

2012年8月20日

第2990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
JCOPIY (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10回日本臨床腫瘍学会..... 1面
[寄稿]現代的重症患者診療(識井將謙)..... 2面
[寄稿]家庭医療による病院再建と米国式外来への変革(本田宜久)..... 3面
[寄稿]急性期脳梗塞治療の新時代(山上宏)..... 4面
[連載]続・アメリカ医療の光と影/第1回TRENDカンファレンス..... 5面

国内外に“開かれた学会”をめざす

第10回日本臨床腫瘍学会開催

第10回日本臨床腫瘍学会が7月26-28日、大阪国際会議場(大阪市)にて中川和彦会長(近畿大)のもと開催された。学会テーマの「Beyond the Global Standard of Medical Oncology—Perspectives from Asia」に沿い、初めて演題の海外公募を実施。アジア圏を中心に123演題に上る応募があった。また市民参加型の公開シンポジウムやSNSを利用した情報発信等、節目の10回目に“開かれた学会”の在り方が示された。

難治性のがん治療に光明

プレナリーセッション(座長=東北大・石岡千加史氏、福岡大・田村和夫氏)では、国内外の演者7人から、難治性のがんに対する最新の臨床試験の結果が報告された。

日本でも、転移性腎細胞がん(mRCC)への適応が承認されたアキシチニブ。植村天受氏(近畿大)は、mRCCの二次治療の第Ⅲ相試験(Axis)からアジア人症例(723例中158例)を抽出して解析を行い、全例対象時と同様、無増悪生存期間(PFS)がソラフェニブ群に比し有意に延長していたと発表した。さらにサイトカイン療法に抵抗性の患者群でも同様の結果が得られたとした。

Young-Hyuck Im氏(韓国サムスンメディカルセンター)は、完治不能とされる転移性乳がんへの「パクリタキセル+ゲムシタピン(PG)」による維持療法の第Ⅲ相試験を行った。氏は6サイクルのPG療法が奏効した患者231例をPG維持療法群と経過観察群に振り分けて追跡。維持療法群にて深刻なQOLの低下がなく、PFSと全生存期間(OS)に有意な延長がみられたという。

町田望氏(静岡がんセンター)は、標準投与計画が未確立の進行胃がん(AGC)の二次治療で、生存利益が示されているイリノテカン(IRI)と、パクリタキセルの週1回投与(wPTX)とを比較したWJOG4007試験を報告した。標準的一次治療に抵抗性の患者223例を割り付けたが、OS、PFSともに有意差はみられず、有害事象も認容範囲内。三次治療への移行は、IRI群の72%に対しwPTX群が90%と有意に高く、氏

は今後、wPTXがAGCに対する第Ⅲ相試験の対照群になり得ると考察した。

切除不能大腸がん(mCRC)への新規薬レゴラフェニブの効果を示したのは吉野孝之氏(国立がん研究センター東病院)。標準治療抵抗性のmCRC患者に支持療法とレゴラフェニブを併用しプラセボと比較したCORRECT試験で、レゴラフェニブ群のOS、PFSが、日本人症例に限ってもPFSが有意に延長した。この結果はmCRCの主要バイオマーカーとされるKRAS遺伝子変異の有無に依存せず、レゴラフェニブの新たな標準療法としての可能性が示唆された。

同じくmCRCで、標準化学療法(CT)とベバシズマブ(BEV)の併用で病勢進行をみた後も、CTに加えBEVの継続投与を試みた第Ⅲ相試験(ML18147)の結果をStefan Kubicka氏(独District Clinic Reutlingen)が報告した。OS、PFSともにBEV+CT群で有意に延長し、KRAS遺伝子変異の有無は影響しなかった。氏は二次治療でもBEVの併用を継続する戦略の有用性を主張し結論とした。

山本信之氏(静岡がんセンター)は、LUX-Lung3試験の日本人サブグループ83例の解析データを発表した。同試験は、EGFR遺伝子変異陽性の非小細胞肺癌(NSCLC)の一次治療として、新規薬アファチニブとペメトレキセド(PEM)+シスプラチン(CDDP)の併用療法とを比較した第Ⅲ相試験。PFS、奏効率ともにアファチニブ群にて全解析対象時を上回る高値を示し、QOLも改善傾向にあった。氏は、アファチニブが日本でもNSCLCへの有効な治療選択肢となる期待を寄せた。

最後にC.K.Obasaju氏(米イーライリリー社)が、進行非扁平上皮NSCLC

へのPEM+CDDPによる導入療法後の維持療法として、支持療法に加えPEMとプラセボを用いた場合を比較した第Ⅲ相試験(PARAMOUNT)の最終報告を行った。6サイクル以上の治療を完遂した患者はPEM群で37%、プラセボ群で18%。無作為化後のOSはPEM群で有意に延長。1年/2年生存率も改善し、維持療法の有効性を重ねて示す結果となった。

緩和ケアはどこまで進んだか

2007年からの第1期がん対策推進基本計画に引き続き、本年からの第2期計画でも重点項目に定められた緩和ケア。シンポジウム「がん対策基本法後の緩和ケアの進歩と今後の方向性」(座長=近畿中央胸部疾患センター・所昭宏氏、帝京大・江口研二氏)では、緩和ケアの現状と今後が議論された。

森田達也氏(聖隷三方原病院)は、07-10年に行われた大規模地域介入研究OPTIM-studyについて報告した。医療環境の異なる国内4地域で、①技術・知識の向上、②情報提供、③調整・連携の促進、④専門家による診療とケアの提供、の4点を軸に介入。研究結果から、ケア従事者の“顔の見える関係”作りと連携の改善により、既存資源を最大限活用でき、地域緩和ケアの質向上がかなうと示唆した。

明智龍男氏(名市大大学院)は、がん患者の自殺や手術拒否に関する既存の研究から、医療者とのコミュニケーションの重要性を強調。日本サイコロジ学会による“悪い知らせの伝え方”を学ぶワークショップや、登録制精神腫瘍医制度などを紹介し、「良好なコミュニケーションこそが患者のこころのケアになる」と述べた。

丸口ミサエ氏(元国立がん研究センター中央病院)は、がん看護専門看護師、がん看護領域認定看護師数の地域格差を指摘。がん診療連携拠点病院で



●中川和彦会長

の外来看護調査からは、心理・社会的サポートや生活面のケアの時間確保が難しい現状を示し、専門/認定看護師による患者教室や専門外来の増設で相談・支援の充実を図ることを提言した。今後の目標としては、患者の問題を適切に把握し、必要なケアにつなげる看護師の育成を掲げた。

第2期がん対策推進基本計画に明記された「がん患者の就労支援」。高橋都氏(獨協医大)は先行研究や進行中の厚労科研から、就労に困難をかかえる患者の存在を示唆。就労・社会環境の多様さ複雑さに加え、がんのネガティブなイメージも困難の一因と推察した。治療スタッフに可能な支援としては、就労継続の推奨、相談窓口への橋渡し、治療や副作用の十分な説明、産業保健スタッフとの継続的連携、を挙げた。

高山智子氏(国立がん研究センターがん対策情報センター)は、がん診療連携拠点病院に設置された相談支援センターの現状を報告。相談件数の増加や関連職種の多様化など成果を示した上で、地域の人々、がん患者と家族、がん経験者のそれぞれに必要なサービスを提供するには、情報・相談窓口増設と信頼性確保が要点とした。また支援への“入り口”としての機能を高めるべく、地域との連携を課題に挙げた。

最後に患者の立場から、天野慎介氏(NPO法人グループ・ネクサス)が登場。緩和ケアのハード面の整備は進むも、「除痛率」の向上など真に身体的苦痛が取り除けているかは不明瞭と指摘。精神的・社会的苦痛の軽減に向けた取り組みとして、“生き方を共に考える”ケアプランニングや、治療にかかわる専門職が適切なコミュニケーションを実践する必要性を訴えた。

August 2012

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650(書店様担当) ●医学書院ホームページ(http://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

標準生化学

藤田道也
B5 頁368 定価5,250円
[ISBN978-4-260-00801-3]

急性中毒診療レジデントマニュアル(第2版)

監修 相馬一宏
執筆 上條吉人
B6変型 頁432 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01553-0]

基礎から学ぶ クリニカルパス実践テキスト

監修 日本クリニカルパス学会学術委員会
B5 頁144 定価3,570円
[ISBN978-4-260-01599-8]

生活機能からみた 老年看護過程 +病態・生活機能関連図(第2版)

編集 山田律子、萩野悦子、井出 訓
編集協力 佐々木英忠
A5 頁536 定価3,780円
[ISBN978-4-260-01564-6]

看護学生のための薬理学ワークブック

食見忠弘
B5 頁160 定価1,680円
[ISBN978-4-260-01392-5]

Let's Listen, Speak and Learn 臨床看護英語(第5版)

仁木久恵、Sharts-Hopko Nancy、助川尚子
A5 頁96 定価1,680円
[ISBN978-4-260-01552-3]

言語聴覚研究 第9巻 第2号

編集 日本言語聴覚士協会
B5 頁68 定価2,100円
[ISBN978-4-260-01667-4]

(好評発売中)

今日の診療プレミアム Vol.22 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM 価格76,650円
[ISBN978-4-260-01609-4]

今日の診療ベーシック Vol.22 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM 価格54,600円
[ISBN978-4-260-01611-7]

寄稿

10分でわかる！ 現代的重症患者診療

讚井 将満 東京慈恵会医科大学麻酔科・集中治療部

読者の皆さんの中で、急性呼吸促進症候群 (ARDS)、敗血症性ショック、急性腎傷害などの病態が好きでたまらないという方は少数派であろう。本稿は、急性重症患者診療が苦手という方のために、集中治療の最新の知識を一気に理解していただくことを意図している。約10分、お付き合いいただければ幸いです。

◆鎮痛・鎮静

この10年で大きく変わった分野の一つが鎮痛・鎮静である。スケールを用いて目標鎮静レベルを設定し¹⁾、鎮痛を十分に行いながら²⁾、一日一回鎮静の中断を行い、患者をできるだけ覚醒させ³⁾、早期にリハビリテーションを開始する⁴⁾スタイルが主流となった。

