

2013年7月29日

第3037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] “決められない患者たち”を前に、医師ができること(尾藤誠司,堀内志奈)……………1—3面
- [FAQ] 母体血を用いた新しい出生前検査(関沢明彦)……………4面
- [連載] 続・アメリカ医療の光と影/第14回日本言語聴覚学会……………5面
- MEDICAL LIBRARY……………6—7面

# 対談 “決められない患者たち”を前に、医師ができること



尾藤 誠司氏

国立病院機構東京医療センター  
臨床研修科医長・臨床疫学研究室長

堀内 志奈氏

丸の内クリニック  
消化器内科

薬を飲むか、飲まないか。手術を受けるか、受けないか——。こうした患者の意思決定がいかになされているかについて、米ハーバード大医学部教授・Jerome Groopman氏がまとめたルポルタージュ『Your Medical Mind——How to decide what is right for you』が、このたび医学書院から『決められない患者たち』として翻訳された。

本紙では、訳者である堀内志奈氏と、医師—患者間のコミュニケーションについて考察を積み重ねてきた尾藤誠司氏の対談を企画。患者が難しい意思決定を迫られる場面で、医師はどのような役割を果たすべきなのだろうか。本書の内容を足掛かりに、在るべき姿の描出を試みた。

尾藤 『決められない患者たち』は、どのような経緯で翻訳することになったのですか。

堀内 そのまの出会い、原著者Jerome Groopman氏の前作に当たる『How Doctors Think』だったんです。留学中に書店で偶然手にとったのですが、医師の視点で意思決定を描いた本書が「面白い、これはいい本だ!」と。そこでなぜか「絶対に日本の人たちにも知らしめなければ」という使命感にも似た気持ちに駆られ、その勢いで日本のいくつかの出版社に掛け合いました。でも、その時点ですでにある出版社からの刊行が予定されており(美沢恵子訳、『医者現場でどう考えるか』、石風社、2011年10月発行)、「自分の言葉で伝えたい」という思いを実現することはできませんでした。

尾藤 その後、今回翻訳した『Your Medical Mind——How to decide what is right for you』に出合ったと。

堀内 ええ。前書と視座が変わって、普段は意識することが難しい患者側の視点から意思決定を考察する本書にも、心惹かれるものがありました。患者にとって最良の医療を提供するにはどのようにかわるべきか。そのヒントとなる考えが、一人ひとりの患者の

エピソードのなかで示されていると感じ、本書もぜひ多くの方々に知ってほしいと思ったのです。

## 揺らぐことができない医師

尾藤 すごくいい邦題だと思います。原書のタイトルを生かすとなれば、「How to decide what is right for you」を直訳した「あなたにとってよいことの決め方」になるのでしょうか。でも、私もたぶん「決められない患者たち」というタイトルにしたいと思う気がするんです。

堀内 うれしいです。実は賛否両論あるようなのですが(笑)。

尾藤 逆説的な表現なので、字面を真っ直ぐに受け止めてしまうと抵抗感を抱くかもしれません。ただ、本書は、「あなたにとってよいことの決め方」自体が、実はあまり描かれていないですよ。

堀内 ええ。「こうしなさい」という唯一絶対の解が提示されるわけではないんです。

尾藤 むしろ患者が意思決定の場面で生じる戸惑いや迷い、悩みという、“もやもや感”“揺らぎ”がとても丁寧に、そしてリアリティをもって描かれてい

ます。患者ごとに異なる利益と不利益のとらえ方、周囲との複雑な関係性のなかで決められていく、あるいは決められなくなっていく過程など、意思決定がクールに行われるものではないことが、あえて“混沌”とした形のまま提示されていると感じました。

こうした書き方ができたのは、著者が“揺らぎ”を無視しがちな医師に対する疑念を持っているからこそではないかと思ったんです。

堀内 「揺らぎを無視しがちな医師に対する疑念」というのは?

尾藤 医師が“正しい”としていることに対し、「本当に“正しい”のだろうか」と批判的・内省的に考える意識、と換言できるかもしれません。

医師の世界では「医学的に合理的か否か」が優先すべき考え方となっており、その枠組みから逃れることがなかなかできません。一つの事実に対する認識・解釈の仕方、そこに見いだす価値観などに揺らぎが生じにくいのです。そのため、医学的に合理的なものが「100人中100人の患者にとっても正しいもの」と考えがちで、凝り固まった対応をしてしまう。

堀内 しかし、患者によって考え方や事実のとらえ方は当然異なりますよね。

尾藤 ええ、臨床現場において揺らぎを無視することはできません。後悔のない意思決定を支援するためには、やはり医師も患者一人ひとりとともに考え、ともに困り、ともに揺らぐ過程を歩むことが必要です。

## 専門家は、意思決定にかかわらずにはいられない

堀内 とともに揺らぐことができないということは、医師は患者を前に「決めたがり」になっているのでしょうか。実は本書のタイトルに「決めたがりの医者たち」という言葉を付け加えようかという案もあったんです。

尾藤 そうだったのですね。でも、私はそのフレーズを入れなくてよかったです。

というのも、医師って実は決めたがりでもないのです。本来は意思決定が必要な分岐点を認識できず、「医学的にこうすべき」という発想のまま突き進んでしまっている。それが結果的に「決めたがり」の姿に映っているのだと思います。

堀内 なるほど。揺るがない理由には、  
(2面につづく)

## 医療上の決断を迫られたとき、患者の心はどう動く?

医学書院

# 決められない患者たち

原著 Jerome Groopman  
Pamela Hartzband  
訳 堀内志奈

●四六判 頁396 2013年 定価3,360円  
(本体3,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01737-4]

悩む患者。主義を貫く患者。いつまでも決められない患者。医療上の決断に際して、患者は何を考えているのか? 心理学、統計学などの研究を紹介しながら、患者の内面を分析していく。ハーバード大学医学部教授による患者と医師に密着したルポルタージュ。

### 目次

- 序章 Introduction
- 1章 私は数値でいうとどのあたり? Where Am I in the Numbers?
- 2章 信じる者と疑う者 Believers and Doubters
- 3章 でも、それは私にとってベストなのだろうか? But Is It Best for Me?
- 4章 後悔 Regret
- 5章 隣人のアドバイス Neighborly Advice
- 6章 自主性と対処 Autonomy and Coping
- 7章 現実世界での意思決定分析 Decision Analysis Meets Reality
- 8章 人生の終焉 End of Life
- 9章 患者が決定できないとき When the Patient Can't Decide
- 結論 Conclusion



対談 “決められない患者たち”を前に、医師ができること



尾藤 誠司 氏

1990年岐阜大医学部卒。国立長崎中央病院、国立佐渡療養所、米UCLA公衆衛生大学院を経て、2008年より現職。実地診療、医師・看護師教育とともに、患者—医療者関係などを中心に研究。共編著に『医師アタマ』『白衣のポケットの中』(ともに医学書院)、『医師アタマ』との付き合い方』(中央公論新社)。「もはやヒポクラテスではいられない21世紀新医師宣言プロジェクト」の中心メンバー。

(1面よりつづく)

意思決定の分岐点を自覚できていないこともあるわけですね。

では、“分岐点”と気づいたとき、医師はどういう行動をとるのでしょうか。

尾藤 おそらく多くの医師が決めたがるところか、「患者の意思決定が必要なことだったの？」と驚き、その意思決定への加担をひるんでしまうのではないのでしょうか。その結果として、医学的根拠のある客観的なデータだけを提示し、「患者であるあなた自身が治療手段を決めてください」というスタンスをとってしまう医師が、現実として少なくないのだと思っています。

堀内 以前、「がんの放置もリスクは高いが、高齢のために手術もリスクが高い。どちらでも好きなほうで決めてください」と医師に言われ、困惑したと話す患者さんがいたことを思い出しました。

よく言えば「自律性の尊重」なのかもしれませんが、決定にかかわるすべての責任を委ねられると、患者も大きな戸惑いを覚えますよね。

尾藤 意思決定は、覚悟をもって挑まなければならないストレスの大きなものです。その決断に対し、医師が加担するそぶりを見せないのは「なし」だろうと思うんです。患者が覚悟をもって行う決断には、医師も“専門家”として覚悟をもって加担すべきでしょう。

そもそも情報を提供している時点で、そこに医師のバイアスがかかることは避けられません。それが客観的事実と言えども、医療者側で選択され、発言された事柄には必ず意思が込められている。専門家は、意思決定にかか

患者が覚悟をもって行う“決断”に、医師も覚悟をもって加担していく必要がある

わらずにはいられないのです。

推奨を述べることは 医師の責務

堀内 例えば、本邦の医療現場で意思決定支援の難しさに直面しているケースとしては、胃ろう造設をめぐる場面が想定できます。特に本人の意思が確認できない場合、家族、親類の方々の間で意見が割れるなど、意思決定に難渋することも少なくないようです。こうした場面では、医師はどのようなかわり方をしていくべきでしょうか。

尾藤 医学的なデータをお伝えするのはもちろんのこと、患者さんの状況を踏まえ、医師の立場から「こちらにしたほうが、私はよいと考えます」と推奨まで言うべきでしょう。

堀内 医師の推奨が意思決定に与える影響は大きく、ときとして「推奨を述べることで、パターンリスティックな態度である」という声もありますよね。

尾藤 確かに注意しないといけない部分もあるのですが、私はその見解には反対なのです。

特に挙げていただいた胃ろう造設をめぐる意思決定の例は、そもそも医師だけではなく、患者家族、訪問看護師、ヘルパー、ケアマネジャーなどの専門家が、個々の立場の意見を述べ、そのなかで形作っていくものなわけですよね。にもかかわらず、そこで医師が専門家としての推奨を述べられないのは、さまざまな意見に揺らぐことができず、「あなた方の意見よりも、私があなたを思って考えた意見のほうが正しい」という医師の態度が垣間見えているように思うんです。そうした態度こそが、私はパターンリズムの正体ではないかと考えています。

