

2015年7月20日

第3134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

- 第20回日本緩和医療学会…………… 1面
- [寄稿]“世界標準”の研究倫理教育を研究者に(市川家園)…………… 2面
- [寄稿]“EBMの父”David Sackettと私(名郷直樹, 福岡敏雄)…………… 3面
- [連載]クロストーク日英地域医療… 4面
- [連載]還暦「レジデント」研修記/第49回日本作業療法学会…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6—7面

## 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

第20回日本緩和医療学会学術大会が、2015年6月18—20日、高宮有介大会長(昭和大)のもと、パシフィコ横浜(横浜市)で開催された。学術大会開催20回の節目を迎えた今回、「夢をかなえる——この20年、そして、あしたへ」がテーマに掲げられ、約7800人が参加した。本紙では、若年がん患者の緩和ケアの現状と課題が提起されたシンポジウムと、終末期せん妄における治療・ケアの在り方を議論したシンポジウムの模様を紹介する。

#### 若年がん患者への緩和医療の今

シンポジウム「若年がん患者(AYA: Adolescent and Young Adult oncology)への緩和ケアの現状と課題」(座長=浜の町病院・永山淳氏、静岡がんセンター・青木和恵氏)では、初めに座長の青木氏が、AYA世代はおよそ15—29歳の「思春期に始まり、完全な成長および身体的成熟にいたる人生の期間」で、「アイデンティティ確立の時代」と位置付けた。AYA世代の患者数が増加する一方、その成長過程を尊重した医療・ケアに遅れがあると指摘し、AYA世代の緩和医療をどのように築くべきかという問いを投げ掛けた。

勝俣範之氏(日医大武蔵小杉病院)は、腫瘍内科医の立場から若年がん患者について俯瞰して解説した。若年性がんの特徴には、近年、乳がん、大腸がん、子宮頸がんなどの固形がんの増加がある。またAYA世代では予後が悪い“Survival Gap”があること、若年性がんを対象とした研究・社会的サポートが少ない点を問題点として挙げた。若年性がんの中でも、特に進行がんの緩和ケアに対しては、医療者のコミュニケーションの取り方や家族へのケアが課題であり、その議論が不十分であると指摘した。氏は、社会的、精神的なチームアプローチで患者のQOLが上がるとの研究結果[PMID: 7789344]を紹介した上で、今後は系統的なケアプログラムの作成やチーム医療、社会的サポートプログラムの充実が必須と語った。

臨床心理士の榎場美穂氏(静岡がんセンター)は、発達課題からAYA世代

のケアを考察した。AYA世代は、成人(高齢)がん患者が長年積み重ねてきた人生への喪失・悲嘆を生じるのとは異なり、就学や就業、結婚・出産など、先を見据えた意思決定の結果を“未来で受け取る”特徴がある。そのため、治療後の長期フォローアップ体制が必要であり、多職種が連携し、患者本人の自立性・主体性への支援について共有することが望まれると述べた。たとえ残された時間が少ない患者でも、最後まで自分らしく生きようとする意思を持っており、「今自分がすべきことは何か」という役割を模索していると語り、医療者は、家族との関係からも患者の考えを読み解くことが重要と述べた。

小児がん経験者がAYA世代に移行した際に生じる課題を検討したのは、神奈川県立こども医療センターで小児看護に携わる竹之内直子氏。思春期の段階では、身体・社会・心理の各側面に課題を抱える。その支援は長期にわたり、どこで、誰がどのように支援すべきか考えなければならないという。氏は「本人が主体となり、必要な身体的・心理社会的支援が継続されることが大切」と述べ、看護師は、その人らしく生活できるよう支援する役割があると語った。

「がんの子どもを守る会」のソーシャルワーカーとして患者や家族の相談を受ける樋口明子氏は、昨今、AYA世代の患者からの相談が増えていると語った。相談内容は、治療や経済的な問題、将来への不安などがあるが、中でも家族や周囲との関係の悩みは複雑だという。それは、本人、家族、医療者、それぞれに思いがあるがゆえに「かみあわない歯車になっているため」と指摘。

AYA世代のサポートに正解やマニュアルはないため、考えを率直に話し合える関係が大切であると語り、患者同士・親同士が体験を共有できるピアサポートの活用も有効との見解を示した。最後に座長の永山氏が今回のシンポジウムで共有された問題点を踏まえ、緩和ケアの原点でもあるチームアプローチの推進や、患者・家族への情報提供が今後ますます必要になると結んだ。

#### 終末期せん妄における患者・家族の苦痛を和らげる

多くのがん患者の終末期に見られるせん妄のマネジメントは難しく、患者・家族・医療者に困難をもたらす。また、通常のせん妄と異なり、終末期せん妄は死の過程に重なる不可逆性があるため、治療目標の変更が必要になる。シンポジウム「終末期の回復が望めないせん妄の治療・ケアのゴールをめぐって」(座長=三重大病院・中村喜美子氏、広島大病院・小早川誠氏)では、在宅・一般病棟医師、看護師、それぞれの立場から、非薬物療法の実践が紹介された。

最初に登壇したのは、卒後、総合診療医として在宅クリニックでも活動し、現在は緩和ケア外来で診療講師を行う浜野淳氏(筑波大)。氏は、在宅では病院と比べて比較的せん妄が少ないが、発生した場合には在宅ならではの問題があると述べた。在宅においては、医療者の評価頻度が少ないため、せん妄に気づきにくく、原因の同定も困難となる。加えて、患者本人と家族が過ごす時間が長くなるために、患者の変化を家族が目当たりになること。その直接的影響、心理的ショックは大きい。もちろん、せん妄に直面した家族の不安・解釈は多様で、実際に聞いてみなければわからない。多少のうわ言であれば気にしない家族もいるし、少しの変化でも不安になった

り、薬剤の影響に懐疑的になったりする家族もいる。

だからこそ、在宅においては病棟以上に、患者に何が起きているのか、原因・対処法の伝え方が重要になると氏は指摘した。医療者は、家族の反応を見ながら、終末期せん妄の特徴を説明し、家族にもできる対応を具体的に伝える必要がある。氏は「在宅においては家族が『これくらいならやっつけよう』という感覚を持つことが重要」と語り、在宅療養を継続するか、どの程度の鎮静を行うかを含めて、家族のケア能力に応じたゴールを設定するように呼びかけた。



●高宮有介大会長

緩和ケアチームの精神科医である小室龍太郎氏(金沢医療センター)は、一般病棟と在宅との連携において心掛けていくこととして、プライマリ・ケアチームと在宅チームの活動の隙間を埋めること、疼痛・せん妄コントロールを中心にプライマリ・ケアチームや在宅チームの活動を支持・保証すること、患者本人・家族の自己効力感を支持・保証することを挙げた。さらに、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、電子カルテの掲示板に緊急連絡先を掲示したりするなど、医療者間の情報共有と家族への情緒的サポートの促進が重要だという。氏は、精神症状が意思決定能力・心理面・社会面・実存面に与える影響について事例を基に紹介し、締めくくった。

緩和ケアチーム専従看護師の津金澤理恵子氏(富岡総合病院)は、「せん妄のケア」といったときに「せん妄によって生じる危険の防止」を考えていないか問い掛けた。せん妄自体が患者にとっての苦痛であることを意識し、「厄介な意識障害」ではなく、「せん妄という苦しみを抱えた人」への対応に意識転換し、患者が「ここなら安全・安心」と感じられる場と関係を築くことを提案した。

◎ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を—緩和ケアの好評書、待望の第3版!

医学書院

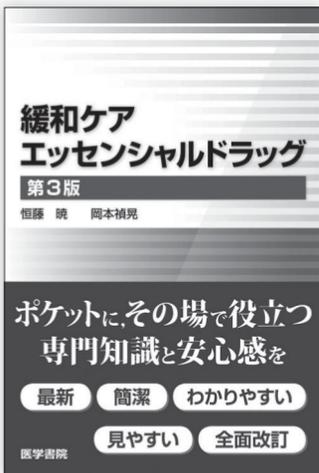
## 緩和ケア エssenシャルドラッグ

恒藤 暁・岡本禎晃

第3版

緩和ケアに必須の薬剤・諸症状のマネジメントについて、著者の経験・知識に基づいた貴重なノウハウと情報が満載の臨床で使える1冊。今改訂では、トラマドールやメサドンなどの重要な新薬をはじめ、全51成分56製剤を厳選して収録。また、症状マネジメントの解説も全面的に改訂を行い、一段と内容が充実した。コンパクトサイズのまま、より見やすく使いやすい紙面に。緩和ケアスタッフ必携の好評書、待望の第3版完成。

●三五変型 頁334 2014年 定価:本体2,200円+税 [ISBN978-4-260-02023-7]



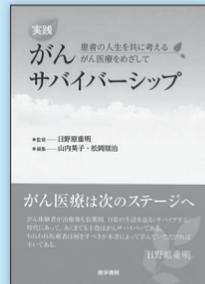
◎がん医療は新たなステージへ

## 実践 がんサバイバーシップ

患者の人生を共に考えるがん医療をめざして

監修 日野原重明  
編集 山内英子・松岡順治

がんサバイバーシップとは何か、各職種に求められるサバイバーへのかかわり方、知っておきたい患者会の活動などを、経験豊富な医療者、アクティブに活動する関係者が解説。



●A5 頁256 2014年 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-01939-2]

