

2015年11月30日

第3152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

- [インタビュー] 対人援助職として心理職に広がる可能性(村瀬嘉代子),他 1-2面
- [寄稿] 就労支援としての「夜間化学療法」の実践(徳満葉子) 3面
- [寄稿] 過剰診断を防ぐエビデンスの構築を(加藤幹朗, 徳田安春) 4面
- [FAQ] 一般外来での妊娠期・授乳期の患者の診方(水谷佳敬) 5面

対人援助職として心理職に広がる可能性 「公認心理師法」の成立を受け、今思うこと

interview 村瀬 嘉代子氏に聞く

日本臨床心理士会会長/日本心理研修センター理事長

心理職は、医療機関の精神・神経科、小児科をはじめとしたほぼ全ての診療科、産業領域のメンタルヘルス、司法・矯正領域での犯罪・非行からの立ち直りや家族問題への支援、教育領域におけるスクールカウンセラー、福祉領域における社会的養護児童や高齢者への支援など、さまざまな分野で活躍する。これまでは全て民間資格であったが、社会からのニーズの高まりに応え一定の質が確保された心理職の安定した供給を図るため、心理職初の国家資格を設ける「公認心理師法」が、2015年9月の通常国会において衆参両院で全会一致によって成立した。

公認心理師の誕生により、心理職の活躍の場はさらに広がっていくことが期待される。今後心理職が果たしていくべき役割とは何か。対人援助を担う存在としてどう在るべきなのか——。本紙では、日本臨床心理士会会長、日本心理研修センター理事長を務め、長年心理職として活躍してきた村瀬嘉代子氏に、その考えを聞いた。

——心理職の国家資格化が長年求められてきた中、今国会でようやく法案が成立しました。「公認心理師」の誕生によって国民にどのようなメリットがもたらされるのでしょうか。

村瀬 公認心理師を名乗る心理職者の質が保証されるという意義は大きいと思います。カウンセラーや心理士と名の付く職業は現在もたくさんありますが、全て民間資格です。利用者が心理的な支援を受けたいと考えたときに、どこへ相談に行くべきか判断に迷うケースもあると思うのです。国家資格として一定のレベルに達していると保証されることは、利用者の皆さんにとって安心感につながるのではないのでしょうか。

——心理職の方たちにとっても、待遇面などで変化が期待できるのではないですか。

村瀬 それは確かにあると思います。非常に優秀で、責任感を持って仕事をしている人であっても、これまでは国家資格ではなかったために、待遇的に不遇な部分がありました。心理職の位置付けがあいまいで、組織体系の中に組み込みにくい事情があったわけです。そうした部分が今後は正されるであろうことは喜ばしいです。ただ、国

家資格化はあくまでもスタートにすぎません。

心理職が一丸となって 全体の質向上を図る

村瀬 名称独占の資格は、いわば、ある領域で仕事をするためのJISマーク(註)、もしくは入場券のようなものです。時代の変化がめまぐるしい中で、支援を求められる問題の要因は多次元に及び、複合した難しいものになっています。一人ひとりの質の向上だけでなく、心理職全体が今後何を積み重ねていけるかも問われています。

また、心理職の資格というのは、身につけている知識や技法以外に、本人の人間性や社会性も職務の根幹を支えている要素です。人々は、私たちが単にカウンセラーや心理士の資格という「肩書」を持っているから、私たちに信頼し、心の傷や悩みを話してくださいというわけではありませんよね。資格を取得したことに慢心せず、謙虚な姿勢で信頼に足る存在であるよう努める必要があります。

——カリキュラムの検討や試験機関の選出など、今後議論すべきことも多いと思います。

村瀬 法律は大枠を規定するものでしかないのです。その大枠に沿って内容をどれだけ充実させ、活用していくかが重要です。

心理学の分野は非常に幅が広く、これまで基礎系と応用系とがある程度独立していました。ですが、それぞれが自分たちのことだけを考えているのは、質を保証するための具体的なカリキュラムを決めていくことは難しくなります。今回の法案は心理学の領域だけでなく、いろいろな方面の方からの理解とご尽力があったからこそ成立まで結び付きました。そうした期待に応えるためにも、心理職が一致団結してそれぞれの長所を出し合い、全体の底上げを図っていききたいと思います。

——法律の成立をめざす中で、全員が同じ方向を向くために先生が心掛けていたのはどのようなことでしょうか。

村瀬 専門職としての自分の立場に基づいた意見を持つと同時に、物事を相対化して考える視点を持つこと、さらにこの法律は「心理職が社会に役立つ存在になるためのものだ」という本質的な目的を考えることです。これらのバランスをうまく取ることができれば、100点とまではいかなくても物事は随分進みやすくなる。先を見通し、「今、そしてこれから本当に必要なのは何か」を考えていくことで、協調点は自ずと見つかるはずなのです。

心理職の“コア”とは

——心理職の方の活躍の場は、今後さらに広がっていくと予想されます。現時点ではどのような領域での活動が多いのですか。

村瀬 臨床心理士に関して言えば、医療・保健、教育、福祉、司法・矯正、産業が主な5領域と言われていて、その中で医療と教育に従事する方がそれぞれ2割強といったところですね。領域



●むらせ・かよこ氏

1959年奈良女子大文学部卒業後、家庭裁判所調査官を経て、62年より米カリフォルニア大大学院パークレー校留学。65年大正大カウンスリング研究所講師、84年同大助教授、87年同大教授。博士(文学)。2008年より、大正大名誉・客員教授、ならびに北翔大客員教授。臨床心理士。日本臨床心理士会会長、日本心理研修センター理事長を務める。『心理療法家の気づきと想像——生活を視野に入れた心理臨床』『心理療法の基本(完全版)』(いずれも金剛出版)など著書多数。

によらない共通部分はあるものの、領域に応じて求められる特性にはかなりの違いがあり、それぞれの専門性も高まっているため、会得しなければならぬ知識の量はますます増えています。——心理療法を例にみても、その数は昔と比べて増えていますね。

村瀬 はい。心理療法に関する文献もたくさん出版されていて、何を選べばいいのか困ってしまうほどです。

ただ、私は学んだものをそのまま取り入れたり、一つの方法にこだわりすぎたりしては、現実の問題に対応

(2面につづく)

医療職が知っておきたい、人の臨終にかかわる最新のエビデンス

医学書院

死亡直前と看取り の エビデンス

森田達也 聖隷三方原病院 副院長 緩和支援治療科
白土明美 聖隷三方原病院 緩和ケアチーム

患者が亡くなる直前の医学的問題や看取りに関する解説をした本書は、①死亡までの過程と病態、②死亡直前に生じる苦痛の緩和、③望ましい看取り方、のそれぞれについて、医療職者が知っておくべき最新のエビデンスをまとめている。著者の経験に基づくナラティブな解説も豊富に記載されており、医師や看護師のみならず、人の臨終に関わる多くの読者の助けとなる書である。

■目次

- ① 死亡までの過程と病態についてのエビデンス
 - 1 死亡までに生じる変化と機序:死亡までに起こること
 - 2 予後の予測:信頼性を持って今後を予測する方法
 - 3 輸液:する?しない?と輸液の価値
 - 4 鎮静(セデーション):苦痛緩和の最後の手段(last resort)
 - 5 蘇生と終末期に備えた話:アドバンスケアプランニングと意思決定
- ② 死亡前後に生じる苦痛の緩和についてのエビデンス
 - 1 呼吸困難
 - 2 せん妄:死亡直前の意識障害
 - 3 気道分泌:死前喘鳴(ゴロゴロ)
 - 4 看取りのパス:エビデンスと教訓
- ③ 望ましい看取り方についてのエビデンス
 - 1 望ましい看取り方:医師と看護師がすべきこと

死亡直前と看取り の エビデンス

森田達也 白土明美

本当はこういうことだった
死亡直前のなぜ?に答える 自信が持てる
筆者の経験に基づくナラティブな解説も充実

医学書院

(1面よりつづく)

するには不十分だと考えています。問題を抱えている人というのは、社会的にも、経済的にも、人間関係的にも恵まれず、多くの場合、リソースが非常に乏しい人です。生き難さの要因として多次元にわたる困難を抱えて疲弊している人に、「これが最新の方法です」「この方法は高いエビデンスがあります」と言って、単純にその方法を適用しても必ずしもうまく運ぶとは限りません。

——一人ひとりに合った方法を、その都度考えていく必要がある、と。

村瀬 その通りです。理論というのは基本的に、論理的に整理されていますが、臨床現場で遭遇する問題はより多面的で複雑です。もちろん、学ぶことや新しいものを取り入れていくことは重要ですが、どのような人であればその理論や技法を実際に適用できるのかという点は、対人援助を行う者として常に意識すべきです。

そして私たちは今、もっと大きな視点に立って心理学という学問の在り方について考えていくべきだと思うのです。社会に貢献するという観点から、心理職の“コア”について心理職全体で再考していかなければなりません。

——先生ご自身は、心理職のコアとなる専門性とは何だとお考えですか。

村瀬 今何が起きているのか、それはどのような因果関係から生じているのか、問題の性質を全体的視野でとらえると同時に、中でも何が一番焦点の問題点かをアセスメントすることです。そして今後の見通しを持って、自分の立場と役割を認識する。ケース・マネジメントのセンスが求められるとも言えるかもしれません。その上で、問題解決に必要な手立てを考え、行動に移す知識と思考力、技法と行動力が求められます。

問題の多次元化により高まる チーム連携の必要性

——そうした知識の中には心理学以外の領域も含まれるのでしょうか。

村瀬 もちろんです。例えば医学的な知識がなければ、薬を服用している患者さんの変調が、薬によるものなのか、心理的な要因によるものなのか、それとも全く別の要因も絡まっているものなのか、的確にとらえることは難しくなります。物事の性質を見誤らないためには、法律や医学といった近接領域の知識も最低限は必要になるでしょう。

