

2013年2月4日

第3013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
JCOPIY (出版社著作権管理機構 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

今週の主な内容

- [座談会] 終末期の“物語り”を充実させる (清水哲郎, 佐藤伸彦, 会田薫子)…… 1-3面
- メディアを活用し, 研究者の社会参加を (武田裕子)…… 4面
- [連載] 続・アメリカ医療の光と影/在宅医療モノ語り…… 5面
- MEDICAL LIBRARY…… 6-7面

座談会

終末期の“物語り”を充実させる 「情報共有・合意モデル」に基づく意思決定とは



会田 薫子氏=司会

東京大学大学院死生学・
応用倫理センター上 廣講座特任教授



清水 哲郎氏

東京大学大学院死生学・
応用倫理センター上 廣講座特任教授



佐藤 伸彦氏

ものがたり診療所 所長
ナラティブホーム 理事長

終末期医療の在り方をめぐる議論が高まりを見せている。特に人工栄養, なかでも胃ろう造設の是非をめぐる議論は社会的にも関心の高いテーマとなった。しかし, 現在も医療者や国民の間で一定の共通理解は形成されておらず, 患者一人ひとり異なる終末期における“最善”を実現するために, 現場では日々難しい判断が求められる。

本座談会では, 終末期の患者の最善をいかに実現するか, 高齢者ケアにおける人工的水分・栄養補給に関する医療者の意識と実践を調査した会田氏と, 医療者である佐藤氏, 臨床倫理学の観点から清水氏が議論した。

会田 現在, 慢性疾患の終末期における医療およびケアへの関心が高まっています。そのなかでも最も注目されているテーマの一つが, 終末期と考えられる高齢患者に対する人工的水分・栄養補給法 (AHN: Artificial Hydration and Nutrition), 特に胃ろう造設の是非をめぐる議論です。本日はその議論を起点に, 人生の最終章とも言える終末期を充実させる術を探りたいと思います。

「終末期の生の在り方」への 共通理解のなさが議論の根本に

会田 かつての日本では, 脳血管障害や認知症などの慢性疾患の終末期に, 経口摂取が永続的に不可能となり, また意識レベルの低下によってインフォームド・コンセントはもちろん, 意思疎通も困難になった寝たきり状態の高齢患者に対して, AHNとして胃ろうを導入する状況があったようですね。

佐藤 長期のAHNには, 中心静脈栄養法や経鼻経管栄養法, PEG (経皮内視鏡的胃ろう造設術) による胃ろう栄養法などがあります。そのなかで胃ろう造設が増加した背景には, 出来高払

いから包括払いへの診療報酬制度体系の変更, 短い入院日数で転退院させなければならない急性期病院側の事情, PEGの保険点数の上昇など, 複合的な要因があるでしょう。それらに加え, 安全性が高く, 造設が簡易であるが故に, 安易に実施されてきたという理由もあったのだと思います。

清水 2000年代前半ごろまでは, 「口から食べられなくなったら胃ろう」という考えを, 多くの医療者が持っていたように思います。佐藤先生はどのような終末期医療の在り方に当時から疑問を持っていらっしゃいましたが, そのころは少数派だったのではないですか。

佐藤 そうでしたね。2004年の日本慢性期医療学会で, 胃ろうを造設せずに自然の経過に任せて看取った症例を発表したところ, フロアの聴講者から「先生は患者を餓死させるのですか」と言われたことがあったぐらいでしたから。現在では, 適応の判断が適切になされないと患者や家族の不利益に帰結する事例もあることが浸透し, ようやく社会的に議論されるまでになりました。

清水 議論が必要になった背景には,

医学的な妥当性が明確でないことがあるのはもちろんですが, そもそもその妥当性の基準になる「終末期の生はどう在るべきか」という共通理解が, 現在の社会で形成されていなかったことがあると考えています。そのため, 胃ろうを中心としたAHNを導入することにも, あるいは導入しないことにも「倫理的問題を感じる」という迷いが多くの医療者の内に生じているのでしょう。現在, 議論を通して, その共通理解が形成されつつあるところと言えます。

医療者・患者・家族, 共同の意思決定が求められる

会田 2012年1月, 高齢患者の終末期医療の在り方について, 『「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会「立場表明」2012』¹⁾が公表されました。胃ろうなどの経管栄養や気管切開, 人工呼吸器装着について, 患者本人の尊厳を侵害したり, 苦痛を長引かせる原因となり得る場合, 複数の医療者と患者・家族との話し合いの上で差し控えや, 一度開始した栄養分の減量, 中止も臨床上の選択肢に

なると明言されています。

それを受ける形で同年6月には, 現場の医療・介護・福祉従事者がAHN導入をめぐる適切な対応ができるよう, 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン——人工的水分・栄養補給の導入を中心として」²⁾が策定されました。ガイドライン作成ワーキンググループでは, 清水先生がその中心を担っていらっしゃいましたね。

清水 ええ。私のような医学の専門家ではない者がガイドライン作りに参加したことは, 一つの特徴と言えるでしょう。終末期における医療およびケアを取り巻く課題は, 医学的見地からの検討だけでは結論は得られず, 人々の生活, さらに日本人の死生観といった点まで考慮していく必要があります。ですから今回のガイドライン作成には, 看護や介護の専門家はもちろんのこと, 人文・社会科学の専門家も議論に加わりました。

会田 ガイドラインの構成は, 第1部「医療・介護における意思決定プロセス」, 第2部「いのちについてどう考

(2面につづく)

February
2013

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。

異常値の出るメカニズム

(第6版)
編集 河合 忠, 屋形 稔, 伊藤喜久, 山田俊幸
B5 頁480 定価6,300円
[ISBN978-4-260-01656-8]

臨床検査データブック 2013-2014

監修 高久史磨
編集 黒川 清, 春日雅人, 北村 聖
B6 頁1106 定価5,040円
[ISBN978-4-260-01675-9]

サバイラ 身体診察の アートとサイエンス

(原書第4版)
原著 Orient MJ
監訳 須藤 博, 藤田芳郎, 徳田安春, 岩田健太郎
B5 頁888 定価12,600円
[ISBN978-4-260-01419-9]

神経内科学ノート 国試から臨床まで

佐々木彰一
B5 頁208 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01506-6]

皮膚血管炎

川名誠司, 陳 科榮
B5 頁360 定価13,650円
[ISBN978-4-260-01010-8]

乳腺外科手術アトラス

原著 Klimberg VS
訳 野口昌邦
A4 頁456 定価18,900円
[ISBN978-4-260-01649-0]

〈標準臨床検査学〉 免疫検査学

監修 矢富 裕, 横田浩充
編著 折笠道昭
B5 頁400 定価5,880円
[ISBN978-4-260-01648-3]

〈標準理学療法学 専門分野〉 骨関節理学療法学

シリーズ監修 奈良 勲
B5 頁336 定価5,040円
[ISBN978-4-260-01641-4]

看護倫理

見ているものが違うから起こること
執筆 吉田みつ子
編集協力 川島みどり
B5 頁168 定価2,310円
[ISBN978-4-260-01559-2]

マタニティ診断ガイドブック (第4版)

編著 日本助産診断・実践研究会
B6変型 頁240 定価2,625円
[ISBN978-4-260-01715-2]

〈シリーズ ケアをひらく〉 当事者研究の研究

編集 石原孝二
A5 頁304 定価2,100円
[ISBN978-4-260-01773-2]

生物学 【カレッジ版】

高畑雅一, 増田隆一, 北田一博
B5 頁344 定価2,520円
[ISBN978-4-260-01704-6]

成人看護学 (第2版)

編集 黒田裕子
B5 頁552 定価6,090円
[ISBN978-4-260-01709-1]

