

2012年7月30日

第2988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]がん患者さんの“働きたい”思いをかなえる就労支援とは(高橋都、近藤明美、金容壱、和田耕治)……………1—3面
- [寄稿]コーディネートされた認知症ケア——Geriant(堀田聡子)……………4面
- [連載]続・アメリカ医療の光と影/第54回日本老年医学会……………5面
- MEDICAL LIBRARY,他……………6—7面

座談会

# がん患者さんの“働きたい”思いをかなえる就労支援とは



**近藤 明美氏**  
特定社会保険労務士・  
近藤社会保険労務士事務所代表/  
一般社団法人CSRプロジェクト理事



**高橋 都氏=司会**  
獨協医科大学准教授・公衆衛生学



**金 容壱氏**  
聖隷浜松病院化学療法科・  
緩和ケアチーム



**和田 耕治氏**  
北里大学医学部准教授・  
公衆衛生学

5年生存率が平均54%<sup>1)</sup>まで上がり、長く付き合う病気へと姿を変えつつあるがん。16—65歳までの働く世代では、毎年新たに約22万人の患者が生まれている。本年6月に決定された、第二期のがん対策推進基本計画にも就労支援の必要性が明記されるなど、がん治療と働くこととの両立が課題となるなか、医療者の立場からはどのようなサポートができるのだろうか。本座談会では、がんの当事者が自分らしく働き続けるための、支援の在り方について考察する。

ます。全体から見ると少人数かもしれませんが、抱えている困難の内実は千差万別で、根深い問題が潜んでいる場合もあると考えられます。

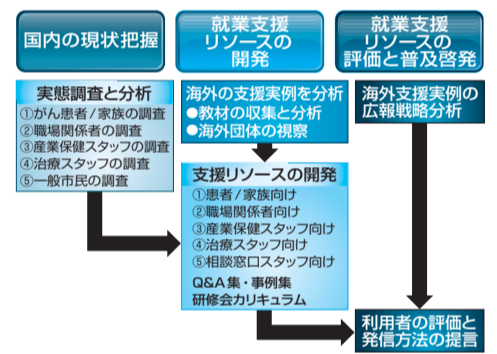
### 治療やその副作用により就労継続が困難に

高橋 それでは具体的に、がんの治療と仕事との両立の難しさは、どういった点にあると考えられますか。

近藤 まず、手術が治療の第一選択肢に挙がるのが多く、そのための検査や入院で、必ず仕事が中断されます。また、化学療法のための通院が長期間続き、スケジュール調整が難しくなることもあると思います。

高橋 2年前から始まった、厚労科研「がんと就労」<sup>2)</sup>(図)の研究班によるネット調査でも、手術日の急な決定、化学療法の予定変更など治療計画が予測しにくく、仕事に影響するという声が多くありました。

あとは、やはり化学療法の副作用の問題です。副作用の程度には個人差があるため、その不確定さゆえの悩みもあるようです。心身に現れる倦怠感や集中力の低下、消化器症状、抑うつな



●図 厚労科研「がんと就労」研究概略

### 「働くこと」の意義とは？

高橋 まず「働くこと」が、がん患者の方にとって、あるいはがんの治療の上でどのような位置付けにあるのか、がん体験者である近藤さんから話していただけますか。

近藤 私にとって働くことは、“生活の糧”でもあります。何より“生きることそのものの糧”という意味合いが強いです。それだけに、積み重ねてきた自己実現の過程ががんによってリセットされ、生きる糧を失ってしまうことに強い抵抗感があります。がんを人生のイベントの一つととらえ、その前もその後も同じように働き続けたいと考えるのは、がん患者にとってごく自然なことだと思います。

金 働くことで社会における役割を見

いだしていた方が、ある日がんという病名がついたことでその役割を奪われる。それはまさに、アイデンティティが引きはがされるような苦痛です。その苦痛は、心身に大きな影響を与えます。

がんサバイバーのなかで、就業している方のほうがQOLがよい傾向にあるという研究結果<sup>3,4)</sup>も北米やアジアで報告されています。働くことが治療にプラスの影響を与える点にも、注目すべきだと思います。

和田 お二人のお話の通り、がん患者さんにとって「働くこと」は、生活や治療の費用を確保するためにも、“ライフ”を充実させるためにも重要な要素です。ですから医療従事者は、治療しながら働きたい患者さんがいることを認識し、その中で仕事の継続に困難を感じている方を特定する必要があります。

どさまざまな副作用の症状により、思うように仕事ができずにつらさを感じている方は、たくさんおられます。

金 副作用については大まかな想定は可能ですが、専門医でも詳細な予測はできないというのが実情です。ただ、化学療法の最初の1コースを経験することによって、2コース目以降のだいたいの感覚がつかめてきます。ですから患者さんには「1コース目の間だけは何とかお休みをもらうか、すぐ早退できるような態勢を整えて、どんな副作用があるか、様子を見てほしい」とお話ししています。

(2面につづく)

## がんと診断されたその瞬間から、患者は「がんサバイバー」になる

医学書院

# がんサバイバー

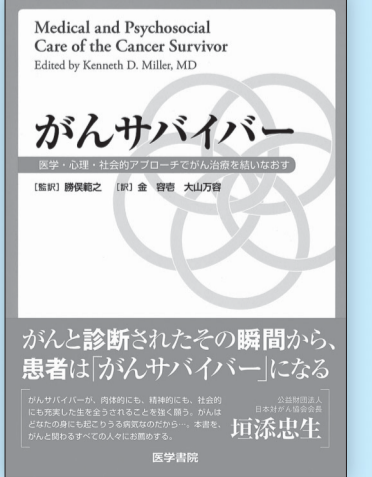
医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす

原書編集 Kenneth D. Miller, MD  
監訳 勝俣範之 日本医科大学武蔵小杉病院教授・腫瘍内科  
訳 金 容壱 聖隷浜松病院・化学療法科  
大山万容 京都大学大学院・人間・環境学研究科

●A5 頁464 2012年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01522-6]

### がんと診断された日を患者もその家族も忘れることはない——

「がんサバイバー」とはがんを克服した人だけを指すのではない。がんと診断された時から人はサバイバーとなり、一生サバイバーであり続ける。診断・治療時、再発監視時、完治後の各々に異なるニーズとケアを理解し、可能な限り高い質で生きていけるようサバイバーを支援するにはどうすればよいか。医療者が知っておくべき医療・心理・社会的支援の知識を解説。



がんと診断されたその瞬間から、患者は「がんサバイバー」になる  
がんサバイバーが、肉体的にも、精神的にも、社会的にも充実した生活を送ることを目指す。がんは、どんな病にも起こりうる病気だから、本書を、がんに関わるすべての人々に読んでもらう。  
医学書院

座談会 がん患者さんの“働きたい”思いをかなえる就労支援とは

<出席者>

●高橋都氏

1984年岩手医大医学部卒。卒業後、慈恵医大にて内科研修。立川中央病院を経て、94年より東大大学院医学系研究科国際保健学専攻。博士(保健学)。99年同大学院助手、2007年講師。09年8月より現職。共編著に『死生学第5巻<医と法をめぐる死生の境界>』(東京大学出版会)など。がん診断後にもその人らしい生を実現するための、がんサバイバーシップ研究と実践がライフワーク。

●近藤明美氏

明治大文学部卒。会社員として働いていた2004年に乳がんの手術を受ける。08年近藤社会保険労務士事務所開業。09年より「がんと就労」に関する相談会・セミナーなどに携わる。11年「がんと就労に関する様々な問題の調和と解決」を掲げる一般社団法人CSRプロジェクトを設立、理事に就任。がんになっても働き続けられる職場作りをめざし、がん経験者の治療と仕事の両立をサポートしている。

●金容彦氏

1999年北大医学部卒。2003年国立がんセンター東病院レジデント、06年より聖隷浜松病院へ。乳腺科、緩和医療科を経て10年より化学療法科。がん薬物療法専門医(日本臨床腫瘍学会)。共訳著に『がんサバイバー——医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす』(医学書院)。

●和田耕治氏

2000年産業医大医学部卒。企業での専属産業医を経て、06年カナダ・マギル大産業保健修士。07年北里大大学院博士(医学)。同大助教・講師を経て12年より現職。日本産業衛生学会指導医、労働衛生コンサルタント。編著に『新型インフルエンザ(A/H1N1)——わが国における対応と今後の課題』(中央法規出版)など。がんに限らず病気の治療をしながら働ける社会作りをめざしている。

(1面よりつづく)

疾患イメージや、職場環境からくる“働きにくさ”も

近藤 がんという疾患に対して社会が持つイメージも、就労に影響していると思います。私自身も以前はそうでしたが、がんと聞くととっさに“死”を連想してしまう。当然「仕事のことなんて気にしている場合じゃないよね」と考える方もいると思います。

金 『隠喩としての病い』(スーザン・ソントグ、みすず書房)では“かつては結核が死の病だったが、結核が克服されてからは、がんがそのイメージに取って代わった”と記されています。これだけ生存率が上がった今でも、必要以上に悲観的なイメージががんという病名に被せられて、いまだに一人歩きしている感がありますね。

高橋 そういうイメージをどう打破して周囲に理解を得ていくか、その過程で悩まれる方も多いです。

和田 職場で理解と配慮を得るために



は、病気の話を「どこまで」「誰に」してよいか、患者さん自身が見極める作業を要します。特に働き盛りの40歳未満に多い女性の乳がんや子宮がんに関しては、男性上司に説明しにくいなどジェンダーの問題も絡み、事態が複雑化する可能性もあります。