——多領域の知識を持っていれば、対応できる問題も増えそうです。

村瀬 現代では、どの領域においても問題が複雑になり、多次元の要素が絡んでいるため、特定の領域の専門知識や技能だけで対応できる問題が減っています。しかし、異なる領域の知識を身につけると言っても限界があります。だからこそ、他の専門職の人たち

と協働して、チームで仕事をする必要性が増しているのです。

——チームでの仕事と言えば、今回の法律では医師との連携・協力ではなく、医師からの「指示」を受けるといふ文言が盛り込まれましたね。

村瀬 医師との関係性をめぐる問題については、かなり議論がなされました。個人的な意見としては、「指示」という言葉によって心理職のアイデンティティが損なわれるわけではないと思っています。

人が存在するのに一番大切なのは“生命の安全”であって、心の働きや社会活動は生命の上に成り立つものです。生命に対して責任を負うのは医学です。文言についての詳細な議論は省きますが、心理職としての注意義務を的確に果たす、これを常に念頭に置くことが肝要だと思います。今重要なのは、チームの一員として他職種の方たちとどのように連携し、社会の要請に応えていくかを考えることではないでしょうか。

オーケストラの一員として、自分の役割を果たす

——では、多職種が協働していくためには何が大切になりますか。

村瀬 まず、関連する専門職同士が互いの仕事を尊重しあうことです。これだけ領域が分化して専門職も増えると、自分の存在理由を確かにしたという思いが働くのも理解はできます。しかしながら、それぞれが自分の見解・主張にこだわり続けるだけでは、現実の課題解決にとってはかばかしくありません。利用者のために本当に在るべき支援の形を考えるのであれば、“調和と協力”を意識すべきだということが見えてくるはず。協調を意識した上で、専門的な知識と技能に基づいた見立てと方法は堅持する。今後はそうした専門職としてのかかわりが求められるでしょう。

比喩的に言うと、チームの中の専門職の一員として人を支援することは、オーケストラでシンフォニーを演奏していくようなものかもしれません。

——オーケストラですか。

村瀬 オーケストラの中のそれぞれの楽器に注目してみると、長い演奏時間の中でほんの数小節しか演奏しない楽器もあります。ですが、本当に力のあるプロの演奏家は曲全体の譜(スコア)を読み、全体の進行を考えて自分の担当パートを演奏できる。心理職もそうあるべきだと思うのです。

——全体の中での役割を認識し、与えられた役割をきちんと果たしていくことが重要になるわけですね。

村瀬 はい。そしてもう一つは「共通言語」を持つことです。自信がないとつい専門用語で武装したくなりますが、質を保った上で、平易で公共性のある言葉を使うのは当たり前のようにして実は難しい。これは何気ないことのように大切な留意点だと考えて

視点 摂食嚥下関連医療資源マップで連携の輪を広げる



戸原 玄 東京医科歯科大学大学院准教授・高齢者歯科学

高齢者の摂食嚥下・栄養は近年注目される分野であり、今、その支援体制の整備が喫緊の課題となっている。高齢者の摂食嚥下の問題、つまり「食べること」の支援は、高齢化が進む本邦においては専門的な取り組みを行う病院だけが担うようなものではない。地域に存在する医療・介護資源が連携し、一体となって取り組んでいく必要がある。しかし現状では、それらの資源が有効につながっているとは言いがたい。その理由の多くは、在宅や介護施設の現場で摂食嚥下のリハビリを受けることができることすら知られていない、または知っていたとしても近隣ではどこに依頼を出したらよいか分からないといったことにある。

こうした背景を踏まえ、2014年度に厚労省で「高齢者の摂食嚥下・栄養に関する地域包括的ケアについての研究」¹⁾が発足し、活動を行った。同研究班で全国調査を行い、高齢者の摂食嚥下・栄養に関する問題に対応できる医療機関を登録したウェブサイト「摂食嚥下関連医療資源マップ」を作成した²⁾。医療関係者に限らず介護関係者、患者・家族など誰でも閲覧・検索することができるかたちで、2015年9月10日に公開した。

本ウェブサイト上に設けたツールの特徴は、医療機関と提供するサービスをリスト化することに留まらず、日本地図上にマッピングしている点と言える。嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査、嚥下訓練といった医療・支援提供の可否に加え、訪問診療の可否についても記載し、訪問診療が可能な圏内(各拠点から半径16km以内)を円で囲んで表示する機能を付け、同圏域の資源をひと目でわかるような工夫を施した。摂食嚥下の問題でどこか依頼・紹介先を探す必要がある場合には、同サイトの情報を利用して提供できる施設を求めたり、または患者・家族など一般の方へ紹介したりといった形で利用していただければ幸いだ。

同ウェブサイトを見ていただけると一目瞭然なのが、日本は訪問の形態で

食べることの支援を受けられる地域ばかりではないとよくわかる。無論、本研究での調査は、悉皆調査を行ったものではない。現段階では800件程度の施設の登録があるが、まだ調査は十分とは言えず、国内全ての施設をカバーしきれていないわけではない。本調査に協力してもよいという摂食嚥下に対応できる機関があれば、ぜひ登録をお願いしたい。登録施設が増えていくことで、支援状況の実態を把握でき、医科歯科連携、医療と介護の連携は深まり、ひいては必要な支援を受けることのできる患者が増えていくと期待している。

*

食べることへの支援は、多職種協働が求められる分野だ。これは換言すれば、「多職種の連携を考えやすい分野」となるだろう。地域での連携を考える上で、同サイトが示す資源の情報は“材料”となるに違いない。われわれの研究班では今後、地域での連携の手順をまとめたガイドブックを作成し、同ウェブサイト上で公開する予定だ。将来的にはそれを“設計図”として、材料とセットにして地域連携の構築に活用していただければと願っている。本研究を通じ、“食”を通じたネットワーク作り貢献し、地域包括ケア体制構築の後押しをしていきたい。

●参考 URL

- 1) 厚労科研長寿・障害科学総合研究事業。高齢者の摂食嚥下・栄養に関する地域包括的ケアについての研究(業務主任者: 戸原玄)。平成26年度委託業務成果報告書。2015。http://www.swallowing.link/wp-content/uploads/2015/08/53ec1c731d468d5be97cd0385ffca0fa.pdf
2) 摂食嚥下関連医療資源マップ。http://www.swallowing.link/

●略歴/1997年東医歯大歯学部歯科学科卒。同大学院、藤田保衛大医学部リハビリテーション医学講座研究生、ジョンスホプキンス大医学部リハビリテーション科研究生、東医歯大歯学部病院助手、日大歯学部摂食機能療法学講座准教授を経て、東医歯大大学院医歯学総合研究科老化制御学系専攻口腔老化制御学講座高齢者歯科学分野准教授。

います。専門とする領域を異にする人たちが集まって共に仕事をしていくには、一定水準のレベルは維持しつつ、正確かつ公共性のある表現を心掛けることが大切だと思います。

——最後に医療職の方に向けたメッセージをお願いします。

村瀬 これまで、医療の領域で働いている専門職の中で、心理職のみが国家資格ではありませんでした。このたび、ようやく国家資格化の願いが叶いました。これを機に気持ちを新たに、社会

にとって真に役立つ存在であるよう、さらなる質の向上に向けて研鑽に努める所存であります。——ありがとうございました。(了)

註:日本工業規格(JIS; Japanese Industrial Standards)は日本の国家標準の一つで、工業標準化に基づき、経産省が認定する鋳工業製品の統一規格。鋳工業製品の種類形式、形状などさまざまな事項を全国的に統一し、品質改善、生産効率の向上を図ることを目的としており、規格に合格した製品にはJISマークがつけられる。

摂食嚥下障害者の経口摂取への移行と維持を支える評価と技術を包括的に解説!

口から食べる幸せをサポートする包括的スキル KTバランスチャートの活用と支援

臨床実践から生まれた「KT(口から食べる)バランスチャート」での包括的な評価をもとに、摂食嚥下障害者がなるべく早期に口から食べる幸せを取り戻すための支援技術をわかりやすく解説。13項目から成る「KTバランスチャート」は、簡便かつ実践的で、患者の持つ強みを活かしつつ弱い部分のステップアップをはかるためのツールとなる。経口摂取への移行だけでなく、経口摂取維持に向けた継続的な評価としても活用できる。

編集 小山珠美 NPO法人口から食べる幸せを守る会理事長

臨床で“使える”てんかんのエンサイクロペディア、待望の刊行

臨床てんかん学

小児科、神経内科、脳神経外科、精神科などの複数の診療科で扱われながら、複雑な病態生理をもつことにより、臨床家と研究者双方の関心を惹いているてんかん。その基礎医学、症候学、診断、検査、治療、そして患者のケアまで、エキスパートの編集・執筆により、数多くの情報を網羅したエンサイクロペディアがここに刊行。進歩著しいてんかんの現在を標し、また未来を示すマイルストーンといえる1冊。

編集 兼本浩祐 愛知医科大学精神・神経病態部門・教授 丸 栄一 前日本医科大学千葉北総病院脳神経外科・准教授 小国弘量 東京女子医科大学小児科・教授 池田昭夫 京都大学大学院てんかん・運動異常生理学講座・教授 川合謙介 NTT東日本関東病院脳神経外科・部長

寄稿

就労支援としての「夜間化学療法」の実践

徳満 葉子 日高病院腫瘍センター 化学療法センター師長



●とくみつ・ようこ氏
1999年帝京高等看護学院卒。同年、榎原記念病院手術室入職。2002年より日高病院へ移り、手術室、外来化学療法センター勤務を経て、現職。09年よりがん化学療法看護認定看護師。

