

2011年2月28日
第2918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 〓(発行者著作権管理機構 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

- 第14回日本病態栄養学会…………… 1面
- [インタビュー] 広沢正孝氏に聞く広汎性発達障害/[連載] 続・アメリカ医療の光と影…………… 2—3面
- [寄稿] 生活習慣病におけるゲノム研究の進歩(久保充明)…………… 4面
- [寄稿] 造血幹細胞移植時の栄養・血糖管理に取り組んで(金成元)…………… 5面

病態栄養学の限らない前進のために 第14回日本病態栄養学会開催

第14回日本病態栄養学会が1月15—16日、パシフィコ横浜(横浜市)にて開催された。中尾俊之会長(東医大)のもと「かぎりない前進そして永遠の夢とあこがれを」というテーマが掲げられた今回は、栄養サポートチーム(NST)加算の保険収載などでいっそうの普及が期待される栄養療法の最新知見を学ぶべく、多様な職種が参集した。

これからの栄養療法と栄養教育

日本静脈経腸栄養学会(JSPEN)との合同パネルディスカッション「わが国の栄養療法の将来を見つめて」(司会=中尾氏、藤田保衛大・東口高志氏)では、主に教育的視点から、栄養学発展のための方策が議論された。

中屋豊氏(徳島大)は、内科医の栄養に関する知識について語った。血清アルブミン値は、栄養評価の指標として必ずしも適切ではないという見解が主流となりつつあるが、その知識のない内科医もまだ多いという。こうした現状から氏は、医師が栄養管理を一任できる知識豊富なコメディカルの育成が求められているとし、NSTをコメディカルを育てる場として位置付けることを提案した。

JSPENで教育事業を担当する外科医の谷口正哲氏(大隈病院)は、学会に、発展的な栄養教育と啓蒙活動が求められていると主張。JSPENでは職種・習得レベル別セミナーなどを頻回に実施するほか、複数職種の共通資格である「NST専門療法士」を設け、専門領域別の業務分担ではなく、全業務を全職種で分担できるNSTを目指している。さらにESPEN(欧州臨床栄養・代謝学会)の上級プログラムを導入するなど、高度な栄養教育のニーズにも応えたいと氏は語った。

看護師の川口恵氏(尾鷹総合病院)は、少子高齢化が進む地域でのNST活動を紹介した。NST加算の保険収載により対応症例が増えたが、患者情報の適切な提供とアセスメント、各職種の専門的知識を活用したアドバイスが効率よい回診に必要なだと氏は説明。高齢化社会を担うため、急性期・回復

期・慢性期を通じ、病院や診療所のみならず、福祉施設なども含めて質の高い栄養管理が継続できる、地域一体型NSTの構築が求められているとした。

続いて薬剤師の東海林徹氏(奥羽大)が口演。JSPENの薬剤師部では、看護師、栄養士の各部会とも協力し、コメディカルの再教育と標準化のためのスキルアップセミナーを開催、臨床スキル向上の機会を設けているという。また、優れた研究の表彰など研究活性化への支援も行っており、氏は、各職種の専門性を生かせる人材育成を図っていききたいと抱負を述べた。

管理栄養士の将来像を語ったのは岩川裕美氏(滋賀医大病院)。氏は、管理栄養士は欧米諸国では入院患者の栄養管理の担い手として活躍しており、日本においても同様の役割が期待されていると報告。患者の栄養アセスメントや経口摂取を促進する食事形態の工夫などスキルを生かした業務を行うとともに、より栄養療法に貢献できるエビデンスを構築したい、と意気込んだ。

総合討論では、栄養療法の将来について、栄養士の役割拡大や、日本の多様な食生活に応じた独自の栄養療法の構築、より臨床に活かせる教育の必要性などのビジョンが示され、両学会が情報共有しつつ栄養療法の可能性を高めていくことが確認された。

適切な栄養管理と治療で より安全な経口摂取を

シンポジウム「摂食・嚥下障害の最新栄養管理」(座長=東医大・西野誠一氏、地域栄養ケアPEACH 厚木・江頭文江氏)では、嚥下障害を改善し、より長く、より安全に経口摂取を続けるため、必要な治療と栄養管理が語ら

れた。

内科医の上田章人氏(慶信会記念病院)は、胃ではなく小腸で吸収されるアセトアミノフェンの特徴を利用し、脳卒中後の胃ろう造設患者における胃排出能低下と肺炎発症との関連を考察した。3か月の追跡調査で、肺炎発症群と非発症群間、肺炎関連死亡群と生存群間でアセトアミノフェン血中濃度を比較、いずれも後者が有意に高かったという。ここから氏は胃排出能の低下と肺炎発症・肺炎関連死亡の相関性を示すとともに、胃排出能の評価が肺炎発症予測に有用と推察。さらにクエン酸サブリのガスモチンが、胃排出能改善に有効である可能性を示唆した。

続いてリハビリテーション(以下、リハ)科医2名が登壇。馬渡敏也氏(NTT東日本伊豆病院)は、嚥下障害患者は栄養が摂取しにくい上、誤嚥などで消耗し低栄養に陥りやすいと指摘。筋群が萎縮し障害がさらに悪化する悪循環を防ぐため、栄養補助食品の活用を勧めた。同院での栄養補助食品導入前後各1年間の比較では、経管栄養使用症例数が約3分の1に減少。患者の食事状況を理解している看護師の判断で使用できること、カロリー摂取が容易で嚥下リハにもなること、1個あたりの容量が少なく飲み切る意欲がわくことなどを理由に挙げた。

若林秀隆氏(横市大市民総合医療センター)は、嚥下筋萎縮の原因となるサルコペニアを解説した。サルコペニアは筋肉量・筋力が減少した状態を指し、その原因は、加齢、活動の減少、栄養不足、疾患の4つに分類されるという。氏は、原因をきちんと鑑別した上で、加齢なら筋力トレーニング、活動低下なら不要な安静・禁食の回避など、最適な治療法を選択することが重要と主張。栄養療法とリハを併用し、筋萎縮を改善した後に嚥下機能評価を行えば、経口摂取が可能な程度まで機能向上がみられる場合があると述べた。

管理栄養士の伊藤明美氏(名市大病



●中尾俊之会長

院)は、同院にて、嚥下咀嚼訓練食18品目の飲み込みやすさの基準を「菌茎でつぶせる食事」から「かまなくてよいゼリー」まで4段階に分類したことを報告した。障害の程度に合わせた選択、段階的なレベルアップが可能になり、退院時の絶食率が低下したという。CRP値から安全に経口摂取できていたことも示唆された一方、訓練食の喫食日数が長いほど体重が減少傾向になるなど課題も明らかになり、今後改善に努めたいと氏は語った。

摂食・嚥下障害の多様な病態に対応するため、多職種が柔軟に連携するチーム医療の必要性を強調したのは耳鼻咽喉科医の津田豪太氏(福井県済生会病院)。氏は同院にて12年前に嚥下チームを始動し、現在ではNSTとも連携。嚥下造影検査・内視鏡検査など急性期の嚥下診断、短期間の集学的な入院治療、さらには外科治療まで、チームで取り組んでいるという。簡単な症例から始めること、短期間で達成できるゴール設定、勉強会や学会への積極的な参加、病院への成果報告などを、チーム医療実施の要点に挙げた。

最後に管理栄養士の佐藤知世氏(東医大病院)が、同院脳神経外科病棟で運用中の摂食機能訓練パスについて報告した。パスでは①全身状態の安定、②意思疎通が可能、③患者本人の経口摂取への意欲、④口腔内の清潔、⑤自発的咳嗽が可能、の5項目を設定。全項目を満たし、さらに詳細評価を経た上で、段階的な移行食がリハとともに開始される。パンフレットなどで患者や家族に説明することで、協力も得やすくなったという。氏は、パスの導入が安全な経口摂取の推進とチーム医療の構築につながったと成果を語った。

臨床栄養関連書

医学書院

栄養塾

症例で学ぶクリニカルパール

編集 大村健二

適切な栄養投与はすべ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ものも少々危うい。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、そしてベッドサイドが、好きになる1冊!



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

《JJNスペシャル》

実践! 臨床栄養

編 東口高志

「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。アセスメントやモニタリングではとくに何をみたらいいの? 輸液・栄養剤投与を安全確実に実施するには? 合併症やトラブルの予防・対策は? などなど、NST活動のみならず、「毎日の栄養管理」にも役に立つ実践書。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。



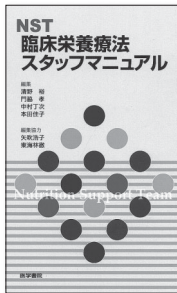
●AB判 頁312 2010年 定価3,780円
(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-01030-6]

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

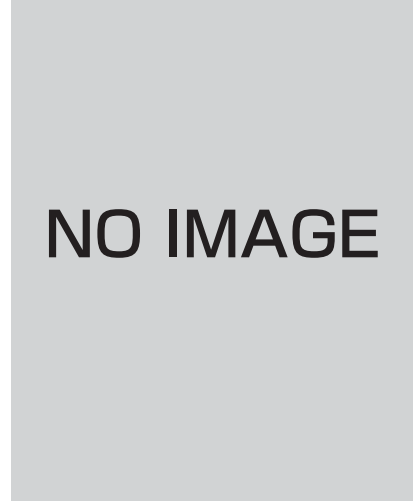
編集協力 矢吹浩子/東海林徹

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]