専門家として 意図を誠実に伝える

堀内 私が気になっている疑問に、医療者として「できること」と「やれること」には少し違いがあるのではないかとあります。人的・金銭的・物的コストを無視すれば、さまざまな医療を提供できるのですが、現実には不可能です。患者さんによって提供する／しない医療が生まれる状況がある中で、どのように折り合いをつけ、目の前の患者と向き合っていけばよいのでしょうか。

尾藤 患者にとって最善の利益以外に、限られた資源配分も考慮しなければならぬことは、専門家として患者に呈示する義務があるでしょうね。

堀内 具体例として、容態が落ち着いているので近所のかかりつけ医に紹介

したい病院医と、その提案を拒み、引き続き病院の外来診療にかかることを希望する患者さんの場面を想定しましょう。このような場では、どういうかわりが求められますか。

尾藤 その病院医の意図は、「他に優先したい患者がいるから、別の施設に移ってほしい」というものですね。そうであれば、私は専門家としてその意図に忠実であるべきだと考えます。

堀内 その意図の通りに伝えるべきということですか。

尾藤 ええ。それが専門家としての責任だと思うのです。少なくとも私は、「申し訳ないけれど、私はあなたを診続けることができません。なぜなら、あなたではない患者さんを優先しなければいけない義務が、私にはあるからです」と言うようにしています。まあ、もちろん実際にはもっとマイルドな表現を使用しますが。

堀内 すごい！ 多くの医師は「かかりつけ医は予約がとりやすい」「診療所は待ち時間が短い」といった理由を挙げて、「説得」しがちですよね。

しかし、意図を伝えても拒まれる患者さんはいらっしゃいませんか。

尾藤 もちろん。中には3年ぐらい同じことを言い続けている患者さんもいます(笑)。患者さんの事情も尊重しなければなりませんから、そこは地道に合議し続けています。ただ、もっともらしい理由で言いくるめるのではなく、意図を誠実に伝え続けることこそが専門家の責務だと考えているのです。

無駄な時間を減らす鍵は、「問題の外在化」と「保留」

堀内 そうしたコミュニケーションは、時間がかかり過ぎてしまいませんか。私も一人ひとりの患者さんに時間をかけたい気持ちはあるのですが、そうすると今度は現場が回らなくなるというジレンマを持っています。

尾藤 診療時の工夫として、2つのことを意識するようになってスムーズになったと感じています。

ひとつが、医師—患者間で問題の焦点を定め、外在化し、「説得」から「交渉」に切り替えたことです。先ほどのケースで言えば、例えば「かかりつけ医が見つからないこと」にフォーカスし、「かかりつけ医が見つからないことに関し、二人でどうすべきかを考えてみましょう」とアプローチするのです。問題の所在が「かかりつけ医のところへ移らない患者さんにある」とするのではなく、互いの問題ととらえて交渉することで、より建設的な議論へと移行できます。

そしてもうひとつが、「保留」を選

択肢として意識するようにしたことでしょうね。

堀内 保留？

尾藤 1回のセッションでわかり合えるところだけわかり合い、それ以外は次の診療に回すということです。「今回で決定まで達しよう」と思って、時間をかけてでも1回のセッションで成果を得ようとしてしまう気持ちはわかります。でも、1回のセッションを短時間にして、「来月の予約も取りますから、もう1回考えてみてください」と繰り返す方法をとるほうが、トータルとしては時間がかからず、スムーズに患者さんと考えを共有できるようになったと実感しています。

堀内 なるほど。確かに時間をかけた話し合いが功を奏するとも限りませんものね。患者さんにとっても、一つひとつ段階的に理解・納得できる効果的なアプローチの仕方もかもしれません。

「気持ちがいい」にも 思いを馳せて

堀内 過去に、「酒のない人生なんて生きている意味がない!」と、私の節酒の提案に耳を貸してくれないアルコール性肝硬変の患者さんを診ていたことがあります。文字どおり血を吐くまでお酒を飲んでいて、診療のたびに「あれだけ言ったのに!」と怒っていたんです。こうした患者さんには、どのように向き合っていくべきだったのかと振り返って思うことがあります。

尾藤 医療者としては当然飲酒を止めたいですから、患者さんにとって飲酒を続けることの不利益を提示しながら、節酒の提案をし続けることが私も大事だと思います。

ただ、飲酒や喫煙など、医療者にとって好ましくない結果を生む恐れのある「気持ちのいいことをめざす行為」についても、もっと患者の思いを尊重した上で推奨を述べるべきだと、最近では自分でも反省しているところです。

堀内 医療者の私たちには、なかなか目が向かないところですよね。

尾藤 そうなんです。基本的に医療って、ケガや病気など、言うならば人生における「不快」の部分のゼロをすることを目的に介入するものです。気持ちいい、心地よいという「快」の部分に対して、関与できることはほとんどありません。

飲酒や喫煙はまさに「快」の部分に働き掛けるものだと思うのですが、医療に従事する人々にとっては、それらの「気持ちのいいことをめざす行為」が「医学的に望ましくない行為」に位置付けられ、しばしば“人生において価値のないもの”という扱ひまでされています。

堀内 私もこと喫煙に関しては、強く反対してしまいますね。

尾藤 しかし、人にとって、快と不快は一体となっているものです。不快を

医師も患者もハッピーに! 医療コミュニケーションの突破口をひらく

医師アタマ 医師と患者はなぜすれ違うのか?

EBMを学ぶほどに陥った混乱——「患者にとって常に有益な医療サービスなどない」「ニュートラルに医療情報を伝えるのは難しい」。医師のなかでは当たり前な考え方も患者には極端で奇天烈なものかもしれないと考えた著者が、論理的にevidence-basedに、医師と医師以外の世界の違い、医師の思考過程の特殊性に迫る。医師と患者がともに最善の選択を探るうえで必要なもの、医師も患者もハッピーになれる医療がここにある。

編集 尾藤誠司 国立病院機構東京医療センター  
尾藤誠司 国立病院機構東京医療センター  
著 名郷直樹 武蔵国分寺公園クリニック  
新保卓郎 国立国際医療研究センター国際臨床研究センター  
松村真司 松村病院  
浅井 篤 熊本大学大学院生命倫理学  
稲葉一人 中京大学法科大学院  
宮田靖志 北海道大学大学院卒業臨床研修センター



医師を続けている自分の足元を一度見直してみよう!

白衣のポケットの中 医師のプロフェッショナリズムを考える

医師という職業(プロフェッション)のあり方について、日常(診療)で遭遇しがちな問題や葛藤を取り上げた実践的な内容。気軽に手に取り、楽しんで読んでもらえるように、イラストなどを多用。当事者である臨床医が集まって執筆した「医のプロフェッショナリズム」に関する書は、本邦初。今後ますます重要性を増してくると予想される。『JIM』2007年2月号~2008年1月号の連載をまとめた。

編集 宮崎 仁 宮崎医院院長  
尾藤誠司 国立病院機構東京医療センター教育研修部長  
大生定義 立教大学社会学部教授



取り除くことだけをめざして躍起になるのでは不十分なのかもしれません。「将来がんになるリスク」の不快とともに、「大好きなお酒や煙草を飲む」という快の両方をイメージしながら患者と対峙できるようになる必要があるのではないのでしょうか。具体的にどのようにつけていくべきか、それは今後とも考えていきたいテーマです。

「選好」と「誤解」を切り分け、「アウトカム優先」からの逸脱を

堀内 医療現場には、さまざまな理由で治療を拒む患者もいますよね。私が経験した例では、ある書籍を取り出して、「ここには「胃がんは手術不要」と書かれています」と言って手術を拒否した胃がん患者さんがいらっしゃいました。

尾藤 確かにそういった書籍やインターネットの情報を信じる患者さんは多いですね。

堀内 もう一人、印象的だったのが、「治療を受けるように説得してほしい」と知人から紹介された乳がん患者さんです。手術を拒む理由が、宗教団体幹部であるご主人に「いま、治療に時間を費やしたら私のサポートができない。手術は神に背くことだ」と反対されたから、というものだったのです。

ともに医学的に見れば治療介入がベストと考えられたにもかかわらず、患者側から拒まれた例ですが、こうした方々にはどのようなアプローチをしていくべきなのでしょう。

尾藤 医師と患者の意見が合わないときは、3つのパターンがあると考えています。ひとつは単純な誤解、ひとつは医師と患者の認識の違い、そしてもうひとつは選好の相違です。堀内先生の2つの例で言えば、前者を「誤解」「認識の違い」の問題として、後者を「選好」の問題としてとらえることができるのではないのでしょうか。

まず前者は、「手術が不要であること」がどんな状態を指すのかについて患者に語ってもらい、医学的な見地から誤解と考えられる点については専門家としての解釈を述べるべきでしょう。