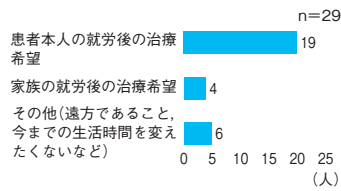
がん(悪性新生物)は1981年以降、日本人の死因の第1位である。年代別にみると40代以降の死因の中心となっており、40—50代の働き盛りで発症する患者も珍しくない¹⁾。しかしながら、がん医療の進歩によって5年生存率は確実に改善し、がん罹患しても長期にわたって社会的な役割を担って活躍できるようになっている。実際に当院でも、仕事をもちながら通院治療を続けるがん患者は多くなった。

ここで問題となるのが、がんの治療と仕事の両立である。多額の治療費を賄うという面から、さらに人生を充実させるという面からも、就労はがん患者、その家族にとって大事な問題だ。しかし、化学療法のための通院は長期間にわたるためにスケジュール調整が難しく、がん患者は仕事の“中断”を余儀なくされる。当院でも「依願退職」という形をとって治療に専念することになった患者は多い。また、その“中断”の影響は長く尾を引くもので、就労可能な状態にまで回復したにもかかわらず、再就職が困難となってしまう患者も少なくない。

2012年に公表されたがん対策推進基本計画において、働く世代へのがん対策の充実が重点課題として明記された。国や地方公共団体、企業などの関係者が協力し、がん患者、その家族の仕事と治療の両立を支援するよう呼び掛けられている。こうした社会背景を踏まえ、当院では「がん患者が夜間に化学療法を受けられる外来システム」を構築することで、治療のスケジュールに余裕を生み、ひいてはがん患者および家族の就労を支援できるのではないかと考え、2014年1月より「夜間化学療法」導入に至っている。本稿では同システムの紹介と現状を示し、利点や今後の課題について提示したい。

夜間化学療法の潜在的なニーズ

当院で行う夜間化学療法とは、点滴、内服のがん化学療法を、外来通院の形で受けている患者を対象に夜間に行っているものだ(扱うがん種は、消化器がん、肺がん、腎がんなど当院診療科があるもの)。上記のとおり、がん患者が仕事を続けながら、外来で化学療法を受けられるようにすることを目標に据えた取り組みである。毎週金曜日(最終受付時間18時。事前予約制)に行っており、2014年1月から2015年9月までに、29人の患者に対して夜間化学療法を実施した。「金曜日、半日程度の仕事を行い、16—18時に来院する」といった患者が多く、当初の狙



●図1 夜間化学療法開始理由
アンケートでは、患者本人・家族からの「就労後の治療希望」という回答が多くを占めた。

い通り、夜間化学療法を受けていた期間は就労可能となったようだ。なお、1日に治療を行う人数の平均は約6人(2015年10月末時点)。点滴治療のレジメンは限定・制限しているわけではないが、21時前後に治療を終了する患者が多い。

開始に当たって行ったアンケートを見ると、29人のうち23人の「夜間化学療法を開始した理由」(図1)が、患者本人からの就労後の治療希望か、家族からの就労後の治療希望であった。限られた人数を基にした考察だが、就労支援としての夜間化学療法の潜在的なニーズの高さをうかがわせるものではなかろうか。なお、夜間化学療法を導入したことがもたらした副次的な利点としては、日中で行う外来での化学療法と比較し、受付からミキシング終了までの時間が短縮できたことが挙げられる(表)。これは、検査室やミキシングを行う薬剤部の他業務が少ない夜の時間帯であったからという理由が大きい。患者の待ち時間の短縮につながったという意味では、よい影響をもたらしたと言えるだろう。

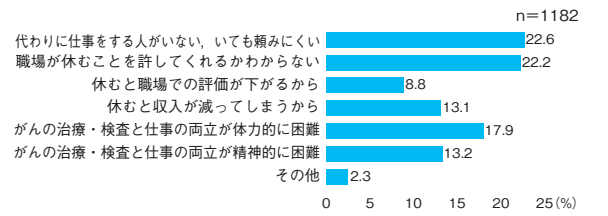
一部は“奉仕精神”に頼らざるを得ない面も

同システムについて他施設の方から多く受ける質問が、「夜間化学療法を導入していく過程で、院内スタッフからの反対の声はなかったのか」というものだ。実際のところ、当院では抵抗なく受け入れられ、夜間化学療法を開始することができた。そこには、当院が「透析施設」として群馬県内で多くの透析患者を受け入れ、夜間透析を日常的に行ってきたという歴史的な経緯も大いに影響していると考えている。

もちろん、夜間化学療法を開始するに当たっては問題もあった。一つ目は、スタッフの勤務体制に関するものだ。夜間化学療法にかかわるスタッフは医師、薬剤師、看護師、医療事務だが、問題となったのは治療開始から終了までかわらねばならない医師、看護師の体制である。これに対し、医師は夜間化学療法に携わる消化器外科医、呼

	日中	夜間
来院から採血までの時間	12分	2分
採血結果が出るまでの時間	37分	18分
診察までの時間	14分	9分
ミキシング時間	20分	20分
total	83分	49分

●表 外来での化学療法にかかった平均時間(日中・夜間比較)



●図2 仕事と治療の両立を困難にする最大の要因(参考URL2を改編)

吸器内科医らが交代の当番制で、治療が終了するまで院内に残るというルールを適用した。また、看護師側は、日勤看護師が1—2人の体制で対応するようにしている。ここに至るまでも紆余曲折あり、当初は治療の終了時間を予測し、遅番勤務の看護師(基本12—21時勤務)を配置するようにしていた。しかし、化学療法という事情から体調・有害事象などで中止になる患者もいる中で出勤が“無駄”になるケースもあり、遅番勤務の看護師で調整する体制はすぐに改めたという経緯がある。現在は、1—2人の日勤看護師が治療終了時まで超過勤務することで対応している。こうした体制からわかるとおりだが、夜間化学療法はスタッフの“奉仕精神”で補っている面が大きいのは否めない。持続可能性という点から、課題の部分である。

二つ目の問題として挙げたのが、夜間の急変対応時の体制整備だ。この点は、化学療法センターと救急外来とが連携し、急変時には救急外来に応援を頼むという体制を整えている。現時点で大きな問題は起こっていない。

「就労支援を行う医療機関」に対する支援の充実を期待

もう一つ、大きな問題として挙げたいのは、就労支援としての夜間化学療法に対し、現時点では国や地方自治体などの支援が得られない状況にあることだ。夜間化学療法を行うことで発生する人件費などの経費は少なくないが、支援を受けられない以上、当院がそこに掛かる費用を全て負担する他ない。なお、これは当院の夜間化学療法に限った話ではない。「就労支援を行う医療機関」に対しての支援が、存在していないのである。

もちろん当院は今後もこの試みを継続していくつもりだ。それは、現場で出会う患者・家族から「仕事が続けられる」「仕事が落ち着く時間に治療に連れていくことができる」などの声が聞かれ、夜間化学療法による就労支援という取り組みに手応えを感じているからだ。しかし先述のとおり、スタッ

フの誠意で支えている現状があるので、持続可能性の観点から「厳しい体制」という認識もある。したがって、「他施設においても、就労支援としての夜間化学療法が広まっていく」かどうかを問われれば、「行政からの支援が受けられない現状においては、残念ながら限界もありそうだ」としか答えられないだろう。

世の声に耳を傾けると、今、社会で行われる就労支援は、患者・家族、一般市民にとっては「十分なものでない」という。内閣府大臣官房政府広報室が2014年に公表した世論調査から明らかのように、多くの人が「仕事と治療等の両立は困難である」と答えているのだ(図2)²⁾。このような状況がある中で、就労支援に取り組む医療機関を一つでも増やしていくという意味でも、国の取り組みとして「就労支援を行う医療機関」への支援が不可欠だろうと考える。働く世代へのがん対策の充実を国の取り組みとして謳う以上、こうした議論が深められていくことを期待したい。

*

当院の就労支援のための夜間化学療法は、仕事を持つ患者・家族に対して一部の支えにすぎないだろう。しかし、がん患者が長期にわたって社会的役割を担って生きていけるようになった現在、希望を持ち、経済的な不安の軽減につながる取り組みになっている感触は得ている。ただ、われわれは夜間化学療法の患者満足度調査をまだ行っていない。患者・家族の声から好評であるとうかがえるが、きちんとした評価には客観的な調査結果が待たれる。今後、調査を進め、患者、家族が望む就労支援を叶えるためにより一層の努力を行っていきたい。

●参考URL

- 1) 厚生省、平成26年人口動態統計月報年計(概数)の概況。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai14/dl/gaikyou26.pdf>
- 2) 内閣府大臣官房政府広報室、がん対策に関する世論調査(平成26年11月調査)。
<http://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-gantai-saku/>

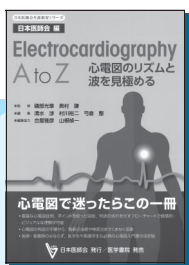
医師に必須の心電図解読のまたとない入門書

<日本医師会生涯教育シリーズ>

Electrocardiography A to Z 心電図のリズムと波を見極める

医師・看護師に必須の心電図の基礎から臨床まで第一線で活躍する医師が丁寧に解説。豊富な心電図症例や図版、フローチャートでビジュアルな理解が可能に。

日本医師会 編・発行
監修 磯部光章 東京医科歯科大学大学院 循環制御内科学 主任教授
奥村 謙 弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学 教授
編集 清水 渉 日本医科大学大学院医学研究科 循環器内科学分野 大学院教授
村川裕二 帝京大学医学部附属蒲田病院 第4内科 教授
弓倉 整 弓倉医院 院長
編集協力 合屋雅彦 東京医科歯科大学大学院 循環制御内科学 准教授
山根禎一 東京慈恵会医科大学 循環器内科 教授



