

2015年8月24日

第3138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
COPY 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

- [講演録] ナラティブ・メディスン(リタ・シャロン、宮田靖志)他……………1—2面
- [寄稿] 小児思春期1型糖尿病患者のケア(南昌江)……………3面
- [連載] ジェネシャリスト宣言……………4面
- [連載] クロストーク日英地域医療…5面
- MEDICAL LIBRARY……………6—7面

病いの物語の尊重と、物語能力が日々の診療を変える

ナラティブ・メディスン

リタ・シャロン教授講演録

病いの物語を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動する「物語能力」を用いた臨床実践「ナラティブ・メディスン」。その提唱者であるリタ・シャロン氏が、このたび初めて来日した。6月19—20日に開催された第20回日本緩和医療学会(大会長=昭和大・高宮有介氏)の海外招待講演に前後して各地でもセミナーが開かれ、ナラティブ・メディスンの持つ力、方法、可能性が多くの医療者を魅了した。本紙では、6月16日に国立病院機構名古屋医療センターで行われた講演会と、6月21日に聖路加国際大にて開催されたワークショップの様相(2面参照)をお伝えする。[編集=宮田靖志(国立病院機構名古屋医療センター卒後教育研修センター長/総合内科)]

東京から名古屋に移動する新幹線の中から、富士山を見ることができました。曇っていたため、うっすらとかすみがかかり輪郭が見えただけでしたが、それゆえにとっても神秘的な印象を受けました。対象の姿をはっきりと見るができな、それは私たち医療者が日々の診療で患者を前にしたときに感じる印象と同じではないでしょうか。私たちの仕事は、患者に対し愛情や共感を持ちながら、できるだけ正確に全体像をつかむことです。

では、どうすればその全体像を把握できるようになるのでしょうか。患者の話に耳を傾け、患者が抱える複雑な背景を精読し、そしてそれらを記述するという、ナラティブ・メディスン(NM)のトレーニングを行うことによって、患者の気持ちを正確に聞き取ることができるようになります。すると、初対面の相手でも、互いに物語を語り傾聴することで理解が深まる経験をするようになるでしょう。

早速、一つ事例を挙げます。私が担当した90代の男性患者についてです。認知症が進んでおり、自分で食べることも話すこともできない寝たきりの状態でした。時折、叫び声を発するものの、周囲には意味をわかってもらえません。肺炎で入院したのですが、病院の医師たちはこの方の回復は難しいと

判断していました。これに対し、患者の息子はとても怒っていました。

退院後、私のもとに患者と息子がやってきました。そして息子は怒りを爆発させたのです。「医師たちが、いかに自分の父親をひどく扱ったか」と。そこで私は、「お父さんの話を聞かせてください」と問い掛けました。すると彼は、父の生い立ちから、子どものころに農作業を教わったこと、今の生活、そして自慢の父だということを語ってくれました。私は、座って話を聞いていただけですが、彼の怒りはだんだん収まり、態度も穏やかになりました。そして最後に彼はこう言いました。「私は、父が長く生きられないことはわかっているんです」。彼に自分の父親の話をさせることで、彼は父に対する敬意を周囲に示すことができました。そう、彼は、病院で父が侮辱されたと思い怒っていたのです。それが「話す」ことによって解決できた。NMには、このような力があるのです。

物語による治癒力を引き出す

NMの実践は私の臨床経験から生まれました。総合内科医として働き始めたころ、「患者さんは自分に起きた出来事を、注意深く聞いてほしいと思っているのでは」と気づきました。でも、話を聞いて、受け止め、複雑な物語を

まとめるスキルは医学部では学んでいません。そこで私はコロンビア大で物語能力について学び、2000年からはナラティブ・メディスン・プログラムをスタートさせました。現在NMは米国だけでなく、日本をはじめ各国で関心が高まっています。医療者が「物語による治癒力」の効果を実感しているからではないでしょうか。

さて、今回皆さんにお話ししたいのは、NMで重要なattention(配慮)、representation(表現)、affiliation(参入)の3領域についてです。Attentionとは、他の何にも気をそらさずに、対象の人だけを見る「完全に他者のためにそこに存在する能力」を意味します。

続くrepresentationは、自分が知覚した「何か」をいかに表現するかです。私たちが文章を書く、画家が絵を描く、ダンサーが踊る、これらはいずれも表現です。言い換えれば、認知したものに対し、ある種の形態を具象化するということです。

そして三つ目のaffiliationは「結びつける」ことを意味します。医師と患者、医師と看護師、あるいは病院と地域コミュニティなどさまざまな二者の間に、橋渡しをします。これがNMのめざすところと言えます。

その時、その瞬間への注力

シャロン氏は、印象派の画家ホイットラーの作品を見せ、参加者に絵画を見た感想を尋ねた。

皆で同じ作品を見ても、感想はそれぞれ違いましたね。時と場合によってはまた別の印象を受けるかもしれません。もちろん、それに対する明確な答えもありません。だからこそ、私たちは対象者に対して、いかに丁寧に注意を払っているかが問われるのです。漫



● Rita Charon氏(コロンビア大医学部臨床医学教授)

1978年ハーバード大医学部卒。その後、Henry Jamesの研究で99年にコロンビア大で英文学の博士号を取得。総合内科医であり、文学博士、倫理学者でもある。2000年には、同大においてナラティブ・メディスン・プログラムを創設し、現在最高責任者を務める。同氏が提唱する活動は、北米、ヨーロッパ、およびアジア各国で実践されている。また同大英語部門でも教鞭を執っている。Ann Intern Med, NEJM, JAMA, Lancetなどの一流国際誌に多くの論文を発表、各国で精力的に講演活動も行っている。カイザー・ファミリー・スカラー・アワード、ロックフェラー財団、グッゲンハイム・フェロウシップ等からの表彰をはじめ、複数の臨床医学賞および文学賞を受賞している。著書の翻訳に『ナラティブ・メディスン—物語能力が医療を変える』(医学書院)がある。

然と見るのではなく、積極的に自分の存在を投入し、その瞬間にしかつかみ得ないことに全ての注意を傾ける。それによって対象者の持つ唯一無二の存在に気付き「その瞬間の証人」になることができるのです。これが私の言うattentionの形です。

次に、山の絵を4点お見せします。いずれも、セザンヌが1890—1906年の17年間に描いたサント・ヴィクトワール山というフランス南部の山です。同じ山でもだいぶ印象が違いますね。描く時々によってセザンヌの心身に変化が生じているのでし、気

(2面につづく)

物語能力を用いた臨床実践の原典

ナラティブ・メディスン

物語能力が医療を変える

著 Rita Charon
訳 斎藤清二・岸本寛史・宮田靖志・山本和利

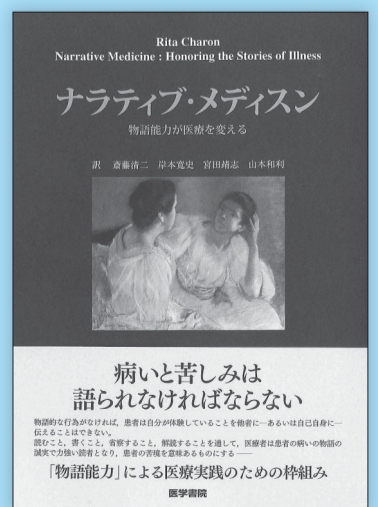
ナラティブ・メディスンとは、病いの物語を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動する「物語能力」を用いて実践される医療である。内科医であるとともに、文学博士であり倫理学者でもあるリタ・シャロンが、文学と医学、プライマリ・ケア、物語論、医師患者関係の研究成果をもとに、物語能力の概念、理論背景、その教育法と実践法を豊富な臨床事例を通して解き明かす。ナラティブ・メディスンの原典、待望の完訳。

●A5 頁400 2011年 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-01333-8]

医学書院

Contents

- 第I部 ナラティブ・メディスンとはなにか
 - 第1章 ナラティブ・メディスンはどこから生まれたか?
 - 第2章 医療の分断に橋を架ける
 - 第3章 医療の物語的特徴
- 第II部 病いのナラティブ
 - 第4章 人生を語る
 - 第5章 患者、身体、自己
- 第III部 物語能力を開発する
 - 第6章 精密読解
 - 第7章 配慮、表現、そして参入
 - 第8章 パラレル・チャート
- 第IV部 ナラティブ・メディスンの副産物
 - 第9章 証人の役割を担う
 - 第10章 ナラティブ・メディスンの生命倫理
 - 第11章 医療における物語的展望(ナラティブ・ビジョン)



(1面よりつづく)

候によっても山の状態は変わります。注意を払うタイミングが異なれば、対象もまた別の側面を見せてくれる。これはNMにおいても言えることです。つまり、その瞬間、最大限に集中したattentionが欠かせません。その時にしか見えない患者の姿をきちんと見るのが大切なのです。それは患者の助けがあってこそ初めてできることでもあり、それを私たちがどう表現するかによって、さらに理解が深まるのです。

物語によって医療者と患者の思いを共有する

続いてrepresentationとaffiliationについて説明します。皆さん、診察室の中ではできるだけ早く正確に患者さんの言葉を聞き取ろうとしますね。ですが、観察結果を記述することはあまりなさっていないのではないのでしょうか。「書く」ことはNMを行う中ではごく自然な行為です。理解と実践は難しいかもしれませんが、NMにおいては最も強力な手法です。なぜなら、記述することで、見て、聞いて、体験したことをその後も補足することができるからです。

また患者さんも、自分について書かれた記述を読むことで、自身の状態をより深く正確に知ることができます。もちろん医療者は平易な言葉で記述しなければなりません。疾病以外にも家族の話をするかもしれませんね。「これは医学とは関係ない」と切り捨ててしまってもいけません。患者さんが自分の人生について話をしているとき、医師として取りこぼしていいものはないのです。時に私は、診察室に第三者を招き、客観的に観察してもらったり、あるいは患者さん自身に書いてもらったりもします。

