

2016年2月15日

第3162号

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

New Medical World Weekly

週刊医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [対談] 科学的根拠が変える教育と医療政策(中室牧子, 津川友介)…………… 1—2 面
- [連載] ジェネシャリスト宣言…………… 3 面
- [寄稿] 不活化ワクチンの皮下注射を再考する(矢野晴美)…………… 4 面
- [連載] MEDICAL LIBRARY… 5—7 面

対談

科学的根拠が変える教育と医療政策



津川 友介氏

ハーバード公衆衛生大学院
リサーチアソシエイト

中室 牧子氏

慶應義塾大学
総合政策学部准教授

限られた資源で 幸福度を最大化する

津川 中室先生の『「学力」の経済学』を拝読しました。自分の経験を元に皆が思い思いのことを言っている日本の教育界に、エビデンスの風を吹き込む素晴らしい著書だと思いました。

中室 ありがとうございます。

津川 特に興味深かったのは、「テストで良い点を取ればご褒美をあげる」よりも、「本を読んだらご褒美をあげる」ほうが学力を上げる効果があったという研究の話です。医療政策の世界でも、ペイ・フォー・パフォーマンス(P4P)といって、病院がガイドラインに則った治療法を提供する、または患者さんのアウトカムが良ければボーナスを与える支払い方式があるのですが、どちらも患者さんの予後を改善しないというエビデンスがあります。P4Pのボーナスの大きさが相対的に小さいからではないかと言われているのですが、ひょっとしたら子どもの学力と同じように、患者さんのアウトカムを良くしろと言われてもどうすればよいかわからない病院も多いのかもしれない。示唆に富む研究結果でした。

中室 医療政策と教育には共通する部分も意外とあるのかもしれないね。津川先生は、なぜ医療政策の領域に関心を持ったのですか。

津川 臨床医として患者さんを診ていたころ、医療提供者と患者のニーズがどこかうまくみ合わないことが多々あり、医療システムのゆがみに問題意識を抱いたからです。「医療政策にEBを持ち込むことが解決の道筋なのでは」と学びの場を求め渡りました。

中室 私がEBに注目するようになったのは、世界銀行にエコノミストとして勤めていた2000年代です。ちょうどエビデンスという言葉が開発分野で一般的になり始めた時期で、特に教育や医療といった生活の「質」についての援助で強く意識されるようになっていました。財政赤字を抱えながらも発展途上国を援助する先進国が、援助の効果検証を自国民から求められるという背景があったからです。

津川 経済学はお金のことを研究する学問であるかのような誤解を受けることがあります、実際は「限られた資源をどう分配し、人々の幸福度を最大化するか」を研究する学問ですよ。

中室 その通りです。教育や医療はお金の話を避けがちです。でもその発想は間違っていて、経済学の根底には、何かにお金や時間を使えば別のものには使えなくなるというトレードオフの原則があります。トレードオフがある以上は、根拠を持って費用対効果を示すことが必要になるのです。

津川 教育も医療も、限られた資源を有効活用する視点を持ち合わせること

で、教育の達成度や健康を最大化する道が広がるでしょう。そのためにはEBによる政策立案が重要になります。

教育にエビデンスが必要と されるようになった理由

中室 エコノミストから大学教員となった私は、日本の教育政策が世界の潮流からあまりにもかけ離れていることに驚きました。政府のある有識者会議では、出席者個人の経験則のみによって意見が語られていたのです。

津川 その昔データがなかったころは、「行政は経験と勘と度胸」という“格言”があったと、私もある行政の関係者に聞いたことがあります。

中室 個人が自分の経験に基づき訴えることも重要ですが、今は科学的なエビデンスを用いて語ることが政策には求められているわけです。英国の経済学者、アルフレッド・マーシャルの言う Warm hearts と Cool heads を持ち合わせなければなりません。

津川 教育では、どのような経緯でEBの必要性が生じたのでしょうか。

中室 教育への政治的な介入を排すこと、財政難の中でも教育の質を高めることの2つの目的からです。1997年から貧困削減政策が始められたメキシコでは、セディージョ大統領が「政権によって教育への取り組みが変わるのはよくない」と大規模な「ランダム化

エビデンス・ベースト(EB)の思考が主流になっているのは、臨床医学に限らない。今、教育や医療政策の分野では経済学的手法を用いたEBによる政策立案が注目されている。

「少人数学級に効果はあるのか」「良い先生とはどのような教師か」といった教育現場の疑問に対し、エビデンスを基に平易に解説し話題となっている『「学力」の経済学』(ディスカヴァー・トゥエンティワン)の著者であり教育経済学者の中室氏は、教育の分野でEBによる政策立案を提言している。また、医療政策学者の津川氏は、医療政策にもEBの視点を取り入れるべく米国で研究に臨み、医療政策・医療経済学分野のエビデンスをブログ「医療政策学×医療経済学」で紹介している。本紙ではEBにいち早く注目している両氏による対談を企画。EBの思考が教育や医療政策に与えるインパクト、それをどのように政策へと反映させていけばよいかについて、日米の比較を交えながらお話しいただいた。

比較試験(RCT)」を指揮し、EBによる教育政策を実行しました。

また、2001年には米国ブッシュ政権下で「落ちこぼれ防止法(No Child Left Behind Act)」が可決されました。財政難を抱える中、政策にエビデンスがなければ予算をつけないと表明し、EBによる教育政策へと大きくかじを切りました。法律には「科学的な根拠に基づく」という文言がなんと111回も用いられたのが象徴的です。

津川 とことんエビデンスで議論していこうという潮流になったわけですね。

中室 そうです。ただし、私は全ての政策をエビデンスに基づいて決めるべきとは思っていません。障害のある子どもの教育にコストがかかるからといってそれをやめる理由はありません。

津川 「エビデンスは唯一の解ではない。あくまで政策立案のための判断材料」という位置付けは、医療政策でも同様に欠かせない視点ですね。

国民が納得できる政策なのか

中室 EBによる教育は近年日本においても注目されるようになりました。財政赤字を抱える日本では、限られた資源をどう効率的に使うかが問われているからです。しかし、教育政策の議論の中では「教育は数字では測れない」

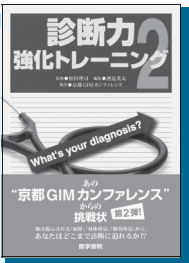
(2面につづく)

京都GIMカンファレンスからの挑戦状、第2弾。あなたはどこまで診断に迫れるか!?

診断力強化トレーニング2 What's your diagnosis?

あの「京都GIMカンファレンス」からの挑戦状、第2弾! 順次提示される「病歴」「身体所見」「検査所見」を見て、あなたはどこまで診断に迫れるか!? よくある疾患だがまれな症候、よくある症候だがまれな疾患も続々登場。診断の「手がかり」はどこにある? 「めくらまし」にだまされるな! 臨場感あふれる88症例を追体験し、診断力を鍛えよう。さあ、こんな患者さんがあなたの前に来たら、何を聞き、何をしますか?

