

2016年3月7日

第3165号

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

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [インタビュー]コストを語らずにきた代償(國頭英夫).....1-2面
第43回日本集中治療医学会/[視点]過量服薬による致死性の高い精神科治療薬(引地和歌子).....3面
[寄稿]もし家庭医が主夫になったら(岩間秀幸).....4面
MEDICAL LIBRARY.....5-7面

コストを語らずにきた代償

“絶望” 的状况を迎え、われわれはどう振る舞うべきか

interview 國頭 英夫氏(日本赤十字社医療センター化学療法科部長)に聞く

今、がん領域では、抗PD-1抗体、抗PD-L1抗体、抗CTLA-4抗体などの免疫チェックポイント阻害薬が注目されている。日本ではその中の1つ、抗PD-1抗体の「ニボルマブ」(オプジーボ®, MEMO)が2014年に「根治切除不能な悪性黒色腫」に対して承認され、2015年12月には「切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」へ適応拡大された。従来の抗がん薬と異なる新しい作用機序を持つ同薬は、今後他のがん種にも適応が広がると予想され、大きな期待が寄せられている。しかし、國頭氏は、この免疫チェックポイント阻害薬の登場によって医療、それどころか国そのものの存続が脅かされると指摘する。一体、どこにその危険性があるのだろうか。氏は、「すでに手遅れ」と語るが――。

――まず、2015年に非小細胞肺癌へ適応拡大された免疫チェックポイント阻害薬ニボルマブが、どのような効果を持つ薬剤かを教えてください。

國頭 私が専門とする肺癌領域に関しては、実地に導入されてから日が浅いので、ニボルマブの臨床での真価が問われるのはこれからです。

しかし、これまで出ているデータを信用するのであれば、一定の効果は見込めます。肺癌患者に対して奏効率は15-20%程度ですが、これはがんの縮小効果が認められた率なので、縮小はさせないが病態を制御できる率も含めば、もっと高くなるでしょう。また副作用には疲労感や食欲不振の他、大腸炎、皮膚炎、肺臓炎、劇症1型糖尿病、重症筋無力症などが報告されているものの、重篤な副作用の頻度は化学療法よりも低いようです。

これらに加えて特に注目されているのが、「効く/効かない」の当たり外れはあるものの、「効いたときにはそ

の効果が非常に長く持続する」という点です。これこそが本薬剤の特徴と云っていい。

――それは既存の化学療法や分子標的薬と比較しても、長い効果が期待できるということですか。

國頭 効果持続期間について、従来の化学療法は数か月、「効いた」場合の分子標的薬治療でも多くは1年前後という具合です。一方、免疫チェックポイント阻害薬では、その効果が数年以上に及ぶ患者もいるようです。

――データ上、かなり優れた効果が確認されているわけですね。

國頭 さらに他のがん種への適応拡大をめざす動きも見られており、ニボルマブは、腎がん、胃がん……などと、順次適用されることになるでしょう。

また、同じく抗PD-1抗体であるPembrolizumabが米国では非小細胞肺癌へ承認されたので、近い将来、こちらも日本で使えるようになるかもしれない。いずれにしろ、今後いろいろ

なメーカーが同種薬剤を展開し、多くのがん患者に使われていくことになるだろうと予想しています。

治療効果が高いからこそ起こる、コストの問題

――「治療効果の高い薬剤が多くのがん患者に使われるようになる」。朗報のように思われますが、國頭先生は本薬剤の薬価の高さを指摘されています。國頭 ニボルマブを1年間使用すると約3500万円という額に達します。これは、今まで「高額」と言われてきた分子標的薬よりもずっと高い。分子標的薬の中でも高額なALK阻害薬アレクチニブ(アレセンサ®)ですら1年間で950万円超なわけですから、ニボルマブがいかに高価な薬剤であるかがわかります。

では、そのお金はどこから出ることになるのか。国民皆保険制度に加え、高額療養費制度がある日本では、医療費の自己負担額は最高でも年間200万円程度です。だからニボルマブを使うと、実際に患者が負担するのは総額の5%以下で、残りは全て公的負担です。したがって、ほとんどを国全体で賄うことになるわけです。今後続くであろう同種薬剤も同程度に値付けされると思うと、これらによって国の財政は逼迫すると容易に想像がつかます。

――まず単価が高い、と。

國頭 それが「大して効かない薬」の話だったら問題になりません。使うことのできない患者が出て、「どうせ大して効かないから」と言える。無理して使ったところで、限られた効果であればかかるコストも一時的なものです。

一方、ニボルマブをはじめとした免疫チェックポイント阻害薬はそうではない。効果は非常に高い薬です。治療に臨む患者はその薬剤に希望をかけま



●くにとう・ひでお氏

1986年東大医学部卒。国立がんセンター中央病院内科、三井記念病院呼吸器内科などを経て現職。専門は胸部腫瘍、臨床試験方法論。「里見清一」名義で『誰も教えてくれなかった癌臨床試験の正しい解釈』(中外医学社)の他、『偽善の医療』『希望という名の絶望』『衆愚の病理』『医師の一分』『医師と患者のコミュニケーション論』(いずれも新潮社)など著書多数。現在、『Cancer Board Square』(医学書院)で、「死にゆく患者と、どう話すか――國頭先生の日赤看護大ゼミ講義録」を連載中。

す。医師も、適応があり、患者が希望すればどんなに高額だって投与します。データからもその治療を拒む理由はないわけですからね。

そしてさらにこの免疫チェックポイント阻害薬は、他の薬剤にはない特徴も併せ持っているために、日本をより深刻な状況にさせると考えています。――その特徴というのは何ですか。

國頭 まず、ニボルマブは、現時点では投与前の治療効果予測ができません。当面も、そうした予測が可能になる見込みはない。その点、例えば、分子標的薬ゲフィチニブ(イレッサ®)であれば、「EGFR遺伝子変異型には有効だが、そうでないものは無効」といったように、事前に有効性が期待される症例を同定できました。だから「無効」と見込まれる症例には投与せずに済みます。そうした予測が立てられない免疫チェックポイント阻害薬では、

(2面につづく)

MEMO ニボルマブ(オプジーボ®)

ニボルマブは、PD-1とPD-1リガンドの経路を阻害する免疫チェックポイント阻害薬。この経路は活性化リンパ球を抑制するシステムに関与しており、がん細胞はこのシステムを利用して生体の免疫反応を回避しているとされる。PD-1の機能を抑制するという、既存の抗がん薬とは異なる作用機序を持っていることに加え、世界に先駆けて日本が実用化したことから注目される新しい薬剤。臨床試験の結果からは高い効果を示し、副作用は少ないとして従来の免疫療法のイメージを一変させた。しかし、費用が高い点は課題となっている。肺癌の場合、ニボルマブは1回3mg/kg(体重)を2週間隔で投与することになっており、体重60kgの患者で換算すると、1回当たり約130万円、年間で約3500万円にも上る。

3 March 2016 新刊のご案内 医学書院
JRC蘇生ガイドライン2015
ジェネラリストのための外来初療・処置ガイド
標準眼科学(第13版)
医療法学入門(第2版)
ロイ適応看護理論の理解と実践(第2版)
エビデンスからわかる患者と家族に届く緩和ケア
スピリチュアル・コミュニケーション
(がん看護実践ガイド)がん看護の日常にある倫理
(がん看護実践ガイド)サバイバーを支える看護師が行うがんリハビリテーション
(がん看護実践ガイド)見てわかるがん薬物療法における曝露対策
実践 マタニティ診断(第4版)
看護医学電子辞書10
言語聴覚研究 第13巻 第1号

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

インタビュー コストを語らずにきた代償

(1面よりつづく)

対象になる全ての患者に投与して見るしかない。

ただ、先ほど話したとおり、著効を示すのは20%前後であり、何らかのよい効果が得られる場合を含めたところで、3人に1人しか効かない薬です。つまり1人当たり年間3500万円×3人のトータル1億円を超すコストで、ようやく有効例1例の治療ができる計算になる。これはさすがにコストパフォーマンスが低いと言わざるを得ないでしょう。

——確かに費用対効果のバランスを欠くように思われます。

國頭 それだけではなく、「本薬剤が効いた場合、患者にずっと投与を続けることになる」と考えられます。というのも、「効いているのに、途中で治療を中止したらどうなるのか」がまだわかりません。結果、効果が見られるうちはずっと投与が続けられることになるのが、今のデフォルトです。

そして最も問題なのが、「『効いていない』と判定するのが難しく、投与を切り上げにくい」ということです。免疫チェックポイント阻害薬では、投与後にリンパ球の集簇によって病巣が大きくなったり、新病変が出たりしたように見える「pseudo progression (偽増悪)」が報告されています。ということは、経過を追って腫瘍陰影が大きくなっても、それが「がんの進行によるものなのか、あるいは偽増悪なのか」を区別できず、投与を中断する決め手にならない。だから医師も患者も、「これから効き始めるのかもしれない」という希望にかけて、投与を継続することになるでしょう。