そこには、①せん妄は単にICUという環境が原因でなく、多臓器不全の一部として発症する急性脳障害の一徴候であり、それ自身が長期予後の悪化と関連すること⁵⁾、②ベンゾジアゼピンによる深い鎮静が、長期の認知機能・精神機能予後や生活の質に影響すること⁶⁾、③深い鎮静を避けることにより、人工呼吸器時間・ICU滞在日数が短縮し、せん妄が予防できる臨床データが示されたこと、などの背景がある^{2,3,7)}。

現在では、鎮静ばかりでなくICUにおけるすべての診療行為において、“長期予後”という視点が必要である⁸⁾。

◆呼吸

ARDSは、人工呼吸そのものによってさらに増悪するので (ventilator-induced lung injury: VILI)、それを防ぐための呼吸管理法を確立することが最重要課題であった⁹⁾。2000年以後、複数の大規模研究を経て、①6 mL/kg (予測体重)の小さい一回換気量¹⁰⁾、②肺傷害や重力の影響で虚脱した肺を開通させ、できるだけ多く換気に動員 (リクルートメント)⁹⁾するための十分高いPEEP (オープンラング戦略)¹¹⁻¹³⁾、③VILIを防ぐための高濃度酸素の回避¹⁴⁾、を目標とした人工呼吸法が確立された。

以上の換気法で救命できない重症のARDS患者に対して、気道圧開放換気 (APRV)¹⁵⁾や高頻度振動換気 (HFOV)¹⁶⁾、体外式膜型人工肺 (ECMO)^{17,18)}、腹臥位療法¹⁹⁾、一酸化窒素吸入²⁰⁾などが緊急避難的に行われてきたが、死亡率を改善する明確なデータは示されていない。しかし近年、ECMOがH1N1インフルエンザ肺炎によるARDSの救命手段になるとして注目を集めた¹⁷⁾。さらに、ECMO専門施設を中核として地域でARDS患者を診療する体制が

有効であるとするデータも提示されている¹⁸⁾。

意外かもしれないが、人工呼吸管理の中で最も強い根拠を持つのが、自発呼吸トライアル (spontaneous breathing trial: SBT) である。すでに1990年代に、同期式間欠的強制換気 (SIMV) や圧支持換気 (PSV) で徐々にサポートを下げる (ウィーニング) よりも、一日一回、一気にTピースや持続的気道陽圧 (CPAP) に変更して30分から2時間、離脱の可能性を試験 (SBT) したほうが、人工呼吸器時間が短くなること示された²¹⁾。近年では、一日一回鎮静の中断に続いてSBTで離脱を図ると、急性期ばかりでなく1年後の生存率が改善するという驚くべきデータも公表された⁷⁾。

ARDSでは、血行動態がいったん安定すれば、水分バランスをドライに管理することも重要である²²⁾。これは、重症患者の救命のためには、①臓器特異的 (ex. 呼吸器) な管理、②原疾患 (ex. 感染症) の制圧のほかに、③全身管理の最適化が必須であることの一例である。

◆循環

まず、世界の敗血症診療の標準的ガイドラインである『Surviving sepsis campaign guideline (SSCG) 2008』²³⁾の中核をなす、敗血症性ショックの初期循環蘇生について理解しておく必要がある。これは早期目標志向型治療 (early goal directed therapy: EGDT)²⁴⁾ と呼ばれ、輸液、輸血、循環作動薬を駆使して、平均動脈圧 ≥ 65 mmHg、中心静脈圧8—12 mmHg、尿量 ≥ 0.5 mL/kg/時、正常乳酸値などの目標値を6時間以内に達成しようとする循環蘇生法である。この方法の妥当性については依然として議論が絶えないが²⁵⁾、直感的でわかりやすいため広く普及している。

その他に近年の主な研究成果を挙げるとすれば、①蘇生輸液の種類は、アルブミンやスターチなどの膠質液は晶質液に比べて優位な点は原則としてなく、むしろ膠質液が有害である患者群が存在すること^{26,27)}、②ノルアドレナリンに不応性の敗血症性ショックにバゾプレッシンの併用を考慮してもよいこと²⁸⁾、③ショックの種類にかかわらず、血管収縮薬の第一選択はドパミンよりもノルアドレナリンが妥当であること²⁹⁾、④周術期心血管イベント予防における β 遮断薬やスタチンに関して、使用すべき患者群および使用方法がより明確になったこと^{30,31)} であろう。

◆腎・泌尿器

この分野の主な研究の成果は、①低用量ドパミンに腎保護作用はなく、むしろ有害である可能性が高いこと³²⁾、②本邦で承認されているヒトA型ナトリウム利尿ペプチド (カルペリチド) は、その汎用性に足る根拠が依然として不足すること³³⁾、③血行動態が不安定な患者では、間欠透析よりも持続腎代替療法 (continuous renal replacement therapy: CRRT) が推奨されるが、それ以外の症例に対するCRRTの利点は認められないこと³⁴⁾、④高用量 (≥ 35 mL/kg/時) の血液濾過の有効性が否定され、世界の腎代替療法の標準用量は20 mL/kg/時に落ち着いたこと^{35,36)} (本邦の保険適応量は15 mL/kg/時程度であり、このような低用量が患者予後に与える影響は依然として不明)、が明らかになった点だ。

消化器・栄養

①各種の栄養ガイドラインでICU入室早期 (48時間以内) の経管栄養開始が推奨されていること^{37,38)}、②経静脈栄養の併用により早期から目標エネルギー量をめざすことは弊害が多いので、極端な低栄養患者以外、最初の1週間は経静脈栄養を行うべきでないこと³⁹⁾、③同様に、ARDS患者に経管栄養で早期から目標エネルギー量を投与しても利点がなく、最初の1週間は最低限のエネルギー量でよいこと⁴⁰⁾、④ARDS患者で期待された免疫強化栄養にも臨床的に有意な利点がないことが、この分野で近年明らかになった⁴¹⁾。

◆内分泌・代謝

2001年、van den Bergheらが、外科ICU患者でインスリンを積極的に用いて血糖値を80—110 mg/dLに調節する厳格血糖管理により、死亡率が改善するという衝撃的な単施設RCT結果を発表した⁴²⁾。しかし、2008年以降の3つの大規模RCTによって、この厳格血糖管理は低血糖発作を増やすだけで利点がないことが示された⁴³⁻⁴⁵⁾。現在では、180 mg/dL程度以下の管理で十分とされるようになった⁴⁵⁾。

ARDSに対するステロイド投与については、古くから研究者の注目の的であるが、時期にかかわらず、どのような種類・量を使用しても臨床的に有意な効果はないと考えるのが現在の標準的な考え方である⁴⁶⁾。特に発症から14日以上経過した後期の症例については有害である可能性が高い⁴⁷⁾。一方、敗血症では、血管収縮薬に不応性のショック症例で、ストレス補充量のヒドロコルチゾンの投与を考慮してもよい⁴⁸⁾。

◆感染

この分野で重要な点は、①敗血症の認知後、できるだけ早期に感受性のあ

●讚井 将満氏

1993年旭川医大卒。飯塚病院、新東京病院で研修後、99年より米国マイアミで麻酔・集中治療の臨床研修を行う。2005年帰国後、自治医大さいたま医療センターでクローズドICUを創始。10年より現職。JSEPTIC (日本集中治療教育研究会 <http://www.jseptic.com/>) 理事。『INTENSIVIST』誌編集委員を務める。

る抗菌薬を投与し、感染源を制御すること²³⁾、②敗血症に対するガンマグロブリンの本邦の保険適応量は諸外国のそれよりも圧倒的に少なく、死亡率の改善などの臨床的に意義深い効果が証明されていないこと⁴⁹⁾、③本邦で広く行われているエンドトキシン吸着療法について、イタリアで行われたRCT⁵⁰⁾後、現在も世界で2つの多施設RCTが進行中であり⁵¹⁾、その結果が期待されること、④人工呼吸器関連肺炎、カテーテル関連血流感染などに対する感染予防策、耐性菌対策がますます重要性を増していること⁵²⁻⁵⁵⁾、などであろう。

◆血液・凝固

本分野では、①深部静脈血栓症・肺塞栓症をガイドラインに基づき、積極的に予防を行うべきであること⁵⁶⁻⁵⁸⁾、②赤血球輸血の妥当なヘモグロビンの閾値は、進行性の出血がないICU患者では7 g/dL⁵⁹⁾、心疾患のある周術期患者や心臓外科患者では8 g/dLであるが^{60,61)}、急性の心筋虚血患者に関しては未確定であること⁶²⁾、③敗血症における生命予後を改善する抗凝固療法薬として、欧米で初めて承認されたリコンビナント活性化プロテインC (APC) が多数の追試の後に有効性が否定され、市場から撤退したこと⁶³⁾、④本邦でAPCは未承認であるが、同族のリコンビナント・トロンボモジュリンが承認されており、現在北米で第三相臨床試験が計画中であること⁶⁴⁾、などが挙げられる。

●文献 (以下、数字はPMID)

- 1) 12799407, 2) 20116842, 3) 10816184, 4) 19446324, 5) 15082703, 6) 11373423, 7) 18191684, 8) 21470008, 9) 16641394, 10) 10793162, 11) 15269312, 12) 18270352, 13) 18270353, 14) 4921729, 15) 20229042, 16) 20483951, 17) 21976615, 18) 19762075, 19) 19903918, 20) 15069048, 21) 7823995, 22) 16714767, 23) 18158437, 24) 11794169, 25) 20179283, 26) 15163774, 27) 22738085, 28) 18305265, 29) 20200382, 30) 18479744, 31) 19726772, 32) 11191541, 33) 讚井将満. 急性心不全: 治療薬としての2つのナトリウム利尿ペプチド. INTENSIVIST. 2010; 2(4): 756-63., 34) 17636735, 35) 18492867, 36) 19846848, 37) 16697087, 38) 19373044, 39) 21714640, 40) 22307571, 41) 21976613, 42) 11794168, 43) 18184958, 44) 19636533, 45) 19318384, 46) 18434379, 47) 16625008, 48) 18184957, 49) 内野滋彦. セブシスに対する免疫グロブリン使用の是非. 日集中医誌. 2008; 15(3): 348-9., 50) 19531784, 51) 21626318, 52) 15699079, 53) 17192537, 54) 21488763, 55) 21488764, 56) 22315261, 57) 22315263, 58) 22315265, 59) 9971864, 60) 22168590, 61) 20940381, 62) 22711030, 63) 22616830, 64) Safety and Efficacy Study of ART-123 in the Treatment of Severe Sepsis With Coagulopathy. NCT01598831. (<http://clinicaltrials.gov>)

急性中毒診療における迅速・的確な初期対応のTheory & Method!

