2010年4月26日
第2877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
〈㈳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

■[座談会]糖尿病診療の新時代（門脇孝,清野裕,柏木厚典）……1―3面
■第5回日本統合失調症学会/認知行動療法基礎セミナー……4面
■[連載]続・アメリカ医療の光と影/第107回日本内科学会……5面
■[対談]自殺を社会的排除の視点で考える（近藤克則,本橋豊）……6面

座談会

糖尿病診療の新時代
――変わりゆく診断と治療

清野 裕氏
関西電力病院長／日本糖尿病学会「糖尿病診断基準検討委員会」委員長

門脇 孝氏＝司会
東京大学大学院教授　糖尿病・代謝内科学／日本糖尿病学会理事長

柏木 厚典氏
滋賀医科大学医学部附属病院長／日本糖尿病学会「糖尿病関連検査の標準化に関する委員会」委員長

糖尿病患者は増加の一途をたどり，その予防と治療における戦略はまさに国家的課題となっている。現在，わが国では糖尿病の早期発見，早期診断を大きな狙いとして，糖尿病診断基準の11年ぶりの見直しが進められている。さらに，糖尿病診断基準の改訂と軌を一にして，HbA1cの国際標準化も同時に進行しているところである。

また，治療では新しい作用機序による薬剤が臨床使用可能になるなど，糖尿病診療におけるパラダイムは今，大きく変化しようとしている。そこで，本紙では日本の糖尿病診療をリードする3氏を迎え座談会を企画。これからの糖尿病診療がどのように進化するのか，幅広く語っていただいた。

門脇　2010年，日本の糖尿病診療は大きく変わろうとしています。日本糖尿病学会では本年，11年ぶりに糖尿病診断基準の改訂を予定し，また診断での重要性が高まるHbA1cの国際標準化も進めています。

それではまず，診断基準の改訂からお聞きしたいと思います。清野先生，日本糖尿病学会「糖尿病診断基準検討委員会」から報告されている案についてご説明ください。

糖尿病診断基準が変わる

清野　2009年4月に設置された糖尿病診断基準検討委員会では，新しい診断基準を迅速に検討し，今年3月の日本糖尿病学会理事会で最終案を提示，今後糖尿病学会の会員や学会外から幅広く意見を求めることになりました。委員会では，改訂に当たって次の4点が重要だと議論されています。それは，①現在の診断基準との連続性，②エビデンスに基づいた科学的妥当性の検証，③海外の診断基準との整合性，④臨床の現場での実行可能性，です。これを念頭に置いて，現行の診断基準の見直しを行いました。

概要ですが，基準の成因や分類については大きな見直しをせず，新しい知見に対応した改訂部分を示すという方針でまとめました。最も大きな改訂点は，HbA1cを従来の補助的な診断基準からより上位の基準とし，簡便な糖尿病の診断を可能とした点です。従来の血糖との整合性を検討した結果，空腹時血糖126 mg/dL・経口ブドウ糖負荷試験（OGTT）2時間値200 mg/dLと，HbA1c（JDS）6.1％とによい相関があることがわかりました。

また，網膜症の発症とHbA1cの関係も重要な視点となりますので，0.5％刻みで網膜症の有病率を分析した結果，HbA1c（JDS）6.1―6.5％で網膜症の増加が認められました。以上から，日本独自のエビデンスとして「HbA1c（JDS）≧6.1％」を診断基準に取り入れることを提案いたしました。

門脇　HbA1cの診断基準における位置付けについては，どのような議論が行われたのでしょうか。

清野　従来の血糖による診断基準は非常に正確です。そこで，その血糖による基準を残しながら最初の診断ツールとしてHbA1cの採用を検討しました。委員会での議論の結果，「空腹時血糖・OGTT 2時間値・随時血糖・HbA1c」の4つを並列に用いることを提案しています。糖尿病の確定診断には「血糖が高い」ことが必要ですので，3つの血糖指標のいずれかとHbA1cが基準を満たしていれば，1回の採血で確定診断できるようにしました。

門脇　新しい診断基準には，糖尿病の早期診断や予防に役立てようという面もありますね。

清野　はい。糖尿病は早期からの介入が予後に大きく影響する疾患ですので，糖尿病が疑わしい人あるいは将来糖尿病発症のリスクが高い人には，できるだけOGTTやインスリン分泌指数の測定を実施し，糖尿病の早期診断を行うことを提唱しています。すなわち，OGTTの実施が強く推奨される群を「空腹時血糖110―125 mg/dL・随時血糖140―190 mg/dL・HbA1c（JDS）5.6―6％」，OGTTの実施が望まれる群を「空腹時血糖100―109 mg/dL・HbA1c（JDS）5.2―5.5％」と定めました。また，現在糖尿病ではなくても，高血圧や脂質異常症など動脈硬化のリスクを持つ人や濃厚な糖尿病家族歴がある方には，できるだけOGTTを行ってほしいと考えています。

門脇　諸外国でのHbA1cの扱いはどうなっているのですか。

清野　診断基準検討委員会が作られたのとほぼ同時に，米国糖尿病学会（ADA），欧州糖尿病学会（EASD），国際糖尿病連合（IDF）から成る専門委員会から，「診断基準の一つとしてHbA1cを導入する」という報告が突然発表されました。これは予期していなかったので，大変驚きました。しかしながら，

（2面につづく）

●次週休刊のお知らせと住所変更のお願い

次週，5月3日付の本紙は休刊とさせていただきます。次回2878号は5月10日付となりますのでご了承ください。なお，次号より本紙直送分はメール便に切り替わります。住所変更の際はお名前・宛名ラベル番号・新住所を医学書院出版総務部（FAX：03-3815-6330/E-mail：pa@igaku-shoin.co.jp）までお早めにご連絡ください。　「週刊医学界新聞」編集室

当たり前に遭遇する内分泌代謝疾患に、最新の知識で対応するために

医学書院

内分泌代謝疾患
レジデントマニュアル 第3版

吉岡成人　北海道大学病院診療教授・第二内科
和田典男　市立札幌病院・糖尿病内分泌内科副部長

新刊

脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、甲状腺疾患・・・内分泌代謝疾患は診療現場で当たり前のように遭遇する。しかも新しい糖尿病治療薬の発売、成長ホルモン補充療法の保険適用など、常に知識のアップ・デートが必要な領域。毎日出会う内分泌疾患、代謝疾患に誠実に向き合うための知識をふんだんに盛り込んだ充実の改訂版。

●B6変型　頁368　2010年　定価3,360円（本体3,200円+税5%）
[ISBN978-4-260-01011-5]

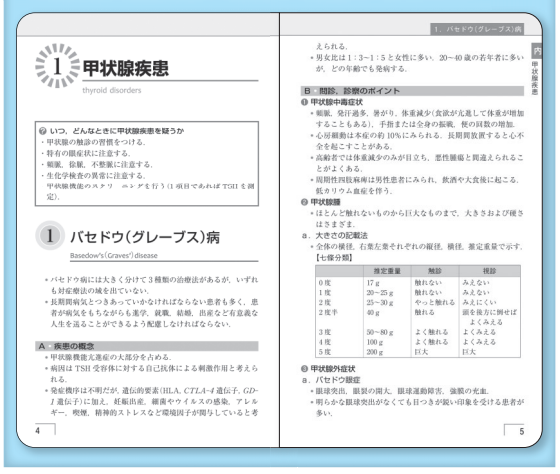
Contents

Ⅰ 内分泌疾患
common disease としての内分泌疾患の診療
1. 甲状腺疾患
2. 下垂体疾患
3. 副腎疾患
4. 副甲状腺疾患
5. 膵内分泌疾患
6. 性腺疾患
7. 内分泌関連疾患

Ⅱ 代謝疾患
代謝疾患の診療
―検査値を診療にフィードバックする
1. 糖尿病
2. 脂質異常症
3. 痛風，高尿酸血症
4. 肥満とメタボリックシンドローム

付録
1. 内分泌負荷試験
2. 内分泌疾患の主な徴候と鑑別診断
3. 関連WEBサイト

メジャーな疾患に変容しつつある
内分泌代謝疾患に的確に対応するために



座談会　糖尿病診療の新時代

＜出席者＞

●門脇孝 氏

1978年東大医学部卒。米国国立衛生研究所（NIH）客員研究員，東大医学部第3内科講師などを経て2003年より現職。専門は，糖尿病・肥満。またインスリン抵抗性の分子機構を研究している。日本糖尿病学会理事長，日本肥満学会理事，メタボリックシンドローム撲滅委員会委員などを務める。編著訳書に『NST臨床栄養療法スタッフマニュアル』（医学書院），『ジョスリン糖尿病学』（MEDSI）などがある。

●清野裕 氏

1967年京大医学部卒。96年京大医学研究科糖尿病・栄養内科学教授。2004年より現職。日本病態栄養学会理事長，日本糖尿病学会理事，国際糖尿病連合西太平洋地区チェアマン，アジア糖尿病学会チェアマンとともに糖尿病患者のための団体である日本糖尿病協会理事長を務める。専門は，糖尿病の治療，インクレチン。『NST臨床栄養療法スタッフマニュアル』『内分泌・代謝病学』（ともに医学書院）など編著書多数。

●柏木厚典 氏

1971年阪大医学部卒。同大にて博士号取得後，81年米国NIHフェニックス臨床研究所研究員。83年滋賀医大第3内科，95年同助教授などを経て，2001年同大内科学講座教授。08年より現職。専門は内分泌・代謝学。日本動脈硬化学会理事，日本病態栄養学会理事などを務める。編著訳書に『糖尿病と動脈硬化』（文光堂），『ジョスリン糖尿病学』（MEDSI）などがある。

