

2011年2月14日

第2916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 (出社者著作権管理機構 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

- [対談]「病院の世紀」を超えて(松田晋哉, 猪飼周平)..... 1-3面
[連載]老年医学のエッセンス..... 4面
[連載]続・アメリカ医療の光と影/第45回日本成人病(生活習慣病)学会..... 5面
MEDICAL LIBRARY/[連載]在宅医療モノ語り..... 6-7面

対談

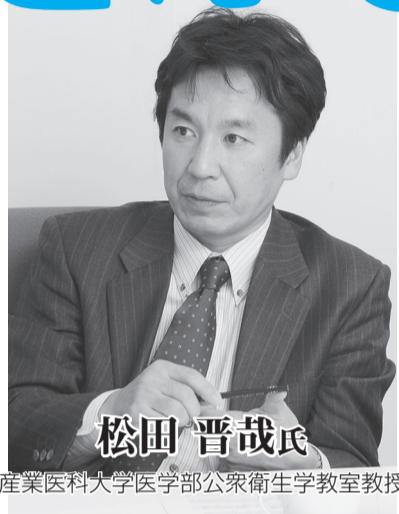
「病院の世紀」を超えて



猪飼周平氏
一橋大学大学院社会学研究科准教授

「大きな転換期を迎えている」。これは日本の医療供給システムを議論する際にしばしば用いられるフレーズだ。では、私たちがいま直面しているのは一体いつ以来の転換期なのだろうか。もしこれが100年に一度の事態だとするならば――。

20世紀の医療供給システムが終焉を迎えつつあることを著書『病院の世紀の理論』において示した猪飼周平氏は、いまこそ長期的観点から基本デザインを構想する必要があると説く。これに対し松田晋哉氏は、コミュニティケアやまちづくりが重要であるとして、医療関係者の発想転換と参画を提唱する。「病院の世紀」を超えて、高齢社会に望ましいヘルスケアの構築へ。本紙対談において両氏が、その架橋を試みた。



松田晋哉氏
産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授

松田 『病院の世紀の理論』の中で猪飼先生は、現代人が常識としている「病院を中核とする医療」が、実は20世紀という時代の産物であることを歴史的に検証されています。

猪飼 19世紀までの病院は、治療よりも福祉的な機能にその存在理由がありました。欧米諸国の富裕層が病院への寄付を通して財政を支える一方で自らは入院しようとしなかったことは、当時の病院が治療上有利な施設ではなかった事実を象徴的に示しています。

20世紀に入ると治療医学が進歩し、その社会的期待に応える形で、病院が

高度な治療機能の担い手となった。この治療医学に対する社会的期待が医療供給システムを規定したという意味において、20世紀を「病院の世紀」と定義しました。また、これにはもうひとつの含みがあります。それは、「病院の世紀」が終焉を迎えつつある21世紀において、日本の医療供給システムが1世紀ぶりの大規模な変動のさなかにあるという歴史認識です。

Trustの再構築

松田 「病院の世紀」の終焉を示唆す

るものとして、治療医学に対する社会的期待の相対的な減退、QOL(Quality of Life;生活の質)概念の浸透を挙げていますね。高齢社会を迎えるなかで、治療医学を主体とした医療供給システムがうまく機能しなくなりつつあることを私も実感しています。ただ他方では、消費者主権的な意識が高まるなか、急性期・高度医療への志向がむしろ強まっていて、その両極で揺れているようにも思えます。

猪飼 消費者主権的意識に基づく急性期・高度医療への志向の問題は、つまるところ trust(信頼)の問題だと考えています。

かつての医師-患者間には権威主義的なタテの関係がありました。ですから、例えば1970年代の医療社会学における関心事は、「医師による患者からの収奪をいかに防ぐか」でした。ただ、そういう弊害もあったにせよ、医師-患者関係には一定の trust が成立していました。

現在は、医師-患者関係がタテからヨコへと変容しつつある。この流れが治療医学に対する社会的期待の減退へと進む一方で、消費者主権的意識と相まって「より間違いの少ない医療、より高度な医療」を求める方向に進む可能性もあります。もちろん、その論理

自体に正義はあるかもしれませんが。ただ、そこから出来上がったものがシステムとして回っていくかという、かなり難しいでしょう。なぜなら、消費者主権的な流れは相互不信がベースになっており、今度は医師-患者間でお互いを収奪するリスクが出てくる。社会的・経済的なコストが非常に高くなる恐れがあるのです。これは医師-患者間の trust がより低くなっている状態とみることが出来ます。

松田 それに端的に表れているのが、患者・家族への説明です。説明責任が重視されるあまり、目に見えないコストが大きくなっている。これは、名医や画期的治療などセンセーショナルな話題ばかり取り上げるメディアにも問題があって、患者さんの期待値と現場の医療にギャップができてしまい、コミュニケーションがさらに難しくなるのです。医療者側も、訴訟対策などで防衛的になっている。そうした相互不信状態が確かにありますね。

猪飼 かつての治療医学の権威に依拠したタテの関係性の復権は難しいでしょう。そう考えると、消費者主権的・相互不信的な方向に向かうのを避けながら、ヨコの関係での trust をいかに再

(2面につづく)

<出席者>

●松田晋哉氏

1985年産業医大卒。91-92年フランス政府給費留学生(フランス保健省公衆衛生監督医見習い医官)、92年フランス国立公衆衛生学校卒。99年3月より現職。専門領域は公衆衛生学(保健医療システム、医療経済、国際保健、産業保健)。フランス公衆衛生監督医(Diplome de la Sante)、英国王室医学会公衆衛生医学会フェロー。DPC(Diagnosis Procedure Combination;診断群分類)の開発者として著名であり、『基礎から読み解くDPC 第3版』(医学書院)が今春発行予定。

●猪飼周平氏

1994年東大経済学部卒。同大学院経済学研究科博士課程単位取得退学。佐賀大経済学部助教授、英国Oxford Brookes大客員教授などを経て、2007年4月より現職。主要研究領域は医療政策・社会政策・社会福祉・比較医療史。日米英3か国における医療システムの変遷を過去100年にわたり比較し、20世紀の医療の特質について総括した『病院の世紀の理論』(有斐閣)が話題に。現在は、保健・医療・福祉を包括する社会システムの在り方に関する展覧的知識の発見に努めている。

February 2011

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650(書店様担当)
●医学書院ホームページ(http://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

治療薬マニュアル2011

監修 高久史郎、矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2564 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01144-0]

グラント解剖学図譜(第6版)

著 Anne M.R. Agur
監訳 坂井建雄
訳 小林 靖、小林直人、市村浩一郎
A4変型 頁912 定価15,750円 [ISBN978-4-260-00931-7]

臨床検査データブック2011-2012

監修 高久史郎
編集 黒川 清、春日雅人、北村 聖
B6 頁1040 定価5,040円 [ISBN978-4-260-01175-4]

医療経営学 病院創産時代を生き抜く知恵と戦略(第2版)

今村知明、康永秀生、井出博生
A5 頁268 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01200-3]

(標準作業療法学 専門分野 全12巻) 作業療法評価学(第2版)

監修 矢谷令子
編集 岩崎テリ子、小川恵子、小林夏子、福田恵美子、松房利恵
B5 頁688 定価6,090円 [ISBN978-4-260-01107-5]

悲嘆とグリーフケア

広瀬寛子
A5 頁256 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01216-4]

看護診断ハンドブック(第9版)

著 リンダ J. カルベニート=モイエ
監訳 新道幸恵
訳 竹花富子
A5変型 頁840 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01169-3]

老年看護学 Vol. 15 No. 1

編集 日本老年看護学会学会誌編集委員会
B5 頁80 定価2,625円 [ISBN978-4-260-01339-0]

知って 考えて 実践する 国際看護

近藤麻理
A5 頁136 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01217-1]

臨床の詩学

春日武彦
四六変型 頁336 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01334-5]

これならわかる! かんたんポイント心電図(第2版)

奥出 潤
A5 頁192 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01191-4]

透析ハンドブック よりよいセルフケアのために(第4版増補版)

監修 小川洋史、岡山ミサ子
編集 新生活会第一病院在宅透析教育センター
B5 頁244 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01326-0]

ケアする人も楽になる 認知行動療法入門[BOOK1]

伊藤絵美
A5 頁184 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01245-4]

ケアする人も楽になる 認知行動療法入門[BOOK2]

伊藤絵美
A5 頁232 定価2,310円 [ISBN978-4-260-01246-1]

在宅ケアのつながる力

秋山正子
B6 頁192 定価1,470円 [ISBN978-4-260-01340-6]

基礎看護技術(第7版)

阿曾洋子、井上智子、氏家幸子
A4 頁500 定価5,040円 [ISBN978-4-260-01099-3]

イラストでまなぶ薬理学(第2版)

田中越郎
B5 頁264 定価3,150円 [ISBN978-4-260-01227-0]

## 対談 「病院の世紀」を超えて

(1面よりつづく)

構築するか。そこにポイントがあるのではないのでしょうか。

これはとても難しい問題ですが、少なくともひとつの有効な手段だと私が考えているのは、医療者と患者の間の長期的な関係の構築です。そういう意味では、かかりつけ医の存在が大きい。かかりつけ医がもっと普及すれば、ある程度は解決の方向に向かうのではないのでしょうか。

**松田** かかりつけ医モデルをどう再構築していくかは、日本がまさにいま突きつけられている課題ですね。

**猪飼** さらに、医師と患者の関係だけではなく、あらゆる医療職と患者・利用者との関係のなかで、長期的な関係の構築が重要になってくるでしょう。一例を挙げれば、妊産婦と開業助産師の間には、妊娠から出産に至る過程で非常に強固な紐帯が発生します。ヘルスケアが産み出し得る紐帯・連帯の可能性というのはたくさんあると思います。そういった「点」をみつけては「線」につなげていくことが、ひとつの手なのではないか。差し当たってはそう考えています。