急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版

急性中毒診療に関して「最初に何をやるべきか」「症状から疑う中毒物質」といった初期対応を、図やチャートを使ってわかりやすく解説したマニュアル。基本的で応用可能な中毒診療の理論を総論で示し、各論では臨床で出会うこと多い中毒物質を52種類取り上げる。救急隊員のコールから患者到着までにパッと開いてサッと確認できるハンディな1冊。

監修 相馬一玄
北里大学教授・救命救急医学
執筆 上條吉人
北里大学特任教授・中毒・心身総合救急医学



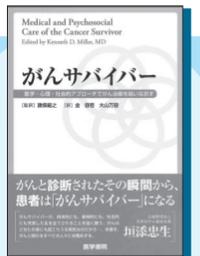
がんと診断されたその瞬間から、患者は「がんサバイバー」になる

がんサバイバー 医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす

Medical and Psychosocial Care of the Cancer Survivor

がんを克服した人だけを指すのではない。がんを克服した時から人はサバイバーとなり、一生サバイバーであり続ける。診断・治療時、再発監視時、完治後の各々に異なるニーズとケアを理解し、可能な限り高い質で生きていけるようサバイバーを支援するにはどうすればよいか。医療者が知っておくべき医療・心理・社会的支援の知識を解説。

原書編集 Miller KD
監訳 勝俣範之
日本医科大学武蔵小杉病院教授・腫瘍内科
訳 金 容孝
聖隷浜松病院・化学療法科
大山万容
京都大学大学院・人間・環境学研究所



家庭医療による病院再建と米国式外来への変革

寄稿 = 本田 宜久 医療法人博愛会 額田病院 病院長

2008年に4億円以上の赤字を累積し、経営困難となった病床96床、築40年超の老朽化した飯塚市立額田病院。研修医教育では一定の評価を得ている飯塚病院を傘下に持つ麻生グループが、同年4月飯塚市より医療法人博愛会として額田病院の経営を委譲され、再建に挑戦した。3年目に黒字決算となり、市との約束であった病院の建て替えを果たすことができ、新病棟は本年5月に稼働開始した。

本稿では、病院再建により医療崩壊を阻止できたポイントと新病院の家庭医療センターの特徴を紹介したい。

病院を再建させた家庭医療の取り組み

経営再建にあたっては、麻生グループがセメント会社で培ったコスト削減ノウハウの貢献も大きい。医師確保という点では家庭医療プログラム研修施設になれたことが大きなメリットとなった。いわゆる「寝たきり老人の療養病院」というイメージだった地方中小病院に新たな魅力を創造することができたのだ。すなわち、外来のみならず、病棟でのケアやリハビリテーションに家庭医療の力を発揮できたのである。具体的な魅力は以下のようなモデルケースでご理解いただけたらと思う。

「肺がんの終末期の男性の外来診療を引き受けて間もなく、自宅で転倒し腰椎圧迫骨折で額田病院に一時的に入院。疼痛コントロールとリハビリテーションを行い退院調整するなかで、妻の認知症と息子のお嫁さんのうつ病を発見。お孫さんの予防接種の放置も懸念される状況であった。家庭医が主治医として対応。退院のために解決すべき諸問題を俯瞰し、病院のスタッフと共に取り組んだ。複数の病院または診療科を受診する必要がなくなったこと

は、通院等の家族の負担軽減にも非常に有用であった」

通常の療養病院であれば家族の諸問題までは見えず、亡くなるまで入院し続けるケースも少なくないだろう。外来での疾病予防からレスパイトを含めた入院診療、退院後の往診まで引き受ける病院機能を構築できたことで、より包括的に、より継続的に医療とケアを提供する community hospital としての魅力を、中小病院に創り出すことに成功したのである。

なお、併設した透析センターも地域の透析患者受け入れと当院の収益改善の力となった。収益のみならず、特に腎臓内科医と家庭医が連携したりハビリテーション入院や終末期への対応は、患者のQOL向上に役立っている。

米国式をアレンジした家庭医療センターのデザイン

額田病院は飯塚病院から車で15分ほどの距離にあり、飯塚病院とピッツバーグ大学メディカルセンター(UPMC)との提携によって定期的に来訪する米国家庭医からの指導は、当プログラムの研修教育のキモである。加えて当院では教育のみならず、新病院の家庭医療センターのデザインについても助言を受け、米国式を日本向けにアレンジすることができた。

設計当初のデザインが図1である。日本の外来によくあるデザインで、裏動線を用意し、慌ただしいスタッフの動きが見えない配慮をした。このデザインを当時UPMC家庭医療部門の executive administrator であった Terry Jones氏に見せたところ、「30年くらい前のものに見える」と言われたことから、デザインの見直しが始まった。

まず、Jones氏が額田病院の外来を見学した。その際の第一印象は「医師

がクモの巣の真ん中にいて、次から次へと患者という餌を食べているようだ」ということだった。聞くと、UPMCでは医師が次から次へと診察室を歩き、患者が先に診察室で待っているということ。そこで、「実際を見せていただこう」と、ピッツバーグに見学に来た。家庭医療センターのひとつは、6つの診察室を2人の家庭医が看護師と共に使うというシンプルなデザインで、1人の医師に複数の診察室が必要な理由は以下のようなものだった。

「初めに看護師が患者に問診を行う。自院や他院の処方薬内服の状況を確認し、医師に聞きたい内容等を確認する。また、糖尿病で診察を受ける場合、足の診察が必要なならあらかじめ靴と靴下を脱いで診察できる状況をセッティングしておく。検査データや画像データ等も一覧できるようにしておくことで、医師の診察までにかかる無駄を省いている。医師が患者の診察を終えるころには、次の患者診察の事前準備が別の診察室で整っており、医師が移動して対応する。あなた方医師は最も高価な資源であり、最も時間を有効に使わなくてはならない職種である」

このようなコンセプトを日本で可能にするために考えたデザインが図2で、図1とはまったく違う。このデザインの一番の特徴は裏動線がないことである。また、米国のそれとも異なるものであり、われわれがピッツバーグで見学した家庭医療センターとの大きな違いは、廊下がより広く、中待ち合いも広く用意したことである。高齢化した当地域では車いすでの受診も多いこと、また日本の外来の混雑を配慮した結果である。さらには、病院内家庭医療センターにおいて、超音波検査や頭部CT、マンモグラフィーなど多くの検査を1か所で行うことができる施設となったことも米国家庭医療センター

との大きな違いである。

外来看護のイノベーション

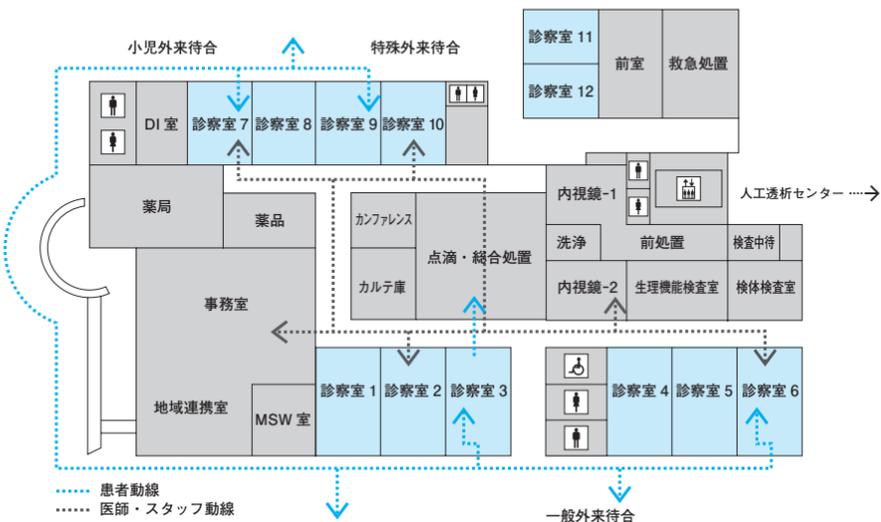
看護師が医師よりも先に問診することは、看護師の出番と役割を増やした。服薬状況や最近の情報の整理を看護師に事前に行ってもらっただけでも、医師は医師にしかできない仕事に時間を割くことができる。患者は医師より看護師のほうに正直に伝えやすかったり、聞き忘れ、聞きそびれが防止できる側面もあるようだ。

新しいデザインは、医師のフォロワーでなく、むしろマネージャーとしての役割を外来看護師が担うことを要求し始めた。内服状況の確認だけでも、「外来患者の家族背景や疾患のより深い理解」が看護師には必要になった。将来的に私が看護師に期待している業務はほかにも、外来看護サマリーの作成、糖尿病フットケア、悪性腫瘍スクリーニングや予防接種状況の確認、糖尿病等の定期採血忘れのダブルチェックなどがある。家庭医と協同して働くプライマリ・ケア・ナーシングの確立をめざしている。

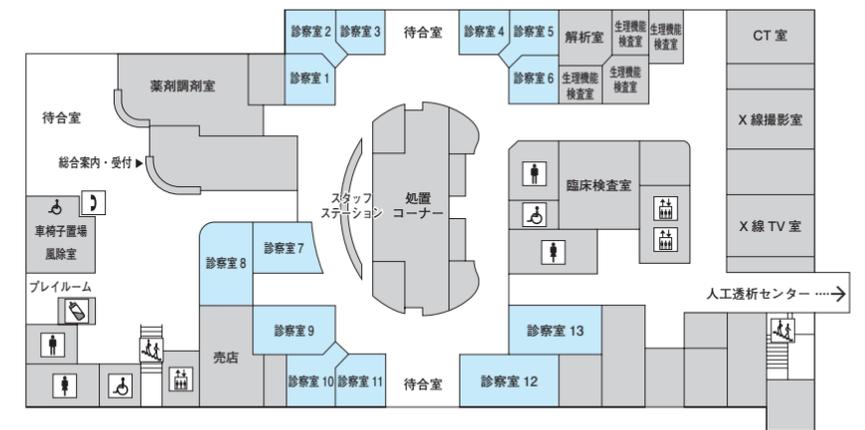
日本の外来患者数は米国の2-3倍はあるだろう。外来看護師の仕事をその資格にふさわしいものにするによって、日本の忙しい外来においても、診療の質をより向上させる体制を整えることが私の夢である。そして、このような外来看護師の働き方を、将来開業医となるだろう家庭医療研修医たちに提示し、超多忙な外来を独立後に改善する際の参考にしてほしいのである。

