

2014年9月1日

第3090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 (出版社著作権管理機構 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46回日本医学教育学会.....1面
[寄稿]医学教育認証評価の現状と展望(大西弘高).....2面
[インタビュー]抗菌薬を知って、正しく使いこなそう(細川直登).....3面
[寄稿]ベンゾジアゼピン系薬の使い方・減薬の仕方(稲田健).....4面
[連載]「問診力」で見逃さない神経症状.....5面

医学教育から新たな可能性を発信

第46回日本医学教育学会大会開催

第46回日本医学教育学会が、7月18-19日、岡村吉隆大会長(和歌山医大)のもと、和歌山医大紀三井寺キャンパス(和歌山市)で開催された。和歌山にゆかりのある江戸時代の外科医・華岡青洲の言葉にちなみ、主題には「活物窮理—医学教育の本質を求めて」が掲げられた。本紙では学際的な視点から医学教育の広がりを検討するパネルディスカッションと、医学教育の利益相反(COI)について議論されたパネルディスカッションの様相を報告する。

文化人類学・社会学の視点から 医学教育を学ぶ意義とは

医療の対象となる人間には、それぞれ多様な営みがあり、その理解には当事者の視点に立つことが求められる。準備教育・行動科学教育委員会企画「医学生のうちで学んでおきたい社会科学の質的アプローチ」(座長=東海大・和泉俊一郎氏、神戸市看護大・櫻田美雄氏)では、医学教育における質的アプローチの有効性について検討された。

文化人類学を専門とし、18年にわたり医学教育に携わっている星野晋氏(山口大)は、超高齢社会を迎えた現在、クリティカル・パスや地域包括ケアなどの新たな方策が提起されているものの、これらは未だ課題が山積みである現状を説明。その要因として専門職間と、専門職—生活者間、二つの文化摩擦があると指摘した。医療者は疾患を見るだけでなく、患者家族など当事者が何に困っているかを見る「事例性」の視点、すなわち Problem Based で課題および支援を組み立て、なおかつ他職種との共通理解が必要との見解を示した。そのために人類学や社会学が培ってきた質的アプローチを用いたケースレポートの作成が有効であり、そのノウハウを医学教育で学ぶことは、将来の臨床経験においても生きてくると述べた。

医学教育におけるエスノグラフィーの可能性について解説したのは飯田淳子氏(川崎医療福祉大)。エスノグラフィーとは、参与観察やインタビューによって得た質的データに基づき、記

述・考察をする文化人類学の研究手法である。専門知識を深く学ぶ前の医学部低学年時に質的アプローチを学ぶことは、患者・家族・他職種といった他者理解を深め、地域・生活全体を把握する包括的視点の習得にもつながる。また、他者と直接かかわることで得られる自己省察が、高学年での臨床と結びつけた応用や後のキャリアを考える際にも生かされるなど、多様な意義を持つと語った。

社会学の立場から発言したのは長谷正人氏(早大)。患者にはそれぞれ個別性があり一般化できないが、普遍的なこととして症例研究を共有できるのは、量的ではない、質的なアプローチの存在があるとし、医師—患者関係の理解を深める質的アプローチとして、グレゴリー・ペイトンのコミュニケーション論の学習理論を紹介した。この学習理論は三つの段階に分けられる。医療の現場に援用すると、疾患のみに着目して患者の治療方法を考えるのが「学習 I」、医師—患者関係のコミュニケーションに配慮して治療するのが「学習 II」、さらに患者の暮らす社会の常識や生活習慣といった背景を踏まえて治療自体の意味を問い直すのが「学習 III」であると位置付けた。氏は、「学習 III」の見地から、患者の自律的な自己治療力を奪ってしまう近代医療を批判したイヴァン・イリイチに対し、人間は本来他律的であることに喜びを感じる存在と説明。したがって医療においても「治す/治る」ことの中に他律的な喜びを見出すことがコミュニケーション論に期待される質的アプローチの視点であると示唆した。

COIの議論の広がりを期して

臨床研究における医師と製薬会社との不適切な関係に対し、社会の厳しい視線が集まっているが、COIは臨床研究だけの問題にとどまらない。COI委員会企画「教育のCOI:あなたの影響力の方向性は間違っていますか?」(座長=東大・大西弘高氏、留萌市立病院・宮田靖志氏)では、医学教育におけるCOIが議論された。

初めに登壇した大西氏は、日本医学教育学会の取り組みを紹介。19ある社会医学系学会の中で最も早く研究倫理COI委員会を設置して指針策定を行い、年次大会では発表者がCOI状態を自己申告するなどの体制を整えていると説明した。その上で、「医学教育学会の活動において研究のCOIは重要だが、今後教育の場面でも問題となり得るのではないか」と提起した。例として年次大会のランチョンセミナーや製薬会社MRによる食事つき勉強会、シミュレータ企業による便宜供与などを示し、①教育者が学習者を教育する際に問題となるもの、②医学教育に関与する企業が学習者に直接影響を及ぼすもの、③医学教育に関与する企業が教育者に影響を及ぼすとともに、教育的に問題となるものの3点に要約。医学領域の教育活動に関連したCOI問題の対策は不十分との認識を示し、議論の活性化を促した。

日常臨床で遭遇するCOIを、自院での検討事例から報告したのは高屋敷由美氏(筑波大病院)。氏が所属する総合診療科では、製薬会社MRによる薬剤説明会が弁当・資料の無料提供で実施されていたが、スタッフミーティングでCOIの問題が提起され、是非を検討することになったという。「薬の情報を得られる」「批判的吟味の実践ができる」などのメリットがある一方、「偏った薬剤情報を聞く」「処方

行動に影響を受ける」といったデメリットから、MRによる説明は朝の5分間に限定、薬の資料以外、飲食物の提供は一切なしとした。賛否はあったものの、「製薬会社からギフトを受け取る姿を学生・研修医に見られたくない」という共通認識が確認された。プロフェッショナルリズムの観点からも「学生・研修医に対する影響を認識し、行動を顧みて教育に当たる必要がある」と訴えた。



岡村吉隆大会長

COI教育の現状と課題から、新たな論点を提起したのは宮田氏。COIについて、「中立的な立場で第三者のために業務を遂行すべき立場の者が、自分や関係他者の利益を優先するためにその中立性を損なうこと」と概説した上で、医師と製薬企業との関係は、臨床研究だけでなく、一般臨床医から医学生に至るまで同様に問題になり得ると述べた。特に、医学生と製薬企業との関係はあまり議論されてこなかったことに注目。実際、臨床実習開始前に比べ、医学生が製薬企業からギフトを供与される機会が格段に増えることがわかっており、製薬企業と関係する機会が増えると、「ギフトを受け取ることは問題ない」と認識するようになるという[PMID:20730093]。さらに、「製薬企業からの働き掛けに自分は影響されない」と思う割合は61%に上り、「自分だけは大丈夫」と心理的防衛機構が働いて製薬企業とのかわりを合理化してしまうという調査結果も示した[PMID:17356984,11347622]。ただ、COIの評価を前に、個々人の決断・動機・妥当性には複雑な要素が絡み合い、これらの調査には莫大な労力が必要なことから、検証実施は現実的ではない。氏は、COIを教育するには、まず具体的なポリシーを策定することが望まれると主張。オープンな場で対話を重ね、皆でポリシーを作り上げていくことが必要だと参加者に呼び掛けた。

9 September 2014 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。

キールホフナー博士の代表作「作業療法の理論」の改訂第4版が待望の邦訳化

作業療法実践の理論 原書第4版 Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice, 4/e

本書は、作業療法理論の歴史的発展から、今日での有効性までを検証した1冊として版を重ねている。今回の改訂では、理論は実践のなかにこそあるべきだという観点から「実践」の書として生まれ変わった。各国の作業療法士による豊富な事例を通して「作業」の深淵にせまる本書は、まさに全世界の作業療法士にとって必携のテキストと言えるだろう。

著 監訳 ギャラリー・キールホフナー 山田 孝 目白大学大学院リハビリテーション学専攻教授 石井良和 首都大学東京大学院人間健康科学研究科教授 竹原 敦 湘南医療大学設立準備室 野藤弘幸 常葉大学保健医療学部准教授 村田和香 北海道大学大学院保健科学研究科教授 山田 孝 目白大学大学院リハビリテーション学専攻教授



看護の本質を理解するためのワトソン看護論の決定版、20余年ぶりに改訂!