青年期・成人期の「自閉症スペクトラム」(ASD)を対象とした臨床論

自閉症スペクトラムの精神病理 星をつくる人たちのために

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

内海 健 東京藝術大学教授 保健管理センター長



寄稿

過剰診断を防ぐエビデンスの構築を Preventing overdiagnosis conference 2015に参加して

加藤 幹朗¹⁾, 徳田 安春²⁾

1) 横須賀米海軍病院内科, 2) 地域医療機能推進機構本部顧問

われわれは、2015年9月1-3日、米国メリーランド州ベセスダにある米国立衛生研究所(NIH)で開催されたPreventing overdiagnosis conference 2015 [過剰診断防止カンファレンス 2015, 主催: 米国立癌研究所(NCI) および英国オックスフォード大]に参加し、研究発表をする機会を得ました。本稿では、多数の医師や研究者が集結し白熱の議論が行われたカンファレンスの模様を報告します。

スクリーニングが 過剰な介入・治療となり得る

患者に害となり得る過剰な診断——「過剰診断」の問題が今世界中で話題となっています。過剰診断は、①無症状の人に対して不必要な診断が与えられたとき(不必要な診断によって不必要な治療介入がなされる)や、②有症状の人に診断(時に拡大解釈された診断)が与えられたものの、その診断そのものが有用性よりも害をもたらすとき、起こり得ます。

過剰診断が生じる背景はさまざまありますが、原因の一つとしてスクリーニング検査が挙げられます。もともとスクリーニング検査は、疾病の早期発見・早期介入を目的としたものです。罹患率が高く、かつ重篤となる可能性が高く、介入の有無によって予後が大きく変わる疾病が対象であるほど、効果を発揮します。しかし、スクリーニング検査も万能ではなく、偽陽性により不要な治療を施してしまう可能性もあります。さらに、検査を行っても死亡率が改善しないばかりか、総合的にみると早期発見による早期介入が患者の不利益となることもあり得ます。

例えば、本邦で乳児検診の一つとして行われていた「神経芽細胞腫マスキューン検査」が2004年に中止されたことは記憶に新しいと思います。この検査は、「生後6ヶ月時に実施する神経芽細胞腫検査事業は、事業による死亡率減少効果の有無が明確でない一方、自然に退縮する例に対して手術などの治療を行うなどの負担をかけており、このまま継続することは難しいと判断される」¹⁾ことから中止となりました。この他にも、PSA測定による前立腺がん検診、乳がん検診における非浸潤性乳管がん(DCIS)の評価などで同様の問題が指摘されています。

有害事象を上回る アウトカム改善の エビデンスが必要

今回のカンファレンスでは、Hyeong Sik Ahn教授(韓国高麗大)による素晴らしい講演がありました。「韓国においては、エコー、PET-CT、MRIなどの高度医療機器が市中の医療機関にこまかく設置されており、がんの早期発見・早期治療を目的とした国家的な検診推進の結果、甲状腺がんの診断件数が飛躍的に増加した。しかし死亡率に変化は見られず、逆に治療侵襲による合併症や治療費の増大を認めた。すなわち、罹患率上昇をもたらした検診は、死亡率低下につながらなかった」という報告です。過剰な検査が不利益につながったことに言及しました。

われわれが発表したのも、ルーチンで行われがちな検査の有用性を検証した研究です。タイトルは“The need for routine pre-procedure coagulation screening tests for patients undergoing gastrointestinal endoscopy”。上下部内視鏡検査前に行われている凝固検査の必要性について、上下部内視鏡検査を受けた4998人の患者を対象に後ろ向き研究を行いました。内視鏡検査前にPT-INR、PTTの異常値が認められた患者において、検査後の重大な出血合併症(輸血、止血処置)との関連は認められなかった結果をもとに、病歴と身体所見から出血素因を疑い、かつその時点で必要があるときのみ凝固検査を行うべきであると提起しました。筆者が勤務する横須賀米海軍病院では、腹腔鏡下胆嚢摘出術などの外科的手術に際しても、病歴、身体所見、家族歴などで疑わしいものがなければ、PT-INRを含む凝固検査やB型肝炎、C型肝炎などの術前検査は行わない方針です。

また、C. Keith Conners 名誉教授(米国デューク大)からは注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害(ADHD)の過剰診断・過剰治療が欧米諸国でも大きな問題となっていることが報告されました。ADHDは家庭・職場・学校など2つ以上の状況で、気が散りやすい、過度にしゃべる、順番を待つのが難しいなどの項目が複数個認められた場合に診断されます。しかし、これ



●写真 NIHの前で。左から順に加藤氏、徳田氏、志水太郎氏(東京東病院)、松本謙太郎氏(国立病院機構大阪医療センター)、岩本桃子氏(国立がん研究センター)、東尚弘氏(国立がん研究センター)。

らの項目は小児であれば誰でも持ち得る要素であり、観察者の主観的な要素も含まれるため、正常と異常との区別を明確につけることができず、拡大解釈で診断されてしまうケースも少なくありません。ADHDを訴えるのは小児自身ではなく、親などの周囲の人間です。そして、医師としては来院した小児に対して何も処置をしないという判断を下すには勇気が要ります。患者本人(小児)は困っていない場合であっても、周囲の人間の心情への配慮や、医師としての安全・安心を取って介入してしまい、過剰診断・過剰治療となっているのです。

これらの報告をもって、スクリーニング検査をしなければよいということをお伝えたいわけではありません。必要なのは、早期診断によるアウトカム改善が有害事象を上回るという科学的エビデンス、すなわち有効性の根拠を持って診療に臨むことです。その点、米国予防医学作業部会(USPSTF)では、各種スクリーニング検査のエビデンスに沿った推奨度をGradeごとに分類して表明しています(根拠を持って強く勧められるGrade Aから、勧められないGrade Dまで)。もちろん、これをそのまま本邦に当てはめることはできません。しかし「Grade D」つまり、「スクリーニング検査は必ずしも有益だとは限らない」という視点が存在することは注目に値します。

過剰診断とポリファーマシー の問題に共通する背景

カンファレンスでは、世界最先端のポリファーマシー対策についても議論がありました。時として患者に害を生

●かとう・みきろう氏
2006年近畿大医学部卒。市立豊中病院での初期・後期研修、水戸協同病院での総合内科研修を経て、15年より現職。日本内科学会認定内科医、臨床研修指導医。総合診療医として各科の架け橋になるとともに、米国医療を学び日本と海外との架け橋となるべく奮闘中。

●とくだ・やすはる氏
1988年琉球大医学部卒。沖縄県立中部病院総合内科、聖路加国際病院/聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床疫学センター、水戸協同病院を経て、2014年より現職。ハーバード大 MPH、医学博士、日本内科学会認定総合内科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会理事、FACP。Choosing Wisely日本代表。

じ得る「多剤併用状態」が起きる背景としては、各診療科によって個別に診断した疾患に対して、個別の治療介入がなされていることが挙げられています。さらに、ウイルス性上気道炎に対する抗菌薬処方、不眠の根本原因を考慮しない睡眠薬処方、原因の異なる浮腫に対する利尿薬処方といった病態を無視した投薬、逆に、疾患ごとのガイドラインに準ずることに重きを置きすぎて高齢患者の包括的な評価による予後判定を無視した投薬なども原因として指摘されています。

過剰診断とポリファーマシーの問題には共通する背景があります。①長年の習慣から検査・処方がルーチンとなっていること、②ルーチンを止めたり、患者・家族の要望に反したりするとトラブルが生じるのではないかと不安が生じること、③検査が複数の部署にまたがっていたり、複数の疾患があることで複数の医師が処方していたりと責任の所在が曖昧なこと、さらには、④診療行為や処方の量的増大により増収が図れてしまうという診療報酬体系上の問題もあり、議論は一筋縄ではいきません。

これらの課題を解決するには、本邦でもエビデンスに沿った推奨度を USPSTF のように表明すること、そのためのエビデンスを作り上げていくことが必要です。これまでに集積された膨大なデータを科学的に吟味し、有害事象を防ぐためのエビデンスを打ち立てていくことが今後のわれわれの責務ではないかと思えます。

●参考文献

- 1) 神経芽細胞腫マスキューン検査のあり方に関する検討会報告書。厚生省; 2003年7月30日。http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/08/s0814-2.html
- 2) Ahn HS, et al. Korea's thyroid-cancer "epidemic"—screening and overdiagnosis. N Engl J Med. 2014; 371 (19): 1765-7. [PMID: 25372084]

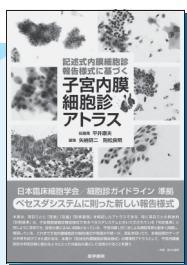
メルマガ配信中
毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事
一覧を配信します。
お申込みは医学書院ウェブサイトから。
医学界新聞メルマガ 検索

日本臨床細胞学会ガイドラインの新報告様式に準拠した細胞診アトラス

記述式内臓細胞診報告様式に基づく 子宮内膜細胞診アトラス

日本臨床細胞学会/細胞診ガイドラインに採用された、新しい記述式内臓細胞診報告様式に準拠した初めてのアトラス。「標本の適否」「陰性/悪性ではない」「内膜異型細胞(ATEC)」「子宮内膜増殖症」「子宮内膜異型増殖症」「悪性腫瘍」の項目ごとに、背景、定義、診断基準、注釈などの解説を加え、直接塗抹標本、鮮明な液状化検体(LBC)標本による写真が多数掲載されている。