監修 松村理司
洛和会総長/洛和会京都厚生学校校長
編集 酒見英太
洛和会普羽病院副院長/
洛和会京都医学教育センター所長
執筆 京都GIMカンファレンス



医療崩壊を食い止めるために

医療レジリエンス 医学アカデミアの社会的責任

編集代表 福原俊一
京都大学大学院教授・医療疫学



少子高齢化社会を迎えた日本。このまま行けば医療崩壊は必至である。その崩壊を食い止め、よりよい社会を実現するために医学アカデミアは何ができるか。多分野の識者へのインタビューと世界医学サミット(WHS)京都会合のトピックスをまとめた示唆に富む啓蒙書。わが国の医療崩壊を防ぐヒントがここにある。

日本ではジェネラリストに対するスペシャリストの評価は、総じてつらい。厳密に調査したわけではないけれど、そのように感じている。

日本では、ジェネラリストは「紹介される医者」以外の何者でもない。ジェネラリストには手に負えない問題が生じて、スペシャリストに相談されるのだ。その相談の大部分はスペシャリストにとって「朝飯前」の問題だ。「なんだ、こんなことも知らないのか」。その相談のいくつかはスペシャリストにとって「見当違い」の問題だ。「これ、診断が間違ってるじゃない」。その相談のある程度はスペシャリストにとって「ミスマネジメント」の問題だ。「もう、どうして感染性心内膜炎にフロモックス®とか出しちゃうの?」。その相談の一部はスペシャリストにとって「オレには関係ない問題」だ。「それって『うちの科』の病気じゃないし」。

特に、ミスマネジメントの問題は深刻だ。スペシャリストが怒りたくなる（こともある）気持ちは、ほくにもよくわかる。心内膜炎を「なんだかよくわからない熱」として放っておかれて、それどころか中途半端に消化管からの吸収が悪い経口抗菌薬で生煮えに治療して（よって診断はより困難になり）、挙句の果てに抗血栓の塞栓によって多発性脳塞栓で寝たきりになってから搬送される……。患者のプライバシーに配慮して少し話は変えているが、こういった話は現実であり、とても残念なことにそう珍しい話ではない。もっと前に相談してくれていたなら、この患者は治療で元気に完治していたのに……。

医者のほとんどは患者に対して献身的、かつ良心的だ。（ごく少数派の、特に昔のジェネラリストは勘違いしているが、）スペシャリストだってそれは例外でなく、ほぼ全員が患者に対して献身的で、良心的だ。ただ、患者に対してその献身や良心を上手に表出できていないケースが多いだけで。

明らかに患者に不当な診療が行われ、患者が苦しむ結果となった場合、医者の中には怒りの気持ちが湧き上がる。「ま、そういうことってよくあるんだよね。俺の家族じゃなくてよかった。くわばらくわばら」と、皮肉な笑顔で肩をすくめるようなスペシャリストでは、もちろん困る。怒るべきときに怒りを覚えるのが本当のプロだ。

もちろん、こういうミスマネジメントはジェネラリストだけに起きる現象

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

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

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学
／神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第32回】

評価について その1 スペシャリストによる ジェネラリスト評価の辛辣さ

ではない。スペシャリストとスペシャリストの間にだって残念な事例は起きる。しかし、その場合は「お互いさま」なのであり、ラテラリティは存在しない。自分だって同じようなヘマを他科の医者にし、怒りの原因になっている可能性は十分にある。そういう思いがあるから、他科のスペシャリストに対しては、ジェネラリストに対するようなそれより、総じて評価は辛辣になりにくい。

日本でも近年は大病院主義を回避するため、スペシャリストがジェネラリストに逆紹介する事例はある。しかしそれは（あくまで自分目線だが）患者の深刻な問題が回避され、「俺じゃなくても大丈夫」な状態にまで問題の深刻さが小さくなった場合である。よってジェネラリストのエクスパティーズに頼るというよりは、「うちの外来、もう一杯だから、いい加減そっちで見てよ。だいたい安定しているから」なのである。こうしてスペシャリストはどんどん「上から目線」になっていく。

ひどい場合には「オレ様に患者を紹介するときは最低限、これやらあれやらの検査くらいはやっつけよ」と横柄に注文するようになる。多くのスペシャリストが病院勤務医であり、ジェネラリストからの紹介が自分の収入に直接反映されないのも一因だ。こういう横柄さが消失するのは、何らかの事情でスペシャリストが開業し、突然、ジェネラリスト（みたいなもの）に転じたときだけである。

今は知らないが、ぼくがいたころのアメリカでも、スペシャリストのジェネラリストに対するラテラリティが皆無だったわけではない。それがわかりやすく反映されるのは給料である。アメリカは（日本と違い）評価が給料にそのまま反映される。給料こそが評価

である。プライマリ・ケア医の給料は、スペシャリストのそれに比べて、年収にして約10万ドル低い。それがアメリカのプライマリ・ケア医に対する評価だったのである¹⁾。

とはいえ、アメリカでは、日本よりもずっとずっとプライマリ・ケア医は大事にされ、またりスペクトされているとぼくは思う。アメリカでは自分の専門外の領域に「ついでに、なんとなく、なんちゃって」で手を出すことはない。役割分担がはっきりしているし、訴訟リスクも高いからだ。HIV／エイズのスペシャリストは、専門外の合併症、うつ病や高血圧、その他のヘルスマンテナンスに手を出すことはなく、ジェネラリストに助けを求める。日本のように丸投げするのではなく、お互いの専門性を尊重して協働するのだ。それに、これも日本と異なり、ジェネラリストからの紹介は、コンサルテーションフィーとしてスペシャリストの直接収入に大きく影響する。ジェネラリストは「上から目線」で見下げる相手ではなく、大切なお客様なのである。良くも悪くも、金の論理が論理の全て、というところがアメリカにはある。

しかし、ちょっと考えてみればわかることだが、アメリカのようなシステムは医療の肥大化を生んでしまう。分業とはプレイヤーを増やすことであり、関与するプレイヤーの増加はコストの増加と同義である。

というわけで、（日本でもアメリカでも）「やっぱりジェネシャリがベストだね」ということになる。ラテラ

ちねしゃりちゃん 32



リティは消失し、全ては「お互い様」になる。ジェネシャリの存在が、ミスマネジメントをゼロにすることはないかもしれない。が、その先に生じる怒りや「上から目線」、辛辣な評価は最小限になるはずだ。

●参考 URL

1) Medscape. Medscape Physician Compensation Report 2015. How Much Do Physicians Earn Overall? <http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2015/public/overview#page=2>