常に“発達”の視点を持って患者さんを診ることが、広汎性発達障害の正しい診断につながる



周囲に理解されない人々

——成人の高機能広汎性発達障害（高機能PDD）の概念は今、一般のマスメディアなどでも話題ですが、どのような障害なのでしょう。

広沢 高機能PDDとは、知的発達の遅れのない、自閉症やアスペルガー症候群、非定型自閉症のことです。患者さんの中には、高等教育を受け就職し、結婚して、一見ほかの人と変わらない社会生活を送れている方も少なくありません。ただ「気持ちが通じない」「融通が利かない」といったネガティブな印象を持たれてしまう方も多く、そうした特性のせいで集団にうまく適合できず、本人も周囲も大きなストレスを抱えてしまうことがあります。

——子どものころに発達障害と診断さ

“発達”を軸にして、診断が一転する

——「高機能広汎性発達障害」という診断が、成人を対象になされるようになったのはいつごろでしょうか。

広沢 盛んに診断されるようになったのは、日本ではおそらくここ10年と少しでしょうか。それまでは成人の精神科領域に“発達”の視点が乏しく、診察時の状態像から統合失調症や双極性障害、パニック障害などの診断名が当てはめられてきた歴史があります。

——先生ご自身はどんなときに“発達”という視点に気付かれたのですか。

広沢 私が初めて成人患者に発達障害と診断を付けたのは、まだそうした概念があまりなかったころですね。

当時担当していたのは長期入院中のある男性患者さんでしたが、統合失調症、躁うつ病、てんかんなどさまざまな診断が付いていました。彼は病床の整理が苦手で、作りかけの模型をベッド上の棚に積み上げていたのですが、片付けの必要に迫られ、一緒に模型を完成させることになったのです。

彼は最初にある航空会社のジャンボジェットの模型を選び、コツコツ作っていたのですが、完成間近になって「同

interview 広沢 正孝氏に聞く

順天堂大学スポーツ健康科学部健康学科教授・精神保健学

「成人の発達障害」や「アスペルガー症候群」といった概念は、社会で何らかの“生きにくさ”を感じていた人々に、その理由を明快に示し得ることから、今や広く一般にも認知されつつある。しかし障害の本質が見えないまま、呼称のみが独り歩きしている感も否めない。本紙では『成人の高機能広汎性発達障害とアスペルガー症候群——社会に生きる彼らの精神行動特性』（医学書院）を著した広沢氏にインタビュー。この障害を正しく理解し、“生きにくさ”を解決するためのヒントを聞いた。

れて成人した方と、成人後に問題が顕在化した方では、印象は異なりますか。

広沢 子どものころに既に診断がついている方は、障害に対処するための訓練を受けたり、生活しやすい集団を選択したりと、本人も周りも障害とうまく付き合っていく“生き方”を、学習できている面はあるようです。

一方、成人して初めて診断の付いた方の場合、どちらかという知的レベルが高く、子ども時代には“変わっているけど勉強ができる子”などと周りに許容されている方が多いと感じます。しかし一定の年齢に達すると、集団にうまく合わせられないことに気づき、「なぜ気持ちが周りに通じないのか」「なぜ周りの気持ちがわからないのか」と悩むようになる。さらに周囲から責められて抑うつ的になったり、不安が増大したり、時には被害的になったりと、二次的に精神症状が形成されてしまうことが少なくありません。理由もわからぬまま、ダイレクトに障害に直面してしまっている印象を受けます。

詳しく聞くことです。操作的診断が普及している現在、成人対象の精神科医は特に、過去2週間、あるいは過去半年間の病態像を見て診断するよう訓練されており、発達歴までは聞かないことが多いように感じます。また、丁寧な問診をする時間がなかなか取れないという診療上の事情もあるでしょう。

“発達障害”という視点がなければ発達歴を聞こうとは思わないでしょうし、発達歴を聞かないと“発達障害”という診断には至りません。つまり常に“発達”の視点を意識して、患者さんを診ることが大切だと思います。

——ある程度時間がかかっても、丁寧な問診を基にした診断が必要ですね。

広沢 そうですね。精神疾患において早期診断は非常に大切ですが、早すぎて誤診してしまつては、それこそデメリットのほうが大きくなってしまいます。2回、3回と来院してもらい、場合によっては患者さんの許可を得て、両親や旧知の方にも一緒に来ていただき、発達歴を聞く。そうして特徴が得られて初めて、私は診断を付けるようにしています。

——一方で、過剰診断の問題もあります。

広沢 残念ながら過剰診断は今、少なくないと感じています。“発達障害”といえばわかりやすく、説明が付きやすいため、つい飛びついてしまうのかもしれません。しかしその結果、本当はPDDとは言えないような人までも、その性格の一部のみが強調された診断がなされてしまうことがあるようです。

ですから、やはり発達歴をきちんと調べ、現在の精神行動特性や精神症状が障害に基づくものであると明らかにすることが必要です。そうしないと、「発達」障害という医学概念そのものが危うくなってしまいます。

自己イメージからPDDを読み解く

——PDDの人々の独特の考え方や言動は、何に起因しているのでしょうか。

広沢 私は、彼らの持つ特殊な自己イメージが、ヒントになるのではないかと考えています。

私たちは通常、自分自身と対象（他者）との間に適切な距離を保ち、双方向のコミュニケーションをとりつつ、情報や経験を統合して“自己”を形成

●広沢正孝氏

1985年東北大学医学部卒。順大にて精神医学研修後、87年より加納岩総合病院精神科（現・日下部記念病院）で地域精神医療に従事。89年順大越谷病院、92年医学博士号取得、96年順大講師。この間一貫して急性期精神科医療と精神科リハビリテーション（病院デイケア）に携わる。98年順天堂医院メンタルクリニック、2003年同大スポーツ健康科学部助教授、11月より現職（医学部精神医学講座准教授兼任）。日本精神病理・精神療法学会評議員等。著書に『統合失調症を理解する——彼らの生きる世界と精神科リハビリテーション』（医学書院）など。

6:30 AM 朝の支度	7:12 AM 電車通勤	8:23 AM 駅から会社	8:45 AM 仕事前
9:00 AM 5:20 PM 仕事	0:20 PM 1:20 PM 昼食	(予備)	(今日はバス) SF活動
6:05 PM 帰り道	7:03 PM 電車通勤	7:55 PM 駅から自宅	(今日はバス) 秋葉原
8:45 PM 夕食	9:20 PM 入浴	10:00 PM ブログ	(予備)

●図 ある患者の書いた自己イメージ

していきます。その際の自己イメージは、一つの核を中心に、同心円状、あるいは放射線状に広がっていくようにとらえられると思われます。

しかしPDDの人々は、対象と適切な距離を置いた、固有の“自己感”を持ちにくいようです。杉山登志郎先生（浜松医大）もご指摘のように、むしろ対象との距離をとれず、その都度の環境を（そのまま）生きる。そのため対人関係において、自分のころ（自己）も他者のころ（自己）も意識しにくく、臨機応変さも生まれにくい。

——それが「かたくな」「他者の気持ちがわからない」といった周囲からの評価にもつながるのでしょうか。

広沢 そのように考えられます。

また、一部の高機能PDDの人々は、仕事、食事、趣味など、彼らを構成する各項目が一つずつ枠に振り分けられ、格子状のウィンドウから成る「タッチパネル」などに自分自身を例えることがあります（図）。「パネルの操作者」という統合された自己イメージを持つ人も中にはいますが、日常的には個々のウィンドウ内にある自己のほう明らかに優先されているようで、おのおのウィンドウ内の自分については説明できても、それらを統合した“全体としての自分”を問われると、困ってしまう場合も多いのです。

ウィンドウを開く順番も、慣れ親しんだ家庭や職場では暗黙のうちに固定されており、その場合彼らの一日はつつがなく終わります。

——順番どおりに切り替えていくことにより、社会生活に適応していると。

広沢 ええ。ですからそのルールを知らない人々との間では、双方に戸惑いが生じてきます。また切り替わった後、前のことはすっかり忘れ新たに次のウィンドウを生き始めることもあるた

成人の広汎性発達障害をどのように考えるか—今、問われる問題に向き合う書

成人の高機能広汎性発達障害とアスペルガー症候群

社会に生きる彼らの精神行動特性

今こそ、成人の高機能広汎性発達障害、アスペルガー症候群とはいかなるものか、真剣に問われなければならない時代といえよう。本書では当障害をもつ大人たちに焦点を当て、職場や家庭など社会における彼らを生き生きと描写し、その精神行動特性について、学問的な裏付けをもってわかりやすく解説した。精神医療に携わるすべての人に読んでほしい著者渾身の意欲作。

広沢正孝
順天堂大学スポーツ健康科学部教授



B5 頁192 2010年 定価3,570円(本体3,400円＋税5%) [ISBN978-4-260-01100-6]

医学書院

脳研究の常識へ疑問を投げかけ、独自の考察を展開する衝撃の書

<神経心理学コレクション>

脳を繙く

歴史でみる認知神経科学

HISTORY OF COGNITIVE NEUROSCIENCE

認知神経科学について「歴史」を切り口に解説するもの。認知（記憶など）、言語、運動といった神経心理学領域で扱われる一通りのテーマについて、過去から現在までの歴史的な流れが押さえられるとともに、用語や人名などを網羅的に収載しているため、教科書的・辞書的に使うことも可能。神経内科医・精神科医はもちろん、初学者やコメディカルが神経心理学領域を理解するためのサブテキストとしても有用な1冊。

著 M.R. Bennett
P.M.S. Hacker
訳 河村 満
シリーズ編集 山鳥 重

神戸学院大学教授・人文学部
河村 満
昭和大学教授・神経内科学
池田 学
熊本大学大学院教授
脳機能病態学



A5 頁432 2010年 定価5,040円(本体4,800円＋税5%) [ISBN978-4-260-01146-4]

