

2016年12月19日

第3204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

- 第44回日本救急医学会..... 1面
[寄稿]薬物治療効果の構造的理理解(後編)(中野重行)..... 2面
[連載]ジェネシャリスト宣言..... 3面
[連載]高齢者診療のエビデンス..... 4面
[連載]4つのカテゴリーで考えるがん感染症..... 5面
MEDICAL LIBRARY/索引..... 6-7面

敗血症ガイドライン, 五輪医療体制

第44回日本救急医学会開催

第44回日本救急医学会総会・学術集会(会長=日医大大学院・横田裕行氏)が11月17~19日, グランドプリンスホテル新高輪・国際会館パミール(東京都港区)にて, 「挑戦」をテーマに開催された。本紙では, シンポジウム「日本版敗血症診療ガイドライン2016」(司会=千葉大大学院・織田成人氏, 阪大病院・小倉裕司氏), 「東京オリンピック・パラリンピック競技大会のあるべき医療体制へ向けて」(司会=国立病院機構災害医療センター・小井土雄一氏, 杏林大・山口芳裕氏)の模様を紹介する。



横田裕行会長

「小児」敗血症の定義については, 中川聡氏(国立成育医療研究センター)が紹介。現時点では呼吸数・収縮期血圧閾値の明確な推奨は行えないとした上で, 基準の参考となる研究を示した。

GLは2016年12月PDF公開, 2017年2月に日本集中治療医学会誌, 日本救急医学会誌に同時掲載予定。各作業過程, 議論の要旨も付録される。

東京五輪の医療体制は「地道に支える」+「有事に備える」

開催まで4年を切った東京オリンピック・パラリンピック。東京都医師会救急委員会東京オリンピック医療救護体制検討部会の山口芳裕氏(杏林大)は検討課題を6つ挙げた。①選手, 関係者を対象とした医療, ②選手村や競技会場の医務室の整備, ③チームドクターによる医療, ④マス・ギャザリングに対応する医療, ⑤外国人観光客に対する一般医療, ⑥テロ等の重大事案に対応する医療。この内④~⑥は, 都内・国内全域の病院にかかわる。氏は, 安全かつ安心な開催のためには, 開催準備の枠組みの中に早期から医療を位置付けることが必要だと述べた。

同委員会東京マラソン医療救護対策検討部会の石川秀樹氏(帝京大病院)は, テロなどの集団災害だけでなく, 感染症や食中毒などの公衆衛生, 熱中症, 外国人を含む観光客の傷病, そして開催中も生じる都民の日常の医療ニーズ, これら全てが医療の対象であることを強調した。医療ニーズは東京だけでなく, 近隣自治体や観光地などでも多発する。氏は, 国内最大級のスポーツイベントである東京マラソンのノウハウを生かすことを提言した。

テロ・災害医療対応体制の課題を述べたのは大友康裕氏(東医歯大大学

院)。日本では, 核・放射能, 感染症, 化学災害や一般災害の種類に応じて医療機関が指定されている。こうした区分は救急搬送には有意義だが, 患者自らが受診する場合には振り分けができない。氏は, 地下鉄サリン事件では8割以上の患者がタクシーや一般車両で来院したことを例示し, いずれのケースでも初動対応できるよう体制を備える必要性を示唆した。

厚労省医政局災害時医師等派遣調整専門官の経験を持つ葛西毅彦氏(市立函館病院)は, 日本の災害対応は自然災害をベースに組み立てられていると指摘し, テロ傷病者対応に特化した人材育成と組織体制構築の必要性を提言した。さらに, 事態対処医療研究会の奥村徹氏は, テロ発生時, 法執行機関しか立ち入れない危険地帯でも必要最小限の初期救護を開始することが救命率の向上には不可欠と述べ, 救急救命士, 医師, 看護師の警察職員登用を検討すべきと意見表明した。

海外の人為災害対応システムを紹介したのは, 中尾博之氏(兵庫医大)。初動対応, 被害分析, 評価, 二次対応からなる海外の4構成対応を参考に, 日本でも現場派遣や安全確保を加味した独自の体制を構築すべきと述べた。

テロ・災害事態における公衆衛生対応に関する厚労科学研究を行った井上潤一氏(山梨県立中央病院)は, テロ現場での活動には安全を最大限に担保したゾーニングと医療処置の標準化・共有が必要と提言。近年増加している同時多発・複合型テロでの救命率向上のため, 医療・警察・消防・救急が平時から協働する枠組みの構築を訴えた。

日本版ガイドライン作成の意義

国際的な敗血症診療ガイドラインであるSurviving Sepsis Campaign Guideline(SSCG)の普及に伴い, 敗血症診療におけるEBM実践が進展している。

日本独自の治療法などを考慮し, 日本救急医学会と日本集中治療医学会が合同で作成を進めている「日本版敗血症診療ガイドライン2016」(GL)作成特別委員会委員長の西田修氏(藤田保衛大)は, 日本独自のGL作成の意義を以下4つ述べた。①GL作成やシステムティックレビュー(SR)ができる人材の育成, ②領域ごとにエビデンスの有無を明示することによる, 新たな臨床研究課題の明確化, ③人材ネットワークを有機的につなげることによる, 多施設RCTなどを行う土壌の構築, ④SRなどを通して新たに見いだされたエビデンスの論文化による, 救急・集中治療領域の資産作成。すでに複数の論文が国際学術誌に掲載, あるいは掲載予定だという。

今回のGLは2016年2月に発表された敗血症の新たな定義「Sepsis-3」(本紙3169号参照)に準じ, SOFAスコ

アおよびqSOFAスコアが採用される見込みだ。

GLは新たに8領域を含む全19領域を収載。中でも, ICU退室後の長期予後に焦点を当てた「PICS/ICU-AW」は, 欧米のガイドラインにはまだ入っていない全く新しい領域だ。GL作成委員会PICS/ICU-AW班の井上茂亮氏(東海大)は, 敗血症生存者の3分の1にADL障害があること, 6か月後にADL障害がある敗血症生存者の半数が1年以内に死亡または障害が残存することを指摘した。電気筋刺激と早期リハビリテーションという2種の介入について, ICU-AW発症率の低下傾向や筋力量増加傾向があったものの有意差はないことから, 「電気筋刺激は実施しないことを推奨」, 運動機能を有意に回復し, 人工呼吸器装着時間を短縮するが, 生活の質・精神状態については有意差が見られないことから, 「早期リハビリテーションは弱く推奨」する方針を示した。

「体温管理」は, 久志本成樹氏(東北大)が報告。敗血症時の発熱には, 侵入微生物の増殖抑制・発育時間延長や抗菌薬への感受性増加, 免疫反応促進の効果がある。体温低下は予後不良の独立した予測因子であることから, ルーチンの解熱療法は実施しないことを弱く推奨。ただし, 頻脈・頻呼吸・患者の苦痛など, 発熱に伴う生体反応が問題な場合, その緩和目的の解熱療法は否定しないとのこと。

次週休刊のお知らせ
次週, 12月26日付の本紙は休刊とさせていただきます。明年も引き続きご愛読のほど, なにとぞよろしくお願い申し上げます。(「週刊医学界新聞」編集室)

December 2016 新刊のご案内 医学書院
泌尿器病理診断トレーニング
看護にいかす インストラクショナルデザイン
医療倫理学の方法 原則・ナラティブ・手順 (第3版)
処置時の鎮静・鎮痛ガイド
言語聴覚士のための基礎知識 臨床歯科医学・口腔外科学 (第2版)
看護事故の舞台裏 22事例から徹底的に学ぼう
イラストでまなぶ生理学 (第3版)
腎機能に応じた投与戦略 重篤な副作用の防ぎかた
生きている しゅみがわかる 生理学
リスクアセスメント力が身につく 実践的医療安全トレーニング
病期・病態・重症度からみた 疾患別看護過程 +病態関連図 (第3版)
〈日本医師会生涯教育シリーズ〉 皮膚疾患ペディア
日本腎不全看護学会誌 第18巻 第2号
質的研究 Step by Step すぐれた論文作成をめざして (第2版)
肝胆膵高難度外科手術 (第2版)
標準整形外科学 (第13版)
スーパーバイズでお悩み解決! 地域における支援困難事例15
目でみるからだのメカニズム (第2版)
言語聴覚研究 第13巻 第4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。

寄稿

薬物治療効果の構造的理解(後編)

「食事・運動・心の持ち方」の大切さを患者に伝えるには

中野 重行 大分大学名誉教授/臨床試験支援財団理事長

前編(第3200号)で言及した通り、薬物治療の効果は「自然治癒力を含む自然変動Nとプラセボ効果P(N+P)の上に真の薬効Dが乗っている」と構造的に理解することができます(図の①)。薬物治療の効果をもつためには、DかN+P、あるいはその両方を高めれば良いのです。

真の薬効Dは薬物濃度の関数

まずは、真の薬効Dが増大する場合、何が変化しているのかを示します。

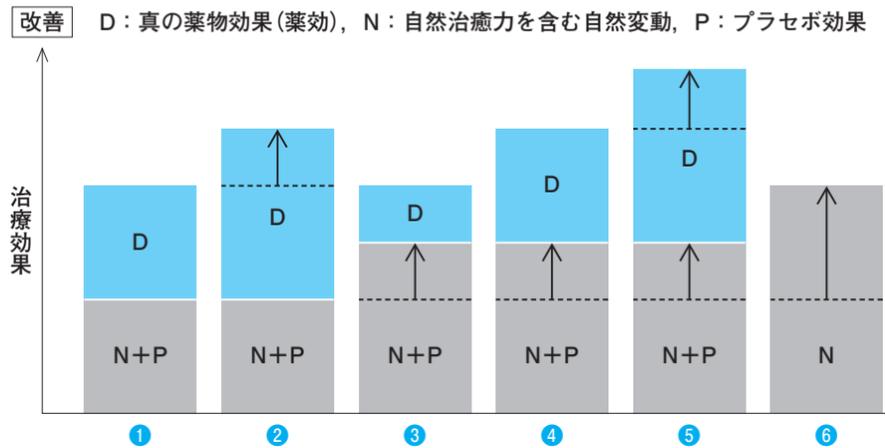
生体に投与された薬物の薬理作用の強さEは、3つの要因によって規定されます。それらは①薬物の固有活性a(薬物の有する薬理作用の特性)、②作用部位における薬物濃度C、③薬物に対する生体の感受性Sです。この3要因の関係を簡潔に表した式は、 $E=k \times f(a, C, S)$ kは比例定数

aは固有値で、Sも私たちが操作することは困難ですが、Cは薬物投与量と投与間隔を調節することにより操作可能です。Cは薬物動態(吸収・分布・代謝・排泄)の影響を受けます。図の②は、真の薬効Dを高めて治療効果を高めた場合です。そのような投与設計をするためには、適切な薬物を選択し、薬物動態に影響を与える病態の変化に配慮しながら、患者の体内からの薬物消失速度(クリアランス)の大きさに応じて、投与速度(投与量/投与間隔)を調節することが必要になってきます。