座談会 終末期の“物語り”を充実させる

<出席者>

●清水哲郎氏

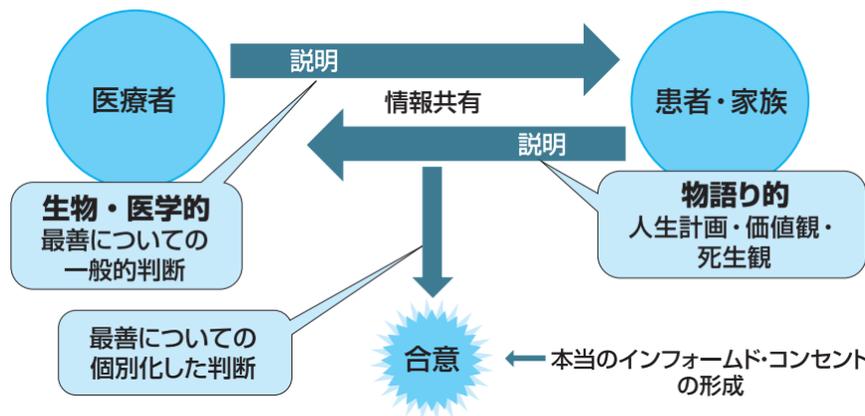
東大理学部天文学科卒。その後、哲学を志し、都立大大学院で哲学を専攻。北大助教授、東北大教授などを経て、2007年より現職。文学博士。専門分野は中世哲学、キリスト教思想史に加えて、88年ごろより、医療の専門家と対話しつつ進める医療現場の哲学を試みる。現在は、臨床倫理学と臨床死生学の交差する領域が研究テーマ。日本医学哲学・倫理学会、日本哲学会、日本生命倫理学会、日本倫理学会などで役員を歴任。日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン——人工的水分・栄養補給の導入を中心として」の作成に携わった。著書に『医療現場に臨む哲学』（勁草書房）など多数。

●佐藤伸彦氏

富山医科薬科大（現・富山大）薬学部卒後、同大医学部卒。同大で研修後、成田赤十字病院、飯塚病院神経内科、砺波サンシャイン病院副院長、市立砺波総合病院内科部長を歴任。2009年に富山県砺波市に医療法人ナラティブホームを立ち上げ、10年「ものがたり診療所」を設立、同診療所の所長を務める。ナラティブホーム構想の提唱者として、新たな高齢者医療システムの構築をめざしている。著書に『家庭のような病院を』（文藝春秋）。

●会田薫子氏

東大大学院博士課程（保健学）修了。ハーバード大メディカル・スクール医療倫理プログラムフェローなどを経て、現職。専門は医療倫理学、臨床死生学、医療社会学。静岡がんセンター治験倫理委員会委員、昭和大病院臨床試験審査委員会委員、PEG・在宅医療研究会幹事、PEGドクターズネットワーク理事を務める。日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン——人工的水分・栄養補給の導入を中心として」の作成に携わった。著書に『延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』（東京大学出版会、2012年度日本医学哲学・倫理学会賞・三井住友海上福祉財団賞受賞）。



●図 「情報共有・合意モデル」に基づく意思決定プロセス

ね。清水 そうです。そもそも医療者が提示できるのはあくまで「その時点の身体の状態から導き出した一般的な判断」であり、それは患者本人・家族側の「このように生きたい」という希望と調和するとは限りません。かといって、医学的根拠を無視し、誤解や思い込みを含んでいる可能性のある患者本人・家族側の意向に「本人の意思尊重だ」として従うだけでは、本人や家族の益を真に実現することにはならないでしょう。

さらに言えば、「生きていることは良いことであり、多くの場合本人の益になる」には違いないのですが、当該患者にとってそれが最善か否かも個別に評価しないと行かないのです。

佐藤 終末期医療における選択肢の増加、価値観の多様化がみられる現代においては、医療者と患者本人・家族とのコミュニケーションの重要性がますます高まってきたと言えますね。

会田 「差し控えや中止の刑事責任を問われるのでは」と心配される医療者は少なくありませんが、その点は問題ないのでしょうか。

清水 本人の最善をめぐって、患者本人にかかわる人々とコミュニケーションを通して意思決定プロセスを進め、全員で合意を得た結果としての選択と実行は、倫理的に適切な手法で進められた意思決定です。その要件を満たせば、後になって司法が介入することは「実際にはあり得ない」と私たちの研究班の一人である樋口範雄教授（東大法学部）が保証しており、ガイドラインを作る過程でも多くの法律家がこの点について支持を表明してくださっています。

会田 清水先生が示した「情報共有・合意モデル」に基づくアプローチの重要な点は、標準的な医学的根拠を患者本人のQOLの観点からとらえ直すことである、と私は考えています。

そこで私は、“Evidence-based Narrative”という考え方を持って、終末期医療に当たることを医療者の方々に提案しています。医学的根拠である Evidenceに基づいた医療、つまり Evidence-based Medicine (EBM) を実践するこ

とはもちろん大切です。しかしさらにもう一步、何のためにEBMを実践するのかを考えてみると、その目的は一人ひとりの人生観、死生観、価値判断に基づく物語り＝narrativeを充実させるためにとらえられるのではないのでしょうか。

医療者に求められるのは、患者・家族が医学的根拠を理解した上で自分たちの意向に照らし、意思決定に到達できるように支援する姿勢なのだと考えています。

終末期においては、医療も数あるツールの一つ

会田 佐藤先生は、現場でAHNの導入の是非をめぐって患者・家族と話し合いを進める際、どのようなことを心がけているのでしょうか。

佐藤 終末期に持ちうるすべての手段を患者・家族に提示し、どの選択肢を選んででもわれわれ医療者は全力でサポートすることは必ずお伝えしています。ですから、医療・ケアの手段として、胃ろうを含めたAHNの延命的な処置だけでなく、それらを差し控えて自然の経過の中で看取る方法も示しています。

会田 説明を受けた患者本人・家族はどのような反応をされますか。

佐藤 やはりかなり悩まれます。患者の身体の状態に合わせて最善と考えられる手段を提示しても、「帰って家族全員で相談をします」とおっしゃる方もいれば、後日家族の別の方が来て「もう1回、話を聞きたい」とさらに詳しい説明を求められる場合もある。真に患者のためになる方法を選択するためには、患者にかかわる家族や医療者などの関係者が対話を通して、地道に考えていくしかないと感じます。

会田 まさに情報共有と合意による意思決定が必要ということですね。

胃ろうを差し控え、自然の経過に任せる選択をした場合、その後はどのように支えていくのですか。

佐藤 床ずれができないようにする、身体をきれいにするなど、生活を支えることを中心に行うことになります。

意思疎通が可能な患者の場合に私が

特別にすることと言えば、例えば「最期を迎えるに当たって、食べたいものはありますか」と聞くことでしょうか。食事にまつわる思い出は誰もが持っているもので、まさにそこにこそ患者個人の物語りがあると思います。

ある患者さんは、「鮎が食べたい」と。私の住む富山県庄川の鮎は有名ですからね。その意思を受け、私たちはご家族と誤嚥の危険性がかなり高いことを互いに納得・合意の上、ご用意することにしました。すると、食欲は低下してはいたはずが、患者さんはうれしそうにパクパクと3匹もお召し上がりになりました。

清水 結果的には誤嚥はしなかったのですか。

佐藤 ええ、不思議と。もちろんこの食欲がその後も続いたわけではありませんし、その食事が栄養となって元気になったなんてこともありません。むしろ医学的見地から言えば、誤嚥性肺炎まで引き起こすリスクもあり、「悪いこと」と言えるかもしれません。

しかし、医学的ナリスクを完全に避けることが、その患者や家族にとっての最善を実現するとは限らない。人生の最終章を支える上では医療も数あるツールの一つに過ぎず、患者本人・家族の意思、価値観、人生観まで考慮に入れ、柔軟にかかわっていくことが求められるのでしょうか。

会田 胃ろうの差し控えや患者の意思を重視した経口摂取など、佐藤先生の実践は、生存期間の延長を第一にめざす従来の医療の在り方とは反することかもしれません。しかし、本人の希望を叶えることで、患者の人生の物語りを充実させ、それは同時に、希望に応えることができた患者家族の物語りをも充実させるものとなったのではないかと思います。