### 「病院か、在宅か」の二項対立ではない

**松田** 『病院の世紀の理論』には次のような記述があります。「医療システムは、自らの失敗＝内生的要因によって瓦解しようとしているのではない。むしろ、ここで生じていることは、医療システムが、生活の論理という外生的要因によって変容させられ、20世紀を通じて謳歌した特権的な地位から降りようとしている」(同書390頁)。この認識は非常に重要だと感じました。

癌や心不全、呼吸不全など、医療依存度の非常に高い要介護者が在宅で暮らす時代になっています。しかもあと

10年もすれば、年間150万人が死亡する時代がやってくる。日本では現在、8割以上の方が病院で亡くなっていますが、それだけの数を看取るキャパシティが病院にはありません。ターミナルのある一定時期は在宅で過ごさざるを得なくなります。ですからこれからは、「診療所の延長線上としての在宅ケア」ではなく、「入院医療の延長線上としての在宅ケア」を考えていかなければいけません。

**猪飼** 在宅ケアを推進する上でのポイントは何かとお考えですか。

**松田** 以前、全国の済生会組織の事例を基に、重度要介護高齢者の在宅ケアが可能になる条件について整理したことがあります<sup>1)</sup>。その要点は3つです。1つ目は、かかりつけ医の存在。2つ目は、家族の介護力。そして3つ目が、後方病院を持ち、24時間体制で緊急およびターミナル期に対応できる訪問看護サービスがあることです。

在宅医療を提供する主体はかかりつけ医ですが、ソロプラクティスが多い日本の現状を鑑みると、かかりつけ医だけで24時間365日、患者と家族を支えるのは無理があります。在宅医療を支える訪問看護体制をいかにつくっていくかがポイントだと考えています。**猪飼** 病院にはナースステーションがあって、ナースコールや巡回で患者の状態を確認し、必要があれば医師を呼びますよね。これを地域・在宅に展開することになるのでしょうか。

**松田** その通りです。何かあったときは24時間入院に結びつけることができる「地域のナースステーション」が必要になってきます。在宅療養しつつ“もしも”のときは入院できるという安心感が、患者・家族にとっても医療者にとっても大事なのです。その柔軟な仕組みを地域でどうやってつくるか。「病院か、在宅か」という二項対立ではなく、「コミュニティケア」という発想が求められます。

それが根底にあるのかもしれない。**猪飼** どういう社会を思い描いておられますか。

**松田** それはやはり、猪飼先生が冒頭で示した「trustのある社会」です。そのtrustを再構築するためには、「責任化原則」が重要だと考えています。自己責任論ではなく社会連帯論に基づいた社会であり、構成員はおのおのが社会システムの維持に対して責任を負うべきである、という発想ですね。つまり、医療者は患者に対して適切な医療を提供する義務があるし、患者は医療を適正に利用し、費用を負担する義務がある。そして、行政と保険者は必要に応じてシステムを修正・調整し、これを維持していく義務があります。

**猪飼** その理念には、障害者政策も含まれていると考えてよいのでしょうか。

**松田** 猪飼先生が著作の中で示されているとおり、日本の障害者に対する医療・福祉は、一般の医療とは別の扱いになってきました。そのことが、多くの方が加齢に伴う障害を持ち得る時代の医療提供体制を考える上で、困難をもたらしているように感じます。障害は確率的に出てくるものですから、個人の責任に帰するのではなく、社会全体で支えていくのを本来の原則とすべきです。

そうした社会連帯論に基づくtrustのある社会が、私の理想としてはあります。学生時代の想いをもち続けるのは青臭いかもしれませんが、理念は大事だと思うのです。

**猪飼** いや、本当に大事です。特に、地域のヘルスケアはアンペイド・ワークで支えられる部分があって、それをコストとして換算するとすごく大きなエネルギーを必要とします。人々から自発的なエネルギーを調達するためには、理念が示されることは決定的に重要であると思います。

**松田** ドラッカー(Peter F. Drucker)の著書に『非営利組織の経営』(ダイヤモンド社)がありますよね。非営利というのは、金銭的な推進力が効かないので、理念の共有なしに組織は回りません。そう考えたときに、昨今の高齢者医療制度改革をめぐる議論などは、理念がほとんど語られていない点に不満を感じます。

**猪飼** そうなのです。システムを維持するための議論はもちろん重要ですが、「なぜそのシステムを維持するのか」ということも語られる必要がある。

**松田** 理念の共有ができていないから、それぞれがそれぞれの自己主張をするだけであって、結局は声の大きいところに政治家が寄っていく。そこに不安を感じています。

現在、医療界からは労働環境、医師不足などに関する問題提起が強くなっています。医療者の労働環境が大変に厳しいことは心底理解できるのですが、ただ、もう一歩先の話、つまり「どういう社会をつくりたいのか」を医療

界から発信していくべきなのだと思います。それは結局、まちづくりなのですね。高齢者のニーズは医療だけではなくありません。まちづくり、コミュニティの基本デザインがあって、そのなかに医療も介護も位置付けられるべきです。そこまで考えなければならぬというのが、いま私の問題意識の根っこにあるのです。

**猪飼** 以前、「海図なき医療政策の終焉」と題する論文<sup>2)</sup>を執筆したことがあります。治療医学への社会的期待に沿う形で基本デザインが自動生成されていた20世紀においては、医療政策が近視眼的性格を帯びていたのはそれなりに必然性があったと思うのです。しかし、病院の世紀の幕が引かれようとしている現在においては、基本デザインを長期的観点から構想する重要性が認識されるべきなのでしょう。

どんなにエネルギーを使っても前に進めない時期はありますが、施策の方向性さえ首尾一貫していれば、ずっと進む時期がやがてやってきます。方向性を定める上では、起こり得る未来をどこまでイメージできるかが鍵になってくるのではないのでしょうか。

**松田** それに関して私たち研究者がやるべき仕事は、ドラッカーの言う「既に起こっている未来」を見つけることです。将来必要になるであろう枠組みを、小規模だけれども既に形成しているところがたくさんあります。そうした場所に足を運んで情報を集めて、システムとしての意味付けをしていくことがわれわれ研究者の役割だと思います。

これほど豊かな社会が人口減少と超高齢社会を迎えるというのは、他の国にモデルがないですから、日本が自力で考えていくしかありません。研究者にも覚悟が必要で、これまでとは違ったアプローチが求められるのでしょうか。

**猪飼** おそらく、長期的な時間尺に基づく思考が重要になります。「歴史は未来を説明する道具だ」という意識が、これまでの厚生行政の世界ではついぞ忘れられてきたのではないのでしょうか。

**松田** ドラッカー自身は、自分のことを歴史学者だと言っていますね。

**猪飼** 未来はそれ自体として研究できません。未来学というのは、歴史の研究なのですね。

### 生活と医療は常に混在している

**松田** 歴史的な観点でひとつ参考になるのは、1980年代に欧州の福祉国家が終焉し、地方分権化の流れができたことです。日本も今後は、地方分権の推進が求められるでしょう。

**猪飼** 地方分権は、中央政府・行政が柔軟性を持った枠組みを提示することが前提になりますよね。その際に、「生活と医療は常に混在している」という認識を持つことが大事ではないのでしょうか。これまで行政は、施設ごとに医

## 「海図なき医療政策の終焉」に向けて

**猪飼** 病床数は削減され、急性期を中心に再編される方向にありますから、患者が病院から在宅方面に押し出される潮流は動かしがたいものとしてあるでしょう。そして結果として、病院の負担が軽減される効果もあるでしょう。ただ、それによって医療・福祉のコストが下がるかという点、むしろ逆ではないかと思えます。

**松田** 患者と家族へのコストシフトをもたらすわけですからね。

**猪飼** そうなってくると、システムを維持する上でサービスの効率性が問われなければならないし、何よりも、そうした代償に値するもの、在宅ケアを推進する上での本質的な理念が問われるのではないのでしょうか。

**松田** それは、QOLでしょうね。ですから、コストシフトに見合うだけの

「療養の質」が保証される仕組みづくりも重要です。

**猪飼** 私も同感です。これに関連して、以前から伺いたかったことなのですが、松田先生は医療経済や保健医療システム、介護予防など、研究領域が多岐にわたりますよね。医療システムの効率的運用というような単純な発想で仕事をされているようには思えません。その根底には、どのような問題意識があるのでしょうか。

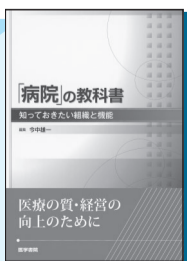
**松田** 私は学生時代から社会医学系のサークルに入っていて、やや“左系”の人間でした(笑)。そのころからずっと、利他的で社会民主主義的な社会が望ましいと考えています。幅広く研究しているのは、節操がないだけです(笑)。ただ、「自分にとって暮らしやすいのはどんな社会か」と常に考えていて、

病院の経営・管理に欠かせない知識を完全網羅!