寄稿

# “世界標準”の研究倫理教育を研究者に

市川 家國 信州大学特任教授・倫理学・小児科学・内科学/CITI Japan プロジェクト副事業統括

近年、日本での研究上の不正問題が明るみに出るようになった。言うまでもなく、研究の不正がもたらす損害は大きい。不正によって確立してしまった研究結果が覆るまでも、多額の研究資金、何人もの研究者の時間が費やされてしまうのだ。こうした不正行為の取り締まりのために、米国ではいち早く監視機関を設置している。ただ、“取り締まり”による効果も限定的だ。より強固な土台を作るためには、全ての研究者が倫理的認識を共有し、一人ひとりが科学を支える一員として、互いの研究行為を評価・批判する責任感を持つ必要がある。

文科省は2014年8月、「研究活動における不正行為への対応等に関するガイドライン」<sup>1)</sup>を発表した。その中で、大学の各研究機関の部局ごとに「研究倫理教育責任者」を設置し、組織を挙げた定期的な研究倫理教育を義務付けている。研究者も倫理教育を受けるべきという機運が生まれている今こそ、こうした仕組みを構築する大事なタイミングであろう。ただ、これまでの日本では、研究者の行動規範に関する教育カリキュラムや、研究者の育成過程で体系的に学ぶ機会を組織的に設ける研究機関・施設は限られていた。全ての組織で一定のレベルに達した教育をすぐに開始するというのは、おそらく容易でない。

2012年より、文科省大学間連携共同教育推進事業「研究者育成の為に行動規範教育の標準化と教育システムの全国展開」(CITI Japan プロジェクト)が進んでおり<sup>2)</sup>、同事業では米国の倫理教育で広く使用されているeラーニング教材「CITI Program」を日本版にアレンジした教材の導入が掲げられてきた。本稿では、「CITI Program」を紹介するとともに、今、なぜ同プログラムが有用であるかについて述べたい。

## 上質・効率的な倫理学習ツールとしてのCITI Program

米国国立衛生研究所・米国国立科学財団は、大学院生や若手研究者に対しては研究者の行動規範教育を、さらに臨床研究(人を対象とした研究)を行う者には被験者(実験参加者)保護教育を義務付けている。こうした事実からも、米国では研究者の倫理教育の重要性が認知されていることが垣間見えよう。

上質で効率的な倫理学習の機会をいかに臨床研究者に提供するかは、長らく米国においても課題である。この課題に挑むべく、2000年4月、ボストン小児病院といった施設を含む10の大

学病院などから集まったボランティアにより結成されたのが、Collaborative Institutional Training Initiative (CITI)であった。このCITIが手掛けたのが、行動規範教育のカリキュラム構築、そしてeラーニング教材の作成と配信だ。ネットを通じて学習するシステムを用いて、研究者に必要な倫理教育を開始したのである。CITIの教材は、「各施設に専門家の講師を設ける必要がなく、質が一定に保てる」「時間や場所を選ばない」といった簡便さが歓迎され、世に広く受け入れられることとなった。今や利用者数は世界で700万人を超え、米国内では政府機関・大学病院を含む大多数の施設で採用されるに至っている。

現在、日本に合う形でCITI教材を構築・普及させようと動いているのが、先述の「CITI Japan プロジェクト」で、私も携わっている。かつて米国で「CITI Program」の教材づくりのプロジェクトにかかわっていた経験を持ち、私自身、CITIの教材で倫理教育を受けて感銘を受けた研究者の一人であるという背景が、その理由にあたる。

過去の話だ。私が非常勤の研究者として所属していたヴァンダービルト大は、全米でも最初に教育学部を足踏させた施設であった。教育に注力してきた歴史的経緯もあるのか、同大ではいち早くCITIの教材を導入し、私も早々に学習させられることになった。“させられる”としたのは、当時、「ただでさえ時間に追われている研究者から、なぜさらに貴重な時間を奪うようなことをするのか」という不満もあったからだ。が、実際に教材を30分ほどで学習した後、クイズ形式の設問を解くという過程をたどると、少し賢くなっている自分に気付いた。その内容は、研究者の身につけておくべき知識、倫理観だったのである。当初の不満は、「こうした教育は全ての研究者が受けるべきだ」という確信に塗り替えられていた。見事、感服させられた私は教材の作者にお礼を述べたいと思い、電話を手にとった。その電話口で作者に根掘り葉掘り話を聞いたことがCITIの教材づくりにリクルートされるきっかけとなったようで、現在の活動にまでつながっているというわけだ。

## 国を越えた活動が必要だからこそ、世界標準の教材を

さて、話を戻そう。なぜ倫理教育を通し、研究者が行動規範を身につけるべきかは冒頭で述べたとおりだ。では、なぜCITI教材が薦められるか、である。それは研究者の行動規範もまた、

世界標準を満たす必要があるからだと言えよう。研究者は国境を越えた活動が必要になる。いち研究者の行動規範は、共同研究や就職、留学といった場面で求められるだろうし、または自身の研究成果を論文にまとめ、世に問うときにだって求められる。一流の生命科学系の学術誌に投稿する場合、各共著者の利益相反や論文作成における役割を記載する。臨床研究となれば倫理審査委員会での承認の有無を問われ、動物実験の場合にはどのような倫理規範に準拠したかも尋ねられる。こうした世界で一般的となっている行動規範を学んでおく必要が研究者にはあり、その点では世界で広く使われているCITIが有用であると考えられるのである。

中には、「必ずしも米国で使われている教材が、日本にも適切であるとは限らない」という声もあるだろう。その指摘は正しい。確かにCITI教材は、個人情報取り扱いをはじめ、米国特有の事情に沿った内容が充実している。したがって、CITI導入に際しては、世界標準のレベルを保ちながらも、教材内の個々の項目・内容は、国の文化・状況を踏まえて濃淡をつけ直す必要がある。つまり、CITIの骨組みに日本の法律や文化、思想に沿った肉付けを行う、「日本化」が求められるのである(実はここにCITIそのものを使う以上の利用価値があって、研究者と倫理の専門家を交えて日本に合う教材を作っていく過程で、日本全体の研究倫理リテラシーの底上げも図られるだろうという期待もあるのだが)。無論、世界標準の質を担保するために、CITI側の査読を設ける必要はあり、事実、CITI Japanも査読を受けた上で教材化している。

## 「特定不正行為」をはじめ、具体的なケースを交えて解説

ここでCITI Japanの教材の中身について少し紹介したい。まず、われわれがつくる教材の特徴は下記のとおりだ。

- グローバルな見地に立つ教材
- 研究機関の大小や地域性に左右されないアクセスの良さ
- 全国的な意見集約の産物
- 若手から熟練研究者を対象
- 幅広い課題をカバー
- 外国人留学生・研究者も対象
- 習熟を担保するシステム

具体的な内容としては、例えば「人を対象とした研究：基礎編」という領域であれば、生命倫理学の歴史と原則、研究における個人にかかわる情報の取り扱いなどの13単元がある、という

具合だ。また、「研究活動における不正行為への対応等に関するガイドライン」で「特定不正行為」と定義された、捏造・改ざん・他者の研究成果等の盗用(Fabrication, Falsification, Plagiarism; FFP)であれば、具体例や発生する背景、規制などについて解説している。もちろん、昨今の論文不正問題によって着目されるようになったテーマではない。科学の進歩に反する行為はFFP以外にもあり、それが「不適切な行為」(Questionable Research Practice; QRP)と言われるものだろう。極めて手ぬるい査読のみの商業誌に発表した自身のデータを根拠に、製薬企業の広告塔の役割を果たすこと。自分の学説に不利なデータを破棄することや、他の研究者が再現実験をする上で必要な情報や材料を提供しないこと——。以上のように、ケースが多岐にわたる「不適切な行為」というテーマも取り扱っている。なお、いずれも1単元につき30分前後で学習し、設問に答え、一定の正解率に達することで「修了」となる。ウェブサイト上に教材の一覧や<sup>2)</sup>、過去にアップしたCITIの教材もあるので参考にされたい<sup>3)</sup>。

\*

研究倫理学習の義務化を受け、現在、日本の教育・研究機関でのCITIの利用者は増えており、また、同関係者からも注目されるようになったことを感じている。小規模分散型であり、また倫理教育を担える教育者のリソースが少ない日本の教育・研究機関では、eラーニングという教育手段が適しているということなのかもしれない。

研究倫理教育で扱うべき内容は広範にわたるものであり、科学が進歩する限りは新たな倫理問題も生じ得る。研究倫理教育に求められる内容は質を担保しつつも、アップデートし続けていかねばならないのだ。こうした中で、いかに上質で効率のよい倫理学習の機会を研究者たちに提供するかは、常に検討されるべきことだろう。米国の発達した倫理教育方法の技術を利用しながらも、日本に合った教育内容を検討し、提供していきたいと考えている。

### ●参考文献・URL

- 1) 文科省。「研究活動における不正行為への対応等に関するガイドライン」の決定について。2014。  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/26/08/1351568.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/26/08/1351568.htm)
- 2) CITI Japan プロジェクトウェブサイト。  
<http://www.shinshu-u.ac.jp/project/cjp/>
- 3) CITI Japan プログラムウェブサイト。  
<http://edu.citiprogram.jp/defaultjapan.asp?language=japanese>