不思議なことである。家庭医療研修のために米国の家庭医療センターのデザインを取り入れたのだが、本質的には看護師の仕事のイノベーションにつながっていた。医師は数年で医療機関を移ることも多い。家庭医療センターで働く看護師が、継続的で包括的な視点での外来看護を実践し、医師と協同で家庭医療を実践できるデザインになったことがとても嬉しい。

ほんだ・よしひさ ● 1999年長崎大医学部卒。飯塚病院の研修医・呼吸器内科医を経て2008年より現職。



● 図1 額田病院家庭医療センターの当初の設計図(1階平面図の一部を抜粋)



● 図2 デザイン変更後の家庭医療センター1階平面図

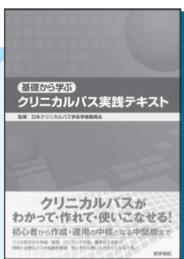
図1のような医師・スタッフ用の裏動線を設けていない。患者の待つ診察室で看護師が先に問診を済ませ、医師は診察室を渡り歩く。また、中待ち合い(診察室前の待合室)を広くして検査設備を1か所に固めることで、移動が困難な高齢者や車いす患者にも配慮した。

現場に必要なバスの知識を具体的に解説した実務書

基礎から学ぶ クリニカルパス実践テキスト

クリニカルパスが、分かって・作れて・使いこなせるための入門書。パスの形式から作成、使用、バリエーション分析、運用の工夫まで、現場に必要なバスの知識を精選し具体的に解説した。初心者から作成・運用の中核となる中堅層まで、実務書として手放せなくなる。目下のバスの進化をキャッチアップしながら初心者にも理解できるよう工夫されている。

監修 日本クリニカルパス学会 学術委員会



撮影前から、画像診断は始まっている

CT・MRI実践の達人

検査時の状況判断や工夫によって、診断の一手段としての画像の価値が大きく変わるということはある。特にCT・MRIにおいて正確で迅速な結果を得るには、「必要かつ十分な画像情報を提供する」という強い意思がなければならない。「疾患、病態」と「機器、検査」の双方の理解を深め、ベストなCT・MRI検査を実践するために、レジデントのみならずCT・MRI検査に関わるすべてのスタッフ必携の書。

聖路加国際病院 放射線科レジデント 編



寄稿

急性期脳梗塞治療の新時代 脳梗塞患者の機能予後を高めるために

山上 宏 国立循環器病研究センター 脳神経内科医長



●山上宏氏
1993年浜松医大医学部卒。星ヶ丘厚生年金病院内科、国立循環器病センター(当時)脳内科レジデント、阪大大学院、神戸市立医療センター中央市民病院神経内科医長などを経て、

2012年より現職。専門は脳血管障害、脳血管内治療、脳神経超音波。日本脳卒中学会評議員、日本脳神経血管内治療学会専門医。

2011年の厚労省人口動態統計月報年計(概数)の概説では、脳血管障害による死亡数は12万3784人で、わが国の死因の第4位であった。脳血管障害は1970年代までは死因の第1位であったが、高血圧治療の普及により致死的な重症脳出血が減少。その結果、近年は脳梗塞が脳血管障害での死者数の約4分の3を占めるようになって

いる。死因としては減少しているが、脳血管障害は片麻痺などの後遺症が残るため、介護が必要となった原因疾患の第1位であり、寝たきりを含む重い介護要因の実に約4割を占めている。また、長期入院が必要であり、高齢化が進むわが国の医療費高騰の原因としても、大きな問題を抱える疾患である。

脳血管障害を減少させるためには、予防が第一であり、次いで高血圧や脂質異常症など生活習慣病の管理と、心房細動例への抗凝固療法の徹底が重要である。しかし、万が一脳梗塞を発症した場合でも、最新の急性期治療法の進歩により、少しでも早く治療を受ければ、救命や後遺症の低減が得られるようになりつつある。

本稿では、いま大きく変わりつつある急性期脳梗塞の治療法について概説する。

rt-PA 静注療法の適用時間が4.5時間に

脳梗塞急性期治療として高い有効性が証明されているのが、組織プラスミノーゲン活性化因子(recombinant tissue plasminogen activator; rt-PA)による血栓溶解療法である。1995年に報告されたNINDS rt-PA study (N Engl J Med. 1995 [PMID: 7477192])では、発症3時間以内の急性期脳梗塞に対するrt-PA静注療法が、3か月後の社会生活が自立した患者を有意に増加させることを明らかにした。この結果により世界中で脳梗塞に対するrt-PAの使用

●表 急性期脳梗塞における各治療の概要

	長所	短所	備考
rt-PA 静注療法	エビデンスが確立している 簡便かつ迅速に投与可能	出血のリスクあり 内頸動脈閉塞例では効果が少ない 発症3時間以内のみ	2005年保険適用 発症4.5時間以内まで適用拡大の見直し
局所血栓溶解療法	エビデンスがある 血管壁を損傷しない	出血のリスクあり 大きな血栓は溶けにくい	ウロキナーゼ、rt-PAとも動注は保険適用外
Merci®リトリバルシステム	内頸動脈など太い血管の閉塞に有効性が高い	血管損傷による出血のリスクあり	2010年保険適用
Penumbra システム®	中大脳動脈など中程度の血管閉塞に有効性が高い	血管損傷による出血のリスクあり	2011年保険適用
Solitaire™ FR	再開通率が極めて高い 再開通までの時間が短い	血管攣縮を来しやすい	本邦未承認

が認可され、わが国でも2005年10月から保険適用となった。しかしながら、rt-PA静注療法は脳梗塞の症状出現から3時間以内しか使えないことや、出血性合併症が増加する可能性があることから、適用となる症例に限られており、脳梗塞症例の約3-5%程度にしか使用されていないのが現状である。

2008年にECASS 3は、rt-PA静注療法が発症3-4.5時間の脳梗塞にも有効であることを示し(N Engl J Med. 2008 [PMID:18815396])、各国で適用拡大が進んでいる。日本でも今年中には発症4.5時間までの脳梗塞に保険適用が拡大される見込みである。

増える血管内治療の選択肢

内頸動脈や中大脳動脈など、主幹脳動脈の急性閉塞による脳梗塞は、発症早期に閉塞血管の再開通が得られないと生命予後や機能予後が極めて不良となる。そこで、主幹脳動脈閉塞による急性期脳梗塞で、rt-PA静注療法が行えない例や、施行後も症状の改善が認められない例に、カテーテルを用いた血管内治療によって血流再開を得るための新たなデバイスが、今日次々と開発されている。

1. 局所血栓溶解療法
マイクロカテーテルを用いてウロキ

ナーゼやrt-PAなどの血栓溶解薬を血管閉塞部位に局所動注する治療で、1980年代後半から行われていた。局所血栓溶解療法は、PROACT 2や、わが国で行われたMELT-Japanなどの比較試験により、発症6時間以内の中大脳動脈閉塞例に対する有効性が証明され、rt-PA静注禁忌例における治療法のひとつとして推奨されている。また、rt-PA静注療法で再開通が得られない例に対し、rt-PAの局所動注療法を追加して再開通率を改善させる方法も試みられている。

2. Merci® リトリバー
Merci® リトリバルシステム (Concentric Medical社製)は、本体とMerciマイクロカテーテル、Merciガイドワイヤカテーテルから構成されており、リトリバー本体はナイチノール製で、形状記憶されたらせん状のループが先端から7回転あり、さらに6本のループ状のポリプロピレンフィラメントが接着して、ループとフィラメントの部分で血栓を捕捉して回収するデバイスである(図A)。

MERCY trialおよびMulti MERCY trialは、脳梗塞発症8時間以内で、rt-PA静注療法の禁忌例またはrt-PA静注療法で再開通が得られない中等症以上の主幹脳動脈閉塞例を対象とした、Merci® リトリバーを用いた再開通療法の前向き登録研究である。両研究の複合成績にて良好な血流再開通が65%の症例で得られ、90日後に日常生活が自立となった患者の割合は、再開通が得られた例で48%、得られなかった例でわずか5%と、閉塞血管の再開通の重要性が示された。本機器は2005年の米国FDAでの承認に引き続き、わが国でも2010年に保険適用となった。

3. Penumbra システム®
Penumbra システム®(Penumbra社製)は、血管閉塞部位に挿入したカテー

ルから血栓を吸引して回収する機器で、マイクロカテーテル(再灌流カテーテル)(図B)、カテーテル内の血栓を引き込むためのガイドワイヤ(セパレーター)と、強力な吸引力を有するポンプから構成される。

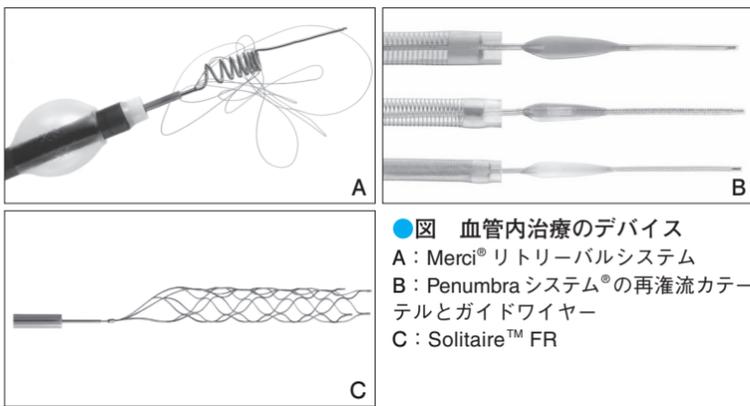
Penumbra Pivotal Stroke Trialは、発症から8時間以内の主幹脳動脈閉塞による中等症以上の脳梗塞で、rt-PA静注療法の非適応または再開通が得られなかった例を対象としたPenumbra システム®の前向き登録研究である。良好な血流再開通は82%の例で得られ、やはり再開通と機能予後の改善に強い関係が認められた。本機器は2011年に保険適用されている。

