

2014年12月8日

第3104号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [インタビュー]三大感染症の克服をめざす(國井修)/[連載]在宅医療モノ語り
[寄稿]終末期の急変対応における、心肺蘇生と形式的心肺蘇生の議論(大関令奈)
[インタビュー]「なぜ?」が高める理学療法臨床力の臨床力(工藤慎太郎)
[連載]クロストーク日英地域医療...
MEDICAL LIBRARY,他

三大感染症の克服をめざす

interview 國井修氏(世界エイズ・結核・マラリア対策基金 戦略・投資・効果局長)に聞く

世界を舞台に感染症と闘う医師がいる。國井修氏、その人だ。国際保健、医療・開発分野での経験は深く、これまで世界110か国を超える国で国際援助にかかわってきた。2013年3月からは、アフリカ・アジアなど140か国以上の低・中所得国で援助を行う国際機関「世界エイズ・結核・マラリア対策基金(The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)」で戦略・投資・効果局長を務めている。本紙では國井氏に、地球規模で感染症と対峙する同機関がいかなる役割を果たしているのか、そして、その中で戦略のかじ取りを担う氏が抱く国際保健への思いを聞いた。

國井 グローバルファンドは、開発途上国で三大感染症による死亡と感染をいかに効果的・効率的に減らすかを念頭に、資金を配分・活用し、単独の援助組織では成し得ないメカニズムを作っています。

なお、グローバルファンド自ら事業を行うことはありません。各国の自主性を尊重し、WHOやUNAIDS(国連合同エイズ計画)、市民社会などの連携・協力を促進しながら、各国ができるだけ早く自立できるよう、よりよい感染症対策計画を作り、情報システム、人材育成、物品管理などのシステムを強化する。言わば、最も治療や予防を必要としている人たちにサービスを届けるための“触媒”的な役割を担っているのです。



●國井修氏

1988年自治医大卒。栃木県の山間へき地で診療する傍ら、国際緊急援助隊や在日外国人医療援助に従事。米ハーバード大公衆衛生大学院留学を経て、自治医大助手、国立国際医療研究センター、ブラジル(JICA専門家)、東大講師、2001年より外務省。04年長崎大熱帯医学研究所教授、06年からユニセフ(国連児童基金)。ニューヨーク本部、ミャンマー国事務所を経て、10年にソマリア支援センターへ勤務。内戦中、飢饉で苦しむ同国で子どもの死亡低減のための保健・栄養・水衛生事業を統括した。13年より現職(スイス・ジュネーブ在住)。著書に、『国家救援医——私は破綻国家の医師になった』(角川書店)、『災害時の公衆衛生——私たちにできること』(南山堂)などがある。

1日1万人の命を奪う、三大感染症

——エイズ、結核、マラリア、これら3つの感染症について、世界エイズ・結核・マラリア対策基金(以下、グローバルファンド)はどのようにとらえているのでしょうか。

國井 その3つは数ある感染症の中でも拡大を制御できず、世界規模で長期にわたって流行している疾患です。国際社会が一体となって対策を進める今日にあっても、いまだ三大感染症によって1日に約1万人、年間で300万人以上もの命が奪われている。医療が発達してきたとはいえ、三大感染症は人類を脅かし続けています。

また、個人の健康問題にとどまらず、一国の社会経済を崩壊させ、国の存亡まで危うくするという点からも脅威的です。私自身、90年代に何度かアフリカを訪れ、エイズの深刻な事態を目の当たりにしてきました。成人の3人に1人がHIVに感染して、働き盛りの20—40代の人々がバタバタと死んでいく。農作業を中心とした国内産業は打撃を受け、教育現場では教員たちも亡くなり、次世代を支えるべき経済・教育が停滞していく——それは悲惨な風景でした。

労働力を失い、生産性が下がった国が、独自の力のみで教育・保健分野を充実させることは非常に難しい。脱却困難な貧困に陥った国は、破綻へのスパイラルにはまってしまう。このように、感染症の拡大は、一国の存亡を左右し得る力をも持っているのです。

多様なパートナーシップを築き、感染症対策に臨む

——そうした国々を感染症の被害から守ることをめざす国際組織が、グローバルファンドであるわけですね。

國井 そのとおりです。グローバルファンドの設立のきっかけは、日本が議長国を務めた2000年のG8九州・沖縄サミットにまでさかのぼります。この席上で緊急に手を打つべき“地球規模課題”として感染症対策が主要議題となり、世界のリーダーたちが率先して新たなパートナーシップを構築しようと合意がなされました。そして02年、開発途上国の三大感染症対策の予防、治療、ケア・サポートの支援を行う機関としてジュネーブに設置されるに至りました。呼び掛けからわずか1年半で国際機関が設立されるというのは異例の早さです。この早さが緊急性と深刻さを物語っていると思います。

この組織の特徴は、“パートナーシップ”です。意思決定機関である理事会には、先進国政府とまったく同等の立場で、途上国政府、国連・国際機関、企業、市民団体、さらには患者団体などの当事者も名前を連ねます。また、各国に設置され、各国での事業を調整・支援する「国別調整メカニズム(CCM; Country Coordinating Mechanism)」も、政府、NGO・当事者組織、国連・国際機関などが構成員となる。このように、運営は多様な組織の協働によって進められているのです。

——現地での事業において、グローバルファンドはどのような役割を担いますか。

闘いの手は緩められない

——グローバルファンドの活動も10年以上が経過しています。これまでの活動によって、どのような成果が得られているのでしょうか。

國井 グローバルファンドの成果を個別の指標で見ると、これまで660万人のHIV感染者に抗レトロウイルス治療を、新規に発見された1190万人の結核患者に治療を受けてもらうことができました。また、マラリア感染予防のため、4億1000万帳の殺虫剤処理蚊帳を家庭に配布したというデータが得られています。それらをベースに、診療所・検査室などのインフラ整備、人材育成、巡回診療サービスなどの支援策をパッケージにして進め、設立から現在までに140か国1000事業以上に支援を実施し、累計870万人以上の人命を救ったと推計しています。

グローバルファンドをはじめ、政府機関・援助団体などの取り組みにより、多くの国で三大感染症の新規感染率・死亡率低下という成果が見られています。5—10年前前は考えられないことでしたが、今では、戦略的に対策を強化していくことで、三大感染症の新規感染率・死亡率をゼロに近づけるのも「夢ではない」という認識が生まれ

ています。

——大きな成果が得られていますね。

國井 しかし、まだ道半ばです。多くの国で良い結果が得られているとはいえ、個別に見ていけば三大感染症の拡大を抑えられず、再興・再燃させてしまっている国・地域もあります。

また、近年の新たな課題として、従来の薬剤が効かない多剤耐性結核・超多剤耐性結核、アルテミシニン耐性マラリアといった疾患の発生・拡大も起こっています。国境を超えた人々の移動が活発になってきているため、水際対策では防ぎきれないことが多いのです。

最近のエボラウイルス病を含めて言えることですが、感染症はどの国にも侵入、あるいは再燃するものです。それを想定した準備が必要であり、今後とも感染症との闘いの手を一切緩めることはできません。

——ただ、世界経済は不安定な状態で、

(2面につづく)

December 2014 新刊のご案内 医学書院
プロメテウス解剖学アトラス(胸部/腹部・骨盤部)
生殖医療ポケットマニュアル
標準理学療法学 専門分野 理学療法概説
日本腎不全看護学会誌 第16巻 第2号
精神科の薬がわかる本(第3版)
現象学的看護研究 理論と分析の実際

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

(1面よりつづく)

先進国政府や各団体からの潤沢な資金投入は期待できない面もあります。感染症対策を進める上では、これまで以上に効率的なアプローチが求められるのではないのでしょうか。

國井 ええ。その課題解決に応じるのが、私が所属する「戦略・投資・効果局」の役割であり、日々、効果的・効率的な支援戦略、その効果測定などの検証を進めています。

特にわれわれの活動は、先進国政府やビル&メリンダ・ゲイツ財団など民間からの資金提供に依存しているわけですから、費用対効果の最大化は常に心掛けねばなりません。資金を「投資」に位置付け、資金の活用で、いかに多くの命を救えるかという「リターン」を真剣に考え、評価する。これはグローバルファンドと呼ばれるわれわれの使命だと考えています。

場所・人・時間を基に、“ホットスポット”を特定し介入

——費用対効果の高い介入を実現するため、現場ではどのような視点で検討が進められているのでしょうか。

國井 三大感染症の流行状況は地域・国によってさまざまなので、ハイリスクな地域・集団を同定し、集中的な対策を講じています。

まず大切にしているのが状況分析です。感染症の罹患率・有病率などが高い地域や集団を把握し、マッピングする。そして、なぜこの地域・集団、いわば“ホットスポット”で感染症が流行しているのかを検討し、罹患率・有病率の推移をたどっていく。このように、「場所・人・時間」を基にデータ分析を進めた上で、疾病負担・リスクの高い地域や集団に適する効果的な介入・方法を考慮し、現地のどんな組織・取り組みに資金と人材を投下すればそれが実現できるかを考えていくわけです。

事例を紹介しましょう。東南アジアでは、コマーシャルセクスイワーカー、同性愛者、静脈注射薬常用者などにHIVの有病率、新規感染率が高く、彼らの分布に合わせて、首都や地方都市などに“ホットスポット”があると疫学データから示唆されました。カウンセリングとHIV検査、コンドーム使用、ハーム・リダクション、抗エイズ薬などの効果的な予防・治療があるものの、問題を難しくさせているのは、具体的に彼らがどこにどのぐらい存在しているのかがはっきりしない点だとわかった。そしてその背景に、国によって法制度による罰則や不当な差別・偏見の存在があり、これらの集団が社会の周縁やアンダーグラウンドに追いやられているということもわかってきました。