### ●いちかわ・いえくに氏

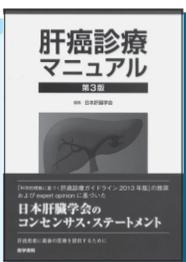
1972年慶大医学部卒。北里大病院小児科を経て、75年に渡米。カリフォルニア大内科学研究員、ハーバード大小児科学准教授、ヴァンダービルト大小児科学・内科学・生命倫理学教授などを経て、98年に東海大内科学・生命倫理学教授。2012年より現職。

最新のガイドラインの推奨およびエキスパートオピニオンに基づいて改訂

## 肝癌診療マニュアル 第3版

肝癌の基礎知識から、早期発見のためのスクリーニング法、各種検査および治療法の概要と使い分け方、治療効果判定やフォローアップのポイント等々、肝癌診療において必要となる情報のすべてを、最新のガイドラインの推奨に加えて、専門医の間で一般化している新たな試みも踏まえて解説したマニュアルの改訂版。肝癌患者に最善の医療を提供するために、肝臓領域の実地医療に携わるすべての医師に有用な1冊。

編集 日本肝臓学会



一針入魂! 達人が伝授する再建手技の極意

## 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]

高度な技術を要する胃切除後の体腔内再建。当代一流のエキスパートが行う腹腔鏡下の再建法を詳細に解説する。切除のポイント、アンビル挿入のコツ、ステイプラー操作の注意点など、豊富な経験に裏付けされた安全に手術を完遂するためのテクニックを惜しみなく伝授。実際の手術映像を収めたDVD付。レベルアップを目指す内視鏡外科医必読・必見の1冊。

編集 永井英司 九州大学大学院医学研究院准教授・臨床・腫瘍外科



# わが師, Sackett先生

## 名郷 直樹

武蔵国分寺公園  
クリニック院長



Twitterを眺めていて、Sackett先生の訃報に接した。何か書いておかなければならないような気がした。そこにこの原稿依頼である。二つ返事で引き受けた。しかし、引き受けたものの実際に書こうとなると筆が止まる。それは私自身の臨床医としての全てを振り返ることに他ならないからだ。私の臨床医としての全ては、Sackett先生の著書から始まったと言ってもいい。そうだとすれば、ここには全てを書かなければいけない。しかし、全てを書くわけにはいかないし、かといって何も書かないわけにもいかない。覚悟を決めて、書き進めてみようと思う。

出会いは1991年、卒後6年目、へき地診療所に赴任して4年目、翌年に

は母校に戻って再び研修という時期である。研修に戻るにあたり母校の先輩に「何か予習をしたほうがいいものはありませんか」と聞いたところ、「Sackettの『Clinical Epidemiology』を読んでから来なさい」という答え。言ってみれば偶然の出会いである。探して見つかったわけじゃない。でも今はそういうことこそ重要であったと思う。うまく説明できないけれど。

当時Epidemiologyが疫学であるということすらわからなかった私であったが、特に何に興味があるわけでもなく、何を勉強したいということもなかった。とにかく暇にまかせて、辞書を片手に逐語訳をしながら読んでみた。読み始めは、英語もやたら難しく、修行のような感じであった。しかし、読み進めるにつれ、この本は何としてでも読みたい、読まなければ、そう思

わせる何かが見いだされた。その何かこそ、今でいうEvidence-Based Medicine (EBM)であるが、当時はまだそのようなコトバは知らなかった。EBMというコトバは知らないが、そこにはすでにEBMの魂が込められていて、その魂に触れてしまった。あとはもう憑りつかれたように読み続けた。意味がわからないところもたくさんあった。しかしそんなことはどうでもいい。問題はその魂に触れたかどうかである。いったん魂に触れてしまえば、あとはもう時間が解決してくれる。

わけのわからない部分は、その後のJAMAの論文の使い方シリーズ<sup>1)</sup>で明らかになった。あのSackettが連載を始めたと聞いて、これは読まなければと毎週図書館に足を運んだ。不定期連載であったこのシリーズを毎回心待ちにして読んだ。休載の号に当たると

がっかり、掲載の号に当たるとやったという感じである。当時読んでいた連載漫画、小林まことの「1・2の三四郎」よりも、この連載により引き付けられた。「1・2の三四郎」の休載もがっかりであったが、JAMAのシリーズ休載はさらにながかりであった。

以後20年以上にわたって、EBMの臨床現場での実践ということに賭けてきた私であった。この本との出会いがなければ、今の私はない。そういう意味でSackett先生は間違いなく私の師匠の一人である。直接教えを受けたことがないどころか、まったく話をしたことすらないにもかかわらず、である。Sackett先生亡き後、私にできることは、できる限り多くのことを思い出し、振り返ることである。そこでまた、いま再び新しいSackett先生に出会うことができるかどうか。それが差し当たっての私の宿題である。

Sackett先生亡き後、私にできることは、できる限り多くのことを思い出し、振り返ることである。そこでまた、いま再び新しいSackett先生に出会うことができるかどうか。それが差し当たっての私の宿題である。

1) Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992; 268 (17) : 2420-5. [PMID : 1404801]



●『Clinical Epidemiology』(第2版, 1991年)

# Perspective “EBMの父” David Sackettと私

David Sackett氏が2015年5月13日に逝去した(享年80歳)。Sackett氏は1967年、カナダ・マクマスター大医学部にて臨床疫学・生物統計学部門を設立。1994年には英国オックスフォード大Centre for EBMの教授に就任。『Clinical Epidemiology』『Evidence-Based Medicine』などの著書を残し、“EBMの父”とも呼ばれる。日本でのEBM普及に取り組み、Sackett氏に師事した名郷氏・福岡氏が、追悼文を本紙に寄せた。

しい情報についていくかに ついての章もある。この本がSackettによって書かれたものだった。臨床現場での考え方や判断の手順、自己学習の方法の「枠組み」が示されている本だった。

その後、カナダや英国でSackettの講義を聴く機会があった。Sackettの講義は、いつも最後がぼんやりしていた。そのぼんやりした感じが、学習者への敬意の表れであると感じていた。そんなSackettに多くの人が刺激され、行動変容を促されたのだと思う。自分のことを振り返ると、1997年にカナダのマクマスター大でワークショップを受けてから講義の枠組みを全く変えた。個々の事項を全て教えることを諦めた。学びたい人を励まし、学ぶために必要な枠組みと方向を指し示す。それが講義の最も重要な目的だと気付いた。その究極のお手本が最終講義だった。

1999年夏、英国オックスフォード大Centre for EBMのワークショップに参加した。そこで、Sackettの最終講義が開かれたので参加した。40分ほ

どの講義だった。まずテーマが与えられる。講義の手法についてみんなでペアディスカッションを行う。そして、みんなで発表。それぞれの発表を受けて、Sackettから短いポイントの突いたコメントが返される。書記が発表内容を全て黒板に書き留めた後、おもむろにOHPを1枚出す。学習者にとって意味のあるプランであるためにはどんなポイントがあるかと簡単に解説する。なるほど、と思いながら聞き入る。で、終わった。拍手で、私の思考は中断した。はっとわれに戻る。そのとき、私の頭の中に講師の姿はなかった。誰が話しているか忘れていた。講義の内容すら不確かだ。ただ、自分が考えていること、これからやらなければならないこと、つまり変わらなければならない自分自身があった。言葉を失った。やられた、と思った。これが最高の講義だ。

最後に、印象に残る具体的なアドバイスを書いた。実務的なことで印象に残っているのは以下の2つ。「質問したら待ちなさい。27秒待ちな

さい。待つのはつらいかもしれないけど、待たれるほうもつらいんだよ。考える時間も必要だし」「講義の最初を遅らせては駄目。たとえ遅れてくる人が多くても時間通りに始めること。最初からちゃんと来ている人に敬意を払い、後から来る人をやんわりととちめることができるからね」

最も重要と思えることは以下の3つ。「あなたが教えることなんてちっぽけだよ。結局、学習者が学ぶことのほうがたくさんになるんだよ」「いいかい、学ぶことにピリオドが打てるのは学習者だけだ。ここまで勉強したらおしまい、と学習者に言うてはいけない。目の前の彼/彼女は私たちよりも優秀かもしれないだろう。邪魔だけはしないようにしようよ」「セッションの最後にまとめない。セッションの成果は学習者に任せる。セッションをまとめるのは学習者だよ。ファシリテーターのあなたがまとめちゃ駄目だ」

すべてがSackettのオリジナルではないだろうが、これらのことをとことんまで考え抜いた到達点がああ最終講義だと感じた。

最終講義の後、Centre for EBMのスタッフとワークショップのファシリテーターから赤いラジコンボートを贈られて、子どものように喜ぶSackettの姿が最後の思い出だ。それを撮影したデジカメは、ロンドンのビクトリアバスステーション近くでリュックサックごと奪われ、失われてしまったけど。