——対象となる患者を絞り込めず、さらに有効・無効関係なく「いつまでも続けられてしまう」状況になる。結果、コストがかさむことになる、と。

國頭 そう。免疫チェックポイント阻害薬は、薬価が高いことに加えて、「無駄打ち」のコストまで相当に高くなりやすいという特徴を持っているわけです。

以上をもとに総額を考えると、事の大きさに愕然とします。日本の非小細胞肺癌患者を年間10万人と推定します。早期がんなどを除き、ニボルマブの対象になる人は5万人程度はいるでしょう。皆に1年間投与すれば、その合計額は1兆7500億円です。

現在の日本の医療費は約40兆円で、薬剤費は約10兆円ですよ？ もとがこれだけのところにいきなり年間2兆円弱の負担が増すなんて、どう考えたって無理がある。何より、これがあくまで「一疾患に対する一つの薬」にかかる額だということを忘れてはいけません。私は免疫チェックポイント阻害薬の登場を契機として、いよいよ日本の財政破綻が確定的となり、“第二のギリシャ”になると考えています。

見過ごされてきた医療のコスト

——では、その危機的状況はかなり切迫したものと言えます。

國頭 もはや手遅れじゃないかと思えますよ。日本では、ことコストに関しては、問題意識として口にする医療者はいても、何か具体的な行動をとる人はいない。問題を指摘したところで、何かそれを変える権限があるわけではないし、自分の懐とは関係ない。だから、「自分たちの考えることではない」となってしまう。実際、私が学会などの場でコストについて批判的に取り上げて、トータルとしては他領域の薬剤費のほうが高い」とか、「それは医師でなく国が考えるべきことだ」といった声も上がりました。残念ながら、日本の医療者のコスト意識は決して高くない。それが実態なのです。

——医療にかかるコストの問題は日本だけの問題ではありません。海外ではどう扱われていますか。

國頭 例えば、かつてはコストについて細かく考えていなかった米国でさえ変わり始めています。近年の米国臨床腫瘍学会においても、治療によるベネフィットを毒性とコストで割った「value」という概念が強調されている。こうした指標を取り入れ、統計学的な有意差のみを重視するのではなく、コストを含めて「治療の評価」を考える方向性は確実に強まってきているのです。

それにもかかわらず、「コストは語るべきものでない」としてきた日本では、使用する薬剤にかかるコストを度外視した臨床試験はあふれかえっているし、費用対効果の解析研究も充実していない。そんな状態のままに、現在の局面を迎えることになってしまった。——見過ごしてきたわけですね。

國頭 唯一、日本で医療にかかるコストの問題に目を向けるきっかけがあったとしたら、2001年に承認された慢性骨髄性白血病(CML)に対する分子標的薬のイマチニブ(グリベック®)が登場したときかもしれません。イマチニブはCMLの予後を劇的に改善させた薬剤で、「よく効くが、ずっと続けなければならない」点ではニボルマブとよく似ている。このとき、米国ではイマチニブを市場に出したノバルティス社は薬価をつりあげ、さらにその後に出てくる同種新薬も全て高額で、問題視されました。

日本もこのタイミングで医療にかかるコストの面に目を向け、「もっと患者数の多い疾患で、こうした類いの薬剤が出てきた場合は、どのように対応すべきか」ということを検討しておくべきだった。そうすれば、少しはマシな状態で今を迎えることができたのかもしれない。しかし、われわれはそのきっかけを逸してしまった。肺癌という患者数の多い疾患での薬剤が出てきて問題が顕在化し、逃げ道を用意

できていないわれわれは、ただ、絶望あるのみです。

患者の希望を打ち砕き、誰も喜ばぬ研究に取り組む

——差し当たっては、免疫チェックポイント阻害薬の薬価を下げることで対応できませんか。

國頭 薬価を下げることは現実問題として難しいでしょう。新薬の開発には加速度的に膨大な費用がかかるようですし、「成功した薬剤」で開発コストを回収しなければ製薬企業の商売だって成り立たない。まあ、それを考慮してもニボルマブは高すぎだと思えますが。

でも事実、薬価を仮に半分にできたところで、破綻は避けられません。薬価高騰はそんなレベルを超えてしまった。そして、その大本には「医学の進歩」があるわけです。

——それでも、先生ご自身はこの状況を問題ととらえ、ニボルマブの至適投与法の研究に取り組むと伺いました。

國頭 これから有志の仲間と取り組む研究は、ニボルマブ投与中の経過からなるべく早期に、「この患者は今後継続しても効果が期待できない」と予測する方法を見つけ出すためのものです。仮に、最終的に「治療してよかった患者」が3割、「効かなかった患者」が7割として、治療開始1か月の段階で「今後継続しても効果が期待できない患者」の3分の2を見通すことができれば、この時点で投与が必要な患者を半減することにつながります。

——そうした研究のデザインは困難を伴いそうです。

國頭 大変でしょうね。今までにない研究デザインが求められる。エンドポイントやイベントをどのように設定するか、どんなデータを抽出すべきかから考えていかねばなりません。でも幸い、協力者は見つかったので準備に取り掛かっています。

この研究は徒労に終わる恐れも十分にあり得ます。新たな治療を開発・検証するための研究であれば、ネガティブな結果でも「この治療では期待されるほどの効果は出なかった」という結論で論文になるし、研究者としての業績にもなります。しかし、私たちが行う「無効例を無効として判断し、治療を止める」方法を見つける研究というのは、「何もそういう因子がなかった」では論文にならない。何にもならないんです。私だけで行う研究ならそれも気になりませんが、協力を仰いだ優秀な若手たちがいる。彼らの時間を浪費させることにならないか、それが非常に心配です。

——でも成果は心待ちにされます。

國頭 私はそうは思いません。成果が出たところで、誰も喜ぶ類いのものでもないのです。そもそもが、救う患者を増やすのではなく、「あなたは効きそうにない」と判定を下し、患者の希

望を打ち砕くための研究なのですから。——そう言ってまで着手されるのは、使命感によるものなのでしょうか。

國頭 いや、次世代に対するせめてもの罪滅ぼしですよ。われわれ世代の医師が見過ごしてきたツケが噴出してしまった。こんな研究で解決策を提示することは期待できないとしても、少しでも破綻を先送りできないのか、われわれは悪あがきする義務がある。

「救命艇状況」の中で

——その研究が成果を出したとしても、根本的な解決に結び付けるのはやはり難しいですね……。

國頭 それは無理でしょう。医療にかかるコストが高まっていくとともに、超高齢社会を迎えた日本では、がんを含めて患者そのものも増えていく。いざ高年齢者数が減少に転じるときも来ますが、それまで国自体が保つのかだって怪しい。

もし今、抜本的な策を行うなら、例えば「一定年齢以上は対症療法しか提供しない」と決めてしまうことです。その年齢以上の人は、延命的な医療そのものを諦めてもらう。医療を全ての人に引きわたらせることができないので対象者を絞る、という考え方です。対象を絞るに当たって、社会的な活動性や障害の有無などで「生命の価値」を判断するのはナチス・ドイツと同じになる。やるなら一番公平な手段として、年齢で区切るしかない。

——皆に受け入れられるものか、なかなか難しい意見です。

國頭 ならば全員で崩壊を迎えるか、です。われわれが置かれているのは「救命艇状況」です。全員が助かることはできない。冗談ではなく、年齢で区切るという、深沢七郎著『植山節考』(新潮社)で描かれた社会を作るぐらいのことをしなければ、社会を維持するのは到底無理だと思うのです。

突き詰めると、これは医療の在り方を問い直すものです。「治療は何のために行うのか」、さらに言えば「人間は何のために生きるのか」を考えることでもあります。本来、こうした問題だって、ずっと以前から考えておくべきでした。それを今、「金」の問題に追い立てられて、ようやく始めるというのだから悲しい話です。

——お話を伺って、先行きの暗さが浮き彫りになった思いです。

國頭 これは非常に暗く、誰にとっても不愉快な話なんです。いっそ「もはや手遅れ」と開き直って、科学的な興味に任せた研究を行い、業績につながる論文でも書くほうが、破綻が近づく社会に生きる医師として“正しい姿”なのかもしれない。海外逃亡も視野に入れて。

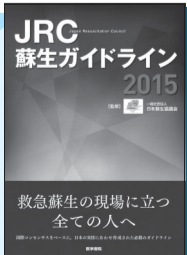
それでも、私は希望のない研究をやります。逃げる先も、他になすべきこともありませんしね。(了)

救急蘇生の現場に立つ全ての人へ、必携のガイドライン最新版

JRC蘇生ガイドライン2015

各国の蘇生協議会を束ねる国際組織ILCORが5年ぶりに作成した国際コンセンサスであるCoSTRに基づいて、日本の実情にあわせて作成されたガイドライン最新版。日本蘇生協議会が総力をあげ、徹底的な議論を経て作り上げた。新たにファーストエイドの章が新設されたことをはじめ、すべての内容が改めて検討された。救急蘇生の現場に立つ、医師、看護師、救急救命士をはじめとする全ての人に必携のガイドライン。

