

2014年4月14日

第3072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 (社) 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]今伝えたい、リハビリテーション実践の真髓(蜂須賀研二)…1-2面
[寄稿]高齢肺炎患者の抗菌薬投与・入院は必要か(福家良太)…3面
[連載]「問診力」で見逃さない神経症状…4面
[連載]続・アメリカ医療の光と影/オープンダイアログ…5面
[連載]在宅医療モノ語り,他…6-7面

今伝えたい、リハビリテーション実践の真髓
「リハビリテーション技術全書」と著者・服部一郎氏の理念

interview 蜂須賀 研二氏 (九州労災病院門司メディカルセンター院長/産業医科大学名誉教授) に聞く

本邦のリハビリテーション(以下、リハビリ)医学領域の草分け的存在であり、「日本のハワード・ラスク(註1)」とも称される故・服部一郎氏(MEMO)。氏の残した多くの功績の一つに『リハビリテーション技術全書』(医学書院刊、1974年初版、84年第2版)がある。それまでにはなかった「実践」を主眼に置いた内容で、医師とセラピストが臨床で果たすべき役割を明快に示し、長く親しまれてきた同書がこのたび、『服部リハビリテーション技術全書』として30年ぶりに改訂された。本紙では、「時代が移り変わり、リハビリの理論や技術が大きく進歩した今だからこそ、同書に込められた普遍的な理念を伝えたい」という編者の蜂須賀研二氏に、話を聞いた。

専門領域が確立する時代の普遍的な教科書

—『リハビリテーション技術全書』の初版は1974年、今から40年前に出版されています。このころ、日本のリハビリ領域はどのような状況だったのでしょうか。

蜂須賀 制度的には、診療報酬改定において初めて「身体障害運動療法・作業療法」の項目が作られ、施設基準と診療報酬点数が認められたのが、この年になります。ただ臨床で言えば、早期からのリハビリはまだ一般的でなく、例えば脳卒中の患者さんは急性期

の1-2か月は安静にして、それから保養地などでリハビリを始めていこう、というやり方が普通だった時代です。

—領域としても、学問的にも、専門分野としての確立が始まろうとしていた時期、ということですね。

蜂須賀 そうですね。独立したリハビリの講座が大学にでき始めたころでしたから、専門家も少なく、内科や整形外科から転科した医師がほとんど。専門職の数も、理学療法士(PT)が約1500人、作業療法士(OT)が約500人、という状況でした。ですから、リハビリに関するテキストもまだ乏しくて、あったとしても理論や病態に主眼が置

かれた内容のもの。特にPTやOTにとって、実践に役立つテキストはまだなかったと言っても、過言ではないでしょう。

—そうした状況で『リハビリテーション技術全書』が与えたインパクトは大きそうですね。

蜂須賀 ええ。医師とセラピスト両方に向けた、おそらく最初の総合的な教科書であり、しかも実用的な内容がメインになっているという点で画期的でした。例えば脳卒中の歩行障害ではどんな訓練をすればよいか、訓練室にはどんな道具を置けばよいか、疾患別に具体的な指針が示されているのです。

その編集方針は、共著者の和才嘉昭先生によって描かれた図を見ると、いっそう明確になると思います(2面図)。シンボリックに人と道具を描いてあって非常にわかりやすいので、PT、OT養成校の試験問題はもちろん、国家試験にも活用されてきました。今見ても役立つものも多く、第3版でも可能な限りこれらの図を活かした改訂を行っています。こういう点から見ても、まさに普遍的な実践の書であると言えると思います。

社会復帰の観点を備えたリハビリの先駆者として

—1000ページ近くに及ぶ大著を、ほとんど一人で著されたのが服部一郎先生です。

蜂須賀 完成までに約10年を費やされています。服部先生のご子息の服部文忠先生(現・長尾病院長)に伺うと、一郎先生は毎日の診察の後、夕方から夜までずっと、家にもって執筆活動に専念されていたそうですよ。

日本における「リハビリの祖」と言



●蜂須賀研二氏

1975年慶大医学部卒。80年同大月が瀨リハビリテーションセンター助手を経て、84年米国Mayo Clinic・末梢神経センターに留学。86年慶大病院リハビリテーションセンター助手、87年産業医大リハビリテーション医学講座講師、91年同大助教授、99-2014年3月まで同大教授。4月より現職。

うと、天児民和先生(註2)が知られていますが、どちらかといえば天児先生は、大局的視点から制度や体制整備に尽力された方です。一方、服部先生は一度も臨床を離れることなく、日々の診察を通して、一つひとつリハビリの体系を築かれた方と言ってよいのではないかと思います。

—お二人とも九州にゆかりが深いですね。

蜂須賀 そうですね。「日本のリハビリの陽は西から昇った」とも言われますが、もともと炭鉱や工業地帯がたくさんあった九州では、労働災害による外傷患者、特に脊髄損傷者が多く発生しており、彼らへの治療や回復訓練へのニーズが非常に大きかったのです。そのニーズが、九州から多くのリハビリの先駆者を生みだすとともに、専門施設を充実させる基盤ともなったのだ

(2面につづく)

MEMO 服部一郎氏 (1916-2009)

1916年熊本市生まれ。九州帝大医学部を経て42年、九大別府温泉治療学研究所入所。別府温泉の泥を使った「鉱泥療法」(ホットパックの原型)の研究に取り組む。49年九州労災病院内科部長、57年九大非常勤講師。59年からの仏留学を経て、九州労災病院初代リハビリテーション科部長。65年長尾病院を開設、院長兼理事長に就任。74年、『リハビリテーション技術全書』を上梓。84年には第2版を発行。成人・高齢者リハビリの先駆者であり、日本リハビリテーション医学会設立にも大きく貢献した。



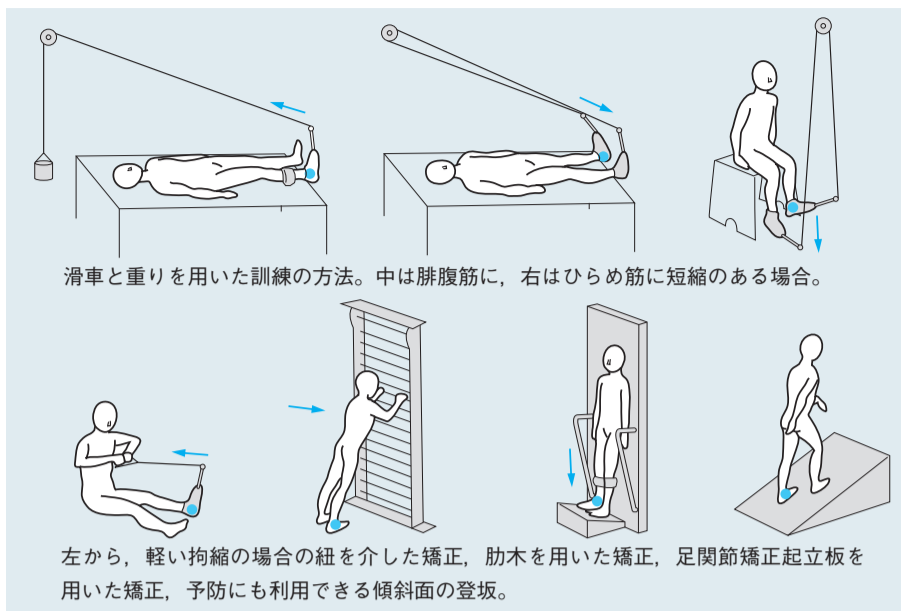
●服部氏(1989年撮影)と『リハビリテーション技術全書』初版の表紙



4 April 2014 新刊のご案内 医学書院
標準生理学 (第8版)
Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014
診断戦略
マンモグラフィガイドライン (第3版増補版)
実践 がんサバイバーシップ
神経内科プラクティカルガイド
Dr.宮城×Dr.藤田 ジェネラリストのための呼吸器診療勘どころ
エコーでコラボ 主治医と検査者の相互理解を深める心エコー奥義
経鼻内視鏡による 胃がん検診マニュアル
研修医のための 整形外科診療「これだけは！」
服部リハビリテーション技術全書 (第3版)
作業で語る事例報告 作業療法レジメの書きかた・考えかた
誰も教えてくれなかった スピリチュアルケア
看護診断 第19巻 第1号
妊婦健診に一步差がつく 産科超音波検査
電子辞書 DF-X11001 PASORAMA+

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 今伝えたい、リハビリテーション実践の真髄



滑車と重りを用いた訓練の方法。中は腓腹筋に、右はひらめ筋に短縮のある場合。

左から、軽い拘縮の場合の紐を介した矯正、肋木を用いた矯正、足関節矯正起立板を用いた矯正、予防にも利用できる傾斜面の登坂。

●図 足関節拘縮に対する訓練方法

『服部リハビリテーション技術全書』第3版第4部第5章、P234 図4-85より一部転載。第3版では可能な限り、前版の図表を書き起こして活かしている。一方、総論では「地域リハビリテーション」の項目を追加。各論の疾患編では「がん」「廃用症候群」「高齢者と認知症」などが加わった。内容レベルでは、訓練や物理療法、福祉用具などを最新のものに更新している。

(1面よりつづく)

と思います。

——九州労災病院も、日本で初めての労災病院として開設されたものですね。

蜂須賀 ええ。1949年、服部先生はその新設時に内科部長として赴任され、理学療法棟を作り、平行棒や滑車といった訓練器具を一から手製し、理論と技術を蓄積していかれた。“リハビリテーション”という言葉自体がまだ、日本になかったような時代のことです。

1959年には、同院に大規模なリハビリ施設を開設し、温泉地など遠隔地の専門施設でのリハビリが一般的だった当時、一般病院で、患者さんの居住地に近接したかたちで実践する「都市型リハビリ」の端緒を作られています。——社会的・職業的リハビリの重要性に、非常に早くから気付いておられた。