最近では、企業の効率化を目的とした人員削減や非正規雇用者の増加などにより、職場で互いに助け合うという文化が失われつつあります。特に中小規模の企業は人的余裕に乏しく、体調不良などで戦力になれない人にとっては、必ずしも居心地のよい環境ではない。そうした状況が、患者さん本人の葛藤も生み、結果として辞めざるを得なくなるケースも少なくないようです。

まずは、就労について話しやすい雰囲気を作る

金 以前、患者さんの勤め先の産業医／看護師から連絡をいただいたことがきっかけで、仕事と治療の調整がスムーズに進み「ここまで動いてくれるんだ!」と感銘を受けた経験があります。そうすると、ほかの患者さんのケースでもいろいろお願いしてみたいという気になり「職場に産業医の方はおられますか」とつい聞いてしまうのですが、空振りが多いのです(笑)。

和田 産業医の選任義務がある50人以上の職場は、日本の総事業所数のわずか3%、労働者数でも4割弱です。さらにこれらの企業でも、産業医の訪問回数が月1回であったり、あるいは定期訪問さえない場合もあります。常勤の産業医へのアクセスが確保されている企業労働者は、全体の数%程度でしょう。

こうした実情がありますから、主治医の先生には、少しでも産業医的な視点を持って患者さんの就労にかかわっていただけたらと思うのです。「職場の上司とどんな話をしているか」「重量物の運搬・出張・長時間労働への配慮が必要か」といった話題を出すことが、きっかけ作りになります。

金 患者さんは、病院で就労の相談ができるとは考えてもいませんし、まずは医療者が気を配って、就労について話しやすい雰囲気を作ることからですね。

高橋 支援に当たっては、「がんと就

労」研究の一環で作成した「事例に学ぶ がん患者の就労支援に役立つ5つのポイント」(表1)を参考に、できることから順に試みていただけたらと思います。

和田 治療と就労の両立の支援に熱心な外科医や腫瘍内科医にインタビューを行ってまとめたものですが、多忙な中でも取り組んでいただけるような“好事例”を集めたつもりです。

金 私自身、「5つのポイント」を参考に、患者さんに問いかけをしています。すると「こういう症状があった場合、どうしたらいいですか」などと、具体的な相談ができ、より進んだ対応につながるケースが多いです。

「役割分担」が生み出す柔軟な治療体制

高橋 日本臨床腫瘍学会と日本がん治療認定医機構の先生方のご協力を得て実施された調査では「治療スケジュールを患者さんの仕事の都合に配慮して決められるか」という設問に対し、放射線については28%、化学療法については42%が「決められると思う／まあ思う」と答えています<sup>6)</sup>。この数値にはよい意味で少々驚きましたが、金先生の実感としてはいかがですか。

金 化学療法も放射線治療も、基本的に医師の診察が毎回必要ですから、勤務体制など病院運営上の限界もあります。しかし診療科ごとに役割を分担して、専門性を高めるほど、融通は利きやすくなると思います。私自身、薬物療法は一任されている一方、病棟は外科の医師も共同で診てくれており、外来中に急変で呼ばれることはありません

ん。ルーチンの検査業務もあまり入っておらず、比較的まとまった時間が取れるので、患者さんと仕事の話もできるわけです。

高橋 例えば週に3-4日外来が開いていれば、患者さんも都合のいい曜日を選択しやすくなります。それも、各科の医師がおのおのの役割に専念できる環境が整っていれば、実現しやすいということですか。

金 そうですね。そのためには、私たち腫瘍内科医も、病院の中で役割を自ら作り出すくらいの気概を持って治療計画に介入していく必要があります。一方で臓器別専門科の先生方にも「腫瘍内科に任せてもいいんだ」という認識をぜひ持っていただきたい。最近では早期からの緩和ケアの気運も高まっていますから、チーム医療の観点から、就労の問題へのコンサルトを「社会的苦痛へのアプローチ」という意図で緩和ケアチームにお願いするというのも、一つの方向性ではないかと感じているところです。

和田 「5つのポイント」作成の過程であらためて認識したのは、医師は病院の中で提案しやすい立場にあるということです。「仕事と治療の両立を支援する」ことを方針として表明していただき、その上で看護師やMSWなどメディカルスタッフも含め、どんな支援や役割を担えるか検討する。それだけで、状況はずいぶん変わるのではないかとこの感触を得ています。

金 まずは現場の責任者が意識を変えて、役割分担とチーム医療を若手にも促していく。現場が変わることで、病院全体にも柔軟性が生まれ、結果として、働き続ける患者さんにより資する

●表1 事例に学ぶ がん患者の就労支援に役立つ5つのポイント(一部抜粋、改変)

- ①患者さんの仕事に関する情報を十分に集める
    - \*集める情報の例:職種、業務内容(肉体的な負担の有無)、勤務形態、通勤形態、職場環境、休める期間
    - \*診療時間内だけでは情報収集が難しい場合は、問診票や看護師との面談の時間も活用
  - ②医療職が幅広くサポートする
    - \*MSWや医事課にもかわりを求める。心理的な問題はサイコオンコロジストにも協力を依頼
    - \*看護外来を作り、がん看護専門看護師や認定看護師が対応
    - \*患者会など外部サポート団体を医療機関として支援
  - ③患者さんの希望に応じて受診や治療ができるように配慮する
    - \*外来での放射線治療は、その後に出動できるよう午前中の早い時間に実施。抗がん剤治療は、副作用の強い日が週末に当たるように工夫
    - \*放射線療法が実施可能な病院のリストを作成し、患者さんの勤務先の近くなど、都合に合わせて選択可能にする
    - \*治療を標準化することで、患者さんが主治医の外来日に来院できなくても対応可能に
    - \*待ち時間を軽減するため、診療日と別の日に採血するなどの検査機会の提供
    - \*長期の抗がん剤投与を開業医の管理下で実施できるよう、地域の開業医や訪問看護師と意見交換できる研究会などを立ち上げ
  - ④治療の仕事への影響について十分に説明する
    - \*抗がん剤治療中などには、急な入院もあり得ることをあらかじめ伝える
    - \*起こり得る副作用や避けるべき業務(重量物運搬や時間外労働等)を具体的に説明
    - \*仕事の継続をためらう患者さんには、さまざまな工夫で継続できることを積極的に伝える
    - \*インフルエンザワクチン接種など、感染症対策は積極的に勧める
  - ⑤スムーズに職場に復帰できる工夫や、職場の理解を得るためのアドバイスをする
    - \*手術などにより休職した場合の復職する日は木曜日にする(2日勤務すれば休めるため)など徐々に仕事に戻れるよう工夫
    - \*患者さんの要望に応じ、仕事上の配慮を受けやすいよう病状の見通しなどを記した詳しい診断書を発行。上司にどう理解を得るか、MSWなどが相談に乗る
    - \*会社の理解が得られにくい場合、患者さんの要望があれば上司等に来院してもらい、直接病状を説明
- \*「がんと就労」HP内(<http://www.cancer-work.jp/wp-content/uploads/2011/10/5point.pdf>)に全文掲載

撮影前から、画像診断は始まっている

CT・MRI実践の達人

検査時の状況判断や工夫によって、診断の一手段としての画像の価値が大きく変わるということはおまます。特にCT・MRIにおいて正確で迅速な結果を得るには、「必要かつ十分な画像情報を提供する」という強い意思がなければならぬ。「疾患、病態」と「機器、検査」の双方の理解を深め、ベストなCT・MRI検査を実践するために、レジデントのみならずCT・MRI検査に関わるすべてのスタッフ必携の書。

聖路加国際病院 放射線科レジデント 編

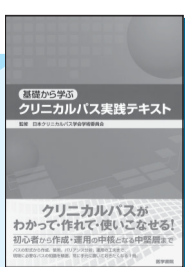


現場に必要なバスの知識を具体的に解説した実務書

基礎から学ぶ クリニカルパス実践テキスト

クリニカルパスが、分かって・作れて・使いこなせるための入門書。パスの形式から作成、使用、バリエーション分析、運用の工夫まで、現場に必要なバスの知識を精選し具体的に解説した。初心者から作成・運用の中核となる中堅層まで、実務書として手放せなくなる。目下のバスの進化をキャッチアップしながら初心者にも理解できるよう工夫されている。

監修 日本クリニカルパス学会 学術委員会



## ●表2 医療費支援・就労支援ツール

## ●書籍

『がんと一緒に働こう——必携 CSR ハンドブック』(CSR プロジェクト, 合同出版, 2010)  
 ※がん経験者たちが書いた就労支援の本  
 『がんとお金の本』(黒田尚子, ビーケーシー, 2011)  
 ※お金にまつわる制度を知る入り口として活用可能

## ●調査報告

『病とともに歩む人が、自分らしく生きていくために——「がん患者の就労・雇用支援に関する提言」』(2008)

<http://workingsurvivors.org/about.html>

『がん患者の就労と家計に関する実態調査 2010』

<http://workingsurvivors.org/about.html>

## ●その他

『Web 版がんよろず相談 Q&A』(静岡がんセンター, 冊子版もあり)

<http://www.scchr.jp/cancerqa.html>

※医療費, 経済, 就労問題の解決に役立つ制度や専門家の助言を紹介

『知っておきたい働くときのルール』(厚生労働省)