「なぜ糖尿病になったの」「体に良いことをいくらしても、無駄なの」と、降って湧いた病に腹を立てる70代の女性がいきました。私は彼女に対して、「健康な状態を永遠に続けることはできないのよ」と電子カルテに書き、次にその画面をグルッと彼女のほうに向けて、書きたいことを書いてもらいました。すると彼女は、糖尿病については一言も書かなかったのです。病に腹を立てていることも書きませんでした。教師だった彼女は、「学生は、私のことを素晴らしい教師だと思っている。同僚は、私に感謝をしている。私は、今まで精いっぱい頑張ってきた」と書いたのです。このやりとりで私は、彼女自身が持つ「強さ」を理解したのです。そして彼女自身もそれを再認識し、お互いに共有することができました。

自分が感じたことを物語として書く、そして次にその物語の主人公である患者と共有する。これが次のaffiliationへとつながるのです。医師が患者について書くのではなく、患者が医師

について書くのでもない。これは両者の結びつきをつくる方法の一つなのです。両者に強い結びつきが生まれると、その後の治療などがスムーズに進むことにもなります。人々は、医師—患者、健康—不健康、さらには人種、文化、性別など、「私たち」と「彼ら」と分けて考えがちです。そこにNMは、affiliationを通じ分断をつなぐ役目を果たしてくれるのです。

NMの医療者への貢献についても目を向けてみましょう。米国では、多職種協働によるチーム医療の推進が課題となっている施設が少なくありません。医師、看護師、ソーシャルワーカーらがNMの手法を用い、共に「読む、書く、聞く」をすることで、それまで分断されていた職種間の関係が近づきます。チームのメンバーがお互いを知り、お互いに敬意を持つことで、他の人がどのような知識や考えを持っているかわかるのです。NMによって、チームは良い方向へと大きく変貌することになるでしょう。

生きるとはどのような意味があるのか。このような問いも、お互いの創造力を使って観察し、記述し、熟慮することによって考えを共有できます。医学部の教育では、そもそも自分自身から自己を疎外することが求められ、学生は“自分自身”であることを失い、技術中心に考える、あるいは専門分野に集中して考えるよう教えられます。そこにNMが入り、自分の思考過程を観察することで、今一度自分の自覚や自己理解を思い出させてくれるのです。

医療者には、患者の苦痛、喪失感、焦燥感までも聞き出す役割が

では、どのようにNMのトレーニングをすればよいのでしょうか。まずは「読む、書く、聞く」が基本です。「読む」のは、例えば、詩や小説、歴史書、闘病記などです。それも、1つの段落を1時間かけて精読し、言葉の中から可能な限りの手掛かりを見つけ出します。一語一語を大事に読み込むことができなければ、診療の場面でも、患者が何を言おうとしているか読み取れませんから。

次に「書く」。これはある題材でクリエイティブ・ライティングを行います。想像力、好奇心を膨らませ、何を見たかだけでなく、何を発見したかを記述する。作家のフォークナーも、ドストエフスキーも、カフカもこう言っています。「自分が考えていることを明確化するために、私は書くのだ」と。

そして「聞く」。あなたの聞き方はどうですか？ 聞き方、質問のアプローチによっては、患者であれ友人であれ、異なるストーリーをつくりあげます。すなわち、聞き手の態度一つにかかっているのです。どちらか一方通行の会話ではなく、聞き手と話し手の共同制作が発見と学習を生みます。相手に敬意を払い、相手の背景、その人

物語共有のプロセスを体験

ナラティブ・メディスン・ワークショップ開催

医療者が患者の物語をより詳しく知ること、日々の診療をさらに深みのあるものにするナラティブ・メディスン(NM)。その手法を用いて、患者と医療者または医療者同士の協働関係をいかに創り出していくかについての関心が世界的に高まっているという。6月21日、聖路加国際大(東京都中央区)において、シャロン氏による本邦初となるナラティブ・メディスン・ワークショップが「ナラティブの巡礼の日」と題して開催された(主催=ライフ・プランニング・センター、プランナー=立命館大・斎藤清二氏、高槻赤十字病院・岸本寛史氏)。参加した約70人の医師・看護師・臨床心理士らは、この日約6時間にわたり、実際にナラティブを発見するプロセスとしての記述を体験したり、細やかな配慮のある面接スキルを実践したりすることで、NMの手法について理解を深めた。



●写真 ワークショップの様相

WSの目的は、シャロン氏の提唱するNMの3つの領域、attention(配慮)、representation(表現)、affiliation(参入)を知り、NMの基礎理論と原則に実際に親しむこと。用意された絵画、小説、音楽に触れながら、氏の問いに対し3人1組のグループがディスカッションを行い発表する形で進められた。特に時間が割かれたのは、本WSの着想を得たという村上春樹氏の小説『色彩を持たない多崎つくると、彼の巡礼の年』(文藝春秋)を用いた演習。200—800文字ほどの文章を5つ精読した。

『死の間際』の印象について3分間で書き、グループで発表してください。氏は、同小説の第3章に記された言葉「死の間際」に着目し、参加者にこう促した。ディスカッションを終えた参加者からは「左脳で言語化されることと、右脳で感じていることが共鳴した」「死に対する考えがグループ内で一致し驚いた」などの声が上がった。氏は「自分が記述しているからこそ、隣の人が読み上げる声を心して聞くようになり、物語の共有が生まれたことで心打たれたのでは」と解説した。

「読む、書く、聞く」のNMの基本を繰り返し行った後、WS終盤には「伝えたいと思う経験を物語として語る」ことが課された。自由テーマで1人5分語り、その間、他の2人は聞き手に徹する。そして次の5分間で、聞いた内容、あるいは聞かれた立場の気持ちを記述した。これを3人が計30分かけて実施。演習後、あるグループが発表した記述の内容から氏は、「文章からは語り手の感じた驚きや高揚感が伝わってきた。注意深く聞いてもらったことで満足感も生まれたのでは」と話した。

今回のWSで実践されたのは「内なる意識を目覚めさせること」(同氏)。参加者は、絵画や音楽を鑑賞することでattentionを実践し、記述することでrepresentationの手法を理解、そして一連のプロセスを経て、参加者自身が対象者に対してこれまで意識していなかったことにも意識を通じさせるaffiliationへと結びつくことを体験した。

プランナーの岸本氏はNMについて、「医療者が活用する一つのツールというよりは、医療の核心を成す基本的なスタンスに触れるもの。患者さんの一言を書き留めておくだけでも実践を振り返ることにつながる」と強調。また斎藤氏は「今日の体験を自身の臨床実践に活かすことで、自身の物語能力をさらに高めていってほしい」と結んだ。

が感じる死生観までも理解しようとする態度があってこそ真意を聞き出すことができるのです。私たち医療者は、聞く能力の高い人間でなければなりません。NMは、患者が、苦痛や喪失感、焦燥感を話せる聞き手になることを可能にするアプローチと言えます。

*

私たちは、患者に“仕える立場”です。その役割を踏まえて最善の努力をすべきであり、最大の成果を挙げるためには、患者の抱える非常に深くて不可知の部分、心的な部分、そして正解のない答えを探る必要があるわけです。

本日は、なぜNMは医療のプロフェッショナルがやるべきことなのか、なぜ臨床家にトレーニングをする必要があるのか、そしてどのようにチーム医療に効果を上げることができるのかなどについて話をしてきました。NMを正しく行うことで、臨床家は患者個々について、より詳しく知ることができるでしょう。また、多職種連携が図られ患者のための治療がますます充実します。そして全ての医療者にとって非常に深みのある喜びを与えてくれるものと確信しています。本日はありがとうございました。(了)

講演会を企画して

シャロン先生は聴衆の一人ひとりに優しく語りかけるように講演を進められた。ナラティブ・メディスンの実践によって自分の自己理解を思い出させてくれる、そして医療者自身はもう一度元の自分とのつながり・関係性を取り戻すことができる、とも解説された。確かに、忙しい臨床実践の中では、ややもすると自分自身を見失いそうになることがある。講演に参加した多くの医療者は、ナラティブ・メディスンによって“self”を取り戻すきっかけも見つけたに違いない。素晴らしい講演を多くの医療者が拝聴できたことは非常に意義深いことであった。本セミナーを実施するに当たって多大なご協力をいただいた第20回日本緩和医療学会大会長の昭和・高宮有介先生、都立駒込病院・栗原幸江先生、名大・安井浩樹先生に心より感謝いたします。国立病院機構名古屋医療センター 宮田 靖志

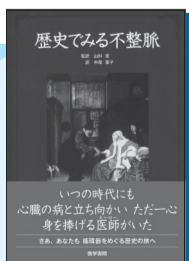
古代から現代までの不整脈診療の歩みを、貴重な図譜とともに紐解く

歴史でみる不整脈

History of the Disorders of Cardiac Rhythm, 3/e

いつの時代にも、心臓の病と立ち向かい、身を捧げる医師がいた—自身の静脈から心臓に尿道カテーテルを刺し、新治療を探った男。百余年、ひとりドイツに渡った日本人医師の歴史的大発見。小型かつ、航空機・ミサイル以上の精度と品質が求められる機器開発—そのすべての原動力は、患者と医療に対する使命と情熱。古代から現代までの不整脈診療の歩みを貴重な図譜とともに紐解く—さあ、あなたも循環器をめぐる歴史の旅へ!