意思決定が困難な例に対応するには

会田 終末期の意思決定をめぐる、家族との合意形成を図ることが困難な場合もあり、現場の医療者は苦悩しています。例えば、家族が「長く生き続けてもらいたい」という気持ちに傾きすぎ、結果的に患者さんに苦痛を与える延命治療を希望するケースや、なかには患者さんの年金目的に延命を図ろうと考える方もいるようです。

清水 もし家族の選択が患者本人の意思に沿っていない、人生にとって益とされないように傾いていると思われる場合、話し合いを通して本人の意思と人生にとっての最善を考えるよう努める役割を医療者に担っていただきたいですね。

医療者として患者本人・家族にとって最善と思う方法が明確であれば、それを勧めることは適切と言えます。ただ、患者本人と家族は独立した存在であり、また家族も「理」だけで動くの

(1面よりつづく)

えるか」、第3部「AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点」となっています。意思決定に至るまでの過程を重視していますが、何がその要点となるのでしょうか。

清水 「情報共有」から「合意」へというプロセスを通して意思決定に至ることです(図)。つまり、医療者側は科学的根拠に基づき、生物・医学的な観点から、人々の共通の価値観と考えられているものを物差しに、選択可能性のある手段を示します。患者本人・家族側はその情報を受け、自分たちの人生計画、価値観と照らし合わせ、人生の“物語り”のなかに、どう治療を組み込もうかと考えることとなります。医療者側は、そこで患者本人の側からその人生の物語りを伴う意向を聴きとる。このように医療者側と患者本人・家族側との対話を通し、互いの持っている情報を共有して、両者が納得できる合意を形成し、それを実行することが大事なのです。

会田 医療者側の医学的見解のみ、あるいは患者本人・家族側の意向のみで決定するのでは不十分ということですか

350項目、300名を超える循環器専門医が執筆

今日の循環器疾患治療指針 第3版

全科版である『今日の治療指針』よりも、循環器に特化したより詳しい解説(病態、診断、治療、患者指導など)を意図した、現時点での最新の治療法などを具体的に解説する実践書。この1冊さえあれば臨床上の疑問点について必ずなんらかの情報にたどりつくりファレンスブック。

編集 井上博 富山大学教授
許俊鋭 東京大学特任教授
檜垣実男 愛媛大学教授
代田浩之 順天堂大学教授
筒井裕之 北海道大学教授



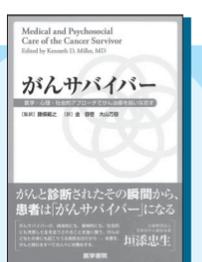
がんと診断されたその瞬間から、患者は「がんサバイバー」になる

がんサバイバー 医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす

Medical and Psychosocial Care of the Cancer Survivor

がんを克服した日を患者もその家族も忘れることはない—「がんサバイバー」とはがんを克服した人だけを指すのではない。がんを診断された時から人はサバイバーとなり、一生サバイバーであり続ける。診断・治療時、再発監視時、完治後の各々に異なるニーズとケアを理解し、可能な限り高い質で生きていけるようサバイバーを支援するにはどうすればよいか。医療者が知っておくべき医療・心理・社会的支援の知識を解説。

原書編集 Kenneth D. Miller
監訳 勝俣範之 日本医科大学武蔵小杉病院教授 腫瘍内科
訳 金容孝 聖隷浜松病院・化学療法科
大山万容 京都大学大学院 人間・環境学研究所



「情報共有・合意モデル」に基づく意思決定とは 座談会

ではなく「情」も働くものだと理解し、医療者側の考えを押し付けないよう注意する必要があります。家族の「情」も受容しながら、コミュニケーションを続けてほしいのです。

会田 また、よく現場の医療者から困難事例として挙げられるのが、身寄りがなく独居している、あるいは家族がかかわろうとしない状況に加え、認知症や重篤な意識障害のために患者自身の現時点での意向が不明なケースです。高齢化、核家族化が進む日本社会においては、今後も増えると予想されるケースですが、医療者はどのように対応するとよいのでしょうか。

佐藤 現場としては本当に対応が難しいケースです。一つひとつの医療やケアを進めていくなかで、「これは本当に患者さんのためになる行為か」と反芻する姿勢を患者にかかわる全員が持つことが大事だと思います。過去に当院でも、身寄りがなく、がんと認知症が進行し意思疎通がとれなくなった患者さんを看取ったことがあります。そのときも医療者チームで「患者さんにとっての最善は何か」を頻りに話し合いながら、かかわっていきました。

清水 そのときは、医療者以外の方からも患者本人のお話を聞くことはされたのですか。

佐藤 ええ。福祉行政の方にも話し合いに加わっていただきました。というのも、場合によっては行政の方のほう

が、医療者よりも患者さんの考え方や人となりを知っていることも多いからです。

例えば、患者さんが生活保護受給者の場合、地域の民生委員やケースワーカーといった福祉行政の方が担当者としてかかわっています。「なぜ、生活保護を受けるようになったのか」といった点までご存じの方々ですから、もう少し元気なころの患者さんの人となりを知る上では重要な情報源になり得ます。同様に、成年後見制度を利用している患者さんであれば、後見人の方からお話を伺うことも行っています。

清水 医療上の決定をする権限はなくても、患者さんの日常生活でかかわってこられた方々に、患者さんの意思や人生にとっての益は何かといったことに関する話し合いに加わっていただくと、よりその方らしい最期の在り方を検討できると思います。

会田 ご本人の人生の物語りに関する情報が極端に少ない場合に、その方の終末期の医療とケアはどのように在るべきか。この問いは社会全体で議論していかなければならない課題ですね。

清水 そうですね。今後は各医療機関にその施設の医療者や、地域市民などの第三者で構成する臨床倫理委員会を設置し、誰もが終末期の意思決定に関する相談をできるようなシステムを作っていくことが必要でしょう。

ツールを利用しながら、最期のときを考える習慣が広まっていくことが期待されます。こうして「人生の最終章ではこれを大事にしたい」と語ることは、これまで私たち日本人が語ってこなかった「死」や、無意識のうちに習慣化していた死の在り方を、言語化し、浮き彫りにすることにもつながっていくでしょう。



「死に目に会う」文化からの転換

会田 以前、ある訪問看護師から聞いた「患者さんの“死に目に会う”ことより、亡くなるまでのプロセスにしっかりとかがわかれたことが大事」という言葉が印象的でした。日本では「死に目に会う」、つまり最期の瞬間に立ち会うことを重んじる慣習があるので、普段訪問している看護師であるからこそ、患者さんの亡くなる瞬間には立ち会いたいものかと思っていたのですが、そうではないというのです。

清水 本人に寄り添ってケアのプロセスをたどってきた方は、「死に目に会う」かどうかあまりこだわらない傾向があるように思います。本人とのつながりが安定しているからではないかと思うのですが。

会田 私もそう考えています。本日のお話のなかで示したガイドラインも、死に向かうプロセスにかかわっていくことにほかなりません。今後、人生の最終章というプロセスを重視する考え方や、それに基づく実践の重要性が社会のなかで共有されることによって、日本の看取りの文化に転換がもたらされるのではないかと考えています。つまり、「看取り」は、「死に目」という言葉は「点」へかかわることから、「死にゆく過程」という“線”として、その時間にかかわっていくことへと転換されるのではないかと考えるのです。

佐藤 人の死は決して「何時何分何秒」という一点ではなく、人と人との関係性のなかで、時間をかけて織り込んでいくものだと考えています。ですから、死に向かう過程へのかかわりを大切にす文化は、患者の死を受容する必要

のある患者家族にとっては意義あるものになりますね。

清水 “点”としての看取りの文化が変われば、患者本人の最期のときを充実させることにもつながるのではないのでしょうか。例えば「息子が来るまで、母を延命してくれ」といったケース。まさに「死に目に会う」ことを優先している例ですが、そのために患者さん本人にとって無用な延命処置が行われ、時に苦しませてしまう結果になることすらあると言います。かかわりのプロセスこそが大切だと認識されることで、このような「死に目だけでも」という発想や、家族の意向だけに基づいた延命処置が減り、患者本人と最期のときをいかにともに過ごすか、充実した日々をどう支えるか、という考え方向になっていくといいですね。