堀内 後者はいかがですか。

尾藤 後者は、個人の「選好」にかかわるものです。確かに医学的に見れば「不合理な考え」とも「愚かな考え」ともとれますが、患者さんの中では不

時代の変化とともに、医師—患者関係を編み直し、より充実させていかなければならない

合理とは違った形で解釈されているわけですよね。とすると、本人の選好を尊重しないのは、「不合理なこと=悪いこと」ととらえ、医療・医学の枠組みに患者をはめ込んでいく「パターナリズム」にはほかならないのではないのでしょうか。

堀内 それでは、どのような介入の仕方が好ましいのですか。

尾藤 私であれば、そこは患者さんとともに戸惑いたいし、悩みたいと思うんです。「私はあなたを治療し、元気になってもらいたい」と医療者としての立場を述べつつも、その患者さんが持つ「神の使い手としてのミッションを完遂させたい」思いもまた尊重する。そして手術を拒否されても、「また今度一緒に考えさせてくれませんか」とお伝えし、他の持病があればそちらを治療するなど、継続的にアプローチはしていくと思います。

今、医師が持つべきは、「博打」に加担する覚悟

堀内 今年5月、米国の女優アンジェリーナ・ジョリーが予防的両側乳房切除術を実施していたことを公表し、大きなニュースになりました。彼女は遺伝子検査によってがん抑制遺伝子のひとつに変異が見られた結果を受け、将来の乳がんリスクを減少させるために手術に踏み切ったといえます。

尾藤 『決められない患者たち』においても、同様のケースで決断を迷う患者さんのエピソードがありましたね。

堀内 遺伝子検査の是非の議論はともかくとして、医療技術の進歩とともに、不確定ながらも自らの健康に関する予測情報を得ることが可能となり、そのための予防策も選択できるようになりました。こうした技術革新が、新たな迷いをも生んでいるとあらためて感じたのです。

尾藤 われわれは何かを知ることで、その何かに対する新たな決断を迫られることになる。アンジェリーナ・ジョリーのニュースは、それを世に突き付けましたよね。

彼女の選択に対してはさまざまな意見がありますが、私が主張したいの

堀内 結果的に患者さんが選好を優先され、「手術は受けない」という結論に至ってしまった場合は……。

尾藤 そこでお互いに「納得」はできないにしても、相互理解が得られたのであれば、医師としてやれることはやったと言えるのではないのでしょうか。

最近私が思うのは、「アウトカムが患者の決断を規定する」という前提を、ある程度“逸脱”する必要性です。確かに患者にとって「良い結果を期待する」ことは大切でしょう。しかし、患者の「今、したいことをする」「今、すべきことをする」よりも、「良い結果を期待する」を優先するのが原則となることには違和感を持っているのです。EBMerとしては失格ですね(笑)。でも、重要な決断をする際には、「何が誰のどのほどの利益を将来的にもたらすか」と「今何をすべきか」を並列して考えるほうが現実感があると思うのです。

は「あの選択が、彼女自身の決断なのだ」ということです。すでになされた決断に対し、外野から「正しい」とか「間違い」とか言うのは簡単ですが、それは大変差し出がましい行為ではないのでしょうか。結局のところ、その主体が、結果を受け入れる覚悟をもって下した決断であるか否かが重要ではないかと思うのです。

堀内 『決められない患者たち』の中では、疾患や手術手技、そして予後が好ましい結果でなかった点まで共通していても、流されるままに手術を選択した患者さんが大変悔やまれていた一方で、自分で納得して手術を決断した方は後悔が少ないという違いがありました。

尾藤 後悔のない意思決定をするためには、「合理的か否か」ではなく、「いかにクールに、そして一方で覚悟をもって主体的になされたか」が重要であるとわかりますよね。

現代は、医療技術の発展により、誰もが情報を手に入れることができ、そして先行きが不透明な決断を迫られる時代です。不謹慎に聞こえるかもしれ



堀内 志奈氏  
1994年札医大卒。同大病院、米サンフォードバーナム医学研究所、東京衛生病院を経て、2012年より現職。2013年3月に発行された『決められない患者たち』(Jerome Groopman & Pamela Hartzband, 『Your Medical Mind—How to decide what is right for you』)の翻訳を手掛けた。

ませんが、現代人は「人生は博打である」という覚悟をもって生きなければならぬと、私は半ば本気で思っているんですよ。

堀内 日常生活の中から、極めて予測困難な決断をしていかなければならないという意味では、そう言えるのかもしれないですね。

その難しい決断を迫られる患者に対し、医師はどのような役割を果たすことができるのでしょうか。

尾藤 医療の枠組みで行われる博打に対し、予測評価のオッズ(倍率)に加え、「今はこれを治療しておいたほうがいいのか」と推奨する役目です。われわれ医師には、「予想される結果の合理的な正しさ」にこだわる考えから、「患者がいかにクールに、そして主体的に選んでいるか」を重視する考え方へシフトチェンジし、患者の決断に積極的に加担する覚悟が問われているんです。

堀内 時代の変化とともに、医師—患者関係の在り方を編み直し、より充実させていかなければなりませんね。本日はとても勉強になりました。(了)

**シリーズ ケアをひらく**

**摘便とお花見** 看護の語りの現象学 村上靖彦

とるにたらない日常を、看護師はなぜ目に焼き付けようとするのか——看護という人間の可能性の限界を拡張する営みに吸い寄せられた気鋭の現象学者は、共感あふれるインタビューと冷徹な分析によって、不思議な時間構造に満ちたその姿をあぶり出した。巻末には圧倒的なインタビュー論「ノイズを読む、見えない流れに乗る」を付す。ノトリシア・ペナーとはまた別の形で、看護行為の言語化に資する驚愕の1冊。

●A5 頁416 2013年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN 978-4-260-01861-6]

**当事者研究の研究** 編集 石原孝二

当事者本人を超えて、専門職・研究者の間でも一般名称として使われるようになってきた「当事者研究」。その圧倒的な感染力はどこからくるのか? それは客観性を装った「科学研究」とも違う、切々たる「自分語り」とも違う、勇ましい「運動」とも違う。本書は、哲学や教育学、あるいは科学論と交差させながら、「自分の問題を他人事のように扱う」当事者研究の魅力と潜在力を探る。

●A5 頁320 2013年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN 978-4-260-01773-2]

**医学書院**

**新潮ドキュメント賞受賞**

**リハビリの夜**  
熊谷晋一郎  
●A5 頁264 2009年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN 978-4-260-01004-7]

**大宅壮一ノンフィクション賞受賞**

**逝かない身体**  
ALS的日常を生きる  
川口有美子  
●A5 頁276 2009年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN 978-4-260-01003-0]

**弱いロボット** 岡田美智男  
●A5 頁224 2012年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-01673-5]

**ソーニーの森** 田村尚子  
●B5変型 頁132 2012年 定価2,730円  
(本体2,600円+税5%) [ISBN 978-4-260-01662-9]

**驚きの介護民俗学** 六車由実  
●A5 頁240 2012年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-01549-3]

**その後の不自由**  
「嵐」のあとを生きる人たち 上岡陽江+大嶋栄子  
●A5 頁272 2010年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-01187-7]

**技法以前**  
べてるの家のつくりかた 向谷地生良  
●A5 頁252 2009年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-00954-6]

**コーダの世界**  
手話の文化と声の文化 瀧谷智子  
●A5 頁248 2009年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-00953-9]

**ニーズ中心の福祉社会へ**  
当事者主権の次世代福祉戦略  
編集 上野千鶴子+中西正司  
●A5 頁296 2008年 定価2,310円  
(本体2,200円+税5%) [ISBN 978-4-260-00643-9]

**発達障害当事者研究**  
ゆっくりしていけないにつなかりたい  
綾屋紗月+熊谷晋一郎  
●A5 頁228 2008年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-00725-2]

**こんなとき私はどうしてきたか**  
中井久夫  
●A5 頁240 2007年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-00457-2]

**ケアってなんだろう**  
編著 小澤 勲  
●A5 頁304 2006年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-00266-0]

**べてるの家の「当事者研究」**  
浦河べてるの家  
●A5 頁310 2005年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-03368-7]

**ALS 不動の身体と息する機械**  
立岩真也  
●A5 頁456 2004年 定価2,940円  
(本体2,800円+税5%) [ISBN 978-4-260-33377-1]

**死と身体**  
コミュニケーションの磁場 内田 樹  
●A5 頁248 2004年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-33366-5]

**見えないものと見えるもの**  
社交とアシストの障害学 石川 准  
●A5 頁272 2004年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-33313-9]

**物語としてのケア**  
ナラティブ・アプローチの世界へ 野口裕二  
●A5 頁220 2002年 定価2,310円  
(本体2,200円+税5%) [ISBN 978-4-260-33209-5]

**べてるの家の「非」援助論**  
そのままがいいと思えるための25章  
浦河べてるの家  
●A5 頁264 2002年 定価2,100円  
(本体2,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-33210-1]

# FAQ

## 今回の回答者 関沢 明彦

昭和大学医学部産婦人科学講座教授  
Profile / 1988年昭和大学医学部卒。同大藤が丘病院、国立精神・神経センター国府台病院、米国 Tufts-New England Medical Center リサーチフェローを経て、2001年昭和大学産婦人科学講座講師。13年より現職。94年より母体血中胎児細胞を用いた出生前診断の研究に従事している。05年日本産科婦人科学会学術奨励賞受賞。

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

### 母体血を用いた新しい出生前検査

無侵襲的出生前遺伝学的検査 (Non-Invasive Prenatal Genetic Testing: NIPT), いわゆる「新しい出生前検査」の報道をきっかけに、いま出生前検査が注目を集めています。本年4月より認可を受けた医療機関で臨床研究として開始された母体血胎児染色体検査を中心に、出生前検査の知識をアップデートしましょう。

