

2011年9月19日

第2945号

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

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] 小児在宅医療の普及に向けて (田村正徳, 前田浩利, 及川郁子)…… 1—3面
- [連載] 医療統計学講座…… 4面
- [連載] 続・アメリカ医療の光と影/第81回日本消化器内視鏡学会…… 5面
- MEDICAL LIBRARY…… 6—7面

座談会

小児在宅医療の普及に向けて 今こそ医療のパラダイムシフトを



田村 正徳氏
埼玉医科大学総合医療センター
小児科教授

前田 浩利氏=司会
子ども在宅クリニック
あおぞら診療所墨田院長

及川 郁子氏
聖路加看護大学教授・小児
看護学

NICUの病床不足が叫ばれるなか、満床解消の一方案として、NICUに長期入院する乳幼児の療育施設への転院や自宅への退院が推進されている。2010年度には地域療育支援施設運営事業、日中一時支援事業、地域療育支援施設設備整備事業が新設された。

NICUで新生児の救命・治療に当たる田村正徳氏、小児在宅医療の先駆者である前田浩利氏、小児の在宅ケアシステムの構築をめざす及川郁子氏は、ともに「自宅で過ごすことは、子どもにとっても幸せなこと」と語る。しかし、小児在宅療養を支える基盤はあまりに脆弱であり、家族に大きな負担を強いているとも訴える。本座談会では、高度な医療的ケアを必要とする小児によりよい療養環境を提供するために必要な医療資源について、議論していただいた。

前田 近年、小児在宅医療への関心が高まりつつあります。その背景として、医療に依存して生存する重症児が急激に増加し、さらに彼らが長期入院を余儀なくされることによってNICUの慢性的な病床不足、小児専門病院の機能不全が生じていることが挙げられます。つまり必要な医療やケアを受けることのできない子どもたちが出てきているわけです。田村先生はNICUに勤務するお立場から、この問題について深く関心を寄せていらっしゃるんですね。

田村 私が小児在宅医療について考えるようになったきっかけは、母体搬送受け入れ困難事例が相次ぐなか、その主な原因がNICUの満床によるものと明らかになってきたことです。その実態を探るべく、私たちは、平成20—22年厚労科研「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」¹⁾において、重症新生児にとって適切な療養・療育環境をいかに提供していくか、長期入院児の動態調査を開始しました。その結果、増加傾向にあった長期入院児が2007年出生児から減少に転じていること、一方で、人工呼吸管理を要する状態で1年以内に退院する児が増加していることが明らかになったのです。

前田 人工呼吸器の装着が必要となるような重症児が減ったのではなく、そういう子どもたちが人工呼吸器を着け

たまま、どこかに押し出されているということですね。

田村 多くは自宅に転出しています。まさに在宅医療の対象となる子どもたちです。しかし実際には、彼らは十分な医療支援を受けることなく、家族の力だけで支えられている場合も少なくないことがわかってきました。

前田 これまで日本の小児医療は「救命すること」に力を注いできました。その一方で、救命後の子どもを支えることは置き去りにされてきたように思っています。今こそ大きなパラダイムシフトが求められているのではないのでしょうか。

退院を境に見えなくなる子どもたちのその後

前田 及川先生も長く小児在宅ケアの問題に取り組んでいらっしゃいます。重症児をめぐる現状をどのようにとらえていますか。

及川 私は小児の看護者として、病気がであろうとなかろうと、本来自宅で過ごすべきだと考えています。しかし、自宅に帰ってからの支援体制が整っていない現状をみると、保護者はNICUからただ追い出されているとしか思えないのではないかと危惧を覚えます。保護者が不安を抱えているままでは、子どもの安定を妨げることにもつ

ながりかねません。高度な医療的ケアが必要な重症児を自宅に帰す際には、医療機関が安心を保障することが必須と言えます。

前田 私は在宅医療に携わるなかで、生活と医療・福祉が共存する在宅医療においては、対象が広い看護師が非常に大きな力を発揮すると実感しています。小児看護では、在宅医療はどのように位置付けられていますか。

及川 NICUなど新生児医療施設に勤務する看護師は、重症児を自宅に帰すことへの意識が高くなったと感じます。在宅医療に関する情報を収集するだけでなく、家族の精神面にも配慮しながら自宅に帰るための支援を行えるようになってきました。日本小児看護学会でも、在宅医療をテーマとしたセッションや発表が増えてきています。

ただ残念なことに、それは患児を送り出す病院側の動きであって、そこからどのように地域につながっているかに目を向けると、どうも退院の時点で途切れている印象が強いのです。

田村 私もこの数年間、まさに同じことを感じています。私たちの研究班では、重度の障害があり長期に呼吸管理が必要となりそうな小児に対してはキュア(cure)よりもケア(care)が重要という認識から、一昨年「NICU入院中からの長期入院児在宅医療に向けたスタッフおよび家族への意識づけガイ

ドライン」を作成しました。全国の総合周産期母子医療センター78施設に送付したところ、特にNICUに勤務する看護師は、NICUが小児にとって必ずしも最適な環境でないこと、だからこそ自宅あるいは療育施設へ転出するために早い段階からの家族への意識付けが重要であることを、非常によく理解していました。しかし、退院後のケアの支援となると、時間的にもマンパワー的にも余力がないのが現状です。

前田 意識を持っていても余裕がないんですね。それに加え、連携したいと思っても、ほとんどの病院は連携先を見つけられないのではないのでしょうか。在宅医、訪問看護師、理学療法士、ヘルパー、何もかもが圧倒的に足りないのです。

なぜ在宅医療資源が足りていないのか

前田 病院から在宅へと療養の場の移行が進むなかで、病院と地域の間の隔たりが、よりいっそう浮き彫りになってきました。在宅医療資源の不足がその大きな要因ですが、何が在宅医療資源の充実を妨げているのでしょうか。

田村 日本小児科学会認定指導医のいる地域小児中核病院(508施設)を対

(2面につづく)

9

September 2011

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。

総合診療・感染症科マニュアル

監修 八重樫牧人、岩田健太郎
編集 亀田総合病院
三五変型 頁464 定価2,625円
[ISBN978-4-260-00661-3]

ナラティブ・メディスン 物語能力が医療を変える

著 Rita Charon
訳 斎藤清二、岸本寛史、宮田靖志、山本和利
A5 頁400 定価3,675円
[ISBN978-4-260-01333-8]

婦人科がんの緩和ケア

編集 Sara Booth, Eduardo Bruera
監訳 後明郁男、中村隆文
翻訳 沈沢欣恵
A5 頁224 定価3,675円
[ISBN978-4-260-01120-4]

臨床薬理学 (第3版)

編集 日本臨床薬理学会
責任編集 中野重行、安原 一、中野真汎、小林真一、藤村昭夫
B5 頁464 定価8,400円
[ISBN978-4-260-01232-4]

〈神経心理学コレクション〉 精神医学再考 神経心理学の立場から

著 大東祥孝
シリーズ編集 山鳥 重、河村 満、池田 学
A5 頁208 定価3,570円
[ISBN978-4-260-01404-5]

乳幼児健診マニュアル (第4版)

編集 福岡地区小児科医会乳幼児保健委員会
B5 頁164 定価3,360円
[ISBN978-4-260-00877-8]

UNICEF/WHO 赤ちゃんとお母さんにやさしい 母乳育児支援ガイド アドバンス・コース

「母乳育児成功のための10カ条」の推進
訳 BFHI 2009 翻訳編集委員会
B5 頁456 定価7,980円
[ISBN978-4-260-01212-6]

多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル

篠田道子
B5 頁128 定価2,520円
[ISBN978-4-260-01347-5]

わたしがもういちど 看護師長をするなら

坂本すが
四六判 頁130 定価1,575円
[ISBN978-4-260-01478-6]

上記価格は、本体価格に税5%を加算した定価表示です。消費税率変更の場合、税率の差額分変更になります。

座談会 小児在宅医療の普及に向けて

(1面よりつづく)

象としたアンケート調査を2008年に行ったところ、「在宅医療中の慢性呼吸管理児の急性増悪時の受け入れ」について、165施設が「可能」、177施設が「条件付きで可能」と回答しました¹⁾。3分の2の施設から前向きな回答を得られたことは心強い結果と言えます。

前田 ただ一部の地域では、NICUから退院する重症児を在宅医が受け入れても、具合が悪くなったときの受け入れ先が見つかりにくい現実があります。そのことも、在宅医療の浸透を阻む大きな壁になっていると考えられます。

さらに、私が行った全国の在宅療養支援診療所、約1万2000施設を対象とした調査では、在宅療養支援診療所で小児在宅医療に積極的に取り組もうと考えている診療所が非常に少ないことが明らかになりました¹⁾。10人以上の小児を診た経験がある診療所は、わずか31施設にとどまったんです。

田村 小児を対象とする在宅療養支援診療所がまったく足りていないのですよね。

前田 重症児の絶対数が少ないこともその理由の一つではあると思います。それに加え、在宅療養支援診療所の医師の多くが成人を対象に診療している内科医なので、「小児は診たことがない」と言って断ります。もちろん「この地域は私が守る」という意識を持って受け入れてくださる先生方もいますが、

今後重要なのは、小児科医自身がどう在宅医療に取り組んでいくかだと思います。先日、在宅医療に取り組んでいる小児科の開業医の先生と、「小児科開業医が週に1回、午後を休診にして、往診に行っちゃえばいいんですよ」と話したのですが、その「行っちゃう」こと自体が、敷居が高いのかもしれない。経験がないという怖さが邪魔しているように思います。自分だけで在宅医療に携わるのが難しいので