*

会田 今後も新たな医療技術が開発されていくことでしょう。しかし、それらを利用する目的は生存期間を長くすることばかりではなく、一人ひとりの人生を充実させることにあります。

より長く生命を存続させることだけが必ずしも医療の目的ではない時代となった今、終末期において生命を大切にすることはどういうことを意味するのか。今後もこの問いについて、率直に議論していく必要性を再認識いたしました。(丁)

●参考 URL

- 1) <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>
- 2) http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/guideline/jgs_ahn_gl_2012.pdf
- 3) http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/ahn/pdf/ahn_processnote_text.pdf

終末期の在り方を議論できる社会を作る

会田 日本では、まだ元気なときから終末期に求める医療やケアについて話をするのは、依然としてハードルが高く、実践されている方も少ないのが現状ではないでしょうか。

佐藤 そうですね。普段の診療時に口から食べられなくなった際の意向をあらためて聞いて、「そんなの適当に決め」とはぐらかしてしまう高齢患者も多いものです。

会田 ただ「胃ろうを造設するか否か」といった局面になってからでは、その方にとっての最善を実現することが困難になる場合もあります。今後は、元気なときから自らの人生の最終章をどのように生きたいのかを考え、家族や医療者と話すことが普通に行われる社会を作っていく必要があるでしょう。

私たちはその働きかけとして、清水先生を中心に「高齢者ケアと人工栄養を考える——本人と家族の意思決定プロセスノート」³⁾を作成しました。これは先に示したガイドラインに沿って構成されており、本人・家族が医療・介護上の選択・意思決定を主体的に進め、状況を理解した上で自分らしい選択ができるように支援するツールです。

清水 このノートは、「現在大事にしていること・懸念していること」「今の居心地は」「どこで、だれと一緒に、生きたいですか」といった点を、本人

と関係者で話し合いながら考えることで、これまでの人生を思い返し、自分の価値観や人となりについて整理した上で、本人の人生にあった医療やケアの選択をしていく構成になっています。

そういう意味で、このノートは、日本で広まりつつある「Advance Care Planning」(事前ケア計画)の考え方と相通じるものになっています。「Plan」ではなく、「Planning」としている点にその意味するところが表れていると思います。つまり、結果として出てきた“Plan そのもの”ではなく、“Plan を作成するプロセス”に重点が置かれているのです。作成していくなかで、本人の人生観、死生観、好み、考え方を本人とその周囲の方々が理解し、共有することができます。

会田 そこが「延命的な医療措置を行うか否か」だけを記すような、いわゆる事前指示書とは異なる点ですね。

清水 ええ。このように人生の物語りとも言える情報をまとめると、仮に後に意思疎通が困難になっても、それを読んだ家族や医療者が、本人がどのような考えを持った人であったかを知る情報源にもなるわけで、終末期の意思決定を行う上でも重要な手がかりになります。

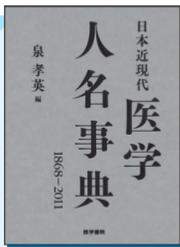
会田 より多くの方が終末期における最善を叶えるためにも、こういった

わが国の医学・医療の礎を築いた故人の業績を集大成

日本近現代医学人名事典 [1868-2011]

明治・大正・昭和・平成の140年間余(1868~2011年)において、わが国の医学・医療の発展に貢献した3,762名(故人)の業績を整理・記載した人名事典。医師、看護師、薬剤師、療法士、検査技師など医療専門職を中心に、著名な患者、社会事業家、出版人など周辺領域で尽力したひとりととも選定した。付録に関連年表・書名索引(全10,055タイトル)を掲載。

編 泉 孝英
京都大学名誉教授/公益財団法人京都健康経営研究会・中央診療所理事長



疫学と人類学

—医学的研究におけるパラダイムシフト—

Epidemiology and Culture

ロングセラー「医学的研究のデザイン」の訳者による翻訳企画。人間の健康と疾患に影響を与える要因の文化的・社会的側面に着目し、そうした人類学的知見を踏まえた疫学研究のあり方、疫学と人類学の統合的アプローチに関し、具体的な調査事例を提示しつつわかりやすく簡便に解説。翻訳に際しては英語の微妙なニュアンスにまで配慮し訳語を吟味、精選。疫学・公衆衛生の専門家のみならず、医学・看護各分野の初学者にも理解しやすい。

●B5/頁204/図10/2012年 ●ISBN 978-4-89592-727-7

疫学と人類学

医学的研究におけるパラダイムシフト

著 木原 正博・木原 雅子

監訳 木原 正博・木原 雅子

定価3,675円

(本体3,500円+税5%)

医学的研究の新しいパラダイム、疫学と人類学の統合的アプローチを解説

好評関連書 —“木原ライブラリー”—

現代の医学的研究方法
—貫的・量的方法、ミクストメソッド、EBP—

著 木原 雅子・木原 正博
定価5,040円(本体4,800円+税5%)

疫学
—医学的研究と実践のサイエンス—

著 木原 正博・木原 雅子・加治 正行
定価5,880円(本体5,600円+税5%)

医学的研究のデザイン 第3版
—研究の質を高める疫学的アプローチ—

著 木原 雅子・木原 正博
定価4,935円(本体4,700円+税5%)

医学的研究のための多変量解析
—一般回帰モデルからマルチラベル解析まで—

監訳 木原 雅子・木原 正博
定価4,200円(本体4,000円+税5%)

国際誌にアクセプトされる医学論文
—研究の質を高めるPOWERの原則—

著 木原 正博・木原 雅子
定価4,725円(本体4,500円+税5%)

113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 風明ビル
 TEL 03-5804-6051 FAX 03-5804-6055
<http://www.medsci.co.jp> E-mail info@medsci.co.jp

寄稿

メディアを活用し、研究者の社会参加を

英国王立協会によるメディアスキル・トレーニングに学ぶ

武田 裕子 ロンドン大学キングス・カレッジ医学部地域医療教育部門 特別研究員

研究者の情報発信を促進する英国王立協会

英国王立協会(The Royal Society)は、1660年に設立された現存する中で最も古い科学学会である¹⁾。“フェロー”と呼ばれる会員には、ニュートンやダーウィン、アインシュタイン、ワトソンとクリックらも名を連ねる。

科学の発展は、直接・間接に日々の暮らしを変え得る。恩恵をもたらすと同時に、負の影響を生じることがあり、社会的・倫理的な課題も新たに生まれる。王立協会は「科学および科学者に対する市民の信頼を得るには、サイエンスによって得られた知見の共有が不可欠」という考えのもと、異分野の研究者の交流を促進し多面的な議論の場を提供するほか、研究者が政策立案者や一般消費者を含め社会に幅広く情報発信し、率直な対話を生み出す後押しをしている。

また、新聞やテレビ・ラジオなどの一般メディアを通して、研究者が情報提供や解説、意見表明を行うことを奨励しており、その一環として「コミュニケーションスキル・コース」および「メディアスキル・トレーニング」という各1日の研修会と、1泊2日で両方を学ぶ合宿研修を、それぞれ年に5回提供している(註)。筆者は昨年、両コースを受講する機会を得たため、本稿にて報告したい。

専門家としての情報発信のスキルを学ぶ研修

研修会は、英国の著名な科学ジャーナリストの一人であるJudith Hann氏と、BBC World Newsの放送局創設に携わったJohn Exelby氏によって企画・運営されている。

会の冒頭Hann氏は「メディアには、有名人による根拠のない“科学的”情報があふれており、一般に与える影響も大きい。科学者は、不正確な情報を流すメディアを非難するだけでなく、科学技術への信頼度向上のため、自ら発信する責務を有する」と述べた。また、約600万人が視聴する全国ニュースの取材を、“たった2分で自分の研究を説明するなんて不可能だ”と断った研究者に遭遇したエピソードから「科学の急速な進展に伴って、遺伝子組み換え技術やナノ・テクノロジーなど、その安全性に賛否の分かれる領域が出現している。正確な情報を限界も含めて的確に伝えられれば、人々はそ