総編集 平井康夫
東京女子医科大学 産婦人科 教授
編集 矢納研二
JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院 産婦人科 医長
則松良明
愛媛県立医療技術大学保健科学部
臨床検査学科 生体情報学講座 教授

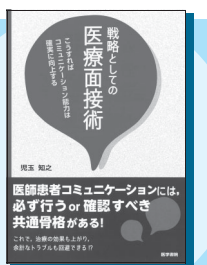


コミュニケーションが大切といわれても当たり前すぎて、ちょっとピンとこない先生方へ

戦略としての医療面接術 こうすればコミュニケーション能力は確実に向上する

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

児玉知之
柏厚生総合病院内科



FAQ

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

今回のテーマ

一般外来での 妊娠期・授乳期の患者の診方

妊娠・出産・授乳は、極めて日常なことであるものの、診療環境によってはこれらを扱う機会に乏しい現状があります。そのために、患者の隠れたニーズに気が付くことができなかつたり、ニーズをつかめてもそれに対応するための知識・情報リソース(気軽に相談できる人、参考資料)を持ち合わせていなかったりすることも多いのではないのでしょうか。今回は診療科によらず、一人の“ヘルスケアプロバイダー”として押さえておきたい内容を復習しましょう。

FAQ 1 妊娠中の投薬の基本的な考え方はどうあるべきでしょうか。これからの季節、インフルエンザにどのように介入すべきか気になります。

まず、薬剤投与の影響の有無とその度合いは、妊娠の時期によって異なります。特に注意が必要なのが妊娠初期(13週頃まで)で、この期間は流産・奇形の恐れがあることを念頭に置いて、投薬の是非を検討しなければなりません。大雑把には、「妊娠4-12週に使用する薬剤は特に配慮が必要」と考えておくとよいと思います。というのも、妊娠検査が陽性となるのは妊娠4週頃(次の月経予定前後)ですが、それ未満の時期であれば、薬剤投与の奇形への影響は少ないとされていること(流産の原因となることはある)、さらに、妊娠13週以降はすでに重要臓器の器官形成が済んでいるため、大奇形の恐れがないことが理由に挙げられます(大量のステロイドによって生殖器の異常を来し得るなど、全ての奇形がないわけではないのですが)。

ただ、一般内科では妊娠週数が明らかでない患者が訪れることも往々にしてあるものです。したがって、女性患者を診る際には常に妊娠の可能性を念頭に置くことが重要なのだと考えます。診察中に無月経やつわり症状などが疑われれば、必要に応じて妊娠反応検査(自費)を施行してください。

なお、明らかな催奇形性が証明されている薬剤はごく一部で、ワルファリンやメトトレキサートなどが挙げられます。妊娠中期以降でもNSAIDsなど胎児障害の原因となる薬剤もありますし、他の薬剤も安全性が証明されているわけではないですから、「必要性に乏しい薬剤であれば処方控える」という姿勢が望ましいです。例えば、妊娠初期の方の風邪を診る際にも、安全性が比較的高いとされているアセトアミノフェンのみで経過を見るといった

水谷 佳敬

今回の回答者 国立病院機構長崎医療センター産婦人科

Profile/2006年東邦大医学部卒。亀田総合病院・亀田ファミリークリニック館山で家庭医後期研修。12年より現職。日本プライマリ・ケア連合学会や民間医局アカデミーなどで、プライマリ・ケア医向けの女性診療をテーマとした講演多数。家庭医療専門医・指導医、産婦人科専門医。

対応が推奨されます¹⁾。

これからの季節、一般外来ではインフルエンザの予防・治療を求める患者も増えてきますよね。妊婦は重症化のハイリスク群であるため、妊娠週数を問わず、ワクチンによる予防接種・抗インフルエンザ薬による積極的治療が推奨されています²⁾。2014年には日本産科婦人科学会から、ラニナミビル(イナビル[®])も妊娠中に比較的安全に使用できる薬剤であるという声明も出ているので³⁾、安全性の高いとされる薬剤を処方するようにしてください。

Answer…女性患者に対する薬剤処方時は、常に妊娠の可能性を考慮する。その上で、妊娠初期は必要性に乏しい処方(「念のため」「一応」といった処方)は禁止、逆に必要であれば過度に恐れずに処方を。情報リソース(後述)を用いながら、必要性・安全性の高い薬剤処方を中心掛ける。

FAQ 2 授乳中の投薬ってダメなのでしょうか。授乳中の患者に対する薬剤処方に気後れがあります。

添付文書を見ると、ほぼ全ての薬剤が「内服下での授乳を勧めない」という記載になっていると思います。そのため、「授乳中断とするか、または内服を見合わせるべきか」と悩む場合もあるのではないのでしょうか。しかし、母乳育児のメリットの大きさを踏まえると、「薬剤を投与しながら、授乳を継続する方法」を第一選択に考えたいところです。なぜなら母乳育児は、児の感染症の予防や将来的な糖尿病の発症抑制に有効であることや、母体にとっても糖尿病や乳がん・卵巣がんの発症抑制効果があることが研究から明らかになっています⁴⁾。さらに、WHOは生後6か月までの完全母乳栄養を推奨しており、2歳まで授乳継続のメリットがあると報告しているのです⁵⁾。

もちろん、だからといって薬剤が母乳へ与える影響を無視できるわけではありません。一般的に、母体に投与された薬剤の一部は、血中に取り込まれて乳汁中に分泌されています。多くの薬剤は乳汁への分泌がごく少量であったり、児の消化管からの吸収も乏しかったりと、臨床的には問題ないものが大多数です。しかしながら、授乳中の投薬に関する安全性の報告のほとんどがケース報告に留まっている点に注意しなければなりません。発生頻度の低い事象、未知なる副作用が潜んでいる恐れもあるわけです。したがって、妊娠中の患者に対するのと同様、必要性の乏しい投薬は見合わせる態度が望ましいと言えます。

薬剤選択時の原則は、母乳/血漿比(M/P:milk/plasma ratio)の情報に関する記載があれば確認し、情報リソースを用いながら、乳汁中の濃度が母体血漿よりも低いもの(M/P<1.0)を選ぶということです⁶⁾。また、処方時、患者にいくつかの工夫をお願いすることも必要です。例えば、内服と次の授乳までの間隔を空けてもらう、夜に授乳し、児を寝かしつけてから内服してもらうといった方法が推奨されるでしょう(なお、夜泣き時の授乳を止めるようお願いする必要ではありません)。

Answer…母乳育児のメリットの大きさから、授乳を継続しながら薬剤を投与できる方法を検討する。ただ、その場合は、母乳/血漿比などに注目して薬剤を選択し、内服時の工夫も併せて考えてみる必要あり。

FAQ 3 妊娠中の放射線検査やMRIは何か悪影響を与えるのでしょうか? また、造影剤を妊婦や授乳期の患者に対して使用しても大丈夫ですか?

日常的な放射線検査の線量は、骨盤部CT検査であっても、1回では胎児へ影響を及ぼすほどの線量(50mGy)には届きません。確率的影響の観点から児の発がん性が話題に上りますが、個人レベルでは無視できるほどの数値とされています。以上のことから、必要性の高い検査であれば、妊娠初期であろうと「検査を行わない」こと理由にはなり得ません⁷⁾。女性・妊婦の急性腹症などで放射線検査の必要性が高いならば、インフォームド・コンセントの上、施行可能と考えて構いません。検査時に用いる造影剤も、必要性が高ければ使用してもよいでしょう(妊娠中の薬剤投与と同様、必要性に乏しければ控えてください)。一方、MRIは被曝を伴わないものですし、基本的に問題はありません。ただ、妊娠初期の胎児への安全性は確立されておらず、妊娠初期(おおむね14週未満)は避けるのが一般的となっています⁸⁾。

なお、授乳期にある患者に対する造影剤については、ヨード造影剤・ガドリニウム造影剤のいずれも、乳汁中へわずかに分泌を認めることがわかっています。そのため添付文書上では、授乳中の患者に対しては、CT造影剤静注後は48時間程度、MRI造影剤静注後は24時間程度の授乳間隔を空けるよう推奨されています。ただ一方では、児の消化管からの吸収に乏しく、妥当

●表 参考になる資料・ツール

- 伊藤真也, 他編. 薬物治療コンサルテーション—妊娠と授乳(第2版). 南山堂; 2014.
- 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医学会. 産婦人科診療ガイドライン—産科編 2014. http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2014.pdf
- 愛知県薬剤師会 妊婦・授乳婦医薬品適正使用推進研究班. 「妊娠・授乳と薬」対応基本手引き(改訂2版); 2012. <http://www.apha.jp/archives/002/ninpu/tebiki.pdf>
- Lactmed. U.S. National Library of Medicine; NIH. ※スマートフォン用アプリもあり <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

性の高い明らかな有害事象の報告も少ないことから、授乳制限を設けなくてよいという方針を推奨する報告も存在しています⁹⁾。検査前に授乳継続の希望を確認し、患者と相談して、方針を決めていくことが望ましいでしょう。

Answer…放射線検査は必要性が高ければ実施してOK。MRIは妊娠14週以降から実施可能。授乳中の患者への造影剤は患者と相談の上、方針を決める。

もう一言

妊娠初期の投薬・画像検査は、比較的安全である場合がほとんどと言えます。しかし、流産や胎児奇形が指摘された場合、薬剤処方・検査施行を行った医師に対する、患者・家族の心象が悪くなってしまうものです。自然経過であっても、流産は15%前後、何らかの奇形も3-5%に認められているという事実を、インフォームド・コンセントの中で伝達しておく必要があります。最近ではウェブサイト上やスマートフォンアプリで、妊娠・授乳中の投薬に関する信頼性の高い情報リソースにアクセスしやすくなっていますので、参考文献・URLの他、表に挙げたものも積極的に日常診療に取り込まれることをお勧めします。

参考文献・URL

- 1) Am Fam Physician. 2014 [PMID: 25369643]
- 2) Obstet Gynecol Clin North Am. 2014 [PMID: 25454989]
- 3) Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2014 [PMID: 25074683]
- 4) Rev Obstet Gynecol. 2009 [PMID: 20111658]
- 5) Adv Exp Med Biol. 2004 [PMID: 15384567]
- 6) N Engl J Med. 2000 [PMID: 10891521]
- 7) Am Fam Physician. 2010 [PMID: 20822083]
- 8) UCSF Department of Radiology & Biomedical Imaging. CT and MR Pregnancy Guidelines. <http://www.radiology.ucsf.edu/patient-care/patient-safety/ct-mri-pregnancy>
- 9) American College of Radiology Committee on Drugs and Contrast Media. Administration of contrast media to women who are breast-feeding. ACR manual on contrast media. 2015;Version 10.1:99-100. <http://www.acr.org/-/media/37D84428BF1D4E1B9A3A2918DA9E27A3.pdf>

本邦最大級の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

今日の診断指針

第7版

総編集

金澤一郎・永井良三

本書の特徴

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

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

医学書院

あなたのいまのやりかたで、アスリートを救えますか?