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/dl/rule.pdf>

※労働者に向けた労働法解説書。行政の相談窓口を掲載

『退職後の年金手続きガイド』(日本年金機構)

[http://www.nenkin.go.jp/n/open\\_imgs/free3/0000000011\\_0000004017.pdf](http://www.nenkin.go.jp/n/open_imgs/free3/0000000011_0000004017.pdf)

システムができるかもしれない、と思っています。

**高橋** 患者さんの一番近くでかかわり続ける主治医の方々には、彼らの生き方の希望をできる限り聞いていただきたい、というのが私の願いです。「再発して、あと半年だから就労は考えなくていいよね」ではなく、ご本人に「働きたい」という思いがあるのなら、最強のサポーターとして、それをかなえる支援をお願いしたいのです。

今後も研究班として「就労の問題に悩む患者さんが、こんな工夫で働きやすくなった」好事例を草の根的に収集し、臨床現場の方々と共有していきたいと考えています。

## 相談できる場の充実と

## そこにつながるルートの整備

**高橋** ここ数年で、がんと就労への関心も少しずつ高まり、患者さんが活用できるツールも既にいくつか生まれています。今回近藤さんに、表にまとめていただきました(表2)。

**近藤** がんに特化したものはまだまだ少ないのですが、患者さん以外にも、企業の方、そして就労支援に興味を持っている医師の方にも、参考にしていただけたと思います。

**高橋** こうしたツールの活用を促進する一方、それだけでは解決が難しい場合のために、個別に相談できる窓口の充実も求められるところですよ。

**近藤** 「どこに相談したらよいかかわからない」という声は実際に多いです。がんの治療と仕事、両方を一度に相談できる場は現状では乏しいうえ、ハローワーク、年金事務所、市役所、協会けんぽなど、多くの機関を回らなければならない。精神力も体力も落ちてくる患者さんには、想像以上に大変なことです。

**和田** 病院において、社会保険労務士(以下、社労士)の方と連携し、患者さんの相談に対応できるような仕組みが今後できるとよいですね。

**近藤** それは私も、医療提供者の方々

にぜひ検討していただきたいと考えていることです。

特段問題を抱えていない患者さんには、病院内での情報提供やツールの紹介で十分ですが、不当に辞めさせられそうだったり、保険給付がなされるか否か微妙なラインにいる方など、やはり専門家がかわったほうがよいケースがあります。自力で相談機関を探し出せる患者さんばかりではない、という点から言っても、医療機関からのルートが整備されることで、救われる方は多いと思います。

**金** “社労士”という存在を知らない臨床医も、まだ当然のようにいると思われれます。また、こうした問題に明るい社労士の方がどこにいるのかも、病院側ではなかなかわからないものです。例えば、社会保険労務士会などで一括して情報提供していただけたら、非常に助かります。

**近藤** 一例ですが、障害年金に関しては、社労士による全国規模のNPO法人など組織的な支援が可能となっています。がんと就労の問題でも同様に、知識を持った社労士を増やすとともに、組織的な支援体制を整えていく必要がありますね。

**高橋** 院内に、ある程度就労の相談に乗れるノウハウを持つ窓口があること。さらに複雑なケースに関しては、社労士など院外の専門家にコンサルトできる体制が整備されれば、ベストだということですね。

**金** もう一つ、院外でも院内でもよいのですが、がんサバイバーの方に就労に関するアドバイスをお願いできるシステムの整備も必要と思います。患者さんも「先生」から促されるより、当事者の集まりやアドヴォカシーグループで「患者として/サバイバーとしてこう行動した」という事例を示していただけたら、より腑に落ちやすいでしょう。関係性の要諦は“持ちつ持たれつ”です。そうやって仕事を続けるコツなど、現実的なノウハウを伝授してもらえることを期待しています。

**近藤** 確かに当事者同士が「働くこと」

に特化して話せる場合は、まだまだ少ないです。治療でいったん職を辞した後、再度求職する際に病気や通院のことをどう伝えるか、といった悩みを抱える方も多くいます。再就職に成功した方から具体的なアドバイスをもらうことで、大きな励みになります。そういう体験をシェアする場の必要性は、強く感じますね。

## 患者さんが主体となって問題を言語化していく

**高橋** 「ルート作り」や「役割分担」というキーワードを体現するものとして、「がんと就労」研究班では、患者本人、産業医、主治医をつなぐ「連絡手帳」のようなツールを検討しています。より効果的な活用のためには、どんな視点を加えればよいでしょうか。

**近藤** あくまで患者さんが主体であることが、大切だと思います。

例えば私は、治療中に利用できる社

内制度について確認していただくために、「就業規則で“休暇”や“休職”に関するもの、短時間勤務などの勤務制度に関するものを調べる」といった作業を、相談者の方にお問い合わせがあります。そうした作業が、状況の整理や理解に役立っているように感じています。

**金** がんは、腫瘍内科・外科・放射線科、そして場合によってはリハビリテーション科など、治療が細分化され、主治医さえ交代していく場合もあります。なので患者さんが主体性を持って就労の問題を解決できるツールができることは、大いに歓迎です。

**和田** 治療と仕事との両立のために調整が必要な多くの事柄に加え、治療の不確実性や、病気の知識不足などの問題もある。そうした状況で、どんな配慮をどのくらい求めているのか、患者さんが自ら言語化できるよう、ツールなどを通じて支援していければと思います。

## 登場人物それぞれの立場で、できることを考える

**高橋** これからの支援の在り方について、抱負を一言ずついただけますか。

**近藤** 私が社労士になったのは、働きやすい職場が増えることで、いきいきと働ける人が増え、より皆が幸せになれるのではないかと、という思いからでした。たまたまがんになるという経験をしたので、その経験を社会に還元する意味も込めて、社労士として働きやすい職場作りを進めたいと考えています。

**和田** 「働きたい」という思いは、社会に参加したいというヒトの根本的な欲求とも言えます。高齢化が進み、現在は70歳まで働くことが目標として示されるなか、一人でも多くの患者さんが「働きながら治療ができるようになる」社会作りを考えなければならない時期にあります。がんという疾患をその代表ととらえ、モデルケース作りなどによってさらに展開ができればと思います。

**金** 問題そのものの認知度向上や法制度の整備といったハード面の課題がいろいろありますが、基盤は人と人との関係だと思っています。人と人の関係では、“持ちつ持たれつ”のバランスの良い関係性を保つ、所与の関係性に責任を

持つという努めがあります。患者さんにはぜひ良い関係作りのスキルを身につけていただきたいですし、私たちも診療科、さらには職種も業種も横断した関係を強化し、サポートしていきたいですね。

**高橋** 「がんと就労」の問題は、登場人物がとて多いたのですが、それぞれの立場からできることがやと少しずつ見えてきた感があります。今年度から始まる第二期がん対策推進基本計画の5年間で終わったときに「がん患者さんの就労環境はここまでよくなった!」と言える仕組みを、皆で連携しながら作っていききたいと思っています。本日は、どうもありがとうございました。(了)

## ●註

- 1) Tsukuma, et al. Jpn J Clin Oncol, 2006.
- 2) Ferrell BR, et al. Psychooncology, 1997.
- 3) Ahn SH, et al. Ann Oncol, 2007.
- 4) Mols F, et al. Cancer, 2007.
- 5) がん臨床研究事業「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」(主任研究者=高橋都氏)  
<http://www.cancer-work.jp/>
- 6) Wada et al. Jpn J Clin Oncol, 2012.

◎末期がん、進行がん患者の諸症状管理のためのバイブル

## トワイクロス先生の がん患者の症状マネジメント 第2版

著 Robert Twycross・Andrew Wilcock・Claire Stark Toller  
監訳 武田文和

初版刊行後、トワイクロス先生はその原著をWEBで公開。全世界の専門家からコメントが寄せられ、その叢書は、本書の刷新と充実に注ぎ込まれた。末期がんや進行がんに限らず、がんによる痛みや諸症状、さらには心の苦しみにまで手をさしのべた本書は、すべてのがん患者にとっての「福音の書」として、さらなる発展を遂げた。新設章「最期の日々」が加わった。

●A5 頁520 2010年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01073-3]




◎定評あるマニュアル、待望の全面改訂版!