●本番さながらのインタビュー収録の様子

の複雑性を認識し、倫理面や社会への影響も理解すると報告されている。一方で研究者がオープンに議論し、説明責任を果たす努力を怠れば、メディアは不正確で偏った情報に惑わされ、結果として科学はむしろ「まぼろし」と語った。そして、不正確な記事に反論し、専門的な立場から意見を述べるスキル修得の必要性を強調した。

コミュニケーションスキル・コース

このコースには、オックスフォードやケンブリッジをはじめとした英国各地の大学院生から中堅研究者まで10人が参加した。医学や工学、物理学、数学、天文学など専門とする領域はさまざまであった。

主に学んだのは、新聞の活用法と講演を行う際の留意点、パネル・ディスカッションの司会進行法、プレス・カンファレンスの開催方法である。新聞の活用については、全国紙の科学記事の特徴や読者層の解説、新聞取材の要請方法と受け方のコツ、新聞社からの問い合わせへの対応法、新聞に署名記事を書くときの記事構成、文章の難易度や実用例を挙げるなどの効果などが取り上げられた。一般市民を対象とした講演では、準備からリハーサルの仕方、また講演当日に、講演内容に関連する報道がなされていればその話題から始めるとよいことなど、講師の豊富な経験に基づく助言も多く与えられた。

参加者には、自分の研究内容を1000語以内にまとめ、新聞記事形式で提出するという宿題があらかじめ課せられており、講師から添削指導を受けた。さらに同じ内容を10分程度のスピーチにして、講師および他の参加者からフィードバックを得た。2週間以内の新聞の科学記事を各自取り上げて紹介する課題もあり、講師のコメントを受けながら、新聞報道の特徴や問題点をグループで話し合った。

メディアスキル・トレーニング

こちらはテレビやラジオのインタビューを想定したトレーニングで、前述の講師陣に加え、BBCで報道番組を担当する現職のカメラマンと音声担当者が加わって行われた。王立協会の一室に作られた即席のスタジオにて3分程度のインタビューを受け、その録画をもとにフィードバックを受けるという実践形式の研修であった(写真)。

インタビューは3回行われ、1回目は自分の専門領域の重要性や、どのように次世代育成にかかわっているかを述べた。2回目は、遠隔地のスタジオを想定し音声のみの質問に回答する形式で、気候変動がテーマであった。3回目は、厳しい経済状況の中、科学研究費の予算確保を主張するインタビューで、簡潔で力強い議論の構築が求められた。

参加者9人が同様のインタビューを受け、最初の2回分は全員でビデオを見て批評し合った。伝えたいメッセージが整理されているか、自分の言葉で語れるかで説得力がずいぶん変わることを実感した。他にも講義形式で一般的な心得を学ぶとともに、収録スタジオの構造や収録の手順、異なるインタビュー様式についての説明を受けた。実際の報道番組のインタビューを視聴し討議する時間も設けられていた。

最後に、王立協会が学校や市民向けに提供している科学プログラムが紹介され、今回修得したスキルを活かす機会として協力を求められた。また、全国紙・主要新聞社の科学や健康、環境の担当記者の氏名と電子メールアドレスのリストも資料として配布され、大学や研究機関の広報担当部署を活用するよう繰り返し勧められた。

英国に学ぶ——研究者の社会参画の意義とは

筆者がこのトレーニングを受けたのは、2010年から1年間在籍したロンドン大衛生学熱帯医学大学院修士課程で「研究は論文にただだけでは意味がない。研究成果が実社会で共有され活かされて初めてその意義が生まれる」と繰り返し聞かされたことがきっかけであった。専攻したヘルス・プロモーションの授業では、報道が市民の意識や政策決定に及ぼす影響を考慮してメディアに情報提供する“メディア・アドボカシー”を学んだが、そこでもこのコースを紹介された。



●武田裕子氏
1986年筑波大医学群卒。米国に臨床留学し95年米国内科専門医資格取得。帰国後は大学教員として主にプライマリ・ケア診療・教育に従事。2010—11年ロンドン大衛生熱帯医学大学院修士課程に在籍。MScを取得し11年10月より現職。ヘルス・プロモーション教育・研究を行っている。

当初は、メディアとの協働や政策を意識した研究姿勢が強調されるのは、公衆衛生大学院だからこそと理解していた。しかし、英国では卒前医学教育においても、健康政策や医療制度の構築で重視すべき理念について、医療経済や社会的公正の観点から討議できることが、アウトカムとして盛り込まれている²⁾。社会の在り方が個人の健康に影響することが、社会的健康決定要因として意識されている。健康格差を是正するための政策提言をミッションに掲げる医学会もある³⁾。

さらに言えば、積極的な社会参加を市民に求める教育は「シティズンシップ教育」として、小中学生時から始められている⁴⁾。現地の小学校に通う子どもは、4年生で新聞記事の構成を学び、日常の出来事を記事にする課題に取り組んでいた。宿題を手伝いながら私自身も勉強になった。同じく社会科の授業では、マーガレット・サッチャーの生い立ちを調べ、その政策について自分の意見を述べて発表していた。

政治やマスコミは、一見、サイエンスから最も遠いところに位置するように思われる。研究者の側から近づいて未来に備えるというアプローチは、英国社会だから可能とも言えるだろう。発信された情報を受け取る側のメディア・リテラシーも求められる。

しかし今日、原発事故に端を発した原子力発電の是非に関する議論をみても、専門家との対話や情報を求める市民は少なくない。Hann氏が必要性を指摘した、科学的な立場からの問題提起や分かりやすい情報提供、オープンな議論が強く求められていると感じる。研究者が、メディアとコラボレーションし、社会的な役割を果たすこと。その必要性を、今回のトレーニングを通してあらためて認識した。

●註
大学等の研究機関でアクティブに研究を行う博士号取得者が対象。受講料は2コースで800ポンド(約12万円)と高額だが助成申請可能。希望者が多く受講まで1年待つことも。

●参考文献
1) <http://royalsociety.org/about-us/>
2) http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/GMC_TD_09_1.11.11.pdf
3) 武田裕子。格差社会で行動する英国の一般医。週刊医学界新聞。第2972号；2012年4月2日。
4) 奥村牧人。英米のシティズンシップ教育とその課題。村山隆雄編、青少年をめぐる諸問題・総合調査報告書。国立国会図書館調査及び立法考査局、2009、pp17-32。

効率よく学習できる、外科専門医を目指す人のための待望の問題集

外科専門医受験のための演習問題と解説

外科専門医試験のための待望の問題集。予備試験(筆記試験)対策の想定問題を数多く用意し、解説も充実させた。試験直前の総チェックリストや認定試験(直接試験)のアドバイスも収録し、合格までの道のりを丁寧にサポートしてくれる。外科専門医試験対策に役立つだけでなく、臨床の土台となる基礎知識を効率的に身につけられることから外科志望の医学生・研修医にもお勧めできる1冊。

監修 加納宣康
電田総合病院特命副院長・主任外科部長・内視鏡下手術センター長
編集 本多通孝
がん研有明病院消化器外科



つぎのページをめくるとワクワクする。「疫学って楽しい!」

基礎から学ぶ楽しい疫学 第3版

疫学の初心者向けの定番教科書。著者一流の切れ味鋭くユーモアに富んだ語り口で、疫学研究の方法論、バイアスの問題、統計処理の方法など、疫学の基礎知識を学べます。第10章「疫学に必要な統計」では、平均の差の検定、割合の差の検定、相関係数の検定などの解説を追加。隠れファンの多い脚注も一読の価値あり!

中村好一
自治医科大学教授・公衆衛生学



続 アメリカ医療の光と影

第238回

「最先端」医療費抑制策 マサチューセッツ州の試み⑧

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ：2010年3月、東部マサチューセッツにおいて貧者に対する慈善医療を提供してきたカソリック系病院チェーン「カリタス・クリスティ」社が、投資企業サーベラス社に買収され、営利企業に転換することとなった。

営利転換に際し「監視の目」

米国では、非営利の医療団体が営利企業に転換する際には、通常、州による審査および認可を受けることが義務付けられている。公共の福祉のために医療を提供してきた施設が、ある日突然、「これからは利益を上げ、出資者に配当することを最優先します」と勝手に「宗旨替え」することを許してしまった場合、貧者の医療へのアクセスが損なわれたり、不採算診療が打ち切られたりして、地域医療が著しく混乱する事態が起こりかねない。「公共の福祉を守る」という観点から、州が監視の目を光らせているのである。

さらに、非営利病院の買収をめぐって行われ得る「不正」を防止することも、監視が必要となる理由の一つとなっている。実際、1990年代に全米一の病院チェーンとなったHCAコロンビア社の場合、非営利病院の経営陣に対し、「買収が成立した暁には成功報酬を払う」と約束した上で安く買いたたく手法を採用として問題となった(註1)。

マサチューセッツ州の場合、非営利病院が営利に転換する際に監視の目を光らせる役を担われているのは、総検事局と公衆衛生局の2部門である。総検事局の場合、「買収価格は正当であるか」「地域医療が損なわれることはないか」等を審査した後、州最高裁に買収を認めるかどうかを諮問、最高裁判事が最終的決定を下す手順となっている。一方、病院の所有権が変わる際には病院設立許可を更新する必要があり、公衆衛生局は、新オーナーの下での設立を認めるかどうかを、地域医療への影響を鑑みながら審査する。

買収審査における反対意見

カリタス・クリスティ(以下、カリタス)の買収審査に当たって、総検事局と公衆衛生局は、二局合同で公聴会(計6回)を開催するなどして、広く意見公募を行った。州第二の規模を誇る病院チェーンが営利に転換した場合、州全体の医療が混乱する事態も起こり得るだけに、慎重に審査を進めたのである。

意見公募では、「買収賛成」の意見が大半を占めた。カリタス経営陣の「サーベラス社の出資を仰がなければつぶれてしまう」とする説明が地域住民の大半に受け入れられたのである。さらに、カリタス従業員が所属する労働組合も、サーベラス社が「買収後の雇用維持」を約束したため買収に賛成した。

買収に反対したり、厳しい条件を付けたりを要求したのは少数派であったが、その第一はカソリック教

会内の保守派グループだった。サーベラス社は、カソリック教会に対して、買収後も避妊・中絶手術を実施しないなど、カソリックの教義を尊重すると約束したのだが、教会との合意書には「2500万ドルの寄付金を払えば教義に束縛されなくなる」という免責条項が含まれていた。保守派グループは、「わざわざ免責条項を入れるところをみてもサーベラスは信用できない。いつか、この条項を発動してカソリックの教義にもとる医療を行うようになる」と、身売りに反対したのだ。

一方、患者支援団体として長年の実績を誇る「Health Care for All」は、買収を認めるに当たって厳しい条件を課すことを求めた。特に、不採算診療部門が切り捨てられる可能性に対して強い危惧を表明、「精神科医療を削減しないと約束させる」等の条件を課すことを要求したのである。最終的に総検事局は州最高裁に対して買収を認めるよう諮問したのだが、その際につけられた付帯条件にはHealth Care for Allが要求した通り、「精神科および薬剤依存症用の病床数を減らさない」等の条項が含まれた(註2)。

さらに、「Healthcare Access Coalition」(以下、Coalition)なる急ごしらえのグループも、カリタスの営利転換に際して厳しい条件を課すことを要求した。Coalitionは、カリタス系病院と地域的に競合する病院が糾合して結成した組織だったが、「サーベラスが強大な財力にものをいわせて、患者や提携開業医を奪う」事態を危惧したことが結成の理由だった。「他病院と提携する開業医を引き抜かない」「他の医療機関を排除する排他的な保険契約を結ばない」等の条件を課すよう要求したのだが、Health Care for Allの要求内容が総検事局の最終諮問に採り入れられたのとは違って、Coalitionの要求が諮問に盛り込まれることはなかった(註3)。

買収発表から7か月後の2010年10月末、州最高裁がカリタスの営利転換を承認した。以後、事態は、Coalitionが危惧した通りに進展、マサチューセッツ州の医療マーケットにさらなる激変がもたらされた。(この項つづく)

註1：HCAコロンビア社が非営利病院を次々と傘下に収めた経緯については、拙著「市場原理に揺れるアメリカの医療」(医学書院)に詳述した。

註2：州当局による審査の実態は「審査」というよりも「条件交渉」に近く、サーベラス社との間で、買収金額や付帯条件をめぐって「のめ」「のめない」の応酬が続けられた。

註3：Health Care for Allの要求が「公共の福祉」を重んじるためのものであることが明瞭であったのに対し、Coalitionの要求は、「競合病院のエゴ」にしかならなかつたようである。



在宅医療モノ語り 第34話

鶴岡優子 心のかめ診療所

語り手 ウチとソトのフィルターです マスクさん

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であるが、往診時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「マスク」さん。さあ、何と語っているのだろうか？

普段は私、感染予防とか花粉対策で使われています。この季節、よく見かけますでしょ？ でも案外、世の中には「伊達マスク」というのもあるらしいです。例えば、顔の防寒対策、表情隠しもあれば、すっぴん隠しもあるのだとか。まあ伊達じゃなくてもマスクをするなら、化粧は控えてもらいたいですけど。パッチリつけた口紅が私ににじむ姿はちょっと、ねえ。

在宅医療の業界でも、私たちマスク族はよく使われています。ええ、使い捨てのやつです。色は病院さんや歯医者さんより、白の割合が高い気がします。ええ、単なるイメージです。数えたわけではありません。医療者がマスクを使う理由、それはもう第一に感染予防。自分の身を守ってはじめて働けるのだし、媒介者になることは許されません。確かに医療者がマスクをすることで、患者さんもお家族も、「我が家にウチに、細菌やウイルスを持ち込まれない」と安心される効果もあるようです。その他、お昼に食べたラーメンの口臭でご迷惑をかけたくない、という理由もあるかもしれませんが。

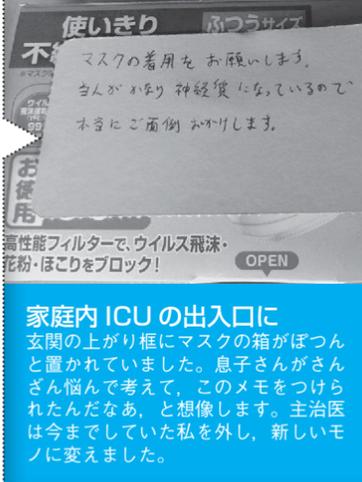
患者さんやご家族がマスクをする場合もあるでしょう。もちろん、感染予防、花粉対策、すっぴん対策の場合もあるでしょうが、保湿のため、とおっしゃる方がいらっしゃいました。ベッドで寝たきりのおじいさんです。スキー帽をかぶり、お食事の時以外はマスクをされています。歴史を感じさせるお部屋での暖房です。すきま風に負けないようにがんがんストーブを炊き、ストーブの上のやかんも頑張って湯気を出していますが、それでも空気は乾燥しています。

うちの診療所では感染予防、花粉対策以外にはマスクは使わないかな？ 少なくとも夏にはほとんど使っていないですね。なんとなく声がこもって小さく聞こえにくくなるし、表情も読みにくくなる。コミュニケーションの邪魔になると思っているのでしょう。目は口ほどにモノを言うといいますが、口も口元も相当にモノを言っているのです。

この前も私をめぐってこんなやりとりがありました。ステロイド服用中の患者さんの発熱の時でした。全身状態は悪化、水分も摂り難い様子です。良くなってきた褥瘡も一気に悪くなりました。感染のフォーカスは尿路系でしょうか？ 採血の結果、白血球数は20000台、CRPも20ありました。他にも重症感染症の証拠がそろいました。入院がいいかな？ 主治医も家族もそう思っていました。本人は「ここにいたい。死んでもいいから。病院は絶対に行きたくない」。自宅の仕事しながら介護をしてきた息子さんは困ってしまいました。

患者さんを真ん中に、家族、主治医、訪問看護師、ケアマネが集まって相談しました。最終的には、「よおし、わかりました。在宅医療で頑張りましょう」という結論でした。その後、医者か看護師が毎日、ウチに入りました。患者さんは私をつけて、「ソトにはどんなバイキンがいるかわからないからね」とおっしゃっていました。息子さんも私をつけてお仕事をしていました。連日訪問2日目のことです。玄関に入ると私が箱で用意されていました。

箱に貼られたメモ(写真)の言い回しに、私はなんだか胸が熱くなりました。「あなたが悪いんじゃない、汚いんじゃない、けどソトの汚れをウチに持ち込みたくない気持ちはわかってほしい」。そういうメッセージを受け取った気がしました。息子さんは一晩にして家庭内ICUを作られたのです。私はそのとき誓いました。ソトからもウチからもいいものだけを違う世界に持ち込もう、立派なフィルターになろう、と。



家庭内ICUの出入口に 玄関の上がり框にマスクの箱がぼつんと置かれていました。息子さんがさん悩んで考えて、このメモをつけられたんだなあ、と想像します。主治医は今までしていた私を外し、新しいモノに変えました。

認知行動療法に取り組む前の大前提として知っておきたいこと

精神療法の基本 支持から認知行動療法まで

臨床医が外来患者を診療する際に役に立つ精神療法の理論やテクニックについて、米国での長い臨床経験をもつスペシャリストがまとめた解説書。精神療法の位置づけという基礎的な内容から、患者とのラポートづくりや効果的な面接の技法といった実際の治療でのポイント、臨床でみかける機会の多い疾患の特徴と介入方法まで、網羅的に解説。限られた時間でより有効な診療を行う手助けとなるであろう1冊。

堀越 勝 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 研修指導部長 野村俊明 日本医科大学心理学教授



週刊医学界新聞 モバイルアプリ 祝10万ダウンロード突破! 無料 詳細は App Store, Android Market をご覧ください 医学書院

Medical Library 書評新刊案内

腹膜透析スタンダードテキスト

中本 雅彦, 山下 明泰, 高橋 三男 ●著

B5・頁224
定価6,825円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01668-1

評者 酒井 紉
北里大名誉教授

20世紀の標語が1933年のシカゴ万博で発表されている。“機械中心の世界”というものだ。その中身は「科学が発見し、産業が応用し、人間がそれに従う」とされていた。

その標語は21世紀に入ってから次々変わって来たとされている。それが“人間中心の世界”、その内容は「人間が提案し、科学が探究し、技術がそれに従う」としている。

確かに人間中心の世界にはなっているが、あまりにも技術革新のスピードが早い。腹膜透析についても全く同じで技術革新のスピードが早い。このたび中本雅彦、山下明泰、高橋三男の3氏により『腹膜透析スタンダードテキスト』と題した本が医学書院より発刊された。まさにタイムリーな書だ。なぜなら透析医療ほど21世紀の標語としてふさわしいものはないと思うからである。推薦の序を書かれた川口良人先生の言葉にもあるが、この本には今日世界で認められている概念、治療指針がわかりやすく、しかも論理的に記述されている。

各章ごとにキーとなる文献が載せられており、読者にとって有用な資料となっている。特に書かれている内容はわかりやすく図や表がふんだんに取り入れられ、的確な説明が付記されているのでメディカルの方々にも理解と知識を得る上に格好な書といえる。そうした観点からしても今日の“腹膜透析の意味と価値”を世に問うテキストはほかに例を見ないのではないかと思う。

3人の著者の経験、知識、技術、何よりも意欲が全体を通して感じられる。腹膜透析の歴史と進歩に引き続き重要項目すべてについての解説が各項目で述べられ、全体で20の大項目に分類されている。その内容は具体的情報と考え方が網羅されていると思う。3人の著者の筆力がすべての項目で発揮され、“腹膜透析のすべて”を理解する上でのリテラシーを明確に示すとともに、現場に必要な情報について

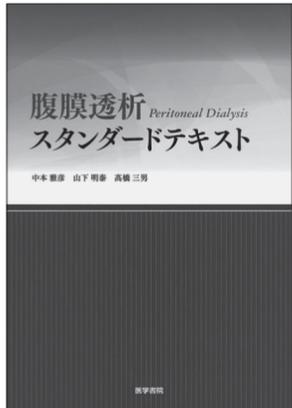
も詳細に記述されているのがうれい。こうした配慮がなされたのも最近の透析医療技術事情によるのかもしれない。

私自身、腹膜透析そのものを勉強し始めたのは1967年の米国での経験に始まっている。その後約20年でわが国にCAPDが一般臨床として始まったように記憶している(1983年のCAPD治療の認可、1986年届出制の開始)。

それからまさに多岐にわたる進歩があつて今日に至っているわけであるが、その詳細は高橋先生がコラム記事の中でも解説されており、実に興味深い内容となっている。まさにわが国での腹膜透析事情の真実と内幕が14か所で感動的に記述されている。その中にはすでに亡くなられた先生方のエピソードが随所に盛り込まれ、私としても感涙の内容である。本書の一つの特徴がこのコラムにあるといっても過言ではない。

今やCAPDは小児ではファースト・チョイスの治療法であり、すべての例ではないにしても高齢者の治療としても定着しているように感じられる。血液透析との併用も然りであろう。治療法としての定着率は道半ばかもしれないが、最初にも述べたように“21世紀は人間中心の世界”という標語を知るにつけわれわれ透析医療従事者も患者中心の医療選択を心掛けなければならぬ。そうした意味を熟知する上でも本書の果たす役割は大きいと思う。

最後に3氏の序文の最終行に書かれている本書発刊に際しての家族の協力、それぞれの筆者の属しておられる職場スタッフの協力に対して謝意が述べられていることに私自身感銘した。まさに“腹膜透析の意味と価値”を読者に対して、それとはなしに伝えたメッセージであると受け取った。素晴らしい“魂の伝承作業”をされた。ぜひとも、透析医療に携わる医師、メディカルの方々にご一読いただき、本書を座右の書としてお役立ていただきたいと心から願っている。



《総合診療ボックス》 どうする? 家庭医のための“在宅リハ”

佐藤 健一 ●著

A5・頁216
定価4,200円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01623-0

評者 葛西 龍樹
福島医大主任教授・地域・家庭医療学

「在宅でのリハと在宅に向けてのリハ」を家庭医が準備し実践する際に役立つ本が出版された。しかも著者の佐藤健一先生は、北海道家庭医療学センターで家庭医療学専門医コースを第一期生として修了した家庭医である。本書は、臨床的な事項の合間に、佐藤先生がより良い家庭医療を求めて旺盛に学びの機会を広く探求していったエピソードやその成果も含まれていて、いわば物語を読むような面白さで読み進めることができる。

家庭医をめざすすべての医師がリハビリテーションを学ぶ際の入門書

家庭医としての必須のアプローチである高齢者総合的機能評価(comprehensive geriatric assessment)と患者中心の医療の方法(patient-centered clinical method)をベースにした上で、そこに生活の場、予防、精神面のケア、そしてチーム医療にこだわった数多くの在宅リハビリテーションで有用なヒントが盛り込まれている。

本書では、随所に読者を刺激する問いかけがあり、その答えを探しながら読むこともできる。中には従来行われていたケアについての健全な批判が述べられていたり、ケアについての根源的な問題も含まれていたりしてはっとさせられる。そのような問いかけは、例えば、「そもそもリハってなんだろう?」「物理療法はリハ?」「どの時点の能力を基準にするのか?」「廃用症候群としての筋力低下をどう考える?」「なぜ身体を動かすのか?」「廃

用症候群は診断をつけることができる?」などである。

これらの問いかけすべてに本書が十分な答えを提示しているわけではないが、読者は本書によって興味を刺激されて、答えを見出すためにさらに自分で情報を集めたり、そうしたまだ答えのない臨床現場の疑問に答えを出す臨床研究へとチャレンジしたりしていくかもしれない。もしかしたら、そんなことも佐藤先生が本書を執筆した隠れた狙いなのかもしれない。

