓病学会では、t-PA 療法を効率的に実施するには「7つのD」、すなわち Detection (患者が脳卒中発症に気付く)、Dispatch (救急隊の出勤)、Delivery (適切な医療機関への救急搬送)、Door (救急外来での適切な初期治療)、Data (適切な検査)、Decision (適切な治療判断)、Drug (薬剤投与) が良好に連鎖すべきであるとしている。したがって、発症後の限られた時間を有効に活用することが鍵で、病院前(プレホスピタル)からの救急活動が重要となる。

わが国では、救急隊による脳卒中患者の適切な病院前トリアージと、応急処置、適切な専門医療機関への迅速・安全な搬送手法を標準化した脳卒中病院前救護(Prehospital Stroke Life Support: PSLS)が考案され、普及しつつある。そして、そのPSLSで使用するツールが「脳卒中プレホスピタルスケール」である。これは、救急隊が接触した患者が脳卒中の可能性が高い場合、脳卒中専門医療機関を選定し、到着前から詳細情報を医療機関へ伝えるもので、当院では2006年12月から豊田市救急隊と脳卒中プレホスピタルスケールTOPSPIN⁽¹⁾を導入し、運用している(表1)。そのほかには米国シンシナティ病院前脳卒中スケール(CPSS)、ロサンゼルス病院前脳卒中スクリーン



●図 トヨタ記念病院のt-PA療法を含めた脳梗塞電子パス診療システム

TOPSPIN pathにより、脳卒中の診断とt-PA療法の適否のスクリーニングを行う。脳梗塞でt-PA療法適応の場合はt-PA療法がTOPSPEED、後療法がTOPSTAR Jr.と、3つの連続したパスで遂行する(3TOP system)。適応のない脳梗塞症例や軽症脳出血症例は、通常の脳梗塞診療パス(Hi TOPSTAR)で診療が行われる。

(LAPSS)、倉敷病院前脳卒中スケール(KPSS)、マリア病院前脳卒中スケール(MPSS)などがあり、評価項目は各スケールにより異なっている(表2)。

TOPSPIN が短時間で確実な情報伝達を可能にした

当院では、救急隊が患者接触時に、脳卒中を疑い、かつその症状が「出現後間もない」と断定・推測される場合、TOPSPINで評価して連絡・搬送を行っている。TOPSPINは、①意識、②心房細動、③言語障害、④上肢および⑤下肢の片麻痺を評価する。心房細動を評価項目に挙げているのは、心房細動は心原性脳塞栓を来しやすく、また脳塞栓はt-PA療法の適応になる可能性が高いためである。

実際には、救急隊は現場からER医に、例えば「TOPSPINで1-2-1-2-1、合計7点です」というように、合計点と共に各項目の素点を通報する。救急隊か

ら連絡を受けたER医は、直ちに神経内科オンコール医にTOPSPIN症例が救急搬送される旨と、その合計点と各素点とを同じく連絡する。この時点で神経内科医はERへ急行する。合計点に加え各素点を通知することで、重症度以外に搬送患者の臨床症候の概要が把握できる。また5桁の数字のため、従来交わされていた著述的な患者情報に比べ、情報を確実に短時間で伝達でき、搬送時間の節約にも役立つ。

2006年12月から2010年1月までにTOPSPINにより搬送された患者数は488名であり、TOPSPINによる救急隊の脳卒中適中率は74%であった。うち脳梗塞は191例(39%)、脳出血は150例(31%)であり、t-PA療法は33例(6.8%)に施行された(表3)。

TOPSPIN に連動した t-PA 療法用電子パス診療システム

このTOPSPINの脳卒中適中率を踏

●表1 TOPSPINの概要(文献1より引用)

意識状態	清明	0点
	清明ではない	1点
	共同偏視あり	2点
心房細動	なし	0点
	あり	2点
名前を聞く	正解	0点
	正解、しゃべりにくい	1点
	答えられない	2点
両上肢を拳上させる	左右差なく出来る	0点
	片方の上肢が少しでも上がりにくい	1点
	片方の上肢が動かない	2点
両膝を屈曲させる	左右差なく出来る	0点
	片方の膝が少しでも曲げにくい	1点
	片方の下肢が動かない	2点

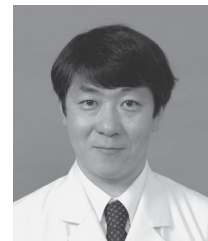
発症間もない脳卒中が疑われたら、第一報と同時に書き点数をつける

●表2 各脳卒中プレホスピタルスケールの評価項目

	CPSS	LAPSS	KPSS	MPS	TOPSPIN
神経学的評価項目					
意識状態			○		○
発語	○		○	○	○
麻痺	○	○	○	○	○
顔面	○	○			
上肢	○	○	○(左)	○	○
握力	○				
下肢			○(左)		○
その他の評価項目					
年齢(46歳以上)		○			
てんかん既往		○			
発症前ADL		○			
血糖値		○			
心房細動					○
得点項目					
合計点			○(13点)	○(5点)	○(10点)
素点					○

●表3 TOPSPIN搬送例の疾患別内訳とt-PA療法の割合(2006年12月12日-2010年1月31日)

総数	488
脳梗塞	191
一過性脳虚血発作	11
脳出血	150
くも膜下出血	8
慢性硬膜下血腫	1
血管迷走神経性失神	15
低血糖	10
痙攣	25
その他	77
t-PA 静注療法	33
TOPSPINの全脳梗塞入院に対する割合	26.5%
TOPSPINにおけるt-PA療法の割合	6.8%
TOPSPINによる搬送頻度	2.34日/人



●伊藤泰広氏
1988年名大医学部卒。同年名古屋第二赤十字病院で研修医、神経内科医として勤務。94年名大大学院、98年国立療養所名古屋東病院神経内科、99年ドイツ・ビュルツブルグ大神経内科臨床神経細胞学部門、2003年トヨタ記念病院神経内科を経て、04年より現職。

まえ、当院では2007年4月からTOPSPINに連動したt-PA療法用電子パス診療システム(3TOP system)を構築し、運用している(図)。これは、TOPSPINで搬送された患者がER到着後、脳卒中の診断と、t-PA療法の適否を迅速に判断し治療できるようにするためのシステムである。

第一段階は、TOPSPINで救急搬送された患者がERに到着した際に、①脳卒中か否か、②脳梗塞の場合、t-PA療法の適応例か否か、を診断するための検査パス(TOPSPIN path)である。第二段階は、TOPSPIN pathの結果、TOPSPIN搬送例が脳梗塞超急性期でt-PA療法の適応と判断され、かつ本人・家族の了承が得られた場合のt-PA療法実施パスTOPSPEED⁽²⁾である。そして第三段階は、t-PA療法終了後、その後の急性期治療を継続し、活動度(安静度)やリハビリテーション、危険因子の検索と二次予防、患者・家族教育を網羅する診療パスTOPSTAR Jr.⁽³⁾である。

このTOPSPINと3TOP systemの導入により、救急隊を脳卒中チーム診療のファーストランナーとして、院内外のt-PA療法を中心とした脳卒中診療体制の迅速化、標準化、徹底化が図られ、診療に役立っている。

欧米ではECASS IIIの結果を踏まえ³⁾、ガイドライン上t-PA療法が4.5時間まで延長されつつある。わが国で4.5時間まで延長可能かは日本人による効果を検証する必要があるが、より早期に診断し、治療できるに越したことはない。脳卒中救急医療体制が各地域で整備されることが望まれる。

●註

- (1) TOYOTA prehospital stroke scale for t-PA intravenous therapy; 経静脈的 t-PA 療法のためのトヨタ脳卒中プレホスピタルスケール
- (2) TOYOTA path for stroke with t-PA therapy after emergency evaluation and decision; 緊急評価と決定後の t-PA 療法のためのトヨタ脳卒中パス
- (3) TOYOTA path for stroke treatment, activity and rehabilitation judged by reexaminations; 再評価で決定された治療、活動度、リハビリテーションのためのトヨタ脳卒中パス

●文献

- 1) 辻裕丈, 他. TOPSPIN: TOYOTA prehospital stroke scale for t-PA intravenous therapy (経静脈的 t-PA 療法のためのトヨタ脳卒中プレホスピタルスケール) を用いた救急隊との前方連携. 脳卒中. 2008; 30(5): 643-50.
- 2) Hacke W, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2008; 359(13): 1317-29.