## がん診療レジデントマニュアル 第5版

編 国立がん研究センター内科レジデント

国立がん研究センター内科レジデントが中心となり、腫瘍内科学を主体とした治療体系をコンパクトにまとめたマニュアル。①practical(実際の)、②concise(簡潔明瞭)、③up to date(最新)を旨とし、可能な限りレベルの高いエビデンスに準拠。がん対策基本法が制定され、がん薬物療法に関する専門医・専門スタッフの育成は待たないである。日本人の2人に1人ががんになる時代、がんに関わる多くの臨床医、看護師、薬剤師、必携の書。

●B6変 頁504 2010年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01018-4]

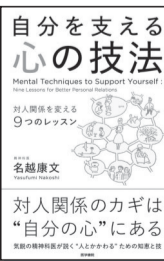


対人関係のカギは“自分の心”にある。

## 自分を支える心の技法 対人関係を変える9つのレッスン

仕事や友人・家族関係のなかで生じるストレスの多くは、突き詰めれば“対人関係”に行き着く。気鋭の精神科医・名越康文が病院勤務時の経験とその後の研究のなかで培ってきた、対人関係・セルフコントロールに役立つ心理的技法をコンパクトにまとめた1冊。医療看護などの対人援助職はもちろん、「人と人とが交わる現場」で生きるすべての人に贈る9つのレッスン。

名越康文  
精神科医



寄稿 オランダのコミュニティケアの担い手たち(後編)

# コーディネートされた認知症ケア——Geriant

堀田 聡子 労働政策研究・研修機構 人材育成部門研究員

本稿後編では、認知症ケアを取り上げる。オランダにおける認知症ケア政策の流れを概観した上で、認知症ケースマネジメントの先進的な事例とされるGeriant財団の取り組みを紹介する。

## 「コーディネートされた認知症ケア」実現に向けた国家戦略

オランダでは、2000年代に入り、「コーディネートされた認知症ケア」の実現に向けて国を挙げた取り組みが本格化した。

現在までに大きく3段階の発展がみられる。第1段階は地域レベルでの利用者視点からみた問題抽出、そして改善に向けたプロジェクトの展開を通じての「良い認知症ケア」像の明確化。第2段階は統合ケアのガイドライン作成、またそれに基づくケアオフィス(註1)によるケアの購入に関する地域での実験・普及。第3段階はガイドラインの見直しとケア基準の策定、である。

### ◆認知症者と介護者視点による「各地域での課題抽出」が出発点

第1段階は全国認知症プログラム(LDP, 2004—08年)。全国57地域においてケア提供(事業)者と認知症者、介護者から成るワーキンググループを設け、当該地域の認知症ケアの課題抽出・優先付け、緊急度の高い問題改善に向けたプロジェクトを実施した。

特徴は、ワーキンググループに認知症者と介護者を必ず含めたこと。認知症者と介護者の言葉を用いて整理された「各地域で」「認知症者と介護者が日常直面している問題」が出発点となった。

緊急度が高いとされた問題領域の上位は、①介護者の恐怖・怒り・混乱、②介護者のストレス・不安・孤独感、③施設入所への抵抗感、④何かがおかしいが原因も対処法もわからない、⑤専門職とのコミュニケーション。改善に向けて取り組まれたプロジェクトの上位は、①ケースマネジメント、②認知症および認知症ケアに関する情報の充実、③早期発見・診断、④家族介護者支援・レスパイトケア、⑤専門職教育、であった。

LDPは「利用者視点に基づく良い認知症ケア」の明確化のみならず、各地域における多様な連携、現場の熱気の高まり、ケースマネジメントの開始・拡大等大きな成果を挙げた。しかしマネージャークラスの理解不足により、提供(事業)者間の組織的連携が未成熟であることが課題とされた。

### ◆統合ケアのガイドライン作成、地域での実験と全国への普及

そこで、第2段階の認知症統合ケアプログラム(PKD, 2008—11年)では、認知症者・介護者の状態とニーズに応じてコーディネートされた認知症ケア(いわゆる認知症ケアパス)の開発、組織的連携に基づく統合ケアのガイドラインの作成、ガイドラインに沿ったケア購入に向けた地域での実験・質の評価、認知症者と介護者に対する体系的な支援を提供するケースマネジメントの発展をめざした。

標準的なガイドラインは、保健福祉スポーツ省・アルツハイマー協会・ケア事業者団体・保険会社連合が主導して作成。診断前、診断とケアへのアクセス、ケアやサービス提供という3つのフェーズにおいて、質の高い認知症ケアの構成要素、関与すべき関係者(機関)を整理し、連携の要であるケースマネージャーの役割・要件、統合ケアの質の評価指標、調達プロセス等を盛り込んだ。

16地域で各地域版ガイドラインに基づく連携構築とケア購入に関する実験を経て、2011年までに全国約90%の地域でケースマネジメントを含む認知症統合ケアが提供されるようになった。しかし、地域によるばらつき、質の評価指標の有用性が課題とされた。

これを受け、第3段階として、PKDで作成されたガイドラインにおけるケアプロセスの内容改善、組織間の効果的な連携の在り方、質の評価指標改訂、ケースマネジメントの定義明確化等ととりまとめた認知症ケア基準の策定が進み(Zorgstandaard Dimentie, 2011—12年)、今後全国に普及予定である。

さらに、今年から認知症登録システム、認知症ケアポータルサイトの構築、産学官連携の認知症にかかわる長期的な研究開発計画作成にも着手している。

## 各地域での組織間連携を基盤とする認知症ケースマネジメント

オランダでは、1980年代以降の脱施設化の流れのなかで、ケース(ケア)マネジメントが発展をみた。ただし基本的に制度上の位置付けはなく、ケースマネジメントの在り方は極めて多様である。

こうしたなか、認知症ケアについては各地域でのケア提供組織間連携の中で、独立してケースマネジメントの役割を担う専門職を割り当てる動きが多くみられるようになった。

彼らは認知症ケースマネージャーと呼ばれ、認知症の疑いが出てから死亡(も

しくは入所)に至るまで、認知症者と介護者に対するコーディネートされたケア・サポートの体系的な提供の窓口となる。

### ◆診断・治療・ケースマネジメントと介護者支援を担う独立組織

Geriant財団はオランダの認知症ケースマネジメントの先駆けのひとつであり、国家戦略における認知症ケースマネジメントや認知症ケースマネージャーの発展にも大きく貢献している。

地域のナースホームとメンタルケア組織のネットワークが母体となり、2000年にDOC-team(認知症診断・ケースマネジメントチーム)が発足。その後、外来治療および急性増悪期の短期集中治療(16床)等のためのDOC-centrumを創設した。これらが2003年に独立した組織体、Geriant財団となる。

Geriantにおける認知症ケースマネジメントの目的は、認知症者と介護者のQOLを維持しながらできる限り認知症者の住み慣れた家での暮らしをサポートすること。Geriantモデルの特徴は、「多職種チームによるcureとcareの包括的な提供」にある。ここには診断、治療、ケースマネジメント、介護者支援、限定的な在宅ケア等が含まれる。

現在、北オランダの人口60万人エリア(高齢化率14%)で在宅の人を支える4つのDOC-team、ケアホームや高齢者住宅に住む人のためのGeriant-wonen、DOC-centrumを擁する。スタッフ約190人(うち認知症ケースマネージャー約70人)、利用者約3700人、営業利益は約1100万ユーロで(2011年)、短期医療保険(GGZ-DBC's、精神保健の包括払い)を主たる財源とする。

### ◆看護師・医師・心理士等から成る多職種チームマネジメント

DOC-teamは、10人程度の認知症ケースマネージャー、在宅で老年精神看護を提供する看護師(TOP-zorg)、老年医、精神科医、心理士、認知症コンサルタント等各1—2人から成る。

Geriantのケースマネージャーは、全員が認知症ケアの経験を持つ学士レベル以上の看護師であり、独自に開発した研修を修了している(現在アルツハイマー協会の支持を得て高等職業教育訓練機関で実施)。この研修は、単にケアをコーディネートするだけでなく、多職種チームと協働で治療と介護(臨床ケースマネジメント)、福祉を横断して認知症者と介護者に効果的な援

助を展開する力を身につけることを目的としている。

認知症の兆候が見られる人と介護者は、主にゲートキーパー機能を持つ家庭医や在宅ケア組織、病院等の紹介によってGeriantにやって来る。ケースマネージャーとDOC-teamの医師や心理士が自宅を訪問、本人や家族等と面談ののち自宅もしくはDOC-centrumで診断を行う。介護拒否等がある場合は必要に応じてTOP-zorgが期間限定で在宅老年精神看護を提供。各職種のアセスメント結果をもとに多職種チームミーティングにおいて治療・ケア・サポート計画(投薬、行動療法、看護・介護、家事援助、認知症者と介護者へのガイダンス・カウンセリング、介護者支援)を立案、ケースマネージャーが本人と介護者に説明・合意の上、必要な援助を調整する。

その後、ケアはすべて地域の在宅ケア組織等に、治療も随時家庭医等に引き継がれるが、ケースマネージャーは、認知症者が亡くなる(あるいは入所する)まで一貫して援助する。また他のケア提供(事業)者や介護者を交えた利用者ごとのカンファレンスをもとに、DOC-teamが継続的に専門的見地からモニタリングを行う。

### ◆介護者と地域の専門職への多様な支援と助言の提供

Geriantの援助対象は、認知症者だけでなく、介護者や地域の専門職にも及ぶ。介護者にはケースマネージャーを中心とするDOC-teamの専門職が日常的にサポートを提供、Geriantは介護者支援コースを設けるほか、アルツハイマー協会等が開発したアルツハイマーカフェも主催する。また、認知症者と介護者を統合的にサポートするミーティングセンターと呼ばれる地域のデイケアを紹介することもある。

さらに、地域の認知症ケア提供(事業)者の専門職や家庭医には、研修の開催に加え、認知症コンサルタントが助言・アドバイスをを行う。

\*

各地域での利用者視点による問題抽出を起点にケアパスを開発し、多職種チームを基盤とした認知症者と介護者への包括的で一貫した援助を展開する認知症ケースマネジメントの独立組織(本稿後編)。そして、あらゆるタイプの利用者にケースマネジメントとケア・サポートを提供するジェネラリスト看護師が活躍する在宅ケア組織(前編)。この両者が共存するオランダ。考えさせられるところは多い(註2)。

註1) 長期ケアを保障する特別医療費保険の保険者(国)の事務代行者。国内32圏域において当該地域でマーケットシェアが高い保険会社がケアオフィスとなり、ケア提供者との契約・ケア購入、保険料徴収、被保険者の相談対応といった運営実務を担当する。

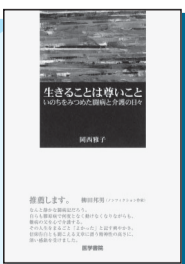
註2) なお、本稿の詳細は、労働政策研究・研修機構HPで近日公表予定のディスカッションペーパー「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策」を参照されたい。

多くの「気づき」を与える、臨場感あふれる闘病・介護記

## 生きることは尊いこと

16歳で膠原病(皮膚筋炎)と診断された著者が、地道なりハビリやさまざまな症状との折り合いをつけながら、パーキンソン病の父を介護して看取った闘病・介護記。著者や周囲で支えとなった人たちの前向きでひたむきな姿の描写は、患者・介護者の気持ちはもちろぬ、医療系学生や医療者に「気づき」を与える場が豊富かつ臨場感をもって展開される。今後求められる「助け合う」介護についても示唆深い。

岡西雅子



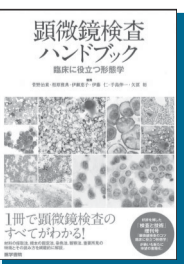
顕微鏡検査に必要な知識を網羅! 好評の「検査と技術」増刊号、待望の書籍化!