アスリートを救え

スポーツ外傷・障害の画像診断 完全攻略

スポーツ外傷・障害の診断は、ひとつ間違えれば選手生命にもかかわるもの。あの外来でのやりとりで、果たしてアスリートを救えたのか。本書は、外来で誤りやすいケースを中心に解説し、画像を読むスキルと考える力をアップさせる。大好評連載「成長期スポーツ外傷・障害と落とし穴」(「臨床整形外科」誌)を大幅に加筆し、描き下ろしを加えて書籍化。百戦錬磨のスポーツドクターがおくるスポーツ外傷・障害画像診断の決定版。

編集 帖佐悦男
宮崎大学教授・整形外科

アスリートを救え

スポーツ外傷・障害の
画像診断 完全攻略

— 帖佐悦男

いまのあなたの手やりかたで、
目の前のアスリートが救えますか?
患者とあなたと選手生命にかかわるもの。あの外来でのやりとりで、果たしてアスリートを救えたのか? 百戦錬磨のスポーツドクターがおくるスポーツ外傷・障害画像診断の決定版。

Medical Library 書評新刊案内

感染症疫学ハンドブック

谷口 清州 ● 監修
吉田 眞紀子, 堀 成美 ● 編

A5・頁320
定価: 本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02073-2

感染症疫学とは、文字通り感染症を対象として、その感染症が「1) 普通ではない状況にあるとき」「2) 予想外の問題が発生しているとき」「3) 社会的にインパクトがあり公衆衛生的対策が必要とき」「4) 迅速な対応が求められるとき」などに、担当者が“発生現場で”その原因を追究し(犯人の特定とは異なる)、再発防止策を提言するために駆使する疫学です。これはすなわち、実地現場での疫学——FieldでのEpidemiologyである、と言えます。

近年エボラ出血熱、MERSなどが国内外で大きな話題となりましたが、そのような場面ではもちろん患者の診断と治療がまず重要です。診断と治療は医療の担当ですが、その拡大の防止、そして火を消し、再発防止のための方策を考えることが、実地疫学の担当になります。

かつて腸管出血性大腸菌感染症O157の大規模な広域集団発生があったとき(1996年)、わが国には実地疫学を担当する専門家はおらず、当時の調査対策に当たった人々はほぞをかむ思いでした。この出来事を大きなきっかけとして1999年に伝染病予防法に代わって、感染症の発生を予防し、及びそのまん延の防止を図り、もって公衆衛生の向上及び増進を図ることを最大の目的とした感染症法が施行されました。同時に新たに発足した国立感染

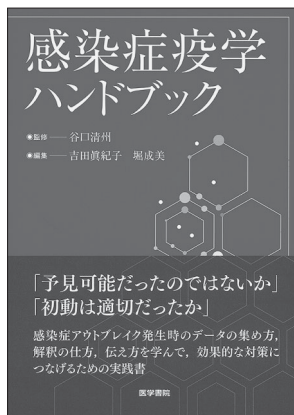
評者 岡部 信彦

川崎市健康安全研究所長／
元・国立感染症研究所感染症情報センター長

症研究所感染症情報センターでは、感染症のアウトブレイクに対応するための実地疫学者を育てるFETP-J(Field Epidemiology Training Program, Japan)をスタートさせました。本書『感染症疫学ハンドブック』の監修者である谷口清州氏はそのFETP-Jを立ち上げから担当した一人であり、編集の吉田眞紀子氏、堀成美氏および各項目の執筆担当者は、皆FETP-J修了生です。FETP-Jは医師が多数ですが、臨床検査技師、薬剤師、看護師、獣医師など職種はさまざまです。それぞれが自分たちの経験を伝え、明日の日本の実地疫学を育てようと思っ

たと思うて作り出したのが本書で、その思いがあちこちに詰まっています。総論を書いて下さったJohn Kobayashi氏は実地疫学専門家として国際的によく知られている方で、長くFETP-Jの指導に当たられ、感染症疫学そしてField Epidemiologyはどういうものかを私たちにたたき込んでくれました。本書の帯には『「予見可能だったのではないか」「初動は適切だったか」——感染症アウトブレイク発生時のデータの集め方、解釈の仕方、伝え方を学んで、効果的な対策につなげるための実践書』とあります。職種を問わず「感染症を何とかしたい」という思いを持っている方、ぜひ本書を一読ください。

「明日の日本の実地疫学を育てる」思いから生まれた実践書



診療情報学 第2版

日本診療情報管理学会 ● 編

B5・頁488
定価: 本体8,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02397-9

評者 高久 史磨
日本医学会会長

2005年4月に施行された個人情報保護法によって、患者の個人情報は原則として患者自身に帰属するものであることが明示された。一方、病院医療の現場では、チーム医療の推進のために、診療に関する情報の一元化と共有化が強求められるようになった。そのような状況下において個人情報をどのように保護するかが大きな課題となった。

医療の質向上に大きく寄与する一冊

このような問題への対応として、2010年9月に、日本診療情報管理学会の編集による『診療情報学』が医学書院から刊行された。

本書は、わが国の診療情報分野の専門家、実務の担当者によって編集・執筆された、診療情報に関して医療の現場が直面する諸問題をまとめたわが国初の大著であり、医療の管理者から現場の従事者に至る、全ての医療関係者にとって必読の本となった。その意味で本書はわが国の医療の質の向上に大きく寄与したと言っても過言ではないであろう。

本書の初版は、発売2年目の2012年3月に第2刷となっており、このことも本書がいかに医療の現場で広く利用されてきたかを示す事実と言えよう。

しかし、本書の初版が刊行された2010年から2015年の5年間に、診療情報をめぐる環境は大きく変化した。その例としてレセプトの電算化、急速な電子カルテの普及、DPCデータやナ

ショナルデータベースの活用など、診療情報のIT化の動きの加速が挙げられる。さらにICD-11改訂、災害時診療記録の在り方など、診療情報の内容に関してもさまざまな新しい動きがみられている。

また、地域包括ケアシステムの導入によって、診療情報の取り扱いには、より一層慎重な対応が求められるようになっていく。

このような状況の変化を受けて、日本診療情報管理学会は、本書の第2版を刊行することとなった。第2版は初版と同様に、I. 診療情報学総論、II. 診療情報の価値を高めるためのシステムと評価(診療情報学と応用)、III. 診療記録の種類と記載法、の3部によって構成されており、上記に例示した診療情報をめぐる最近の環境の変化に対応した新しい概念、知識、技術が診療情報の専門家によってわかりやすく、かつ詳細に記述されており、初版と同様に医療従事者にとって必読の書となっている。

初版と同様に、第2版がわが国の医療情報のハンドブックとして医療の現場で広く利用されることによって、医療の質の向上に大きく寄与することを強く期待している。第2版を編集された日本診療情報管理学会、特に学会員をはじめとする執筆者の方々に心からの敬意を表して本書の書評の締めくくりとしたい。

乳幼児健診マニュアル 第5版

福岡地区小児科医会 乳幼児保健委員会 ● 編

B5・頁160
定価: 本体3,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02158-6

評者 五十嵐 隆
国立成育医療研究センター理事長

小児科医は子どもの総合医です。小児科医を長年やってきて、他の診療科の医師、とりわけ内科医と比べると、小児科医は臓器別ではなく子どもに関する全体的な問題に対応しようとする姿勢が鮮明に記憶に残っています。では、他の診療科の医師にはできない小児科の究極の専門性はどこにあるのでしょうか？

的確な指導に必要な知識をわかりやすく解説

子どもの感染症への予防・対応と発達への評価・対応の2つの点に、小児科医の独自性が強く表れると私は考えます。

子どもの感染症への予防・対応の点で、大きな変化が生じています。これまで先進諸国に比べてずいぶん遅れていたわが国の予防接種体制も、近年少しずつ改善されてきました。その結果、わが国の子どもの疾病構造に極めて大きな変化が生じています。b型インフルエンザ桿菌による細菌性髄膜炎、敗血症、中耳炎、股関節炎などが激減し、ロタウイルスが原因となる下痢嘔吐症による入院治療が必要な脱水症患者も減少しています。小児に比較的多く見られる感染症への対策においては、発症前の予防や重症化の軽減のほうが発症後の治療よりも有効であることが証明されつつあります。