（1面よりつづく）

今年の1月にADAが提示した新たな診断基準は，これまでの空腹時血糖を重視した基準からOGTTを復活させ，空腹時血糖・OGTT 2時間値・随時血糖・HbA1cを並列に置くもので，むしろ日本の基準に合わせたような印象を私は受けました。

門脇　診断基準に関しては，米国は迷走しているように感じますね。

0.4%ずれていた日米のHbA1c

門脇　HbA1cを診断の第一歩に取り入れる一方で，HbA1cには国際標準化という大きな課題があります。日本糖尿病学会「糖尿病関連検査の標準化に関する委員会」では，この3月に国際標準化に向けた新提案をまとめましたが，標準化の現状についてお話しください。

柏木　国際標準化の動きは，「HbA1cの測定を国際的に統一する必要がある」というコンセンサス・ステートメントが，ADA，EASD，IDF，IFCC（国際臨床化学連合）の4者から2007年に出されたことで沸き起こってきました。当時，HbA1cの測定系としては，米国のNGSP値，スウェーデンのMono-S値と日本のJDS値の3つが用いられていました。ただ，方法は違っても測っている物質は同じと考えられていたため，日米の値は等しいと解釈されていたわけです。しかし，2007年にまず問題となったのは，NGSP値の標準物質が指定されていないことでした。つまり，HbA1cは標準物質と測定法の両者とも確立されていなかったのです。そこで，新しく打ち出されたIFCC法という基準測定系でそれぞれの測定法を比較，標準化し，また標準物質についても各国でレファレンス・ラボラトリーを設立して標準化を行うことになりました。

門脇　標準化の結果，HbA1cの測定値にはどのような影響があったのでしょうか。

柏木　今回，委員会でHbA1cの測定値について調査したところ，特にNGSP値に相当するHbA1cの値とJDS値の間に差があることが判明しました。

実は，以前日本で使われていたHbA1c測定用標準物質であるJDS Lot3のときから，NGSP値に相当するHbA1cの値のほうがJDS値よりも少し高いことが一部の専門家間では認知されていたのですが，一般の医療者は誰も認識しておらず，HbA1cの標準化は放置されていました。今回，あらためて現在用いられているJDS Lot4と米国の標準物質を用いて調査したところ，5―12％の範囲では約0.4％，NGSP値に相当するHbA1c値のほうが高いという結果が得られました。

そこで委員会では，現在大多数の国でNGSP値が用いられていることから，JDS値に0.4％を加えたNGSP値とほぼ差異のない値でHbA1cを表記することを提案しています。これは，国際的な表記法に合わせる必要があるためです。

ただ，HbA1cは糖尿病の血管合併症の最大の指標ですので，日常の診療に混乱がないよう当面は現在のJDS値とNGSP値に相当するHbA1cの値を併記し，一定期間後にNGSP値に相当する値に統一することを糖尿病学会理事会に対して提言いたしました。これは，診断の基準値は日本のエビデンスに則ったものを使用し，表記だけを変更するということです。また，学術的な報告に関しては，「mmol/mol」を単位としたIFCC値による国際標準化を提案しています。

門脇　IFCC値による国際標準化は全世界で進められていますが，実現にはまだ相当の時間を要する状況です。ですので，現在世界で最も多く用いられているNGSP値に相当する値でまず標準化を行うということですね。

柏木　標準化を考える上でもう一つ忘れてはならないのは，最近HbA1cの新しい測定技術が日本を中心に誕生してきていることです。海外ではまだHPLC（高速液体クロマトグラフィー）が主要な方法ですが，酵素法や免疫学的手法で特異的にHbA1cを測定できる方法が開発されてきました。これ自体は優れた方法なのですが，やはり方法論の差で0.3％程度ずれるものもあります。この差が現在問題となってきていますので，サーベイランスをきちんと行い，方法ごとの差とその原因を明確にする必要があると考えています。

診断基準も国際的な表記に

門脇　新糖尿病診断基準の策定でも，HbA1cは国際的な表記を採用する方向で議論が進められてきましたね。

清野　はい。実を言いますと，私も最近までこの0.4％という差を全く知りませんでした。欧米やアジアの糖尿病専門医とも話す機会が多いのですが，彼らも全く知らないので「日本人はなんとコントロールがいいのか」と，まだ思っている方もいたりします。

おそらく日本でも，多くの方がその差を考えずに海外文献を読んでいる現実があります。これは一部の糖尿病専門医しか認識していませんので，やはり周知する必要があります。新しい診断基準でも当初はJDS値も併記しますが，2012年4月までにNGSP値に相当するHbA1c値に一本化する提案をしています。

門脇　NGSP値に相当する値ということですが，診断基準でのHbA1cの値はどのようになりますか。

清野　「6.5％」です。当面は，JDS値〔HbA1c（JDS）6.1％〕との併記となります。

柏木　興味深いのは，米国の糖尿病管理基準がHbA1c 7％ということです。臨床データからこの値を定めていて，日本の管理基準はHbA1c（JDS）6.5％なのですが，測定法の差を考えるとほぼ一致しているのです。

門脇　まさに“実は一致していた”わけですよね。一方，日米はHbA1cだけで診断を行うかという点では異なります。

清野　今年1月のADAの新基準では，HbA1cと血糖が並列でいずれかが2回基準を満足すれば糖尿病という診断になるわけですが，これはHbA1cが2回でも構いません。一方，日本では「糖尿病は慢性高血糖である」と定義していますから，確定診断には血糖が必ず要求されることが大きな違いです。

門脇　測定法の違いでHbA1cの値に差が出る現状では，その“差”が診断に重要になるという考えを日本の診断基準は持っているということですね。

なお，新しい糖尿病診断基準とHbA1cの標準化については，今後，糖尿病学会の学会員や関連学会，行政機関などからの意見をうかがい，それを十分に反映させた上で，5月27日から開催される第53回日本糖尿病学会年次学術集会で正式に決定する予定となっています。

期待が集まるインクレチン関連薬

門脇　糖尿病はできるだけ軽症のうちに診断し，早期から厳格な血糖コントロールを行うことが，いわゆる“遺産効果”として，後々までの患者の予後を決めることが明らかになってきました。一方で，新しい機序による糖尿病治療薬として誕生した「インクレチン関連薬」が，そうした早期治療に有用である可能性が現在指摘されています。期待が集まるインクレチン関連薬について，まずはその概要をお話しください。

清野　インクレチンは，食事に含まれる炭水化物を認識して分泌されるホルモンです。血糖が上昇するときに，それに合わせてインスリンが分泌されると言われていますが，実はインスリン分泌の前にこのインクレチンが分泌されます。つまり，あたかも血糖の上昇を予測したようにインスリン分泌を促すのが，インクレチン効果と呼ばれる大きな特徴です。

インクレチン効果は1964年に発見され，1971年にGIP（glucose-dependent insulinotropic polypeptide），1983年にGLP-1（glucagon-like peptide-1）という2つの消化管ホルモンが同定されました。その後，両ホルモンとも生体内に広く存在する分解酵素DPP-4（dipeptidyl peptidase-4）により速やかに不活性化されることが判明し，DPP-4を産生しないノックアウトマウスを用いた研究が行われました。その結果，DPP-4の阻害が糖代謝を改善し，インスリン分泌を増やすことがわかったのです。

日本では，これを応用したDPP-4阻害薬のシタグリプチンが2009年12月に発売されました。また，DPP-4によって阻害されないGLP-1の受容体に直接作動するGLP-1受容体作動薬も開発され，6月以降にそのうち一つの製品の上市が予定されています。

門脇　それでは，新薬にはHbA1cをどれくらい下げる働きがあるのでしょうか。

清野　DPP-4阻害薬は，体内で分泌されたインクレチンの濃度を上昇させます。GLP-1受容体作動薬は投与した薬剤自身によって血中GLP-1濃度が上昇します。インクレチン作用は血糖が上がり始めるときに生じるので，理論的には血糖を上げにくくする働きがあります。そこで，糖尿病の早期から使用することで血糖コントロールが可能になると考えられています。HbA1cの低下効果ですが，GLP-1受容体作動薬では1.5―2％，DPP-4阻害薬では1％ぐらいと私は考えています。

門脇　体重への影響はあるのでしょうか。

清野　DPP-4阻害薬はGLP-1，GIP両方の血中濃度を上げ，GIPには脂肪細胞を大きくする作用があることがわかっています。ただ，日本・海外を含めた使用成績からは体重に対する影響は

研修医、NSTスタッフ必携！　明日から役立つパール満載

新刊

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

A5　頁280　2010年　定価2,940円（本体2,800円＋税5％）　[ISBN978-4-260-01014-6]　医学書院

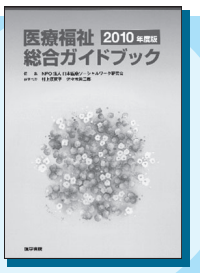
医療・福祉の現場レベルで確実に役立つサービス一覧

新刊

医療福祉総合ガイドブック　2010年度版

医療・福祉サービスの社会資源にはどういったものがあるか、利用者の視点で一覧できるガイドブックの2010年度版。法律や省令レベルでの制度枠組みについての解説にとどまらず、通知レベルの最新情報も従来通りフォローすることで、2009年秋の政権交代に伴った医療・福祉現場での変化も踏まえて、利用者からの相談に応じることができる1冊。ケアマネジャーやソーシャルワーカーはもちろんのこと、退院調整にかかわる医療者にも役立つ。