あれば、成人を診ている在宅医と積極的にコラボレートしていくことが必要です。

在宅医療と在宅支援病棟、両輪の整備が必要

及川 訪問看護においても、全国約3500の訪問看護事業所のうち小児を受け入れたことがあるのは3—4割で、しかも年間1例という施設が全体の4—5割を占める状況です。しかし訪問看護師は小児の訪問看護を受けたくないわけではない。前田先生が指摘されたように、重症児の絶対数が少ないため採算がとれず、積極的に踏み込めないという事情があります。

しかも小児の場合は成人と違い、自宅に帰ってからも大学病院や小児専門病院の医師がそのまま主治医を務めることが多いんですね。そうすると、小児のケアについて相談や連絡をしたいと思っても、なかなか担当の医師がつかまらない、窓口や連絡方法が一本化されていない、などの理由で時間がかかり、訪問看護ステーションにとって大きな負担となってしまいます。

前田 小児在宅医療が抱える特殊な側面ですね。成人が在宅医療に移行する際は、超急性期、急性期、慢性期と段階的に自宅に帰ってきますし、紹介元の多くは地域中核病院です。また、かかりつけ医による主治医意見書がなければ介護保険を受けられないし、訪問看護の指示書も実際に往診を担う在宅医が書きますから、おのずと地域の医療資源とのかかわりが密になります。

一方、小児の場合は高度医療機関の特殊な病棟からいきなり自宅に帰ってきますし、訪問看護の指示書も往診を行わない高度医療機関の主治医が書く場合が多いのです。

及川 これでは重症児・家族と地域の往診医とのかかわりが緊急時などに限られてしまい、なかなかタッグを組むところまではいかないですね。

田村 現在、集中治療から在宅医療に移行する際に、小児と家族がより密に過ごし自宅療養への準備を行うことのできる在宅支援病棟の必要性も議論されています。しかし、先ほどお話しした地域小児中核病院対象の調査で「NICUで長期に呼吸管理されている児を在宅医療に移行するための準備として、自施設に転院させること



●前田浩利氏
1989年東京医歯大医学部卒。同大小児科、武蔵野赤十字病院、土浦協同病院などを経て、99年に学生時代からの仲間とともに、訪問診療に特化したあおぞら診療所を設立。2004年あおぞら診療所新松戸院長。11年4月に東京都墨田区に子ども在宅クリニックを開業、同院長を務める。あおぞら診療所は在宅医療を担う医療者の育成にも熱心に取り組んでおり、氏は現在東京医歯大臨床教授として、後進の指導に当たっている。



●及川郁子氏
1976年聖路加看護大卒。聖路加国際病院小児病棟・小児科外来を経て、86年より聖路加看護大に勤務し、現在に至る。小児看護の中でも特に、慢性疾患や障害のある子どもたちのケアについての研究や教育に取り組んでいる。小児の訪問看護には99年ごろよりかわり始め、調査研究や研修会などを開催しながら、小児の在宅ケアの普及に努めている。2010年より日本小児看護学会理事長を務める。

が可能か」と質問したところ、「可能」と答えた施設は54施設のみでした¹⁾。**前田** 多くの地域小児中核病院が、「呼吸管理されている重症児を一度受け入れると退院できなくなるのではないか」と考え、受け入れを躊躇しているのでしょうか。在宅医療を整備し、呼吸管理を行っている重症児が退院できる道筋が明確になれば、受け入れ施設は確実に増えると思います。つまり在宅医療の整備と在宅支援病棟の整備は車の両輪で、補完し合う関係と言えます。

支援の選択肢を増やす

田村 保護者に、もっと在宅医療の利点について知ってもらうことも重要です。

前田 以前行った、千葉県在住の就学前後の重症児とあおぞら診療所新松戸で在宅医療を提供している児の家族を対象にしたアンケート調査では、両者で基礎疾患や重症度は有意差がなかったにもかかわらず、前者は後者と比較し、訪問看護やヘルパーなどの社会資源を有効活用していないことが明らかになりました¹⁾。重症児は生まれたときから高度医療機関にかかっているこ

とが多いため、保護者が地域のリソースを知る機会がない。それが結果的に保護者が子どもを抱え込んでしまう要因とも考えられます。

及川 同感です。訪問看護ステーションから、小児の訪問看護の依頼を受けたことがないという声も多く聞きます。最近は病院と訪問看護ステーションが連携を強化し、適切な情報提供を行うよう努めています。退院前に保護者に対しさまざまな社会資源があることを伝え、ご家族に適した支援を自ら選べるように支援することが重要です。

行政もまだまだ認識不足のところがあって、保護者がヘルパーを依頼しても、「まだ子どもが小さいのだから、必要ないでしょう」と断られることも多々あるんですね。そうすると、助けを求めなくなってしまいます。

田村 おっしゃる通りです。相談機能とコーディネート機能の整備が急務と言えますね。2009年度「周産期医療体制整備指針」改正の際に、総合周産期母子医療センターへの「NICU入院児支援コーディネーター」の配置が求められましたが、実際には全国で11—12施設ほどにとどまっているのが現状です。

循環型支援システムの構築をめざす

前田 田村先生は、これまでお話ししてきた課題を克服すべくさまざまな実践を始めていらっしゃいますね。

田村 私が勤務している埼玉県は、病院勤務の小児科医が小児人口当たりでいちばん少ない地域です。産科医も分娩数当たりでいちばん少ないですし、病院勤務の看護師は2番目に少ない。NICUも必要数の約半分しかありません。

前田 過酷な環境ですね。
田村 医療資源に限られていても、NICUを転出した子どもたちが自宅で適切な医療を受けることができるように考えたのが、「長期入院児の循環型支援システム」(図)です。

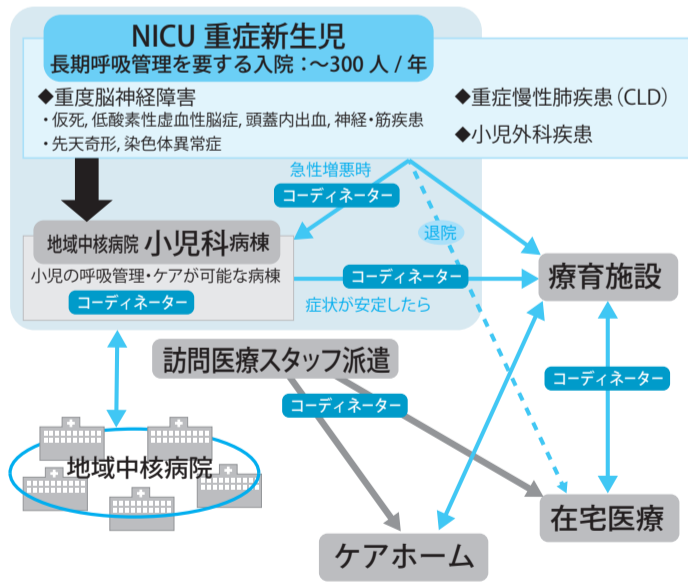
このシステムでは、コーディネーターを介して、地域中核病院小児科が新生児医療施設からの転出のための一時的受け入れと増悪時の一時的緊急入

院を分担し、病状が落ち着けば療育施設へ移動し、さらに安定すれば在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの協力を得ながら在宅医療へ移行することを想定しています。日ごろからそうしたつながりがあれば、療育施設や自宅で療養している小児が急性増悪した場合でも、小児科施設に一時的に転院するなど、連携もスムーズに進むのではないかと考えています。

前田 保護者、医療者双方にとって安心できるシステムですね。

田村 医療者にとっての安心を担保するもう一つの仕組みとして、埼玉県小児在宅医療支援研究会を今年5月に発足しました。第1回の会合には新生児医療施設、療育施設、クリニックなどから約60人の医師が参加したんです。

前田 すごいですね。
田村 私も驚きました(笑)。皆「何



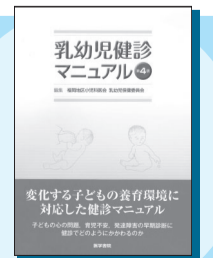
●図 長期入院時の循環型支援システム (平成20—22年厚労科研「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」より)

子どもの心、育児不安、発達障害…。新しい問題への解説も追加した改訂版。

乳幼児健診マニュアル 第4版

高い水準と活発な活動で全国的に有名な、福岡地区小児科医会による好善の改訂版。本書1冊でひとりの健診を実施できる内容となっている。今版では子どもの心の問題、育児不安、発達障害に関する解説も追加。随所に配されたコラムでは乳幼児をとりまく最近の話題もわかりやすく述べられている。

編集 福岡地区小児科医会 乳幼児保健委員会



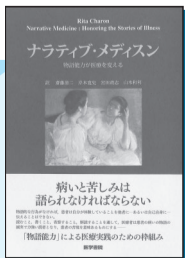
物語能力を用いた臨床実践の原典

ナラティブ・メディスン 物語能力が医療を変える

Narrative Medicine Honoring the Stories of Illness

ナラティブ・メディスンとは、病いの物語を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動する「物語能力」を用いて実践される医療である。内科医であるとともに、文学博士であり倫理学者でもあるリタ・シャロンが、文学と医学、プライマリ・ケア、物語論、医師患者関係の研究成果をもとに、物語能力の概念、理論背景、その教育法と実践法が豊富な臨床事例を通して解き明かす、ナラティブ・メディスンの原典、待望の完訳。

著 Rita Charon
訳 齋藤清二
富山大学保健管理センター教授
岸本寛史
京都大学医学部附属病院
地域ネットワーク医療部准教授
宮田靖志
北海道大学病院地域医療指導医支援センター/
卒後臨床研修センター・特任准教授
山本和利
札幌医科大学地域医療総合学・教授



今こそ医療のパラダイムシフトを 座談会



●田村正徳氏

1974年東大医学部卒。同小児科学教室入局。82年カナダHospital for Sick Childrenにおいて小児ICUのチーフクリニカルフェローおよび呼吸生理部のリサーチフェローとして勤務。85年に帰国後、国立小児病院(現国立成育医療研究センター)新生児科副部長、89年東大講師、93年長野県立こども病院(新生児科部長、総合周産期母子医療センター長、副院長)を経て、2002年より現職。現在、日本周産期・新生児医学会理事長、日本未熟児新生児学会理事を務める。