# Sackettから 学んだ「教える」 ということ

## 福岡 敏雄

倉敷中央病院  
総合診療科主任部長・  
救命救急センター長



2015年5月13日にDavid Sackettが亡くなった。このニュースに接したのは年に1度の名古屋大学でのEBMに関する講義の2日目が終わってからだった。私は、疫学者ではなく研究者でもない。ただ、Sackettとは何度か会い、「教える」ことについて話し、アドバイスを受け、手本を見せてもらっていた。その内容をここに記したいと思う。

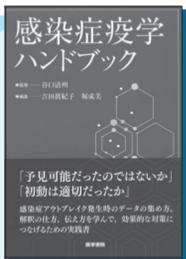
最初の出会いは1985年、大学病院近くの大阪中之島の医学書専門店の2階にその本はあった。多くの派手な背表紙の中で、黒く白抜きで『Clinical Epidemiology』と題名が書かれていた。なぜか気になり手にとった。カラー写真が目にとまった。バセドウ病と思われる患者さん、トリソミーと思われる子ども、そんな写真だった。内容をチェックすると、写真を一目見たらわかることが理屈っぽく書かれていた。他にも治療法の決め方からどうやって新

感染症アウトブレイクに対する連携と協働のために

## 感染症疫学ハンドブック

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。国立感染症研究所実地疫学専門養成コース(FETP-J)出身者が中心となって執筆。医療機関、自治体、保健所のスタッフが知識と経験を共有して活動していく上で必須の1冊。

監修 谷口清州  
国立病院機構三浦病院 臨床研究部 国際保健疫学研究室長  
編集 吉田真紀子  
東北大学大学院感染制御学 検査診断学  
堀 成美  
国立国際医療研究センター国際感染症センター



心因性非てんかん性発作 (PNES) と診断されたら? その病態、治療、支援を解説

## 心因性非てんかん性発作へのアプローチ

PTSDといった心理的要因によりてんかんの発作を起こす「心因性非てんかん性発作 (PNES)」は、てんかん臨床現場で多数の患者がみられるにもかかわらず、いまだ不明な点も多い。米国で心理士としてPNESに向き合ってきた原著者が、その臨床症状と具体的な心理療法的アプローチについて患者向けにコンパクトにまとめたガイドを翻訳。本邦におけるてんかん臨床の第一人者である監訳者によるコラムも理解を助ける。

原著 L. Myers  
監訳 兼本浩祐  
愛知医科大学精神科学 教授  
訳 谷口 豪  
東京大学医学部附属病院  
精神神経科 助教



川越 前回(3129号)では、GPと地域の多職種との連携について話を伺いました。医療の質向上に向けた取り組みを考えたとき、英国では地域住民の役割も大きな意味を持つようです。今回はこの点について伺います。

### 診療所の医療サービスを住民と議論する

澤 近年の英国では、住民参加型の医療サービスが重視されています。それを実現させる1つの手段としてNHSが定めたのが、診療所スタッフと登録住民とで議論を行う「Patient Participation Group Meeting (PPGM)」の実施です。各診療所は、PPGMを通して地域住民のニーズを把握し、提供するサービスに反映させていく。いわば、住民から診療所へと“ボトムアップ”でよりよい医療を構築することが目指されているわけです。

川越 地域の診療所と住民とが膝を突き合わせて話し合う場があるのですか。そうした機会はどのくらいの頻度で設けられ、どのようなテーマについて話し合われているのでしょうか。

澤 3か月に1回のペースで、平日午後の外来を終えた夕方に約1時間開催しています。テーマは毎回変わりますが、基本的に「診療所の登録住民からの要望」によって決められたものです。

私の診療所の例を出すと、過去、外来診療時間の延長を登録住民の方々と話し合ったことがあります。以前は平日午前8時—午後6時半のみが外来の受付時間だったのですが、住民からの「Extended hours (追加の診療時間)」を求める声が上がったのです。ちょうどそのとき、「診療時間を延ばすと診療所に追加報酬が入る」という政策上のサポートもあって、住民との話し合いの末、土曜日の午前中にも外来を受け付けるように変更しました。

川越 診療所の提供するサービスのスタイルが登録住民のニーズによって変わるとなれば、同地域でも診療所ごとに違いが生まれそうです。

澤 そうなんです。実はExtended hoursの議論が行われた際、同地域の他の診療所が採用していた「平日の外来診療時間を午後8時までに変更する」という案も考えられました。しかし、私たちの診療所に通う住民の間ではそのニーズが低く、結果的に週末に新たな時間を設けたという経緯があります。こうした例はいくつもあり、同じ地域の診療所であっても、提供するサービスのありようは登録住民のニーズによって変わっていく仕組みです。

川越 その話し合いの場にはGPが立ち会うこともあるのですか。

澤 はい。診療所開業の責任者の立場であるGP(「GP Partner」と呼ばれる)は必ず参加し、医学的な質問はもちろん、責任者として診療所マネジメント全般に関する質問などに応じます。GP以外に参加するのは、「Practice Manager」という立場のスタッフと事

# 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8回

## 住民本位の地域医療を促進する取り組み

務スタッフです。Practice Managerは診療所の経営や運営に詳しいアドバイザーで、その種の質問や議論においてGPをサポートします。一方の事務スタッフは、受付などの事務作業にかかわるような住民の声にええたり、議事録を作成したりしています。

川越 澤先生の診療所の登録住民は約8500人というお話を第1回(第3100号)で伺いましたが、実際に話し合いに出席する住民数はどのくらいですか。

澤 参加する住民は10—20人ほどですね。地域のニーズがきちんと反映されるよう、参加者のバランスには注意しているところです。また、こうした場以外にも、「GP Patient Survey」という登録住民アンケートを年に1回行い、患者・家族からの要望やフィードバックも常時受け入れるなどの取り組みも行っています。

川越 なるほど。「地域住民との対話を通し、地域の医療の在り方を考えていく」。この部分だけを取り出して考えると、岩手県一関市にある一関市国保藤沢病院の実践が思い起こされます。同院では、公民館などの地域の現場に出て住民との議論の場を持ったり、研修医の研修成果報告会には住民にも参加してもらったりといった取り組みを行っています<sup>1)</sup>。澤先生のおっしゃる「住民本位」の取り組みと通底するものが、日本の先行事例にもあるのではないかと感じますね。

### 地域医療政策を担う組織に住民代表が参加

澤 また、イングランドでは“ボトムアップ型”の政策をさらに推進するべく、2013年4月から新たな取り組みも試みられています。イングランド内の診療所は、必ず「Clinical Commissioning Group (CCG)」と呼ばれる組織の傘下に入ることになったんです。

CCGは、地域に合う医療サービスを検討し、適切な医療機関に委託する組織です。一次医療の診療所を管轄するほか、病院、専門医療などの二次医療、メンタルヘルス、訪問看護などのコミュニティサービス、リハビリなどのヘルスケアに関して、政策決定や予算配分の調整を行う「地域医療マネジャー」の役割を担っています(註1)<sup>2)</sup>。

川越 以前、似た機能を持つ「Primary Care Trust (PCT)」という組織を聞いたことがあるのですが。

澤 CCGは、PCTの後継に当たる組織と言えます。PCT時代は、多額の資金が注ぎ込まれていたにもかかわらず、地域のニーズに合わないトップダウンの政策決定を繰り返していたという批判がありました。それで組織改編されたCCGには、地域の医療ニーズを最も的確に把握するGPを運営委員会メンバーに配置し、GPに責任と権限を与えることで、地域医療サービスの質と効率をさらに高めようと設計されています<sup>2)</sup>。

川越 地域の医療ニーズはGPこそが把握している、と。

澤 その上で、委員会には数人の一般住民代表も入っていて、他の運営委員であるGPや病院医師、看護師と同じテーブルに座り、地域の医療政策に関する議論を行っているんです。数か月ごとに開催されるこの会議は、誰でも傍聴可能で、透明性が担保されたものになっています(註2)。

### 医療提供体制と国民の意識の違い

川越 PPGMとCCGについては、個々の取り組みに学ぶ点はある一方、それらの実践を支える制度の成り立ちにあらためて大きな違いを感じました。NHSという“ナショナルサービス”として医療が行われているからこそ、

実践できるようなにも感じるので。日本も公的医療機関や公に準じる医療機関は存在するのですが、私的医療機関のほうが圧倒的に多数を占めます。各医療機関も地域の実情を踏まえて方針を決めるとは思いますが、どのような医療を展開するかを最終的に決断するのは、多くの場合、組織の責任ある立場の方でしょう。決定プロセスに地域住民が参加するという形は、公的医療機関の一部や生協などの住民組織立の医療機関に限られると思います。澤 公的な色合いが強い英国と、日本の事情は大きく異なるわけですね。川越 また、お話を伺って感じたのは、そもそも国民一人ひとりの医療に対する意識そのものが大きく異なるのではないかと、ということです。日本の多くの国民にとって、医療機関は「疾病・けがが生じたときに受診する場所」でしょう。もし日本で地域住民が主体的に医療機関に対し、地域で果たすべき役割についてまで議論するとすれば、それは「先進的な取り組み」と語られると思うのです。