Dr. 孝志郎が教える内科系専門医試験攻略のコツ 待望の第2弾！

内科系専門医試験 解法へのアプローチ 第2集

藤澤孝志郎 Dr. 孝志郎のクリニック院長

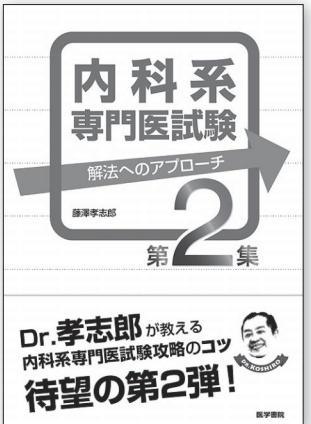
Dr. 孝志郎による内科系専門医試験対策問題集の第2弾がついに登場！ 第2集では、症候学や電解質異常、低血糖、ショック、染色体や遺伝子など、第1集では取り上げ切れなかったテーマも網羅する。問題はすべてDr. 孝志郎によるオリジナルで、頻出・重要テーマを厳選。病態生理から説き起こした解説を読めば、得点力アップはもちろん、臨床力もアップすること間違いなし！ 試験直前のおさらいに役立つ巻末正誤問題付き。

●B5 頁160 2016年 定価：本体5,000円＋税 [ISBN 978-4-260-02399-3]

内科系専門医試験 解法へのアプローチ 藤澤孝志郎

既刊本

●B5 頁160 2013年
定価：本体5,000円＋税
[ISBN 978-4-260-01809-8]



●書籍のお問い合わせ・ご注文

本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、医学書院販売部まで
☎(03) 3817-5657/FAX (03) 3815-7804

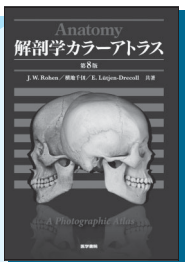
なお、ご注文につきましては、最寄りの医書取扱店（医学書院特約店）にて承っております。

他の追従を許さない、鮮明・美麗な標本写真による人体解剖学アトラス

解剖学カラーアトラス 第8版

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

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



寄稿

不活化ワクチンの皮下注射を再考する

矢野 晴美

筑波大学医学医療系教授／水戸協同病院グローバルヘルスセンター感染症科

筆者は、日常診療で高齢者を診療する機会が多い。加齢により免疫反応が低下し抗体ができにくくなっている高齢者に対して高頻度に接種するインフルエンザワクチンの接種経路が、添付文書では皮下注射となっているのに疑問を感じたことを契機に、本稿執筆の機会を得た。

目覚ましい進展と残された課題

国内のワクチン接種の状況は、ここ10—15年で目覚ましい進展を遂げてきた。ワクチン行政の歴史を振り返れば、1989年に導入された新三種混合ワクチンMMRの副反応により、1993年に集団接種が中止され、個別接種に移行した。その後、ワクチンで予防可能な疾患の国内大流行が起こる。

特に麻しんの大流行は大きな課題であった¹⁾。当時、麻しんの輸出国として米国や世界保健機関（WHO）から批判され、麻しん制圧に向けての対策が強く望まれた。その結果、「1歳のお誕生日に麻しんワクチンのプレゼントを」のキャッチフレーズにより、現場医師、関係学術団体、国などが麻しんワクチン接種（麻しん・風しん混合ワクチンMRを導入）を推進した。その成果として2015年3月には、WHOから麻しん排除状態の認定を受けることができた²⁾。

また、国内未承認であるが、諸外国では標準的なワクチンとなっているワクチンを早期に導入する動きが活発化した³⁾。現場医師、日本小児科学会、日本感染症学会などを中心とする関係学術団体、製薬企業、国などの尽力により、日本の子ども、成人、高齢者に対して、これらワクチンのうち多くが接種可能となった（2015年度の定期接種・任意接種のワクチンは、国立感染症研究所のウェブサイトに掲載されている⁴⁾）。

このように、日本では現在、承認されたワクチンの数は増え、「ワクチンで予防可能な疾患」の予防が推進される方向になっている。今後の課題としては、2013年に大流行した風しん、現在大流行中のムンプスなどのワクチン接種の推進が挙げられる。また高齢者が増加するなかで、現在接種率の低い肺炎球菌ワクチンはさらに接種の推進が必要である。

また、成人の定期接種に入っていないが、年間100例余りが感染症法第五類感染症として報告されている破傷風についても啓発活動が必要である⁵⁾。1967年以前に生まれた者は、ジフテリア・破傷風・百日咳（DPT）の3回基本接種の接種機会がなかった年齢層

●表 代表的なワクチンの接種経路

代表的なワクチン名	生ワクチンか 不活化ワクチンか	諸外国での 投与法（註1）	本邦添付文書記載 の投与法（註2）
小児用ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ（DPT-IPV）	不活化	筋注	皮下注
成人用ジフテリア・破傷風（DT）	不活化	筋注	皮下注
破傷風トキソイド	不活化	該当なし	筋注または皮下注
ジフテリアトキソイド	不活化	該当なし	皮下注
インフルエンザ菌タイプb（Hib）	不活化	筋注	皮下注
A型肝炎（Hep A）	不活化	筋注	筋注または皮下注
B型肝炎（Hep B）	不活化	筋注	筋注または皮下注
日本脳炎	不活化	皮下注（註3）	皮下注
ヒトパピローマウイルス（HPV）	不活化	筋注	筋注
不活化インフルエンザウイルス	不活化	筋注	皮下注
髄膜炎菌（結合型）（MCV）	不活化	筋注	筋注
23価肺炎球菌（PPV 23）	不活化	筋注	筋注または皮下注
13価肺炎球菌結合型（PCV 13）	不活化	筋注	高齢者 小児筋注 皮下注
麻しん・風しん（MR）	生ワクチン	該当なし	皮下注
ムンプス	生ワクチン	該当なし	皮下注
麻しん・風しん・ムンプス（MMR）	生ワクチン	皮下注	該当なし
水痘（VAR）	生ワクチン	皮下注	皮下注
带状疱疹（HZ）	生ワクチン	皮下注	未承認

註1：諸外国での投与法は文献6，7をもとに作成。註2：国内製品の各添付文書を参照した。

註3：阪大微研製剤を使用の場合。

であり、国内報告されている破傷風症例の半数は、50歳以上の成人であることは、疫学上重要である⁵⁾。そのほか、日本脳炎ワクチン、ヒトパピローマウイルスワクチンの副反応に関する課題は継続中である。

