

2017年5月8日

第3222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

- [対談]抗菌薬処方の基本軸を作る(大曲貴夫、本康宗信)……………1-2面
- [FAQ]小児食物アレルギー——最近の知見から(夏目統)……………3面
- [インタビュー]患者の“今”に向き合う医療者に(バルフォア M. マウント、土屋静馬)…4面
- [連載]高齢者診療のエビデンス……………5面
- MEDICAL LIBRARY/[連載]栄養疫学……………6-7面

# 対談 抗菌薬処方の基本軸を作る

## 薬剤耐性対策に「抗微生物薬適正使用の手引き」活用を



本康 宗信氏  
本康医院院長

大曲 貴夫氏  
国立国際医療研究センター病院副院長・  
総合感染症科科長・  
国際感染症センターセンター長・  
国際診療部部長

日々の外来診療の場面において、抗菌薬処方の判断はどうすればよいか。薬剤耐性対策をめざし2016年4月に策定された「薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン」<sup>1)</sup>では、抗菌薬の適正処方は薬剤耐性対策を推進する上で最重要分野の一つとして位置付けられている。策定から1年。主に外来診療を行う医療者を対象に、急性気道感染症と急性下痢症の適正な診療を実施するための指針「抗微生物薬適正使用の手引き」<sup>2)</sup>(以下、手引き)が作成された。

本紙では、厚労省「抗微生物薬適正使用(AMS)等に関する作業部会」の座長として手引き作成の中心的役割を担った大曲氏と、地域のプライマリ・ケアの現場で診療に当たる本康氏の対談を企画。手引き作成の狙いと活用の意義について、外来診療場面での実践例や工夫を交えながらお話しいただいた。

本康 手引きを早速読みました。抗菌薬の問題点が冒頭から次々に指摘されると、抗菌薬処方は「悪」であり、自分の診療が否定されたように感じてしまいます。でも、中身をよく読んでみると、そんなことはなくて、手引きを参考にすれば適切な診療が自信を持ってできるようになるんだというメッセージが伝わってきました。

大曲 ありがとうございます。手引きを作成するに至った背景は大きく2つあります。1つは日本における抗菌薬の使用状況がわかってきたこと、もう1つはどのような場面で抗菌薬が使われているかが見えてきたことです。

1つ目の使用状況は、日本は欧米諸国に比べ使用総量は多くないものの、キノロン系や第3世代セファロスポリン系、マクロライド系といった新しい広域抗菌薬の全体に占める使用割合が3分の2と突出して高く、それも内服が多い<sup>1)</sup>。2つ目の使用場面は、驚くべきことに上気道炎の患者はほぼ全例に抗菌薬を処方する施設がある一方で、症例を選んで処方する施設もあり、両者の分布に差があることです<sup>3)</sup>。

本康 これらを総合すると、どうやら

外来診療に携わる医師の処方課題がありそうだと推測できるわけですね。大曲 ええ。中でも風邪症候群の診療が、抗菌薬処方の問題を抱えている可能性が高いと考えています。そこで、急性気道感染症を中心に抗菌薬の適正使用を促す目的で作成しました。

### 適正な処方を学び直す気構えを

本康 風邪症状の患者に対する安易な抗菌薬処方は、感染症医から見ると信じがたいものがあるかもしれません。でも、経口の第3世代セファロスポリン系薬などの使用頻度が高いと指摘されても、「何が悪いの?」とピンとこない方は多いようです。副作用は少ないし広範な細菌をカバーするからと。大曲 診断の難しさや、検査ができない環境だけが問題なのではなく、風邪の診療自体を系統的に学ぶ機会がなかったことも要因にありそうですね。

本康 はい。抗菌の幅が広くても、吸収率が低いことや、子どもは低血糖症状を起こす可能性があることなど、マイナスの情報まで把握できていないのが実情です。

上気道炎に抗菌薬を処方する開業医の先生方の意見を聞くと、大きく3つに集約されます。1つ目は、患者が肺炎にならないようにしたい。2つ目は、マイコプラズマの可能性がある。3つ目は、長年そうしてきた、だから私が診た患者に肺炎になった人はいない。よって、抗菌薬処方は「正解」だと言うのです。

大曲 なるほど……それは手ごわいですね。

本康 長年の習慣になっているのでしょう。研修医時代に身につけてしまった不適切な処方スタイルを学び直す機会もないまま現在に至るといったパターンが多いと想像します。

大曲 研修医を指導する立場にある私も、十分な診断学の知識、感染症診療の基本を研修医のうちからしっかり教えることの大切さを痛感しています。

本康 抗菌薬処方を不適正と言われると、内科開業医だけが間違っている印象を受けますが、内科以外の診療所や、病院の救急外来でも多く使用されている印象があります。作成された手引きを用い、適正な使用法をあらためて学び直すきっかけにしたいものです。

### アンチバイオグラムを作りグラム染色も実施

大曲 アクションプランでは、抗菌薬の使用量を「3分の2に削減」という数値目標があります。外来診療の場面で抗菌薬を適切に使うためには、どのような糸口があると考えますか。

本康 まず、自分が何を考えどのくらいの抗菌薬を使っているかを把握することです。そうしないことには、「削減」と言われてもどこから手を付ければよいかわかりません。そこで私は、患者さんに抗菌薬を処方する際、患者背景、処方した抗菌薬の種類、処方理由、経過を全例まとめています。またグラム染色、培養を実施し、主要な細菌のアンチバイオグラムを作っています。きっかけは、2011~12年のマイコプラズマの流行でした。マクロライド耐性マイコプラズマが増加したことで、肺炎の小児がくるたびに「耐性」が頭をよぎり、果たしてマクロライドを処方してよいものか悩まされました。

(2面につづく)

5 May 2017

## 新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5650  
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

<p><b>外科専門医受験のための演習問題と解説 第2集</b> 監修 加納宣康 編集 本多通孝 B5 頁264 5,000円 [ISBN978-4-260-03045-8]</p>	<p><b>そのとき理学療法士はこう考える 事例で学ぶ臨床プロセスの導きかた</b> 編集 藤野雄次 編集協力 松田雅弘、畠 昌史、田屋雅信 B5 頁244 3,800円 [ISBN978-4-260-03004-5]</p>	<p><b>日本腎不全看護学会誌 第19巻 第1号</b> 編集 一般社団法人 日本腎不全看護学会 A4 頁52 2,400円 [ISBN978-4-260-03166-0]</p>
<p><b>脊椎手術解剖アトラス</b> 編集 菊地臣一 A4 頁196 16,000円 [ISBN978-4-260-03044-1]</p>	<p><b>運動機能障害の「なぜ?」がわかる 評価戦略</b> 編著 工藤慎太郎 B5 頁356 5,200円 [ISBN978-4-260-03046-5]</p>	<p><b>ナースポケットマニュアル</b> 編集 北里大学病院看護部、北里大学東病院看護部 A6変型 頁136 1,500円 [ISBN978-4-260-03193-6]</p>
<p><b>ENGアトラス めまい・平衡機能障害診断のために</b> 小松崎篤 A4 頁464 8,200円 [ISBN978-4-260-02131-9]</p>	<p><b>整形靴と足部疾患 オーソペディ・シューテクニク</b> 原著 René Baumgartner et al 監訳 日本整形靴技術協会 IVO Japan 訳 島村雅徳 A4 頁368 13,000円 [ISBN978-4-260-03010-6]</p>	<p><b>あらゆる状況に対応できる シンプル身体介助術 [DVD・Web動画付]</b> 岡田慎一郎 B5 頁128 2,600円 [ISBN978-4-260-02847-9]</p>
<p><b>運動学で心が折れる前に読む本</b> 松房利憲 A5 頁144 1,800円 [ISBN978-4-260-02863-9]</p>		

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。

<出席者>

●おおまがり・のりお氏

1997年佐賀医大医学部卒業後、聖路加国際病院内科レジデント、The University of Texas-Houston Medical School 感染症科 Clinical fellow. 2004年静岡県立静岡がんセンター感染症科医長、07年同部長、11年国立国際医療研究センター国際疾病センター副センター長、12年同院国際感染症センター長、15年国際診療部長を経て、17年4月より現職。厚労省「抗微生物薬適正使用(AMS)等に関する作業部会」では座長として「抗微生物薬適正使用の手引き」作成の中心的役割を担った。

●もとやす・むねのぶ氏

1989年三重大学医学部卒。同大第一内科入局後、同大病院、茅ヶ崎徳洲会総合病院、虎の門病院循環器センター、三重県立総合医療センターなどを経て、2006年より浜松市にある本康医院に勤務。07年より院長。内科一般の診療の他、循環器疾患を専門領域に地域のかかりつけ医として診療に当たる。日本内科学会総合内科専門医、日本循環器学会専門医。

(1面よりつづく)

大曲 この1~2年の間も患者が多く、先生方が気にされているのはよくわかります。

本康 出した抗菌薬の種類を、処方理由とともに記録すれば、後で「この方は処方してよかった」「これは出さなくてもよかったかな」と振り返ることができます。

大曲 そうした小さな積み重ねが、全体の抗菌薬の使用量を減らすことにつながりますね。

本康 それから、開業医も喀痰、尿、膿、便のグラム染色、咽頭痛なら溶連菌迅速検査を行うことが大事だと思います。胸が痛いとの訴えがあれば心電図を見ますよね。「忙しいから、心電図はやめておこうか」なんてことはあり得ません。グラム染色も慣れてしまえば心電図を見るのと同じくらいの時間でできるものです。グラム染色で原因微生物を知り、アンチバイオグラムを参考に抗菌薬を選択する診療のほう

が、確実性があると思います。大曲 研修医を教えていて残念なのは「忙しいからグラム染色はできない」という声が多いことです。研修医時代から診療のスタイルにグラム染色を根気強く組み込まなければなりません。本康 病院と違い、開業医のほうがよくばどネットワークがいいわけですから、開業医こそやるべきです。

患者の不安を受け止め、検査の実施へ導く

大曲 適正使用については、医師だけでなく国民への啓発も必要です。手引きには、患者さんにも病気や抗菌薬についてきちんと知ってほしいとの思いを込め、Q&Aを記載しました。