原著 Berndt Lüderitz
監訳 山科 章
東京医科大学 循環器内科学分野 主任教授
訳 中尾 葉子
国立循環器病研究センター 予防医学・疫学情報部、予防健診部 上級研究員



難治性不整脈への新たな治療戦略。基礎、治療、研究の最前線を集積した本邦初の成書

冷凍カテーテルアブレーション

難治性不整脈の新たな治療戦略として、2014年に待望の保険承認を得た“冷凍カテーテルアブレーション”。本システムの基礎知識、治療の最前線、研究のトピックスを集積する本邦初の成書。心房細動、房室結核リントリー頻拍、房室回帰頻拍、心房粗動、心房頻拍、心室頻拍などの薬剤抵抗性の不整脈に対して、これからの循環器医が、次の一歩として“冷凍カテーテルアブレーション”を安全に有用に適用するために。

沖重 薫
横浜市立みなと赤十字病院心臓病センター長



寄稿

小児思春期 1型糖尿病患者のケア

患者と共に長い人生を歩む覚悟を持って

南昌江 南昌江内科クリニック院長

小児思春期糖尿病における治療の最大目標は、“将来、その患者が自立して生きていく”ことであり、私たち医療者に求められるのは、患者の発症年齢によらず、発症当初から一貫した姿勢で患者や家族と接することである。家庭は最も重要な治療の場となるため、患者会などで医療者や患者家族間のコミュニケーションを図っていくことが大切になる。

「患者本人」が治療の中心であることを意識付けていく

子どもが病気になって初めてショックを受けるのは両親、特に母親であろう。そのため、子どもの治療以外に母親のケアも重要で、当院では「母の会」を開催している。初めて参加する母親は、ショックと悲しみで多くの不安を抱えているが、同じ境遇にある先輩の体験談を聞くことで、不安は軽減されることが多い。母親の気持ちや考え方は子どもに大きく影響を与えるため、最初の悲しみの時期を過ぎたら、患者が将来自立した大人になるためにはどのように育てていけばよいかを一緒に考える必要がある。適切な時期になったら治療の主導権は患者自身に任せるべきであり、子離れ、親離れのタイミングを考えながら、自分のことは自分でさせ、少し遠くから見守るくらいの姿勢で育てることが大切である。

とはいえ、乳幼児期の治療は当然母親が行う。血糖変動はこの時期の特徴でもあるため、重症低血糖や顕著な高血糖を回避することを目標とし、あまり血糖管理に神経質になりすぎないようにする。保育園や幼稚園に行く年齢になったら、朝夕+おやつ時のインスリン3回注射法か、インスリンポンプでの治療を行う。インスリン注射や血糖測定のために、母親が毎日保育園や幼稚園に出向くことは子どもの精神的成長を妨げることもなりかねないため、避けたほうが良いだろう。食事やおやつは基本的な栄養のバランスを意識した上で、成長に十分なエネルギーを摂取^{1,2)}していれば、他の子どもと同様で問題はなく、特別扱いはいらないように両親や先生に説明を行う必要がある。

学童期(小学生)の患者には、サマーキャンプ(註)への参加を勧めている。同じ病気の子どもと出会い、友人を作ること、自分一人ではないという安心感と勇気につながるためだ。小学校

低学年の患者の中にはインスリン自己注射や血糖自己測定(SMBG)を自分では行えない子どももいるが、キャンプで同年代の子どもが自分で行っている姿を見て、積極的に取り組みはじめる患者も多い。自己注射ができるようになれば、治療を強化インスリン療法に変更することができる。

学校行事は全て他の生徒と同じように参加できる。体育や遠足など、活動量が多い行事に関しては、低血糖に注意し、当日のインスリンの減量や必要に応じた補食の摂取を事前に指導する。学校生活の環境も重要であり、学校側に正しく理解してもらうために医療者からの説明が必要なケースもある。

炭水化物の量の計算ができる年齢になったら、カーボカウントを用いたインスリン量の計算方法を指導するが、個人の成長度、性格や病気の受け入れの度合いによっても、その時期は異なる。小学校中学年になると思春期が始まり、急に血糖値が高くなることに不安を抱く患者もいる。成長ホルモンや性ホルモンの増加が主な原因で、正常に成長している証しであるため、インスリンの増量が必要であることを患者本人にきちんと説明するとよい。

当院では、「治療の中心は自分である」ことを意識付けるために、基本的に中学年以上には自分でSMBGを記録し、診察も本人一人で受けてもらうようにしている。その際に病気以外の話もすることで、学校環境、病気の受け入れ、性格、家庭生活や家族との関係などを感じることが出来る。親が同席している場合でも、必ず本人との会話を重視し、親との会話が中心にならないよう心掛けることが大切である。

仲間の存在が、悩みや苦しみを乗り越える力に

発達段階の中で、中高生のころは最もコントロールが乱れやすいと言われている。身体の急激な成長と性的成熟によりインスリン抵抗性が增大することに加え、心理的にも自己への不安や親への反発など不安定な時期であるが、自己評価形成の重要な期間でもある。ここで“糖尿病である”という大きな現実と直面し、悩みや苦しみをさらに大きくなるかもしれない。患者自身や家族が正しく糖尿病を理解し、受け入れることが最も大切であり、友人や学校の先生、医療者など、周囲の人間が患者を特別扱いすることなく、温

かく見守る姿勢が求められる。

このくらいの年齢になるとインスリン投与方法やSMBG、カーボカウントなどの治療技能は十分に習得できるものの、病気の受け入れ、家庭環境、性格など、患者個人に合わせた治療を行っていくべきである。悩み、苦しんだときに、話を聞いてくれ、心から信頼できる人(家族、友人、学校の先生、医療者)や同病の仲間は非常に大きな存在であり、サマーキャンプや患者会はそのような仲間をつくる場としても良い機会である。

大学生や専門学生になると、寮生活や一人暮らしをすることも多く、不安を持つ子もいれば、のびのびしている子もいる。病気の受け入れ、食事やインスリン調整などの自己管理ができていない患者とそうでない患者がいて、本当にさまざまである。親の管理下での生活から一変し、アルバイトや友人との外食、飲酒で生活が不規則になり、血糖コントロールが乱れやすい時期とも言える。20歳を過ぎてもあいさつができない、予約や時間の約束が守れないなど、時に当たり前のことができない患者もいる。これから大人になり社会人として生活していくためには、病気の有無は関係ない。社会のルールを守り、社会の中で自立して生きていけるよう、遅くともこの時期までには、その意識を持って自己管理ができるよう指導していかなければならない。これまでに患者会やサマーキャンプに参加したことがない患者であれば、サマーキャンプのヘルパー(ボランティア)としての参加や、ヤングの患者会の参加も自己管理や社会性を身につける上で有用であろう。

医師同士の信頼関係構築が円滑な移行の鍵

小児科から内科への移行³⁾は大学進学などを契機に行われることが多い。しかしながら、家庭環境やその地域の医療環境、患者の心身の発達度などによって適切なタイミングは異なるため、柔軟性を持つことが望ましい。若年の糖尿病患者は、初診時は親と同席することが多いが、特に小児科から移行してくる場合は、初診時以降も親が同席し、親が会話の中心になりがちである。前述したように患者本人の自主性を認識させるためにも本人を中心とした診療であることを説明し、精神的な自立を促す指導が求められる。

●みなみ・まさえ氏



14歳で1型糖尿病を発症。1988年福岡大医学部卒業後、東女医大病院糖尿病センターにて研修。その後、九大第2内科、九州厚生年金病院、福岡赤十字病院勤務を経て、98年南昌江内科クリニックを開業。日本内科学会認定内科医、日本糖尿病学会専門医。著書に『わたし糖尿病なの——小児糖尿病の少女医師を志す』(医歯薬出版)、『アイデアいっぱい糖尿病ごはん』(書肆侃侃房)など。

欧米に比べて日本は小児糖尿病患者が少なく、糖尿病を専門とする小児科医も非常に少ないが、小児科では十分に時間をかけた親身な診察が受けられ、小児期特有の疾患などにも対応してもらえるといった利点がある。一方、内科には糖尿病専門医は多いものの、中には2型糖尿病と同様の厳しい食事療法を指導する医師や、インスリン調整の指導を行わない医師などがあることも事実であり、思春期に小児科での治療を経て移行した若い患者にとっては戸惑いを感じることもある。

担当医師が変わる際、患者は少なからず不安を感じるものだが、その不安を軽減するためには、やはり医師同士の信頼関係構築が欠かせない。書面上のやりとりだけでなく、実際に顔を合わせての勉強会、交流などがあれば紹介がスムーズになるだろう。心身共に自立し、糖尿病を受け入れ、うまくコントロールできている患者であれば、紹介先は糖尿病専門医であれば問題ないと思われるが、そうでない患者の場合には、可能であれば思春期から青年期の糖尿病診療の経験のある専門医を紹介するとよい。その際に、医学的なデータに加え、①心身の成長、②糖尿病の受け入れ、③家庭環境、④性格などの情報がその後の治療において大変参考になる。

小児思春期に発症した患者は、就職、結婚、出産と、人生の大きな行事を、ともすれば一人で乗り越えなければならぬときもある。私たち医療者は、常に患者と共に長い人生を歩んでいく心構えで患者・家族と接していくことが何よりも大切であると感じる。

註：日本糖尿病協会を中心に、小中高生の1型糖尿病患者を対象としたサマーキャンプが各都道府県で開催されている。集団生活を通して病気の自己管理に必要な知識・技術を身につけると同時に、仲間をつくる場にもなっている。

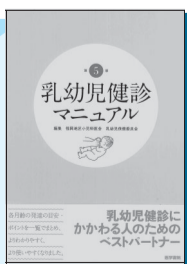
●参考文献

- 1) American Diabetes Association. Evidence-Based Nutrition Principles and Recommendations for the Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications. *Diabetes Care*. 2003; 26 Suppl 1: S51-61. [PMID: 12502619]
- 2) 日本糖尿病学会編. 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013. 南昌江; 2013. p233.
- 3) 日本小児内科学会糖尿病委員会. 国際小児思春期糖尿病学会——臨床診療コンセンサスガイドライン2006—2008 日本語訳の掲載について. *日児誌*. 2008; 112(1): 112-28.