編集　NPO法人 日本医療ソーシャルワーク研究会
編集代表　村上須賀子　兵庫大学
佐々木哲二郎　広島国際学院大学、NPO法人 ウイングかべ



A4　頁296　2010年　定価3,360円（本体3,200円＋税5％）　[ISBN978-4-260-01037-5]　医学書院

ほとんどありません。一方，GLP−1には脂肪細胞に対する作用は全くないため，GLP−1受容体作動薬自体には体重への影響はありません。しかしこの薬剤の場合，皮下投与のため血中濃度が高くなることから薬理作用で食欲が落ち，その結果体重が減少します。

門脇　低血糖を引き起こすことはありますか。

清野　インクレチン関連薬自体ではありません。ただインスリン分泌の発生と血糖低下のタイミングには個人差があるので，それがずれた場合，一時的に血糖が低下することがあります。

門脇　これまでの糖尿病薬との併用で注意することはありますか。

清野　ええ。実は，DPP−4阻害薬の発売後から重症低血糖が発生しており，非常に重要な課題となっています。

先日，大量のスルホニルウレア（SU）薬を服用していた高齢患者さんが，DPP−4阻害薬を併用し始めた3日後に血糖が低下し昏睡となる症例がありました。おそらく主治医は，SU薬は二次無効でありDPP−4阻害薬による低血糖はないため，「低血糖は起こらない」と理解していたのだと思います。しかし，HbA1cが高くてもインクレチン関連薬の使用により膵β細胞でSU薬の効果が再出現する。それが低血糖の発生につながるのです。

門脇　私も似たような症例を聞いています。また，SU薬からDPP−4阻害薬に切り替えたところ血糖が上昇したという症例も聞いていますので，SU薬とDPP−4阻害薬とのさじ加減が難しいと感じています。

柏木　処方については，専門家がある程度全体像をつかんでから使い分けの基準を示していく必要がありますね。

糖尿病の進行抑制にも期待

門脇　糖尿病の進行を遅らせるという観点からは，インクレチン関連薬はどのような効果が期待されるのでしょうか。

柏木　マウスなどの動物モデルを用いた研究が現在積極的に進められており，その結果GLP−1受容体作動薬が若干ですがインスリン分泌指数を改善させることがわかってきました。また，膵機能の保持については，膵β細胞にかかる負荷が減ることから，長期間機能を保つ効果があるのではないかと考えられています。というのは，負荷が減ればその分少量のインスリンで管理ができるようになるからです。それとは別に，GLP−1には膵β細胞再生作用が糖尿病モデル動物で報告され，大きな期待が寄せられています。

一方，これまでの糖尿病薬では，インスリン感受性増強剤であるチアゾリジン薬がIGT（耐糖能異常）から糖尿病への進行を抑制しています。例えば，チアゾリジン薬のピオグリタゾンでは80％以上，ロシグリタゾンは約60％，IGTから糖尿病への進行を抑えることが報告されていますが，これは強力な食事・運動療法と同程度の効果です。

ただ，インクレチン関連薬によるこの効果はまだ研究途上で，今後の課題です。大きな期待を集めてはいますが，チアゾリジン薬と比較してどちらが長期間の管理に優れるかといったことは，今後の臨床試験の結果が待たれるところです。

門脇　合併症予防の面からの効果はいかがでしょうか。

柏木　過去には副作用から販売中止となった糖尿病治療薬もありますので，新薬には血糖を下げるだけでなく心血管イベントや生命予後に悪い影響がないことが証明される必要があります。

GLP−1受容体作動薬のエキセナチドを用いてわれわれが研究したところでは，肥満2型糖尿病モデルマウスの糸球体病変，アルブミン尿，高血圧が著明に改善しました。血管拡張効果があることが判明しているので理論的には心血管イベントの問題は少ないと考えられていますが，心筋に直接作用して心拍数増加を招くことは問題となっています。同時に心機能改善に働く陽性変力作用もあるのですが，これらが心血管イベントの誘発因子にならないかを注意する必要があります。一方，虚血心筋保護作用が報告され，現況では良い方向に働くと考えられます。

以上のように，インクレチン関連薬は正負の両方の面を持ちますが，負の面である心血管系への刺激が将来どのように評価されるかがポイントでしょう。おそらく海外で先に報告されますが，海外で問題ないという結果が出れば日本でも大丈夫だろうと思います。

門脇　それでは，このインクレチン関連薬は，どのような患者が処方の対象となるのでしょうか。

清野　DPP−4阻害薬単剤でHbA1c（JDS）≦7.5％，GLP−1受容体作動薬ではHbA1c（JDS）≦8.5％の症例に用いるのが良いでしょう。ただ，適切な使用法が重要ですので期待を持ちすぎてはいけないと私は考えています。

SU薬との併用では，早期から鋭く血糖が低下する印象を持っています。詳細は今後の臨床での結果が待たれるわけですが，特にアジア人でこの現象が生じる可能性もあるので，われわれ専門医が啓発していく必要があるでしょう。

柏木　糖尿病の治療では，HbA1c（JDS）≦6.5％という管理基準を目の前の患者さんでいかに達成するかが重要です。目標に達しないままむやみやたらに薬を投与し続け，結果的にインスリンの導入が遅れてしまう症例もこれまで多く見られましたが，この新薬は6.5％の達成が見込める症例に限って使うべきだと思います。ですので，そのような面からも治療に遅れが出ないよう指針を示す必要がありますね。

トータルケアとしての糖尿病診療を

門脇　診断基準が変わり，新しい機序による治療薬も誕生しました。そのようななかで，われわれ医療者は今後どのように糖尿病患者を診ていけばよいのでしょうか。

柏木　糖尿病診療は新時代に入りました。これまでは合併症の予防が「糖尿病の治療」であったわけですが，今後はもっと早期，場合によってはIGTの段階から厳格な管理のもと病気の進行を抑制することが治療となります。

この背景には，医療者がこれまで考えている以上に厳しい管理を行わないと，糖尿病の増加も合併症も防げないとわかってきたことがあります。糖尿病の初期から食事・運動療法を十分に行い，必要に応じて薬剤を併用するといったことは当然となる可能性もあります。ですので，トータルケアによって糖尿病の予防に力を入れ，また糖尿病となった人についても早期介入によって合併症を予防する努力が一層必要になると私は考えます。

清野　糖尿病はチームで治療を行う典型的な疾患です。糖尿病療養指導士や糖尿病看護認定看護師，病態栄養専門師の連携によるケアが必要となります。大規模病院ではその体制がかなり整ってきましたが，地域の医療施設ではまだ不十分なのが現状です。ただ，大多数の糖尿病患者は地域で治療を受けています。私も糖尿病は地域で診るべきだと思いますが，大規模病院との差が広がってきています。また，大規模病院から地域への逆紹介もあるので，かつては支え合うことができた糖尿病患者会の機能が低下してきたという現実もあります。

われわれは，このような糖尿病診療に格差が生じている現状を認識して，地域やコメディカルと協働して優れた診療システムを構築していく必要があります。また，それが今後の日本の糖尿病診療を左右するでしょう。

門脇　糖尿病は1型，2型を問わず，糖尿病でおさまっているがゆえに，日常生活での制限が小さい場合がまだまだ少なくないと思います。そのようななかで，うつに陥ったり，将来に不安を持たれる患者さんも少なくありません。ですから，われわれ医療者は患者さんに対して常に傾聴し，その悩みや苦しみに共感し，患者さんが糖尿病と闘うという力を持っていることを信じて，エンパワーメントの精神で支援していく，といった態度で臨む必要があると強く思うのです。私は，そのようなスタンスで糖尿病診療を行うことを広く呼びかけていきたいと思います。

（了）

臨床栄養に携わる方の必携書

◎治るための栄養、生きるための栄養

「治る力」を引き出す

実践！ 臨床栄養

編＝東口髙志

「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。NST活動のみならず、"毎日の栄養管理"にも役に立つ実践書。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た。

●AB判　頁312　2010年　定価3,780円（本体3,600円+税5％）
[ISBN978-4-260-01030-6]

◎栄養の基本知識から実践的な解説までまとめたプラクティカルな1冊

NST 臨床栄養療法 スタッフマニュアル

編集＝清野　裕・門脇　孝・中村丁次・本田佳子
編集協力＝矢吹浩子・東海林徹

本書は、医師・栄養士から看護師・薬剤師まで、患者の栄養管理に携わる専門職者が執筆。疾患の知識、疾患に即した栄養アセスメントや栄養管理、食品の選び方、経腸・静脈栄養療法、栄養指導や看護のポイントなど栄養に関わる事柄をまとめたプラクティカルな書。栄養の基本知識から、症状や疾患別の栄養療法、発達段階による栄養管理までを網羅し、実践的な視点で解説されている。現場でおおいに活用できる1冊。

●B6変　頁664　2009年　定価3,990円（本体3,800円+税5％）
[ISBN978-4-260-00815-0]

医学書院

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

＊プログラムタイトルは仮題です

東京　定員400名

2010年 7月 3日（土） 13：30〜17：15

学術総合センター 一橋記念講堂

東京都千代田区一ツ橋2-1-2　学術総合センター2階

司会　池谷俊郎（前橋赤十字病院）
　　齋藤　登（東京女子医科大学）

プログラム
●実践できる連携パスの基本概念　池谷俊郎（前橋赤十字病院）
●脳卒中連携パス　米原敏郎（済生会熊本病院）
●港区地区での連携パス　太田惠一朗（国際医療福祉大学三田病院）
●連携関連ナース　村木泰子（武蔵野赤十字病院）
●がんの連携パス　高金明典（函館五稜郭病院）

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）
●脳卒中連携パス　西　徹（済生会熊本病院）
●連携パス（薬剤師関連）　松久哲章（四国がんセンター）
●連携関連ナース　重田由美（北野病院）
●がんの地域連携パス　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: jscp-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

統合失調症のよりよい姿を模索する

第5回日本統合失調症学会開催

第5回日本統合失調症学会が，3月26―27日，九大医学部百年講堂（福岡市）にて神庭重信会長（九大）のもと開催された。「統合失調症の多面的理解とケア」をテーマに掲げた今回は，医師のみならずコメディカルからも多数参加があり，会場は活況を呈していた。本紙では，27日のシンポジウムの模様を報告する。

共通点から考える2つの疾患

シンポジウム「統合失調症と双極性障害――共通点と差異から見えてくるもの」（コーディネーター＝岩手医大・酒井明夫氏，理研脳科学総合研究センター・加藤忠史氏）では，近年特にクローズアップされてきた2疾患の共通点について，各方面から考察がなされた。

まず酒井氏が医学史における両疾患の足跡をたどった。氏は紀元前425年以降約1千年間の文献を研究し，「マニア」と「メランコリー」という言葉が，現代における双極性障害の概念を表していたと紹介。しかし一方で，この2語は幅広い「狂気」の概念も含有していたという。その理由として氏は，明確な病像を持つ特殊な病の存在と，それと関連しつつ錯綜した異種的全体像の認識が共有されていた可能性を示唆。統合失調症もそうした全体像の中に埋没していた可能性を述べ，いまだ定まらない現在の疾患分類にも共通する状況があることを指摘した。

続いて精神病理学の見地から，加藤敏氏（自治医大）が発言。DSM-V改定で発足した「精神病を脱構築する」作業委員会では，統合失調症・双極性障害などを包括した「全般的精神病症候群」の概念が提唱されているという。ここから氏は，単一精神病論の再評価の必要性を主張。疾患単位の病態把握から脱し，まず生命力動（感情障害），次いで人格構造（人格障害）の視座から診断がなされるべきとした。また，統合失調症と双極性障害は生命力動の視座では連続し，人格構造においては段差が見られることを解説した。

岩田仲生氏（藤田保衛大）は，遺伝研究の側面から発表。近年のゲノム解析の進展により，感受性座位や原因遺伝子の面で2疾患には遺伝的近似が多く認められてきている。一方，従来から自閉症などとの関連が示されてきたコピーナンバーバリエーション（CNVs）は，統合失調症の一部への関与も判明しているが，双極性障害との関連は認められていない。岩田氏は，既に精神疾患への影響が明らかになっている一塩基多型（SNPs）により精神病症状や気分症状が説明されることに加え，SNPsとCNVs両方の分析により認知機能や陰性症状も説明できると提起。将来的にはそのデータをもとに，患者の個別性に応じた精神病理認識論を構築できる可能性があると述べた。

異なる視点をつなぎ病因の根本をとらえる

病態生理からこの2疾患をとらえた福田正人氏（群馬大）は，共通点として，統合失調症における脳構造・脳機能画像，神経生理画像，認知機能といった指標のいずれでも認められる所見が，より軽度な形で双極性障害にも認められることを挙げた。一方で，側脳室拡大の左右比，前頭葉血流反応低下の依存性，事象関連電位P300成分異常の表出などは両疾患で異なっている。これらのことから氏は，病態生理指標に基づいて疾患の概念を再構成し，症状に基づく精神疾患診断を行うことを今後の課題として示した。

認知機能障害の観点からは中込和幸氏（鳥取大）による考察がなされた。認知機能障害は，統合失調症はもとより近年では双極性障害においても社会機能との関連や転帰予測指標として注目を集めつつあり，両疾患の連続性を考える上でも重要視されている。氏は，双極性障害における認知機能障害は比較的長期間続き，特に遂行機能や言語記憶の面では寛解時まで機能低下が持続することを提示。今後，さまざまな疾患について同じアプローチをとり，より早期に研究を行うことで，認知機能障害の根本原因となる神経メカニズムが明かされるのではないかと話した。

●神庭重信会長

最後に指定討論として，加藤氏が，神経細胞の環境適応の阻害が両疾患に共通のリスクファクターとなるが，一方で変性を来すのは脳の別々の部位であるとし，認知にかかわる脳構造の発達が障害され，発症初期に急激な変性を来すのが統合失調症であり，辺縁系など皮質下の神経回路の動態異常や，情動神経系の変性から生じたのが双極性障害ではないかと発言。また，江口重幸氏（東京武蔵野病院）は，1998年にカナダの哲学者イアン・ハッキングが述べた「今後20年間で，統合失調症の実態は疾患原因を含め，遺伝的・環境的もしくはさらに複雑に，まったく別の実態に分岐するだろう」という言葉を引用。今回のシンポジウムは，複雑化する統合失調症研究における自然科学的視点，社会科学的視点の橋渡しをするものだったと総括した。

認知行動療法基礎セミナー開催

医学書院認知行動療法基礎セミナー「BECK & BECK父娘に学ぶ認知行動療法の基礎」が3月13日，古川壽亮氏（名市大）を講師に迎え医学書院本社にて開催された。認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）は，薬物療法との併用などで高い治療効果があることが示唆されている上に，2010年度の診療報酬改定で保険収載されたことなどから，大きな注目を集めている。本セミナーにも約100人が参加し，古川氏の講義に耳を傾けた。

技術を身に付けるときには，教科書を読むだけでなく「お手本」があったほうがよい。そして，その「お手本」の連続的な動きを区切って，「ポイント」ごとに解説を受けることができれば，技術の理解はさらにスムーズだ。古川氏のこの考えに基づき，今回のセミナーはCBTの第一人者であるAaron Beck，Judith Beck父娘による実際の治療を収録した『DVD＋BOOK Beck & Beckの認知行動療法ライブセッション』（医学書院）を「お手本」に，CBTの「ポイント」に一つひとつフォーカスを当てる形で行われた。

認知行動療法のスキルが使われたその瞬間を明確に指摘

治療の冒頭部分の解説のひとコマを紹介する。治療の冒頭は「導入」部分であり，患者の悩みの聴取や今回の治療で向き合うべき問題（アジェンダ）の設定などを行う。ここにもたくさんの技術が織り込まれている。患者が自身の問題を自ら発見できるように導いていく「ソクラテス式問答」がその一つ。この問答法は，Open Questionで自由な発言を促す一方，患者のあいまいな表現には具体化を求めて患者の考えに輪郭を与えていくなど発問方法が多様で，使いこなすことは難しい。まさに，「お手本」を請いたくなる技術だ。DVDを再生しながら，古川氏の解説が入る。「今の質問がソクラテス式問答です！」その後も，CBTを構成する技術の一つひとつが丁寧に解説され，うなずきながら聴く人の姿もみられた。

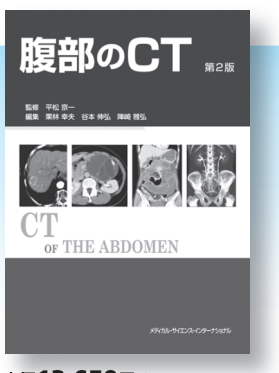
●古川壽亮氏

7月18―19日には古川氏と堀越勝氏（駿河台大）を講師に，「認知行動療法ワークショップ」が開催される。CBTをロールプレイで研修でき，こちらも注目の内容だ。

＊受講者多数につき，ワークショップ受講申し込みの受け付けは終了させていただきました。

新刊　腹部のCT　第2版

腹部CT診断の“オンリーワン”テキスト、9年ぶりの全面改訂



監修　平松京一　慶應義塾大学医学部客員教授
編集　栗林幸夫　慶応義塾大学医学部放射線科学教授
谷本伸弘　慶応義塾大学医学部放射線科学准教授
陣崎雅弘　慶応義塾大学医学部放射線科学准教授

各臓器別それぞれのエキスパートが自らの臨床経験と最新知見をもとに徹底解説した、腹部CT診断テキストの決定版。改訂に際し、画像は64列MDCTを中心とした最新のものに更新、新たな症例写真、カラーの3次元画像を適宜追加し、総計1,200枚以上の写真を収載。特に「肝」と「膵」については、疾患分類の変更に伴い、疾患の網羅性を追求した。3次元表示法とその臨床応用、また、CTのIVRへの応用に関しては、新たに独立した章を設けて詳細に解説。放射線科医、腹部領域の各科臨床医、研修医に幅広く有用であり、必読・必備のスタンダードテキスト。

定価13,650円（本体13,000円+税5%）　●B5　頁626　図42・写真1259　2010年　●ISBN978-4-89592-636-2

好評関連書

胸部のCT 第2版
編集　村田喜代史・上甲 剛・池添潤平
●定価 14,700円（本体14,000+税5%）
●B5　頁642　図・写真825　2004年

腹部のMRI 第2版
編集　荒木 力
●定価 12,600円（本体12,000円+税5%）
●B5　頁516　図55・写真1186　2008年

関節のMRI
編集　福田国彦・杉本英治・上原雅孝　江原 茂
●定価 13,650円（本体13,000円+税5%）
●B5　頁568　図52・写真1059　2007年

脳脊髄のMRI 第2版
編集　細矢貴亮・宮坂和男・佐々木真理・百島祐貴
●定価 14,700円（本体14,000円+税5%）
●B5　頁800　図44・写真1,598　2009年

頭頸部のCT・MRI
編集　多田信平・黒崎喜久
●定価 14,700円（本体14,000円+税5%）
●B5　頁704　図・写真1,289　2002年

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　FAX 03-5804-6055　http://www.medsi.co.jp　E-mail info@medsi.co.jp

ハリソン内科学　第3版

Harrison's PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE 17TH EDITION

日本語版監修
福井次矢　聖路加国際病院院長／京都大学名誉教授
黒川 清　政策研究大学院大学教授／東京大学名誉教授

2009年12月22日発売

「ハリソンはミッションになった…」

DVD付き

■ 世界最高、最強の内科学書、最新版の邦訳。
■ 現代の内科学の全容を、18Part、431章（eチャプター39章を含む）の中に詳細かつ的確に網羅。
■ 本文、図版・写真とも大幅にボリュームアップ。対応すべく増頁、加えてDVDに納めて添付した。
■ DVDには最新トピックを解説した新しいPart、各章の内容を補完するeチャプターや図版・写真、動画などを収載。
■ 近年注目の再生医学のPartを追加、あわせて各章における基礎医科学の記述を補強。
■ 学生時代から現役引退まで座右書として傍らに置き続けることに値する唯一無二の内科学書であり、幅広い読者層の中でとくに医学生に配慮し、第3版でも定価は据え置き、廉価を維持。

● 全2巻　A4変　3,326頁　4色刷　函入　ソフトカバー
● 定価31,290円（本体29,800円+税5%）
● ISBN978-4-89592-627-0

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　FAX 03-5804-6055　http://www.medsi.co.jp　E-mail info@medsi.co.jp

続 アメリカ医療の光と影　第173回

米医療保険制度改革①
Unfinished Business

李　啓充　医師／作家（在ボストン）

3月23日，前々日に下院が可決したばかりの医療保険制度改革法案にオバマ大統領が署名，同法が成立した。

今回成立した改革法によって3200万人の無保険者が救済され，現在国民の6人に1人（17%）を占める無保険者が20人に1人（5%）まで減少すると見積もられている。低所得者用公的医療保険メディケイドの加入要件（収入上限額）を大幅に緩和するとともに，加入資格以上の所得がある層に対しては保険料支払いを支援するための所得スライド制減税措置を新設，無保険社会解消をめざす。

同時に，保険会社への規制を強め，①既存症を理由にした保険加入拒否あるいは保険料割り増し，②保険加入後の疾病罹患などを理由にした保険取り消し，および③保険給付額に「生涯上限額」（**註1**）を設ける等の行為が禁止され，消費者（被保険者）保護体制が強化された。

ケネディ家と医療保険制度改革

歴史的法律の成立とあって，ホワイトハウス・イースト・ルームで行われた大統領署名には多くの関係者（ほとんどは政治家）が招かれたが，署名するオバマのすぐ後方，もっとも目立つ位置に立った女性は，故エドワード・ケネディ上院議員夫人のビッキー・ケネディだった。皆保険制成立のために生涯を捧げて戦ったケネディの功績を称えるために，オバマが特別に招待したのだった。

ケネディは，オバマにとって，大統領選に当選することができた「恩人」でもあった。民主党予備選で，「本命」と目されるヒラリー・クリントンを相手に苦しい戦いを強いられていた流れを変え，優勢に立つきっかけをつくったのは，ケネディがオバマ支持を決めたことにあった。そして，ケネディが支持を決めた最大の理由は，「皆保険制を実現できるのはオバマしかいない」と信じたことにあったのである。

そもそもケネディ家と医療保険改革のかかわりは，35代大統領ジョン・F・ケネディ（以下，JFK）にさかのぼる。JFKは大統領に就任するとともに，公的高齢者用医療保険「メディケア」の創設を内政の最優先目標とした。JFKが始めた努力は最終的に1965年，ジョンソン大統領の下で結実するのだが，4年間議会を通過しなかったメディケア法案が最終的に成立した最大の要因は，JFK暗殺後米国を覆った「弔い」ムードにあったと言われている。メディケアは「JFKが命と引き替えに成立させた」と言っても過言ではないのである。

ケネディは，兄JFKがメディケア設立に苦闘する姿を間近に目撃したわけだが，彼自身が医療保険改革（＝皆保険制実現）を生涯最大の目標にするようになった最大の理由は，自身および家族の怪我・病気体験にあった。まず1964年，搭乗機が墜落，瀕死の重傷を負ったケネディは，何か月もの入院生活を強いられた（この年，病床から戦った選挙に圧勝，上院再選を果たした）。

また，1973年には，長男テディJr.が12歳で骨肉腫と診断され，ケネディは，癌と闘う子を持つ親の立場に立たされた。ダナ・ファーバー癌研究所での手術・抗癌剤治験に立ち会う過程で，ケネディは多くの親と知り合った。幸い，彼の長男は最先端医療のかいあって救命されたが，無保険であるがために治療を半ばであきらめなければならない親たちの苦悶も目の当たりにしたのだった。その後も，次男パトリックの小児喘息，長女カラの肺癌（2002年）と，ケネディは，わが子の病気に心を痛める体験を強いられた。

「未完の仕事」をオバマに託して

ケネディが議会に初めて「皆保険法」を提出したのは1970年のことであったが，それ以後40年近く，皆保険制実現のために奮闘した。当初はイギリス型の国営皆保険制をめざしたものの，米国民に特有の「大きな政府嫌い」を考えたとき実現は無理と判断，やがて民間保険存続型の「現実的改革」へと方針を変えるようになったのだった。

さらに，皆保険制実現への道が遠いことを十分に認識，一段一段階段を上るかのように，「小出し」の改革を次々と積み重ねた。1996年に成立したHIPAA（**註2**），1997年のSCHIP（**註3**）は，ともにケネディが提案者となって議会に提出した法律だった。

大統領予備選でオバマ支持を決めたのは2008年1月だったが，同年5月ケネディは痙攣発作の後，悪性神経膠腫と診断された。ケネディは，皆保険制実現を米国社会にとって最大の「未完の仕事（unfinished business）」と呼んでいたが，「未完の仕事」を達成する「最後の望み」をオバマに託し，病身を押してオバマの選挙運動に協力した。

大統領に当選したオバマは，ケネディとの約束を守って皆保険制実現を政権の最優先達成目標とした。しかし，共和党，さらには民主党保守派の反対は強く，医療保険改革は遅々として進まなかった。オバマによる医療保険改革が実を結ぶのを見ることなく，2009年8月，ケネディは家族に見守られながら，ケープコッドの自宅で息を引き取った（**註4**）。

彼が生涯を捧げて戦った医療保険制度改革がようやく実現したのはその死から7か月が経った3月23日だった。下院が法案を可決した翌日の3月22日，小児時代に喘息を起こすたびにケネディの介護を受けた次男のパトリック・ケネディ下院議員はアーリントン墓地を訪れ，墓前に改革法成立を報告した。パトリックは，父の墓に手書きのカードを手向けたが，そのカードには，「お父さん，未完の仕事が終わりました（Dad, the unfinished business is done）」と書かれていた。

（この項つづく）

註1：例えば，生涯上限額100万ドルなどと定めている保険が多いのだが，癌などで高額な手術・治療を繰り返し受けた患者は，上限額に達した途端保険給付を打ち切られてしまう。

註2：Health Insurance Portability and Accountability Act　退職・転職時の保険継続，および医療における個人情報保護について定めた。

註3：State Children's Health Insurance Program　小児のメディケイド加入要件を大幅に緩和した。

註4：ケネディの死については別の場所（http://blog.livedoor.jp/goredsox/archives/963641.html）に書いたので，興味のある方は参照されたい。

第107回日本内科学会開催

第107回日本内科学会が4月9—11日，小林祥泰会頭（島根大）のもと，東京国際フォーラム（東京都千代田区）にて開催された。会期中，内科系疾患の最新の知見を盛り込んださまざまな講演やシンポジウムが組まれ，特に今回初めて企画された「実践的生涯教育プログラム」は参加者の関心を集めた。

本紙では，近年発症率，死亡率ともに高まっている心血管イベントの要因のひとつである動脈硬化と，その発症・進展・転帰に深く関与しているとされる炎症について，最新の研究結果が語られたシンポジウム「炎症と動脈硬化」（司会＝佐賀大・野出孝一氏，広島大・松本昌泰氏）のもようを報告する。

シンポジウムではまず，基礎医学の立場から宮崎徹氏（東大）が登壇し，炎症性マクロファージとメタボリックシンドロームについて報告した。動脈硬化は，酸化LDLを摂取した泡沫化マクロファージが蓄積することによる長期的な慢性炎症によって引き起こされる。そのマクロファージ特異的に産生・分泌されるのがアポトーシス抑制因子（AIM）である。氏は，AIMは脂肪細胞に取り込まれて脂肪酸合成酵素に結合し，脂肪油滴を融解する作用があることを明らかにした。さらに，マウスを用いた実験結果を提示。AIM欠損下では肥満するものの脂肪細胞にマクロファージ浸潤がほとんど見られず，糖代謝も悪化しないことから，AIMの抑制がメタボリックシンドロームが引き起こす致死的な疾患群の根本的な予防につながるとの見解を示した。

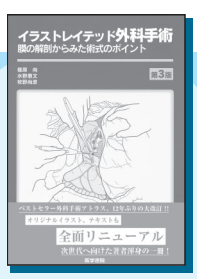
続いて，臨床の立場から苅尾七臣氏（自治医大），北川一夫氏（阪大），綿田裕孝氏（順大），井上晃男氏（獨協医大）の4氏が，それぞれ高血圧，脳血管障害，糖尿病，冠動脈疾患をテーマに口演を行った。苅尾氏は，高感度CRPが冠動脈疾患の予測因子になると指摘し，モーニングサージの変動が大きい高血圧患者に心血管イベントが多いとの研究結果を示した。さらに，ハイリスク高血圧患者の降圧治療では，①24時間血圧特性，②血管特性，③糖・脂質代謝と血栓リスク，を考慮した心血管リスク管理が重要だとした。

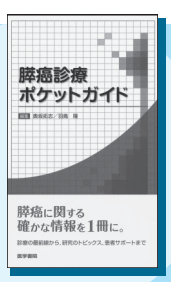
北川氏は，脳卒中予防においては従来から指摘されている高血圧や動脈硬化などに加え，血管病変に関与している炎症機転を念頭に置いたリスクファクターの管理や，ハイリスク患者を見分けるための無症候性脳血管病変の発見が有用だと述べた。さらに，近年脳動脈硬化が認知機能の低下につながると指摘されていることから，抗炎症を念頭に置いた治療は，認知症の予防にもつながるとした。

●小林祥泰会頭

綿田氏は，2型糖尿病においては，インスリン抵抗性がもたらす代謝異常によって動脈の炎症が引き起こされ，動脈硬化の進展につながっていると報告。しかし，血糖の低下だけでは効率的な心血管イベントの発症抑制にはつながらないとし，炎症制御にはインスリンの分泌を強める働きを持つGLP−1（グルカゴン様ペプチド−1）の作用を強めることが重要だと述べた。

井上氏は，冠動脈疾患の治療に用いられていた従来のステントやバルーンは血管壁を傷害して急性炎症反応を起こし，再狭窄や再イベントの引き金になっていたと指摘。それらの問題は薬剤溶出性ステントの開発などにより克服できたものの，過度の炎症抑制がかえって血管修復を阻害する可能性があると述べた。また，現在炎症マーカーとして用いられているCRPは全身性の非特異的炎症マーカーであることから，血管特異的な炎症マーカーの必要性を強調した。

待望のベストセラー外科手術アトラスの全面改訂版
新刊
イラストレイテッド外科手術 第3版
膜の解剖からみた術式のポイント
外科を志す研修医の必読書・定本となった手術アトラスの全面改訂。膜の解剖-剥離層の理解から合理的で安全・正確な手術手順とテクニックを提示して、多くの読者から支持を獲得。オリジナルの新イラストはより説得性に富み、知りたいことを的確に示し、プロセスの精緻なシミュレーションとして、すべての臨床外科医に成功する手術への道筋を示す。食道癌手術とラパ胆を加え、さらに内容充実。
篠原　尚　兵庫県立尼崎病院・消化器外科部長
水野恵文　兵庫県立尼崎病院・外科部長
牧野尚彦　兵庫県立尼崎病院・名誉院長

A4　頁500　2010年　定価10,500円（本体10,000円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01023-8]　医学書院

膵癌に関するあらゆる情報をコンパクトにまとめた書
新刊
膵癌診療ポケットガイド
日々、第一線で膵癌を診ている臨床医らがまとめた診療マニュアル。むずかしい診断のポイントやコツから、治療の適応の考え方、実際の治療の進め方、その他膵癌に関するあらゆる最新情報、患者サポートまでが、1冊で容易に手に入るよう工夫されている。膵癌は癌の死因別で第5位と、実に身近な癌である。ポケットにぜひ備えておきたいガイドブック。
編集　奥坂拓志　国立がんセンター中央病院・肝胆膵内科医長
羽鳥　隆　東京女子医科大学講師・消化器外科

B6変型　頁320　2010年　定価5,250円（本体5,000円＋税5%）　[ISBN978-4-260-00951-5]　医学書院

【対談】自殺を社会的排除の視点で考える

社会レベルの対策を

1990年代後半に起きた経済金融危機に始まる社会秩序の激変以来，日本の自殺者数は増え続け，1998年には3万人を超える非常事態に至った。それ以来，自殺は社会的な問題として継続的に議論され，対策が急がれている。

本紙では，自殺対策の第一人者である本橋豊氏と，『健康格差社会――何が心と健康を蝕むのか』（医学書院）の著者である近藤克則氏の対談のもようをダイジェストでお送りする。（雑誌『公衆衛生』（医学書院）Vol. 74, No. 5より抜粋）

●近藤克則氏
1983年千葉大卒。船橋二和病院リハビリテーション科長などを経て，2009年から日本福祉大健康社会研究センター長。『総合リハビリテーション』誌編集委員。『検証「健康格差社会」――介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』（医学書院），『「健康格差社会」を生き抜く』（朝日新書）など，著書多数。

●本橋豊氏
1980年医歯大卒。84年同大大学院修了。同大助教授を経て，96年より秋田大教授（公衆衛生学）。2007年より同大大学院医学系研究科長・医学部長。現在，内閣府本府参与・内閣府自殺対策緊急戦略チーム構成員，日本公衆衛生学会理事，日本産業衛生学会理事。『自殺が減ったまち――秋田県の挑戦』（岩波書店）など，著書多数。

本橋　報道でも伝えられているように，現在，自殺者の増加は社会的な問題になっています。近藤先生は，その原因をどのようにお考えですか。

近藤　社会学者のÉmile Durkheimは，著書『自殺論』（1897年）で自殺と密接な関連を示す社会現象を3つ挙げています。一つは宗教で，宗派によって自殺者の割合に偏りがあること。2つ目は結婚で，配偶者がいない人に自殺の傾向が高いこと。そして，もう一つの要因がアノミー，すなわち社会秩序の変化による規範の喪失です。

日本における1998年以降の自殺の急増も，その背景に結婚とアノミーという2つの要因が重なっていると考えています。結婚しない人，および離婚する人の増加に加え，子世代が別居する傾向が強くなり，家族が助け合う気風が弱くなってしまいました。さらに，派遣労働者が増え，終身雇用システムも崩壊して，かつての会社のような男性労働者の居場所がなくなりました。家族の絆をなくし，社会秩序の急激な変化に見舞われ，社会とのつながりを失った人，社会的に排除された人の増加が自殺増加の背景にあると思います。

社会的ネットワークとセーフティネット

近藤　「社会的排除」の概念は，貧困が生まれる「プロセス」に着目する中で登場しました。ふつう私たちは，家族という居場所を持ち，教育を受け，就職して職場に組み込まれ包摂されます。そして，日本ではこの就職により，医療保険，年金などの社会保障システムに守ってもらえるようになります。

一方，貧困に陥った人たちの場合，家庭が壊れていることが多くみられます。彼らは十分な教育が受けられず，その結果安定した仕事にもつけず社会から排除されてしまうため，本来あるはずの，家族や友人，同僚，そして社会からの支援を受けることができません。あらゆるセーフティネットからこぼれ落ちてしまうのです。社会から排除された人に自殺者が多いことを踏まえると，社会的排除の防止は急務です。

臨床医学と対比したときの公衆衛生学の特徴は，集団や社会を相手にすることでしょう。公衆衛生関係者は，今の日本社会の病状を社会的排除が進んだ状態と診断し，ネットワークやコミュニティづくりなど，社会に対する治療的介入をしていく必要があります。

本橋　私がかかわっている内閣府における自殺対策でも，その認識で一致しています。2006年に自殺対策基本法，2007年に自殺総合対策大綱ができて，その中で3つの基本認識を政府が示しています。その冒頭に「自殺は追い詰められた末の死」とあり，自殺は社会的な問題だと書かれているのです。

最近の動向として，内閣府の自殺対策緊急戦略チームは，昨年11月に「自殺対策100日プラン」を立てました。これは総合的な自殺対策ですから，精神科医療の問題，メンタルヘルスの問題など，公衆衛生や医療にかかわるものもありますが，とりあえず年末から年度末にかけては失業者や企業倒産に追い込まれた経営者の救済を目的に，社会・経済的な対応を重視して緊急対策を立てています。ハローワークに総合相談窓口「ワンストップ・サービス」を設け，そこに保健師を配置して，社会的な悩みを抱えている人たちを支援していることが特色です。

近藤　今後の課題の一つは，支援する側のネットワークも強めることではないでしょうか。保健師がワンストップ・サービスの相談窓口を担当していても，健康相談以外の問題にはすぐには対応できないかもしれません。その場合には，他分野の専門家ネットワークの協力が必要なのです。

ソーシャル・キャピタルが人々と社会をつなぐ

近藤　人々を結びつけるネットワークと，そこで培われた規範や信頼などをソーシャル・キャピタルと呼びますが，それが人々のウェルビーイング（幸福・健康）を高め，自殺および社会的排除の減少につながるのではないかと，実証研究が蓄積されています。その具体例の一つが，本橋先生の介入研究だと思います。

本橋　2000年ごろから，日本で自殺率が最も高かった秋田県で「自殺対策の介入研究」を始めました。住民に対しうつのスクリーニングをし，保健師が個別にハイリスクアプローチを行うという二次予防的なものです。その結果，メンタルヘルスを中心に介入した地域の自殺率を4年間で47％削減させる成果を得ました。成果の要因を調査してみると，意外にも，それはハイリスクの人以外への啓発活動でした。

啓発活動が自殺率を低下させた原因の一つに，知識を持つことで行動が変容したことが考えられます。コミュニティの中に存在する問題を住民が認知したことで，住民の中に新しいつながりが出てきたのです。ソーシャル・キャピタルの充実がメンタルヘルスに及ぼす効果の一例と言えるでしょう。

近藤　私は介護予防を中心に研究を行うなかで，ソーシャル・キャピタルの重要性を感じました。ある町の健診で「要介護状態になるリスクが高い特定高齢者」だと言われた人がいました。あるときその人にボランティアを頼んだら，「みなさんのお役に立てるのなら」と引き受けてくれました。そして，ボランティア活動しているうちに元気になって，特定高齢者ではなくなったのです。ボランティア活動はソーシャル・キャピタルの一側面です。ソーシャル・キャピタルの豊かな地域では，居場所や役割などを得，元気を取り戻すきっかけを得やすいと感じました。

本橋　ソーシャル・キャピタルには「ボンディング・ソーシャル・キャピタル」（地縁，血縁，マフィア，学閥など）や「ブリッジング・ソーシャル・キャピタル」（橋渡し型）等，さまざまな種類があります。望まれるソーシャル・キャピタルとは，どのようなものなのでしょうか。

現代社会においては，ボンディング・ソーシャル・キャピタルはそぐわないですね。田舎でみられる密接な人間関係がその一例ですが，それは人々の行動にかえって悪影響を及ぼすことがあります。つまり，地縁，血縁が強い社会の中では，自分はうつになった，借金を抱えたとは言えず，支援にアクセスできないのです。

近藤　ソーシャル・キャピタルをもう一度豊かにしようと言っても，昔の地縁，血縁のようにガチガチの人間関係の中ではみんなが息苦しくて，そこから逃げ出したくなりますね。そう考えると，これからは，風通しがよく，自由度の高い，いわば「水平型」のソーシャル・キャピタルを豊かにすべきだと思います。

公衆衛生のエビデンスづくりに向けて

近藤　日本の公衆衛生関係者の課題として，世間に対して公衆衛生の成果を納得してもらえる形でどのように示していくかということがあります。

本橋　私たちは，地域で自殺対策を行っていくときに，現在は自殺率にしか注目していません。そこで今後の方策として，ソーシャル・キャピタルやメンタルヘルス，メンタルヘルス・リテラシーにかかわる指標を国民生活基礎調査などに組み込み，各地域における自殺対策の質の高さと指標の関連性を経年的に比較することが挙げられます。

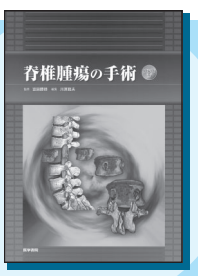
また，学者の立場から言えば，現場の保健師，公衆衛生関係者の方たちが行っているいろいろな努力，自殺対策にかかわる活動に対する評価をきちんと行って，それをフィードバックして，さらに次の活動につなげていくシステムを，日本公衆衛生学会として提言していく方針ですので，ぜひ注目していただきたいと思います。

より良い社会をつくるために

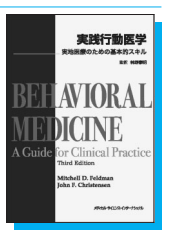
本橋　保健師などの公衆衛生関係者や医療職は，大きな制度改革に直接かかわるわけではありません。彼らは今後，どのような形で自殺防止に貢献していくことができるのでしょうか。

近藤　私が期待することは3つあります。一つは現場での取り組みの効果を検証することです。これにより，グッド・プラクティスを明らかにし，広げることが大事です。2つ目は，ノンヘルスセクター（非保健医療専門職）に対する働きかけです。自分の現場や職務の中で頑張るだけではなくて，他のセクターに対して公衆衛生・医療関係者としての考えを伝えていってほしいと思います。3つ目は，日本社会の将来像への要望を，専門職としてではなく，1人の国民として意思表示することです。制度・政策はエビデンスだけでつくられるわけではありません。社会を良くするために社会の病根と「闘う保健師」「闘う医療従事者」が，今再び必要だと感じています。

本橋　自殺対策は難しい課題です。社会的な問題に直面している人たちは心の悩みを抱えています。対策立案においては，公衆衛生をはじめとする医療関係者の役割がかなり重要になってくると考えられます。現場での地道な活動こそが自殺対策に大いに役立ってくると思いますので，行政や学会が発信する情報も取り入れた上で，現場の日常的な活動でいっそう活躍していただきたいと思います。（抜粋部分おわり）

最高のスタッフが贈る、最先端の脊椎腫瘍手術実践書!
新刊
脊椎腫瘍の手術（DVD付）
日本における脊椎腫瘍手術の最高峰、金沢大学整形外科学教室による脊椎腫瘍手術の教科書。世界的に評価が高く、かつハードな手術として知られる腫瘍脊椎骨全摘術の全容を丁寧に記載し、さらに手術にまつわる問題点とその対策・対応をもれなく記載。また各論では、脊椎腫瘍の種類別にくまなく解説する。脊椎腫瘍の手術に関するすべてを学術的かつ最先端の実践書として凝縮させた1冊。
編集　富田勝郎　金沢大整形外科主任教授
川原範夫　金沢大臨床教授


A4　頁192　2010年　定価16,800円（本体16,000円＋税5％）　[ISBN978-4-260-00975-1]
医学書院

New 新刊
隠れているけれど、実はちゃんとある! これからの医師の基本的スキルと対処法
実践行動医学
-実地医療のための基本的スキル-
Behavioral Medicine:A Guide for Clinical Practice, 3rd Edition


▶日常診療の現場では、さまざまな社会的背景や心理的特性を持った患者への適切な対応を求められる。本書は、幅広い臨床分野において、医師と患者それぞれの行動とコミュニケーションを軸に据え、実地医家として基本的に身につけるべき診療のスキルや対処法を、具体的な症例を提示して解説する画期的な教科書。ムダのない、よりよい医療を目指すべく、医師と患者が信頼関係をもち、ともにストレスを感じることのない診療の実践方法を指南する。
監訳
林野 泰明
京都大学大学院医学研究科医療疫学分野准教授
定価6,930円（本体6,600円+税5%）
B5　頁532　図16　2010年
ISBN978-4-89592-637-9
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　FAX.(03)5804-6055
http://www.medsi.co.jp
Eメール info@medsi.co.jp

MEDICAL LIBRARY 書評・新刊案内

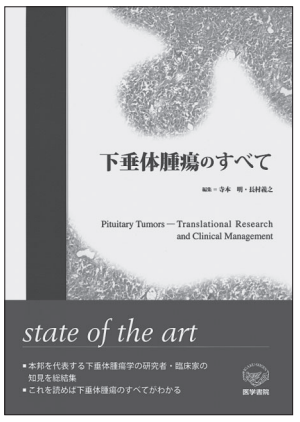
下垂体腫瘍のすべて

寺本 明，長村 義之●編

A4・頁472
定価21,000円（税5％込）医学書院
ISBN978-4-260-00830-3

評者 松谷 雅生
埼玉医大国際医療センター病院長・脳神経外科学

下垂体腫瘍の基礎から臨床までのすべてが1冊に



長らく渇望していた書がついに出版された。下垂体腫瘍の診断と治療の第一人者である寺本明教授と，下垂体細胞および下垂体腫瘍の病理学と生物学の第一人者である長村義之教授が，わが国の碩学の方々を執筆者にそろえて編んだ本書である。

第1章は視床下部・下垂体の発生である。ヒトにおいては妊娠12―17週の間に視床下部―下垂体の神経内分泌系が活動し始め，そこに至るまでには種々の転写因子やその供役因子である内因性増殖因子などが関与している。真にヒトの生命誕生は神秘的であり，驚嘆を禁じ得ない。この章に続く下垂体ホルモンの分泌機構の章は，下垂体腫瘍の臨床において極めて重要である。

手術方法の章は豊富なカラー図と極めて理解しやすい模式図を備え，かつて類を見ない手術書となっている。ゴナドトロピン産生腺腫，TSH産生下垂体腺腫などのまれな腺腫の臨床像にも詳しい。さらに，周辺疾患であるSubclinical Cushing disease, Rathke嚢胞，くも膜嚢胞，リンパ球性下垂体炎，下垂体過形成などの臨床像にも十分な紙面を割いている。下垂体腫瘍の長期予後の章と腺腫治療の各論を組み合わせると，治療による再発率，治癒率，あるいは二次性腫瘍発生率などがよく理解できる。

さらに，下垂体ホルモン補償療法の章には，治療後の生活指導の重要ポイントがよく整理されている。ヒドロコルチゾン（コートリル®）の投与方法の注意はもとより，プロラクチン産生腺腫患者が妊娠した場合にドパミン作動薬の投与をどうするか？　治療後ゴナドトロピン分泌不全を呈する女性患者が挙児を希望した場合にどうするか？　などが詳細に記されている。このように，本書には下垂体腫瘍の基礎から臨床までのすべてが記されている。英文名の“Pituitary Tumors―Translational Research and Clinical Management”は真に本書の内容を表している。

巻末付録として下垂体腺腫の診断・治療ガイドラインとデータブックがまとめられているのは，臨床現場で苦労している医師への優しい配慮である。本書はまさに下垂体腺腫に関するencyclopediaである。

下垂体腺腫の本質は良性腫瘍であるが，治療後に汎下垂体機能不全症に陥る場合もあれば，逆にホルモン分泌過多が長期間持続することもある。したがって，ホルモン値を正常域におさめることが腫瘍を制御することと同じく治療の重要ポイントである。プロラクチン産生腺腫の手術摘出による再発率を差し引いた長期治癒率はmicroadenomaで60％，macroadenomaで25％であり，薬物治療との併用という点で興味深い。GH産生腫瘍においては，全体の標準化死亡比は健常人の1.72倍に及ぶが，治療後GHが正常化すれば死亡率は健常人の1.09倍となり，ほぼ差はない。Cushing病においては管理不全が死につながることはよく知られている。非機能腺腫でも再発率に差はあるが，ほぼ10年では50％が再発・再手術の経過をたどっており，長期の追跡が必要である。良性腫瘍とはいえ，QOLの高い生活と腫瘍の制御にはすべての面での完全寛解が求められている。真に奥の深い学問分野である。本書が下垂体腫瘍についてさらに深い知識を得ようとする臨床医と基礎医学者にとって，極めて有益な書であることを確信している。

病院救急車の活用で病病連携を

救急医療の現場では救急医療機関や救急車の不足，夜間対応病院の混雑などの問題が生じており，救急搬送において受け入れ医療機関の選定が困難な事案は社会問題化しているところである。この問題に対し東京都では「救急医療の東京ルール」を定めており，都内医療圏域ごとの「地域救急医療センター」の整備，東京消防庁での「救急患者受け入れコーディネーター」の配置を行っている。

江戸川区内唯一の2次救急医療機関であり，区東部（墨田・江東・江戸川）の「地域救急医療センター」に指定されている東京臨海病院は，このたび江戸川区から病院救急車の寄贈を受け，3月19日に同院にてお披露目式が開かれた（写真）。この病院救急車は心電図モニター・人工呼吸器・超音波装置などを装備。今後は院内の救急救命士が同乗することを原則とし，必要に応じて医師・看護師も同乗する予定だ。

「東京ルール」では，搬送先が決まらない場合は地域救急医療センターでの「一時受け入れ」を推奨している。応急処置後は適切な処置や入院加療が可能な他の病院に搬送されるが，搬送中に患者の状態が悪化する懸念もある。院長の山本保博氏は「この救急車を病病連携・病診連携に活用していきたい」と抱負を語っており，救急医療ネットワーク構築のさらなる発展が期待される。

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 黒木 良和
川崎医療福祉大大学院教授／臨床遺伝専門医・指導医

神経疾患の診療に携わるすべての人へ

分子遺伝学の急速な進歩により多くの神経疾患の病因遺伝子が同定され，遺伝子診断の重要性が高まっている。遺伝子診断の意義は診断の確定にとどまらず，治療や予後，ケア等に関する多くの有用な情報を提供できる点にある。

一方，遺伝子診断で明らかにされる遺伝情報は高度の個人情報であり，遺伝子診断の実施に当たっては当事者の自己決定権，プライバシーの保護，守秘義務などに対する十分な配慮が必要である。したがって，神経疾患の遺伝子診断に際しては，疾患の専門知識と同時に，遺伝カウンセリングの基本を押さえておく必要がある。

本書はそのような観点から，主として神経内科医を対象に，遺伝子診断を適切に進める上で役立つガイドラインの提示をめざしている。本ガイドラインは日本神経学会の「神経疾患の遺伝子診断ガイドライン」作成委員会（委員長：辻省次東大神経内科教授）によりまとめられたものである。

本ガイドラインは総論と各論の二部構成になっている。総論では，神経内科医が診療現場で遺伝子診断を適切に進めるために知っておくべき遺伝学や遺伝カウンセリングの基本事項が診療の流れに沿って重点的に示されている。ただ，すべてを神経内科で完結させるのではなく，臨床遺伝専門医や認定遺伝カウンセラーと連携する必要性を述べているのは注目に値する。

各論では，発症時期や治療法の有無で類型化して，代表的疾患について，臨床像，遺伝学・遺伝子診断，遺伝カウンセリングについて簡潔にまとめられている。また，公的補助制度や患者サポート組織など社会資源の活用にも触れている。治療法が未確立な疾患群と，治療法が確立または可能性のある疾患群に分けて，対応法や遺伝カウンセリングのポイントが明確に示されていて診療の実際に有用なものとなっている。

参考文献では単なる文献の羅列ではなく，内外の各種ガイドラインやデータベース，有用なオンライン検索サイトなどが紹介されている。

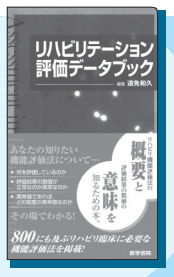
巻末には遺伝医療の簡単な用語集があるが，これは臨床医にとってあまりなじみのない遺伝学用語が簡単にまとめられており，本ガイドラインの理解に役立つであろう。また，遺伝性神経疾患の最新の遺伝子情報が一覧表形式で紹介され，遺伝子検査の実施機関の紹介とともに遺伝子検査の実施に有用なものと思われる。

本ガイドラインは現状における標準の提示であり，今後ゲノム医学の進歩に合わせて改訂されるものと考えられる。近い将来個人の体質に合わせた個別化医療についてもガイドラインに盛り込まれるであろう。

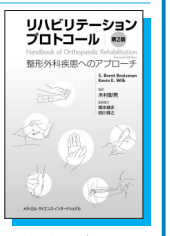
本書は神経内科医のみならず，神経疾患の診療に携わるすべての医師，研修医，看護師，検査技師などの医療職および介護・福祉関係者，遺伝医療専門職（臨床遺伝専門医，認定遺伝カウンセラーなど）やそれらをめざす人に広く薦めたい一冊である。

●書籍のお問い合わせ・ご注文

本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは，**医学書院販売部**まで
☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804
なお，ご注文につきましては，最寄りの医書取扱店（医学書院特約店）にて承っております。

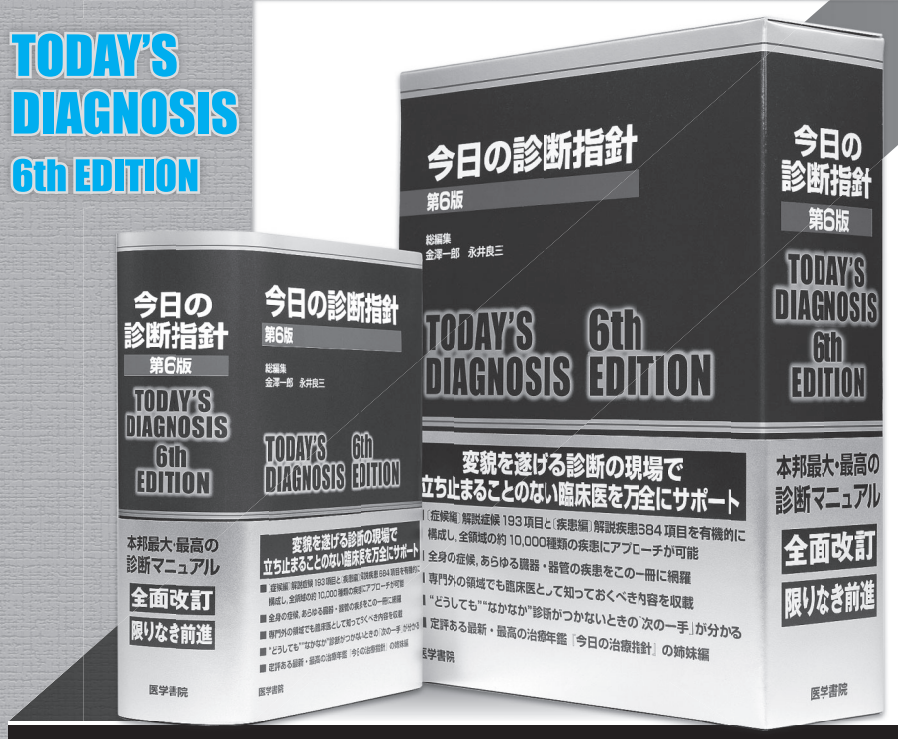
800にも及ぶ、リハビリ臨床に必要な機能評価法を掲載！
新刊
リハビリテーション評価データブック
リハビリテーション医療の臨床で用いられる可能性のある800以上にも及ぶ機能評価法や一般検査法について、各々の概要、および正常値・異常値とその意味を解説した、“数字”にこだわったポケットサイズのデータブック。カンファレンスをしながら、あるいは研究論文を読みながら、知りたいその場ですぐに検索でき、機能評価データの読み方と理解を手助けする。
編集 道免和久
兵庫医科大学リハビリテーション医学教室・教授


B6変型　頁616　2010年　定価4,410円（本体4,200円＋税5％）　[ISBN978-4-260-00826-6]
医学書院

NEW 新刊
“標準的”プロトコールを明快に提示する、実践書の決定版!
リハビリテーションプロトコール
整形外科疾患へのアプローチ
第2版
Handbook of Orthopaedic Rehabilitation, 2nd Edition


▶12年ぶりの改版。各疾患ごとの実施手順（プロトコール）を表形式でわかりやすく解説。収載疾患数を倍増し、日常診療で遭遇する整形外科疾患がほぼ網羅された。特にリハビリテーションの根拠となる解剖学的構造や検査法、骨折の分類など基礎的な解説を充実。整形外科疾患の診断・治療にも言及、リハビリテーションまでの一連の流れを学ぶことができる。リハビリテーション科医・整形外科医・PT指導者のための実践書。
監訳
木村 彰男
慶應義塾大学教授・
慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター所長
定価11,550円（本体11,000円＋税5％）
A5変　頁944　写真214　原色図228　表59
2010年　ISBN 978-4-89592-633-1
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　FAX.(03)5804-6055
http://www.medsi.co.jp
Eメール info@medsi.co.jp

TODAY'S DIAGNOSIS 6th EDITION



「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

今日の診断指針
第6版

総編集　金澤一郎　東京大学名誉教授　永井良三　東京大学教授

●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]

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を収載
- “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、診断基準をふまえ、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、カラー図譜も多数収載

■研修医には、即実践に役立つ臨床診断技術の習得のために
■勤務医には、診療現場で直面する難しい事態の解決のために
■実地医家には、最新の診断情報の研修と診療上の問題の解決のために
■医学生には、ベッドサイド教育のキーポイントを学ぶために

〈ご購入者向けアンケート〉
弊社ホームページの本書紹介ページにアクセスしてください。
抽選ですばらしいプレゼントを用意しております。

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

私はこう治療している

好評発売中!

総編集
山口　徹
北原光夫
福井次矢

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者により全面新訂
- 増加する新薬に対応、℞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種類を収載
- 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の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）。

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

＋別冊付録「重要薬手帳」

発刊20th周年!

紙面刷新

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

監修
高久史麿
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疾患の重要処方が加わり、内容がさらに充実

毎年全面改訂

好評発売中!

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。

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

〔広告取扱：㈱医学書院 PR 部広告担当　☎(03)3817-5696/FAX(03)3815-7850　E-mail：pr@igaku-shoin.co.jp〕