生活習慣病や認知症の最新知見も盛り込んだ、高齢者リハビリテーションの定番書

老人のリハビリテーション 第7版

高齢期に生じる疾患とその障害のリハビリテーションについて、見やすい図表を随所に取り入れた定番書の第7版。今版では、要望が多かった生活習慣病や認知症についての最新の知見が盛り込まれ、脊髄損傷、切断、関節リウマチの項目もそれぞれ追加した。超高齢社会に生きる現代の医療者待望の改訂である。

監修 福井 園彦
鹿島総合リハビリテーション研究所 所長
著 前田 真治
国際医療福祉大学教授



PT・OT養成校向けの定評あるテキストブック

義肢装具学 第4版

理学療法士・作業療法士養成校向けの教科書として版を重ねる好評書。改版に際し、講義のしやすさ、学生の学びやすさを追求して、目次立てを再編成した。各部位ごとの義肢、疾患に則った装具に関する内容はもちろん、バイオメカニクス、切断に関する総論的な記述、生活支援に関わる補装具なども、図解、写真を数多く取り入れて解説している。

編集 川村次郎
日下病院 名譽院長
陳 隆明
兵庫県立総合リハビリテーションセンター
リハビリテーション中央病院
整形外科部長/リハビリテーション科部長
古川 宏
神戸学院大学教授・総合リハビリテーション学部
林 義孝
大阪府立大学大学院教授・総合リハビリテーション学部学部長



脳卒中後のうつと意欲低下

寄稿 = 濱 聖司 信愛会日比野病院リハビリテーション科/広島大学大学院医歯薬学研究所(脳神経外科)

脳卒中後の Depression (抑うつ) と Apathy (意欲低下) は、混同されることが多い。また、診療科が異なるとそれぞれの言葉が表す症状が異なる場合もあり、必ずしも厳密な定義が定まっているわけではない。特に、精神科領域では Apathy という用語が単独で使われることは極めて少なく、Depression の症状の一部で治りにくいものを指すと考えられている。一方神経内科領域では、Depression と Apathy は一般的に分離して考えられるが、両者に共通する症状もあるため、その差異が問題になることも多い。こうした状況の背景としては、精神・心理学的な症候の診断には診断者の主観も入りやすく、クリア・カットな診断が難しいこともあると考えられる。

本稿では、Depression と Apathy を便宜的に、広義の Post-Stroke Depression (脳卒中後うつ病: PSD) の2つの大きな核となる症状とみなし、従来の PSD の研究結果におけるあいまいな点をなるべく明らかにしていきたい。

PSD の核・Apathy と Depression

うつ病の治療過程で、不眠などの身体症状や気分障害(鬱々とした気持ちなど)は比較的早い段階で治ることが多い一方で、Apathy は治りにくいと言われている。脳卒中後には Apathy が認められやすく、よって PSD (無症候の潜在性脳卒中後の PSD も含む) は脳卒中に関係しないうつ病よりも治りにくいとされ、Apathy は PSD の治療抵抗性に関与していることが示唆されている¹⁾。

さらに PSD を呈すると、機能障害へのリハビリの効果も得られにくいことが広く知られているものの²⁾、PSD における Apathy がリハビリに与える影響について論じられた報告はほぼなかった。そこでわれわれは、脳卒中後に機能障害を呈し入院してリハビリを行っている症例を対象として、Depression と Apathy の症状とそれらが機

●表 機能の改善因子に関する多変量解析

	1 週あたりの FIM 改善度			
	45-65 歳		66 歳以上	
	SC	p	SC	p
障害受容段階	-0.078	0.5213	0.091	0.381
固執スコア	-0.07	0.5551	0.218	0.0348
BRS 上肢	-0.083	0.7871	-0.314	0.1487
BRS 手指	-0.236	0.3957	0.215	0.3025
BRS 下肢	0.193	0.3284	0.258	0.0833
CT サイズ	0.034	0.7877	-0.122	0.2084
脳卒中の既往	0.049	0.6734	-0.084	0.3743
入院期間	-0.113	0.4671	-0.222	0.0309
年齢	0.127	0.287	-0.151	0.098
性別	-0.045	0.692	-0.055	0.545
入院時 FIM	-0.288	0.1123	-0.341	0.0073

SC: Standardized Coefficient, BRS: Brunnstrom Recovery Scale, FIM: Functional Independence Measurement. ADL 障害の評価は、入院中の FIM 点数の変化を入院期間で割って算出(入院中の1週間あたりの FIM 改善度)。

能予後に及ぼす影響を調べてみた。多変量解析の結果、Depression より Apathy が強いほうが、リハビリの効果は減少する傾向がみられた³⁾。よって Apathy は PSD 治療の妨げとなるだけでなく、リハビリによる機能回復も妨げる要因になっていることがわかった。

次に Depression, Apathy と、認知機能との関連を調査した。注意障害を CAT (標準注意検査法)、記憶力障害をリバーミード行動記憶検査で調べたところ、Depression と Apathy いずれかの症状を呈した群で両方の障害が強く認められ、認知機能の低下がリハビリ効果を妨げる要因の1つである可能性が示唆された。

1980年代から、PSD は脳卒中の病変部位と関連することが多くの論文で指摘されてきたが、いまだに議論は決していない。そこで従来の検討方法とは異なり、PSD を Depression と Apathy に分け、それぞれの症状において前頭葉と基底核病変が「なし」「右側のみあり」「左側のみあり」「両側にあり」の4つに分類した⁴⁾。すると Depression は左前頭葉と、Apathy は両側基底核病変と相関が認められ、前者は Depression の左前頭葉仮説⁵⁾、後者もパーキンソン病などを対象にした多数の報告における Apathy の責任病巣と一致し⁶⁾、これまでの報告を整理できる結果となった。また、脳卒中後の Depression と Apathy に、それぞれ別の神経基盤が存在する可能性が考えられた。

今まで論じられ

てきた PSD には、少なくとも Depressive factor と Apathetic factor という2つの核があり、両者を整理し評価していくことが、PSD の本質をとらえることにつながると考えられる。ただ、脳卒中後の麻痺などで今まであった機能を失ったことによる「喪失体験(Mourning process)」が、Depression や Apathy を引き起こしている可能性もある。検査結果だけでうつ病と決め込むことは危険で、結果の評価には十分な配慮が必要である。

「大きな決断」への配慮を

うつ病患者は、「がんばらなければならぬ」ことは誰よりもわかっているもののように動けず苦しむ、追い詰められ、時に死まで思い至ることがある⁷⁾。そのためうつ病が軽快するまでは、「がんばり」が必要になるような大きな決断は避けようとするのが一般的である。一方で、脳卒中患者は抑うつ傾向になりやすいにもかかわらず、障害を受容する必要性から、麻痺が治らないことなどをストレートに宣告されることがある。麻痺の宣告は、患者にとっては大きな決断を要する事態だと考えられないだろうか?