本康 私も患者さんから「この咳は〇〇という抗生剤を飲まないと治らないんだ」と言われることがあります。

大曲 どう説明しているのでしょうか。

本康 「いいお薬ですよ。わかりました。ばい菌を調べる道具があります

から、まずは痰を見て、どんなばい菌がいるか調べてみましょう。もしいたらいいお薬を出しますね。いなければ、薬を飲まなくていいんです。こんないいことはないですよ」と。

大曲 先生、すごくお上手です。

本康 細菌がいなければ「よかったですね。全然いませんよ」と説明でき、多くの方に抗菌薬は不要であることを納得してもらえます。

大曲 まず、思いを受け止めることは大切ですね。

本康 そうなんです。患者さんも、抗菌薬を飲まないと治らないんじゃないかと不安を抱えて来ています。「抗菌薬の無節操な使用で耐性菌が増える」と言っても漠然としてしまいますから、言葉で押さえ込むより、細菌を調べてから説明するようにしています。痰を出してもらう際は、家に一度帰ってあらためて持参してもらってもいいと伝えています。

大曲 その点、開業医の先生方はフレキシブルに対応できますね。手引きには、「抗菌薬の延期処方(Delayed Antibiotics Prescription; DAP)」を盛り込みました。時間を空けて診たり、情報がそろってから再度来院してもらったりすることは、医師と患者双方にとってメリットがあります。意識的にDAPを実施すれば薬を使わなくて済む場合もある。DAPの記載は唐突感があるかもしれませんが、開業医ならではのフレキシビリティを生かしてもらうべく、加えました。

本康 患者さんの多くは、メディアからの情報に敏感です。今後は、メディアを通じて「抗菌薬は細菌に使うもの」「急性上気道炎には抗菌薬を使わなくても、自然に治るから心配ない」といった呼び掛けも必要でしょう。

風邪ではない兆候をいかに見つけてあげられるか

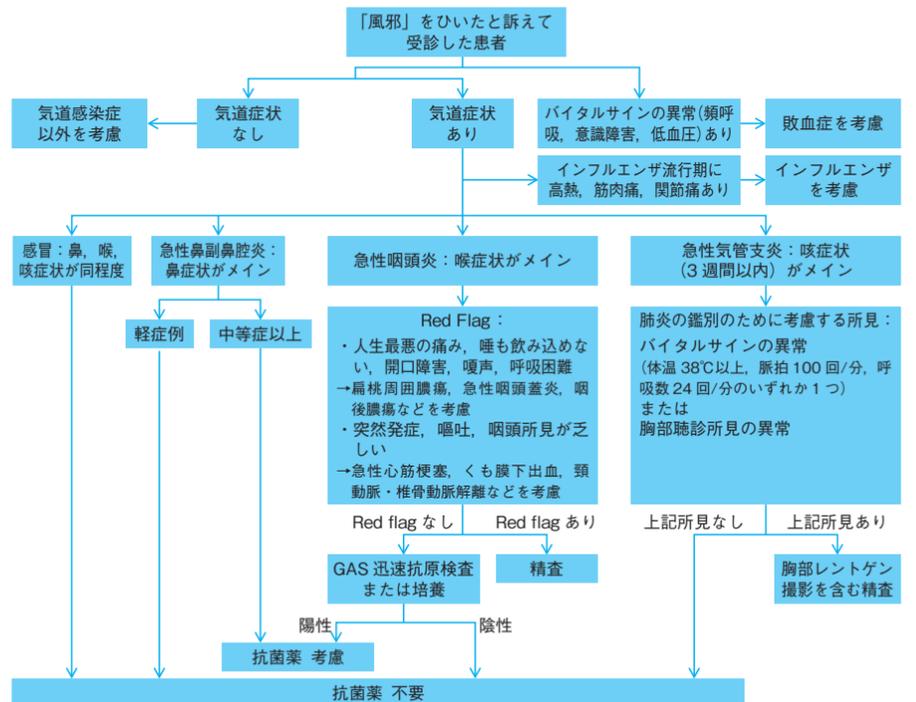
本康 手引きの「急性気道感染症の診断及び治療の手順」はクリアですね。受け入れられやすいと思います(図)。

大曲 実臨床はもっと複雑だ、というご意見もあるでしょう。手引きではまず、診療の一般的な方法をシンプル示すことを重視しました。

本康 感冒は「鼻、喉、咳症状が同程度」という記載、これを知るだけで「あ、風邪だな」と判断でき、抗菌薬投与をせずに済みますね。現場では、確証を得られないまま風邪を診ている面もあります。フローチャートを交えた治療指針が示されたことで、日々の診断がもっと“気楽”になるはずですよ。

大曲 風邪の診療には方法があり、それがわかれば抗菌薬の不要な状況も見えてくる。ぜひ診療の基本となる「軸」にしてほしいです。一方で、見逃してはいけない状況が外来診療の場面には必ずあるのだということも手引きでは強調しています。

本康 「気楽になる」とはいえ、風邪症状は怖いものです。見逃してはいけ



●図 急性気道感染症の診断及び治療の手順(「抗微生物薬適正使用の手引き」より作成)

ないのが、バイタルサインの異常です。敗血症はもちろん、循環器内科医としては常に急性心筋炎も頭をよぎります。

大曲 心筋炎も最初は風邪症状ですものね。非常に具合の悪そうなぐったりした人で、しかも冷や汗をかいている。

本康 最初は、呼吸数と心拍数が早い程度の症状しか出ません。たとえ風邪を訴え来院した患者さんでも、「何か見逃していないか」「血培を取ろうか」とさまざまな状況を想定して診ています。

大曲 単に「風邪」と一括りに診断してしまうと、危険性の高い疾患を見落とすことになり、時には患者さんが不利益を被ることになってしまいます。本康 風邪で来た患者を診るときの自分たちの役割は、風邪ではない兆候をいかに見つけてあげられるか。専門科によって診る視点は異なっても、共通して言えることです。

大曲 風邪の危険性も踏まえて読んでいただくと、慎重な診療ができ、安心な医療の提供に必ずやつながります。

「手引き」は啓発・教育の出発点

本康 今回、先生に直接お話を伺い、手引き作成の意図や行間に隠れた議論の過程が伝わりました。長年の診療スタイルを今すぐ変えるのは一朝一夕には難しいかもしれませんが、でも、こうして手引きが作成され、なおかつ先生方の教えを受けた医師が増えれば、抗菌薬の適正使用もだんだんと良い方向に進むはずですよ。

大曲 次のステップである、手引きの周知・啓発、そして教育は私たちの大事な仕事です。

本康 小冊子やパンフレットのように、手引きのポイントを抽出したものがあれば取りやすいですね。

大曲 確かに、手引きは記述の背景を示すために、ページ数も多くなっています。簡便なものは必要でしょう。

本康 できれば、e-learningのように、出掛けなくても解説が聞ける環境を整

えていただきたい。地域で勉強会を行うのも手ですが、やはり手引きの作成に携わった先生方のお話を聞くのは効果があると思います。

大曲 わかりました。一人でも多くの先生方に手引きを活用してもらえよう、いつでもどこでも手軽に勉強できて、なおかつ負担を感じないものを考えたいと思います。

本康 もう一つ提案したいのは、地域病院のアンチバイオグラムの公表です。開業医の先生方は、自分たちの地域に多く見られる細菌と感受性がわかれば、安心すると思います。「あれ? この抗菌薬が一番推奨されているんだ」と。抗菌薬を扱う難しさはあっても、私のように市中感染症だけを相手にしている開業医にとっては、ローカルファクターがわかれば使用する抗菌薬もおのずと限られてきます。

大曲 地域の外来診療で使うことを念頭に提示は、開業医の処方行動を変える可能性が大いにありそうですね。本康 開業医からのレスポンスもあり、双方のコミュニケーションが生まれることで診療の質も向上するはずですよ。

大曲 今後、地域での感染対策を充実させる上で、貴重なヒントになります。2017年4月に当院に設置された「AMR臨床リファレンスセンター」では、大規模データベースの導入により病院間でネットワークを組み、データ集約・情報提供体制が整備されます。先生のご提案も参考にします。あわせて、感染症診療に必要なリソースや情報を、現場の医療者、あるいは一般の方も含めて提供していきますので、ぜひ活用していただきたいです。(了)

●参考文献

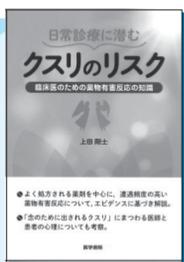
- 1) 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議. 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン. 2016.
2) 厚労省. 抗微生物薬適正使用の手引き 第一版. 2017.
3) Intern Med. 2009 [PMID : 19687581]

すべてのクスリには薬物有害反応のリスクが伴う。処方医師の責任は重大です！

日常診療に潜むクスリのリスク 臨床医のための薬物有害反応の知識

市販されている薬剤は非常にたくさんあるが、一般臨床医が良く遭遇する薬剤と薬物有害反応の組み合わせには決まりがある。本書では遭遇頻度の高い薬物有害反応を取り上げ、特に処方頻度の高い薬剤を中心にエビデンスに基づいてわかりやすく解説。また、薬物有害反応を頭では理解していても、医師や患者が「念のためのクスリ」を求めるとは稀ではないことから、薬物有害反応が減らない理由を心理学的な観点からも取り上げた。

上田剛士 洛和会丸太町病院 救急・総合診療科 副部長



大好評『プラマニユ』2017年版が完成! もっともっと使える

感染症プラチナマニュアル 2017

▶ 感染症診療に必要なかつ不可欠な内容をハンディサイズに収載。必要な情報だけに絞ってまとめ、臨床における迷いを払拭する。約90頁増ながらコンパクトさを堅持しつつ、全体的なアップデートにより大きくパワーアップ。付録に薬剤相互作用表を追加、3章に耳鼻科や歯科口腔外科、眼科、性感染症の項目を追加するなど、「痒い所に手が届く」改訂でさらに現場で役立つマニュアルに進化。内科系医師のみならず外科系医師にも、さらには薬剤師・看護師・検査技師にもお薦め。