とかしなれば」という意識はあるけれど、どうしたらよいかかわからないというのが実情なのでしょう。研究会では、症例検討会や在宅医療の先駆的な取り組みについての講演会を開催し、埼玉県で何が足りていないのかを議論しています。このネットワークが定着すれば、在宅療養に移行する前に子どもの情報を共有し、バックアップ体制を整えることも可能になると期待しています。

訪問看護師がかかわる機会を増やしたい

及川 私は、訪問看護師が経験値を蓄積できない現状を何とかしたいと考えています。例えば、訪問看護師が新生児医療施設で小児のケアを学んだり、退院前からの保護者との関係づくりの機会を持つことが重要です。また、自宅療養を開始するまでには一時帰宅(外出や外泊)の機会もあるので、そのようなときにはぜひ訪問看護師もかかわらせてほしいです。退院前に自宅の様子がわかれば、より現実的な退院支援を計画でき、保護者への適切な支援につながります。

田村 私たちも、退院前カンファレンスには訪問看護師に参加してほしいのですが、その部分には報酬がつかないので、どうしても遠慮してしまいます。

及川 確かにそうですね。日本小児看護学会でも診療報酬改定に向け、退院調整の推進や訪問看護要件の拡大など、要望書を提出しているところです。

もう一つ改善しなければいけない問題は、訪問看護が時間も場所も制限されていることです。

前田 週3回、1回90分ですから、重症児の場合、入浴や呼吸器ケアであっという間に終わってしまいますよね。

及川 それ以上は実質的にボランティアになってしまっている現状があります。

前田 成人では、神経難病やがん末期など厚生労働大臣が定めた特定疾患は、医師の指示書により、週3回の訪問看護の制限が撤廃できるようになりましたね。ぜひ重症児もこれに加えてほしいです。

田村 例えば前田先生が5か月間在宅で診療した、重症の染色体異常児の総医療費は、保険外の看護師の長時間滞在や頻回な訪問を含めても、当センターのNICUで治療を受けた同じ疾患の患児の1か月の医療費以下なんです。在宅療養は医療経済的にも非常にメリットが大きいわけですね。

家族にレスパイトの機会を

田村 一方で忘れてはいけないのは、在宅医療によって医療費が5分の1に圧縮されたのは、病院であれば医師や看護師、理学療法士などが行っていることを、保護者が担っているからだとことです。NICUの有効利用を目的に重症児を自宅に帰したのであれば、せめて家族が人並みの生活をしながら子どもをみられるように手当てをしないことには、社会的にも不公平ではないでしょうか。

及川 先ほどお話しした、訪問看護の場所が制限されているというのはまさにこの点で、訪問看護師は自宅以外には訪問できませんし、療育施設も家族の付き添いがなければ訪問できません。また、子どもが療育施設や学校に通う際に保護者同伴でなければいけない場合も少なくないですから、子どもからまったく離れられない保護者もいると聞きます。

前田 日本の重症児をめぐる制度や施設の構造は、重症児施設への入所、あるいは通所が軸になっていて、在宅療養を支援するかたちにはなっていないですね。在宅生活を支えるレスパイト施設がほとんどないのです。

田村 本当ですね。

前田 レスパイト施設の必要性を感じ、先駆的に取り組んでいるのがひばりクリニック(栃木県)の高橋昭彦先生やにのさかクリニック(福岡県)の二ノ坂喜喜先生です。お二人の取り組みは、家庭的な環境を保ちつつ、子どもにも家族にも休んでもらうことに特徴があります。

子どもたちは障害はあっても、病気になったわけではないので、レスパイトとはいえ入院するのは、本人のQOLから見ても、社会資源の有効活用から見ても、問題があります。互いの顔が見える関係のなかで、気軽に利用できる日中預かりや短期宿泊施設が地域に整備されることは、子どもや家族にとっても、そして医療資源的にも大きな意義があると思うのです。お二人の活動は、その先駆的モデルとして、大きな注目を集めています。

及川 訪問看護ステーションでも、レスパイト機能を担うべく頑張っている施設が増えています。通園や集団保育ができずに引きこもりがち子どもや家族のために、児童デイサービスを始めた訪問看護ステーションほのか(愛媛県)などもその一例かと思えます。一時でも親子が離れることは、子ども

にとっては成長の機会となりますし、親にとってはリフレッシュの機会になります。

また、小児看護やNICU勤務の経験を持つ看護師が訪問看護ステーションを立ち上げるなど、新たな取り組みも始まっています。訪問看護を依頼する病院だけでなく、地域の小児科医や家族にとっても安心できる存在として、こうした施設がこれから増えていくことを願っています。

東京都の小児在宅医療を支えるのに必要な医療資源とは

田村 前田先生は、今年4月に都内に子ども在宅クリニックを開設されましたね。手応えはいかがですか。

前田 診療所に東京都の地図を張って、東京都全体をカバーできる小児在宅医療システムについて毎日考えています(笑)。私の席から、患者さんが赤い点でプロットされた地図が見えるようになっているんです。

田村 東京都をカバーするには、どのくらいの医療体制が必要ですか。

前田 これまでの経験から、クリニック1施設当たり医師が3人いれば、自宅で療養する重症児を150—200人程度カバーできることがわかってきました。小児科医3人、看護師4—5人、ケースワーカー1人、理学療法士3人が勤務するクリニックが3施設あれば、東京23区を無理なくカバーできるのではないのでしょうか。大学病院の小児科の1病棟ぐらいの規模ですね。小児在宅医療は大掛かりな器材も必要としないので、経営的な観点からも実現可能です。

田村 関東一円でいちばん小児医療提供体制の整備が遅れているのは埼玉です。まず埼玉をお願いします(笑)。

前田 埼玉は広域なので、もうひと工夫必要で、在宅医療の中心となる診療所を置き、成人の在宅医療を行っている医師に夜は自分たちで診ることを保証しながら、小児在宅医療への協力をお願いする、そのための掘り起こしが必要だと思います。

田村 前田先生と一緒に会議に出ていると、しょっちゅう携帯電話が鳴っていますよね(笑)。小児在宅医療は医療者の熱意に依拠している部分も大きいので、スタッフが疲弊しないためにも今の保険制度を見直すことが重要な課題です。

前田 おっしゃる通りです。現在の在宅医療の構造は、重症者を診れば診るほど実入りが少ない仕組みになっていますから、改善する必要があります。

“やさしい社会”の実現に向けて

前田 小児在宅医療はまだまだ発展途上ですし、黎明期とも言えます。今後の展望をお話しいただけますか。

田村 日本では医療と福祉が別個に考

えられていますが、その矛盾が在宅医療に集約されているように思います。特に小児在宅医療では、「親が子どもの面倒を見るのは当たり前」という、ある意味では日本の素晴らしい習慣があって、そういった認識が逆に支援体制の構築の遅れを招いてしまった面もあるのではないのでしょうか。

NICUの長期入院児のいちばんの問題は、子ども自身に年齢相当の環境を与えられないこと、そして家族との接触の機会が損なわれることです。在宅医療を社会全体で支え、いかに家族や子どものQOLを保障できるか、小児在宅医療は“やさしい社会”の実現に向けての試金石と言えます。

及川 子どもにとって、地域で暮らすことはとても大事です。しかし、遠く離れて高度医療機関にかかっている子どもたちを地域で支えるには、縦割り行政の範疇ではうまくいきません。「在宅医療は人である」と言われるように、地域を活性化させる上でも人材の掘り起こしや意識の高い人が協働できるような場づくりが必要です。

そしてもう一つ重要な課題は、病院と地域の関係をもっと深めることです。先ほど訪問看護師が退院前からかわる重要性についてお話ししましたが、一方で、医療機関から地域に出向くシステムも構築する必要があります。専門看護師のように調整や相談の役割を担える人材を各地域に配置するなど、今後検討していきたいと考えています。

前田 私自身は、在宅医、訪問看護師、理学療法士、ヘルパーなどの人材育成が急務だと考えています。それぞれの職種における在宅環境に必要な技術は、現在ほとんど明らかにされていません。病院環境とは異なる在宅環境下で必要な技術を明確にし、教育プログラムをつくる必要があります。

子どもたちを大事にできる社会は未来を大事にできる社会ですし、特に障害児が生きやすい社会は、誰もが生きやすい社会だと思います。震災後、人と人とのつながりが改めて注目されていますが、小児在宅医療の充実は、これからの地域社会づくりでもあります。日本で進められてきた、病院中心の医療のパラダイムを転換し、地域と病院がシームレスにつながり、循環し、さらに福祉と医療もつながって子どもたちを支える新しいパラダイムをつくり出すことが必要な時期に来ているのではないのでしょうか。その鍵は、及川先生の言われるように、やはり「人の力」にあると、私は考えています。本日はありがとうございました。(了)

●文献

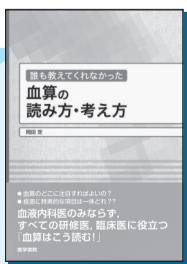
1) 厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」(研究代表者:田村正徳)平成20—22年度総合研究報告書、2011。

血算のどこに注目して読めばよいか、本当にわかっていますか?

誰も教えてくれなかった 血算の読み方・考え方

最低限の病歴と血算から、可能性の高い疾患を「一発診断する」力を身につけるための本。血算は、すべての臨床検査の中で最も基本的で頻用される検査。臨床現場では簡単な病歴と血算を中心とした情報だけで、診断を推定しなければならぬ場面は多く、また実際かなりの疾患の推定ができる。誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方が学べる本書は、研修医、若手血液内科医はもちろん、すべての臨床医、検査技師にも役立つはず。

岡田 定
聖路加国際病院・内科統括部長・血液内科部長

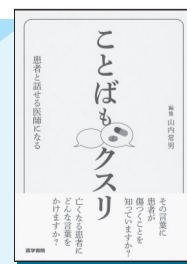


その言葉に患者が傷つくのを知っていますか? 亡くなる患者にどんな言葉をかけますか?