脳卒中後の患者への接し方にはさまざまな意見があるが、まとまった報告は極めて少ない。そこでわれわれは、患者に予想される心情について、「障害の受容」度合いを Fink の危機モデルに基づいて4段階で評価する一方、「固執(失われた機能についていつまでもよくよと思ひ悩む)も強さに応じて4段階で他者評価し、それぞれの心情がリハビリ中の機能回復に与える影響に焦点を当てて調べてみた⁷⁾。すると驚くことに、固執があると Depression, Apathy とともにスコアが低下した(図)。さらに多変量解析を行うと、1週間あたりの FIM (機能的自立度評価表) 改善度と相関があるのは障害受容ではなく固執の程度であり、固執があるほうがリハビリの効果を得られやすいという結果となった(表)。例外として固執の程度が最も強い4段階になると、Depression, Apathy とともに高値となり、リハビリによる機能回復も小さくなる可能性があることが示唆された。

脳卒中患者には、麻痺を受け入れようとする気持ち(そうした気持ちを持つことは大切だが、心にダメージを与える)と、いつかは以前の自分に戻れるという気持ち(固執であり希望。心に一時的な安静をもたらす)があり、2つの相反する気持ちが代わる代わる

●濱聖司氏

1992年広島大医学部卒。同大脳神経外科に入院。同大病院、国立がんセンター研究所薬効試験部、国立病院機構四国がんセンターなどを経て、2000年より朋和会西広島リハビリテーション病院。07年より現職。

現れることで、心のダメージを和らげつつ現実を受け入れようとする、という考えがある⁸⁾。脳卒中後、一気に障害を受容するのではなく、期待を抱きつつも少しずつ現実を受け入れていくとすることで、心理的に不安定な状態(Depression や Apathy)を最小限に抑えながらスムーズに障害を受容でき、結果としてリハビリの効果も得やすいとも考えられる⁷⁾。

脳卒中患者の中には少数だが固執が非常に強い人々がおり、彼らは重度の Depression や Apathy を伴い、リハビリに対して消極的で、スタッフの手を煩わせてしまうことから悪い印象が残りがち。そこから固執=リハビリ阻害因子、という経験的な図式が作り上げられた可能性がある。しかし、脳卒中後の患者に接する場合、固執は必ずしも悪影響ばかりではないことを考慮し、機械的に障害を受容を押しつけるのではなく、患者個々に合わせた配慮を心がける必要がある。

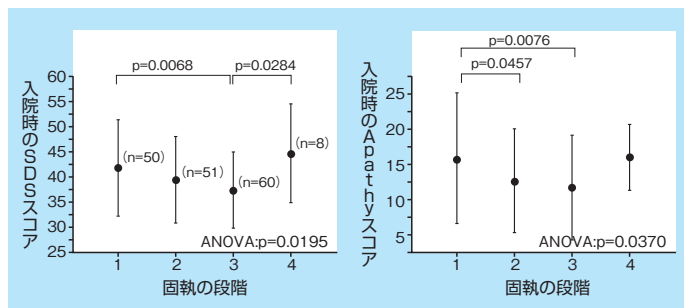
なお今回の検討で、300例程度の脳卒中患者に現時点での希望を尋ねたところ、「発症前のように手足を動かしたい」という答えはほとんど返ってこなかった。脳卒中後の患者は、治療スタッフが考えている以上に自身の状態を理解していることが多いのではないと思われる。固執があるように見える患者でも、案外自らのことはよくわかっているのではないかと、という考えも頭において、接する必要があるかもしれない。

謝辞

この内容は、第33回日本高次脳機能障害学会で発表し、詳細は『高次脳機能研究』誌にも掲載予定です。ご協力いただいた広島大学大学院神経精神医学講座・山脇成人先生と山下英尚先生ならびに近畿大教職教育部(発達心理学)・加藤豊比古先生に深謝申し上げます。

文献

- 1) 野村総一郎. 内科医のためのうつ病診療. 医学書院; 1998.
- 2) Singh A, et al. Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression: the Sunnybrook Stroke Study. Stroke. 2000; 31(3): 637-44.
- 3) Hama S, et al. Depression or apathy and functional recovery after stroke. Int J Geriatr Psychiatry. 2007; 22(10): 1046-51.
- 4) Hama S, et al. Post-stroke affective or apathetic depression and lesion location: left frontal lobe and bilateral basal ganglia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2007; 257(3): 149-52.
- 5) Robinson RG, et al. Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. Stroke. 1982; 13(5): 635-41.
- 6) 小林祥泰編. 脳疾患によるアパシー(意欲障害)の臨床. 新興医学出版社; 2008.
- 7) Hama S, et al. 'Insistence on recovery' as a positive prognostic factor in Japanese stroke patients. Psychiatry Clin Neurosci. 2008; 2(4): 386-95.
- 8) Moos RH, et al. The crisis of physical illness: an overview. In: Moos RH, editors. Coping with physical illness. Plenum Medical Book; 1977. p.3-21.



●図 固執と Depression, Apathy の関係

固執は、健康なころの自分の姿を思い出してよくよと考え込むような言動があるかをスタッフが観察、程度により1: ない, 2: 軽度(ときどき), 3: 中程度(しばしば), 4: 高度(いつも)に分類、評価。Depression は SDS (Self-rating Depression Scale), Apathy は Apathy score で評価。固執レベルの上昇につれ、Depression と Apathy のスコアは低下する。しかし固執が4まで上がると、両者のスコアも最高値となる。

病態の把握と装具の適応が完璧に記された

脳卒中の下肢装具 病態に対応した装具の選択法

装具療法の中で、脳卒中に対する短下肢装具療法は一般的なものであるが、装具の種類が多く(約30種類)、かつ患者の病態もさまざまであるため、そのフィッティングは容易ではない。本書では、著者が長年培ってきた病態の把握と装具の適応の妙案を完璧にまとめている。脳卒中患者の歩行において何が問題となっているかを把握したうえで、それぞれの下肢装具の特徴と機能(素材、継手、向き/不向きなど)に合わせた適合を、一通りマスターすることができる。

渡邊英夫
佐賀大学名誉教授

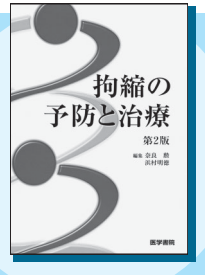


拘縮の病理・予防・治療がこの1冊でわかる

拘縮の予防と治療 第2版

リハビリテーションに携わる誰もが遭遇する拘縮。しかし、その予防と治療は難しく、十分な対応をとりにくいのが現実である。本書は、PT、OT、その他関連職種のために、拘縮の病理・病態生理、予防と治療といった一連の知識と技術をわかりやすく提示。改訂第2版では最新の知見を加えるとともに、拘縮に対する装具・運動器療法の項を新設した。

編集 奈良 勲
神戸学院大学教授・総合リハビリテーション部
濱村明徳
小倉リハビリテーション病院 院長



続
アメリカ医療の
光と影

第170回

乳癌検診をめぐる
大論争③

李 啓充 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ：2009年11月、合衆国予防医療タスクフォースがマンモグラフィの開始年齢を遅らせるだけでなく回数を減らす新ガイドラインを発表した途端、患者・医師から「乳癌患者に死ぬと言うのか!」とする怒りの声が噴出した。

論争の影に「政治」と「金」

タスクフォースにとって非常にタイミングが悪かったことに、新ガイドラインが発表された2009年11月当時、米国では、医療保険制度改革をめぐる、民主党と共和党との間で激しい政治的攻防が繰り返されていた。保険会社への規制を強め、既往疾患を理由に保険加入を断ったり病気になった後に保険を取り消したりする行為を禁止しようとする民主党に対し、共和党は「政府は医療に介入するな」と厳しく反発していたのである。

そんなところに、タスクフォースが「乳癌検診の開始を遅らせ回数も減らす」とする新ガイドラインを作成したことに、共和党は、すぐさま、「大きな政府による医療の見本。政府の委員会が、個人が決めべき医療上の決定に介入するだけでなく、医療費を抑制するために配給制を実施しようとしている」とするキャンペーンを展開した。タスクフォースは科学的エビデンスのみに基づいて新ガイドラインを作成したに過ぎないのだが、共和党にとって、「科学」に基づいた論議をする気などさらさらなかった。政治的に利用して国民の怒りを煽ればそれでよかったのである。委員たちを任命したのはブッシュ政権だった事実も棚に上げて、民主党・オバマ政権を攻撃する材料として利用したのだった。