医学書院

第192回

続・アメリカ医療の光と影

メディケイド危機がもたらした「死刑宣告」

李 啓亮

医師／作家（在ボストン）

民間の医療保険を主体として医療制度を運営している米国において、「セーフティネット」の役割を果たしているのが、メディケア（高齢者・障害者用）・メディケイド（低所得者用）の二大公的保険である。メディケアの運営主体が連邦政府であるのに対して、メディケイドの運営主体は州。「メディケイド」という名称は共通であっても州によって運営の実態は異なり、50の州で異なる50の医療保険が運営されているのである。

しかし、州ごとに異なる制度が運営されているとはいっても、メディケイド財政が逼迫していることは各州とも共通である。長引く不況の下、税収が低下していることに加えて、失業・収入減で被保険者となる州民も増加、支出も増えているからである。

移植手術の保険適用取り消し、被保険者削減計画も進行

各州ともメディケイドの支出抑制に躍起となっている中、アリゾナ州が一部移植手術についての保険適用を取り

消したことが全米の批判を浴びている。2010年10月1日を境として、それまで「移植待ちリスト」に掲載されていた患者約100人に対し、移植手術の保険適用が取り消されることとなったのである。費用を自弁できない限り移植手術が受けられなくなったのだが、もともと低所得者のメディケイド被保険者が手術費用を捻出することは困難を極める。ある患者の言葉を借りるならば、同州の支出抑制策は「死刑宣告」に等しい重みをもつこととなったのだが、実際、保険適用取り消し後1月25日までの約4か月の間に、移植が受けられずに死亡した患者は2人を数えている。

同州議会が移植手術に対する保険適用取り消しを決めた州法を可決したのは2010年3月であったが、その際「根拠」とされたのは州担当部局が作成した資料であった。しかし、この資料については「取り消しを正当化するために都合の良いデータのみを集めた」と信憑性に疑義を呈する医療者は多く、医学的に見たとき、十分な根拠もないまま保険取り消しの決定がなされたよ

うなということ、さらに統合失調症とみなされやすくなります。

ただ、妄想をよく調べると、違いはあります。統合失調症では、自分以外の全世界から敵視されている、狙われているといった壮大な妄想の構造がみられます。しかしPDDでは、通常1つのウィンドウ内での妄想のためそこまで壮大ではありません。また対象との距離が短いという精神構造上、妄想の加工もみられず「××の〇〇さんがいじめに来た」など、非常に具体的な場合が多いです。また、彼らにみられる「タイムスリップ現象」といわれる、過去の嫌な経験がフラッシュバックする現象が、幻覚・妄想に間違われることもあります。

——強迫性障害とも類似していますか。

広沢 PDDやアスペルガー症候群の診断に有用な“物事の一部へのこだわり”という視点は、強迫性障害における強迫症状と似たところが確かにあります。ただ強迫性障害では、原則としてこだわりに対して苦痛を感じると同時に、内心ではこだわりの中身を「無意味なこと」と認識していることが特徴とされています。一方で、PDDのこだわりのほうは不快や苦痛を感じないことが多く、「無意味である」という感覚もほとんどありません。

——ウィンドウが切り替わると、精神症状も消失する場合が多いと考えても

うなのである。批判の高まりに対し、同州知事のジャン・ブルーワーは「移植手術の保険適用を取り消さなければならなくなったのはオバマの医療改革のせいでメディケイドの州負担が増えたから」として、責任をオバマ政権になすりつけている。しかし、保険適用取り消しを決めた州法が可決されたのはオバマの医療改革法が連邦議会を通過する前であり、同知事の説明に説得力はない。

移植手術の保険適用取り消しで得られる節約効果は年間450万ドルとされているが、同州は、さらに規模の大きい支出抑制実現をめざしている。メディケイド被保険者を一挙に22％（28万人）削減することで5億4100万ドル（州財政赤字の約半分に相当）の支出を削減する計画が進んでいるのである。メディケイドの受給資格を変更するには連邦政府の許可が必要となるため（註）、2011年1月、州議会は連邦政府とメディケイド受給資格変更について交渉する権限を知事に付与する州法を成立させた。果たして28万人を「無保険者化する」計画を連邦政府が許可するかどうかは定かではないが、いまのところ、知事も州議会与党である共和党も、新たに出現する28万人の「医療難民」に対する対策については何も明らかにしていない。

州がメディケイドから全面撤退？ 260万人が無保険者に

しかし、メディケイド被保険者を5分の1減らすというアリゾナ州の計画はまだかわいらしいほうで、テキサス

よいのでしょうか。

広沢 必ずしもそうではなくて、その人全体の生命感情が低下してしまうような深いうつというのも、ときに見受けられます。自殺企図にまで発展する恐れもあるので、軽く見ず、ある程度の期間細心の注意を払うことが必要だと、私の経験からは感じています。

互いを理解するための“翻訳”

——“発達”という診断軸が生まれたことで、高機能PDDの「見かけの」患者数は増加していますが、それとは別に、社会の在り方の変化によって患者が増えている可能性はありますか。

広沢 難しいですが、その可能性も一概には否定できないと思います。

もともと人間は、先述の放射線状、格子状の自己イメージ、両方を兼ね備えていると思われます。しかしどちらを強調するかは、教育や文化によって大きく異なります。

人間関係が希薄で、他者や社会との関係性を構築していきにくい現代では、同心円状の自己は育ちにくいと言えるかもしれません。そうすると、自ずと格子状の自己イメージが優勢になり、またそうした自己のみを持つ人々

州ではメディケイドからの「全面撤退」が真剣に議論されているのだから驚かざるを得ない。「メディケイド運営のための巨額支出が州財政を圧迫しているのだから、制度そのものを廃止してしまえ」というわけだが、日本で例えるなら、「地方自治体が国保から脱退する方策を検討する事態」を考えていただければよいだろう。

州がメディケイドから「抜ける」ことが法的に可能かどうかは議論のあるところだが、テキサスがメディケイドから抜けた場合、新たに260万人の無保険者が発生すると予測されている。「脱退派」は、「オバマの医療制度改革法で無保険者が医療保険を購入する際の財政支援制度ができるのだから、新たに出現する無保険者の救済費用は連邦政府に押しつけてしまえばよい」と主張するのだが、医療改革法が規定する財政支援対象者はメディケイド被保険者となる所得階層を除外している。というわけで、脱退派の目論見は「取らぬ狸の皮算用」となりそうなのだが、突然医療保険を奪われることになる260万人にとっては、いま受けている医療が受けられなくなることを意味するのだから、メディケイドからの脱退が実現した場合、その影響は甚大である。「財政健全化」という美名の下に、大量の「死刑宣告」が下されることになるかもしれないのである。

註：メディケイドの財政負担は連邦政府と州政府とが分担するため、制度に大きな変更を加えるには連邦政府の許可が必要となる。

シリーズ「アウトブレイク」は今回お休みしました。

が増えてくることも考えられます。

——最後に、当事者や周囲の人たちにどのように接していくべきか、お考えを教えてください。

広沢 まず一つは、彼らは基本的に、周りの人が思うほど“冷たい人”ではないということでしょうか。下心など持っていないし、むしろ純粋で良い人たちなので、それをこちらでも理解すること、周りの方々にも理解してもらうよう努めることが大切と思っています。

当事者には「こんなことが起こったときにはこう行動すべき」と具体的な対処方法をアドバイスしますし、職場や家族にも伝えます。特に理解しがたい行動があるときには、その行動の持つ意味を“翻訳”して伝えることもあります。翻訳行動を2年、3年と続けるうち、周りも次第に「あの行動は、たぶんこの特徴に基づいているんだ」と理解するようになってきます。特に患者さんの配偶者の方は、愛情や感情の面で悶々と悩む方が少なくないため、患者さんの精神行動特性をよく説明すると、心の整理が付き、気持ちが楽になる面があるようです。

高機能PDDの人々とその周囲の人々、双方の心が落ち着く場所を、地道に探ることが大切だと思っています。——ありがとうございました。（了）

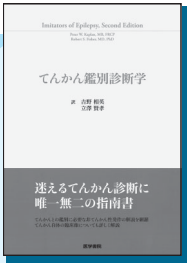
てんかん診療の指南書

てんかん鑑別診断学

Imitators of Epilepsy 2nd ed.

てんかん診療の臨床で、てんかん発作とさまざまな非てんかん発作との鑑別は悩める問題である。本書はてんかん鑑別に特化した唯一無二の教科書を翻訳したもの。てんかんと鑑別に必要な非てんかん発作を網羅し、またてんかん発作自体の臨床像についても詳しく解説。精神科医、神経内科医、脳神経外科医、小児科医など、てんかん診療にあたる医師は常に傍らに置いておきたい頼れる指南書。

編集 Peter. W. Kaplan
Robert. S. Fisher
訳 吉野相英
立澤賢孝
防衛医科大学校准教授・精神科学
防衛医科大学校助教・精神科学

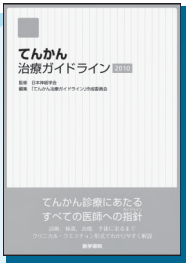


てんかん診療に携わるすべての医師への指針

てんかん治療ガイドライン2010

神経疾患としては患者数が多く、神経内科医、精神科医、脳神経外科医、小児科医などさまざまな医師が診療にあたっている「てんかん」。日本神経学会監修による本ガイドラインは、成人および小児のてんかんの診断、検査、薬物治療、外科治療、予後に至るまで、エビデンスに基づいた臨床上の指針を網羅。クリニカル・クエスチョン形式で、専門医のみならず一般医にも理解しやすくまとめられている。