4. スtent型リトリバー
最近、欧州ではstent型の血栓回収機器が次々と開発され、臨床応用が始まっている。その代表的なものがSolitaire™ FR (Covidien社製)であり、閉塞部位に一時的にstentを展開して、そのままstentごと血栓を回収するデバイスである(図C)。

主に発症8時間以内の脳梗塞に対する初期治療成績がいくつか報告されており、再開通率は約90%、3か月後の日常生活自立は47%と極めて良好であった。米国では、Solitaire™とMerci® リトリバーの比較試験(SOLITAIRE FR with Intention for Thrombectomy; SWIFT)が行われ、再開通率(83.3% vs. 48.1%)や90日後の転帰良好例(58.2% vs. 33.3%)、死亡率(17.2% vs. 38.2%)のいずれにおいても、Solitaire™ FRのMerci®に対する優越性が示された。この結果を受けて、同機器は2012年3月に米国FDAの認可を得ている。

新治療の恩恵を一人でも多くの患者が受けられるために

各治療の概要を表に示す。急性期脳梗塞に対する治療法は、近年めざましい進歩を続けている。一方で、より早く治療を開始するほど、良好な機能予後を得られる可能性が高まること示唆されている。だからこそ、これらの治療の恩恵を一人でも多くの脳梗塞患者が受けるためには、一般市民への脳卒中の啓発や救急隊と病院との連携、さらには医療機関同士の連携を進め、一分でも早く専門医療機関を受診できる医療体制を構築することが極めて重要である。



●図 血管内治療のデバイス
A: Merci® リトリバルシステム
B: Penumbra システム®の再灌流カテーテルとガイドワイヤ
C: Solitaire™ FR

ブルガダ三兄弟が愛してやまない心電図の銘選集

ブルガダ三兄弟の心電図リーディング・メソッド82

Our Most Beloved Electrocardiograms/ Nuestros Electrocardiogramas Mas Queridos (Edición Bilingüe)

ブルガダ症候群を発見した医師として名高いP.Brugadaを中心に、その三兄弟が非常に大切にしている82の心電図を紹介。厳選された心電図自体も大変貴重であるが、ユニークで分かりやすいイラストとポイントを絞った解説文から、三兄弟が進める謎解き(心電図診断)が明らかになる。心電図を学び始めたレジデントはもちろん、EP、アブレーションを行う不整脈専門医にも役立つtips & tricksが満載。

訳 野上昭彦
横浜労災病院不整脈科部長
小林義典
東海大学医学部内科系教授・循環器内科
鶴野起久也
東京医科大学八王子医療センター
准教授・循環器内科
蜂谷 仁
土浦協同病院循環器センター
内科部長
著 Josep Brugada
Pedro Brugada
Ramón Brugada

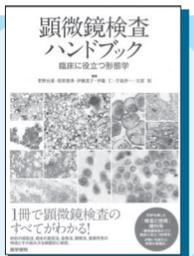


顕微鏡検査に必要な知識を網羅! 好評の「検査と技術」増刊号、待望の書籍化!

顕微鏡検査ハンドブック 臨床に役立つ形態学

顕微鏡検査に必要な知識を網羅した本書は、まず総論で、材料の採取法、標本の固定法、作成法、染色法、観察法など、顕微鏡検査の基本的な知識と手技を解説。各論では、すべての技師が見逃してはならない重要な臨床所見の読み方と医師への報告法、そして異常所見が認められた場合の対応法を解説する。好評を博した「検査と技術」増刊号「顕微鏡検査のコツ-臨床に役立つ形態学」の待望の書籍化。臨床検査技師必読の1冊。

編集 菅野治重
高根病院・副院長
相原雅典
株式会社アロコバイオシステム東京研究所
伊藤恵子
千葉大学医学部附属病院検査部
伊藤 仁
東海大学医学部附属病院病理検査技術科
手島伸一
同慶記念病院研究検査科
矢富 裕
東京大学大学院医学系研究科臨床病態検査学



続 アメロカ医療の 光と影

第228回

オバマケア合憲判決の「想定外」①

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

オバマ政権が、国民の6人に1人が無保険という「無保険社会」解消をめざして医療保険制度改革法(通称「オバマケア」)を成立させたのは2010年3月のことだった。しかし、同法で国民すべてに医療保険加入義務を課した、いわゆる「インディビジュアル・マニフェスト」が定められたことに対し、フロリダ等26の州が原告となって「国民に民間商品の購入を義務付けるのは憲法違反」とする訴訟が起こされた後、連邦地裁・控訴裁レベルにおいて「合憲」「違憲」の判決がほぼ拮抗してきたことは以前にも述べた通りである(第2951・2953・2976号)。6月28日、米最高裁は「(大筋において)合憲」とする「想定外」の判決を下したのであるが、今回の判決がなぜ「想定外」であったのかをご理解いただくために、まず、これまでの経過を簡単に振り返ろう。

オバマの妥協案と保守派の猛反対

オバマケアでインディビジュアル・マニフェストが定められた理由は「逆選択(reverse selection)」を防止することにあった。同法では、保険会社に対し「既存症の存在を理由に保険加入を拒否してはならない」と定めていたが、もしインディビジュアル・マニフェストを課していなかった場合、「病気になってから医療保険に加入する」行為が蔓延する危険があったのである。

オバマにとって、公的保険を新設したり、既存の公的保険を拡大したりすることで無保険者を救済する方法も理論的には可能であった。しかし、民間保険業界が公的保険の新設・拡大に猛反対したこともあり、「民」を主体とした医療保険制度を維持しつつ同時に無保険社会を解消するための現実的方法としては、インディビジュアル・マニフェストを採用する以外になかったのである(註)。

しかも、インディビジュアル・マニフェストを最初に提唱したのは保守派のシンクタンク、ヘリテージ・ファウンデーションだった。「病気になったときに備えて医療保険に加入する『自己責任』を強調し、公的制度による救済に頼る『ただ乗り』を防ぐ」ことを眼目とする、「本籍保守派」の政策であっただけに、オバマは「共和党・保守派の支持も得やすい」と期待したのである。

しかし、オバマの期待とは裏腹に、共和党・保守派は「オバマケアは政府による医療乗っ取り」とするキャンペーンを猛展開した。90年代にクリントン政権が医療保険制度改革を試みたときもそうだったが、米国では、皆保険制実現が試みられるたびに、既に医療保険を有する国民の間に「これまで保険を持つことができなかった人々に医療保険を提供するからには、自分たちの負担が増えたり、今受けているサービスが減らされたりするのではないか?」とする不安が増大することが習わしとなっている。

皆保険制実現を試みた政党・政治家にとっては支持率が下がる宿命が待つ一方で、反対政党・政治家にとっては医療保険制度改革に反対すればするほど選挙に勝つ確率が增大するのである。オバマケアの政策の根幹が「本籍保守」であったにもかかわらず、そして、無保険社会を解消するための有効な対案を持たなかったにもかかわらず、共和党・保守派は猛烈な反オバマケアキャンペーンを繰り広げることで、2010年11月の中間選挙に圧勝したのだった。

テレビ局の違憲判決速報

さらに、共和党・保守派は、オバマケアを葬り去るための「法廷闘争」も展開した。共和党が知事の座を押さえるフロリダ等26の州が原告となって、「インディビジュアル・マニフェストは

診療科の垣根を越え TAVI の推進を 第1回 TREND カンファレンスから

大動脈弁狭窄症の治療法として、大動脈弁植込み術(Transcatheter aortic valve implantation; TAVI)をはじめとするSHD(Structural heart disease)インターベンションが世界的に注目されている。既に安定した成績が得られている欧米に引き続き、わが国でも2010年春に開始されたTAVIデバイスの治験がこのほど終了。今まさにTAVIの黎明期が訪れようとしているなか、これからのSHDインターベンションの在り方を考える第1回TREND(Transcatheter Endocardio-vascular) Intervention Conference TokyoValvesが7月8日、東京カンファレンスセンター・品川(東京都港区)にて開催された。



●カンファレンスの様子

本カンファレンスの代表世話人である古田晃氏(川崎市立川崎病院)は、TAVIの開発者であり2002年に初めてヒトに応用したアラン・クリビエ氏(フランス・ルーアン大病院)のもとで研鑽を積んでいる(本紙2961号参照)。カンファレンスでは、現在海外で活躍中ならびに海外での研修を終えた医師のほか、国内の治験を先導する阪大をはじめとした関連諸施設の関係者が登壇し、来るべき日本でのTAVI臨床応用に向け、実践的なディスカッションが行われた。

TAVIは、カテーテル室、手術室の両方の機能を兼ね備えたハイブリッド手術室で実施する必要性が議論されており、循環器内科、心臓外科に加え麻酔科、放射線科など全メディカルスタッフの垣根を越えた集学的なアプローチが、手術の成否に大きくかわるとされる。パネルディスカッションの座長を務めた澤芳樹氏(阪大)は、「ハイブリッド手術室の普及や施設基準の整備など、これからの課題に関連する全診療科が一丸となって取り組むべき」とTAVI普及への方策を提示。特別発言として最後に登壇した許俊鋭氏(東大)は、「新しい治療概念であり、1日でも早く臨床に導入されることを期待している」と述べ、いっそうのTAVI推進を要望した。

※TREND Intervention ConferenceについてはHP(<http://tokyovalves.org/>)を参照のこと。

憲法違反」とする訴訟を起こしたのである。「いかに健康によいからといって、政府は国民にブロッコリーを買えと強制することはできないし、同じ理屈で、医療保険購入を強制することもできない」とする論を展開、「インディビジュアル・マニフェストは憲法が認める連邦政府の権限を逸脱している」と主張したのである。

これに対して、ホワイトハウスは、「連邦政府には、複数の州にまたがって行われる経済活動を規制する権限が憲法の『通商条項』で認められている。医療保険というビジネスを規制するに当たって、インディビジュアル・マニフェストを課すことは『通商条項』で認められた権限の範囲内」と反論した。連邦地裁・控訴裁レベルでの判断は合憲と違憲がほぼ拮抗、論争決着の場は最高裁に持ち越されることとなったのだった。

6月28日の判決日、オバマは、ホワイトハウス内で、スタッフとともに、判決を伝えるニュース番組に見入っ

た。最高裁内で判決文の朗読が始まってから数分後、CNNとFOX Newsの2局が「インディビジュアル・マニフェストは違憲」とする速報を報じた。違憲判決が出た場合の声明文をあらかじめ用意するなど、敗訴となる可能性は覚悟していたとはいえ、この瞬間にオバマが受けたショックの大きさは想像に難くない。

しかし、数分後、両テレビ局の「違憲判決速報」は誤報であることが判明した。「合憲」の判決を「違憲」と伝える大間違いが起こった事実今回の合憲判決がいかに「想定外」であったかが象徴されているのだが、いったい、両テレビ局はなぜ、こんな大間違いをしでかすことになったのだろうか?