一方でN+Pのほうに目を向ければ、③のように生体の回復力を高め、N+Pが高まると、①と同じ効果をもたらすのに必要な薬物投与量を減らすことができます。薬物投与量を変えなければ、治療効果は高まります(④)。DとN+Pの両方を高めると、薬物治療効果はさらに高まります(⑤)。場合によっては薬物が不要になるでしょう(⑥)。

N+Pを高めるための3要素と指導例

N+Pが低下している場合にはその回復を、N+Pが低下していない場合にはその増強をめざすことが治療効果を高めるのに役立ちます。有効な薬のなかった紀元前の時代を生きたヒポクラテスは、Nの一部である自然治癒力(vis medicatrix naturae)を重視しました。治療行為は「疾患Disease」ではなく、「病人Patient with disease」を対象とし、患者と医療者間の信頼関係を



●図 治療効果を高めるためのストラテジー
通常の薬物治療の効果(①)。Dを高めたとき、薬物治療の効果は高まる(②)。N+Pを高めると薬物投与量を減らしても、①と同じ効果を得られる(③)。N+Pを高めると薬物治療の効果は高まる(④)。DとN+Pを共に高めると薬物治療の効果はさらに高まる(⑤)。Nを⑥のように高めると薬物が不要となる。

治療行為のベースにしますので、その「養生法」には心理社会的要因の考慮が、自然治癒力を高める工夫として必要となります。この点で、中世のフランス人外科医パレが残した「我、包帯す。神、癒し賜う。」という言葉は現代から見ても正鵠を射ていると言えます。

したがって、昔から蓄積されてきた先人の知恵の多くが、N+Pの増強に役立つと考えられます。それは「食事、運動、心の持ち方」を三本柱としたライフスタイルに関連した要因で、ランダム化比較試験(RCT)や前向きコホート研究でその効果が示される時代が来ています。生活習慣の改善は、生活習慣病の診療ガイドラインにも記載されており、医師は患者のN+Pを高めるような治療と伝え方を、もっと実践していきたいところです。

1) 食事

1983~88年に実施された食生活と病気に関する米国、英国、中国の協力による疫学調査研究(チャイナ・スタディ)では、各種のがん、自己免疫疾患、高齢者の脳機能障害(認知機能障害など)を回復し、予防することが証明されている食習慣は、「植物性食品中心のホールフード(未精製、未加工の食べ物)で構成された食事」であることが明らかにされました¹⁾。この所見は、その後米国人の食生活改善をめざす政策に反映されています。

食生活の改善による効果は、ライフスタイル・ハート試験のような前向きなRCTでも認められています²⁾。新鮮な野菜や果物、全粒穀物、豆類に含まれる抗酸化物質は、若さと健康を保ち、免疫機能を高め、心疾患、その他の慢性疾患の予防に役立つ働きをすること

がわかっています。

ヒトの体は数十万年前当時の食事(山菜・木の実・果物が中心で、肉や卵の摂取は少ない)に適応してきましたが、現代では精製糖、精白小麦粉・精白米、植物油などが、摂取カロリーの多くを占めるようになってきました。血糖指数(GI値)の高い精製糖や精白小麦粉などの摂取量を減らし、GI値の低い玄米などの全粒穀物による製品や野菜、豆類、果物などの摂取を増やすことも、Nを高めるのに役立ちます。

食事については、量(摂取エネルギー)と内容(種類とバランスの取り方)を意識することが第一歩です。しかし、具体的なイメージができていない人が多いのが現状です。筆者は、適正な摂取エネルギー量と健康を保つために必要な栄養素の基礎知識を、『糖尿病食事療法のための食品交換表』(日本糖尿病学会編・著、日本糖尿病協会・文光堂)で視覚的に学ぶことを、糖尿病でない人にも勧めています。

2) 運動

運動をする習慣(例えば、早歩きとゆっくり歩きを繰り返すインターバル・ウォーキング:1日30分、週4日を目標)は、肥満、高血圧、心臓病、うつ病、認知症の予防になるだけでなく、がんになる危険性も減らすことがわかっています³⁾。運動は筋力や骨密度の維持に役立つだけでなく、ストレス解消、自律神経安定化、血行促進、脳の活性化、免疫力を向上させる効果があるとされています。

このような運動の効果を知った上で、自然を含む景色を眺めながらウォーキングする習慣を身につけると、体調の良さや変化を自覚できるように

なります。自分の体調の変化がわかるようになると、運動だけでなく自分の生活習慣の自己管理ができるようになってきます。そのためには、体重を記録し変化を視覚化することも役立ちます。

3) 心の持ち方

筆者がNを高めるために大切にしていることは、自分の生きる意味・生きがいを見つけることです。ヴィクトール・フランクルの名著『夜と霧』の「ロゴセラピー」の核心は、自分の生きる意味・生きがいを見いだせるように支援することです。

化学療法、手術、放射線療法などの治療を行った転移性乳がん患者86人を対象にしたRCTによると、1年間、毎週1回1時間30分、不安などを正直に打ち明けられる雰囲気の中で精神科医、ソーシャルワーカー、乳がんが寛解しているセラピストによる指導を受けたソーシャルサポート群では、平均して2倍、通常治療群(5年後には全員死亡)よりも長生きし、統計学的に有意差が認められました⁴⁾。ソーシャルサポート群への介入は1年間にすぎませんが、介入期間でグループ内に出来上がった親密なコミュニティは、その後もずっと続いたことが確認されています。それがストレス軽減と心の安定に役立ち、免疫力の低下を防いでNが増大したものと考えられます。

一般的に、「天からもらった命」という言葉を使いますが、筆者は「もらった命」ではなく、「天からお預かりしている命」だと思っています。預かっている命なので大切に使用して、少しでも人の役に立つことをしながら天寿を全うして、天にお返しする時が来たなら、そっとお返ししたいものです。生活習慣改善へのモチベーションのために、筆者は患者にそのように語ってきました。

筆者は、長年にわたって心身医学の臨床で診療してきました。臨床薬理学の視点から、薬物療法でコントロールできない種々の慢性疾患患者に対してN+Pを高める工夫を話し、薬を減らし、あるいは薬なしで社会復帰していく姿を、繰り返し見てきました。N+Pがサイエンスとして扱いにくいのは、影響を受ける要素の分離が難しく、比較試験が難しいからですが、N+Pは薬物治療において重要であり続けています。このことは、これからの治療法として期待されている遺伝子解析によるプレジジョン・メディシンでも同様です。

●参考文献

- 1) T. Colin Campbell, et al, The China Study—the most comprehensive study of nutrition ever conducted and the startling implications for diet, weight loss, and long-term health. Benbella Books; 2006.
- 2) Ornish D. Love & Survival—8 pathways to intimacy and health. William Marrow Paperbacks; 1999.
- 3) Br J Sports Med. 2011 [PMID: 19846423]
- 4) Lancet. 1989 [PMID: 2571815]

患者も術者もラクになる。処置時の鎮静・鎮痛を使いこなそう!

処置時の鎮静・鎮痛ガイド

縫合・除細動・内視鏡の挿入など、一般的な処置の際に、患者の痛みや不安を軽減する鎮静や鎮痛について、入門的に解説したガイドブック。基本的な考え方や薬剤の使い分け、場面別での方法やケーススタディも収録。非麻酔科医でも安全にできる、鎮静・鎮痛の世界的スタンダード。付録には、鎮静・鎮痛施行の際に必要な各種チェックリスト、同意書のひな形などを掲載し、またPDF形式でのダウンロード配信も行っている。

編集 乗井達守
University of New Mexico
Assistant Professor of
Emergency Medicine

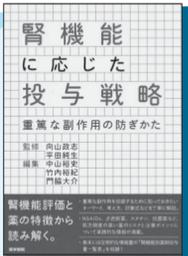


腎機能評価と薬の特徴から読み解く、上手な薬の使いかた

腎機能に応じた投与戦略 重篤な副作用の防ぎかた

重篤な副作用を回避するために医師、薬剤師が知っておきたいキーワード、考え方、計算式を、症例をあげながら具体的に解説。NSAIDs、β遮断薬、スタチン、抗菌薬など、処方頻度の高い薬のリスクと注意ポイントについて、実践的な情報を記載した。腎機能を正しく評価するための「10の鉄則」と、圧倒的な情報量の「腎機能別薬剤投与量一覧表」を収録! 上手な薬の使い方を導く。

監修 向山政志
熊本大学医学部教授・腎臓内科学
平田純生
熊本大学薬学部教授・臨床薬理学
編集 中山裕史
熊本大学医学部講師・腎臓内科学
竹内裕紀
東京薬科大学准教授・医療実務薬学
門脇大介
熊本大学薬学部准教授・臨床薬理学



The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

「ジェネラリストか、スペシャリストか」。二元論を乗り越え、「ジェネシャリスト」という新概念を提唱する。

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学
/神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第42回】

世界史と日本史 ——ジェネラルとスペシャル

神経系の副作用に記載が増えたのは、2016年6月のことだ。

この未来予測に、特別な知性は必要ない。ただ、医薬品の歴史をちょっと丁寧に振り返ってみればすぐわかることだ。しかし、その「ちょっと振り返る」ことがなされていないために、日本ではどの領域においても、新薬が発売されると、信じられないくらい爆発的に良く売れる。

まあ、そんなわけでほくは割と真剣に世界史や日本史を勉強するようになった。その結果、『日本の科学技術』(原書房)というシリーズに日本の感染症対策の歴史をまとめる機会を得たし、『サルバルサン戦記』(光文社)という秦佐八郎の伝記を書くこともできた。またこのようなアウトプットを通じて、さらに歴史を勉強することができた。

とはいえ、歴史の大事さについては気付くのが遅過ぎたとも思っている。繰り返すが、若いころに世界史と日本史を真面目に勉強してこなかったことについては、自らの不明を恥じ入るばかりである。

ところで、日本史は世界史に比べると扱っている領域が極めて狭い。世界史はアジア、ヨーロッパ、アフリカ、アメリカ大陸その他諸々の地域を扱い、その範囲はちっぽけな日本列島の歴史よりもずっとずっと広い。