監修 日本神経学会
編集 「てんかん治療ガイドライン」作成委員会



寄稿

生活習慣病におけるゲノム研究の進歩 オーダーメイド医療の実現をめざして

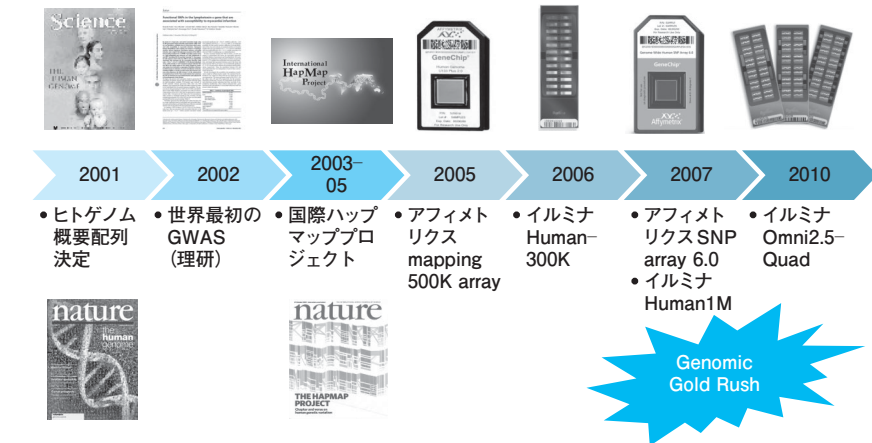
久保 充明 理化学研究所ゲノム医科学研究センター・副センター長

過去10年間で飛躍的に 進展したゲノム研究

2001年にヒトゲノムの約30億塩基の概要配列が決定されてから、10年が経過した。この間にヒトの疾患に関するゲノム研究は飛躍的に進んだ。特に、生活習慣病などのありふれた疾患の発症に関連する遺伝要因の解明が急速に進んでおり、すでに2型糖尿病では20か所以上、特定疾患でもあるクローン病では70か所以上の関連遺伝子が同定されている。

この爆発的な進展には、ヒトゲノムプロジェクトと国際ハップマッププロジェクトの成功から、ヒトゲノム研究の基盤情報が整備されたことが深くかわっている。ヒトゲノムプロジェクトは、ヒトゲノムの約30億塩基を構成するA(アデニン)、G(グアニン)、C(シトシン)、T(チミン)の4種類の塩基が、染色体上にどのような順番で並んでいるかを明らかにした。一方、国際ハップマッププロジェクトは、個々人の30億塩基の配列を比べた際に認められる1塩基の違い(SNP)のゲノム上の位置と、アジア人・アフリカ人・ヨーロッパ人の3人種における頻度をデータベース化した。これらの情報が迅速にホームページで公開されたことにより、ヒトゲノム全体を網羅的に調べ、疾患や薬剤の反応性に関連する遺伝子を探すゲノムワイド関連解析(genome-wide association study; GWAS)の手法が確立された。

生活習慣病のGWASを世界で初めて成功させたのが、理研の田中らである¹⁾。氏らは2002年に、1000例を超える心筋梗塞患者と健常対照者について約10万か所のSNPを調べ、LTA遺伝子が心筋梗塞関連遺伝子であることを発見した。その後、SNPを大量高速に測定するSNPチップがアフィメトリクス、イルミナの両社から発売されたことにより、2007年以降、世界中



●図 最近10年におけるヒトゲノム研究の進展

の研究者がGWASを行うようになった。その結果、疾患、薬剤反応性、血液検査値、ニコチン依存性などさまざまな病態と関連する遺伝子群が多数報告されるようになり、ゲノム研究のゴールドラッシュ(または爆発)と呼ばれている(図)。

GWASにより関連遺伝子の網羅的発見が可能に

ヒトゲノムの30億塩基の中から疾患に関連する遺伝子を同定するには、ゲノム上の個人ごとに異なるマーカーが必要である。現在、最も利用されているマーカーが前述したSNPである。その理由としては、SNPは1塩基のみの違いのため測定が容易であること、ゲノム上に高密度に存在するためマーカーSNPから推定される関連領域が非常に狭いことなどが挙げられる。現在、世界中で行われているGWASでは、このSNPをマーカーとして用い、ヒトゲノム全体をカバーするように50万から100万か所を測定する。得られたSNPの頻度を疾患群・対照群間で比較し、頻度に差があるSNPを探し出すことにより、そのSNPが存在するゲノム領域にある遺伝子を疾患関連遺伝子として同定する方法である。

生活習慣病関連遺伝子の発見

常染色体優性遺伝などの明らかな遺伝形式を示す疾患では、特定の家系について数百か所のVNTR(variable numbers of tandem repeats)、マイクロサテライトをマーカーとして測定し、家系データと組み合わせるといった連鎖解析の手法により、多くの原因遺伝子が過去に特定されてきた。

この方法は、遺伝子の変異によりほぼ100%の確率で発症する遺伝性疾患では非常に有用であった。しかし、ゲノム上の塩基の違いが疾患の発症リスクにわずかに影響するのみである生活習慣病においては、連鎖解析の手法は有用ではなかった。また、生活習慣病の発症機序に関連する遺伝子群(例えば、高血圧におけるレニン・アンジオテンシン系の遺伝子)をターゲットとした候補遺伝子研究も過去盛んに行われたが、一致した結論は得られなかった。ところが、ゲノム研究の進展により、数千から数万例の患者群と対照群を用いた大規模なGWASが行われることとなり、次々と生活習慣病の関連遺伝子群が発見されている。興味深いことに候補遺伝子研究で検討された遺伝子の多くは、GWASでは関連が見られていない。



●久保充明氏

1988年九大医学部卒。同年同大第二内科入局。松山赤十字病院腎センターなどを経て、95年よりわが国を代表する疫学研究である久山町研究に従事。

2003年東大医科研ヒトゲノム解析センター客員研究員。06年理化学研究所ゲノム医科学研究センター・グループディレクター。10年8月より現職。

オーダーメイド医療の実現に向けて

生活習慣病の関連遺伝子一つひとつが疾患の発症に与える影響は、アルツハイマー病のAPOE遺伝子多型や加齢黄斑変性のCFH遺伝子多型などの例外を除き、ほとんどはオッズ比1.1—1.5と影響力は小さい。しかし、リスク遺伝子型を数多く持つ人は当然のごとく疾患発症のリスクが高い。また生活習慣病では、遺伝要因だけではなく、環境要因もその発症や進展に大きく関与する。したがって、個々人の遺伝要因(体質)を考慮した薬剤や治療法の選択、疾患の予防を実現していくためには、多くの症例を長期間追跡し、生活習慣病のリスク遺伝子型の集積がどの程度疾患の発症や進展に関与するかを明らかにする必要がある。さらに、喫煙・飲酒などの環境要因が個人の遺伝的リスクに与える影響を検討することにより、個人の遺伝要因に応じた効果的な予防法を見いだすことが可能となる。つまり、ゲノム研究から得られた膨大な生活習慣病の関連遺伝子の情報を医療へ応用するためには、大規模なゲノム疫学研究による評価が必要不可欠である。

*

今から150年以上前に、チャールズ・ダーウィンは遺伝的多様性が生物の進化・生存に重要であることを指摘した。ゲノム研究の急速な進歩により、われわれはこの概念を現実のデータとして理解できるようになりつつある。個人のゲノム情報を考慮したオーダーメイド医療が実現する日が、目の前に近づいている。

1) Ozaki K, et al. Functional SNPs in the lymphotoxin-alpha gene that are associated with susceptibility to myocardial infarction. Nat Genet. 2002; 32 (4): 650-4.

圧倒的情報量で“考える検査”を強力サポート

TEST SELECTION AND INTERPRETATION

臨床検査 データブック

監修 高久史磨
編集 黒川 清
春日雅人
北村 聖

LAB DATA 2011-2012

本書の特徴

- 保険点数情報を新たに収載！ 付録で包括点数もわかる！
- 新見出し「関連する検査」で他検査との関連性がわかる！
- 新規保険収載項目など最新情報を掲載！
- 検査項目ごとに詳解！ 異常値のなるメカニズム！
- 主要検査項目を★(1～3個)でランク付け！
- 現場で役立つ「基本検査テクニック」
- 臓器系統別の適切な検査計画モデル！
- 判読・採取保存・薬剤影響などの注意事項！
- 一目でわかるパニック値と原因病態名の一覧表掲載！
- 主要疾患の検査データ！ 異常値・経過観察の検査など！
- 「医薬品添付文書情報 臨床検査値への影響」を収載！



●B6 頁1074 2011年 定価5,040円(本体4,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01175-4]

医学書院

新刊

現場の臨場感を再現！ すっきりわかる症例検討

EPカンファレンス

EP Conference

症例から学ぶ不整脈・心臓電気生理

不整脈の典型的な症例を提示し、指導医と研修医の対話形式で展開するケーススタディ、12年ぶりの改訂。院内カンファレンスさながらの臨場感をもち、診療に必要な心臓電気生理学の知識を学ぶことができる。各症例ごとの“SIDE MEMO”で大切なポイントをまとめ、巻末の“LECTURE”で重要項目を総論的に解説。不整脈診療に携わる研修医、臨床医はもちろん、ナース、コメディカルにもわかりやすい。

著：宮崎利久 宮崎クリニック院長・慶應義塾大学医学部非常勤講師

- 定価 7,140円(本体6,800円+税5%)
- B5 頁336 図166・写真29 2011年
- ISBN978-4-89592-662-1

好評 これぞ村川ワールド！

センスが身につく“ファイルシリーズ”

不整脈治療薬ファイル

- 抗不整脈薬治療のセンスを身につける -

著：村川裕二 東京大学医学部附属横浜病院 第四内科教授

- 定価 5,250円(本体5,000円+税5%)

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

- 定価 5,250円(本体5,000円+税5%)

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

- 定価 6,300円(本体6,000円+税5%)