わかりやすくすぐに読めて使える、乳幼児健診の心強い味方

乳幼児健診マニュアル 第5版

本書編集の委員会は、全国でもアクティブに活動する先導的な団体として、特に乳幼児健診では『福岡式』として認知度が高い。改訂にあたって基本のコンセプトは第4版までを踏襲、詳しくは要点をまとめた使いやすさを心がけ、乳幼児健診を良く知らない人でも合格点の健診ができることを目標としている。今版では、情報内容を更新し、さらに各月齢別健診の目安やコラムを新たに整理することで読者の利便性を追求した。

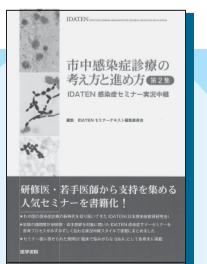
編集 福岡地区小児科医会
乳幼児保健委員会

研修医・若手医師から支持されている人気のセミナーを書籍化!

市中感染症診療の考え方と進め方 第2集

IDATEN感染症セミナー実況中継

わが国の感染症診療の新時代を切り拓いてきたIDATEN(日本感染症教育研究会)。その気鋭の講師陣が研修医・若手医師を対象にした感染症サマーセミナーの内容を、診療の現場で役立つ実践的な情報として理解できるように、思考プロセスがみずみずしく伝わるスタイルでまとめた。セミナーで演者に寄せられた質問は「臨床で悩みがちなQ&A」として、各章の項末に掲載。

編集 IDATENセミナーテキスト
編集委員会

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

「ジェネラリストか、スペシャリストか」。二元論を乗り越え、「ジェネシャリスト」という新概念を提唱する。

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学
神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第26回】

無知と配慮の診断学

期的にビクビクするのは意味がない。世界には感染症の擦れっからのプロ以外は聞いたこともないであろう感染症がうじゃうじゃしている。ただ、それがたまたま偶然、日本に入ってきていないというだけの話だ。リスクは常にある。そのリスクを感得できていないのは、単に無知のせい(おかげ?)である。無知は常にリスクを過大評価するか、過小評価するかのいずれかの態度に導くのだ。だから、エボラ騒ぎのときにも必要のない大騒ぎをした揚げ句、「本当に大丈夫かな」と言いたくなるくらいのノーガード状態にさらりと戻る。

ある感染症が話題になって診療現場が大パニックになり、過剰反応をしまくった揚げ句に急に無関心になる。ぼくらはこのワンパターンな繰り返しを何度も見てきた。エイズ然り、SARS然り、新型インフルエンザ然り。どうしてこのワンパターンから学習しないのだろう、と思う。

つまり、日常診療の段階で感染症を疑ったときに丁寧に旅行歴を尋ねる習慣を持っていれば、どのような新規の感染症が現れても、きちんと対応はできるのである。これが過小評価も過大評価もしないためのシンプルにして最大の防御だ。個々の病原体に特化したスペシャルな議論ではなく、「発熱患者に渡航歴を聞く」というジェネラルな命題にすればよいのだ。しかし、ぼくが知る限り、発熱患者、咳の患者、下痢の患者に全例旅行歴をとっている医者はごく少数派に属する。

隣の韓国のお粗末なMERS対応を嗤っている場合ではない。なぜ日本でSARSが、エボラが、そしてMERSが

入り込まず(so far)、かつ国内流行をしなかったのか。よく問われる質問だ。ぼくの答えはいつも同じ。「日本は運が良かったからだ」である。旅行歴を問わずに感染症に対峙していれば、いつかどこかで輸入感染症の見逃しが起きる。それは「韓国からやってくる」と特定できる患者とは限らない。

実際、中東で何年も問題になっていたMERSに本腰を入れたしたのは、韓国で患者が発生した「後」のことである。もし日本に先にMERSが入っていたら、まったく同じシナリオになっていた可能性は低くない(厚労省の名誉のために付言しておく、彼らの動きはずっと早かった。厚労省は、今回の騒ぎが起きるずっと前、2015年1月にはMERSを2類感染症に指定している。呼吸器感染症の中では「危ない」部類に属することは知っていたのだ)。

旅行歴を聞く。渡航歴があるとわかる。どうしたらよいか。全ての国の個別の感染症を全部、百科事典的に覚えておく必要はない。幸い、医学情報は多くなったが、情報へのアクセスは恐ろしいほどに容易になった。アメリカ疾病予防管理センター(CDC)やWHOのホームページを参照してもよい。われわれが訳出した『キーストンのトラベル・メディシン』(メディカル・サイエンス・インターナショナル)を参照してもよい。これも感染症屋のマニアックな専門書ではない。海外に行く患者を診る医者全てのために書かれた本だ。21世紀の現在、「私の患者は1人も海外に行かない」という医者も稀な存在だろう。

では、それでも当該国の感染症がよくわからないとき。そのときこそ、擦れっからの感染症屋に相談するときである。われわれは嬉々として、「ああ、ネパールからの帰国患者の発熱ですか。ぜひ拝見させてください」と申し上げるのである。

致死率の高いMERSやエボラは、他者への感染性はそれほどでもない。医療機関内の感染は、ほとんどが初動の疑い方にエラーがある。普段から旅行歴を聞く習慣を持ち、コンタクトを最小限に抑えていれば感染のリスクは高くない。



二 ユースの賞味期限は短い。本稿を書いている2015年7月7日は、サッカー女子ワールドカップでなでしこジャパンがアメリカに大敗した翌日である。世間はこの話題で持ちきりであるが、もう翌日にしてメディアもネタが尽き、どうでもよい話題をほじくり返している。あと2週間も経つと、誰もこの話題を口にしなくなるだろう。

そのなでしこの前に大騒ぎになっていたのが、感染症のMERSである。もっともMERSそのものは2012年に見つかった感染症でさほど新規性はないのだが、隣の韓国で小流行が起きたために大騒ぎとなった(そしてほどなく誰も騒がなくなった。なんとなく)。

「Middle East Respiratory Syndrome」というくらいだから、MERSは中東の疾患である。サウジアラビアなど中東諸国から帰国し、当地で発症する。イギリス、ドイツ、フランス、オランダ、アメリカなど、多くの先進国で患者が発見されている。フィリピンやタイなどアジア諸国でも輸入例が見つかっている。しかし、渡航先で流行したのは韓国だけの特殊な事例だ。

韓国であっても医療機関での感染がほとんどで、コミュニティで流行しているわけではない。韓国からMERSが日本に輸入される可能性はもちろん皆無ではない。しかし、中東からの渡航者でMERSが発見される可能性のほうがずっと高いとぼくは考える。韓国での小流行はじきに収束を迎えるが、中東での発症は今後長く続く可能性が高いからだ。それが数日後のことか、数年後のことになるのかはぼくにはわからないけれど。

2014年には西アフリカを中心にエボラ出血熱が流行し、こちらも大騒ぎになったがやはり「なんとなく」、皆騒がなくなった。メディアもそうだが、医療機関でもガードをガチガチに上げてビビった揚げ句、誰もビビらなくなるといういつものパターンである。

もっとも、ビクビクしないのは正しい態度である。どのみち、医療をやっている限り感染症患者からの曝露リスクは常に、恒常的にあるのだから、短

好評発売中! よい病院は どうあるべきかを 研究する **病院** 2015年8月号 vol.74 No.8

特集
地域医療構想策定ガイドラインを どう読み解くか

【対談】地域医療構想の先にある病院のあり方とは——中川俊男×今村英仁
巻頭言——今村 英仁
地域医療構想の目指すところ——佐々木 昌弘
病床機能別病床数の適正化の考え方——松田 晋哉

関係者必読!
鹿児島県始良・伊佐地区における **模擬「地域医療構想調整会議」**

連載
アーキテクチャー×マネジメント/Data mania/
赤ふん坊やの地域ケア最前線! —全国各地の取り組みに出会う旅/
医療の可視化と病院経営/地域医療構想とくらしのゆくえ/病院経営に効く1冊

●「病院」2015年 定価(本体2,900円+税)
年間購読料(冊子版 本体33,240円+税、冊子+電子版/個人 本体38,240円+税、冊子+電子版/共有 本体43,280円+税、電子版/個人 本体33,240円+税、電子版/共有 本体38,280円+税)

【病院】リニューアル記念 緊急セミナー

テーマ 「地域医療構想に中小病院はどう対応すべきか」
日時 2015年9月26日(土) 14:00~16:00 場所 医学書院本社2階会議室
講師 松田晋哉 先生(産業医科大学公衆衛生学教室教授)
※詳細は医学書院HP「医学書院のセミナー」をご覧ください。http://www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do

医学書院

全ての医者が全ての国の全ての病気に精通している必要などない。しかし、外国にはいろいろな病気があるのだ、という無知の自覚、「無知の知」は必要だ。「この患者が外国から帰ってきた発熱患者じゃないと誰が決めたのだ」と常にガードを(ある程度)上げておくことが大切だ。メディアが大騒ぎしているときだけではなく、無知(の自覚)と配慮が診断に寄与するのだ。それはなにも、感染症に限定された話ではない。大切なのは「私の知らない何か」に対する自覚 awareness なのだから。

医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧ください
<http://www.igaku-shoin.co.jp>

明日の臨床に生きる人工呼吸の考え方がしっかりマスターできる
新刊 **ヘスとカクマレックのTHE人工呼吸ブック**
Essentials of Mechanical Ventilation, 3rd Edition **第2版**