「不活化ワクチンの接種経路は筋肉注射」が諸外国では原則

さらには、ワクチンの接種経路を課題のひとつに挙げたい。ワクチンの接種経路には、筋肉注射（筋注）、皮下注射（皮下注）、皮内注射、経鼻投与、経口投与がある。ワクチン接種は、望ましい免疫反応が得られ、局所反応、神経・血管傷害が最少になる場所に投与される必要がある⁶⁾。ワクチン接種において、その接種経路や接種場所はきわめて重要である。接種場所により免疫原性の異なるワクチンの代表が、B型肝炎や狂犬病のワクチンである。この両者は、筋肉注射で、三角筋でなく大臀筋に注射した場合、著しく免疫原性が劣ることが知られている⁶⁾。代表的なワクチンの接種経路を表にまとめる^{6，7)}。

特に現場で頻度の高い接種法は、筋肉注射と皮下注射である。一般に、筋肉注射は、アジュバントを含む不活化ワクチンにおいて推奨されている。それは、アジュバントを含むワクチンを皮下注射や皮内注射で接種した場合、

アジュバントによる著明な局所反応（発赤、硬結、炎症、肉芽形成など）が見られるからである⁶⁾。一方、皮下注射は、神経や血管損傷のリスクが少なく、局所反応が少ないが免疫原性の高いワクチン（例：生ワクチン）で推奨されている⁶⁾。

一般に、不活化ワクチンは、生ワクチンと比べ、免疫原性は低いため複数回接種が必要である。また接種経路も、免疫原性を向上するためのアジュバントを含む場合が多く、筋肉注射が一般的である。筋肉注射による免疫原性は、皮下注射と同等かそれ以上と言われており、表で示す通り、諸外国での不活化ワクチンの接種経路は原則、筋肉注射である⁶⁾。

なぜ、日本では、不活化ワクチンは皮下注射が主流となり、筋肉注射されないのか。これについては、日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会が公式文書で説明している⁸⁾。日本では、1970年代に解熱薬や抗菌薬が筋肉注射され、大腿四頭筋拘縮症の患者が約3600人報告された⁹⁾。それ以降、筋肉注射による医薬品の投与は避けられる傾向となり、ワクチン接種経路にもその影響が及んでいる状況である⁸⁾。その後40年以上経過した現在も、新しく承認された数個のワクチンを除き、小児においては皮下注射が主流となっている。

＊

神経内科診療に悩む医師・研修医におくる貴重な「見逃し」症例集

見逃し症例から学ぶ
神経症状の“診”極めかた

大学病院や市民病院で神経内科診療に約40年に渡り携わってきた著者が、重大疾患の見逃し、ヒヤリハット、最終的な診断に難渋した約60症例を提示。外来でみられた神経症状から類推した初期診断から、入院後の経過を経て最終診断に至るプロセスを解説することで、神経内科の奥深さがわかる「“診”極めかた」を伝える1冊。神経内科専門医をめざす若手医師や研修医、またさまざまな症状に出合う総合診療医にも勧めたい。

●やの・はるみ氏（旧姓五味）



1993年岡山大学医学部卒。博士（医学）。ジョンスホプキンス大公衆衛生学修士（MPH）、マストリヒト大医療者教育学修士（MHPE）。在沖米海軍病院などを経て、95年渡米し、マウントサイナイ・ベス・イスラエル内科レジデント、テキサス大ヒューストン校感染症科フェロー、南イリノイ大感染症科アシスタントプロフェッサー、自治医大感染制御部講師、同臨床感染症センター准教授を経て2014年より現職。厚労省「麻しん・風しん対策推進会議」構成員。

これまで見てきたように、日本のワクチン接種は、その種類の観点からは大いに進展し、WHOによる麻しん排除状態の認定などの成果を挙げてきた。今後は小児の定期接種のみならず、成人の標準ワクチンの接種普及にも尽力すべき時期にある。

また接種にあたり、特に加齢やそのほかの既往歴により免疫反応の低下した成人や高齢者の場合、より効果的なワクチン接種が望まれる。最近承認された13価肺炎球菌結合型ワクチンの添付文書に記載された接種経路が、「高齢者は筋肉注射、小児は皮下注射」となったことは注目に値する。小児および成人に対する不活化ワクチンの皮下注射につき、再考する時期に來たのではなかろうか。

より効果的なワクチン接種を実現するために、議論が起こることを期待する。

●参考文献・URL

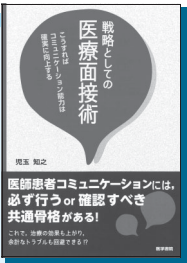
- 1) Gomi H, et al. Why is measles still endemic in Japan?. Lancet. 2004 ; 364 (9431) : 328–9. [PMID : 15276387]
- 2) 平成27年3月27日プレスリリース。厚労省。
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10906000-Kenkoukyoku-Kekkakukansen-shouka/img-327100220.pdf>
- 3) Saitoh A, et al. Current issues with the immunization program in Japan : can we fill the “vaccine gap”?. Vaccine. 2012 ; 30 (32) : 4752–6. [PMID : 22521841]
- 4) 日本の予防接種スケジュール。国立感染症研究所。
<http://www.nih.go.jp/niid/ja/rubella-preschedule.html>
- 5) 発生動向調査年別報告数一覧（その1：全数把握）。国立感染症研究所。
<http://www.nih.go.jp/niid/ja/all-surveillance/2085-idwr/ydata/3222-report-ja2011.html>
- 6) Kroger AT, et al. Section 1 : General aspects of vaccination. Chapter 8, General immunization practices. In Plotkin S, et al (eds) Vaccines. 6th ed. Elsevier Saunders ; 2013. p. 88–112.
- 7) Administering vaccines to adults : dose, route, site, and needle size. Immunization Action Coalition.
www.immunize.org/catg.d/p3084.pdf
- 8) 小児に対するワクチンの筋肉内接種法について。日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会（2015年5月18日付）。
https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20150519_kinnnikunaisesshu.pdf
- 9) 日本小児科学会筋拘縮症委員会。筋拘縮症に関する報告書。日本小児科学会誌。1983 ; 87 (6) : 1067–1105.