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

寄稿

造血幹細胞移植時の 栄養・血糖管理に取り組んで

金 成元 国立がん研究センター中央病院血液腫瘍科・造血幹細胞移植科

造血幹細胞移植は、主に急性白血病や悪性リンパ腫といった造血器腫瘍患者に対して行う、治療をめざす治療法です。造血幹細胞移植の成功の鍵は、支持療法を巧みにを行い、有害事象や合併症をいかに軽減させるか、起こらないように導くかにかかっていると言っても過言ではありません。われわれは、重症の感染症や臓器不全を治療対象とする集中治療領域を中心に発展してきた栄養・血糖管理法を参考にして、造血幹細胞移植の成績向上をめざしてきました。本稿では、国立がん研究センター中央病院造血幹細胞移植科における取り組みを中心に紹介します。

経口＋経静脈栄養で 1.0～1.3×BEE

欧米では、造血幹細胞移植患者に対する投与熱量は、「基礎エネルギー消費量（BEE）×1.3～1.5」を推奨していますが、日本においてこの量が適切かどうかは不明です。投与熱量が少ないと低栄養になり、感染症や臓器障害に陥りやすくなります。逆に投与熱量が過剰になると、高血糖等が誘因となって合併症が増えてきます。適切な投与熱量を探る目的で実施された当院のモニタリング研究によると、投与熱量が1.0×BEE未満の群で体重が有意に減少し、生体電気インピーダンス方式高精度体構成成分分析器を用いて測定した骨格筋量に関してもほぼ同様に減少しました（図1；Am J Hematol. 2009 [PMID：19037865]）。体重と骨格筋量は強い相関があるため、骨格筋量を維持するためには、体重モニタリングの有用性が示唆されます。

合併症、在院日数、費用についても投与熱量が1.0×BEE以上の群と1.0×BEE未満の群で比較したところ、在院日数について有意差が示され、前者のほうが入院中の総費用も平均1人当たり200万円強の節約になりました（表）。

●表 合併症の発症割合および移植後の在院日数・総費用・使用点滴抗菌薬平均薬価（文献1より）

	低カロリー投与群 (BEE × 1.0 未満)	中カロリー投与群 (BEE × 1.0～1.3 相当)	高カロリー投与群 (BEE × 1.3 以上)
患者数	17	34	9
発熱性好中球減少症	17 (100%)	25 (74%)	7 (78%)
証明された感染症	6 (35%)	9 (26%)	4 (44%)
Grade II—IV急性 GVHD	9 (53%)	11 (33%)	3 (33%)
CMV 抗原血症	10 (59%)	14 (41%)	6 (66%)
在院日数【中央値（範囲）】	76 (28—113)	46 (25—164)* ¹	
総費用（円）【中央値（範囲）】	7,434,900 (1,073,840—14,185,220)	5,328,170* ² (2,904,870—25,161,470)	
使用点滴抗菌薬平均期間（日）	39 (12—110)	17 (0—146)	
平均薬価（円）			
抗細菌	181,404 (39,120—523,576)	114,536 (0—1,505,362)* ³	
抗真菌	49,590 (0—1,554,582)	0 (0—1,261,220)* ⁴	
抗ウイルス	32,385 (0—766,825)	0 (0—137,220)* ⁵	
総合計	367,969 (62,592—2,603,689)	141,984 (0—1,600,880)* ⁶	

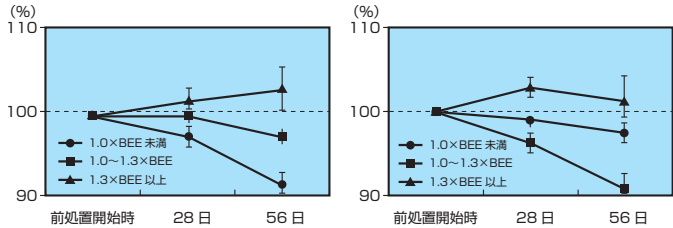
* 低カロリー投与群と他群との比較（1：P=0.03，2：P=0.006，3：P=0.041，4：P=0.028，5：P=0.024，6：P=0.01）

国内の学会等では、造血幹細胞移植患者に対する推奨投与熱量は示されていないため、われわれの検討結果と欧米の推奨量を考慮して、当院では経口および経静脈栄養を合わせて1.0～1.3×BEE（25～30 kcal/kg/日）を維持するように調整しています。

血糖推奨値緩和の導入は慎重に

2001年に外科ICU患者における厳格血糖管理（血糖値80～110 mg/dL）の有用性が発表されました。しかし、その後実施された複数の研究では有用性が認められず、最近の米国のガイドラインでは、血糖値110～150 mg/dLを推奨しています。一般病棟における血糖管理についても、最近では食前血糖値140 mg/dL未満、随時血糖値180 mg/dL未満というように推奨値が緩和されました。

一方、頻用されているHematopoietic cell transplantation-specific comorbidity index（HCT-CI）の原著論文においても、移植前に糖尿病を有する患者の場合、2年非再発死亡割合は50%と高く、リスク比も1.6倍と報告されています。移植後に高血糖を招く要因は、糖尿病以外にもステロイド、免疫抑制薬、高カロリー輸液、感染症など多数あります。そこで、好中球減少期間中の血糖値が、移植後の合併症および非再発死亡と関係があるかを後方視的に検討したところ、非再発死亡およびII—IV度の急性の移植片対宿主病（GVHD）発症割合はともに、血糖値が上昇するほど高くなることがわかりました（図2；Transplantation. 2007 [PMID：17984832]）。米国からの報告でも、入院時から好中球減少期間前の平均血糖値と好中球減少期間中の感染症リスクとの関連を指



●図1 同種造血幹細胞移植患者における投与熱量ごとの体重（左）、骨格筋量（右）の変化

摘しています。当院の同種移植患者における血糖管理のmatched-cohort studyにおいても、Documented Infectionの発症割合は厳格血糖管理群（血糖値80～110 mg/dL）で有意に減少しました（図3；Bone Marrow Transplant. 2009 [PMID：19151794]）。

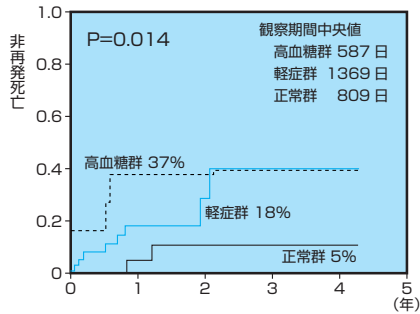
造血幹細胞移植後の患者は、抗がん薬、放射線療法、カルシニューリン阻害薬の使用、敗血症の既往、加齢等により、一般病棟患者よりも血管内皮障害を有する頻度は高いと考えられます。血糖値と血管内皮機能には相関があると考えられているため、造血幹細胞移植患者の場合、一般病棟やICUの患者よりも血糖管理に気を配るべきかもしれません。経静脈栄養が主体の場合、脂肪乳剤を使用すると血糖管理が容易になることが経験的に知られています。現在、骨髓破壊の同種造血幹細胞移植患者を対象として、目標血糖値を80～110 mg/dLとする脂肪乳剤の有無の多施設ランダム化第II相比較試験が進行中で（NST01 study）、この試験後、目標血糖値ごとに割り付ける第III相試験をアジア・太平洋地域で実施することを計画しています。米国でも移植患者に対する血糖管理の臨床試験が複数進行中です。

経口摂取の促進を

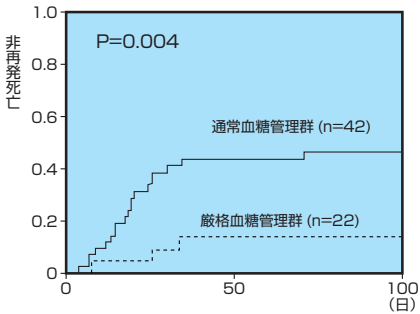
移植前処置やGVHD予防に伴う悪心や口内炎などにより絶食期間が長くなると、合併症を併発する可能性が高まると考えられています。スウェーデンからの報告では、同種造血幹細胞移植後に経口摂取のない日数が長い患者ほど重症の急性GVHDの発症頻度が高くなるとあります（Transplantation. 2008 [PMID：18408581]）。当院でも、腸管GVHDを発症しても、激しい消化管出血やイレウスを伴っていない限り、食物繊維や脂肪を減らしたメニューから始めて段階的にレベルを上げていく経口摂取プログラムを導入するなどして経口摂取を促しています。他施設においても、絶食期間を短縮し患者のQOLを向上させるため、歯科口腔外科・歯科衛生士による専門的口腔ケアの実践、

●金成元氏

1996年東海大医学部卒。同大病院にて臨床研修後、99年国立がんセンター中央病院内科レジデント。同院がん専門修練医を経て、2004年より現職。専門は造血幹細胞移植。07—08年度厚労科研免疫アレルギー疾患等予防・治療（若手）主任研究者。複数の国内・日韓共同臨床研究を計画・実施。今春より米国メモリアルスローンケタリングがんセンターにて研修予定。



●図2 同種造血幹細胞移植患者における血糖値ごとの非再発死亡



●図3 同種造血幹細胞移植後の Documented Infection 累積発症割合

化学療法後食の考案、セレクトメニューやゲル化剤を用いたゼリー食の導入など、さまざまな試みがなされています。

一部の施設では、同種造血幹細胞移植患者に対して経鼻的に十二指腸までカテーテルを挿入して行う経腸栄養を導入し、重症の急性GVHD発症頻度や感染症死亡を減らしています。現在、腸管・口腔粘膜障害の軽減効果を確認する目的で、非血縁者間ミニ移植患者を対象とした低分子ペプチド（ペプチーノ™）の有無（NST04 study）、自家造血幹細胞移植患者を対象としたsynbiotics（GFO®＋ビオフェルミンR®）の有無（NST02 study）の多施設ランダム化第II相比較試験が進行中です。