著: 岡 秀昭 埼玉医科大学総合医療センター総合診療内科・感染症科部長/准教授

定価: 本体2,000円+税 三五変 頁360 図10 2017年 ISBN978-4-89592-881-6

# FAQ

## 今回の回答者 夏目 統

浜松医科大学小児科 助教

Profile/2006年浜松医大卒。同大病院にて初期研修を行い、13年から3年間、国立成育医療研究センターアレルギー科に所属。そこで鶏卵アレルギーの発症予防研究を担当(PETIT study)。その研究成果がLancet誌に発表された。16年より現職。

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

今回のテーマ

### 小児食物アレルギーの発症予防—最近の知見から

以前は、食物アレルギーの原因として「未熟な腸」が感作の場になると考えられたため、食物アレルギーの発症予防として乳児期の食物除去が推奨された時代がありました。しかし近年になり、食物アレルギーの感作の中心となるのは「炎症のある皮膚」(アトピー性皮膚炎)であることが明らかにされ、経口摂取はむしろ免疫寛容をもたらすことがわかってきました<sup>1)</sup>。

さらに2015年以降、卵やピーナッツなどの食物アレルギーの頻度が高い食品を乳児期早期に摂取するほうが食物アレルギー発症が少ないとするランダム化比較試験(RCT)が発表され<sup>2~4)</sup>、システマティックレビューでも同様の結果が報告されています<sup>5)</sup>。

**FAQ 1** 食物アレルギーの発症予防には、「除去」と「乳児期早期からの摂取」のどちらが良いですか？

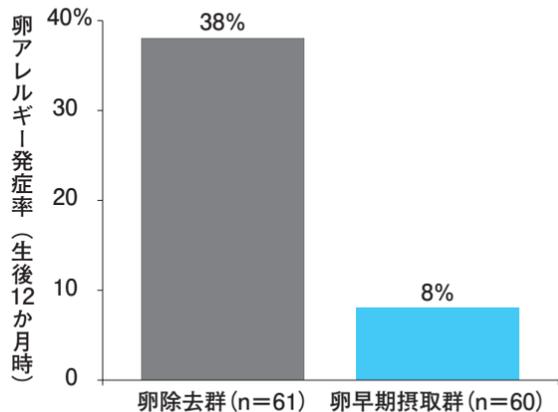
2000年代前半までは、食物除去によって食物アレルギーの発症が予防できるかもしれないと考えられていました。しかし、近年になり真逆の結果が報告され、乳児期早期からの摂取開始が食物アレルギーの発症予防になることが明らかにされました<sup>5)</sup>。これらの中から、重要な3つの研究を紹介します。

① LEAP study<sup>2)</sup>: 2015年に、世界で初めて早期摂取による発症予防効果を明らかにしたRCTです。この研究では、アトピー性皮膚炎、もしくは鶏卵アレルギーを持つ生後4~10か月の乳児640人を対象に、生後4~10か月からピーナッツ24粒相当/週を摂取する群(ピーナッツ摂取群)と、除去する群の2群に割り付け、5歳まで継続してピーナッツアレルギーの発症率を比較しています。その結果、5歳での発症率は、ピーナッツ摂取群で3.2%、ピー

ナッツ除去群で17.2%と有意差(p<0.001)を認めました。ただし、生後4~10か月の摂取開始時点でアレルギー症状を認めた児がおり、どのように摂取開始するかという課題が残りました。

② EAT study<sup>3)</sup>: アトピー性皮膚炎の有無に関係ない母集団を対象に、卵、牛乳、小麦、ゴマ、魚、ピーナッツを生後3か月から摂取開始する群と、生後6か月以降に自由開始する群にランダム割り付けした試験です。結果は、プロトコール通り摂取した児に限定すると、3か月から摂取開始する群で卵とピーナッツアレルギーは有意に発症率が低下しました。ただこの研究では、プロトコール通り生後3か月から摂取開始できたのは参加者の5割程度で、たくさん食べて予防するという方法は実行可能性が低いという問題が残されました。

③ PETIT study<sup>4)</sup>: 筆者らが本邦で行った卵アレルギーの発症予防研究で、アトピー性皮膚炎乳児を対象に、生後6か月から卵摂取を開始する群と生後12か月まで除去する群を比較したRCTです。結果は、生後6か月から卵を摂取した群の卵アレルギー発症率8%に対して、プラセボ(除去)群では38%と、早期摂取により発症が予防できました(図)。ここで重要な点は、予防のために摂取した卵たんぱく量は生後6~9か月は「ゆで卵換算で0.2g/日」、生後9~12か月は1.1g/日というごく少量、つまり「安全な量を摂取していれば予防できた」という点です。これまでの報告は、「たくさん食べて予防しよう」と考えられていましたが、それによって食べ始めにアレルギー症状が出現することや、現実には大量に食べられないなどの問題点がありました。ごく少量でも予防効果があることが本研究において明らかにされ、この方法を応用すれば、多くの食品で食物アレルギーが予防できる可能性が見い



●図 卵アレルギー発症予防研究(PETIT study) (文献4より改変) 生後6か月から卵たんぱく摂取を開始した群が、生後12か月まで除去した群に比べて卵アレルギーの発症率が有意(p=0.0001)に低い。

だされました。

**Answer**…従来は「除去」が望ましいとされていましたが、現在は「乳幼児早期からの摂取」が食物アレルギー予防に効果的であることが明らかになっています。本邦で筆者らが行った研究においても、同様の知見が得られました。

**FAQ 2** どんな乳児に、どのように、早期摂取すべきと伝えればいいですか？

現在までの食物アレルギーの発症予防研究で発症予防効果が認められた研究<sup>2,4)</sup>は、湿疹のある児を対象とした研究で、湿疹がない児を対象とした場合の早期摂取には有意な予防効果が明らかにされていません。そのため、2000年初頭のガイドラインで述べられた、アレルギー疾患のハイリスク児は食物除去をすべきとする内容とは真逆で、湿疹のある児こそ「早めに、少量ずつ食べる」必要があります。大量に早期摂取させる予防研究では、食べ始めに5~30%の有害事象が出現したと報告されています<sup>2,5)</sup>。ゆで卵換算で0.2g/日程度などごく少量から開始することが重要です。

では、湿疹のない乳児は早期摂取すべきでしょうか。現在わかっている範囲では、早期摂取するメリットはあまりないかもしれません。ただ、早期摂取をして食物アレルギーが増加した報告はなく、摂取開始が予想以上に遅れて食物アレルギーとなるリスクを負うことを考えると、早期摂取しておくことが肝要と考えられます。

**Answer**…湿疹のある児こそ「早めに、少量ずつ食べる」必要があります。ゆで卵換算で0.2g/日程度を目安にしてください。湿疹のない乳児も、早期摂取を試みても良いかもしれません。

**FAQ 3** 早期摂取以外に、食物アレルギーの発症を予防する可能性がある方法はありますか？

食物アレルギーの発症メカニズムの1つとして、湿疹にアレルゲンが付着することが考えられています。そのため、①湿疹を徹底的に治療すること、②(本人が食べないのであれば)家に持ち込まないことで、食物アレルギーを予防できる可能性があると考えられます。

①に関しては、乳児期の湿疹は食物アレルギーだけでなく、その後の喘息や鼻炎の発症とも関連しています。湿疹が感作の場であることから、これを早期に積極的に治療するとアレルギー疾患が予防できる可能性があると考えられ、現在国内でも多施設共同研究が始まっています。

②に関しては、湿疹のある児がいた場合、その周りの家族のピーナッツ摂取量が多くなればなるほど児のピーナッツアレルギーのリスクが高くなると報告されています<sup>6)</sup>。本邦の生活様式では、LEAP study<sup>2)</sup>のようなピーナッツの早期摂取はなじまないと考える家庭も多く認めます。この場合は、湿疹のある児が食べないのであれば、家族も食べずに湿疹を早期に治療すれば、感作の時点から予防できる可能性もあるかもしれません。これらについては今後の研究結果を待つ必要があります。

**Answer**…①湿疹を徹底的に治療すること、②(本人が食べないのであれば)家に持ち込まないことで、食物アレルギーを予防できる可能性があります。いずれも現在、研究が進んでいる段階です。

**もう一言** 乳児期早期(生後4~6か月)から、少量ずつ継続的に摂取することが食物アレルギーを予防します。その際、感作源であるアトピー性皮膚炎の治療もきちんと行うことが肝要と考えます。また、今回は食物アレルギーの発症予防について解説しました。すでに発症している場合は『食物アレルギー診療ガイドライン2016』(協和企画)をご参照ください。

#### 参考文献

- 1) Lack G. Epidemiologic risks for food allergy. J Allergy Clin Immunol. 2008; 121 (6): 1331-6. [PMID: 18539191]
- 2) Du Toit G, et al. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. N Engl J Med. 2015; 372 (9): 803-13. [PMID: 25705822]
- 3) Perkin MR, et al. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. N Engl J Med. 2016; 374 (18): 1733-43. [PMID: 26943128]
- 4) Natsume O, et al. Two-step egg introduction for prevention of egg allergy in high-risk infants with eczema (PETIT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2017; 389 (10066): 276-86. [PMID: 27939035]
- 5) Ierodiakonou D, et al. Timing of allergenic food introduction to the infant diet and risk of allergic or autoimmune disease: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2016; 316 (11): 1181-92. [PMID: 27654604]
- 6) Fox AT, et al. Household peanut consumption as a risk factor for the development of peanut allergy. J Allergy Clin Immunol. 2009; 123 (2): 417-23. [PMID: 19203660]

## 新刊 腹部のCT 第3版

**腹部のCT 第3版**

編集 陣崎雅弘

- 腹部CT診断の必須知識を余すところなく解説した定番テキストが、日常臨床で活用できる本としての特長を一層強化。
- 64列MDCTの普及に伴う画像所見の蓄積を踏まえ、最新の疾患分類や診療ガイドラインに対応するよう内容を更新。
- リンパ節、急性腹症と外傷の章を新設し、CT colonography(CTC)などの3次元カラー画像、局所解剖のカラー図を収載するなど、質量ともにさらに充実。
- 放射線科医、腹部領域の各科臨床医、研修医必読・必備の書。