▶「人工呼吸ブック」改題、8年ぶりの改訂。内容を大幅に刷新し、ナース・コメディカルにも応えるべく大幅な値下げによる廉価を実現。成人用人工呼吸器一般の使用を想定し、全38章で原理、マネージメント、モニタリングなど人工呼吸管理全般を体系的に学ぶことができる。呼吸管理の分野で世界的に著名なHessとKacmarekによる豊富な経験に裏打ちされた記述には一貫性があり、読みがなかりやすい。翻訳に際し用語の統一を徹底。初学者からベテランまで、人工呼吸管理に対する理解を深めたい医療者必読の書。

訳: 田中竜馬・瀬尾龍太郎・安宅一晃・新井正康
定価: 本体5,000円+税
B5変 432頁 図・写真144 2015年
ISBN978-4-89592-825-0

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

川越 これまでの議論からも明らかのように、英国は「登録医制度」であることを活かし、日常診療はもちろん、そこからさらに一歩踏み込んだ形で医療へ取り組んでいるようです。今回はその実践について伺っていきます。

登録制と電子カルテの両輪で、予防的アプローチを実践

川越 GPにとって「予防や健康増進を通し、地域全体の健康を支えること」も重要な役割であると、澤先生はよく指摘されています。前提として、英国の各診療所のGPたちは、登録住民の健康の度合いをどのようにして把握するのかを教えてください。

澤 冒頭にご指摘いただいたように、患者の医療情報を一元化できる「登録制」が土台として機能しています。その上で、英国では、ほぼ全ての診療所に共通の機能を持つ電子カルテがありますから(第4回、第3113号)、蓄積してきた登録住民の医療情報・記録をいつでも可視化できるわけです。

川越 日本での状況を照らして考えると、「他の医療機関で検診を行っているかどうか」という点も、患者さんに確認することがなければわかりません。英国では、登録医制度や前提となる診療情報の電子化・統合を進めてきたことにより、かかりつけ患者の健康管理までスムーズに行うことができています。

澤 それが予防的なアプローチを実践する上でも役立っていて、例えば、電子カルテでハイリスク集団に予防を呼び掛けるということも可能です。登録住民の「65歳以上の住民、または65歳未満であっても糖尿病・喘息を抱える患者、妊婦などから、インフルエンザワクチンの未接種者」を割り出し、当該者一人ひとりに手紙を出すことで予防接種を促すなど、実際に日常的に登録住民へ予防的な働き掛けを行っています。

川越 まさに登録医制度であることが活かされているんですね。

澤 おっしゃる通りです。予防から日常的な健康問題、さらには看取りまで、地域住民をトータルに支えるGPの仕事をこうしたシステムが助けてくれているんです。

動機付けには成果払いの仕組みも

川越 そうした健康増進に医療機関が取り組もうという動機付けの部分にもポイントがあるように思いました。何かインセンティブになるものが存在しているのですか。

澤 はい。基本的に診療所に登録している住民が健康になればなるほど、診療所が得をする仕組みになっています。

川越 診療所にとっては「報酬を増やす」目的を果たすことにもなる、と。

澤 そうです。そこで機能するのが、「成果払い(Quality and Outcomes Frame-

クロストーク 日英地域医療

川越正平

あおぞら診療所院長/理事長

澤 憲明

英国・スチュアートロード診療所
General Practitioner

企画協力：国際医療福祉大学大学院 堀田聡子

日本在宅医と英国家庭医——異なる国、異なるかたちで地域の医療に身を投じる2人。
現場視点で互いの国の医療を見つめ直し、「地域に根差す医療の在り方」を、
対話「クロストーク」で浮き彫りにしていきます。

第 9 回

ピア・レビューや外部監査の機能を持つ英国の医療

work: QOF)」の仕組みだと思えます。診療所が提供するサービスによって登録住民の電子カルテ上の健康データが改善すると、診療所の実績として評価され、QOFによる収入として報酬が入るようになっていくんです。とはいえ、診療所の収入の大部分は、登録住民数や地域の健康ニーズの程度を加味して決められる「人頭払い」が占めてはいるのですが(註1)。

川越 どのような項目が成果払いの評価対象になるのでしょうか。

澤 例えば、「高血圧患者のうち、血圧が150/90 mmHg以下にコントロールされている人の割合」「糖尿病患者でHbA1cが7.5%以下にコントロールされている人の割合」といった項目が基準になります。また、数値上の改善が見られなくても、適切な検査や助言、治療を提供しているか否かも評価されており、報酬に反映されます。こちらは「認知症の診断前後に適切な血液検査を受けた患者数の割合」「禁煙指導を受けた喫煙患者数の割合」といった項目が挙げられます。

川越 どの国であっても、「取り分」が増えれば、取り組む者も増えるだろうという発想が根底にある点は共通しているのだと感じました。しかも、おそらくそれが過重な労働負担にならない範囲で、医療の付加価値を高めることにつながるという実感も伴っているのでしょうか。

澤 ただ、こうした成果払いの仕組みは、利益を追求するあまりに過度の医療化につながる恐れもあります。ですから、QOFには上限が定められており、ある一定の達成水準を超えると、それ以上の報酬が入らないようになっています。

かつては診療所の診療報酬の3割ほどをQOFが占めた時代もあったようです。しかし、収入におけるQOFの

割合が多いことが、「患者を“人”としてではなく、“数値”としてとらえるようになってしまっているのでは」と懸念を抱くGPも多かった。それで最近になってQOFは1割程度に減少され、減った分は自動的に診療所に入る「コアファンディング」へと切り替わったという経緯もあります。

川越 なるほど。現在は、患者を過度に医療化しない工夫を意図的に盛り込んでいるということですね。

外部監査は医療の質の担保も図っている

川越 診療所で行われている高血圧診療を、“外部から電子カルテ上で評価する”といったことが行われるというお話でした。ここには、各診療所が提供する医療の内容と質を「外部からチェックする」という点でも意義があるように思いました。

澤 外部からのチェックという点で言えば、前回紹介した「Clinical Commissioning Group」の中に、地域の診療所の薬剤処方データを集積し、処方内容を監査する「Medicines Management」というグループもあります。この組織は地域の診療所に対し、費用対効果の低い薬剤処方について注意喚起し、可能な限り安全かつ費用対効果の高い薬剤処方を促しているんです。

川越 具体的にはどのような介入をするのでしょうか。

澤 以前、実際に経験した例を紹介します。私の診療所では、高血圧患者に出すカルシウム拮抗薬を、大体「lercanidipine」「amlodipine」「felodipine」の3つから選ぶようにしています。28日分のコストを各10mgの用量で計算すると、それぞれ£1.57、£1.00、£5.66。以上からもわかるようにfelodipineは比較的高コストです。

しかし、得られる効果自体は他と大きく変わらないことから、Medicines Managementは可能な限りlercanidipineまたはamlodipineを処方するよう地域の診療所に呼び掛けていました。私の診療所は、こうした呼び掛けを受け、電子カルテでfelodipineを定期的に内服している高血圧患者を同定し、処方薬をlercanidipineに変更するに至っています。なお、この切り替え作業そのものも、診療所側がイエスとさえいえば、Medicines Managementが代わりにやってくれるんです(註2)。

川越 日本の場合、コストの意識はお世辞にも高いとは言えませんから、学ぶところが多くありますね。漫然とした薬剤処方を見直す契機にもなって、医療の質を上げるという点でも効果を発揮するのではないかと思います。

澤 日本には医師の処方内容を外部から確認するシステムはないのですか。

川越 「疑義照会」といった形で薬剤師が医師の処方内容を確認する仕組みは存在しますが、澤先生の説明された取り組みとは異なります。もし仮に「1年間、処方内容に変更がない場合は、薬局の薬剤師が医師に対してアラートを発する」といった仕組みに発展すれば、有効なのだろうと期待できるのですが。

ただ、日本の診療所医師にとって、「外部監査」は想像し難いことでしょう。英国の診療所のように複数医師の体制であればピア・レビューを内在化することにもなりますが、日本はそもそもソロプラクティスの診療所が多数を占め、ともすれば「オレ流」の医療すらも存在し得る状況と言えますから。澤 英国でも特に年配のGPでは学習意欲が低下し、昔からの診療スタイルを崩したくない方がいるのも事実です。それでも、成果払いや外部監査機能、あるいはNICEのガイドライン(第5回、第3115号)など、「標準」を注意喚起し、そちらへ促す仕組みによって、危険な医療を排除し、質のばらつきを抑える方向には向かっているのではないかと思います。

川越 このように考えると、現状の日本は外部からの目が入る仕組みや枠組みが不十分と言えます。自らの実践を振り返り、どのように自己改革に取り組むべきかを考える姿勢を持っているのか、自分を含めて問い直す必要性を感じますね。(つづく)

註1：英国の診療所に対する診療報酬の仕組みは複雑で、かつ毎年変更があるため詳細は記載しないが、「人頭払い」「成果払い」「出来高払い」等で構成される。澤氏の診療所では収入の約7割が人頭払いに相当。また、本文に登場しない出来高払いは、必要不可欠な医療サービスとは異なり、「Enhanced Service」と呼ばれる付加的なサービスの一部を提供することで得られる収入。具体的には、より複雑なマイナー外科、薬物依存症外来等。

註2：患者には、診療所から一連の事情を書いた手紙を郵送し、変更を承諾しない場合は診療所への連絡を呼び掛けている。澤氏が挙げたケースでも一部の患者から変更前の薬剤を希望する声があり、それらの患者にはfelodipineを継続したという。