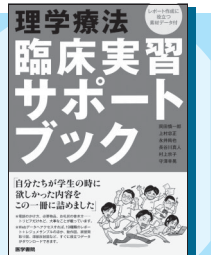
一方、子どものこころと体の発達を適切に評価し、問題点を探し出して的確に対応し、子どもの発達に関する養育者の不安にも適切に対応することは小児科医としての基本で、小児科医にしかできない仕事です。これまでに子どもの発達評価を含めた健診についてさまざまな解説書が出されてきましたが、日本小児科学会として乳幼児健診の仕方を標準化するには至っていませんでした。そのため、日本小児科学会では日本小児科医会や日本小児保健協

理学療法士を目指す学生の臨床実習をトータルにサポートするガイドブック

理学療法 臨床実習サポートブック レポート作成に役立つ素材データ付

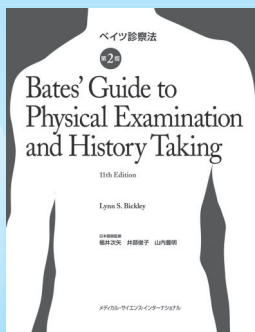
学生が苦戦する臨床実習でフル活用できる実習の手引き書。実習の流れを概観した後、デイリーやレポートの書くためのノウハウを、経験者ならではの視点でアドバイス。お礼状の書き方をはじめ、コミュニケーションのコツや危機克服Q&Aも役に立つ。作成者のアドバイスト付のレポート19種類、そして「歩行図」「動作図」「姿勢図」「反射図」もコピーが可能な形式でWebからアクセス可能。

岡田慎一郎
上村忠正
永井絢也
長谷川真人
村上京子
守澤幸晃



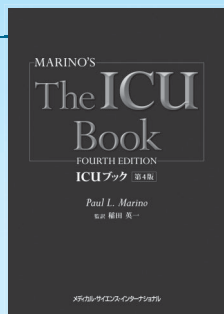
基盤をつくる!

レジデントの“不動のバイブル”



ベイツ診察法 第2版
Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th Edition
日本語版監修
福井次矢・井部俊子・山内豊明
定価: 本体9,000円+税

ICUブック 第4版
MARINO'S The ICU Book, 4th Edition
監訳 稲田英一
定価: 本体11,000円+税



ワシントンマニュアル 第13版
The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 34th Edition
監訳 高久史磨・和田 攻
定価: 本体8,400円+税

ジェネラリストのための“強化書”



INTENSIVIST
1・4・7・10月発行(年4回)
1部定価: 本体4,600円+税



Hospitalist
3・6・9・12月発行(年4回)
1部定価: 本体4,600円+税

クリニックで診る摂食障害

切池 信夫 ● 著

A5・頁256
定価:本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02166-1

著者は阪市大で摂食障害の診療・教育・研究に長く携わってこられている。また、日本摂食障害学会設立に尽力され、活動を推進されてきた。

摂食障害は本人の生き方、成長過程、家族や周囲との関係などが関係しており、治療には医師、看護師、臨床心理士などとのチーム医療や、家族・周囲の対応が重要である。治療に難渋することがあり、医療採算が低いいため、専門とする施設や治療者は少ない。

本書はその豊富な臨床経験と知識に基づいて、外来診療を中心に摂食障害患者を診る方法について平易でわかりやすく、かつ内容が充実しており、日常診療に役立つ大変有益な本である。

本書は9章から成っており、付録として病気について一般の人にわかりやすく説明する文章が付いている。

第1章「治療を始めるにあたって」では、面接の一般的な心得について「5つの上手」が記載されているが、これは一般診療の面接においても重要な指摘である。

第2章「初診時の診察」では、面接の仕方、病歴聴取や診察のポイント、行動異常や問題行動調査票などが具体的に書かれており大変役立つ。

第3章「外来治療」では、入院治療が必要な場合、外来治療の適応、各科の治療と連携、望ましい治療のネットワークが書かれている。

第4章「動機づけの程度に応じた治療」では、患者の治療への動機づけの程度に応じた治療への導入が具体的に書かれている。

第5章「さまざまな病態に対する治

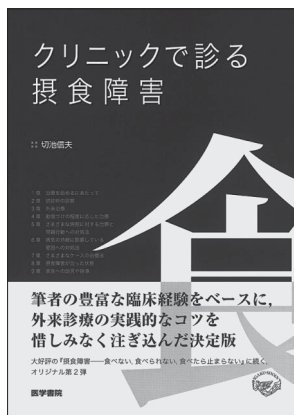
療」と協力して、2年ほど前から乳幼児健診の標準化をめざした合同委員会を立ち上げ、年2回の頻度で乳幼児健診に関する講習会を日本各地で開催しています。

このたび、福岡地区小児科医会乳幼児保健委員会が『乳幼児健診マニュアル 第5版』を刊行されました。すでに30年ほど前に作成された『乳幼児健診マニュアル』を定期的に改訂された集大成がこの第5版です。

本書では乳幼児健診を担当する医療関係者の心構えが初めに記載され、健診の手順や月齢別の健診の仕方が大変わかりやすく解説されています。

乳幼児健診では、明らかになった子どもの健康問題に、これからどのよう

摂食障害の全体像をイメージして治療・支援に取り組める書籍



療と問題行動への対処法」では、著しい低体重、厳しい食事制限、体重や体型への強いこだわり、過食を止める方法、気分と関連した食行動異常、嘔吐

や下剤乱用、身体症状、精神症状などの摂食障害診療で出会う問題に対する治療が記載されている。

第6章「病気の持続に影響している要因への対処法」では、失感情症、病的な完全主義、低い自尊心、認知の歪みなどの摂食障害によく見られる精神的な問題と対処についてわかりやすく書かれている。さらに、ストレス、対人関係、やりたいことが見つからない、生きる希望を見いだせない、などへの対処法についても述べられている。

第7章「さまざまなケースの治療法」は著者の豊富な臨床経験の中から14症例を提示して、臨床特徴や治療のポイントが具体的に記載されており、大変参考になる。

第8章「摂食障害が治った状態」では、摂食障害の回復した状態、再発を予防する方法、経過と予後について記載されている。

第9章「家族への助言や指導」では、家族へのアドバイス、友達、担任の先生、養護教諭、スポーツのコーチ、職場関係の人などに対する支援の仕方について説明されている。

本書は摂食障害全体を理解でき、治療や支援を行う際に大きな指針となる本であり、摂食障害診療に携わる医師だけでなく、家族や患者にかかわる人々にぜひ読んでいただきたい本である。

に対応していくのかを親御さんに説明することが最も重要です。さらに、親御さんの不安を取り除くことも大切です。的確で温かな思いやりにあふれた指導をするために必要な小児保健と小児医療の知識が、育児相談・育児支援の項目で具体的にわかりやすく記載されていることが本書の最大の特徴です。さらに、最近増えている発達障害が疑われる子どものみかたと対応についても、とても丁寧に記載されています。

本書は乳幼児健診を担当する医療関係者に参考になる本であり、多くの医療関係者に健診の場で大いに利用していただきたいと思えます。

第23回総合リハビリテーション賞決定

第23回総合リハビリテーション賞の授賞式が9月29日、医学書院(東京都文京区)にて行われた。今回は、田中創氏(名古屋市総合リハビリテーションセンター作業療法科)他「高次脳機能障害者の自動車運転における行動特徴と機能特性」[総合リハビリテーション, 2014; 42(5): 455-62.]が受賞した。



●田中創氏

本賞は、『総合リハビリテーション』誌編集顧問の上田敏氏が東大を退官する折(1993年)に金原一郎記念医学医療振興財団に寄付された基金を原資として発足。今回は、2014年発行の『総合リハビリテーション』誌に掲載された投稿論文36編を選考対象とし、最も優れた論文に贈られた。

田中氏らの論文は、医師より自動車運転検査の指示が出された高次脳機能障害患者23人と年齢・性別をマッチングさせた健常者23人を対象として、Trail Making Test、棒反応時間測定、体幹・下肢運動反応検査、ドライビングシミュレーターによる運動行動評価を行ったもの。高次脳機能障害者の運転適性を考える上では、配分性注意と情報処理速度に焦点を当てた機能評価と、複雑な状況判断が求められる運転行動評価を組み合わせることが有用であると考察した。

『総合リハビリテーション』誌編集委員を代表して橋本圭司氏(国立成育医療研究センター)は、「高次脳機能障害者の自動車運転評価は、時代のニーズにマッチしたものの。結果・考察ともに明解な本論文は、今後この分野の貴重な資料となるであろう」と講評した。受賞のあいさつに立った田中氏は、「現在試行錯誤しながら高次脳機能障害者の自動車運転に対応している医療機関や、公安委員会、自動車教習所の方々に、今回の研究結果を役立てていただきたい。次は、自動車教習所と連携して、実車での研究を目標としたい」と今後の抱負を語った。

『総合リハビリテーション』誌では本年も、掲載された投稿論文から第24回総合リハビリテーション賞を選定する。詳細については、『総合リハビリテーション』誌投稿規定(http://www.igaku-shoin.co.jp/misc/sogoriha_award.html)を参照されたい。

完全腹腔鏡下胃切除術 エキスパートに学ぶ体腔内再建法 [DVD付]

永井 英司 ● 編

B5・頁216
定価:本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02103-6

評者 二宮 基樹

広島市立広島市民病院外科部長/副院長

胃癌手術は郭清と再建から成る。郭清が不十分であれば長期予後を悪くするし、再建法が誤っていれば短期予後を悪くし時に致命的ともなり得る。

胃癌手術の最初の成功者がBillrothとされているのも、再建に成功し患者が術後状態から回復し経口摂取ができるようになり、日常生活に復帰し得たからである。

胃癌に対する腹腔鏡下胃切除術は、当初技術的にリンパ節郭清が難点とされていた。しかし、先達の粘り強い努力と工夫により、その技術水準はかつての開腹手術を凌ぐ水準にまで至った。現在、残された課題は再建である。そして、急速に完全腹腔鏡下胃切除術の波が押し寄せてきた近年、それに対応した再建法が開発され工夫されてきた。

本書は、本邦のリーダー的外科医が執筆しており、これまで報告されてきた代表的な体腔内再建法を取り上げている。

各再建法は1.手技の実際、2.手技の利点・欠点あるいはポイント、3.エキスパートからのアドバイスという3項目から成っている。各再建法の開発者が要点と盲点をわかりやすく紹介しているが、説明の文章は手術室での会話のように、簡潔かつ極めて実践的で臨場感に富んでいる。

各手技の肝となる重要なポイントでは、多くの鮮明な写真や美しい図による解説があり理解を容易にしていることも特徴の一つである。

さらに、理解を深く確実にものにするためにDVDも添付されており、手技の実際を映像で学ぶことができる。

本書を一読すれば、本邦の現時点における完全腹腔鏡下胃切除術に伴う体腔内再建法を把握することができ、読者にとってより魅力的と思われる手技を個々に選択することができる。

本書の格式をさらに高くしているのは総論である。BillrothのI、II法からRoux-en-Y吻合等の吻合法に加えて、リニアおよびサーキュラーステップラーの歴史の変遷を興味深い多くの資料を図示しながら解説してあり、外科医の基礎知識として極めて有用である。

また、近年進化の著しい手縫い吻合、縫合法の基本と実際も理論的実践的に詳述してある。体腔内再建を安全に行うためには手縫い縫合の技術習得は必須であり、今後その重要性はますます高まっていくものと思われる。基礎知識の理解が習熟度を上げるのに効果的と思われる。

本書は、体腔内再建法を学びたい、あるいは理解したい外科医にお勧めしたい良書である。

代表的な体腔内再建法のポイントを解説

EBMをしっかりと理解し、使いこなすべく、いざ論文の海へ!

医師として知らなければ恥ずかしい 50の臨床研究

50 Studies Every Doctor Should Know - The Key Studies that Form the Foundation of Evidence Based Medicine, Revised Edition

医師が最低限押さえておくべき50の臨床研究をコンパクトにまとめた、エビデンスの理解を助ける水先案内本。予防医学、内科、外科、産科、小児科、放射線科、神経内科、精神科、医療制度・社会制度に基づいた治療の8分野の研究を掲載。各研究に対する批判と制限事項、関連研究と有用情報、臨床症例サンプル、巻末にはQ&Aも掲載し、知識のみならず一段高い思考力が身につく。新展開があった研究には訳者の補足コメントを追加。



訳: 谷口 俊文 千葉大学医学部附属病院

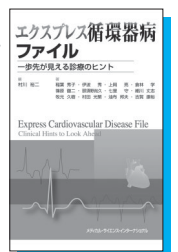
定価: 本体3,500円+税
A5 頁304 図50 2015年
ISBN978-4-89592-833-5

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

すばやく読めて、さっと理解、しっかり記憶に残る循環器入門書

エキスプレス循環器病ファイル 一歩先が見える診療のヒント

循環器の基本的知識の修得を目的としたファイルシリーズ入門編。最新の知見も交えながら、臨床の足もとを固めるのに必要な126のテーマを厳選抽出、全章見開きでコンパクトにまとめた。これから循環器をマスターしたい医師、一般内科医、初期研修医に最適な1冊。上級編の姉妹書『サブウェイ循環器病ファイル』と併読すると、さらに理解が深まる。



編集: 村川 裕二 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科 教授

定価: 本体4,500円+税
A5変 272頁 図・写真142 2015年
ISBN978-4-89592-835-9

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

《眼科臨床エキスパート》シリーズ

◎これが緑内障治療の「新たなスタンダード」

最新刊

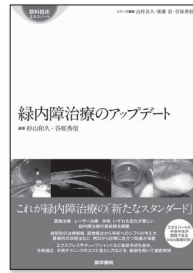
エキスパートの手術手技が閲覧できるWeb動画付き!

緑内障治療のアップデート

編集 杉山和久・谷原秀信

●B5 頁424 2015年 定価:本体17,000円+税 [ISBN 978-4-260-02379-5]

薬物・レーザー手術、いずれも変化が著しい緑内障治療の最前線を網羅。具体的な処方例、薬物療法から手術へのシフトの考え方、エキスプレスやチューブシャントなど新しい手術の適応や術式をはじめ、明日から診療に役立つ実践的知識を徹底解説。豊富な図解と画像に加え、エキスパートの手術手技が閲覧できるWeb動画付き。すべての眼科医必携の最新テキスト。



◎「決定版」眼腫瘍診療テキスト&アトラス、待望の刊行!

最新刊

知っておきたい眼腫瘍診療

編集 大島浩一・後藤 浩

●B5 頁476 2015年 定価:本体18,000円+税 [ISBN978-4-260-02394-8]

眼瞼・角結膜・眼窩・眼内腫瘍について、良性・悪性腫瘍から腫瘍を形成する非腫瘍性病変まで、疫学・診断検査・治療を完全網羅。眼所見、病理写真、MRI・CT所見など豊富な画像を用いて徹底解説。「初診時の外来診療」や「一般眼科医へのアドバイス」など非専門医も知っておきたい知識が満載。



網膜剥離と極小切開硝子体手術

新刊

エキスパートの手術手技が閲覧できるWeb動画付き!

編集 寺崎浩子・吉村長久

●B5 頁388 2015年 定価:本体17,000円+税 [ISBN978-4-260-02115-9]

網膜剥離の病態理解のための最新知見から診断検査・治療の実際までを解説した決定版。豊富な図解と画像に加え、エキスパートの手術手技が閲覧できるWeb動画付き。



好評発売中! 既刊

知っておきたい屈折矯正手術

編集 前田直之・天野史郎

●B5 頁432 2014年 定価:本体17,000円+税 [ISBN978-4-260-02037-4]

眼感染症診療マニュアル

編集 薄井紀夫・後藤 浩

●B5 頁440 2014年 定価:本体17,000円+税 [ISBN978-4-260-02019-0]

黄斑疾患診療A to Z

編集 岸 章治・吉村長久

●B5 頁444 2014年 定価:本体17,000円+税 [ISBN978-4-260-01940-8]

All About 原発閉塞隅角緑内障

編集 澤口昭一・谷原秀信

●B5 頁320 2014年 定価:本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01959-0]

オキュラーサーフェス疾患

目で見る鑑別診断

編集 西田幸二・天野史郎

●B5 頁320 2013年 定価:本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01873-9]

糖尿病網膜症診療のすべて

編集 北岡 隆・吉村長久

●B5 頁392 2013年 定価:本体17,000円+税 [ISBN978-4-260-01872-2]

所見から考えるぶどう膜炎

編集 園田康平・後藤 浩

●B5 頁308 2013年 定価:本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01738-1]

All About 開放隅角緑内障

編集 山本哲也・谷原秀信

●B5 頁420 2013年 定価:本体17,000円+税 [ISBN978-4-260-01766-4]

レジデント向け書籍

小児科レジデントマニュアル

第3版 編集 安次嶺 馨・我那覇 仁

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、沖縄県立中部病院のスタッフが中心となり作成した、好評の小児科マニュアル第3版。全面改訂によりさらに内容が充実!

●B6変型 頁672 2015年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-02017-6]



レジデントのためのアレルギー疾患診療マニュアル

第2版 岡田正人

実際のアレルギー診療の場での順序に沿った病態の解説で診断を的確に下せる。また治療目標とタイミング、調整時期やその決断のためのフォロー方法なども具体的に明示。

●A5 頁440 2014年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02034-3]



呼吸器病レジデントマニュアル

第5版 編集 谷口博之・藤田次郎

執筆者はすべて呼吸器疾患のエキスパート。一般外来および病棟・救急の場で具体的・実践的な答えがすぐ見つけれられる構成で、呼吸器疾患に関する知識を効率よく習得できる。

●B6変型 頁660 2015年 定価:本体5,700円+税 [ISBN978-4-260-02142-5]

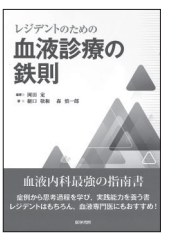


レジデントのための血液診療の鉄則

編著 岡田 定/著 樋口敬和・森 慎一郎

血液内科で頻度の高い疾患、緊急度の高い症候と疾患を、症例ベースで解説する。血液専門研修医がまずおさえておくべき診断・治療・患者管理の「鉄則」をマスターできる。

●B5 頁336 2014年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01966-8]

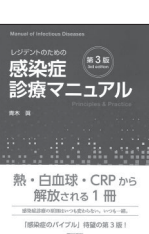


レジデントのための感染症診療マニュアル 第3版

青木 眞

幅広い読者層に支持されてきた感染症診療のバイブル、待望の第3版。熱・白血球・CRPに依存した感染症診療から自由になるための1冊。

●A5 頁1536 2015年 定価:本体10,000円+税 [ISBN978-4-260-02027-5]



整形外科レジデントマニュアル

編集 田中 栄・中村耕三

編集協力 河野博隆・中川 匠・三浦俊樹

レジデントにとって最も必要となる、的確な診断にまで辿り着ける道筋を示す。また、初診のときに何を考え、どのように診察に当たるべきかを提示する。

●B6変型 頁400 2014年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-01935-4]



2015年12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

Table with 4 columns: Journal Name, Volume/Issue, Title, and Price. Includes titles like 'Public Health', 'Autonomous Administration and Public Health', 'Clinical Obstetrics and Gynecology', etc.



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