そういう意味では世界史はジェネラル、日本史はスペシャルという見方もできなくはない。しかし、通常「日本史」という領域を「スペシャル」な領域ととらえる人は少ないだろう。歴史の「スペシャリスト」はもっと狭い範囲の専門家のことを言い、例えばそれは「関が原の戦いの専門家」かもしれないし、「関が原の戦いにおける真田昌幸の動向の専門家」かもしれないし、「関が原の戦いにおける真田昌幸の部下の忍の動向の専門家」かもしれない。

こうして考えてみると、「ジェネラル」か「スペシャル」かという分類は極めて恣意的である。世界史と日本史では、明らかにその守備範囲の広さに違いがあるが、守備範囲の違いをもっ

てジェネラルとスペシャルには分けられない。ジェネラルとスペシャルの分水嶺は、歴史学領域のどこにも見いだすことができないのではなからうか。

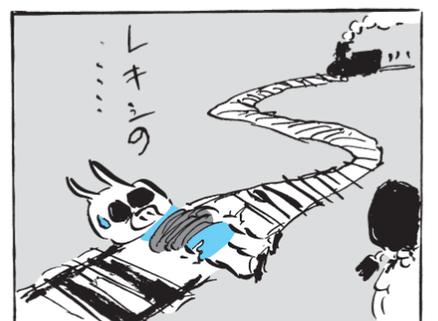
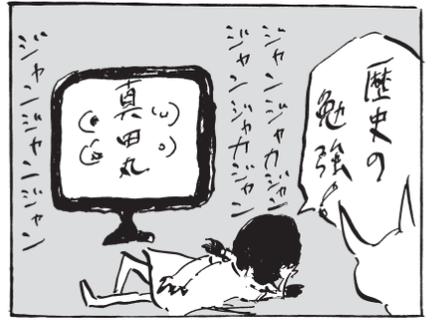
実は医学医療の領域においても、ジェネラルとスペシャルの区別は難しい。このことは繰り返し書いているが、今回の「世界史」と「日本史」が非常にわかりやすい例で、(ほくにとっては)腑に落ちたので再度ここに取り上げた。

同様のロジックを使うといろいろ見えてくるものがある。例えば「ホスピタリスト」はジェネラリストか? という疑問も、実はあまり意味のない疑問だとわかる。ほくはこれまでに「在宅をやらないと真のジェネラリストじゃない」とか「やっぱり小児も診られない」とか「妊婦健診や分娩ができない」とか「外傷、熱傷もできなきゃ」とかいう主張をいろいろな人から聞いてきたが、いずれもまったく意味がない。そのロジックは「エジプトを抜きに、歴史を語るな」とか「百年戦争を扱わずに、何が歴史だ」というのと同小異である。よく言われる「継続性」とか「包括性」、その他のキーワードにも、実は意味がない。

意味のないことが悪いのではない。「意味がないと気付くこと」が大事なのだ。それは自分たちの「とらわれ」から己の身を解放することだからだ。

いかにカッティングエッジな歴史領域を専門にしても、歴史全体のパースペクティブを学んでいることの意味は大きいと思う。歴史はしばしば

ちねしやりちゃん



反復の連続であり、洋の東西を問わず同じ話が繰り返されるからだ。その反復構造の一般化は、新薬に副作用が見つかっていく過程にも違った世界を見せてくれると、門外漢はそのように感じるのである。

要は「ジェネラル」と「スペシャル」の意味のない二元論を超越した「ジェネシャリっていいですよ」といういつものオチである。

恥

ずかしながら、世界史の講義を取ったことがなく、本当に情けないくらい世界の歴史を知らなかった。日本史も非常に不真面目にしか勉強しておらず、こちらについても恐ろしく無知だった。

昔、ぼくはノモンハン事件と日露戦争を取り違えたことがあった。そのくらい無知だったわけで、そのデータメっぷりがよくわかるだろう。

しかし、最近わかってきた。歴史の勉強は非常に役に立つ。なぜなら、過去を学ぶことで未来を予測できるようになるからだ。

別にそんなに大げさな予測ではない。例えば、「新薬は発売されてしばらく経ってから、第III相試験までに発見されなかった思わぬ副作用が見つかることが多い」のは一般法則として過去から学ぶことができ、そしてこの一般法則は将来新発売される薬にもアプライできる。Trovaflaxacin (日本未発売)、ガチフロキサシン (ガチフロ®) の経口薬、テリスロマイシン (ケテック®) など、世に出てから大きな問題が露見して撤退する薬は少なくない。

だからぼくは発売されたばかりの薬には、「その薬にしかないプロパティ」が「どうしても必要」なとき以外は手を出さない。そして、「どうしても必要」なシチュエーションはめったにない。だからぼくは、新薬にはほとんど手を出さない。

HIVに対する治療薬、ドルテグラビル (テビケイ®) が2014年に発売されたとき、日本でもアメリカでも、この直径約9.1mmと小さい薬に飛びついた。多くの患者には「この薬にしかないプロパティ」が必須ではなかったのだが、「飲みやすい」とか「耐性が出にくい」といった理由で、どんどん既存薬から切り替えられた。ほくのところには担当MRが連日やってきて、「こんな新しいデータがある」とか「こんな非劣性試験がある」とほくを説得しようとした。

でも、ぼくはこの薬について「わかっていること」ではなく、「まだわかっていないこと」を根拠に手を出していなかった。だから彼の説得をほとんど無意味に感じていたが、そのことは彼には理解してもらえなかったようだ。

発売してから1年もたつと、この薬は精神・神経系に副作用を生じることがわかってきた。ぼくの元に来たある患者は、あれやこれやのさまざまな不定愁訴を持っていたが、テビケイ®を止めて既存の抗HIV薬(ほとんど副作用について知り尽くされている、「歴史の重み」のある薬)に替えたなら、そういった諸症状はゼロになった。テビケイ®の添付文書が改訂され、精神・

皮膚疾患のエンサイクロペディア、ここに登場!

<日本医師会生涯教育シリーズ> 皮膚疾患ペディア

本書はcommon diseaseはもちろん、まれであっても見逃してはならない皮膚疾患を網羅したアトラスである。1,000点を超える臨床写真を収録し、典型像だけでなく、病型、部位、経過、治療例などのバリエーションを示した写真を添え、目で見て疾患の特徴を把握できる1冊となっている。また、診療ガイドラインの要点をコラムで解説。所見と部位を手がかりに、絵合わせ的に探せる疾患インデックス付き。

編・発行 日本医師会
監修 片山一朗
大阪大学大学院医学系研究科
情報統合医学皮膚科学講座 教授

編集 浅井俊弥
浅井皮膚科クリニック 院長
岩月啓氏
岡山大学大学院医学薬学
総合研究科皮膚科学分野 教授
横関博雄
東京医科歯科大学大学院医学
総合研究科皮膚科学分野 主任教授

耳鼻咽喉科医必携マニュアル、 臨床ですぐに役立つ知識・手技を網羅

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 レジデントマニュアル

**耳鼻咽喉科
頭頸部外科
レジデントマニュアル**

監修 伊藤壽一 大森孝一
編集 楯谷一郎

耳鼻咽喉科専門医を
めざす医師にとって
必須の事項をコンパクトに収録

臨床ですぐに役立つ知識・手技を網羅

本書は、耳鼻咽喉科疾患の検査法、診断、治療について、安全に医療を行う上で必要な知識を実践的にまとめたレジデントマニュアルシリーズの1冊。耳鼻咽喉科専門医を目指す後期研修医、耳鼻咽喉科医を主たる読者とし、耳鼻咽喉科専門医にとって必要かつ臨床にすぐに役立つ知識をわかりやすく解説。また実際の診療の流れに即した実践的な構成で、耳鼻咽喉科新専門研修プログラムにも対応した内容となっている。

●B6変型 頁432 2016年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02526-3]

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9回 転倒リスクの高い高齢者、 抗凝固薬は継続? 中断?

森 隆浩 亀田総合病院 総合内科

症例

心房細動、高血圧、慢性腎不全の既往があり、ワルファリンを内服中(Pt-INRは2.0~2.5で安定)の84歳女性が娘と一緒に定期外来を受診した。この半年で2回転倒したが、今のところ転倒に伴うけがや出血は起こしていない。

ディスカッション

- 脳梗塞発症リスクの評価方法は?
- 抗凝固療法中の出血リスクは?
- 抗凝固薬のベネフィットと転倒に伴う出血リスクをどう判断する?

心房細動は高齢者診療において一般的な疾患である。約63万人を対象とした2003年の日本循環器学会疫学調査によると、心房細動の有病率は60~69歳で1.0%、70~79歳で2.1%、80歳以上で3.2%に上り¹⁾、有病者は高齢化の進展に伴い今後さらに増加すると予想される。心房細動を有する患者では、脳梗塞の発症リスク上昇とそのマネジメントが大きな問題となる。

CH₂DS₂-VAScスコア2以上で 抗凝固療法の適応が推奨

脳梗塞発症のリスク評価に関して、米国AHA/ACC/HRS合同の心房細動患者管理ガイドライン²⁾と欧州心臓病学会(ESC)の心房細動管理ガイドライン³⁾では、CH₂DS₂-VAScスコアが推奨されている。一方日本の心房細動治療(薬物)ガイドライン(2013年改訂版)⁴⁾では、CH₂DS₂-VAScスコアはCHADS₂スコアに比べ低リスク患者の評価には有用であるものの評価が煩雑であること、ガイドライン発行時点でCHADS₂スコアさえ十分に広まっていない状況などから、基本的にはCHADS₂スコアを用いることとし、CH₂DS₂-VAScスコアで新たに加わった項目をその他のリスクとして追加している。

スウェーデンの大規模コホート研究によると、CH₂DS₂-VAScスコアは脳梗塞発症率とおおむね正の相関がある⁵⁾。また、非弁膜症性心房細動でCH₂DS₂-VAScスコア2以上の場合、抗凝固薬が脳梗塞予防につながるのと強いエビデンスから²⁻⁴⁾、抗凝固療法

の適応が推奨される。デンマークの患者レジストリデータに基づくモデルでは、CH₂DS₂-VAScスコアが2~9のNNT(Number Needed to Treat)は、ワルファリンで110程度、DOAC(直接経口抗凝固薬)で70~100程度と見積もられている⁶⁾。