英国では「シティズンシップ教育<sup>3)</sup>」が推進されていると聞きますが、こうした取り組みが「医療を含め、社会は国民が形作る」という意識や考え方を養うように意図され、浸透しているのだとしたら、日本が一朝一夕に真似できるようなものではなさそうです。澤 確かに、英国では「医療は私たちのもの」といった公共精神が強いと感じます。OECD Health Statistics 2014を見ると、総医療費に占める公的支出の割合は英国84%、日本82%と両国共に高水準ですが<sup>4)</sup>、その一方で国民の認識という点では大きな異なりがあるのかもしれないということですね。川越 そうした意識の違いを踏まえても英国の実践をそのまま輸入するのは難しい。取り組みからはエッセンスを取り出し、日本に合う形に落とし込む必要があるのでしょうか。(つづく)

註1：1つのCCG当たり、平均約25万人の住民を担当する。澤氏の地域のCCGは約35万人の住民を担当し、約40の診療所を管轄。なお、CCGは本文に挙げた機能以外にも「処方薬剤の外部監査機能」を持つなど、地域の医療サービスを管理する機関として幅広い役割を持つ。

註2：CCG運営委員会に加わるGPは、地域のGPで立候補した者から、GP間の投票により選出される。また、CCGとGPの利益相反を管理するために、澤氏の地域では、住民代表、病院医師・看護師、Chief Finance Officer, Accountable Officerなど、GP以外からなる別の委員会がCCG内に設置されている。

●参考文献・URL

1) 佐藤元美。住民との対話でつくる地域医療。週刊医学界新聞第3021号(2013年4月1日)。http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03021\_04

2) NHS. Clinical commissioning group governing body members: Role outlines, attributes and skills. http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/04/ccg-mem-roles.pdf

3) 経産省。シティズンシップ教育と経済社会での人々の活躍についての研究会報告書。2006。http://www.akaruisenkyo.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/10/hokokusho.pdf

4) OECD Health Statistics 2014. http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

議論は出尽くした、今こそ、行動を！

## 医療政策集中講義 医療を動かす戦略と実践

団塊の世代が後期高齢者となる2025年の医療・介護ニーズと現在の提供体制の巨大なミスマッチをどう解消するかという、いわゆる「2025年問題」に対処するためには、いまが諸制度を状況に適合させる「ラストチャンス」。理想の医療を実現するために、患者支援者、政策立案者、医療提供者、メディアといったステークホルダーは何をすべきなのか。そのヒントを得るための、第一線で活躍する講師陣による20本の集中講義。

編 東京大学公共政策大学院 医療政策教育・研究ユニット

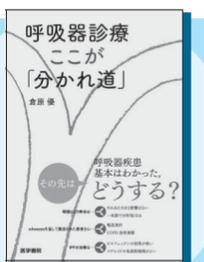


日常の呼吸器臨床で遭遇する無数の選択肢、あなたの進むべき道はどっちだ

## 呼吸器診療 ここが「分かれ道」

日常の呼吸器臨床の場で、疾患の診断や鑑別、薬剤の選択、さらには患者からの訴えへの対処法といった様々な岐路に遭遇した場合、臨床経験が豊富な医師はどのような思考回路で、数ある選択肢の中から自分なりに最適な解を導き、診療するのか、その頭の中を解き明かす。エビデンスに基づいた記載が基本となるが、終末期医療などの意見が分かれるゾーンについても知識やデータを示す。呼吸器科領域への興味や湧くコラムも多数収録。

倉原 優 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター内科



# 還暦「レジデント」研修記

## 医師不足の現場で働いて

Lee 李啓充 大原総合病院内科

第4回(最終回)

24年ぶりに臨床に戻ることを決意した還暦医師の目に映った光景とは、全4回の短期集中連載でお伝えします。

前回までのあらすじ：震災復興の一助になるべく臨んだ臨床再研修は、還暦の身にはとりわけこたえる過酷なものだった。

私にとって、市立恵那病院における業務が過労死の恐怖におびえるほど厳しいものであったことは前回も述べた通りである。医師不足の現場で働くことで、日本の地域医療の現実を文字通り肌で実感することとなったのだが、医師を過重な労働に追い立てることの最大の弊害は、彼らから「優しい心」や「気配り」を奪い去ることにあるのではないだろうか？

例えば、ひっきりなしに患者がやって来た休日の日直で、入院を5人入れたことがあった。2台目、3台目の救急車はまだ「今日はよく来るな」と思う余裕があったが、疲れが蓄積するにつれ、「救急隊からの電話」と聞いただけで「もう勘弁してくれ」と反応する状態になっていた。

本来であれば17時に日直の業務から解放されるはずだったが、入院患者が立て続いたせいで残務が多く、前日に入院させた高齢のインフルエンザ患者の病室を訪れたときは、21時近くになっていた。39度台の発熱が続くことが気になったものの、患者が「前日より楽になった」と言うので、特に追加の指示を出すこともなく病院を後にした。

翌朝、「インフルエンザ患者の酸素飽和度が上がらない」との病棟からの電話で起こされた。胸部写真を撮ってみると、わずかに40時間の経過で両肺が真っ白になっていた。お看取りの過程で、奥様が患者にすがりついて「あなた、ごめんなさい。許して」と泣き続けたので、「いったい、何を謝っているのだろう」と不思議に思ったが、疲労が朦朧とした頭ではその理由が思いつかなかった。

その後、奥様が謝っていた理由は何だったのだろうと、気になってならなかったのだが、奥様が謝り続けた理由を作ったのは自分だったと気が付いたのは、2-3日後のことだった。来院時の問診で感染は奥様経由らしいと判明した際に、「夫婦仲がよろしいようでよかったですね」と私が軽口をたたいたがために、奥様は「自分がうつしたせいだ」と思い込み、自責の念に苛まれておられたようなのである。疲れで頭に霧がかかった状態でなければ、

@igakukaishinbun

もっと早くに気が付いて「責任など感じる必要はない」と説明できていたなら、そういった気配りをする余力がなかったがために、家族に不必要な「罪の意識」を負わせる結果となってしまったのだった。

### 医師の「優しい心」を奪う「コンビニ受診」と過重労働

「疲れると患者に対する思いやりの気持ちが減ってしまう」自分の人格の至らなさをあらためて思い知らされる次第となったのだが、優しさが減じるだけにとどまらず、疲れるといらいらしたり不機嫌になったりするのは、人格の如何によらず、極めて普遍的な現象なのではないだろうか。最近、ある病院の救急外来で、医師が患者家族に「クソ、死ぬ」と暴言を浴びせた事件があったが、救急車がひっきりなしに来院し続ける状況の中で飛び出した言葉だったと聞いている。過労にあえぐ医師から「優しい心」が奪い取られた果ての暴言だったように思えてならない。

さらに言わせてもらうなら、私にとって、優しい気持ちになることがとりわけ難しかったのがいわゆる「コンビニ受診」の患者たちだった。「夜なら待たされない」等の理由で、夜間の救急外来を、24時間開いているコンビニと同じ感覚で「利用する」患者たちである。

一例を挙げると、夜中の2時に「何日も前から体が痒い」と訴えて来院した患者に寝入りばなを起こされたことがあった。しかも、過去の受診歴を見ると、正規の時間内に来院したためではなく、いつも軽微な理由で夜間に来院することを常とする患者であった。言わずもがなとは知りつつ、コンビニ受診についての苦言を呈したところ、患者は、「夜中に受診した際に、医師に失礼なことを言われた」とする怒りの投書を市に送りつけた。

後日、病院の苦情担当係が患者に「詫びた」電話の会話録を読まされたが、コンビニ受診の弊害について患者に説明しようとする努力は一切放棄したまま謝り続けていたので、私は「まるでコンビニ受診を奨励しているようではないか」と、あきれほかなかった。病院としては苦情が寄せられたことに対して私が反省することを期待して会話録を読ませただろうが、私としては「味方に後ろから鉄砲で撃たれた」かのような失望を覚えざるを得なかった。

そうだったのか！—最新の論文をもとに気になる臨床上の疑問を解き明かす

## 外科医のためのエビデンス

気になる…でも、調べるのは大変。教科書やガイドラインでは解決できない臨床上の問題を以下の構成で解き明かす。【素朴な疑問】外科医が直面する臨床問題を提示→【基本事項】教科書的な知識や常識的な知見を要約→【医学的根拠】世界中の疫学研究や臨床研究をデータで紹介→【補足事項】関連する研究を補足→【筆者の意見】30年の臨床経験に基づく著者の見解→【疑問の解決】文献から得られた現時点での結論を明示！

安達洋祐 久留米大学准教授・外科

外科医のためのエビデンス

気になる臨床問題30

# 第49回日本作業療法学会開催

第49回日本作業療法学会(学会長＝神戸学院大・古川宏氏)が、6月19-21日、神戸ポートピアホテル(神戸市)にて開催された。日本に作業療法士が誕生してから50年の記念すべき年にあたる今年大会では、「温故知新—五十路を還り将来を展ぶ」がテーマに掲げられた。本紙では、学会長の古川氏が司会を務め、初代から第四代までの歴代協会長経験者が、在職中の取り組みと後進へのメッセージを述べたシンポジウム「温故知新—歴代協会長からの提言」の様態を報告する。