一方、新ガイドラインが医療保険制度改革案攻撃の材料とされる事態に、民主党も新ガイドラインに対し距離を置く姿勢をとった。さらに、「新ガイドラインが保険会社のコスト抑制の道具にされる」とする国民の不安を静めるために、上院で審議中だった医療制度改革法案に「マンモグラフィへの保

険給付を40歳以上で保証する」修正条項を付け加えた上、下院では「新ガイドラインを保険給付拒否の根拠としてはならない」とする決議案を426対0で可決したのだった。

かくして、科学的エビデンスのみに基づいて作成されたガイドラインが、タイミングの悪さもあって政争の具に使われるという憂き目にあったのだが、新ガイドラインに対する対応は、乳癌患者団体の間でも両極端に分かれた。「全米乳癌連合(National Breast Cancer Coalition)」が新ガイドラインに対する積極的な支持を表明する一方で、ピンクリボンで有名な「スーザン・G・コーメン乳癌財団(Suzan G. Komen for The Cure, 以下コーメン財団)」は、強く反対した。

両団体の対応が正反対なものとなったことと関連して、ウォールストリートジャーナル紙は、コーメン財団が、マンモグラフィ関連機器を製造する企業から巨額の資金援助を受けていた事実を指摘した。マンモグラフィは「年商」40億ドルの巨大ビジネスとなっている現実があるだけに、医療機器メーカーが新ガイドライン潰しに躍起となったとしても不思議はないのである。

スクリーニングの「利益」と「害」

以上が、乳癌検診新ガイドラインをめぐる騒動の概要であるが、2009年は、前立腺癌、子宮頸癌についても、スクリーニング・プロトコルの見直しが議論となった。

まず、前立腺癌だが、PSAによるスクリーニングについては、いまだに死亡率を減らすという確かなエビデンスは存在しない。そんなところに、3月、米国および欧州での大規模スタディ結果が2件報告されたのであるが、米国からの報告(註1)が「死亡する一方で率減少効果を認めなかった」とする一方で、ヨーロッパからの報告(註2)は「死亡率減少効果は約2割とmodestであったのに対し、過剰診断・過剰治療の頻度は高かった」とするものだった。前立腺癌死亡を1人減らす効果を得るために、1480人をスクリーニングし、48人を治療しなければならなかったのである。

「御利益は限られている一方、スクリーニングをすることででもたらされる『害』も看過し得ない」というジレンマが明らかになったという意味では、乳癌におけるマンモグラフィと非常に酷似しているのだが、このジレンマを反映して、学術団体による対応も一致していない。米泌尿器学会がPSAによるスクリーニングに積極的意義を認めているのに対して、米家庭医学会はその意義を疑問視しているのである。

また、タスクフォースが乳癌の新ガイドラインを発表した直後、米産婦人科学会が、PAPスミアのガイドライン

改訂を行った。これまで「性的にアクティブになってから3年以内、少なくとも21歳までに始める」としていた開始年齢を「21歳から」と改め、さらに、検査頻度についてもこれまでより少なくてもよいとしたのだった。改訂の理由は、例えば、若年者に生検をした場合、子宮頸部の損傷が妊娠時の合併症の原因となるなど、やはり、スクリーニングをすることででもたらされる「害」を重視したことにある(註3)。

というわけで、2009年は、乳癌、前立腺癌、子宮頸癌と、三つの癌について、スクリーニングの「害」が強調される年となった。理論的には、癌(それも治療すべき癌だけ)を早期発見できればそれに越したことはないのだが、われわれに現在使用しうるスクリーニング法は、的中率も低いし、害も無視できないものばかりである。「百発百中」の完璧なスクリーニング法を持ち合わせていない以上、個々の方法について「利益」と「害」を秤にかけてながら、ベストのやり方を探る以外に道はないようである。

(この項おわり)

- 註1: Andriole GL, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med. 2009; 360(17): 1310-9.
 註2: Schröder FH, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med. 2009; 360(13): 1320-8.
 註3: ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No.109: Cervical cytology screening. Obstet Gynecol. 2009; 114(6): 1409-20.

第25回日本環境感染学会開催

第25回日本環境感染学会が2月5-6日、小野寺昭一会長(慈恵医大)のもとグランドプリンスホテル新高輪(東京都港区)にて開催された。25回目の節目を迎えた今回はテーマを「感染制御 さらなる発展に向けて」とし、社会全体を含めいかに感染症を未然に防ぐかが積極的に議論された。本紙では、新型インフルエンザについて考察したシンポジウムのもようを報告する。

昨年から続く新型インフルエンザによるパンデミックでは、流行当初の検査強化やワクチンをめぐる騒動など、その対応が大きな議論を巻き起こした。シンポジウム「新型インフルエンザへの対応」(司会=東北大・賀来満夫氏、防衛医大・川名明彦氏)では、今回の対応を振り返るとともに今後のパンデミック対策について、4人の演者が報告した。

まず、インフルエンザの感染経路についての考察を西村秀一氏(国立病院機構仙台医療センター)と森兼啓太氏(山形大)が報告。一般にインフルエンザの感染経路には、接触感染、飛沫感染、空気感染の三つがあると言われるが、実はそのエビデンスは乏しいという。西村氏は、これまでに発表されている文献や咳の中に含まれるウイルス量測定などの自身の研究から感染経路について検討。多くのウイルスをま

き散らす人がいる一方で、想定されたほどはウイルスが人の粘膜に到達しないと考えられることから、もう一度、感染経路の科学的実証が必要であると強調した。また森兼氏は、市中感染症であるインフルエンザに対しては、厳しすぎる感染対策は無意味であり、現状で妥当な感染経路別予防策は、飛沫予防策(サージカルマスク)と手指衛生であるとの見解を示した。

堀賢氏(順大)は、日本環境感染学会でまとめた新型インフルエンザ対策の提言を紹介。PPE(個人防護具)や抗インフルエンザ薬の予防投与、またファシリティマネジメントやバイオセーフティなどの方針を述べた。また、私見としながらも今後検討が必要な事項として、病院ごとの役割分担や迅速診断法の開発、また高病原性ウイルスや薬剤耐性ウイルスへの対策を挙げ、このような対策を行う際に



●シンポジウムのもよう

は「一時的な感情に流されないことが重要」と強調した。

最後に進藤奈邦子氏(WHO)が、WHOでの感染症対策の戦略について発言。WHOでは、インフルエンザ診断ネットワークを構築し、世界中の情報を集めているという。また、アウトブレイク鎮圧のために結成された世界の保健機関などを結ぶネットワークであるGORANについても言及。第一報から48時間以内に専門家を派遣できる体制を整えており、迅速な対応で被害を食い止めることに全力を注いでいるという。

全体討論では、司会の川名氏が、「今回の新型インフルエンザへの対応を通じて、いつか必ずやってくる次のパンデミックにどう対応するか、得られた教訓が多い。今回の対応を振り返ることで、浮き彫りになった問題点の解決につながるのではないかと総括した。

メルマガ配信中

毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。お申込みは医学書院ウェブサイトから。

医学界新聞メルマガ

検索

感染症が面白くなる、そしてもっと知りたくなる

新刊 感染症999の謎

▶ 感染症に関わるさまざまなテーマを、表題よりも多い1159問のQ&Aで簡潔かつコンパクトに解説。設問は難易度によりABCの3段階に分類、各テーマごとに徐々にレベルを高めていく構成。必須事項のみならず、著者めづるトリビアがちりばめられ、通読しやすい。設問と解答を反復しそれを積み重ねることにより、知識が蓄えられかつ全体像も見えてくる。国内外で活躍する若手医師を中心とした執筆者による、日本の実情に合わせた記述。研修医の自習からベテランの知識の再整理まで、幅広く有用。



編集 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5,250円(本体5,000円+税5%)
A5変 頁592 図26 2010年
ISBN978-4-89592-632-4

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

続 アメリカ医療の光と影

バースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利 李 啓充

患者の権利の中核をなす「自己決定権」が確立された歴史的経緯を、気鋭の著者が古典的事例を交えて詳述。延命治療の「中止・差し控え」に適用すべき原則を考える。さらに、セーフティ・ネットが切れ始めた米国の医療保険制度を明日の日本への警告としてとらえるとともに、笑いながら真剣な問題を考える「医療よもやまばなし」、患者の権利運動の先駆者である池永満弁護士との対談も収録。

●四六判 頁280 2009年 定価2,310円(税込)
[ISBN978-4-260-00768-9]

医学書院

〈大切な資産〉 眠らせていませんか?