ことばもクスリ 患者と話せる医師になる

あなたの何気ないその一言に、患者さんは喜んだり傷ついたりしています。医療職の言葉には強い力があり、とくに医師の言葉は絶対です。本書では病院に寄せられた苦情や多くの症例をもとに、医療現場で使われている言葉の問題点を示します。苦情を目の当たりにするのは勇気がいりますが、言葉をうまく使いこなせれば、特別な医療技術を使わなくても患者さんを元気にできるかもしれません。「言葉」は重要なのです。

編集 山内常男
健愛会柳原診療所所長



今日から使える 医療統計学講座

臨床研究を行う際、あるいは論文等を読む際、統計学の知識を持つことは必須です。本連載では、統計学が敬遠される一因となっている数式をなるべく使わない形で、論文などに多用される統計、医学研究者が陥りがちなポイントとそれに対する考え方などについて紹介し、臨床研究分野のリテラシーの向上をめざします。

新谷 歩 米国ヴァンダービルト大学准教授・医療統計学

Lesson 5 中間解析

*本連載では、内容に関するご意見、普段から疑問に思っている統計に関する質問を受け付けています。ぜひ編集室 (shinbun@igaku-shoin.co.jp) までお寄せください。

今回は、長期のランダム化比較試験の中間解析で用いられる多重検定の補正法についてお話しします。

過剰な中間解析は 誤った結果を導きかねない

ランダム化比較試験では通常、研究計画時に予想され得る薬効に基づいて検出力が十分得られる範囲で必要最小限の症例数を計算した後、その症例数に達成するまで試験を継続し、研究終了時に初めて最終評価項目の解析を行います。しかし、長期に及ぶ研究では、その薬剤を待ちわびている市場のニーズに応えるためにも最終評価項目の解析を研究終了前に行い、予想以上の効果が観測された場合には研究を早期終了することがあります。

しかし、研究をできるだけ早く終了するために中間解析を頻繁に行うと、実は中間解析においても、解析を行えば行うほど前回(第2941号)述べたような多重検定による1型エラー(効果のないものを誤って効果があると判断してしまう)が大きくなってしまいます。

脂質異常症用薬であるクロフィブラートのランダム化比較試験では、5年後の生存率においてクロフィブラート群はプラセボ群と比較しほとんど差がなかったのですが(P値=0.55)、8年半に及ぶ研究期間で2か月おきに行われた中間解析では、なんとP値が通常の0.05を計4回下回り、有意差が確認されたのです¹⁾。

早期終了の判断は、通常中間解析の結果に基づき独立データ安全委員会などの推奨によって行われます。本試験では、独立データ安全委員会がこの「見過ぎによる出過ぎ」の問題を熟知していたため、早期終了されなかったようです。

それに対し、昨年Lancetで見かけた、アルツハイマー型認知症治療薬であるリバスチグミンを用いて、ICUに入院中の患者のせん妄発症率および死亡率が軽減できるかどうかを既存薬であるハロペリドールと比較したランダム化比較試験の論文です²⁾。当初440人の

サンプル数で計画された研究が研究開始から3か月ごとに行われた4度目(サンプル数104人の時点)の中間解析で、リバスチグミン群の死亡率(死亡者数12人、22%)がプラセボ群のハロペリドール群(死亡者数4人、8%)を上回ったとして、逆効果のため早期終了となりました。この時点でのP値は0.07でした。この早期終了には疑問が残りますね。研究が進行されていた場合、クロフィブラート試験の結果を踏まえると、リバスチグミン群とプラセボ群の死亡率はそれほど差異が出ていたのでしょうか。

“見過ぎによる出過ぎ”を いかに補正するか

中間解析を繰り返し行うことにより生じる“見過ぎによる出過ぎ”には、それぞれの中間解析において有意水準をより厳しく、差が出にくくなるように設定します。基本的な考え方は前回紹介した多重検定補正法と同じですが、中間解析における有意水準の補正は前回ご紹介したボンフェローニ法などとは異なる方法が用いられます。

中間解析で用いられる有意水準の補正方法で歴史上最初に登場したのがHaybittle-Peto法(Peto法)です。Peto法は、中間解析の有意水準を0.001と厳しく設定することで、“見過ぎによる出過ぎ”を防ぎます(表)³⁾。例えば、中間解析のP値が0.005であっても、「差がある」と判定するためにはエビデンスとして十分でないため、研究は続行されます。中間解析を厳しく設定する一方、最終解析の有意水準は通常の0.05で設定します。

Peto法では、中間解析の回数にかかわらず、有意水準を毎回0.001と設定しますが、「中間解析の回数の比較的少ない研究と多い研究で有意水準を同じにするPeto法はおかしいのではないか」ということで開発されたのが、次に説明するPocock法です。

Pocock法では、解析の総数が2回の場合は、それぞれの解析で有意水準は0.029、解析の総数が3回であれば0.022というように、最終解析を含め

●表 ランダム化比較試験における中間解析の有意水準(文献3より改変)

解析の総数	解析ステージ	Haybittle-Peto 法	Pocock 法	O' Brien-Fleming 法
2	1回目	0.001	0.029	0.005
	2回目(最終)	0.05	0.029	0.048
3	1回目	0.001	0.022	0.0005
	2回目	0.001	0.022	0.014
	3回目(最終)	0.05	0.022	0.045
4	1回目	0.001	0.018	0.0001
	2回目	0.001	0.018	0.004
	3回目	0.001	0.018	0.019
	4回目(最終)	0.05	0.018	0.043
5	1回目	0.001	0.016	0.00001
	2回目	0.001	0.016	0.0013
	3回目	0.001	0.016	0.008
	4回目	0.001	0.016	0.023
	5回目(最終)	0.05	0.016	0.041

*研究全体の有意水準を0.05とした場合。

た解析の総数が増えれば増えるほど、各解析での有意水準を厳しく設定しています(表)。また、Pocock法ではPeto法と異なり、最終解析の有意水準も中間解析と同様に厳しく設定されます。そのため、最終解析のP値が通常の有意水準である0.05よりかなり小さい場合も、中間解析を多く行ったせいで有意差が出ないなど、ジレンマに陥る場合もあるのです。

このようなPocock法の弱点を補うために次に開発されたのが、現在最もよく使われているO'Brien-Fleming法です。O'Brien-Fleming法の有意水準はPocock法と同様、解析の総数が増えれば増えるほど厳しく設定されます(表)。それに加え、研究開始から間もない時点での中間解析はサンプル数が少なくデータが安定せず、1型エラーも大きくなるという理由から、有意水準をいちばん厳しく(小さく)設定します。その後は有意水準は時間の経過とともに徐々に大きく、最終解析では通常の0.05に近くなります(表)。

O'Brien-Fleming法における最終解析の有意水準は、Pocock法ほど解析総数に依存せず、比較的0.05に近く設定されるので、有意差が出やすいという利点がある一方、研究開始間もない時点の中間解析の有意水準が厳しく設定されることから、早期終了を期待した研究には不向きと言えます。

中間解析について 研究計画書に詳細な記載を

今回ご紹介した3つの方法は、1回目の解析でサンプル数が100であれば、2回目は200、3回目は300というように各解析間のサンプル数(インターバル)が同じであることを前提としています。最近ではインターバルが一定でなくても用いることができる方法なども数多く紹介されていますが、その場合はソフトウェアや数式を用いて有意水準を計算します。

なお、今回お話しした有意水準による研究の早期中断の決定法は“グループ逐次デザイン”と呼ばれ、比較薬剤の効果に差があるといった有効性、ま

たは逆効果による早期終了の判断の際に用いられませんが、比較薬剤間にまったく差がない非有効性(または無益性)による早期終了の判断には使えません。非有効性の場合には、中間解析の時点で観測されたデータを基に、研究終了時に臨床的に意味のある差が出る確率を計算する「確率打ち切り法」と呼ばれる方法などが用いられます。

また、逆効果を示すP値では、安全性を重視する観点から通常の0.05が早期終了の判断基準に用いられることもあります。先ほどご紹介した例では、リバスチグミン群の死亡率がプラセボ群を上回ったため、逆効果だとして早期中断の決定には多重検定による補正は行わず、P値は通常の優位水準の0.05に近いかどうかで判断されたようです。

Peto法、Pocock法、O'Brien-Fleming法、確率打ち切り法など、どの方法を用いるかはそれぞれの研究の特性を考慮し、独立データ安全委員会が決定します。中間解析でどのように研究の早期中断の判断をするのか、有効性、非有効性(無益性)、逆効果(安全性)などそれぞれに応じて考慮し、中間解析の回数や、時期を含めて研究計画書に詳細に記載する必要があります。

Review

ランダム化比較試験の中間解析においても、“見過ぎによる出過ぎ”といった多重検定の問題が起こるため、有意水準を厳しく取ります。有効性、非有効性(無益性)、逆効果(安全性)など、それぞれに対してどの手法で、何回、どの時期に中間解析を行うかを研究計画書に記載する必要があります。

参考文献

- 1) Practical aspects of decision making in clinical trials: the coronary drug project as a case study. The Coronary Drug Project Research Group. Control Clin Trials. 1981; 1(4): 363-76.
- 2) van Eijk MM, et al. Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients: a multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial. Lancet. 2010; 376(9755): 1829-37.
- 3) Schulz KF, et al. Multiplicity in randomised trials II: subgroup and interim analyses. Lancet. 2005; 365(9471): 1657-61.

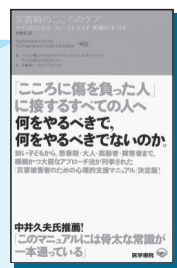
「ここに傷を負った人」に接するすべての人へ

災害時のこころのケア サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 原書第2版

Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2/e

本書は、9.11同時多発テロなどを経験した米国が練り上げてきた「災害被害者のための心理的支援マニュアル」の決定版である。分野横断的な包括性、会話例を多用した具体性において極めて評価が高いだけでなく、「害を与えないこと」を第一義に、生活援助へと大きく軸足を移した点で画期的。「何をすべきで何をすべきでないのか」を明示し、繊細かつ大胆なアプローチ法を列挙する。専門家は一度は目を通しておきたい。

著 アメリカ国立子どもトラウマティック
ストレス・ネットワーク
アメリカ国立PTSDセンター
訳 兵庫県こころのケアセンター



A5変型 頁192 2011年 定価1,260円(本体1,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01437-3]

医学書院

待望の心臓・循環系生理学テキスト、ついに!

心臓・循環の生理学

An Introduction to Cardiovascular Physiology, 5th Edition

▶ 英国の定評あるロングセラー、初の邦訳。まず心血管系を概観し、前半で心臓、後半では血管の構造・機能とその調節、そして全身及び各臓器の循環の特性を詳述。簡明なオリジナル図を多用し、イメージしやすい例を挙げながら解説するなど、“覚える”よりも“理解する”ことを目指した、臨床に生かせる生理学テキスト。血管と循環調節の重要性が注目を集め、心臓・循環系の生理学的理解が大きく変化した現在、関心をもつ医師や研修医、研究者から医学生まで、幅広く活用できる一冊。



監訳
岡田隆夫
順天堂大学医学部生理学第二講座教授

定価7,980円(本体7,600円+税5%)
A4変 頁400 図・写真256 2011年
ISBN978-4-89592-689-8



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

続 アメロカ医療の 光と影

第206回

米国民が必要とする 「未開地」 医療

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

松井秀喜が所属するアスレチックスのホーム球場、オークランド・アラメダ・カウンティ・コロシウムが大規模診療所に変身したのは、2011年4月9-12日のことだった。アスレチックスがミネソタ、シカゴに遠征して留守にしている間、球場の屋内スペースを利用して無保険者・低保険者(underinsured)を対象とする無料診療所が開設されたのである。

NPOの「遠征」による 無料診療所開設

野球場を診療所に変身させたのはNPOの「Remote Area Medical(未開地医療)」(以下、RAM)。長年ジャングルで暮らした経験を持ち、人気テレビ番組「Wild Kingdom(野生の王国)」の制作・進行役を務めたこともある英国人、スタン・ブロック(75歳)が、1985年に、「未開地」に医療を提供することを目的として設立した組織である(註1)。しかし、皮肉なことに、最近では、米国外の未開地に医療を提供する活動よりも、米国内の無保険者・低保険者に医療を提供することが活動の主眼となっている。

RAMは、創設時以来の伝統に基づいて、米国内における診療所開設活動も、「遠征(expedition)」と呼んでいるが、2011年度に予定されている21回の遠征のうち、米国外はわずか3回にすぎない。以下、今年、オークランドの次に行われたテネシー州クリントン市での「第641次遠征」を例にとってその活動内容を数字で見よう。
*開催期間……4月30日(土)・5月1日(日)の2日間
*提供サービス……歯科、検眼(眼鏡作製)、医療の3種
*サービス提供者……14州から参集したボランティア446人
*診療患者数……859人(内訳は、歯科503人、検眼・眼鏡作製357人、医療120人。複数のサービスを受けた患者もいたため、合計は患者総数を上回る)

「遠征」が週末に行われるのは、患者へのサービス提供をボランティアに頼っているため。文字通り「手弁当」(註2)で参加するボランティアが、職場で「休暇」を取らずに済むよう配慮し

なければならないのである。また、ボランティアは14州からの参加となっているが、米国では、医師・歯科医師等の免許は原則として発行州でしか通用しない。他州の免許で診療するためには通常「届け出」が必要なのであるが、第641次遠征が行われたテネシー州はRAMの本部が置かれている「地元」。同州では、他州の免許を持つ医療者が届け出なしでボランティア活動ができるようRAMが運動して州法を改正、医療ボランティアを集めやすい状況が整えられていることもあって、毎年、遠征数が一番多い州となっている(例えば、2011年の場合、21回の遠征中7回がテネシー州)。

千載一遇の機会に患者が殺到

以上、サービス提供側の視点から遠征活動を紹介したが、医療を受ける側にとっても、遠征に参加するのは容易

ではない。「歯科医にかかるお金がないから虫歯が痛むのを何年も我慢し続けてきた」とか、「癌の手術を数年前に受けたけれど、その後失業して無保険となったため、フォローアップしていない」とか、医療にアクセスしなければならない理由はさまざまであるが、「お金がなくても医療にアクセスできる」千載一遇の機会を逃すまいと、必死の思いで駆け付ける患者がほとんどなのである。何百マイルも離れた土地から車を運転してくる患者はまれではないし、車がないので何十マイルも徒歩でやって来るという患者もいる(アルベルト・シュバイツァーがアフリカの奥地で診療した時代と変わらない状況が、今日の米国に現出しているのである)。

また、診療を受けられるかどうかは「先着順」で決まるため、整理券の発行が始まる真夜中には、ゲートに長い行列ができていたのが普通である。しかも、運良く小さい番号の整理券を手にしたとしても、番号順に患者が受付に呼ばれるのは通常午前5時から。「車中泊」で、受付に呼ばれるのをじっと待たなければならないのである。さらに、整理券を持っていたとしても診療を受けられることが保証されているわけではなく、その日の受け入れキャパシティを超えた時点で「門前払い」されてしまう。

RAMのデータによると、創設以来2010年終了までに無料サービスを提供した患者の総数は約2万3000人だが、これほどの実績を挙げることができたのは、創設者ブロックの人柄と頑張りによるところが大きい。例えば、RAMは、テネシー州ノックスビル市にある廃校を「年1ドル」の家賃で州から借り、本部建物として使用しているのだが、ブロックはこの廃校に住み着き、RAMの活動に打ち込んでいる。しかも、慈善団体役員が高額の収入を得るケースが多い米国にあって、彼の収入は正真正銘の「ゼロ」。ブロックにとっては、「虫歯が治ったので、数年ぶりで固形物が食べられるようになった」とか、「新しい眼鏡をつくってもらったのでよく見えるようになった」とか、患者が心底喜ぶ顔を見ることがかけがえのない「報償」なのである。反対に、一番つらいのは、遠征の際、最後の患者を呼び入れる瞬間だという。それより大きい番号の整理券を持つ患者たちに、「あなた方を診ることはできません」と告げなければならないからである。

註1: 本来の設立目的に鑑み、「Remote Area Medical」に、「へき地医療」ではなく「未開地医療」の訳語を当てた。

註2: 診療活動に対する報酬が支払われないのはもちろんだが、旅費・宿泊費・食費等もすべてボランティアの自己負担。

第81回日本消化器内視鏡学会開催

第81回日本消化器内視鏡学会が8月17-19日、名古屋国際会議場(名古屋市)にて吉田茂昭会長(青森県立中央病院)のもと開催された。東日本大震災の発生を受け、会期・会場を変更した本学会。中止や誌上発表となった演題も一部みられたものの、ほぼ当初の予定通りのプログラムが執り行われ、世界をリードするわが国の内視鏡学の一層の発展をめざし議論が重ねられた。本紙では、経鼻内視鏡の現状と応用例が述べられたワークショップの模様を報告する。

内視鏡の細径化・高機能化とともに、広く用いられるようになってきた経鼻内視鏡。ワークショップ「経鼻内視鏡の現状と今後の展望」(座長=東医大病院・河合隆氏、国立がん研究センター・角川康夫氏)では、9人の演者が経鼻内視鏡による診断やその応用例について報告した。

まず基調講演として河合氏が登壇。氏は経鼻内視鏡による上部消化管スクリーニングについて、腫瘍の質的な診断はまだ難しい現状を指摘した。一方、機器の進歩により強調画像が使用可能となってきているため、適切に活用して診断力を高めていくことが重要とした。また応用例として、PEG、イレウス管の挿入、ERCP、食道の蠕動運動などの機能の可視化を提示した。

坪井優氏(千葉大大学院)は、咽喉表在癌スクリーニングについて紹介。経鼻内視鏡を用いると嘔吐反射がなく、落ち着いて観察可能とその利点を挙げ、観察完遂率が経口内視鏡より有意に高かったことから、その有効性を主張した。

引き続き食道癌・頭頸部癌のスクリーニングについて述べたのは川田研

郎氏(東京医歯大)。経鼻内視鏡は画角が広く、広範囲でのスクリーニングが可能という利点を説明し、癌の発見率も通常の経口内視鏡の発見率に近づいていることを提示した。

結城美佳氏(出雲市立総合医療センター)は、蠕動運動の抑制効果があるミントオイル溶液(POS)の有効性について報告した。POS使用により約80%の患者で蠕動を抑制でき、鎮痙剤を使用せず検査ができたことと説明。また失敗例の解析から、過去の内視鏡経験がないことがPOS無効のリスク因子となるなどの見解を示した。

大竹陽介氏(国立がん研究センター中央病院)は、検診において上部消化管と大腸の内視鏡検査を同日に行う手法(同日法)での経鼻内視鏡の有効性を報告した。検査完遂率は95%であり、有害事象の偶発率は経鼻1.6%、経口2.1%、病変の検出力も経口内視鏡とほぼ同じであったことから、同日法で経鼻内視鏡は安全に実施可能と結論付けた。