(この項つづく)

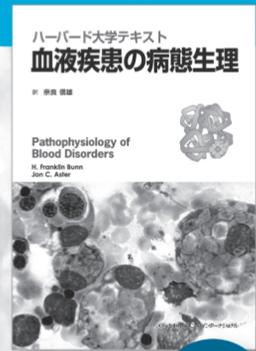
註：民間保険業界にとって公的保険の新設・拡大が「マーケットの縮小」を意味したのとは反対に、インディビジュアル・マニフェストは「マーケットの拡大」につながり、受け入れやすかった。

ハーバード大学テキスト 血液疾患の病態生理 Pathophysiology of Blood Disorders

「苦手意識」を克服!

学生・研修医はもちろん、専門医まで使える “驚くほどよくできた”テキスト

ハーバード大学医学部の血液学コース講義に準拠した構成と内容をもった、血液および血液疾患の教科書。難解と評されがちな血液疾患の病態生理を、初学者にもわかりやすく解説。一人のイラストレーターの手による豊富な図版や写真、各章冒頭の学習の目標、章末の演習問題などにより、さらに理解を深められる。学生はもちろん、臨床医にとっても、必須知識としての基本原理をマスターするのに好適。



新刊

- 定価 5,670 円 (本体 5,400 円 + 税 5%)
● B5 頁 288 図 200 2012 年
● ISBN 978-4-89592-720-8

奈良信雄 東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科臨床検査医学分野教授 東京医科歯科大学歯学教育システム研究センター長

ハーバード大学テキスト 心臓病の病態生理 Pathophysiology of Heart Disease: A Collaborative Project of Medical Students and Faculty, 5th Edition

学生のみならず専門医まで広く定評を獲得 さらに充実の邦訳、第3版!

川名正敏 川名陽子 ● 定価 7,560 円 (本体 7,200 円 + 税 5%)

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する クォーターリー・マガジン



INTENSIVIST 2012年 第3号発売 インテンシヴィスト

- 季刊/年4回発行 ● A4変 200頁
● 1部定価 4,830円 (本体 4,600円 + 税 5%)
● 年間購読料 18,480円 (本体 17,600円 + 税 5%)
※ 年間購読は送料無料、約 4% の割引

特集 PICU

編集委員

- 藤谷茂樹 東京ベイ・浦安市川医療センター/ 聖マリアンナ医科大学救急医学
譚井将満 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部
林淑朗 Royal Brisbane and Women's Hospital, Department of Intensive Care Medicine / The University of Queensland, Centre for Clinical Research
内野滋彦 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部

- 「世界標準の集中治療を誰にでもわかりやすく」をコンセプトに、若手医師の育成や情報交換を目的として発足した「日本集中治療教育研究会」(JSEPTIC)の活動をベースに、年4回発行。
● 毎月1つのテーマを決め、最新のエビデンスに基づいて、現在わかっていること/わかっていないことを検証、徹底的に解説。施設ごとに異なる診療を見直し、これからの集中治療のスタンダードを提示する。
● 重症患者の治療にあたる医師として最低限必要な知識を手中に収めるべく、テーマは集中治療にとどまらず、内科、呼吸器、救急、麻酔、循環器にまで及び、ジェネラリストとしてのインテンシヴィストを追求する。
● 集中治療専門医、それを目指す若手医師をはじめ、専門ナース、臨床工学技士、さらには各科臨床医に対し、集中治療を体系的に語り、議論し、意見交換ができる共通の場(=アゴラ)を提供する。

Table with 4 columns: 2009年, 2010年, 特集, 2011年, 2012年. Content includes ARDS, Sepsis, AKI, 重症感染症, CRRT, 外傷, 急性心不全, Infection Control, モニター, 栄養療法, 急性肺炎, End-of-life, 術後管理, PICU, 呼吸器離脱 (2012年10月発売)

Medical Library 書評新刊案内

腹腔鏡下大腸癌手術

発生からみた筋膜解剖に基づく手術手技

加納 宣康 ● 監修
三毛 牧夫 ● 著

A4・頁232
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01476-2

評者 森谷 宜皓

日赤医療センター・大腸肛門外科

このほど『腹腔鏡下大腸癌手術——発生からみた筋膜解剖に基づく手術手技』が、書評依頼付きで腹腔鏡下手術の経験のない私に送られてきた。戸惑ったが精読してみた。

本書の中心を流れる三毛手術哲学の特徴は、血管や臓器の細部に言及する従来の系統解剖に手術手技の理解の基礎を求めたのではなく、optical technologyの進歩により可能となった筋膜構造の視認に腹腔鏡下手術の基礎を置く臨床解剖の重要性を一貫して主張しているところにある。発生学からみた筋膜構造に重点が置かれた初めての手術書であろう。

簡潔明瞭でカラフルな図が随所に挿入され、重複している図も含まれるが211点より成る。基礎編と応用編で構成されている。応用編では低位前方切除術など7つの代表的な大腸癌手術の実際が詳述されている。これからラパロでの大腸癌手術を勉強しようとしている青年外科医にとって本書は大変有用である。

同時に開腹手術を得意とする外科医が、骨盤内筋膜構造をあらためて勉強する目的にも大変役立つ。随所に自信に満ちあふれた記述が見られる。例えば“D3信仰”だとか、“実際の臨床解剖とはかけ離れた誤解した著書が多く存在する”などの一見教条的な記述にもたびたび遭遇する。この意味では既存の殻を破った手術書といえる。

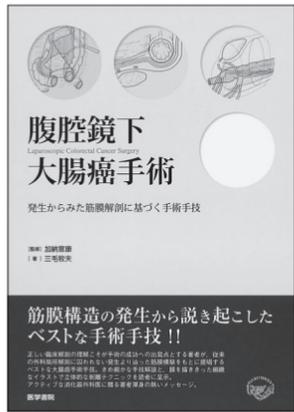
局所解剖の理解における筋膜解剖の重要性は佐藤達夫、高橋孝両先生により1980—90年代にわたり、専門書で

精神的に啓蒙された。この時代に腫瘍外科医としての規範と手術哲学を身につけた私にとっては30数年前に戻ったような感慨で筋膜構造の記述を読んだ。三毛牧夫先生は高橋先生が研究された臨床解剖学の継承者を自任しておられる。そこで三毛先生の英語論文

“Laparoscopic-assisted low anterior resection of the rectum—a review of the fascial composition in the pelvic space. Int J Colorectal Dis. 2011; 26 (4): 405-14.”を読んだ。繰り返し学習することで理解は深まった。筋膜構造の中で最も力点が置かれている筋膜は直腸固有筋膜と直腸仙骨靭帯であろう。本書の中で、前者は30回におよび言及されている。そして「腹膜下筋膜深葉が、直腸仙骨靭帯として頭側に折り返り、直腸固有筋膜を形成する。直腸固有筋膜は頭側に向かい収束し、上下腹神経叢部で再度腹膜下筋膜深葉と癒合する」と記述されている。

私は腫瘍外科のpriorityとして、①根治性、②機能温存、③短い手術時間・少ない出血、④inexpensiveな手術コスト、が重要であると考えている。筋膜構造の理解が大腸癌手術においてなぜ重要なのかと考えてみると、①—③のすべての項目に筋膜構造の重要性が合致する。骨盤内臓全摘術に関する筋膜構造の勉強のため、Uhlenhuth著“The Anatomy of the Pelvis”を横浜市立大学図書館からコピーし勉強した時代を懐かしく思い出しながら本書を読んだ。

発生学からみた筋膜構造に重点を置く、既存の殻を破った初めての手術書



《精神科臨床エキスパート》 抗精神病薬完全マスター

中村 純 ● 編
野村 総一郎, 中村 純, 青木 省三, 朝田 隆, 水野 雅文 ● シリーズ編集

B5・頁240
定価6,090円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01487-8

評者 樋口 輝彦

国立精神・神経医療研究センター理事長

向精神薬に関する解説書は数多く出版されている。そのコンセプトは、添付文書に限りなく近いものから、薬理に重点を置くもの、使い方に主眼を置いた実践的な書などさまざまである。そしてその多くはマニュアルあるいはハンドブックの体裁をとっており、通読するよりも、むしろ外来や病棟に常備して、必要の都度、必要な項目に目を通すのに適しているものが多い。

本書は以上のような類書とは一味違った構成である。言い換えれば、これまでの類書の良いところを取り込んだハンディな一冊といえるだろう。以下、本書の特徴について、2, 3記してみたい。

その一つは冒頭の「精神科臨床エキスパートシリーズ刊行にあたって」の中で述べられているように、「現在、精神科臨床の現場で最も知識・情報が必要とされているテーマについて、その道のエキスパートに診療の真髄を惜しみなく披露していただく」というコンセプトが実行されている点である。執筆者がその道のエキスパートであるのは言うに及ばない。「診療の真髄」は「臨床上のヒント・注意点」と「臨床ケース」ににじみ出ている。

二つ目に本書は6つの章で構成されているが、通読向きの章(第1—3章, 第5章)と、必要の都度、その薬の項目をピックアップして読む、言ってみればハンドブック的な章(第4章)があるので、一冊で2回違った味を求めることができる点である。

三つ目に、第4章の項目立てが大変よくできており、実践向きである点である。まず、冒頭に添付文書情報がコンパクトにまとめられている。次に概説、薬理学的作用機序、薬物動態、適応症と治療方針、副作用とその対策、相互作用とその対策、臨床上のヒント・注意点、臨床ケースの順に簡潔にまとめられており、大変読みやすくてきている。