●古川宏学会長

◆先達による、作業療法士の将来像についての提言

初めに登壇したのは、初代会長の鈴木明子氏(北大新渡戸カレッジ・在職1966-1979年)。氏は、作業療法の方法論はもちろん大切だが、それよりも「〇〇のために行く」という目的意識を持つことが重要であると強調。後進に対しては「次の世代にバトンを渡したので、一人ひとり元気に活躍してほしい」とエールを送った。

「未来の作業療法士育成に向けては“人間力”を育むことが大切」。こう語った二代目会長の矢谷令子氏(日本リハビリテーション振興会・同1979-1991年)は、その実現には作業療法士同士が助け合い支え合う教育体制が、臨床・教育それぞれの現場に必要と述べた。さらに氏は、作業療法士はまずしっかり「作業」を行うべきであり、「作業療法のプロフェッショナル」と堂々と言えるようになってほしいと主張。対象者の役に立つ作業療法士育成には、協会一丸となって取り組むことが望まれると呼び掛けた。

三代目会長の寺山久美子氏(大阪河崎リハビリテーション大・同1991-2001年)は、今後期待する作業療法士像を10点にまとめた。その中でも、「地域生活ケアの領域で活躍できる」「認定・専門作業療法士を取得して、より質の高い専門職として活躍できる」「認知症や発達障害領域で活躍できる」「起業・開業し、成功したビジネスモデルを提供できる」などを強調。作業療法士は、市民からより認知され期待される存在になってほしいと呼び掛けた。

最後に発言した四代目会長の杉原素子氏(新宿けやき園・同2001-2009年)は、将来への提言として、作業療法に関する“取り決め”において変えることが許されるものとそうでないものとの区別を見極めなければならないと語った。また、教育面では、作業療法士の育成に際して、教える側の能力で教育のレベルを抑え込まないことが作業療法士の能力の幅を広げることにつながるという見解を示した。最後に氏は、人々を健康に導く専門職として、作業療法士が果たすべき役割を常に広い視野で探索・追求することが重要と締めくくった。

### 「医療費抑制」大合唱の先にある日本の医療制度とは

そもそも、交代制で「夜間診療」を受け持つ勤務体制であったならばコンビニ受診に対しても昼間の診療と変わらない対応をしていただろう。しかし、通常、医師の「宿日直」は、労働法上、時間外労働に対する基準の適用を除外する例外的位置付けをされた勤務体制である。労働基準監督署の許可を得た上で時間外労働の基準適用を除外しているのであるが、除外のための条件は、「常態としてほとんど労働する必要のない勤務」とか、「原則として、通常の労働の継続は許可しない」とか、「夜間に十分睡眠がとりうること」とか、実際の宿日直業務と照らし合わせたとき、「悪い冗談」としか聞かれない項目ばかりが並んだ代物である。換言すると、労働基準監督署からいつ許可を取り消されても不思議のない、「宿日直」という名の違法な時間外労働を医師に強いておいて、「通常の業務と変わらず宿日直中のコンビニ受診に対応せよ」と言われても、ナイーブに「はい、そうですか」と受け入れることは難しいのである。

以上、24年ぶりに日本の臨床に復帰した体験のごく一部を記したが、私には、日本の地域医療の現在の窮状が早急に改善される見込みは極めて小さいように思えてならない。というのも、

メディアで伝え聞くこの国の医療政策は「医療費抑制」の大合唱ばかりだからである。政策担当者は「持続可能な医療制度を構築するためにはさらなる医療費抑制が必要だ」と言っているようだが、還暦を過ぎた医師に、過労死の恐怖を覚えさせるような「違法な」時間外労働を強いなければ維持できない制度など、とっくに崩壊していると思うのだがどうだろうか？ 今以上に医療費を抑制すれば、地域医療の崩壊はますます加速するだけだと思うのが普通の考え方なのではないだろうか？

ここまで、全4回にわたって還暦の身で臨床再研修に挑んだ動機と顛末について紹介した。今から振り返ると、臨床医として復帰するために、自らに「荒療治」を施した感は否めない。荒療治のかいがあったかどうかはともかくとして、本連載にも度々登場した村川雅洋教授(福島医大)のご紹介で、本年5月、福島市の大原総合病院に赴任した。野兎病の研究で知られる「老舗」病院であるが、震災後常勤医が10人減ったと聞いている。幸い、妻・田中まゆみ(前北野病院総合内科部長)も夫の志すところに意気投合、夫婦そろっての赴任となった。もし、読者の中に、「震災復興を支援したい、行ってもよい」と思われる方がいらしたなら、ぜひ私(gotofukushima@gmail.com)までご連絡くださるようお願いしたい。

## 現場で“本当に”役立つ知識とは？

雑誌「INTENSIVIST」の循環器関連特集号を再編集、さらに新章を追加し、バージョンアップ

### 循環器急性期診療

▶雑誌「INTENSIVIST」の循環器関連特集号(「不整脈」「急性心不全」「急性冠症候群」など)に最新の知見を踏まえて加筆、さらに新章を追加し全95章に再編集。重症循環器疾患の急性期管理を網羅。初療室からCCU/ICUを経て退院に至る過程の中で、患者の病態の把握や治療指針の決定に真に役立つ知識を提供。常に迅速かつ確かな判断が求められる循環器、急性期に関わる医師にとって、困難な状況を克服するための一助となる書。

編集：香坂俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

定価：本体9,200円＋税  
B5 864頁 図278・表187・写真88 2015年  
ISBN978-4-89592-814-4

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.medsi.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

# Medical Library 書評新刊案内

## 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

鈴木 隆雄 ● 監修  
島田 裕之 ● 編

B5・頁344  
定価:本体5,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02080-0

【評者】小野 玲  
神戸大大学院准教授・保健学

本邦において、65歳以上の高齢者は全人口の約25%であり、高齢化率は世界一である。中でも、75歳以上の後期高齢者が増加し、2030年に後期高齢者は5人に1人、2055年には4人に1人と推計されている。

### 超高齢社会に立ち向かう医療職必携の書



後期高齢者が増加する超高齢社会において解決をしなければいけない疾病の一つが認知症である。認知症は年代別にみると75歳未満は10%弱であるが、加齢とともにその有病率は増加し、85歳以上では40%を超えると推計されている。近年の核家族化による家族構成の変化は、認知症患者を支える側の高齢化とも相まって、認知症は本人のみならず介護者の生活に大きな影響を及ぼしている。

現在、認知症の約半数はアルツハイマー型認知症である。残念ながら現時点でアルツハイマー型認知症の根本治療がないのが現状であり、アルツハイマー型認知症をいかに予防するのが鍵となる。

軽度認知障害(mild cognitive impairment; MCI)は認知症ではないが、軽度な認知障害を有しており、アルツハイマー型認知症に移行するリスクが高いことが明らかとなっている。同時に、MCI高齢者は一定の割合で正常な認知機能に戻るとも言われている。このことにより、アルツハイマー型認知症の前段階と考えられるMCI高齢者に

対して、いかに対策を講じて、アルツハイマー型認知症への移行を減少させられるかが戦略として妥当かつ重要とされている。MCIは本邦において一般的にはあまりなじみのない名称であるが、世界的にはアルツハイマー型認知症予防にとって可逆性を秘めた時期として非常に注目されている。

本書ではMCI高齢者のアルツハイマー型認知症への移行をいかに予防するのかについて、疫学的視点、因果背景、スクリーニングツールの開発、そして集団介入から地域保健所事業としての一般化までの流れについてわかりやすく述べられている。

第3章「MCIの認知機能の特徴」では、必要な認知機能評価のさまざまなテストバッテリーについてまとめられており、本書を読んだ人がすぐに取りかかれるように配慮されている。第5章以降は、鈴木、島田両氏らによる地域におけるMCI研究の成果と、当該領域の第一人者の研究者らによる最新の研究成果を基に述べられている。

本書は簡潔かつ明確に整理されているため初学者にも学びやすい内容となっている。また、最新の研究成果と地域保健事業の実際についても詳細に述べられており、研究者だけでなく臨床家や地域保健従事者においても有益な情報を提供しており、多くの方に必携の書としてお薦めしたい。

## 「型」が身につくカルテの書き方

佐藤 健太 ● 著

B5・頁140  
定価:本体2,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02106-7

【評者】藤沼 康樹

医療福祉生協連家庭医療学開発センター長/千葉大大学院看護学研究所附属専門職連携教育センター特任講師

これまで寡聞にして、カルテ記載に関してフォーマルな医学教育カリキュラムはあまり目にしたことがない。むしろいわゆるPOSシステムにおけるSOAP(主観的情報、客観的情報、評価、診療計画)に分けて記載することはよく普及しているが、その意味はあまり知られていない。

本書の特徴は、医学教育における医師の成長段階としてのRIMEモデル(Reporter⇒Interpreter⇒Manager⇒Educator)とSOAP(Subjective, Objective, Assessment, Plan)を対応させて、診療記録を教育や診療の質改善と結び付けているところにある。そして、これまでは単に「患者の訴えを書く領域」とされていたSOAPにおける「S」を「間接的に得られた情報」、「O」を「直接観察による所見」と明快に定義し直している(これらの情報をどう集めるかは診療の場によって違うことも強調されている)。アセスメントの「A」はしばしば問題リストや異常値の羅列になるが、これを「意見」と定義し、省察のもとに自身の考えを記載する場としている。このアセスメント

「A」に意見を論理的に記載すること自体が、臨床推論能力の訓練そのものになるであろう。それに基づき診療計画「P」を記載するが、ここに含まれる内容として予防や退院調整、介護福祉サービスを重視しているところが、著者の総合診療医らしさを感じる。

著者は、診療所における地域ケアや在宅診療から、大規模総合病院まで非常に幅広い場での診療経験があり、本書における診療の場(病棟、外来、訪問診療、救急、ICU)ごとのカルテ記載の記述は圧巻である。恐らくこれだけのバリエーションのある診療現場における診療情報に関して深い洞察ができる医師はそうそういないし、分担執筆になりがちなかようなテーマを単著として完成させた著者に敬意を評したい。

今後の日本のヘルスケアシステムの大きな課題が連携であり、カルテがそのためのコミュニケーションの重要な結節点になるであろう。若い研修医だけでなく、自身の診療の質の向上をめざしている全ての臨床医に一読を勧めたいと思う。

## 糖尿病 作って食べて学べるレシピ 療養指導にすぐに使える糖尿病食レシピ集&資料集

NPO 法人西東京臨床糖尿病研究会、植木 彬夫 ● 監修  
高村 宏、飯塚 理恵、高井 尚美、土屋 倫子、中野 貴世 ● 編

B5・頁192  
定価:本体2,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02107-4

【評者】渥美 義仁  
永寿総合病院糖尿病臨床研究センター長

近年、新しい経口薬や注射薬が使えるようになって、糖尿病治療は食べ物と切っても切れません。当然といえば当然ですが、昨年登場したSGLT-2阻害薬も、食事療法を守れない患者さんでは効果が出ないことがはっきりしてきました。何を食べるか、どう食べるか、何を先に食べるか、カロリーは、炭水化物は、などなど口から入るものについての理解は進み、エビデンスも積み上がって

きました。しかし、実際の糖尿病臨床では、食事療法ほど難しく成果が挙がりにくいものはありません。本書は、東京多摩地区を中心に活動している、NPO法人西東京臨床糖尿病研究会の高村宏先生などと登録管理栄養士の方々が、長年の調理実習のレシピと日常診療での食事指導の資料をまとめた一冊です。レシピ編は、春夏秋冬に分けて、魚のおいしさ、ブイヤベースのおもてなし料

### レシピ本にとどまらない糖尿病食事療法の資料集

# 「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
- ③TOEFL 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)
  - ④USMLE/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は日米医学医療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/

# ナラティブホームの物語

## 終末期医療をささえる地域包括ケアのしかけ

佐藤 伸彦 ● 著

A5・頁272  
定価:本体1,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02098-5

評者 山城 清二  
富山大病院総合診療部教授

私は患者さんが亡くなるときに、医師として治療やケアが十分にできたという充実感はほとんど得られなかった。その重苦しい関係が終わってやっと肩の荷が下りたと感じ、なぜかホッとしている自分がいた。そんな約8年前、著者の前作『家庭のような病院を』(文藝春秋)に出合ったことが、医師としての心構えや死生観について考え直す契機となった。そして、「高齢者医療は、人が、人として、人間の最期の生を援助する「高度専門医療」である」という著者の言葉に深く感銘を受けたことを、今でも鮮明に覚えている。当時、EBM(根拠に基づく医療)を教育に取り入れ、さらにNBM(ナラティブ・ベイスト・メディスン)を理解しようとしていたところであった。しかし、対話を重視した臨床応用というNBMはなぜか腑に落ちなかった。そのような中、著者がいう「患者を関係性の中で捉える」考え方が、高齢者医療や終末期医療のもやもやした臨床の現場に実践可能な概念として紹介され、やっと腑に落ちた。

今回、そんな佐藤伸彦医師による待望の続編が出版された。第I部は、絶版となった前著を復刻・再構成したもので、ナラティブホーム「ものがたり診療所」構想が書かれている。ここでは「特別に感動的な話」ではなく、ごくありふれた高齢者の物語に目が向けられる。ナラティブアルバムの誕生過程は特に興味深く、感動的である。患者さんの生活を支えるにはそれまでの「生活」を知らねばならない。そこに

### Medicine for Being in Relationを発信する 高齢者医療の実践書

迫るのは医師よりも看護師や介護士のほうが得意であり、アルバム作成は彼女たちスタッフの強力なスキルとなる。著者はそんな行動を誘発させる、やさしさの「しかけ名人」のようだ。第II部では、実際のナラティブホーム開設時の苦労や開設後の診療風景が紹介され、この5年間の取り組みが手に取るように理解できる。これから、このような理念をもった医療に取り組もうと考えている人々に大いに参考になることばかりである。

最も心を揺さぶられたのは、実際にこのホームを利用した人々の紹介である。医師であり神経難病を患った患者さんは、最後に「さ・と・う・た・の・む」と言った。認知症とがんを患ったじいちゃん。口から食べるために胃ろうを使ったじいちゃん。娘のコンサートを見に出かけた脳腫瘍のばあちゃん。通常、医学書では患者さんの顔写真はあまり出ないものであるが、本書では診療の様子や周囲の風景とともに、その快諾のもとうれしそうな患者さん自身が登場される。皆さんの満足そうな姿が、われわれ医療者へ「終末期医療をよろしく頼む」と訴えているようにも感じる。また、本書にしかけられた、時空を超えて宿ったある父子の物語も、読者自身で確認していただきたい。

Medicine for Being in Relation——本書のメッセージは、世界一の超高齢社会を迎えたわが国から発信できる最先端の概念かもしれない。ぜひ多くの医療関係者に読んでいただきたい。

、理、ヘルシーチャーハン、かんたん韓国料理、揚げずにカリッととんかつ、たまにはホワイトソースなど魅力的なメニューが並んでいます。他に、おいしそうな副菜とカロリーを抑えたデザートレシピ集も、具体的で充実しています。間食の是非や、食べられる間食を聞かれて困る場面では大いに助かります。資料編は、患者さんからの質問や医療者の疑問に答える、具体的

でビジュアルな資料が満載で、診察室ですぐに役立ちます。

管理栄養士の派遣事業などで地域に根付く食事療法を実践する中で、患者さんに受け入れられるよう工夫されてきたレシピは、多くの糖尿病患者さんに勧めることができます。食事の話は苦手だという医師やコメディカルも、本書を一度手に取れば患者さんに具体的に食事の話ができるでしょう。

# 今日から使える医療統計

新谷 歩 ● 著

A5・頁176  
定価:本体2,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01954-5

評者 佐々木 宏治  
テキサス州立大MDアンダーソンがんセンター  
Clinical Fellow・Leukemia

臨床研究をするに当たりどの統計手法を使うべきなのだろうか? 論文を読むたびに目にする統計手法は正しい手法なのだろうか?

それぞれの統計解析の点と点を結び付け、医療統計が生まれた知識に変わる

臨床研究をするに当たりどの統計手法を使うべきなのだろうか? 論文を読むたびに目にする統計手法は正しい手法なのだろうか? ————論文を読む際、また自分自身が臨床研究をするに当たって、このような疑問を感じたことはありませんか。私がそのような疑問を抱えたときに巡り合ったのが、2011年に新谷歩先生が週刊医学界新聞に連載された「今日から使える医療統計学講座」でした。

統計学の教科書をひもとくと、一つひとつの統計解析に関して解説が詳細に述べられていますが、臨床研究をするに当たりどのように統計テストを選択していくかを解説しているものは非常に少ないと感じます。

新谷歩先生の連載に出会うまではスチューデントのt検定、クラスカル・ウォリス検定、ピアソンのカイ二乗検定、ログランク検定、対応のあるt検定、スピアマンの順位相関係数……と、数々の統計テストの名前に圧倒され、統計学の教科書を読んで、いつかは知識が定着してくれば良いかと当てもない努力を繰り返していました。

新谷先生の連載と出合っはと気付かされたのは、それぞれの統計解析

の枝葉を学習することに血道を上げていて、統計手法にはどれを選択すべきなのか、幹となるべき全体像を把握していなかったということでした。その後、新谷先生の連載を何度も読み返すにつれ、それ

まで断片的であった点と点がお互いに線で結び付き合い始め、統計解析が自身で活用できる生きた知識に変わる一番大きなきっかけであったと思います。

今回、新谷先生が週刊医学界新聞に連載された記事をまとめて単行本として出版され、その内容はさらにわかりやすくなっています。読み進めれば、書かれている内容を理解しようと積極的に頭が働いていることを、自然と実感されると思います。

臨床研究に意欲ある医学生・初期研修医の先生方、これからまさに臨床研究に取り組もうとされている後期研修医・大学院生の先生方、後輩に統計指導をするに当たり何か良い本がないかと探されている教育者の先生方、現在臨床研究をされていて統計手法を振り返りたいコメディカルの方々……と、幅広い読者にお勧めできる書籍です。

この書籍をきっかけにより多くの方々が臨床研究に関心を持たれ、また臨床研究の発表が日本から世界へ多くつながることを願っております。

# 模擬「地域医療構想調整会議」開催

2015年5月24日、鹿児島県医師会館(鹿児島市)において、模擬「地域医療構想調整会議」が行われた(弊社発行雑誌『病院』主催)。団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、あるべき医療提供体制を実現するための地域医療構想の策定が、各地域でまさに進行中である。2015年3月に厚労省が発した「地域医療構想策定ガイドライン」の中で、地域医療構想調整会議(協議の場)を設けることが求められているが、これをどのように行うべきか、対応に苦慮する関係者も多いことが予想される。



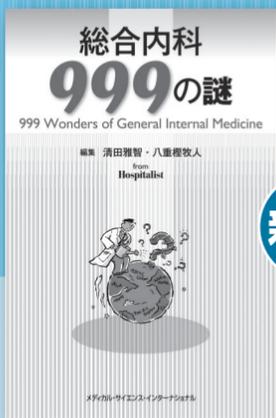
●池田琢哉氏

そこで、この会議の実際を具体的にイメージすることを狙いとして、模擬調整会議の試みが行われた。モデル地区として鹿児島県始良・伊佐地区を取り上げ、司会の池田琢哉氏(鹿児島県医師会会長)をはじめ郡市医師会会長、病院代表、県担当者などの関係者が協議。各担当者がそれぞれの役割を担うべきかが示された。また学識経験者として厚労省「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」委員である松田晋哉氏(産業医大公衆衛生学)が医療提供体制の現状に関するデータ分析を行い、地域の諸課題を指摘した。

\*この模擬調整会議の全文は、『病院』74巻8号(2015年8月号・特集「地域医療構想策定ガイドラインをどう読み解くか」)に掲載される。

# 総合内科999の謎

「感染症」、「集中治療」に次ぎ、大好評「999の謎」シリーズの第3弾が登場。臨床の場で遭遇する様々な「謎」に対し、各分野の専門家がエビデンスや臨床経験を踏まえて解説する。999の「謎」はA:基本、B:専門医向け、C:トリビアの3段階にレベル分けされ、気になった項目から読み進めることができる。季刊誌「Hospitalist」編集委員を務める2人の編者が贈る、若手からベテランまで、楽しみながら学べる一冊。



編集 清田雅智  
飯塚病院総合診療科診療部長  
八重樫牧人  
亀田総合病院総合内科部長

新刊

●定価: 本体5,500円+税  
●A5変 頁654 図35・写真7 2015年  
●ISBN978-4-89592-821-2

良問満載! 肩の力を抜いて読む、999のQ&A



大好評「999の謎」シリーズ  
感染症999の謎

編集 岩田健太郎  
●定価: 本体5,000円+税  
●A5変 頁590 図26 2010年  
●ISBN978-4-89592-632-4

集中治療999の謎

編集 田中電馬  
●定価: 本体5,500円+税  
●A5変 頁646 図67・写真16 2015年  
●ISBN978-4-89592-801-4

病棟、外来、チーム医療… 病院医療をコングラツする ジェネラリストのためのクォーターリー・マガジン



最新号

Hospitalist Vol.3 No.2 2015

特集: 外来における予防医療

責任編集: 小嶋 一・本村和久・徳田安春  
編集委員: 平岡栄治・八重樫牧人・清田雅智・石山貴章・筒泉貴彦・石丸直人・徳田安春・藤谷茂樹  
●季刊/年4回発行 ●A4変 ●200頁  
●1部定価: 本体4,600円+税

集中治療の「いま」を検証し、「これから」を提示するクォーターリー・マガジン



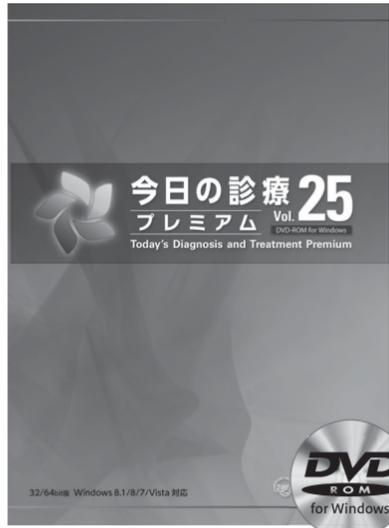
最新号

INTENSIVIST Vol.7 No.3 2015

特集: 内分泌・代謝・電解質

責任編集: 植西憲達・真弓俊彦  
編集委員: 讀井將満・内野滋彦・林 淑朗・真弓俊彦・武居哲洋・藤谷茂樹  
編集: 日本集中治療教育研究会(JSEPTIC)  
●季刊/年4回発行 ●A4変 ●200頁  
●1部定価: 本体4,600円+税

# 国内最大級の総合診療データベース 診療に関する最新情報を簡単に検索できます

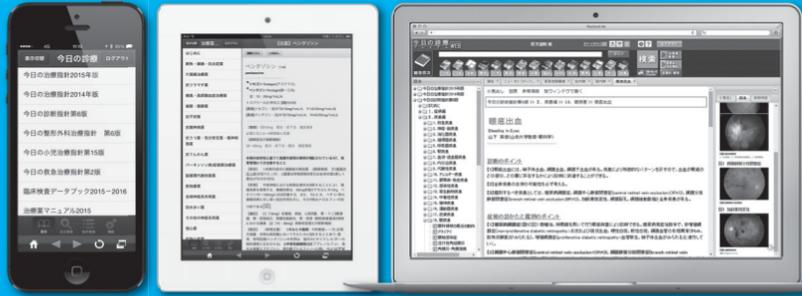


# 今日の診療 プレミアム Vol.25

## DVD-ROM for Windows

●DVD-ROM版 2015年 価格：本体78,000円＋税 [JAN4580492610063]

「今日の診療プレミアムWEB」を  
パソコンやタブレット、  
スマートフォンでご利用いただける  
「Web閲覧権」がついています。



※利用可能期間は、お申し込み後1年間です。お申し込みは、2016年4月30日で締め切らせていただきます。  
※「今日の診療プレミアムWEB」ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。  
※推奨Webブラウザ：Internet Explorer9以降、Chrome35以降、Firefox30以降、Safari6以降

医学書院のベストセラー書籍15冊、約100,000件の収録項目から一括検索



治療薬検索は独自機能でさらに便利に

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



データはPCにインストールできます

本商品(DVD-ROM)のデータは、PCにインストールできます。また、オンラインライセンス認証を行えば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。  
※データのインストールは、最大3台までのPCに行うことができます(ライセンス認証を受けた特定の1人が行う場合)。  
※オンラインライセンス認証を行う際、本商品をインストールしたパソコンがインターネットに接続していても、別途インターネットに接続できるパソコンがあれば、認証作業を行うことができます。

骨格をなす8冊を収録した  
「今日の診療 ベーシック Vol.25」もご用意しております



## 今日の診療 ベーシック Vol.25

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円＋税 [JAN4580492610087]

※「今日の診療 ベーシック Vol.25」には、Web閲覧権は付与されません。

### 収録内容

●プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2015年版 Update
- ② 今日の治療指針 2014年版
- ③ 今日の診断指針 第6版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2015-2016 Update
- ⑧ 治療薬マニュアル 2015 Update

●プレミアムにのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第2版
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス New
- ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑮ 医学書院 医学大辞典 第2版

\*書籍とは一部異なる部分があります

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

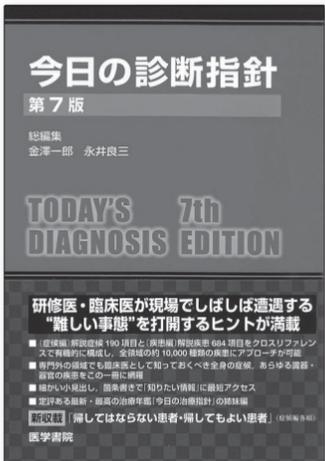
## 第7版

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、臨床医が遭遇しうる全領域、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]

待望の新版登場！ 全面改訂により内容が一層充実！！



## 小児科レジデントマニュアル 第3版

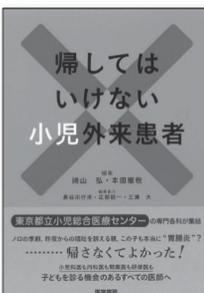
編集 安次嶺 馨・我那覇 仁

好評の「小児科レジデントマニュアル」、待望の改訂版登場！ 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。小児救急のほか、新生児疾患を含めて、診療でよく遭遇する疾患を中心に解説。全面改訂により内容が一層充実した。レジデントはもちろん、小児科診療に携わる医師の白衣のポケットにぜひ入れていただきたい1冊。

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

その子を帰して大丈夫？

小児科医の診断過程をのぞいて確定診断へのプロセスを学ぼう！



## 帰してはいけない小児外来患者

編集 崎山 弘・本田雅敬  
編集協力 長谷川行洋・広部誠一・三浦 大

外来受診する子ども(～16歳)のうち、帰してはいけない患者は誰なのか。発熱、腹痛、食欲不振、嘔吐…、よくある症状の中に潜む、まれだが重篤な疾患を見逃さないためにはどうするのか、いかにしてミスを防ぐかに迫る。第2章では、東京都立小児総合医療センターの専門各々が臨床感溢れる45症例を提示。初期診断から確定診断に至るまでのプロセスと思考過程を追体験することで、実践的な対応を学ぶことができる。

●A5 頁224 2015年 定価：本体3,600円＋税 [ISBN978-4-260-02138-8]



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