編集 陣崎雅弘 慶應義塾大学医学部放射線科学(診断) 教授

●定価: 本体 13,000 円+税  
●B5 頁704 図142・写真1491 2017年  
●ISBN978-4-89592-877-9

腹部CT診断のスタンダードテキスト、7年ぶりの全面改訂

---

### 好評関連書

<p><b>肝胆膵のCT・MRI</b></p> <p>編集 本田 浩・角谷眞澄・吉満研吾・蒲田敏文・入江裕之</p> <p>●定価: 本体 12,000 円+税 ●B5 頁568 2016年</p>	<p><b>腹部のMRI 第3版</b></p> <p>編集 荒木 力</p> <p>●定価: 本体 13,000 円+税</p> <p><b>頭頸部のCT・MRI 第2版</b></p> <p>監修 多田信平 尾尻博也・酒井 修</p> <p>●定価: 本体 14,000 円+税</p>	<p><b>胸部のCT 第3版</b></p> <p>編集 村田喜代史・上甲 剛・村山貞之</p> <p>●定価: 本体 15,000 円+税</p> <p><b>脳のMRI</b></p> <p>編集 細矢貴亮・興征徳典・三木幸雄・山田 恵</p> <p>●定価: 本体 15,000 円+税</p>
		<p><b>関節のMRI 第2版</b></p> <p>編集 福田国彦・杉本英治・上谷雅孝・江原 茂</p> <p>●定価: 本体 15,000 円+税</p> <p><b>顎・口腔のCT・MRI</b></p> <p>編集 酒井 修・金田 隆</p> <p>●定価: 本体 8,200 円+税</p>

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.medsi.co.jp FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsi.co.jp

ありそうでなかった! しびれを呈する神経疾患の治療指針!

### 標準的神経治療 しびれ感

日本神経治療学会が作成する「標準的神経治療」の1冊で、「しびれ」を呈する神経疾患に特化した治療ガイドライン。神経症候としてのしびれの病態機序や検査について述べた後、各論的にしびれの原因である神経疾患の概要とその治療について、エキスパートらが解説する。

監修 日本神経治療学会 福武敏夫  
編集 電田メディカルセンター・神経内科部長 安藤哲朗  
安城更生病院・副院長/神経内科部長 富本秀和  
三重大学大学院神経病態内科学・教授

**しびれ感**

しびれ、診療できますか?

A5 頁144 2017年 定価: 本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-03018-2] 医学書院

# 患者の“今”に向き合う医療者に

## 緩和ケアの視点から

interview バルフォア M. マウント氏 (マギル大学名誉教授) に聞く

聞き手 土屋 静馬氏 (昭和大学横浜市北部病院内科/  
マギル大学 Center for Medical Education, MA in Health Professions Education)

1975年、カナダ・ケベック州モントリオールにあるマギル大ロイヤル・ビクトリア病院内に、世界初の緩和ケア病棟 (Palliative Care Unit) が開設された。それから40年余り、今や緩和ケアの概念は世界中に浸透しつつある。その一方で、現場レベルでは、ケアをどのように考え、どのように実践すればよいのか、医療者が担うべき役割は何かといったさまざまな議論が続いている。これからの緩和ケアにおいても創成期から変わらず重要な視点とは何か。「北米の緩和ケアの父」と呼ばれるバルフォア M. マウント氏 (マギル大名誉教授) に、現地ですべてのケア教育を学ぶ土屋静馬氏が聞いた。

### 「緩和ケア」の創成期

土屋 マウント先生が緩和ケア病棟を設立した経緯をまず教えてください。  
マウント きっかけは、著書『死ぬ瞬間』で有名なエリザベス・キューブラー・ロス氏の講演を、同僚が聞いたことで。強く勧められて本を手に取り、感銘を受けました。

私は当時、泌尿器科医でした。日々の診療で“死にゆく患者”に対して自分ができる限りのことはしているつもりでしたが、その苦しみに十分に目を向けられていないのではないかと気がかされました。ロイヤル・ビクトリア病院の終末期患者を調査したところ、症状のコントロールを含めた適切な医療が提供されていないことが明らかになりました。患者へのインタビューでは「なぜ医師たちは死を扱うことを恐れているのか？」なども語られていました。

土屋 そうした問題の解決策を求めて、『死ぬ瞬間』に論文が多数引用されていたシシリー・ソンドラス氏の下に学びに、英国に渡ったのです。

マウント はい。セントクリストファーズホスピスの全てのケア現場とカンファレンスに参加し、彼らが「何」を「なぜ」しているのかを一週間かけて一つひとつ学びました。

がんに伴う疼痛コントロールはもちろん、便秘などの随伴症状も徹底的に観察し、症状の改善が試みられていました。スタッフはよく教育され、スキルもあり、ケアのためにできるあらゆることを積極的に取り入れていました。スタッフ一人ひとりだけではなく、チーム全体として機能していました。

チームをまとめていたのが、シシリーです。シシリーは、医師、看護師、ソーシャルワーカーという多職種の資格を持っていたこともあり、視野が広く、聡明で、エネルギーにあふれていました。課題となっている問題や、そこで必要とされる考え、プランを言語化する能力にも優れていました。それは、新しい取り組みのリーダーとして大切な能力です。ユーモアセンスもあ

りました。あの一週間が私の人生を変えたのです。

土屋 学びはすぐに実践できましたか。  
マウント 想像できると思いますが、保守的な大学病院において、終末期医療を行う風土は皆無でした。ただ、当時ケベック州は経済危機下にあり、どの科も運営資金獲得に難渋していました。一部の病棟は閉鎖せざるを得ない状況の中で、州政府はいかに予算を抑えて医療の質を上げるかに強い関心を示していたのです。これはチャンスだと考え、「終末期医療の質の改善のために」と題した提案書を出しました。そして、2年という期限付きでしたが、予算を獲得できたのです。

土屋 最初に取り組んだことは？  
マウント ①院内を自由に活動できるコンサルテーションチーム、②地域の医療機関と連携したホームケアプログラム、③終末期の患者に専門的なケアを提供できる病棟の設置です。

今でこそ刺激的な創成期の物語ですが、当時は短期間で結果を出さねばならないプレッシャーと不安がありました。ただ、提案書のおかげで12床の病棟は確保できていましたし、Family physician の Dr. Ina Amejian、後期研修を終えたばかりの Dr. John Scott といった仲間を得られたことで、次第に成果を発表できるようになりました。

### Let the patient do the talking!

### Let the patient do the teaching!

土屋 マウント先生が診療の中で最も大切にしていたことを教えてください。

マウント 患者やその家族と話すことです。シシリーは、「Let the patient do the talking! Let the patient do the teaching!」といつも言っていました。患者と話し、「今」目の前にいる人がどういう人なのかを知ることから始めなさい、と。

例えば、脊椎転移による圧迫骨折により下肢麻痺となり、誰とも話そうとしなくなってしまった乳がんの40代女性がいました。しかしある時、彼女の好きな音楽をきっかけに、時間を掛けて話を聞く機会が持てました。その

時彼女は、ゆっくりと探るように、“今”の彼女自身についても話し始めたのです。語りを通して“過去”から“今”の自分へと意識が移ったかのように、話し終えた彼女の雰囲気は変わっていました。“今”の自分を省察することで、新しい視点で生きる意味を考え始めることができたのではないのでしょうか。  
土屋 患者の病状や客観的状況は変えることができなくても、医療者にできることはあるということですね。医療者が“今”ここにいる相手に集中することで、患者さん自身も“今”の自分に意識を向けられるようになる。  
マウント 最終的に、医療者にどういふ話をするかは患者本人が決めることです。医療者に必要なのは、いつでも話に耳を傾けられるよう、準備ができていることです。

### 医療者が担う“Healer”の役割

土屋 マギル大は、医療者の役割の2本柱として「Professional」と「Healer」を挙げて教育を行っています。Professionalは医師のCurer (治療者)としての役割のことです。Healer (癒やし人)とは何なのでしょう。

マウント 本学は「Healing」を「A relational process involving movement towards an experience of integrity and wholeness (土屋訳：人生の意味が統合され、その全体性が見えてくる体験のプロセス)」と定義しています。

死にゆく患者をケアする仕事に従事する中で、私の研究的な関心は、死という避けがたい状況に直面する人たちの苦しみはどこから来るのか、何が人生の質、QOLを変えるのかということでした。研究を進める中で、困難な状況にあっても、病氣や出来事の意味を見だし、人生全体の意味を統合させていく人がいることがわかりました。その際に重要となることの一例が、“今”を生きること、そして自分と周囲のつながりに気付くことです。“今”を生きる患者に目を向け、彼らの「人



● Balfour M. Mount 氏 (写真右)

カナダ・クイーンズ大、マギル大などを経て、1975年マギル大ロイヤル・ビクトリア病院にて世界初の緩和ケア病棟を開設。現代ホスピス運動の祖であるシシリー・ソンドラス氏にホスピスケアを学ぶ。「緩和ケア」という名称の発案者であり、緩和ケア活動の初期から「医療者はCurerであるだけでなく、Healerであるべきだ」と述べている。なお、「palliate (緩和する)」の語源は、ラテン語の「pallium (体を覆い隠せるほどのマント)」。苦しみから人を守るケアのイメージと、ICUのような専門性を意識した「Care Unit」の言葉を合わせて「Palliative Care Unit (緩和ケア病棟)」と名付けたという。

● つちや・しずま氏 (写真左)

2002年昭和卒。卒後より同大横浜市北部病院内科にて、腫瘍内科医としての診療と、研修医・医学生向けの教育プログラムの開発に従事。15年よりカナダ・マギル大医学教育修士課程に留学、医療者に向けた全人的ケア教育プログラム (Whole Person Care Program) の研究・開発を行っている。

生の意味統合」の旅の仲間として、役に立つこと、それがHealerの役割です。

土屋 現在の世界の緩和ケアの動向について、どう感じていますか。ここ40年余りで大きな広がりを見せた一方で、医療的な面が強調され過ぎているという指摘もあります。

マウント 緩和ケアにおいて医療的な側面は非常に大事です。しかし、緩和ケアの考えがこれだけ広く浸透しているながら、現場ではまだ十分なレベルの医療が提供されているとは言えません。ですから、これからもどんどん、使い得るあらゆる方法をもって、苦痛をなくす努力をしなければなりません。

一方で、私たちが緩和ケアを行う上では、シシリーも大切に「人間全体」、その苦しみ(社会心理的、実存的、スピリチュアルな苦痛など)に目を向けるという姿勢も常に重要です。そのための第一歩は、やはり、「Let the patient do the talking! Let the patient do the teaching!」だと思います。(了)

インタビュー 3時間におよぶインタビューはまさにマウント先生のライフレビューでした。常に“今”の患者と向き合い、医療者としてできることを情熱を持って実践するロールモデルと言えます。先生は当初から、緩和ケアを特定分野だけでなく、医療全般の基礎となる臨床の場に発展させることをめざしてきました。その姿勢は今後の日本の医療者教育全般においても重要だと考えます。(土屋静馬)

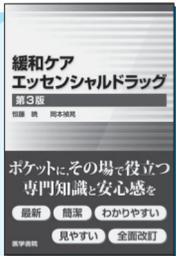
インタビュー マギル大はCuringとHealingの統合をめざす“Whole Person Care”に取り組んでいます。患者にいかに向き合うかという態度教育が不可欠で、それには自己覚知 (self awareness)、自己ケア (self care)、マインドフルネス (mindfulness) が深く関係します。土屋先生が今後、Healerとなる医療者の教育に積極的に携わっていくことに期待しています。(恒藤暁/京大大学院教授・人間健康科学)

ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を一緩和ケアの好評書、待望の第3版!

## 緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第3版

緩和ケアに必須の薬剤・諸症状のマネジメントについて、著者の経験・知識に基づいた貴重なノウハウと情報が満載の臨床で使える1冊。今改訂では、トラマドールやメサドンなどの重要な新薬をはじめ、全51成分56製剤を厳選して収録。また、症状マネジメントの解説も全面的に改訂を行い、一段と内容が充実した。コンパクトサイズのまま、より見やすく使いやすい紙面に。緩和ケアスタッフ必携の好評書、待望の第3版完成。

恒藤 暁  
京都大学大学院教授・医学研究科  
岡本 禎晃  
市立戸塚病院・薬剤科部長 /  
大阪大学大学院非常勤講師・薬学研究科

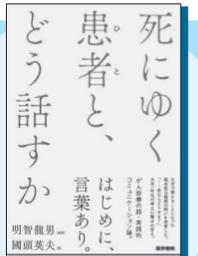


……君ならどうする?

## 死にゆく患者と、どう話すか

臨床医が看護学生と考える「死にゆく患者といかに語るか」についての超・実践的コミュニケーション論。がん告知と積極的治療の中止 (Breaking Bad News) の方法、DNR (Do Not Resuscitate: 心肺蘇生を行わないでください) の限界、インフォームドコンセントのあるべき姿とは。臨床の泥沼で最善のものを見つけるために知っておきたい信用と信頼のコミュニケーション・スキルを学ぶ全7講。

監修 明智龍男  
名古屋大学大学院医学研究科  
精神・認知・行動医学分野 教授  
著 國頭英夫  
日本赤十字社医療センター  
化学療法科 部長



# ここが知りたい！ 高齢者診療のエビデンス

高齢者は複数の疾患、加齢に伴うさまざまな身体的・精神的症状を有するため、治療ガイドラインをそのまま適用することは患者の不利益になりかねません。併存疾患や余命、ADL、価値観などを考慮した治療ゴールを設定し、治療方針を決めていくことが重要です。本連載では、より良い治療を提供するために「高齢者診療のエビデンス」を検証し、各疾患へのアプローチを紹介します（老年医学のエキスパートたちによる、リレー連載の形でお届けします）。

## 第14回

### 胃瘻を適切に使うには？

玉井 杏奈 台東区立台東病院 総合診療科

#### 症例

79歳男性、脳梗塞により右不全麻痺、嚥下障害、認知機能低下を来して入院中。経鼻栄養をしながらリハビリ中だが、経口摂取を確立できるほどの状態ではないまま2週間が経過した。そろそろ胃瘻を検討する時期かと考えている。

#### ディスカッション

- 高齢者に胃瘻を造設した場合のメリット、デメリットは？
- 高齢者における胃瘻の適応は？

胃瘻造設の目的は大別して長期的な経腸栄養と胃内の減圧である。同様の目的で用いられる経鼻胃管は胃瘻と比較して潰瘍形成や鼻出血などのリスクが高いため、30日未満の使用が望ましい<sup>1)</sup>。

医療者が胃瘻に期待するメリットは、栄養状態の改善、余命の延長、投薬ルートの確保、褥瘡の予防・治療、消化管通過障害による症状の軽減などであるが、実状は適応疾患により異なる<sup>1)</sup>。例えば嚥下障害に対しての胃瘻栄養を経鼻栄養と比較すると、致死率、体重増加量、上腕周囲径などのベースラインからの変化量に違いはないが、胃瘻栄養のほうが介入を継続できる率が高く、QOLへの影響が少ないことがわかっている<sup>2)</sup>。

デメリットについては、手技による痛み、感染症や皮膚トラブルといった合併症、逆流や自己抜去のリスク、メンテナンスのための身体的・経済的負担、介護負担に加え、経鼻栄養よりは少ないもののQOLへの影響が挙げられる<sup>1)</sup>。

#### 各疾患群における胃瘻の位置付け

##### ●高度認知症

高度認知症患者の嚥下障害に対する胃瘻栄養は、その後1年以内に約半数が亡くなり、余命の延長効果はない<sup>3)</sup>。一方で自己抜去の危険性があり、その場合は胃瘻の再挿入、再造設のために新たに病院を受診する必要性や、身体的・経済的負担が生じることとなる。身体的・化学的拘束が行われ、結果としてさらなる廃用や褥瘡につながるこ

ともある。また、患者の同意が得られないままに手技が行われがちである<sup>1,3)</sup>。米国のChoosing Wiselyキャンペーンでも、老年医学会をはじめとした複数の学会が「高度認知症において胃瘻は推奨されず、少量でも慎重な食事介助による経口摂取の継続のほうが望まれる」としている<sup>4)</sup>。

##### ●脳血管疾患

虚血性脳梗塞の場合、高齢、中大脳動脈領域、大きな病巣、意識障害などがあると、胃瘻造設が必要となるリスクが高くなる<sup>5)</sup>。出血性脳梗塞の場合も高齢、出血量>30 mL、意識障害が胃瘻造設の予測因子である<sup>6)</sup>。

脳梗塞後の嚥下障害に対しての胃瘻栄養は、経鼻栄養と比較して治療を継続できる率が高く、消化管出血が少なく、アルブミン値が保たれるが、致死率には差がない<sup>7)</sup>。脳梗塞による嚥下障害を生じた患者のうち75%は発症後3か月以内に嚥下機能が回復することも留意すべきである<sup>8)</sup>。経時的に嚥下機能の再評価を行い、可能であれば経口摂取に切り替えていくと良いだろう。若年でADL改善のスピードが速く、急性期病院入院中にADLが改善している場合、経口摂取が再開できる見込みが高い<sup>9)</sup>。

##### ●悪性腫瘍

頭頸部腫瘍や消化管腫瘍の治療に当たり、栄養の確保や通過障害による症状緩和のために、一時的に、あるいは永久的に造設するケースがある<sup>1)</sup>。ステージや治療方針により意味合いが大きく異なり、十二指腸瘻などの選択肢も存在することから、今回は詳しくは触れない。

##### ●神経難病

ALSやパーキンソン病等の神経難病に対する胃瘻は、特に判断の難しいところであろう。疾患が進行性であることから、基本的には不可逆的な医療介入になると想定される。観察研究の結果からは、胃瘻栄養が延命につな

ると結論付けられる状況にはなく、栄養状態をより保つことに寄与する可能性がある、といった程度である<sup>10)</sup>。思うように食事ができない状態で人生の最期を過ごすことに関して、患者・家族にはさまざまな思いがあって当然で、あえて造設しないという選択も十分理解できる。

##### ●フレイル

認知症がなく、フレイルが主因と思われる嚥下障害で誤嚥性肺炎を繰り返す状況は日常診療では経験する。しかしエビデンスが絶対的に不足している。

#### 胃瘻に関するその他の背景因子

「使える消化管は使う」ことが原則であるにもかかわらず、診療報酬加算が取れる中心静脈栄養と比較して、胃瘻は加算が取れず、看護負担も大きい敬遠されがちである。介護老人保健施設からも受け入れを渋られることがあり、療養場所が限られること、家族の介護力への懸念などから、胃瘻を選択しないというケースもあるだろう。

食事の持つQOLや文化的・社会的側面も無視できない。胃瘻栄養のみを選択した場合、食事の機会を奪われることで、人間的な触れ合いの時間も奪われる危険性がある。また、食事を与えるという行為は愛情表現の一つとされており、それがなくなることには家族にとっても心理的苦痛（グリーフ）を生じる。胃瘻を造設しない、という決断は、「食事を与えないこと」あるいは「ケアをしないこと」とは異なる点を家族に理解してもらう必要がある<sup>3)</sup>。

患者の人種よりも、医師の人種や専門科のほうが胃瘻造設の決定に与える影響が大きいという興味深いデータがある。同じ患者のシナリオを与えられた際、胃瘻を勧めるオッズ比は、アジア人の医師において白人の医師の7.8倍に上った。老年科医は内科医や家庭医と比べ、胃瘻を勧めない率が高かった<sup>11)</sup>。医師の主義が意思決定を大きく左右している現状が読み取れる。自分の主義や倫理観を押し付けない姿勢も重要である。