監修 一般社団法人日本蘇生協議会

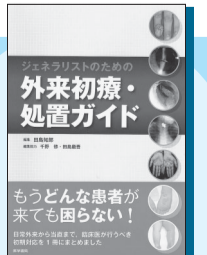


ジェネラリスト必携！ 外来で困らないための初療・処置のガイドブック

ジェネラリストのための 外来初療・処置ガイド

本書は、臨床医が最低限行うべき初療・外来処置を1冊にまとめたガイドブック。豊富な写真・イラストを用いて、診断において見逃してはならない重要症候や、外来でできる治療手技をわかりやすく解説。小児から高齢者、頭のおつぺんから足の爪先まで一患者の年齢・部位を問わずジェネラリストに求められる初期対応を網羅した。これさえ読めば、もうどんな患者が来て困らない！

編集 田島知郎 東海大学名誉教授
編集協力 千野修 東海大学医学部付属東京病院准教授 外科診療部長
田島敏吾 すわかクリニック・院長



長期予後を見据えた集中治療へ 第43回日本集中治療医学会開催

第43回日本集中治療医学会学術集会(会長=徳島大・西村匡司氏)が2月11-14日, "Be an Intensivist" をテーマに神戸国際展示場, 他(兵庫県神戸市)にて開催された。本紙では, 集中治療における長期予後の重要性とともに注目されるようになった「PICS, ICU-AW」の疾患概念および早期離床のエビデンス, 「日本版敗血症診療ガイドライン」の改定に向けた最新情報について報告する。



●西村匡司会長

「PICS, ICU-AW」の普及と、 「ICUからはじめる早期離床」

集中治療を必要とする重症患者は, ICU退室後も長期にわたり筋力低下や認知機能障害を合併し, 仕事に戻れないなどの問題を抱えることが多い。重症疾患やその治療に起因する長期的な精神・認知・身体機能の障害について, 近年はPICS(Post Intensive Care Syndrome)という疾患概念が提唱されている(Crit Care Med. 2012 [PMID: 21946660])。また, ICU入室中に発症する筋力低下については, ICU-AW(ICU-acquired weakness)として認識されつつある。

集中治療における筋力低下やせん妄, 認知機能障害などの合併症の予防策として期待されるのが, 早期離床である。教育講演「ICUからはじめる早期離床」では田中竜馬氏(LDS Hospital)が, 早期離床の安全性や経済性, 効果について報告した。

安全性に関しては, 人工呼吸器装着を4日間以上要する103例を対象とした前向きコホート研究において, 合計1449回の離床で重大な有害事象は認められなかった(Crit Care Med. 2007 [PMID: 17133183])。経済性に関しては, 「離床チームの人員費はかかるが, 入院日数が短くなるので相殺する」といった研究があるという(Crit Care Med. 2008 [PMID: 18596631])。

また効果に関しては, 早期離床による人工呼吸器非使用日数の増加, せん妄の日数短縮, ICU退室後の機能的自立を示した研究(Lancet. 2009 [PMID: 19446324])がある一方で, その効果に疑問を投げ掛ける研究もある(JAMA Intern Med. 2015 [PMID: 25867659])。これに対して, 「個人的

な経験からは, 早期離床は有効であると思う。ただ, 内容やタイミングについてはまだわかっていないことが多いのも事実」と考察した。

最後に氏は, 「重症臓器(心・肺・腎など)とそれ以外(精神・神経・筋など)の双方に注意を払うことが大切。多職種連携によって, 長期的視点に立った総合的な集中治療を実現する必要がある」と, 今後の展望を示した。

「日本版敗血症診療ガイドライン」の大幅改定に向けて

国際的な敗血症診療ガイドラインであるSSCG(Surviving Sepsis Campaign Guidelines)の普及により, 敗血症診療におけるEBMの実践が進んでいる。日本においては, 集中治療医学会によって2012年に発表された「日本版敗血症診療ガイドライン」がある。この改定に際しては, さらなる普及をめぐり救急医学会と合同で作成することになり, 両学会による「日本版重症敗血症診療ガイドライン2016作成特別委員会」を設置。現在, 2016年中の公開をめざして活動を続けている。学術集会の会期中に, 委員長の西田修氏(藤田保健大)らによる委員会報告が実施され, 同ガイドラインの概要や作成の流れ, 推奨設定方法が解説された。

今回の改定で取り上げるのは19項目。新たに「小児」など多数の領域が追加され, 大改定となる。委員会の組織編成においては, 19領域に属さない中立的立場の「アカデミックガイドライン推進班」を組織して作業過程の統一化・補助を行い, ガイドライン全体の質を担保しているのが特徴だ。また, 質の担保と作業過程の透明化を図るため, 相互査読, 討議のオープン化

視点

過量服薬による致死性の高い 精神科治療薬



引地 和歌子 東京都監察医務院・監察医

国内外において, 過量服薬は公衆衛生上の重要な問題であると認識されている。過量服薬とは, 急性に身体・精神的な害を及ぼすほど, 医薬品を過剰に摂取することである。過量服薬の主要な原因薬剤は, 抗不安・睡眠薬や抗うつ薬等の精神科治療薬であることがさまざまな分野から報告されているものの, どの精神科治療薬の致死性が高いかは明らかでなかった。今回われわれは過量服薬による致死性の高い薬剤を同定することを目的に, 研究を行った¹⁾。

方法としては, 2009年から2010年に, 東京都23区において過量服薬によって死亡した335人と, 東京都内において処方を受けた3350人を比較対象とし, 症例対照研究を実施し, 致死性の高い精神科治療薬の同定を試みた。症例群は東京都監察医務院における取扱事例, 対照群は日本調剤株式会社における調剤事例とした。対照群は, 症例群と背景要因(性別, 年齢, 死亡年月/調剤年月, 診療科)が類似するよう, マッチングを行った。

その結果, 対照群と比較し, 症例群の処方割合の高い薬剤, すなわち過量服薬による致死性の高い薬剤は, ペントバルビタールカルシウム[ラボナ[®]](0.1% vs. 14%; オッズ比104), クロルプロマジン・プロメタジン・フェノバルビタール[バゲタミン[®]](1% vs. 30%; オッズ比43), レボプロマジン[レボトミン[®]/ヒルナミン[®]](5%

vs. 30%; オッズ比7) とフルニトラゼパム[サイレース[®]/ロヒプノール[®]](15% vs. 46%; オッズ比5)の4剤であった。

本研究により同定された精神科治療薬は, 過量服薬された場合にはいずれも致死的な結果になる危険性が高く, 自殺リスクの高い患者に処方すべきではない薬剤である可能性がある。過量服薬による死亡事例を減らすためには, 臨床医個人による, 薬剤処方の適応の慎重な検討および内服状況の確認等は当然必要ながら, それのみに依拠すべきではなく, 特に死亡リスクが高いペントバルビタールカルシウムやクロルプロマジン・プロメタジン・フェノバルビタールに対する新規処方を規制当局が禁止する等の施策を立案すべきであると考えられる。

近年, 自殺対策の中でうつ病を早期発見し, 早期に精神科治療を受けさせることが推奨されているが, 受診が自殺の手段へのアクセスを高める結果となつてはならない。その意味で, 本研究の知見を多くの臨床医に知ってもらいたいと考える。

●参考文献

- 1) 引地和歌子, 他. 過量服薬による致死性の高い精神科治療薬の同定——東京都監察医務院事例と処方データを用いた症例対照研究. 精神神経学雑誌. 2016; 118: 3-13.
- ひきじ・わかこ氏/2003年九大医学部卒。九大病院麻酔科蘇生科などを経て, 10年より現職。医学博士。

などの制度を採用し, 最終的に作業過程と討議過程の公開を行う予定であるという。西田氏は, 「大規模ガイドライン作成のモデルをめざすとともに, 人材育成とネットワーク構築を図り, 新たなエビデンス構築の機運を高めた」と意気込みを語った。

委員会報告に続くシンポジウム「日本集中治療医学会・日本救急医学会合同日本版重症敗血症診療ガイドライン」(座長=西田氏, 阪大・小倉裕司氏)では, ガイドラインで扱う19領域の

うち, 5領域のワーキンググループが経過を報告。PICS・ICU-AW班からは井上茂亮氏(東海大)が登壇した。「PICS, ICU-AW」に関しては世界に先駆けて敗血症のガイドラインに盛り込まれることになり, 「ICU-AWの予防に電気筋刺激を行うか?」「PICS/ICU-AWの予防に早期リハビリテーションを行うか?」という2つの臨床的・クエスチョンに関して, システマティックレビューを踏まえた草案を作成中であると述べた。

がん診療のための新しいプラットフォーム

Cancer Board Square

2016年2月号 vol.2 no.1



Feature Topic

早期緩和ケアの正体

早期からの緩和ケアの介入は患者のOverall Survivalを延長する。21世紀に入ってから話題になった論文があります。ただ、「早期から」とはいつからのことか? 本特集では、「早期から」という言葉に惑わされがちなこの問題に, 根幹から切り込みます。早期緩和ケアの真の姿とは。

View-point がん診療

「乳がん」

医療界のみならず, 社会的にも注目を集めることが多い乳がん。治療の領域に限らず, Body imageや家族へのフォローなど内包する問題は多岐にわたり, チームアプローチが必須とされます。治療とケアの理想的な関係をめざすエキスパートが解説します。

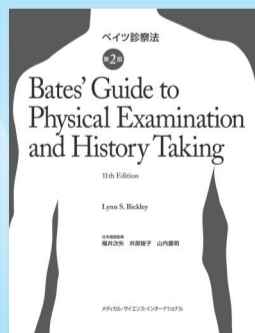
●年3冊刊(2月・7月・10月)
●1部定価: 本体 3,400円+税
[ISBN 978-4-260-02452-5]

●2016年 年間購読料 (本体価格・送料弊社負担)
冊子+電子版/個人 9,240円+税
冊子+電子版/共有 10,620円+税

医学書院

基盤をつくる!

レジデントの“不動のバイブル”

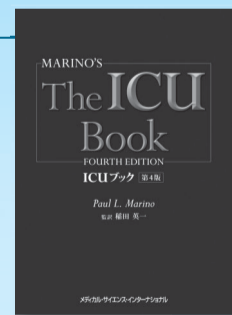


ベイツ診察法 第2版

Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th Edition

日本語版監修
福井次矢・井部俊子・山内豊明
定価: 本体 9,000円+税

ICUブック 第4版
MARINO'S The ICU Book, 4th Edition
監訳 稲田英一
定価: 本体 11,000円+税



ワシントンマニュアル 第13版

The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 34th Edition

監訳
高久史磨・和田 攻
定価: 本体 8,400円+税

ジェネラリストのための“強化書”



INTENSIVIST

1・4・7・10月発行(年4回)
1部定価: 本体 4,600円+税



Hospitalist

3・6・9・12月発行(年4回)
1部定価: 本体 4,600円+税

寄稿

もし家庭医が主夫になったら

岩間 秀幸 亀田ファミリークリニック館山・家庭医診療科

朝起きて妻を送り出したら、洗濯開始。子どもを起こして朝食を食べさせ、登校・登園の準備を確認する。娘を送り出したら息子をこども園に預けて出勤。仕事を終えたら、子どもの迎え、夕食の準備。食後にはお風呂に入れて、寝かしつける――。

千葉県館山市にある亀田ファミリークリニック館山で家庭医療専門医・指導医として勤務する私は、2015年4月から妻が小児科の専攻医として後期研修を再開したことをきっかけに、小1の娘と年中の息子の育児、そして家事を「主夫」として担っている(写真)。そのため、私の勤務は週4日午前の外来を中心とし、夜間の当直などは免除していただいている。



●写真 ①夕食の準備をする筆者。エプロンは家族からの誕生日プレゼント。たくさん食べてもらえるよう工夫の毎日だ。②お弁当は得意の「キャラ弁」を作る。③登校前の髪結びも大切な日課。「かわいく、早く」の技を身につけた。④週末は公園へ。親子相撲の「岩間場所」が盛り上がる。

人生は、より豊かになる！

政府が掲げる「一億総活躍社会」の実現には、女性の積極的な雇用や復職支援などが課題として挙げられている。医学部入学者に占める女性の割合は3割を超えており、女性医師が男性医師を配偶者とする割合は7割に達するという事実もある¹⁾。女性医師が積極的に働ける環境を築くことは、もはや医療体制の維持には不可欠である。

しかし、私が本稿で最も述べたいのは、社会問題でもなければ、「父親の育児休暇取得＝イクメン」のような流行りの話でもない。もし家庭医が主夫になったら、「人生はきっと、より豊かになる」ということだ。

「大変でつらい」でもなく、「休暇・時短で優雅」なわけでももちろんない。酸いも甘いもかみしめながら、何にも替え難い充実した生活が待っている。読者のキャリア選択のヒントになることを期待して、私の体験をワークとライフに分けて報告したい。

主夫キャリアを決意するまで

キャリア変更に迷いはほとんどなかった。妻は子どものために2回の産休・育休を取り、その後も時短勤務でキャリアを続けてきてくれた。妻とは学生時代に知り合った。以来、医師として成りたい思いがあることはわかっていたため、現在の職場へ就職を決めた際も、妻の復職が重要な要件となった。

私が専門医となった翌年が娘の小学校入学にあたり、このタイミングでのキャリアチェンジに向け、繰り返し妻や私の勤務先の院長・同僚と相談した。

妻や私の勤務条件、子どもの状況と今後の育児、居住地、経済状況など、

パラメーターの数が非常に多く、選択になかなか決め手がなかった。大きく前進したきっかけは、ある日思い立って妻と二人で行ったKJ法だった。カードに、子どもや家族のこと、私や妻のキャリアなどさまざまな思いや状況を全部書き出した。言語化することでこれまで思いが及ばなかった、私のキャリアを変えることへの妻の葛藤、研修で結果を出さねばという気負いなどが共有できた。その上で妻のキャリアを家族全員で応援しようと決めたことは、その後困難が起きた際も立ち返る原点となった。

私が目標としたのは、妻が家や子どものことを全く心配せず勤務できること。そのために、夕方・夜間の勤務から外れることを院長や同僚に相談し理解を得た。勤務時間による調整のため、常勤ながら給与は半分程度となったが、同僚と差をつけられたことで、できないときに仲間助けを求める「受援力」²⁾の支えにもなった。

患者さんから得られた理解、深まった信頼

家庭医である自分が一番心配したのは、患者さんへの影響である。夕方・夜間の対応が困難になると、患者さんの近接性(アクセス)や継続性が保てなくなるのでは、という不安があった。患者さんに事情を説明すると、ほとんどのの方が私の新しい勤務時間内での受診を継続してくださった。主夫への転向は特に女性から好評で、育児や家事、キャリアなどについてアドバイスをいただき、中にはベビーシッターを申し出てくださった方もいた。予想外のことに、定期患者はさらに増える結果となった。こうなると帰宅時間への影響

が気になるが、看護スタッフ、そして患者さんまでもがサポートで、遅くならないよう調整してくださるなど、皆に守られ仕事ができている。

夜間・休日に出勤できないことで、緊急時の対応や看取りができない葛藤もあったが、そのぶんカルテの記載や同僚への丁寧な伝え方を心掛けるようになった。訪問診療の患者さんで、自分では臨時的対応ができない場合も、重要な決定期には外来主治医として意思決定と一緒に考える機会も作ることができている。仲間の支えがあつてのことではあるが、時短にしても、かかりつけ医・主治医としての機能は、工夫の仕方次第で十分に発揮できると今は確信している。

主夫の視点が家庭医としての強みに

主夫になり、そして私は「父」になった。これまでも週末に料理をしたり、子どもと遊んだり、いわゆる子育て熱心な「イクメン」だったと思う。しかし主婦/主夫ともなると、その存在は一家の最後のとりで。できるときとできないときがある育児・家事とは異なり、突然の事態にもその場で判断が必要に

●いわま・ひでゆき氏

2007年琉球大医学部卒。豊見城中央病院、沖縄県立八重山病院を経て、11年より亀田ファミリークリニック館山家庭医診療科に勤務。日本プライマリ・ケア連合学会プライマリ・ケア認定医、家庭医療専門医・指導医。15年4月より、主夫として時短勤務開始。自身のFacebookに「もし家庭医が主夫になったら」の題で主夫生活の気付きをつづる(限定公開)。長男のこども園ではPTA会長も務める。かかりつけ医としての診療の他に、指導医養成、講演やシンポジストなどにも家族の協力のもと精力的に挑んでいる。

なる。事前準備が可能なものばかりでなく、トイレなどの生理的反応、感情の起伏やけがなど突然のハプニングまで考えて動く。その苦労は言葉で表現できないものもあるし、言葉にすると随分軽微に聞こえてしまうものもある。高度なタイムマネジメントが求められ、子どもが眠るまでは自分の時間もない。ただその深いかかわりの中で知る子どもの新たな一面に毎日驚き、感動する。通学への葛藤と一緒に涙して乗り越えた思い出などは生涯の財産である。

主婦/主夫は一家の健康のコーディネーターだ。親が子どもを受診させるまでには、深い背景があることにあらためて気付く。ただの「風邪」、ただの「胃腸炎」であっても、受診まで対応してきた苦労をねぎらい、帰宅後の対応について生活を想像したアドバイスがあるだけで、安心し適切な受診につながる。小児科医の妻でさえも、かつて娘の発熱時に「医師に『大丈夫』と言ってもらいたいから」と受診させたことがあったが、今ならその気持ちがよく理解できる。家族をみる家庭医、プライマリ・ケア医にとって、受診のきっかけとなる家族の背景や動機が理解できるのは、診療する上で強みになるのではないだろうか。

育児や家事は育児休暇のとれる1年間で終わるものではない。医師として一心不乱に学び、力や自信をつける時期が必要な場合もある。互いの仕事・生活のバランスを調整することで核家族や共働き世帯でも十分に育児・家事ができることをぜひ強調しておきたい。

謝辞：今の生活を支え励ましてくださる院長の岡田唯男先生をはじめ、同僚スタッフに深く感謝したい。

●参考文献

- 1) 中村真由美. 女性医師の労働時間の実態とその決定要因——非常勤務と家族構成の影響について. 社会科学研究. 2012; 64 (1): 45-68.
- 2) 吉田穂波. 受援力ノススメ. https://ndrecovery.niph.go.jp/quartet/ask_help.pdf