そこでグローバルファンドの事業では、ハイリスク集団や場所に関するより詳細な調査を支援、さらに政府を通じた支援活動とは別に、ハイリスク集団に直接アクセスできる当事者や市民団体にも資金を提供し、サービス提供の強化を行います。これらの団体が脆弱で管理能力が不十分であれば、その組織強化や能力構築に対して資金提供し、活動を支援していく。感染症の危険にさらされている人々を救うためであれば、開発途上国政府や国際機関以外の、当事者グループ、市民団体などにも積極的に支援を行っていくわけです。

次世代のニーズに応える、若い世代の出現に期待

——地域・文化圏を踏まえ、パート

ナーから戦略まで柔軟に対応していくのです。國井先生自身、これまで多様な組織に属し、さまざまな国・地域・文化圏を見てこられています。戦略を練っていく上では、そうした経験が活きる場面も多そうです。

國井 実際、私が前職のユニセフ(国連児童基金)からグローバルファンドに移ったのも、現場で培った経験を活かして、より多くの人命を救うことができると思ったからです。

ただ、現場が好きなので、開発途上国、特に最も恵まれない地域や緊急支援を必要とする最前線で、長期的に保健医療にかかわる前職は魅力的な組織だったと思います。だから、そうした場を離れることに後ろ髪を引かれる思いがなかったと言えます。——それでも多くの人命を救える方法を優先したのです。

國井 ええ。現場にいると、予防・治療が可能なのに救いきれなかった命に出会うことがあまりに多く、より多くの人を救う方法を求めるようになるものです。世界的に影響力の大きいグローバルファンドを外部から見ている、「ここにこのような支援をすれば、もっと効率よく、効果的に死亡や感染を抑えられるのに」、そう思うこともあったんですね。

現場でなくとも、自分の知識・経験を活かして中枢で作った戦略によって、世界140か国以上、数百万人もの人々を助けることができるならと考え、現在の道を進むことにしました。今後も多くの人命と健康を守るため、支援の在り方を考え、行動に移していきたいですね。

——日本の教育機関・学会などで講義・講演される際は、現場の経験を伝え、若い医療者に対して国際保健領域への参加も呼び掛けておられます。国際保健の現場に日本の医療者の姿は多くないのですか。

國井 現場でも、国際協力の潮流を作る中枢でも日本人は少ないです。でも、日本で若い方々と話してみると、関心や情熱を持っている人自体は少なくない。「現場を見てやろう」と行動に移すまでの人が多くないようなですね。

私としては、インターンでも何でもいいから現場を見てみたい、NGOや国連などに挑戦してみようという人がもっと多く出てきてほしいと思っています。現場を見ないことには国際協力の醍醐味もわかりませんから、若い人には頭だけで考えずに、まず現場を肌で感じてほしいのです。

——現場に飛び込んでくる次世代の人材を欲していると。

國井 世界における三大感染症、さらにエボラを含めた新たな脅威、健康課題の克服には、若い方々のパワー、発想や行動力が必要なのです。

今から約100年前、アフリカで医療活動を行ったアルベルト・シュバイツァーのやり方は、あの時代だったからこそ意義がありました。私は彼を尊敬して医師になったわけですが、最終的に同じやり方を真似しようとは思わなかった。というのも、現地のニーズは、私が医師として病院で働くことよりも、現地の医師・看護師の育成、検査・治療の普及、医療情報システムの構築などによる国の自立を支援することだったからです。

時代の変遷とともに、世界の状況も国々の様相も変わります。当然、次の世代にはまた違ったニーズが生まれ、これまでとは異なる方法、違った能力と発想が求められるわけです。その次世代のニーズをいかに早くキャッチし、必要な能力や経験を培っていくか。



在宅医療モノ語り 第56話

鶴岡優子 つるがめ診療所

語り手 大ききですが、地域を診ていく覚悟です

地図さん

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、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりだ。往診靴の中、往診車の中、患者さんの家の中、部屋の中……在宅医療にかかわる道具(モノ)を見つめていると、道具も何かを語っているようだ。今回の主役は「地図」さん。さあ、何と語っているのだろうか？



白地図を塗るように 道案内は車のナビやスマホでもできますし、距離や到着時間も正確に教えてくれます。しかし、川をうっすら青く塗り、国道にも色をつけ、地域のことを知りながら、走りながら学んでいくと、これがまた楽しいのです。

伊能忠敬さんってすごいですねえ。歩いて、日本地図を作ったあの人は。商人として働いた後、50歳を過ぎて第二の人生の目標を見つけ歩き始めたのだとか。一生の中で山場が2つもあるなんて、登るほうは大変かもしれませんが、面白いでしょうね。

私はある在宅療養支援診療所に貼られている大きな地図です。「地図を貼る」。これは地域医療の恩師の教えだそうです。駅はここと

あそこで、大きな道路がJRと並行し、この周辺は畑ばかり……と、私からはいろんなことがわかるのです。ある日、病院の連携室から電話で在宅医療の依頼がありました。70歳代後半の脳梗塞後遺症の女性。ダンナさんの付き添いで長年の通院歴がありますが、先月、そのダンナさんもがんの手術をされ、ダンナさん側の主治医に「体力的に奥さんの付き添いは大変だし、在宅医療にしたら？」と勧められたのだそうです。連携室の看護師さんから「診療所の訪問範囲ですよ？」と聞かれ、診療所の主人は私をちらりと見て「ちょっと遠いけどたぶん大丈夫です」と答えました。「たぶん」と答えたのには理由があります。訪問診療の適応は、診療所との距離だけで決めることができないからです。そもそもご本人たちの希望がなくては、いくら周囲のススメがあったとしても、訪問診療でお宅にお邪魔することはできません。

患者さんの紹介を受けると、主人はまず私でおおまかなアタリをつけ、住宅地図の冊子を広げて詳細を詰めていきます。住宅地図のほうは細かく戸建の名前まで記載されています。はい、もちろん主人の車にナビは搭載されていますよ。便利なのでよく使われています。しかし、目的地近くにたどり着いた肝心なときに「ルート案内を終了します。交通規制に従って走行してください」ってなることもあるでしょ？ あれ、かなりショックですよ。だから、行く前に、私という大きな地図と細かな住宅地図、両方を念入りに目を通して出発するのだと思います。

また主人は、初めて何うお宅であれば、あらかじめ電話を入れておくようです。「何か目印になるものはありますか？」「田舎だからなにもないなあ」「車でいきますけど、駐車させてもらってもいいですか？」「敷地内ならどこでも駐車していいよ。田舎だからね」「表札はありますか？」「そんなもん出てないよ、田舎なんだから」「何色のお宅ですか？」「何色って？よくわからんが、ともかく〇〇ハウスだ」。電話の相手は、住宅メーカー名をぶっきらぼうに教えてくださいました。

さてさて当日。診療所の車で患者さん宅に向かうと、住宅地図での予習どおり、同じ苗字のお宅が重なっていました。案の定わからなくなってしまい、また患者さん宅に電話します。「〇〇神社まで来たんですけど」「おお。近い、近いよ。そのまま南に行って。通りまで俺が出てやるから」。さあて、南はどちらかな？ スマホで確かめ、再出発。あっ、いらっしやいました。作業服を着た紳士が手を振ってくれています。電話と違って、優しい笑顔で迎えてくださいました。伺ったお宅では、長年、奥さんを介護されてきた様子が、手作りの段差解消のスロープなどからも想像できました。

と、私が見てきたように話をしていますが、これらは全て診療所での立ち聞きです。私は小さな印をつけてもらいながら、優しい笑顔の紳士と奥様の第二の人生が豊かなものになるように心から願いました。

それはグローバルな視野でものを見て考え、世界の各現場で体感を通してわかってくるものです。だからこそ、若い人材の参加が必要なのです。

今なお、感染症は脅威であり続け、世界では多くの命が奪われています。しかし、そうした中でも援助・支援によって救える命はたくさんあります。次世代の地域医療、国際保健の在り方を考え、行動しながら学び、また行動につなげていく。そんな若い世代の出現に期待しています。

——ありがとうございました。(了)

Advertisement for the mobile app 'Weekly Medical News Mobile App'. It features the text '週刊医学界新聞 モバイルアプリ' and '無料' (Free). It also mentions '祝 17万ダウンロード突破!' (Celebrating 170,000 downloads!) and '詳細は App Store, Google Play をご覧ください' (Details are available on App Store and Google Play). The logo '医学書院' (Igakushoin) is at the bottom.