## 「病院」の教科書 知っておきたい組織と機能

診療報酬体系、DPC、診療情報管理、介護保険、医療関連法規など、病院の経営・管理に携わる方が知っておくべき事項を漏らすことなく解説。医療安全の取り組みについても具体的に教示。また院内の専門職種や各部門の概説により、病院の組織と機能を把握することができる。病院職員の研修、病院経営者対象のセミナーの教科書にも最適。これからの病院経営者・管理者必読の書。

編集 今中雄一  
京都大学大学院医学系研究科医療経済学分野 教授

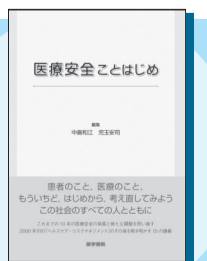


新しい医療安全の取り組みを社会全体で考える

## 医療安全ことはじめ

本書は大阪大学と東京大学で行われている医療安全に関する講義をまとめたもの。医療安全への取り組みをさまざまな角度からとらえて、グローバルな新しい課題の発見や、日本独自のこれまでの歩みを振り返りながら、今後の医療安全のあり方を模索している。執筆者らの「初心に返って医療安全を考え直してみたい。社会のすべての人々がそれぞれの立場で医療安全にかかわってほしい」という思いから上梓された。

編集 中島和江  
大阪大学医学部附属病院  
中央クリティカルケアセンター病棟 教授  
児玉安司  
弁護士・東京大学客員教授



療と介護の機能を定義して切り分けてきましたが、これは規模の経済があつてこそ効率性を発揮できる都会的発想です。地域のニーズに合わせて、施設や地域で生活と医療をミックスできるのがおそらく理想で、そのためにも診療報酬・介護報酬の支払いに柔軟性が必要だと思います。極端な話、余計なサービスが供給されないようにできるのであれば、病院の空いた病床で生活している人がいたって別にいいわけです。

**松田** 福岡県で長期入院・入所高齢者を調査<sup>3)</sup>したことがあるのですが、「病院にずっといたい」と希望する高齢者の医療・介護ニーズは、必ずしも高いとは限りませんでした。なぜ彼らが医療機関・施設にとどまっているかというと、「安心だから」「生きがいがあるから」「帰る場所がないから」という答えが返ってくるのです。

確かに療養病床や老人保健施設は、そういう方々にとっていちばん安心できる場所なのです。1日3食出て週に何回か入浴できるし、リハビリテーションやレクリエーションがある。皆で食堂に集まってテレビの時代劇番組を観るのも楽しい。そして、何よりも大事な、「〇〇さん」と固有名詞で毎日話しかけてくれるスタッフがいることです。地域に帰ると、話しかけてくれる人もいないわけです。

そう考えてみると、悪玉のように批判される社会的入院も、高齢者にとっては合理的な選択なのですね。もし彼らを地域に戻すのであれば、地域のなかに代替機能を持たせなければなりません。コミュニティでケアするという視点が必要です。そして、その在り方は地域のいろいろな状況で変わり得るものでしょう。地域自らが考える必要があります。この意味で地方分権、地域の独立が必要です。

## 生活者にとっての施設ケアとは

**猪飼** 社会的入院というのは、その人に適切なサービスが供給されないから問題として認識されているだけなのですね。もっと言うと、社会的入院ではない高齢者の入院なんてそもそも存在しない(笑)。住んでいるところが病院だろうが施設だろうが自宅だろうが同じだ、という柔軟な枠組みができな

いかと考えています。

**松田** そうですね。

**猪飼** とりわけ、急性期病院と在宅の中間に位置する施設の役割については、いま一度定義付けする必要性を感じています。急性期病院と在宅は将来の存在理由が明確ですよ。一方で、自治体病院を含む先端性の低い病院群から老健・特養などの介護施設に至る中間領域の施設群に対しては積極的な位置付けが与えられていない。アイデンティティ・クライシスです。

**松田** いちばん難しいところかもしれません。急性期病院や在宅はニーズがはっきりしていて、医療者・患者の双方にとってわかりやすい世界ですよ。その中間領域にある重層的なニーズをどう評価していくか。全体として機能しているものを、個々の要素に分けてしまうと評価ができなくなるでしょう。複合的なニーズを丁寧にひもとき、理論付ける作業をやらなければいけません。それはまさに、医療社会学の領域ではないでしょうか。

**猪飼** 「生活者にとっての施設ケアとは何か」という問いは、未来のヘルスケアを考える上での難問のひとつです。ただ言えるのは、急性期病院が機能を特化すればするほど、副次的にそこに当てはまらないものが大量に出てくる。そういったものを統括するロジックとして、医療と生活の「混在」はあったほうがよいと思うのです。

**松田** 歴史的な背景として、日本の住宅環境は社会政策ではなく、経済政策の一環として整備されてきました。高齢者が安心して住める場所が地域に整備されていないのも、貧困な住宅政策にルーツがあります。

それを今後どう再整備していくかですが、医療・介護施設の周辺に住宅を整備していくことを考えてもいいかもしれません。例えば、病院と地域ケアセンター、高齢者向けの住居が複合施設になっていてもいいわけですよ。それはアジア的なまちづくりです。欧州は機能で分けて物事をつくっていきませんが、国民性としてアジア的な混在のほうが向いているのかもしれない。

## 地域にひらかれた病院、地域を育てる医療者

**松田** 広井良典先生(千葉大教授)が

行った調査(地域コミュニティ政策に関する自治体アンケート調査、2007年実施)で、「コミュニティの中心として特に重要な場所は何か」という質問項目があります。結果は学校が1位で、興味深いのは福祉・医療関連施設が2位だったことです。つまり、福祉・医療関連施設にコミュニティの拠点としての機能が求められている。そこに鍵があるような気がするのです。そのためには、病院や施設がもっと地域にひらかれることが大切です。

**猪飼** 確かにそうですね。コミュニティケアを推進する以上は、地域の「支える力」をどう養うかという基本設計も同時に考えていく必要があります。しかし、町内会の組織率なんて年々下がっていき一方、「支える」基礎体力はどんどん落ちているわけです。ヘルスケア関連職がそこで果たすべき役割は大きいでしょう。

**松田** 北九州にある「ふらて会」理事長の西野憲史先生が「半農半患者構想」を提唱しています。高齢者は、デイケアや通院だけが社会参加になっている場合が多いですよ。そういう人たちのために福祉農園をつくったわけです。通院やデイケアがないときは、農業指導員に教わりながらその農園で働いて、採れた作物を持って帰ったり、病院の食堂で食べたり、病院の売店で売ってお小遣いを稼いだりする。病院側には収益性のないサービスですが、通院の延長線上に社会参画が生まれるのです。

**猪飼** ああ、なるほど。高知で始まって全国に普及しつつある「いきいき百歳体操」にも当てはまりそうですね。

**松田** そうですね。「いきいき百歳体操」は公民館や集会所のほか、グループホームや病院・診療所でも実施されていますが、それ自体は施設のフォーマルサービスではない。ボランティア主体で展開し、施設は社会参画の“場”を提供しているわけですね。

**猪飼** 私自身はいま、保健師、開業助産師、訪問看護師など地域で働く職種の可能性について勉強しているところですが、いろんな研究ができそうな感触を得ています。現場でさまざまな事例をみて、現代的な連帯やコミュニティづくりを考察してみると、それは「楽しいことを起こす」という感覚に近いですね。

**松田** 楽しい、つまり同じ関心のもとに人が集まるわけですね。

血縁や地縁が薄れていくなか、社会の単位としては小さなグループが地域のなかに重層的にあるほうが望ましいと思うのです。そのときに、同じ関心を持つ人による集団活動——金子勇先生(北大教授)のいう「関心縁」がキーワードになってくる。高齢者の場合はまさに“健康”が関心縁です。フォーマルサービスを行っている施設にインフォーマルなサービスを付加することによってコミュニティを育てるという発想が、医療関係者に求められているのではないのでしょうか。

**猪飼** 医療職がかつて取り組んできた活動を振り返ってみると、そういった種はたくさん見つかる気がしています。そこにどう意識を向けていくかが大事でしょうね。

**松田** 教育システム自体にそういった学習の機会が内在する仕組みが望ましいですね。

\*

**猪飼** 本日議論となったことの多くは、四半世紀ほどの長期的視野において解決をめざさなければならない課題です。このような長期的展望に立った知識を生み出すのは、行政や現在の政治ではなく、アカデミズムの役割にほかなりません。私も研究者の一人として努力しますし、医療者の方々にも、アカデミズムの役割に期待していただければと思います。

**松田** 団塊の世代が後期高齢者になるころには、日本の医療は大きな変容を迫られるはずです。そのときに向けて、いまから医療職と研究者が手を携え、新しい包括ケアモデルを模索していきたいですね。(了)

## 文献

- 1) 社会福祉法人恩賜財団済生会：ハイリスク在宅高齢者に対するケアマネジメント手法の開発に関する調査研究報告書；2001。
- 2) 猪飼周平：海国なき医療政策の終焉。現代思想。2010；38(3)：98-113。
- 3) 福岡県保健福祉部：平成18年「療養病床における入院患者調査」報告書；2007。



本紙編集室でつぶやいています。記事についてのご意見・ご感想などをお寄せください。  
[週刊医学界新聞 @igakukaishinbun]

## ◎末期がん、進行がん患者の諸症状管理のためのバイブル

### トワイクロス先生の がん患者の症状マネジメント 第2版

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

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

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



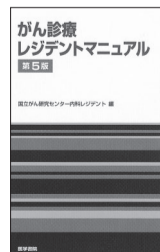
## ◎定評あるマニュアル、待望の全面改訂版!

### がん診療レジデントマニュアル 第5版

編 国立がん研究センター内科レジデント

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

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



医学書院

## 「診断の達人」による臨床指南

### ティアニー先生の 臨床入門 Principles of Dr. Tierney's medical practice

ローレンス・ティアニー カリフォルニア大学サンフランシスコ校 内科学教授  
松村正巳 金沢大学医学教育研修センター准教授 リウマチ・膠原病内科

- ・「診断の達人」「鑑別診断の神様」と賞賛される米国を代表する内科医、ローレンス・ティアニー氏が臨床医学の学び方と臨床修練の基本を綴った。
- ・医師はどう成長していくべきか、すぐれた臨床教育者として知られるティアニー氏ならではの臨床道が語られている。
- ・本書で初めて綴られたティアニー氏による「症例提示のスキル」も必読である。
- ・医学生・研修医必読のシリーズ第二弾。

ローレンス・ティアニー 「鑑別診断の神様」「内科医の頂点」と呼ばれ、世界で最も尊敬される内科臨床医の一人。病歴と身体所見から鑑別診断をもちきり、診断を絞り込んでいく講義は、ユーモアにあふれ、学びと含蓄に富むと絶賛されている。著書に「ティアニー先生の診断入門」(医学書院)など。

●A5 頁164 2010年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-01177-8]



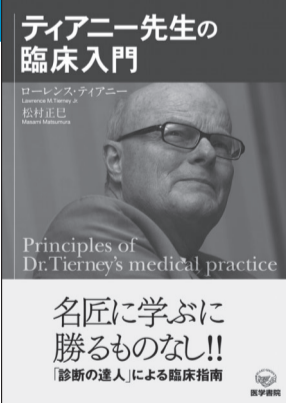
既刊タイトルも合わせて読みたい!

### ティアニー先生の診断入門

著 ローレンス・ティアニー + 松村正巳

●A5 頁152 2008年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-00698-9]

医学書院



主要目次  
I. 臨床入門  
II. 症例提示のスキル  
III. 診断へのプロセス・ケース・スタディ  
※「身体診察のTIPS」「研修医へのアドバイス」などのコラムも充実。

# 高齢者を包括的に診る 老年医学のエッセンス

## その2

### 老年医学の Identity \*包括的高齢者評価

高齢化が急速に進む日本社会。慢性疾患や老年症候群が複雑に絡み合っただけでなく、幅広い知識と臨床推論能力、患者や家族とのコミュニケーション能力、さらにはチーム医療におけるリーダーシップなど、医師としての総合力が求められます。不可逆的な「老衰」プロセスをたどる高齢者の身体を継続的に包括的に評価し、より楽しく充実した毎日を過ごせるようマネジメントする——そんな老年医学の魅力が、本連載でお伝えしていきます。

大蔵暢 医療法人社団愛和会  
馬事公苑クリニック

#### ◆患者プロフィール◆

施設名/年齢/虚弱度/性別/慢性疾患・既往疾患/アレルギー/最近の入院歴

- パーソナルヒストリー: 学歴/職歴/戦争体験/家族状況
- 認知機能: MMSE 評価/時計描画テスト評価/治療
- 感情・気分: GDS 評価/治療
- 心血管疾患・予防: 高血圧/脂質異常症 (LDL/HDL)/糖尿病 (HbA1c)/喫煙歴/虚血性心疾患/うっ血性心不全/バイパス手術/ステント術/心房細動/抗凝固療法/抗血小板療法
- 腫瘍性疾患
- 変形性関節炎・骨粗鬆症: 骨密度検査/関節置換術/脊椎圧迫骨折/大腿骨頭部骨折/治療
- 栄養状態: 血清 Alb/T-Cho
- パーキンソン症状
- 排泄機能: 排尿障害/排便障害
- 健康管理: 腎機能 (Cre/Ccr)/貧血 (Hb)/甲状腺機能 (TSH)/ビタミン B12/肺炎球菌ワクチン/破傷風ワクチン/インフルエンザワクチン/带状疱疹ワクチン

#### ◆チームカンファレンス◆

期日/時刻/出席者

- 医師・薬剤師より
- 看護師より: バイタルサイン/視力/聴力/歯(咀嚼・嚥下)/転倒/食量/体重/皮膚/排泄/日々の訴え
- ケアスタッフ・理学・作業療法士より:
  - ① 可動性: ベッド上可動/起き上がり/座位バランス/歩行/転倒歴
  - ② 機能評価: ADL (食事/トランスファー/着替え/トイレ/入浴)/IADL (外出・買物/電話/服薬/金銭管理)
  - ③ その他: 睡眠/異常言動/異常行動/レクリエーション参加/日中の活動/他の入居者との関係
- ケアマネジャーより: 介護度/キーパーソン/面会頻度/家族の要望
- 問題点の整理
- 対策

#### ◆家族面談◆

面談日/時刻/出席者

- カンファレンスの要点
- 家族の要望

#### ◆ Advanced Directives ◆

最終確認日

- 心肺停止時:
  - ① CPR: あり/なし
  - ② 救急搬送: あり/なし
- 状態悪化時, 急変時:
- 経口摂取不良時:

#### ◆ Progress Note ◆

- 訴え:
- 施設情報:
- バイタルサイン: 体温/血圧/脈拍/酸素飽和度
- 食事摂取: 主食/副食
- 排便回数: /日
- 体重:
- 身体精神所見: General Appearance/意識/認知機能 (見当識)/感情・気分 (抑うつ症状)/頭頸部 (眼瞼結膜・甲状腺・リンパ節腫脹)/呼吸・循環 (呼吸パターン・聴診・心聴診)/腹部 (膨満・腸音・圧痛)/四肢 (浮腫・固縮・末梢循環)
- 服用薬剤:
- アセスメントとプラン:

● 図 馬事公苑クリニックで使用している包括的高齢者評価フォーマットの内容 (検査値には, 検査年月も記載)

包括的高齢者評価 (Comprehensive Geriatric Assessment; CGA) は, 高齢者の日常生活動作機能を中心に身体・心理・社会状態を評価することにより, 現在の生活での苦痛や不都合, 将来の不安を探し出し, その原因を分析する老年医学のツールである。循環器科医にとっての心臓カテーテル検査, 消化器科医にとっての内視鏡検査と同様, CGA を行うことは老年科医としての Identity である。高齢者診療やケアの複雑性とそれに伴う研究手法の難しさから, 現在のところ「CGA が著明な有効性を持つ」という強いエビデンスは存在しないが, 米国老年医学会をはじめとする複数の専門家集団は, その活用を奨励している。

#### 老人ホームにおける包括的高齢者評価

筆者の勤務する馬事公苑クリニックは, 主に介護付有料老人ホームへの訪問診療を行っている医療機関である。老人ホーム入居者を対象とした CGA は, 外来など他の医療場面でも活用できると考え, ここで紹介する (図)。

虚弱高齢者はさまざまな理由で自宅や病院, または他の老人ホームからわれわれが訪問診療を行う老人ホームへ入居してくる。入居後1か月を「訪問診療導入期」と呼び, 情報収集, 評価, 対策の立案を集中的に行っている。在宅時医学総合管理の契約を結んだ直後から看護師が患者を訪問し, パーソナルヒストリーや家族構成などの社会的背景を聴取する。また, Mini Mental State Examination (MMSE) や Geriatric Depression Scale (GDS) を用い神経心理面を評価し, さらに皮膚や排泄などの看護評価を行う。医師の初回訪問では時間をやや長めにとり, 病歴のレビュー, 身体診察, 精神医学的診察, 可動性・歩行の評価を行う。

入居後数週間が経ち, 施設のケアスタッフや理学・作業療法士のアセスメントが終了したところを見計らって初回のチームカンファレンスを開催する。チームカンファレンスには, 医師, 看護師, 薬剤師, ケアスタッフ, ケアマネジャー, 理学・作業療法士など当該高

齢者のケアにかかわるすべての職種が参加し, それぞれの観点からフォーマット (図) に従って現状を報告する。その中から現在の問題点や将来の不安を探し出し, それぞれの対応策を検討する。「訪問診療導入期」の仕上げとして家族との面談を行い, その中でさらなる情報収集や現状の説明, 家族の期待や要望の聴取, 場合によっては advance care planning の相談を行う。集められた情報やカンファレンスの記録は電子カルテ上でいつでも閲覧可能にしておく。

**症例** AさんのCGAを行った。夫は他の老人ホームに入居していたが, ケア体制に強い不満があり, 今回の転居に至ったという。

Aさんは, 東北地方の歴史と格式ある寺院の住職で, 跡継ぎ問題で一人息子の長男と長年確執があった。数年前に脳血管障害を患ってからは虚弱が進み, 長男とのパワーバランスが崩れていた。長男は厳格だったAさんの老化を悲しく思っている。

Aさんの脳血管障害に対する二次予防として, 転倒リスクが非常に高いにもかかわらず, ワルファリンによる抗凝固治療が行われていた。神経学的所見では右 upper 肢の運動失調が著明であったが, 運動麻痺の所見は乏しかった。それにも増して両下肢の筋肉量減少, 筋萎縮が著明であり, 長期間の臥床やリハビリテーション不足が強く疑われた。精神医学的診察にて声が小さく話は緩徐, 視線は伏し目がちであったため GDS を行ったところ 15 点中 10 点, MMSE は 30 点中 16 点であり老年期うつと認知機能障害が疑われた。前立腺疾患による頻尿と動作緩慢による機能性失禁を認めた。

入居時の評価後, 長男と面談を行い現在の状況評価とこれからの対策, 見通しについて率直に意見交換を行った。そのときから長男の表情が和らぎ始めた。

入居1か月以降の「維持期」に入ると, 在宅時医学総合管理プログラムに沿って2週間に1回の訪問をしながら

チームカンファレンスで立案した計画を実行していく。訪問は看護師と薬剤師が行い, 日々の健康管理や服薬管理を中心に進める。「維持期」でも前述のチームカンファレンスを3-6か月ごとに行い, 計画の進行度を評価すると同時に健康状態や日常機能動作の新たな変化を見つけ, その原因と対策を検討する。このチームカンファレンスは問題ケースのみを取り上げるのではなく, すべてのケースに対して定期的に行う。一見問題がなさそうで静かに安定して生活している高齢者にも, よりよく生活してもらうための改善点や解決すべき将来の不安が必ず存在するからである。

#### チームで情報管理を

CGA は洗練されたイメージの言葉だが, 実際は非常に手間と時間がかかる地道な作業である。CGA を医師一人で行うことは不可能であり, 看護師, ケアマネジャー, ケアスタッフ, 理学・作業療法士などの多職種がチームを作り行うのが望ましい。外来診療場面では初診時にまとまった時間をとってもよいし, 再診ごとに少しずつ評価を追加していくやり方もあるだろう。

CGA の第二のポイントは情報管理である。虚弱高齢者は診療情報が多くそれらをいかにマネジメントするかが長年の課題であった。しかし最近電子カルテなどの IT が発達し, 多くの情報を瞬時に扱えたり, 離れた場所においても情報を操作できるなど, 特に地域における高齢者診療においてそれまで不可能であったことが可能になりつつある。IT を便利なツールとして高齢者診療の質を高めるためにどんどん活用したいものである。

最後に, CGA の結果をいかに日々の診療やケアにつなげていったらよいのだろうか? 評価で見つけ出した問題を解釈し, 原因を分析し, 対策を講じるためには個々の問題に関する老年医学の知識が必要である。虚弱高齢者の問題に対する老年医学的アプローチが臓器専門医のそれと若干異なることを次回からの各論の中で感じていただければ幸いである。

#### 鑑別チャートと方剤関連図で漢方製剤がよくわかる

### 実践 漢方ガイド 日常診療に活かすエキス製剤の使い方

本書では西洋医学的鑑別診断チャートのなかに, 使える・効く漢方薬を位置づけたことで, 処方選択の幅を広げることが可能となった。また, 漢方エキス製剤に関連図で示し, <からだを温める・冷やす>方剤の性質も一目で判明。患者の漢方薬ニーズが高まっている今日, 医師・薬剤師にとってプラクティカルな漢方製剤ガイド。

監修 中野 哲 大垣女子短期大学学長  
元大垣市民病院院長  
森 博美 大垣市民病院薬剤部調剤科長

エキス製剤を使いこなす!  
二大特徴  
① 西洋医学的鑑別診断チャートに漢方薬を位置づけたこと  
② 漢方エキス製剤の関連図で示し, <からだを温める・冷やす>方剤の性質も一目で判明

#### 医療の質向上のためには, 診療情報の適正管理が必須

### 診療情報学

多職種が関わりあい, 専門分化が進む病院医療の現場において, 診療情報の適正な管理は医療の質の向上に欠かせないとして近年注目されている。本書は日本診療情報管理学会が総力をあげて, 医師, 看護師をはじめとする医療従事者が日常の業務において記載する記録の意義, 役割, 方法などについて, 診療情報学の今後の望ましいあり方にも焦点をあてつつ, この領域を網羅した待望のバイブル。

編集 日本診療情報管理学会

診療情報学  
JHIM  
日本診療情報管理学会

続 アメリカ医療の 光と影

第191回

アウトブレイク⑦

前回までのあらすじ：19世紀後半、天然痘予防接種を法律で義務化する動きが強まった。

ボストンで天然痘が最後に流行したのは1901-03年のことである。このときの流行は、感染者1596人・死者270人を出したが、予防接種の「義務化・強制」をめぐるさまざまな事件を引き起こしたことで知られている。

予防接種の強制が訴訟に発展

当時マサチューセッツ州で行われていた「義務化」は、天然痘予防接種を公立学校入学の要件とするものだった。そのため就学直前に予防接種を受ける例が多かったのだが、1901-03年の流行で1-5歳児と6-10歳児を比較したとき、その感染率は6倍以上異なり、予防接種の効果は明らかだった。しかし、就学直前に受けた予防接種の免疫効果が時とともに薄れることは明らかだったし、流行発生が判明した直後、ボストン市当局は全市民に対して「自発的に」予防接種(再接種)を受けるよう呼びかけた。

当時ボストンの人口は約56万人。1901年12月の時点で40万人の市民が予防接種(あるいは再接種)を受けたと推察されたが、市当局は翌02年1月、全市民への予防接種をめざして「戸別訪問」を開始した。その際、「市は予防接種拒否者に対して5ドルの罰金あるいは15日の収監を科すことができる」と定めた州法を厳格に適用することも決められた。さらに、「ホームレスは危険な感染源」とする偏見があったため、彼らに対して警官が暴力的に体を押さえつけた上で予防接種が強制されるような乱暴なことも行われたのだ。

当局が予防接種強制の動きを強化したことに對して、当然のことながら、「強制」に対する反対運動も巻き起こった。02年1月には予防接種拒否に

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

對する罰則を定めた州法を廃止する法案(複数)が州議会に提出されたが、マサチューセッツ州医師会など医療界の主流が「強制」を支持したこともあり、翌2月、廃止法案はすべて否決された。

一方、ボストンに隣接するケンブリッジ市では、「予防接種を強制する州法は人権侵害」と、罰金を科された市民が訴えを起こした。この訴訟が終結したのは3年後の05年であったが、連邦最高裁は「州は危険な疫病から社会を守る権限を有する」とする判決を下し、予防接種強制を定めた州法に対して「合憲」のお墨付きを与えたのだ(註1)。

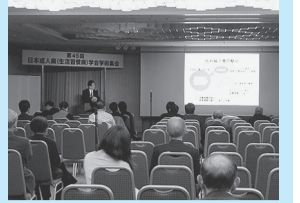
ファイファー事件

予防接種強制派と反対派との争いが激しく続くなか、ボストン市衛生局長のサミュエル・ホームズ・ダージン医師は、「予防接種など必要ないと主張する人にその主張を証明するチャンスを提供しよう。特例として、予防接種を受けていなくても隔離病棟に入る許可を与える」と、反対派を挑発した。この挑発に応えたのがイマニュエル・ファイファー医師(60歳)だったが、彼は、絶食や催眠療法を推奨する医師として知られ、天然痘についても「健康に問題がなければかかるはずがない」とする説の持ち主だった(註2)。02年1月23日、ファイファーは隔離病棟を訪問、100人以上の天然痘患者を「回診」した。その際、案内役のポール・カーソン医師は「顔を近づけて患者の息の臭いを嗅ぐよう」勧めたという。

はたして2週間後、ファイファーは天然痘を発病、一時は命が危ぶまれるほど重篤な状態に陥った。ダージンが、「予防接種を受けた医療スタッフに発病者が出ていない」事実を喧伝する一方、ボストン・ヘラルド紙は「反予防接種派にとっては有益な教訓となったし、予防医学の歴史に残る事件として長く語り継がれることになる」とダージ

第45回日本成人病(生活習慣病)学会開催

第45回日本成人病(生活習慣病)学会が1月15-16日、名川弘一会長(東大)のもと、都市センターホテル(東京都千代田区)にて開催された。シンポジウム「『生活習慣病時代』におけるがんの予防と治療」(座長=昭和大・熊谷一秀氏、慈恵医大・田尻久雄氏)では、今や重要な課題の一つであるがん対策について、幅広い議論が行われた。



古野純典氏(九大)は、福岡県で行われたがん研究などを基に、生活習慣が発がんに与える影響を考察。患者が理解しやすく、発がん予防効果が高い項目として、①禁煙、②飲酒は日本酒換算で1日1合以内、③運動の継続、④体重管理(BMI 20-25が目標)、⑤野菜・果物を1日400g以上食べることを挙げた。

室圭氏(愛知県がんセンター中央病院)は、分子標的治療薬を中心に薬物療法の現状を概説。トラスツマブなどを例に、作用機序の特殊性や治療効果の高さなど、分子標的薬のメリットを語った。一方、バイオマーカーの発現頻度や毒性の影響には人種間格差があり、きめ細かな対応が必要であることなどを挙げ、注意を喚起した。

比企直樹氏(癌研有明病院)は、肥満傾向の症例を通して胃がん手術を再考。肥満患者は術後の長期予後が良い傾向が高いことから、術前の栄養管理の重要性を主張した。さらに、肥満患者は腹腔内脂肪が多く、難しい手術になりがちだが、腹腔鏡下胃切除術ではスムーズな手術が可能だとし、その有用性を訴えた。

藤城光弘氏(東大)は、東大病院での症例をもとに、内視鏡手術の方針選択について口演。胃がんでは、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を行う例が多いとした上で、大きさが1cm以下または潰瘍所見のない場合には内視鏡的粘膜切除術(EMR)でも対応可能とした。食道がんでは、大きさが1cm以下で深達度がm1、m2の場合にはEMRを、1cm以上の腫瘍に対してはESDを適用するとした。

井垣浩氏(東大)は、放射線治療における高精度照射技術を概説。腫瘍部位に取り付けたマーカーを照射の標的とすることで、呼吸等による臓器の動きに対応した動体追跡照射システムなどを紹介した。さらに、さまざまな向き・強度で照射する強度変調放射線治療(IMRT)について解説。標的細胞以外への照射を防ぎ、有害事象を防止することが可能だと述べ、活用を勧めた。

ンの「勝利」を称えたのだ(註3)。

リスク・ベネフィットのバランスと医療者の責務

冒頭に、01-03年の流行は「最後の流行となった」と書いたが、その後ボストンでは、天然痘は散発的にしか発生しなかったし、33年以降は一例も発生していない。さらに、米国全体における患者の発生は49年が最後であったが、米国が天然痘予防接種を最終的に中止したのは71年であった。その間22年、米国では「天然痘患者は一例も発生していないのに、予防接種の副作用死が毎年6-8例発生」という時代が続いたのである。

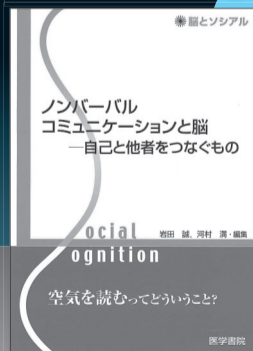
「ある医療行為についてその必要性・緊急性を判断するときリスクとベネフィットを秤にかけて比較する」という原則は、予防接種の緊急性・必要性を判断するときも何ら変わるものではない。「絶滅」した伝染病に対する予防接種を漫然と続ける行為も、パンデミックの真っ最中に「副作用が怖い」と有効性・安全性が証明された予

防接種を拒否する行為も、リスクとベネフィットのバランスを考えたとき、ともに「著しくおろか」であることに変わりはない。個々の予防接種の必要性・緊急性に関して、時代時代の状況に応じて、国民・患者に「リスクとベネフィット」に関する正確な情報を提供することこそが、医療者に課された責務なのである。

(この項つづく)

註1:いわゆる「ジェイコブソン対マサチューセッツ」訴訟。ちなみに、1927年、連邦最高裁は、「バック対ベル」訴訟で、州が精神発達遅滞者に断種手術を強制することを定めたバージニア州法を「合憲」と認定したが、その際「ジェイコブソン対マサチューセッツ」の判決における「危険な疫病」の部分を「劣悪な遺伝子」に置換した論理が採用された。註2:「健康であれば天然痘にかからない」とするファイファーの考えは、予防接種強制反対派の中でさえも「異端」とされていた。註3:ファイファー事件が「予防医学の勝利」でなかったどころか、「First, Do No Harm」の原則に照らしたとき、米医学史に残る「汚点」となったことは今さら説明するまでもないだろう。

空気が読めないのは脳のせい?



脳とソシアル ノンバーバル コミュニケーションと脳 自己と他者をつなぐもの

編集 岩田 誠・河村 満

人は言葉だけでなく、自分の体や周りの空気、時間などあらゆるものを使って他者とのコミュニケーションを図っている。果たして脳は、それらの情報どのように処理し、意味づけているのだろうか。脳とこころの不思議に迫る <<脳とソシアル>>シリーズ第3弾。

●A5 頁240 2010年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-00996-6]

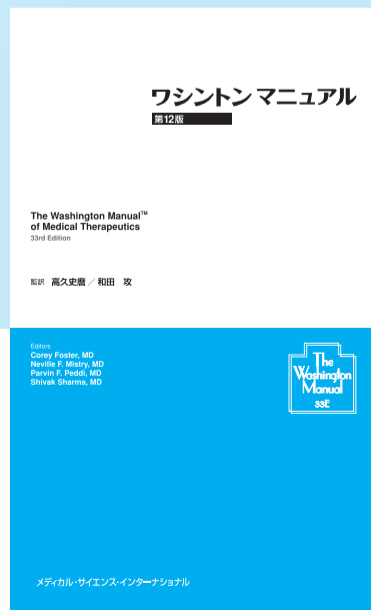
シリーズ<脳とソシアル>既刊

社会活動と脳 一行動の原点を探る 編集 岩田 誠・河村 満 ●A5 頁220 2008年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-00693-4]

発達と脳 一コミュニケーション・スキルの獲得過程 編集 岩田 誠・河村 満 ●A5 頁272 2010年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-00936-2]

医学書院

しっかり読んで臨んだベッドサイドは、手応えが違った



指導医 オーペンが読み続ける 研修医 レジデントに読み継がれる

これぞ“マニュアル”

ワシントン マニュアル 第12版

The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 33rd Edition

監訳: 高久史磨 自治医科大学学長 和田 攻 産業医科大学学長

●A5変 ●頁1,128 ●2色刷 定価8,820円(本体8,400円+税5%)

特設サイト公開中! MEDSI Website

2011年 3月10日 発売

# MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

## 「病院」の教科書 知っておきたい組織と機能

今中 雄一 ● 編

B5・頁248  
定価3,990円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00595-1

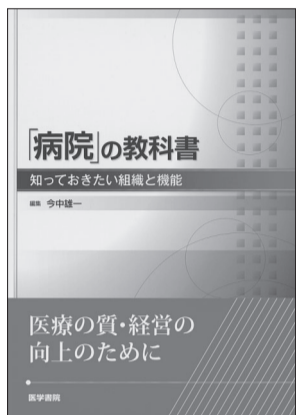
医療人(病院人)すべてを対象とする『「病院」の教科書——知っておきたい組織と機能』という画期的な本が出版された。本書の「はじめに」にあるように、病院の構造と機能を上手に組み合わせさせて書かれた本としては、私が知る限り初めてであろう。病院の構造はわかりにくく、そこで働いている病院人にも理解しがたいところである。「機能」となればなおさらである。病院の一日がどのように動いているかは、病院長や幹部職員でも見えないことがある。本書はそうした病院の複雑さを踏まえ、読者がその全体像を把握できるように構成されている。

医学書院からは、これまでもこの領域の書籍が発刊されてきた。時代は古いですが、今日においてさえも教科書の域を超えたバイブル的存在といえる『病院管理体系』(橋本寛敏・吉田幸雄監修、全6巻)や、最近では、ごく平易に書かれた『病院早わかり読本』(飯田修平編著)が出されている。

しかし、善きにつけ悪しきにつけ、病院が今日ほど一般国民から期待され注目されている時代はないであろう。だからこそ医療職をはじめ病院にかかわるすべての人は、病院の何たるかを知る必要がある。本書はその求めに応え得る内容を備えた書とすることができる。

先にも触れたが、本書の編者である今中雄一氏は「はじめに」において、「病院の運営・経営の向上を目指し(自らの貢献度アップを目指し)、病院の

### 病院の全体像が把握できる 医療人必読の教科書



【評者】 岩崎 榮  
NPO法人卒後臨床研修評価機構専務理事／  
元日医大主任教授・医療管理学

組織と機能を体系的に理解するための本』であると述べている。全編を通じて、医療の質と経営の質との関係性を念頭に置きながら執筆されている点に、本書の特徴があるといってもよい。

また、序論「医療経営の礎：将来を見据えて」の結びで、今後の病院の経営に望まれる要素を提言のかたちで挙げている。すなわち、「質と安全を守り継続的に改善する組織文化(とチーム)とシステムを、リーダーが意識して築こう」「地域全体を見据え、患者のケアの全プロセスを見据え、医療(と介護)を設計・計画しよう」「臨床家も事務管理職も主体的に病院データを活用し、先んじて透明性を確保し説明責任を強化しよう」「人材を育てる環境をつくろう。そして個々人皆が主体的に学習し成長し、変革する力を養おう」の4つである。これら4つの提言は病院の経営のノウハウをすべて言い尽くしている。そしてこれらの提言については、本書の中で具体的に順序立てて周到に記述されている。

先の「序論」から始まり、第I章「病院経営の基本と制度」では主として病院経営に必要な診療報酬やDPC、医療の原価計算などについて事例を示しながら解説されている。この章では、医療安全管理、危機管理、感染制御が取り上げられ、さらに質改善のシステムとしてPDCAサイクルを図で示しながらわかりやすく説明している。

第II章は本書の副題ともなっている「病院の組織と機能」で、病院の全体的構造を写真とともに提示し、しかも機能と組み合わせさせて書かれ、診療のプロセスが手に取るように理解できるようになっている。

第III章では「介護システムとの連携」を取り上げ、今や医療と分離しがたくなった介護との連携を、ここでは「病院関連施設」と題して訪問看護ステーションから特別養護老人ホームまで触れている。在宅医療の高齢者を支援するサービスと要介護状態にある高齢者を対象とする施設とに分けて医療とのかかわりがわかるようになっている。

本書は医療人(病院人)個々人だけでなく、各職場において誰もが手に取り読めるような場所に置いておく必要がある。医療系・看護系・福祉系の大

## 標準外科学 第12版

北島 政樹 ● 監修  
加藤 治文, 畠山 勝義, 北野 正剛 ● 編

B5・頁784  
定価8,925円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00865-5

【評者】 篠原 尚  
兵庫県立尼崎病院消化器外科部長

『標準外科学』を手にするのは3度目になる。最初はもちろん学生時代、第4版であったと記憶している。外科学の最初の講義で教授から推薦され、何の迷いもなく購入した。すでに外科医をめざすと決めていた私は、内科の「朝倉」に比べてあまりにhandyな一冊本であることに多少驚きながらも、こげ茶色の重厚な表紙をわくわくしながらめくったものである。ベッドサイド実習の時期になると、真っ白い白衣に本書片手の学生たちが外科病棟に設えられた部屋で勉強していた。まさに standard textbook であった。

2度目は第9版、日本消化器外科学会の専門医試験対策に入手した。表紙こそ紺色を基調としたイラスト入りの斬新なものになっていたが、本文は第4版のころと変わらぬ安心感のある2色刷りで、懐かしさもあって購入を即決した。専門医試験を受けようとする外科医が学生用の教科書で勉強するのかもしれない、同僚には「講義の準備のために買った」ことにしておいたが、卒後十数年の間にいささか偏りすぎた知識の穴を埋めてくれる期待通りの内容で一気に読んだ。今も医局の書架に居座り続けている。

さて、このたび改訂された第12版。一段とhandyになった印象で、さてはこちらもゆとり教育で内容が削られたかと心配したがページ数はほとんど変わっていない。白基調のすっきりした表紙と、使われている上質紙のためだろう。ページをめくると、大きめの文字でいかにも読みやすそうな記述が目飛び込んできた。繰り返し読むことの多い教科書にとっては、内容はもちろん、「思わず次のページをめくりたくなるような読みやすさかどうか」ということも重要である。

章のタイトルデザインや余白・図版の配置、フォントの統一感などが旧版より洗練され、成功しているようだ。また、従来の教科書は文章の記述が中心で、とすれば「退屈」な印象が否めなかったが、本版ではその常識を覆すかのように重要な部分が色文字やアンダーラインで強調され、しかも覚えるべきポイントが簡条書きされた「Note」

欄が随所に散りばめられている。例えば食道癌の「Note」では病因や疫学、病期分類、転移経路、診断、治療がわずかに15行に凝集されている。これで知識を整理した後、本文に戻り再読すれば、より理解が深まるだろう。さらに余白に書き込んでいけばオリジナルの立派なサブノートが完成する。外科学の勉強はそれで十分だろう。

### 紙上の臨床講義で 10年分の得をする



挿図の良し悪しも、外科の教科書の使い勝手に直結する。本版のイラストは旧版から一新され、立体感のある美しいものに入れ替わった。パソコンのアイコンに例えるならば、Windows 98と最新バージョンであるWindows 7を比べたときの変貌ぶりほどの違いがある。旧版にはなかったカラー写真も多く収載された。すさまじい勢いで進化する内視鏡手術用鉗子や吻合器に至っては、今現在われわれが使っている最も新しいタイプの写真が掲載されていて驚いた。学生向けだからといって手を抜かず、最先端の外科臨床を知ってほしいという執筆者の強い意図を感じる。

私は日ごろ、「教育とは、次世代に10年分の得をさせることである」と考えている。自分が外科医として20年かけて獲得した知識や技術を10年で修得させる。すると彼らは、得した10年を次なる進歩に充てることができる。それを伝承していくことが外科学の発展につながる。

問題はその手段である。本書第12版を読んだだけでも、私が卒業した22年前と今とでは医学生が学ぶべき知識レベルに雲泥の差があることが明白である。私の知る限り、本書の執筆陣は、主要学会で多くの第一線外科医を前に講演されるような各分野のエキスパートばかりであり、本書をひもつけば居ながらにしてそんな先生方の講義を次から次へと受けることができるのだから、一先輩としてはうらやましい限りである。国試合格を目標に、要点だけを羅列した本で暗記中心の勉強もよいが、医学生の皆さんには『標準外科学』紙上での臨床講義に出て、しっかり10年分の得をしてもらいたいと願っている。

学をはじめ学校関係者には、まさに本書の題名通り「教科書になり得る本」として推薦する次第である。

### ●お願い—読者の皆様へ

弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください

#### 記事内容に関するお問い合わせ

☎(03)3817-5694・5695  
FAX(03)3815-7850

「週刊医学界新聞」編集室へ  
送付先(住所・宛名)変更および中止  
FAX(03)3815-6330  
医学書院出版総務部へ

### 在宅医療はどう始めて、どう軌道に乗せるのか? 第一線で活躍する医師が手ほどき

## <日本医師会生涯教育シリーズ> 在宅医療 午後から地域へ

在宅医療の考え方から、制度を含めた実践的な知識、効率的な連携の方法など、第一線で活躍する医師が、自らの経験をもとにした本物の知識と技術をわかりやすく解説。在宅医療とは何か? どう始めて、どう軌道に乗せるのか? 使える制度・サービスは何か? 各章をたどることで、在宅医療の今とこれからが見える。自治体・医師会、病院、診療所における実践例も豊富に掲載。

編・発行 日本医師会  
監修・編集 林 泰史  
東京都八王子市三軒病院院長  
黒岩卓夫  
浦佐明気圏診療所所長  
野中 博  
博覧会野中病院院長  
三上裕司  
日本医師会常任理事  
編集協力 大田秀樹  
医療法人アスムス理事長  
おやま城北クリニック院長



## 白衣のポケットの中

医師のプロフェッショナリズムを考える

編集=宮崎 仁・尾藤誠司・大生定義

医師という職業(プロフェッション)のあり方について、日常(診療)で遭遇しがちな問題や葛藤を取り上げた実践的な内容。気軽に手に取り、楽しんで読んでもらえるように、イラストなどを多用。当事者である臨床医が集まって執筆した「医のプロフェッショナリズム」に関する書は、本邦初。

●A5 頁264 2009年 定価2,520円(税込)  
[ISBN978-4-260-00807-5]

## 医学部再入学支援

編入学試験制度の利用による  
再出発を支援します。

(東京・大阪)

www.seiko-lab.com

(株)清光教育総合研究所  
スクール事業部 清光学院本部  
〒530-0047  
大阪府大阪市北区西天満3丁目4-5  
西天満ワークビル3F  
TEL(06)6363-5541(代)

# アノミア 失名辞

## 失語症モデルの現在と治療の新地平

Matti Laine, Nadine Martin ● 著  
佐藤 ひとみ ● 訳

A5・頁224  
定価4,200円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00992-8

興味深い訳書が出版された。何が興味深いかというと、失語症の最も重要な中核症状である「失名辞」を真っ向からとらえて、それがどのようにして生じると考えられているのかを、古典論的視点から出発してごく最近の知見までを極めて包括的に、かつ一貫して「認知神経心理学的」視座から精緻な解説を試みている点、今一つは、認知モデルを利用した立場から導出される多様な「失名辞」のセラピーについて、ごく最近に至るまでの状況を指し示している点、にあると言つてよい。

精神医学とともに臨床神経心理学を自身の専門としてきた私にとっては、1970年代後半以降、失語症は、最も主要なテーマの一つであり続けてきた。したがって「失名辞」がどのような機序で生じるのか、どのような脳損傷と関連しているのかという問いは、いつもとても重要な課題であった。私が失語症の方を診るようになったころは、まだ認知神経心理学といった学問領域は明示的には確立されておらず、失名辞が生じ得る脳損傷部位は少なくとも左半球のかなり広汎な領域に及ぶといった臨床的な認識が共有されていた時期であった。そして、失名辞そのものの発現機序を解明しようとすれば、失名辞に伴っていわばジャクソニズム的な意味での陽性症状として生じてくるとみなし得る「錯語」(言い間違い)を分析・解明することが、臨床的に実行可能な研究方法であると思われる。そこで私は、「錯語の臨床・解剖学」を研究テーマの一つとすることにした。

ここでいう陽性症状というのは、損傷を被って適切な言葉が出てこなくなるという意味での陰性症状に伴って、損傷を免れた脳部位が総体として活動する結果、出現することが予測される症状のことである。今回、あらためて最近の研究状況を読ませていただき、私たちの世代が考えていたことが、失名辞の認知神経心理学という方向から十分にアプローチ可能となっているという事情を確認することができ、失語症学における最近の動向の意義を再認識させていただくことになった。

ところで私は本書を通して、ずっと以前から抱いていた疑問を今一度、考え直してみることにした。それは、「認知神経心理学と臨床神経心理学は結局のところどのような関係にあるのだろうか」という問いである。認知科学であるところの「認知」が何を意味する

のかについては、別の理由があつてここ数年ずっと考える機会があり、要するに「内的過程、心理過程をいったん外在化して、それを情報処理過程としてモデル化する」ことなのであつたと私は解釈している。

一方、臨床の間では、脳損傷を被った患者さんを前にして、認知モデルのみを念頭に置いて診療に当たるわけにはいかないところがある。今現在、どんな精神状態にあるのか、いかなる意識状態にあるのかを常に推し量りながら対応していかなければならないし、病変の影響がどのように現れているのかを包括的にとらえておくことが必要となる。私は、「すべからず相応の神経基盤を有する意識の病理」を考究することが精神医学の基本課題であると考へている。そのため、たとえ「失名辞」という症状を診る場合であっても、患者さんの「意識表現」の在り方に常に配慮することを欠かさすわけにはいかないと考えている。要するに臨床神経心理学というのは、「認知」表現と同時に常に「意識」表現をも射程において「診る」構えではないか、という気がする。

神経心理学はとりわけ今世紀に入つて、いよいよ意識表現をも自らの研究対象とし始めた。そうした状況を考慮するならば、とりわけ失語症のセラピーを行う場合には、脳損傷を基盤として現前している「認知」表現と「意識」表現とを包括的にとらえることがいっそう不可欠になってきているのではないかと思う。その際に、本書で示されているような精緻な「認知モデル」を念頭に置いて診療に当たることによって、いずれかに押し流されてしまうようなことが可及的に避けられるのではないかと思う。

そういう意味で、「失名辞」の認知神経心理学の現状が紹介されている本書の存在意義はとても大きいと思う。よくお読みになれば気付くことだが、この書の対象は、実は決して「失名辞」にのみにとどまるものではなく、著者の「失語」全般に対する認知神経心理学的立脚点が指し示される結果となっている。「失名辞」というものが、いかに重要な症状であるかが、図らずも顕わになっていると言つてよいであろう。

最後になったが、本書が、認知神経心理学の気鋭の研究者であつた故伏見貴夫先生に捧げられていることを知つて、私の胸は熱くなった。翻訳者である佐藤ひとみ氏の堅実で貴重なお仕事に心から感謝の意を表したい。

評者 大東 祥孝  
京大名誉教授/周行会湖南病院顧問

### 認知神経心理学的視座から「失名辞」をとらえる



## 在宅医療モノ語り

語り手 熱が家族の歴史を刻みます  
電子体温計さん  
鶴岡優子 つるかめ診療所

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であるが、往診靴に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いている。往診靴の中を覗き道具を見つめていると、道具(モノ)も何かを語っているようだ。今回の主役は「電子体温計」さん。さあ、何と語っているのだろうか?



今ドキの体温計は種類が豊富  
予測式で1分以内に計測し、そのまま実測式に変わる腋下用のモノが主流。  
手技の問題もあるだろうが、同時計測しても結果には幅があり興味深い。よって子どもなどはしつこく計測し電池を消耗させる。

前から違和感あつたんですよ。「熱がある」という表現に。「熱があるので、仕事を休ませてください」とか、「熱あつたけど、試験合格」とか言うじゃないですか。もともと生きている人間は熱があるのが普通でしょ? おそらく「いつもの私と比べ、体の温度が高い」という意味なんですよけどねえ。

私はこの家の2代目の電子体温計です。リビングのテレビのすぐ横が定位置で、薬の袋が立ててあるカゴに入っています。つい最近まで長老の水銀体温計さんも一緒にいました。しかし、昨年暮れ「有害ごみの日」にお別れしたんです。あの日は本当に悲しかった。彼はこの家の子どもたちが小さいころから仕事をしてきたので、よくそのころの話を聞かせてくれました。小さな兄弟は「熱っぽい」と言つては、彼を奪い合つて計測したそうです。37℃を超えれば、もう立派な重病人。温かくしてすぐに布団に入りました。そういえば水銀さんの37℃のところだけ、色がついていましたね。「おかゆにしようか?」。まだ若かつたお母さんが優しく声をかけてくれます。「水枕にする?」「おまんじゅう食べたい?」とほかの兄弟も優しくお世話しました。その後もこの家の子どもたちは、何度も熱を出しながら成長し、結婚してそれぞれに家庭を持ちました。初代電子体温計の私の父が、この家に来たのは20年前。娘さんが出産で里帰りされたときに「妊婦がいるし、周りの家族も風邪をひかないように気をつけなくちゃ」と買ってこられました。出産後も娘さんは赤ちゃんが熱を出すたび、「保育園にも職場にも連れていけないからお願い」と実家に帰ってきました。ジジとバアバになったご夫婦は、孫の体温を1日に何度も私の父に測らせたそうです。その赤ちゃんが今年成人式。わが体温計一家も、こちらのご一家も、世代交代するわけですね。

私がこの家に来たのはジジの血液の癌がきっかけです。医療者が発熱に敏感で、バアバはそれ以上に敏感でした。毎朝定時で検温チェックです。38.4℃、食欲もありません。連日医者が来て抗菌薬の点滴をした後「ひと山越えましたね」。医療者のこのひと言が本当にうれしかったとバアバは振り返ります。実はバアバ自身も持病があり、そのうちご夫婦一緒に訪問診療になりました。医者は靴から聴診器やパルスオキシメーター、血圧計などを出して、このご夫婦を診察しました。でも体温計だけは、往診靴の中のものでなく、この家の私が使われました。その後もいくつか山を越え、3年たったある日の朝、バアバや子ども、孫たちに囲まれて、ジジはひとり天国に旅立ちました。

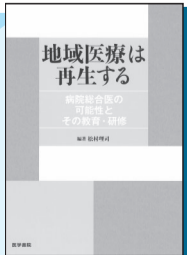
葬儀や片付けが終わると、地上に残されたバアバもひとりです。まさに、咳をしてもひとり。体がだるい、食欲がないと、今日も検温を繰り返します。ピピピピッ。耳が遠くなったバアバには電子音は届かず、10分後に私は腋の下から外されました。36.6℃。24時間つながらる主治医の連絡先を知っていますが、ちょっと電話はかけづらい数字です。この前の診察で「37.5℃以上でなければ、そんなに問題ないよ」と言われたばかりです。「私は平熱が低いからね。本当はこれでもう熱があるってことだよ」。そうつぶやきながら、バアバは玉子酒を作っています。お風呂も控えるつもりのようです。体温計の私だけでも、「今、あなたは熱がある」と認めてあげようと思いました。違和感もたず家族になったつもりで。「熱があつてもひとり」じゃ、ちょっと気の毒ですから。

力量のある病院総合医が地域医療を救う!

## 地域医療は再生する 病院総合医の可能性とその教育・研修

多くの勤務医が専門医である日本の病院では、常に「非互換性の無駄」が付きまとう。また国民に対して「断らない救急医療」を質高く恒常的に展開することも難しい。しかしながら間口が広いだけでは、一人前の総合医ではない。当然、興行が必要なのである。地域医療崩壊の危機を前に、期待されるべき病院総合医の可能性と彼らの育成について、大リーガー一医でも知られる音羽病院ほかの実践を詳述。

編著 松村理司  
済和会音羽病院院長



A5 頁304 2010年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01054-2]

医学書院

現場の臨場感を再現! すっきりわかる症例検討

## EPカンファレンス 第2版

-症例から学ぶ不整脈・心臓電気生理-

▶不整脈の典型的な症例を提示し、指導医と研修医の対話形式で展開するケーススタディ。12年ぶりの改訂。院内カンファレンスさながらの臨場感をもち、診療に必要な心臓電気生理学の知識を学ぶことができる。各症例ごとの「SIDE MEMO」で大切なポイントをまとめ、巻末の「LECTURE」で重要項目を総論的に解説。不整脈診療に携わる研修医、臨床医はもちろん、ナース、コメディカルにもわかりやすい。

著 宮崎利久  
宮崎クリニック院長・  
慶應義塾大学医学部非常勤講師

定価7,140円(本体6,800円+税5%)  
B5 頁336 図166・写真29 2011年  
ISBN978-4-89592-662-1



メディカル・サイエンス・インターナショナル  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

TEL. (03) 5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp



わが国の最も信頼できるゴールド・スタンダード

# 今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2011

私はこう治療している



山口 徹  
虎の門病院院長

北原光夫  
農林中央金庫健康管理室・室長

福井次矢  
聖路加国際病院院長

## 第一線のエキスパートが最新治療法を毎年書き下ろし

- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2011」との連携：「治療薬マニュアル2011」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利（「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記）
- 各領域の「最近の動向」を解説

- 1103疾患項目、1080専門医の治療法がこの1冊に
- 増加する新薬に対応、**R** 処方例)では薬剤を商品名で記載
- 付録「小児薬物療法の注意点」を新規収録
- カラー図譜（正常CT・MRI解剖と基本的病変像、肺・肝の区域図、胸部・腹部リンパ節の部位、輸入感染症の世界分布）／中毒起因物質と治療の要点／介護保険(主治医意見書・居宅療養管理指導)／抗菌薬による感染症の外来治療／高齢者の薬物療法／妊婦・授乳婦への薬物療法と公的リスク分類／肝・腎障害時の薬物療法の注意点／皮膚外用薬の使い方／漢方製剤(健保適用)の使い方／薬物の副作用と相互作用／薬物治療モニタリング(TDM)／新薬、医薬品等安全性情報／臨床検査データ一覧／診療ガイドラインを収録
- 研修医、看護職、薬剤師にも役立つ情報が満載

- デスク判(B5) 頁2096 2011年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01105-1]
- ポケット判(B6) 頁2096 2011年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01106-8]

好評発売中!

圧倒的な情報量が支持されています!

# 治療薬 マニュアル+「重要薬手帳」

MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS 2011

別冊付録「重要薬手帳」



治療薬情報を網羅した年鑑最新版

- 監修**
- 高久史磨 自治医科大学学長
  - 矢崎義雄 国立病院機構理事長
- 編集**
- 北原光夫 農林中央金庫健康管理室・室長
  - 上野文昭 大船中央病院特別顧問
  - 越前宏俊 明治薬科大学教授

●B6 頁2564 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01144-0]

本書の特徴

- 医療関係者必携の治療薬年鑑
- ほとんどすべての医療用医薬品を収録
- 各領域の専門医による実践的な臨床解説
- 添付文書にはない「適用外使用」が充実
- ポケットサイズの別冊付録「重要薬手帳」

好評発売中!

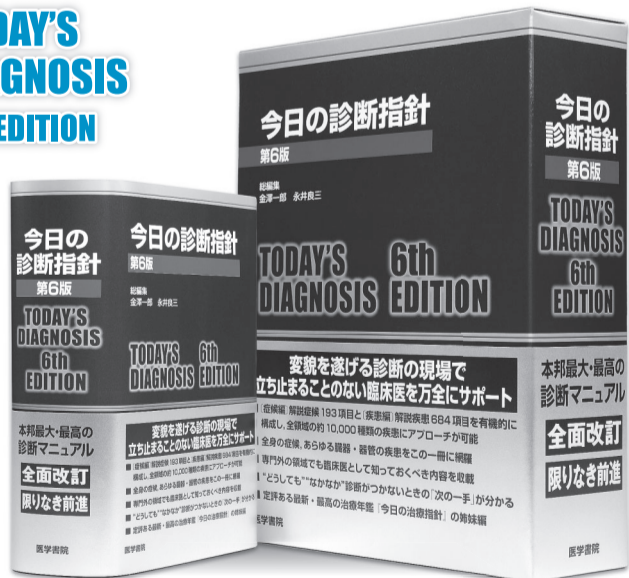
2011年版の特徴

- 2010年中に発売された新薬を収録
- 主要商品の薬価を網羅
- 国立高度専門医療研究センター採用の後発品を掲載
- 新規付録「後発医薬品に関する情報と選択の留意点」
- 先発品と後発医薬品の効能・効果の違いが分かる

## 「治療薬マニュアル2011」×「今日の治療指針2011年版」 合同プレゼント企画 特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2011年版」と「治療薬マニュアル2011」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2011」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2011年版」に同封の書籍の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください(2011年9月30日消印分まで有効)。

TODAY'S DIAGNOSIS 6th EDITION



「今日の治療指針」の姉妹編!! 本格的診断マニュアル 待望の改訂版

## 変貌を遂げる診断の現場で 立ち止まることのない臨床医を 万全にサポート

- (症候編)解説症候193項目と(疾患編)解説疾患684項目を有機的に構成し、全領域の約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患をこの1冊に網羅
- 専門外の領域でも臨床医として知っておくべき内容を収録
- “どうしても” “なかなか” 診断がつかないときの「次の一手」が分かる
- 全身のエコー・CT・MRI 診断から脳波、心電図、髄液所見まで、一般臨床医が理解しておきたい検査法を豊富な写真とともに項目として取り上げ解説
- 感染症疾患、精神疾患の項目を大幅に強化
- 最新のガイドライン、診断基準をふまえ、どう診断をつけるかを明示
- 本文全ページ2色刷りとなり、さらに見やすく、カラー図譜も多数収録

- 研修医には、即実践に役立つ臨床診断技術の習得のために
- 勤務医には、診療現場で直面する難しい事態の解決のために
- 実地医家には、最新の診断情報の研修と診療上の問題の解決のために
- 医学生には、ベッドサイド教育のキーポイントを学ぶために

# 今日の診断指針 第6版

総編集 金澤一郎 東京大学名誉教授 永井良三 東京大学教授

- デスク判(B5) 頁2144 2010年 定価26,250円(本体25,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00794-8]
- ポケット判(B6) 頁2144 2010年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00795-5]



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