コミュニケーションが大切といわれても当たり前すぎて、ちょっとピンとこない先生方へ

戦略としての医療面接術 こうすればコミュニケーション能力は確実に向上する

コミュニケーションにも、その他の医療行為と同様に、必ず行う、あるいは確認しなければならない共通骨格がある。そして、それさえ修得できれば、医師患者間コミュニケーションはもっとうまくいくはず。本書では医療サービスの基本は、まさに医師患者間の良好なコミュニケーションに立脚するものであることを前提に、その具体的な方法論を、日常臨床で実際に起こりうる身近なケースをあげてわかりやすく解説した。

児玉知之
柏厚生総合病院内科



Medical Library

書 評 ・ 新 刊 案 内

解剖と正常像がわかる！ エコーの撮り方 完全マスター

種村 正●編

AB判・頁272
定価：本体5,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02018-3

疾患と異常像がわかる！ エコーの撮り方 完全マスター

種村 正●編

AB判・頁280
定価：本体5,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02381-8

救急室での診療がかっこいい医者としてでない医者がいる。その境目は何なのか？ 彼らはおしなべてエコーを有効に使っていることに気が付いた。

プローブを握る姿がかっこいいのではない。エコーを使いこなし、適切に診断する、そのスピード感にしばらくはしびれるのである。

スマートフォン
の小型化と機能の向上を考えると、聴診器と同じように携帯型エコーを誰もが持ち歩く時代が来るのかもしれない。先進国の中でも日本はCT撮影が多く、癌患者の100人に3人は医療被曝が原因との推計もある¹⁾。ちなみに他の先進国では100人に1人である。医療被曝を減らすためにも、ベッドサイドで行う安全なエコー検査はもっと普及するべきだろう。

本二書は超音波診断にあまりなじみのない医師にとっても、「超音波ビームがどこから、どのように臓器を横断

この2冊を熟読して超音波が
似合うかっこいい医者になろう



しているから、エコーではどう映っているか」が「エコー画像、シェーマ、解剖図、被験者写真の4点セット」でわかりやすく示されている。執筆陣は検査技師の皆さんである。さすが専門家だけあってワンポイントアドバイスや陥りやすい誤りに対するノウハウがふんだんに示されている。プローブの持ち方から始まり、肝胆脾臓、腎臓、前立腺、子宮、消化管、心臓、血管、乳腺、甲状腺、唾液腺、関節まで幅広く基本手技が解説されている。救急診療でよく遭遇する急性胆嚢炎、水腎症、急性虫垂炎、急性心筋梗塞、腹部大動脈瘤、深部静脈血栓症について、典型像とエコー所見、明確なアドバイスが記載されているのはありがたい。最近では救急医療、外来診療、往診の場での迅速な超音波診断や処置（Point of Care）をもっと普及させようとする動きが日本でも広まりつつあ

アスリートを救え スポーツ外傷・障害の画像診断 完全攻略

帖佐 悦男●編

B5・頁228
定価：本体8,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02195-1

超高齢社会を迎えている今、国民の健康に対する関心が高まっている。EBM（Evidence-Based Medicine）は、健康の獲得や維持に運動が深く関与していることを明らかにした。体を動かすことが、寿命、がん、認知症などの健康障害に良い影響を与えることが、関係者の地道な啓発活動により、国民の間にも浸透し始めている。

一方、「体を動かす」ことの象徴としてスポーツ活動がある。近年のスポーツ科学の発達は、トレーニングをはじめ、スポーツの在り方にさまざまな変革をもたらしている。

スポーツ愛好者や競技者への医療に関して、従来の医療は大きな問題を抱えていた。それは、スポーツの医療を、診療現場での医療と同じように対処していたことである。

臨床の現場でも、いまだに「安静」が治療手段として用いられていることが少なくない。EBMでは、「結果」としての安静は別にして、「治療」としての安静には、有効性は認められていない。すなわち、現在の治療では「守りの医療」は、特別な理由がない限り意味を持たない。

一方、スポーツ競技者の医療では、積極的な「攻めの医療」で対処する必要がある。選手に、「競技を休め」と

る。整形外科領域では盛んに超音波を用いた診断が行われている。肋骨骨折や肩の滑液包炎の診断に今やエコーが欠かせない。臨床の現場に出たばかりの初期研修医にも非常に有効な武器となるだろう。

エコーの達人による患者への優しい心遣いと、適切なプローブさばきが醸し出す雰囲気には静かな自信と迫力が感じられる。超音波検査は術者によって所見が変わるというイメージは根強

評者 菊地 臣一

福島県立医大理事長／学長・整形外科科学

言うのは、一歩間違えると、レギュラーの座からの転落や選手生命の終わりを意味する。スポーツ競技者が、代替医療に流れる大きな理由の一つがここにある。

こんな世情の中、帖佐悦男先生を代表とする宮崎大整形外科の方々によって本書が刊行された。同大整形外科科学講座は、田島直也名誉教授が現役の時代からスポーツ医学に関心を持ち、現場と一体となってスポーツ医学の最前線に立って今に至っている。本書はその集大成でもある。

本書は、スポーツ医学における近年の画像診断の劇的な進歩を積

極的に紹介している。また、スポーツによる外傷や障害の診療上のポイントを本書の中で提示し、診療を受ける側への実際の対応も掲載している。

もう一つの特徴は、詳細な症例提示を一つの章として構成している点である。豊富な経験を有している講座ならではの目次立てである。

運動が健康に重要な役割を果たしていることが明らかになった今、本書は、スポーツ医学とその実践をこれから学ぶ人間には良き入門書として、専門家には自らの know-how の確認と錬磨の書として推薦できる。8000 円は安くないが、その価値はある。

い。しかし、聴診だってそうじゃないか。訓練を重ねなければ、微細な心雑音は聞こえてこない。この2冊を密かに熟読してトレーニングを積み、超音波診断が似合うかっこいい医者になろうではないか。

1) Gonzalez AB, et al. Risk of cancer from diagnostic X-rays : estimates for the UK and 14 other countries. Lancet. 2004 ; 363 (9406) : 345-51. [PMID : 15070562]

添付文書情報＋オリジナル情報が充実した、 ポケット判医薬品集

Pocket Drugs 2016

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

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

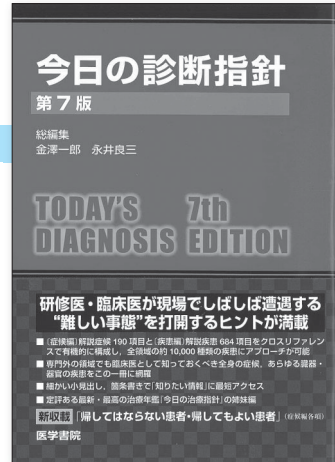


●A6 頁1058 2016年
定価：本体4,200円＋税
[ISBN978-4-260-02207-1]

医学書院

本邦最大級の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

今日の診断指針 第7版



総編集 金澤一郎・永井良三

本書の特徴

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

●デスク判(B5) 頁2144 2015年 定価：本体25,000円＋税 [ISBN978-4-260-02014-5]
●ポケット判(B6) 頁2144 2015年 定価：本体19,000円＋税 [ISBN978-4-260-02015-2]

医学書院

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

記述式内膜細胞診報告様式に基づく 子宮内膜細胞診アトラス

平井 康夫 ● 総編集
矢納 研二, 則松 良明 ● 編

B5・頁176
定価: 本体10,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02409-9

子宮内膜細胞診は非常に難しいと
常々感じている。判定者間の再現性
が高いとは言えず、世界的にみても
コンセンサスを得られた検査法とし
ては確立されているとはいえない。
本書のイントロダクションにもある
ように、日常的にこの検査を行って
いるのはほぼ日本のみであろう。
その日本においても細胞診所見の
判定基準に統一した見解を持ち得
ていない。