#### 抜去できる胃瘻を放置しない

脳梗塞による嚥下機能障害は、数週間から数か月かけて回復し、経口摂取を併用できるようになるケースが存在する<sup>8)</sup>。発症数か月後には長期療養施設にいる患者も多いため、限られたリソース下で経口摂取再開を推進するプロトコルも開発されている<sup>12)</sup>。日本でも2014年度の診療報酬改定から、経口摂取回復促進加算や胃瘻抜去術に対する技術料が認められるなどの仕組み作りがされている<sup>13)</sup>。こうしたシステムの整備を通して、本来なら経口摂取できるはずの患者が、食の楽しみを奪われたまま生涯を終える例が減ることを、願ってやまない。

#### 症例その後

胃瘻栄養に切り替えて理学療法、作業療法、摂食嚥下療法を継続した結果、3か月後には食事は全て経口摂取できるようになり、胃瘻は投薬ルートとして用いるのみとなった。認知症のため、今後は施設での生活の予定だが、投薬も経口に切り替え、入所前に胃瘻抜去をめざす方向である。

#### クリニカルパール

- ✓ 高度認知症患者には胃瘻栄養は勧められない。
- ✓ 脳梗塞後の嚥下障害によって経口摂取困難となった場合の胃瘻栄養の選択は適切と考えられるが、嚥下機能の再評価を忘れずに行う。
- ✓ 胃瘻造設にかかわる決断に際しては、文化的・社会的側面や患者・家族の価値観も考慮して、柔軟な対応を心掛けたい。

#### 【参考文献・URL】

- 1) World J Gastroenterol. 2014 [PMID : 24976711]
- 2) Cochrane Database Syst Rev. 2015 [PMID : 25997528]
- 3) Clin Interv Aging. 2014 [PMID : 25342891]
- 4) ABIM Foundation. Choosing Wisely. <http://www.choosingwisely.org/?s=tube+feeding>
- 5) Am J Phys Med Rehabil. 2015 [PMID : 25299524]
- 6) Stroke. 2015 [PMID : 25468881]
- 7) Cochrane Database Syst Rev. 2012 [PMID : 23076886]
- 8) J Stroke Cerebrovasc Dis. 2002 [PMID : 17903851]
- 9) J Stroke Cerebrovasc Dis. 2013 [PMID : 23680686]
- 10) Cochrane Database Syst Rev. 2011 [PMID : 21249659]
- 11) J Palliat Med. 2007 [PMID : 17472507]
- 12) J Nutr Health Aging. 2016 [PMID : 27273351]
- 13) 厚生省、個別改定項目について. 2014. pp 171-4. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000037464.pdf>

#### 一言アドバイス

- 胃瘻による経管栄養を行うかという議論の前に、そもそも中心静脈栄養や経管栄養といった人工栄養を使用するかという視点で(人工栄養を使用しないという選択肢も含めて)話し合いをすることが大切である。(狩野 恵彦/厚生連高岡病院)
- 意思決定能力を失った高齢患者に対して、家族ら代理意思決定者は「1日でも長く生きて欲しい」という感情から胃瘻造設を選ぶことも多い。「本人がそのようにして生きることを望んでいるだろうか？」という問いから始め、家族らと主治医が協働して合意形成したい。(関口 健二/信州大病院)

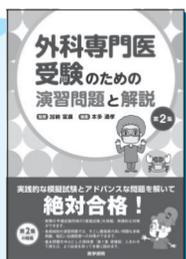
アドバンス問題を多数収録した、外科専門医取得のための試験対策問題集

## 外科専門医受験のための演習問題と解説 第2集

日本外科学会専門医予備試験対策として定評ある問題集の第2集。本書では難易度の高い問題を中心に、幅広く多数の問題を収録。また、実際の試験の出題傾向に沿った「模擬試験」を収録し、実践的な力試しもできる。本書を使って多くの想定問題を解くことで、読者はより自信を持って予備試験に臨むことができるだろう。基本問題を中心とした「第1集」とあわせてご利用いただきたい、専門医取得をめざす若手外科医の必携書。

**監修** 加納宣康  
医療法人沖繩徳洲会  
千葉徳洲会病院院長/  
電田総合病院消化器外科顧問

**編集** 本多通孝  
福島県立医科大学  
低侵襲腫瘍制御学/  
総合南東北病院外科

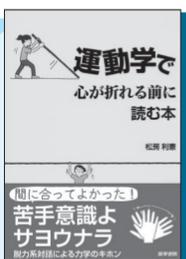


これを読めばもう大丈夫。苦手意識よ、サヨウナラ！

## 運動学で心が折れる前に読む本

高校から物理を避けてきた人、どちらかというと数学も苦手な人、それでも理学療法士・作業療法士を目指すには避けて通れない運動学。本書は、運動学に必要な物理や力学の基本を、脱力系対話形式で解説。随所に入るのどかなイラストがくじけそうになる気持ちを支え、「おさらい」と「復習問題」で国試もわかるように。実は臨床にも役立つお得な1冊。これでもう大丈夫。苦手意識よ、サヨウナラ。

**松房利憲**  
長野保健医療大学作業療法学・専攻長



# Medical Library 書評新刊案内

## 《眼科臨床エキスパート》

### 眼形成手術

眼瞼から涙器まで

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信 ● シリーズ編集  
高比良 雅之, 後藤 浩 ● 編

B5・頁480  
定価: 本体18,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02811-0

手術関係の学会に行くと今や「眼科医総白内障 surgeon 時代」または「眼科医総硝子体 surgeon 時代」が到来したかの印象がある。確かに手術器械や手術手技が劇的に進化し、これまでよりはるかに低侵襲で、短時間で確実に手術が終了する時代になっている。しかし、内眼手術はあくまで眼科手術の一部であり、いくら白内障手術や硝子体手術が短時間で終了できてもそれが全てではない。これからの眼科専門医は白内障手術や硝子体手術以外の分野で、もう一つのサブスペシャリティを持つ必要がある。その中で眼科医にとって大きな割合を占めるものは緑内障や眼表面疾患、メディカルレチナの分野であるが、患者側からのニーズの割にサブスペシャリティとして選ばれていないのが眼形成の分野である。高齢者になると加齢性眼瞼下垂や上眼瞼皮膚弛緩症は必発と言ってよいほど高率にみられる。また、涙器の異常や眼窩の異常は年齢を問わず出現してくる。しかもこれらの患者は眼科専門医なら当然診療ができるはずとの認識で、まず眼科医を受診する。これらの患者に対応するためにも、眼形成手術

### 眼形成をサブスペシャリティにする上で必読の書



評者 三村 治  
兵庫医大特任教授・神経眼科治療学

の対象、基本的な手術手技、専門医へ送る基準などを知っておくことは極めて重要である。

本書は眼形成手術のそれぞれの分野のエキスパートが、豊富な臨床経験に基づいてさまざまな手術手技の解説を行うものであるが、まず総説と総論とで約140ページを費やし「解剖」や「初診時にどう診てどう考えるか」「診断・治療に必要な検査」「形成手術概説」を「眼瞼」「眼窩」「涙道」それぞれについて解説している。もちろん対象患者が受診した際に、本書の「各論」を疾患ごとに読むのも一つの読み方である

が、ぜひ時間があるときには「総論」をお読みいただきたい。これを読むだけでも十分本書を購入する価値がある。

このシリーズの中でも本書の最大の特徴は「各論」の項目の中で、特に患者数が多く、手術手技が多く施行されている眼瞼疾患や眼窩疾患では、複数の執筆者が自身で熟達している手技ごとに解説していることがある。特に一般眼科医が最も身近に感じる退行性眼瞼下垂ではうれしいことに3人のエキスパートがそれぞれ「挙筋群短縮術」「Müller Tuck 法」「挙筋短縮術」を執筆しておられる。多くの眼科医は複数の手技があっても実際には得意な1つの手技しか使っていないことも多いはずであり、本書はその欠点をカバーしてくれる。さらに各項の最後にはこのシリーズの定番となった「一般眼科医へのアドバイス」で各執筆者からの診療の注意やコツが記載されている。

繰り返しになるが、加齢性眼瞼下垂などは眼科医であれば必ず毎日のように診察しているはずである。適切な検査を行い、患者のQOLを改善するためにも眼形成の知識・手技を修得する必要がある。本書は眼形成をサブスペシャリティにする上でまさに必読の書である。

## ネルソン小児感染症治療ガイド 第2版

齋藤 昭彦 ● 監訳  
新潟大学小児科学教室 ● 翻訳

B6変型・頁312  
定価: 本体3,600円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02824-0

評者 大曲 貴夫  
国立国際医療研究センター病院副院長・総合感染症科長・  
国際感染症センター長・国際診療部長

評者自身は成人の感染症を専門としているが、修練の過程で、そして感染症医となってからも3~4歳以上の小児の感染症診療にはコ

### 経験豊かな指導医による 回診時の小講義を思い出す

ンサルテーションを通じて時折かかわってきた。しかし評者は小児感染症の全体像を学んでいるわけではなく、本物の小児感染症医の先生方とは知識も経験も比較しようもない。本来この書籍はポケットに入れて日常診療の中で日々役立つものだが、このような評者の背景もあるため、評者自身は本書を「小児感染症を知るための手引き」として読ませていただいた。

本書全体に一貫しているのは、現在わかっているエビデンスと、エビデンスのない領域を徹底して意識し、それを指針にきちんと反映している点である。特に参考となるエビデンスのない事項に関しては、それを明確にコメントとして示している。例えばマイコプラズマによる下気道感染の項目では「小児における前向きによくコントロールされたマイコプラズマ肺炎の治療のデータには限りがある」との記載がある (p.83)。マイコプラズマ肺炎の治療薬を丸暗記することは誰でもできるが、このような記載に、編集された先生方の臨床医としての良心的な姿勢を感じる。また多くの感染症の治療期間は慣習的に定まってきたものでエビデンスに欠けるが、これもきちんと書いてある。治療期間の設定についてのマニュアルの書きぶりがあまりに断