出血リスクの高さは 抗凝固薬の中止理由にはならない

次に、出血リスクの推定方法としては、HAS-BLEDスコアなどが挙げられる。一般的には、出血リスクの高さは必ずしも抗凝固薬の中止理由にはならない。むしろ出血のリスク因子を同定し、リスク因子が軽減できるのであれば介入するよう推奨されている^{2,3)}。カリフォルニア州で行われた研究によると、ワルファリン使用中に生じた出血から30日以内の死亡率は0.26/100人・年で、このうち頭蓋内出血が約90%を占め、最も重篤かつ致死性であった⁷⁾。この研究の人種の内訳は不明であるが、頭蓋内出血発症率には人種差があり、日本人を含むアジア系民族で高いとの報告もある⁴⁾。

ワルファリンとDOAC(ダビガトラン、リバーロキサパン、アピキサパン等)の出血リスクの差はどうだろうか。PT-INRが良好にコントロールされているワルファリン群との比較でも、ワルファリンよりDOACの頭蓋内出血頻度が低いことが複数のRCTで報告されている⁸⁻¹⁰⁾。ただし、抗凝固薬選択の際には、DOACはワルファリンと比べ薬価が高いこと、重度・末期の腎不全患者や弁膜症を伴う心房細動ではDOACは推奨されていないことなども考慮すべきである。そして、頭蓋内出血を避けるためには、血圧や血糖などのコントロールを良好に行うこと、アルコールの過剰摂取を避けること、禁煙、可能であれば抗血小板薬の併用を避けることが推奨されている²⁻⁴⁾。

転倒による出血リスクは 過大評価される傾向にある

抗凝固薬はハイリスクな心房細動患者にベネフィットをもたらす一方で、出血(特に頭蓋内出血)は致死的な事態にもつながりかねない。医師は、「転倒に伴う大出血のリスクは抗凝固薬によって得られるベネフィットを上回る」と判断することが多く^{11,12)}、出血リスクは過大評価される傾向にあるとも言える。出血は発生頻度こそ高くないとはいえ、転倒リスクが高くなる高齢者では、医師が継続(あるいは新規開始)の判断に迷うのも当然だろう。

実際、抗凝固療法中の転倒に伴う出血リスクは、さまざまな報告が存在する。退院時に経口抗凝固薬を内服していた515人を対象としたスイスの前向きコホート研究では、退院後1年以内に大出血が発生するまでの時間を転倒高リスク群と低リスク群で比較した結果、転倒リスクの高さと大出血には関連が見られなかった¹³⁾。また、転倒リスクは抗凝固療法の適応を判断する際の決定的な因子にはならないという研究結果も報告されている¹⁴⁾。

その一方で、カリフォルニア州の大規模データベースを用いた後ろ向き研究では、転倒リスクの高い高齢者への抗凝固薬の使用は死亡率の上昇と関連があり、脳梗塞の発症リスクが低い(CH₂DS₂-VAScスコア0~3)場合には、抗凝固療法によって生じるリスクがベネフィットを上回る可能性があるとしている¹⁵⁾。日本でも、転倒後に救急外来を訪れた高齢者を対象に単施設で行われた後ろ向き研究において、ワルファリンの使用と外傷性脳出血との関係が示されている¹⁶⁾。

また、イギリスの4病院で行われた研究では、抗凝固薬使用中の患者においては、「転倒リスク」ではなく「実際の転倒歴」が大出血・死亡率と関連していたと報告された¹⁷⁾。これは、転倒リスクの評価において過去1年の転倒歴が重要な要因となるというGanzらの論文とも一致している¹⁸⁾。

※
このように、抗凝固薬の新規開始、継続、中止の判断は容易ではない。また研究の性質上、観察研究よりもエビデンスレベルの高い結果が示される可能性も低いだろう。したがって、患者本人や家族とリスクとベネフィットについて十分に話し合い、方針を決定していくことが重要である。

症例その後

患者のCH₂DS₂-VAScスコアは4であり、脳梗塞の発症リスクは1年当たり5%程度と見積もられた。ワルファリンを継続することで転倒し脳出血を起こすリスクと、抗凝固薬を中止して脳梗塞を起こすリスクについて患者本人と家族と話し合った。患者は、脳梗塞によって寝たきりになった者が

身近におり、脳梗塞のリスクを少しでも減らしたいという考えが強かった。転倒に伴う致命的な出血リスクが少ないながらも存在することを説明した上で、ワルファリン継続とした。また、今後も抗凝固療法によるベネフィットと転倒に伴う出血リスクを定期的に再評価し、話し合うこととした。

クリニカルパール

- ✓ 心房細動患者の脳梗塞発症リスクはCHA₂DS₂-VAScスコアで評価し、スコアが2以上の場合、抗凝固療法の適応が推奨される。
- ✓ 出血リスクの高さは、必ずしも抗凝固療法の新規開始の断念や中止の理由とはならないが、頭蓋内出血は致死となる可能性がある。
- ✓ 抗凝固薬使用による転倒リスクと大出血との関連は明確ではない。
- ✓ 抗凝固療法によるリスクとベネフィットを患者本人や家族と話し合った上で方針を決定し、定期的な再評価を行うことが重要である。

【参考文献・URL】

- 1) Int J Cardiol. 2009 [PMID: 18691774]
- 2) Circulation. 2014 [PMID: 24682347]
- 3) Eur Heart J. 2016 [PMID: 27567408]
- 4) 日本循環器学会. 心房細動治療(薬物)ガイドライン(2013年改訂版). 2013. http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013_inoue_h.pdf
- 5) Eur Heart J. 2012 [PMID: 22246443]
- 6) Thromb Haemost. 2012 [PMID: 22186961]
- 7) Am J Med. 2007 [PMID: 17679129]
- 8) N Engl J Med. 2009 [PMID: 19717844]
- 9) N Engl J Med. 2011 [PMID: 21830957]
- 10) N Engl J Med. 2011 [PMID: 21870978]
- 11) Am Heart J. 2011 [PMID: 21315204]
- 12) Age Ageing. 2011 [PMID: 21821732]
- 13) Am J Med. 2012 [PMID: 22840664]
- 14) Arch Intern Med. 1999 [PMID: 10218746]
- 15) J Trauma Acute Care Surg. 2014 [PMID: 24553530]
- 16) Geriatr Gerontol Int. 2012 [PMID: 22348411]
- 17) Am J Med. 2014 [PMID: 24929021]
- 18) JAMA. 2007 [PMID: 17200478]

一言アドバイス

- DOACは飲み忘れるとすぐに(内服後12~24時間で)治療効果が消失してしまい、飲み過ぎてしまっても拮抗薬がない。確実に内服できているかどうか(治療効果)をPT-INRなどでモニタリングできない薬剤でもあるため、アドヒアランスに不確実性のある高齢患者への処方により慎重に判断したい。(関口 健二/信州大病院)
- 転倒リスクは内因子と外因子で整理。内因子では認知機能と下肢筋力やサルコペニア、外因子では薬剤評価が最低限の項目と考えている。使用頻度が高く、転倒リスクを高めるベンゾジアゼピン系薬の中止はぜひ行いたい。(許 智栄/アドベンチストメディカルセンター)

「地上で溺れる病」COPDを救う、集学的ケアチームによる臨床ガイド

一歩先のCOPDケア さあ始めよう、患者のための集学的アプローチ

「地上で溺れるような」「もっとも苦しい人生の最終段階」と世界中の医療者が嘆き、苦慮する現代の病COPD(慢性閉塞性肺疾患)。超高齢社会のわが国で、500万人超の潜在患者層を来たるべき悲劇から救うため、最前線から集学的ケアチームが駆けつけた! 「牛乳瓶1本ぶんの酸素」でよみがえる笑顔のため、患者の人生をより良く支えるTips(現場のコツ)を詰め込んだ、臨床ですぐに役立つガイドブック。

編集 河内文雄
医療法人社団に仁会・
福毛サテッククリニック理事長
巽浩一郎
千葉大学大学院医学研究院
呼吸器内科学講座・教授
長谷川智子
福井大学医学部学術研究院
医学系部門看護学領域・教授



レジデントだけの本ではありません! 緩和医療に携わる全スタッフ必読の書、誕生!

緩和ケアレジデントマニュアル

緩和ケアの新スタンダードマニュアルが、ついに完成。第一線で活躍する気鋭の執筆者陣が、基本から最新知見・ノウハウまで緩和のエッセンスを解説。各項目ではエビデンスを重視し、および限り非がん疾患にも応用できるよう心がけた。通読できるコンパクトサイズながら網羅的であり、入門書としても最適。若手のみならず、指導者にとっても有用な好書。日常診療では白衣のポケットに忍ばせていただきたい1冊。

監修 森田達也
聖隷三方原病院 副院長・緩和と支持治療科
木澤義之
神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学分野 特命教授
編集 西 智弘
川崎市立井田病院・かわさき総合ケアセンター 副院長
松本禎久
国立がん研究センター東病院・緩和医療科 医長
森 雅紀
聖隷三方原病院・緩和ケアチーム
山口 崇
神戸大学医学部附属病院・緩和ケアセンター 緩和ケアチーム 特命助教



目からウロコ!

4つのカテゴリーで考える がんと感染症

森 信好 聖路加国際病院内科・感染症科医幹

【第7回】

好中球減少と感染症④

高リスク群：真菌感染症について

がんそのものや治療の過程で、がん患者はあらゆる感染症のリスクにさらされる。がん患者特有の感染症の問題も多い——。そんな難しいと思われがちな「がんと感染症」。その関係性をすっきりと理解するための思考法を、わかりやすく解説します。

前回お話しした「好中球減少と感染症」の高リスク群である細菌感染症の続きとして、今回は「がんと感染症」の醍醐味とも言える真菌感染症について解説します。

低リスク群と高リスク群との違いは、外来治療 vs. 入院治療、経口 vs. 経静脈抗菌薬投与などさまざまですが、決定的に異なるのは「真菌感染症の有無」です。低リスク群で真菌感染症を考慮することはほとんどないものの、高リスク群となると常に考慮する必要があります。

「カビ」は形で分類しよう

真菌感染症とは、つまりはカビの感染症です。多くの方はあまり触れることのない感染症ではないでしょうか。

真菌はその形によって「酵母菌 (yeast)」と「糸状菌 (mold)」に分けられます(図)。ごく簡単に言うと、酵母菌は「丸い形」、糸状菌は菌糸 (hyphae) を伸ばした「糸状で枝分かれの形」をしています。

以前説明した通り、酵母菌であるカンジダは人間の皮膚や腸管に常在していますので、バリアの破綻があれば低リスク群でも起こり得ます。今回の高リスク群における主役はアスペルギルス、ムコールなどの糸状菌です。侵襲性糸状菌感染症 (Invasive Mold Dis-

ease: IMD) の最も大きなリスクは「遷延する重度の好中球減少」¹⁾ なのです。

真菌感染症の診断や治療法など詳しい解説は次回以降として、今回は実際の高リスク群の症例を元に、真菌感染症のイメージをつかんでいただくことに主眼を置きます。

◎症例1

61歳男性。難治性の急性骨髄性白血病(AML)に対して高用量シタラビンによる再寛解導入療法施行中。レボフロキサシン、フルコナゾール、アシクロビルの予防内服中であり、2週間にわたり好中球は100/ μ L未満となっていた。今回は3日前に38℃の発熱あり。明らかな熱源は不明でありFNとしてセフェビムが開始されていたが依然として発熱が持続しているため感染症科コンサルトあり。ややぐったりしている。軽度の乾性咳嗽と食欲低下あり。頭痛、鼻汁・鼻閉、咽頭痛、呼吸困難、腹痛、嘔気・嘔吐、下痢、尿路症状、肛門痛、関節痛・筋肉痛なし。意識清明、血圧118/68 mmHg、脈拍数112/分、呼吸数20/分、体温38.2℃、SpO₂99%。口腔内に軽度の粘膜障害あり。その他、頭頸部、胸部聴診、背部、腹部、四肢、皮膚に明らかな異常なし。PICC挿入部の発赤、圧痛なし。肝機能障害、腎機能障害は見られない。血清ガラクトマンナン(GM)抗原2.6と上昇しており胸部CT検査で周囲にすりガラス影を伴う結節がある。

症例1は難治性AMLに対する再寛解導入療法中で遷延する(7日以上)高度の好中球減少(100/ μ L未満)の症例で、典型的な高リスク群のFNです。残念ながら解熱が得られていません。こうした状況では当然、多剤耐性菌などの可能性もありますが、何と云っても真菌感染症、とりわけIMDを疑わなければなりません。抗真菌薬としてフルコナゾールが予防投与されていますが、カンジダには活性があるものの糸状菌には効果がないことに注意が必要です。

AMLで非常に頻度の高いIMDは侵襲性アスペルギルス症(Invasive Aspergillosis: IA)であり、頻度は10%程度、死亡率は27%にも上ります²⁾。そのため早期診断と早期治療が必要になるのです。アスペルギルスは経気道感染で肺や副鼻腔などに感染を起こす

ため、本症例のように発熱が遷延する場合にはGM抗原の血清診断とともに積極的に胸部CT検査を施行することが推奨されています³⁾。好中球減少患者では胸部単純X線写真だけでは肺病変の見逃しや、病変の正確な把握が困難な場合があるからです⁴⁾。

この症例ではGMが陽性(0.7以上)であり、さらに胸部CTで特徴的な「周囲にすりガラス影を伴う結節(halo sign)」があったため、IAの診断となり早期のポリコナゾール治療により改善しました。

◎症例2

47歳女性。再発性、難治性のAMLに対してデシタピンによる治療中。好中球は3か月以上100/ μ Lを下回っている。これまでに数度のFNおよびIAの既往あり。レボフロキサシン、ポリコナゾール、アシクロビルの予防内服中。今回7日前に38℃の発熱がありセフェビムが開始されたが解熱せず、4日前からはバンコマイシンが追加された。それでも解熱が得られず全身状態不良のため、感染症科コンサルトとなった。全身状態はややぐったり。1週間ほど前から両耳の中間あたりの頭痛を自覚しており徐々に増悪傾向。鼻汁はないが鼻閉はある。食欲低下あり。咽頭痛、呼吸困難、咳嗽、腹痛、嘔気・嘔吐、下痢、尿路症状、肛門痛、関節痛・筋肉痛なし。意識清明、血圧131/82 mmHg、脈拍数108/分、呼吸数18/分、SpO₂97%。副鼻腔(前頭洞、上顎洞)に圧痛なし。その他、頭頸部、胸部聴診、背部、腹部、四肢、皮膚に明らかな異常なし。PICC挿入部の発赤、圧痛なし。肝機能障害、腎機能障害なし。ポリコナゾール血中濃度2.2 μ g/mL(1.0~5.5)、血清GM陰性。胸部CT検査では明らかな異常ないが、頭部CT検査にて蝶形骨洞の壁肥厚と著明な液体貯留あり。

症例2は再発性、難治性AMLであり、これまでもFNやIAなどのさまざまな感染症を起こしています。好中球減少が数か月に及び、「超高リスク群」と言っても過言ではありません。セフェビム、バンコマイシンという広域抗菌薬投与にもかかわらず臨床的改善が見られていません。当然IMDを疑います。IMDで最も多いのはIA、次いで多いのがムコール症です。ムコールもアスペルギルス同様、経気道感染で肺や副鼻腔に病変を作ります。ただし特筆すべきはその死亡率。がん患者では66%⁵⁾と圧倒的に高くなるのです。IMDのうちIAとムコール症の見極めが非常に重要になります。それは、投与すべき抗真菌薬が異なるからです。IAに対する第一選択薬はポリコナゾール、一方ムコールにポリコナゾールは効果がなく、アムホテリシンB(リボソーム製剤)を使用しなければなりません。

今回ムコール症を強く疑うポイントは以下の3つ。①副鼻腔炎がある(IAでも起こるがムコール症ではより多く見られる)、②ポリコナゾールが適切な血中濃度で投与されていた(IAの特効薬であるポリコナゾールはムコールには無効であり、ブレイクスルーを起こした)、③GM陰性(IAでは上昇することが多い)。他にもIAよりムコール症を疑うポイント⁶⁾として、肺野に10個以上の結節性病変や胸水が

見られることも重要です。

本症例は高リスク群のFNで副鼻腔炎を起こしていました。耳鼻科の協力のもと、その日に副鼻腔開窓術が行われその際の組織からムコールが検出されました。アムホテリシンB(リボソーム製剤)にて治療を行い感染症は改善傾向にありましたが、残念ながら原疾患の悪化で亡くなりました。

積極的に「疑う」ことが大切!

2つの症例から強調しておきたいのは、なんと言っても「疑うこと」が大事だということです。皆さん、高リスク群のFNであれば血液培養をはじめとする各種培養を採取し、セフェピムやバンコマイシンを開始しますね。また、場合によってはミカファンギンを経験的に開始することもあります。一方、IMDは、「疑って」GMを提出したり、「疑って」頭部や胸部のCT検査に踏み切ったりしない限り診断はなかなか困難です。診断の遅れは治療の遅れとなり、予後の低下に直結します。

とは言うものの、血液腫瘍患者を見たら何でもかんでもIMDを疑え!というわけではありません。血液腫瘍患者におけるIMDのスコアリングシステム⁷⁾がありますので紹介しておきましょう(表)。

●表 IMDスコアリングシステム

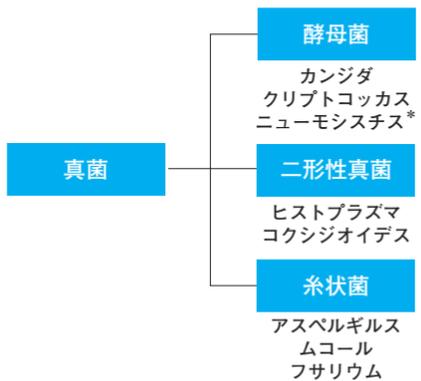
10日以上的好中球減少	4点
IMDの既往	4点
原疾患がコントロールされていない	3点
リンパ球減少・機能低下	2点

6点未満であれば陰性的中率は99%というものです。好中球が減少しているだけであれば4点であり「IMDらしくない」と言えるかもしれません。ですので、症例1のように原疾患がコントロールされていない(3点)高リスク群のFN(4点)や、症例2のようにコントロール不良(3点)でIMDの既往がある(4点)高リスク群のFN(4点)であれば積極的に疑ってもらいたいです。

今回は高リスク群の「好中球減少時の感染症」における侵襲性糸状菌感染症(IMD)について解説しました。奥深い話にも入りましたが、今回はIMDをちゃんと「疑う」ことを学んでいただければOKです。次回は「好中球減少と感染症」の大トリ、中間リスク群です。なぜ中間リスク群が最後に来るのか? それは「好中球の壁」以外にも「液性免疫の壁」や「細胞性免疫の壁」が一緒に下がる疾患群が中間リスク群に相当するからです。ますます「がんと感染症」の深みに入っていきます。

【参考文献】

- 1) PLoS One. 2013 [PMID: 24086555]
- 2) Haematologica. 2010 [PMID: 19850903]
- 3) Clin Infect Dis. 2016 [PMID: 27365388]
- 4) Acta Radiol. 2002 [PMID: 12100326]
- 5) Clin Infect Dis. 2005 [PMID: 16080086]
- 6) Clin Infect Dis. 2005 [PMID: 15937764]



*ただし、ニューモシスチスは出芽(budding)しない点で他の酵母菌とは異なる。

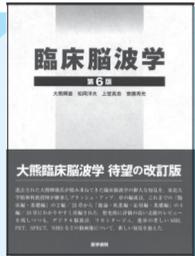
●図 真菌の分類

大熊臨床脳波学 待望の改訂版

臨床脳波学 第6版

逝去された大熊輝雄氏に変わり、今版では東北大学精神科教授陣が中心となって内容の全面的な見直しを行った。章の編成は、これまでの「臨床編・基礎編」の2編/25章から「総論・疾患編・応用編・基礎編」の4編/24章に分かりやすく再編。歴史的に評価の高い文献のレビューを残しつつも、デジタル脳波計、リモニター、進歩の著しいMRI、PET、SPECT、NIRSなどの脳画像について、新しい知見を加えた。

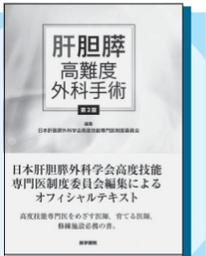
大熊輝雄
元・大熊クリニック院長/
国立精神・神経医療研究センター名誉総長/
東北大学名誉教授
松岡洋夫
東北大学大学院医学系研究科教授・精神神経学
上笠高志
東北大学大学院教育学研究科教授・臨床心理学
齋藤秀光
東北大学大学院医学系研究科教授・精神看護学



日本肝胆膵学会編集の高度技能専門医のためのオフィシャルテキストブック

肝胆膵高難度外科手術 第2版

日本肝胆膵外科学会の認定する「高度技能専門医」取得を目指す医師、高度技能指導医、および修練施設に向けた学会編集のオフィシャルテキストブック。肝胆膵外科に携わる外科医は、本書を参考に普遍的視点から見た安全性・確実性を伴った手術手技を習得し、修練施設において指導医の元で十分な修練をして専門医取得を目指していただきたい。患者の信頼に定る技量を持つ肝胆膵外科医の誕生を切に願って。

編集 日本肝胆膵外科学会
高度技能専門医制度委員会

Medical Library

書評・新刊案内

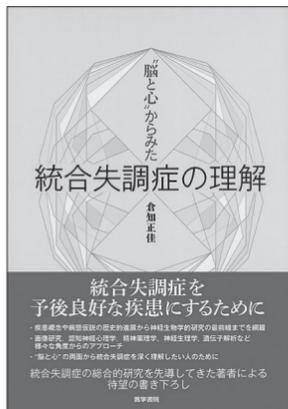
“脳と心”からみた 統合失調症の理解

倉知 正佳 ● 著

A5・頁304
定価:本体4,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02552-2

優れた総説を探し当てて読むことを若い後輩には勧めています。折々には単行本の精読も勧めますが、英文だと反応が鈍いものです。著者自ら統合失調症の「古典的精神医学と現代の精神医学の橋渡しの役割をはたしているかも知れない」(p.279)とあとがきに記された本書は、精読を強くお勧めする単行本です。また幸いに日本語です。母国語でこの高いレベルの本が読めるのはこの国に生まれた僥倖と言えるでしょう。若い医師たちや、研究をめざす医師はもちろん、臨床で活躍している医師にも、読んでいただきたい本です。

精読を強くお勧めする 優れた総説



臨床家の中には、研究段階の生物学的知見が臨床に必要なか、と疑問を持たれる方もおられるでしょう。それに対する答えはこうです。臨床家は「統合失調症は(中略)患者や家族の人生に深い影響を及ぼす。この疾患を予後良好な疾患にするためには、何をすればよいのだろうか」(p.iii)と工夫を凝らしていることでしょうか。また統合失調症の全体像が未解明であること、薬物治療が満足できるレベルに達していないことにも歯がゆい思いをされると思います。それゆえ、不完全な知識と技術で臨床をしている、という危うさを熟知しておくことは、専門家としての責任であり、また治療の選択肢を増やしてくれるはずで、この本が「理解」と題されているのはそのような意味もあってではないでしょうか。

第1章はクレペリンに始まって、最終章は早期介入 (ARMS) で終わって

【評者】 篠崎 和弘

和歌山県立医大教授・神経精神医学

います。主要な研究や病態仮説が網羅されており、読者は鳥瞰的な理解へ導かれます。文章は論理的で、読み手を先へ先へと導いてくれます。

全ての章においてご自身の見解が披瀝されているのですが、ご自身と教室の論文に全てが裏打ちされています。精神科医として神経病理学でスタートされ、神経薬理学、神経心理学、画像研究、認知神経心理学、精神生理学、遺伝子解析と広い領域で業績を挙げておられることの証でしょう。そのため教室の研究に基づくレビューではありますが、包括的で偏りのない内容となっています。

本書は3部、13章で構成されています。第1部「統合失調症とはどのような疾患か」では概念、症候学、疫学、発病仮説、転帰、転帰に関連する要因が紹介されています。第2部「統合失調症の神経生物学」は神経心理学、認知機能障害、脳の形態学的変化、病態形成、病態生化学的仮説から構成されており、最も読み応えがあります。なかでも、側頭-前頭2段階発症仮説(第10章)は著者のオリジナルです。「神経発達障害に由来する側頭葉の脆弱性がある方に思春期前後に前頭葉の成熟障害が加わると、側頭葉障害が顕在化し統合失調症症状(ドーパミン過剰伝達)が発現する」。このジャクソン流の動的仮説によって、前頭葉障害による陰性症状と内側側頭葉構造による陽性症状の両方を多くの患者が持つことについてなるほどと納得させられま

COPDの教科書 呼吸器専門医が教える診療の鉄則

林 清二 ● 監修
倉原 優 ● 著

A5・頁348
定価:本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02429-7

【評者】 川島 篤志

市立福知山市民病院研究研修センター長/総合内科医長

著者の倉原優先生を紹介する際には、質の高い有名なブログから始まることが多い。隠れファンの1人である評者も、「コストを意識した吸入薬の一覧表」がSNSでアップされていたことをきっかけにコンタクトを取らせてもらった。が、実はまだお会いしたことがない。しかし、そのアプローチが奏功したのか、今回、本書の書評を書かせていただく貴重な機会を頂戴した。医師不足・偏在の存在する地域基幹病院の病院総合内科医として勤務している立場からすると「呼吸器専門医が教える診療の鉄則」であるこの書籍の存在はとても心強い(呼吸器専門医の不足・偏在については日本呼吸器学会からも提言がなされている: http://www.jrs.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=58)。

COPDのアウトラインについて、歴史や定義だけでなく+αの病態(話題のACOS, CPFE)にも触れておられ、さらには禁煙支援、リハビリテーション・栄養療法、そして人生の最終段階の医療の方法についても言及されているので、「疾患だけでなく、人を診る」ことを意識させてくれる。非呼吸器内科医が毛嫌いする可能性のある吸入薬についても、臨床試験結果をコンパクトにまとめながら、薬価や使い勝手についても併記されている。図表や写真

す。この仮説からどのようなバリエーションが導かれるのかも言及されていますので、本書を手にとって楽しんでください。

第3部「予後良好な疾患にするために」でも著者が富山で関与しておられる新薬開発の橋渡し研究と、早期介入活動が紹介されています。

本書から読み取れる別の興味は、研

が多用されているので、高い質で頭を整理するには最適の項目である。さらに第III部「ちょっと知りたいCOPDの実臨床」には、「前立腺肥大症の併存」など、現場の悩みを共感してくれている臨床的な書籍である。

COPD診療現場の悩みに 応える臨床本



“わかりやすいCOPDの本に”とも表現されているように、軽いタッチで記載されているので多忙な医療従事者でも短時間で通読できる。随所にちりばめられている「ステップアップCOPD」というコラムも心を和ませられるが、お笑いセンスの質評価は直接お会いしたときの楽しみにしておこうと思う。強制的に出る息(強制呼吸)が、「はっ！」(失礼しました!)となるか、「ふう〜」(……溜息)となるか、今後の臨床スタイルが変わるかも……しれない(詳しくは本書 p.62 参照)。

最後に、この書籍は「COPDを診療するすべての医療従事者へ」とある(帯より)。「喫煙者」を診療しない内科医・かかりつけ医は皆無である。医療従事者としての矜持があれば、この書籍を手にとって自身のCOPD診療の質向上をめざすか、適切に対応してくれる医師との連携の必要性をCOPD患者さんに伝えてあげてほしい。この書籍の存在が、呼吸器内科医が不足・偏在している日本のCOPD診療の質向上に大きく寄与すると確信する。

究と人材育成の素晴らしい堅固なシステムを新設医科大学で作られたことです。地域医療と人材育成を目標として、国際的に評価される臨床研究活動を礎にされました。臨床研究の充実と、基礎と臨床の橋渡しができる人材の育成が臨床医学の課題ですが、成功例として参考になります。

腫瘍内科学を主体とした治療体系を コンパクトにまとめたマニュアル、待望の第7版

がん診療 レジデントマニュアル

第7版

国立がん研究センター
内科レジデント 編

1997年に初版が刊行され、約20年。レジデントの執筆によるレジデントのためのマニュアルとしてスタートした本書は、この間、がん診療の現場で多くの医療従事者に活用されてきた。昨今のがん薬物療法の進歩は目覚ましく、最新の情報を適切に日々の診療の反映させるために、本書の果たす役割はますます大きくなっている。2人に1人ががん罹患の時代、がんに関わる医療者の必携書としてぜひポケットに!

●B6変型 頁544 2016年 定価:本体4,000円+税
[ISBN 978-4-260-02779-3]



医学書院

神経内科臨床のエンサイクロペディア、 待望の改訂

神経内科ハンドブック

鑑別診断と治療 第5版

編集 水野美邦

神経内科専門医をめざす研修医・若手臨床医のための定番書、5年ぶりの改訂。進歩著しい神経学の知識をフォローすべく、各種領域のエキスパートが分担して内容をくまなくアップデート。神経学的診察法などについては従来どおり懇切丁寧に解説しながらも、改訂にあたり目次構成を見直し、ベッドサイドでさらに扱いやすくなることをめざした。まさに神経学の臨床エンサイクロペディアといえる1冊。

●A5 頁1368 2016年 定価:本体13,500円+税
[ISBN 978-4-260-02417-4]



医学書院

『週刊医学界新聞』 通常号索引

2016年1月～12月 (3156号～3204号)

ニュース・ルポ

- ◇「地域とともに歩む医療」の実現に向けて (宮田裕章, 迫井正深)……………3156
- ◇平成27年度日本産科婦人科学会「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革公開フォーラム」……………3162
- ◇第43回日本集中治療医学会……………3165
- ◇金原一郎記念医学医療振興財団贈呈式……………3169
- ◇第15回日本再生医療学会……………3171
- ◇第80回日本循環器学会……………3171
- ◇第113回日本内科学会……………3173
- ◇第18回日本医療マネジメント学会……………3175
- ◇第34回臨床研修研究会……………3175
- ◇厚生労働省関連の国家試験合格状況……………3175
- ◇第112回日本精神神経学会……………3179
- ◇第51回日本理学療法学会……………3179
- ◇第17回日本言語聴覚学会……………3181
- ◇IgE 発見50周年記念シンポジウム……………3183
- ◇第21回日本緩和医療学会……………3183
- ◇第14回日本臨床腫瘍学会……………3187
- ◇第48回日本医学教育学会……………3189
- ◇第46回 IDATEN インタラクティブケースカンファレンス……………3193
- ◇第50回日本作業療法学会……………3193
- ◇第22回白壁賞, 第41回村上記念「胃と腸」賞授賞式……………3195
- ◇世界医師会長講演……………3197
- ◇金原一郎記念医学医療振興財団贈呈式……………3197
- ◇第54回日本癌治療学会……………3198
- ◇第24回総合リハビリテーション賞……………3198
- ◇第44回日本救急医学会……………3204