●妻・真弓さんよりメッセージ

主人とは、学生時代から将来医師としてどのような使命を果たしたいかを話してきました。結婚して子どもができ、妻として主人が活躍できるよう支えたいという思いがある反面、自分は小児科医としてまだ力不足であることへの焦りから、イライラをぶつけることもありました。6年間、2人の子どもを最優先に育児に全力でかかわれたことは最高に幸せでしたし、現在の診療においても大いに役立っています。

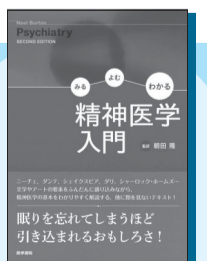
主人に家事を任せて働くことには、古い考えかもしれませんが「一家の大黒柱に申し訳ない……」という思いがありました。しかし話し合うことで迷いはなくなり、お互いの仕事、育児、家事の大変さを本当の意味で理解できたことで、家族の団結は一段と高まったと感じています。子どもたちもこれまで以上に父親との時間を多く過ごすことができ、大きく成長しています。主夫になった主人は今までの何倍も私や子どもたちから愛され、頼れる存在になっています。これからも、よろしく願います！

まるで小説？ いや芸術？ 類を見ない「読んでも・見ても」楽しい精神医学テキスト

みるよむわかる 精神医学入門

原書は英国でRichard Asher Prizeという優れた医学教科書に与えられる賞を受賞。オールカラーで精神疾患に関連する図や写真を随所に盛り込みながら、精神医学の歴史から個別の疾患の概念や疫学、鑑別疾患などを網羅的に解説する。シークスピアをはじめ著名な作家の言い回しを引用するなど、読み物としての楽しさも追求している。精神医学の入門書として最適。

原著 Neel Burton
監訳 朝田 隆
東京医科歯科大学医学部・特任教授

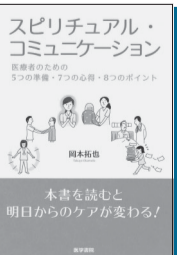


スピリチュアル・コミュニケーションとは何か？ どうそれを実践するのか？

スピリチュアル・コミュニケーション 医療者のための5つの準備・7つの心得・8つのポイント

スピリチュアルケアの最も核心的な部分は「コミュニケーション」である。本書は、終末期や高齢者医療の現場で日々患者に向き合う医療者のために、日々のケアのなかでスピリチュアル・コミュニケーションをどう実践すべきかを、わかりやすく解説。具体的な臨床事例、著者らの経験を紹介しつつ、医療者が行うべき準備・もつべき心得、そして具体的なコミュニケーションのポイントを示す。

岡本拓也
聖ヶ丘病院 セントヒルズホームケアセンター伊達・センター長



Medical Library

書評・新刊案内

臨床てんかん学

兼本 浩祐, 丸 栄一, 小国 弘量, 池田 昭夫, 川合 謙介 ● 編

B5・頁688
定価: 本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02119-7

【評者】田中 達也

旭川医大名誉教授/国際抗てんかん連盟(ILAE)副理事長

てんかんは、2000年以上の前から難治の病として知られており、根本的な治療法の模索が現代までも続いている極めて特殊な病態でもある。世界の人口は約72億7000万人と報告されている(「世界人口白書2014」より)。人口の約0.8%がてんかんに罹患していることから、全世界には、約5810万人以上のてんかん患者がいることになる。てんかんは治療費の面からも、各国の行政上の政策としても、非常に重要な課題と考えられている。

日本の現在の人口は1億2000万人強となり、約100万人の患者が推定されているが、80%以上の症例では、きちんとした治療により発作はコントロールされており、通常の社会生活が十分に可能である。しかし、てんかんの大きな問題点は、偏見である。このため、学校生活、雇用、人間関係にさまざまな問題があり、社会的弱者に対する、法制度の整備も十分とは言えない状況にある。2011年と2012年に起きた、てんかん患者による悲惨な交通事故は、てんかん治療の社会的な問題の複雑さ、てんかん治療の重要性を再認識させられた。しかし、一面では、法制度整備の盲点を浮き上がらせたとも考えられる。

このたび、医学書院から兼本浩祐先生(編集者:国際抗てんかん連盟てんかん精神医学委員会委員長)らによる『臨床てんかん学』が刊行されたのは、実に時の要求に応えたものと言える。本書は、日本を代表するてんかん専門

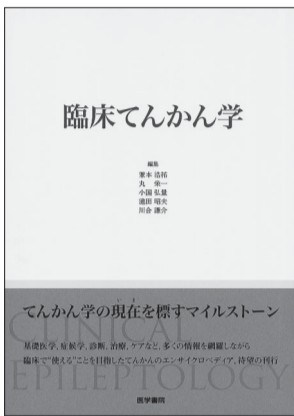
の基礎および臨床の研究者による分担執筆で構成されている。てんかんの基礎医学、症候学、診断学、薬物治療および外科治療、てんかんの社会的問題、日本てんかん学会および日本神経学会のてんかんガイドラインなど、この一冊にてんかんに関する最新のエッセンスが全て網羅されている。

始めに、てんかんメカニズムを理解するために必要で、しかも基本的な疫学、神経生理学、病理学が詳細に説明され、疾患各論では各分野の第一線で最も活躍されている研究者が、初心者によくわかるように、わかりやすい構成を心がけて詳細かつ丁寧に説明されている。しかもこのため、初心者はもちろんのこと、実際にてんかんを専門に治療している医師にとっても、各項目の豊富な引用文献を検索することにより、より高度な知識をリフレッシュすることが可能で、座右の書の一つになるものと思われる。

本書は、てんかんを診療する内科、小児科、神経内科、脳神経外科や精神科の医師にとっては、必携のエンサイクロペディアと位置付けられる。さらに、てんかん患者をケアする、看護師、介護職員、患者家族にとっても、てんかんの基本的な介護と治療の重要性を理解するために必要なバイブルとなる。

2015年は、てんかんに関する大きな転機が訪れた。世界保健機関(WHO)が、ジュネーブでの総会で、「てんかん医療の強化に関する決議」を採択し

専門医も高度な知識をリフレッシュできる一冊



《日本医師会生涯教育シリーズ》 Electrocardiography A to Z 心電図のリズムと波を見極める

日本医師会 ● 編・発行
磯部 光章, 奥村 謙 ● 監修
清水 渉, 村川 裕二, 弓倉 整 ● 編
合屋 雅彦, 山根 禎一 ● 編集協力

B5・頁304
定価: 本体5,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02150-0

【評者】相澤 義房
新潟大名誉教授

このたび、磯部光章先生、奥村謙先生の監修による、『Electrocardiography A to Z——心電図のリズムと波を見極める』が刊行された。本書は日本医師会企画による第一線の臨床医に向けた循環器領域のシリーズ『心電図のABC』(日本医師会)のいわば改訂版とも言えるものである。

「監修・編集のことは」にあるように、心電図や不整脈のわかりやすい入門書であると同時に、最近の不整脈治療の進歩が理解できるように企画されている。その結果、非専門医であっても、心電図と不整脈を自ら診断し、臨床的意義を再確認できるとともに、最新治療とのかかわりを確認することができる。また退屈になりがちな心電図の記録法や波形の成り立ちの記述も、カラーで見やすく、簡潔かつ十分に内容のある口絵としてまとめられている。このカラー口絵と第I章で、心電図の基本的知識が十分に身につく。第II章では心電図や不整脈診断における一般的な流れが示されている。このようなアプローチは、心電図や不整脈診断や判読の基本で、その流れの先にはおのずと正しい診断があると言える。第III章以下、異常所見や不整脈があった場合、その病態やメカニズムはどうなっているの

か、どのような治療がありかつ必要とされるかも述べられており、大変に実用的でもある。

一般に一冊の解説書を読み上げることは日常の臨床の中では大変な労力になる。しかし本書は、目下必要性が迫られている項目から始め、時間のあるときには他の項目を読み進めるということで、ページは前後しても、本書の意図する診断から治療までの心電図と不整脈の基本と最新情報(AからZまで)が整理でき理解できるようになっていると思われる。

執筆陣はいずれも第一線で活躍中の、脂の乗りきった専門医である。といて、自身の得意分野に関する心電図や不整脈の高度な知識や技量についての記述は抑制されて、どこを読んでも基本と最新情報まできちんと述べられている。随所に挿入されている「ひとくちMEMO」も、最新の知識の整理に効果的である。

あまたの心電図の解説書が刊行されているが、リズムを見極め、波形を見極め、かつ治療方針を確かにするという点から、本書は必要かつ十分な条件を満たしている。日常臨床に役立つ書として確信をもってお薦めできる。

たことである。この決議により、今後10年間、世界各国の厚生省、厚労省に、てんかんの治療、研究、創薬、一般社会への啓蒙を進めるように進言することが承認された。わが国でも、てんかんに対する新たな取り組みとして、2015年から厚労省が、てんかんネッ

トワークの構築のための、てんかん拠点病院の指定を開始している。

本書が最新の「てんかん学」を網羅していることから、てんかんに苦しむ多くの患者を救うために奮闘している多方面の関係読者の愛読書となるものと期待している。

内科診断学の定番テキストに、新たなステージを拓く待望の新版登場

内科診断学

第3版

【編集】
福井次矢
聖路加国際病院院長

奈良信雄
順天堂大学医学部特任教授・
東京医科歯科大学特命教授



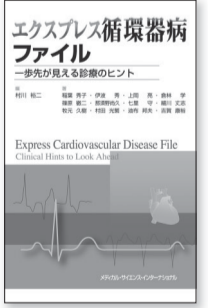
症候から診断への思考プロセスを丁寧に解説した、内科診断学の定番テキストの最新版。さらに診断学に特化するべく、好評の「症候編」を大幅拡充し、医学生・研修医が知っておきたい症候・病態をカバー。加えて、診断のプロセスを具体的な症例で解き明かす「症例編」を新設。また、図版を整理、全文オールカラー化で、一層読みやすく生まれ変わった。本文を収載した「付録電子版」付。定番のその先を狙った、野心的な大改訂。

●B5 頁1064 2016年 定価: 本体9,500円+税
[ISBN978-4-260-02064-0]

医学書院

MEDSiの新刊

すばやく読めて、さっと理解、しっかり記憶に残る循環器入門書



エクスプレス循環器病ファイル

一步先が見える診療のヒント

●編集: 村川裕二 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科 教授
●定価: 本体4,500円+税
●A5変 ●頁272 ●図・写真142 ●2015年 ●ISBN978-4-89592-835-9
循環器の基本的知識の修得を目的としたファイルシリーズ入門編。最新の知見も交えながら、臨床の足もとを固めるのに必要な126のテーマを厳選抽出、全章見開きでコンパクトにまとめた。これから循環器をマスターしたい医師、一般内科医、初期研修医に最適の1冊。上級編の姉妹書『サブウェイ循環器病ファイル』と併読すると、さらに理解が深まる。



サブウェイ循環器病ファイル

すぐそこにある診療のヒント

●編集: 村川裕二 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科 教授
●定価: 本体4,500円+税
●A5変 ●頁248 ●図79・写真17 ●2014年 ●ISBN978-4-89592-762-8

好評「ファイルシリーズ」

- 著: 村川裕二・岩崎雄樹・加藤武史 定価: 本体5,000円+税
- 著: 村川裕二 定価: 本体7,000円+税
- 著: 村川裕二 定価: 本体5,000円+税
- 著: 村川裕二・山下武志 定価: 本体5,000円+税

Medical Library 書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部(03-3817-5657)まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

《眼科臨床エキスパート》 緑内障治療のアップデート

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信 ● シリーズ編集
杉山 和久, 谷原 秀信 ● 編

B5・頁424
定価: 本体17,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02379-5

400ページに及ぶ緑内障治療に関する本が出版されたこと知り、早速手にした。

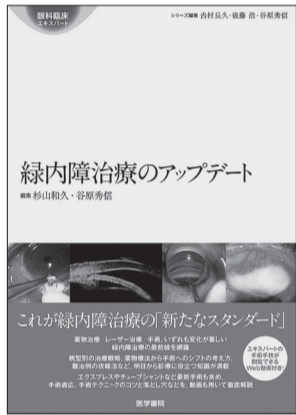
フローチャートと表が多く使用され、写真、図が豊富である。Webサイトを通して動画を見ることが出来る。商品名を記した薬物治療の実例が示されているなど、臨床の第一線を意識した構成である。要となる箇所は、著者の単なる印象ではなく文献を引用した記述であり、説得力がある。「臨床の現場で役立つ」と「根拠が明らかな記述」を重視した編集者のコンセプトを感じる。

章ごとに見ると、第1章「総説」では緑内障治療に当たった基本姿勢が述べられている。治療の目的、治療開始前の準備、薬物療法での注意点、レーザー治療や手術療法の適応などが、膨大な過去の研究を咀嚼してわかりやすく解説してある。目標眼圧の決定時に考慮すべき要因、高眼圧症や緑内障の治療開始のタイミングなど参考になることが多い。

第2章「病型別治療」では、各病型で微妙に異なる薬物療法、手術療法、そして予後が記載してある。原発開放隅角緑内障の薬物治療から手術へ切り替えのタイミング、原発閉塞隅角緑内障、原発閉塞隅角症の改訂された分類とその治療はわかりやすい。

第3章「薬物治療の実際」では、緑内障治療薬の紹介に加え、点眼薬の効果判定の詳細、多剤併用時の組み合わせ

眼科専門医、専門医志向者にとっての教科書的書籍



評者 田原 昭彦
産業医大名誉教授/田原眼科院長

せについて、詳しく説明されている。ROCK 阻害薬も含まれている。β遮断薬の効果減弱時の対応やアドヒアランスが不良なときの対処法は、役立つ手法である。前の「総説」「病型別治療」とともに、緑内障を専門としない眼科医にもぜひ読んでほしい章である。

第4章「レーザー治療」では、レーザー線維柱帯形成術の適応、手技、治療成績などが動画付きで詳細に記載されており、本術式導入時には必読である。また、迷うことが多いレーザー虹彩切開術の適応が、わかりやすい表で示されている。

上記の4章に続き、第5章「トラベクトミー」、第6章「チューブシャント手術」、第7章「トラベクトミーと流出路再建術」と、手術の術式が独立した章を構成し、全体の半分以上のページを占める。編集者の緑内障手術に対する意気込みを感じる。「手術テクニックのコツと落とし穴」や「術中・術後のトラブルシューティング」の項が設けられ、手術で遭遇するさまざまな場面でのエキスパートのテクニックや工夫が、動画を含め惜しみなく披露されている。例えば、トラベクトミーでは、内眼手術の既往眼に対する対策、強膜弁直上からの房水漏出に対する処置、さらに術後レーザー切糸での切糸の順番や Tenon 嚢が厚い例での切糸のコツなど、細部にわたる。トラベクトミーでは、Schlemm 管が狭い例やプローブ挿入時に早期穿孔した場合の対応、プローブは左右どちらから先に挿入するかなど、参考になる。また、チューブシャント手術では、手術適応から手術手技、周術期の管理、トラブルシューティングが詳しく述べられており、本手術を始めるに当たって目を通すべき章である。

緑内障は、治療に際し考慮すべき要

《眼科臨床エキスパート》 知っておきたい眼腫瘍診療

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信 ● シリーズ編集
大島 浩一, 後藤 浩 ● 編

B5・頁476
定価: 本体18,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02394-8

評者 清澤 源弘
清澤眼科医理事長

眼腫瘍は数も少なくまた治療に当たっては専門的な知識が必要であるがゆえに、大学でさえも眼腫瘍を扱わない施設が増えている。しかし、第一線の眼科医はこの病変は腫瘍なのではないか? 一般眼科医にこそ持ってほしい眼腫瘍の知識と考えて、それを適切な施設に送ることが必要である。そのためには、眼腫瘍に対する広範な知識を必要とする。だからこそ、毎日眼腫瘍を扱うわけではない一般眼科医にも眼腫瘍の知識を持ってほしいという内容が序文には書かれています。

私の場合、大学に勤務していたころまでは眼腫瘍もそれなりに最終的な主治医として診ていましたが、開業してからは、その疾患が眼腫瘍であると思えば、専門の施設に紹介するようにしています。それでも、神経眼科学を専門にしていますから、年に3、4例は眼瞼の悪性腫瘍や眼窩腫瘍が紛れ込んできます。編者の東京医大教授の後藤浩先生には、そんな患者さんの治療をお願いしたりもします。

本文は、第1章「総説」、第2章「総論」、第3章「各論」から構成されています。この構成もバランスの良い構成と言えそうです。

第1章では診療概論を眼瞼腫瘍、角結膜腫瘍、眼窩腫瘍、眼内腫瘍に分けて編者のおひとりの大島浩一先生が著します。眼科腫瘍診断は治療計画を立案するための根拠を得ることであると述べられています。

第2章は先の4分野についての腫瘍総論が述べられています。第2章までは通読されることをお勧めします。

第1節は「眼瞼腫瘍総論」で疫学的事項、どう診てどう考えるか、必要な検査、良性腫瘍の治療、悪性腫瘍の治療が述べられています。腫瘍切除後の眼瞼再建法もここに記載されています。

第2節は「角結膜腫瘍総論」。内容の章立ては前の眼瞼と同じですが、特殊な検査項目として、遺伝子再構成やフローサイトメトリーなども説明して

あります。

第3節は「眼窩腫瘍総論」。眼窩腫瘍診断のフローチャートや画像診断のオーダーの概略、眼窩腫瘍の手術的な取り方の概略も記載されていますから、専門医が眼窩腫瘍にどう対応するのかをここで見ておかれるとよいでしょう。

第4節は「眼内腫瘍総論」です。どう診てどう考えるか? という部分には鑑別診断の表が作ってあって、福島県立医大准教授の古田実先生の苦勞がしのべれます。眼内腫瘍の診断法もさまざまなものが詳しく記載されています。

Topics という面白いページがこの後に6項目作ってあります。「なぜ網膜芽細胞腫を重粒子線・サイバーナイフで治療しないのか」とか、「なぜ悪性黒色腫を眼動注で治療しないのか」といった玄人筋のうんちくがここには書かれています。

第3章は各論。さて、この本のボリュームとしては半分を少し超える部分が各論です。「眼瞼腫瘍」「角結膜腫瘍」「眼窩腫瘍」「眼内腫瘍」と進み、前章までにはなかった「小児から若年者に発症しやすい疾患」として、「角結膜デルモイド」「毛細血管性血管腫(母状血管腫)」などが追加で解説されています。第3章は、量も多いので、無理に通読はしなくても、疾患の説明が必要な患者さんが目の前に現れてからひもといても間に合いそうです。

各論では各項目の最後に「一般眼科医へのアドバイス」という記載が付いています。例えば眼窩腫瘍では、試験切除してみても悪性だった場合には直ちに次の治療に移行しなくてはなりません。どこまでをわれわれ一般眼科医が扱い、どこからは眼腫瘍専門医に手渡していくべきか? といったアドバイスがそこには的確に与えられています。

一般眼科医が手にしてみようことをぜひお勧めしたい一冊であると思います。

因が多い。点眼薬は多種多様で、確実な手術法がない。さらに、多くは慢性で、消失した視機能は取り返せないと、苦慮することが多い疾患である。しかも、その罹患率は40歳以上で5.0%と高く、眼科臨床医として避けることはできない。そのような疾患と取り組む眼科専門医、専門医志向者にとって、

本書は教科書的書籍と言える。また、スタンダードな治療法がない緑内障診療で、エキスパートのちょっとしたアドバイスが、しばしば好結果につながる。緑内障専門医をめざす医師や経験豊富な緑内障専門医にとっても、さらに上の段階への足掛かりとなる書である。

メルマガ配信中

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

医学界新聞メルマガ

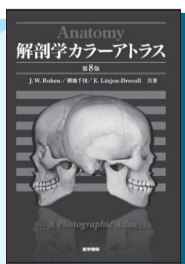
検索

他の追随を許さない、鮮明・美麗な標本写真による人体解剖学アトラス

解剖学カラーアトラス 第8版

繊細・緻密な剖出技術と鮮明な標本写真によるこの人体解剖学アトラスは、日独の著者らの協働によって成し遂げられた、唯一無比、空前絶後の芸術品である。人体の全身にわたる精妙な構造をあるがままに目にした読者は、やがて生命そのものの畏怖の境地に辿りつくであろう。全世界の医療従事者のために編纂されたアトラスの改訂第8版。

共著 J. W. Rohon
Erlangen-Nürnberg大学名誉教授
横地千仞
神奈川歯科大学名誉教授
E. Lütjen-Drecoll
Erlangen-Nürnberg大学教授

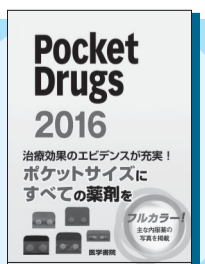


添付文書情報+オリジナル情報が充実した、ポケット判医薬品集

Pocket Drugs 2016

全治療薬を収録したポケットサイズの医薬品集。添付文書情報に加え、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「選び方・使い方」、その根拠となる「エビデンス」も掲載。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で製剤写真も掲載。2016年版では見やすくレイアウトを変更。薬効分類・同効薬が一目でわかるだけでなく、さらに薄くポケットに入りやすく改良した。

監修 福井次矢
聖路加国際病院・院長
編集 小松康宏
聖路加国際病院・副院長
渡邊裕司
浜松医科大学教授・臨床薬理学



肝動脈化学塞栓療法(TACE)

理論と実践ストラテジー

松井 修, 宮山 士朗, 大須賀 慶悟, 衣袋 健司 ● 編著

B5・頁252
定価: 本体10,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02432-7

【評者】 工藤 正俊
近畿大主任教授・消化器内科学

松井修教授はじめ4人の編著者によるTACEの理論と実践を網羅した渾身の一冊が、医学書院より出版された。松井修教授は言うまでもなく、わが国が世界に誇る Interventional Radiology (IVR) のリーダーであり、かつ肝細胞癌の精密な血流画像を駆使した肝病態診断の世界的第一人者である。画像診断とIVRの両面において世界のトップリーダーであり続けているということは、診断放射線科医の中でも稀有な存在と思われる。本書はまさにその松井教授をはじめとする4人のTACEの専門家により、TACEの歴史から理論、最新の進歩までを漏れなく取めた、まさにTACEの集大成の一冊と言えらる。代表著者の松井教授が序文で詳しく述べられているように、TACEは1978年にわが国において開発された肝細胞癌に対する治療手技である。特にLipiodolを抗癌剤の担体として使用する Selective cTACE あるいは Superselective cTACE は、わが国発の肝癌に対する根治的、かつ標準的な治療手技である。

TACEのバイブルと言え書籍



本書出版の一つの動機であったものと思われる。

内容は「理論」「手技の実際」「肝外側副路に対する塞栓術」「合併症と対応」「治療効果判定」「治療成績と適応」「転移性肝癌に対する肝動脈化学塞栓療法」「TACEの将来展望」という八つのパートに分かれている。なかでも、肝動脈塞栓術に必要な脈管解剖や肝癌の微細血管構造、微小血行動態について詳しく解説がなされている。また、Lipiodol TACEとマイクロスフィアによるTACEの理論と実際についてが特に詳細に記述されていることは、本書が若い先生方にとって大変勉強になる点であると思われる。さらに、実際の手技についても器具からカテーテル挿入術まで、あるいは塞栓支援装置としてのCT-Angio装置やコンビームCTの解説もこれまでのさまざまな報告を総括する内容で述べられている。またTACEの一般論としての肝外側副路に対する塞栓術は名人芸とも言えるが、TACEを手掛ける医師にとっては当然に知っておくべき技術が記載されている。

まさに本書は、日本において開発され発展を遂げたLipiodol TACEの理論的側面およびDEB-TACEの理論と実際をそれぞれの専門家が詳細に記述しているという点で他に類を見ない秀逸なテキストブックである。

本書を通読してみれば、Single Slice CTHAによって得られた知見やTACEの手技、詳細な病理学的観察に裏打ちされ築き上げられた松井グループの業績が次々と丁寧に解説されていることに気付かされるであろう。このような金沢大グループの松井・宮山両先生たちが打ち立ててこられたLipiodol TACEの理論と実際に加えて、以前からDEB-TACEに取り組んでこられた大須賀慶悟先生(阪大講師)や、解剖学教室で研究を行われたIVR医である衣袋健司先生(三井記念病院)も編著者として加わられた本書は、山田龍作先生(阪市大名名誉教授)、故・打田日出夫先生(元奈良医大名誉教授)、中村仁信先生(阪大名誉教授)たちのいわゆる第一世代のTACE創始者の後を次いで大きく発展させた松井教授をはじめとする斯界の専門の執筆陣による快挙であり、第三世代の若者たちへの貴重なメッセージ本あるいはバイブルとも言える書籍である。

現在、DEB-TACEやB-TACEなど

組織病理カラーアトラス 第2版

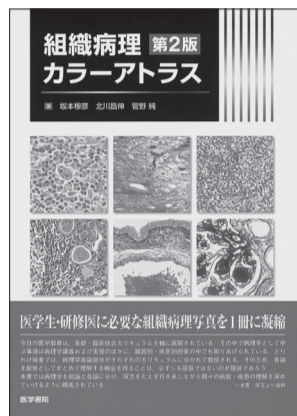
坂本 穆彦, 北川 昌伸, 菅野 純 ● 著

B5・頁416
定価: 本体10,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02143-2

【評者】 伊東 恭子
京府医大教授・分子病態病理学

病理学 (pathology) とは、①病気の原因を探り、②生体内に生じる病態の実情を究明し、③そのことを通じて病気の診断、さらに治療・予防に寄与することを目的とする学問分野である (p.2)。病理学の壮大なミッションが三か条にして冒頭に提示されている。

病理学教育への情熱が結集された優れたカラーアトラス



さて、Rudolf Virchowによって提唱された細胞病理学 (Cellular Pathologie) の概念は、近代医学の中で病理学の地歩を築き上げる上で著しい貢献をしたことは言をまたないが、今や遺伝医学・分子生物学の長足の進歩を反映して、分子の言葉で病気が語られる新しい時代を迎えている。しかしながら、今日であっても病理学の基本は、光学顕微鏡レベルでの形態学に基づいた病変の理解や診断にある。

本書においては、病理学の総論を構成する、代謝障害、循環障害、炎症、腫瘍、先天異常という概念をまず、顕微鏡写真や模式図を駆使して解説した上で、循環器から始まり骨・軟部に至る各臓器・系の疾患を取り上げ、個々を具体的に詳説するという構成となっている。序において著者が述べられているように、まさに「病理学を総論と各論に分け、双方をたえず行き来しながら個々の病態・疾患の理解を深めていけるように構成されている」。これは医学を学ぶ学生にとって、病理学の理解を円滑にする工夫として必ずや歓迎されるに違いない。従来類書では、ともすれば個々の疾患の組織像を提示することに力点が置かれ、病理学の大きな体系の中での個々の疾患の位置付けについてはさほど配慮されていなかったように思われる。それに比し本書は常に俯瞰の視点を失うことなく、病理学を学べるように気配りがなされていると言つてよい。

本書を通読すると、随所に読者の理解を助けたり、さらなる関心・興味を高めたりする工夫がなされていることに気付かされる。読者の理解を助ける工夫としては、模式図や簡潔な構成から成る表に加え、小さなサイズの写真中で囲み領域を示したすぐ横に、それと全く同一の視野を大きいサイズの写真で提示するというものを挙げる事ができる。初学者に限らず読者が形態学を理解する際に遭遇する困難の一つが、説明文中に記載されている変化(病変)が顕微鏡写真中の一体どこに対応するのか把握できないことにある。その意味でこのよ

うな工夫は図中の矢印と同様、読者の理解に資することは間違いない。また、各論の中には「基本構造のチェック」という項目が設けられていて、これは既に生理学や組織学で読者が学習した内容を、しばし立ち止まって復習する上で効果を発揮すると考える。正常構造の理解なくして病理組織学的変化の正確な理解はあり得ないからである。読者の関心・興味を高める工夫としては、「MEMO」や「*」などで、最近のトピック(例えば放射線誘発小児甲状腺癌)や英語の語義への言及がなされていることを挙げる事ができる。また、各論中の各疾患ごとの説明文には「病理診断のポイント」が箇条書きで整理されていて、医学生のみならず、病理医をめざす人々にとってもその知識を整理する上で有用と思われる。

以上のように本書は、著者の長年にわたる病理学教育への情熱が結集された、優れたカラーアトラスとして、医学生のみならず、ヒトの病理組織学を学びたいという志を持つ方々に強く推薦する。

多くのモダリティを持ってその使い分けに腐心している第三世代の若者たちにとっては、他では得ることのできない知識をこの本で得ることのできる素晴らしい著作であると考えられる。ぜひ、じかに手に取って、日常診療やTACEの現場で活用していただきたいと思う。何よりもあらためて本書により、TACEの現状を理解することで今後のTACEのさらなる進歩と、肝癌患者さんの予後の改善に必ず寄与するものと確信する次第である。

思い返せば、筆者も大学を卒業した1978年より常に松井グループのIVR

や画像診断における新しい知見の開発や発見 (Slow infusion hepatic angiography, CTHA, CTAP, Corona sign, Superselective TACE, MRI 診断, EOB-MRI) に注目し、勉強させていただいた。そのような身として、松井教授に衷心から尊敬の念を表すとともに、本書に対して最大限の賞賛をお送りしてここに多くの人に推薦したいと思う。さらに欲を言えば、日本だけでなく欧米にもこの素晴らしい著作が英訳されて日本の presence を示すことができれば、なお素晴らしいと本気で考えている次第である。

新刊 スポーツ疾患の画像診断は、この1冊で完璧!

早期診断で差がつく! スポーツ診療のための画像診断

▶さまざまなスポーツによる外傷・障害を中心に、疾患ごとに画像診断のポイントを解説。単純X線、CT、MRIのモダリティ別に提示し、診断のみならず治療法にまで言及。加えてアスリートの救急疾患や画像診断時に偶然見つける可能性のある腫瘍・腫瘍類似疾患、成人だけでなく小児特有のスポーツ疾患まで網羅。スポーツドクターをはじめ整形外科医、放射線科医など、アスリートを診る機会のある医師に対し画像診断の必須知識を厳選、提示する。

著: 小橋 由教子 東京歯科大学市川総合病院 放射線科 講師

定価: 本体7,500円+税 B5 頁340 図30・写真283 2016年 ISBN978-4-89592-837-3

TEL: (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
FAX: (03)5804-6055 Eメール: info@medsci.co.jp

新刊 人体発生学の定番テキスト、改訂新版

ラングマン人体発生学 第11版 Langman's Medical Embryology, 13th Edition

▶医学部・歯学部などの人体発生学の定番テキストとして、圧倒的な支持を獲得し続けてきたロングセラー、6年ぶりの改訂。受精から胎児までを段階的に記述した総論と、各臓器の発生を提示した各論の2部構成で、人体発生学の基本を体系的に学習できる。図・写真は大幅に追加され、本文もアップデート。発生学に繋がる「臨床関連事項」は必要に応じて提示され、臨床に関わりの深い分子遺伝学・分子生物学的知見についても解説。(各主要器官の発生の過程を解説したアニメーション動画[Simbryo]は、原著出版社HPにて英語版を視聴可能。)

訳: 安田 峯生 広島大学名誉教授 京都大学大学院医学研究科教授/京都大学先天異常標本解析センター教授
山田 重人

定価: 本体8,400円+税 B5 頁432 色図335・写真174 2016年 ISBN978-4-89592-839-7

TEL: (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
FAX: (03)5804-6055 Eメール: info@medsci.co.jp

セット購入で2冊がつながる!



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

圧倒的な量の情報を、書籍・電子の両者で提供

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2016

私はこう治療している

監修 山口 徹 / 北原光夫 総編集 福井次矢 / 高木 誠 / 小室一成

2016年版の特長

- 「同種薬の特徴と使い分け」を新設。降圧薬や糖尿病治療薬等、多くの同種薬につき、最適な薬剤の選択に有用。
- 電子版限定コンテンツとして、新たに「エビデンス」を追加。

本書の特長

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に
- 大好評の付録「診療ガイドライン」：診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説

●デスク判(B5) 頁2192 2016年 定価：本体19,000円＋税 [ISBN978-4-260-02392-4]
 ●ポケット判(B6) 頁2192 2016年 定価：本体15,000円＋税 [ISBN978-4-260-02393-1]

治療薬マニュアル 2016

監修 高久史磨 / 矢崎義雄 編集 北原光夫 / 上野文昭 / 越前宏俊

ハンディサイズで「使用上の注意」をカバーした唯一の治療薬年鑑

- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2015年に記載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を掲載。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 医薬品レファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

新薬・最新薬価情報は chimani.jp 特設サイトで随時提供!

●B6 頁2752 2016年 定価：本体5,000円＋税 [ISBN978-4-260-02407-5]

✓ 両書籍とも購入特典・電子版付

✓ セット購入により、電子版で2冊がリンク

※電子版は、本書を購入された方が無料で利用できるサービスです。電子版単体のお申し込み・ご購入はできません。

※閲覧期限は2017年1月末までとなります。

※2016年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2015年版のもので、2016年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2016年4月の予定です。

Dr. 孝志郎が教える内科系専門医試験攻略のコツ 待望の第2弾!

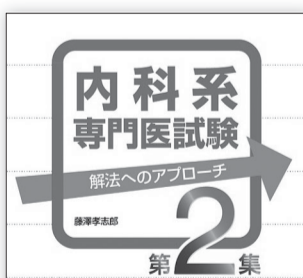
内科系専門医試験

解法へのアプローチ

第2集

藤澤孝志郎 Dr. 孝志郎のクリニック院長

Dr. 孝志郎による内科系専門医試験対策問題集の第2弾がついに登場! 第2集では、症候学や電解質異常、低血糖、ショック、染色体や遺伝子など、第1集では取り上げ切れなかったテーマも網羅する。問題はすべてDr. 孝志郎によるオリジナルで、頻出・重要テーマを厳選。病態生理から説き起こした解説を読めば、得点力アップはもちろん、臨床力もアップすること間違いなし! 試験直前のおさらいに役立つ巻末正誤問題付き。



Dr. 孝志郎が教える 内科系専門医試験攻略のコツ 待望の第2弾!

●B5 頁160 2016年 定価：本体5,000円＋税 [ISBN978-4-260-02399-3]

内科系専門医試験

解法へのアプローチ

藤澤孝志郎

既刊本

●B5 頁160 2013年 定価：本体5,000円＋税 [ISBN978-4-260-01809-8]

本邦最大級の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

今日の診断指針

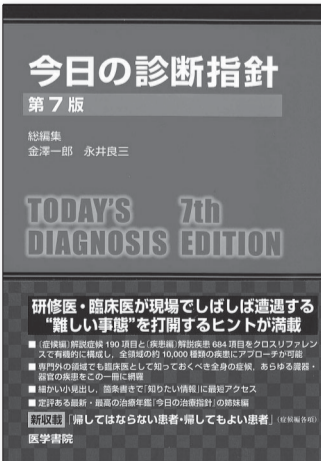
第7版

総編集

金澤一郎 永井良三

本書の特徴

- 症候編190項目と疾患編684項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇する全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
- 研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示
- 【第7版新収載】「帰してはならない患者・帰してもよい患者」(症候編各項目に掲載)



●デスク判(B5) 頁2144 2015年 定価：本体25,000円＋税 [ISBN978-4-260-02014-5]

●ポケット判(B6) 頁2144 2015年 定価：本体19,000円＋税 [ISBN978-4-260-02015-2]



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