蜂須賀 上田敏先生（東大名誉教授）が1962年、九州労災病院を訪問した際、日本家屋を想定した畳敷きのADL訓練室があることに驚いた、と述懐されています<sup>1)</sup>。「施設で患者に無為に日を送らせてはならない」と、職場への復帰、自宅に帰す、など“その後の生活”を想定した訓練を行われていたわけで、当時としては、かなり画期的だったのではないのでしょうか。

——まさに先駆者であったのですね。

蜂須賀 そうですね。今振り返ってみても、米国のリハビリの技術や考え方を、約20年先取りして実践していたことになります。

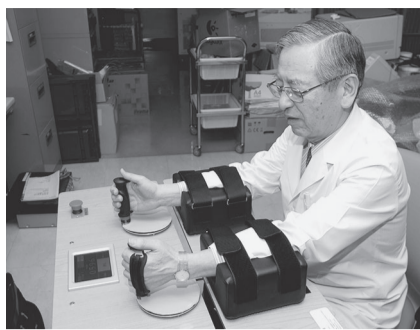
いつでも、どこでもできるリハビリをめざして

蜂須賀 先駆的な試みを多く行っておられながらも、服部先生ご自身は、表立って方針を述べ皆を引っ張っていかれるタイプというわけではなかったのです。あくまで穏やかに患者さんに接し、患者さんに一番益になることを考え、実践してきた経験を伝えたい、という方でした。

——過去のご発言を紐解くと「リハビリをやさしくする」ことが大切とおっしゃり、専門職がいないところでも、看護師や家族の指導のもと、患者さんが自分でできるような「自習訓練」の重要性も説いておられます<sup>2)</sup>。

蜂須賀 専門職の数はまだ少なかったこともあるでしょうが、患者さんのいるところ、いつでも、どこでもできるようなリハビリの在り方をめざされていたのでしょね。

私自身も、それはとても大切な視点だと思います。今、上肢のリハビリ用



●写真 簡易型上肢訓練ロボット

肘下を固定してハンドルを握り、手首の内・外への曲げ伸ばしを800回繰り返す。2013年度文科省科研費研究「鏡像運動を支援する簡易型上肢訓練ロボットの多施設前向きランダム化比較試験」として現在、試作機での臨床試験を行っている。

ロボットの開発をしています。なるべく安価で小さく、操作も簡単なロボットの实用化をめざしています(写真)。

ロボットというとハイテクで高機能なものを志向しがちですが、そうするとどうしても操作も複雑になり、コストもかさみます。そういう、セラピストの代わりにするまでのものではなく、あくまで作業の一部を代行する“道具”としてのロボットをめざすことで、患者さんの自宅やデイケア・デイサービスなどさまざまな場所で、より多くの人に使ってもらえるものができると思っています。

患者に寄り添う視点を忘れずに

蜂須賀 治療の効果が表れにくかったり、病状が進行し続ける患者に接することも多かったリハビリの現場で、医師として無力を感じ、患者に相対することが苦痛になるようなとき、服部先生は“Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours.”(時として癒し/しばしばその苦しみを和らげ/絶えず慰めを与えて)という言葉を出し、勇気を奮い立たせた、とおっしゃっています<sup>3)</sup>。

たとえ治療や苦痛の緩和ができる対象は限られていても、慰めは全ての人に与えることができる、ということです。治療に全力で取り組むべきことは当然ながら、治らない障害の評価やその告知にも細心の注意を払うこと、そして、患者が障害を納得して受容するまで寄り添うこと。そういうことの重

要性を、常に考えておられたのだと思います。

——それは、今の臨床現場においてもとても大切な、普遍的な考え方ですね。

蜂須賀 そうですね。初版のころと比べれば、リハビリテーション医学会の会員数は約7倍に増え、PT、OTに至っては各々約50倍、100倍と、指数関数的に有資格者が増えました。「量」が充足しつつあり、今度は個々人の臨床の「質」が問われ始めているなかで、服部先生のような、患者目線を常に忘れない心掛けをより多くの人が知ってほしいと思います。第3版でもその考え方とお人柄をできるだけ感じとれるよう、改訂を進めたつもりです。

初版の序でも「図書室の棚の上に乗せておかれるものではなく、診察机や治療台の上に手垢にまみれて置かれるべき性質の本である」と述べられているとおり、大きな本ではありますが、医師もセラピストもぜひ手元に置いて、自分の今行っている臨床実践の確認に活用していただけたらうれしいですね。

——ありがとうございました。(了)

●註

1) ハワード・ラスク(1901—89年)は「リハビリテーションの父」と呼ばれる米国の医師。「全人間的復権」という包括的なリハビリテーション理念を確立し、その実践に尽くした。

2) 天児民和(1905—95年)は整形外科医、九大名誉教授。九州帝大卒、新潟医大教授、九大教授、九州労災病院長などを歴任。日本リハビリテーション医学会の創設メンバーであり、日本初の骨銀行、骨腫瘍登録制度の創設者でもある。79年勲一等瑞宝章受章。

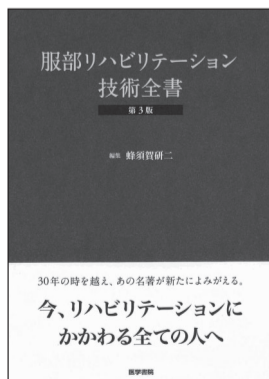
●文献

- 1) 上田敏. リハビリテーションの歩み その源流とこれから. 医学書院. 2013.
2) 一般病院のリハビリテーションを考える. 総合リハ. 1982; 10(11): 997-1006.
3) 服部一郎. 治療する側と治療される側の落差. 理学療法と作業療法. 1983; 7(8): 501. この言葉は、米国の結核医エドワード・トルドーが開設したサナトリウムの記念碑に、患者たちが感謝を込め彫りこんだもの。

@igakukaishinbun

本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

名著の全面改訂、リハビリテーションのあらゆる技術がここに結集



服部リハビリテーション技術全書

第3版

編集 蜂須賀研二 産業医科大学名誉教授

かつて服部一郎らがリハビリテーションの基本技術の実際を集大成し、多くの人に愛読されてきた書物が、その意思を継ぐ著者らの手によって全面改訂。600以上にもおよぶ図の豊富さはそのままに、さらに今日の実地診療に対応できるよう最新の知見が盛り込まれた。初学者から熟練者にまで役立つ、まさにリハビリテーション技術の百科全書ともいえよう1冊。

●B5 頁1024 2014年 定価：本体18,000円＋税 [ISBN978-4-260-01757-2]

医学書院

脳科学の頂点

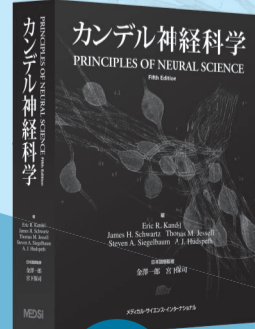
カンデル神経科学 PRINCIPLES OF NEURAL SCIENCE

5th Edition

2014年4月下旬発売

脳科学の宇宙を展望する。心も、行動も、生命も、脳と神経の探求は

「人間を知る」ための科学的基盤である。



- ノーベル賞を受賞したエリック・カンデルによる神経科学のグローバルスタンダード、最新第5版の邦訳。
■ 全9パート、67章にて構成。「脳科学」を包括的に解説する最も信頼できる教科書。
■ ニューロンの分子生物学から、認知、知覚、運動、思考・記憶などの高次機能、精神・神経疾患の基礎、システム脳科学を詳述。
■ 読みやすい日本語訳と、美しく見やすい1,007点のフルカラー一図版。
■ 医学、リハビリテーション、理学、工学、心理学、経済学、哲学などさまざまな学問領域の基礎としての「人間を知るための科学的基盤」を与えてくれる本。
■ 初学者から専門研究者・医師まで、知識を共有できる一冊。

新刊

日本語版監修 金澤一郎 国際医療福祉大学大学院 院長 宮下保司 東京大学大学院医学系研究科 統合生理学分野 教授

定価：本体14,000円＋税

●A4変 頁1,760(予定) フルカラー 図1,007 2014年 ●ISBN978-4-89592-771-0

# Controversial

コモンディーズの診療において議論のあるトピックスを、Pros and Cons (賛否) にかけて解説し、実際の診療場面での考え方も提示します。

## 福家 良太

仙養会北摂総合病院  
呼吸器内科/感染対策室

Profile ● 2008年大阪医大卒。仙養会北摂総合病院研修医を経て同病院呼吸器内科/感染対策室に所属。ブログ「EARLの医学ノート」(http://drmagician.exblog.jp/)から敗血症、感染症、呼吸器疾患等に関連した文献レビューを発信している。

# 高齢肺炎患者の 抗菌薬投与・入院は必要か

肺炎は感染症であるが、高齢者肺炎では抗菌薬を投与すれば解決するというものではない。厚生省の人口動態統計では70歳を境に肺炎死亡率は増加し始め、年齢別の肺炎死亡率の動向を見てみると、若い世代は肺炎死亡が減少傾向を示したのに対し70歳以上は増加していることがわかる<sup>1)</sup>。

この70歳を境とした死亡の増加減少の違いは、70歳以上の高齢者は抗菌薬の進歩の恩恵を受けていないことが推察される。実際に、厚生省の人口動態統計の疾患別死亡率を見ると、1975年以降にセフェム系、カルバペネム系、キノロン系が発売されたにもかかわらず死亡率は増加の一途をたどっている。高齢化により70歳以上の人口が増え、これらの集団が抗菌薬では救命し得ない何らかの要因で死亡していることを示している。