対談・座談会・インタビュー

- ◇「ビジョンの共有」が地域を結ぶ (浅原利正, 迫井正深, 宮田裕章, 門田守人)……………3156
- ◇健康と安心を守る地域医療構想 (松田晋哉)……………3156
- ◇領域・診療科の枠を越え、てんかん診療の発展を (池田昭夫, 小国弘量, 兼本浩祐)……………3158
- ◇死亡直前と看取りのエビデンス (新城拓也, 濱口恵子, 森田達也)……………3160
- ◇科学的根拠が変える教育と医療政策 (中室牧子, 津川友介)……………3162
- ◇情報を共有し、周産期医療体制の再構築を (海野信也)……………3164
- ◇コストを語らずにきた代償 (國頭英夫)……………3165
- ◇蘇生の質を上げ、救命率の向上を (野々木宏, 坂本哲也, 石見拓)……………3167
- ◇救命率向上を願って (岡田和夫)……………3167
- ◇医療的ケアの必要な子どもとその両親を支えるケアやサービスを、創出していく必要がある (高橋昭彦)……………3171
- ◇世界に広がる薬剤耐性菌, 日本が取るべき行動とは (具芳明)……………3173
- ◇地域における院内救急・救急医療 (石山貴章, 濱口杉大, 中桶了太)……………3173
- ◇不安障害を上手に診ていくために (松永寿人, 塩入俊樹, 朝倉聡)……………3177
- ◇世界に貢献する医学研究をめざして (岸本忠三)……………3179
- ◇高齢者の意思決定支援 (成本迅, 宇都宮宏子, 川島篤志)……………3181
- ◇薬剤師の卒後教育を考える (橋田亨)……………3181
- ◇国際標準の集中治療提供体制の構築に向けて (志馬伸朗, 松田晋哉, 讀井将満)……………3185
- ◇採択される科研費は何か違うのか? (郡健二郎)……………3185
- ◇知識をアップデートして外来へGO! (松村真司, 中西重清, 矢吹拓)……………3187
- ◇「公認心理師」は医療に何をもたらすか (下山晴彦, 内富庸介, 中嶋義文)……………3189

- ◇高齢心不全患者を診る (猪又孝元, 富山美由紀, 弓野大)……………3191
- ◇糖尿病診療はどこに向かっているのか? (赤井裕輝, 内湯安子, 吉岡成人, 中塔辰明)……………3193
- ◇リオ五輪の選手を支えたメディカルスタッフ (中嶋耕平)……………3195
- ◇ビッグデータ・空間疫学から見た健康格差 (近藤尚己, 中谷友樹)……………3197
- ◇「学術の樹」としての医学を (黒川清, 永井良三, モーリッツ・ベルツ)……………3200
- ◇高齢がん患者に適切な医療を (長島文夫)……………3200

寄稿・投稿・視点

- ◇人口減少社会に挑む地域医療……………3156
- ◇新春随想2016 (山口俊晴, 前野隆司, 大内尉義, 谷口清州, 柳橋礼子, 山田里津, 高橋正雄, 藤巻高光, 小澤貴裕, 大谷幸子, 駒崎弘樹, 和田美紀, 飯田大輔, 國森康弘)……………3156
- ◇地域医療連携実現に向けた提言 (横倉義武, 尾身茂)……………3156
- ◇臨床試験の結果を臨床にどう反映させるか (島田悠一)……………3158
- ◇グラム染色こそ、抗菌薬適正使用の切り札 (谷口智宏)……………3160
- ◇急性期脳梗塞に対する血管内治療の展望 (吉村紳一)……………3160
- ◇不活化ワクチンの皮下注射を再考する (矢野晴美)……………3162
- ◇「レター」の書き方の作法 (片岡裕貴, 辻本啓, 辻本康)……………3164
- ◇FAQ 緑内障禁忌薬剤の使用 (石岡みさき)……………3164
- ◇過量服薬による致死性の高い精神科治療薬 (引地和歌子)……………3165
- ◇もし家庭医が主夫になったら (岩間秀幸)……………3165
- ◇FAQ 医療事故調査制度—医療者はどう在るべきか (木村壯介)……………3167
- ◇敗血症の新定義・診断基準を読み解く (山本良平, 林淑朗)……………3169
- ◇当直機能の共有で、地域の在宅医療を支える (佐々木淳)……………3169
- ◇FAQ 皮膚疾患の外用療法 (安部正敏)……………3171
- ◇脳梗塞超急性期におけるチーム医療の重要性 (立石洋平)……………3173
- ◇総合診療医が見た熊本地震の医療支援 (小澤廣記)……………3175
- ◇3Dプリンタを用いた立体臓器モデルとその応用 (森川利昭)……………3175
- ◇精神障害者の地域移行をめぐる論点 (吉川隆博)……………3177
- ◇DSM-5と精神医学的診察についての私見 (ジェイムズ・モリソン)……………3177
- ◇災害時栄養サポートチームの必要性 (前田圭介)……………3177
- ◇がん関連倦怠感へのアプローチ (松尾直樹)……………3179
- ◇破天荒で、理に合った最強のアプリケーション (尾藤誠司)……………3179
- ◇抗菌薬の適正使用に向けた感染症医と病棟薬剤師の連携 (鈴木純)……………3183
- ◇FAQ 心房細動の新治療: 冷凍カテーテルアブレーション (沖重薫)……………3183
- ◇ベイスラエル病院の閉院と医療の行く末 (山口典宏)……………3185
- ◇診療科の枠組みを越えた免疫難病治療を (森雅亮)……………3189
- ◇あなたの組織、「危機管理」できていますか? (柏木秀行)……………3191
- ◇臨床研究の質をいかに向上させるか (新谷歩)……………3193
- ◇「自立支援」をめざす地域ケア会議 (竹村仁)……………3193

- ◇FAQ がん化学療法のレジメン管理 (佐藤淳也)……………3195
- ◇FAQ ベンゾジアゼピン系薬剤を悪者にならないための使い方 (宮内倫也)……………3197
- ◇神奈川県横須賀市の地域連携 (磯崎哲男)……………3198
- ◇薬物治療効果の構造的な理解 (前編) (中野重行)……………3200
- ◇薬物治療効果の構造的な理解 (後編) (中野重行)……………3204

連載

- ◇ジェネシャリスト宣言 (岩田健太郎)
- ①番外編: イギリスの感染症専門医 後期研修カリキュラムのすごさ……………3258, ②評価について その1 スペシャリストによるジェネシャリスト評価の辛辣さ……………3162, ③評価について その2 評価一般について……………3171, ④評価について 番外編 経歴詐称について……………3171, ⑤番外編: 寿司の技術は1年で学べるか? 医者の技術は?……………3175, ⑥グラッド・ラウンズのすすめ……………3179, ⑦専門医教育と専門医の在り方—ついでにやらないために……………3183, ⑧“ABIM論争”に見る専門医制度とジェネシャリストの生涯学習について……………3187, ⑨進歩の原理: 生涯学習の態度と方法……………3191, ⑩日本の医者の“無敵感” その1 反省のない文化……………3195, ⑪日本の医者の“無敵感” その2 M&Mのすすめ……………3198, ⑫世界史と日本史—ジェネラルとスペシャリスト……………3155

レジデント号索引

ニュース・ルポ

- ◇第110回医師国家試験合格発表……………3170
- ◇第89回日本薬理学会……………3170
- ◇2日目研修医のための新専門医制度ガイダンス……………3178
- ◇第27回「理学療法ジャーナル賞」……………3178
- ◇内科と総合診療, どちらを選ぶ?……………3182
- ◇第7回日本プライマリ・ケア連合学会……………3182
- ◇「医学生シムリンピックおおさか2016」……………3190
- ◇ジェネシャリストのための極意……………3194

対談・座談会・インタビュー

- ◇漫画『フラジャイル』原作者・草水敏氏に聞く……………3161
- ◇研修医のメンタルサポート (福岡敏雄, 前野哲博)……………3166
- ◇研修プログラムを吟味し、将来設計に適した選択を (四宮謙一)……………3178
- ◇内科と総合診療, どちらを選ぶ? (横山彰仁, 草場鉄周)……………3182
- ◇マイナー外科は恐くない! (田島康介)……………3186
- ◇緩和ケア医をめざすあなたへ (西智弘, 松本慎久, 森雅紀, 山口崇)……………3190
- ◇卒前の地域医療教育にパラダイムシフトを (松本正俊, 高村昭輝)……………3194
- ◇がんのジェネラル 腫瘍内科医 (勝俣範之, 高野利実, 佐々木宏治, 上原悠治)……………3202

寄稿・投稿・視点

- ◇In My Resident Life (宮岡等, 塩原哲夫, 尾藤誠司, 山内英子, 中野貴司, 岩田充永, 西村真紀)……………3157
- ◇漫画で探す, あなたのキャリア (天野篤, 讀岐美智義, 長谷川匡, 本村和久, 荻田和秀)……………3161
- ◇2023年問題を受け, 日本医学教育評価機構発足 (奈良英雄)……………3166
- ◇院内を駆け回るための18の“Tips” (坂本史衣, 安田あゆ子, 藤平輝明, 柳田絵美衣, 玄馬寛子, 荒井康夫)……………3170
- ◇これが私の進む道!! 2016 (君付優子, 大月幸子, 大熊ひでみ, 庄島蘇音, 菅原誠太郎, 多田和裕, 嶋光太郎, 高橋卓人, 吉田晶南)

- ◇ここが知りたい! 高齢者診療のエビデンス
- ①認知症治療薬, どう使う? (関口健二)……………3169, ②スタチン, いつやる? (許智栄)……………3173, ③認知機能低下, 運転は大丈夫? (玉井杏奈)……………3177, ④高齢者の血圧, 目標値は? (狩野恵彦)……………3181, ⑤骨粗鬆症治療薬, どう選ぶ? (森隆浩)……………3185, ⑥個別性を重視した糖尿病管理とは? (関口健二)……………3189, ⑦ポリファーマシー, どう考える? (許智栄)……………3193, ⑧進行した認知症と肺炎, どう治療する? (狩野恵彦)……………3198, ⑨転倒リスクの高い高齢者, 抗凝固薬は継続? 中断? (森隆浩)……………3204

目からウロコ! 4つのカテゴリーで考えるがんと感染症 (森信好)

- ①がんと感染症の関係 (前編)……………3179, ②がんと感染症の関係 (後編)……………3183, ③バリアの破壊……………3187, ④好中球減少と感染症 (1)リスク分類してありますか?……………3191, ⑤好中球減少と感染症 (2)低リスク群……………3195, ⑥好中球減少と感染症 (3)高リスク群: 細菌感染症について……………3200, ⑦好中球減少と感染症 (4)高リスク群: 真菌感染症について……………3204

オバマケアは米国の医療に何をもたらしたのか? (津川友介)