造血幹細胞移植患者に対して、前述のような積極的な栄養・血糖管理を施すことにより、合併症が軽減され、非再発死亡も減少する可能性があります。非再発死亡が減少すれば、移植適応の拡大にもつながります。造血幹細胞移植領域での栄養管理のエビデンスは世界的に見ても不十分で、地道な臨床研究の積み重ねが必要です。近い将来、日本でも関連学会から造血幹細胞移植患者に対する栄養管理ガイドラインが策定されることが望めます。造血幹細胞移植に関する基礎知識の習得、医師、栄養士、薬剤師、看護師など多職種間の相互理解を深めることも重要な課題と考えます。

●参考文献

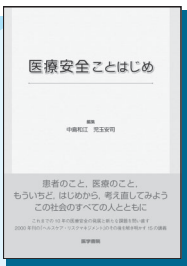
1) 神谷しげみ，他．同種造血幹細胞移植後早期の栄養管理に関する包括的モニタリング研究．静脈経腸栄養（印刷中）．

新しい医療安全の取り組みを社会全体で考える

医療安全ことはじめ

本書は大阪大学と東京大学で行われている医療安全に関する講義をまとめたもの。医療安全への取り組みをさまざまな角度からとらえて、グローバルな新しい課題の発見や、日本独自のこれまでの歩みを振り返りながら、今後の医療安全のあり方を模索している。執筆者らの「初心に返って医療安全を考え直してみたい。社会のすべての人々がそれぞれの立場で—から医療安全にかかわってほしい」という思いから上梓された。

編集 中島和江
大阪大学医学部附属病院
中央クオリティマネジメント部病院教授
児玉安司
弁護士・東京大学客員教授

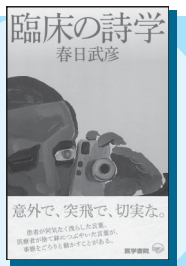


私は一冊の日記帳である。

臨床の詩学

患者が何気なく洩らした言葉、医療者が捨て鉢につぶやいた言葉が、行き詰まった事態をごろりと動かすことがある。現場で働く者なら誰でもが知っているそんな《臨床の奇跡》を、手練れの精神科医が祈りを込めて書き留める。医療者を深くところで励ます、意外で、突飛で、切実な言葉のコレクション。

春日武彦
精神科医



MEDICAL
LIBRARY

書評・新刊案内

「病院」の教科書

知っておきたい組織と機能

今中 雄一 ● 編

B5・頁248
定価3,990円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00595-1

『「病院」の教科書——知っておきたい組織と機能』が、今中雄一教授(京都大学医療経済学)の編集のもと出版された。「先を越された」という気持ちと、「やっとこの手の本が世に出たか」という感慨が入り混じった感がある。

実は、私も田舎の自治体病院院長を22年務めている間、新しい事務局長や事務職員が本庁から異動してくるたびに種々の関連書籍や医療雑誌の特集号を渡してきた。また、新規採用者研修では医師とコメディカルに分けてオリエンテーションを行っていた。例年この時期は年度末の学会や退職者の送別会、関連教室の定年教授への挨拶などに走り回っているが、大切な仕事と思い、合間を縫って実施してきた。新任の方々が組織にスムーズに溶け込み即戦力になっていただけるように、オリエンテーションでは私の知る限りの知識と経験談などを、できるだけ噛み砕いて話をしたが、力が入り過ぎて持ち時間を超過することも度々であった。

こうしたオリエンテーションを各分野の長やチーム医療担当者などが丸一日かけて行い、2日目には電子カルテのシステムを説明したり、市内の分院の診療所や連携施設をマイクロバスで回るなど、医療の現場に早期になじめるように努めてきたつもりである。それでも五月病的な症状が現れる方もおり、本庁から初めて病院に転任してきた方が早々に異動願いを出してしまったこともあった。病院は役所とは全く

異なった文化を持つ組織であり、専門職が使う用語は外国語と同じ、さらには自分より若い医師や看護師に命令されるのは耐えられない、と感じられることもあるようである。詳しい説明を省き結論だけを述べる若い医療職もいるが、患者さんのことを思い一刻も早く用件を伝えようとした結果であり、決して命令しているつもりも悪気もないのだが……。

このように、病院は医療になじみのない者には異質の世界のように思われるが、本書を読めば病院の組織と機能は一目瞭然である。医療制度や関連法規、DPCなど新しい診療報酬制度や医療安全、最近よく話題になる院内感染などの感染制御、守秘義務やインフォームドコンセントなどの情報対策を含む危機管理についてもわかりやすくまとめられている。さまざまな専門職のために部門ごとに要求される知識も記載されている。また、医療経営のビジョンの策定やPDCAサイクルを使った戦略の見直しや改善、人材の確保と育成など、病院の経営に携わる方に必須の知識がほぼ全般にわたって盛り込まれている。

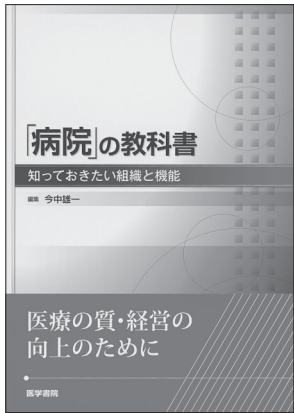
さらには、今後ますます重要となる医療の質の向上にも触れ、少ないマンパワーを有効に活用するための地域医療連携についても前方連携・後方連携の有用性、今後さらに拡大する介護保険施設との連携も漏らすことなく盛り込まれている。

編者の持論である「医療の見える化

● 評者 ● 邊見 公雄

全国自治体病院協議会会長

本書を読めば病院の組織と機能は一目瞭然



しっかり読んで臨んだベッドサイドは、手応えが違った

指導医
オーベンが読み続ける
研修医
レジデントに読み継がれる

これぞ“マニュアル”

ワシントン マニュアル
第12版The Washington Manual™
of Medical Therapeutics, 33rd Edition監訳：高久史磨 自治医科大学学長
和田 攻 産業医科大学学長● A5変 ● 頁1,128 ● 2色刷
定価8,820円(本体8,400円+税5%)特設サイト公開中！
MEDSI Website2011年
3月10日
発売

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 1-28-36TEL 03-5804-6051
FAX 03-5804-6055http://www.medsico.jp
E-mail info@medsi.co.jp

AO法骨折治療[英語版DVD-ROM付] 第2版

Thomas P Ruedi, Richard E Buckley, Christopher G Moran ● 原書編集

糸満 盛憲 ● 日本語版総編集

田中 正 ● 日本語版編集代表

A4・頁752
定価39,900円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00762-7

● 評者 ● 伊藤 博元

日医大教授・整形外科学

“AO Principle of Fracture Management”は、2000年12月に発行されて以来、7か国語に翻訳されてきた。そして、2003年5月には糸満盛憲氏が日本語版総編集を担い、日本語訳『AO法骨折治療』が出版されたのはご承知のとおりである。

AOグループは、1958年にスイスにおいて少人数で設立され、現在では外科的、科学的財団として発展継承されている。骨折の分類法であるMüllerのAO/OTA分類法は、「分類は、骨傷の重症度を考慮し、治療のよりどころとなり、結果の評価に役立ってこそ有用である」との言葉どおり、現在の主要分類となっているのは周知のことである。

AOの治療原則は、①解剖学的修復、②安定した骨折固定、③血流の温存、④患者、患肢の早期運動、により発想されたが、現在では、より相対的な概念も取り入れながら発展してきている。そして、AOグループの掲げた原則は教科書の基本を形成し、将来の骨折治療のkeyとして存在し続けるであろうと述べている。

さて、『AO法骨折治療 第2版』では、初版と比して基礎的・臨床的なデータの蓄積によって、量的にも内容的にもより充実したものとなっている。臨床的な骨折内固定のための原理

(可視化)」を地で行くように、図や表が多く使われているのも読者には親切である。新しく病院で働く方や転入者はもちろん、すべての医療関係者に読んでいただきたい本であり、私が関係している診療報酬を決める中央社会保険医療協議会の1号支払い側委員や3号公益委員にも無料で私から差し上げようかとも思うほどである。

ここで宣伝を一つ。本書のコラム5「医療経営にかかわる人材育成の試み」(P.11)で紹介されている日本医療経営機構(理事長＝京都大学名誉教授・吉田修氏)では医療経営人材育成プログラムを作成し、活動を始めている。

と手技についての新たな章がつけられ、整復と進入法については軟部組織の治療の原則についても内容がボリュームアップしている。開放骨折、多発外傷患者の管理、合併症が総論に組み込まれ、MIS, internal fixator, locking compression plateを用いた固定法の理論と手技が詳細に記述されている。

特に「骨折における諸問題」の章の開放骨折では、実際の写真、シェーマ、X線像などが多く用いられて理解を深める一助となっており、実際の手術手技を付属のDVD-ROMによって習得できるのは初版と同様で、実用的な配慮には変わりはない。

日本語版第2版の序として、糸満氏は、「私たち臨床医は、日常診療に忙殺されて基礎的な知識を自ら集積し整理することはきわめて困難な環境にあります」「総論にまとめられた(中略)記述は、運動器外傷の病態と治療に関する考え方をきわめて論理的に示しており、また臨床医にも理解しやすく工夫されています。一度じっくりと読んで理解することをお勧めします」と述べている。