現在、わが国では子宮内膜細胞
診の所見についてどのように記載し
判定していくか、どこまで統一見
解を持ち得るものかを模索してい
る。めざすべき方向としては、有
意な所見とされるものに再現性や
科学的な根拠があるかどうかを検
証し、また内膜細胞診が子宮内膜
癌の診断や検出にどのように寄与
し得るか否かについても臨床的な
取り扱いとともに科学的に検証す
ることであるが、今回はそのプロ
セスの第一段階ともいべき取り組
みとして、たたき台となる最も重
要な判定の枠組みの提示をしてい
ただいた。

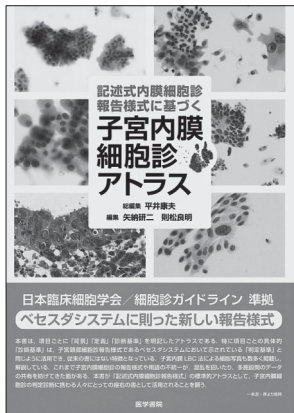
本書は多彩な細胞診の顕微鏡写
真を掲載することによって、この
第一段階

がどのようなイメージのものである
かを可視化したものである。本書の
画像や説明をもって納得される方
もいれば、あるいは相いれない意
見を持たれることも、現段階では
十分許容されるものである。特に
内膜細胞診の判定をする際に最も
悩ましいグレーゾーンを、さらに
良性ととらえられるべき範疇の中
の変化と悪性疾患が疑われる変
化に分けて、その特徴についても
詳述している。現行のsuspicious
との判定を行っているものにと
つてみればかなり大胆なchallenge
である。そして数多くの方が本
書に目を通し、オープンな場での
議論が始まるのを惹起すること
こそが本書の真の狙いであろう。

この機会を提供してくれた執筆陣
諸氏の、「内膜細胞診をどうにかし
たい」という一念からの無私な努
力に敬意を表し、広く、婦人科腫
瘍学に携わる方々、もっぱら病理
診断を専門とされる方々、細胞
診に携わる職種以外の方々にも
ぜひご一読いただき、意見をい
ただければと思っている。

内膜細胞診の試みが始まった当
初に比べ、今日では形態学を中心
とした臨床検査の分野にも組織
化学などの手法の導入が可能にな
ったり、細胞診にもさらに分子生
物学的手法が用いられる

形態学による 子宮内膜細胞診のアプローチ



評者 青木 大輔
慶大教授・婦人科腫瘍学

診断力強化トレーニング2 What's your diagnosis?

松村 理司 ● 監修
酒見 英太 ● 編
京都 GIM カンファレンス ● 執筆

B5・頁256
定価: 本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02169-2

評者 清田 雅智
飯塚病院総合診療科診療部長

前著『診断力強化トレーニング』に
引き続き、7年の歳月を経て出版
された待望の続編である。監修者
である松村理司先生が第1弾の序
文の中で述べられていた、日本の
臨床研修で不足しているのが「診
断推論の徹底した訓練」である
という指摘は、現在でも続いて
いると感じる。この涵蓋には多
くの医師は10年ほどかかるの
ではなかろうか。

初期研修では、病歴聴取の型や
コモンな疾患に関する一般的な
知識を習得することが可能であ
るが、後期研修を終えたとしても
まれな疾患は遭遇する機会に
乏しく、そのような疾患は鑑別
の仕方もわからないものである。
より深い臨床上の疑問や知恵
というのは、ケースカンファレ
ンスで扱われる類いまれな疾患
や、コモンな疾患のまれな徴候
への洞察により生まれる。その
ための教育手法はcase discus
sionであるとは思っているが、
この環境がなかなかできない。
私は京都GIMカンファレンス
には出席したことがないのだが、
その環境ができてい

るであろうことをこの本から察
することができる。熟練者の
思考プロセスを敷衍することが、
臨床教育上最も重要であり、
そのシラバスとして前書と本書
が存在していると私は考えてい
る。通常の診療をしていても、
おそらく10年に1回程度しか
経験しない症例から臨床上の
深い知恵が生まれるが、その
経験には

時間と空間を必要とする。この
本は実は時間を買っているのだ
である。Clinician educator
をめざす医師はcover to cover
で熟読すべき必携の本であら
う。

編者である酒見英太先生が
発案されたClues, Red Herring,
Clincher, Clinical Pearlsとい
う、前書から引き継がれている
体裁にこの本の深みを感じ取る
ヒントがある。病歴と身体所見
、付け加えられる検査所見(病
歴と身体所見があくまで情報の
中心というコンセプトは随所に
垣間見られる)を同じように見
せられても、初学者と熟練者
では見ているところが異なる
ことに気付

かない。適切な指南者がいて
症例から学ぶべき道筋が得られ
るものであり、それがこの体裁
に現れている。とすると堅苦し
くなりがちなケースカンファレ
ンスを、その強引とも言える
タイトル命名! (このあたりは
関西人の発想であろう)とその
種明かしというオブラートで
楽しく包んでいる。

講演で「われわれは症例から
しか学ぶことができない」と酒
見先生がおっしゃる。その真意
がこの本にはちりばめられて
いると感じている。参考文献
も含めて十分な考察がなされ
ている本書のコンセプトは、
William B. Beanの『Rare
diseases and lesions: Their
contributions to clinical
medicine』(Charles C.
Thomas, 1967)に匹敵する
のではないだろうか。

ようになった。この段階で、
形態学による内膜細胞診のア
プローチの可能性とその限界を
把握しておくことは、新たな
手法とのすり合わせをどう考
えていくかを準備するためにも
重要である。今後、オープンな
ディスカッショ

ンを経て、本書がどのように
変遷していくかは現在未知数
であるが、本書の指針である
細胞診ガイドラインとともに
広く活用され、検査室では
すぐに手に取って一読できる
書籍になることを希望してい
る。

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

インテンスヴィスト
INTENSIVIST
Vol.8 No.1

- 季刊/年4回発行
- A4変
- 200頁
- 1部定価: 本体4,600円+税
- 年間購読料19,008円(本体17,600円+税)

※年間購読は送料無料、約4%の割引

2016年
第1号発売
特集: 心臓血管外科
後編

責任編集: 田端実 東京ベイ・浦安市川医療センター 心臓血管外科
読井将満 自治医科大学附属さいたま医療センター 麻酔科・集中治療部

企画協力: 則末泰博 東京ベイ・浦安市川医療センター 呼吸器内科・集中治療科
平岡栄治 東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科

編集委員: 讀井将満・林淑朗・真弓俊彦・武居哲洋
則末泰博・安田英人・瀬尾龍太郎・藤谷茂樹

編集: 日本集中治療教育研究会(JSEPTIC)