- ①オバマケアの「正体」……………3195, ②オバマケアの「デザイン」……………3197, ③オバマケアへの「評価」……………3198

- ……………3174
- ◇豪州のへき地医療と総合診療医育成の現況 (齋藤学)……………3178
- ◇住民主体で医学生を育てる (谷憲治)……………3182
- ◇世界をめざす君に, グローバル・ヘルスのすすめ (中谷比呂樹)……………3186
- ◇病院の図書室機能をいかに強化するか (福岡敏雄)……………3190
- ◇卒後臨床研修センター業務に生かす「産業・組織心理学」 (江村正)……………3194
- ◇チェックリストの活用で安心・安全な気道管理を (深野賢太郎, 乗井達守)……………3194
- ◇アンマッチも悪くない!? (志水太郎, 助永親彦, 山本佳奈, 原澤明史, 高橋典典, 樋口慎一)……………3199

連載

- ◇Dialog & Diagnosis (青柳有紀)
- ⑬抗菌薬の不安たち……………3157, ⑭診断のエピステモロジー……………3161, ⑮OPQRSTを超えて……………3166
- ◇レジデントのための「医療の質」向上委員会
- ⑬未来を担う医療者のキャリアを考える (小西竜太, 一原直昭, 反田篤志, 遠藤英樹)……………3157
- ◇臨床医なら CASE REPORT を書きなさい (水野篤)
- ①君が論文を書く理由……………3170, ②見た目が命……………3174, ③巨人の肩の上に立つ……………3178, ④“定石”は覚えて忘れる?!……………3182, ⑤想定外を想定内に……………3186, ⑥鈍感力でもレジリエンスでも……………3190, ⑦Abstraction = 抽象化……………3194, ⑧“をかし”を感じる……………3199, ⑨Worst and Best judges……………3202
- ◇めざせ! 病棟リライアンス (安藤大樹)
- ①入院患者さんがやってきた!……………3178, ②“戻って診る”だけじゃもったいない!……………3182, ③モニタ鳴ってますよ!……………3186, ④伝えてあるかないかで大違い!……………3190, ⑤指さし確認!……………3194, ⑥見直しのチャンス!……………3199, ⑦敵は病気だけにあらず!……………3202

医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧いただけます
<http://www.igaku-shoin.co.jp>

秘「モチpoint!」で、楽しく・効率よく上部消化管内視鏡診断をマスター!

上部消化管内視鏡診断(秘)ノート

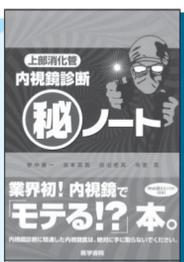
著者らが10年かけて集めた「内視鏡診断のポイント」=「モチpoint!」を楽しい語り口調で軽快に解説! さらに、雑誌「胃と腸」(電子版)の秀逸な論文をQRコード付きで紹介することで、入門者も経験者も効率よく診断力をレベルアップできる、必読の1冊。本書を持てば、内視鏡マスターへの最短ルートが見えてくる! [Web袋とじ(付録)付き!]

野中康一
埼玉医科大学国際医療センター消化器内科 准教授

濱本英剛
手稲区立病院 消化器内科 医長

田沼徳真
手稲区立病院 消化器内科 主任医長

市原 真
札幌厚生病院 病理診断科 医長



これ1冊で診断推論を教える自信がつく!

新刊 **診断推論のバックステージ**
ワンランクアップのための診断推論教育 11の要点
Teaching Clinical Reasoning

▶米国内科学・診断教育のノウハウを凝縮した米国内科学会(ACP)刊行の「Teaching Medicine」シリーズ最新刊日本語版。臨床推論・診断推論を教える際の裏付けとなる理論を網羅、具体的な事例に基づき解説を加える。診断教育への情熱を持つ志水太郎先生の単独訳、章末に書き下ろしコメント付き。医学教育に携わる医師や指導医、総合診療医に好適の書。

訳: 志水 太郎 獨協医科大学病院総合診療科 診療部長 / 獨協医科大学病院総合診療教育センター センター長
©American College of Physicians, Inc. 2015 All Rights Reserved.

定価: 本体4,600円+税
A5変 頁280 図12 2016年
ISBN978-4-89592-868-7

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メール info@medsi.co.jp

精神科臨床の定評書、待望の改訂第2版! DSM-5に準拠!

眼科診療の決定版リファレンスブック、待望の改訂第3版

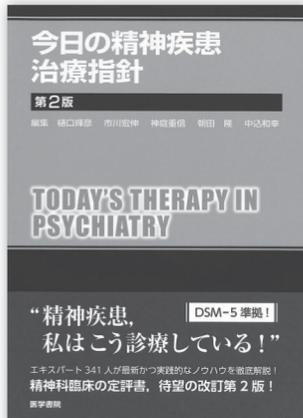
今日の精神疾患治療指針 第2版

今日の眼疾患治療指針 第3版

編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田 隆・中込和幸

編集 大路正人・後藤 浩・山田昌和・野田 徹
編集協力 西田保裕・根岸一乃・相原 一

今日の治療指針の精神科版、待望の改訂第2版。「臨床で遭遇しうる精神疾患および諸問題を網羅的に解説し、最新かつ実践的な臨床情報を提供する」という初版の方針を踏襲しつつ、DSM-5に準拠した内容にリニューアル。もちろん新薬や適応拡大など治療の最新情報も盛り込んでおり、「精神科診療の今」が詰まった1冊となっている。



●A5 頁1052 2016年 定価:本体14,000円+税 [ISBN 978-4-260-02484-6]

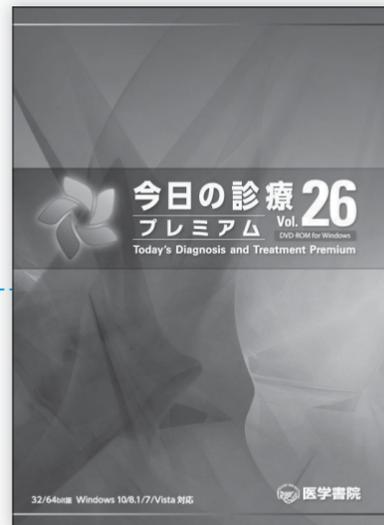
第一線のエキスパート250名超による、眼疾患の最新診療事典。『今日の治療指針』シリーズの眼科版として、検査総論、治療総論、各疾患の診断・治療方針・処方例までを632項目にわたって徹底解説。第3版では臨床所見・画像所見を大幅に増やし、よりビジュアルに紙面構成を全面ブラッシュアップ。進歩の著しい眼科診療の最新情報を網羅した、すべての眼科医の必携書。



●A5 頁900 2016年 定価:本体24,000円+税 [ISBN978-4-260-02479-2]

最新の医学知見を網羅した国内最大級の総合診療データベース

今日の診療プレミアム Vol.26



DVD-ROM for Windows

医学書院発行の書籍15冊を収録、全文横断検索可能な国内最大級リファレンスデータベース(インターネット接続環境では電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」でも検索可能)。Vol.26では、「今日の治療指針」「治療薬マニュアル」「今日の診断指針」「今日の小児治療指針」「内科診断学」の5冊を改訂。「処方例リンク」、「採用薬リスト」機能を新設。また、「今日の診療プレミアムWEB」をタブレット端末やスマートフォンなどでも利用いただける「Web閲覧権」付。

今日の診療ベーシック Vol.26

DVD-ROM for Windows

Vol. 26では、8冊のうち「今日の治療指針」「今日の診断指針」「今日の小児治療指針」「治療薬マニュアル」の4冊を更新。「処方例リンク」「採用薬リスト」機能を新設。

●DVD-ROM版 2016年 価格:本体59,000円+税 (JAN4580492610179)

●DVD-ROM版 2016年 価格:本体78,000円+税 (JAN4580492610155)

2017年1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 2月号 Vol.81 No.2 1部定価: 本体2,400円+税	人に死を招く動物 一人・昆虫・寄生虫	臨床整形外科 1月号 Vol.52 No.1 1部定価: 本体2,600円+税	胸椎 OPLL 手術の最前線
medicina 1月号 Vol.54 No.1 1部定価: 本体2,600円+税	肺炎への最新アプローチ —ジェネラリストの立場とスペシャリストの視点から	臨床婦人科産科 1-2月号 合併増大 Vol.71 No.1 特別定価: 本体3,800円+税	性ステロイドホルモン研究の最前線と臨床応用
総合診療 1月号 Vol.27 No.1 1部定価: 本体2,500円+税	【永久保存企画】 総合診療の「夜明け」 【巻頭緊急企画】 明日はどっちだ? 「総合診療専門医」	臨床眼科 1月号 Vol.71 No.1 1部定価: 本体2,800円+税	眼疾患の一次予防と二次予防 —眼疾患はどこまで予防可能か?
糖尿病診療マスター 1月号 Vol.15 No.1 1部定価: 本体2,700円+税	糖尿病薬物治療のアドヒアランスを高める	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 1月号 Vol.89 No.1 1部定価: 本体2,700円+税	めまい診療の New Trend
呼吸器ジャーナル (旧 呼吸と循環) 2月号 Vol.65 No.1 1部定価: 本体4,000円+税	呼吸器画像診断 —エキスパートの視点	臨床泌尿器科 1月号 Vol.71 No.1 1部定価: 本体2,800円+税	免疫チェックポイント阻害薬って何? —基礎から理解するがん治療のトレンド
胃と腸 1月号 Vol.52 No.1 1部定価: 本体3,200円+税	知っておくべき胃疾患の分類	総合リハビリテーション 1月号 Vol.45 No.1 1部定価: 本体2,300円+税	再生医療とリハビリテーション
Cancer Board Square 2月号 Vol.3 No.1 1部定価: 本体3,400円+税	みえない副作用	理学療法ジャーナル 1月号 Vol.51 No.1 1部定価: 本体1,800円+税	多職種で取り組むがん診療と理学療法
BRAIN and NERVE 1月号 Vol.69 No.1 1部定価: 本体2,700円+税	近年注目されている白質脳症	臨床検査 2月号 Vol.61 No.2 1部定価: 本体2,200円+税	血小板の異常を正しく診断するために/ 微量金属元素と生体機能 —メタロミクス研究から臨床検査へ
精神医学 1月号 Vol.59 No.1 1部定価: 本体2,700円+税	インターネット依存の現在	病院 1月号 Vol.76 No.1 1部定価: 本体3,000円+税	新時代に備える病院のあり方
臨床外科 1月号 Vol.72 No.1 1部定価: 本体2,700円+税	最新の内視鏡外科手術の適応と注意点		



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