寄稿

終末期の急変対応における、心肺蘇生と形式的な心肺蘇生の議論

大関 令奈 東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野博士課程

終末期患者の診療に当たったことのある医療者であれば、次に示すようなケースに対し、どうすればよいか迷った経験が少なからずあるのではないだろうか。

【ケース】

80歳代の女性。進行性肺がんで予後は2-3か月と予想されていたが、自宅で転倒して骨折し、入院。原因は明確ではないが、入院翌日に全身状態が悪化した。事前に夫とは、急変の際に心肺蘇生は行わない方針であることを話し合っていた。

駆け付けた娘に心肺蘇生は患者にとって有効ではない可能性が高く、夫の間では心肺蘇生を行わない方針になっていることを説明したところ、事情を十分に把握していなかった娘に「このままでは何もせずに諦めることになる。せめて心肺蘇生くらいはやってほしい」と懇願された。

このようなケースに、どう対応すればよいのだろうか。患者の状況は刻々と変化中、医療者は家族と十分に話し合う時間がないまま判断をしなければならない。こうしたケースへの対応方法には、①娘の要請に応じて心肺蘇生を行う、②夫と話し合った方針と医学的適応を考慮して心肺蘇生を行わない、という二つの選択肢の他に、実は③形式的な心肺蘇生を行う、という第三の選択肢もあり得ると考える。

さて、いずれかの判断をする上で、われわれ医療者はどのようなことを考える必要があるのだろうか。そしてこの第三の選択肢はいかに扱うべきか、またどうとらえたらよいか、議論の経過を踏まえながら考えていきたい。

心肺蘇生に対する認識の乖離

心肺蘇生法(CPR: Cardio-Pulmonary Resuscitation)は、1960年代に米国で臨床応用された。当初は手術中の患者に対する緊急処置であったが、徐々にその適応が拡大され、医学的に無益と考えられる終末期患者に対してもCPRが行われるようになった。

しかし、終末期の患者に対するCPRの効果を調査した報告によれば、「終末期がん患者がCPRによって回復する可能性は1%以下である」と言われ¹⁾、終末期の患者においてCPRが成功する可能性は低いと考えられている。そこで、医学的に無益である可能性が高い患者に対するCPRは、過剰な処置ではないかと批判が起こるようになった。

一方で、一般の人に対してCPRの

効果を尋ねた調査では、入院した70歳以上の患者100人のうち、81%が「CPRの成功率は50%以上」と回答し、そのうち23%は「90%以上成功する可能性がある」と答えている²⁾。このように、医療者と一般の人との間には、CPRの有効性に対する認識に大きな乖離があることがうかがえる。

1990年代になると、CPRは医学的に無益であると医療者が判断した患者に対しては、その患者の意向を聞かずに、独断で心肺蘇生を行わないという指示(DNAR: Do Not Attempt Resuscitation)(註)を出す状況が報告されるようになった。しかし患者の権利意識の高まりとともに、終末期における治療については患者や家族の意向を聞き、尊重すべきであるとされ、DNARはCPRを希望しないという患者から医療者への“指示”へと主旨が変わっていった。

DNARにサイン、患者の家族にも心理的負担が

近年、日本の臨床現場でも、患者やその家族に対しCPRについての意向を尋ねることは広く行われるようになってきている。厚生省が行った調査によれば、自分が末期がんで回復の見込みがない場合、心肺蘇生処置を望むかという質問に対し、一般国民の68.8%が望まないと答えている³⁾。ところが日本のDNARの実態調査では、DNARについての話し合いをしていると答えた医師の70%が、患者ではなく、その家族と方針について話し合っており⁴⁾、臨床現場では家族と医療者との間で患者の意向を推定しているケースが多いことがわかっている。

一方で、患者が事前に家族と延命処置などの対応について話し合いをしているかという点、その割合は約56%にとどまっております³⁾、家族が判断を尋ねられたときには、患者自身の意向がわからないまま判断をしなければならないケースもあると考えられる。CPRについての意思決定を経験した家族への調査では、DNARにサインをする際に、家族は心理的負担や罪の意識などを感じているという報告があり、家族にとっても難しい判断を迫られていることが示唆される⁵⁾。

心肺蘇生について、患者や家族の意向を尋ねることが一般的になるにつれ、たとえCPRが医学的に無益であると医療者が考えていても、冒頭のケースのようにCPRを希望する患者家族も出てくる。このような家族の意

思決定を尊重し、侵襲的なCPRを行うことは、医療者が倫理的ジレンマを抱えることにもなる。

形式的な心肺蘇生に対する賛否

1979年には、CPRを希望する家族の意向を尊重するため、医学的に有効とは言えないが、患者への侵襲ができるだけ少ない、“パフォーマンス”としての不完全な蘇生処置である形式的な心肺蘇生(Slow Code/Show Code)の存在が報告された⁶⁾。この形式的な心肺蘇生は、医療者が医学的に無益であると考えられる心肺蘇生を患者家族が希望しているときに、通常的心肺蘇生よりも「ごく短時間で」「必要な薬剤を使用せず」「亡くなるまで儀式的に行う」心肺蘇生であり、医療従事者や倫理学者から大きな批判が起こった。

現在に至るまで、この形式的な心肺蘇生について考察した論文はいくつか報告されているが、そのたびに論争を引き起こしている。2011年、Lantosらが形式的な心肺蘇生を擁護する内容の論文を発表した際には⁷⁾、10編ものコメントが掲載された。多くは批判的で「偽りだ」「逃げである」⁸⁾などと表現されている。他方、形式的な心肺蘇生を擁護するこれまでの意見には「心拍が停止した患者に形式的な心肺蘇生を施しても患者に痛みや苦痛を生じないだろうし、家族の苦痛を緩和することになる」という意見⁹⁾や、終末期においては、患者の最善だけではなく、家族の最善も考慮するという意味で「限られた症例においては、無益と考えられるCPRを行うことも心からのケアと共感になり得るかもしれない」とする意見もあった¹⁰⁾。

私事で恐縮だが、患者の家族の立場としてCPRについて考えた体験がある。私の祖父はある疾患で入院した際、徐々に全身状態が悪化し、最終的に心肺停止の状態になった。私はその場に立ち会っていなかったが、それまでの経過と医療者としての経験からおそらくCPRは医学的に無益だろうと考えていた。ところが祖父の死後、母から聞いた「先生たちが最後まで心肺蘇生をしてくれた」という言葉を聞いて驚いた。その後も、祖父の入院についてのエピソードが出るたびに何度も、母や祖母が「先生たちは本当に精一杯やってくれた。最後まで心肺蘇生をしてくれた」と話すのを聞き、今なお心肺蘇生の意味とは何かを考えさせられている。

●大関令奈氏

2001年札幌医科大学。同大病院での初期研修修了後、市立室蘭総合病院、JA北海道厚生連札幌病院など北海道内の病院で消化器疾患、特に胆嚢・膵臓疾患を中心に臨床に当たる。多数のがん患者との出会いをきっかけに緩和ケアに関心をもち、09年より筑波メディカルセンター病院にて緩和医療のトレーニングを受ける。さらに終末期医療に関する研究を行うため、12年より東大大学院医療倫理学分野の博士課程に在籍している。

「唯一の答えがない」という状況を議論の出発点に

1998年に形式的な心肺蘇生に対し擁護的な意見を述べたGazelleはコメントに対する反論として、「死は避けたいものであるが、生命の最終段階は豊かで意味がある。このような豊かさに敬意を払うという意味の儀式は奨励されるべきである。しかし、そのために心臓圧迫、電気ショック、エピネフリン注射といったことをやるよりは、人のつながりや意味を促進するような儀式へと、われわれのプロ意識が導いてくれることを望む」と述べた¹¹⁾。

これまで多数の批判的意見にさらされながらも、臨床現場にはおそらく現在も形式的な心肺蘇生や医学的に無益と考えられるCPRが存在している可能性はある。終末期の対応に唯一の正解があるわけではないが、いたずらに批判ばかりするのではなく、これだけの批判にもかかわらず、いまだにこれらの処置が存在せざるを得ない意味についても考えていかなければならない。

もちろん、事前に患者・家族・医療者が終末期の対応について話し合う方法を充実させていくことも重要である。しかし、単に患者や家族の意向を「聞いて尊重すればよい」ということではない。患者・家族にとって、このような判断を迫ることは非常に心理的負担があることを考慮し、より良い看取りをするためにはどうすればよいかを共に考えていかなければならないであろう。

●註

かつてDNR(Do Not Resuscitation)と言われることが多かったが、近年は、心肺蘇生を試みることもしない意味を含む、DNARのほうが主流になっている。

●参考文献

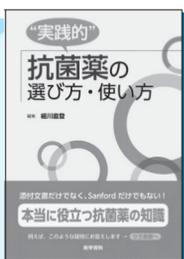
- 1) Palliat Med.2007. [PMID: 17344262]
- 2) J Am Osteopath Assoc.2006. [PMID: 16912338]
- 3) 厚生省「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」2014. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf>
- 4) Am J Hosp Palliat Care.2014. [PMID: 24113194]
- 5) Palliat Support Care.2008. [PMID: 18282340]
- 6) N Engl J Med.1979. [PMID: 431608]
- 7) Am J Bioeth.2011. [PMID: 22047113]
- 8) Am J Bioeth.2011. [PMID: 22047120]
- 9) N Engl J Med.1998. [PMID: 9643984]
- 10) N Engl J Med.2010. [PMID: 20147712]
- 11) N Engl J Med.1998. [PMID: 9459653]

抗菌薬の特徴・用法を比べながら学ぶユニークな1冊！

“実践的” 抗菌薬の選び方・使い方

抗菌薬の選び方・実践的な使い方をユニークな構成で解説。はじめに起因菌・薬剤の構造・投与経路別に抗菌薬の基礎知識を、次にスペクトラムが重なる抗菌薬の特徴を比べてその違いに注目しながら使い分けのポイントをわかりやすくまとめた。感染症診療に携わるすべての人にお勧めしたい。

編集 細川直登
医療法人社団 堀田総合病院臨床検査科部長 / 感染症科部長

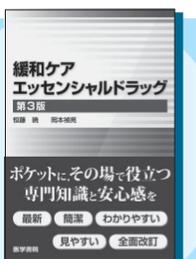


ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を一緩和ケアの好評書、待望の第3版！

緩和ケアエッセンシャルドラッグ 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。

恒藤 暁
京都大学大学院教授・医学研究科
岡本禎晃
市立戸塚病院・薬剤科部長 / 大阪大学大学院非常勤講師・薬学研究科



「なぜ？」が高める 理学療法の臨床力

interview

工藤 慎太郎氏 (森ノ宮医療大学保健医療学部理学療法学科講師) に聞く

理学療法士にとって解剖学は、臨床・研究・教育とあらゆる場面でベースとなる。ところが、理学療法士は実際に人体を解剖して内部を観察する機会は少なく、主に解剖学書を元に、頭の中に人体の構造や機能を思い描き臨床に活かしていく。では、どのような視点で解剖学を学べば臨床力の向上につながるのか。解剖学を専門とし、『運動器疾患の「なぜ？」がわかる臨床解剖学』『運動療法の「なぜ？」がわかる超音波解剖』(いずれも医学書院)を執筆した理学療法士の工藤慎太郎氏に、理学療法士が解剖学を学ぶ上で必要な視点、学習を助ける超音波画像利用への期待について聞いた。

——専門の「運動器疾患の応用解剖学」にはいつから関心を持ったのでしょうか。
工藤 入学した岐阜県の平成医療専門学院で、『機能解剖学的触診技術』(メジカルビュー社)の著者である林典雄先生(現・中部学院大)やスポーツ領域の理学療法を専門とする鶴飼建志先生(現・中部学院大)に学んでからです。運動器疾患を見る上で解剖学や運動学の知識、触診の技術が重要と知りました。もともと、学生時代のスポーツでのけがをきっかけに理学療法士を志したという経緯もあり、臨床に出てからはスポーツ選手を中心に診ていました。その過程で、もっと解剖学的な研究をしたいと思い、医科大学の研究者として7年間、研究に取り組みました。

「臨床力」=「実践」×「知識」

——研究では、どのようなことを意識されてきたのでしょうか。
工藤 「解剖学を、理学療法の臨床にどう活かすか」です。患部に症状が現れている理由を解剖学的に説明するのは、実は難しいものがあります。たとえ解剖学書で人体の構造を知ることができても、どう動くかという機能については推察に頼らざるを得ません。例えば、肘を曲げれば上腕二頭筋が収縮してどのような力が出るか推測できますが、それを確かめるのは肉眼解剖学の範疇ではありません。臨床に活かすには、解剖学に限らず、運動学や生理学の知識などと組み合わせる複合的な視点が必要ではないでしょうか。——理学療法士が解剖学の理解を深める上で重要なポイントは何かですか。
工藤 理学療法士は解剖学を行う機会が少ないですから、多くの図譜や文献を見ることです。触診をしていると、患部に「硬いところがある」とわかります。ですが、それは本当に筋なのか？解剖学書で筋について記載されている図譜の多くは軟部組織を包んでいる筋膜や脂肪などが描かれていません。そのため、本当は存在する筋膜や脂肪がどのような厚みでどのような状況なのかはわからない。一つの部位を見るにし

てもできるだけたくさんの図譜を見て、論文など文章での理解と照らし合わせていくことが、臨床力の向上に必要になると思います。——先生の考える「臨床力」とは具体的にどのようなものですか。
工藤 理学療法士はセラピストですから、臨床力とは患者さんを治す力のことだと思っています。私は、臨床力を高める方程式は「実践」×「知識」だと考えています。「実践」とは、患部を正確に触診するスキルを持ち、それによる治療を積み重ねていることで、この「実践」を裏付けるのが教科書や論文から得た「知識」です。——知識が不十分なままでは、経験則に偏った治療になってしまいますね。
工藤 ただ、必ずしも「経験則はダメ」というわけではありません。経験則がなかったら科学は進まないとは思っています。学生にもよく「経験したことのないことは証明できないでしょ」と話しています。経験で得た何らかの疑問から仮説が生まれ、それを証明しようと研究する。患者さんが治ったという経験が、治すための研究の原動力になると思うのです。——研究も臨床力を高める大きな要素ですか。
工藤 はい。「臨床力」を下支えするのは臨床・研究・教育の三本柱だと思っています。臨床とは現場での経験です。研究は、得た知識や技術を他の人に伝えるために必要となります。そして教育は、後輩を指導し、同じような臨床力を持った人を育てていくことです。これらがバランスよく備わってこそ、患者さんを治す力となります。

「なぜ？」を積極的に問い、問題解決能力を伸ばす

——理学療法における、解剖学の卒前教育の現状についてお話しください。
工藤 ほとんどの養成校では、解剖学は入学してすぐ、解剖学専門の医師に教わります。しかし、覚えることがたくさんあり、テスト前に一気に覚えて、終わったら忘れてしまう学生も多い。1年次

は、覚える意味を理解できぬまま授業が進んでしまうという状況さえあると思います。もちろん解剖学の基礎を専門の医師に系統的に教えてもらうことは欠かせません。理学療法教員としては、学んだ知識を臨床に活かせるよう導くのが役目だと思っています。——先生は、どのような点に留意して教えていますか。
工藤 なぜ解剖学を学ぶのか、その意義が学生に伝わるよう努めています。学年が進み、実習や臨床的な内容の科目が増えてくると、学生は徐々に「解剖学は重要だ」と気付き始めます。そこで、「なぜ、この症状が出るの?」「解剖学的にはどういう理由?」「なぜ?」を積極的に問い、学生が自ら考えるように促しています。学ぶ理由が意味付けされると、実践能力へもつながりやすくなりますから。——卒前教育では、どうしても時間に限りがあると思います。臨床に出てから力を伸ばすために、若手理学療法士自身が心掛けることはありますか。
工藤 自分自身で「なぜ?」に気付き、その答えを求めて考えることです。日々の忙しい現場では、どうしてもじっくり研究に向き合えないこともあります。そのような中でも、いかに「なぜ?」に気が付けるか。そのためには卒業にもう一度、解剖学や運動学などの基礎を学び直すことも重要だと思っていますし、われわれ教員も、卒前教育と卒業後教育をもっとシームレスにする方策を考えないとはいけません。

超音波画像で広がる人体の理解

——卒業後教育について具体的にはどのようなことを考えていますか。
工藤 超音波画像を利用した勉強会です。卒前教育ではほとんど学びませんが、臨床に出たら重宝するので、使い方や見方を教えたいと思っています。——理学療法士が利用するメリットはどこにありますか。
工藤 解剖の理解が「三次元空間」から「四次元時空」へと広がることです。——四次元時空というのは。
工藤 器官系の三次元空間に「時間軸」が加わります。時間の流れとともに筋肉がどう動いているか、変化が見えるようになる。それも非侵襲的です。動画を撮り、「身体をこの方向に動かしてみたらどうなるか」を試すと、それまで「なんとなく」知っていた主観的な知識が確かめられ、触診技術などのさらなる向上に役立ちます。——治療の可能性が広がりますね。



●工藤慎太郎氏

2003年平成医療専門学校理学療法学科卒業。井戸田整形外科リハビリテーション科を経て05年より愛知医科大学医学部研究員として解剖学の研究に取り組む。国際医学技術専門学校理学療法学科教員を経て14年より現職。13年に鈴鹿医療科学大大学院医療科学研究科修士課程を修了し、現在同大大学院博士後期課程に在籍中。専門は足部のバイオメカニクス、運動器疾患の応用解剖学、客観的動作分析に基づく運動療法の開発。編著に『運動器疾患の「なぜ？」がわかる臨床解剖学』『運動療法の「なぜ？」がわかる超音波解剖』(いずれも医学書院)がある。

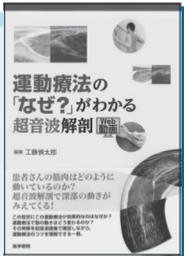
工藤 ええ。超音波を用いることで、動きとともに他の部位との関連がわかってきます。投球動作で肘を傷めた患者さんを例にすると、まずは損傷部位の肘の治療が優先されます。しかし、肘は治ってきているのに症状が改善しない場合、超音波画像を見ることで、手首や前腕、あるいは背中中の筋肉に問題があり、その影響でフォームが崩れて痛みが続いているのではないかなど、その他の原因に目を向けることができます。さまざまな角度から治療をする、理学療法の助けになるのです。卒業教育ではカバーできないことを卒業後の研修や勉強会で支援していきたいと考えています。——執筆された2点の書籍はどのように使ってほしいとお考えですか。
工藤 臨床の理学療法士、特に若い方が、現場で「どうしたらいいんだろう」と思ったときに『運動器疾患の「なぜ？」がわかる臨床解剖学』を開いてもらいたい。疑問に対するヒントが得られるはずですから。「なぜ?」の答えに気付いたら『運動療法の「なぜ？」がわかる超音波解剖』を読んで、実際の対処について確認してほしいですね。——本書を執筆して、新たな発見や課題はありましたか。
工藤 人体の構造をきっちりと伝えるというのは、解剖学に携わった人の使命だとあらためて思いました。超音波画像に関してはまだまだ発展途上なので、基盤となる研究を進め、臨床で活用できる方法論をしっかりと構築したいと考えています。そして何より、患者さんをしっかりと治し、研究によって理学療法を発展させ、教育を通じて後進に伝えられる、このような臨床力の高いセラピストの育成にさらに力を入れていきたいと思っています。(了)

患者さんの筋肉には何が起きているのか? 超音波解剖で深部の動きがみえてくる!

運動療法の「なぜ？」がわかる超音波解剖 [Web動画付]

本書は症例形式で、疾患にかかわる筋の超音波解剖を通して、運動療法の「なぜ?」を解説。超音波解剖(エコー)では、触診ではわからない深部の筋の動きを見ることが出来る。この症状にはなぜこの運動療法が効果的なのか? 運動療法で筋の動きはどのように変わるのか? その実際を超音波画像(動画)で確認しながら、運動療法のコツを理解できる1冊。

編著 工藤慎太郎
森ノ宮医療大学保健医療学部・講師



日ごろなんとなく行ってきた運動療法の疑問や理由が解剖学ですっきり解決!

運動器疾患の「なぜ？」がわかる臨床解剖学

なぜ肩だと胸郭出口症候群になるのはなぜか? 人工骨頭置換術後の疼痛はどうすれば軽減できるのか? 本書は、PTならではの解剖学的視点から、日ごろ遭遇することの多い運動器疾患のメカニズムや痛みの原因、運動療法の選択を症例にそって解説。筋の起始位置がカギだったり、神経の絞扼に思いつかない筋の拘縮が関係していたり……。筋・神経の構造や動きを詳細に把握することで、疾患の要因や治療法が自ずから明らかになってくる。

編著 工藤慎太郎
国際医学技術専門学校理学療法学科



役割分担が進み、専門性が発揮できる仕組みに

川越 第1回(第3100号)では、医師以外の他職種との連動によって、診療所に訪れる方々のあらゆる問題に対応されていると伺いました。

英国の診療所では、医師だけでなく、看護職による外来機能もあるということでしたね。

澤 はい。複雑な健康問題や疾患、それら全体のマネジメント、そして個別化医療の提供などは家庭医が主に対応するもの、安定した慢性疾患や健康管理のフォロー、そして軽度な急性の問題などは基本的に看護職が対応するようになっています。

かつては、英国でも看護職は医師の補助的な役割を担い、医療行為に関する権限は制限されていました。しかし、国を挙げた医療の効率化が進む中、現場では多職種協働を前提とした役割分担が進み、「医師は医師の専門性を活かせること」を、同様に「各職種は各職種の専門性を活かせること」を優先しながら、医療に取り組むようになっていっています。

幅広く分かれる看護職の役割

川越 そうした中、看護師が診られる患者さんについては、看護師が診ることになったというわけですね。

日本で「看護外来」という、医師による診察後、別途時間を設けて、看護師がフォローアップの療養指導を行う……といったものがイメージされるかもしれませんが、そうした形式ではなく、看護職が医師から独立した形で患者さんを診察しているという理解でよいのですよね。

澤 そのとおりです。当院ではプラクティスナース(Practice Nurse; PN)、ナースプラクティショナー(Nurse Practitioner; NP)と呼ばれる看護師がそれぞれ2人、ヘルスケアアシスタント(Healthcare Assistant; HCA)と呼ばれる看護補助者が2人、助産師1人、保健師(Health Visitor)1人、計8人の看護職がおり、それぞれが独立した診察室を持って患者さんを診ます。

出勤状況により異なるものの、診療所内に全部で10ある診察室のうちの半分、時にはそれ以上が、彼/彼女らによって利用されているんです。

川越 まず、それらの看護職がどのような職種で、どんな範囲の仕事を担当しているのかを説明していただけますか。

澤 PNは、看護師としての資格(註1)と、ある程度の臨床経験がある看護師です。その上で「minor illness」と呼ばれる軽度のよくある急性な問題(表)や、高血圧、喘息、糖尿病、虚血性心疾患、COPDなどの日常的な慢性疾患のマネジメントといったプライマリ・ケアに特化した研修(註2)を受けてきています¹⁾。

扱える健康問題の範囲は、これまで

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: 労働政策研究・研修機構 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2回

躍動する 診療所看護師たち①

●表 PN, NPの minor illness 外来相談例

20代女性: 「数日前から、目がひりひり痛くて」
60代女性: 「新しい降圧薬を飲み始めた後から調子がおかしくて、めまいがする」
20代女性: 「ピルを飲んでいるんですが、合わないで別の薬がほしい」
30代男性: 「咳と痰が出て、ちょっと熱もあるみたい」
10代女性: 「ヘアアイロンで火傷しちゃいました」
70代女性: 「2週間前に虫に刺されたんですが、数日前からズキズキと痛みだして」
40代女性: 「人さし指の先が赤く腫れてて痛いです」
5歳男子(母親同伴): 「この子、二週間くらい下痢をしていて、今朝も数回吐いているんです」

の研修内容によって異なり、薬剤処方に関する研修を受けていれば薬剤の処方も可能です。また、乳幼児における定期的な予防接種、インフルエンザワクチン、トラベルワクチンの接種や避妊に関する教育・処方なども行います。ちなみに、英国では診療所のことを surgery もしくは practice と呼ぶので、「プラクティスナース」はまさに「診療所の看護師」を意味する言葉なんですよ。

NPは、PNと同様に看護師資格を持ち、さらにNPの専門コースを修了した職種です。PNよりも診療の幅が広いのが特徴と言えるでしょう。薬剤処方はもちろんのこと、検査のオーダーや他の専門家への紹介も独立して実践できます。

HCAは看護師資格を持ちません。しかし、雇用後に訓練を受け、医師や看護師の業務をサポートできるようになったスタッフです。例えば、診療所に新患の登録がある場合に、身長体重測定・尿検査・血圧測定を行って電子カルテに記録したり、採血を行ったりする他、心電図検査、ビタミン剤の注射、禁煙外来、肥満外来のフォローなども担っています。

助産師は、助産師資格を取得した看護職で、安定した低リスクの妊婦に対し、定期検診を自ら主導して提供します。もしイレギュラーな問題、例えば

「つわりがひどい」「お腹が痛い」などの訴えがある場合には家庭医に対応を依頼します。

最後に保健師は、助産師あるいは看護師資格を持ち、かつフルタイム換算で約1年間分の訓練を3年以内に終わらせる必要がある専門コースを修了した看護職です²⁾。0—5歳までの乳幼児を持つ家族をサポートし、出産退院後の母親や赤ちゃんを継続的に訪問したり、健康・育児に関する相談に乗ったりと、健診やよくある健康問題を中心にセルフケア教育を実施しています。また、当院や地域に散らばるコミュニティ施設の外来においても、同様のサービスを提供しています。こちらも助産師同様、保健師が何か気に掛かることがあった場合、あるいは「吐いてばかりでミルクを飲まない」といった急性な問題があると判断した場合は、家庭医が診ています。

医師以上の患者数を看護職が診ている

川越 看護職だけでも幅広い範囲の患者さんを診ることができていそうですね。診療所で診る患者さんのうち、どのぐらいの割合が看護職によって対応されているのでしょうか。

澤 第1回で示したデータを基に説明すると、2014年9月29日—10月29日

の約1か月間で、診療所の医師や看護職で診た総患者数は5881人。そのうち、医師:2415人(約41%)、NP・PN:2608人(約44%)、HCA:792人(約13%)、助産師:66人(約1%)という結果でした(註3)。月ごとの変動はあるでしょうけれど、体感的には当診療所の平均的な姿を示していると思います。

川越 日本では注射や点滴、採血などの医療行為は、「医師の指示」という範囲内で行われています。薬剤処方に関しても、医師の診察なくして処方できません。ですから、英国の看護職たちは、日本であれば医師が行う役割の一部をも担っているわけですね。以前、澤先生の講演を聞いて、「医師の仕事がなくなってしまうのでは?」と心配して質問した日本人医師がいたと伺ったことがありましたけど、その医師の気持ちもわかる気がします(笑)。

ただ、時代とともに医療が複雑化してきていることを考えると、より専門性を要する命題に、医師が集中するという方向性そのものは合理的だと感じました。

澤 実際に、英国では看護師をはじめとした他職種との協働が進んだ結果として、家庭医としての専門性をより活かせる診療が可能になりました。さらに、各診療所によって異なる需要や供給のバランスに対し、最適化されたチームを構成する、いわば“地域医療の設計者”としての役割に集中できるようになったと思うのですね。

川越 合理化が進むことに対し、「自分の存在意義を失いかねない」と感じる医師もいることでしょうか。しかしそれを反転させ、厳しい見方をすれば、自己研鑽を怠っているゆえの防衛意識による考えとも言えるのかもしれない……。

とはいえ、まだ英国の診療所の看護師の日常風景が具体的にはイメージできていない段階です。次回(第3109号)、もっと詳しく看護師たちによる外来の風景を伺っていきましょう。(つづく)

註1: 英国では大学で看護の学位を取得することで看護師籍の登録資格が得られる。

註2: 多くの場合、1分野ごとに約6か月の研修が必要で、仕事をしながらのパートタイムで受講。1つの minor illness コースを例に挙げると、通信教育を基本に、数回のワークショップに参加。最終的には論文と臨床試験に合格することで、同分野での医療行為が許されるようになる³⁾。

註3: 保健師は家庭訪問や診療所外の外来でも同診療所の登録住民を診るため、この統計には含まれていない。

参考文献

- 1) 平尾千恵子, 他. 英国視察から学んだ看護(前編). 週刊医学界新聞第3101号. 2014.
- 2) NHS Careers ウェブサイト. Skills, Qualifications and Training. <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/nursing/careers-in-nursing/health-visiting/skills,-qualifications-and-training/>
- 3) Primary Care Training Centre ウェブサイト. Assessment and Management of Minor Illness (Accredited). <http://www.primarycarenursing.co.uk/product/assessment-and-management-of-minor-illness/>

臍帯血移植の現在をまとめ、未来を見据える

臍帯血移植の基礎と臨床

2014年より造血幹細胞移植推進法が施行された。わが国における非血縁者間臍帯血移植は、骨髄移植や末梢血幹細胞移植と並び造血幹細胞移植法の1つとして確固たる地位を確立している。本書は、胎盤の発生・構造・機能から胎生期の造血、臍帯血中免疫細胞の特性などの基礎医学から、細胞採取・分離・保存法、小児・成人に対する移植成績といった臨床編、再生医療を含む新たな試みまで、臍帯血移植の現在と未来を1冊に凝縮した。

監修 浅野茂隆
東京大学名誉教授/早稲田大学名誉教授
谷口 克
理化学研究所統合生命医科学研究センター免疫制御戦略研究グループ・グループディレクター

編集 東條有伸
東京大学医学部附属病院・先端医療センター・分子遺伝学
谷憲三朗
九州大学病院教授・先端分子・細胞治療科
高橋 聡
東京大学医学部附属病院・先端医療センター・分子遺伝学
幸道秀樹
東京都立多摩総合医療センター・血液内科/東京都立中央病院/心臓科



解剖・手術の3D画像/動画を多数収録、側頭骨の3次元構造を体得

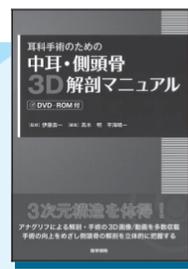
耳科手術のための 中耳・側頭骨3D解剖マニュアル [DVD-ROM付]

京都大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科が行っている手術解剖実習コースのマニュアルをベースにして、耳科手術を安全に行うために必要な局所解剖を解説する。中耳・乳突腔から内耳・内耳道・頭蓋底に至る領域をカバーし、通常操作することのない内耳の微細構造も示した。多数収録された標本写真、手術映像は、通常の2Dだけでなく3D(アナグリフ)でも表示。精細な写真・動画により解剖を正確に理解することができる。

監修 伊藤壽一
京都大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科・頭頸部外科 教授

編集 高木 明
静岡県立総合病院頭頸部・耳鼻咽喉科 部長

平海晴一
京都大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科・頭頸部外科 教授



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

“実践的”抗菌薬の選び方・使い方

細川 直登 ● 編

A5・頁236
定価:本体3,300円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01962-0

評者 青木 眞
感染症コンサルタント

現在、世界のカルバペネムの7割を消費するわが国に戻ったのは20年ほど前。当時、評者は「西欧かぶれ」の感染症医と呼ばれるにふさわしく、参加する学会、購読するジャーナル、棚に並ぶ成書、全てが「洋物」であった。理由はわが国でメトロニダゾールがアメーバ赤痢や嫌気性菌に使えるようになったのが2012年、わずか2年前(p.197)という極めてユニークな風景と無関係ではなかったと思う。しかしこの20年で臨床感染症を取り巻く風景は一変した。わが国にも抗菌薬の適正使用を熱く語れる真の臨床感染症の訓練を受けた医師が次々と生まれたからである。グローバルスタンダードを意識した本書はそのような評者と価値を共有する仲間によってのみ執筆された。評者は各章を読み始めるとき、ついつい章末の執筆者の名前を見ては得心するのだった。

しかし、本書の特徴を「グローバルスタンダードに基づいた抗菌薬の本」と定義するだけでは不十分となる。なぜなら本書は今までにない新しい切り口で書かれているからである。具体的には添付文書が同じ菌、同じ疾患に適應を示す抗菌薬同士の比較が記載されている。一見似たような抗菌薬を、より精密に使い分けるのが目的である。序文で編者いわく「抗菌薬の選択には

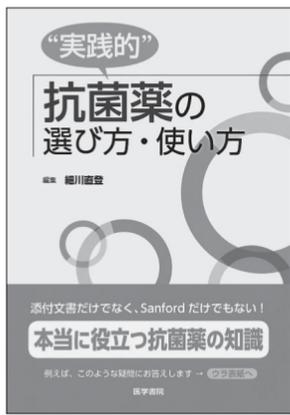
理由が必要である」。広域抗菌薬を手にした社会が、思考停止にならないための警鐘から始まっている。

今日、わが国の感染症専門医は米国の感染症専門医よりも、より精密に抗菌薬の適応を考えていると思う。「市中感染ならばレボフロキサシン」といった雑な整理ではなく、グラム染色で起炎菌を想定して可能な限り狭域の抗菌薬の使用を心掛ける日本の感染症専門医。ある意味、日本人で米国感染症専門医第一号になった喜舎場朝和先生の非常に繊細な世界である。彼らはやみくもにグローバルスタンダードを錦の御旗とする「西欧かぶれ」ではなく、日本の状況に合わせて創意工夫する、より緻密で創造的な感染症専門医といってもよい。

感染症専門医とはペニシリンGとカルバペネムの強さが同じであることを知る人々である。抗菌薬の枯渇が声高に叫ばれる今日、抗菌薬をより丁寧に大切に使用する文化は、この新しい日本の感染症専門医からしか生まれえない。「抗菌薬は使用すればするほどその価値が下がるという点では他の薬剤と一線を画している(p.24)」これこそが編者、細川直登先生がよって立つ、本書の原点である。

初学者から「もう感染症の本は十分」と思われるベテランにもお薦めします。

初学者から「もう感染症の本は十分」と思われるベテランにもお薦め



カンデル神経科学

金澤 一郎, 宮下 保司 ● 日本語版監修

A4変型・頁1696
定価:本体14,000円+税 MEDSI
ISBN978-4-89592-771-0

評者 加藤 忠史

理化学研究所脳科学総合研究センター
精神疾患動態研究チーム シニア・チームリーダー

本書は、精神医学から神経科学へ転じ、シナプス可塑性の研究でノーベル賞を受賞したエリック R. カンデル氏を中心に編集された、この領域の代表的な教科書の日本語訳である。カンデル氏をはじめ、昨年同賞を受賞したトーマス C. スーロフ氏ら、主に米国の最高の執筆陣による原著が、金澤一郎、宮下保司両氏を筆頭とするそうそうたる研究者により翻訳され、日米の叢書を結集した本となっている。

歴史を踏まえた記載、病態との関連への目配り、その事実がどんな実験で発見されたかの説明などにより、知識の羅列ではなく、通読すべき興味をそそる読み物となっている。カンデル氏自身による、フロイトなどを引用しつつ、意識と無意識の神経基盤に迫る第17章などは、特に興味深い。また、例えばPart IVの「認知の神経基盤」に、「前運動領野系の認知機能」という項目があり、ジャコモ・リゾラッティ氏が執筆しているなど、章立てにも編者の思想が反映されている。

精神神経疾患の解明が遅れている原因の一つは、脳の複雑さである。精神神経疾患の理解には、その基盤となる脳科学の知識が必須であるが、発展途上の脳科学の全体を俯瞰し理解することは容易ではない。評者も、本書によって初めて、多数の介在ニューロンを連結して同期性を生み出し、アストロ

サイト同士をつないでカルシウムウェーブを実現している「ギャップ結合(電気的シナプス)」の具体的なイメージを持つことができた。

英語の知識を日本語に翻訳するだけで意義のあった明治時代と異なり、現代の研究者に求められるのは、世界最先端の教科書を書き換える新たな知識を生み出すことである。本書は、われわれが「巨人の肩の上に」立ち、最先端の研究を進めることを可能にする貴重な書物であり、これから神経科学を学ぶ者にとって最良の教科書となるのはもちろん、研究者が他領域の進歩に

ついて学ぶためにも大いに有用であり、精神医学、神経学、神経科学にかかわる者で本書を必要としない者はいないであろう。

唯一の難点はその重さで、車中・機中で読みたくなる面白い本であるだけに、こういう書物こそ、電子書籍が欲しいものである。

本書の編集に関しては、出版の早さ(原著出版後1年半で日本語版出版)、価格の安さ(原著より安価)、内容の正確さ(原著のミスが指摘されている点では原著よりも正確)、図表の美しさ、日本語文の滑らかさなど、驚嘆すべき点が多い。編集、翻訳に携わった方々の並々ならぬご努力に、心から敬意を表したい。

これから脳科学を学ぶ者にとって最良の教科書



非特異的腰痛の運動療法

症状にあわせた実践的アプローチ

荒木 秀明 ● 著

B5・頁160
定価:本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01971-2

評者 坂場 英行

前・川田整形外科リハ科診療統括部長

腰痛は、腰椎、椎間板、椎間関節、神経根、腰部関与筋と軟部組織などの病変が発症原因と考えられている。しかし、臨床的にみると、腰痛の約80%は、医学的診断と臨床症状が一致せず、痛みが特定できない非特異的腰痛である。その意味で、腰痛症例の治療では、診断名や画像所見に固執せず、眼前の対象者から把握できる病態と臨床症状を包括的に評価分析し、的確な臨床推論と臨床判断を駆使した治療介入を行い、臨床考察により治療効果を確認するプロセスが重要である。学際的には、医学モデルに生物・心理・社会的要因

に視点を拡充した包括的・多角的・集学的アプローチが強調されている。腰痛の運動療法における近年の動向は、腰部症状に起因した局所基盤治療から、骨盤帯や下肢関節、身体上位構成体との連結、運動機能障害連鎖を考慮したトータルアプローチへと変化している。

このたび、医学書院から荒木秀明著『非特異的腰痛の運動療法——症状にあわせた実践的アプローチ』が発刊された。著者の荒木氏とは、2001年から3年間、徒手理学療法関係の講習会で、共に講師を務めたことがある。臨床家としての鋭い視点から理論と実

臨床実践を集大成した腰痛運動療法の指南書

日常診療に必要な広範な知識を1冊に。日本消化器病学会監修による信頼できる情報源

消化器病診療 第2版

消化器疾患の概念、疫学、発症機序、診断、治療等を各領域のエキスパートが簡潔に解説。日常診療のさまざまな場面を想定し、症候の捉え方から、検査・治療の手法、手術の概要、癌化学療法の実際、患者説明のポイントまで、消化器病診療で必要とされる広範囲の知識・情報を1冊にまとめた。日本消化器病学会監修による信頼できる情報源。

監修 一般財団法人 日本消化器病学会
編集 「消化器病診療(第2版)」編集委員会



B5 頁528 2014年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-02016-9]

医学書院

Hospitalist

ホスピタリスト Vol.2-No.3発売 特集: 消化管疾患

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

- 季刊/年4回発行 ● A4変 ● 200頁
- 1部定価:本体4,600円+税
- 年間購読料19,008円(本体17,600円+税)

※年間購読は送料無料で、約4%の割引
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

特集: 消化管疾患 責任編集: 篠浦丞・山口裕・石山貴章

はじめに	6 消化管腫瘍性疾患のスクリーニングとサーベイランス	9 小腸,大腸疾患:腸管や血管の閉塞,塞栓,捻転
1 "GI redflags"	7 食道疾患	10 小腸,大腸疾患:炎症性腸疾患
2 上部消化管癌	8 胃十二指腸潰瘍	11 小腸,大腸疾患:憩室関連疾患
【コラム】過敏性腸症候群(IBS)	【コラム】消化管疾患で使用する薬剤prokineticsのエビデンス	【コラム】イレウス管(long intestinal tube)に意味はあるのか?
3 慢性下痢,免疫不全者の下痢	【コラム】生検結果の解釈	【コラム】いつから腸管を使うのか?
4 腹痛		
【コラム】腹部エコー		
【コラム】腹部CT		
5 消化管出血		

2014年 Vol.2-No.1 腎疾患
Vol.2-No.2 膠原病
Vol.2-No.3 消化管疾患
Vol.2-No.4 緩和ケア(12月発売予定)

2015年(予定) Vol.3-No.1 呼吸器疾患(3月発売)
Vol.3-No.2 外来における予防医療(6月発売)
Vol.3-No.3 循環器(仮)(9月発売)
Vol.3-No.4 テーマ未定(12月発売)

2015年間購読申込受付中

作業療法がわかる COPM・AMPS実践ガイド

吉川 ひろみ, 齋藤 さわ子 ● 編

B5・頁216
定価:本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02013-8

作業療法の学びは、クライアントの作業に焦点を置き、作業を基盤とした実践に基づくものにある。そのため、実際の作業療法で展開されている「人間の作業」を理論化、体系化する。それを教育すべきと信じている。作業療法の質を高めることをめざす実践家が、理論を具現化して作業療法実践ができるように教育したい。しかし、本当にクライアント中心で、作業に焦点を当てた実践がなされているのだろうかと不安を覚えるときがある。そんなときに、私は原点に戻るため、自らの実践理論を確認する。

本書は2008年に出版された『作業療法がわかる COPM・AMPS スターティングガイド』の発展版である。発展版といっても、本書から先に読んでも何ら問題はない。というより、先に読むと良い。作業を可能にする目標を達成するために、どのように進めモデルを選択するかが示されている事例が魅力的だ。また、平易な言葉が選ばれているが、中身は決して簡単ではない。手軽に学ぶのではなく、しっかり学ぶ必要性を感じさせてくれる。見よう見まねでできることでも、いいとこ取りでもない。真面目に取り組むことによって、いっそう良い結果が待っているところが痛快である。作業について聴くこと、作業遂行を観察することが作業療法らしい作業療法実践につながる。そんな信念が伝わる書である。

作業療法は実学である。実学とは、単に日常に役立つ学問ということではないと思う。事象の真の姿を理解し、それに基づいて自ら判断することが必

評者 **村田 和香**
北大大学院保健科学研究院教授・作業療法学

要だ。経済や社会の構造が大きな変貌を遂げようとしている現在、作業療法の世界もまた、大きな変化の中にある。専門家による介入が成したかどうかを決めるのは、その介入を必要としたクライアントであるという認識が変わってきている。クライアント中心、作業の概念が変化している。これまでの構造の下で支配的であった概念や思想などは、時に通用しなくなる。基本概念が変わることを受け入れるために、情報の知り方はいくつか種類があることを知っておくことも必要である。

つまり、このような大変化の時代には、実学の精神に立ち返り、自分の頭で考えることが求められる。新しい状況を正しく判断し、自らのなすべきことを的確に選択していくことが大切である。言い換えると、自ら問題を見つけ、その問題を説明し得る仮説を作り、その仮説をきちんと検証し、結論に導く。そして、その実証された結論に基づいて問題を解決していく。そんな挑戦のひとつと感じる。

編集の吉川ひろみ、齋藤さわ子両氏は「案ずるより産むがやすし」、「やってみないとわからない」という。確かにそうであるが、クライアントとのコラボレーションがなければ成立しない。そして、そこには作業を信ずる信念がある。

本書は先の本よりも装丁がシンプルなのがまた良い。中身が気になる。見返しの鮮やかな緑と潔いほどのシンプルさが作業をイメージするのにマッチしている。

技を展開される姿勢に共感したことを覚えている。

自己の治療技術の向上と発展のために、積極的に国内外で臨床研究結果を報告され、整形外科医と激論を交わし、問題解決の糸口を見つけるためには海外渡航も厭わなかった荒木氏が、臨床家としての集大成といえる一冊を執筆された。常に最新の情報を入手し、得た情報を自己実践し、検証する臨床家としての姿勢が凝縮された腰痛運動療法の指南書である。

本書は5章から構成されている。第1章の序説と第2章の基本的事項を確認した後、第3章から第4章にかけての理学療法的診断学を理解し、治療の中心である第5章の運動療法とホームエクササイズへとページを進める。理学療法評価をベースとした臨床推論、臨床症状に則した臨床判断に基づく治療の展開が、明確に紹介されている。運動療法では、骨盤帯正中化手技、

過緊張筋に対する筋リリース手技、深層のコアマッスルに対する積極的安定化運動が、症状にあわせた実践的アプローチとして紹介されている。治療者主体の従来の治療体系から、対象者の自己認知に基づいた自己治療を促進する臨床実践の結果は、国内外の関連学会で報告され、高い評価を得ている。

参考文献232編のうち、日本語文献はわずか2論文である。これらの文献を背景とした付録の各項目を精読し、腰痛治療のエッセンスを理解していただきたい。

荒木氏の長年の臨床に基づいた理学療法評価・診断を臨床で適用するには、相応の時間と各自の研鑽が要求されるが、「腰痛」という巨大な怪物を理解して退治するための、先輩セラピストからのメッセージが込められていると認識し、本書を最大限に活用した臨床実践を構築してほしい。

第22回総合リハビリテーション賞決定

第22回総合リハビリテーション賞の授賞式が9月24日、医学書院(東京都文京区)にて行われた。今回は、杉山統哉氏(中部労災病院リハビリテーション科)他「急性期脳卒中患者の歩行自立度と社会的サポートの関連——リハビリテーション患者データベースの多施設登録データを用いた研究」〔総合リハビリテーション. 2013; 41(2): 161-9〕が受賞した。



●杉山統哉氏

本賞は、『総合リハビリテーション』誌編集顧問の上田敏氏が東大を退官される折(1993年)に金原一郎記念医学医療振興財団に寄付された基金を原資として発足。今回は、2013年発行の『総合リハビリテーション』誌に掲載された投稿論文40編を選考対象とし、最も優れた論文に贈られた。

杉山氏らの論文は、リハビリテーション患者の多施設登録データを用いて、家族・友人などの介護者による社会的サポート(介護力)と歩行自立度の関連を明らかにした。氏は、入院時歩行不能で選択基準を満たした9病院813人の急性期脳卒中患者のデータを分析。その結果、介護力がない場合と比較して、介護力がある患者が歩行自立する確率は2倍となり、介護力は自宅退院のみならず歩行自立にも影響する可能性が示唆された。『総合リハビリテーション』誌編集顧問の伊藤利之氏(横浜市総合リハビリテーションセンター)は、「本研究は机上の研究と言えるが、家庭での介護力と歩行自立度との関連を直接的に解析しようとした点が、臨床に根差した素晴らしい着眼点であった。また、論文作成の技術という点においても高く評価された」と、授賞理由を述べた。受賞のあいさつに立った杉山氏は、「伝統ある総合リハビリテーション賞を受賞できたのは周囲の協力があつたからこそ。この賞に恥じないよう、今後も努力を続けていきたい」と語った。『総合リハビリテーション』誌では本年も、掲載された投稿論文から第23回「総合リハビリテーション賞」を選定する。詳細については、『総合リハビリテーション』誌投稿規定(http://www.igaku-shoin.co.jp/misc/sogoriha_award.html)を参照されたい。

胃の拡大内視鏡診断 第2版

八木 一芳, 味岡 洋一 ● 著

B5・頁160
定価:本体10,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02025-1

評者 **濱本 英剛**
仙台厚生病院消化器センター・消化器内科

研究会や書籍で見る美しいNBI拡大内視鏡画像に魅了され、独学でNBI拡大内視鏡診断を始めたころ、「胃炎」と「胃癌」の違いを言葉にできなかった。何を言っているのかもわからず悶々としていた

上部消化管内視鏡に携わる 医師の座右の書となる一冊

2010年のある日、著者らの新潟拡大内視鏡研究会に参加した。病理組織と拡大内視鏡所見の詳細な対比と、なぜそのような所見になるのか意味を考える、真摯な熱意溢れるディスカッションが繰り返され、感服し、早速『胃の拡大内視鏡診断』の初版を購入し何度も何度も読み返した。それから4年経ち、このたび新たな知見と症例を大幅に追加した第2版が出版され、その書評を書かせていただくこととなった。望外の喜びである。

本書は「序章 正常胃粘膜とは? 慢性胃炎とは?」で「正常胃」を「炎症の存在しないH. pylori非感染例」とし、RAC(regular arrangement of collecting venules)の概念に触れるところから始まる。「第1章 正常胃粘膜の通常および拡大内視鏡像」で正常前庭部・体部の拡大内視鏡像が解説され、「第2章 慢性胃炎の拡大内視鏡像」で病的な状態であるH. pylori起因性慢性胃炎における萎縮の過程を描いたA-B分類と、H. pylori除菌後の胃底腺の再生過程が記される。ここまでで正常胃と慢性胃炎の拡大所見が整然と理解できる。そして「第3章 分化型早期胃癌の拡大内視鏡像」「第4章 未分化型早期胃癌の拡大内視鏡像」「第

5章 NBI併用拡大観察時の胃癌診断のフローチャート」で胃癌の典型所見と、診断の型を身につけることができる。また今回の改訂で第3章には「粘膜中層進展の中分化管状腺癌」「胃底腺型胃癌」「除菌後発見胃癌」が多くの症例画像とともに追記されており、目を引くことだろう。最後に「第6章 演習問題」に取り組み、解説も読み込むことで著者らのNBI拡大診断過程を追体験できる。随所の理解度チェックテストや、「ちょっと一息」「拡大豆知識」に知的好奇心を煽られるうちに、一気に読み終えていることだろう。

本書を通し、刮目に値する知見は「腺窩上皮は、深部に存在する固有腺によってその立体構造を変化させる(p.33)」という考え方だろう。固有腺の状態に腺窩上皮は依存していると考えられ、A-B分類や胃癌、MALTリンパ腫の所見の解釈にも有用である。さらには初見の病変に遭遇しても、病変直下の固有腺の状態をNBI拡大観察で推定でき、鑑別診断の一助となることだろう。

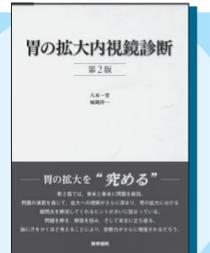
このように本書は正常胃粘膜と、H. pylori起因性慢性胃炎、そして胃癌の拡大内視鏡所見・診断を一冊で習得でき、上部消化管内視鏡に携わる医師の座右の書になると確信する。初学者からエキスパートまで、再読するたびに新たな発見があり、広くお薦めできる一冊である。

胃の拡大を“究める”

胃の拡大内視鏡診断 第2版

第2版では、H.pylori感染胃炎の除菌の保険適用に伴い、除菌前後の胃粘膜、除菌後発生胃癌の粘膜像の詳細な拡大観察等の解説を新たに加えた。さらに、臨床(拡大)像と組織像との対比が厳密になされている症例を“演習形式”で提示。種々の問題を解き、解説を読み、さらに本文に立ち返ることで、著者の提唱する診断学のエッセンスへの理解がさらに深まるだろう。

八木一芳
新潟県立吉田病院 内科部長
味岡洋一
新潟大学大学院医学総合研究科分子・診断病理学 教授

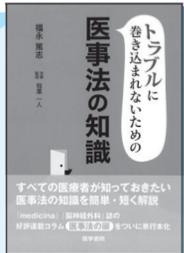


すべての医療者が知っておきたい医事法の知識を簡潔に解説

トラブルに巻き込まれないための医事法の知識

すべての医療者に向けた、医療紛争に巻き込まれないために知っておくべき法律知識の解説書。臨床医の目線で日常診療上注意すべき法律50項目を選び、具体的な判例を交え、1項目につき3ページ程度で分かりやすく噛み砕いて解説。「medicinal」「脳神経外科」誌の好評連載コラム「医事法の扉」の単行本化。

著 **福永篤志**
国家公務員共済連合会立川病院脳神経外科医長
法律監修 **稲葉一人**
中京大学法科大学院教授 / 久留米大学医学部客員教授



外科系臨床、リハビリテーション 関連雑誌のご案内

年間購読料金の詳細は弊社webサイトをご参照ください。電子版もお選びいただけます。

外科系臨床



NEUROLOGICAL SURGERY 脳神経外科

脳神経外科の症例・研究を紹介する原著雑誌として、Index Medicusにも掲載され評価は高い。各領域の第一線の著者による「総説」、写真やイラストを多用した「手術手技」といった学術面に加え、日々の臨床に役立つ各種連載、渡航した若手による「海外留学記」といった実践面まで、脳神経外科医に必要な知識を幅広く掲載している。

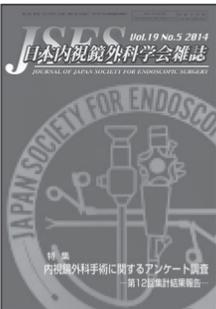
●月刊 1部定価：本体2,600円+税



臨床外科

一般外科・消化器外科を中心に、外科学全般を網羅する総合誌。手術で本当に役立つ臨床解剖の知識や達人の手術テクニックを、大きい判型とカラー写真でのビジュアルな誌面で解説。術中・術後のトラブル対処法、最新の栄養管理法など、臨床に根ざした「外科医が最も知りたいこと」に迫る。

●月刊 1部定価：本体2,700円+税



JSES 日本内視鏡外科学会雑誌

日本内視鏡外科学会の機関誌。1万人を超える学会員から寄せられた投稿論文を、厳正な審査を経て掲載する。隔年で全国の医療機関に対して実施されている「内視鏡外科手術に関するアンケート調査」の結果も掲載。掲載論文だけでなく、この調査のデータも多くのジャーナルで引用されている。

●月刊 1部定価：本体2,800円+税



臨床整形外科

整形外科医の日常臨床に必ず役立つ最新情報を紹介。厳正なピアレビューを経た「論述」「臨床経験」「症例報告」など原著論文を毎月掲載。特集では整形外科医として知っておきたい臨床情報を多角的に解説する。好評連載も多数。

●月刊 1部定価：本体2,500円+税



臨床 婦人科産科

産婦人科臨床のハイレベルな知識を、わかりやすく読みやすい誌面でお届けする。最新ガイドラインの要点やいま注目の診断・治療手技など、すぐに診療に役立つ知識をまとめた特集、もう一歩踏み込んで詳しく解説する「FOCUS」欄、そのほか連載も充実。書籍規模の増刊号は、必携の臨床マニュアルとして好評。

●月刊 1部定価：本体2,700円+税



臨床眼科

読者からの厚い信頼に支えられた原著系眼科専門誌。厳選された投稿論文のほか、眼科領域では最大規模の日本臨床眼科学会の学会原著論文を掲載。「今月の話題」では、気鋭の学究や臨床家、斯界のエキスパートが、話題性の高いテーマをじっくり掘り下げる。最新知識が網羅された好評の増刊号も例年通り秋に発行。

●月刊 1部定価：本体2,800円+税

外科系臨床



耳鼻咽喉科・頭頸部外科

目のつけ処が一味違う耳鼻咽喉科・頭頸部外科専門誌。「こんなときどうする!？」などの臨床的なコツの紹介から、最新の疾患概念を解説した本格特集まで、硬軟と混ぜた多彩な企画をお届けする。特集2本立ての号も。「Current Article」欄では研究の最前線の話題をわかりやすく、読み応えのある原著論文も多数掲載。

●月刊 1部定価：本体2,600円+税



臨床皮膚科

さまざまな症例や治療成績が全国から寄せられる原著系皮膚科専門誌。臨床写真はオールカラーで、「臨床皮膚科」ならではのクオリティ。注目の論文は「今月の症例」として、編集委員が読み処のアドバイスを添えて掲載する。増刊号「最近のトピックス」は、知識を毎年アップデートできる定番シリーズ。

●月刊 1部定価：本体2,800円+税



臨床泌尿器科

泌尿器科診療にすぐに使えるヒントを集めた「特集」、自施設での手術テクニックを紹介する「手術手技」、話題のテーマを掘り下げる「総説」、そして、全国から寄せられた投稿論文を厳選して紹介する。特集は毎月掲載となっておりボリュームアップ。春に発行する書籍規模の増刊号も好評。

●月刊 1部定価：本体2,800円+税

リハビリテーション



SOGO Rehabilitation 総合リハビリテーション

リハビリテーション領域をリードする総合誌。リハビリテーションに携わるあらゆる職種に向け特集形式で注目の話題を解説。連載「入門講座」「実践講座」ではリハビリテーションをめぐる最新知識・技術を簡潔に紹介。投稿論文の審査、掲載にも力を入れている。

●月刊 1部定価：本体2,300円+税



The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine リハビリテーション医学

「日本リハビリテーション医学会」編集・発行の学会誌。学会事業についての告示と学術論文を掲載し、リハ医学・医療の発展を図っている。通常号、合併号のほか、学術集会の抄録を掲載した特別号を年1回発行。

●月刊 1部定価：本体1,759円+税



PT 理学療法ジャーナル

『PTジャーナル』として幅広い世代に親しまれている。特集では時宜を得たテーマを取り上げ、時に問題提起しこれからの理学療法をともに考える。「入門講座」「講座」などの連載は多くの図・写真で最新の知見をわかりやすく紹介し、初学者にもベテランのブラッシュアップにも有用。2013年より電子版では創刊号から最新号まですべての記事を読めるようになり、ますます便利に!

●月刊 1部定価：本体1,800円+税

内科系臨床誌および公衆衛生・臨床検査・病院経営関連雑誌(『medicina』『総合診療』『糖尿病診療マスター』『呼吸と循環』『胃と腸』『BRAIN and NERVE』『精神医学』『公衆衛生』『臨床検査』『検査と技術』『病院])のご紹介は、3103号(12月1日号)に掲載しております。



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