ぜひ一度、じっくりと読んでみるべき書ではないかと、共感する次第である。

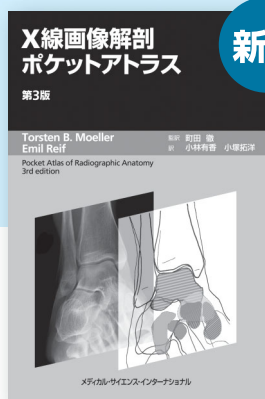
今中先生が実務の中心であり、私も少しだけお手伝いをさせていただいている。興味のある方は、ぜひホームページを開いていただきたい。

最後に、本書の執筆者は新進気鋭の若手研究者ばかりであり、今後、この方々が日本の医療政策を動かす中心勢力になってほしいと願うばかりである。また、本書が一人でも多くの人々の目に触れ、日本の医療が少しでもよい方向に向かうことを切に願うものである。「よい医療を効率的に地域住民とともに」を実現するためには必読の書である。

X線画像解剖ポケットアトラス 第3版

Pocket Atlas of Radiographic Anatomy, 3rd Edition

まずは読影の基礎となる正常解剖から



新刊

好評「CT/MRI画像解剖ポケットアトラス 第3版」の姉妹編アトラス。定評ある一貫したスタイルで、X線画像とシェーマを見開きに並置し、主要な解剖学的構造物を明快地提示。改訂により、写真やシェーマの追加・変更、図と用語の対比をわかりやすくするなど、さらに充実し見やすくなった。今日でも単純写真や造影検査だけで診断が可能な疾患は少なくなく、その知識は重要である。本書により、シリーズとしての厚みも増した、ポケットアトラスの決定版。

監訳 町田 徹 NTT東日本関東病院放射線科部長
訳 小林有香 東京共済病院放射線科部長
小塚拓洋 癌研有明病院放射線治療科副部長● 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
● A5変 ● 頁412 ● 図214・写真210 ● 2011年
● ISBN978-4-89592-664-5

好評

CT/MRI 画像解剖ポケットアトラス 第3版

監訳 町田 徹

1 頭部・頸部

訳 小久保 宇

● 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
● A5変 ● 頁288
● カラー図188・写真128
● 2008年

2 胸部・心臓・腹部・骨盤

訳 小林有香

● 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
● A5変 ● 頁266
● カラー図118・写真118
● 2008年

3 脊椎・四肢・関節

訳 小林有香

● 定価4,410円(本体4,200円+税5%)
● A5変 ● 頁358
● カラー図156・写真156
● 2008年

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 1-28-36TEL 03-5804-6051
FAX 03-5804-6055http://www.medsico.jp
E-mail info@medsi.co.jp

炎症性腸疾患

日比 紀文 ● 編

B5・頁352
定価13,650円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01007-8

日比紀文先生編集による本書『炎症性腸疾患』は厚生労働省「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班」（以下、班研究）の2002年から2007年までの研究成果の集大成である。同様の成書は1999年、11年前に、当時班研究の班長を務められた武藤徹一郎先生がまとめられ、私もそのお手伝いをした経緯があり、今回の書評を仰せつかったものと思う。

班研究の業績は毎年まとめられ、コンセンサスが得られた診断・治療方針などその年の業績集に記載されている。しかし、業績集は班員には配布されるものの、一般の医師の目に触れる機会は少ない。また、その一部が専門誌で解説されることはあるが、業績の全体に目を通す機会はない。消化器専門医は診療や学会の研究発表を正確に理解するために班研究で決められたことを理解しておく必要がある。

本書によると、11年前に約5万人であった潰瘍性大腸炎（UC）患者は10万人を超え、1万人であったクローン病（CD）患者は3万人を超えたという。炎症性腸疾患の患者さんは、一時点の治療で決着がつくわけではなく、患者さんの一生にわたる長期の管理と治療が必要である。とても消化器専門医だけですべての患者さんの診療ができるわけがなく、一般臨床医と協力した診療体制が必要となる。診療には疾病に対する包括的な知識が必要で、一般臨床医、消化器専門医を問わず、本書は炎症性疾患に関与する医師にとって、必要不可欠な座右の書となるであろう。

本書にはUC、CDの臨床的事項から基礎研究まで、最近11年間の進歩がすべて網羅されている。すべてを論じることではできないが、進歩の要点は以下の点であろう。

1) 診断・他

① CT、MR、US の役割が明らかにさ

れている。②新しい診断方法、CT・MR-enterography、カプセル内視鏡、バルーン内視鏡などが記載されている。③全大腸炎型は脾彎曲部を越えるものと変更されている。

2) 内科的治療

UC：ステロイドの反応性（抵抗性、依存性）によって治療方法を考えるという方針が確立されている。そのほかにも、次のような点が挙げられる。①難治例の定義が定められ、その対処方法が記載されている。②免疫調節薬の役割が明らかにされ、アサコール[®]、シクロスポリン、タクロリムスなど新しい薬剤・治療法が記載さ

れ、CMV 感染例に対する抗ウイルス剤の治療効果も（少し）述べられている。③直腸炎型はほかの型の重症度分類とは別に治療指針が立てられている。

CD：治療にインフリキシマブ（レミケード[®]）が導入され、本症の治療に大きな変革をもたらしている。また、免疫調節薬の役割が明らかにされ、狭窄に対するバルーン拡張術の適応も確立されている。

特記すべきは「診療ガイドライン」の項目が設けられ詳述されていることである。今後、製薬会社に関与しないエビデンスの積み上げに専門家の一層の努力が必要であろう。

3) 外科治療

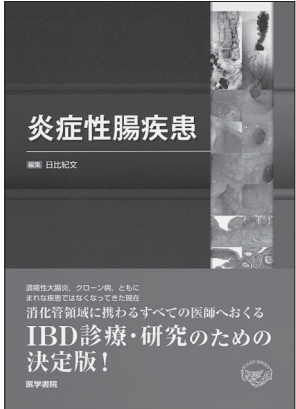
① CD に対する腹腔鏡下手術：可能な症例では癒着の減少による長期予後の改善が期待される。②術後再発防止のレミケード[®]の効果が検討し始めている。

4) 病因・病態

TLR の役割をはじめ、この10年間の進歩はすごい。引用文献のほとんどが2005年以降である。基礎研究の臨床へのフィードバックが望まれる。

なお、「班研究のまとめ」は進歩の要点だけでも3—4年に1回くらいの間隔で出版してほしい。

IBDの臨床から基礎まで最近の進歩をすべて網羅



阪大の岸本氏、平野氏が日本国際賞を受賞

国際科学技術財団は1月25日、第27回日本国際賞の受賞者を発表した。同賞は「日本のノーベル賞」と呼ばれる科学界のビッグタイトルで、「生命、農学、医学」「物理・化学・工学」の2領域から毎年1件ずつ選出される。今回は、インターロイキン6（IL-6）を発見し臨床へ応用した岸本忠三氏、平野俊夫氏（ともに阪大）と、コンピュータのオペレーティングシステム「UNIX」を開発したデニス・リッチー氏（米国ベル研究所）、ケン・トンブソン氏（米国グーグル社）がそれぞれ受賞。授賞式は4月20日に国立劇場で行われる。



●左から、平野俊夫氏、岸本忠三氏

1975年、岸本氏は、B細胞による抗体産生を促進するT細胞由来の物質を発見。新種のサイトカインではないかという予想を立てた。その予想を検証すべく、氏はこの物質をコードした遺伝子を探索。83年には、自身が教授を務めていた阪大細胞工学センターに、大学の後輩に当たる平野氏を呼び寄せ、共同で研究を進めた。両氏が遺伝子の同定に成功したのはその約3年後のことで、新たに見つかった物質はIL-6と名付けられた。

両氏らはその後も研究を継続し、IL-6が幅広い機能を持つことを明らかにした。中でも、関節リウマチの発症に対する関連性が判明したことは重要だ。この知見をもとに開発されたトシリズマブ（2008年に薬事承認）は、約70か国で関節リウマチやキャスルマン病などの治療に役立てられているほか、前立腺癌、骨髄腫、膵臓癌などへの有効性も検討されている。今回の授賞では、基礎研究から臨床応用に至るまでの道のりを一貫して築き上げた業績が大きく評価された。

記者会見で岸本氏は、「真髄をついた医学の研究は診断や治療に必ず役に立つと信じてやってきた」と述べ、基礎医学研究に向かう際の心構えを説いた。平野氏は、「現在は医師不足で治療現場を維持することにはばかり目が行きがちだが、医療の進歩のためには基礎医学研究こそが重要」とし、基礎医学研究の活性化に向けて後進の研究者を激励した。

臨床推論ダイアログ

杉本 元信 ● 編

瓜田 純久、中西 員茂、島田 長人、徳田 安春 ● 編集協力

A5変型・頁456
定価4,410円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01057-3

● 評者 林 純

九大病院総合診療科

この『臨床推論ダイアログ』はあらゆる臓器、あらゆる分野の疾患が網羅され、種々の症状を訴える40の症例が提示されています。初診の外来患者について、正しい診断に導くために指導医が研修医に問題を提起

しながら尋ね、それに対して研修医が答えながらも指導医にも質問する対話形式で進められ、最終的にはその症例の診断が示される医学教科書です。

その症例の難易度が5段階に分類されているのも特徴です。指導医と研修医との間で、Prologueとして現病歴・既往歴が紹介され、Dialogueとして主要な鑑別疾患、特徴的な身体所見、必要な検査などの診断アプローチやそのコツについてdiscussionが進んでいき、最後にEpilogueとして確定診断が示され、参考文献も提示されています。

本書で工夫がみられるのは何と言っても、Dialogueの内容です。すなわち症例によっては、上述した内容以外に、症状からの鑑別方法、身体所見の取り方、緊急検査の必要性や検査方法の選択、初期対応などの基礎的なものから、画像を含む検査所見の見方、細胞外液と細胞内液などの病態生理に対する考え方、あるいは既に投与されている薬剤（漢方薬を含む）に対する考察、治