**FAQ 1** 「出生前検査」には、現在どのようなものがありますか。

「出生前検査」には、超音波装置を用いて胎児の発育、健康度、形態的な異常所見の有無などを評価する検査と、超音波検査や母体の血液検査で胎児の染色体異常の可能性を推定する非確定的検査 (スクリーニング検査)、ならびに、胎児細胞を用いた胎児の染色体や遺伝子の検査 (確定的検査) があります (表)。どの検査も、胎児に重篤な治療法のない疾患が発見される可能性があり、検査前には妊婦がそのことを十分に理解している必要があります。

確定的検査を行うには、母体の羊水や絨毛などから胎児細胞を採取する必要があります。胎児細胞を直接分析できるため精度は高いものの、侵襲的な検査であり流産のリスクを伴います。

こうした検査によるリスクを回避するために、また染色体異常を持つ児の70%が35歳未満の妊婦から出生していることもあり、胎児期に染色体異常の可能性を統計学的に評価する方法が研究されてきました。それが、母体血清マーカー検査 (クアトロ検査など) や超音波検査 (胎児の後頸部浮腫) です。これらの検査方法は、流産のリスクがなく、偽陽性率5%水準で70-80%のダウン症候群を検出できますが、偽陽性率が高く、陽性的中率の低い検査です。欧米では、精度向上のため、妊娠11-13週の妊婦を対象に、超音波検査と母体血清マーカー検査を

組み合わせたコンバインド検査が行われていますが、偽陽性率5%水準で83%のダウン症候群を検出できる程度の精度しかありません。

そんな中、スクリーニング検査ではありますが、より精度の高い検査としてNIPTが登場し、母体血胎児染色体検査が臨床研究として一部機関で開始されました。

**Answer...** 出生前検査には、胎児の形態的变化の評価と、染色体疾患の評価があります。染色体疾患の評価には、侵襲的なものと非侵襲的なものがあり、非侵襲的な検査には、母体血清マーカー検査や超音波による胎児後頸部浮腫の観察、現在臨床研究として行われている母体血胎児染色体検査などがあります。

**FAQ 2** NIPTは、これまでの出生前検査と比べてどこが新しいのでしょうか？

NIPTは、母体血からの胎児の染色体検査として実用化され、血漿中 cell-free DNA (cfDNA) を massively parallel sequencing (MPS) 法で解析する検査手法です。妊娠初期の10週から検査可能で、羊水検査や絨毛検査とは異なり、非侵襲的な点特徴です。検査で用いる胎児 cfDNA の大部分は胎児細胞由来ではなく、胎盤の絨毛細胞に由来している点に注意が必要です。

MPS法とは、母体血漿中のcfDNA断片を次世代シーケンサーを用いて網羅的に解析し、個々の断片の由来をヒトゲノム情報と照合して確認し、特定の染色体に由来する断片の量的な変化を評価することで、染色体の数的異常を検出する方法です。例えば胎児が21番染色体に異常を持つ場合、母体血漿中cfDNAに含まれる胎児の21番染色体由来のcfDNA断片量は、正常核型に比較し1.5倍に増加することがわかっています。検査では、母体血漿中cfDNA全体に占める21番染色体由来断片の割合が、胎児が正常核型の場合には1.30%であるのに対し、1.42%と多いこ

とを根拠に胎児のダウン症候群の可能性を検出しています (図)。そのため、本検査は遺伝学的検査ではなく、スクリーニング検査に分類されます。

本検査の精度は、①高齢、②染色体異常児を出産した既往歴や家族歴がある、③超音波検査で胎児の染色体異常のリスク

が高い、④血清マーカー検査で胎児の染色体異常のリスクが高い、のいずれかを満たし羊水染色体検査を受けた妊婦4664例のうち、羊水検査で染色体異常が認められた286例と正常コントロール1702例、計1988例を対象としたコホート調査によって、分析されています。その結果、ダウン症の感度は99.1%、偽陽性率は0.1%以下で、18トリソミー、13トリソミーの感度もそれぞれ100%と91.7%でした。しかし、陽性的中率は母体年齢によって異なり、例えばダウン症の場合、母体が42歳で罹患率が50分の1の集団では97.1%ですが、35歳で罹患率が300分の1の集団では84.2%に低下するため、確定診断には羊水検査が必要になります。一方、陰性的中率は99.9%と信頼性が高いため、スクリーニング検査としては優れていると評価されています。

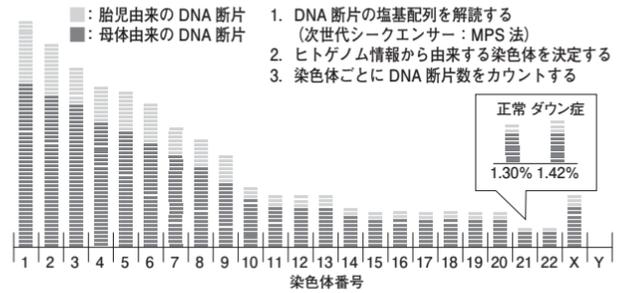
現在、MPS法でシーケンスを行うDNA断片数は1000万断片程度です。解析する断片数をさらに増やせば、染色体の微小欠失の検出も可能になります。また、10億断片を読み込むDeep sequencingが可能になれば、胎児の染色体全体を読むことができ、さらに精度の高い検査となる可能性もあります。しかし、解析断片数が増えれば、コストや時間が増加してしまいます。今後、解析のコストが下がれば、Deep sequencingによる微細欠失同定検査や、染色体の数的異常を検出する安価な検査が登場するかもしれません。

**Answer...** NIPTは、母体・胎児双方に無侵襲で、高精度に胎児の染色体の数的異常を検出できる点が特徴的な新しい出生前検査です。しかし、非確定的なスクリーニング検査で、特定の疾患しか検査できないという限界があります。

**FAQ 3** 母体血胎児染色体検査の開始に伴い、あらためて遺伝カウンセリングの重要性が指摘されているのはなぜでしょう。

周産期分野は、超音波検査によって治療不可能な重篤な疾患が発見されることもあれば、羊水検査で染色体疾患が見つかることもあり、遺伝医療において主要な分野といえます。しかし、現状では、周産期分野で遺伝カウンセリングを適切に提供できる体制は整備されておらず、その重要性を認識している医療関係者も多くありません。

そんな中、精度の高い無侵襲の出生前検査が開始され、今後ますます出生前の遺伝学的検査を希望する妊婦さんの増加が予想されます。実際、今年4



● 図 無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) の原理

月から臨床研究として一部機関で開始され、3か月で1534人が受検しました。しかし、検査は簡単にできますが、その検査結果は、従来の羊水検査などと同様に、両親に重い選択を迫るものです。検査を希望する妊婦が、時間をかけて検査の意味を理解し、また他の検査との違いなどを正しく把握した上で自律的な判断の下、検査を受けることが重要です。その過程において、遺伝カウンセリングは重要な役割を果たすと考えられます。

また、検査後の意思決定の際にも、遺伝カウンセリングは欠かせません。最近開始された羊水細胞のマイクロアレイ解析では、病的変異と正常変異の区別がつかない結果が得られる場合があります。その事実を妊婦や家族に適切にわかりやすく伝える際にも、遺伝学的な知識と経験を十分持った専門家による遺伝カウンセリングが必須でしょう。

このように、出生前検査を取り巻く科学技術の進歩が転換点を迎えた今だからこそ、遺伝カウンセリングに対する医師、患者双方の認識を深め、産婦人科医療の中にその文化を浸透させていくことが重要となります。進歩する産婦人科の医療技術について、公平で正しくかつ十分な情報が提供され、検査を受ける妊婦が十分な理解の下で自律的な判断を行えるよう、サポートする重要性は増しています。

**Answer...** NIPTは無侵襲であるため、一気に検査が広まる可能性を秘めています。しかし、出生前検査の結果は、両親に重大な選択を迫る可能性があるものです。受検前に、妊婦が正しい情報を基に検査内容を理解し、自律的に希望した場合のみ検査は行われるべきで、その判断をサポートするのが遺伝カウンセリングです。この検査の登場を契機に国内の遺伝カウンセリング体制を整備すべきとの意見が出されています。

**もう一言** 今後、NIPTは、胎児染色体の数的異常の検出から、染色体の微小欠失や重複などの検出、単一遺伝子病の検出まで大きく広がるのが予想されます。広汎な出生前検査が臨床の場で利用できるようになる前に、遺伝カウンセリング体制を整備する必要があります。本検査の開始を契機に、日本全国で周産期の遺伝カウンセリング体制が整備されることを期待しています。

文献  
1) Genet Med. 2012. [PMID: 22281937]

### ● 表 出生前検査の一覧

検査の種類		検査の目的	検査の特徴
非侵襲検査	超音波検査	形態異常検査	胎児の形態的变化等を評価する
		染色体疾患の可能性評価	非確定的/結果は確率で示される/偽陽性率が高い
	母体血清マーカー検査	染色体疾患の可能性評価	非確定的/結果は確率で示される/偽陽性率が高い
	母体血胎児染色体検査 (無侵襲的出生前遺伝学的検査)	染色体疾患の可能性評価	非確定的/結果は陽性・陰性で示される/偽陽性率が低い/検査可能疾患が13・18・21トリソミーに限定される
侵襲検査	羊水染色体検査 絨毛染色体検査	染色体診断 遺伝子診断	確定診断が可能/検査による流産リスクを伴う/広範囲の診断 (マイクロアレイや遺伝性疾患) に応用できる