定的であれば、教条的になってしまう。読者がその記載に盲目的に従ってしまうと読者に悪影響を及ぼす。「定まっ

ていない」ことが明確に書かれていれば、最終的にはやはり全体像を踏まえての医師の判断が必要であることを意識できる。

また本書では、疾患の自然経過についても各所に示してある。診断と経過観察を行う上で自然経過を知っておくことは大前提と言えるが、それを学べるテキストやマニュアルは少ない。

また患者の管理上、さまざまな判断が必要となる場合は、いわゆるコツが必要となる場合もある。それがコメントとして随所に記載されているのも本マニュアルの特徴である。読んでみると、経験豊かな指導医と共に回診を行っていたときの、歩きながらの小講義を思い出す。本書はマニュアルだが、その記載内容は何度も読んでかみしめて、そして考えるべきものであると感じた。中にはそれを契機に自ら研究して答えを求めにいく人もいるのではなかろうか。

本書を監訳された齋藤昭彦先生は、評者の研修先である聖路加国際病院での先輩であり、評者が感染症医をめざし始めた頃からずっとお世話になっている。初版の監訳の序からは先生の小児感染症医としての修練と、そこで培われた矜持が伝わり、一感染症医として評者も背筋が伸びる思いである。

## 乳がん超音波検診

精査の要・不要, コツを伝授します

角田 博子, 尾羽根 範員 ● 著

B5・頁176  
定価: 本体6,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02814-1

評者 遠藤 登喜子  
日本乳がん検診精度管理中央機構理事長/  
東名古屋病院乳腺科・放射線科

現在、増加し続けている日本女性の乳がん罹患と死亡に対して、世界的に死亡率減少効果が証明されているマンモグラフィによる乳がん検診が行われている

### 必要な知識を 適切にテーマ化した一冊

ところではあるが、日本女性の乳がん罹患が40代後半~60代前半までが高率を示していること、40代~50代前半においては、“dense breast”率が高いことから、マンモグラフィによるがん検診の精度を補填する方法が模索されている。乳房超音波検査のマンモグラフィ検査との併用はその一つである。実際には従来から超音波併用検診が実施されてきたが、期待された救命効果を証明できなかったのは、その検査法や判定基準が周知徹底されてこなかった点

にあると考えられる。現在、日本乳腺甲状腺超音波医学会のまとめたガイドライン、判定基準を

日本乳がん検診精度管理中央機構(精中機構)が受け継ぎ、講習会による普及活動が進められているが、マンモグラフィに関する知識のように徹底するには、文献・資料・書籍や画像など、非常に多くの場面において間違いのない情報提供が必要である。

本書は、こうした検診従事者が必要性を感じている知識を非常に適切にテーマ化したものと感じる。従来の検診においては、精査の必要性についてその判断を検者個人の考えや技量に任されているところがあり、ばらつき

素手で読める児童精神医学の「基本書」。子どもの〈こころ〉にかかわるすべての人へ

## 子どものための精神医学

発達障害? アスペルガー症候群? 知的障害? 自閉症? ADHD? LD? とこころでスベクトラムって何?——本書を読めば、錯綜する診断名を「認識と関係の座標軸」のもとに一望できるようになる。読めば分かるように書いてある、ありそうでなかった児童精神医学の基本書。事例の機微をすくい上げる繊細な筆さばき、理論と実践の生き生きとした融合、そして無類の面白さ! マニュアルでは得られない「納得」がここに。

滝川一廣  
学習院大学 教授



A5 頁464 2017年 定価: 本体2,500円+税 [ISBN978-4-260-03037-3]

医学書院

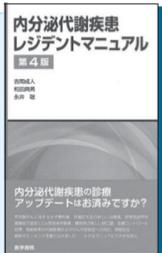
週刊医学界新聞アプリ  
祝20万ダウンロード!  
無料  
詳細は App Store, Google Play をご覧ください  
医学書院

アップデートはお済みですか? 新規薬剤、血糖コントロール目標などにも対応

## 内分泌代謝疾患レジデントマニュアル 第4版

糖尿病は言うに及ばず、内分泌疾患も専門医だけが診るまれない疾患ではない。社会的にも関心の高い骨粗鬆症を含め、common diseaseとしての内分泌代謝疾患の臨床を簡潔に解説した安定の第4版。甲状腺がんに対する分子標的薬、先端巨大症や原発性副甲状腺機能亢進症の診療薬の新たな保険適用、糖尿病の新しい経口薬、高齢糖尿病患者の代謝管理、血糖コントロール目標など学会ガイドラインの改訂に対応。

吉岡成人  
NTT東日本札幌病院・副院長  
和田典男  
市立札幌病院・糖尿病・内分泌内科部長  
永井 聡  
NTT東日本札幌病院・糖尿病内分泌内科部長



B6変型 頁384 2017年 定価: 本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-03039-7]

医学書院

# 精神疾患・メンタルヘルスガイドブック DSM-5から生活指針まで

American Psychiatric Association ● 原著  
滝沢 龍 ● 訳

A5・頁360  
定価:本体3,500円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02823-3

評者 野村 俊明  
日医大教授・心理学

本書はアメリカ精神医学会が発刊した精神疾患 (mental disorders) の当事者とその家族のための診断や治療の解説書の翻訳である。精神医学に関連する書籍はちまたにあふれているが、本書は中でも特色ある一冊であり高い価値を持っている。

本書は、原書の副題に Your Guide to DSM-5 とあることからわかるように、DSM-5 に準拠して構成されている。簡単な序章の後に、DSM-5 と同様に神経発達症群/神経発達障害群から始まり、以下、統合失調症スペクトラム障害、双極性障害、抑うつ障害群……という順番で 19 の項目が扱われている。統合失調症や双極性障害などの精神科臨床の中核をなす疾患だけでなく、排泄症群、性機能不全群、性別違和などの領域にも相応のページを割いているのも特徴の一つであるが、これはおそらく当事者やその家族が利用することを意識しているからであろう。

各章では、当該疾患の概説に続いて診断基準がわかりやすく述べられ、症例、リスク因子、治療法が紹介されている。適宜挿入されている「心身の健康を保つためのアドバイス」や「家族へのアドバイス」も役に立つ。

コラム「BOX」で扱われている話題 (例えば「うつ病と悲嘆の違い」など) も興味深い。各章の末尾には「キープポイント」として簡潔な要約が記載されている。どの章も明快でわかりやすく、しかもしっかりした内容を持っている。

最終章は「治療の要点」と題されており、メンタルヘルスケアに携わる職

種の紹介、診断と治療の概略の解説、主な精神療法や精神科で使用される薬物の説明などが記述されている。

本書はアメリカ精神医学会が初めて当事者や家族のために作成したガイドブックだということである。評者は一読して、こうした書物を刊行できるアメリカ精神医学会の底力とでもいべきものを痛感させられた思いであった。今日のアメリカ精神医学の到達点が、平易に、しかし体系的に記載されている。これなら当事者や家族にもわかりやすいだろうと思う。こうした書籍は、残念ながらまだわが国にはないのではあるまいか。

訳文はよく練られており、日本語としてわかりやすい良訳である。翻訳にありがちな生硬な表現がないのは、本書が当事者向けであって英文自体が平易であるからだけでなく、訳者の才能と努力によるものであろう。訳者は助教という肩書きからすると若い世代に属する精神科医なのだろうが、今後の活躍が大いに期待される方だと思われる。原著の各章にある印象的な写真が掲載されていないのは少し残念だが、本文の部分は随所に編集上の工夫が感じられ読みやすく仕上がっている。訳者と編集者の意気込みが感じられる一冊である。

本書は、既に述べたように DSM-5 の解説書としても十分な水準を保っている。当事者とその家族だけでなく、メンタルヘルスケアにかかわる専門家、とりわけ研修医、他科の医師、心理職などに強く薦めたい一冊である。

が大きくみられた。また、「よくわからないものは、とりあえず拾っておく」という偽陽性による harm が幅を利かせてきたことによって超音波検査の精度低下の原因にもなってきた。本書は、そのタイトルからしても、その点をずばりと明瞭にすることが検診の基本であることを表している。

実際に、本の構成として、モダリティの知識に入る前に、検診についての基本知識がコンパクトに、しかも的確に記載されており、難しいことを難しくなく解説している。検診がこうあるべきという基本は、検診従事者一人ひとりにかかわっているのにもかわらず、とかく技術だけに目を奪われることが多い中で、的確な理解に役立つと思われる。その意味で、長すぎない基本姿勢の解説は、時々読み返してみるべき章でもある。

次に実際の画像について、腫瘍と非

腫瘍、それぞれに実際の従事者が持つ疑問を含め的確に項目とし、項目別に数症例が所見のバリエーションにより展開されており、それぞれの病態の違いもわかるようになってきている。画像を学ぶには画像を見るのが基本であり、なるべく多くの病理で裏付けられた症例をみるのが重要である。このような基本姿勢で集められた症例集は、初心者のみならず経験者が知識の裏付けをするのに十分有用性のあるものとなっている。それは、本書の著者が非常に豊富な日常経験を持っていることに裏付けられたものであることによる。

さらに、Column 欄、実際の検査に基づいた豆知識がテンポよく、的確な表現で解説されている。こうした豆知識についても、間違いなく核心部分のみが記載されているのは、実務に携わる検者には役立つものと思われた。

臨床家は何を見て、どう考えているか

## こころの病を診るといふこと 私の伝えたい精神科診療の基本

臨床家として名高い著者が、自身の臨床哲学および具体的な診療の仕方についてまとめた実践書。待合室での様子や問診票から読み取れること、問診の進め方、生活史のとりえ、診断、そして治療と、実際の診療の流れをひと通り網羅。約40年にわたる臨床経験で蓄積された理論と技術を、次世代の精神医療関係者に余すところなく伝授する。

青木省三  
川崎医科大学精神科学教室主任教授



# 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2話 サプリメント①

私は 2002 年から、栄養→疫学・栄養疫学という順でその学問領域に足を踏み入れました。日本では化学専攻でしたので栄養学は米国の大学院が出发点であり、自国の食や文化と健康との関係については研究意欲はありながらも系統的に触れることがないままとなっています。