不動産投資・運用はお任せください!

私共は、皆様お一人お一人に合わせたきめ細やかなご提案からご購入、所有中の管理、ご売却まで丁寧にコンサルティングさせていただきます! お陰様で、これまで大勢のお客様の不動産投資のお手伝いさせて頂きました。 (「開業医」様「医療法人」様「会社経営者」様など)

★★広告、ホームページではご紹介しきれない物件が多ございます!★
★★お問い合わせ、ご相談は下記までお気軽にどうぞ (全国対応可能)★

不動産コンサルタント
株式会社マイレコ
(毎週水曜日定休: 営業時間AM10:00~PM5:00)
〒164-0003 東京都中野区東中野3-14-14 大村ビル2F
☎03-5338-9601 FAX03-5338-9602
Eメール info@myreco.jp
HP http://www.myreco.jp

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

神経診断学を学ぶ人のために

柴崎 浩 ● 著

B5・頁352
定価8,925円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00799-3

神経学, 神経内科学, 神経症候学, 神経生理学, 神経病理学など, 神経に関する書名のある教科書はわが国においても数多く出版されているが、「神経診断学」を冠するものとしては、本書の著者である柴崎浩先生らがまとめられた『ダイナミック神経診断学』(柴崎浩, 田川皓一, 湯浅龍彦 共編, 西村書店)の分担執筆のみにとどまっているというのが現状である。

このたび、柴崎浩先生(著)の単行本が世に出ることとなったことは画期的であり「神経診断学とは何か!」が語りかけられることとなった。本書の意図、特徴はその序に詳しく述べられており、その内のエッセンスの一部をそのまま引用すれば、「少し熟練した神経内科医であれば、典型的な疾患をもつ患者が診察室に入って来た場合、その瞬間にほとんど直感的に診断をつけられることがまれでない」、しかし「症候から種々の可能性を考慮に入れて病歴聴取と診察に当たり、理論的・系統的に考えて正しい診断に到達するのが妥当な方法である」(序より一部引用)という言葉に集約されると思われる。

本書は、膨大な神経学の知識と、米国での神経内科レジデントも修められた臨床経験、さらには現在も臨床神経生理学の世界的権威として誰もが認める存在である柴崎先生が、神経学の原点とも言える「神経診断学のエッセンス」を明解に説いておられる珠玉の名著と言えよう。

第1章「神経疾患の診断(総論)」から第31章「検査方針の立て方」、そして主要文献一覧と、最後に「神経学をこれから学ぼうという人へ——あとがきに代えて」という締めめのメッセージまで実に細やかに神経診断学の極意

評者 田代 邦雄

北大名誉教授/北祐会神経内科病院顧問

を解き明かされたことに感動する次第である。

本書の読み方はいろいろあると考える。まず全体を通読し、先生のコンセプトを理解することをお勧めしたい。それは、過去の教科書の引用ではなく、それらを踏まえ、しかし、すべてを自分の目でみるという先生自身による信念が感じられ、実に読んでいて楽しく、先生から直接手を取るように指導をしていただいているような実感がわいてくるからである。

本書は通読も可、しかし興味ある項目ごとにピックアップし、自分の考えと比較してQ&Aを想定し、柴崎先生との対話、意見の交換、さらに論議する、という楽しさもわき上がってくる。すなわち自分の手技や考え方と比べてお互いの主張を戦わせることも大切である。

神経診断学には流派による違いもあるであろう。しかし、本書ではそれらを理解された上で、ご自身の経験を踏まえ、より理解しやすいように語りかけるといった配慮が随所に感じられる内容となっている。

本書が「神経診断学を学ぶ人のために」大きな道標になり続けること、ひいては日本の臨床神経学の向上、さらなる発展への原動力となることを確信してやまない。

先生は1964年九大卒、在日米陸軍病院インターン、九大神経内科、そして米国での神経内科レジデントと臨床神経内科医であるばかりでなく、英国、米国、そして世界の神経学・脳科学のリーダーとともに日本の代表としてのご活躍は周知の事実であり、先生の今後ますますのご発展を心からお祈りする次第である。

神経診断学の極意を解き明かす

神経疾患の遺伝子診断ガイドライン 2009

日本神経学会 ● 監修

「神経疾患の遺伝子診断ガイドライン」作成委員会 ● 編

B5・頁184
定価5,250円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00945-4

評者 埜中 征哉

国立精神・神経センター病院名誉院長

遺伝子検査が神経・筋疾患の診断に大きな役割を果たす時代になっている。保険適応になっている疾患もあり、遺伝子検査が安易に行われている事例が後を絶たない。

乳幼児が感冒に罹患したとき、あるいは何らかの理由で採血がなされ、生化学検査を受ける。そのとき、たまたまクレアチンキナーゼ(CK)値が異常高値だったとする。医師は筋ジストロフィーを疑い、確定診断を得るために、まず侵襲が少ない遺伝子検査を行う。デュシェンヌ型や福山型は保険適応になっているので、検査会社に提出することもできる。申込用紙には十分な遺伝カウンセリングを行うこととの記載があり、カウンセリングを行った医師の署名が必要である。ただ、医師が専門医であるかどうかの担保は要らない。また、どこまでカウンセリングしたかの記録も必要ではない。

検査結果が主治医のところに戻ってくる。ジストロフィン遺伝子の欠失があるとの結果が記載されているとする。小児科医がすべて筋疾患に十分な知識があるわけではない。「デュシェンヌ型の平均寿命は延びてはいるが、平均30歳に満たない。今のところ治療法はなく、短い命なので、子どもの好きなことをさせてあげるように」と、医師は告知する。

いきなり、筋ジストロフィー、短い命、治療法がない、と告知された親のショックは計り知れないものがある。評者は筋疾患専門外来を行っているので、告知を受けた両親がインターネットで調べたりして、お子さんを連れて受診される。あまりにも安易に行われている遺伝子診断の現状に憤りを感じることがまれでない。

遺伝子診断はそれを行う前に病気について、遺伝子診断の意義について十分

分な説明をすること、それも病気や遺伝に十分な知識がある医師が行うこと。これらのことは多くの書物や論文で繰り返し述べられている。しかし、現実にはそれが忠実に守られていない。

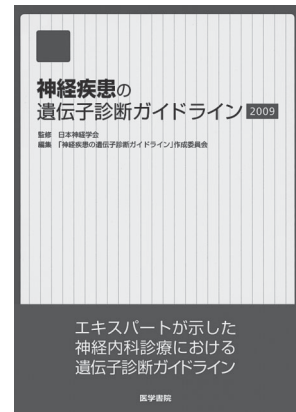
今回、日本神経学会により監修・編集された本書は総論で多くのページを割いて、遺伝子診断の在り方について解説している。すべての神経内科医、小児神経科医が一読する必要がある内容である。