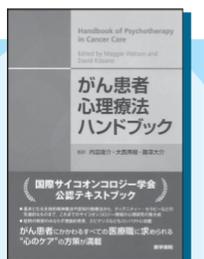
### がん患者への心理療法研究の集大成

## がん患者心理療法ハンドブック

Handbook of Psychotherapy in Cancer Care

国際サイコオンコロジー学会の承認を受けた、がん患者への心理療法テキストブックの邦訳。過去20年間のサイコオンコロジー領域における心理療法の集大成であり、21の精神療法が収載されている。症例の解説のみならず理論的背景、エビデンスなどもコンパクトにまとめられ、臨床腫瘍医、がん看護師のみならず、臨床心理士が現場でどう介入を上げていくかの示唆が満載。

監訳 内富庸介  
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科教授・精神神経病態学教室  
大西秀樹  
埼玉医科大学国際医療センター教授・精神腫瘍科  
藤澤大介  
国立がん医療研究センター東病院・精神腫瘍科医長



### 想像を超えるSHDインターベンションの可能性

## SHDインターベンション コンプリートテキスト

Structural Heart Disease Interventions

本書は、ハート・チーム、ハイブリッド治療室など環境的な整備、疾患を理解するための解剖・病態生理・画像診断など基礎知識を踏まえたうえで、卵円孔閉鎖、心房/心室中隔欠損などの先天性心疾患の閉鎖療法、経カテーテル大動脈弁植込み術 (TAVI/TAVR)、僧帽弁狭窄症/僧帽弁閉鎖不全症のカテーテル治療について詳しく解説。臨床応用が進む欧米における最新、最高のテクニックがこの1冊にまとまっている。

編集 ジョン D. キャロル  
ジョン G. ウェブ  
監訳 ストラクチャークラブ・ジャパン



続 アメロカ医療の 光と影

第250回

米医師会 肥満に対する新姿勢

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

米国において肥満が公衆衛生上の最大問題であることはこれまで何度も述べてきた。CDC(米疾病予防管理センター)によると、現時点で肥満者(BMI≧30)は米国民の35.7%を占め、肥満関連の医療費支出も1年当たり1470億ドル(約14兆円)に上ると見積もられている。

70年代前半まで、米国の肥満率は約15%のレベルでほぼ安定していた。米国社会が急速に肥満化したのは70年代後半以降の現象(註)なのであるが、医療界は決して肥満の急増に手をこまねいてきたわけではなかった。「摂食量を減らして運動量を増やせ」とする「お説教」を、十年一日のごとく患者にし続けたのである。しかし、お説教が効果を上げることはなく、米国の肥満率は30年の間に2倍以上に増えてしまった。これまでと同じ方法を漫然と繰り返すだけでは社会の肥満化は防げないとする危機感が医療界に広まったゆえんである。

肥満を独立の疾患に「格上げ」

6月18日、「肥満に対するやり方を改めなければならない」とする医療界の危機感を如実に示す事件が起こった。米医師会代議員総会が「肥満は(独立の)疾患であり、その治療・予防には独自の対処が必要である」とする決議を採択したのである。これまで、肥満は、ややもすると糖尿病や虚血性心疾患等のリスク・ファクターとしか認識されてこなかったことに対し、独立の疾患に「格上げ」することで、対策を強化する姿勢が鮮明にされたのである。

しかし、今回の決議はすんなり代議員総会を通ったわけではなかった。総会に先立って、米医師会は「肥満を疾患として扱うべきか否か」について「科学公衆衛生専門委員会」の諮問を仰いだのであるが、同委員会は「BMIで肥満を定義するやり方では科学的に問題があり、疾患とみなすのは適切ではない」とする決定を下していた。代議員総会は、専門委員会の諮問を覆す形で、「肥満は疾患」とする決議を採択したのである。

専門委員会の決定を覆すに当たって強力な運動を繰り広げたのは、米臨床内分泌学会および米心臓病学会の医師たちだったとされている。2型糖尿病や虚血性心疾患等、臨床の場で、肥満がもたらす重大な結果と毎日向き合っている医師たちが、「肥満に対する医療界の姿勢を改めなければならない」と、今回の決議採択を推進したのである。

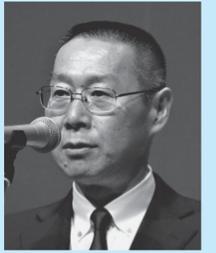
狙いは医療界にはびこる 古い認識の打破

今回の決議採択が実質的效果をもたらすのか、それとも象徴的意義にとどまるのかについては、今後の推移を待たなければならないが、少なくとも、決議採択を推進した医師たちは、疾患に格上げすることで、肥満治療についての保険給付を拡大させる効果を狙ったといわれている。現在、肥満治療の保険適用については保険者によって大きな差があり、例えば、低所得者用公的保険のメディケイドにおいて、栄養指導・内科治療・外科治療の3つ全てに保険適用を認めている州は8州にとどまっている。

保険適用の拡大もさることながら、今回の決議採択の最大の目的は、医療界にはびこる「肥満は生活習慣の問題」とする古い認識を打破することにあったと言われている。というのも、肥満の病態生理についての理解が進むと

第14回日本言語聴覚学会開催

第14回日本言語聴覚学会が、6月28-29日、さっぽろ芸術文化の館(札幌市)にて小橋透会長(北海道言語聴覚士会)のもと、「言語聴覚療法の可能性」をメインテーマに開催された。本紙では、言語聴覚士(以下、ST)の業務の多くを占め、社会の高齢化の進展に伴い、今後もいっそうニーズが増加するとみられる摂食・嚥下障害のケアに焦点を当てたシンポジウム「摂食嚥下(障害)のトピック」(座長=国際医療福祉大・柴本勇氏)のもようを紹介する。



●小橋透会長

◆言語聴覚士の専門性を活かした摂食・嚥下障害のケア

まず、病期・病態に応じた摂食・嚥下のリハビリテーションを提唱する歯科医師の野原幹司氏(阪大)が、原因疾患別に嚥下障害へのアプローチを解説した。例えば脳卒中の回復期では、「キュア」の視点で訓練を行えば右肩上がりの回復を見込めるが、維持期では、訓練による回復を期待するより、低下していく機能を支援する「ケア」の視点が必要となる。同様の視点は、患者の3-4割が嚥下障害をかかえる認知症や、神経変性疾患、老化による嚥下障害でも重要だという。神経変性疾患の一つ、パーキンソン病については、食後の低血圧、不顕性誤嚥、味覚・嗅覚の低下など、摂食・嚥下にかかわる疾患特異的な症候を提示。L-ドパ製剤服薬後に急激な軽快と増悪を繰り返す「on-off現象」にも触れ、軽快時に積極的な訓練を行う一方、増悪時の程度を観察し、把握するといった工夫が重要と話した。

続いてSTの苅安誠氏(鹿児島徳洲会病院)が、自験例から得られた嚥下障害の「推奨プラクティス」を紹介した。氏は嚥下機能評価時の造影・内視鏡検査の重要性や、機能を阻害する薬剤や環境要因の把握の必要性に触れ、頸部の可動域制限がある場合は、胸部CTにて頸椎症や骨棘の有無を確認すべきとした。また、全身状態の改善が嚥下能力も改善させること、口腔顔面・咽頭麻痺において集中的な発声・発語練習が基礎能力を高めることを提示。食道や胃内容物の逆流による誤嚥性肺炎についても注意喚起した。さらに、経管・経腸栄養を長期に行っている、口から食べられる可能性があれば再評価を試みるべきと主張した。

管理栄養士の飯野登志子氏(さくまの里)は、同施設で従前使用されていたゼラチンゼリーは飲み込みに時間がかかり、むせの原因になっていたと推測。加熱・冷却不要の「ミキサーゲル」を用いることで、経口摂取が「お楽しみ程度」だった胃ろう装着者も、昼食をゼリー食として摂取できるまでになったと話した。また、施設独自の嚥下評価表の作成や、食事時の声掛け、全職員による口腔ケアなどにより、経口摂取への思いが強い施設利用者や家族のためにおいしく食べてもらう工夫をしていると紹介。特別養護老人ホームには常駐する嚥下ケア関連職が少なく、嚥下食のノウハウを確立しにくいと、栄養士を中心としたより密な職種連携が求められると結論した。

総合討論では、STに求めることとして「嚥下の視点から投薬内容をチェックする」「造影や内視鏡検査を積極的にを行い、見逃しを防ぐ」「発声・発語と嚥下機能との関連を意識する」などが挙げられた。また、会場から質問のあった、認知症患者の食思不振へのアプローチとしては「一時的な経管栄養」「にの強いもの、昔からの好物を提供する」といった提案がされた。さらに、在宅医療の現場で嚥下障害を診断し、治療の方向性を示せる医師を養成する必要性にも話が及び、盛会のうちにシンポジウムは閉幕した。

もに、治療の困難さに対する認識が深まってきたからであり、例えば、生活習慣の改善によって体重減少に成功したとしても食欲調節ホルモン等の内分泌異常や代謝異常が持続することが明らかとなっている。

実際、今回の決議には、「肥満は疾患ではなく過食と運動不足という生活習慣を体現したものでしかないとする立場は、肺癌は喫煙という生活習慣に起因するのだから疾患ではないとする立場と変わらない」とする一文が入