## 高齢者肺炎は感染症か？

Teramotoらの研究<sup>2)</sup>によれば、誤嚥は50歳から始まっており、肺炎患者における誤嚥の関与は70歳代では70%以上、80歳以上では90%前後にまで達している。そして、この誤嚥は嚥下機能低下というベースがあつた合併症の存在にほかならない。

さらに嚥下機能低下は数多くの機能低下の氷山の一角に過ぎず、高齢者肺炎にはさまざまな合併症がつきまとう。心不全、運動障害、認知症、低栄養状態、電解質異常などであり、抗菌薬治療の内容が予後に関連せず、これらの宿主因子が予後に関連していることは既に多くの報告<sup>3)</sup>が示す通りである。当院の70歳以上の肺炎入院患者291例の観察研究(未論文化データ)でも、生存群と死亡群に初期抗菌薬奏効率に有意差はなく、肺炎そのもので死亡に至った例はわずか5例(1.7%、死亡群の中では17%)であった(図)。

さまざまな機能が低下した高齢者はいわゆる“frailty”と呼ばれる状態かそれ以下の不可逆な機能低下の状態(以下ではpost-frailtyとする)にあり、高齢者肺炎治療で実際に難渋するのは肺炎ではなくこれらの背景病態の管理である。すなわち、高齢者肺炎は感染症というよりも加齢による種々の機能低下による症候群にほかならない。では、この機能低下の状態に至った高齢者の肺炎において、抗菌薬投与や急性期病院への入院は果たして意味があるのだろうか？

## Cons 抗菌薬投与・入院は必要ではない

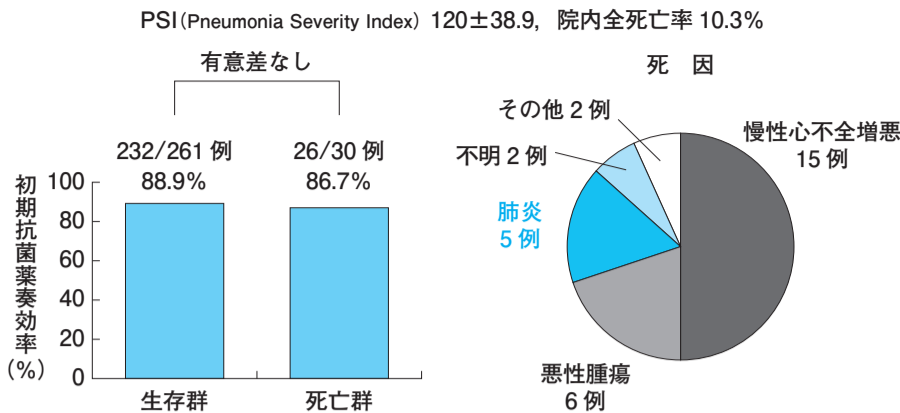
高齢者肺炎に抗菌薬治療を行うか行

わないかでその後の予後はどう違うのかについて、ひとつの答えとなる可能性があるのがCASCADE study<sup>4)</sup>である。この報告は米国22の介護施設の認知症が進行した肺炎患者225例の前向き観察研究を行ったものである。患者背景を見ると、「Do-not-hospitalised(DNH) order(入院しない意思表示)」という記載があり、このDNHをあらかじめ意思表示している患者が約半数に上る。人生の最期(End-of-life)を快適に過ごせたかについてQOL(Quality of life)を評価すると、抗菌薬治療を行わなかった患者に比して抗菌薬治療を行った患者はQOLが低く、入院した患者ではさらにQOLが低下していた。

また、DNHの意思表示がない場合は侵襲的治療介入が増加することが報告されている<sup>5)</sup>。米国とオランダの介護施設の認知症を伴う下気道感染症の前向きコホート研究<sup>6)</sup>では、行動抑制はADLを低下させ、経口抗菌薬治療は3か月死亡率を改善させないと報告している。全ての医療・介護従事者は、高齢者肺炎では入院自体が侵襲であることを認識する必要がある。

## Pros 抗菌薬投与・入院は必要である

前述のCASCADE studyでは、抗菌薬を投与することで死亡リスクは80%減少し、DNHの意思表示は死亡リスクを2.21倍に有意に増加させたとしている。また、認知症患者への抗菌薬治療の差し控へは認知症を進行させる、重症肺炎を惹起させる、食物・水分の経口摂取量が減る、脱水が進行するなどの弊害があることを指摘する報告<sup>7)</sup>や、肺炎による死亡の直前は認知症患者において著しい苦痛を伴い、



● 図 当院呼吸器内科に肺炎で入院した70歳以上の患者291例の解析  
福家良太, ほか. 第3回北摂四医師会肺炎疾患フォーラム2014年2月15日一般演題2

死が差し迫っている状況での抗菌薬の使用はこれらの不快さを減じるかもしれないとする報告<sup>8)</sup>もあり、必ずしも抗菌薬を投与しないことがよりよい余生を過ごすことにつながるとは限らない。また、入院は、その患者の終末期において、呼吸困難や疼痛といった苦痛の緩和目的でのオピオイドをはじめとする各種薬剤の投与も(病院によっては)可能であるという一面も有する。

Post-frailtyの高齢者肺炎において、抗菌薬を使うべきか、入院すべきか否かについては個々の患者での熟慮も必要であり、そこには社会的・法律的背景や個人の思想・宗教も考慮しなければならず、安易に「抗菌薬を投与しても無駄」と考えるべきではない。

## 私はこう考える 高齢者肺炎診療のアウトカムとは？

ここまでをまとめると、入院や抗菌薬治療は延命効果と急性期の症状緩和効果があるが長期QOLを悪化させる。また、終末期の緩和ケアであれば、苦痛緩和目的での抗菌薬治療も許容されるべきかもしれない(ただし、無目的かつ漫然とした使用は避けるべきである)。

当院では軽症であっても肺炎は全て呼吸器内科で診療を行っている。急性期は積極的加療を行い、抗菌薬に加え、嚥下困難例は早期から一時的に経鼻胃管や中心静脈カテーテルを挿入して栄養管理を行いながら嚥下・運動リハビリテーションを行っており、敗血症性ショックのような重症例もプロトコル導入により救命率が向上した。このように急性期の救命という意味では当院の高齢者肺炎の治療成績はよくなったが、これはよりよい医療を提供していることになるのだろうか？ そんな疑問を抱きながら肺炎診療を今日もやっている。少なくとも高齢者肺炎診療のアウトカムを「死亡率」に設定すべき時代は終わったのかもしれない。

リハビリと口腔ケアを積極導入することにより早期回復・退院をめざす医療介入を行っても、依然として嚥下機能障害を有する高齢肺炎患者の多くが経口摂取以外の栄養経路が必要となってしまう現実がある。これらの患者層はpost-frailtyという、その機能を戻すことはもはや困難な患者集団であ

る。高齢者肺炎の救命はそれだけ患者に侵襲を与え、身体機能・精神機能を大幅に低下させ、post-frailtyの患者を生み出しているという現実が急性期病院の肺炎診療に当たる医療従事者に突き付けられている。しかしながら米国で導入されているDNH orderという概念を本邦で普及させるには法整備と自宅や介護施設で看取れる社会環境の変革がまず必要であり、加えて、日本の一般市民に「老衰」について認識してもらう必要がある。

高齢者肺炎で救急搬送されてくる患者の家族の多くが患者の嚥下機能の衰退を認識しておらず、「肺炎が治れば元通りになる」と考えているケースが非常に多い。それゆえ、肺炎は治療したが嚥下機能は廃絶していることを告げると、あたかも癌告知のようなショックを受ける家族もいる。患者の機能がここまで衰えていること、余生についてそろそろ考えるべき時期がきていることを十分な説明をもって時間をかけて家族に伝えるという意味での抗菌薬使用、急性期病院への入院・救命の意義はあるのかもしれない。

## 参考文献

- 1 西田茂樹. 近年の肺炎死亡率の動向について. 公衆衛生研究. 1993; 42: 526-32.
- 2 Teramoto S, et al; Japanese Study Group on Aspiration Pulmonary Disease. High incidence of aspiration pneumonia in community- and hospital-acquired pneumonia in hospitalized patients: a multicenter, prospective study in Japan. J Am Geriatr Soc. 2008; 56: 577-9. [PMID: 18315680]
- 3 Chalmers JD, et al. Epidemiology, antibiotic therapy, and clinical outcomes in health care-associated pneumonia: a UK cohort study. Clin Infect Dis. 2011; 53: 107-13. [PMID: 21690616]
- 4 Givens JL, et al. Survival and comfort after treatment of pneumonia in advanced dementia. Arch Intern Med. 2010; 170: 1102-7. [PMID: 20625013]
- 5 Chen JH, et al. Occurrence and treatment of suspected pneumonia in long-term care residents dying with advanced dementia. J Am Geriatr Soc. 2006; 54: 290-5. [PMID: 16460381]
- 6 van der Steen JT, et al. Treatment strategy and risk of functional decline and mortality after nursing-home acquired lower respiratory tract infection: two prospective studies in residents with dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2007; 22: 1013-9. [PMID: 17340655]
- 7 van der Steen JT, et al. Withholding antibiotic treatment in pneumonia patients with dementia: a quantitative observational study. Arch Intern Med. 2002; 162: 1753-60. [PMID: 12153379]
- 8 van der Steen JT, et al. Discomfort in dementia patients dying from pneumonia and its relief by antibiotics. Scand J Infect Dis. 2009; 41: 143-51. [PMID: 19065450]

厳選された医薬品情報を持ち運びに便利な文庫本サイズに凝縮

# Pocket Drugs 2014

類似薬・同効薬ごとに治療薬を分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「くすりの選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、読みやすくコンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、重要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。

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

Pocket Drugs 2014

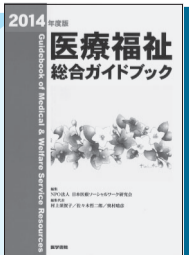
医薬品情報をポケットサイズに凝縮  
\*本誌に必要ない情報だけをまとめた一冊  
\*フルカラーで見やすい・調べやすい

必要な医療・福祉サービスが見つかる！ わかる！ 活用できる！

# 医療福祉総合ガイドブック 2014年度版

医療・福祉サービスを利用者の生活場面に沿って解説したガイドブックの2014年度版。最新情報をフォローし、医療・福祉制度がより理解しやすくなるように解説を見直し、大幅刷新！ 全国共通で利用頻度の高い制度から地域によって異なるサービス例まで、幅広く網羅しています。利用者からの相談に素早く、より確実に対応するための医療・福祉関係者必携の1冊。

編集 NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会  
編集代表 村上須賀子  
佐々木哲二郎  
奥村晴彦



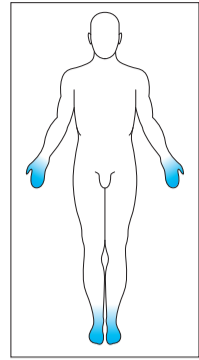
「難しい」「とっつきにくい」と言われる神経診察ですが、問診での確かな病歴聴取ができれば、一気に鑑別を絞り込みます。この連載では、複雑な神経症状に切り込む「Q」を提示し、「問診力」を鍛えます。

# こんな時にはこの“問診力”で見逃さない神経症状

黒川 勝己 川崎医科大学附属病院神経内科准教授



らず、「多発ニューロパチー」全てに当てはまるものです。多発ニューロパチーとは、ニューロパチー（末梢神経障害）の中で、神経（軸索）の長さ按比例して障害を呈するタイプを言います。上肢よりも下肢のほうが神経は長いので、多発ニューロパチーでは下肢、特に遠位部の足趾から症状が生じます。また運動神経の「下肢の最遠位で障害が起こっても症状が出にくい」「神経再支配による代償が働く」という理由により、運動症状でなく感覚系の症状で初発が多い特徴があります。



●図 手袋靴下型の感覚障害

つまり多発ニューロパチーでは、まず両足先同時に左右対称性にしびれなどの症状が出現し、足関節部から下腿へと上行します。進行すれば両手先にも症状が広がりますが、それでも症状の程度は足のほうが強い特徴があります。感覚障害は手袋靴下型を呈します(図)。進行例では筋力低下や筋萎縮が見られますが、これも遠位筋ほど優位です。腱反射は低下するのが一般的であり、特にアキレス腱反射が早期に低下消失します。

これらの事情を踏まえ、まずは以下の質問をします。

## Q その「症状はいつごろ起こりましたか？」

診察時には、運動症状と感覚症状の両方があるかもしれません。手にも足にも、左右両側に症状がある可能性もあります。大切なのは、それらの症状がいつ起こったのか、その「経過」です。運動症状が先に生じているなら、DPNとしては非典型的です。また、手から症状が起こっていればやはり非典型的と言えます。左右に症状があっても、発症時期に数週間から数か月も差があれば非典型的と言えます。

重ねて聞きたいのは、以下のことです。

## Q その「症状の程度は同じですか？」

足より手の症状のほうが強い、と言われたら非典型的と考えられます。足のしびれも、左右で程度に明らかな差があれば非典型的と考え、一度、専門医に紹介したほうがよいと思います。

2つの問いの結果、本患者では足の運動症状で初発し、感覚症状の訴えはありませんでした。神経学的所見をとらなくても、DPNとしては非典型的と言えるのではないのでしょうか。

神経伝導検査や針筋電図検査を行い、慢性炎症性脱髄性多発根ニューロパチー(CIDP)と診断。免疫グロブリン大量静注療法(IVIg)を行ったところ、筋力が改善した。握力は右が25kg、左が35kg

## ●表 「糖尿病性神経障害を考える会」による糖尿病性多発神経障害の簡易診断基準(抜粋、一部改変)

<b>【必須項目】</b>
以下の2項目を満たす。
1. 糖尿病が存在する。
2. 糖尿病性多発神経障害以外の末梢神経障害を否定し得る。
<b>【条件項目】</b>
以下の3項目のうち2項目以上を満たす場合を「神経症状あり」とする。
1. 糖尿病性多発神経障害に基づくと思われる自覚症状(下記の2項目を満たす)
1) 両側性 2) 足趾先および足底の「しびれ」「疼痛」「異常感覚」のうちいずれかの症状 ※上肢の症状のみの場合および「冷感」のみの場合は含まれない。
2. 両側アキレス腱反射の低下あるいは消失
3. 両側内踝の振動覚低下

に、腓腹筋の筋力はMMTで5-となり、以前はできなかった爪先立ちもできるようになった。神経伝導検査所見も改善した。

\*\*\*

糖尿病患者に生じた神経症状を、全て糖尿病のせいと決めつけないことが大切だと思います。今回のCIDPはそれほどなじみがなかったかもしれませんが、糖尿病では、手根管症候群、後縦靭帯骨化症(OPLL)、OPLL以外の普通の頸椎症の合併が多いことが知られています。手だけに症状があり、「朝方に強い手のしびれ」がある手根管症候群の患者や、頸椎症を合併し、頸椎症性脊髄症によりしびれ、歩行障害、膀胱直腸障害を来して手術適応と考えられる患者を、DPNとして放置することは避けなければなりません。

なお、本邦では「糖尿病性多発神経障害の簡易診断基準」(表)が広く普及しています。この診断基準はとても有用ですが、症状の経過や左右差、手足の差が考慮されておらず、例えば多発性単ニューロパチーでも診察時に両側に症状があれば、糖尿病性多発ニューロパチーと診断してしまう恐れがあります。そうならないためにも、お示した2つの問いが大切になります。

また、もう一つ知っておいていただきたいのは、DPNの「確定診断」には神経伝導検査が必須だということです。障害の程度を定量評価できるほか、今回のような脱髄性ニューロパチーを発見できるためです。

今回も「見逃さなかった」ケースをご紹介しました。DPNと診断されているなかに治療可能な(Curable)疾患があること、それを「見つける」ことで患者さんに感謝されるうれしさを、皆さんに知っていただきたいと思います。

## 今回の「問診力」

糖尿病患者が神経症状を訴えたときには、「経過」と「程度」を聴く。運動症状や手の症状が強い場合、あるいは左右差を認める場合には、糖尿病性多発ニューロパチーと安易に診断しない。

## 第7回 歩行困難

**症例**  
患者: 64歳、男性  
主訴: 歩行困難  
病歴: 15年前、会社の体力測定で飛んだりはなったりしたとき、両下肢の動きが鈍いことを指摘された。空腹時血糖が120mg/dLであったことを契機に、最終的に糖尿病を指摘され、歩行障害の原因は糖尿病性多発ニューロパチーと診断された。その後徐々に足を引かざるようになった。最近、手の力も入りにくくなったため、神経内科を受診した。

糖尿病はプライマリ・ケア領域でも、出会う機会の非常に多い疾患の一つでしょう。糖尿病患者が神経症状を訴えた場合、最も多い原因は「糖尿病性多発ニューロパチー(diabetic polyneuropathy; DPN)」ですが、近年DPNの診断が乱発されがち傾向があるように感じています。

プライマリ・ケアに要求される「3C」は、まずは緊急を要する(Critical)疾患を見逃さないこと、次に一般的な(Common)疾患を的確に診断できること、さらに治療可能な(Curable)疾患を見落とさないことです。DPNであれば有効な根本治療はなく対症療法のみとなりますが、糖尿病以外の疾患が原因ならば、適切な治療で症状が改善する可能性があります。その鑑別のためには、まずDPNの典型的な特徴を理解すること。そして少しでも非典型的な症状があれば他疾患の可能性を考慮し、専門医への紹介を考慮することが重要です。

では本患者の症状は、DPNに典型的なものでしょうか。

\*\*\*

身長171cm、体重71kg。主な神経学的所見では、握力が右11kg、左30kg、腓腹筋がMMT4-と低下していた。腱反射は上腕二頭筋と膝蓋腱反射が低下し、上腕三頭筋とアキレス腱反射が消失。明らかな感覚低下は認めなかった。血液検査では、随時血糖値155mg/dL、HbA1c 6.6%だった。

ちなみに、プライマリ・ケアの現場では、正確に筋力を診る必要はないと思います。「筋力低下がある」と、病

歴から診断できることが重要です。そのための方法は「日常生活で何が難しいですか?」と聞くことです。例えば「腕を上げるのがだるい」「椅子からの立ち上がりが難しい」場合は近位筋の筋力低下が、逆に「ペットボトルのふたが開けにくい」「少しの段差でつまずきやすい」場合は遠位筋の筋力低下が疑われます。

階段を「上るのが難しい」と筋力低下が原因の場合が多く、「下りが難しい」のは、深部感覚障害や錐体路障害が原因の場合が多いです。また、腱反射も正確にとるにはコツがいる手技ですので、プライマリ・ケアの現場では「参考程度」ととればよいと考えます。感覚障害に関しては「ピリピリ、ジンジン、ビリビリしませんか?」「痛みはありませんか?」などを聴きます。その後、可能なら爪楊枝を使い、足先や足裏などで痛覚が低下していないか、また、音叉を用いて踝で振動覚が低下していないかを調べます。振動覚の参考正常値は、踝では10秒以上です。

さて、DPNの典型的な特徴は以下のとおりです。  
1) 感覚症状で初発する(⇨非典型的: 運動症状で初発する。運動症状が強い)  
2) 足先からしびれて、足関節部から下腿へと上行する。進行すれば手先にも症状が広がるが、症状の程度は足のほうが強い(⇨非典型的: 手だけに症状がある。手から症状が始まる。手のほうが症状の程度が強い)  
3) 両側同時に左右対称性にしびれる(⇨非典型的: 左右いずれから発症し、反対側に症状がでるまでの期間が長い。程度の明らかな左右差がある)

これらの特徴は、実はDPNのみな

## 「橋本市民病院 大リーガー医 育成プロジェクト」募集要項

- 1. 趣旨 橋本市民病院は、海外留学支援のノウハウを持つ日米医学医療交流財団と提携して、「米国にレジデント留学を希望する医師」を募集・助成します。
- 2. 応募資格 (1) 2015年4月1日以前に橋本市民病院(南海難波から45分)に赴任・勤務できる方 (2) 米国にレジデント留学を希望する医師で、橋本市民病院で内科医として勤務できる方 (3) TOEFL iBT80点以上の取得者(IELTSも可)、又は今後の努力で達成可能な方 (4) USMLEを既に取得しているか、または受験準備中の方
- 3. 募集人数 2名
- 4. 助成概要 ※原則として留学先は助成を希望する医師が各自で確保すること (1) 橋本市民病院が医師を雇用し、留学派遣する (ア) 助成を希望する医師は、 ① 留学前2年間は橋本市民病院に勤務し、内科診療に従事するとともに、初期臨床研修医を指導する ② 留学終了後最低1年間は橋本市民病院に勤務し、内科診療に従事するとともに、初期臨床研修医を指導する (イ) 橋本市民病院は ① 留学前2年間及び留学終了後最低1年間は、助成を受けた医師を橋本市民病

- 院の正職員として雇用し、その給与規定に基づき給与等を支給するとともに、その福利厚生制度を適用する ② レジデント留学中の3年間は休職(無給)とし、年額300万円の海外留学奨学金を別途助成する
- (2) 日米医学医療交流財団は ① このプロジェクトにより海外留学する医師の公募の窓口となる ② 海外留学する医師の選考を担当する ③ 留学生のための留学準備、留学中の支援をする
- 5. 提出書類 ① 申込書・履歴書 日米医学医療交流財団のホームページの「申し込み用紙ダウンロード」の中の「助成要項A項申し込み」から「JANAMEF A-1」「JANAMEF A-2」「履歴書」をダウンロードして、それに記入・提出して下さい。また、履歴書の記入は和文とし、写真は、証明用として最近3ヶ月以内に撮られたものとし、 ② 卒業証書のコピーまたは卒業証明書 ③ 医師免許証のコピー(縮小コピー可) ④ USMLE/Step1・Step2CS等の合格証をお持ちの方はコピーを提出して下さい ⑤ 英語能力試験(TOEFLまたはIELTS)の点数通知書をお持ちの方はコピーを提出して下さい PDF書類はそのままタイピングしてプリントアウトして提出してください。書類はタイピングしたものを、ご提出願います。

- 6. 二次募集締切 2014年5月30日(金)必着 提出先は、橋本市民病院事務局総務課 (〒648-0005 和歌山県橋本市小峰台2-8-1 TEL0736-34-6123)
- 7. 選考方法 選考委員会が書類審査並びに面接の上、採否を決定します。
- 8. 選考日 ① 日時: 2014年6月上旬(日時の詳細未定) ② 場所: 日米医学医療交流財団事務局(東京都文京区本郷3-27-12-6F)
- 9. 選考結果の通知 応募者本人宛にメール及び郵便により通知します
- 10. その他(助成概要に記載されたもの以外の医師の義務) ① 橋本市民病院に勤務開始後、留学準備報告書(JANAMEF NEWSやホームページ掲載用)を提出すること: 年2回 ② レジデント留学開始後、研修報告書(JANAMEF NEWSやホームページ掲載用)を提出すること: 年2回 \* ①②は日米医学医療交流財団の指定の様式で、A4サイズ(40x30文字)1枚・日本語とします。 ③ 留学決定後に日米医学医療交流財団の賛助会員に入会すること
- 11. 問い合わせ先 公益財団法人 日米医学医療交流財団 事務局 Tel 03-6801-9777 E-mail janamef1988-info@janamef.or.jp 又は 橋本市民病院 事務局 Tel 0736-34-6123 E-mail shomu@hashimoto-hsp.jp

続 アメロカ医療の 光と影

第267回

米スポーツ界を震撼させる変性脳疾患⑦

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ:元NFL選手における第一例が報告された2005年以降、chronic traumatic encephalopathy (CTE)症例の蓄積が進み、「タウ蛋白病」として認知されるようになった。

「脳震盪等、比較的軽微な頭部外傷を繰り返すことが行動の異常や人格の変化をもたらす変性脳疾患の原因となる」というCTEの概念が、アカデミズムの領域を越えて一般にも周知されるようになったのは、前回も述べたように2007年以降のことであった。一般への情報宣伝活動を仕切ったのは、ハーバード出身の元プロレスラー、クリス・ノウィンスキーであったが、彼が、情宣の傍らボストン・ユニバーシティ内にCTE研究の拠点を構築するのに尽力したことは前回も述べたとおりである。同ユニバーシティのCTE研究チームを率いたのは神経病理学者アン・マッキーだったが、2010年、彼女がCTE12例の病理所見についてまとめた論文(註)が、再びメディアの注目を浴びることとなった。

CTEとALS発症の関連についての新知見

12例の内訳は、元NFL選手7人、元ボクサー4人、元NHL選手1人であったが、全例ともタウ蛋白陽性の神経原繊維濃縮体が脳皮質の広範な領域に存在する等、CTEに特有の病理所見を有していたのは言うまでもない。これだけだったら、ただ従前から知られていた結果を再確認するだけの論文にしかならなかったのであるが、研究チームの関心を引いたのは、12例中3例(元NFL選手2人および元ボクサー1人)において、生前「ALS(amyotrophic lateral sclerosis)」の臨床診断が下されていたことだった。

そこで、脳だけでなく脊髄の病理所見を子細に検討しただけでなく、ALSとの関連が報告されてきた「TDP-43

蛋白」についても免疫染色を実施したところ、以下のような知見を得たのだ。

- ① ALSを診断された3例では、脊髄だけでなく脳の広範な領域にTDP-43蛋白陽性の病変が認められた。
② CTE12例中10例で脳内にTDP-43蛋白陽性の病変が認められた。ただし、脊髄に陽性病変が存在したのはALSと診断された3例のみであった。
③ CTE12例中8例で脊髄を調べたところ、全例においてタウが陽性となった。一方、CTEを合併しないALSのみの対照群では、脳・脊髄ともタウは陰性であった。

以上の結果から、①CTEの発生には、タウ蛋白だけでなくTDP-43蛋白も関与する、②TDP-43蛋白が関与する病変が強く脊髄に起こった場合、ALS(=タウ陰性)ではないけれども臨床的に区別のできない類似の病態をもたらされる、ことが示唆されたのだ。

ゲーリッグは「ゲーリッグ病(ALS)」ではなかった?

実は、「ALSの発生に脳や脊髄の外傷が関与する」とする説が唱えられてきた歴史は古く、サッカー選手やアメリカン・フットボールの選手についても発生頻度が高いことが報告されてきた(フットボール選手における発生頻度は一般の数倍と言われている)。マッキーの論文は、「コンタクト・スポーツが原因となってALSとは似て非なる類似の病態をもたらされる」ことを示唆したとあって、メディアが大きく注目するところとなったのだ。

米国の場合、ALSは「ルー・ゲーリッグ病」の別名で知られてきたが、ヤンキースの名選手、ゲーリッグが、「ALS」を発症したがために連続試合出場記録の継続を断念して引退、その2年後に亡くなった故事に由来する。

オープンダイアログが秘める可能性

ナーシングカフェ「『オープンダイアログ』ってなんだ!?!」のようから

斎藤環氏(筑波大)、向谷地生良氏(北海道医療大)、石原孝二氏(東大大学院)を講師に迎えた医学書院ナーシングカフェ「『オープンダイアログ』ってなんだ!?!」が、3月24日、医学書院(東京都文京区)にて開催された。



「オープンダイアログ」は統合失調症に対する治療の介入の手法で、フィンランドの西ラップランド地方に位置するケロプダス病院のFamily Therapist...を中心に、1980年代から実践されているもの。危機状態にあるクライアントのもとへ、「依頼から24時間以内」に「専門家チーム」で出向き、「状態が改善するまで毎日」患者と家族や親類を交えて「対話」する...このシンプルなアプローチにより、抗精神病薬をほとんど使うことなく、2年間の予後調査で初発患者の82%で症状の再発がないか、ごく軽微なものに抑える等、目覚ましい成果が得られたと報告されている[関連文献 PMID: 14606203, 16433289, 12197148, 16633478]。

当日はまず、斎藤氏がその手法の概要を解説した。現場で行われる対話の特徴として、「患者の発言を批判せず、次の問いをもたらし形で応答」「診断や症状を焦点化せず、患者の置かれている状況に着目」「合意に至ることではなく、異なる視点の共有を目的とする」「入院治療・薬物療法は可能な限り行わず、その可否も患者を交えた話し合いの中で行う」等を列挙。「これまで急性期の統合失調症という『とにかく薬物療法』という状態だった。オープンダイアログはその状況を変える希望がある」と期待を寄せた。また、英国ロンドン市内で開催された「Open Dialogue Weekend Seminars 2014」に参加した石原氏は、「ストラテジーやテクニックではなく、考え方であり、他の人々とのかかわり方である点が強調されている」と報告。セラピストが心を開き、当事者の前で互いの考えを話し合う「自己開示」も重視される等、その手法の特徴的な点を挙げた。

「浦河べてるの家」の設立者・向谷地氏は、こうした手法を「これまで積み重ねてきた臨床的な経験やエビデンスを取り込んだ、現実的なアプローチ」と評価。「統合失調症治療の在り方、精神疾患を抱える患者が暮らしやすい生活等、これまで蓄積されてきた議論をさらに深める必要があるのではないか。その必要性を示した点からも、オープンダイアログの実践は意味がある」と自身の見解を示した。

※本イベントのようは、弊社発行の『精神看護』誌17巻4号(2014年7月発行予定)で、より詳しく掲載予定です。

マッキーの論文が発表された際、ニューヨークタイムズ紙は、その示唆するところを演繹して、「もしゲーリッグの病気が、CTEと関連する、ALSとは似て非なる病気であった場合、『ゲーリッグはゲーリッグ病(=ALS)ではなかった』ことになる」とする記事を掲載したのだ。

本シリーズの冒頭で、「元MLB選手、ライアン・フリールがCTEだったことが判明、一般には『フットボールの病気』と思われてきただけに野球ファンを驚かせた」とするエピソードを紹介したが、フリールの場合、打球を追ってフェンスに頭部から激突するなど、現役時代に頭部外傷を繰り返したことが知られている。一方、ゲーリッグも、ヤンキース時代、少なくとも4回意識消失を伴う頭部外傷を繰り返したことが記録に残され、野球が両選手のCTE(あるいは関連疾患)の原因

となったとしても不思議はない。

しかし、両選手とも、学生時代はフットボールの選手であったことも事実であり、「どちらの競技が原因でCTE(あるいは関連の疾患)になったのか?」を論ずることに意味はない。肝心なのは、「比較的軽微なものであっても頭部外傷を繰り返せばCTEあるいは関連の病態が起り得る」可能性を鋭く認識することであり、フットボール・野球・ラグビー・サッカー・柔道・相撲・レスリング...の違いにかかわらず、頭部外傷の危険から選手を守るための努力が求められているのである。

(この項つづく)

註: McKee A, et al. TDP-43 proteinopathy and motor neuron disease in chronic traumatic encephalopathy. J Neuropathol Exp Neurol. 2010; 69 (9): 918-29.

「眼科臨床エキスパート」シリーズ シリーズ編集:吉村長久・後藤 浩・谷原秀信・天野史郎 医学書院

「黄斑疾患診療を「アップデート」するためのコンプリートテキスト」
黄斑疾患診療 AtoZ
編集 岸 章治・吉村長久
病態理解、診断、治療のいずれにおいても近年著しい進歩が認められる黄斑疾患について、最新型OCTや広角眼底カメラなどの画像をふんだんに用いながら、現時点での最新の知見・診療スタイルを網羅。疾患各論の随所に豊富な症例を盛り込み、実臨床に直結した情報を提示した。日進月歩の黄斑疾患学をアップデートするために、すべての眼科医必読の最新スタンダード。
●B5 頁440 2014年 定価:本体17,000円+税 [ISBN 978-4-260-01940-8]

「原発閉塞隅角緑内障診療の「最前線」を網羅した待望のスタンダードテキスト」
All About 原発閉塞隅角緑内障
編集 澤口昭一・谷原秀信
失明に至るリスクの高い病型である原発閉塞隅角緑内障について、疫学・病態研究の最新知識から実地診療の最前線までを網羅した。近年の病態理解の進歩や、新世代の画像診断、緑内障眼への白内障手術の適応・手技など、最新トピックスも多く掲載。第一線で活躍する執筆者が、エキスパートならではの経験、洞察、哲学を存分に披露した、待望の最新スタンダードテキスト。
●B5 頁328 2014年 定価:本体15,000円+税 [ISBN 978-4-260-01959-0]

好評発売中! 既刊本
オキュラーサーフェス疾患
目で見る鑑別診断
編集 西田幸二・天野史郎
●B5 頁320 2013年 定価:本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01873-9]
糖尿病網膜症診療のすべて
編集 北岡 隆・吉村長久
●B5 頁392 2013年 定価:本体17,000円+税 [ISBN978-4-260-01872-2]
所見から考えるぶどう膜炎
編集 園田康平・後藤 浩
●B5 頁308 2013年 定価:本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01738-1]
All About 開放隅角緑内障
編集 山本哲也・谷原秀信
●B5 頁420 2013年 定価:本体17,000円+税 [ISBN978-4-260-01766-4]

# 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》 オキュラーサーフェス疾患 目で見る鑑別診断

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信, 天野 史郎 ● シリーズ編集  
西田 幸二, 天野 史郎 ● 編

B5・頁320  
定価:本体15,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01873-9

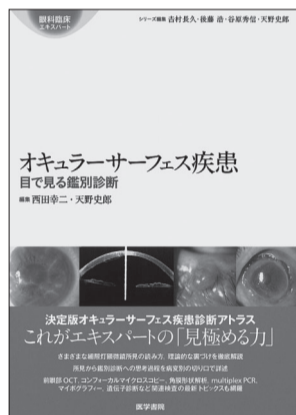
【評者】坪田 一男  
慶大教授・眼科学

本書は角膜分野の診療を切り開いてきた阪大眼科と、東大眼科が総力を挙げて作った「オキュラーサーフェス疾患」の教科書である。西田幸二教授、天野史郎教授の情熱が伝わる力が入った書となっている。タイトルに「目で見る鑑別」とあるように、鮮明な写真が豊富に使われており、ひと目で疾患が理解できるように構成されている。また内容も具体的な鑑別に加えて、実際の治療まで懇切丁寧に書かれているので、日々の臨床に大いに役立つこと間違いない。

従来は「角膜疾患」としてひとくくりに行われていた眼表面疾患だが、最近では「オキュラーサーフェス疾患」として一つの独立した分野として認識されるようになった。涙腺から涙液が分泌され、眼瞼による正常な瞬目によって涙液が眼表面に供給され、そして涙道から排出されるダイナミックな側面も重要な一つの概念になっている。そして角膜および結膜上皮とそれを定常的にサポートするそれぞれのステムセルに、ゴブレットセルなどの機能細胞群が互いに助け合ってオキュラーサーフェスの健全性を維持しているのである。そ

れぞれの機能の一つでも破綻するといわゆる“病態”となるわけだが、オキュラーサーフェスの診断においては、どの部分が破綻しているのかをしっかりと把握する必要がある。

### 角膜疾患診療に自信を持てるようになる教科書



本書では西田教授、天野教授のしっかりとした診療への哲学の下に考え方も整理されており非常にわかりやすい。また本教科書では最新のオキュラーサーフェスの概念をいち早く取り入れており、現在最も臨床に役立つテキストと言えらる。例えばドライアイの領域では、涙液の層別診断、層別治療の概念が既に記されており、非常にアップデートな内容となっている。

以上のように、オキュラーサーフェス疾患の教科書として素晴らしいものだが、さらには「角膜」の教科書としても成り立つほど、実質、内皮疾患の記載まで丁寧に記載されている。本教科書一冊があれば、オキュラーサーフェス疾患ばかりでなく、角膜疾患全般に対して自信を持って診療にあたれるようになると思う。研修医の先生方から実地臨床医家の先生方、そして角膜を専門とする先生にもお薦めの一冊である。

## 認知症ハンドブック

中島 健二, 天野 直二, 下濱 俊, 冨本 秀和, 三村 将 ● 編

A5・頁936  
定価:本体10,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01849-4

【評者】朝田 隆  
筑波大教授・精神病態医学

私は多少とも医学書出版の企画に関与した経験から、「類書がない」ということが新しい企画が審査委員会をパスする重要要件だと知った。ところが近年の認知症本はやりともしえる状況においては類書だらけである。大型書店の認知症コーナーに立つと、多くの編集・企画者は「似たものをどうやって差別化するか?」に相当な努力をされているという印象さえ抱くようになっていた。つまり個性の乏しい認知症関連書籍の出版がこの数年多過ぎるのではないかと感じていたのである。

### 初心者から熟達者まで 座右の書として薦めたい

ところが本書はその印象を徐々に打ち破ってくれた。まず認知症時代にマッチしたエンサイクロペディア風に仕上がっている。すなわち認知症を扱う医学書としての基本は踏襲しつつ、従来の書では記載の乏しかった多職種連携や介護保険制度といった地域ケアのポイント項目もしっかりと扱われている。認知症医療に携わる者が「はてな?」と思ったときに、すべての疑問に応じられる漏れのない目配りがなされている。また4大認知症(アルツハ

イマー型認知症, 血管性認知症, レビー小体型認知症, 前頭側頭葉変性症)とよく言われるが、本書ではそれ以外の変性疾患や感染症による認知症も詳述してある。こうした点は、初学者はもとより専門医にとってもありがたい。さらに本書の執筆者はこれまでの成書の執筆者に比べて若く気鋭の先生が多い。それだけに発想や記述が新鮮である。

さて、本書の最大の長は、各疾患の一般的な記述の後に、「患者・家族への指導・アドバイス」と「看護師・コメディカルなどへのアドバイス」というユニークなコーナーが設けられていることだろう。臨床家にとってこのようなアドバイスは日常的な行為であるはずなのだが実は容易でないだけに、何ともありがたい。恐らくはこのようなコーナーを設けた「類書はない」だろう。

認知症臨床にかかわられる方なら、初心者から熟練者まですべての医師に座右の書として本書をぜひともお薦めしたい。

## ジェネラリストのための内科診断リファレンス エビデンスに基づく究極の診断学をめざして

酒見 英太 ● 監修  
上田 剛士 ● 著

B5・頁736  
定価:本体8,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-00963-8

【評者】林 寛之  
福井大病院教授・総合診療部

これだけのボリュームを一人で書きあげるなんて驚愕の事実! なにしろこれでもかこれでもかとコンパクトにエビデンスが書き連ね

### 後期研修医にお薦め 『生きた』知識の 内科診断リファレンス

である。特筆すべきは症候学や疾病各論のみならず、日本の現状に合わせたテーラーメイドな解説が微に入り細に入り記載されていることだ。エビデンスというと、どうしても『ではの神』(アメリカでは~, アメリカでは~)となってしまうところだが、多くの海外の論文を参考にしながら、日本で医療をしていくにはどうしたらいいのかきちんと書いてある。また単純に事実の羅列にとどまらず、上田剛士先生による「解釈」が入っており、『生きた』知識になっている。大学教授が机上でこねくり回した机上の知識じゃないのがいい。……って大学教授が言っちゃっていいのかしらん??

上田先生の単著によるところが何より素晴らしい。グタグタと長ったらしい記載は一切なく、わかりやすい。紙面も見やすく、エッセンスをギュッと

詰めた感じでありながらも、単著ならではの統一性があり読みやすい。本書を上梓するまで7年かかったというが、血と涙と努力の結晶ということがすぐにわかる。上田先生の日頃からの勉強姿勢に頭の下がる思いだ。

特に日本のさまざまな場において専門医研修を積んでいる後期研修医にぜひ本書をお薦めしたい。忙しさにまかせてどうしても経験則的な診断や治療に陥りがちな落とし穴にはまらないためにも、世界のスタンダードはどうなっているのか、エビデンスとしてはどこまでわかっていることなのかを確認しつつ、臨床をこなしていくと必ず血や肉となって力がついてくる。病院の徒弟制度もそれはそれで力がついていすが、世界に目を向けて勉強する姿勢は本書から学ぶことができる。その道標を上田先生が示してくれるとも言える。まさしく本書にさらなる新しいエビデンスを後期研修医自身が書き加えて、自分の臨床にあったデータベースを年月をかけて作り、本書と共に成

## 日本型ホスピタリストを今、ここから発信

ホスピタリスト  
**Hospitalist**

特集 腎疾患

Vol.2-No.1 発売

目次

- 腎疾患管理に必須の基本事項
- 1 腎機能評価
- 2 尿検査
- 3 画像診断
- 急性腎障害 (AKI)
- 4 AKI の特徴と鑑別診断
- 5 AKI の予防と治療戦略
- 6 AKI における腎代替療法 (RRT)
- 7 造影剤性腎症 (CIN)
- 水・電解質異常の管理
- 8 Na 濃度異常の診断と治療
- 9 K 異常の診断と治療
- 10 カルシウム、リン、マグネシウムの異常
- 11 酸塩基平衡異常の診断と治療
- 慢性腎臓病 (CKD)
- 12 CKD における心血管病 (CVD) リスク管理
- 13 CKD における MBD、貧血管理
- 14 CKD 患者における薬剤投与のコツ
- 15 末期腎不全に対する腎代替療法 (RRT)
- 16 腎生検と腎臓専門医紹介のタイミング

編集委員

平岡栄治  
八重樫牧人  
清田雅智  
石山貴章  
簡泉貴彦  
石丸直人  
徳田安春  
藤谷茂樹

特集

- 2013年
- Vol.1-No.1 ホスピタリスト宣言
- Vol.1-No.2 感染症
- 2014年
- Vol.2-No.1 腎疾患
- Vol.2-No.2 膠原病
- Vol.2-No.3 消化管疾患
- Vol.2-No.4 緩和ケア(予定)

- 季刊/年4回発行
  - A4変 200頁
  - 年間購読料 18,876円 (本体17,600円+税)
  - ※ 毎月お手元へ直接送ります。(送料別)
  - ※ 1部ずつお買い求めいただくの比へ、約4%の割引となります。
  - ※ 2014年3月31日までに申し込みにあたる定価
  - 1部定価: 本体4,600円+税
- Hospitalist 0号を贈呈 (無料)**

3次元画像と対比しながら全身の画像解剖の理解を深める!

【新刊】  
**3次元画像から学ぶ  
CT・MRI断層解剖**

▶ 全身のCT・MRI断層写真と3次元画像を1冊にまとめたフルカラー画像解剖アトラス。3次元的に人体解剖を理解できる。脳・頭頸部・脊椎・胸部・腹部・骨盤部・四肢の全7章、AHA分類や肺区域、肝区域もビジュアル的に解説。さらに実臨床で重要な知識や解剖用語の語源などを解説した「NOTE」収録。放射線科医、放射線技師を中心に、臨床医、研修医、医学生を広く対象とし、読影の現場や学習を力強くアシスト。

編者: 似島俊明  
杏林大学医学部放射線医学教室教授

定価: 本体7,000円+税  
B5 頁448 図882・写真657 2014年  
ISBN978-4-89592-768-0

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

# 米国SWOGに学ぶ がん臨床試験の実践 第2版(原書第3版)

Stephanie Green, Jacqueline Benedetti, Angela Smith,  
John Crowley ●著  
JCOG データセンター ●訳  
福田 治彦 ●訳者代表

B5・頁256  
定価:本体5,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01864-7

SWOG (The Southwest Oncology Group) は、1956年に創設され、400以上の医療機関、延べ4000人以上の医師が臨床試験に参加

## がん臨床試験における行動 哲学を学ぶために必携の書

し、2000を超える学術発表を行ってきた米国最大のがん臨床試験グループである。本書は、SWOGの統計家が臨床医に向けて発刊した臨床試験方法論の解説書の和訳書第2版であり、訳者は、国立がん研究センター多施設臨床試験支援センター長、福田治彦氏を代表とするJCOG (Japan Clinical Oncology Group) データセンターのメンバーで構成されている。JCOGは1978年に発足し、現在16研究グループ、約200の医療機関が参加するわが国最大のがん臨床試験グループである。したがって本書は、わが国最大のがん臨床試験グループJCOGが最も信頼を寄せ、同様の「哲学」を共有している米国SWOGの臨床試験方法論を渾身の力を込めて紹介した教科書であるといえよう。

原書では、「conservativeな」行動哲学が一貫して貫かれている。この厳格なポリシーは訳者が序文で紹介するように、「真にはよくないものをよいと誤って判断する偽陽性の誤りを小さくすることを優先する立場」であり、分子標的薬をはじめとする高額な薬剤が相次いで開発されるがん臨床試験の現場では極めて重要な哲学といえる。本書は単なる統計学的方法論の解説書ではなく、臨床試験を立案遂行する上でのまさに行動哲学を示した骨太の教科書となっている。この第2版(原書第3版)では、分子標的薬の試験デザインの特異性などに関する新たな記述が加わり、臨床試験方法論は、時代の趨勢、要請に応じて刻々と進化するのであることを痛感させられる。

本書の傑出した信頼性を支えているのは、原書の厳格な記述のみならず、訳者の厳密なまでに原著に忠実な和訳と綿密な推敲である。翻訳に際して、さまざまな用語を原書の主旨を忠実に

評者 北川 雄光  
慶大教授・外科学/同大腫瘍センター長

読み解いて厳密に定義し、原書よりもむしろ明確な使い分けがなされている。例えば、原書において単に「survival」と表現されている

場合、広義の概念を包含する「survival time」を意味する場合には「生存時間」と訳し、「overall survival」を意図した表現の場合には「生存期間」と翻訳されている。まさに、臨床試験方法論のプロならではの厳密な翻訳といえよう。

随所にみられる訳注からは、訳者らの究極の「こだわり」が伝わってくる。原書では各章の冒頭に、象徴的なエピソードや意味深な名言が掲げられている。その意味するところを読み解くために読者は各章の記述に吸い寄せられていくという粋な構成になっている。時には日本人に馴染みの薄いキリスト教社会の慣用的表現などが登場するが、訳者は丹念な調査の上で、正確な訳注を加え、原書の格調を損なうことなく読者の理解を導いてくれている。統計用語にはあえて原語が併記され、読者が国際舞台において英語で討論する際や、論文を執筆する際の大きな助けとなっている。

教育機関、センター施設でacademicな活動に携わる臨床医にとって基礎研究業績を積み重ねることも重要であるが、最終目標である「よりよい治療を届ける」ためには研ぎ澄まされた「臨床研究機能」を体得することが必須であり、最重要な要素であることは言うまでもない。本書は、これから日本のがん臨床試験に携わるすべての若手臨床医が正確なエビデンスを世界に向けて発信するための道標となる必携の書であると考えられる。評者自身は、早速本学のがんプロフェッショナル養成コース大学院生たちのために本書を購入したが、その後、本書印税がJCOG運営資金に充てられると聞いて、臨床試験方法論の「布教」のために労を惜しまない訳者らの決意と献身にあらためて感服した次第である。

長くしていくことができる。近年まれにみる良書だ。

内科にとどまらずマイナー科や整形外科、産婦人科にも言及している点でまさしく総合的に役立つ書と言えよう。当直で専門外を見ないといけない当直医にとっても十分役に立つ。初期研修医なら勉強会の資料作りに役に立ち、各分野の専門医なら自分の専門

領域の知識の整理のみならず、自分の不得意とする分野の復習、さらなる勉強に非常に役に立つこと請け合いだ。とにかく紙面は読みやすく、専門医の貴重な時間を無駄にはしない満足のリファレンスになっている。ぜひ一度手に取ってほしい。簡単に通読できる厚さではないが、それ以上の見返りが必ずあるはずだ。



## 在宅医療モノ語り 第48話

語り手 鶴岡優子

目に見えるつながりです  
診察情報提供書さん

在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いている。往診靴の中を覗き道具を見つめていると、道具(モノ)も何かを語っているようだ。今回の主役は「診察情報提供書」さん。さあ、何と語っているのだろうか？

前回、「次は椅子に座ってゆっくりとお話しましょう」なんて言って、在宅医は帰っていきましたが、大丈夫かなと心配でした。慌ただしい年度末です。人事異動で主治医交代、家でお越し、それに伴って在宅医療が始まることも終わることもあり、とにかく大忙し。例のお宅で、ベッドサイドの丸椅子に医師が座ることはできても、ゆっくりとお話できるのだろうかかと案じたのです。「暇そうな雰囲気」と「傾聴」がダイジ——頭ではわかっていても、携帯電話が鳴ったり、主治医の焦る気持ちが表に出たりしないかと。

私は、病院から診療所にやってきた診察情報提供書です。紹介状のほうなじみ深いでしょうか？ 情報の中身はどんなものか？ 患者の名前、生年月日、住所、性別、傷病名、紹介目的、病状や治療の経過、処方内容などが書かれています。なぜ紹介されるのかも、きちんと書いてあります。例えば、「発熱の精査」とか「肺炎の加療」とか。次の医療機関で何をしてもらいたいのかがわかるように、経過や今までの治療内容に関しては詳しく書いてあるのです。

私は「訪問診療の依頼」に使われた診察情報提供書です。普通の紹介状とは結構中身も違ってきますね。いつもの内容に加え、介護する家族の様子や介護保険の利用の様子、そして病状に加え、予後もわかっていれば、在宅チームが助かる情報になります。また、前主治医からぜひ教えてもらいたい情報のひとつに「病状の説明をどのようにしたのか」があります。外来かかりつけ医がそのまま訪問診療に行く場合は導入もスムーズでしょうが、まったく初めての方がザイタクに紹介されてくる場合、私は大きな役割を果たすのです。

「病院の先生から、検査の結果を聞かないで退院してしまったの。どうだったのですか、先生」。患者さんは在宅医にそう尋ねました。病院ですでに結果を聞いていたご家族は黙って下を向いています。在宅医は患者さんの横の丸椅子に座り、「病院の先生にお手紙で教えていただきました」と私を片手に答えると、患者さんは「まあ、それで？」と身を乗り出しました。「お熱の原因として腫瘍が疑われたようです」。患者さんは「やっぱり。そんなことじゃないかと思っていました」と一言。「詳しくはもっと検査をしてみないとわからないのですが……」という在宅医の言葉を残し、少しの沈黙がありました。「もういいわ、時間ももったいないもの。残された時間はどのくらいなのかしら？」。私には「がんだとすれば、予後は短い月単位と考えます」と書いてありましたが、在宅医もどう答えようかと考えていたのでしょう、再び沈黙が流れました。「気になりますよね？ これから先のことは、本当のことは誰にもわからないと思いますが」と在宅医が答えかけると、慌てて言葉を遮るように「そうよね。誰にもわからないことよ」と患者さんは言いました。そして自分に言い聞かせるように、その言葉を繰り返してました。

それから約2か月後、患者さんをご自宅で最期を迎えられました。家族に囲まれ、生まれればかりのひ孫も遊びにきて、にぎやかな時間もあったようです。在宅医は病院の前医にザイタクでの様子を「お返事」として手紙を書きました。



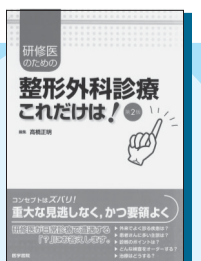
つるか ゆうこ氏……1993年順大医学部卒。旭中央病院を経て、95年自治医大地域医療学に入局。96年藤沢町民病院、2001年米国ケース・ウェスタン・リザーブ大家庭医療学を経て、08年よりつるかめ診療所(栃木県下野市)で極めて小さな在宅医療を展開。エコとダイエットの両立をめざし訪問診療には自転車愛用。自治医大非常勤講師。日本内科学会認定総合内科専門医。

「重大な見逃しなくかつ要領よく」。初版のコンセプトはそのままに、さらに内容充実！

## 研修医のための 整形外科診療 これだけは！ 第2版

好評を博した初版のコンセプト「重大な見逃しなく、かつ要領よく」はそのままに、今版からは日本整形外科学会の各ガイドラインの内容を新たに盛り込み、時間がたっていない研修医をさらに強力サポート！ 実際の診療場面に即して「リスト化」された項目をそのまま読み進めることができるため、研修医として最低限マスターしておかなければならない事項が手に取るようになる。整形外科医を目指す研修医、必携の1冊！

編集 高橋正明  
国立病院機構 東京医療センター・整形外科医長



B5 頁224 2014年 定価:本体5,600円+税 [ISBN978-4-260-01949-1]

医学書院

事例報告はセラピストの思考を体系化し、臨床家としての「型」を作る

## 作業で語る事例報告 作業療法レジメの書きかた・考えかた

一人前の作業療法士になる成長過程において、作業に焦点を当てた実践の型を身につけることは非常に大切である。その実践における型が凝縮されているのが「事例報告」といえる。本書では、作業に焦点を当てた実践を行うために必要な基礎知識、また代表的理論や評価法、治療手技を紹介した後に、クライアントとの協働から生まれた良質な31の事例報告を掲載している。作業療法の楽しさがわかる全項目見開き完結型の事例報告指南書。

編集 齋藤佐樹  
こびりやま東都学園郡山健康科学専門学校作業療法学科・専任教員  
編集協力 友利幸之介  
神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科作業療法専攻・准教授  
上江洲聖  
日赤安齋福祉総合施設・作業療法士  
澤田辰徳  
イムス板橋リハビリテーション病院リハビリテーション科・技士長



B5 頁176 2014年 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-01951-4]

医学書院

信頼と実績の治療年鑑

監修 山口 徹・北原光夫 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

# 今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2014

# 1121疾患の最新の治療戦略がこの1冊に!

私はこう治療している

■スマートデバイス閲覧権付

■重要項目に「治療のポイント」の見出しを新設

- 処方例に掲載された商品名に対応する一般名がすぐにわかる別冊付録「商品名・一般名対照表」
- 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
- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2014」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)

好評発売中

●デスク判(B5) 頁2128 2014年 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-01868-5]  
 ●ポケット判(B6) 頁2128 2014年 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01869-2]

便覧を刷新、適応・用法が見やすくなりました!

# 治療薬マニュアル2014

監修 高久史磨・矢崎義雄 編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

2014年版の特徴

- 『参考ガイドライン』を各章に掲載!
- 新規付録『ハイリスク薬投与患者の薬学的管理』
- 2013年に薬価収載された新薬を収録

本書の特徴

- 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
- 2,200成分、16,000品目の医薬品情報を約2,700頁に収録
- 使用目的や用法、適応外使用など、臨床解説が充実
- 重要薬、重要処方情報をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」

治療薬マニュアル 特設サイト開設! <http://www.chimani.jp>

●B6 頁2656 2014年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-01885-2]

別冊付録

「重要薬手帳」



好評発売中



「治療薬マニュアル2014」×「今日の治療指針2014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!

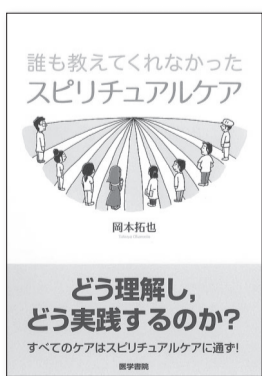
「今日の治療指針2014年版」と「治療薬マニュアル2014」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2014」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2014年版」に同封の書籍の「ご注文書はがき」に貼付してお送りください(2014年10月1日消印分まで有効)。

◎「スピリチュアルケア」を知ると、明日からのケアが変わる!

## 誰も教えてくれなかったスピリチュアルケア

岡本拓也

「スピリチュアルケアって何?」本書は、臨床で働く医師、ナース、そしてすべての医療者のために、何よりも臨床に役立つ形で、わかりやすく、スピリチュアルケアについて解説した本です。スピリチュアルケアは、決して特殊なケアではなく、すべてのケアの基盤になるといえるほど、大切な考え方であり、役に立つ方法です。スピリチュアルケアを理解することによって、日々のケアのあり方が変わってきます。



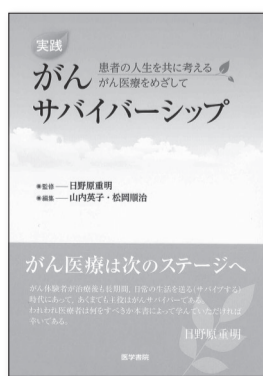
●A5 頁208 2014年 定価：本体2,500円+税 [ISBN978-4-260-02010-7]

◎がん医療は新たなステージへ

## 実践 がん サバイバーシップ

監修 日野原重明 / 編集 山内英子・松岡順治

がん治療の発展に伴い、がんは不治の病でなく慢性疾患として考えられるようになってきた。つまり治療効果のみでなく、その患者自身の人生とともに考え、医療に組み入れて実践していくことが求められている。本書では、がんサバイバーシップとは何か、各職種に求められるサバイバーへの具体的ななかかわり方、知っておきたい患者会の活動などを、経験豊富な医療者、アクティブに活動されている関係者が解説。



●A5 頁256 2014年 定価：本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-01939-2]

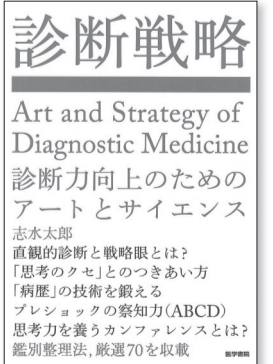
◎何が診断を曇らせるか、どのように養えば良いか

## 診断戦略

診断力向上のためのアートとサイエンス

志水太郎

名医の思考や巧みさ(Art)は再現できるか? その問いに正面から答える。多くの名医に師事し、経営診断も学ぶ著者による「診断力の鍛え方」。診断にともなうバイアスとのつきあい方、病歴をよりクリアにするための具体的な質問例、鑑別ごころ合わせなど、明日から役に立つ心構えとテクニックが満載。認知科学とハードな臨床経験を背景に紡がれる言葉は、まさに Art & Science。



●A5 頁288 2014年 定価：本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-01897-5]



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