本書は専門医をめざす若手の精神科医にも、また生涯教育を受ける世代の精神科医にも必携の書になるものと思われる。

最後に一点、希望を述べさせていたくと、薬はこれからも次々に開発され、新規薬剤が市販されるので、それをキャッチアップするために頻繁に改訂を加えていただければありがたい。

てんかん学ハンドブック 第3版

兼本 浩祐 ● 著

A5・頁368
定価3,990円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01539-4

評者 池田 昭夫

京大准教授・臨床神経学

医学書院から、このたび、愛知医科大学精神科教授の兼本浩祐先生による『てんかん学ハンドブック 第3版』が新たに出版されました。本書は1996年に初版が出版され、その後2006年に第2版、そして第3版が2012年に出版されました。

本書の特徴は次の二つと考えられます。一つ目は、臨床てんかん学の特に臨床的な内容が非常にコンパクトでありながらも広く網羅されていることです。二つ目は、本書が兼本先生の単独執筆による著書であることです。

昨今は、いろんな雑誌の特集号でも分担執筆されているものが多く、また国内外の書籍においても分担執筆によるものが非常に多い状況です。単独執筆の特徴は、単独の著者が全体を綿密に構成かつ俯瞰して、あるポリシーを持って一貫した内容に仕上げられることです。それによって読者は一貫した内容をその本に学ぶことができます。

それはもちろんその単独著者がこの分野に最も精通した専門家でなければ不可能で、また同時に筋の通った考え方(臨床の哲学)がなければ逆に浅薄な内容となってしまいます。その点において、兼本先生は、精神科の立場から、学問的にも臨床的にも長い経験と豊富な知識を持ち、日本の臨床てんかん学分野の最も傑出したリーダーのお一人です。

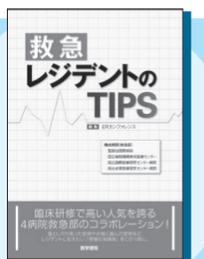
神経内科の分野では、Adams and Victorの“Principles of Neurology”という教科書があります。これは1000ページ余りの本ですが、第4版まではAdams教授とVictor教授による2名のみの共著で、1980年代は名著の評判がすこぶる高かった臨床神経学の教科書です。小生は第3版で勉強しましたが、いたるところに著者の考えが一貫して散りばめられて、また各章間で記載に矛盾がなく前後の記載が有機的に結びついていました。読破するこ

臨床研修で高い人気を誇る4病院救急部のコラボレーション!

救急レジデントのTIPS

落とし穴があった症例や示唆に富んだ症例など、レジデントに伝えたい「現場の実践知」がこの1冊に。臨床研修病院として人気の聖路加国際病院、国立病院機構東京医療センター、国立国際医療研究センター病院、国立成育医療研究センター病院の救急部による編集・執筆。少し背伸びをしたいレジデントに役立つTIPS!

編集 ERカンファレンス



B5 頁292 2012年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01388-8]

医学書院

●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

記事内容に関するお問い合わせ

☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ

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)へ

「つくった後」が、本番です。意外に知らないストーマ日常ケアを徹底解説!

<看護ワンテーマBOOK>

快適!ストーマ生活 日常のお手入れから旅行まで

ストーマ造設後、在宅や施設で長期間「ストーマとともに生きる」人が増えている。ストーマセルフケアの確立には入院中や、退院後の外来での継続的な指導・学習が大切。患者指導に携わるナースはもちろん、患者本人や介護者にもわかりやすい、ストーマセルフケアの決定版ハンドブックが登場! 「災害時用携帯カード」【日本全国のストーマ外来リスト】の付録つき!

松浦信子
がん研有明病院看護部WOC支援室長・WOCナース
山田陽子
産業医科大学病院看護部主任



B5変型 頁128 2012年 定価1,890円(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01601-8]

ステップアップ内視鏡外科手術 [DVD付]

若林 剛 ● 監修
佐々木 章 ● 編

B5・頁260
定価14,700円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01542-4

評者 北野 正剛
大分大学長 / 教授・外科学

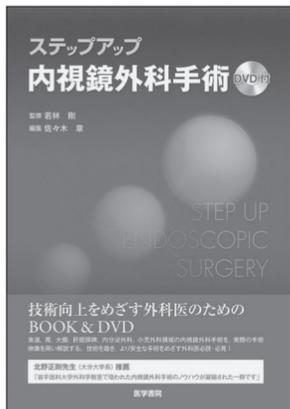
このたび、岩手医科大学の若林剛教授の監修の下、佐々木章准教授が編集を行った『ステップアップ内視鏡外科手術』と題する手術書が医学書院から刊行された。消化器外科領域を中心に内視鏡外科手術を幅広く、数多く手掛けてきた同大学外科学講座の、世界をリードする腕利きの外科医たちの総力結集の著書といえる。

1990年、腹腔鏡下胆嚢摘出術がわが国にもたらされた。低侵襲治療としての内視鏡外科手術の夜明けであった。以来、この20年余りの間に、内視鏡外科手術は「低侵襲性手術」としてのカテゴリ

を確立しながら急速に普及し、その適応は、良性疾患はもちろん早期がんから進行がんへと拡大されてきた。さらに、内視鏡外科手術の対象は胆嚢、大腸、胃にとどまらず、肝、脾、膵、乳腺、内分泌、高度肥満などへ広がり、単孔式腹腔鏡下手術やNOTES(経管腔の内視鏡手術)、内視鏡手術支援ロボットの登場してきた。この目覚ましい手術革命は、「体に優しい」手術が、国民の福祉に貢献し、社会が求めているためにほかならない。

内視鏡外科手術は、従来の開腹手術と異なり、モニター下の空間における鉗子操作となるため、術者には特殊なトレーニングが必要とされる。また、新しい内視鏡外科手術機器や器具も次々に開発され、その特性や適切な使用法を熟知することが求められている。日本内視鏡外科学会は北島政樹前理事長の下、2004年に内視鏡外科の安全な普及と指導者の養成を目的に、技術認定制度を発足させている。その習得をめざして多くの外科医たちが

世界をリードする外科医たちの総力が結集された一冊



日々研さんに励んでいるが、そのハードルは決して低いものではなく、手技のトレーニングや教育の重要性があらためてクローズアップされてきている。

このような時代の背景の中、今回、岩手医科大学外科学講座が上梓した本書は、まさに時宜を得た企画である。「総論」では、内視鏡外科一般に関するルームセットアップから術野展開法、止血法、消化管吻合法、さらには数多く開発されているエネルギーデバイスまで、基本的な手技や知識を解説している。また「各論」においては、食道、胃、大腸、肝胆膵脾、内分泌外科、小児外科の分野ごとに、鮮明な写真とわかりやすいイラストを用いて、その実践手技のコツを簡潔に解説している。各論で扱われる手術は、腹臥位胸腔鏡下食道切除や単孔式腹腔鏡下手術を含めて27術式にも及ぶ。本書の最大の特徴は、解説されている手術手技を実際の動画としてDVDに収め本書の巻末に付している点だと思われる。生の映像は、どんな素晴らしい成書で勉強するよりもはるかに情報が多いからである。

このような多くの特色を持つ本書は、初学者はもちろん、日本消化器外科学会の専門医や日本内視鏡外科学会の技術認定取得医をめざしている多くの外科医にとって大いに役立つことであろう。日本内視鏡外科学会の運営に携わる一人として、本書を通じて、一人でも多くの外科医が、さらに安全で質の高い基本手技を習得し、わが国全体の内視鏡外科手術の発展に寄与することを期待したい。

このような多くの特色を持つ本書は、初学者はもちろん、日本消化器外科学会の専門医や日本内視鏡外科学会の技術認定取得医をめざしている多くの外科医にとって大いに役立つことであろう。日本内視鏡外科学会の運営に携わる一人として、本書を通じて、一人でも多くの外科医が、さらに安全で質の高い基本手技を習得し、わが国全体の内視鏡外科手術の発展に寄与することを期待したい。

とで単に知識を学ぶだけではなく先達の philosophy を同時に学んだ気がして大変充実感があつたことをいまだに覚えています(概して、読書とは他人の頭でものを考えることと言われるゆえんでしょう)。本書も全く同様で、兼本先生の一貫した考え方で構成されています。本書の中には、事例、臨床メモ、視点論点、などが各所に効果的に散りばめられています。これは上述したように、兼本先生の「臨床的哲学」が垣間見える部分です。もちろん本来の基軸となる骨格的内容には、最新の文献の内容も文献とともにわかりやすくポイントを押さえて記載されています。新規抗てんかん薬の記載も充実し

たものになっています。兼本先生の学会などでの講演をお聞きになるとすぐわかることですが、その話が面白なのは定評のあるところ。それは、学問的にも臨床的にも長い経験と豊富な知識と筋の通った考え方がしなやかに組み合わせられているからでしょう。特にてんかんの初学者は、本書を手にとっていただくと、臨床てんかん学の面白さ、重要性を実感されることと思います。

twitter
本紙編集室でつぶやいています。記事についてのご意見・ご感想などをお寄せください。
[週刊医学界新聞 @igakukaishinbun]

脳卒中の下肢装具 第2版 病態に対応した装具の選択法

渡邊 英夫 ● 著

A5・頁200
定価4,200円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01535-6

評者 小峯 敏文
熊本総合医療リハビリテーション学院学科長・義肢装具学

脳卒中に対する下肢装具は、その医学的リハビリテーションの中で従来から広く用いられてきた。日本脳卒中学会、他がまとめた『脳卒中治療ガイドライン2009』をみると、急性期リハビリテーションで脳卒中の下肢装具にかかわる関係者すべてに薦めたい一冊は装具を用いた早期歩行訓練がグレードA、歩行障害に対するリハビリテーションの項では歩行改善のために短下肢装具使用はグレードBとされ、エビデンスからみても効果が優れていることがわかっている。また近年では、単に医学的治療といった側面のみならず、在宅すなわち介護や福祉の領域においても、ユーザー側からみればQOLそのものに直結するほど大変重要な役割を持つようになった。

ところで、脳卒中リハビリテーションの分野では、これまでにさまざまな機能を有する装具が研究・開発されてきた。その背景には、病態がより明らかになってきたこと、人の正常歩行の理解が進んだこと、さらには医学的リハビリテーションそのものの諸技術が進歩してきたことなどがある。他方で、装具にも多様な機能が求められるようになっており、各種プラスチックやカーボン繊維をはじめとする新しい素材の導入によって、装具自体がさらに多機能化してきた。機能障害に対する下肢装具として、単に変形の予防や矯正といった基本的な役割のみならず、脳卒中の回復段階に求められる多様な機能、例えば足関節の固定、制限、補助、制動に対応できるものも登場してきたのである。

このような状況の中、脳卒中患者が呈する諸病態に応じた下肢装具を確実に選択することは、非常に難しくなっていると感じている関係者は多いのではないだろうか。

本書は2007年に初版が発行されたが、サブタイトルには「病態に対応した装具の選択法」と銘打ち、当時わ

が国で用いられていた一体型のプラスチック短下肢装具はもとより、足継手も網羅され、装具選択の指標となるべき項目を中心に構成されていた。著者の渡邊英夫先生は、脳卒中のリハビリテーションに対する長年の臨床経験、研究活動から、現場で使えるガイドブック的資料として本書を執筆されており、既に医師やセラピストを始め多くの関係者が手にされていることであろう。

さて、今回発行された第2版では、近年では当然のようになってきた脳卒中早期の下肢装具について新たに言及されており、時流に対応した内容になっている。装具の記載ではイラストに加え、実物写真もカラーで紹介されており、患者さんへ説明するにも非常に有効な資料となろう。また、臨床の場で多く用いられているシューホーン型のような一体型プラスチック短下肢装具や、調節式足継手の詳しい内容が追加された。その他の新しい項目には問題提起的な症例の紹介もあり、思わずうなずいてしまったほどである。まさに、脳卒中の下肢装具にかかわる関係者すべてにお薦めしたい一冊となっている。

PHOTO LETTER
文・写真 国境なき医師団日本 www.msf.or.jp
武力紛争、天災、貧困など苦境に立つ人々に医療を提供する国境なき医師団。その活動地域は、世界60か国にも及ぶ。このコーナーでは、各地域から届いた活動の便りを紹介する。
03: マラリアがまん延するコンゴ
コンゴ民主共和国の主要な死因は、蚊を媒介して感染するマラリア。人的・物的に医療資源が不足する同国では、年間18万人の5歳未満児が死亡している。国境なき医師団(MSF)は3月以降、マニエマ州・赤道州・オリエンタル州などで、保健省のマラリア対応への支援を開始。活動地まではカヌーや徒歩で向かうことも。写真はMSFの診療所に運ばれた少年。重度のマラリアによる貧血がみられ、輸血を行った。

すべての医療職者のための東洋医学的な診断と治療法
M-Test 経絡と動きでつかむ症候へのアプローチ
M-Testとは、「動き」の分析によって痛みなどの症候の原因を探り、医療職者であれば誰でも治療すべき経絡を容易に、迅速に、的確に判断し、診断・治療につなげることができる方法である。西洋医学の方法論だけでは見えてこない病気の側面を観察することで、EBMとNBMの橋渡しとなる治療を実現できるM-Testのすべてがわかる1冊。鍼灸師のみならず医師、理学療法士、看護師などにもお薦めしたい。臨床にすぐに役立つ別冊付録付。
向野義人 福岡大学スポーツ科学部教授・福岡大病院東洋医学診療部
松本美由季 昭和大学医学部リハビリテーション医学教室 特別研究生
山下なぎさ ロータスウェルネス鍼灸院

1冊を選ぶならコレ!高い評価を勝ち得た“理想の手引”最新版
新刊 心臓カテーテルハンドブック 第3版
The Cardiac Catheterization Handbook, 5th Edition
心臓カテーテル法による検査と治療、患者管理に関する基本的な入門書として高い評価を得た実践の手引、8年ぶりの改訂。オールカラーになり、さらに見やすく読みやすくなった。最新の知見に基づき、全面的に情報をアップデートするとともに、新たに末梢血管の造影法とインターベンションの章を追加。医師のみならず看護師も含め、心臓カテーテル室の新人に最適であり、ベテランにとっても知識の確認・整理に好適。
監訳: 高橋利之 JFJ東京総合病院循環器内科部長
定価8,400円(本体8,000円+税5%)
A5変 頁528 図267 2012年
ISBN978-4-89592-719-2

日常の診療に必要な、信頼ある最新情報を網羅した国内最大級のリファレンス データベース

今日の診療 プレミアム Vol.22

DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2012年
価格76,650円(本体73,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01609-4]
消費税変更の場合、上記価格は税率の差額分変更になります。

1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

収録項目は約88,200件。お手元のパソコンで最新の情報に手軽にアクセスできます。また、書籍の改訂にともない「今日の治療指針 2012年版」「今日の小児治療指針 第15版」「治療薬マニュアル 2012」「今日の皮膚疾患治療指針 第4版」の4冊のデータが最新になりました。

2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

入力した検索語を使って、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」を検索できます。医学書院から発行されている全雑誌を対象に検索を行うことができます。*インターネット接続環境が必要です。また、全文の閲覧には別途料金がかかる場合がございます。

3 高速検索エンジンで快適な操作。登録語マーカーで記録が残せます。

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、「記録と記憶」をサポートする機能を強化しました。

● 高機能な治療薬検索

「薬品名」「適応症」「副作用」「薬効分類」「製薬会社名」「禁忌」のそれぞれの項目による条件検索が可能。

● 登録語マーカー

本文の一部にマーカーを引き、コメントをつけることができる機能です。また、登録された語をリスト表示して、その中から選んで表示させることもできます。

● より使いやすく

ご要望が多かった、文字のサイズを調整する機能や、本文タブをワンタッチで閉じる機能、壁紙機能などの改良を行いました。



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.22」もご用意しております

今日の診療 ベーシック Vol.22 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM版 2012年
価格 54,600円(本体52,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01611-7]

収録内容詳細

● プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2012年版 Update
下記の付録を除く全頁を収録
(「臨床検査データブック」、「新薬、医薬品等安全性情報」)
- ② 今日の治療指針 2011年版
口絵・付録を除く全頁を収録
- ③ 今日の診断指針 第6版
付録を除く全頁を収録
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
全頁を収録
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15版 Update
資料の一部を除く全頁を収録
- ⑥ 救急マニュアル 第3版
全頁を収録
- ⑦ 臨床検査データブック 2011-2012
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2012 Update
付録の一部を除く全頁を収録

*書籍とは一部異なる部分があります

● プレミアムにのみ収録

- ⑨ 新臨床内科学 第9版
全頁を収録
- ⑩ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
- ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版 Update
全頁を収録
- ⑫ 臨床中毒学
全頁を収録
- ⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版
全頁を収録

最新・最高の治療年鑑。1081名のエキスパートが贈る最新の治療ストラテジー

今日の治療指針 2012

私はこう治療している

総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢

- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル 2012」との連携、「治療薬マニュアル 2012」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)
- 各領域について「最近の動向」を解説
- 日常臨床で遭遇するほぼ全ての疾患・病態への治療方針を解説
- 各項目はすべて新執筆により毎年全面書き下ろし
- 大好評の付録「診療ガイドライン」では、29の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
- 付録「緩和医療における薬物療法」を新規収録
- デスク判(B5) 頁2064 2012年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01412-0]
- ポケット判(B6) 頁2064 2012年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01413-7]



この1冊さえあれば大丈夫!! 最も網羅性に優れた治療薬年鑑

治療薬マニュアル 2012



監修 高久史磨・矢崎義雄
編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

別冊付録
「重要薬手帳」

本書の特徴

- 2,100成分、15,000品目の医薬品情報を2,500頁に収録
- 副作用情報は症状に加えて対処・処置まで掲載
- 使用目的や使用法、適用外使用など、臨床解説が充実
- 各領域の専門医による総論解説、最新の動向を各章に掲載
- 厳選された医薬品情報と代表的な処方例をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」
- 2012年版の特徴
- 2011年11月掲載の新薬までを掲載
- 新規付録、ヒヤリ・ハットの事例を紹介
- 公知申請情報、製剤の味・風味情報を追加
- 「歯科用薬」を新規掲載

● B6 頁2560 2012年
定価5,250円
(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01432-8]

「治療薬マニュアル2012」×「今日の治療指針2012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2012年版」と「治療薬マニュアル2012」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2012」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2012年版」に同封の書籍の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください(2012年10月1日消印分まで有効)。

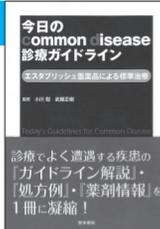
ガイドライン解説・処方例・薬剤情報を1冊に凝縮!

今日の common disease 診療ガイドライン

エスタブリッシュ医薬品による標準治療

監修 小川 聡 国際医療福祉大学三田病院 院長
武藤正樹 国際医療福祉大学大学院 教授

● B6 頁480 2012年 定価4,725円
(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01525-7]



common disease59疾患の「ガイドライン解説」と「処方例」、処方薬の基本情報を「薬剤一覧」にまとめた、全医療従事者必携のクイックリファレンスブック。各疾患解説中の「処方例」と巻末の「薬剤一覧」は、相互参照できるユニークな構成となっている。本書では、エビデンスに基づく診療ガイドラインに収録されるような標準的治療薬で、しかも費用対効果の優れた医薬品を「エスタブリッシュ医薬品」と位置づけ、それらの薬剤を中心にとりあげた。common disease情報のアップデートに、患者説明・服薬指導に、薬剤銘柄選択に…あらゆるシチュエーションにおいて、多忙な現場をサポートする1冊。

軽快にして圧巻の見出し語数。グローバル時代の全医療者に贈る用語辞典の決定版!

医学書院 医学用語辞典

英和・略語・和英

監修 伊藤正男 理化学研究所 脳科学総合研究センター特別顧問
井村裕夫 京都大学名誉教授
高久史磨 日本医学会会長

● B6 頁992 2012年 定価4,410円
(本体4,200円+税5%) [ISBN978-4-260-00364-3]

学会準拠の日本語・欧文表記、略語をすばやく調べられるよう、高い信頼性で定評のある「医学書院 医学大辞典 第2版」収録の用語に最新医学用語を加え、ポケットサイズにまとめた英和・和英辞典。総見出し語数は圧巻の14万語。どこにでも軽快に持ち運べ、論文執筆・閲覧に、WEB検索などに、機動的に使える。



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