られ、「肥満を生活習慣の問題で終わらせてはならない」というメッセージが、これ以上はないほど明瞭に述べられているのである。

註：興味深いことに、ここ30年、米国の肥満率は高果糖コーンシロップ(HFCS)の消費量とほぼパラレルに増えてきた。「HFCSの消費増を招いたのは穀類生産偏重の補助金政策であり、米社会が肥満化した根本の原因はその農業政策にあった」とする説が唱えられている。

メルマガ配信中
毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。
お申込みは医学書院ウェブサイトから。
医学界新聞メルマガ 検索

集中治療の「いま」を検証し、「これから」を提示する クォーターリー・マガジン
INTENSIVIST インテンシヴィスト 2013年 第3号発売
特集 神経集中治療
●季刊/年4回発行 ●A4変 200頁
●1部定価4,830円(本体4,600円+税5%)
●年間購読料18,480円(本体17,600円+税5%)
※年間購読は送料無料で、約4%の割引
目次
1. 神経集中治療の今後の展望：日本における神経集中治療のあるべき姿を考える
2. 神経学的所見と局在診断：Neuro ICUでの診療のポイント
3. 神経学的所見と画像診断：撮像法と脳解剖の知識をベースとした画像診断に向けて
4. ルーチンCT撮影は必要か?
4. 脳腫瘍・脳腫瘍の管理
5. 脳腫瘍内圧モニタリングと管理：脳腫瘍内圧への対処法
6. 脳腫瘍内圧モニタリングは予後に関連するの? 多施設 RCT を含む研究から浮かび上がる問題点
7. 脳腫瘍代謝のモニタリングの原理と妥当性：SjO2、NIRS、PbtO2の測定は転帰に影響するの?
8. 循環管理：血行動態のモニタリングとその評価
9. 脳圧管理における浸透圧利尿：ガイドラインでの推奨と使用薬物の特性
10. Triple H療法は過去の治療となつてしまったのか?
11. くも膜下出血の神経集中治療における落とし穴：stress-related cardiomyopathy syndromeを中心とする循環器系合併症
12. 日本における脳梗塞治療：日本発の薬物のエビデンス
13. 呼吸管理：神経集中治療に適用可能なエビデンスからの検討
8. 凝固障害・出血
【コラム】凝固障害：コントロールできない頭蓋内出血
【コラム】コントロールできない頭蓋内出血に対する rFVIIa 製剤の使用：適応外使用における有効性と安全性
【コラム】頭部外傷、出血性脳卒中などにおいて VTE 予防治療をいつ開始するの?：エビデンスから考える抗凝固療法の有効性と安全性
9. 体温管理：低体温療法はエビデンスに基づいているのか?
【コラム】低体温療法：最新のトピック：3rd Annual Therapeutic Hypothermia and Temperature Management: Current and Future に参加して
10. 脳脊髄液ドレナージの管理：感染の予防と抜去のタイミング
【コラム】NSICU で働くフェローの 1 日：日常業務から終末期・脳死への対応まで
【コラム】Neuro ICU で働くフェローの 1 日：Pittsburgh 大学 Neuro ICU の 1 日と終末期・脳死への対応について
「特集 神経集中治療」解説：神経集中治療のための必須知識
2009年 第1号:ARDS 第2号: Sepsis 第3号: AKI 第4号: 不整脈
2010年 重症感染症 CRRT 外傷 急性心不全
2011年 Infection Control モニター 栄養療法 急性肺炎
2012年 End-of-life 術後管理 PICU 呼吸器離脱
2013年(予定) 急性冠症候群 ECMO 神経集中治療 急性呼吸不全(10月発売)
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 FAX 03-5804-6055 http://www.medsi.co.jp E-mail info@medsi.co.jp

100名を超える執筆陣が提示する、初の「リハビリテーション指針」
今日のリハビリテーション指針
TODAY'S THERAPY IN REHABILITATION
編集 伊藤利之 横浜市総合リハビリテーションセンター・顧問
江藤文夫 国立障害者リハビリテーションセンター・顧問
木村彰男 慶應義塾大学教授・リハビリテーション医学・医工連携
編集協力 上月正博・仲泊 聡・田内 光・清水康夫
今日のリハビリテーション指針
人気の治療年鑑『今日の治療指針』のリハビリテーション版がついに登場。リハビリテーションの領域で問題となる疾患や障害に対する「リハ処方」をまとめた初のリハビリテーション指針。評価や技法が異なるレベルで抽出された240の項目に対し、100名を超える経験豊富な執筆陣が典型的かつ汎用性が高い方策を提示する。リハビリテーションにかかわるすべての医療者がクイックレファレンスとして活用できる1冊。
●A5 頁624 2013年 定価9,450円(本体9,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01690-2]
医学書院

# Medical Library

書評・新刊案内

## 神経診断学を学ぶ人のために 第2版

柴崎 浩 ● 著

B5・頁400  
定価8,925円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01632-2

神経学の魅力は多くの人々が述べておられます。その魅力の一つには無限に広がる脳科学の世界につながる臨床分野であることもあげられますが、何と云ってもシャーロック・ホームズの世界に入り込んだような緻密な観察と論理的な推論を行いながら、難解な神経疾患に診断を下す面白さにあるのではないのでしょうか。

その神経診断の魅力を徹頭徹尾追求した書籍、柴崎浩著『神経診断学を学ぶ人のために 第2版』が、この度出版されました。柴崎先生は私が神経学を学び始めたころにその基礎から臨床のすべてを教えていただいた先生であり、また世の中に walking dictionary といわれる人物の存在を初めて認識させられた先生でもあります。まさに私の神経学の師と敬う先生であります。

神経学の教科書は世界にあまたありますが、その多くは疾患単位に分類されていてそれぞれの疾患の症候、検査、治療の解説が書かれているものであったり、あるいは大脳・小脳・脳幹・脊髄というように神経解剖ごとに疾患を羅列してそれらの診療情報を記載したものであったり、また個々の代表的な神経症候学を詳しく述べたものがほとんどであります。本書においては、実際の臨床現場に立ったとき、患者から症状をいかに聴取し、それに関連した神経学的診察をいかにに行い、そこから得られる神経症候をいかに観察し推測し、それらをいかに合理的な神経診断につなげていくかが具体的に解説されています。このような教科書が一人の著者において書かれたことは大変貴重なものと考えます。

本書の診断に至るまでの基本となる考え方は3 step diagnosis であります。診断にかかわる事柄を混然と考えるのではなく、まず最初に第1ステップとして解剖学的診断、すなわち病変部位診断を専ら考え、次に考えを切り替え第2ステップとして病因診断を検討

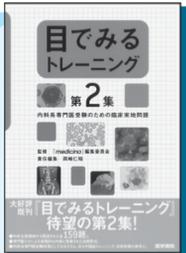
@igakukaishinbun

専門医たちが吟味を重ねた実践的臨床トレーニング、待望の第2集!

## 目でみるトレーニング 第2集 内科系専門医受験のための臨床実地問題

内科医のプロフェッショナルをめざす読者に評価の高い『目でみるトレーニング』に、待望の第2集が登場! 「目でみる」臨床所見を手がかりとする、内科臨床問題159題を収録。専門医たちが吟味を重ねた実践的な内容と、洗練された出題形式で、さらなる地固めを。そして次の一歩へ! 内科系専門医試験対策としてはもちろん、日々の臨床トレーニング、日常診療の参考にも。

監修 『medicina』編集委員会  
責任編集 岡崎仁昭  
自治医科大学教授・医学教育センター



B5 頁368 2013年 定価6,300円(本体6,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01761-9]

医学書院

## MDアンダーソン サイコソーシャル・オンコロジー

大中 俊宏, 岸本 寛史 ● 監訳  
James D. Duffy, Alan D. Valentine ● 編集

B5・頁424  
定価8,190円(税5%込) MEDSI  
http://www.medsj.co.jp/

評者 佐々木 常雄  
都立駒込病院名誉院長

本書は M. D. Anderson Cancer Center に所属する医師、医療者などが中心となって執筆された、がん患者における心の問題についての医療者の対応マニュアルを翻訳した書籍である。精神症状の評価・対応からコミュニケーション、家族と文化、統合医療、さらには医療者のストレスにまで多方面に及び記載されている。

米国におけるがん患者の心を中心とした問題に対する考え方、治療法を知る上では、とても有用であり、各分野の基本的な、そして最新の知識が満載されている。

例えば、レジリエンス(立ち直り)、薬物の乱用、ボディ・イメージ、さらには補完統合医療では鍼療法へのアクセスなどが興味深かった。しかし、章によっては単に形式的な記載のみの所もあった。

日本における医療とまったく同様であることを知る場面もあるが、違うことを感じる場面も多数みられる。例えば、私の外来には、主治医から「あと3か月の命と教えてください」と言われ、涙を流しながらセカンド・オピニオンとして来られる患者が絶えない。本書では、予後の告知について、具体的な数字ではなく、月単位、年単

位といった、ほかした告げ方を勧める記載がある。このような考え方を参考とすべきであると痛感する。

その一方で、注意していただきたいのは、日本における心の緩和ケアを、すべて本書を目標にして考えるべきということではないという点である。米国と日本とでは歴史、文化、死生観、宗教観、さらには保険制度などたくさんの違いがある。