療の問題点などの応用・発展的なものまでを含めてdiscussionのポイントとしています。

さらに、「診断エラー」は思い込みなどの6つのバイアスがあることが取り上げられており、評者にと

っても過去の反省を含めて参考になりました。本書の素晴らしさは、これにとどまらず、31のMonologueが用意され、その症例に関連した知識を拡大し、深みが増すように工夫されていることです。実際に読んでみると、指導医が研修医に教えている内容も素晴らしく、一つの症例からたくさんのが学べるのだということを、あらためて教えられた気がします。

5年生以上の医学生、研修医はもとより、1日1症例読んでいくだけで、指導医クラス、あるいはベテランとされる医師もレベルアップに役立つ有用な医学教科書だと思います。特に、われわれ総合診療医は未診断患者を速やかに的確に診断し、初期治療を行い、場合によっては専門診療科の医師との協力を円滑に進めなければなりません。このような観点から、総合診療医あるいはそれをめざす医師にとっては『臨床推論ダイアログ』は必読の医学教科書だと言えるでしょう。

総合診療のレベルアップに役立つ「対話型」教科書

●お願い—読者の皆様へ

弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください

記事内容について

☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850

E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp 「週刊医学界新聞」編集室へ

送付先(住所・所属・宛名)変更および中止

FAX(03)3815-6330 医学書院出版総務部へ

書籍のお問い合わせ・ご注文

お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ

ご注文は、最寄りの医書取扱店（医学書院特約店）、または、

☎(03)3817-5666/FAX(03)3815-2626 弊社通信小売店「株メッドブック」へ

新刊

良き指導者の手ほどきのごとく、実地に即したコツや秘訣を伝授!

ワシントン小児科マニュアル

The Washington ManualTM of Pediatrics

▶小児科でよくある問題の解決法やよくみる疾患の診断、治療等のアプローチ法を提示した手引書。研修医が疑問に持つところ、つまずきやすいところをサポートするかのよう、小児科診療のコアとなる知識を凝縮。多くの図・表・フローチャート・アルゴリズムが盛り込まれて情報が整理され、さらに知識を深めるための参考文献を適宜収載。小児科の研修医・指導医はもちろん、小児を診る機会のある他科の臨床医にも格好のガイド。

監訳
吉村仁志
沖縄県立南部医療センター・
こども医療センター小児腎臓科部長

定価7,350円(本体7,000円+税5%)
A5変 頁660 図51・写真53 2011年
ISBN978-4-89592-665-2

ワシントン
小児科マニュアル

MDSi

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.medsico.jp
Eメール info@medsico.jp

医療薬師監修専門予備校

プロジェクトシアターゼミナール(株)

大学受験科&個人指導・無料体験受付中!
4月の新学期開始前から入学指導も可能です。
(無休)体験相談(1回90分)進路相談も受付中!

誰が教えるのか?
指導者で成績は変わります!

「生徒の質問に講師が答えきれず一緒に考えて時間を過ごす」こんなにお金を使いたいですか?

環境のいい福岡市校で
1年間の浪人生活をおくりませんか?

ぜひ、保護者の方も一緒に体験講義を受けてみて
ください!きっと違いが分かっていただけるはずです。
勉強は生徒本人の努力次第とお考えの方はカルチャ
ーショックを感じていただけないことと思います。講師
は元代ゼミ衛星放送講座の人気講師(定松先生)をは
じめ、教える側として優秀な人材を選抜。指導者
で成績は変わります。スポーツと同じように選手
の能力を引き出すのは監督やコーチです。勉強して
いるのに成績が伸びない!勉強するキッカケが欲しい!
そんな方にはまず無料体験講義をお勧めします!

業界初!結果債務方式の個人指導
業界初!結果債務方式の個人指導には、万が成績
が伸びず志望校に合格できなかった場合、個人指導
料金が場合により、全額無料!になるシステムです。
本年度は5名限定の募集です。(この人数が限界です)
詳細はお問い合わせください。

医療薬師監修専門予備校
プロジェクトシアターゼミナール校
〒810 福岡市中央区桜坂3-8-1 アーバンテラス桜坂3F
(地下鉄七隈線桜坂駅より徒歩1分)
(西鉄バス桜坂バス停より徒歩1〜2分)
☎電話 FAX (092) 711-6688 平日13時から21時

PROJECT THEATER SEMINAR

http://www.project-theater.com

プロジェクトシアターゼミナール

検索

わが国の最も信頼できるゴールド・スタンダード

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2011

私はこう治療している



総編集

山口 徹
虎の門病院院長

北原光夫
農林中央金庫健康管理室・室長

福井次矢
聖路加国際病院院長

第一線のエキスパートが最新治療法を毎年書き下ろし

- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2011」との連携:
「治療薬マニュアル2011」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」を解説

- 1103疾患項目、1080専門医の治療法がこの1冊に
- 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「小児薬物療法の注意点」を新規収載
- カラー図譜(正常CT・MRI解剖と基本的病変像、肺・肝の区域図、胸部・腹部リンパ節の部位、輸入感染症の世界分布)／中毒起因物質と治療の要点／介護保険(主治医意見書・居宅療養管理指導)／抗菌薬による感染症の外来治療／高齢者の薬物療法／妊婦・授乳婦への薬物療法と公的リスク分類／肝・腎障害時の薬物療法の注意点／皮膚外用薬の使い方／漢方製剤(健保適用)の使い方／薬物の副作用と相互作用／薬物治療モニタリング(TDM)／新薬、医薬品等安全性情報／臨床検査データ一覧／診療ガイドラインを収録
- 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2096 2011年 定価19,950円
(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01105-1]
- ポケット判(B6) 頁2096 2011年 定価15,750円
(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01106-8]

好評
発売中!

圧倒的な情報量が支持されています!

治療薬 マニュアル+ 別冊付録 「重要薬手帳」

MANUAL OF
THERAPEUTIC
AGENTS

2011



治療薬情報を網羅した 年鑑最新版

監修

高久史磨 自治医科大学学長

矢崎義雄 国立病院機構理事長

編集

北原光夫 農林中央金庫健康管理室・室長

上野文昭 大船中央病院特別顧問

越前宏俊 明治薬科大学教授

● B6 頁2628 2011年
定価5,250円
(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01144-0]

本書
の特徴

- 医療関係者必携の治療薬年鑑
- ほとんどすべての医療用医薬品を収録
- 各領域の専門医による実践的な臨床解説
- 添付文書にはない「適用外使用」が充実
- ポケットサイズの別冊付録「重要薬手帳」

2011年版の特徴

- 2010年中に発売された新薬を収録
- 主要商品の薬価を網羅
- 国立高度専門医療研究センター採用の後発品を掲載
- 新規付録「後発医薬品に関する情報と選択の留意点」
- 先発品と後発医薬品の効能・効果の違いが分かる

好評
発売中!

「治療薬マニュアル2011」×「今日の治療指針2011年版」 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2011年版」と「治療薬マニュアル2011」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2011」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2011年版」に同封の書籍注文はがきに貼付してお送りください(2011年9月30日消印分まで有効)。

2月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

()内は冊子体のみの年間購読料。電子ジャーナル関連商品の詳細は医学書院ホームページをご覧ください。
下記定価はすべて消費税5%を含んだ総額表示になります。

医学書院発行

公衆衛生

4
月号

Vol.75 No.4
一部定価2,415円(28,200円)

超高齢社会に備える

medicina

3
月号

Vol.48 No.3
一部定価2,520円(36,740円)

臨床栄養Update 2011

JIM

3
月号

Vol.21 No.3
一部定価2,310円(26,880円)

System-based Practice

糖尿病診療マスター

3
月号

Vol.9 No.2
一部定価2,625円(15,300円)

糖尿病外来診療とPOCT
—迅速検査を使いこなす

呼吸と循環

4
月号

Vol.59 No.4
一部定価2,730円(31,800円)

最新の呼吸器疾患ガイドライン

胃と腸

3
月号

Vol.46 No.3
一部定価3,045円(41,530円)

免疫不全状態における
消化管病変

肝胆脾画像

3
月号

Vol.13 No.2
一部定価3,990円(27,600円)

肝門部胆管癌の進展度と
手術術式

BRAIN and
NERVE

3
月号

Vol.63 No.3
一部定価2,730円(35,460円)

サイバーナイフ治療

臨床外科

4
月号

Vol.66 No.4
一部定価2,730円(40,160円)

悪性腫瘍の術中病理診断を効果的に活用する
—どこを検索すべきか、どう対応すべきか

臨床婦人科産科

4
月号

Vol.65 No.4
一部定価2,730円(37,800円)

婦人科内分分泌療法

—病態の理解と正しい診断に基づく対処・治療のポイント

臨床眼科

3
月号

Vol.65 No.3
一部定価2,835円(41,660円)

第64回日本臨床眼科学会講演集(1)

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

4
月号

Vol.83 No.4
一部定価2,730円(39,950円)

特殊疾患への対応

臨床泌尿器科

3
月号

Vol.65 No.3
一部定価2,835円(41,360円)

泌尿器科における
単孔式腹腔鏡下手術

総合リハビリテーション

3
月号

Vol.39 No.3
一部定価2,205円(25,680円)

小児リハビリテーション
—最近の動向

理学療法ジャーナル

3
月号

Vol.45 No.3
一部定価1,785円(20,880円)

脳卒中片麻痺患者の装具と
運動療法

臨床検査

3
月号

Vol.55 No.3
一部定価2,205円(30,780円)

更年期医療

病院

3
月号

Vol.70 No.3
一部定価2,940円(34,200円)

自治体病院の存在意義



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