各論では筋ジストロフィー、脊髄小脳変性症、家族性痙攣性対麻痺などの主な神経・筋変性疾患の特徴、遺伝子変異について記載されている。遺伝子が次々とクローニングされると病気の数は増え、分類はますます複雑となる。常染色体優性脊髄小脳変性症は約30もの疾患に分類されている。

臨床症状からどのような順序で診断を進め、遺伝子診断に進んでいったら良いのかについて、本書では具体的記載はない。症状から病型の推測をチャート式に記し、どの遺伝子に的を絞っていけば良いのかを示してほしかった。また、遺伝子検査を依頼するとき、どこに誰に連絡したら検査が可能かといった、詳細な遺伝子検査可能施設一覧があれば、読者には大いに役立ったと思う。ただ、現在のような膨大な数の遺伝子変異を調べるのは大変な負担である。保険適応でないものは検査者(研究者)の善意に頼っている。検査可能施設一覧表を作って、検査が殺到したら、とてもでないが研究室の運営は成り立たないであろう。公開の難しさがそこにあると思った。

いずれにしても、本書は優れた遺伝子診断ガイドラインであり、神経内科医、小児神経科医など神経疾患に関与する人の必読の名著であることは間違いない。

安易に行われる遺伝子診断の現状に警告

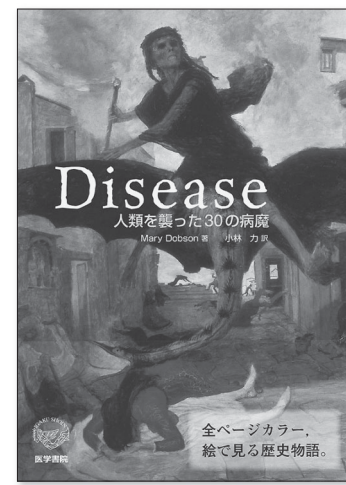


時空を自在に越境するメディカル・ヒストリー・ツアー

Disease

新刊

人類を襲った30の病魔



著 Mary Dobson 訳 小林 力

人類の歴史とはすなわち、病魔との相克の歴史。結核、マラリア、インフルエンザなど30の病を取り上げ、病気の発見、猛威を振るった時代の世情、克服に向け努力する人間ドラマなどを、美しい絵と多くの逸話、そして箴言をちりばめて詳述。時空を自在に越境する「メディカル・ヒストリー・ツアー」へようこそ!

●B5 頁268 2010年
定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00946-1]

医学書院

「ワシントンマニュアル」の伝統を受け継ぎ、さらに深めたまさに「アップグレード」な手引き

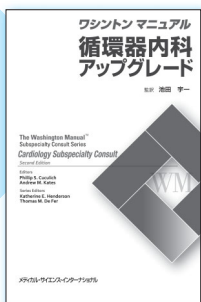
新刊 ワシントンマニュアル 循環器内科アップグレード

The Washington Manual™ Subspecialty Consult Series
Cardiology Subspecialty Consult, 2nd Edition

監訳: 池田宇一 信州大学医学部附属病院循環器内科教授

ワシントン大学のレジデントやスタッフにより執筆された循環器診療のハンドブック。「ワシントンマニュアル」のスピリットはそのままに、さらに踏み込んだ知識がまとめられている。解説はエビデンスやガイドラインを重視し、簡潔にして実践的。コンパクトながら、臨床テキストとして充実した内容をもつ。日本の情報を併記した薬物一覧表を巻末に収録。循環器内科の研修医・専門医はもちろん、一般内科医、開業医などにも幅広く有用。

●定価 6,300円(税込)
●A5変 頁460 図86・写真36 2010年 ●ISBN978-4-89592-626-3



絶賛発売中
ワシントン
マニュアル 第11版
監訳: 高久史磨・和田攻
●定価 8,400円(税込)

新版
ワシントン
外科マニュアル 第3版
監訳: 住永佳久・小西文雄・宮田道夫・高久史磨
●定価 8,400円(税込)

(循環器関連好評書籍)

▶心不全エッセンシャルガイド
監訳: 池田宇一

▶経験とエビデンスに基づく循環器治療
- 複雑な患者をどうするか? -
編集: 西山信一郎・近森大志郎・西裕太郎・大村寛敬・山本貴信

▶循環器病態学ファイル
- 循環器臨床のセンスを身につける -
著: 村川裕二・岩崎雄樹・加藤武史

▶循環器治療薬ファイル
- 薬物治療のセンスを身につける -
著: 村川裕二

▶ECGケースファイル
- 心臓病の診療センスを身につける -
著: 村川裕二・山下武志

ECGブック - 心電図センスを身につける - 第3版 2010年3月末発行

デジタルマンモグラフィ品質管理マニュアル

NPO 法人 マンモグラフィ検診精度管理中央委員会 ● 編

A4・頁100
定価2,940円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00974-4

評者 飯沼 武
放医研名誉研究員

日本の乳癌は罹患数と死亡数とも増加を続けており、適切な一次予防法がないため、マンモグラフィによる乳癌検診による二次予防が必須であることは周知の通りである。

わが国のマンモグラフィはデジタルマンモグラフィが7割を超え、というデジタル大国であり、本書のような品質管理マニュアルが望まれていた。本書は、まさにタイミングよく発刊されたといえる。また、日本の乳癌検診のシステムとして、世界に誇るべきものが「マンモグラフィ検診精度管理中央委員会」であるが、それによる編集も時宜にかなっている。

本書の内容は、主として、受入試験、定期的な管理、日常的な管理の3つの項目が中心を占め、また付録として掲載されている用語の解説などはちょっと疑問を呈したときに確認するのに非常に便利が良い。

特に、受入試験で、乳房X線撮影装置の項に多くのページを割き、X線装置の機能確認、乳房圧迫器、公称焦点寸法、X線照射野と受像器面との整合性、管電圧の表示精度、X線出力、半価層(HVL)、AEC作動時の再現性、AEC作動時の平均乳腺線量(AGD)、AEC作動時のCNR、アーチファクトの確認、画像歪み、加算的ラグ効果、乗算的ラグ効果、ダイナミックレンジ、システム感度、空間分解能という17の項目にわたって詳しく記述している。それぞれの項目が、わが国で多く

利用されている2種のデジタルマンモグラフィ装置であるDR(Digital Radiography)とCR(Computed Radiography)を利用した場合について書かれている。

評者の予想では、今後の日本の乳癌検診はデジタルマンモグラフィ装置が主体となり、診断はモニターを使ったソフトコピー診断が使われることになると思われるが、フィルムを使うイメージも今後とも利用されると思われるので、それについても詳しく言及されている。

執筆は、山形大学医学部附属病院の鈴木隆二氏を責任者とする専門家の方々であり、素晴らしい陣容である。また、本書の作成には、2007年に制定された国際規格IEC 61223-3-2(乳房X線撮影装置の受入試験規格)と欧州のガイドライン(European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, 4th ed.)を参考にしている。

日本のがん検診はがん対策基本法により、対象人口の50%が受診することを目標に挙げていることはよく知られている。しかし、乳癌をはじめとしてこの数字に近づくのは非常に厳しいと言わざるを得ない。特に欧米先進国における乳癌検診の受診率が70-80%に達しているのを見ると、わが国でもできないはずはないと思うのが、評者の感想である。これからは、精度管理中央委員会には受診率向上に向けた活動をさせていただくことにも期待したい。

アナログからデジタルへ、
期待された品質管理マニュアル

臨床精神薬理ハンドブック 第2版

樋口 輝彦, 小山 司 ● 監修
神庭 重信, 大森 哲郎, 加藤 忠史 ● 編

B5・頁448
定価8,925円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00866-2

評者 尾崎 紀夫
名大大学院教授・精神医学

約30年前、評者が医学生であったころ、精神医学講義の主たる内容は精神症候学(精神病理学)であり、「ほかの臨床各科と異なり、精神医学は基礎医学の内容との連続性が乏しい」と感じた。象徴的であったのは、ほとんどの疾患を説明する病理学の講義で、認知症を除けば精神疾患が全く触れられなかったことだ。

先日、若い精神科医と雑談をしていたところ、「血液内科をローテートしていたときは、遺伝子など基礎医学的な手柄が臨床と直結していたが、精神科の臨床は基礎医学的な内容とは随分遠いように感じる。そのせいか精神療法や精神病理の話は頭に入るのだが、生物学的な論文はどれもピンとこない」という話を聞いた。生物学的か心理社会的な方向性かという各人の志向性もあるのだろうが、精神科臨床には鑑別診断を除いて検査は有用ではないし、「分子標的薬」が臨床段階ではないのが現状である。

また、EBMは「直感、非系統的観察、病態生理学的機序あるいはエキスパートのオピニオンのみでは臨床判断の十分な基盤とならない」と主張しており、「病態生理」は二の次で、「臨床研究によるエビデンス」だけを重視してしまうきらいがある。特に、精神科治療においては薬物療法の場合であっても検査データではなくハミルトンうつ病評

価尺度のような精神症状評価によって臨床効果が判定されることが、この傾向に一層の拍車をかけているように思う。

さらに困ったことに、日本神経精神薬理学会と日本臨床精神薬理学会が並存しているという日本の精神医学会固有の問題がある。学会レベルにおいても、精神科薬物療法に関する議論が、基礎薬理と臨床薬理の二つに分離してしまう危険性が高い。この問題の解決を企図して、両学会統合の動きがあるものの、いまだ実現していない。

以上述べたような状況において、本書の編者たちがめざしている「神経精神薬理学と臨床精神科薬物療法の両方の視点から、両者を統合する」ことこそ必要不可欠であり、評者が待望するものであったが、本書は見事な成功を収めている。また、本書は「ハンドブック」と銘打っているが、ハンドブックすなわち“A concise manual or reference book providing specific information or instruction about a subject”(『American Heritage Dictionary』より)とは異なり、精神薬理分野の情報を網羅して、かなりのvolumeがある。しかしながら、文章も体裁も読みやすさに十分な配慮がなされており、実際に読んでみるとvolumeを感じさせない。「生物学的な話は苦手」と言っていた若手精神科医に本書をぜひ推薦してみようと思う。

臨床中毒学

相馬 一亥 ● 監修
上條 吉人 ● 執筆

B5・頁576
定価10,500円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00882-2

評者 廣瀬 保夫
新潟市民病院救命救急・循環器病・脳卒中センター長

この本は単著と聞いていたので、初めて手に取ったとき、その重厚さにまず驚きました。その中身も化学を修めてから医学の道に入られ、さらに精神科医から救急医に転身した上條氏でなければ、書けない内容で、まさにユニークかつ実践的な教科書になっています。

本書は、第I部が総論として「急性中毒治療の5大原則」、第II部が「中毒物質各論」で構成されています。総論は、まず中毒治療の4原則、すなわち「全身管理」「吸収の阻害」「排泄の促進」「解毒薬・拮抗薬」について解説されています。全編を通じてAmerican Academy of Clinical Toxicology(AACT), European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists(EAPCCT)のガイドラインなどEBM

を踏まえて記載されていて、引用文献も豊富です。それでいて、EBMを重視する論説にありがちな文献的な議論にとどまらず、著者の豊富な臨床経験を踏まえた“実践的”な記載が多いことが大きな特徴だと思います。語呂合わせも効果的に用いられてわかりやすく整理されています。「合併症の3As」は私も明日から研修医教育に使おうと思いました。

総論の最後に中毒治療の5つ目の原則として「精神科的評価と治療」が述べられています。急性中毒は、自殺企図・自傷行為の結果であることが圧倒的に多い現実があり、精神科的な原則を踏まえて初期診療を行うことが必要です。しかし、救急医の多くは精神科的な面に疎いのが実情です。本書では「急性中毒の3大精神障害」として整

精神科医と救急医双方の
視点をもった実践的な教科書

理され、対応のポイントがまとめられており、臨床にすぐに役立つ内容となっています。

各論では、救急現場で遭遇するものの95%をカバーする、という観点から選択された101の中毒原因物質が取り上げられています。それぞれの中毒物質の冒頭に、頻度・毒性の強さ、さらに「Minimum requirement」としてポイントがまとめられています。これにより、読者はその中毒の病態の全体像を大まかにつかむことができます。

続いて病態生理、治療法について、実践的かつ必要十分な情報量が記載されており、初めて遭遇する中毒でも、あまり迷うことなく治療を開始できると思います。また、過去の中毒事件や

毒物にかかわる歴史上のエピソードが「ひとことメモ」として紹介されています。これが非常に興味深く、読み物としてもとても面白くなっています。

本書は、中毒診療に必要な情報はほとんど網羅されていると言って過言ではなく、救急外来に備えれば極めて有用でしょう。唯一の心配は、患者を目の前にして「ひとことメモ」などに目を奪われて本書に没頭し過ぎてしまうことです。それくらい面白い本であり、これまでの臨床中毒のテキストとは一線を画する素晴らしい本だと思います。研修医、若手救急医のみならず、ベテランの救急医、その他中毒臨床にかかわるすべての医療職の方にも、お薦めしたいと思います。

● トークショーのご案内

「リハビリの夜」(医学書院)刊行記念 中村うさぎ×伏見憲明×熊谷晋一郎トークショー

「ままならない身体をかかえて生きていく、ことの官能」

出演：中村うさぎ氏(作家)、伏見憲明氏(作家)、熊谷晋一郎氏(『リハビリの夜』著者)

日時：2010年3月26日(金) 19:00~20:30(開場18:30)

会場：青山ブックセンター本店内・カルチャーサロン青山

参加費：700円/定員：120名

参加方法：①青山ブックセンター本店店頭にてチケット引換券を購入
②青山ブックセンターオンラインストアにてWEBチケットを購入

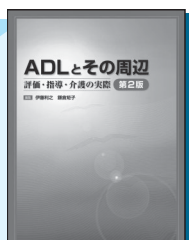
問合せ：青山ブックセンター本店(東京都渋谷区神宮前5-53-67) 電話：03-5485-5511

学生にも臨床家にも役立つ、ADLとその周辺を網羅した基本の1冊

ADLとその周辺 第2版 評価・指導・介護の実践

ADLの視点から疾患や障害を捉え、評価の方法や指導・介護の実践をイラストや写真を用いてわかりやすく解説する教科書。すでに定評があった初版に昨今の制度的変遷も踏まえて内容を充実させ、各章の項目立ても読者が理解しやすいよう大幅な改訂を行った。リハビリテーションの世界に漕ぎ出していく学生はもちろん、経験を積んだ臨床家にも役立つ、ADLとその周辺を網羅した基本の1冊。

編集 伊藤利之
横浜市総合リハビリテーションセンター顧問
鎌倉 矩子
広島大学名誉教授



ダーウィン・イヤーの最後を飾る、ベストセラー テキストの邦訳

新刊 進化 -分子・個体・生態系 Evolution

分子から生態系まで、進化生物学の諸分野を現代的視点で捉え直した話題の書。進化生物学と分子生物学との関わりを踏まえ、古典/伝統的な進化学から、分子遺伝学、ゲノム学、バイオインフォマティクスの知見に基づく最新の進化学まで包括的に解説。オールカラーの美しいイラストを豊富に掲載し、要点をおさえた記述は簡明。ゆえに理・医・農の学部学生や大学院生の入門的教科書・参考書に最適。加えて進化学者をはじめ、分子生物学者にとっても、進化研究の概略を知る総説として価値ある一冊。

監訳 宮田 隆
京都大学名誉教授
星山大介
東京大学総括プロジェクト機構特任助教

定価15,750円(本体15,000円+税5%)
A4変 頁928 図・写真1000点 2009年
ISBN978-4-89592-621-8

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

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欄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]

「今日の治療指針2010年版」のアンケートにお答えいただいた方の中から抽選で「図書カード」(500名様)を、さらにご希望の方に「治療薬マニュアル2010」別冊付録「重要薬手帳」(先着300名様)を差し上げます。

「今日の治療指針2010年版」×「治療薬マニュアル2010」合同プレゼント企画 特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2010年版」と「治療薬マニュアル2010」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2010」のジャケット折り返し部分にある応募券を「今日の治療指針2010年版」に同封の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください(2010年9月30日消印分まで有効)。

治療薬マニュアル2010 発刊20周年プレゼント企画
「治療薬マニュアル2010」では、発刊20周年を記念してアンケート回答者の中から抽選で3名様に「今日の診療プレミアムDVD-ROM」を、500名様に特製図書カード500円分を贈呈いたします。応募方法は「治療薬マニュアル2010」同封のアンケートはがきをご覧ください。

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

MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS 2010

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疾患の重要処方情報が加わり、内容がさらに充実

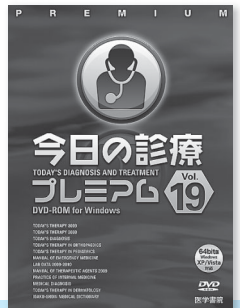
- B6 頁2468 2010年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00930-0]

毎年全面改訂

今日の診療

TODAY'S DIAGNOSIS AND TREATMENT

プレミアム Vol. 19 DVD-ROM for Windows



19年の信頼感! 収録書籍5冊を更新!
国内最大級のリファレンスデータベース「今日の診療プレミアム」。電子ジャーナル「MedicalFinder」との連携で、情報収集にも活用できます。

1. 医学書院のベストセラー書籍12冊を収録
2. 入力した検索語で、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」の検索が可能
*ご利用にはインターネット接続環境が必要。全文の閲覧には別途料金が必要場合あり
3. ハードディスクにすべて格納して使用可能 *初期起動時のみインターネット接続環境が必要
4. 収録書籍5冊を更新 *「今日の治療指針2009年版」「臨床検査データブック2009-2010」「治療薬マニュアル2009」「新臨床内科学 第9版」「医学大辞典 第2版」の5冊を更新
5. リファレンスツールとしての機能を向上 *「強力な治療薬検索」「登録語の機能アップ」「表示機能等の改良」

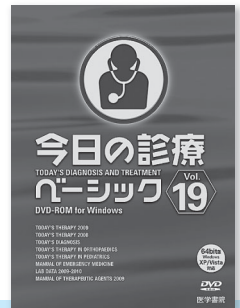
- DVD-ROM版 2009年 価格74,550円(本体71,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00919-5]

- 収録書籍
- ① 今日の診療指針 2009年版
- ② 今日の診療指針 2008年版
- ③ 今日の診断指針 第5版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第5版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第14版
- ⑥ 救急マニュアル 第3版
- ⑦ 臨床検査データブック 2009-2010
- ⑧ 治療薬マニュアル 2009
- ⑨ 新臨床内科学 第9版
- ⑩ 内科診断学 第2版
- ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第3版
- ⑫ 医学書院 医学大辞典 第2版

今日の診療

TODAY'S DIAGNOSIS AND TREATMENT

ベーシック Vol. 19 DVD-ROM for Windows



日々の診療を支援! 収録書籍3冊を更新!
医療従事者のためのスタンダードリファレンス「今日の診療ベーシック」。電子ジャーナル「MedicalFinder」との連携で、情報収集にも活用できます。

1. 医学書院のベストセラー書籍8冊を収録
2. 入力した検索語で、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」の検索が可能
*ご利用にはインターネット接続環境が必要。全文の閲覧には別途料金が必要場合あり
3. ハードディスクにすべて格納して使用可能 *初期起動時のみインターネット接続環境が必要
4. 収録書籍3冊分を更新 *「今日の治療指針2009年版」「臨床検査データブック2009-2010」「治療薬マニュアル2009」の3冊を更新
5. リファレンスツールとしての機能を向上 *「強力な治療薬検索」「登録語の機能アップ」「本文タブ表示機能の改良」

- DVD-ROM版 2009年 価格52,500円(本体50,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00921-8]

- 収録書籍
- ① 今日の診療指針 2009年版
- ② 今日の診療指針 2008年版
- ③ 今日の診断指針 第5版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第5版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第14版
- ⑥ 救急マニュアル 第3版
- ⑦ 臨床検査データブック 2009-2010
- ⑧ 治療薬マニュアル 2009

神経心理学コレクション シリーズ編集 山鳥 重・彦坂興秀・河村 満・田邊敬貴 医学書院

新刊 **失われた空間** 既刊

石合純夫 札幌医科大学教授

脳機能の障害によって半側の空間がみえなくなる半側空間の無視は、患者、家族にとっても大きな問題である。このような空間障害や無視はどのようなメカニズムにおいて起こるのか。その機序を豊富な症例をもつ著者が分かりやすく解説する「脳の不思議」。左右大脳機能に関する身近な症例から、ヒトの空間認知とその障害全般を知るための格好の書。

- A5 頁250 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00947-8]

新刊 **認知症の「みかた」**

三村 将 昭和大学准教授 山鳥 重 神戸学院大学教授
河村 満 昭和大学教授

高齢化社会のなか、神経心理学において認知症は重要性が増し続けているテーマである。認知症について、疾患概念をどう捉えるか、臨床でどう診るか、患者とのかかわりをどう考えるか。それらの問題を、認知症に関する神経心理学的アプローチや脳機能に通じた精神科医と神経内科医のディスカッションによりみつめ直し、認知症の臨床のこれからを考える。認知症の「みかた」を変える1冊。

- A5 頁144 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00915-7]

街を歩く神経心理学 高橋伸佳
●A5 頁200 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00644-6]

ピック病 二人のアウグスト 松下正明・田邊敬貴
●A5 頁300 2008年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00635-4]

失行 [DVD付] 河村 満・山鳥 重・田邊敬貴
●A5 頁152 2008年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00726-9]

ドイツ精神医学の原典を読む 池村義明
●A5 頁352 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00335-3]

トーク 認知症 臨床と病理 小阪憲司・田邊敬貴
●A5 頁224 2007年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00336-0]

頭頂葉 酒田英夫・山鳥 重・河村 満・田邊敬貴
●A5 頁280 2006年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00078-9]

手 訳=岡本 保
●A5 頁272 2005年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-11900-9]

痴呆の臨床 CDR判定用ワークシート解説 目黒謙一
●A5 頁184 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-11895-8]

Homo faber 道具を使うサル 入来篤史
●A5 頁236 2004年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11893-4]

失語の症候学 ハイブリッドCD-ROM付 相馬芳明・田邊敬貴
●A5 頁116 2003年 定価4,515円(本体4,300円+税5%) [ISBN978-4-260-11888-0]

彦坂興秀の課外授業 眼と精神 彦坂興秀 (生徒1)山鳥 重 (生徒2)河村 満
●A5 頁288 2003年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11878-1]

高次機能のブレインイメージング 川島隆太
●A5 頁240 2002年 定価5,460円(本体5,200円+税5%) [ISBN978-4-260-11876-7]

記憶の神経心理学 山鳥 重
●A5 頁224 2002年 定価2,730円(本体2,600円+税5%) [ISBN978-4-260-11872-9]

チャールズ・ベル 表情を解剖する 原著=Charles Bell 訳=岡本 保
●A5 頁304 2001年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11862-0]

タッチ 岩村吉晃
●A5 頁296 2001年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-11855-2]

痴呆の症候学 ハイブリッドCD-ROM付 田邊敬貴
●A5 頁116 2000年 定価4,515円(本体4,300円+税5%) [ISBN978-4-260-11848-4]

神経心理学の挑戦 山鳥 重・河村 満
●A5 頁200 2000年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11847-7]



〒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