日本における、日本人のための緩和医療の確立のためにも、本書を教科書としてそのまま手本とするのではなく、日常診療において、どこが同じで、どこが

違っているか、一歩、間をおいて読んでいただきたいと思います。

国内では、2012年6月に第2次のがん対策推進基本計画として、これから5年間の目標が示された中に、「これまで重点的課題として取り組まれてきた緩和ケアについては、精神心理的な痛みに対するケアが十分でなかった」との記載がある。次回、2017年に改定される予定の第3次の基本計画では、心のケアが進んでいる記載となるよう望みたい。

そのためにも、ぜひ本書を大いに利用して勉強していただきたい。

## がん患者の精神心理的な痛みのケアをどう考えるか



## 在宅ケアのはぐくむ力

秋山 正子 ● 著

B6・頁196  
定価1,470円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01710-7

評者 佐藤 元美  
一関市国保藤沢病院・病院事業管理者

たまたまののだが、中島みゆきの「帰れない者たちへ」を聴きながら本書を

## 医師・医学生にすすめたい 「帰れない者たち」の新たな地平

読んでいたら、ちょっと涙ぐんでしまった。この曲は松本清張原作のテレビドラマ『けものみち』の主題歌であった。帰れないのは施設や病院から帰れないのではない。それは知っていても、帰れない者たちの悲哀は共通している。何に、どこに帰れないのか。故郷へ、職場へ、家庭へ、地域へ帰れない者の悲しみである。普通に暮らすことを断念したつらさである。

私は、岩手県一関市藤沢町で医療だけでなく予防から医療、そして介護からみとりまでを担当する幸運を得ている。そうしてみるとこれまで見えな

ったことが見えるようになった。人は暮らす動物である。裸では生きていけないから、服を着るように、一人では生きていけないから、家庭や地域に守られて生きていくのが人間だ。暮らしを失ってからの長い命を大方の人々は恐れている。

著者の秋山さんは訪問看護を通して、医療やケアの意味を開拓してきた。日本のマギーズセンターと呼ばれる「暮らしの保健室」はその成果の一つである。高齢化の進む都心の団地、その周辺には東京女子医大病院や国立国際医療センター、東京医大病院など日本を代表する高機能病院が林立している。しかしそれでも、あるいはそれ

まずは予後予測を立ててみよう!

## 脳卒中機能評価・予後予測マニュアル

脳卒中の機能予後予測は、リハビリのゴール設定や入院治療期間の設定に極めて重要である。本書は、リハビリに携わる医師ならびに療法士に向けて、まず予後予測のために必要となる機能評価法について解説、それを踏まえてより実践的な予後予測ができるように、従来から最新の予後予測法に至るまで幅広く取り上げた。また代表的な症例を通して、具体的な臨床応用の実例を紹介。常に予後予測が求められるリハビリスタッフ必見の書。

編集 道免和久  
兵庫医科大学・リハビリテーション医学教室  
主任教授



B5 頁288 2013年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01759-6]

医学書院

## 乳腺外科手術アトラス

V・スザンヌ・クリムバーグ●編  
野口昌邦●訳

A4・頁456  
定価18,900円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01649-0

評者 井本 滋

杏林大教授・医学部付属病院乳腺外科

「乳癌の外科治療の世界で、オピニオンリーダーである日本人は誰か？」

それは、Klimberg先生編集の『Atlas of Breast Surgical Techniques』を訳された野口昌邦先生である。

今回、このような書評の機会を与えられ大変光栄であると同時に、Memorial Sloan-KetteringがんセンターのMorrow先生をはじめ、世界中に親友がおられる野口先生をうらやましく思いつつも、先生ならではの訳書と感服した次第である。

乳癌は手術、薬物、放射線を組み合わせた集学的治療の時代にある。治療の潮流は、乳癌の生物学的特性に基づいた薬物治療にある。しかし、手術が決しておろそかになることはない。

むしろ、多様な外科的治療法が選択される時代となり、外科系の乳腺専門医は日々修練を積み重ねなければならない。本書は、現代の乳腺外科手術を網羅的かつ系統的に解説している。しかも、第8章「アイソトープによる潜在性病変の同定」、第9章「凍結補助下の腫瘍摘出術」、第23章「MammoSite®と他の短期放射線照射機器」など、日本でも今後導入が期待される領域について詳細かつ明瞭に記載されており、初学者のみならず第一線の専門家においても新鮮な情報に満ちている。

本書はビジュアル的に大変見やすくなりやすい。イラストを多用している一方、実際の写真も過不足なく配置され、見る者を飽きさせない。一度、

「だからさまざまな問題の解決は高度医療に期待され、急性期医療に適さない問題は未解決のまま、“暮らせない人々、帰れない者たち”がつくられてしまう。本書では、かかりつけ医のパワーや訪問看護ステーションの力、さらに暮らすこと自体から育まれる不思議なマジックにより、再び人々が暮らしを取り戻す奇跡の物語がつづられている。柔らかなタッチ、やさしい語り口であるが、ここで指摘されているのは、やはり生活や暮らしを知らず、あるいは軽視して勉強と仕事にだけ専念してきた医師と医師が担う医療の在り方だと思ふ。

こう考えると「帰れない者たち」とは、実は生活すること、暮らすことを知らず、あるいは軽視している医師たちをも指すのではないだろうか。病む人々に役立ちたいと初心を抱いて医師の道をめざして、そのために失ったこ

### 新時代にふさわしい、標準的な乳腺外科手術のバイブル



手に取ってどのページでも開いていたきたい。見開きの右ページにイラストや写真と短いコメントがあり、左ページに文章で手技に関するエッセ

ンスが記載されている。さらに、所々に挿入されている「memo」は日本と海外での考え方の比較や、野口先生の経験に基づくアドバイスがちりばめられており、本文に加えてぜひ味わっていただきたい要所である。さすれば、この手術アトラスを眺めているだけで、すぐにやってみてできそうな感覚に陥ること間違いなしである。

さて、評者は不器用である。手術はとかく

難度が高く、神の手と呼ばれる高みをめざしたいと願う外科医も多い。医学生時代に先輩に「内科は俊才の墓場だしとてついていけないが、不器用でも外科医になれますか？」と聞いたところ、「標準術式は修練によってできるようになるから心配要らない」と言われて外科を志望した。そして外科医として四半世紀が経った今、乳房全摘・郭清から一変し、乳癌外科治療は根治性を担保しつつ、かつ整容性や機能性を追求する時代になった。Klimberg先生、野口先生の序文にあるように、乳腺の外科手術ほど日進月歩の癌領域は少ないかも知れない。本書は、新しい時代にふさわしい標準的な乳腺外科手術のバイブルとして必携の書である。

との大きさに今立ち止まり、途方に暮れるのだ。暮らしから遠い、あるいは暮らしと両立しない命を生み出し、必死で支えているからだ。

私たち医師は、頑張ると燃え尽きる構造の中に放り込まれている。本書は、医療や介護の意味が大きく転換する混沌とした時代を、訪問看護でお世話する一人ひとりを通してだけでなく、全国で訪問看護に挑戦する看護師との交流を通して、声高な主張ではなく、胸を打つ叙事詩で描き訴えている。

看護師だけでなく、すべての医学生、医師にこの書を薦めたい。私たちの仕事は頑張ることが重要なのではなく、成果を挙げることが、人の役に立つことが重要だ。人の役に立つ、特に病む人の役に立つとは何か、これを考えずには医療は一步も進まない。秋山ワールドに広がる地平を見て欲しい。

## 決められない患者たち

Jerome Groopman, Pamela Hartzband●原著  
堀内志奈●訳

四六判・頁396  
定価3,360円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01737-4

評者 日野原 重明

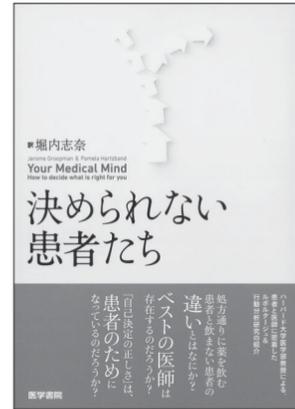
聖路加国際病院理事長

今般医学書院から、アメリカでベストセラー作家といわれてきたJerome Groopman医師とPamela Hartzband医師合作の“Your Medical Mind: How to decide what is right for you”という著書が、札医大卒業後米国留学の経験をもつ堀内志奈医師によって日本語に訳され、『決められない患者たち』という邦題で出版された。

これはハーバード大医学部教授と、イスラエル病院に勤務する医師の二人が、患者とその主治医に密着して得た情報を行動分析して、一般読者にわかりやすく書かれた本である。

何が本当に病む患者のために良いのか。『決められない患者たち』と和訳された原書のタイトルは“Your Medi-

### 「患者にとってよいこととは?」をハーバード大学の教授らが分析



cal Mind: How to decide what is right for you”となっている。「何が本当に自分にとってよいのか」に迷っている患者の側に立った本として

すばらしい本だと思います。私はこの書を推薦する次第である。

患者の持つProblemを有効に解くための手段が果たして患者のためになっているのか、医師の指示通りに薬を服用すればよいのか、それは無駄なのかなど、迷っている患者の心情をととてもよく理解し、感心してしまうほどのデータを出して分析しているのがこの本といえよう。

病気にいつかかるかわからない自分や自分の親しい家族に「病気は人間の属性である」といみじくもニーチェが言った。まさにその内容を知らせてくれる名著だと思う。

## 標準臨床検査医学 第4版

高木 康, 山田 俊幸●編

B5・頁456  
定価6,825円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01600-1

評者 北村 聖

東大医学教育国際協力研究センター教授

臨床検査は、現代医療において診断や経過観察になくてはならないものである。もちろん医療面接・病歴や身体診察から診断は始まるが、ひとわり診察した上で、臨床推論を働かせ考えるのは鑑別診断と同時に、次の検査計画である。その