ワトソン看護論 第2版 ヒューマンケアリングの科学 Human Caring Science; A Theory of Nursing, 2/e (Paperback)

伝統的な科学・医学モデルを脱却し、人間科学・実践科学として看護学独自の学問体系的構築をめざすワトソン看護論。人間・生命の尊厳に哲学的価値をおき、道徳的・倫理的責務をもって実践する看護の本質を崇高に謳う。ケアを与える者と受ける者が一緒になって1つの事象を作り上げることで、患者の自己治療が進むばかりでなく、看護師も自身の人間性を深めていく。そう、看護の神髄であるヒューマンケアリングの理論がここにある。

著 監訳 ジーン・ワトソン 稲岡文昭 日本赤十字広島看護大学名誉学長・名誉教授 稲岡光子 公益財団法人木村看護教育振興財団 ナーシングアドバイザー 戸村道子 Adelphi大学大学院看護学博士課程/前・日本赤十字広島看護大学精神看護学教授



寄稿

# 医学教育認証評価の現状と展望

## ——東大医学部での状況を含めて

大西 弘高 東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター



●大西弘高氏

1992年奈良医大卒。同年天理よろづ相談所病院、97年佐賀医大附属病院総合診療部を経て、2000-02年イリノイ大医学教育部にて医療者教育学修士課程修了。03年からは国際医学大(マレーシア)医学教育研究室で自大学のカリキュラム評価・教員評価の取りまとめ、アウトカム基盤型教育の導入に従事。05年より現職。専門は総合診療、医学教育。日本医学教育学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本医療教授システム学会にて理事を務める。

### 未整備だった日本の医学教育認証評価

近年、医学教育認証評価の動きが話題になることが非常に増えてきた。本稿では、その歴史、背景、現状などについて簡単にまとめてみたい。

私が認証評価(accreditation)という用語を初めて耳にしたのは、2001年、医学教育を学びに米国に留学していたときのことであった。指導教員に、「行動科学カリキュラムってどういうものですか」と尋ねたとき、「今はLCME(Liaison Committee for Medical Education)の認証評価の準備で忙しい時期だけど、誰と誰に尋ねれば……」と認証評価担当者を教えてくれた。マレーシアにいたときも認証評価の話題が時折出ており、医学教育の質保証について度々議論されていた。当時、認証評価が医学教育の質保証に不可欠なシステムであることは理解できたが、それがどの程度大変なことなのかは実感は沸かなかった。

2008年、西太平洋地区医学教育会議(AMEWPR)に出席したとき、主要な議題は域内医師移動自由化に向けた認証評価であった。2003年に出た世界医学教育連盟(World Federation for Medical Education: WFME)のグローバルスタンダードは知っていたが、2001年にWHO西太平洋地域卒前医学教育質保証ガイドラインが出ていたことはその場で初めて知った。

日本では、2004年に機関別、すなわち大学単位での認証評価が学校教育法で定められた。ただ、医学教育については、当時すでに韓国、マレーシア、タイなど多くの周辺国がシステムを構築していたにもかかわらず、日本では未整備なままであった。

### “黒船”=ECFMG アナウンスメント

2010年9月、ECFMG(Educational Commission for Foreign Medical Graduates)がアナウンスメントを出したというニュースが伝わってきた。ECFMGは米国での臨床研修を希望する海外医学部卒業生に許可を出す組織だが、アナウンスメントの内容は「2023年以降は、LCMEやWFMEと同等の基準を用いた認証評価を受けた医学部の卒業生のみが申請できる」というものであった。

一時は「米国への臨床研修の意義はかなり低下した」とか、「日本から米



●図 東大医学部・国際基準に基づく医学教育認証評価準備委員会組織図

国への臨床研修者はかなり減っている(ので認証評価のことは無視してもよいのではないか)というような反応もあった。しかし、徐々にさまざまな情報や背景が理解されていき、「全国医学部長病院長会議や日本医学教育学会を中心に医学教育分野での認証評価システムを構築すべきだろう」という議論が進んだ。

### 個別の認証評価が不十分な日本

医学部の評価は、1910年に米国で出されたフレクスナー報告に原形があると言われる。20世紀に入って質の悪い医学校が増えたため、フレクスナー報告に基づく教育改革が断行され、多くの医学校が廃止に追い込まれた。米国では、1942年に医学教育に関する認証評価システムが構築され、現在もLCMEによる認証評価が医学教育の質管理、質保証に大きな役割を果たしている。

わが国では、認証評価と関係なしに入学定員が減ったことがある。第二次世界大戦終了直前に医学専門学校が急増し、入学者定員が1万人を超えたが、終戦後、GHQによる改革で医学校は85校から45校に、入学定員は2800人に減らされたのである。その後、医学教育の管理は、1948年の医学教育基準、1956年の大学設置基準などにもとづき、当時の文部省が厳しく行ってきた。その後、学生運動の時代などをくぐり抜け、高等教育機関もオートノミーを重視する流れが生まれた。また、1991年の大学設置基準大綱化により、各大学が学部教育を自由に編成できるようになったと同時に、自己点検・評価を行い、改善を怠らないことが努力義務規定となった。

前述のように、2004年には学校教育法に基づくわが国の認証評価制度が開始され、全ての高等教育機関は、定期的に認証を受けた評価機関による評価を受けることとなった。各大学は、基準に沿った自己点検・評価を行い、外部評価委員の質疑や現地査察を受け入れる。カリキュラムだけでなく、教

員、評価システム、経営などの観点に関しても評価を受け、評価が低い場合には、次回の認証評価までの期間を短くしたり、学生受け入れ停止を命じたりする。

このような大学全体を対象とした「機関別認証評価」はすでに制度として根づきつつある。一方、「分野別認証評価」は専門職大学院に限って法制化されているため、医療系の中で助産領域や公衆衛生大学院などが行っている程度である。

### 国内6大学連携の認証評価トライアルがスタート

2010年のECFMGアナウンスメントにより、「臨床実習が72週以上必要になるのでは」という情報が駆け巡った。これは、米国のある州の規準でしかなく、このような量的規準は現状検討もされていない。ただ、この「72週問題」は認証評価に対する危機感を大いに高めた。

そのころから、全国医学部長病院長会議、日本医学教育学会、文科省はそれぞれ高い関心を持って取り組みを始めた。結果、東医歯大の奈良信雄氏を中心に、東女医大、新潟大、慈恵医大、千葉大、東大の6大学連携による文科省GP事業が始められることになった。東女医大は2012年にAMEWPRのメンバーによる国際外部評価を受けた。また、東医歯大、新潟大、慈恵医大、千葉大が2013-14年にGP事業における認証評価トライアルを行い、現在結果が出るのを待っているところである。

WFMEグローバルスタンダードに準拠した医学教育分野別評価基準日本版はほぼ固まりつつあるが、今後、日本医学教育認証評価評議会(JACME)の設立、WFMEによるJACMEの承認、医学教育分野別認証評価の法制化といった課題が残るだろう。これら6大学の医学部が現在内部点検評価、外部評価の受審といった認証評価のトライアルを行っており、制度化の基盤づくりが進んでいる。

### 医学教育の課題に、あらためて正面から向き合う機会

東大も6大学連携事業の一翼を担うため、2015年2月に認証評価トライアルを受審することとなった。2014年初頭に医学部長が受審を決断し、3月には準備委員会、5月には8つの領域のワーキンググループの組織が固まった。Area 1からArea 8/9の8つの領域のワーキンググループには、医学系研究科の教授全員と、これまで教育に関与してきた教員に委員になっていただいた(図)。私は、この中で幹事代表という立場におり、委員長と全てのAreaの先生方、事務局との連絡などを行っている。

医学教育分野別評価基準日本版を概観すると、重要なポイントは、①アウトカム(教育成果)基盤型教育、②臨床教育の実質化、③学習者評価とアウトカムの連動、④学生の声を取り入れた医学部運営、⑤教員やプログラムの評価システム(Institutional Research: IR)、⑥ガバナンスを持った医学部管理運営、といったところであろう。医学教育関係者にとっては、従来から議論されてきた内容ではあるが、あらためて東大医学部においてこれらの課題に正面から向き合うこととなっている。

準備委員会や各ワーキンググループにおいて自己点検評価を進める中で、少しでも改革を進めたいという気運が高まっていると感じる。認証評価は、“黒船”によって一気に制度化にまで進もうとしているわけだが、個人的にはこの波を一時的なものに終わらせるのではなく、ぜひ長期的展望に立って改革を進めたい。そのためには、今回の認証評価を乗り切るだけでなく、今回の自己点検評価で今後の方針等を記載する際、数年後の第2回認証評価受審に向けてしっかり考えておくことが必要だろう。学部全体で意見の集約を図るため、今年だけで4回のFaculty Development(FD)ワークショップを行う予定である。この認証評価をよい機会ととらえ、東大医学部における医学部改革が、ぜひ全国の医学部にも注目してもらえるようにしていきたい。

@igakukaishinbun

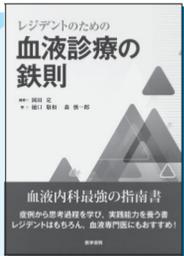
本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

血液内科最強の指南書、症例から学ぶ思考過程

## レジデントのための血液診療の鉄則

血液内科で頻度の高い疾患、緊急度の高い症候と疾患をとりあげ、症例ベースで思考過程と実践能力を養う書籍。血液専門研修医が真っ先におさえておくべき、診断・治療・患者管理に重要な“鉄則”をマスターできる。

編著 岡田 定 聖路加国際病院・血液内科部長  
著 樋口敬和 聖路加国際病院・血液内科医長  
森慎一郎 聖路加国際病院・血液腫瘍科部長

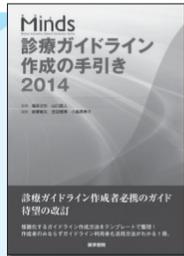


診療ガイドライン作成者必携のガイド 待望の改訂

## Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014

「Minds診療ガイドライン作成の手引き2007」の発行から7年後の待望の改訂。エビデンスの重要性が益々強調され、診断・治療といった医療の介入がもたらす「益と害」のバランスも詳細に解説されている。複雑化する作成手順も、付属のテンプレートに記入することで漏れなくポイントを押さえられる実用的構成となった。作成者必携のガイドであるのみならず、ガイドラインの利用者にとっても活用のポイントが整理された1冊。

監修 福井次矢 聖路加国際病院 院長  
山口直人 東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座 教授  
編集 森實敏夫 慶應義塾大学医学部内科 非常勤講師  
吉田雅博 国際医療福祉大学臨床医学研究センター 教授  
小島原典子 東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座 准教授



# 抗菌薬を知って、正しく使いこなそう

interview 細川直登氏 (亀田総合病院臨床検査科・感染症科部長/地域感染症疫学・予防センター長) に聞く

抗菌薬には多くの種類があり、その使い分けは難しい。共通のスペクトラムを持つ薬剤の場合にどちらを選択すればよいのか、なぜブロードスペクトラムな抗菌薬を処方してはいけないのか。本紙では、『“実践的”抗菌薬の選び方・使い方』(医学書院)の編者である細川直登氏に、根拠を持って抗菌薬を使用していくために押さえておきたいポイントを聞いた。

## なぜ、使い分けなければならないのか

——本書を出された背景には、抗菌薬の選び方や使い方に対してどのような問題意識があったのでしょうか。

細川 臨床現場において、各抗菌薬の違いを理解した上での使い分けができていないと感じていたことが大きいですね。抗菌薬は多くの種類がありますが、これまでは“菌を殺す薬”として全てひとくくりにとらえられることが多かったのです。

——なぜそのようなとらえ方がされてきたのですか。

細川 日本には臓器にかかわらず感染症を一手に引き受ける感染症科が少なく、各診療科でよく使用される抗菌薬も限られています。ですから私もそうでしたが、医師になって習慣的に使用されている抗菌薬の使い方だけを先輩から見よう見まねで学び、その薬を使う理由そのものはあまり考えられずにいたためではないでしょうか。

また、学生のころに各抗菌薬の違いや臨床的な使い分けを体系的に勉強する機会がないことも問題だと思えます。——使い分けがされていないことで起こる問題は何でしょうか。

細川 どの抗菌薬を処方すればよいかかわからず、治療失敗を恐れてブロードスペクトラムな抗菌薬を安易に処方し続けていると、耐性菌の出現が避けられません。ブロードスペクトラムな薬を使ってもとりあえず患者さんは治ってしまうので、こうした負の側面は見えにくいかもしれませんが、抗菌薬治療においては、目の前の患者さんだけでなく、菌を相手にしているという意識を持ってもらいたい。耐性菌が増え続ければ、将来の患者さんを治療できる薬がなくなってしまうことになりかねません。そうならないよう、抗菌薬の使い方の基本を知って治療に臨んでほしいと思います。

## リスクの回避を優先してきた日本の抗菌薬治療

——個々の薬の使い方にも問題はありませんか。

細川 最近ではずいぶん改善されてきていますが、かつては海外と比較して日本の抗菌薬の保険適応量は少なく設定されており、規定の量を使用しても

効かないという事態がしばしば起きていました。同じ薬であっても、日本では1日に認められている投与量や回数が海外より少なかったのです。

例えば、日本の添付文書ではセフェム系の薬は、1日4gまでと上限設定されているものが多いのですが、海外だと2gを3回、1日6gです。

——それでは2gぶんは保険を通らないことになりませんか。

細川 その通りです。ですから実際には、添付文書を超える用量を使うか、添付文書に記載されていない用法を用いなくてはなりません。

日本で1日に使える4gを4回に分けて投与し、血中濃度をシミュレーションしてみたところ、海外で使われている2g×3回と同程度の効果が得られることがわかりました。ですから、どうしても4gで処方しなくてはならない場合には、回数を増やして1gを4回投与するといった工夫があります。

——日本人の体質に合わせて、投与量が設定されているということでしょうか。

細川 いえ、われわれと体格が似ている他のアジアの国々では欧米と同等の量が使用されていますから、人種や体格は問題ではないと思えます。

抗菌薬を選ぶときには感受性検査の結果を見るのですが、日本では主に米国のCLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute; 米国臨床検査標準委員会) で設定された規準を使用しています。この規準は米国で定められている量を投与して得られる血中濃度を基に、感受性あり/なしが判定されますから、そもそも日本の投与量では有効性が保証されないのです。

——では、海外の基準を用いているにもかかわらず、日本ではなぜ投与量が異なるのでしょうか。

細川 近年注目されてきた薬理学的特性を考慮するPK-PD (Pharmacokinetics/Pharmacodynamics) 理論に基づいた投与設計が行われてこなかったためではないかと思えます。そして薬の効果を得るといふより、副作用を起こさないようにすることに重きが置かれたためではないでしょうか。

でも、本当に安全性を重視するならば全く使わないほうが安全でしょう。使わなければいけないのだから、それならば薬理学的に有効な範囲で、副作用のリスクをしのぐような効果を得られる投与設計をすべきではないかと思

います。

## 副作用を恐れて投与量を減らすのは、得策とは言えない

——それでも投与量を増やすことに対して不安を抱く方はいますか。

細川 抗菌薬は微生物を標的にするという点で、他の薬と大きく違います。

他の内科の薬は、投与した人間の体の機能を調節するものですから、過剰に投与すると作用が出過ぎてしまいますよね。ですが、抗菌薬は患者さんの体内にいる微生物を殺す薬なので、投与した患者さんには影響を及ぼさないのが基本であり、他の薬と比較して極めて毒性が低いものが多いのです。

例えば、βラクタム系薬の作用機序は細胞壁の合成阻害ですが、人間の細胞には細胞壁がありませんから、細胞壁を持つ細菌だけがターゲットとなる。つまり、非常に選択毒性が高く、有効性と安全性のバランスに優れると言えます。

——薬の特性として、副作用が起こりにくい、と。

細川 はい。そのため、副作用を心配して投与量を少なくする必要はあまりないと思います。βラクタム薬の一番怖い副作用はアナフィラキシーですが、これはアレルギーなので少量でも出る人は出てしまうし、出ない人はいくら投与しても出ません。そういう意味でも投与量を抑えて副作用を減らそうという発想は、抗菌薬の特徴に鑑みるとあまり良い方法ではない印象を受けます。

## 感染臓器と微生物を意識する

——では、微生物が標的になることを踏まえた上で、抗菌薬とうまく付き合っていくためのコツはありますか。

細川 正しく抗菌薬を選ぶために、必要な知識は2つだけです。1つは、どの微生物がどの臓器に感染症を起こすのか、感染臓器と微生物の関係をj知ること。もう1つは、その微生物を治療するときの標準的な抗菌薬を知ることです。

——その2つだけでいいのですか。

細川 わかりやすいでしょうか? 感染症の診断と治療を行うには、どこの臓器が感染しているかを調べるのが第一です。各臓器に感染する微生物は決まっているので、感染臓器さえわかれば微生物を数種類に絞ることが出来ます。ですから、「この臓器に感染症を起こす微生物は何か」という知識は欠かせません。

そして微生物を絞ることができても、その微生物に対して標準的に使う



●細川直登氏

1990年日大医学部卒、同年より日大板橋病院にて臨床研修。同院小児科、臨床検査医学科を経て、2005年より亀田総合病院感染症科勤務。06年より同院臨床検査科部長、10年より総合診療・感染症科部長を兼務し、14年より現職。編著に『“実践的”抗菌薬の選び方・使い方』(医学書院)がある。

抗菌薬を知らなければ、最終的に抗菌薬を選ぶことはできませんから、この2つだけは浅くてもいいので押さえておいてほしいですね。

——診察で菌を絞りきることが難しい場合には、検査も重要になりそうですね。

細川 ええ。例えばグラム染色は morphology (形態学) なので、実際にわかる人と一緒に見て勉強するのが一番です。グラム染色を学びたい方は、検査室に行って検査技師さんに教えてもらうことをお勧めします。日本には優秀な検査技師さんがたくさんいるので、病院に細菌検査室がある場合はぜひ行ってみてください。

また、治療がうまくいかなかった場合を考え、抗菌薬の投与を開始する前に必要な検査はオーダーしておくことが重要です。一度薬が入ってしまうと、後から検査をしても菌が検出できない可能性があるため、これは必ずお願いしたいことですね。

\*

——最後に、感染症診療の魅力を教えてください。

細川 先ほどお伝えした2つさえマスターすれば、感染症診療はどんどんできるようになります。まず感染臓器から微生物を予測し、予測した微生物に有効な抗菌薬を選ぶ。その予測が当たって患者さんがよくなると、「こんなにナロースペクトラムな薬で患者さんを治した」という達成感が得られます。感染症診療は考えてやり始めると非常に楽しくなりますから、恐れずに挑戦してもらいたいです。

——ありがとうございました。(了)

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>

抗菌薬の特徴・用法を比べながら学ぶユニークな1冊!

医学書院

## “実践的” 抗菌薬の選び方・使い方

編集 細川直登 医療法人鉄蕉会亀田総合病院臨床検査科部長/感染症科部長

●A5 頁250 2014年 定価:本体3,300円+税 [ISBN978-4-260-01962-0]

抗菌薬の選び方・実践的な使い方をユニークな2部構成で解説。はじめに薬剤の構造・起因菌・投与経路別に、臨床に必要な抗菌薬の基礎知識と用法の原則を解説。次に抗菌スペクトラムが重なる抗菌薬の特徴を比較しながら、その使い分け・用法を解説。薬剤を比べることで、よりその特性が際立ち理解を深めるのに役立つ。感染症診療に携わるすべての人にお勧めしたい。



# FAQ

今回の回答者

## 稲田 健

東京女子医科大学医学部精神医学講座・講師

Profile / 1997年北里大医学部卒。同大にて初期研修後、2003年同大大学院修了。04年、米国ノースカロライナ大留学。06年より東京女子医大精神科助教、09年より現職。

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions; 頻りに尋ねられる質問) に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

### ベンゾジアゼピン系薬の使い方・減薬の仕方

ベンゾジアゼピン(BZ)系薬は、睡眠薬や抗不安薬として幅広い診療科で使用される薬剤です。高い有効性と安全性を有しますが、過鎮静やふらつき、長期使用では依存性などの副作用が問題となります。適切な使用方法を理解し、患者さんに伝えることが重要です。

**FAQ 1** そもそも、BZ系薬とは何ですか? 「非BZ系睡眠薬」とは別のものと考えてよいのでしょうか。

BZ系薬とは、γアミノ酪酸(GABA) / BZ受容体 / クロールイオンチャンネル複合体に作用する薬剤であり、抗不安薬、睡眠薬、抗てんかん薬などに分類されています。古典的には化学構造式としてBZ骨格を有しますが、BZ骨格でないもの、例えばエチゾラムやゾルピデムなどもあります。化学構造式が異なっても作用機序、効果、副作用は同様であり、これらをまとめてBZ系薬あるいはBZ受容体作動薬と呼びます。BZ系薬の作用機序は、GABA-BZ-受容体複合体のアロステリック調節です。GABA神経系を直接変化させるものではなく、一定用量で作用は頭打ちとなります。

**Answer...** GABA-BZ-受容体に作用する薬剤であり、作用も副作用も共通している。非BZ系睡眠薬と呼ばれるものも作用機序は同じで、問題点も同様と考えるべきである。

**FAQ 2** 長期、あるいは多めに服用していても、安定しているのであればよいと思うのですが……。

BZ系薬は高い安全性を有する薬剤ですが、表に示すような副作用を有します。これらの副作用は低用量で短期間の使用であれば目立ちません。しかし多剤併用や高用量使用、長期使用になると問題が顕在化することがあります。多くの事故は複数の要因が重畳し

#### ●表 BZ系薬の副作用とリスク因子

- ① 持ち越し効果 (翌日の眠気, 集中困難)  
リスク因子: 長時間作用型薬剤, 代謝の低下した患者
- ② 健忘, 奇異反応, せん妄, 脱抑制 (内服後の前向き健忘)  
リスク因子: 高齢者, 脳損傷のある患者
- ③ 筋弛緩作用や反射抑制によるふらつき・転倒  
リスク因子: 高齢者
- ④ 依存性 (離脱症状による身体依存中心)  
リスク因子: 長期使用, 多剤併用

た際に発生するものであり、BZ系薬がその要因の一つとなり得ることに留意すべきです。例えば「持ち越し効果」は、前日に服用した睡眠薬の効果が翌日まで持続してしまうことです。生体の薬物代謝能力は加齢や体調、併用薬剤の使用状況などによって変化します。加齢によって代謝能が低下したところに、代謝を阻害する薬剤を併用するようになると、身体的疲弊状態にあった場合、持ち越し効果が強く生じることがあります。結果として日中の眠気や集中力の低下を生じ、交通事故の要因となり得ます。

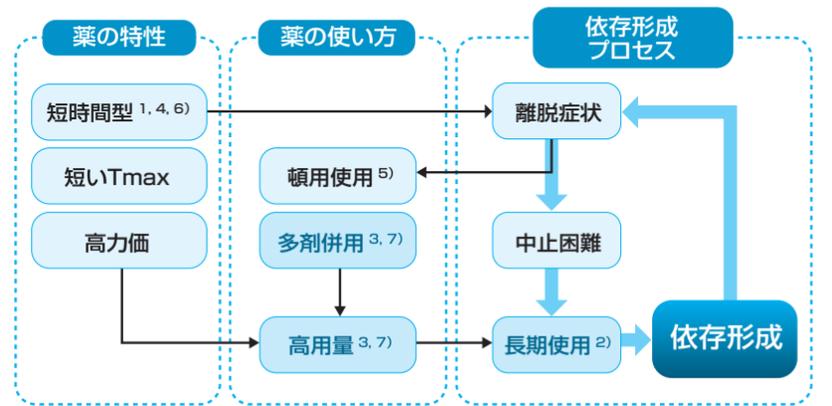
また先述の通り、BZ系薬の効果は一定量で「頭打ち」となります。一定量以上では効果は得られないにもかかわらず、副作用のリスクだけが高くなるということに注意すべきです。

**Answer...** 安定しているように見えても、副作用が生じている可能性には注意を払うべきであり、必要がなくなれば中止すべき。

**FAQ 3** BZ系薬の副作用である依存性には、どんな特徴があるのでしょうか。依存を回避するには、どのような使い方をすればよいのでしょうか。

依存は身体的依存と精神的依存からなり、身体的依存は中止時の離脱症状と耐性形成、精神的依存は渴望感により物質使用の制限ができなくなる認知・感情・行動に及ぶ症候を意味します。BZ系薬の依存においては、身体依存と精神依存の両方を伴って問題が事例化しやすい依存症例と、身体依存のうちの離脱症状のみが問題となる症例があります。後者のような、BZ系薬を臨床用量で使用し通常では問題を生じないものの、退薬症候を生じるため服用を続けている状態は「臨床用量依存」と呼ばれることもあります。事例化しにくい「隠れた依存」ですが、Q2で記したように、要因が重なったときには事故につながる恐れがあることに留意する必要があります。

BZ系薬の依存形成リスク要因について、図にまとめました。右に依存形成プロセス、中央に薬の使い方、左に薬の特性について記しています。臨床用量依存であっても、通常の依存であっても、依存形成の最大のリスク因子は長期投与です。長期使用により依存形成がなされると、減薬時には離脱症状を生じ、中止は困難となり、さらなる長期使用につながってしまいます。また、頓用使用と多剤併用は高用量使用につながり、高用量は結果として、長期使用につながりやすいことに注意



●図 BZ系薬依存のリスクファクター

稲田健編。本当にわかる精神科の薬ははじめの一步。羊土社; 2013. p85より改変転載  
1) Psychopharmacol Bull. 1986 [PMID: 2877472], 2) JAMA. 1983 [PMID: 6348314], 3) Addict Behav. 2004 [15050676], 4) Br Med J (Clin Res Ed). 1982 [PMID: 6121606], 5) Curr Pharm Des. 2004 [PMID: 11812250], 6) Am J Public Health. 1993 [PMID: 8103297], 7) 稲田健ほか. ベンゾジアゼピン服用患者の依存形成と対処に関する研究. 精神・神経疾患研究開発費「アルコールを含めた物質依存に対する病態解明及び心理社会的治療法の開発に関する研究」平成24年度研究成果報告書。

が必要です。さらに薬の特性としては、短時間作用型であることが離脱症状を自覚しやすいことと関連し、依存形成プロセスに影響します。

依存の問題を回避するためには、これらのリスク因子を避けることが望ましいと言えます。したがってBZ系薬の使用にあたっては、症状寛解後には中止を検討し、長期に漫然と使用しないこと、十分な効果が得られなかった際に複数の薬剤の併用は避けるようにするといった対応が必要となります。

**Answer...** BZ系薬には依存性がある。服用量が増量することはないものの、減量・中止時の離脱症状により中止が困難化する、臨床用量依存と呼ばれる「隠れた依存」にも注意が必要である。

**FAQ 4** BZ系薬の整理や減量や中止のコツを教えてください。

BZ系薬の中止を検討するには、まずBZ系薬を服用する理由となった原疾患が寛解しているかを考えるとよいでしょう。安定した状態で、良好な治療関係に基づいた適切な情報提供とインフォームド・コンセントを行った上で、漸減・中止をめざしてください。

漸減においては、ゆっくりとしたペースで減量することが何よりも肝要です。具体的には、2-4週ごとに、服用量の25%ずつ、減薬・中止します。実臨床では「来年の今ごろ半分に減ったら上出来」といったイメージで、時間をかけて減量するほうが適当であると思います。

減量により症状が再燃した場合には前の用量に戻し、さらにゆっくりとしたペースで減量します。BZ系薬の減薬法に関するメタ解析<sup>1)</sup>によれば、認知行動療法、支持的な説明、手紙を渡すなど何らかの介入を併用することで、機械的な減量よりも中止が成功しやすくなります。

BZ系薬からの離脱のためにBZ系薬間で置換を行う場合は、消失半減期のより長いものへの置換が考えられま

す。体内からの消失が緩徐となり、消失時に生じる不快な退薬症状が軽減されることが期待されます。

BZ系薬を必要とする症状に対しての非薬物療法としては、不安や不眠への対処法を指導することになります。不安への対処にはリラクゼーション法や呼吸法などがあり、不眠への対処としては、睡眠衛生指導があります(当科HP<sup>2)</sup>にて指導内容の詳細を紹介しています)。

また「規則正しい生活を送り、適度な食事を摂り、適度な運動をし、アルコールや喫煙などの刺激物を避けること」。これらは、疾患を問わず、健康に生活するための基本的事項です。BZ系薬服用者においても例外ではなく、これらを順守していただくことは、不安や不眠の治療の基本であり、服薬中止と回復への道筋となります。

上記のような事項についての情報提供のために、患者さん向けの冊子を活用することは有用です。当院でも、BZ系薬についての説明冊子<sup>2)</sup>を配布したことが、1か月間のBZ処方患者数の約17%減につながりました。

**Answer...** 減量は、BZ系薬を必要とした原疾患が寛解した状態から、ゆっくりと時間をかけて減量する。時間をかけることの意義は、離脱症状や不安の軽減にある。また、患者への適切な情報提供も大切となる。

**もう一言** BZ系薬を適正に使用することは、患者さんの利益になります。多剤併用を避け、適正な用量を、適正な期間使用することを心掛けるとよいと考えます。

#### 文献

- 1) Br J Gen Pract. 2011 [PMID: 22152740]
- 2) 睡眠薬や抗不安薬を飲んでいる方にご注意いただきたいこと. 東京女子医科大学神経精神科HP. <http://www.twmu.ac.jp/PSY/images/image-psy/pdf-psy/suimin-koufuyanyaku.pdf>

#### 参考文献

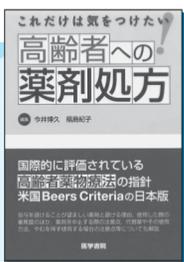
三島和夫(睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班)編. 睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン. じほう; 2014.

#### 高齢者に注意を要する薬剤をとりあげたビーズ基準の日本版

## これだけは気をつけたい 高齢者への薬剤処方

高齢者が服用する際に注意した方がよい薬剤について、その注意点や対応を解説したもの。代替薬やその使用方法がある場合には具体的に記載。米国の高齢者への薬剤投与に関するBeers基準の日本版。付録として常に服用を避けるべき薬剤一覧、既往歴から避けるべき薬剤一覧も掲載。

編集 今井博久  
国立保健医療科学院・統括研究官  
福島紀子  
慶應義塾大学薬学部教授・社会薬学



#### 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 福井次夫  
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

「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

園生 雅弘

帝京大学医学部神経内科主任教授

## 第12回 めまい (最終回)

### 症例

患者：35歳、女性

主訴：めまい

病歴：今朝起床時、寝返りをうつとぐらぐらと回るようなめまいが生じた。じっとしていると数秒程度で治まった。しかし、その後モドアを閉めて振り返ると、ぐらぐらとするめまいが生じるため当科を受診した。同様なめまいは数年前から時折生じている。耳鳴りや難聴はない。

いよいよ本連載も最終回です。今回の「めまい」も真性めまい (vertigo) と考えられます。これまで第3回(3055号、椎骨脳底動脈系のTIA)、第8回(3076号、小脳梗塞)でも取り上げたテーマです。

第8回では、2つの質問により、脳血管障害のような危険 (critical) な疾患を見逃さないことをお伝えしました。すなわち「これまでに同じめまいはありましたか?」と聴くことで“new vertigo”を見逃さず、さらに「どういう状況でめまいが起きましたか?」と聴くことで“明らかな誘因”の有無を判断できる、という手順です。

本患者の場合は、数年前から同様なめまいをくり返していたとのことですので、“new vertigo”ではありません。また、めまいは頭位あるいは体位を変えたときに生じているようですので、“明らかな誘因”がありそうです。したがって、少なくとも脳血管障害によるめまいではないと考えられます。

では、一般的 (common) な疾患である「良性発作性頭位めまい症 (BPPV)」の可能性が高いのでしょうか。

日本めまい平衡医学会によるBPPVの診断基準は、

- 1) 空間に対し特定の頭位変化をさせたときに回転性めまいが誘発される
- 2) めまい出現時に眼振が認められるが、以下の性状を示す
  - ①回旋性成分の強い頭位変換眼振である
  - ②眼振の出現には潜時があり、めまい頭位を維持させると次第に増強し、次いで減衰ないし消失する
  - ③眼振はめまい頭位を反復して取らせることにより、軽快または消失する
  - ④めまい頭位より座位に戻したとき

に、反対方向に向かう回旋性成分の強い眼振が出現する

3) めまいと直接関連を持つ蝸牛症状、頸部異常および中枢神経症状を認めないとなっています。

2) の眼振を確認するにはフレンツェル眼鏡を用いなければ正確な評価が困難であり、プライマリ・ケアでは判断が難しいとされます。本患者では1) と3) は当てはまりそうなので、多くの場合、BPPVと診断されそうです。ではこの時点で直ちに、BPPVと診断してよいでしょうか? 診断を下してしまう前に、意識的に以下の質問をすることが大切です。

### Q その「頭痛はありませんか?」

患者に聴いたところ「10代から繰り返し頭痛を起している」と言い、慢性の頭痛持ちであることがわかりました。詳細を聴くと、片側性、拍動性が多く、閃輝暗点の前兆、光過敏・音過敏があり、ひどいと嘔吐する。週末に生じることが多く、寝込むこともしばしばだが、たいてい3日で治まる、とのことでした。

慢性頭痛の場合、片頭痛あるいは緊張型頭痛が考えられます。本患者の頭痛はかなり典型的な片頭痛と思われるのですが、片頭痛と緊張型頭痛の鑑別は必ずしも容易ではありません。例えば、片頭痛は必ずしも“片側性”とは限らず、両側が痛む場合があります。また“拍動性”ではなく、締め付けるような痛みの場合もあります。さらに、片頭痛でも肩こりがあります。肩こりがあり、両側を締め付けるような頭痛が

### ●表 片頭痛性めまい (migrainous vertigo) の診断基準

- 【Definite migrainous vertigo】
- 1) 中等度以上の発作性の前庭症状 (回転性めまい、他の自己ないし他者の運動性幻覚、頭位性めまい、頭位変換により誘発されるめまいないしめまい感)
  - 2) 国際頭痛学会 (IHS) 基準による片頭痛
  - 3) 少なくとも2回のめまい発作中に以下の片頭痛性症状の少なくとも一つを伴う: 片頭痛性の頭痛、光過敏、音過敏、視覚ないしその他の前兆
  - 4) 他疾患が除外できる
- 【Probable migrainous vertigo】
- 1) 中等度以上の発作性の前庭症状
  - 2) 以下のいずれか: IHS 基準による片頭痛、めまい発作中の片頭痛性症状、片頭痛に特徴的な誘因によるめまい誘発 (食物、不規則な睡眠、ホルモン変化)、抗片頭痛薬への反応
  - 3) 他疾患が除外できる

Neuhauser et al. Neurology. 2001; 56 (4) : 436-41.

するからと言って、直ちに緊張型頭痛と断定せず、片頭痛の可能性も考慮しておくことが大切です。

さて、慢性頭痛がある (しかも片頭痛らしい) ことがわかったら、次にめまいと頭痛症状との関連を調べます。

\*\*\*

患者は30代になってから、めまいが出現するようになった。頭・体を動かしたりするとぐらぐらとめまいがするが数秒程度で治まる。そのような状況はたいてい3日で治まる。めまいのときも、光過敏になる。頭痛とめまいが同時に起こることもあれば、頭痛だけ、あるいはめまいだけのこともある。今回はめまいだけ生じている。

“頭痛とめまいが同時に生じることもある”あるいは“めまいの際に片頭痛性症状の光過敏がある”ことから、両者の関連が示唆されました。Neuhauserの提唱する「片頭痛性めまい (migrainous vertigo)」の診断基準 (表) に当てはめてみても、前庭症状があり、片頭痛があり、めまい症状の際に片頭痛様症状を伴うことが2回以上あることから、definiteな片頭痛性めまいと考えられました。

- 片頭痛性めまいの特徴としては、
- ・発症年齢：高齢者を含む広い年齢層 (7-72歳)。頭痛がめまいに先行する例が多い
  - ・性質：多くは真性めまい (vertigo)。ただし、毎回そうとは限らない。頭部運動での増悪を高頻度に認める
  - ・発作の持続時間：秒から日単位までさまざま
  - ・頭痛との併発の程度：毎回同時に起こる場合から必ず別々の場合までさまざま
- が挙げられます。頭部運動での増悪を高頻度に認めることから、BPPVと誤診する可能性が高いと思われます。

本患者は、片頭痛予防薬の投与にて、めまいも頭痛も生じなくなっています。そのことから、やはり片頭痛性めまいだったと考えられます。

\*\*\*

もう一人紹介したいのは、50歳の女性患者です。数日前から頭痛とめまいが生じ、1日前の夕方には嘔吐したため、近医耳鼻科を受診しました。耳鼻科では抗めまい薬を処方されましたが効果なく、他院神経内科を受診。肩

こりがあり、以前に頸椎椎間板ヘルニアを指摘されていたため、頸椎症とそれに伴う頸性めまい、緊張型頭痛と診断され、翌日当科を紹介受診しました。頭痛について聴いたところ、10年以上前からあり、音過敏もあり、ひどい

ときには嘔吐する、頭痛は数日で治まる、とのこと。一方めまいは4年ほど前からほぼ頭痛とともに生じ、数日で頭痛とともに改善、じっとしていてもめまい感はあるが、振り返るとするとぐるぐるとめまいがする、とのことでした。

この方の場合も片頭痛と考えられ、その片頭痛と同時にめまいが生じていましたので、めまいは片頭痛性めまいと考えられました。片頭痛予防薬の投与にて頭痛もめまいも治まり、その後はどちらも生じていません。

この患者はめまいと頭痛を訴えていたわけですが、「片頭痛性めまい」という概念があると知らなければ、神経内科医ですら診断をすることが困難だったわけです。したがってまずは「片頭痛性めまい」を知っておくことが大切です。次に、最初の患者のように、めまいと頭痛に関連があると思っていない場合が多いので、意識的に頭痛について聴くことが大切です。このとき、片頭痛があっても自分が頭痛持ちではないと思っている患者もいること、一見緊張型頭痛と思われる片頭痛があることにも留意します。

片頭痛性めまいは、一般住民の1%以上を冒しているとも報告されています。診断がついていなかったり、抗めまい薬では改善しなかった患者から「治まりました」と喜びの報告があったときには、こちらも本当にうれしくなります。皆さんにも、ぜひその喜びを感じていただければ幸いです。

\*\*\*

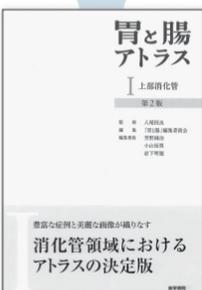
1年にわたり、神経症状を診る際の問診の大切さを書かせていただきました。難しい神経診察をしなくても、問診だけでかなり診断ができるということを感じていただけたのではないのでしょうか。少しでも神経症状を診ることに苦手意識がなくなり、神経症状を診てみようと思っただけなら幸いです。ありがとうございました。

## 今回の“問診力”

繰り返すめまいの場合、積極的に頭痛について聴く。

## 消化管病変を網羅した、消化管画像診断の決定版アトラス

## 医学書院



### 胃と腸アトラス I

上部消化管 第2版

- 監修 八尾恒良 福岡大学名誉教授・佐田病院名誉院長
- 編集 「胃と腸」編集委員会
- 編集委員
- 芳野純治 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院院長
  - 小山恒男 佐久医療センター内視鏡内科部長
  - 岩下明徳 福岡大学筑紫病院病理部教授

刊行以来好評を博してきた美しい症例写真による消化管疾患のアトラスが、装いも新たに大改訂。今版では最新の知見を盛り込んだことはもとより、咽頭から大腸まで、各臓器でみられる消化管病変を網羅。まさに消化管疾患のエンサイクロペディアともいえる決定版アトラスであり、画像診断のゴールド・スタンダードとなる書。消化管疾患診療に携わるすべての医師へ。

●A4 頁400 2014年 定価：本体14,000円+税 [ISBN978-4-260-01746-6]

### 胃と腸アトラス II

下部消化管 第2版

- 監修 八尾恒良 福岡大学名誉教授・佐田病院名誉院長
- 編集 「胃と腸」編集委員会
- 編集委員
- 小林広幸 福岡山王病院消化器内科部長
  - 松田圭二 帝京大学医学部外科准教授
  - 岩下明徳 福岡大学筑紫病院病理部教授



●A4 頁368 2014年 定価：本体14,000円+税 [ISBN978-4-260-01747-3]

# Medical Library 書評新刊案内

## 脳卒中リハビリテーションマニュアル

宮越 浩一 ● 編

B6変型・頁368  
定価:本体3,200円+税 医学書院  
[ISBN978-4-260-01924-8]

亀田総合病院は、千葉県南部の基幹病院であり、33診療科、病床数865床を有しており、リハビリテーション科医師は7人、コ・メディカルスタッフ約170人という、急性期から維持期までの充実したリハビリテーションを実践している病院です。千葉県南部の医療の中心を担っており、数多くの症例が経験できるということで、研修病院としても非常に人気が高い病院です。高い臨床レベルの治療を行うと同時に、常に若い医師やコ・メディカルスタッフが真剣に研修している場でもあるといえます。

本書『脳卒中リハビリテーションマニュアル』は、リハビリテーション科部長である宮越浩一先生が「コ・メディカルスタッフの自己学習のための参考書」として企画・作成されました。亀田総合病院のスタッフが執筆されており、叡智が結集された形になっています。

本書を読ませていただいて、まず感じたことは、「コ・メディカルスタッフの自己学習のための参考書」をはるかに超えた、充実した内容であるということです。脳卒中の急性期から維持期までという長期間のリハビリテーションにおけるゴール設定、リハビリテーションプログラムの作成、またリスク管理を行う上で、必要とされる知識を網羅しています。脳卒中を担当する医師や医学生にも十分参考になる内容

【評者】 千田 益生

岡山大教授/岡山大病院総合リハビリテーション部長

内容です。画像の説明や検査値の読み方が丁寧に記載されており、図・表あるいはフローチャートが効果的に配置されて理解しやすいよう工夫されています。重要な箇所は“ここがポイント!”として強調されており、重要な事柄を箇条書きに、そして具体的に記載されているところが助かります。「脳卒中治療ガイドライン2009」に記載されている内容は、青色で囲んで強調されており、ガイドラインにはどのように記載されているかがすぐにわかるようになっています。また、CI療法や川平法など、比較的新しい内容についても

正確な情報がぎゅっと詰まった脳卒中リハの必携書



## 非特異的腰痛の運動療法

症状にあわせた実践的アプローチ

荒木 秀明 ● 著

B5・頁160  
定価:本体4,200円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01971-2

著者は、「非特異的腰痛」の定義として、臨床における腰痛の80%以上において画像所見と臨床所見が一致しないこと、これらは慢性化しやすく、医療・患者個人の生活・労働力の損失などの社会制度の3つの観点から問題となると述べている。理学療法としての評価・治療を「構造」と「機能」に分類することがよく行われるが、「機能的」という言葉の背景には、曖昧な点が多いのも事実である。著者はこの点に関して「解剖学・運動学・生理学に準拠した理学療法検査と治療は、5年、10年経っても決して色あせない」と確信して、長年、取り組んできた。

本書の大きな特徴は、まず、広範囲にわたるレビューである。巻末の「付録」には36ページにわたる丁寧な「非特異的腰痛の治療理論の変遷とシステムティック・レビュー」の掲載がある。理学療法士として学ぶべき、現在までの流れを把握するには、むしろこの付録から入ることをお勧めしたい。

次に、腰痛を理解するために、椎間板、椎間関節、仙腸関節、股関節に分類し、それぞれを「疼痛発生のメカニズム」「臨床解剖」「バイオメカニクス」

腰痛を多面的に理解するために

【評者】 福井 勉

文京学院大教授・理学療法学

として、各国の腰痛ガイドラインなどとともに綿密にレビューしている。

そして、本書の核である評価と治療に関しても、さまざまな情報を取り入れて、バイアスがかからないような配慮がされていると感じた。腹腔内圧理論、後部靭帯系理論なども取り入れ、積極的安定化運動を中心に、より具体的にしようとする著者の苦勞をうかがい知ることができる。レッドコードを用いたエクササイズとホームエクササイズは、カラー写真でわかりやすく、具体的指導に有益であると考えられる。

特筆すべきは、「腰痛の理学療法評価フローチャート」である。自動運動での分類が主体となり観察、疼痛誘発テスト、他動運動テスト、荷重伝達テストなどが枝葉となって、それぞれの対処方法が明確化されている。このようなチャートを提示することは、逆に逃げ道もなくなるため、臨床的自信がなければなかなか書けないものと思うが、その部分に著者の勇気を感じることができる。

腰痛を多面的に理解するために、ぜひお薦めの書籍である。

## 【眼科臨床エキスパート】

### 黄斑疾患診療A to Z

吉村 長久、後藤 浩、谷原 秀信、天野 史郎 ● シリーズ編集  
岸 章治、吉村 長久 ● 編

B5・頁444  
定価:本体17,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01940-8

わが国の黄斑疾患学の二大碩学、岸章治教授、吉村長久教授の手による『黄斑疾患診療A to Z』が上梓された。本書は眼科臨床エキスパートシリーズの一冊として編集されたものである。

近年、黄斑疾患学はすさまじい勢いで進歩を遂げ、また診療に携わる眼科医の数も広がりを見せている。評者が黄斑疾患の診療に携わるようになったのは1980年代後半であったが、当時、加齢黄斑変性の治療はレーザー光凝固しかなく、中心窩下新生血管を中心窩ごと凝固していた。そのころ、黄斑外来は、視力がほとんど改善しない患者ばかりを診療していたため、ひそかに「ため息外来」と呼ばれていたものである。当時、日大の松井瑞夫・湯沢美都子両先生による『図説 黄斑部疾患』がすでに出版されていたが、黄斑疾患の専門書はまだ少なく、加齢黄斑変性はわが国ではマイナーな疾患であった。その後、わが国でも加齢黄斑変性

明日からの黄斑疾患の診療に直結する座右の書

【評者】 高橋 寛二

関西医大主任教授・眼科学

が増加し、疾患に注目が集まるにしたがって黄斑疾患に興味を持つ眼科医が増加し始めた。さらにOCT、抗VEGF療法をはじめとする診断・治療の急速な進歩も相まって、若い有望な眼科医たちもこぞって黄斑疾患の診療に携わるようになり、加齢黄斑変性は学会でも「華」の疾患の一つとなった。本書はこのような黄斑疾患学の進歩をひしひしと実感させてくれる新しいスタンダードテキストといえる。

編者の岸教授は言うまでもなく、世界に名だたる硝子体「岸ポケット」の提唱者であり、他にも黄斑円孔の形成過程、光干渉断層計(OCT)による黄斑疾患の解明で世界中に名をはせておられる。一方、吉村教授は前任の信州大に教授として赴任されたころから黄斑疾患の重要性に着目され、京大に帰還された後は、わが国で唯一無比の黄斑疾患治療センターを見事に立ち上げられ、新しいOCTやAO-SLOの開

病院経営における原価計算の“戦略的実践”を目指して

## 実践 病院原価計算 第2版

わが国における病院原価計算の地歩を開いた初版の刊行以降も、病院経営環境の変化はさらに激しさを増すとともに、原価計算に対する考え方や利用方法も変化を遂げている。今版では、原価計算の手法を最新のものに修正したうえで、DPCの導入により特に重要となる疾病別原価計算の手法について、さらにBSCとの関係や部門予算制への展開など、病院原価計算をより戦略的に活用するための方法についても解説した。

編著 渡辺明良  
聖路加国際大学常任理事・法人事務局長



A5 頁176 2014年 定価:本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-01936-1]

医学書院

## 医学的研究のデザイン 第4版

新刊



研究の質を高める疫学的アプローチ  
Designing Clinical Research, 4th Edition

シリーズの旗艦タイトルにして改版ごとに評価を高めてきたロングセラー、6年ぶりの改訂。臨床研究の基本から紐解き、質の高い研究をデザインし実施する方法・ノウハウを明快に解説。疫学の最新の進歩を踏まえ内容を全面的に見直しアップデート、完成度をさらに高めた。今版より新たに用語集を追加。単なる知識の提供にとどまらない、研究倫理や社会貢献といった視点に立脚した記述。医学のみならず広く保健医療分野で研究の第一歩を踏み出す初学者必読の教科書でありすぐれた実践ガイド。

臨床研究の第一歩に、頼りになる“スタンダード”

訳 木原雅子

京都大学大学院医学研究科  
社会健康医学系専攻社会疫学分野准教授  
国連合同エイズ計画共同センター長

木原正博

京都大学大学院医学研究科  
社会健康医学系専攻社会疫学分野准教授

● B5 頁428 図41 2014年

● ISBN978-4-89592-783-3

● 定価:本体 4,700円+税

好評関連書—“木原ライブラリー”

医学的介入の研究デザインと統計  
ランダム化/非ランダム化研究から傾向スコア、操作変数法まで  
訳 木原雅子・木原正博  
● 定価:本体 3,700円+税

疫学と人類学  
医学的研究におけるパラダイムシフト  
訳 木原雅子・木原正博  
● 定価:本体 3,500円+税

医学的研究のための多変量解析  
一般回帰モデルからマルチレベル解析まで  
訳 木原雅子・木原正博  
● 定価:本体 4,000円+税

現代の医学的研究方法  
質的・量的方法、ミクストメソッド、EBP  
訳 木原雅子・木原正博  
● 定価:本体 4,800円+税

疫学  
医学的研究と実践のサイエンス  
訳 木原正博・木原雅子・加治正行  
● 定価:本体 5,600円+税

国際誌にアクセプトされる医学論文  
研究の質を高めるPOWERの原則  
訳 木原正博・木原雅子  
● 定価:本体 4,500円+税

113-0033 TEL 03-5804-6051 http://www.medsj.co.jp  
東京都文京区本郷 1-28-36 FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsj.co.jp

# 医療におけるヒューマンエラー

## なぜ間違える どう防ぐ 第2版

河野 龍太郎 著

B5・頁200  
定価:本体2,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01937-8

ヒューマンエラーの発生メカニズムを熟知し、ヒューマンファクター工学理論を用いたリスクマネジメントを推奨するのが本書の趣旨である。これだけでは何を言いたいの

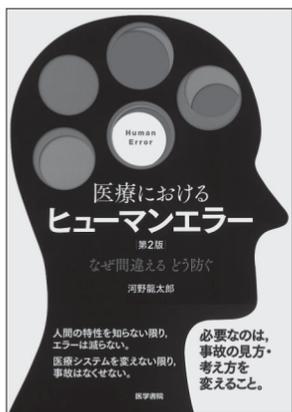
か理解しにくいのが、要は、リスクを待ち受けて対処するのではなく、積極的にリスクを軽減する攻めのリスクマネジメントを行うのがよいと述べている。

リスクマネジメントにおいて100%の安全確保が要求される限り、起こり得る全てのリスクに対処しなければならない。そうすると、リスクに対し網羅的に対処する必要が生じ、人の注意に頼る対策が多くなる。結果として、現場の人間に常に緊張を強いる受け身のリスクマネジメントが行われ、かえってヒューマンエラーの生まれる環境ができてしまう。

攻めのリスクマネジメントを行うにはどうすればよいのであろうか。本書では、冒頭で「医療事故は必ず起きる」と断言している。さらに、「安全」は概念であり、実際には存在しないと述べている。国際標準化機構(ISO)の定義では、「安全」は「許容できないリスクがないこと」である。医療においてリスクゼロはあり得ないので、「安全」は存在しない。「完璧な安全」という概念を捨てれば、リスクマネジメントを受け身から攻めに転じることができる。「100%の安全を確保する」から「リスクを許容できる範囲に下げる」という目標に変えれば、リスクを下げるための能動的な介入策を行えばよい。医療事故が起きても、許容範囲内であればよいという考え方である。

「リスクを許容範囲に下げる」とい

安全は存在しない。だから攻めのリスクマネジメントを



う目標が定めれば、これを達成するために戦略を考えればよい。リスクマネジメントにも総論があり、本書ではそれを「エラーを起こしやすい環境」と

「エラーに関係のある人間の特性」として説明している。

医療事故を起こすのは最後にかかわった不幸な人であるが、その人の責任だけで医療事故が起こるわけではない。医療事故が生じるまでの過程に、多くの問題点が介在している。人は、どんなに注意しても誤りを犯すという特性を排除できないので、可能な限り人に頼らない医療事故防止のためのシステム作りが必要である。

ただ、総論だけでは解決できない問題も多い。個々の事例を検討し、総論を補う必要がある。本書では、「ヒューマンエラー事象分析手法」で具体的な解決法を示している。医療事故においても数多くの改善点が存在し、一つでも実行されればアクシデントは避けられる。常に全体(総論)を見渡しながら、個々の事例に学ぶ姿勢が重要なのは、リスクマネジメントに限らず、どの世界においても変わらない。

実在しない100%の安全を確保するために、現場に過度の緊張と注意力を要求するよりは、戦略的にリスクを軽減するほうが効果的である。視点を少し変えるだけで、リスクマネジメントを受け身から攻めに変えられる。人は攻めるほうが、モチベーションを保ちながら力を発揮できる。ぜひ本書を精読し、ヒューマンエラーを防ぐための、攻めのリスクマネジメント手法を習得してもらいたい。

角レーザー検眼鏡, 眼底自発蛍光など, 最新の診断機器による画像によって症例ベースでの解説がふんだんに提示されており, 疾患の深い理解と実臨床での診断に大いに助けとなる, ③筆者がすべて群馬大, 京大の先生方で統一されているため, 両編者の目が届く状態で, 統一がとれた形式で一步踏み込んだ執筆がなされている, ことが挙げられる。

網膜や黄斑の専門家はもちろん, これから黄斑疾患の勉強を始める若い学徒や一般眼科医にとっても, 明日からの黄斑疾患の診療に直結する座右の書として, 広く薦めたい名著である。

評者 本田 孝行  
信大教授・病態解析診断学



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だ。往診靴の中、往診車の中、患者さんの家の中、部屋の中……在宅医療にかかわる道具(モノ)を見つめていると、道具も何かを語っているようだ。今回の主役は「歯ブラシ」さん。さあ、何と語っているのだろうか?

語り手  
在宅医療モノ語り  
第53話  
鶴岡優子

メンテナンスも大事にします  
歯ブラシさん

つるかめ診療所

夏バテが心配なのは、患者さんだけではありません。もちろん高齢で、病気が障害を抱える人は、いちばん要注意ですが、周りでケアしている人々も実はケアが必要なのです。気温によっては、冷房が好きではないとか、自分たちのためだけではもったいないとか言わないでください。水分、塩分を摂らせなきゃと頑張って、介護する人自身が摂るのを忘れてます。介護と家事、さらにお仕事を

をされながら、自分のご飯のことを忘れてます。私はある往診靴に入っている歯ブラシセットです。はい、患者さんのためのモノではありません。介護者さんのためのモノでもありません。往診靴の持ち主の個人のモノです。「どんなに忙しくても食べたい」という意志の表れです。それが自分のメンテナンス。主人はそう信じているようです。

もちろん担当の患者さんたちも、私と同じような歯ブラシを持っておられますよ。歩ける方は、どのお宅でも同じように、歯ブラシ、歯磨き粉、コップの3点セットを洗面所にそろえています。洗面所まで行けない人の場合は、さらに道具が必要です。ブラッシングの後、口をゆすぎ、その後どうしますか? お口チュクチュ、ベツ。そう、「ベツ」の受け皿です。医療用ガーグルベースのイメージが浮かんでいる方も多いと思いますが、家にあるモノで十分。深い鉢のような食器、洗面器、使い捨て容器などなど、100円ショップでも入手できるモノたち。ザイタクでは、いろんなモノにベツとされています。

歯ブラシ自体を自分で持てない、ブラッシングできない、全部サポートが必要という方もいます。すると、「口腔ケア」などというカッコいい名前の支援が加わります。スポンジを使ったり、吸引器につながるブラシがあったり、やり方もいろいろで、数多くの流儀があるようです。私の主人も興味を持って、「看護師さんにはどうするように教わったのですか?」「歯科の先生は何とおっしゃっていました?」と、間接的に調査しています。指導者によってやり方が大きく違う場合は、船頭さんが多いことと同じ。船が山に登らないように、主治医として見守っているつもりなのです。

今日の午前の訪問も大忙しでした。炎天下の中、往診車に置いたステンレス水筒のスポーツドリンクはもう空っぽ。氷が溶けるのを待つ段階です。やっとたどり着いた最後から2番目の患者さんは、いささかご立腹でした。「今日の「午前中」って言われたから、ずっと待っていたんですよ。外にも出ないで」。今日は特に暑いから外に出ないほうがいいですよ……なんて言わず、ただひたすら謝ります。さて、次は午前最後の患者さん。大きな床ずれのある方です。感染症の合併もあり、治りが悪いよう。「センセ、今日もデブリしますよね?」。介護者の娘さんに聞かれました。医療用語も慣れた感じで略して使います。はい、たぶん。「ネットで見たんですけど、歯ブラシを使うデブリもあるんですか?」。はい、まあ。「だから、新しい歯ブラシも用意しておきましたよ」。はい、そうですか。この季節はどうしても臭いが気になります。毎日のオシゴトとなると、おうちの方は大変ですね。「本当にそうなんですよ。だってこの前も〜」。……やっと午前の部が終わりました。今日は主人もなんだか食欲がないと言っています。でも、何か食べないといけません。おや、車窓からラーメン屋さんを見つくと、気が変わったようです。午後の予定まで時間はあまりありませんが、お店に入りました。えっ? 餃子食べるんですか? 了解! 食後にワタクシ、頑張ります。

青息吐息では困ります  
ブルーなため息をつきながら、24時間365日働き続ける在宅医療モノ語りでは悲しいですね。臨機応変に対応できる、息の長い働きモノをめざして、ワタクシは往診靴だけでなく、往診車の足元でも待機しています。



発、黄斑疾患のゲノム解析など、莫大な数の新知見を次々と世に送り出してこられた。本書は、この二大碩学が、進歩の速い黄斑疾患学の最新の知識を整理するために力を込めて編集され、優秀な弟子たちとともに全編を執筆されたものである。本書を通読するとわかるが、全編にただの教科書にはない、ある種のフィロソフィーが貫かれており、非常に読み応えのある一冊となっている。本書の特徴として、①黄斑疾患の疾患概念と病態、診断、治療について最新の知見と診療スタイルが網羅されており、読者にわかりやすい記述が徹底されている、②SS-OCT、超広

その「エビデンス」は臨床で使えるか?  
プロを目指す医師の前頭葉を刺激する実戦的Pro/Con道場

## 循環器疾患ディベート

Evidence and Experience Based Medicine

▶ 不整脈・心不全・虚血の治療に関する一ディベート集。各章のテーマに対してPro/Con/個人的見解に分け、それぞれが拠って立つエビデンスの検討を中心に、あえて辛辣で過激な討論を展開する。経験や勘を必要としない「マニュアル」の思想とは対極的に、超辛口な記述を通して前頭葉を刺激する「考える種」を読者に投げかける。循環器を診る若手医師、EBMを念頭に置くすべての医師に向け「プロはこう考える」を提示する。

著: 佐々木達哉  
国立病院機構大阪南医療センター  
循環器疾患センター部長

定価: 本体4,000円+税  
A5変 頁272 2014年  
ISBN978-4-89592-785-7

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

標準化のその先の、「真の教育」とは!?

## 実践シミュレーション教育

医学教育における原理と応用

▶ 医学教育における標準化コースにも組み込まれ、近年普及してきたシミュレーション教育の活用方法を解説。前半部では医学教育や成人学習の原理を概説した上で、シミュレーションの有用性を詳述。後半部では実際に現場で行われている気道管理、透析などの手技や処置にとどまらず、プレホスピタル、チームトレーニング、看護など幅広い分野に及びトレーニングを取り上げる。実際に指導する際に考えるポイントが満載。

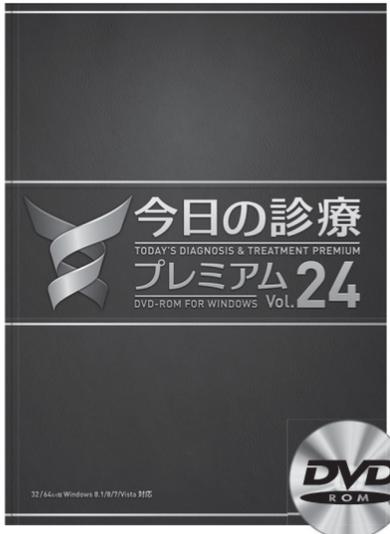
監修: 志賀隆 東京ベイ・浦安市川医療センター 救急科  
編集: 武田聡・万代康弘・池山貴也

定価: 本体6,000円+税  
B5 頁400 図30・写真70 2014年  
ISBN978-4-89592-782-6

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

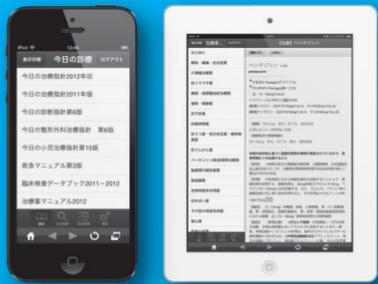
# 最新の医学知見を網羅した、総合診療データベース

# 今日の診療 プレミアム Vol.24 DVD-ROM for Windows



●DVD-ROM版 2014年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610025]

## パソコンだけでなく、 スマートフォン・タブレット端末 でも「今日の診療」をご利用 いただけるようになりました。



※スマートデバイスの動作環境  
iOS(4.3以降) 端末：  
iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)  
Android 端末：  
Android2.3以降搭載のスマートフォン、  
3.2以降搭載のタブレット  
別途 Medical e-Shelf(MeS) アプリ(無料)のインストールが必要です。

医学書院のベストセラー書籍14冊、約90,000件の収録項目から一括検索



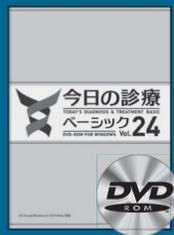
### 治療薬検索は独自機能でさらに便利に

「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「薬効分類」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。

### データはパソコンにインストール可能

本商品(DVD-ROM)のデータは、パソコンにインストールすることができます。一度インストールしておけば、次回以降はDVD-ROMを用いる必要はありません。  
※インストール後、インターネット経由でのオンラインライセンス認証が必要です。本商品をインストールしたパソコンがインターネットに接続してなくても、インターネットに接続できるパソコンがあれば、認証作業を行うことができます。

骨格をなす8冊を収録した  
「今日の診療 ベーシック Vol.24」も  
ご用意しております



## 今日の診療 ベーシック Vol.24 DVD-ROM for Windows

価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610049]

※「今日の診療 ベーシック Vol.24」には、スマートデバイス閲覧権は付与されません。

### 収録内容詳細

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の診療指針 2014年版 Update  
収録の一部を除く全頁を収録
- ② 今日の診療指針 2013年版  
収録の一部を除く全頁を収録
- ③ 今日の診断指針 第6版  
収録の一部を除く全頁を収録
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2013-2014  
収録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2014 Update  
収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

プレミアムのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第2版  
序・付録を除く全頁を収録
- ⑬ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑭ 医学書院 医学大辞典 第2版

## 2014年9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	10月号 Vol.78 No.10 1部定価：本体2,400円+税	認知症のケア	臨床整形外科	9月号 Vol.49 No.9 1部定価：本体2,500円+税	骨粗鬆症に対する治療戦略
medicina	9月号 Vol.51 No.9 1部定価：本体2,500円+税	ここが知りたい循環器診療 —パールとピットフォール	臨床婦人科産科	9月号 Vol.68 No.9 1部定価：本体2,700円+税	いま注目されている 早発卵巣不全(POI)
JIM	9月号 Vol.24 No.9 1部定価：本体2,200円+税	臨床医のための産業医マニュアル	臨床眼科	9月号 Vol.68 No.9 1部定価：本体2,800円+税	第67回日本臨床眼科学会講演集(7)
糖尿病診療マスター	9月号 Vol.12 No.6 1部定価：本体2,700円+税	糖尿病診療に生かす連続モニタリング —わかること、かえられること	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	9月号 Vol.86 No.10 1部定価：本体2,600円+税	咽頭癌・頸部食道癌の治療戦略 update
呼吸と循環	10月号 Vol.62 No.10 1部定価：本体2,700円+税	環境因子と呼吸器疾患	総合リハビリテーション	9月号 Vol.42 No.9 1部定価：本体2,300円+税	障害児の成長・加齢に伴う問題点
胃と腸	9月号 Vol.49 No.10 1部定価：本体3,000円+税	colitic cancerの初期病変 —遡及例の検討を含めて	理学療法ジャーナル	9月号 Vol.48 No.9 1部定価：本体1,800円+税	脳卒中片麻痺患者の 体性感覚障害と理学療法
BRAIN and NERVE	9月号 Vol.66 No.9 1部定価：本体2,700円+税	痙縮の臨床神経学	臨床検査	10月号 Vol.58 No.10 1部定価：本体2,200円+税	血液培養検査を感染症診療に役立てる/ 尿沈渣検査の新たな付加価値
精神医学	9月号 Vol.56 No.9 1部定価：本体2,700円+税	うつ病の早期介入、予防(Ⅱ)	臨床検査	増刊 Vol.58 No.11 特別定価：本体5,000円+税	微生物検査イエローページ
臨床外科	9月号 Vol.69 No.9 1部定価：本体2,600円+税	外科医が知っておくべき小腸疾患	検査と技術	増刊 Vol.42 No.10 特別定価：本体4,600円+税	超音波×病理 対比アトラス
日本内視鏡外科学会雑誌	9月号 Vol.19 No.5 1部定価：本体2,800円+税	内視鏡外科手術に関する アンケート調査	病院	9月号 Vol.73 No.9 1部定価：本体2,900円+税	里山資本主義と地域医療



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