HOSPITAL MANAGEMENT JAPAN | 2015年9月3日 - 4日 | ホテル椿山荘東京

第一線で活躍する病院経営幹部と厳選された病院経営ソリューションプロバイダが一堂に会する

ご講演者

多摩大学大学院 医療・介護ソリューション
研究所 教授・理事長 真野 俊樹氏

一般財団法人 脳神経疾患研究所
理事長 渡辺 一夫氏

社会医療法人緑泉会 米盛病院
理事長・院長 米盛 公治氏

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院
理事長 神野 正博氏

社会医療法人財団慈泉会 相澤病院
理事長・院長 相沢 孝夫氏

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院 院長 小笠原 敬三氏

お問い合わせ: Summits-apac@marcusevansuk.com
イベントウェブサイト: hospitalmanagementjapan.marcusevans-summits.com

marcusevans

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

今日の理学療法指針

内山 靖 ● 総編集

網本 和, 白田 滋, 高橋 哲也, 淵岡 聡, 間瀬 教史 ● 編

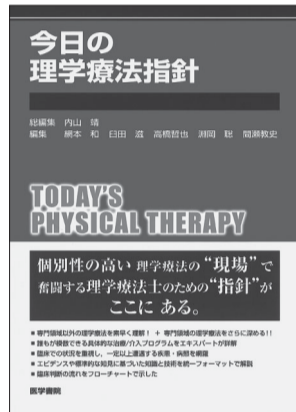
A5・頁562
定価: 本体5,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02127-2

評者 居村 茂幸

茨城県立医療大名誉教授/植草学園大教授・理学療法

わが国に理学療法士が誕生して、今年で50年の節目を迎えた。理学療法士養成教育については、その誕生2年前より始まっていたが、当時は専門分野の日本語教育書が皆無で、教師として世界理学療法連盟から派遣された外国人教師が持ち込んだ英語のプリントのみであった。ただ記憶をたどると、この理学療法士誕生に前後して、必読書として理学療法・臨床医学・基礎医学編からなる3冊の『理学療法士・作業療法士教本』(天児民和編、医歯薬出版)が出版されている。この3冊を完全マスターし

実践可能な理学療法標準化の先駆的試み



ておけば国家試験も万全という、いわば、当時の理学療法士にとって最低限理解しなければならない知識と技術を網羅したスタンダード版であったと言える。現在、理学療法士の総数は約13万人に達し、かつ対応している分野も当初とは比較できないほど領域広く、また深くもなっている。これに伴い、各領域に精通した理学療法士によって、優れた学術書も数多く発刊されているが、ある分野ではあまりに多く、また興味も深すぎ、加えて医学書の体裁、つまり治療医学の切り口で執筆されていることも多く、われわれが主として扱う障害を中心とした医学について、病態から始まれば良い理学療法の在り

方が希薄になっている感もあって、理学療法臨床場面での実践書としてはいささか歯がゆい感が強かった。このたび、医学書院より『今日の理学療法指針』が発刊された。本書は、1959年に『今日の治療指針』を創刊された日野原重明先生の言葉を借りて言い換えると、まさに「教科書ではなく、臨床の最前線にいる理学療法士による実践書」であり、その道の理学療法士が科学的な基盤に立脚した上で、今まさに自分が行っている理学療法のことを書きしたためられた逸品である。本書の特徴は、総編集者の内山靖氏の言う、動作を基軸とする『臨床推論 (clinical reasoning)』の“視覚化”が体裁として試みられていることである。つまり、病態を推測し、仮説に基づいた鑑別と選択を繰り返しながら最も適した治療・介入を決定していく一連の心理・認知過程が臨床推論であり、さまざまな要素が入り乱れ、複雑で視覚化しにくく、教える側も学ぶ側も理解が困難であり、標準化し難い。本書『今日の理学療法指針』では、これらの困難な課題に対し、基盤となる病態の理解から治療・指導方法を選択する根拠や妥当性を整理し、それをフローチャートで示すことで実践可能な標準化が試みられている。

本書の特長は、総編集者の内山靖氏の言う、動作を基軸とする『臨床推論 (clinical reasoning)』の“視覚化”が体裁として試みられていることである。つまり、病態を推測し、仮説に基づいた鑑別と選択を繰り返しながら最も適した治療・介入を決定していく一連の心理・認知過程が臨床推論であり、さまざまな要素が入り乱れ、複雑で視覚化しにくく、教える側も学ぶ側も理解が困難であり、標準化し難い。本書『今日の理学療法指針』では、これらの困難な課題に対し、基盤となる病態の理解から治療・指導方法を選択する根拠や妥当性を整理し、それをフローチャートで示すことで実践可能な標準化が試みられている。

医薬品副作用対応ポケットガイド

越前 宏俊 ● 著

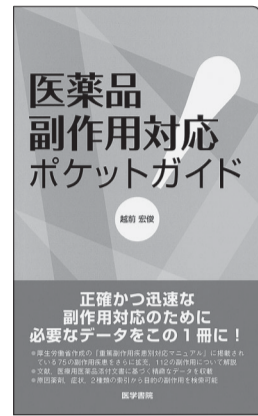
B6変型・頁288
定価: 本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01985-9

評者 木内 祐二

昭和大学教授・薬理学/薬学教育推進センター長

薬物治療は現代医療の基幹を成していますが、多様なメカニズムを持つ新薬が続々と登場するとともに、また、高齢化に伴う薬物治療の複雑化により、有効性ととも副作用(有害反応)のリスクも明らかに高まっています。こうした薬物治療の最前線、安全で確実な薬物治療を実践するためには、膨大な医薬品情報の効率的な利用と高度な判断力を要します。従来、副作用が疑われる場合は、個々の薬品の添付文書の記載から副作用を確認するとともに、その治療・対応は治療マニュアルに当たらなければなりません。本書は、目前の患者に副作用が疑われた場合、その症状や検査値から原因薬物を推測し、適切な対応を行うという、著者の言う「逆引きする」実践を重視した書となっています。

膨大な副作用の情報がコンパクトにまとめられた、実践重視の一冊!



」に分類して章立てし、112にもよる副作用について解説しています。各副作用はそれぞれ2-3ページにコンパクトにまとめられ、また、大変に使いやすく、視覚的にもわかりやすく構成されています。最初に「重症度」「頻度」「症状」が合わせて10行程度に示され、副作用の概要を瞬時に理解できるように工夫されています。

続いて、副作用を疑う患者を前にしたときの思考と行動パターンに沿って、「検査」「患者背景(リスク因子など)」「対応・処置」「患者説明」「原因となる薬剤など」「副作用の起きるメカニズム」「予防」の項目立てで簡潔に解説されています。最新の情報に基づき、発現頻度などの数値も示され、副作用の膨大な情報に途方に暮れていた医療スタッフにとっては本当にうれしい内容です。本書は薬物治療にかかわる医師、看護師、薬剤師などの全ての医療人に必携のポケットガイドと言えるでしょう。副作用にかかわる莫大な情報を簡潔に整理し、このような実践的な書を世に出された著者と出版社の努力に心から敬意を示します。

本書では、多彩な副作用を、「アレルギー機序または偽アレルギー機序」「内分泌・代謝」「腎機能・電解質」「血液」「循環器」「上気道・呼吸器」「消化器」「眼科領域」「耳鼻科領域」「筋・骨格」「神経」「精神科領域」「その他の分類できない副作用(全身性を含む)」に分類して章立てし、112にもよる副作用について解説しています。各副作用はそれぞれ2-3ページにコンパクトにまとめられ、また、大変に使いやすく、視覚的にもわかりやすく構成されています。最初に「重症度」「頻度」「症状」が合わせて10行程度に示され、副作用の概要を瞬時に理解できるように工夫されています。

続いて、副作用を疑う患者を前にしたときの思考と行動パターンに沿って、「検査」「患者背景(リスク因子など)」「対応・処置」「患者説明」「原因となる薬剤など」「副作用の起きるメカニズム」「予防」の項目立てで簡潔に解説されています。最新の情報に基づき、発現頻度などの数値も示され、副作用の膨大な情報に途方に暮れていた医療スタッフにとっては本当にうれしい内容です。本書は薬物治療にかかわる医師、看護師、薬剤師などの全ての医療人に必携のポケットガイドと言えるでしょう。副作用にかかわる莫大な情報を簡潔に整理し、このような実践的な書を世に出された著者と出版社の努力に心から敬意を示します。

内山氏や編集に参画された方々は、豊富な臨床経験を経て、現在は大学の要職におられる先生方であると推察するが、過去、あまり注目がなかったウィメンズ・ヘルス、精神疾患・予防理学療法などを含め、全16章208項目もの多岐にわたる領域について、整った書式での調和を持った標準化作業は、さぞ困難を極めたことと敬意を表するばかりである。また、理学療法士界では比較的中堅の臨床実務に当たっておられる先生方を執筆として据えられたようであるが、各執筆も、編集者が理学療法士として今まで取り組んでこられた仕事の意図を十分に把握

された上での執筆と拝読できた。今後、執筆者の臨床におけるさらなる積み重ねが、次版以降の『今日の理学療法指針』の内容充実結び付き、かつ領域の広がりが新たな指針の項目となることを期待したい。加えて、構築困難であったわれわれの業界初の理学療法治療標準化の先駆的礎として、疾患別クリティカルパス作成や教育現場での利用も十分に期待できる。最後に、理学療法士にとって『今日の理学療法指針』は、まさに日々の臨床時に手元に置いて参考にすべきクリニカル・スタンダードであり、まずは必読・必見であると推薦する。

「橋本市民病院 大リーガー医」育成プロジェクト 募集要項

1 趣旨

橋本市民病院は、海外留学支援のノウハウを持つ日米医学医療交流財団の支援を受けて、「米国にレジデント留学を希望する医師」を募集・助成します。

2 応募資格

- ① 橋本市民病院(南海難波から45分)に赴任・勤務できる方
- ② 以下の何れかの米国留学を希望する医師で、内科、腎臓内科、救急科及び総合診療科のいずれかの診療科において勤務できる方
 - (1) 臨床留学 (2) 研究留学 (3) MPH留学等
 - ※但し、(1)については、既にUSMLEを取得しているかその受験準備中の者に限る
- ③ TOEFL iBT80点以上の取得者(IELTSも可)、又は今後の努力で達成可能な方

3 募集人数

2名

4 助成概要

※原則として留学先は助成を希望する医師が各自で確保すること

① 助成条件

- (1) 臨床留学の場合 病院で3年間勤務する代わりに米国への3年間の留学を認める
 - ※但し、2年間は先に病院に勤務する
- (2) その他の留学の場合 米国への留学を認める期間は最大3年間とし、留学期間と同じ年数だけ病院に勤務する
 - ※但し、その期間が1~2年間の場合は1年間、3年間の場合は、2年間、先に病院に勤務する

② 助成金額

- (1) 留学先から給与を支給される場合 300万円 × 留学年数
- (2) 給与を支給されない場合 500万円 × 留学年数

③ 以下については日米医学医療交流財団が行う

- (1) このプロジェクトにより海外留学する医師の公募の窓口
- (2) 海外留学する医師の選考
- (3) 留学生のための留学準備、留学中の支援

5 提出書類

① 申込書・履歴書

日米医学医療交流財団のホームページの「助成要項A項申し込み」から「JANAMEF A-1」

「JANAMEF A-2」履歴書をダウンロードして、それに記入し、提出して下さい。

また、履歴書の記入は和文とし、写真は、証明用として最近3ヶ月以内に撮られたものとし

- ② 卒業証書のコピーまたは卒業証明書
 - ③ 医師免許証のコピー(縮小コピー可)
 - ④ USMLE/Step1・Step2CS等の合格証をお持ちの方はコピーを提出して下さい
 - ⑤ 英語能力試験(TOEFLまたはIELTS)の点数通知書をお持ちの方はコピーを提出して下さい
- PDF書類はそのままタイピングしてプリントアウトして提出して下さい
書類はできるだけタイピングしたものを、ご提出願います。

6 募集締切

2015年9月25日(金) 必着

提出先: 橋本市民病院事務局長

〒648-0005 和歌山県橋本市小峰台2-8-1 TEL: 0736-34-6123

7 選考方法

選考委員会が書類審査並びに面接の上、採否を決定します

8 選考日

① 日時: 2015年10月(日時の詳細未定)

② 場所: 日米医学交流財団事務所(東京都文京区本郷3-27-12-6F)

9 選考結果の通知

応募者本人宛にメール及び郵便により通知します

10 その他

(助成概要に記載されたもの以外の医師の義務)

① レジデント留学開始後、研修報告書(JANAMEF NEWSやホームページ掲載用)を提出すること: 年2回

② 留学決定後に日米医学医療交流財団の賛助会員に入会すること

※①は日米医学交流財団の指定の様式でA-4サイズ(40字×30字位)1枚日本語とします

11 問い合わせ先

公益財団法人 日米医学医療交流財団 事務局
 TEL 03-6801-9777 E-mail: info@janamef.jp http://www.janamef.jp
 または 橋本市民病院 事務局長
 TEL 0736-34-6123 E-mail: toyookah@city.hashimoto.lg.jp
 http://www.hashimoto-hsp.jp/

感染症疫学ハンドブック

谷口 清州 ● 監修
吉田 真紀子, 堀 成美 ● 編

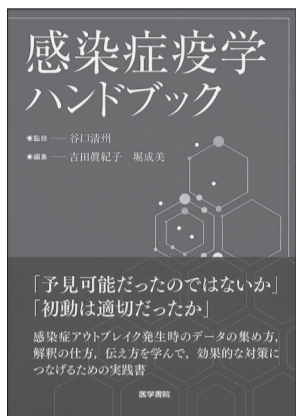
A5・頁320
定価: 本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02073-2

本書は、突発的な健康被害(アウトブレイク)が発生したとき迅速に現場へ行き実施する疫学調査の実際と、サーベイランスの仕組みなどを扱っている。症例定義から始まる記述疫学、立てた仮説を検証する分析疫学の手法(後ろ向きコホート研究と症例対照研究)がわかりやすく書かれている。調査結果をいかにプレゼンするかのノウハウもある。昔とは異なる発生パターンで感染症が起る現代、それに対処する人に役立つ、類書のない良書だ。執筆者17人全員が、国立感染症研究所(感染研)の実地疫学専門家養成

コース(FETP-J: Field Epidemiology Training Program Japan)の関係者(コース修了者が多数)である。上記事業が1999年から始まったのは、1996年の堺市O157事件が契機になっている。当時の予防衛生研究所(現・感染研)には、現場で調査を行う疫学専門家がなかった。混乱している現場での確かな調査をしてアウトブレイクの全体像を把握し、適切な病原体材料採取の指示をするのは、病原体専門家だけでなく訓練を受けた疫学専門家である。病原体確定には時間がかかるので、確定前に病原体伝播様式を推定し、流行拡大を防ぐ措置を取らねばならない。19世紀半ば、細菌学の誕生前、英国人ジョン・スノウ[疫学(Epidemiology)の創始者]は、コレラ epidemicの際、病気の伝播様式を推定し流行拡大阻止に役立てたのであった。

このような専門家を養成する事業は、米国CDCであり、1951年にEpidemic Intelligence Service (EIS)の名称で始まった。Intelligence Service(情報機関)とは国家の安全を脅かす敵の情報を集める部署である。当時は冷戦のさなかで敵が細菌戦を仕掛けるかもしれないという心配があり、その調査

アウトブレイクに対処する人に役立つ、類書のない良書



「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

をするためにEISが発足した、という。座学でなく実学で、2年間 on-the-job training の方式で研修を行う。研修生には国から給与が出る。既修了者は3000人以上。日本では2015年秋現在、61人が修了しており、研修中は2年次4人、1年次6人。医師のほか薬剤師、看護師、臨床検査技師、獣医師、歯科医師がいる。

字句に関して私見。「可能性例(probable case)」「確定例(confirmed case)」となっているが、前者は「ほぼ確実例」「推定例」とするほうが良いかもしれない。「ヒト-ヒト感染(person-to-person infection)」よりは「人-人感染」か。記述疫学の三要素は「時・場所・人(Time, Place, Person)」である。「人」と「ヒト=人類」とは異なる。また、米CDCの正式名はCenters for Disease Control and Preventionであるが、Preventionは1992年に米国議会の要請で後付けしたもの。これを直訳して「疾病管理予防センター」とするのは違和感がある。本来は「予防」を「制御」の前に置く。後になってできた中国CDCは「疾病預防控制中心」、欧州CDCも「Centre for Disease Prevention and Control」としている。感染研・厚労省結核感染症課が発行する月報『病原微生物検出情報(IASR)』の編集委員会は、従来からの「疾病対策センター」を使うことにした。

最後に。日本の医療・医学の中で抜け落ちていた領域に志の高い優秀な人材が集まり、実地疫学の経験とノウハウが蓄積され、実地疫学者のネットワークが充実してきたことは、国民と国家の安全にとって誠に喜ばしいことである。唯一残念なことは、日本では研修生に国から給与が出ていない。その是正を強く願う。

【評者】井上 栄
元・国立感染症情報センター長

第12回日本うつ病学会総会、第15回日本認知療法学会開催

第12回日本うつ病学会総会(会長=認知行動療法研修開発センター・大野裕氏)、第15回日本認知療法学会(会長=杏林大・菊地俊暁氏)、が7月17-19日、「うつ病とこころの健康環境」をテーマに、京王プラザホテル(東京都新宿区)他に同時開催された。初めての同時開催となった今回、「疾患」「治療」という異なる概念からなる両学会のそれぞれの特色を融合することで、より充実した学会となることをめざしたという。本紙では、両会長による会長講演の模様を紹介する。



●大野裕氏(左)と菊地俊暁氏

◆予防からリハビリまで、さまざまな場面で認知療法の活用

まず大野氏が、職場のメンタルヘルスをモデルに、うつ病治療に対する認知療法・認知行動療法活用の可能性について説明した。予防活動において医療者によるメールでの指導は気分改善や対処能力の向上に効果を示す一方で、実施者への負担が大きいという問題点があったことから、氏はインターネットによる代用研究を実施。集団教育後、各自にインターネット上で自己学習を実施してもらったところ、うつ病や不安障害のリスクを判別するK6の得点が5点以上の集団において、有意な改善が長期的に持続したという。氏はこの結果から、インターネットを利用した認知行動療法の効果に期待を寄せ、インターネット上で実施できるものを個別・集団の臨床面接の場で行う必要はないのではないかとの見解を示した。

今年12月には、ストレスチェック制度も始まる。そこでの認知行動療法活用の可能性や、医師だけでなくチームで認知行動療法を行うことで期待される医療費の削減効果、復職支援におけるストレス軽減・再発予防効果などについても解説。患者がその人らしく生きていく支援を行うために、認知行動療法は病気の治療だけでなく、予防や復職支援、再発防止など、さまざまな場面において活用していくべきだと呼び掛けた。

◆最適な治療を、最適な形で患者さんに届ける

「医療者は治療がうまくいかないときは原因をよく考えるが、治療が成功したとき、患者さんがなぜ良くなったのかについてはあまり考えない傾向にある」。講演の冒頭、こう話した菊地氏は、治療をより効果的に行うための方策について解説した。認知療法によって得られる効果には、医療者の治療スキルや医療者-患者間の関係性といったさまざまな要因が影響を与えるが、患者自身の変化や治療外の出来事などの外的要因が与える影響も大きいことが報告されている。氏は、1950年代にBertalanffyらによって提唱された「一般システム理論」を紹介し、システムを構成する要素は互いに独立ではなく、相互に関連し合っていることを意識した上で、各患者の状態を理解するよう努めるべきだと話した。

うつ病治療においても、薬物療法と認知行動療法の併用は治療効果を高めることが知られている。しかしながら、認知行動療法実施後の抗うつ薬の減量を、併用療法の成果と安易にとらえるのではなく、その患者にそもそも本当に薬物療法が必要であったのかを考える姿勢が必要だと指摘。薬物療法と認知行動療法は異なるメカニズムで治療効果を挙げていることから、どちらか一方だけ、あるいは一律的に両方を行うことは望ましくないとの見解を示した。必要以上の介入は行わず、本人が本来持つ治癒力を生かす「レジリエンス」という包括的概念を念頭に置きながら、どのようなアプローチが「治る」ことにつながるのかを、医療者は常に考えることが重要だと訴えた。

【お知らせ】本紙第3134号(2015年7月20日発行)1面記事「患者のニーズに応じた緩和医療を——第20回日本緩和医療学会学術大会開催」の記載内容につきまして、以下のとおり訂正いたします。

- ◆小室龍太郎氏(金沢医療センター)の講演内容
(誤) 紹介状に「いつでも地域連携室にご連絡ください。プライマリ・ケアチームからお返事申し上げます」と記載したり、……
(正) 紹介状に「いつでも地域連携室にご連絡ください。緩和ケアチームからお返事申し上げます」と記載したり、……

精神科関連書・新刊

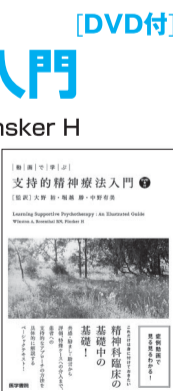
医学書院

動画で学ぶ 支持的な精神療法入門

原著 Winston A. Rosenthal RN, Pinsker H
監訳 大野 裕・堀越 勝・中野有美

支持的な精神療法とは患者に対し強い介入ではなく患者の不安に耳を傾け精神的に支えるアプローチ。本書では、この定義や基礎知識をふまえて、症例をもとに実際のテクニックを紹介。付録DVDにはロールプレイ形式の映像(約85分)収録。

●A5 頁272 2015年 定価: 本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02081-7]



大人の発達障害を診るということ

診断や対応に迷う症例から考える

編集 青木省三・村上伸治

大人の発達障害に関心が高まってきている。本書では、グレーゾーンの多くの症例をもとに解説。診断と援助の基礎知識、治療・支援に繋がる診断と評価について簡潔に纏めた。

●A5 頁304 2015年 定価: 本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-02201-9]



精神科初回面接

原著 James Morrison
監訳 高橋祥友
訳 高橋 晶・今村芳博・鈴木吏良

精神科診療の「初回面接」をテーマに、その基本的な心構えから実践的なテクニックまでを幅広くまとめた決定版。具体的な声掛け・会話の例を随所に織り交ぜながら解説。

●A5 頁544 2015年 定価: 本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-02212-5]



基礎からわかる 軽度認知障害(MCI)

効果的な認知症予防を目指して

監修 鈴木隆雄 / 編集 島田裕之

認知症の前駆段階である軽度認知障害(MCI)。本書は国立長寿医療研究センターを中心に、MCIの最新の知見をまとめている。高齢者にかかわる医療職必読の1冊。

●B5 頁344 2015年 定価: 本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-02080-0]



クリニックで診る 摂食障害

切池信夫

大好評の「摂食障害——食べない、食べられない、食べたら止まらない」に続く、摂食障害の外来診療に焦点を当てた第2弾。筆者の豊富な臨床経験をベースに、実践的な診療のコツを惜しみなく盛り込んだサブテキスト。

●A5 頁 256 2015年 定価: 本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-02166-1]



認知リハビリテーション 実践ガイド

原著 Schlbeg MM, Turkstra LS
監訳 村松太郎

本書は、膨大なエビデンスに基づいて認知リハビリテーションのアプローチ法を体系化。高次脳機能障害に関わるスタッフ必読の1冊。ワークシート付き(Web付録)。

●B5 頁288 2015年 定価: 本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02145-6]



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

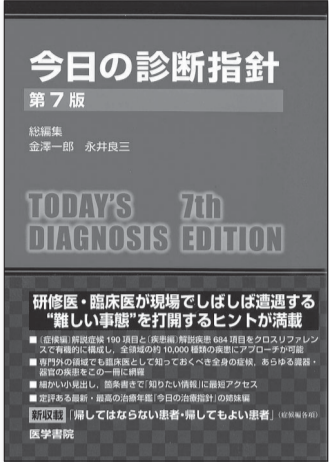
第7版

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)

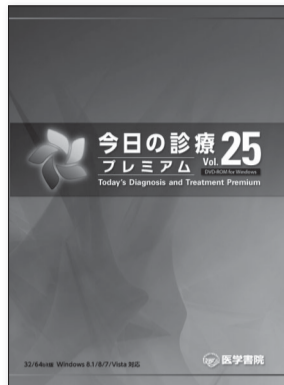


- デスク判(B5) 頁2144 2015年 定価:本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-02014-5]
- ポケット判(B6) 頁2144 2015年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02015-2]

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 Vol.25

プレミアム DVD-ROM for Windows



医学書院発行の書籍15冊を収録、全文横断検索可能な国内最大級のリファレンスデータベース(インターネット接続環境では電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」からも検索可能)。Vol.25では「今日の治療指針」「治療薬マニュアル」「臨床検査データブック」を更新、「ジェネラリストのための内科診療」を新規収載。基本設計、操作画面等、全面リニューアル。また、「今日の診療プレミアムWEB」をパソコン、タブレット、スマートフォンで利用できる「Web閲覧権」付与(登録より1年間)。

- DVD-ROM版 2015年 価格:本体78,000円+税 (JAN4580492610063)

今日の診療 Vol.25

ベーシック DVD-ROM for Windows

医学書院発行のベストセラー8冊をDVD-ROMに収録。3冊を更新。

- DVD-ROM版 2015年 価格:本体59,000円+税 (JAN4580492610087)

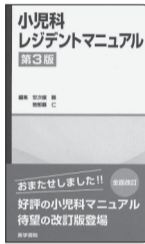
レジデント向け書籍

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]

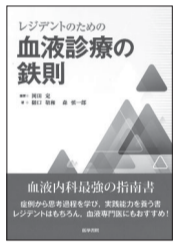


レジデントのための血液診療の鉄則

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]

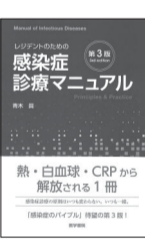


レジデントのための感染症診療マニュアル

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]



◎ビギナーからエキスパートまで! これ1冊でCTCができる、やれる



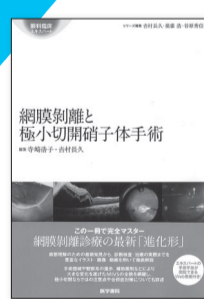
CT Colonography 実践ガイドブック

編集 野崎良一

新しい大腸検査法として注目されるCTcolonography(CTC)。通常内視鏡検査と異なり、内腔から管腔外へ、盲腸から肛門へと自由自在なその観察は大腸癌診療の新たな切り札としても大きく期待されている。「導入の敷居が高い」「実際の効果が判然としない」などの悩みをもつあなたのための、国内有数の症例数と経験をもつスタッフたちによる入門書の決定版。これ1冊でCTCができる、やれる。症例集付き。

- AB判 頁240 2015年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02151-7]

◎この1冊で完全マスター、網膜剥離診療の最新「進化形」



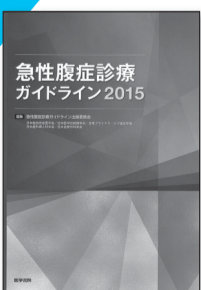
網膜剥離と極小切開硝子体手術

編集 寺崎浩子・吉村長久

眼科診療のエキスパートを目指すための好評シリーズの1冊。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テキスト。手術器械や観察系の進歩、補助薬剤の使用などで大きな変化を遂げている硝子体手術の全貌を網羅し、極小切開ならではの注意点や合併症対策についても解説。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。すべての眼科医必読の最新スタンダード。

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

◎豊富な経験と英知を結集したガイドライン、待望の刊行



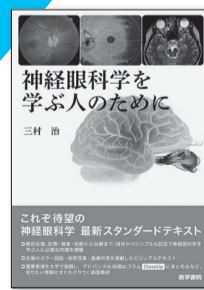
急性腹症診療ガイドライン2015

編集 急性腹症診療ガイドライン出版委員会

臨床で遭遇する機会が多い急性腹症患者に対する診療ガイドライン。症状と初期対応を重視し、限られた時間の中で的確に対応するための情報を盛り込んだ。疫学、問診、身体所見、検査の記載も充実。関連学会(腹部救急医学会、医学放射線学会、プライマリ・ケア連合学会、産科婦人科学会、血管外科学会)の豊富な経験と英知を結集した待望の1冊。

- A4 頁188 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02159-3]

◎これぞ待望の、神経眼科学 最新スタンダードテキスト



神経眼科学を学ぶ人のために

三村 治

神経眼科臨床・研究の第一線で長年活躍する著者による、待望の決定版テキスト。解剖生理、診察・検査・診断から治療まで、明快かつシンプルに記述で臨床に必要な知識を網羅。圧巻のカラー図版・症例写真・画像所見を掲載したビジュアルなレイアウト。基礎知識から最新知見まで、読者の知りたい情報にたどりつきやすい紙面構成。眼科医、神経内科医、視能訓練士など神経眼科臨床に携わる、すべての医療関係者の必携書。

- B5 頁288 2014年 定価:本体9,000円+税 [ISBN978-4-260-02022-0]



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