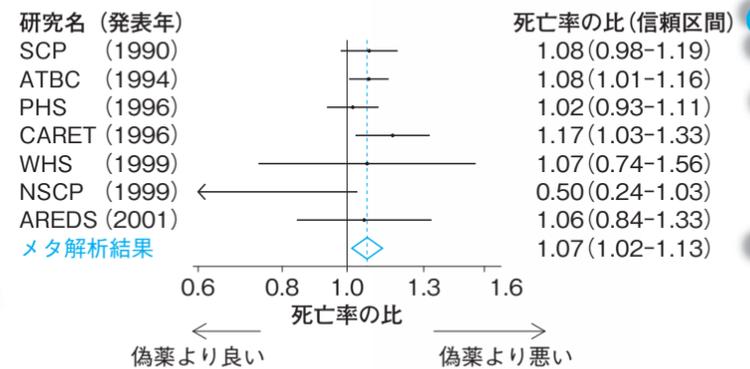
さて今回のテーマは、ちまたに氾濫しているサプリメントです。日本では保健機能食品の適切な利用促進の啓発を目的とした「サプリメントアドバイザー」の養成が民間団体により進められています。しかし、これは公衆衛生上どの程度有用でしょうか? そもそも健康食品の有効性については客観的なエビデンスに乏しいのが現状です。

βカロテンはがん予防などの効果がかつて期待されていましたが、サプリメントの服用によって喫煙者・アスベスト暴露者の死亡率を上げるという衝撃的な臨床試験 CARET study が、1996 年に発表されました。このころから同様の試験が世界中で盛んに実施されましたが、有効性を示すエビデンスは出ていません (図)。よって、生活習慣病の予防を目的としたサプリメント摂取には否定的にならざるを得ません。がん患者の多くが医師に内緒でサプリメントを服用している実態などを鑑みれば、過剰な期待を持たせる情報には注意する必要があります。

例えば、オメガ3 脂肪酸のサプリメントの有効性についてはエビデンスが弱いです。中性脂肪など中間因子をみた臨床研究、あるいはオメガ3 脂肪酸の摂取や血中濃度を測定した観察研究もありますが、サプリメントそのものの利用を支持するエビデンスとは言えず、臨床試験結果もメタ解析の方法によって答えがばらつきます。JELIS という日本を代表する(と、私は思っている)臨床試験(Lancet. 2007 [PMID: 17398308]) は、脂質異常症を対象にしたものですが、結果は心疾患か脳卒中の既往歴のある人でのみ二次予防効果が見られ、一次予防効果は認められていません。限定的な効果は示されているのでさらなる研究が期待されますが、それでもこの段階で一般向けにサプリメントを推奨するわけにはいかないでしょう。

その他の栄養素のサプリメントに関しても同じことが言えます。ビタミンやミネラルは、100 年近い歴史が培った栄養学の知見によって生化学的な効果は述べる事ができます。しかし、机上の論では EBM は成り立ちません。予想できない副作用を含め、全体的な効果を疫学研究(介入研究を含む)で把握することが必要です。それに準じて、例えばカルシウムやビタミンD のサプリメントは医学界では支持されていません。共に「骨を強くするのに必要なもの」と生化学的知見は確立されています。しかし、その効果は微々たるもので、循環器系疾患や腎臓に対する副作用の疑いなどの難があります (N Engl J Med. 2013 [PMID: 24131178] など)。鉄剤のように貧血に対する効果が示されているものでも (Cochrane Database Syst Rev. 2011 [PMID: 22161448])、他の疾患のリスクを上げる可能性があります。たばこや飲酒に関するエビデンスと同様、観察研究の問題点と鑑みて解釈することが大切になります。やはりそれらは、一般の人が判断できる範疇を越えています。

これからは、利益相反のない学界が、サプリメントの使用実態や効果に関する研究・啓発を進め、公衆衛生に寄与することが期待されます。



● 図 βカロテンのサプリメントと死亡率との関係のメタ解析  
サプリメントの常用が死亡率を7%上げると算出された。ATBC が喫煙、CARET はアスベスト・喫煙暴露群を含む。CARET, AREDS は他の栄養素の同時摂取。Lancet. 2003 [PMID: 12814711] より作成。

## EBMをしっかりと理解し使いこなすための論文読解法、教えます

新刊 医師として知らなければ恥ずかしい  
**50の臨床研究 神経編**  
50 Studies Every Neurologist Should Know

▶ 医師として「これだけは押さえておくべき」神経領域の50の臨床研究をコンパクトにまとめた、シリーズ第3弾。common diseaseを中心に米国の神経学者の査読を経た、回診や症例検討で頻りに登場する研究を厳選。エビデンスに基づく医療の専門知識を構築し、実践するのに役立つ。各研究に対する批判や制限事項、関連研究にも言及。若手の神経内科医をはじめ総合診療医やそれを目指す研修医に最適。

監訳: 岩田 淳 東京大学医学部附属病院神経内科講師

定価: 本体3,500円+税  
A5 頁304 図50 2017年  
ISBN978-4-89592-883-0

# 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。

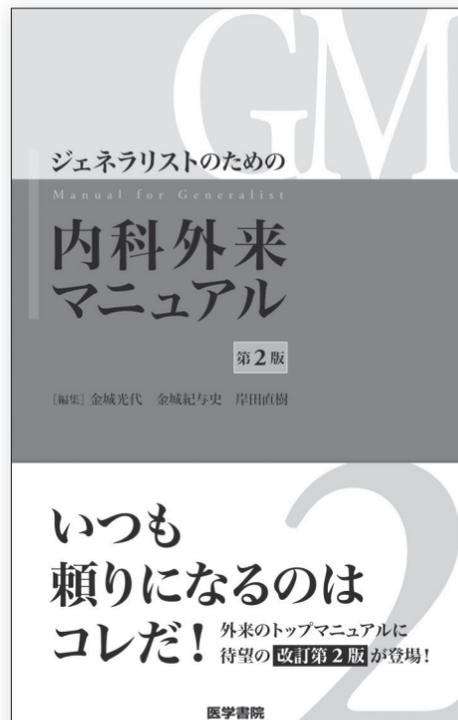
## ジェネラリストのための 内科外来 マニュアル

第2版



編集

金城光代 沖縄県立中部病院総合内科  
金城紀与史 沖縄県立中部病院総合内科  
岸田直樹 総合診療医・感染症医  
(感染症コンサルタント)



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)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の向上を図った。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」。

■A5変型/頁736 / 2017年 ■定価: 本体5,400円+税 [ISBN 978-4-260-02806-6]



### 《ジェネラリストBOOKS》シリーズ 4月創刊!



#### シリーズの概要

- ▶ 内科・救急・小児・在宅医療などの日常診療に直結したプラクティカルなテーマが満載。
- ▶ 各領域の第一線で活躍する編者・著者による具体的な解説。患者の多様な訴え・症状に自信を持って対応できるようになる。
- ▶ 実践的でありながら気軽に読める構成。短時間で要点を理解できる。

“最強の一番弟子”にならないか? 徒手空拳のワザ、ここに極まれり。

## 身体診察 免許皆伝

目的別フィジカルの取り方 伝授します

編集

平島 修 徳洲会奄美ブロック総合診療研修センター  
志水太郎 獨協医科大学総合診療科・総合診療教育センター  
和足孝之 島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター

■A5 / 頁248  
■定価: 本体4,200円+税 [ISBN 978-4-260-03029-8]



内科外来に欠かせない一冊

## 健診データで 困ったら

よくある検査異常への対応策

編集

伊藤澄信 国立病院機構本部総合研究センター長

■A5 / 頁180  
■定価: 本体3,600円+税 [ISBN 978-4-260-03054-0]



その説明はツウジテル? 保護者が納得する説明の仕方、教えます。

## 小児科外来 匠の伝え方

編集

崎山 弘 崎山小児科院長  
長谷川行洋 東京都立小児総合医療センター 内分泌・代謝科部長

■A5 / 頁228  
■定価: 本体3,800円+税 2017年 [ISBN 978-4-260-03009-0]



### 2017年5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	6月号 Vol.81 No.6	食中毒の新たな課題	臨床婦人科産科	5月号 Vol.71 No.5	万能幹細胞・幹細胞とゲノム編集 —再生医療の進歩が医療を変える
medicina	5月号 Vol.54 No.6	プライマリ・ケア医のための 消化器症候学	臨床眼科	5月号 Vol.71 No.5	第70回日本臨床眼科学会講演集(3)
総合診療	5月号 Vol.27 No.5	コミュニケーションを処方する —ユマニチュードもオープンダイアログも入ってます!	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	増刊 Vol.89 No.5	臨床力UP! 耳鼻咽喉科検査マニュアル
糖尿病診療マスター	5月号 Vol.15 No.5	どこが変わった? 糖尿病診療のガイドライン	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	5月号 Vol.89 No.6	内視鏡手術の上達ポイント 特別付録Web動画付き
胃と腸	5月号 Vol.52 No.6	知っておきたい まれな大腸良性疾患	臨床泌尿器科	5月号 Vol.71 No.6	症状と向き合う漢方の処方 —“二刀流”それとも“一刀流”?
BRAIN and NERVE	5月号 Vol.69 No.5	Voxel-Based Morphometry —体積からわかること	臨床皮膚科	増刊 Vol.71 No.5	最近のトピックス2017
精神医学	5月号 Vol.59 No.5	認知行動療法の現在とこれから —医療現場への普及と質の確保に向けて	総合リハビリテーション	5号増大号 Vol.45 No.5	在宅生活で使える! 福祉用具ガイド
臨床外科	5月号 Vol.72 No.5	百花繚乱! 特別付録Web動画付き エネルギーデバイスを使いこなす	理学療法ジャーナル	5月号 Vol.51 No.5	歩行の安全性
臨床整形外科	5月号 Vol.52 No.5	成人脊柱変形の目指すポイント: PI-LL<10°, PT<10°はすべての 年齢層にあてはまるのか	臨床検査	6月号 Vol.61 No.6	新時代の健康課題と検査/ 脾臓の病気を見逃さない
			病院	5月号 Vol.76 No.5	地域を支える病院看護師の育成



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  
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp