

2016年7月4日

第3181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

- [座談会]高齢者の意思決定支援(成本迅, 宇都宮宏子, 川島篤志)……1—3面
- [インタビュー]薬剤師の卒後教育を考える(橋田亨)……4面
- [連載]高齢者診療のエビデンス……5面
- MEDICAL LIBRARY/第17回日本語聴覚学会……6—7面

座談会

多職種と地域の連携で進める

高齢者の意思決定支援



成本 迅氏=司会

京都府立医科大学大学院医学研究科
精神機能病態学准教授

宇都宮 宏子氏

在宅ケア移行支援研究所
宇都宮宏子オフィス代表

川島 篤志氏

市立福知山市民病院研究研修センター長/
総合内科医長

医療現場で直面する医療選択や医療同意の場面は、判断を迫られる患者・家族はもとより、それを求める医療者にとっても大きな負担となる。特に認知機能の低下した高齢者や認知症患者の医療選択は、状況をより複雑にさせる。課題は、「これから起こり得ること」に早期から備えた意思決定をいかに進めるか。そして、医師、看護師らによる「多職種連携」と、病院と地域のかかりつけ医を結ぶ「地域連携」を深め、患者の意思をいかに把握するかにある。

本座談会では、「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発」¹⁾ プロジェクト代表の成本氏を司会に、「病院と地域の連携」という観点から退院/在宅療養支援に先駆的に取り組んできた宇都宮氏、地域基幹病院の総合内科医として認知症ケアやアドバンス・ケア・プランニング(ACP)に取り組む川島氏の三氏に、それぞれの立場から高齢者の意思決定支援の現状と課題、改善の糸口について議論いただいた。

患者の意思決定をめぐる 医師の苦悩

成本 認知症専門医である私は、患者本人の意思がわかりにくくなってきた段階でその先の医療提供をどう判断し進めればよいか、問題意識を持っています。医療選択は認知症患者に限らず、人生の最終段階を迎える多くの高齢者に起こり得る問題でもあるため、患者・家族、医療者への意思決定の在り方についての周知に努めています。

宇都宮 成本先生が2015年に作成された「医療従事者向け意思決定支援ガイ

ド」²⁾「在宅支援チームのための認知症の人の医療選択支援ガイド」、そして地域住民向けの「認知症のひとと家族のための医療の受け方ガイド」の3点は、それぞれの立場でできることがわかりやすく書かれていますね。

川島 当院でも外来に置いています。認知症ケアチームの先生に紹介され、患者への説明の際などに重宝しています。

成本 早速現場に広まっており、うれしく思います。私が代表を務めるプロジェクト³⁾の一環で作成しました。そもそも私が意思決定支援にかかわるようになったきっかけは2011年、後見人をされている司法書士団体「成年後見センター・リーガルサポート」の医療行為の同意検討委員会に外部委員として参加したことです。そこで意思が不明瞭な患者に対し、現場の内科

医や外科医が判断に苦勞している現状を知りました。

宇都宮 どのような問題があったのでしょうか。

成本 医療同意が得られないことで、患者の成年後見人や医師が困っているというのです。確かに私たち認知症専門医は、患者の生活のしづらさや精神的苦痛を和らげるよう努力していますが、認知症が進行して身体合併症の影響が大きくなると、疾患に応じて内科や外科の先生に紹介します。それが自然な流れだと考えていました。しかし、現場の状況を知り、本人や家族に早い段階から将来の医療選択について備える働き掛けをすべきではないかと痛感したのです。

宇都宮 退院支援に取り組む中では、本人不在でいろいろなことが決められている現実がありますね。先生が作られた「ガイド」などを活用して、医療者自身が問題意識を持つきっかけを作りながら、患者・家族に早期からの意思決定の必要性を認識してもらうことが大切になると思います。

成本 これは認知症の専門医だけで解決できる問題ではありません。急性期

病院や診療所の医師、介護施設の嘱託医、そして病院と地域を結んでいる看護師や介護職との共通理解を広げていく必要があります。

患者中心の医療に向け 「認知症もがんに学べ」

成本 初めに、高齢者の医療同意に関する現場の課題についてお聞きかせください。

川島 地域基幹病院の総合内科で働く私たちのチームは、救急そして入院から退院までを担い、「患者の全てを診る」のが特徴です。

成本 すると同意能力に何らかの課題のある高齢者を診る機会が多い。

川島 そうですね。超高齢社会の今、高齢者の救急受診は避けては通れませんが、搬送されてきた高齢患者の多くが、病院に来る前に自身の医療選択について家族と話し合えていない。「治せる病気なら治療したい」と言われることもあるのですが、治せる病気かどうかの鑑別診断に侵襲的な検査を

(2面につづく)



いずれも文献1よりダウンロード可

July

2016

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 ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ〈http://www.igaku-shoin.co.jp〉もご覧ください。

マイナー外科 救急レジデントマニュアル

監修 堀 達悟
編集 田島康介
B6変型 頁322 3,800円
[ISBN978-4-260-02545-4]

がん化学療法 レジメン管理マニュアル (第2版)

監修 濱 敏弘
編集 青山 剛、東加奈子、池末裕明、川上和宜、
佐藤淳也、橋本浩伸
B6変型 頁448 3,800円
[ISBN978-4-260-02536-2]

術者MITSUDOの 押さないPCI

著 光藤和明
執筆協力 倉敷中央病院循環器内科
B5 頁272 8,000円
[ISBN978-4-260-02527-0]

科研費 採択される3要素 アイデア・業績・見栄え

郡健二郎
B5 頁192 3,800円
[ISBN978-4-260-02793-9]

臨床検査技師国家試験問題集 解答と解説 2017年版

編集 「検査と技術」編集委員会
B5 頁208 3,000円
[ISBN978-4-260-02822-6]

NANDA-I-NIC-NOCの 基本を理解する 最新の動向と看護計画への活用の仕方

編集 黒田裕子
B5 頁256 3,400円
[ISBN978-4-260-02825-7]

〈シリーズ ケアをひらく〉 介護するからだ

細馬宏通
A5 頁288 2,000円
[ISBN978-4-260-02802-8]

腎不全看護 (第5版)

編集 一般社団法人 日本腎不全看護学会
B5 頁464 4,200円
[ISBN978-4-260-02759-5]

今日の診療プレミアム Vol.26 DVD-ROM for Windows

監修 永田 啓
価格78,000円
[JAN4580492610155]

今日の診療ベーシック Vol.26 DVD-ROM for Windows

監修 永田 啓
価格59,000円
[JAN4580492610179]

言語聴覚研究 第13巻 第2号

編集・発行 一般社団法人 日本語聴覚士協会
B5 頁72 2,000円
[ISBN978-4-260-02807-3]

座談会 多職種と地域の連携で進める

(1面よりつづく)

必要とすることもあります。当然、同意書が必要になりますが、本人が書けるのか、あるいは代わりに書ける付き添いの方がいるかによって診療の円滑さが異なります。また誤嚥性肺炎やCOPDで呼吸状態が悪い方に対し、気管挿管をして人工呼吸器管理をするかといった選択を、初対面の若い医師と病状が把握できない本人や家族がしなければいけない惨状も、日常臨床では見られます。それも事前の話し合いがあれば避けられるのではないかと思いますのです。

宇都宮 搬送されてきた患者に、「今後の生活について、前もってご家族と話をされていますか」と聞くことは、医師の間で意識されているものなのでしょう。

川島 当院では、虚弱高齢者や認知症患者、あるいはその家族にどう接するかについての教育は行っています。また、ACPも、認知症の有無に関係なく外来を受診したときからカルテに記録するよう努めているので、救急でも比較的スムーズに意思を確認できます。

成本 それも地域や施設によってバラツキがあるのではないのでしょうか。

川島 そうですね。施設によっては、患者の同意能力を厳密に評価せずに「同意能力がない」と判断して、付き添いの方に判断を委ねたり、決定権を持った人と一緒に来てほしいと伝えたりして、結果的に誰かに負担をかけてしまっている現状があるように思います。

宇都宮 患者の生命維持やバイタルサインのデータ安定を優先するあまり、侵襲性の高い過剰な医療によって患者の生活を根こそぎ変えてしまうような事態は避けなければなりません。

成本 宇都宮さんはこれまで、在宅、病院、地域の現場を見てきていかがですか。

宇都宮 患者の医療選択について、「本人中心の医療」の認識が医療者の中でもまだ十分ではありません。私が大病院で退院調整看護師として働き始めた当初は、認知症患者だけではなく終末期や高齢者の場合も、治療方針や今後の方向性を決める場面に本人不在であることが多くありました。がん医療では、終末期が近づくと家族と医療者の間だけで話し合いが行われていたスタイルが、本人中心の意思決定へと変わってきました。「認知症もがん患者の支援に学べ」で、今こそ変えていかなければなりません。

川島 当院も院内全ての医師が患者本人の退院後の生活に配慮できているかというと、まだ課題に感じています。病院完結型の医療から、退院後の生活も見据えた地域完結型の医療へと発想を転換すべきであり、臓器別専門医だけでは診きれない場合は、総合的に診られる医師とのタイアップや地域のかかりつけ医との連携まで視野に入れた

対応が必要になると考えています。

患者が抱く医師への遠慮

成本 2012年2月に京都市で開催された「京都式認知症ケアを考えるつどい」には、市民を中心に1000人を超える参加者が詰め掛けました²⁾。私と宇都宮さんも登壇したシンポジウムでは、医療・介護分野の専門職の他、家族会の代表者も発言し、議論が交わされました。

宇都宮 医療者と住民、双方の関心の高さがうかがえましたね。それぞれの立場で苦悩を抱えているからなのでしょう。患者・家族側の立場からは、「病院の医師や看護師こそ、もっと認知症への理解を深めるべき」という意見があり、医療者の現状認識に一石を投じる訴えとなりました。

成本 医療者による患者本人への理解が深まっていないことの表れでもあります。一方、医師の立場では、患者の意思を聞き出そうとしても多くを語ってもらえないこともあり、多職種で聞くことの重要性も感じています。私が主治医をしている患者の家族介護者に対し、臨床心理士からインタビューをしてもらったことがあります。すると私の診察場面では患者が話していなかった内容がたくさん出てきて、驚きました。

宇都宮 患者にとって医師とは、「治療を提供してくれる存在」です。どう悪くなって、どう亡くなるかを質問することは、医師に対して失礼だと思っている節があります。

ある高齢者の例では、「自分は十分長く生きた。もし意思表示できなくなっても、一切の救命を求めない」と書いたメモを大事に持っていました。90歳の誕生日に「実は私、こんなこと書いている」と外来看護師に打ち明けたところ、その看護師は驚いて「先生に見せたの?」と聞いた。そしたら「気を悪くされるだろうから、見せていない」と答えたそうです。外来看護師は「先生には、自分の思いを伝えていいんだよ」と話し、その後患者から主治医に意思表示がなされたというのです。

成本 医師は患者にどう見られているか、また患者は医師に対し何に遠慮しているかがわかるエピソードですね。
宇都宮 患者は医師に話しにくい、だからこそ医師には積極的に聞いてほしいと思うんです。医師が患者に対し、口を開くための最初の“ドア”を開けてあげる。大事な役割です。

意思決定支援の場と多職種のかかわり

成本 患者の考えを聞き出すには、医療者同士の連携も欠かせません。川島先生が意思決定について患者さんとやりとりする際、看護師が同席することは多いですか。



●かわしま・あつし氏
1997年筑波大医学専門学群卒。市立舞鶴市民病院での研修を経て、2001年米国ジョンス・ホプキンス大公衆衛生大学院留学。02年より市立堺病院総合内科。08年11月より現職。13年4月より研究研修センター長兼任。地域基幹病院から地域医療を支えることを目標に、生涯福祉山にて病院総合医を続けたいと考えている。「教育のあるところに人が集まる」をモットーに研修医教育にも注力。編著に「研修医をひきつける病院づくり」(プリメド社)などがある。

川島 意思決定のような重要な議論の際は、多職種での参加は必須だと思います。ただし、看護師や医療ソーシャルワーカー(MSW)、家族を一堂に集め、あらたまった形で話し合いの場を設定するのは、実際の医療現場ではそう簡単にできるものではありません。そこで私は、普段の外来のやりとりから患者の意向を聞き、その情報を積み重ねていくことを重視しています。明確な意思決定の場ではなくても、主治医が普段の何気ない会話の中で「悪くなったときはどうしますか」と“ドア”をノックしてあげることです。

成本 非がんの慢性疾患でダウンコースの患者に意思を聞くタイミングは難しいと思います。私が研究の中でヒアリングした医師の意見によると、退院を一つの区切りとして話すのがよいように思うのですが、いかがですか。

宇都宮 がん以外の慢性疾患や老衰の場合は予後予測が難しく、節目が見えにくい。救急搬送された場面も本人の思いは聞き取れません。そこで病院医療者には、退院支援、病名告知や入院決定の場面、気になる病態変化が出てきた外来を「ちょっと先を考え始めるタイミング」ととらえ、患者と話し始めてほしいと思っています。

成本 外来受診時に外来看護師が説明に同席して一緒に聞くのは、まさに意思決定支援に際し、医師と看護師のコラボレーションの一つの形だと思います。全ての患者の診療に同席することは難しくても、情報を共有するなど連携の方法はあるのでしょうか。

宇都宮 突発的に同席を求められると外来看護師はすぐに動けません。受診予定の患者一覧から、医師と看護師であらかじめ「気になる患者」を共有し、外来看護師がかかわる方法もあります。「病気の受け止めや今後について気になる患者」を、医師と看護師が相談しながら抽出し、診察時の同席や、その後の療養相談を行っている病院も出てきています。医師と看護師が別々のタイミングで聞いて、後で共有することも手です。

成本 工夫次第で患者の意向をうまく聞き出せそうですね。

宇都宮 そしていよいよ人生の最終段階をどこでどう過ごすかを決定する場



●なるもと・じん氏
1995年京府医大医学部卒。2001年同大大学院医学系研究科博士課程修了。医療法人精華園、京都府精神保健福祉総合センター、五条山病院を経て、05年より京府医大大学院医学研究科精神機能病態学助手、09年同講師、15年より現職。13年から「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発」プロジェクト代表を務め、認知症高齢者の医療同意能力を評価するツールの作成や医療同意のサポートシステム開発などに取り組む。16年に同プロジェクトの活動をまとめた『認知症の人の医療選択と意思決定支援——本人の希望をかなえる「医療同意」を考える』(クリエイツかもがわ)を刊行。

面が必要になった場合、看護師やMSWといった医師以外の多職種も集まり、方針を決めていくことになります。医師に「これからのことを、一度チームで話し合いましょう」と言ってもらえると医療者は動きやすくなり、患者に対するチームの働き掛けも変わってくるのではないかと思います。

川島 医師の役割は、まず意思決定支援の必要性に気付いてスタートを切らせること。そしてもう一つ大切なのは、スタートを切ったチームの邪魔をしないこと。

宇都宮 まさにそう。なぜか邪魔してしまう医師がいる(笑)。

川島 場合によっては医師がチームに入ることを遠慮する場面もありますよね。チームがうまく動き始めたら、後は任せてしまっていていいと思います。

宇都宮 がんの告知の方法がだんだんと普及してきたのと同様に、これからは認知症に関しても単に病名の告知をするだけでなく、今後の生活について伝えるスキルの向上や多職種によるサポート体制の整備を、個々の医療者が意識的に取り組んでいかなければなりません。

同意能力評価をどう用いるか

成本 意思決定支援のスキルアップに関しては、プロジェクトの一環で医療同意能力評価法の開発を行いました³⁾。患者の理解力を把握するために医療者にはぜひ活用してほしい。意思決定支援を行う前段階での評価や、高齢者の理解度を意識した問診に用いれば、現場での助けになるはずです。

川島 同意能力評価について、普段の外来で同意を求めるプロセスがあるかという点、決まったものはありません。多くの医師が、急病など必要に迫られたときに初めて同意を得ることが多い。成本先生の評価法によって、普段の外来の中で認知機能や同意能力の有無を知ろうと意識できるはずですよ。

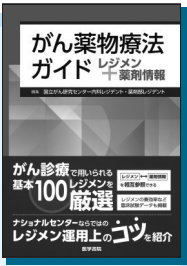
成本 まさに「普段から」が大切です。同意能力評価は、評価を結果としてとらえるためだけに存在するものではありません。結果を次のアクションにどうつなげるかを考えるためのツールです。「この患者は心配だから、できる

国立がん研究センターで使用されているレジメンと、その臨床情報、薬剤情報を解説

がん薬物療法ガイド レジメン+薬剤情報

国立がん研究センターで実際に使用されているレジメンを、がん領域ごとに解説(約100レジメン)。各レジメンにおける薬剤の投与量・時期が一覧で分かるほか、その適応、各療法の奏効率など臨床データも盛り込んだ。各レジメンに出てくる薬剤の基本情報、用量規制因子、催吐リスク、調製・投与の際の注意等も掲載しており、使用にあたって注意するポイントを確認できる。がん薬物療法にかかわる医師、医療関係者必携。

編集 国立がん研究センター内科レジデント・薬剤部レジデント



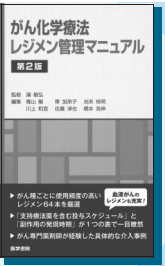
がん化学療法「レジメンのマニュアル」! 情報をアップデートした充実の第2版!!

がん化学療法 レジメン管理マニュアル 第2版

がん化学療法で役立つ情報をギュッと凝縮した「レジメンのマニュアル」、待望の第2版! がん種ごとに使用頻度の高いレジメン64本を厳選(血液がんも充実)。「支持療法薬を含む投与スケジュール」と「副作用の発現時期」が1つの表で一目瞭然に! エビデンスに基づいた減量中止規定、がん専門薬剤師が経験した具体的な介入事例も掲載。抗がん薬投与量を検討する際に必須の「腎機能低下時の考え方」を総論に新規追加!

監修 編集

濱 敏弘
がん研有明病院院長補佐・薬剤部長
青山 剛
がん研有明病院薬剤部主任
東加奈子
東京医科大学病院薬剤部主査
池末裕明
神戸市立医療センター中央市民病院薬剤部副部長代行
川上和宣
がん研有明病院薬剤部・医療安全管理部主任
佐藤淳也
岩手医科大学附属病院薬剤部主任薬剤師・薬学部臨床薬理学講座講師
橋本浩伸
国立がん研究センター中央病院薬剤部外来化学療法主任



高齢者の意思決定支援 座談会



●うつのみや・ひろこ氏
京大医療技術短大（現・京大医学部保健学科）卒。急性期病院や訪問看護ステーションを経て、2002年より京大病院にて退院調整看護師として活動。12年に起業し、全国各地の医療機関で「在宅療養移行支援」、地域の「在宅医療コーディネーター」事業のコンサルテーションを行う。共著に『看護がつながる在宅療養移行支援——病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント』（日本看護協会出版会）、『退院支援ガイドブック——「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる』（学研メディカル秀潤社）『退院支援実践ナビ』（医学書院）など。

治療は全部やってしまおう」と過剰医療に走ってしまうのか、ある程度評価して「どうもこの部分だけは、きちんと理解した上で拒否しているようだ」と治療にストップをかけられるのかで、その後の患者の生活は大きく異なります。意思がはっきりわからない患者でも、質問を重ねながら本人の希望を引き出し、きめ細かい治療を行うきっかけになればと思っています。

川島 私は患者に対し、直接は関係のない質問を織り交ぜながら認知機能を確認することがあります。中でも「がん検診、どうしますか」という質問は効果的です。がん検診は受診の義務が発生するわけではなく、医師と患者双方の話し合いで意向が決まっていくため、質問によるデメリットは生じません。やりとりを進める中で患者の認知機能の問題や、その先の医療選択に対する考えを知ることができます。

成本 なるほど、「がん検診、受けますか」「なぜ、そう思われたのですか」という受け答えで、患者自身がどれだけ論理的に説明できるか評価できるわけですね。

川島 意思決定の能力を評価する場面というのは、患者が多職種に“囲まれて”初めて行うのではなく、もっと前の段階から実施できると、医療者と患者がお互いの意見を深められると思うんです。忙しい外来でも、一工夫して同意能力の評価を行えるといいですね。

かかりつけ医との情報共有が患者の意思決定を進める

成本 慢性疾患の患者は在宅と病院を行ったり来たりしながら最期の段階を

迎えます。このため地域で診るという観点では、患者の意思決定について事前の希望も含めてかかりつけ医と情報共有をすることもテーマになります。この点について、急性期病院で工夫されていることはありますか。

川島 高齢者の多くは何らかの形でかかりつけ医がいることが多いため、その先生方が患者・家族に対してどのような認識を持っているかを把握するよう努めています。救急や外来から入院となったときは、患者の生活背景や意向を含めた情報を集めて整理するチャンスです。そしてその情報を、地域の医師に発信し共有していく。例えば紹介状に「退院後の患者の方針について、これまでの関係が深い先生からACPを詰めていただけますか?」と記載したりします。突然入院になった方の診療情報提供依頼を書く際にも、「患者・家族と今後の医療選択について話したことがありますか」と尋ねることがあります。

宇都宮 かかりつけ医の先生の中には患者のこの先の生活について、一歩先を予測したアプローチを嫌がる方もいると思います。「悪い知らせ」を伝えたくない気持ちは、医療者は誰しも抱くもの。でも私たちが患者の意思決定にかかわる意味は、この先起こり得ることにしっかり備えてもらうためにあるので、かかりつけ医の理解も得て、地域を巻き込んだ意思決定支援を進める必要があります。

川島 特養や老健施設でも、病院に患者を連れて来たときに今後についての意向を細かく記載している施設もあります。私は地域のさまざまな施設が集まる地域の懇談会などで、そうした取り組みを前向きに評価し、他施設にも「できたらこういった話し合いを進めてください」と紹介しています。メッセージを発信し続けてきたことで、地域の医療者にも浸透してきたのではないかと手応えを感じています。

宇都宮 地域で意思決定支援に取り組む流れを作るには、地域包括ケア病棟を設置する病院や、200床以下の中小規模病院が地域と病院を結ぶ機能を持つことが、今後の鍵になると考えています。意思の確認に必要な同意能力評価の知識やスキルを身につけるための研修の場を設け、地域のかかりつけ医と病院医師、看護師、介護職との連携を

深めることがますます必要になるでしょう。

地域住民への啓発に医療者ができること

成本 お二人の話をうかがい、意思決定支援や同意能力評価の浸透には、地域包括ケアの中で急性期病院やかかりつけ医の先生などさまざまな立場の方が密に連携する、多様な結び付きが大切だと再認識しました。

地域とのつながりで、もう一つ意識しなければならないのが、地域住民への啓発活動です。人生の最終段階における意思決定のプロセスを円滑に進めるには、医療者側の意識改革だけでは不十分で、患者・家族側の知識向上が欠かせません。認知症と診断された患者はそれだけでショックを受けるもので、認知症が進行した将来のことまで医師が説明して考えさせるのはなかなか難しい。であればもっと早い段階、できれば元氣なうちから意思決定について考えてもらえると、患者・家族の負担だけでなく、私たち医療者の苦悩も少し軽くなるのではないかと思うのです。

宇都宮 自宅で亡くなる人よりも医療機関で亡くなる人が多くなって既に40年。人々は、病を主体的にとらえる環境からだいぶ縁遠くなっています。

成本 地域の方は、自分がどう亡くなるのか、どんな医療行為を受けるか、想像が及ばないと思うのです。非がんとなるとなおさらイメージしにくい。

宇都宮 穏やかに亡くなっていくプロセスとは何か。これは、住民はもとより医療者の理解も十分とは言えず、住民に情報をうまく提供できていませんでした。認知症に限らず非がんの終末期はどのような状況になるか、今こそ理解を広げたいですね。

川島 地域に向けては、成本先生が作られた「ガイド」を外来で配布するなど、地道にチャレンジしているところです。公的病院に勤務する医師の立場なりに、外来に訪れた患者や、入院患者に対して、意思決定の問題について情報提供し、地域に浸透させていきたいと考えています。

成本 外来を通じた住民への情報提供は、容易にできる手段です。「この前病院に行ったら、こんなこと言われた」という外来待合室での患者さん同士のおしゃべりから、地域に理解が広がる

ことも期待できますね。

川島 住民の中から発信力のある人を集めて講義をするのも効果的ではないでしょうか。

宇都宮 同感です。「地域包括ケアシステムを一般の方とも考えたい」という趣旨の研修を依頼されることが多いのですが、そんなときには、民生委員、町内会長、社会福祉協議会のボランティアの方に参加を呼び掛け、事例を使ったグループワークをするようにしています。地域で発言力があり、地域が持つ力を住民につなげられる方たちですから、「医療選択について普段から家族で話をしておかなければならない」とか、「主治医の先生には、自分の思いを伝えていいんだ」といった気づきが広がっていきます。医療者が一般の方の反応を知ることで、お互いの理解も深まるはずです。これからの意思決定支援には病院と地域、両者のギャップを埋めていくことが欠かせません。

川島 地域を巻き込んだ活動は、社会的な機運の高まりで大きく動く瞬間があると思うのです。意思決定支援という、必ず向き合わなければならない取り組みを進めるには、急性期病院と診療所などの連携・情報共有を密にしながら、患者の思いを含めた医療の提供を積み重ねていくことが大切になりそうです。

成本 患者は自分が受ける医療を知った上でないと意思を表明することは難しいものです。病院側も事前の意思の扱いについて地域のかかりつけ医や医療・介護職の方とコンセンサスを得られていないとその意思が生かしにくい。双方の理解を深めるためにも、医療者には「本人中心」の意思決定支援の観点到立った連携が求められます。（了）

●参考文献・URL

- 1) 認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発. 社会技術研究開発センター. <http://j-decs.org/>
- 2) 「京都市認知症ケアを考えるつどい」実行委員会. 認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア、クリエイツかもがわ；2012.
- 3) 成本迅, 他. 認知症の人の医療選択と意思決定支援——本人の希望をかなえる「医療同意」を考える. クリエイツかもがわ；2016.

MEDSiの新刊

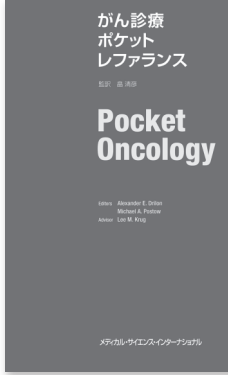
ボケレフ
プロフェッショナル専用! がん診療最強の“備忘録”

がん診療ポケットレファランス

Pocket Oncology

- 監訳：畠 清彦 公益財団法人がん研究会有明病院血液腫瘍科部長
- 定価：本体4,500円＋税 ●B6変 ●頁360 ●図89 ●2016年
- ISBN978-4-89592-859-5

近年脚光を浴びている米国のがん専門病院、スローン・ケタリング記念がんセンター（MSKCC）の医師による、「ボケレフ」シリーズ第5弾。がんに関わる基礎から薬理学、緩和ケアなどをテーマとした総論から、部位別の各論まで、がん診療全体を網羅。見開き完結を基本とし、箇条書きにて簡潔かつコンパクトにまとめる。がん診療に関わる医師、研修医にとって最強、最適な備忘録。



大好評“ボケレフ”シリーズ

プライマリ・ケア ポケットレファランス

Pocket Primary Care

- 日本語版監修：前野 哲博 筑波大学総合診療科教授 ●定価：本体4,200円＋税
- B6変 ●頁328 ●図17 ●2015年 ●ISBN978-4-89592-834-2

マサチューセッツ総合病院（MGH）が総力を結集して編集した、ポケットサイズの備忘録。外来を中心に皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科など内科以外も含む、プライマリ・ケアシーンで遭遇する可能性のある幅広い診療領域を網羅。病棟に強い姉妹書「内科ポケットレファランス」との併用により、さらに効力を発揮する。



米国「プレイントゥリーモデル」にみる、患者中心の医療モデル

「患者中心」で成功する病院大改造

医療の質を向上させる15章

原書編集 Susan B. Frampton・Patrick A. Charmel
訳 平原憲道・和田ちひろ

患者中心の医療のモデルとして知られている米国「プレイントゥリーモデル」の考え方と、導入した医療施設の概要をまとめたもの。患者中心の医療に求められる要素とは何か、医療の質を向上させるためのケアはどういったものか、実践も含めて解説。さらに、病院経営の視点からみた「患者中心の医療」、医療者と患者の関係、医療の質と安全性等にも言及。患者のための病院づくりに応用可能な事例も掲載。

●A5 頁368 2016年 定価：本体3,800円＋税
〔ISBN978-4-260-01242-3〕

医学書院



薬剤師の卒後教育を考える

「薬剤師レジデント制度」で鍛える、臨床能力の基礎

interview 橋田 亨氏 (神戸市立医療センター中央市民病院院長補佐/薬剤部長) に聞く

卒後研修制度として「薬剤師レジデント制度」(註)を導入する病院が増えている。2002年度の北里大病院に始まり、2014年度には40施設で130人の募集が行われた。6年制薬学教育によって卒前に臨床で学ぶ機会が増えた今、卒後教育では何をめざすのか。本紙では、日本薬剤師レジデント制度研究会の会長を務める橋田氏に、本制度を活用した卒後教育の実態と、今後に寄せる期待を聞いた。

必要とされているのは、高い臨床能力を備えた薬剤師

——日本の病院薬剤師の卒後教育は、どのように行われてきたのでしょうか。
橋田 多くの薬剤師は、入職した現場で必要な技能を、徒弟制度のような形で身につけてきました。一部の大学病院などには「研修生制度」があり、系統立った教育プログラムを提供しているのですが、研修生は研修費を支払う立場です。医師や看護師は給与を得ながら質の高い初期研修を受けていますので、この状況を一薬剤師として少しさみしく思っていました。

そこで、別の卒後研修制度を作っていく機運が高まり、2002年に「薬剤師レジデント制度」が始まりました。経済的な自立と質の高いプログラムの両立を目的とした本制度は、米国の薬剤師卒後教育制度をモデルとし、短期間で即戦力を育てられるよう設計されたものです。

——6年制薬学教育への移行により、卒前の臨床経験は増えました。卒後教育では何をめざすのでしょうか。

橋田 臨床「能力」の養成です。医療職種には、一定水準の臨床能力を身につけるための期間が必要だと私は考えています。レジデント制度は、実力を持った薬剤師を短期間で養成し、患者さんを中心とするチーム医療に「薬学の視点を反映する」ことを最大の目的としているのです。

卒前でも臨床を意識した真剣な教育をしています。チーム医療に必要な臨床能力を鍛えるには卒後にしかできないこともあります。本制度を活用した卒後教育では、充実した講義研修を用意した上で、臨床での徹底したOJTを行います。

——なるほど。具体的に求められているのは、どのような能力ですか。

橋田 薬の有効性・副作用の評価、患者さんや他職種への情報提供・提案などがあります。近年、診療報酬に新設された病棟薬剤業務実施加算、がん患者指導管理料3からわかるように、チーム医療における薬剤師の活躍の重要性は高まっているのです。短期間で実力をつけることは、患者さんにとって大きなメリットであり、医療機関にとっても良いことです。

レジデント制度で基礎を固めた上にキャリアパスが広がる

——正規職員とレジデントの、養成における違いを教えてください。

橋田 最大の違いは養成期間です。正規職員はある程度時間をかけて養成するのにに対し、レジデントは短期間のハードトレーニングで、「実務スキル」を身につけます。また、臨床研究をプログラムに組み込み、ファーマシスト・サイエンティストの養成をめざして「科学的なものの見方」を指導します。研究は患者さんの治療に直接役立つだけでなく、診療科と共同で行いますから、他職種との信頼関係を作るのにも大変有用です。これらはレジデント本人のキャリアパスにも大きなメリットになると考えています。

——神戸市立医療センター中央市民病院の薬剤師レジデントの方は、どのようなキャリアを歩んでいるのですか。

橋田 当院はレジデント制度を2009年に始めました。在籍中の方を含めて延べ62人で、新卒の他に病院、薬局、製薬企業から転職した方もいました。レジデント制度は施設にとって有望な人材の確保になりますが、当院では優秀な人材の輩出も大切にしています。例えば、専門薬剤師になるために他院から来る方には、取得後に前の病院へ戻って若手の指導に当たってもらえればと思っています。新卒の方は当院に残る以外に、各地の病院、大学、薬局、PMDAなどで活躍しています。

——レジデント修了後のキャリアパスも多様なのですね。

橋田 はい。薬剤師は他の医療職種に比べてキャリアパスが多岐にわたり、レジデントプログラムで得た実力は、どの分野でも力を発揮する基礎になります。今後は専門性の高いキャリアを望む人のためにも、さらに制度の魅力を高めたいですね。専門・認定薬剤師取得にかかる期間を、修了生は短縮できるようにしたいと考え、「米国のようなレジデントプログラム認証制度を導入できないか」と学会と相談を始めたところ。現在でも専門・認定薬剤師の取得要件に沿った研究指導をしている施設もあります。

——指導に当たるのは、どのような方なのでしょうか。

橋田 主に専門・認定薬剤師ですね。当院の2年間のレジデントプログラムでは、1年目はジェネラルな研修を行い、2年目は専門薬剤師取得を視野に入れ、専門分野を定めて専門・認定薬剤師がマンツーマンで教えます。彼らは知識が豊かで、患者さんとのやり取りや治療の経験も豊富なので、OJTで活躍してくれています。

——40を超える施設がレジデントを募集するようになった中で、見えてきた課題があれば教えてください。

橋田 まだまだ実施施設数が十分でない点と、募集施設が関東、近畿の都市部に集中している点です。都市部以外では薬剤師不足に見舞われているため指導時間の確保が難しく、また常勤の薬剤師を募集したほうが応募が来ると考えているのだと思います。

しかし最近では、プログラムに魅力を感じて応募者が増えたという話も聞きます。ジェネラルに学びながら自身のキャリアパスを考え、本当に進むべき道を探りたい人は増えています。そういった意味でもレジデント制度は良いのではないのでしょうか。

継続的な人材養成は医療職種の“生命線”

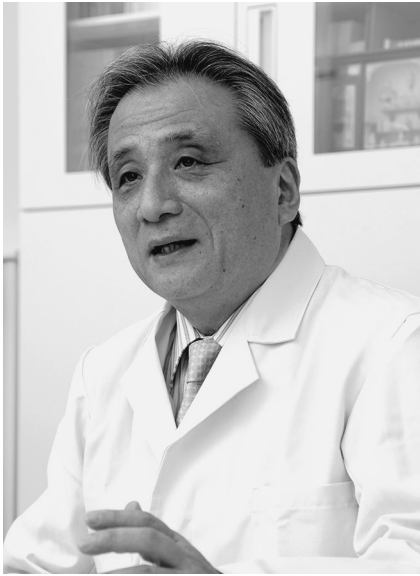
——先生は、『薬剤師レジデントマニュアル』(医学書院)の編集をされています。どのような思いから作られたのでしょうか。

橋田 薬剤師の臨床能力を高める一助となればと考えました。「レジデントマニュアル」シリーズの一つとして、『薬剤師レジデントマニュアル』編集のお話をもらったときはうれしかったです。当院で普段行っているカンファレンスでの実践的な題材、資料をまとめるイメージで取り組みました。

——続いて、『薬剤師レジデントの鉄則』も刊行となりました。

橋田 こちらは、カンファレンスで先輩が後輩に質問するような形式としました。私たちが実際に経験した症例から必要な知識、覚えておくべきこと、そのときの対処法の「鉄則」をまとめました。白衣に入れて持ち歩く“ポケット版”のマニュアルと、“机上版”の鉄則ということで、セットで使えるよう意識しました。

また、どちらの書籍も当院総合診療科の西岡弘品先生との共同編集である点が特徴の一つです。私たち薬剤師は、どうしても薬物治療を中心に考えてしまいがちですが、治療はそれだけではありません。資料を収集・整理してポイントを押さえることに加え、「知識をど



●はしだ・とおる氏

1980年名城大薬学部薬学専攻科卒。京大病院に入職後、同大病院副薬剤部長、同大学院薬学研究科講師を経て、2008年より神戸市立医療センター中央市民病院薬剤部長。11年より院長補佐を兼務。編著に『薬剤師レジデントマニュアル』『薬剤師レジデントの鉄則』(いずれも医学書院)がある。

う意味づけ、生かせば良いのか」という視点が入っているのは、臨床能力を伸ばす過程にある若手の薬剤師にとって大きいと思います。

——若手の薬剤師に期待したいことは何でしょうか。

橋田 レジデント期間は自分のキャリアパスを考え、そこへ進むための実力をつける最初のステップに位置付けられます。ぜひ、プログラムを通じて、勉強する姿勢や、他職種との連携の取り方、患者さんに対する態度、そういったものを身につけてもらいたいです。——レジデントを指導される方の役割も、ますます重要になりますね。

橋田 はい。重要なことは、指導者も共に学ぶ姿勢です。指導を受けた方の成長は、指導者にもフィードバックされます。共に学ぶ心構えを常に持ち、若手のロールモデルになっていただきたい。「先生のようにになりたい」と憧れを持たれる指導者が、薬剤師の発展を支えると私は思っています。

——薬剤師のさらなる活躍に向けて、レジデント制度への今後の期待をお聞かせください。

橋田 私は医療職種の生命線は人材養成にあると考えています。後進を育成するシステムはその分野の発展を支える大きな柱であり、継続的に人を育てることに成功した組織のみが可能性を広げていける、と言っても過言ではありません。その点で薬剤師レジデント制度は薬剤師の職能をさらに高める可能性があり、一層の普及をめざしていきたいと考えています。(了)

註：薬剤師レジデント制度

期間はプログラムごとに決まっており、2年としているものが最も多い。雇用形態は非常勤だが、研修生制度と異なり、給与・福利厚生は保障されている。

エビデンスに基づく薬物療法実践のための「鉄則」

薬剤師レジデントの鉄則

卒後1、2年目の薬剤師が臨床の薬学的課題を解決する際の「実践力」を養うための本。先輩薬剤師が選んだ教育的な症例やシチュエーションをベースに、薬物治療の考え方を深める裏付けとなるガイドラインや論文を紹介。エビデンスに基づいた薬物療法を実践するためのコツや新人薬剤師のためのPitfalls & Tipsを「鉄則」としてわかりやすくまとめた。大好評の「薬剤師レジデントマニュアル」と併せて読みたい！

編集 橋田 亨
神戸市立医療センター中央市民病院
院長補佐・薬剤部長
西岡弘品
神戸市立医療センター中央市民病院
総合診療科部長・臨床研修センター長

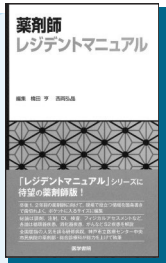


「レジデントマニュアル」シリーズに待望の薬剤師版が登場！

薬剤師レジデントマニュアル

卒後1、2年目の薬剤師に向けて、現場で役立つ情報を箇条書きで歯切れよく、ポケットに入るサイズに編集。総論は調剤、注射、DI、検査、フィジカルアセスメントなど。各論は循環器疾患、消化器疾患、がんなど主要52疾患について、「患者の状態把握→治療(標準的処方例)→薬剤師による薬学的ケア→処方提案のポイント」の順に解説。全国屈指の人気を誇る研修病院、神戸市立医療センター中央市民病院の薬剤部・総合診療科が総力を挙げて執筆！

編集 橋田 亨
神戸市立医療センター中央市民病院
院長補佐・薬剤部長
西岡弘品
神戸市立医療センター中央市民病院
総合診療科部長・臨床研修センター長



ここが知りたい！ 高齢者診療のエビデンス

高齢者は複数の疾患、加齢に伴うさまざまな身体的・精神的症状を有するため、治療ガイドラインをそのまま適用することは患者の不利益になりかねません。併存疾患や余命、ADL、価値観などを考慮した治療ゴールを設定し、治療方針を決めていくことが重要です。

本連載では、より良い治療を提供するために“高齢者診療のエビデンス”を検証し、各疾患へのアプローチを紹介します（老年医学のエキスパートたちによる、リレー連載の形でお届けします）。

第4回 高齢者の血圧，目標値は？

狩野 恵彦 厚生連高岡病院 総合診療科

症例

83歳男性。脳梗塞，軽度認知機能障害，不眠症，高血圧，脂質異常症，逆流性食道炎，便秘症の既往のため複数の服薬あり。高血圧に対してはカルシウム拮抗薬を服用中。かかりつけ医変更の希望があり受診。血圧 129/60 mmHg，脈拍数 72回/分。

ディスカッション

- 高齢者の高血圧の特徴は？
- 血圧コントロールの目標値は？
- 高血圧診療における注意点は？

高血圧はプライマリ・ケアの診療において最もよく見られる疾患の一つであり，治療することで心筋梗塞や脳梗塞，腎不全といった合併症のリスクを減らすことができる。高血圧患者は高齢者全体の約60～80％を占めると報告されており¹⁾，進行する超高齢社会においてその治療は重要と言える。

高齢者高血圧における特徴を理解する

高齢者の高血圧では血圧の動揺性が大きく，測定条件によっても測定値が変化しやすい²⁾。また聴診間隙による血圧の読み間違いや，偽性高血圧（動脈が高度に石灰化しカフで十分に圧迫できないために，実際の血管内血圧より血圧が高く測定される状態）などの可能性も十分考慮する必要がある³⁾。

60歳以上の高齢者では，正常血圧患者・無治療の高血圧患者どちらにおいても収縮期血圧が上昇し，拡張期血圧が低下する傾向にあることが報告されている⁴⁾。このため，高齢者では収縮期高血圧症が高血圧患者全体の60～80％を占める⁵⁾。

Start Low and Go Slow 開始は少量，増量は慎重に

高齢者で降圧薬を開始する場合，「Start Low and Go Slow」の原則に基づき，少量の降圧薬から開始し，ゆっくり増量していくことが大切である。診察時には，新たな既往歴の追加や転倒などのエピソードがないかを毎回確認すると同時に，立位の血圧を評価した

上で，現在の治療が適切かを判断する。80歳以上の患者において，各臓器への循環障害を来し得る血圧は不明だが，130/65 mmHgを下回る血圧は避けるべきであるという報告もある⁶⁾。

さらに，高齢患者の問題の一つにポリファーマシー（多剤処方）が挙げられる。高齢患者は平均的に6種類以上の処方薬を服薬しているとも報告されている⁶⁾。そのため，ノンアドヒアランス（適切な内服を行っていない）による高血圧や，NSAIDs服用の副作用による二次性高血圧の可能性の評価だけでなく，すでに処方されている内服薬と降圧薬との薬物相互作用などにも注意が必要である。

高齢者高血圧治療の目標値を示すデータはない

日本高血圧学会の「高血圧治療ガイドライン2014」²⁾においては，原則65～74歳では140/90 mmHg未満，75歳以上では150/90 mmHg未満（忍容性があれば積極的に140/90 mmHg未満）をめざすことが推奨されている。また，ACCF/AHA（米国心臓病学会財団/米国心臓協会）が発表した高齢者の高血圧治療に関する2011年エキスパートコンセンサスでは，79歳以下の収縮期血圧の目標は可能であれば140 mmHg未満，80歳以上は収縮期血圧140～145 mmHgも許容範囲だと述べられている⁶⁾。一方，2014年に発表されたJNC8の米国高血圧治療ガイドラインでは，60歳以上の目標値は150/90 mmHg未満との記載にとどまっている⁷⁾。

80歳以上の高齢者の高血圧治療効果を示すデータが乏しい中，治療根拠としてはよくHYVET[®]が引用される。これは80歳以上の高血圧患者3845人を対象に行った二重盲検試験で，治療群において2年後の致死性の脳梗塞の発

症率が有意に低下した（治療群血圧143/78 mmHg vs. プラセボ群血圧158/84 mmHg）。しかし，この研究では施設入所者や認知症・腎機能障害などの患者は除外され，ADLの自立した比較的健康な患者層が対象となっている点は考慮しなければならない。

PARTAGEという研究では，フランスとイタリアで老人施設に入所している80歳以上の虚弱高齢者1127人を対象に，コホート研究を行っている⁹⁾。この研究では，複数の降圧薬を使用し，収縮期血圧の目標値を130 mmHg未満とした患者群で2年後の死亡率が最も高かった。さらに別の研究では，虚弱高齢者の指標の一つとして歩行速度を用い，死亡率と血圧のコントロール，歩行速度の関係について分析している¹⁰⁾。その結果，歩行速度の速い患者群では，収縮期血圧140 mmHg未満が死亡率上昇の有意なリスクとして挙げられたものの，歩行速度の遅い患者群では，収縮期・拡張期血圧共に死亡率との関連は認められなかった。また，歩行テストを完遂できなかった患者群では，収縮期・拡張期血圧の上昇が死亡率低下と有意に関連していることがわかった。

このように，降圧が良いというデータと，ある程度の高血圧は容認すべきというデータが混在しているのが現状であり，複数の基礎疾患を持つ虚弱高齢者にどこまで積極的に高血圧の治療を行うべきかを示すデータはないに等しい。したがって，こうした虚弱高齢者に対しての高血圧治療においては，治療の利点と欠点を十分に考慮した上で治療を開始し，慎重に経過観察する必要がある。

大切なのは 可能な範囲で降圧を試みる姿勢

高血圧患者での積極的治療群（収縮期血圧120 mmHg未満）と標準的治療群（収縮期血圧140 mmHg未満）の比較を行ったSPRINT研究¹¹⁾のデータをもとに，2016年5月，75歳以上の高齢者を対象としたサブグループ解析の結果が発表された¹²⁾。積極的治療群のほうが標準的治療群に比べ，予後が良いとの報告である。これにより，今後高齢者における高血圧の治療目標値がどのように変化していくかは注目されるところではあるが，この研究においても，除外された患者群がいることを忘れてはならない。糖尿病や脳梗塞，認知症の既往のある患者，施設入所者，立位1分後の収縮期血圧が110 mmHg未満の患者や1分間立位を維持できない患者は除外されている。

重要なのは，患者が高齢になればなるほど，医学的多様性が増すという事実である。一様に「高齢者の血圧目標はここ」と線引きするのは難しいのである。高血圧を含めた複数の疾患を持ち，ポリファーマシーやアドヒアランスの問題，時には介護の問題も伴う高齢患者に対し，どのように治療目標を

設定するかは個々の医師の判断になる。今後変わるかもしれない降圧目標は気になるところではあるが，より大切なのは，原則として「Do No Harm」の姿勢，降圧薬による恩恵やリスクを慎重に判定しながら，可能な範囲で降圧を試みる姿勢であることを強調したい。

症例その後

問診にて，過去2か月の間に転倒歴があることが判明し，姿勢変化時のふらつきが時々あることもわかった。また，診察で起立性の血圧変化を認めた（臥位血圧131/58 mmHg，立位血圧106/56 mmHg）。家族，本人と相談の上，降圧薬を中止して経過観察した。1か月後，血圧は142/70 mmHg，立位での血圧も変動なし。ふらつきも軽快し，その後転倒のエピソードもないことを確認した。

クリニカルパール

- ✓ 降圧薬開始時は「Start Low and Go Slow」，血圧の下げ過ぎには注意が必要である。
- ✓ 高齢者では個々の病態に合わせた治療目標の設定が必要である。状況によっては150/90 mmHg未満程度を目安としても良いと考えられる。
- ✓ 立位血圧の測定を忘れずに。

【参考文献・URL】

- 1) Hypertension. 1995 [PMID：7875754]
- 2) 日本高血圧学会．高血圧治療ガイドライン2014．
http://www.jpnsh.jp/data/jsh2014/jsh2014v1_1.pdf
- 3) Geriatric Review Syllabus 8th edition.
- 4) Circulation. 1997 [PMID：9236450]
- 5) Hypertension. 2001 [PMID：11244010]
- 6) J Am Coll Cardiol. 2011 [PMID：21524875]
- 7) JAMA. 2014 [PMID：24352797]
- 8) N Engl J Med. 2008 [PMID：18378519]
- 9) JAMA Intern Med. 2015 [PMID：25685919]
- 10) Arch Intern Med. 2012 [PMID：22801930]
- 11) N Engl J Med. 2015 [PMID：26551272]
- 12) JAMA. 2016 [PMID：27195814]

一言アドバイス

- SPRINT研究は適応(患者の平均BMI>27)によって，積極的治療の効果だけでなく危険性の低さも示唆している。150/90 mmHg未満を目安にしつつ，非糖尿病かつ地域生活高齢者では，積極的治療の話し合いを心掛けている。(許 智栄/アドベンチストメディカルセンター)
- 高齢者では血圧が低くなるほど心血管イベントリスクが増える（Jカーブ効果）。降圧目標上限のみでなく，下げ過ぎないように調節したい。SPRINTは衝撃的だが，1 RCTにすぎず，絶対リスク減少率は1.6％（3年間の投薬で1000人のうち16人のみ恩恵あり）。(関口 健二/信州大病院)

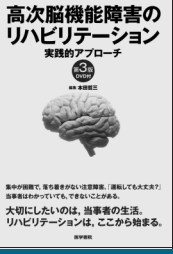
目に見えない障害をもつ当事者の生活に寄り添うための実践的テキスト、充実の改訂版

高次脳機能障害のリハビリテーション[DVD付]

第3版
実践的アプローチ

“高次脳機能障害のリハビリテーション”の入門書の改訂版。日常の生活面から復職に至るまで、高次脳機能障害者の日々の暮らしぶりを重視するコンセプトはそのままに、今版では脳画像所見、若年脳損傷者へのリハ、自動車運転の章を新設。さらに、各障害の実験場面での症状の現れ方がわかるDVD動画、患者・家族へ高次脳機能障害を説明する際のパンフレット見本を収載。現場のリハスタッフにますます有用な内容となっている。

編集 本田哲三
慶応義塾大学リハビリテーションセンター長



新刊

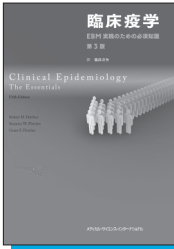
数式いらず!? 統計理論を基礎からわかりやすく丁寧に解説

臨床疫学 第3版

EBM実践のための必須知識

Clinical Epidemiology: The Essentials, 5th Edition

▶世界的に高い評価を得ている臨床疫学の入門テキスト、10年ぶりの改訂。数式を極力用いず具体的な事例にもとづいて解説し、臨床疫学の基本原理や統計を用いた方法論を体系的に学ぶことができる。取り上げる事例を中心にアップデートが図られ、オールカラー化により見やすく読みやすくなった。各章の終わりには理解が深まる復習問題付き。医学生、研修医、臨床医、看護師、公衆衛生関係者等幅広く有用。



訳：福井 次矢 聖路加国際大学 学長/京都大学 名誉教授

定価：本体5,000円＋税
B5 頁298 図102 2016年
ISBN978-4-89592-853-3

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メール info@medsi.co.jp

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

臨床研究の教科書 研究デザインとデータ処理のポイント

川村 孝 ● 著

B5・頁248
定価：本体4,200円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02497-6

今どきの〈愛想の良い本〉ではない。
〈臨床研究をなぜやるか、どうやるか、ロジックは、統計処理は〉などを1 cmの厚さにまとめている。

論文を10本書いた人が本書を開けば、自分の研究計画がずさんだったとか、もっと理を詰めるべきだったなど思い至ることもあるかもしれぬ。しかし、多少でも研究の道を歩いてきたなら、自分の流儀が出来上がっていて、いまさらイチから習う気にはならぬもの。下手なゴルフを20年続けてきたのに、30回のレッスンを受けるために駅前のスクールに通う人は少ない。

このテキストは研究の入り口か、そこをちょっと過ぎたあたりの読者に薦めたい。例えば、研究室の上司から「こんな研究を考えたかどうか」と〈おおざっぱな言葉〉で、〈それほど煮詰めてもないテーマ〉を提案された若手が購入すべきである。

このテキストはテーマを与えた上司にとっても研究の成り立ちを手取り足取り教えずに済むので、手間が省けるメリットがある。

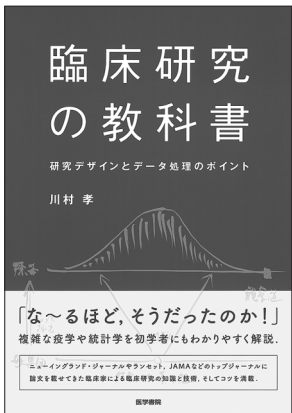
第1部は「研究の立案」、第2部は「研究の運営」、第3部は「データの整理と解析」。

第1部で臨床研究とは何か、おぼろ

● 評者 村川 裕二
帝京大主任教授代行・循環器内科学

げに理解できてくる。何かの薬とプラセボをダブルブラインドで比較すれば一丁上がりだと思っている若者も「それなりに深い」と思うだろう。

作法は 初心者のうちに学べし



第3部は〈統計解析の本を一冊読むのはつらいから、このくらい理解したらどうか〉ということらしい。統計処理の個々のものを詳しく論じるのではなく、その性格がどんなものかヒントを与えている。

第4部は論文の作法。brief and to the point。味がある。しぶい。

第5部は具体的な研究の経過やその後を述べている。この第5部が一番おもしろい。

Rejectされて別なジャーナルに送った経緯や、「肩こりに対する鍼治療の有効性」の研究で〈何がどうしてどうなった〉と、詳しく語られている。見たことがない趣である。

「ぴったりタイミングが合えば、ぴったりくるテキストである」が書評子としての結論である。そこまで成長していない人や、もう出来上がった人には向いていない。作法は初心者のうちに学べし。

最初に手に取ったとき、表紙の色やデザインが医学書院らしくないなと感じたが、内容は装丁がどうであろうと関係がない本だ。

薬剤師レジデントの鉄則

橋田 亨, 西岡 弘晶 ● 編

B5・頁292
定価：本体3,400円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02410-5

● 評者 古川 裕之
山口大大学院教授・山口大病院薬剤部長・臨床研究センター長

当院に2013年から3年続けて、毎年7人のフレッシュ薬剤師が就職してきた。全員が、6年制薬学教育を終えた人たち。今年度の5人を加えると、本院の薬剤師のほぼ半数が、経験年数3年以下という状態である。

新人だけでなく 病棟で活躍している 全ての薬剤師へ

多くのフレッシュ薬剤師を効率よく育て上げるにはどうしたらよいかと考え、副部長を中心とした教育ワーキンググループを立ち上げ、新人教育プログラムを作成した。その中で、『薬剤師レジデントマニュアル』（医学書院、2013）の活用が提案され、新人薬剤師一人ひとりに一冊ずつ用意することになった。われわれは、「あるものは活用する。ないものは作る」という姿勢を基本にしている。

今年2月、本書編者の橋田亨先生（神戸市立医療センター中央市民病院院長補佐/薬剤部長）にお会いしたとき、「改訂版の予定はありますか？」とお尋ねしたところ、にっこり笑う橋田先生から予想していなかった答えが返ってきた。それが、手元にある『薬剤師レジデントの鉄則』である。「なるほど、こういう形でできたか……」と驚いた。

本書は、白衣のポケットに入る『薬剤師レジデントマニュアル』とは異なり、B5判という大きなもの。その表紙の帯には、「臨床の薬学的課題を解決する『実践力』を身につける！」と大きく書かれている。「課題を解決」

と「実践力」というキーワードがびたっと評者の好みに合った。

ページを開いてみた。例えば、感染症関係の章。いきなり、「鉄則」が書かれた青色地の長方形が目の中に飛び込んできた。これは、エビデンスに基づいた薬物療法を実践するためのこつを新人薬剤師向けにまとめたもの。まず重要なポイントを知り、それから本文に入るという方法は、学習効果が大きいと思う。

続いて、Q&A方式で本文が始まる。エビデンスとなるガイドラインや論文の紹介や図表と写真も数多く掲載されている。そして、「最終チェック」で締めくくる。全体的に見て、文字だけが続くのではなく、図表が多いので圧迫感がない。実によく練られた構成である。「さすが……」と、感心した。

本書は、新人薬剤師だけでなく、病棟で活躍している全ての薬剤師にとっても知識の更新、また専門領域以外の知識習得に役立つと思う。本院のスタッフ用に何冊か準備しなくてはならない。

表紙の帯の最後には、「『薬剤師レジデントマニュアル』と併せて読みたい!」と、しっかり書かれている。まったくその通りなので、ぜひ、こちらの改訂もお願いしたい。執筆される皆さんには大変なご負担をお掛けすることになりますが……。

《眼科臨床エキスパート》 角結膜疾患の治療戦略 薬物治療と手術の最前線

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信 ● シリーズ編集
島崎 潤 ● 編

B5・頁424
定価：本体17,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02504-1

● 評者 雑賀 司珠也
和歌山医大教授・眼科学

医学書院から《眼科臨床エキスパートシリーズ》に『角結膜疾患の治療戦略——薬物治療と手術の最前線』が加わりました。編集ご担当は日本角膜学会理事長の島崎潤教授（東京歯科大学市川総合病院）です。手に取ると

厚さ2 cmで索引を入れると本文405ページから成るちょっと厚い教科書ですが、ひとたびページをめくると、検査法や疾患ごとに細かく段落が分かれているので、目次を見て関係するページを開くことで、日常診療の中の疑問に即座に、かつわかりやすく答えてくれる構成となっています。それぞれの項目も長文ではなく豊富に図を交え、細分化された項目構成なので、詳細な内容であるものの、多忙な中で効率よ

日常診療の中の疑問に 即座に、かつわかりやすく 答えてくれる一冊

く読むことに適していると思います。さらに疾患のページの前に、それぞれに検査法に関する項目別の記載があり、眼科コメディカルの皆さまにも有益な情報が盛り込まれています。

一方、角膜・眼表面を専門とする眼科医や角結膜専門医をめざす若手にとっては、日々の業務の合間を縫って通読することで、知識・経験の整理や新たな知識の習得に役立つことが大いに期待できる一冊でしょう。

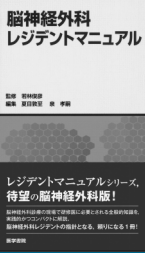
各項目の執筆者はどなたも角膜・眼表面を専門にして最前線で活躍する旬の眼科医です。私が角膜学会・角膜移植学会（いわゆる角膜カンファレンス）などでいつもお会いする先生ばかり♪

脳神経外科レジデントマニュアル

定評あるレジデントマニュアルシリーズ、待望の脳神経外科版。脳神経外科診療の現場においてレジデントレベルで必要とされる一般的な事項を、実践的かつコンパクトにまとめた。実際の診療手順や処方例、患者管理、救急対応など具体的な記載にあふれ、本書を開けばすぐに知りたいことを確認できる。脳神経外科研修医はもちろん、脳神経外科疾患に携わる機会のあるすべての医師にお勧めしたい、ポケットサイズの頼りになる1冊。

監修
編集

若林俊彦
名古屋大学大学院教授・脳神経外科
夏目敦至
名古屋大学大学院准教授・脳神経外科
泉 孝嗣
名古屋大学医学部附属病院・脳神経外科病棟講師



ホスピタリスト

Hospitalist

2016年 年間購読 申込受付中

病棟、外来、チーム医療……
病院医療をコンダクトする
ジェネラリストのための
クオーターリーマガジン

編集委員：平岡栄治・八重樫牧人・清田雅智・石山貴章・
筒泉貴彦・石丸直人・徳田安春・藤谷茂樹

● 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）
※ 毎号お手元に直送します。（送料無料）
※ 1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

Vol.4-No.2
特集：周術期マネジメント
全人的周術期ケアにおけるホスピタリストの役割

責任編集：平岡栄治
東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科

はじめに
目次

1 周術期内科コンサルトのこころえ
2 循環器リスク評価、リスクを減らすには？
3 周術期の抗血栓薬の扱い：常に中止したほうが安全か？
4 呼吸器編：術後肺合併症のリスクとマネジメント
5 消化器編：肝障害を有する患者の手術

6 腎臓編：腎疾患の周術期リスクとマネジメント
7 ① 内分泌編パート1：糖尿病・血糖コントロール
② 内分泌編パート2：副腎、甲状腺、副甲状腺、下垂体
8 神経内科編：脳梗塞、その他の神経疾患の周術期マネジメント
9 整形外科手術における内科医の役割

他コラム多数

2014年

1号 腎疾患
2号 膠原病
3号 消化管疾患
4号 緩和ケア

2015年

1号 呼吸器疾患
2号 外来における予防医療
3号 循環器疾患 1 虚血性心疾患
4号 血液疾患

2016年
(予定)

1号 代謝内分泌
2号 周術期マネジメント
3号 腫瘍 (9月発売予定)
4号 知っておくべき他科の知識1 (12月発売予定)

MEDI

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 風明ビル

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

脳卒中の下肢装具 第3版

病態に対応した装具の選択法

渡邊 英夫, 平山 史朗, 藤崎 拓憲 ● 著

A5・頁208
定価：本体4,200円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02488-4

【評者】長倉 裕二
熊本保健科学大教授・理学療法学

『脳卒中治療ガイドライン 2015』の歩行障害のリハビリテーションにおいて、「内反尖足がある患者に対して歩行の改善のために短下肢装具を用いることが勧められる（グレードB）」として推奨されている。

また、「歩行や歩行に関連する下肢訓練の量を多くすることは、歩行能力の改善のために強く勧められる（グレードA）」という推奨もあり、脳卒中のリハビリテーションにおいて歩行訓練は不可欠なものとなっている。

さらに、日本理学療法士学会から出版されている『理学療法診療ガイドライン 2011』において装具療法是推奨グレードA/エビデンスレベル2とされ、FIM得点の向上、歩行速度の向上やエネルギー消費の減少、転倒予防に効果があるとされている。いずれも推奨グレードが高いことから、脳卒中片麻痺の歩行再建やリハビリテーションの中で装具療法的大きな位置付けとなっていることがわかる。

しかし装具療法の担い手となる理学療法士の卒前教育の中で、装具療法に関する内容は教科書を見る限り、昔から使用されている両側支柱型のダブルクレンザックタイプや後方支柱型靴べら式短下肢装具などがいまだ代表格として掲載され、比較的わかりやすく解説されているものの、新しい材料や部品など日々開発されている装具に関しては、臨床場面で試してみないとわからないというのが現状である。そしてこれらの情報が不十分なために、新しい装具作製に躊躇することもしばしばである。

本書『脳卒中の下肢装具』はこれらの問題に対し、初版から第2版へと具体的な個々の装具を挙げ、その適応や機能、特徴などをわかりやすく解説し

て、執筆者の人選は、この学会で中心的な役割をしておられる島崎教授ならではと思います。角膜学会・角膜移植学会の皆さまは指導層の教授陣と若手の眼科医の極めてフレンドリーな関係の中、国内外の学会などで頻繁に顔を合わせて昼夜を問わず意見交換を行っています。そのため、本書が項目ごとに各執筆者の所属施設が異なるにもかかわらず、施設独自の記載が見られず、スタンダードな記載とアップデートな側面が両立できているのがセールスポイントだと思います。また、本に記

てきた。今回の第3版は、これに加えてさらに臨床に沿った内容となっている。そして今回、2人の理学療法士が著者となっていることにより、理学療法介入へより具体的な方法が提示され、装具選択の一助になることが期待される。

第2版から変わったところでわかりやすいのはオールカラーになったことであり、これによって装具そのものがイメージしやすくなった。この分野においては言葉で装具を表現されるよりも画像そのものを見たほうがよりわかりやすく、臨床場面では片麻痺患者に写真を提示できることに

よって、装具装着のイメージや生活の場面でのイメージも付きやすくなると考える。また新しく開発され、臨床での利用価値も高い装具も多く紹介されている。このように日々変わっていく装具材料や部品、機能などを新しくしていくことで多様化する片麻痺患者のニーズにも応えられるものだと考える。

そして今回、理学療法士に対するアンケート調査を基にしたQ&Aである第24章「脳卒中歩行訓練と装具の選定・適応に関する理学療法士の質問」はガイドラインなどで用いられるクリニカルクエストに対応するもので、特に臨床における問題に対する具体的な対応策や考え方などを知ることができる。理学療法介入場面では患者への装具作製前の装着による利点や問題点を説明する道具として、装具装着時に起こるさまざまな問題に対する解決の糸口となるであろう。

初版ではCDを添付することも検討されていたようであるが、できれば装着時の画像に加えて動画などで説明が加わるとさらに利用価値が高まるものと考え、今後に期待したい。

載されているパスワードでウェブ上の手技動画を閲覧することも大きなメリットです。

角膜・眼表面の臨床についての成書は数多くあります。しかし、検査、結膜疾患、角膜疾患という読みやすい三領域の構成で、それぞれも項目ごとに分かれた、しかも、最前線で活躍の眼科医によるスタンダードとアップデートとのバランスの取れた記載ということで、本書は、若手、眼科専門医を問わず、ぜひ手の届く所に置いておきたい一冊だと思います。

オールカラーになり、さらに臨床に沿った内容に



第17回日本言語聴覚学会開催

第17回日本言語聴覚学会が6月10～11日、瀧澤透学会長（京都府言語聴覚士会会長/京都光華女子大）のもと、ロームシアター京都、他（京都市）で開催された。「コミュニケーション 知と技の融合——そうだ、学会へ行こう」をテーマに開催された今回、約2800人が参加した。本紙では、シンポジウム「学校とSTの関わりについて」（座長＝らく相談室・山崎祥子氏）の様態を報告する。

◆相談相手となることが教員との連携の鍵

シンポジスト登壇に先立ち、高井小織氏（京都光華女子大）が京都市立小学校での言語・難聴通級指導教室と言語聴覚士の連携の現状を報告した。調査対象の通級担当者25人のうち、約7割は言語聴覚士と連携を取っており、言語聴覚士を講師とした研修会が2年間で12回、民間主催の研修会も6か月で4回行われたが、さらなる連携が求められていることを明らかにした。

続いて登壇したのは岡崎宏氏（医療専門学校水戸メディカルカレッジ）。特別支援教育の推進に関する中央教育審議会の報告（2012年）で「言語聴覚士等の専門家の活用」が明記されたことを踏まえ、特別支援教育の充実に向け、学校に言語聴覚士の活躍の場があると解説した。氏は、言語聴覚士が客観的な評価能力を生かしながら指導計画の策定を支援することで、授業の主体者である教員と連携できると述べた。

京都言語障害研究会で活動を行ってきた松尾友久氏（京都市児童福祉センター発達相談所）は、教員と言語聴覚士が互いの専門性を認め合う環境構築を呼び掛けた。そこで氏は、教員は子どもの成長発達支援への長期的視点を持つのに対し、言語聴覚士は短期的に効果を上げる専門知識・技術を持つと分析。相互の強みを生かす連携のためには、教員と言語聴覚士による事例検討会の開催が有用との見解を示した。

補聴器等の進歩により、難聴児童も通常学級に在籍して学べるようになっていく。難聴児童を担当する教員の聴覚相談を行っている言語聴覚士の立場から太田裕樹氏（京都府立宇治支援学校/京都府スーパーサポートセンター）は、言語聴覚士ができることを教員に対してさらに周知するべきと提言。例として難聴児童の発見、座席配置といった必要な配慮の説明、構音障害や摂食・嚥下に関する保護者からの相談への対応を挙げた。言語聴覚士が教育の現場に足を運び、教員が気軽に相談できる専門職だと知ってもらうことが、学校との連携における第一歩だと主張した。



● 瀧澤透学会長

皮膚がんバリエーションアトラス

田中 勝, 安齋 眞一 ● 編

A4・頁384
定価：本体15,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02472-3

【評者】常深 祐一郎
東大医大准教授・皮膚科学

見たことのないアトラスが出版された。アトラスといえさまざまな疾患の画像が収められているものというのが私の常識であった。頻度の高い疾患からあまりお目にかか

暗黙知を身につけるために

らない疾患まで広く網羅されているものである。それがこの『皮膚がんバリエーションアトラス』では、なんと基底細胞癌と有棘細胞癌、悪性黒色腫という三つの皮膚癌で全紙面の7割を占めているのである。基底細胞癌に95ページ、有棘細胞癌に70ページ、悪性黒色腫に71ページが費やされている。尋常ではない。

どのようにしてこれだけのページ数が埋められているかというと、そこがバリエーションである。同じ疾患の膨大な数の症例写真が集められているのである。

実臨床では、同じ疾患といっても、一つとしてまったく同じ臨床像はない。バリエーションそのものである。よって、皮膚科医は多くの症例を日々見続けて初めて実臨床で通用するようになる。経験がものを言うゆえんである。このアトラスには極めて多くのバリエーションが濃縮して詰まっている。本来なら何年もの期間を要するところを、短期間で効率よく経験してしまおうというのがこのアトラスの狙いであろう。臨床像とダーモスコピー像

の写真が対になって提示され、簡潔な所見が添えられている。文字が少ないのでどんどん見ていくことができる。これは調べ物に使うアトラスではなく、読み通すアトラスである。そして怒濤の症例写真を読み進めて

いるうちに気が付いたことがある。バリエーションを見ているはずなのに、極めて多くの症例を浴びていると、その中に共通する本質が見えて来るのである。文章でいくら説明されてもわからないひらめきのようなものが頭の中に形成されていく。言葉で説明するのは難しいが、画像を見た瞬間それが何なのか「わかる」のである。考える前に答えが出てくる、答えを思いついてからその理由を考える。これを暗黙知という。ベテラン皮膚科医はそのように診断している。

皮膚科学は形態学である。本書の「序」にもそのように書かれているし、私も他誌で何度かそのように述べたことがある。形態学の神髄は暗黙知である。そこに至るためには、たくさん見るしかない。文字ではなく形態を見なければならぬ。百聞は一見にしかず、である。それを体現した究極のアトラスが本書である。ぜひ手に取ってバリエーションのシャワーを浴びていただきたい。そしてベテラン皮膚科医の眼力を手に入れてもらいたい。

よく遭遇する悩ましい症例から、ピットフォールが浮き彫りに!

新刊

メキメキ上達する頭痛のみかた

Common Pitfalls in the Evaluation and Management of Headache: Case-Based Learning

▶ 頭痛を切り口にまとめた症例集。米国の頭痛診療エキスパートが選び出した100以上の豊富な症例を収載。各例2頁ほどの読み切りサイズで、日本でもよく遭遇する手強い症例を扱う。「なぜ見逃したのか?」あの検査、あの処方是最良だったのか?」誰もが一度は抱いたことのある疑問点・反省点を振り返りつつ、エビデンスを交え経験則・コツを伝授。「Pitfall」と「Tip」がわかる。ICHD-3βに準拠。総合内科医、プライマリ・ケア医、神経内科医、研修医は、これ一冊で頭痛診療がぐんぐん上達する!

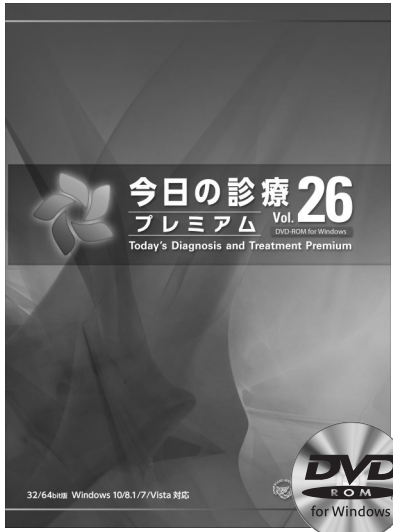
監訳：金城 光代 沖縄県立中部病院 リウマチ膠原病科・総合内科
金城 紀与史 沖縄県立中部病院 総合内科

メキメキ上達する頭痛のみかた

メキメキ上達する頭痛のみかた

定価：本体4,600円＋税
B5変 頁220 図18 2016年
ISBN978-4-89592-858-8

国内最大級の総合診療データベース



今日の診療 26

プレミアム

Vol. 26

DVD-ROM for Windows

Today's Diagnosis and Treatment Premium

●DVD-ROM版 2016年 価格：本体78,000円＋税 [JAN4580492610155]

タブレット端末やスマートフォンなどでもご利用いただける「Web閲覧権」付

タブレット端末やスマートフォン、パソコンなど、お手持ちの複数の端末でご利用になれます*。



*2台以上の端末で同時にログインすることはできません。

※利用可能期間は、お申し込み後1年間です。お申し込みは、2017年4月30日で締め切らせていただきます。
※『今日の診療プレミアムWEB』ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。

today'sdt.com

『今日の診療プレミアム』試用版をご利用ください

医学書院のベストセラー書籍15冊、約100,000件の収録項目から一括検索



治療薬は独自検索機能でさらに便利に

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

Search form for 'Today's Diagnosis and Treatment Premium' with fields for '一般検索' (General Search), '薬品名' (Drug Name), '適応症' (Indication), '禁忌' (Contraindication), '副作用' (Side Effect), '製薬会社' (Manufacturer), and buttons for '検索' (Search) and 'クリア' (Clear).

データはPCにインストールできます

本商品(DVD-ROM)のデータは、PCにインストールできます。また、オンラインライセンス認証により認証番号の取得を行えば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。

※認証番号の取得は、最大3台までのPCに行うことができます(特定の1人が使用する場合)。

骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.26」もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.26

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円＋税 [JAN4580492610179]

※「今日の診療 ベーシック Vol.26」には、Web閲覧権は付与されません。

収録内容

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2016年版 Update
- ② 今日の治療指針 2015年版
- ③ 今日の診断指針 第7版 Update
- 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16版 Update
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2015-2016
- ⑧ 治療薬マニュアル 2016 Update

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
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第3版 Update
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス
- ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑮ 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

2016年7月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

公衆衛生	8月号 Vol.80 No.8 1部定価：本体2,400円＋税	地域包括ケアの進化	臨床外科	7月号 Vol.71 No.7 1部定価：本体2,700円＋税	胆管系合併症のすべて —その予防とリカバリー—
medicina	7月号 Vol.53 No.8 1部定価：本体2,500円＋税	胸部画像診断 —症状や身体所見からのアプローチ—	臨床婦人科産科	7月号 Vol.70 No.7 1部定価：本体2,700円＋税	胎児心拍数モニタリング パーフェクトマスター
総合診療 (旧 JIM)	7月号 Vol.26 No.7 1部定価：本体2,300円＋税	感染症ケアバンドル・ チェックリスト	臨床眼科	7月号 Vol.70 No.7 1部定価：本体2,800円＋税	第69回日本臨床眼科学会講演集(5)
糖尿病診療マスター	7月号 Vol.14 No.7 1部定価：本体2,700円＋税	見たい、知りたい、取り入れたい 糖尿病療養支援の工夫	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	7月号 Vol.88 No.8 1部定価：本体2,700円＋税	もう困らない！ 異物摘出マニュアル
呼吸と循環	8月号 Vol.64 No.8 1部定価：本体2,700円＋税	COPD合併肺癌 病因論から治療まで	臨床泌尿器科	7月号 Vol.70 No.8 1部定価：本体2,800円＋税	もう慌てない！ 重症尿路性器感染症のマネジメント
胃と腸	7月号 Vol.51 No.8 1部定価：本体3,200円＋税	消化管疾患と皮膚病変	総合リハビリテーション	7月号 Vol.44 No.7 1部定価：本体2,300円＋税	スポーツ障害のリハビリテーション
Cancer Board Square	7月号 Vol.2 No.2 1部定価：本体3,400円＋税	Over 80歳のがん診療	理学療法ジャーナル	7月号 Vol.50 No.7 1部定価：本体1,800円＋税	被殻出血と理学療法
BRAIN and NERVE	増大 Vol.68 No.7 特別定価：本体3,800円＋税	認知症の 危険因子と防御因子	臨床検査	8月号 Vol.60 No.8 1部定価：本体2,200円＋税	好塩基球の謎に迫る/ キャリアデザイン
			病院	7月号 Vol.75 No.7 1部定価：本体3,000円＋税	地域づくりの核としての病院



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp