

2011年4月25日

第2926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 (社) 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

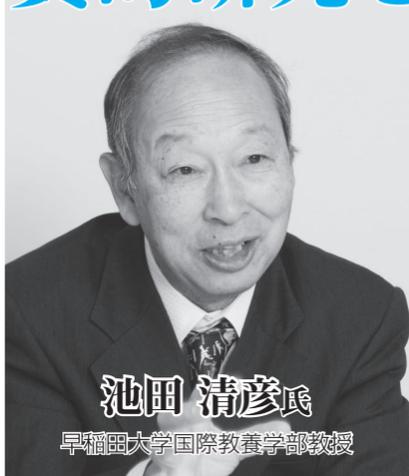
今週号の主な内容

- [対談]科学と非科学のあいだ(池田清彦 高木廣文)/[連載]続・アメリカ医療の光と影……………1-3面
- [寄稿]東日本大震災における医療活動に参加して(志賀隆)……………4面
- [寄稿]方言をめぐるコミュニケーションの在り方(今村かほる)……………5面
- MEDICAL LIBRARY……………6-7面

対談

科学と非科学のあいだ

質的研究をエビデンスとするために



池田清彦氏

早稲田大学国際教養学部教授

人類の発展は“科学”の発展でもある。物理・化学における新法則の発見は科学の進歩ととらえられる一方、「科学とは何か」という本質的な問いが投げかけられることは少ない。

医学・医療のように人間を対象とする領域では、研究を数値で現象の解明を行う「量的研究」と、主に心的な評価を扱う「質的研究」に大きく分けることがある。しかしこの両者をめぐっては、研究手法の違いや科学性の観点から研究者間で対立が生じることもあるのが実際だ。

本対談では、多様性を重んじる「構造主義科学論」を提唱する池田清彦氏と質的研究の科学性を説く高木廣文氏が、科学の本質を議論。量的・質的概念を越え、科学の姿をとらえなおす。



高木廣文氏

東邦大学教授・看護学部長

高木 私はかつて物理学的な方法論こそ“科学”だと考えていました。

池田 私も若いときは、“科学は真理を追求する営みだ”と疑いもせず思っていました。ただ、「真理とは何か」と真面目に考えると難しい(笑)。

キリスト教的な考え方では、真理は“唯一存在するもの”なので、世界の共通法則を発見することが科学の最終目標です。確かに、物理学や化学は比較的解しやすいう原理でほぼ説明できるので、唯一の法則(=真理)があると仮定してもあまり問題はありませぬ。

高木 ですが看護ケアのような活動では、唯一の法則を見つけることは難しいですね。

池田 確かに複雑なシステムを考える社会科学や看護学などの研究領域では、一つの理論で説明がつく現象はまずなく、その再現性も高くありません。このような背景から、物理や化学に比べあいまいな自身の理論に自信が持てなくなった一部の社会学者たちは、

理論の“科学性”を気にし始めました。

高木 なるほど。筋道がはっきりしている自然科学の研究者は、科学性を気にすることはあまりなさそうですね。

池田 ええ。「科学的な手法で研究しなければならない」という強迫観念に駆られた社会学者たちが次に行ったのが“数値化”です。数値で評価する量的研究となれば確かに科学的に見えます。

高木 そこで使われた手法が統計ですね。私は疫学研究に携わっていましたが、疫学も調査の結果を統計で評価します。例えば生活習慣の調査では、質問自体は「朝食をとる／とらない」といったありふれたものでも、これに点数を付け数値化していくと生活習慣の良し悪しが数字で表されます。そして検定の結果が有意というように研究者にとって都合のよい場合、“有意差あり”と鬼の首を取ったように報告しますが、確かに「死亡リスクが2倍になる」と数字で結果を表せると説得力は増します。

池田 統計は便利な手法で、量的研究を行っている研究者は統計学の科学性を金科玉条のごとく信じています。しかし統計の前提となる仮定が正しいかは、実はわからない。

高木 そのとおりです。例えば、統計学の基本的な仮定の一つに、分布の「正規性」の仮定があります。この仮定が成り立つかを確かめるために検定すると、標本数が少ない場合、少々外れ値があっても確率計算上は正規分布に従っていないとは言えない結論になります。ところが、標本数が1000や2000と多い場合、かなりきっちり正規分布に従うデータでなければ、「正規分布ではない」という結論になります。検定の検出力と標本数の関係からこれは当たり前なのですが、私にはいつも釈然としない感じが残ります。

池田 どんなデータでも、それが本当に正規分布に乗っているかどうかは誰にもわかりません。標本数が少ない場合のそのような結論は、正規分布に従っているということとは違うわけです。ただ正規分布に従っていると仮定したほうが検定が簡単なので、普通はそこに目をつむっているわけです。このように、統計には厳密に言えば怪しい部分があります。

同一性の追求としての“科学”

高木 統計学もある仮定を基に計算し

ているだけにすぎないことを考えると、何でも数値化すればいいわけではないし、科学性という観点からも数値化が必ずしも妥当とは言えませんね。

池田 そうですね。私の専門は生物学のなかの生態学という分野ですが、この分野では虫の生活の評価など数値化できない現象が多くあります。

高木 しかし、言葉だけで「瞑想をすると精神的に安定する」などと表すと、いっそう厳密さがなくなり科学とは認められません。私はタイのHIV感染者を対象にインタビューを基にした研究を行ったのですが、この結果として「感染者は感染を知ったとき“死への恐れ”という概念を共通して抱く」と報告したところ、「それを調べて何がわかるのか」と言われたこともあります。

池田 私も、厳密な評価が比較的可能な分子生物学の研究者から「池田の研究は生物学らしくない」とか言われました(笑)。しかしそれを突き詰めると、物質レベルで評価できない研究は、すべてまともな研究とは認めないという話になってしまいます。

それに世の中には量的に数値化できないことのほうがむしろ多い。多様化

(2面につづく)

●次週休刊のお知らせ
次週、5月2日付の本紙は休刊とさせていただきます。次回、2927号は5月9日付となりますのでご了承ください。
(「週刊医学界新聞」編集部)

「質的研究は科学であり、エビデンスをもたらす」という確信を、すべての研究者に!

医学書院

質的研究を科学する

高木廣文

「質的研究は科学なのか?」「質的研究の結果はエビデンスになるのか?」——統計学のスペシャリストが現象学、構造主義科学論、ソシオールの一般言語学などを敷衍して論じる! 「質的研究とは何か、そもそも科学とは?」から、質的研究の情報提供者の数の問題、解釈の客観性、結果の一般化可能性、アブダクション(直観的帰納)の仮説まで、質的研究に取り組むすべての人が押さえておきたい哲学的基盤を明快な論理で提示する。

●B6変 頁144 2011年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01208-9]

目次

- 第1章 質的研究とはどんな研究なのか
量的研究と質的研究
- 第2章 科学とは何なのか
構造主義科学論の考え方
- 第3章 質的研究の難問を解決する
主観的解釈とは非科学的か
- 第4章 質的研究の結果は当たり前か
- 第5章 質的研究の結果は、一般化できるのか
- 第6章 最後の難問—アブダクション

質的研究

を 高木廣文
Hirofumi Takagi

科学する

「質的研究は科学であり、エビデンスをもたらすのである」という確信を、すべての質的研究者に!

統計学のスペシャリストが、現象学、構造主義科学論、ソシオールの一般言語学などを敷衍して、質的研究の科学性をめぐる難問に答える! 医学書院

対談 科学と非科学のあいだ 質的研究をエビデンスとするために

＜出席者＞

●池田清彦氏

1971年東京教育大理学部生物学科卒。77年都立大大学院理学研究科修了(理学博士)。山梨大教育人間科学部教授を経て、2004年より現職。専門は理論生物学、構造主義生物学。構造主義生物学の地平から多分野にわたって評論活動を行う。また昆虫採集マニアとしても知られている。『構造主義生物学とは何か』(海鳴社)、『構造主義科学論の冒険』(講談社学術文庫)、『正しく生きるとはどういうことか』(新潮社)など著書多数。

●高木廣文氏

1974年東大医学部保健学科卒。79年同大大学院医学系研究科修了(保健学博士)。米国国立環境保健学研究所(NIEHS)研究員、聖路加看護大などを経て99年新潟大医学部保健学科教授。2006年より東邦大医学部看護学科教授、11年4月より現職。専門は疫学・国際保健看護学。主な著書に『ナースのための統計学』『質的研究を科学する』(ともに医学書院)。日本学会会議連携会員、日本公衆衛生学会評議員、日本看護科学学会理事。

(1面よりつづく)

し、複雑化している分野に量的な研究だけで対応することはできないと私は考えたわけです。

高木 そのような発想が、「構造主義科学論」の着想につながったのですね。

池田 そうですね。構造主義科学論では、科学のパラダイムを真理に還元せず、「科学とは同一性の追求である」というシンプルな定義で、現象の同一性を見だしそれでうまく説明できれば科学である、と考えます。

物理や化学は、その同一性が極めて厳密だから一つの原理で全部説明でき

るように思えますが、個性や偶有性が強い生物現象では「この現象はこの理論で説明できるが、それ以外の現象はわからない」という説明でも、実際に立てばとりあえずいいわけです。

高木 その意味では「現象説明の役に立つ」ことが、科学性を考える上で非常に大事なポイントとなりますね。また、構造主義科学論で語られる「変なるものを不変の同一性で記述する」ことが科学の営みであると理解すると、科学がわかりやすくなりました。

池田 科学をそのようにとらえると、物理学・化学だけでなく高次の社会科学まで、すべて科学という範疇に収めることができます。それぞれの違いは同一性のレベルと考えれば、科学という視点で生態学者や心理学者が負い目を感じる必要はなくなりますね。

高木 構造主義科学論を知り、私は目からうろこが落ちる思いでした。先生はどのようにしてこれを思いついたのですか。

池田 理由はわかりませんが、進化理論を研究しているうちに何が正しいかよくわからなくなってきたことがきっかけです。ネオダーウィニストは、自然選択と突然変異と遺伝的浮動だけで、進化現象のすべてを完璧に説明できると主張しますが、進化の局面によってメカニズムはいろいろあります。そのプロセスごとに異なるメカニズムで説明したほうが合理的で、進化を説明する唯一の最終理論が構築できるというのは無理があると考えたわけです。つまり、ネオダーウィニズムで説明できる部分は進化のごく一部なのです。それを科学一般に敷衍したら構造主義科学論になりました。

てきています。疑っているわけではありませんが、そういった理論はもはや目で確認することができないため、どこまで通用するか確かめようがない部分があるわけですね。

池田 そう。“何が正しいか”ではなく、ある現象を説明するのにいちばん単純で簡単に説明できるのが最も良い、というコンセプトで考えて生まれたのが、現代の物理理論なのです。

単純に言うと、さまざまな現象を一つの理論で全部説明できればそれは最終理論となりますが、それが正しいかはわからない。しかし唯一の正しい理論があるという立場では、新たな現象が登場し説明がつかなくなると、さらにそれを含めた新しい統一理論を作ろうとする欲求が生じるわけです。

高木 その理論の正しさとは、結局、現在われわれが観察できる現象がうまく説明できるかということですね。

池田 やっかいなのは、われわれは演繹や三段論法みたいな発想で矛盾がない理論を組み立てなければ、理解ができないことです。

高木 矛盾があると理論が破綻しますからね。

池田 でも、矛盾が生まれないう無理に理論をつくと、理解が難しい変なものになる。この世界(自然界)が、無矛盾にできている保証はどこにもないわけですから(笑)。

私は人間の頭のなかの理屈で、自然界のすべてのことが解けるといのは間違いだと考えています。なぜなら人間は自然の一部であり、われわれの認識なども全部自然の一部なので、一部が全部を解くことはできないからです。自然の一部にすぎないものがすべての自然を解き得ると考えること自体が、何か傲慢な気がします。

高木 そう考えると、自然の一部だけでもうまく説明できれば、われわれ人類は十分“よくやった”と言えそうですね。

“パターン化”としての医学・医療

高木 同一性の観点から考えれば、医療は同一の疾患をパターン化して蓄積していく試みと考えられそうですね。

池田 そうですね。医師は治療のために病名をつけ、さらにそれを症状のパターンで分けます。特にプライマリ・ケアを担うかかりつけ医では、そのような病態パターンを熟知している方が優れた医師と言えると思います。

高木 そのパターンを構築していくことが、簡単に言うと医学研究ですね。

池田 ええ。パターン化した疾患に対する標準的な治療でも、疾患によってはその効果に大きな個人差があるわけです。その場合、同一性の括り方があまりよくないと考えられます。

高木 的確に括られていれば、治療効果も高いですよ。そう考えると、括り方のよくわからない疾患が難病や不治の病となりそうです。

池田 例えば抗癌薬では、著効する方がいる反面、無効な方もいるわけです。もしかしたら同じ病名がついていても違う癌なのかもしれないけれど、それを分ける確固としたメルクマールをわれわれが見つけられていないので、ひと括りに「肺癌」とか「胃癌」と言っているだけなのかもしれません。

高木 細かく見れば異なる疾患ということですね。それを的確に分類できれば、治療可能な病態が判明するので医学の進歩につながると思います。

池田 同一性の観点からみると、進歩は同一性が細かく厳密になることです。だから、その意味でも、科学は同一性の追求という営みと言えます。

看護の「一般化」に必要な条件とは

高木 一方、看護学は医学に比べ理解が難しい部分もあります。患者の心を大事にしながら行う活動が看護の中心となりますが、「患者の心に寄り添う

看護」と言っても、具体的に心に寄り添うとはどういうことか、言葉では言えても実際はよくわかりません。

池田 看護学は医学と大きく異なります。医学では、例えば血液検査のような量的な情報から患者さんの状態を判断するわけですが、患者側としては生きている間は数値の改善よりも痛みや心のケアをしてもらいたい。そうしたケアの質の向上は、やはり質的な看護研究が支える部分だと思います。

しかしこれまで、質的研究は“科学”とはあまりみなされない一面があり、看護学は医学に対し一段低く見られてきました。患者ケアにおける看護の重要性を高めるためには、看護学が医学と対等になって、医学とは異なる新しいパラダイムを打ち立てる必要があります。それには看護学やそれを構成する質的研究のバックグラウンドに、新しい科学を構築する必要があるでしょう。

高木 看護学における質的研究では、人間の心の問題を言葉と言葉の関係性で理論付けることが多く行われています。例えば、「心の安らぎを与えるケアを行うことで患者のストレスが軽減される」という現象を理論付けるわけですが、確かにこの現象は量的に正確には測れません。

ただこの結果を、科学の言葉できちんと説明できるようになれば、独立した科学としての看護学が構成されると思います。そして構造主義科学論を用いれば、看護学での質的研究の科学性を担保できると私は考えています。

池田 ここまで同一性という観点で科学をとらえてきましたが、その過程で重要なことは事象の“一般化”をどのように行うかです。

確かに患者さんは、出自も経験も皆違うし、症状も少しずつ異なるため、看護学の対象はすべて個別という一面があります。そのため、最も適切な看護は事後の評価からしかわからず、もしかしたら事後でもわからないかもしれません。だからこそ、看護学では多くの成功/失敗経験から、ある程度の共通性を導き出すことが大事です。うまくいった経験をシステムティックに集積していけば、共通理解が得られるのではないのでしょうか。

高木 経験を積んだ看護師のなかには、どの患者さんに対しても適切なケアが行える方も多いので、何かしらの共通する優れた看護技術が自然に身につけているのかもしれない。

池田 確かにケアには、名人芸の部分があります。

高木 ただその名人芸はほとんど研究されていないのではないのでしょうか。その共通性をきちんと研究していけば、看護のエビデンスも集積されていくと思います。

池田 私もそう思います。必要なのは、看護を一般化してそれを伝えることです。共通理解を得るには必ずしも厳密である必要はないので、なんとなくノ

矛盾なく現象を説明できる理論が生き残る

高木 構造主義科学論は、科学の実際の営みをまさに表現していると思えますが、これだけでは“科学=真理を追求する営み”と考える自然科学者の納得は、まだ得られないとも感じます。

池田 一般に、完全に同一性を担保できるものは物質です。したがって、科学の厳密性を高めるためには、ミクロな現象ではできるだけ物質レベルの関係性、すなわち物理・化学法則で記述しますが、実はその法則もどこまで通用するかはわからない。人類の存在している範囲では通用しても、50億年経てば変わるかもしれない。すべて「とりあえず」の理論なのです。

心理学の理論は数年で変わり、物理や化学の法則は不変の真理のように見えますが、それはタイムスパンの違いにすぎないとも言えます。心理学でも看護学でも、とりあえず現在役に立っている理論を認めていかないと、進歩はないわけです。

高木 そうですね。物理学も、ニュートン力学から量子力学へと発展し、今日では超弦理論などますます複雑化し

「日本人の食事摂取基準」ほか各種疾患ガイドラインの最新版に準拠して大幅増補!

新臨床栄養学 増補版

好評いただいた、医師のための臨床栄養学のテキストの大幅増補。「日本人の食事摂取基準」および各種疾患ガイドライン、診断基準の最新版に準拠。精細な記述とともに最新情報をさらに充実、多方面の読者にアピールする画期的な教科書。

編集 岡田正 元 大阪大学名誉教授
馬場忠雄 滋賀医科大学学長
山城雄一郎 順天堂大学特任教授
大学院プロバイオティクス研究講座
編集協力 雨海照祥・佐々木雅也 宮田剛・島田和典

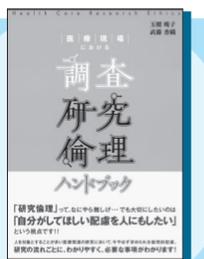


医療現場での研究に必須な倫理的な配慮を、わかりやすく、コンパクトに整理

医療現場における調査研究倫理ハンドブック

人を対象とすることの多い医療関連の研究において、今や必須とされる倫理的な配慮。「研究倫理」というと難しげだが、実際には「自分がしてほしい配慮を人にもしたい」という視点が大切だと考える著者らが、研究の流れに沿ってコンパクトに整理したハンドブック。研究方法ごとに留意する点、対象者に応じた配慮、取り扱う材料ごとの対応などを具体的に紹介し、課題解決に向けた実践的なヒントをわかりやすく提供する。

玉腰暁子 愛知医大准教授・公衆衛生学
武藤香織 東大医科研准教授・ヒトゲノム解析センター



続 アメロカ医療の 光と影

第196回

アウトブレイク⑪

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ: 1955年, 民間慈善団体「マーチ・オブ・ダイムズ」が全面支援したジョーナス・ソークのポリオ不活化ワクチン臨床試験が成功, 全米が喜びに沸き立った。

ポリオ不活化ワクチン臨床試験の結果発表に先立ち, マーチ・オブ・ダイムズの理事長バシル・オコーナーは, 難しい決断を迫られていた。試験が成功した場合, ワクチンに対する巨大な需要が生じることは明らかだったし, 国民の期待に応えるためには事前にワクチンを大量に確保しておく必要があった。一方, ワクチンを大量に発注した後に「効かない」とわかった場合, 莫大な経済的損失を被ることとなってしまふ。オコーナーは, 「ワクチンが効く」という結果が出ることに賭け, リスクを承知の上で900万ドルの巨費を投じて2700万人分のワクチンを事前注文したのだった。

ポリオワクチン禍事件

果たして不活化ワクチンは明瞭な感染防止効果を示し, 米保健省は試験結

理解できるような話でも多く共有していくことが大事です。

“ひらめき”が同一性を導く

高木 もう一つ, 言葉から同一性を引き出す過程では「抽象化」を行う能力が求められますね。そのときには, やはり直感(直観)のようなものも必要になると思います。

池田 実は私は, 直感科学の一部だと考えています。というのは, 科学者は最初に直感でひらめいたことを, 皆に納得させるために後付けで理論を構成しているにすぎないからです。もちろん前提として, いろいろな現象を観察したなかからひらめいたことを実験で証明していくことは必要です。

高木 そうですね。何か調べるときに, 「この部分をさらに調べよう」とか「こういう実験をしてみよう」と思いつくのは, ぱっとひらめく部分です。

面白いですよ。アリストテレスは帰納と演繹で論理学を説明しましたが, 実際に論理を進めるのは, 直感的な演繹化する能力なわけ。ニュートンが万有引力の法則を発見したときも, やはり直感的なひらめきがありました。

池田 単に観察をしても, 直感がないと対象が絞れないから新発見はできない。そこには西條剛央氏(早大大学院

果が公表されたその日のうちに医薬品として認可, マーチ・オブ・ダイムズも即刻ワクチン接種を呼びかけるキャンペーンを開始した。

ソーク・ワクチンの劇的効果が発表されてから約2週後の4月25日, 保健省に対し「接種を受けた児童の間に麻痺患者が現れている」という報告が全米各地から上げられるようになった。麻痺患者は Cutter社製ワクチン接種者に限られていることを重視した保健省は, 4月26日, 同社製ワクチンの回収を命令した。アルバート・セイビンらは臨床試験開始前から「不活化ワクチン製剤にウイルスが生き残っていた場合大量のポリオ患者を産み出すことになる」と, 繰り返しその危険性を警告していたが, 彼らが警告した通りの事態が出来てしまったのだった。

回収命令が出た時点で, Cutter社製ワクチンはすでに38万人の子どもに投与されていた。調査の結果, 同社製ワクチンの二つのロット(12万人分)で「生ウイルス」が残存していたことが明らかになった。最終的にワクチン接種後感染症状を呈した患者4万人, 恒久的麻痺を残した患者51人,

講師)が提唱した, 自分の興味が事象を規定するきっかけとなる“関心相関性”の理論が当てはまりそうですね。高木 確かに興味がなければ現象を見ることすら行われませんね。

関心相関性に従えば, 「量的研究」や「質的研究」はそれぞれ外部世界の問題と心の問題を対象とした研究ですが, どちらも興味ある研究を行うための手法にすぎない。つまり量的・質的は対立概念ではなく, 研究対象がそもそも本質的に異なっているのですね。

池田 質的研究を無理やり数値化してしまうと, 本来の優れた質的研究が理解されなくなってしまいますからね。ただ関心相関性は, 確かにわかりやすい考え方ですが, それだけでは理論を構築できません。もっと自然言語で語れるような質的研究を科学の理論として構築することは, 引き続き求められる課題です。

高木 ええ。物理学のような科学体系の研究者が本気になって取り組んでくれば, もっと洗練された理論で質的研究を説明できるかもしれませんね。

質的研究をエビデンスとするために

高木 複雑化する社会のなかで, 質的研究を行うことは大きな意義がありま

死者は5人に上った。さらに, 感染は被接種者の周囲にも及び, 麻痺患者113人, 死者5人を出す事態となったのだった。

Cutter社の製剤に「生ウイルス」が残存した原因は, ソークの原法を「勝手に」変えたことにあると言われていた。ホルマリンでウイルスを不活化する際, 組織培養上清中に残存する細胞残渣を除去する必要があったのだが, Cutter社は, 除去用のフィルターをソークの原法とは違う物に変えていた。さらに, 「臨床試験の結果が報告されたその日に保健省が認可した」と前述したが, わずか2時間半の審議で5社からの製造承認申請を一括認可(しかも, Cutter社を含めうち3社は臨床試験に参加していなかった)したことでわかるように, その過程は「拙速」と言われても仕方のないものだった。

「拙速」な実用化の根本的原因

しかし, ソークのワクチンが「拙速」に実用化されたそもそもの原因は, 米国民の間にワクチン早期実用化を望む強い世論が存在したことにある。セイビンらの警告が真剣に受け止められなかったり, 臨床試験結果が出る前にワクチンを大量発注したり, そして保健省が試験結果発表と同時に製造を承認したり……と, いずれについても「早くワクチンを実用化しろ」という強い世論が後押しした影響は否定し得ないのである。

さらに, 当時のアイゼンハワー政権は, 共和党政権の常で「政府は産業界のすることになるべく口を出さない」という方針であったため, ワクチンの安全性を政府が厳しく管理するという

す。そして研究したからには, その結果を“科学”として認められるエビデンスにしなければならぬと私は考えています。そこで, 質的研究をエビデンスとするために必要なことを教えてください。

池田 質的研究では, 量的研究と同様のエビデンスを導くことは難しいでしょう。一般的には, ある現象の原因となる物質を特定できればそれがエビデンスとなりますが, 例えば看護学の場合は「患者さんにあるケアをしたら心が軽くなった」というような行為の集積がエビデンスと言えます。つまり量的研究とは概念が異なりますが, 科学の最終目的を役に立つことととらえる構造主義科学論に依拠すると, 医療者の皆さんがその研究結果に納得すれば, それをもってエビデンスと言えると思います。

高木 質的研究でエビデンスを得るためには, 同じケアを多くの看護師が行い, 「確かにそうだった」ということを確認して共通理解を得ることが必要ということですね。

池田 そうですね。現状ではパラダイムが物理や化学とは異なるので, その

ことについては始めから乗り気でなかったとされている。実際, 臨床試験で使われたワクチンを製造する際, ソークが製薬会社に指示したプロトコルは55頁に上る詳細なものであったのに対し, 認可時保健省が製薬企業に課したプロトコルはわずか5頁に簡略化されてしまっていた。それだけでなく, 臨床試験の際, マーチ・オブ・ダイムズは, 製薬企業に対し「連続11ロットで病原性試験に通過しなかった場合, すべてのロットを廃棄する」とする厳しい安全基準を課していたが, 保健省が課した安全性基準は「効果的かつ信頼できる方法で一連のロットの不活化を確認すること」という抽象的な条件にしかすぎなかった(マーチ・オブ・ダイムズという民間慈善団体が課した安全基準のほうが, 安全管理義務を持つはずの政府の安全基準よりもはるかに厳格だったのである)。

Cutter社事件以後, 政府におけるワクチンの安全管理体制が強化されるようになったのは言うまでもないが, この事件は法的にも大きな副産物を残すこととなった。同社のワクチン禍をめぐる損害賠償裁判で「過失が立証されなくても因果関係が認められれば賠償責任を課することができる」とする判例が確立されたのである。この結果, ワクチン禍被害の救済が容易になる一方で, 製薬企業の賠償金負担は増大, ワクチン価格が値上げされたり, 製造から撤退する企業が続出したりする事態となった。米国がワクチン禍に対する無責救済制度を発足させたのは1988年のことだったが, 同制度創設に至る流れの源にはCutter社によるポリオワクチン禍事件があったのである。

(この項つづく)

ような認識を得られることがエビデンスです。

しかし今後, 例えば気持ちよさにかかわる脳内ホルモンの活性を脳内で直接測定できるようになれば, ケアの種類ごとに効果を評価できるかもしれません。この場合, より厳密な量的研究にケアの評価を変えることができるので, そのように研究手法を変えていけばよいでしょう。

高木 そうなれば看護研究も大きく変わりますが, それは先の話ですね。

池田 うんと先の話です(笑)。ただエビデンスがないからといってケアをしないわけにはいきません。ケアの理論を構築するためには, まずは質的研究をしっかりと行うことが重要で, 理論ができないと質的研究から量的研究への変換もできないわけです。(了)

●お願い—読者の皆様へ

弊紙記事へのお問い合わせ等は, お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください

☎(03)3817-5694-5695

FAX(03)3815-7850

「週刊医学界新聞」編集室

パーキンソン病に携わる医師必携のガイドライン

パーキンソン病治療ガイドライン2011

日本神経学会監修の下, パーキンソン病治療についてエビデンスに基づきまとめられたガイドライン。第1編「抗パーキンソン病薬と手術療法の有効性と安全性」では各種薬剤・手術療法について詳述。第2編「クリニカル・クエスチョン」では運動症状および自律神経障害などの非運動症状への薬物療法, 手術療法, リハビリテーションなど, 治療の実際についてわかりやすく解説。パーキンソン病の臨床に携わるすべての医師必携の1冊。

監修 日本神経学会 編集 「パーキンソン病治療ガイドライン」作成委員会



精神科医療に関する学識および経験を有する医師—精神科専門医をめざす人のために

専門医をめざす人の精神医学 第3版

本書は, 精神科専門医制度研修医が学ぶ際の指針。研修すべき内容の学問的裏付けや, さらに勉強を深めたい人にとってのスタンダード・テキストブック。専門医をめざす人はもちろんのこと, 精神医学および精神科医療の進歩に応じて, その態度・技能・知識を高め, 生涯にわたって研鑽を図る専門医のために, 必ずやよりどころとなる1冊。

編集 山内俊雄 埼玉医科大学学長 小島卓也 大宮厚生病院副院長 倉知正佳 富山大学理事・副学長 鹿島晴雄 慶應義塾大学教授・精神神経科学 編集協力 加藤 敏・朝田 隆 染矢俊幸・平安良雄



寄稿 東日本大震災における医療活動に参加して 災害医療のアマチュアが現場へ

志賀 隆 Instructor, Harvard Medical School/ マサチューセッツ総合病院救急部

3月11日に東日本で発生した大地震のニュースは米国にもすぐ届き、NHKの画面に釘付けになった。私は救急医であるが、災害医療ではアマチュアである。また、国際保健等の活動の経験は多少あり、医療ボランティアにおける、①自給自足できない状況で現地に行くべきでない、②善意からの行動が必ずしも良い結果につながるわけではない、③相手のニーズに合わない一方的な支援はかえって迷惑である、などの問題点は理解していた。

自問自答しているところにポケットベルが鳴った。「もし災害現場に行きたいのであれば、徳洲会グループの災害医療支援チーム(Tokushukai Medical Assistance Team; TMAT)に参加できる可能性がある」という、放射線科医の鈴木ありさ医師からのメッセージだった。経験豊富なTMATから学びつつ、少しでも現地の方々の助けになればと思い、参加させていただいた。その経験をここに報告する。

72時間を過ぎ、何ができるのか

出発前にまず、職場の調整が必要だった。幸い教育者養成のためのコースに参加する予定であったため、スケジュールは比較的フレキシブルであった。上司に相談すると、「Be safe! Godspeed! We are proud of you!」と背中を押してくれた。マサチューセッツ総合病院(MGH)救急部の同僚スタッフもすぐにシフトを変わってくれ、二人の幼子を抱える妻も快く送り出してくれた。同僚の長谷川耕平医師とN. Stuart Harris医師、現在ボストンカレッジ博士課程に在籍している原田奈穂子看護師もTMATに参加することになり、心強いチームメンバーとともに翌日ボストンを発った。

地震直後に現地入りしたDMATの報告では、「津波による被災が甚大であり、残念ながらトリアージ上ブラックの人(すでに亡くなっている方か、少ない医療資源ではどうしても救えない方)が多く、迅速な医療介入が必要なレッド・イエローはほとんどいない」ということであった。

災害のゴールデンアワーは72時間とされており、DMATの基本的活動も72時間以内である。私は道すがら72時間後に何ができるのか、自問自答を続けていた。そして、新潟中越地震時の友人の経験¹⁾を参考に、①被災者や被災地の医療スタッフにとって、助けが来ることは精神的支えとなる、②72時間が経つと被災が終わるわけではなく、その後もニーズはある、③

現地で情報収集し、それを共有することが将来につながる、と考えた。

日本内科学会の「内科医のための災害医療活動」²⁾や、西伊豆病院の仲田和正先生の著書『手・足・腰診療スキルアップ』(シービーアール)に掲載されている「災害医療マニュアル」、MGH外傷外科のBriggs医師の『Advanced Disaster Medical Response Manual for Providers』などを読みながら、現地へ向かった。

組織化されたチームが力を発揮

13日に成田空港に到着した私たちはTMATのメンバーの出迎えを受け、支援物資の詰まった救急車で仙台徳洲会病院をめざした。高速道路は緊急車両のみ使用可能で、各地から消防隊、自衛隊、支援物資を運ぶトラックが続々と被災地に向かっていった。ベース病院である仙台徳洲会病院に深夜に到着後、現地リーダーの田川豊秋医師から現状をわかりやすくご説明いただいた。

翌日早朝に仙台徳洲会病院を出発し、活動拠点となる宮城県気仙沼市に向かった。田川医師ら先遣隊は朝3時に出発し、活動拠点について自治体と交渉していた。私たちのチームは補給物資を届けるべく、気仙沼市の南部に位置する本吉町の本吉病院へ向かった。同院はやや低地にあり、海岸からは離れている。しかし、近くを流れる津谷川を逆流した津波で1階は水没しており、CTや胸部X線、検査室、事務室などが大きな被害を受けた。TMATはここでERとしての機能を提供し、同院職員との有機的な関係がとられていた。

その後、田川医師から指示があり、本吉町の北東にある階上町^{はしかみ}へ向かった。到着後すぐに中学校の保健室に仮設クリニックを設営し、診療と巡回を開始した。TMATの田川医師、野田一成医師、野口幸洋管理栄養士(ロジスティクス統括)が現状をすばやく説明し、われわれのミッション、被災地での援助隊の原則が伝えられた。

災害医療活動には、チームの組織化が不可欠である。TMATは海外を含めた災害医療の経験が20年近くあり、インシデントコマンドシステムに基づいた有機的な組織が出来上がっている(表)。すべての部門に歴戦の猛者がおり、衛星携帯電話を使った効果的な情報交換がなされ、リーダーの指示のもと組織が迅速に行動していた。

経験のみならず、TMATは災害に備えた自前のコースを持ち、サバイバルの基礎やSTART法によるトリアージ、

災害時の公衆衛生、衛生携帯電話の使い方、インシデントコマンドシステム、巡回診療時のノウハウや心得、過去の徳洲会の災害支援のシナリオに基づいたシミュレーションなどの講習を行っている。

刻々と変化する現場の情報共有

津波の被害が大きかった今回は、地震による外傷はそれほど多くなく、診療開始当初は感冒、便秘、頭痛、不眠、裂傷や打撲などでの受診が多かった。1日当たり100人程度の診療に加え、近隣の避難所を往診した。中には、津波に飲み込まれ、流されてきたタイヤにつかまり漂流していたところ陸側の壁にたどり着き、九死に一生を得たという女性もいた。4日目には、顔色の悪い男性が胸痛にて来院し、気仙沼市民病院に搬送となる。同院での心電図検査では急性心筋梗塞と診断され、緊急冠動脈形成術が施行された。

限られた薬剤・医療資源による最低限の診療であったが、精神も肉体もぎりぎりの状態にあった避難所の方々に大きな安堵感を与えたと診察の合間に伺った。また、救護スタッフや避難所本部の方々もほぼ不眠不休で対応してきたなか、医療スタッフが入ったことで、精神的なゆとりが生まれたとのことである。皆さん、家族や住居などさまざまな痛手を受けているにもかかわらず気丈にされていた。安易な言葉はかけられず、「お大事に」と笑顔で薬を渡すことが精一杯であった。

診療が軌道に乗り始めると、縫合セットや喘息の吸入薬、各種内服薬などが必要となり、毎日本部に向けて補給を要請した。災害現場において独自の物資補給能力を持つことは極めて重要であり、TMATの効率的なシステムがあらためて強く印象づけられた。

慢性疾患患者の薬について、開業医や市立病院とどのように連携していくかも課題であった。また、TMATに参加する医師も2-3日単位で徐々に入れ替わっていくため、診療をスムーズに引き継げるよう、医師、看護師、ロジスティクスなど部門ごとに分かれ、マニュアル作成が始まった。この過程で、災害後に地域のために奮闘されている開業医、非常に困難な状況のなか日々力強い機能回復をみせる気仙沼市立病院など、刻々と変わる情報をアップデートすることになった。

組織間の情報共有については、東京都医師会主導のもと、気仙沼市民病院に毎朝8時に各支援団体が参集し、支援すべき場所と支援チームの決定、気

●表 TMATの体制

- コマンド：東京本部、仙台徳洲会病院本部
- プランニング：田川豊秋医師・仙台徳洲会病院本部
- オペレーション：大船渡市、気仙沼市(階上町、本吉町)、本吉郡南三陸町の4つの現地部隊
- ロジスティクス：野口幸洋管理栄養士をトップに、緊急車両25台を有機的に利用
- ファイナンス：東京本部より統括

仙沼地域の補給状況、市民病院の復旧状況の共有が行われていた。また、対策本部、救護、補給、医療班など複数の分野の団体が部門ごとに集まり、活動報告や1日あるいは中期的な方針の検討を行っていた。

さらに、避難所には1000人を超える方々が避難しており、感染症を防ぐため発熱や嘔吐への対策が必要となった。そのため、TMAT本部、避難所対策本部、救護担当のスタッフで、インフルエンザ疑いの場合の対応、井戸水を使った手洗いによるノロウイルス予防などについて検討した。亜急性期の感染対策については承知していたつもりであったが、いざ各部門と検討して方針を決めるとなると、その重みをあらためて実感した。

バトン——急性期から亜急性期、慢性期へ

今回、急性期の活動においてDMAT(重症患者を迅速に搬送するシステムなど)やNGO(機動力、補給力、コミュニケーション力に優れたTMATなど)の重要性を学んだ。平時に、災害に備えたコミュニケーションツールの作成やシミュレーションを行うことは肝要である。しかし、実際の災害時には情報が氾濫し、平時以上に行政機能へ過度なストレスがかかる。それゆえDMATやNGOなど、臨機応変に現場で対応する能力が求められる。

また、最も被害が甚大な地域こそ、そのメッセージを発信できない可能性もある。簡単ではないが、自衛隊、市町村行政、医療班、NGOなどが横の関係を保ち、能動的な情報収集と情報共有を行うことが必要となる。

災害医療において、急性期の診療が重要であることに疑いの余地はない。しかし、被災地の方々が日常生活に戻れるまでが広い意味の災害医療であり、急性期から亜急性期、そして慢性期とバトンを渡していかなければならない。

*お世話になった被災地の方々、TMATの皆様、MGHの同僚、家族、そして日本の皆様に厚く御礼申し上げます。この経験を必ず次に活かします!

註1) 国際保健通信(2006年4月30日) <http://square.umin.ac.jp/ihf/news/2006/0430.htm>
註2) 「内科医のための災害医療活動」 <http://www.naika.or.jp/info/info110311.html>

しがたかし ● 2001年千葉大医学部卒。国立病院機構東京医療センター、在沖米海軍病院、浦添総合病院救急部を経て、06年米国メイヨークリニックにて救急医学のレジデント。09年より現職。

「言葉」が導く統計学の正しい解釈

数学いらすの医科統計学 第2版

Intuitive Biostatistics: A Nonmathematical Guide to Statistical Thinking, 2nd Edition

▶ 「数式」を使わず「言葉」で理解する、統計学の「直観的」思考力を養うロングセラー、14年ぶりの大幅改訂。初版の「スピリット」はそのままに、増頁、全章を書き換え内容を更に充実。データの提示から解析結果の解釈まで、豊富な例を用いて遍く利用される解析手法の大部分を、具体的な計算方法にほとんど触れずとも簡明に解説。読み進めるうちに論文を読む際の批判的な眼も養われる。これまで「なんとなく」わかったつもりになっていた統計学を正しく理解するのに最適。

著者 **津崎晃一**
慶應義塾大学医学部麻酔学教室 准教授

定価4,935円(本体4,700円+税5%)
A5変 頁528 図186 2011年
ISBN978-4-89592-670-6

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

解剖学の定番図譜が、より臨床に役立つ構成に進化

Grant's Atlas of Anatomy 12th Edition

図譜のわかりやすさで定評ある地位を築いてきた解剖学図譜原書第12版の翻訳。工夫された剖出面と実物を忠実に再現した図譜という、これまでの良さを引き継ぎつつ、CT、MRI、血管造影などの画像診断や立体画像が充実し、より臨床に役立つ構成となった。簡潔な解説と臨床事項をまとめた表が増え、教科書的な要素も大きくなった。

監訳 **坂井建雄**
順天堂大学医学部 教授

訳 **小林 靖**
防衛医科大学校 教授

小林直人
愛媛大学医学部 総合医学教育センター長 教授

市村浩一郎
順天堂大学医学部 准助教

A4変型 頁912 2011年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00931-7] 医学書院

方言をめぐる医療コミュニケーションの在り方

寄稿 = 今村かほる 弘前学院大学文学部准教授



●今村かほる氏
昭和女子大文学部卒。
1992年同大大学院文学
研究科博士後期課程修
了。94年より弘前学院
大学文学部講師を経て、
99年より現職。主な著
作物には、「地域学」8
巻掲載『医療・福祉と
方言』（北方新社）、「看護学雑誌」73巻6号掲
載『方言』がもつ医療コミュニケーションの
可能性（医学書院）などがある。

日本語は地域差の大きい言語であり、各地に方言が存在する。これまでわれわれは、方言は他の土地の人には通じない不便なものだから、全国どこでも通じる「共通語」（標準語としていた時期もある）を身につけ、必要なときには使えるように教育されてきた。

このような教育に加え、昨今では超高齢化・核家族化などの社会変化により、各地の方言は大きく変容している。若い世代に方言が通じない、同じ地域に住んでいても高齢者の話す方言がわからないという状況が生まれ、一方で、公的な場面や教育・医療・介護などの現場では、共通語を使用することが「相手を尊重することである」と信じられるようになった。

だが、共通語は万能ではない。多くの人々に用いられるがゆえの、細かいニュアンスを欠き、迂遠な言い方しかできないという欠点が見落とされているように思われる。

例えば、津軽方言では、痛みを指す単語が複数ある。「イデ」はぶつけたときのような一過性の痛み、「ヤム」は持続痛、「ニヤニヤス」は腹部の鈍痛といった違いによってこれらの言葉は使い分けられており、津軽出身の医師であれば、「イデノガ ヤムノガ ドッチダ？」と聞く。

このように、方言のなかには医療現場において大事な判断材料ともなり得ることばもあるのだが、方言のわからない若い医療従事者が増えることは医療現場において問題にはならないのであろうか？

医療現場で方言が問題になるとき

医療コミュニケーションにはいくつかのレベルがあり、方言によって生じる問題もこのレベルに沿って分類することができる。

1) 意味伝達レベル

まず挙げられるのが、意思疎通自体が問題となるレベルである。津軽では、地元出身の看護師にとって重要な仕事のひとつが、医師と患者との間に立ち、いわば「通訳」の役割を果たすことであった。

ここで津軽の周辺部にある整形外科での例を挙げたい。ある患者が「ボンノゴガラ ヘナガ イデ（ほんのくぼから背中にかけて痛い）」と訴えたところ、それを聞いた他地域出身の医師は「お盆の頃から背中が痛い」とカルテに書き込んだ。しかし、そばにいた津軽出身の看護師は事実の誤認に気が付き、患者のほんのくぼあたりに手を当て、「ここが痛いんですね？ 先生、

ここらへんが痛いと言っています」と注意を促し、誤認をまぬがれたことがあったという。

しかし、先述したように、同じ地域に住みながら方言のわからない若者が増え、このような「通訳」ができなくなりつつあるのだ。

例えば、実習中の看護学生が「具合はどうですか？」と患者にたずねたところ、「今日サ 何ダガ イパタダダ」という応えが返ってきた。学生は「イパタダ」を「一般的だ」と聞き、「問題ない」という判断をした。だが、「イパタダ（エパタダとも）」は「普通でない、変わっている・変だ」という意味である。つまり「問題がある」のだ。

このように、人間は「自分の知らないことば」を「自分の知っていることば」に近づけて理解しようとし、置き換えてしまうことがある。医療現場では、これが事実誤認によるミスにつながるのではないかと懸念される。

また、患者にとって、ことばが通じないということは、間違った理解・判断をされ、適切な治療がされていないのではないかという不安や恐れにつながる。これらは大きなストレスの原因となるとともに、信頼関係の基盤そのものを揺るがすものになりかねない。

なお、弘前市内の医療施設で働く看護師37名を対象に行ったアンケート調査では、97%の看護師が「津軽では方言の理解が必要だ」と考えていた。さらに津軽で医療・看護の仕事をするのに「重要」だと判断される方言について尋ねたところ、上位20語は、ツヅラゴ（帯状疱疹）・コエ（疲労）のような病名・症状語彙、マナグ（眼）・ボノゴ（ほんのくぼ）のような身体語彙、カチャクチャネ（心理的に複雑な状態）のような感覚・感情語彙、シタバッテ（そうだけれど）のような応答語彙であった。

2) 対人的配慮のレベル

医療コミュニケーションでは、配慮のレベル（よりよいコミュニケーションのレベル）の問題もある。津軽の都市伝説とも言えるような事例だが、他の地域出身の医師（または看護師）が患者との距離を縮めようと方言を使ったが、「ノダバレ（腹ばいになりなさい）」と言うべきところを、誤って「クタバレ（死ぬ）」と言ってしまったというものがある。

各地での聞き取り調査によると、患者である地域住民には、「医師に無理にその土地の方言を話してもらいたいとは思わない。共通語でわかりやすく、丁寧に説明してくれるほうがよっぽどありがたい」という意見が多かった。患者が医師に求めていることは、症状

について理解してもらうことだけではなく、その症状によって苦しんでいる自分自身を理解し、受け止めてもらうことであろう。

コミュニケーションスタイルの地域差

さらに各地域のコミュニケーションスタイルの違いにも目を向けたい。

小林は、これまでの先行研究から「対人的な表現法」に関する5つの地域差をまとめ、発想法の地理的特徴について次のように述べている（文献1）。

近畿を中心とした西日本および関東
⇒口に出す、決まった言い方をし、直接的に言わない、主観的に話さない、相手を気遣う、という傾向が強い
東西の周辺部、特に関東を除く東日本
⇒口に出さない、決まった言い方をしない、直接的に言う、主観的に話す、相手を気遣わない、という傾向が強い

医師から「何かわからないことはありませんか？」と尋ねられた際に、理解していなくても、何も言わない地域があり、一方で理解していても、何か言わなければと考え、発言する地域があるということである。

つまり、地域的発想・コミュニケーション手段の違いは、「医師が必要とする患者の情報を得ることができるかどうか」という問題だけでなく、「患者が医師に疑問点を尋ねられているかどうか」という問題にも直結する、大きな問題なのだ。

複雑化することばの使われ方

また、現代のコミュニケーションが難しい理由のひとつに、ことばの使われ方が「複雑化している」ことが挙げられる。

「痛くないですか？」のような否定疑問文での問いかけに対して、痛くても痛くなくても「はい」にあたる肯定的な表現形式を用いる方言もあれば、「いいえ」にあたる否定的な表現形式を用いる方言もある。

それに加え、共通語や英語教育の影響によってことばの使われ方が流動化しているため、「はい」や「いいえ」にあたる方言形の表す意味が世代によって異なっていたり、共通語における語形選択にも影響を与えたりしているのだ。

つまり、われわれは「共通語か、方言か」という二者択一の単純な言語生活をしていないということである。

しかし、これまでどおりの全国一律の教育では、地域差が存在することに

医療関係者や教育関係者が気付かない。それこそが問題であろう。

方言を使ったコミュニケーションの理解を深めるために

どんなに共通語化しても、（特に高齢の）患者にとっては方言が最も自分の状態・感情を訴えやすい言葉であるには違いない。地域に根差した方言のなかには、それ以外の言葉では言い換えることのできないものがある。そもそも患者には自分の言葉で表現する権利があるとも言える。患者の話す方言を、医療従事者が理解することが患者を尊重することにもつながっていくのだ。では、われわれには何ができるだろうか？

われわれは、津軽・富山・岐阜・広島の各地での臨地調査を基に開発した「保健・医療・福祉に利用できる方言データベース」をweb上に公開した（文献2）。データベース化することで、部分一致による検索や発音、よく使う文例も紹介することが可能となった。

また、医療現場における問診の模様を、共通語によるものと津軽方言によるものの2種類で映像化を行った。これらを、方言でのコミュニケーションの視点から共通語でのコミュニケーションを見直すことを目的として、大学の講義で運用している。

共通語より敬語の形式が未発達な津軽方言では、「です・ます」といった丁寧語を使うことで、必要な敬意を表すことが多い。そのため、「患者さま、いかがなさいましたか？」調の教科書では適正とされる敬語を使っても、津軽の対人関係においては適正ではない。「標準語を使ってお客様扱いですな」「気持ち悪い」などと言われることが現実としてあるのだ。

*

「表現の適正さ」における地域差が全国各地に存在することを、医学・看護・福祉教育分野においても認め、共通語一辺倒のコミュニケーションスタイルを、方言のコミュニケーションスタイルから見直すことがよりよい関係性をつくることになるのではないだろうか。

参考文献

- 1) 小林隆. 対人発想法の地域差と日本語史. 日本語学会 2009年春季大会抄録. 2009
- 2) <http://ww4.tiki.ne.jp/~rockcat/hoken/index.html>

好評泌尿器科手術アトラス第2集。「脳」を喚起するアドバンスな新刊!!

イラストレイテッド泌尿器科手術<第2集>

脳で学ぶ手術の秘訣

著者のオリジナルイラストにより泌尿器科手術の全貌を、さらに見やすく、あらゆる症例にきめ細かく対応できるテクニックと考え方を提示。前書に引き続き、より幅広くかつディープな術式を目前に展開してみせる。「脳」のコンセプトに根ざした、誰にでもわかりやすく記憶に残る手術イメージを提起。

加藤晴朗
信州大学医学部附属病院 泌尿器科 講師

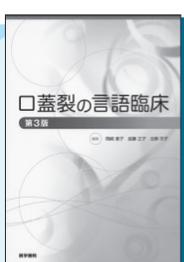


口唇裂・口蓋裂に携わるすべての臨床家のために

口蓋裂の言語臨床 第3版

わが国の口唇裂・口蓋裂の治療体制は近年著しい拡がりを遂げ、チーム医療が確立しつつある。本書はまず言語聴覚士がその中で必要な知識や技術を解説した。さらに口蓋裂は長期のケアを要する疾患であることから、子どもの成長、合併する疾患によって携わるそれぞれの療育施設や学校の言語聴覚士・教師・臨床心理士などに有用な言語臨床の知識を幅広く盛り込んだ。すべての口唇裂・口蓋裂の方が等しく十分なケアが受けられることを願って本書をお勧めする。

編集 岡崎恵子
馬込ことばの相談室・前昭和大学講師
加藤正子
前愛知淑徳大学医療福祉学部教授
前昭和大学講師
北野市子
静岡県立こども病院診療支援部主幹



MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

炎症性腸疾患

日比 紀文 ● 編

B5・頁352
定価13,650円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01007-8

潰瘍性大腸炎とクローン病は併せて炎症性腸疾患(inflammatory bowel disease; IBD)と総称されており、どちらも原因不明で難治性の慢性炎症の所見を呈する腸疾患である。生命予後はよいが、再発を繰り返すため、社会復帰が困難になるケースが多く、極めて厄介な病気である。わが国においてここ30—40年くらいの間に、信じられないスピードで両疾患の発生数が急増している。潰瘍性大腸炎、クローン病ともに70年代に比して30—50倍の増加を示しており、特定疾患医療受給者数でみると、潰瘍性大腸炎は11万人を超え、クローン病はほぼ3万人である。このような極端な増加を示す疾患は消化管疾患では見あたらないし、消化器以外の疾患でも極めてまれなケースである。その原因については生活習慣の変化といった漠然とした理由でしか説明されていない。感染、生活習慣、さらには遺伝子レベルに至るまでの詳細な研究がなされているが、いまだ成因は不明のままである。

30年前には炎症性腸疾患と同じく原因不明で治療法が確立されていなかった消化性潰瘍は、80年代にH₂ブロッカーやPPIのような酸分泌抑制薬の開発により劇的に治癒する疾患になり、90年代後半にはその原因が同定され、ヘリコバクター・ピロリの除菌により、再発はほぼ抑制されるようになった。私が医学部を卒業した当時は同じス

厚労省研究班の成果を結集、最高かつ最新の内容



ターラインにいた炎症性腸疾患と消化性潰瘍の治療は、現在このように大きな差が生まれてしまった。現在の炎症性腸疾患の治療は、消化性潰瘍の治療の進歩に例えるとどこまで来ているのだろうか？白血球除去療法やインフリキシマブのような生物製剤の開発により、確かに治療は進歩したが、消化性潰瘍の治療で画期的な変化をもたらしたH₂ブロッカーの時代にも達していないのが現状であり、比較的効率のよい制酸薬や抗コリン薬の役割しか果たしていないと考えられる。

本書は、慶應義塾大学医学部消化器内科の日比紀文教授が2002年から2007年まで班長を務めた厚生労働省による“難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班”の成果の結集である。これまで炎症性腸疾患に関する書物は数多く出版されているが、わが国の炎症性腸疾患の研究者が5年間にわたって継続的にテーマを持って研究を行い、十分な討論を行った上で刊行された本書は、厚生労働省の班会議の成果という権威のみならず、実質を伴った現時点における最高の品質で最新のコンテンツを提供していると考えてよい。この本をベースにしながら、炎症性腸疾患の成因や病態生理を追求し、大きな成果を上げてほしいと心から願っている。もちろん世界中が総力を挙げて研究しているのにいまだ本質に迫れない手ごわい病気であることは十分承知の上であるが、わが国から画期的な成果が報告されることを期待している。

てんかん鑑別診断学

Peter W. Kaplan, Robert S. Fisher ● 編
吉野 相英, 立澤 賢孝 ● 訳

B5・頁352
定価9,975円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01028-3

評者 兼子 直
私大大学院教授・神経精神医学

“Imitators of Epilepsy”という書籍の第2版を訳出したのが本書『てんかん鑑別診断学』である。てんかんの約30%では抗てんかん薬で発作が抑制されないが、その中の一部は診断が十分ではなく、非てんかん性発作を抗てんかん薬で治療を試みている可能性がある。あるいはてんかん発作をほかの疾患と誤診し、正しい治療が行われていない場合があることも事実である。これらの原因の一部には、精神科医のてんかん離れでてんかん発作と症状が類似する精神疾患をてんかんと診断する、あるいは非てんかん性発作に不慣れた神経内科医、小児科医、脳外科医がてんかんを鑑別できないことが関連するのであろう。本書はかかる状況の克服にとって、極めて有益な訳書となった。

概論の部分では非てんかん性発作の脳波所見、てんかん発作とは思えないユニークなてんかん発作、非てんかん性けいれん発作の章が興味深い。「年齢別にみた非てんかん性発作」の編では、「新生児と乳児の非てんかん性発作」や「小児期と思春期にみられる非てんかん性発作」の章で実に多数の鑑

別すべき疾患がまとめられている。最近てんかん発症が増加している「老年期にみられる非てんかん性発作」についてもまとまった記載がある。

「てんかん発作をまねる様々な疾患」の編では片頭痛、めまい、発作性運動障害、内分泌代謝障害・薬剤性障害、睡眠関連障害、脳血管障害等のどちらかと言えば神経関連障害と、過換気症候群、心因性発作、パニック発作などの精神関連障害とに分けて考察されている。

各章では鑑別に必要な症状・病態生理が記載されている。一部の章では症例の提示があり、治療法にも触れられている。

本書は精神症状診断に不慣れた神経内科医、小児科医、脳外科医だけでなく、精神科医にとってもてんかんを見落とさないために極めて有用である。若手医師のみならず「てんかん専門医」にとっても日常診療ではあまり遭遇しない疾患の知識を整理する上でも役立つ。共同執筆のため、一部の記述に繰り返しがみられるのは致し方ないであろう。発作性疾患を診ることが多い臨床家にとり一度は目を通したい本である。

てんかんを見落とさないために有用な書

「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

評者 堺 常雄
聖隷浜松病院院長/日本病院会会長

わが国は国民皆保険のもとで国民の健康状態を良好に保ち、世界の中でも高い評価を得てきました。しかしながら医療を取り巻く環境の変化、特に少子・超高齢社会の到来、永年の医療費抑制政策等の影響で、「医療崩壊」と言われる状況になっています。そのような中で持続性のある社会保障制度を維持するためには、財源の確保と病院医療の再生が喫緊の課題です。

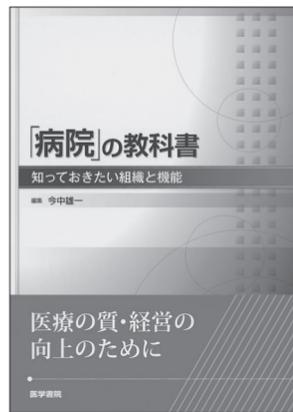
病院はほかの業界と異なり専門職集団を多く抱え、縦の連携が強い組織と言えます。しかも十分に情報が共有されておらず、情報の非対称が言われ、医療全体がブラックボックスとなっています。また病院を取り巻く環境の変化として、疾病構造の変化、診断・治療の高度化・専門分化があります。

このような状況に対応し改善する方法として、組織横断的な活動、チーム

医療の推進、情報の“見える化”等が考えられ実践されていますが、そのためには病院の組織と機能を広く知ってもらい、多くの方々に病院運営に興味を持ち理解をしていただくことが重要です。残念ながらこのような視点で病院を紹介する本は今までほとんど存在していなかったと言えます。その意味でこのたび、今中雄一教授(京都大学大学院医学研究科医療経済学分野)のグループから本書が刊行されたのはまさにタイムリーなことであり、病院の経営に携わるものとして歓迎するところです。

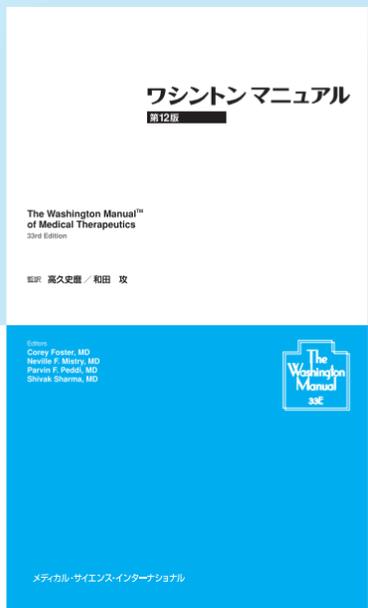
本書は「序論」「病院経営の基本と制度」「病院の組織と機能」「介護システムとの連携」の4部構成になってい

まずは病院について理解するところから



「週刊医学界新聞」 on Twitter! (igakukaishinbun)

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
オーブンが読み続ける
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

絶賛発売中
2011年3月10日
発売

新刊のご案内 エクスナレッジ http://www.xknowledge.co.jp/ 〒106-0032 東京都港区六本木 7-2-26 TEL.03-3403-1321 FAX.03-3403-1829

絶対に役立つ! **ナースのための最強の資格85** [2011-2012]
先輩たちの資格取得までの苦労や、その後の活躍ぶりをインタビュー交えて多数紹介。
ISBN978-4-7678-1090-4/定価1,365円(税込)/96ページ/B5判/4色

マンガでわかる! **看護聞き言葉使い方辞典**
臨床現場の「看護聞き言葉」を厳選し、意味はもちろん、使用例をマンガでわかりやすく解説したポケットブック。
志田京子(順天堂大学保健看護学部准教授)＝編著
ISBN978-4-7678-1053-9/定価1,365円(税込)/288ページ/A6判/4色

ミッフィーの早引き **検査値・数式 ハンドブック**
臨床現場でよく行われる検査について、目的や基準値など、簡潔にまとめたポケットブック。
奈良信雄＝監修(東京医科大学大学院教授)
ISBN978-4-7678-1134-5
定価1,365円(税込)
288ページ(予定)
A6判/4色
© Mercis bv

睡眠障害国際分類 第2版 診断とコードの手引

米国睡眠医学会 ● 著
日本睡眠学会診断分類委員会 ● 訳
日本睡眠学会 ● 発行
医学書院 ● 販売

B5・頁296
定価6,300円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00917-1

評者 陳 和夫
京大大学院教授・呼吸管理睡眠制御学

睡眠学を学ぶに当たり、当然のことながら原著を読み、理解することが基本であるが、数多くの情報量を取得しなければならぬ現在、重要な知識を迅速かつ正確に学ぶことも必須であり、適切な翻訳本の必要性もつながる。また、睡眠学の領域はその学会員の構成を見てもわかるように、医師、検査技師、看護師など睡眠障害に携わる医療者が多く存在する。検査、診断、治療に当たって共通認識を持って対応することが、ほかの領域に増して必要であり、さらに、新しい診断基準、概念も数多く見られる領域であることから、そのキャッチアップが重要である。実際、京都大学医学部附属病院の検査技師の方々も本書を大変喜び、随時参照されている。

筆者の専門は呼吸器内科領域であり、サブスペシャリティーとして睡眠学、その中でも睡眠呼吸障害を専門としている。閉塞性睡眠時無呼吸での過度の日中の眠気の鑑別には、睡眠関連呼吸障害によらない過眠を見分けることが重要であるが、そのためには睡眠学の中の専門領域からさらに関連する領域へと、その知識を増やす必要があり、本書はこの点でも筆者にとっても

〳〵、読者目線で説明がなされ読みやすく、多くの図表や充実した参考文献・参考資料によって大変理解しやすいものとなっています。今中教授が担当された「序論」は本書のエッセンスと言えるもので、病院にとって不可欠な診療の質と経営の質を担保し向上させるための事柄が述べられています。さらに、挿入されている「ちょっと話したくなるコラム」は読者の理解を深めるものとなっています。

これに続く「病院経営の基本と制度」および「病院の組織と機能」でも、実際の病院経営・管理で必要であるにもかかわらず十分に理解されていない事柄についてコンパクトに述べられており、まさに「病院の新任者」「元企業人」「現企業人」「先生と学生」にわかりやすい構成になっています。もちろん、医療界のベテランにも、病院の組織と機能についての考えを整理する書として利用価値があるものと思われます。最後の「介護システムとの連携」は、

大変ありがたい書籍になっている。また、睡眠関連呼吸障害群を担当されている原著者は Bradley D. White D, Young T 先生など、この領域で多くのことを発見し、進展に貢献してきた先生方であり、まさに、前書きに「睡眠障害国際分類第2版」(ICSD-2)の目的として書かれている「現在知られている睡眠障害と覚醒障害のすべてについて、科学のおよび臨床的論拠に基づいて記述すること」が実感できる。

ICSD-2 発刊後、さらに米国睡眠医学会(AASM)による睡眠および随伴イベントの判定マニュアルが2007年に出版されており、低呼吸の定義や診断基準に新たな変化も出ている。睡眠学領域がまだまだ解明すべき領域も多く、進展が早いがために変更点も重ねられていくのであろう。

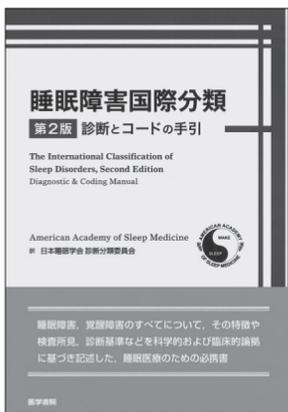
本書の完成のため5年間の継続した尽力をなされた故本多裕先生、およびそれを引き継がれた粥川裕平先生ならびに翻訳にかかわられたすべての先生方に感謝するとともに、睡眠医療に携わる医師、歯科医師、検査技師、看護師および睡眠医療に関心を持つ多くの分野の先生方に、本書を座右の書としていただきたい。

一般病院で働く者にとってわかりにくい点について述べられており、医療提供体制を予防医療、急性期医療、慢性期医療、介護・在宅ケアというトータルでシームレスなものにとらえる上で大変参考になるものと確信します。

病院で働く人には病院全体や他職種のことを広く理解してチーム医療を推し進めていただきたいし、一般の方には病院を身近なものとしてとらえ、病院に積極的にかかわっていただきたいものと願っています。もちろん、常にかかわっていただければそれに越したことはないですが、例えばボランティアのような形でかかわっていただくことも大歓迎です。病院の医療を支え向上させるのは皆さん一人ひとりであると考えからです。そのためにも、この本で病院のことを理解していただくのは有用なことと思います。

病院の図書室に本書を配備し、また新人研修等で利用されることをお勧めします。

睡眠医療者の 共通認識を培うために



整形外科SSI対策 周術期感染管理の実際

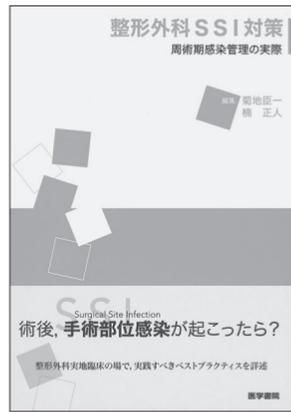
菊地 臣一, 楠 正人 ● 編

B5・頁320
定価8,400円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01020-7

評者 内藤 正俊
福岡大病院病院長

冒頭から卑近な例で申し訳ないが、筆者には2008年10月から院内感染に悩まされ、2009年1月下旬には病院の管理者としてマスコミを通じて世間に謝罪した苦い経験がある。外国旅行中に危篤となって当院救命救急センターへ搬送された患者に感染していた多剤耐性アシネトバクターを、救命救急センターの22名と某外科系病棟4名の合計26名の患者に感染させたという不幸事であった。感染を伝播させたと考えられたのは、救命救急センターの呼吸器系機材と某外科系病棟での創処置であった。院内感染が鎮静化するまで手洗い・消毒や清潔な創処置につ

整形外科医が身につけるべき SSIの包括的な知識



いる。I章では周術期感染対策について概説されている。感染を起こさないための術前のSSI対策や実際的な手術時の手洗い・手袋・ドレープ・ガウンの仕方などがわかりやすく解説されている。II章では整形外科領域での横断的な周術期感染対策の基本を、手術・手技別および特殊な問題を持つ患者について記載されている。さらに現在広く行われている貸し出し器械についても述べられている。III章では整形外科医が知っておくべき感染発症時の実践的な対応を部位別の具体的な手術に即応して教示されている。またSSIに関して手術室や病棟でよく議論になる

事柄がQ&Aに簡潔にまとめられ、要所では実際に治療に難渋した症例を「症例で学ぶ」として追加されている。診断・治療のポイントや実際にどう対応したかなどが簡素でしかも手に取るように示されている。

わが国の整形外科では、合併症により免疫能が低下した患者や高齢者に対する手術が日常茶飯事となっており、SSIの危険性が常に潜んでいる。本書に述べられているとおり、SSIは外科手術患者に発生する感染症の中で38%を占め、術後感染症の中で最も多い院内感染症である。いったん院内感染が起こり猛威を振ると、発生源となった外科への新規入院の停止だけでなく手術も禁止される事態が招来する。保存的治療に専念されている先生方以外のすべての整形外科医にとって、必読の書として本書を推薦する。

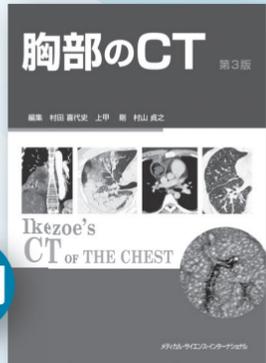
書籍のお問い合わせ・ご注文

本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、医学書院販売部まで
☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804
なお、ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

胸部のCT 第3版

圧倒的な信頼感! “オンリーワン”のスタンダードテキスト

胸部領域のCT診断に関して、胸部疾患を包括的に取り上げながら最新知見を整理し、わかりやすく解説した本格テキスト、7年ぶりの改訂。編集の基本コンセプトやスタイルは踏襲しつつ、画像と記述内容を全面的にアップデート。MDCTおよびHRCTに関する近年の臨床研究の蓄積についても余すところなく解説した。放射線科、呼吸器内科・外科、一般内科の医師にとって必読・必備の実地テキスト。



編集 村田喜代史 上甲 剛 村山貞之
滋賀医科大学放射線科教授 近畿中央病院放射線診断科部長 琉球大学大学院医学研究科放射線診断治療学講座教授
● 定価15,750円(本体15,000円+税5%)
● B5 頁832 写真1218・カラー写真149 図28・カラー図10 2011年 ● ISBN978-4-89592-673-7

新刊

腹部のCT 第2版 監修 平松京一 定価13,650円(本体13,000円+税5%)	腹部のMRI 第2版 編集 栗林幸夫・谷本伸弘 陣崎雅弘 定価12,600円(本体12,000円+税5%)	関節のMRI 編集 福田国彦 杉本英治 上原雅孝 江原 茂 定価13,650円(本体13,000円+税5%)
脳脊髄のMRI 第2版 編集 細矢貴亮・宮坂和男 佐々木真理・百島祐貴 定価14,700円(本体14,000円+税5%)	頭頸部のCT・MRI 編集 多田信平・黒崎喜久	

なぜそうなるのか、何をすべきか、考えながら読み進めると、
生きた知識が身につく—だからよくわかる!

考える腎臓病学

腎臓の機能・構造から、水電解質・酸塩基平衡や具体的な疾患にいたるまで、腎臓病学の全体像をコンパクトに凝縮。ポイントの理解レベルを確認すべく適宜設問を設定。単なる知識の蓄積を目的とせず、答えに至るまでの思考のプロセスを重視し、順序立てて解説を加え、最終的に腎臓病に対する理解が深まることを目指している。医学生・研修医の予復習や、体液調整の要である腎臓や腎機能の障害に対する理解が求められる臨床家の知識の整理に。

著 谷口茂夫
東京厚生年金病院副院長

定価4,200円(本体4,000円+税5%)
A5変 頁248 図28 2011年3月
ISBN978-4-89592-669-0

MEDI 医療・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.medi.co.jp
FAX. (03) 5804-6055 E-mail info@medi.co.jp

診断から治療・投薬まで、幅広い診療科目をカバーした国内最大級リファレンス。

最新の研究成果に基づく最も効果的な治療法の情報を簡単に検索できます。

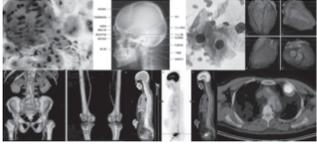
今日の診療 プレミアム Vol.21 DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2011年
価格76,650円(本体73,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01355-0]

1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

解説項目は約88,200件、文中リンクは約72,000件、図表・写真は約12,200点を収録。お手元のパソコンで合計約17,500ページ以上の情報に手軽にアクセスできます。



2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

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

3 ハードディスクにデータを格納して使用できます

インストール時にハードディスクにデータを格納しておけば、次回以降、DVDを用意する手間が省けます。
(※初回起動時のみインターネット接続環境が必要です)

4 収録書籍4冊が更新されました

書籍の改訂にともない「今日の診療指針 2011年版」「今日の整形外科治療指針 第6版」「臨床検査データブック 2011-2012」「治療薬マニュアル 2011」の4冊を更新しました。

5 高機能リファレンスツールとして使いやすさを継承

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、操作状態の保存など細かい使い勝手の向上や、高速全文検索といった、臨床の場で求められる「素早さ」を追求しました。

骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.21」もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.21 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM版 2011年
価格54,600円(本体52,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01357-4]



収録内容詳細(★: Vol.21において改訂)

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の診療指針 2011年版★
下記の付録を除く全頁を収録
(臨床検査データブック/新薬、医薬品等安全性情報)
- ② 今日の診療指針 2010年版
口絵・付録を除く全頁を収録
- ③ 今日の診療指針 第6版
付録を除く全頁を収録
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版★
付録を含む全頁を収録
- ⑤ 今日の小児治療指針 第14版
付録を含む全頁を収録
- ⑥ 救急マニュアル 第3版
全頁を収録
- ⑦ 臨床検査データブック★
2011-2012
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2011★
付録の一部を除く全頁を収録

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 新臨床内科学 第9版
付録を含む全頁を収録
- ⑩ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
- ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第3版
付録を含む全頁を収録
- ⑫ 臨床中毒学
付録を含む全頁を収録
- ⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版
付録を含む全頁を収録

わが国の最も信頼できるゴールド・スタンダード

今日の診療指針 TODAY'S THERAPY 2011

私はこう治療している 総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢

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

- 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]

圧倒的な情報量が支持されています!

治療薬マニュアル MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS 2011

監修 高久史磨・矢崎義雄
編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

別冊付録
+「重要薬手帳」



治療薬情報を網羅した年鑑最新版

- 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」

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

圧倒的な情報量で“考える検査”を強力サポート

臨床検査データブック No.1 検査値判読マニュアル

LAB DATA 2011-2012 監修 高久史磨
編集 黒川 清・春日雅人・北村 聖



- 保険点数情報を新たに収録! 付録で包括点数もわかる!
- 新見出し「関連する検査」で他検査との関連性がわかる!
- 新規保険収載項目など最新情報を掲載!
- 検査項目ごとに詳解! 異常値のメカニズム!
- 主要検査項目を★(1~3個)でランク付け!
- 現場で役立つ「基本検査テクニック」
- 臓器系統別の適切な検査計画モデル!
- 判読・採取保存・薬剤影響などの注意事項!
- 一目でわかるパニック値と原因病態名の一覧表掲載!
- 主要疾患の検査データ! 異常値・経過観察の検査など!
- 「医薬品添付文書情報 臨床検査値への影響」を掲載!

●B6 頁1074 2011年 定価5,040円(本体4,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01175-4]

5月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

()内は冊子体のみ年間購読料。電子ジャーナル関連商品の詳細は医学書院ホームページをご覧ください。下記定価はすべて消費税5%を含んだ総額表示になります。

医学書院発行

公衆衛生 6月号 Vol.75 No.6 一部定価2,415円(28,200円)	基礎から学ぶ環境衛生	精神医学 5月号 Vol.53 No.5 一部定価2,625円(30,600円)	成人てんかんの国際分類と医療の現状
medicina 5月号 Vol.48 No.5 一部定価2,520円(36,740円)	脂質異常症 動脈硬化症を予防するためのstrategy	臨床外科 6月号 Vol.66 No.6 一部定価2,730円(40,160円)	栄養療法 —最新の知見と新たな展開
JIM 5月号 Vol.21 No.5 一部定価2,310円(26,880円)	症状別副作用逆引き事典	臨床婦人科産科 6月号 Vol.65 No.6 一部定価2,730円(37,800円)	ART —いま何が問題か
糖尿病診療マスター 5月号 Vol.9 No.3 一部定価2,625円(15,300円)	症例徹底! 糖尿病患者の心理	臨床眼科 5月号 Vol.65 No.5 一部定価2,835円(41,660円)	第64回日本臨床眼科学会講演集(3)
呼吸と循環 6月号 Vol.59 No.6 一部定価2,730円(31,800円)	呼吸器疾患とエイジング	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 6月号 Vol.83 No.7 一部定価2,730円(39,950円)	こんなときどうする? 頭頸部外科編
胃と腸 5月号 Vol.46 No.6 一部定価3,045円(41,530円)	胃腫瘍の拡大内視鏡診断	総合リハビリテーション 5月号 Vol.39 No.5 一部定価2,205円(25,680円)	認知症リハビリテーションのEBM
肝胆膵画像 5月号 Vol.13 No.3 一部定価3,990円(27,600円)	経過を追えた小膵癌 —この所見に気をつけろ!	理学療法ジャーナル 5月号 Vol.45 No.5 一部定価1,785円(20,880円)	がん患者のリハビリテーションと理学療法
BRAIN and NERVE 5月号 Vol.63 No.5 一部定価2,730円(35,460円)	神経系と血管内リンパ腫	臨床検査 5月号 Vol.55 No.5 一部定価2,205円(30,780円)	癌幹細胞と検査医学
		病院 5月号 Vol.70 No.5 一部定価2,940円(34,200円)	病院は経済成長に寄与するか



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