特集
2015年

1号: ARDS Berlinその後
2号: ICUで遭遇する血液疾患
3号: 内分泌・代謝・電解質
4号: 心臓血管外科 前編

2016年

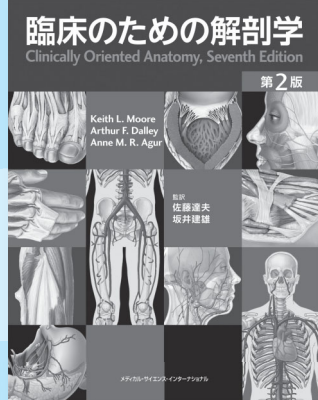
1号: 心臓血管外科 後編
2号: 産科ICU(4月発売予定)
3号: 腎(7月発売予定)
4号: ICUにおける神経内科(10月発売予定)

2016
年間購読
申込受付中

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL 03-5804-6051 http://www.medsj.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 鳳鳴ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsj.co.jp

臨床のための解剖学 第2版 Clinically Oriented Anatomy, 7th Edition

日本語初版刊行以来、医師、
研修医など多くの読者の支持
を獲得してきたロングセラー、
8年ぶりの改訂。1980年の
原書初版以来、版を重ねつつ
評価を高めてきた。改版にと
もない、さらに読みやすさ、
わかりやすさを追求。本書の
特徴である解剖学と診察や診
断との関係を明確に示す体表
解剖および医用画像は、本文
の流れに沿った配置に変更。
加えて臨床関連事項の記述は
さらに充実し、適宜アイコン
を付記。図版は全面的に刷新
され大幅増量、レイアウトを
効率的に組みかえることによ
り頁数を抑えた。臨床現場で
常に参照できる実践的解剖学
テキスト。



著
Keith L. Moore
Arthur F. Dalley
Anne M. R. Agur

監訳
佐藤達夫
東京医科大学 名誉教授
東京有明医療大学 学長
坂井建雄
順天堂大学大学院医学研究科解剖学・
生体構造科学 教授

定価: 本体14,000円+税
● A4変 頁1136
図1135・写真359 2016年
● ISBN978-4-89592-838-0

研修医からベテランまで使える、
臨床に直結した解剖学の
本格テキスト

目次	Introduction		2 腹部		4 背部		6 上肢		8 頸部	
	1 胸郭		3 骨盤と会陰		5 下肢		7 頭部		9 脳神経のまとめ	

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 TEL 03-5804-6051 http://www.medsj.co.jp
E-mail info@medsj.co.jp

《眼科臨床エキスパート》 緑内障治療のアップデート

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

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

この度、医学書院より《眼科臨床エキスパート》シリーズの一冊として、杉山和久先生（金沢大教授・眼科）と谷原秀信先生（熊本大教授・眼科）が編集された『緑内障治療のアップデート』と題する書籍が発行されました。

わが国における最新の緑内障治療を概観すると、薬物治療・レーザー治療・手術治療は、いずれも変化が著しく大きく発展してきました。薬物治療では新しい緑内障治療薬が開発され導入されたり、手術治療ではチューブシヤント手術が保険適用となったり、流出路系の新しい術式が次々開発され、いずれも大きく発展してきました。

ところで日本緑内障学会で編集・出版した緑内障診療の指針とも言うべき『緑内障診療ガイドライン』も、第3版が出版されてから4年が経過し、日進月歩の緑内障診療の進歩を考慮すると、改訂が必要な時期に来ておりますが、まだ第4版は出版されておられません。

本書は『緑内障診療ガイドライン』の知識をアップデートするとともに、病型別に薬物治療から手術治療への指針を示し、実際の薬物治療の処方例の

解説や、手術については従来からの濾過手術や流出路手術の解説に加えて、近年わが国に新しく導入されたエキスプレスや、チューブシヤント手術そして新しい流出路再建手術の適応や、実際の手術テクニックや、コツと落とし穴、そして合併症対策などを、動画を用いてわかりやすく解説しています。

さらに本書では最新の情報を網羅して、緑内障専門医のみならず眼科専門医・専門医志向者が読むにふさわしいアップデートされた緑内障治療のスタンダードとなる指針を提供してくれているのに加え、現在の世界の緑内障治療に関するスタンダードと最新情報、そして日本の緑内障エキスパートである執筆者の経験に基づいた読み応えのある解説が網羅されています。

現在、緑内障患者を治療する機会を有する眼科医は、本書を診察室に常備して、個々の患者に対して、現在最適だと思われる治療を提供していただきたいと思います。

本書を、現在の緑内障治療の新しいスタンダードを網羅した実践書として、心より推薦させていただきます。

【評者】 阿部 春樹
新潟医療福祉大教授・眼科学

組織病理カラーアトラス 第2版

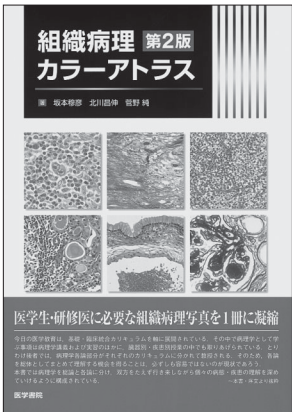
坂本 穆彦, 北川 昌伸, 菅野 純 ● 著

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

2008 年に初版が発行された、『組織病理カラーアトラス』の第2版が刊行された。初版の序に書かれているように、本書は基本的には医学生を対象に編集されたものである。

本書の旧版は病理組織実習の携行書として多くの医学生に使われていたが、今回の版もその基本的なところは継承しており、総論・各論に分けて、その両方を行き来しながら病変と疾患の概念の理解を深めていけるように配慮している。扱っている項目は基本的に変わりないが、この7年間で変化した用語や概念に対応しており、いくつかの点で明らかな違いが指摘できる。例えば、子宮頸部の重層扁平上皮の腫瘍性病変は、旧版では「異形成-上皮内癌-微小浸潤癌-浸潤性扁平上皮癌」と項目立てされているが、新版では「子宮頸部

医学生から初期研修医まで 使用できるアトラス



上皮内腫瘍-微小浸潤癌-浸潤性扁平上皮癌」となっており、cervical intraepithelial neoplasia (CIN) の用語、概念を前面に出した記載となっている。同様のことは膀胱の尿路上皮性腫瘍や、甲状腺低分化癌などの記載にもうかがえる。また、医学生にとって理解しにくいと思われる非上皮性腫瘍について、旧版では総論の部分でさまざまな腫瘍を紹介していたが、新版では総論での記載を最小限とし、個々の腫瘍の紹介は各論に移している。この新版の配置のほうが医学生には使いやすいと思う。

実際にページをめくってみると、総論はさらに代謝障害、循環障害、炎症、腫瘍などの章に分けられており、そのうち、例えば循環障害の章では、出血、浮腫、血栓などの項目が基本的に1項目1ページで扱わ

地域に応じた周産期医療体制構築を 平成27年度日本産科婦人科学会「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革公開フォーラム」の話題より

日本産科婦人科学会「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革公開フォーラム」が1月24日、ステーションコンファレンス東京（東京都千代田区）にて、「地域産婦人科医療提供体制の再構築」（司会＝北大・水上尚典氏，りんくう総合医療センター・荻田和秀氏）をテーマに開催された。厚生省が2015年度中に改定予定の「周産期医療体制整備指針」を基に、2016年度以降、各都道府県において「周産期医療体制整備計画」が策定される。本フォーラムでは、整備指針の改定および整備計画の策定に向け、周産期医療体制の現状の共有と今後の取り組みの方向性が検討された。

◆情報の収集・共有により、適切かつ持続可能な体制を再考する

第1部では、周産期医療提供体制整備に至る経緯やそれに伴う学会・医会の動向、産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査結果などが報告された。同学会医療改革委員会の委員長を務める海野信也氏（北里大病院）は、2015年に同学会が公表した「産婦人科医療改革グランドデザイン2015（GD2015）」の目的や基本的な考え方について概説。GD2010策定後の5年間で明らかとなった諸課題の解決に向け、「地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクト」を立ち上げたことを話した。同プロジェクトでは地域の周産期医療提供体制の再構築をめざし、各地域の実情をリアルタイムでモニターし、情報共有・評価が可能となる体制を整備することで、各地の取り組みを支援していくという。北海道、宮城、福島、新潟、富山、石川、福井、福岡において行われた先行調査の結果を踏まえ、第2部では福岡県と石川県の状況が示された。

村田将春氏（九大病院）は福岡県の周産期医療体制の特徴として、診療所での出生が約7割（全国平均では病院と診療所の割合はほぼ同程度）を占めること、県内でも地域ごとに状況が大きく異なることを挙げた。福岡県は4つの医療圏に分かれており、60歳以上の常勤医が3割を超える地域や、分娩取扱施設数が1996年比で半分以上の地域があると報告。周産期母子医療センターまで30分以上かかる地域も多く、アクセス不良にも懸念を示した。こうした課題を解決していくために、同県では2016年よりワーキンググループが組織された。今後は、医療従事者から見た医療体制の強化と、妊産婦から見たアクセス改善を念頭に、各地域の状況を正確に把握し、シミュレーションなどを通して施設の配置やマンパワーの配分を検討していくと話した。

「赴任当初、この地域の周産期医療はいつ破綻しても不思議ではないと感じた」。こう語った藤原浩氏（金沢大）は、石川県の周産期医療体制には二つの課題があると指摘。一つが、大学・基幹病院業務の担い手となる若手医師のリクルートであり、都市部以上に魅力的なキャリア形成プログラムを構築していく必要があると訴えた。もう一つが、指導者層に当たる40歳前後の中堅医師の不足だ。中堅医師の県外への流出を防ぎ、地域での養成が肝要との見解を示した。また、現在石川県では、周産期母子医療センター以外の施設で行われる分娩のうち、36.2%が55歳以上の医師によって担われており、この割合は3年後にはほぼ5割に達すると予想されている。中堅医師は将来的には開業して地域の医療圏を支える層とも言えることから、行政とも連携しながら、産婦人科医が環境的にも経済的にも満足できる体制を構築することが急務であると締めくくった。

れている（重要な項目は数ページに及ぶところもある）。各項目ごとに冒頭に「概念」として簡潔な説明がまとめられ、その後に項目の説明文が続き、代表的な1から数枚の組織像が簡単な説明文とともに提示される。各論部分も基本構造は同様で、こちらは臓器ごとの章となっているが、各項目では冒頭に「疾患概念」としてその疾患についてまず理解しなければいけないことがまとめてあり、続いて「病理診断のポイント」として診断上の重要所見が説明され、さらに写真、という配置になっている。各論部分で工夫してあるのは、各章の最初に「基本構造のチェック」という項目が置かれ、簡単な模式図とともに臓器の正常構造の説明がなされている点である。医学生は以前に学習したマクロ解剖学と組織学の知識を忘れていることが多いため、このページは自己学習に有効であろう。組織写真は旧版同様見やすく、大きく配置されており理解しやすい。

各論が病理診断の対象となる病変を

主体に構築されていることもあってか、全身病における病変の紹介がやや少ない印象がある。例えばアミロイドーシスは「タンパク変性」のページでアミロイド変性としてわずかに扱われているのみである。また、1型糖尿病が各論「内分泌」の章で1ページ扱われているのに対して、2型糖尿病は扱われていない。糖尿病性腎硬化症を「腎・泌尿器」の章で扱っているので、2型糖尿病におけるランゲルハンス島の変性所見も載せてほしいと思うのだが、総論・各論のどこに入れるかが悩ましい。次の改訂のときにはこれらもお願いしたい。

全体として見ると、医学生にぜひ病理組織像を含めて理解してもらいたい病変は網羅されており、卒後も初期研修医ぐらいまで使用できるアトラスとなっている。後期研修医以降での専門領域での病理学の勉強にはそれぞれの専門書が必要となるが、本書はそれまでの基本を学ぶためのアトラスと位置付けることができよう。

青年期・成人期の「自閉症スペクトラム」（ASD）を対象とした臨床論

自閉症スペクトラムの精神病理 星をつく人たちのために

精神科医が日々の診療場面で出会う青年期・成人期の「自閉症スペクトラム」（ASD）を対象とした臨床論。障害の受容、適応、さらには共生をいう前に、あたかも異星人であるがごとくこの星に棲むための苦勞を重ねている彼らがどのような世界に棲んでいるのか、そもそもの経験の成り立ちについて、もう少し突っ込んで考えてみることはできないだろうか―精神科臨床の基本ともいうべき精神病理学のテキストを下地にまとめられた書。

内海 健
東京藝術大学教授 保健管理センター長



セット購入で 2冊がつながる!



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

圧倒的な量の情報を、書籍・電子の両方で提供

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2016

私はこう治療している

監修 山口 徹／北原光夫 総編集 福井次矢／高木 誠／小室一成

2016年版の特長

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

本書の特長

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

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

治療薬マニュアル 2016

監修 高久史磨／矢崎義雄 編集 北原光夫／上野文昭／越前宏俊

ハンディサイズで「使用上の注意」をカバーした唯一の治療薬年鑑

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

新薬・最新薬価情報は chimani.jp 特設サイトで随時提供!

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

☑ 両書籍とも購入特典・電子版付

☑ セット購入により、電子版で2冊がリンク

「今日の治療指針」に掲載された薬剤の詳細情報を、「治療薬マニュアル」電子版で瞬時に参照できます。

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

※ 閲覧期限は2017年1月末までとなります。

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



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