広がる経鼻内視鏡の可能性

後半は経鼻内視鏡の応用例について



●ワークショップの模様

4氏が報告した。尾形高士氏(神奈川県立がんセンター)は疼痛コントロール目的でのPEG施行について発言。癌性狭窄で食道が細くなっても、患者が水を飲める状態であれば経鼻内視鏡でPEGを施行できると説明し、その有効性を訴えた。

沖山葉子氏(丸子中央総合病院)は、経鼻内視鏡を用いた咽喉頭における嚥下反射を直接観察する嚥下機能評価法を紹介。本法では、咽喉頭や気管における食品の挙動を直接見ることができ、残留物付着部位などから経口摂取が可能かを判断できるという。

経鼻によるERCP関連手技について解説したのは池内信人氏(東医大病院)。氏は悪性胆道狭窄へのステント治療や総胆管結石の除去をVTRで示し、その有効性を提示。現時点ではまだ性能に限界があることから、今後のさらなる機器開発を要望した。

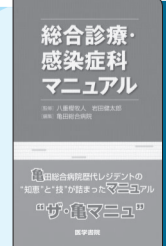
濱田毅氏(東大病院)は、胆道鏡としての経鼻内視鏡の有効性について発言。6例の胆管粘膜病変を観察したところ、画質、操作性とも良く、炭酸ガス送気も併用できコスト効率も良かったとし、従来型の胆道鏡よりも優れるとの見解を示した。

すぐに使える! ポケットサイズで実践的な研修医のサバイバルガイド

総合診療・感染症科マニュアル

研修施設としての評価も高い亀田総合病院のスタッフの総力を結集して纏め上げた1冊。多忙な研修医には必携のサバイバルガイドがここに完成した。ポケットに収まるサイズながら、必要最低限のスキルや情報を凝縮。薬の投与量なども具体的におさえ、また箇条書きなので、ぱっと見ですぐ使える簡便さも兼ね備えている。しかし、中身はあくまで実践的なもので、すぐにも診療に役立ててもらえる1冊になることと思われる。

監修 八重樫牧人 亀田総合病院総合診療・感染症科部長 岩田健太郎 神戸大学教授・感染症内科 編集 亀田総合病院



最新の消化器内視鏡診療に対応した用語集の全面改訂

消化器内視鏡用語集 第3版

各種消化器癌取扱い規約の改訂、新ガイドラインの策定に準拠して大改訂。超音波内視鏡関連用語、新しいデバイス(経鼻内視鏡、ダブルバルーン内視鏡、カプセル内視鏡、etc)、新治療手技(ESD、APC、PEG、TEM、NOTES、etc)を盛り込んで全面リニューアル。見開き左ページに用語リスト、右ページにその解説と文献、規約などの関連事項を記述した辞典的スタイルは、他書にない初版以来のユニークなもので、満を持して14年ぶりの新版。

編集 日本消化器内視鏡学会用語委員会



MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

かかりつけ医のための 精神症状対応ハンドブック

本田 明 ● 著

A5・頁248
定価3,570円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01228-7

評者 松村 真司
松村医院院長

うつ病を代表とする精神疾患患者は、専門医の前にかかりつけ医を受診し、そしてその多くが適切に対処されていないという事実はこれまで何度も指摘されている。また、超高齢社会を迎えたわが国では、認知症を持つ患者への対応は、今や専門にかかわらずほとんどすべての医師が獲得すべき診療能力となった。認知症を持つ高齢者には慢性疾患が併存していることが多く、認知症への対応がなくては身体疾患の管理も困難になるからである。

しかし、適切な初期対応をしつつ必要時に専門医へ紹介することは、専門医が考えるほどたやすいことではない。多くの疾患や症候の初期段階に対応することの多い私のような地域の医師の場合は特にそうである。さまざまな健康上の問題に対応するなかで、精神症状に対応し、かつ患者の周囲にいる家族に対応していくことはとても難しいことである。多くの医師はそのような状況の中、手探りで精一杯対応しているのが現状であろう。一方で、精神科専門医にしてみれば、もう少しかかりつけ医がきちんと対応してくれば、と思うことが頻繁にあることも想像に難くない。

本書は、そんな初期対応を担うかかりつけ医の立場と、紹介を受ける精神科専門医の双方の立場を理解する本田明先生の手による本である。認知症やうつ病だけでなく、精神疾患全般について診断から基本的対応、薬物治療に至るまでを網羅した、コンパクトな

ハンドブックである。まず、かかりつけ医が身につけるべき精神科の基本的素養から始まり、精神科医との連携の上での注意点や、医療者自身のメンタルケアについてまで、精神症状を来す患者の診療に当たる上で陥りやすい問題点を取り上げると同時に、認知症・大うつ病・せん妄からパーソナリティ障害に至るまで、よく出合う精神疾患について解説している。本書の最大の特徴は、私たち家庭医・かかりつけ医が診療に当たる上でどのようなアプローチが適切か、という解説が、豊富な症例を通じてなされている点である。

本書では、200ページ程度のなかに、116もの症例が提示されている。それらの多くは、外来や訪問診療、あるいはデイサービスなどの高齢者施設などにおける症例である。これら患者にどのように対応するか、その方法が解説とともに簡潔にまとまっている。さらに、対応に苦慮する場面についての解説もあり、本書を読むことで、基本的な対応法についての知識が得られると同時に、どのような問題が解決しにくい問題なのか、そしてどう専門医に委ねるべきかが理解できるようになっている。

著者自身が述べているように、今後もしかりかかりつけ医が担当する精神疾患患者の数は増加することが予想され、さらなる連携が鍵になる。著者のような、かかりつけ医・精神科医の双方の視点を持つ医師の手による解説書が多く世に出ることを今後も期待したい。

精神疾患全般の診断と対応、 薬物治療を網羅



イラストレイテッド 脳腫瘍外科学

河本 圭司, 本郷 一博, 栗栖 薫 ● 編

A4・頁272
定価16,800円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01104-4

評者 寺本 明
日医大大学院医学研究科長 /
(社)日本脳神経外科学会理事長

東日本大震災直後の2011年3月15日、医学書院から、河本圭司・本郷一博・栗栖薫の3名の先生方の編集による『イラストレイテッド 脳腫瘍外科学』が発刊された。わが国には「日本脳腫瘍外科学会」という既に定着した学会があるので、この本の名称自体には違和感はなかったが、「脳腫瘍外科学」という名前の成書はこれまでなかったのではなかろうか? そもそも脳腫瘍は、その治療過程において原則として何らかの手術を必要とする。そのため、主な脳腫瘍に関する手術書は数多く出版されてきた。また一方では、脳腫瘍のいわゆる解説書も少なからず入手することができる。

しかし、本書は、「脳腫瘍の手術は脳腫瘍を包括的に理解した上で取り組むべきである」という編者らの強い思い入れによって制作されている。ちなみに評者は、下垂体外科を専門としているが、下垂体腫瘍を手術する医師は間脳下垂体内分泌学に精通していなければならぬと常々考えている。すなわち、外科医的な発想だけで手術をすると、腫瘍全摘出イコール治療と考えがちである。下垂体腫瘍の治療体系において手術は確かに重要なステップではあるが、薬物療法や放射線療法、さらには術後のホルモン補償療法などを十分念頭に置いて治療しなければ、

患者をトータルに治したことにほならないのである。同様に、脳腫瘍の手術では、単に手術のテクニックという側面だけでなく、術前・術中・術後管理や長期フォローを含めて総合的に脳腫瘍を理解していなければ優れた手術を実施することはできない。そのような編者らのコンセプトが本書を貫いていると思われる。

本書は、その前半を脳腫瘍手術の基本的事項が占め、後半を主要な脳腫瘍手術の包括的理解に当てている。前半については、基本とはいえ最新の知見までが包含されている。後半は、一つの脳腫瘍に関して見開き、あるいはその2倍として簡潔な誌面構成を心掛けている。また、全体を通して図解を多くすることにより読者の理解を深めるための努力が随所にみられる点も特徴である。執筆者はそれぞれの分野で実際に多くの手術に従事しているエキスパートぞろいであり、編者らの意向をくんで、力の込められた記述がなされている。

本書を通して、多くの脳神経外科医が脳腫瘍の手術の基本やコツを学ぶとともに、その技術を取り巻く学術的背景を認識してくれることを期待したい。そして、真の脳腫瘍外科学とは、ScienceとArtがまさに二重らせんのように織りなすところにあることを感じ取ってもらいたいと思う。

ScienceとArtが織りなす “脳腫瘍外科学”

胃癌外科の歴史

高橋 孝 ● 著
荒井 邦佳 ● 執筆協力

B5・頁280
定価9,450円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00902-7

評者 山口 俊晴
がん研有明病院副院長・消化器センター長・消化器外科部長

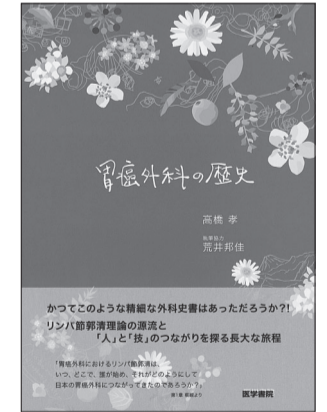
高橋孝先生が「臨床外科」誌に連載されていた『胃癌外科の歴史』が、このたび荒井先生の努力で見事に単行本として発刊されたことは、この連載を愛読していた筆者にとっても大きな喜びである。高橋先生を大腸の外科解剖の大家としてご存じの方も多いかと思うが、本書を一読すれば、高橋先生の胃癌外科、解剖に対する並々ならぬ情熱と、知識の深さを容易に理解できる。

わが国における癌手術の確立に、がん研病院の梶谷鑽先生が最も重要な役割を果たしたことは紛れもない事実である。その元になる思想がどのように形成されてきたのであろうか。本書

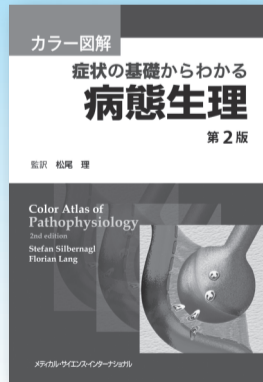
をひもとくことで、ビルロート、ミュックリッツ、三宅速先生から、梶谷先生の師である久留勝先生とつながる、胃癌リンパ節転移への「まなざし」こそが梶谷先生の偉業の礎になったものであることがよく理解できる。

強い意志と高邁な理論に基づいて癌と戦ってきた梶谷先生のこの「まなざし」が、ともすると誤解され、忘れられようとしている実態を憂い、これを後世に残そうという高橋先生の情熱が本書を作らせたのではないか。そのために単に歴史的な事実を羅列するのではなく、たとえ歴史的に高名な方であろうと、その誤解や誤りについては率

後世に残す、著者の癌外科医魂 の根源よりのメッセージ



ヴィジュアルで病態生理を理解する、 ロングセラーの改訂新版



カラー図解 症状の基礎からわかる 病態生理 第2版

Color Atlas of Pathophysiology, 2nd Edition

監訳 松尾 理 近畿大学名誉教授・近畿大学医学部顧問

病態生理の基本原理解やメカニズムを臨床に関連づけながらコンパクトに集約した図解サブテキスト。最新知見のエッセンスを盛り込み8年ぶりの改訂。生理学の基礎的事項にはじまり、病態の原因、経過、症状および引き起こされる合併症、治療の可能性にいたるまで全10章、172項目で網羅。各項目はユニークで洗練されたカラー図と、明解な解説を左右に配した見開き2頁で完結。学生のサブテキストとして、研修医、専門医、研究者の知識の整理に最適。

● A5変 頁420 図192 4色 2011年 ● 定価 6,510円(本体6,200円+税5%)
● ISBN978-4-89592-688-1

好評発売中 ばっと思開き すっきり理解 医学・看護・コメディカル、学生からプロまで使える カラー図解シリーズ

カラー図解 よくわかる 生理学の基礎 ● 定価 6,825円(税込)	カラー図解 見てわかる 生化学 ● 定価 7,140円(税込)	カラー図解 基礎から疾患までわかる 遺伝学 ● 定価 7,140円(税込)
カラー図解 これならわかる 薬理学 ● 定価 6,720円(税込)	カラー図解 臨床に役立つ 免疫学 ● 定価 6,300円(税込)	カラー図解 臨床でつかえる 神経学 ● 定価 7,980円(税込)
		カラー図解 神経の解剖と生理 ● 定価 8,190円(税込)

医学部再入学支援

編入学試験制度の利用による再出発を支援します。
(東京・大阪)

www.seiko-lab.com

(株)清光教育総合研究所
スクール事業部 清光学院本部
〒530-0047
大阪府大阪市北区西天満3丁目4-5
西天満ワークビル3F
TEL(06)6363-5541(代)

続 アメリカ医療の光と影

バースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利 李 啓充

患者の権利の中核をなす「自己決定権」が確立された歴史的経緯を、気鋭の著者が古典的事例を交えて詳述。延命治療の「中止・差し控え」に適切に原則を考へる。さらに、セイフティ・ネットが切れ始めた米国の医療保険制度を明日の日本への警告としてとらえ、ともに、笑いながら真剣な問題を考える「医療よもやまばなし」、患者の権利運動の先駆者である池永満弁護士との対談も収録。

● 四六判 頁280 2009年 定価2,310円(税込)
[ISBN978-4-260-00768-9]

医学書院

基礎から読み解くDPC 第3版

実践的に活用するために

松田 晋哉 ● 著

B5・頁240
定価3,570円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01205-8

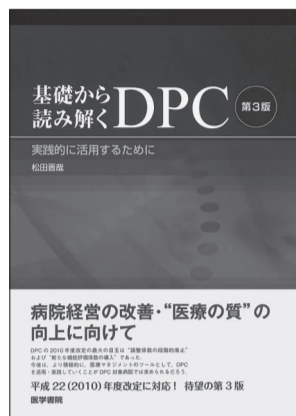
【評者】 堺 常雄
聖隷浜松病院病院長

2003年にDPCが特定機能病院に先行導入されてから8年が過ぎ、大きな変革の時期を迎えている。DPCの変遷に合わせて刊行されてきた本書も第3版となり、その存在意義は版を重ねるごとに大きくなっている。今後の大きな変革を予期させる2010年度改定後に刊行された本書は、サブタイトルもこれまでの『正しい理解と実践のために』から『実践的に活用するために』に変わり、著者の意気込みが感じられる。

病院の運営でいちばん大切なのは診療の質と経営の質であり、2つが相まって初めて健全な医療を提供することが可能である。公的病院が次々と独立法人化し、民間病院も社会医療法人化されるなかでこのような考えはますます重要になってきている。著者はまえがきで「……したがって、それをを用いることで臨床面・経営面で各施設を共通の視点から評価することが可能……」と述べているが、まさにDPCが良質な医療を担保する上でのツールであることを示しているものといえる。

第1章では診断群分類を理解するために必要な事項が述べられており、今回および今後の改定の方向性について説明されている。第2章ではDPCの本来の目的である医療の質の評価について述べられており、ベンチマークによる活用、今後の病院にも望まれる臨床研究での活用が述べられている。第3章では医療のもう一つの指標である経営の質について述べられている。診療・経営の「見える化」にはDPCが有用であり、またクリニカル

DPCの理論・研究・実践の第一人者による必読の実践書



パスによる診療の標準化は必須の課題である。さらにこの章では地理情報システム、Value chain分析、BSCなどとDPCについての説明もあり、医療マネジメントの先端をめざそうとする読者には必読である。

第4章ではDPCと各医療職のかかわりが述べられているが、専門分化が進んできている現状でチーム医療の重要性がいわれられており、DPCは共通の言語・ツールとして活用できるものと考えられる。医療は地域産業といわれるが、医療再生がいわれるなかで地域医療提供体制整備は喫緊の課題である。その意味でも第7章は大変示唆に富むものとなっている。また診療報酬と介護報酬ダブル改定を前にして、医療提供体制整備は診療報酬改定と連動して行われるのが望ましく、ここでもDPCの果たす役割は大きいものとなってくる。第8章では著者の考えである医療の質と経営の質の重要性が繰り返し述べられている。DPCの導入以来8年が過ぎ、今までは制度を理解し適用することに一生懸命だったのが、ようやくこれを実際に活用して、医療の質の担保に資する時期に来ているものと思われる。DPC自体はあくまでもツールであって目的ではないので、われわれ医療者に何が求められているのかを理解してDPCを使いこなす時期に来ている。

このように見てくると、DPCの理論・研究・実践の第一人者である著者による今回の第3版は必読の書であり、実践の場で活用してほしいものである。

の苛立ち、本研究ではリンパ節転移というものに対する「まなざし」から提唱された拡大郭清という試みが否定されたばかりであり、胃癌治療成績の向上に資するものではないということにあるのかもしれない。がん研に赴任してから、高橋先生と過ごした手術室の濃密な緊張した時間を懐かしく思い出すとともに、厳しくも真摯なご指導に今は深く感謝するばかりである。そして先生の最後のメッセージともいえる本書を手にして、あらためて早過ぎる先生の死を悼むのは筆者だけではあるまい。

最後に末筆ながら、高橋先生の意を十分にくみ取って本書を取りまとめた荒井先生の努力に深い敬意を表す。

直に批判している。腹腔動脈周囲リンパ節8a、8pの問題点については、個人的にも同意できる部分が多い。14Vについても、歴史的な観点から貴重な意見が述べられている。

後半ではDutch Trialなど諸外国のRCTに対する批判的な見方が述べられているが、おおむね妥当な評価だと思う。わが国の大動脈周囲リンパ節郭清のRCT、JCOG9501についてもかなり批判的な意見が書かれているが、欧米のTrialに比較して本研究の精度は極めて高く、その意見の中には必ずしも肯首できない点もある。ただ、標準化に走るあまりに、個別化という観点も忘れるべきではないという指摘はそのとおりであろう。むしろ、高橋先生

パーキンソン病治療ガイドライン2011

日本神経学会 ● 監修
「パーキンソン病治療ガイドライン」作成委員会 ● 編

B5・頁220
定価5,460円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01229-4

【評者】 望月 秀樹
阪大大学院教授・神経内科学

パーキンソン病治療は、10年前と比較しても多くの薬剤が使用できるようになり、薬剤選択の上でいろいろな工夫が可能となったため、患者ADLも上昇している。一方で、パーキンソン病の治療薬は、ほとんどの薬剤が神経系に作用するという性質上、副作用も多く、進行期には薬剤量や種類が増加するため、治療の選択が難しいと考えられている。そのため、エビデンスに基づいた治療の指針を提示することで、標準的な治療を開始できるように、2002年日本神経学会から初めてパーキンソン病の治療ガイドラインが作成された。そして今回、2011年版のパーキンソン病治療ガイドラインが出版された。前ガイドラインの良い点をそのままに残し、さらにわかりやすく、実地で使いやすいように工夫されたガイドラインである。

2002年版からの大きな変更点は、各論部分をクリニカル・クエスチョンと題し、臨床上の具体的な質問に答えるという形式になっていることで、大変実践向きになっている。治療法で難渋することが多い非運動症状については、14項目で48ページも割かれており、治療法、対処法が細かいところまで記載されている。パーキンソン病のアパシー、疲労についての治療法や対処法など、他ガイドラインには書かれていないような内容まで網羅されており、臨床の場で重宝することは間違いなく、神経内科外来にはぜひ置いておきたい一冊である。

2002年版では治療のアルゴリズム(未治療時)が一人歩きして、利用者に誤解を生むことがあったとも言われているが、今回の改訂では脚注を入れることで、できるだけ個々の患者に対応できるように工夫されている。未治療パーキンソン病の治療決定をするときには、患者一人一人の重症度や合併症、あるいは社会的状況を踏まえた上で、このガイドラインを基に、患者のニーズに対応できるようじっくりと説明し、治療を決定するのが良いだろう。また、エビデンスを示すガイドラインになると、どうしても引用論文が増えてページが厚くなってしまいが、それを減らすべく巻末に主要な引用文献のみを記載し、参考にした二次資料としてPubMedや医中誌の検索法が記載されているのがうれしい。驚いたのは、現在日本未発売でこれから使用が可能となる薬剤の紹介もされていることである。具体的には、rotigotine、rasagiline、リバスチグミン*などの記載があり、安全性、有効性が海外の論文を基に示されている。新しい薬剤の使い始めには、海外の情報は意外と少ないものだが、本ガイドラインにはしっかりと記載がされているので、今後使用するときの参考になる。遺伝子治療の項目も将来の治療として新たに付け加えられた。遺伝子治療は、われわれがすぐに選択できるわけではないが、海外・日本での臨床結果が紹介されており、新たな治療法の可能性を示している。

海外では、本ガイドラインに記載されている以外にもすでに使用されている薬剤もあり、これから新しい抗パーキンソン病薬が使用できるようになるであろう。その度に、新しい治療法が追加され、われわれはその治療効果や新たな副作用に注意しなければならない。次回の改訂までに使えなくなる薬剤もあると思われるので、本ガイドラインも今後は、少し早めに改訂することを検討していただきたいと思う。

きには、患者一人一人の重症度や合併症、あるいは社会的状況を踏まえた上で、このガイドラインを基に、患者のニーズに対応できるようじっくりと説明し、治療を決定するのが良いだろう。

また、エビデンスを示すガイドラインになると、どうしても引用論文が増えてページが厚くなってしまいが、それを減らすべく巻末に主要な引用文献のみを記載し、参考にした二次資料としてPubMedや医中誌の検索法が記載されているのがうれしい。

驚いたのは、現在日本未発売でこれから使用が可能となる薬剤の紹介もされていることである。

具体的には、rotigotine、rasagiline、リバスチグミン*などの記載があり、安全性、有効性が海外の論文を基に示されている。新しい薬剤の使い始めには、海外の情報は意外と少ないものだが、本ガイドラインにはしっかりと記載がされているので、今後使用するときの参考になる。遺伝子治療の項目も将来の治療として新たに付け加えられた。遺伝子治療は、われわれがすぐに選択できるわけではないが、海外・日本での臨床結果が紹介されており、新たな治療法の可能性を示している。

海外では、本ガイドラインに記載されている以外にもすでに使用されている薬剤もあり、これから新しい抗パーキンソン病薬が使用できるようになるであろう。その度に、新しい治療法が追加され、われわれはその治療効果や新たな副作用に注意しなければならない。次回の改訂までに使えなくなる薬剤もあると思われるので、本ガイドラインも今後は、少し早めに改訂することを検討していただきたいと思う。

*編集部註：リバスチグミンは、2011年7月より発売が開始された。

知らないこと、議論の余地のあることを僕らはもっと語るべきだ。

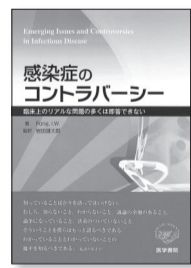
感染症のコントラバーシー

臨床上的リアルな問題の多くは即答できない

著 Fong, I.W. / 監訳 岩田健太郎

わが国の感染症関係の教科書のほとんどが「答え」を提供するものだが、実は感染症の世界には多くの問題、謎、未解決領域が存在する。本書はこれら controversialな問題をテーマに、それぞれの読者に対して「自分はこれから何を考えなくてはならないのか」と問いかける一歩進んだ書籍。答えを教えてくださいの教科書がもの足りなくなったら、最初に手に取りたい1冊。

●A5 頁504 2011年 定価5,775円(本体5,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-01182-2]



感染症への標準的アプローチが専門外の医師にも理解できる

感染症ケースファイル

ここまで活かせる グラム染色・血液培養

監修 喜舎場朝和・遠藤和郎 / 執筆 谷口智宏

本書は以下の5点の特徴がある。①著者自身の経験症例の詳細な情報と豊富な写真、②case conference方式により、知らぬ間にプレゼン法が身につく、③リアリティのある塗抹標本、④どんな施設でも活用できる「適正使用の5原則」を遵守した抗菌薬の選択、⑤市中病院での抗菌薬の感受性表と、適正使用のDOs & DON'Ts の提示。本書は専門医のいない市中病院で、感染性疾患を当たり前にかつ楽しく診療することを伝えている。

●B5 頁272 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01101-3]



どうやって診断にたどり着くのか?

クリニカル・リーズニング・ラーニング

Learning Clinical Reasoning, 2nd Edition

医師はどのように正しい診断にたどり着いているのか? なぜ時に誤診してしまうのか? 日常診療における臨床推論(クリニカル・リーズニング)について、さまざまな事例とエキスパートの考え方を通して学ぶ画期的な書。事例には臨床推論が成功したもの、ダメだったもの両方が含まれ、ライブ感のある軽快な説明を実現。段階的なケースのプレゼンとそれに対する医師(論者)のコメントにより、その思考プロセスを解き明かす。診断法の精髓を究めるヒントが満載。

監訳 岩田健太郎
神戸大学大学院医学研究科・医学部微生物感染症学講座感染治療学分野教授

定価4,830円(本体4,600円+税5%)
A5変 頁442 図17 2011年
ISBN978-4-89592-687-4

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

診断から治療・投薬まで、幅広い診療科目をカバーした国内最大級リファレンス。最新の研究成果に基づく最も効果的な治療法の情報を簡単に検索できます。

今日の診療 プレミアム Vol.21

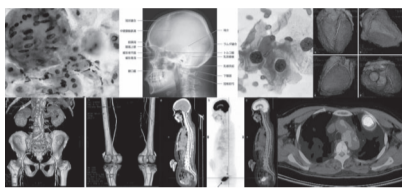
DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2011年
価格76,650円(本体73,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01355-0]
消費税変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

解説項目は約88,200件、文中リンクは約72,000件、図表・写真は約12,200点を収録。お手持のパソコンで合計約17,500ページ以上の情報に手軽にアクセスできます。



2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

「今日の診療」に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 ハードディスクにデータを格納して使用できます

インストール時にハードディスクにデータを格納しておけば、次回以降、DVDを用意する手間が省けます。
(※初回起動時のみインターネット接続環境が必要です)

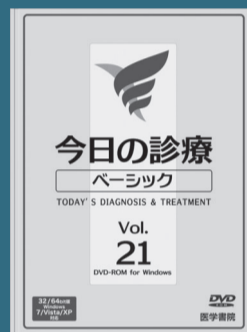


4 収録書籍4冊が更新されました

書籍の改訂にともない「今日の治療指針 2011年版」「今日の整形外科治療指針 第6版」「臨床検査データブック 2011-2012」「治療薬マニュアル 2011」の4冊を更新しました。

5 高機能リファレンスツールとして使いやすさを継承

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、操作状態の保存など細かな使い勝手の向上や、高速全文検索といった、臨床の場で求められる「素早さ」を追求しました。



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.21」もご用意しております

今日の診療 ベーシック Vol.21 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM版 2011年
価格54,600円(本体52,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01357-4]

収録内容詳細 (★: Vol.21において改訂)

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2011年版★
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 今日の治療指針 2010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★
付録を含む全頁を収録
- ⑤ 今日の小児治療指針 第14版
付録を含む全頁を収録
- ⑥ 救急マニュアル 第3版
全頁を収録
- ⑦ 臨床検査データブック★
2011-2012
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2011★
付録の一部を除く全頁を収録

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 新臨床内科学 第9版
付録を含む全頁を収録
- ⑩ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
- ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第3版
付録を含む全頁を収録
- ⑫ 臨床中毒学
付録を含む全頁を収録
- ⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版
付録を含む全頁を収録

圧倒的情報量で“考える検査”を強力サポート

TEST SELECTION AND INTERPRETATION

臨床検査 データブック

LAB DATA 2011-2012

- 監修 高久史磨 自治医科大学学長
- 編集 黒川 清 政策研究大学院大学教授
- 春日雅人 国立国際医療研究センター研究所長
- 北村 聖 東京大学教授

No.1
検査値判読
マニュアル

本書の特徴

- 保険点数情報を新たに収録! 付録で包括点数もわかる!
- 新見出し「関連する検査」で他検査との関連性がわかる!
- 新規保険収載項目など最新情報を掲載!
- 検査項目ごとに詳解! 異常値のメカニズム!
- 主要検査項目を★(1~3個)でランク付け!
- 現場で役立つ「基本検査テクニック」
- 臓器系統別の適切な検査計画モデル!
- 判読・採取保存・薬剤影響などの注意事項!
- 一目でわかるパニック値と原因病態名の一覧表掲載!
- 主要疾患の検査データ! 異常値・経過観察の検査など!
- 「医薬品添付文書情報 臨床検査値への影響」を収録!

● B6 頁1074 2011年
定価5,040円(本体4,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01175-4]

医学のスペシャリストのための電子辞書

SR-A10003



2つの医学大辞典に加え、「治療薬マニュアル2010準拠」を収録

● 2011年 価格79,800円(本体76,000円+税5%) [ISBN978-4-260-70077-1]

医学モデル初収録!!

TOEIC® テスト対策コンテンツ



SR-A10003収録コンテンツは24種類

5年間
無料保証 キャンペーン中
2011年
7月1日~9月30日

キャンペーン期間中にセイコーインスツル社製医学電子辞書「SR-A10003」をご購入いただいた方全員を対象に、通常は1年間の無料保証期間を5年間でさせていただきます。この機会に是非、ご購入ください。詳しくは「医学書院WEB」でご確認ください。



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