## 顕微鏡検査ハンドブック

顕微鏡検査に必要な知識を網羅した本書は、まず総論で、材料の採取法、標本の固定法、作成法、染色法、観察法など、顕微鏡検査の基本的な知識と手技を解説。各論では、すべての技師が見逃してはならない重要な臨床所見の読み方と医師への報告法、そして異常所見が認められた場合の対応法を解説する。好評を博した「検査と技術」増刊号「顕微鏡検査のコツ—臨床に役立つ形態学」の待望の書籍化。臨床検査技師必読の1冊。

編集

菅野治重 高根病院・副院長  
相原雅典 株式会社ファルコ(バイオシステムズ東京研究所)  
伊瀬恵子 千葉大学医学部附属病院検査部  
伊藤 仁 東海大学医学部付属病院病理検査技術科  
手島伸一 同愛記念病院研究検査科  
矢富 裕 東京大学大学院医学系研究科臨床検査学



## 続 アメリカ医療の 光と影

第227回

# 「肥満は自己責任」論の不毛

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

以前に、砂糖を健康有害物質として規制する運動があることを紹介したが(第2978号)、5月31日、ニューヨークのマイケル・ブルームバーグ市長が、肥満対策の一環として、16オンス(473 mL)を超える大型サイズ砂糖入り飲料の販売を禁止する方針を明らかにした。

## NY市長の肥満対策に 保守派が「お節介」と反発

ブルームバーグ市長は、これまで、公共の場における喫煙を全面禁止したり、レストランにおけるトランス脂肪酸の使用を禁止したり、メニューのカロリー表示を義務付けたりと、市民の健康対策に力を入れてきた実績で知られている。今回、「肥満対策をさらに強化しなければならない」と、砂糖入り飲料の規制に踏み込んだのである。

しかし、「肥満は公衆衛生上の大問題だからその対策に力を入れるのは為政者の義務」とするブルームバーグ市長の姿勢に対し、保守派は「市民が何を食べ、何を飲むべきかを為政者が指図するのはお節介」と反発した。銃砲規制が容易に進まないのはその典型であるが、米国民の間には「(例えば拳銃を所持する等の)国民の自由を政府が規制する」ことに対する根深い嫌悪感があり、飲食物についても「何を食べようが飲もうが個人の自由」と、規制に対する反発が起こりやすい土壌があるのである。

さらに、「自由の侵害」に対する反発に加えて、「そもそも、肥満は、消費するより多く過剰にカロリーを摂取することが原因。意志の弱い人々が自己責任で起こす病気」とする思い込みも強い。私が知る限り、今回のブルームバーグ市長の方針表明を最も手厳しく批判したのは、保守派のシンクタンク、ケイトー・インスティテュートの研究員マイケル・キャンノンだった。キャンノンは、「肥満は公衆衛生の問題ではなく、自己責任の問題」と断言した上で、ブルームバーグの「お節介」を非難した。ちなみに、キャンノン等保守派の論客は、食品一般に対する規制強

化や「ソーダ税」等の新税導入にも強く反対しているのだが、「肥満自己責任論」に基づくこの手の主張を、食品業界が強く後押ししているのは言うまでもない。

## 体は「もっと食べ！」と 叫び続ける

しかし、医学的に見たとき、「肥満は自己責任(=意思)の問題」と、単純に決めつけることには大きな問題がある。

まず第一に、そもそも、ヒトの体はカロリー摂取量を検知して摂食量を調整するにはできていない。例えば、巨大なハンバーガーを食べて胃が膨らんだ後にはグレリンの分泌が低下するなどして食欲が抑えられる仕組みが作動し得るのであるが、「喉が渴いたから」と、ソーダをがぶ飲みした場合、

上部消化管を素通りしてしまうので、グレリンの分泌が抑制される仕組みが働かない。食欲調整の仕組みと無縁のところでは多量のカロリーが摂取され続けるのである(註1)。

さらに、人類にとって、「飽食の時代」に生きるのは、種が誕生して以来初めての体験である。これまでずっと、「飢えに耐える」環境の下で生き、進化してきたので、ヒトの体は「食べたカロリーをため込む」ようにできあがってしまっているのである。

カロリー過多の食品があふれ返るだけでなく、摂食を刺激する食品企業のコマーシャルが氾濫する現代の環境は「obesogenic(肥満原性)」と呼ばれているが、Gortmakerらは「肥満原性環境の下で暮らして肥満となるのは正常の反応」とした上で、人々がこの環境に抗して生きていくための支援が必要であるだけでなく、政治の介入が必須であることを強調している(註2)。

さらに、肥満治療が難しいのは、たとえ一時的に体重減少に成功したとしても、減量後体重の長期的維持が容易でないことにあるのは周知の事実だが、最近では、減量維持が困難を極めることの生物学的原因が追究されるようになってきた。例えば、Proiettoらが、減量に成功した肥満患者の食欲調節ホルモンの変動をフォローしたところ、

減量後すぐに、ホルモンのプロフィールが「もっと食べ」パターンに入っただけでなく、「もっと食べ」パターンは1年後も続いていた。つまり、たとえ頑張って減量に成功したとしても、体は、長期にわたって「もっと食べ！」と叫び続けるのであり、肥満患者は、薬剤依存症患者と変わらない「葛藤」に長期にわたって悩まされることが示唆されたのである(註3)。

なぜ肥満が起こるのか、そして、なぜひとたび起こった肥満は治すことが難しいのかについての理解が深まれば深まるほど、「肥満は自己責任」と片付けてしまうことの不毛さと愚かさが際立つのである。

註1: 例えば、Ludwigらは、小児において砂糖入り飲料の摂取量と肥満発生とが相関することを示した。

Ludwig DS, et al. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. Lancet. 2001; 357(9255): 505-8.

註2: Swinburn BA, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet. 2011; 378(9793): 804-14.

註3: Sumithran P, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. N Engl J Med. 2011; 365(17): 1597-604.

# 第54回日本老年医学会開催

第54回日本老年医学会が6月28-30日に、大庭建三会長(日医大)のもと、「超高齢社会における老年医学」をテーマに、東京国際フォーラム(東京都千代田区)にて開催された。

終末期状態に至った患者を前に、何が最善の医療およびケアになるのかを悩む場面は多く、医師の間でも意見の一致は得られていない。シンポジウム「高齢者の終末期医療をめぐる諸問題——これからの終末期医療はどうあるべきか?」(司会=国立長寿医療研究センター・遠藤英俊氏、東北大・大類孝氏)では、終末期の高齢患者に対する最善の医療およびケアの在り方が議論された。

まず西村美智代氏(埼玉県認知症グループホーム・小規模多機能協議会および社会福祉法人サン)と小坂陽一氏(東北大)が、終末期における過少・過剰な医療とケアに関して考察した。

西村氏は、介護施設・グループホームの経営者、管理者、スタッフを対象に行ったアンケート結果を紹介した。「過少/過剰な医療行為になる背景」として、高齢を理由に医療者や患者家族が治療を控えることで「過少」となるケースや、介護者の医学的知識不足により医療者の多剤処方を受け入れてしまい「過剰」となるケースが挙げられたという。氏は、個々の患者に合った終末期医療を実現するために、医療者、患者家族、介護スタッフ間の情報の共有化を促進する必要性を訴えた。

また、病院勤務医の立場から発言した小坂氏は、自身の経験から「寝たきりかつ認知症の高齢患者に対する経管栄養は過剰な医療行為」との見解を示した。その理由として、本人の意思ではなく家族の要求によって施行されるケースが多い点や、実施による1年生

存率が高くないことに加え、その間も感染症に対する抗菌薬治療が繰り返され、最終的には肺炎などの重篤な感染症による死亡が多い点を挙げた。

## 医療者一患者間で合意形成を 図ることが重要

岡岡康弘氏(熊本大大学院)は、医療者と一般市民の「無益な治療」の捉え方の相違に関する調査結果を紹介した。無益性が問題となる治療の実施には医師よりも一般市民のほうが肯定的であり、また医師が病態や副作用といった医学的事項やQOLを重視する一方で、一般市民は家族の意向や納得・満足といった心理的利益を重視する傾向が認められたと指摘。患者・家族の終末期の意思決定においては、情報や経験を持つ医療者の意見も重要な判断材料になることから、「一般市民への啓発を行い、社会で適切な終末期医療に対する理解を深め、医療者と一般市民の合意形成を図る努力が求められる」と語った。



●シンポジウムのもよう

「終末期患者の意思決定に必要なことは、患者本人にとっての最善を探ること」と強調したのは会田薫子氏(東大)。エビデンスに基づく標準的な「最善」と患者の価値観や死生観が、医療者一患者間で共有化されることで、それぞれの患者にとって最善となる判断が可能になると主張した。また、日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」作成に携わった立場から、「ガイドラインに沿って医療者一患者間で合意形成が図られた処置であれば、後に法的問題になることはない」と語った。

国立長寿医療研究センターの西田満則氏は、同センターで実施する「End-of-Life Care team」の活動を報告した。同チームは、がん患者に加え、終末期の慢性心不全や慢性呼吸器疾患などの患者を対象に、苦痛緩和、人工呼吸器・胃ろう・輸液の差し控えや撤退の意思決定支援を行う。患者の「過去」の意思表示、「現在」の意向、延命治療実施後に予想される「未来」の患者・患者家族の生活という、3つの視点から個々の患者に対する最適な終末期医療を考慮する方法を示し、同チームの意思決定支援の実践例を紹介した。

臨床研修で高い人気を誇る4病院救急部のコラボレーション!

## 救急レジデントのTIPS

落とし穴があった症例や示唆に富んだ症例など、レジデントに伝えたい「現場の実践知」がこの1冊に。臨床研修病院として人気の聖路加国際病院、国立病院機構東京医療センター、国立国際医療研究センター病院、国立成育医療研究センター病院の救急部による編集・執筆。少し背伸びをしたいレジデントに役立つTIPS!

編集 ERカンファレンス



## 医学書院 AD BOX

各雑誌の広告媒体資料・目次内報を掲載しております。

医学書院ADBOX

検索

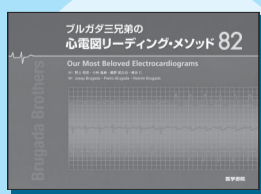
ブルガダ三兄弟が愛してやまない心電図の銘選集

## ブルガダ三兄弟の心電図リーディング・メソッド82

Our Most Beloved Electrocardiograms/ Nuestros Electrocardiogramas Mas Queridos (Edición Bilingüe)

ブルガダ症候群を発見した医師として名高いP.Brugadaを中心に、その三兄弟が非常に大切にしている82の心電図を紹介。厳選された心電図自体も大変貴重であるが、ユニークで分かりやすいイラストとポイントを絞った解説文から、三兄弟が進める謎解き(心電図診断)が明らかになる。心電図を学び始めたレジデントはもちろん、EP、アブレーションを行う不整脈専門医にも役立つtips & tricksが満載。

訳 野上昭彦  
横浜労災病院不整脈科部長  
小林義典  
東海大学医学部内科系教授・循環器内科  
鶴野起久也  
東京医科大学八王子医療センター  
准教授・循環器内科  
蜂谷 仁  
土浦協同病院循環器センター  
内科部長  
著 Josep Brugada  
Pedro Brugada  
Ramón Brugada



# 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

## 《標準作業療法学 専門分野》 基礎作業学 第2版

矢谷 令子 ● シリーズ監修  
小林 夏子, 福田 恵美子 ● 編

B5・頁216  
定価3,990円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01492-2

評者 鈴木 由美  
公立置賜総合病院リハビリテーション部/作業療法士

何年前の話である。ある学会で顔見知りの方(作業療法士ではない職種)と会った。

「鈴木さん、うちのスタッフの発表を聞いてやってよ。患者さんに『お茶入れ』させて治療しているんだよ。その方はちょっと自慢気に言った。作業療法士ではないのに作業を用いて治療をしている……というのが、その発表のトピックらしかった。言われるがままに私はその発表を聞きに行った。発表は惨憺たるものだった。高次脳機能に障がいを持つ方へのアプローチだったが、「お茶入れ」という作業と対象者の状態が適合していない。「お茶入れ」をする対象者の戸惑った顔だけがビデオで映し出されていた。このような発表は作業療法士の発表では見たことがなかった。

「先生、なぜ、『お茶入れ』を選んだんですか？」私を誘った方に尋ねた。「『お茶入れ』の分析をした文献を見付けたんだよ」その方は非常に誇らしげだった。しかし、次に私の口をついて出た言葉は「でも、先生。作業に患者さんを合わせようとしちゃだめですよ。患者さんに作業を合わせないと」だった。

作業療法士は対象者の治療に作業を用いる。その根底には、作業を取り扱うための知識を確かに持ち合わせている……ということ、明確に感じた出来事だった。

では、作業を取り扱う知識はどうしたら得られるのか。世界中のどこにでも作業は存在している。この作業のどれか一つを対象者の治療に用いようとする場合、作業療法士は作業を分析しその特性を知るところから始める。作業の内容によっては複雑な工程にはなるが、作業療法士が対象者に合う作業を選択するという事は、少なからず

この工程を実施していることになる。そこで必要なのが作業を分析する視点であり、この作業療法士が最低限持つべき視点を記述しているのが本書だといえる。

私が学生だったころは、作業療法の教科書も乏しく、作業分析は恩師の手書きのプリントで学んだ。今にして思えば、恩師の臨床経験から得られた知見がそこにあった。あれから30年が過ぎようとしている現在、本書を読んで、あの時の作業分析が「基礎作業学」という学問として成熟してきたことを、あらためて知ることができた。

本書の構成は非常に丁寧で、編集に携わった方々の気遣いをいたるところに読み取ることができた。用語の解説または歴史的背景の記述は、原点を明確に伝えようとする著者らの意向を強く感じる。本書の中で特に注目すべきなのは、やはり第2章の作業療法士が打ち立てた「感覚統合理論」と「作業遂行分析の理論」に基づいた分析の方法が記述されていることだと思う。この2つの理論は、専門外の領域の者にとっては知りたくてもなかなか手が出せないところにあるが、作業分析の方法というのはその理論の根幹である。本書でそこに触れることは、その後に関心する専門課程への導入にもなる。第3章の「分野別作業の適応」では、迷える作業療法学生や発展途上中の若い作業療法士に多くのヒントを与えてくれると感じた。

作業を取り扱うための知識は簡単には得られない。巻末資料のワーキングシートを見ると、学習課題がいっぱい詰まっている。しかし、本書を熟読していくと、長年作業療法士をやってきた私でも、今度は学問として「基礎作業学」を学びたいと痛切に思えるのである。

### 学問として成熟した 作業分析を学べる幸福



## ウィリアム・オスラー ある臨床医の生涯 WILLIAM OSLER: A Life in Medicine

Michael Bliss ● 著  
梶 龍児 ● 監訳  
三枝小夜子 ● 訳

A5変型・頁620  
定価3,780円(税5%込) MEDSI  
http://www.medsj.co.jp

評者 吉田 修  
京大名誉教授/天理医療大学長

ウィリアム・オスラーは1919年12月、70歳の生涯を閉じたが、その時寄せられた讃辞の中には「歴史上最も偉大な医師」というものがあった。マギル大学の病理学教授を長年つとめたジョージ・アダーミは、「率直に言って、ハーヴェイ、ヴェサリウス、ジョン・ハンター、クロード・ベルナルド、リスターなど、オスラーよりも偉大な医師は確かにいた。しかし、完全な医師の要素である、生き方、診療、著述の面と、これらの活動を通じて仲間へ及ぼした影響の面から、この偉大な医師たちを総合的に評価するとき、筆頭にくるのはオスラーだ……」と述べた。

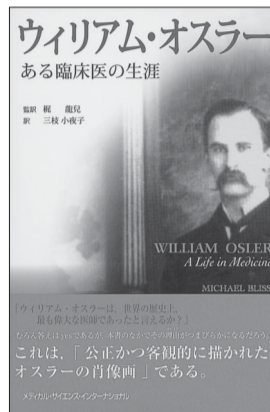
日本にオスラーを紹介したのは日野原重明先生であり、その著書には『医学するところ——オスラー博士の生涯に学ぶ』(医学書院, 1993)や、『平静の心——オスラー博士講演集』(日野原重明・仁木久恵訳, 医学書院, 1983)がある。また、ハーベイ・クッシングによる大部の伝記や、チャール

ス・ブライアンの『オスラー:偉大な医師からのインスピレーション』などもある。しかし本書には、今までの伝記のいずれにもない等身大のオスラーが生き生きと描かれている。それも、偶像視されたオスラーでなく、膨大な資料を調べ尽くしての執筆であるだけに、近代医学史の上からも貴重な著書となっている。

現代の医学・医療は「科学万能主義が蔓延している」といっても過言ではない。オスラーの時代のような「経験と観察」を主体とする医学からは程遠くなってしまった。だからこそ、今オスラーのような先人から学ぶことが重要といえる。

E. H. カーは「歴史は、現在と過去との対話である」と言った。われわれ現代の医療者は、本書を通じて、オスラーと対話することで多くのことを学ぶことができる。

本書をすべての医療者および医療者を志す若い人々、医学に関心のある一般の人々にお薦めしたい。



## 《標準臨床検査学》 病理学・病理検査学

矢富 裕, 横田 浩充 ● シリーズ監修  
仁木 利郎, 福嶋 敬宜 ● 編

B5・頁296  
定価4,200円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01435-9

評者 坂本 穆彦  
大森赤十字病院顧問

臨床検査技師資格の取得を目指す臨床検査技師養成コースの学生向け教科書は、医学書院からはこれまでに時代の要請に合わせていくつかのシリーズが編纂されてきた。このたび、1997年からのシリーズ「臨床検査技術学」が全面的に刷新され、新たなシリーズとして「標準臨床検査学」がスタートした。本書『病理学・病理検査学』はその一翼を担って刊行されたものである。

本書の構成は大きく2つに分かれている。すなわち、前半に病理学そのものの解説があり、後半では実地臨床の場で展開されている病理技術について解説されている。それぞれがわかりや

すく記述されており、これらは本文全259ページをほぼ半分ずつに分けられている。つまり、両者とも臨床検査技師にとって甲乙つけ難い重要な知識であることを物語っている。

前半の病理学については、第1章と第2章に大別され、第1章病理学総論では病理学の概要、病因のほか、病気のカテゴリー別の解説(炎症・循環障害・代謝障害・腫瘍など)が8項目に分けて述べられている。第2章では、系統別に各臓器病変が取り上げられている。循環器系、呼吸器系、消化器系など、全身を9系統に分け、その中では、循環器系であれば心臓、血管、リンパ管などのように臓器ごとに腫瘍病変の説明が

### 「標準」の名を冠するに ふさわしい臨床検査技師 養成のための教科書

## ★ 島根県医師募集 ★

島根県の地域医療を支えていただく医師を募集しています。

- 平成23年度の実績●  
面談人数: 24名  
視察ツアー: 21件  
招聘人数: 15名

☆専任スタッフ(医師)が全国どこへでも  
休日夜間を問わず出張面談に伺いま  
すので、お気軽にお問い合わせ  
ください。

- 研修サポート●  
地域での勤務を前提に一定期間レベルアップしたい診療分野の研修を受けることが可能です。
- 地域医療視察ツアー参加者募集●(旅費支給)  
将来、島根県での勤務をご希望の医師とその家族を対象に、地域医療の視察ツアーを開催します。日程やコースはご希望に応じます。



島根県医師確保対策室 TEL: 0852-22-6683 e-mail: iryou@pref.shimane.lg.jp

島根の医師確保対策

検索

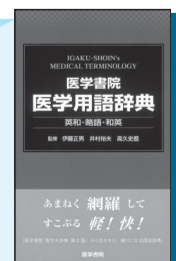


軽快にして圧巻の見出し語数。グローバル時代の全医療者に贈る用語辞典の決定版!

## 医学書院 医学用語辞典 英和・略語・和英

学会準拠の日本語・欧文表記、略語をすばやく調べられるよう、高い信頼性で定評のある『医学書院 医学大辞典 第2版』収載の用語に最新医学用語を加え、ポケットサイズにまとめた英和・和英辞典。総見出し語数は圧巻の14万語。どこにでも軽快に持ち運べ、論文執筆・閲覧に、WEB検索などに、機動的に使える。

監修 伊藤正男  
理化学研究所脳科学総合センター特別顧問  
井村裕夫  
京都大学名誉教授  
高久史磨  
日本医学会会長



# 帰してはいけない外来患者

前野 哲博, 松村 真司 ● 編

A5・頁228  
定価3,990円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01494-6

評者 井村 洋  
飯塚病院総合診療科部長

外来診療トレーニングにとって、最良の参考書が出た。一般外来向けに作られているが、ERでも応用できる。いずれの現場でも、「帰してはいけない患者」を帰してしま

## 医学生からベテラン開業医まで すべての医師に

う危険性をはらんでい「帰してはいけない患者」を帰さないことは、外来診療のすべてではない。「帰してはいけない患者であっても危険を最小限に抑えて帰す」ことや、「帰してもいい患者にもしっかりケアする」こともある。それでも、あえて本書が強調していることは、十分に外来診療の教育を受ける機会がない学習者にとっては、「帰してはいけない患者」を見逃さない技能の獲得が、患者にとっても医師にとっても最優先されるということである(異議なし!)。その技能支援のため、本書は生み出された。

全3章からなっており、第1章では、外来で使える general rule が提示されている。外来における判断・決断の“オペレーションシステム”が、わかりやすくシンプルに提示されている。長年の外来教育から編み出された方法が示されているのであろう。説得力満点かつ必要十分。「胸騒ぎ」を“決断”に導く general rule」と、本書の腰帯にうたわれているとおりである。この30ページ分の内容を繰り返し伝えるだけでも、明日からできる指導医になれそう(私はそうする)。

第2章では、初期研修の経験目標と同様の27症候についての、「見逃して

はいけない疾患」「見分け方」「安心なサイン」「general rule」が述べられている。いずれも、見開き2ページに収まっている。フォーマットが一定しており、字数も限られており、確認が可能である。もしも、症状から見逃してはいけない疾患が思い付かなくても、患者の前で当該の箇所を開いて、「あなたの症状からは、これが見逃してはいけない疾患です。そして……」と説明を続ければ、説得力アップにつながるかもしれない。問診票があれば、主訴を見た直後に、見逃してはいけない疾患だけをチラ見した後で診療に臨めば、帰してはいけない患者を帰すリスクを下げることにつながる。指導医はチラ見をして「この主訴から帰してはいけない疾患は？」と問いかけることにも使える(2人ともチラ見したら、どうなるのって? それはそれで、より深い議論が始まるのでは……)。

第3章では、31の見逃し症例の事例についての解説が提示されている。「非典型的ななくも膜下出血の症状」「明らかにショックバイタルなのに看過してしまう」など、読みながら痛い経験を思い出すものばかりである。各々のケースについて数個のTIPS(教訓)がついており、独学をしていても、まるで指導医がいるかのように、思考・決断に際する知恵を授けてもらえる。

本書は、医学生からベテラン開業医まですべての医師に、目を通していただく価値がある。一般外来やER看護師の学習にも有用である。私は、医学生や初期研修医に対して、総合医の中核技能の説明に使用する。「本書の内容ができるようになれば、総合医技能の一つは研修修了です」と。

ゝがなされている。全体の項目立てや、説明対象として取り上げた病気の選択は極めてオーソドックスである。

病理検査学については、第3章 病理検査学総論、第4章 組織学的検査法、第5章 細胞学的検査法、第6章 電子顕微鏡検査法、第7章 病理解剖検査法に分けられ、各章とも標準的な検査技術の解説にあてられている。細胞診のスクリーニングとしての鏡検作業や病理解剖の業務介助では医師の行為や手技と重なる面があるが、それ以外の標本作製に関しては臨床検査技師のプロとしての独壇場であり、当然、本書の核の中でも重要な部分である。

ところで、昨今の医学・医療の動向は医学研究や生命科学の研究成果を積極的に取り入れつつ早いテンポで絶えず変化している。他方、ホルマリン規制などで具体的に示されているように、職場環境・自然環境への配慮も十

分なものが要請されている。このように検査技術に関して学ばねばならない範囲は広い。このような時代の要求に応え、本書では過不足なくさまざまな事項が手際よく整理され、まとめられている。全編を通じて、図、表、シエマが多用されており、章ごとにまとめがあるので読みやすい体裁になっている。

本書の編集・執筆は医科大学の一つの部門のメンバーが総力をあげて取り組んでおり、その長所が十分に活かされた安定した出来栄である。まさに「標準」という名を冠するにふさわしいものとなっており、各章の記述を媒介として検査技術の基礎の基本を身につけていただきたい。

本書での学習により、一人でも多くの臨床検査技師が輩出されることを期待している。



在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、サイタは劇場になる。筆者もサイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診靴に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いていく。往診靴の中を覗き道具を見つめていると、道具(モノ)も何かを語っているようだ。今回の主役は「日日草」さん。さあ、何と語っているのだろうか?

## 在宅医療モノ語り 第29話

語り手 楽しむ余裕を届けたい

鶴岡優子 つるかめ診療所

夏の花の代表といえば、やはり向日葵さんでしょうか? 庭でリンとそびえ立ち、鮮やかな黄色の大輪を咲かす眩しい存在です。花言葉は「あなただけを見つめています」。なんとなくなづけます。私は同じ夏の庭に咲いている花、日日草です。ピンクや白の小さい花を毎日のように咲かせます。花言葉は「優しい追憶」。決して派手な存在ではありません。



### 意外なチームワーク

向日葵さんが背高で孤立してそびえ立っているとは限りません。私たち日日草とチームを組める品種もいます。撮影直前、向日葵さんの黄色の花びらがちょっと落ちてしまいました。でも大丈夫。私たちが思いっきり咲いて、フォローしますよ。

花を見ると癒されるという方がいらっしゃる一方、「花なんて目に入らない」という方もいらっしゃいます。病人に限らず、周りのご家族やスタッフたちも私たちが目に入らない日もあると思います。幸いにも私には毎日お世話をしてくれる人がいます。オカアサンです。この家の人はもちろん、外からやってくる人も皆、他人ですが彼女をオカアサンと呼んでいます。彼女は毎朝欠かさず、冷たいお水と優しいお声をかけてくれるのです。「今日は暑くなるみたいよ。頑張ろうね」。今朝はいつもより早い時間帯に冷たいシャワーをかけてくれました。もともと花の好きなオカアサンでしたが、最近

は特に私たちが可愛がってくれているような気がします。数年前の夏、この家のお姑さんが急に倒れ、2か月もの間、入院されました。そのときはオカアサンも家に帰ってくる

ことができず、もう少しでプランターの仲間たちが全滅するところでした。この家にはお父さんもお子さんも、お舅さんいますが、私たちのことは目に入らなかったようです。お姑さんが退院すると、定期的に家に来る人たちが増えました。毎週来るのは看護師さん、2週間に1回来るのはお医者さん。デイサービスのワゴン車も週に何回か、この家に来

ます。車は花壇の近くに横付けされるので、車内の人たちにも楽しんでいただけるように、私たちは頑張って毎日小さい花を咲かせます。たくさんの方がこの家に来てくれて、お姑さんの介護の一部を手伝い、医療的なアドバイスをしてくれますが、一番頑張っているのは、やはりオカアサンでした。ある日、隣家の人が回覧板を手に持ち、門から入って来

ました。鍵はかかっておらず、玄関までスムーズに入って行きます。隣家の人の大きな声が聴こえてきます。「おぼんです。今年の旅行は、バスで花巻だって」。農協主催の旅行の企画があるようです。「ありゃあ、いいごと」「一緒に行かぬえすか?」「だりゃ、寝ている人いたら出歩けないもの」「んだね。隣家の人が帰った後、オカアサンは回覧板の花巻旅行のパンフレットをじっと見つめていました。またある日は、よそものが来て、ぶしつけに聞きます。「毎日の介護は大変ではないですか? ストレス解消、されていますか?」「大変っていても親だから。楽しみは近所の人のお茶っこ飲みと趣味をやることかな」「趣味は何を?」「花っこパッチワーク。家にいてできることばり、だね。だりゃ出歩けないもの」。庭でそれを聞いていた私は、暑さになんて負けていけない、そう思いました。朝にいただいたお水はお湯のようになり蒸れてきていましたが、力を振り絞り、ギラギラ輝く太陽に向かって胸を張ってみました。

●お願い一読者の皆様へ  
弊紙記事へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください  
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集部

アポトーシス、ネクローシス、オートファジー細胞死……その解説は見事なまでに明快

## 結末への道筋

アポトーシスとさまざまな細胞死  
Means to an End: Apoptosis and Other Cell Death Mechanisms

監訳 長田重一  
京都大学大学院医学研究科  
分子生体統御学講座医化学分野教授

定価4,620円(本体4,400円+税5%)  
B5変 頁244 図・写真192 2012年  
ISBN978-4-89592-711-6

アポトーシスを中心にさまざまな細胞死研究を総括し、コンパクトにまとめたテキスト。がんや免疫、発達障害などの原因解明や治療法開発への応用もカバーする。重箱の隅をつつくことに終始せず、根幹となる概念と最新知見も合わせて理解できるように周到に練られた章構成と読みやすい文体。入門者から専門家まで、医学、生物学、薬学、農学分野の大学院生、研究者に最適な書。

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

コードブルーの“その一歩先”へ

## RRS院内救急対応システム

医療安全を変える新たなチーム医療

監修 児玉貴光  
聖マリアンナ医科大学救急医学助教授  
藤谷茂樹  
東京ベイ・浦安市川医療センターセンター長/  
聖マリアンナ医科大学救急医学臨床教授

定価4,830円(本体4,600円+税5%)  
B5 頁336 図169 2012年 ISBN978-4-89592-717-8

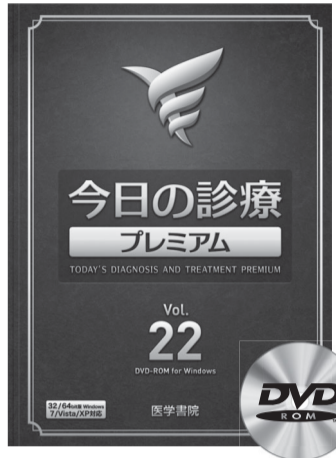
院内急変の発生を未然に防ぎ、発生した事案に対する適切な処置を行うための院内システムであるRRS(Rapid Response System)に関する初めての包括的テキスト。RRSの概念の説明、導入のための準備、導入と運営、振り返りと発生する問題、問題の対処法の順に詳細に解説。医療安全にパラダイムシフトをもたらす考え方・手法を表すものであり、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などの救急スタッフや病院の安全管理担当者必読の書。

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

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

# 今日の診療 プレミアム Vol.22

## DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2012年  
価格76,650円(本体73,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01609-4]  
消費税変更の場合、上記価格は税率の差額分変更になります。

### 1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

収録項目は約88,200件。お手元のパソコンで最新の情報に手軽にアクセスできます。また、書籍の改訂にともない「今日の治療指針 2012年版」「今日の小児治療指針 第15版」「治療薬マニュアル 2012」「今日の皮膚疾患治療指針 第4版」の4冊のデータが最新になりました。

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

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

### 3 高速検索エンジンで快適な操作。登録語マーカーで記録が残せます。

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

#### ●高機能な治療薬検索

「薬品名」「適応症」「副作用」「薬効分類」「製薬会社名」「禁忌」のそれぞれの項目による条件検索が可能。

#### ●登録語マーカー

本文の一部にマーカーを引き、コメントをつけることができる機能です。また、登録された語をリスト表示して、その中から選んで表示させることもできます。

#### ●より使いやすく

ご要望の多かった、文字のサイズを調整する機能や、本文タブをワンタッチで閉じる機能、壁紙機能などの改良を行いました。



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

## 今日の診療 ベーシック Vol.22 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM版 2012年  
価格 54,600円(本体52,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01611-7]

### 収録内容詳細

---プレミアム・ベーシックともに収録---

- ① 今日の治療指針 2012年版 Update  
下記の付録を除く全頁を収録  
(「臨床検査データ一覧」、「新薬、医薬品等安全性情報」)
- ② 今日の治療指針 2011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  
全頁を収録
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15版 Update  
資料の一部を除く全頁を収録
- 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 2012 Update  
付録の一部を除く全頁を収録

\*書籍とは一部異なる部分があります

---プレミアムにのみ収録---

- ⑨ 新臨床内科学 第9版  
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4版 Update  
全頁を収録
- ⑫ 臨床中毒学  
全頁を収録
- ⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版  
全頁を収録

◎皮膚科治療のすべてがわかる！  
全面改訂、オールカラー

## 今日の皮膚疾患治療指針 第4版

編集 塩原哲夫・宮地良樹・渡辺晋一・佐藤伸一

●A5 頁1024 2012年 定価16,800円  
(本体16,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01323-9]

◎精神科臨床におけるありとあらゆる情報を網羅した決定版

## 今日の精神疾患治療指針

編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田 隆・中込和幸

●A5 頁1004 2012年 定価14,700円  
(本体14,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01380-2]

◎小児を診るすべての医師のための必携書

## 今日の小児治療指針 第15版

総編集 大関武彦・古川 漸・横田俊一郎・水口 雅

●A5 頁1028 2012年 定価16,800円  
(本体16,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01231-7]

◎救急で診る患者にどう対応するか。救急に関わるすべての医師必携書

## 今日の救急治療指針 第2版

監修 前川和彦・相川直樹  
編集 杉本 壽・堀 進悟・行岡哲男・山田至康・坂本哲也

●A5 頁984 2012年 定価13,650円  
(本体13,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01218-8]

### 8月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。下記定価は冊子版の一部定価、消費税5%を含んだ表示です。

医学書院発行

公衆衛生 9月号 Vol.76 No.9 一部定価2,520円	独居高齢者と健康	臨床婦人科産科 9月号 Vol.66 No.10 一部定価2,835円	子宮内膜症の薬物療法—薬物特性の理解と個別化治療
medicina 8月号 Vol.49 No.8 一部定価2,625円	痛風・高尿酸血症診療の新展開	臨床眼科 8月号 Vol.66 No.8 一部定価2,940円	第65回日本臨床眼科学会講演集(6)
JIM 8月号 Vol.22 No.8 一部定価2,310円	ジェネラリストのためのクリニカル・パール	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 9月号 Vol.84 No.10 一部定価2,730円	睡眠医学と耳鼻咽喉科／知っておきたい眼科の知識—専門医の診かた・治しかた
呼吸と循環 9月号 Vol.60 No.9 一部定価2,835円	大震災と循環器・呼吸器疾患	臨床泌尿器科 9月号 Vol.66 No.10 一部定価2,940円	泌尿器科の未来を拓くバイオ技術
胃と腸 8月号 Vol.47 No.9 一部定価3,150円	食道癌の発育進展—初期浸潤の病態と診断	総合リハビリテーション 8月号 Vol.40 No.8 一部定価2,310円	リハビリテーション病棟と看護師—病棟創りへの提言
BRAIN and NERVE 8月号 Vol.64 No.8 一部定価2,835円	線状体の基礎と臨床	理学療法ジャーナル 8月号 Vol.46 No.8 一部定価1,890円	外来理学療法
臨床外科 9月号 Vol.67 No.9 一部定価2,730円	高齢者外科手術における周術期管理	臨床検査 9月号 Vol.56 No.9 一部定価2,310円	間質性肺炎と臨床検査
臨床整形外科 8月号 Vol.47 No.8 一部定価2,625円	難治性足部スポーツ障害の治療	病院 8月号 Vol.71 No.8 一部定価3,045円	病院と学生教育—地域で育てる医療人



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