意味で、臨床検査は医療面接、身体診察と並んで最も重要な診断情報である。しかしながら臨床検査に関しては、医学卒前教育の中で決して十分な教育がなされているわけではなく、むしろ診療各科の教育の中で臨床検査各論が断片的に教育されていることが多い。

臨床検査医学は臨床の基盤との考えの下、最初に総論を中心にしっかりと考え方を学ぶべきと信じている。医学教育モデル・コア・カリキュラムや国家試験出題基準には、EBMの基本として、感度・特異度や尤度比や検査後確率の考えなどが掲げられている。このような状況の中で、最も標準的な教科書として『標準臨床検査医学』が版を新たにすることは本当に喜ばしいことである。最新の知見を取り入れることはもとより、編集の上で多くの新たな試みも加えられている。中でも、各編冒頭にある「構成マップ」が有用

### 検査を基本から解き明かす 初学者に最適なテキスト

と思う。広範な臨床検査の世界をビジュアルに整理して学習の立ち位置を明確にしてくれる。さらに巻末には昭和と自治医大の臨床検査の臨床実習プログラム例が紹介されており、座学のみならず、臨床実習においても本書が有効に用いられることが想定されている。

近年、臨床検査の書籍が世に多い中、本書は徹底的に初学者向けに編集されている。単に検査項目の解説と基準範囲を示しているのではなく、「全体の理解を助けるために」や「〇〇とは」という導入項目を設けて、基本的な事項から解き明かしてある。また、図表も単純化され、必要なことが一目瞭然にわかるようになってきている。これらの特徴を考えると、本書は医学生のみならず、看護やその他コメディカルの学生、あるいは若手看護師、コメディカルスタッフが臨床検査医学を学ぶ際にも、最適の書と思われる。

医療面接情報と、身体診察情報に加えて臨床検査情報と画像情報が現代の医療には必須であり、本書を通じてその一つの柱である臨床検査の達人になっていただきたい。

現代社会で活躍する精神科医必携の書、ついに完成!

## 大うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン

日本うつ病学会のうつ病治療ガイドラインが待望の書籍化。重症度別にエビデンスに基づく推奨治療法を提示するのはもちろん、診察の進め方や鑑別診断などについても解説するなど、うつ病診療に関する幅広い内容を取り上げている。また昨今ますます関心が高まっている双極性障害の治療ガイドラインおよび双極性障害患者への説明用資料も収載しており、まさに今日の精神科臨床に必要不可欠な1冊。

監修 日本うつ病学会  
編集 気分障害の治療ガイドライン作成委員会

大うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン

うつ病学会作成の治療指針、待望の書籍化!

B5 頁152 2013年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01783-1]

医学書院

原理・原則を知れば、よりよい対策ができる

## 感染予防,そしてコントロールのマニュアル

すべてのICTのために  
Manual of Infection Prevention and Control, 3rd Edition

▶ 感染制御の原理・原則をわかりやすく解説したテキスト。感染制御の用語に始まり、基本概念、疫学・統計、消毒・殺菌、手の衛生、抗菌薬、さまざまな感染症についてなど、全20章で構成。ICTのメンバーが知りたい基本的な内容をバランスよく網羅、単著にして読みやすい。感染対策に携わる医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師必携の書。

監修 岩田健太郎  
神戸大学大学院医学系研究科・医学部微生物感染症学講座感染治療学分野教授  
監訳 岡秀昭  
関東労災病院感染治療管理部長  
定価4,725円(本体4,500円+税5%)  
A5変 頁400 図43 2013年  
ISBN978-4-89592-746-8

MDSI 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  
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsj.co.jp

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



# 今日の診療 プレミアム Vol.23

## DVD-ROM for Windows



**DVD-ROM版 2013年**  
価格81,900円(本体78,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01802-9]  
消費税変更の場合、上記価格は税率の差額分変更になります。

### 1 医学書院のベストセラー書籍14冊、約90,000件の収録項目から一括検索

『今日の救急治療指針 第2版』『今日の精神疾患治療指針』『急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版』の3冊を新規収録。また、書籍の改訂に伴い、『今日の診療指針 2013年版』『臨床検査データブック 2013-2014』『治療薬マニュアル 2013』の3冊について、最新のデータを収録しました。

### 2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

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

### 3 高速検索エンジンで快適な操作。登録語マーカーで記録が残せます。

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

- 高機能な治療薬検索 「薬品名」「適応症」「副作用」「薬効分類」「製薬会社名」「禁忌」のそれぞれの項目による条件検索が可能。
- 登録語マーカー 本文の一部にマーカーを引き、コメントをつけることができる機能です。また、登録された語をリスト表示して、その中から選んで表示させることもできます。
- より使いやすく ご要望が多かった、文字のサイズを調整する機能や、本文タブをワンタッチで閉じる機能、壁紙機能、小見出しリストをデフォルトで表示するなどの改良を行いました。



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

## 今日の診療 ベーシック Vol.23

DVD-ROM 版 2013年  
価格 61,950円(本体59,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01800-5]

### 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 2013年版 Update  
下記の付録を除く全頁を収録(臨床検査データ一覧、新薬、医薬品等安全性情報)
- ② 今日の診療指針 2012年版  
口絵・付録を除く全頁を収録
- ③ 今日の診断指針 第6版  
付録を除く全頁を収録
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
- 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 New
- ⑦ 臨床検査データブック 2013-2014 Update  
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2013 Update  
付録の一部を除く全頁を収録

プレミアムにのみ収録

- 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 New
- 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 New
- ⑭ 医学書院 医学大辞典 第2版

\*書籍とは一部異なる部分があります

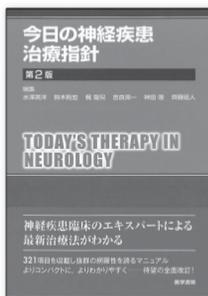
抜群の網羅性を誇る神経疾患臨床書、「よりコンパクトに、わかりやすく」全面改訂!

## 今日の神経疾患治療指針 第2版

編集

水澤英洋・鈴木則宏・梶 龍児・吉良潤一・神田 隆・齊藤延人

「今日の診療指針」シリーズの神経疾患版が「よりコンパクトに、わかりやすく」なって全面改訂。総論として「症候と鑑別診断」「治療総論」の章を新設。日常診療で遭遇するものから希少なまでの疾患各論では、病態、症候、検査、診断など臨床の流れをつかみながら、処方例を含む具体的な治療指針がわかる。全321項目で網羅性は抜群。神経内科医、脳神経外科医のほか一般内科医も手元に置いておきたい1冊。



●A5 頁1136  
2013年  
定価15,750円  
(本体15,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01621-6]

354項目、300名を超える循環器専門医が執筆

## 今日の循環器疾患治療指針 第3版

編集 井上 博・許 俊鋭・檜垣実男・代田浩之・筒井裕之

全科版である『今日の診療指針』よりも、循環器に特化した待望の改訂版。循環器に関するより詳しい解説(病態、診断、治療、患者指導など)を意図した、現時点での標準的な診療を具体的に解説する実践書。この1冊さえあれば臨床上の疑問点について必ずなんらかの情報がたどりつけるリファレンスブック。



●A5 頁968 2013年 定価13,650円(本体13,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01472-4]

### 2013年8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。下記定価は冊子版の一部定価、消費税5%を含んだ表示です。

医学書院発行

公衆衛生	9月号	Vol.77 No.9 一部定価2,520円	衛生行政を担う人材 —獣医師・薬剤師	臨床外科	9月号	Vol.68 No.9 一部定価2,730円	大腸癌腹膜播種を極める —最近の進歩と今後の展望
medicina	8月号	Vol.50 No.8 一部定価2,625円	今日から役立つ 高血圧診療のノウハウ	臨床婦人科産科	9月号	Vol.67 No.9 一部定価2,835円	脳性麻痺—発症防止への挑戦
JIM	8月号	Vol.23 No.8 一部定価2,310円	完全解説 ロコモティブシンドローム	臨床眼科	8月号	Vol.67 No.8 一部定価2,940円	第66回日本臨床眼科学会講演集(6)
呼吸と循環	9月号	Vol.61 No.9 一部定価2,835円	末梢動脈疾患	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	9月号	Vol.85 No.10 一部定価2,730円	①院内感染を防ぐ—基本的知識と対策 ②知っておきたい消化管疾患の知識 —専門医の診方・治し方
胃と腸	8月号	Vol.48 No.9 一部定価3,150円	食道表在癌治療の最先端	総合リハビリテーション	8月号	Vol.41 No.8 一部定価2,310円	障害児者に関わる法制度改革の動向
BRAIN and NERVE	8月号	Vol.65 No.8 一部定価2,835円	こころの時間学 —現在・過去・未来の起源を求めて	理学療法ジャーナル	8月号	Vol.47 No.8 一部定価1,890円	物理療法の再興
精神医学	8月号	Vol.55 No.8 一部定価2,730円	職場のメンタルヘルスと復職支援: その効果的な利用のために	臨床検査	9月号	Vol.57 No.9 一部定価2,310円	肺癌診断update / 日常検査から見える病態—生化学検査①
				病院	8月号	Vol.72 No.8 一部定価3,045円	なぜ今、医療基本法なのか



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