通常の書評の範囲を越えるかもしれないが、筋力維持・向上や関節拘縮の予防のための訓練については、なかなか書籍だけでは十分に理解して実践していくには十分である。DVDなどによる画像での情報提供や講習会などの学習の機会をぜひ佐藤先生が中心となって企画していただけることも期待したい。

日本の医療制度の最大の課題はプライマリ・ケアをどのように組織化するかということである。プライマリ・ケアはチームで行われるもので、そのチームで専門医としての役割を果たす医師が家庭医である。リハビリテーションの分野のケアでも約8割はプライマリ・ケアで安全に対応できなくてはならない。こうしたコンテキストの中で、今後日本でも家庭医をめざすすべての医師がリハビリテーションを学ぶ際の入門書として、本書は最適である。

呼吸器外科手術のすべて

白日 高歩 ●著
川原 克信 ●執筆協力

A4・頁424
定価26,250円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00791-7

評者 近藤 丘
東北大加齢医学研究所教授・呼吸器外科学

私が大学を卒業し、呼吸器外科(当時そういう名称は一般化されてはいなかった)の医師として仕事を始めてからもう40年近くになろうとしている。40年とは、当時

生まれた方が外科医になったとして、バリバリの指導する立場の年代になっているという大変長い期間である。しかし、その間に呼吸器外科には多くの転機があり、今となってはあつという間のように思われる。当時は、もちろん標準開胸と称する30cmに達しようという大きな開胸創で手術を実施していた。慢性膿胸に対する剥皮や肺全摘、顔面位での肺切除手術なども珍しくなく、困難な炎症性肺疾患の手術の時代の名残がその標準開胸としてあつた、そういう時

呼吸器外科の手術手技ばかりでなく、長い歴史もが詰め込まれた必読の一書

期である。その後、肺癌の手術例がうなぎのぼりに増加し、呼吸器外科の独自性の確立とともに胸腔鏡手術の導入、そして低侵襲な手術をめざす動きが加速してきた。そして肺移植のスタートにより、呼吸器外科にさらなる新たな1ページが開かれた。そういつたいわば激動の40年間であったと思う。著者の白日先生は私にとっては一つ前の世代で、約10年先輩にあたる。この年代の方々には、呼吸器外科の専門性と独自性の確立に心血を注がれた方々で、学会の確立や専門医制度の樹立にも大いに力を尽くされた。

なぜこのようなことを長々と書き連ねたかという、この書が、結核外科の時代の終焉を迎えた後、呼吸器外

パッと見て、すぐわかる!

すぐ調シリーズ 全14巻

病期や治療効果を評価するための指標、略語、薬剤など、日常の業務に役立つ情報をポケットサイズにぎゅっと凝縮。疑問に思ったときは辞書として、また現場で得た知識を書き込み、頼れるオリジナルノートとしても活用できる。

●A6変型 2012年 各巻 定価1,260円(本体1,200円+税5%)
消費税変更の場合上記定価は税率の差額分変更になります。

医学書院



呼吸器	編集 福永興彦	頁144	[ISBN978-4-260-01451-9]
循環器	編集 高橋寿由樹	頁136	[ISBN978-4-260-01452-6]
消化器	編集 浦上秀次郎	頁132	[ISBN978-4-260-01453-3]
糖尿病	編集 山田 悟	頁 88	[ISBN978-4-260-01454-0]
腎・透析	編集 松浦友一	頁128	[ISBN978-4-260-01455-7]
脳・神経	編集 佐々木貴浩・田中蔵人	頁148	[ISBN978-4-260-01456-4]
精神科	編集 秋根良英	頁116	[ISBN978-4-260-01457-1]
耳鼻咽喉科	編集 神崎 晶	頁128	[ISBN978-4-260-01458-8]
泌尿器	編集 菊地栄次	頁112	[ISBN978-4-260-01459-5]
産婦人科	編集 谷垣伸治	頁168	[ISBN978-4-260-01460-1]
小児科	編集 内田敬子	頁132	[ISBN978-4-260-01461-8]
整形外科	編集 奥山訓子	頁104	[ISBN978-4-260-01462-5]
皮膚科	編集 鈴木洋介	頁136	[ISBN978-4-260-01463-2]
眼科	編集 武蔵国弘	頁 96	[ISBN978-4-260-01464-9]

思春期・青年期のうつ病治療と自殺予防

David A. Brent, Kimberly D. Poling, Tina R. Goldstein ● 著
高橋 祥友 ● 訳

A5・頁336
定価5,250円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01556-1

評者 今村 芳博
優なぎ会森本病院精神科

日本の自殺死亡は1990年代以降、中高年男性が中核を占めているが、最近の警察庁統計を元にした報道によれば、2011年には10—20代の自殺が増加している。東日本大震災の影響を受けた2011年度4月以降の大学生の就職率が過去最低となるなど、その背景には雇用情勢の悪化があるという。社会構造変化の際に20代男性の自殺死亡率が増加するのは世界的傾向と言われる。現代は若い世代が即戦力としての働きを要求されるなど厳しい状況であるというが、社会的な要請の変質は、個人の心理的発達課題を一層複雑で達成し難いものとする。そうした時期に原著の出版から間を置かずして本書が訳出されたことは大変意義深い。

思春期患者の自殺予防への寄与が期待される書

米国ではBeckがうつ病への認知療法を1979年に出版して以来、認知療法を思春期患者に応用する試みがなされてきた。著者の1人、David A. Brentが思春期のうつ病と自殺について研究を始め、ピッツバーグ大学医学部にポストを得たのは1982年であった。当時、「私たちのアプローチは無知と恐怖で満ちていた」というように、それらに対して経験的に実証された治療法はなく、救急受診したどの自殺未遂者を帰宅させてよいか、自殺未遂が反復される危険について評価することすらできなかった。そこからティーンエイジャーの自殺予防プログラムを開設し、「危機にあるティーンエイジャーのためのサービス(Service for Teens at Risk: STAR) センター」として活動を続けてきた。その基本的治療は、従来の臨床的知見と認知行動療法(cognitive-behavioral therapy: CBT)を統合

した包括的なものである。それに最近注目されている弁証法的行動療法(dialectical behavior therapy: DBT)の要素も取り入れている。その中心概念は協同的経験主義である。すなわち、セラピストと患者は一致協力して、問題解決に向けて努力していく姿勢が強調されている。評価、治療段階の設定、安全計画、治療関係の構築、心理教育と目標設定、連鎖分析、治療計画、新たなスキルの獲得、スキルの応用と一般化の練習、好調の維持について、具体的かつ詳細に解説されているため本書は大変理解しやすい。印象的なのは連鎖分析で、問題行動の引き金になった出来事やそれに関与する要因を思春期患者が明確に語ることはできないところを、「どのような行為も妥当な理由があって起きている」という視点に立ち、コマ送りのように行動を分析し、危険因子と保護因子、効果的な介入方法について検討することができる。ツールとしてのCBTを有効活用する際の大きな助けとなる。DBTではスキル教育の集団療法を設定し、電話によるコンサルテーションなども行うため、日本では運用し難い部分もある。また、症例によっては言語化能力が低かったり、強度の緘黙があったりするので、すべてに適用可能とはいえないだろうが、本書のアプローチであれば思春期のうつ病に限らずとも日々の診療から少しずつ始められそうだ。

米国では思春期患者の自殺率は減少傾向にあるという。日本でもこうした心理療法の発展が思春期患者の自殺予防に寄与することに期待が持てる書である。

科としての、いわば第二の黎明期を築き上げた世代の代表的なお一人によって書かれた手術書であるということも申し上げたかったからである。本書のタイトルに「すべて」という言葉が掲げられているが、これは単に幅広く手術の手技・手法を網羅しているというだけではなく、私のような人間が本書を拝見すると、白田先生が歩まれた50年近い年月と歴史のすべてを盛り込んだ書にしようとする、著者の思いと意気込みがぎゅっと詰め込まれた一言であると感じられる。

本書を拝見して、まずはじめにはつと気付くことは、図がシンプルで明快であることである。著者は随所に「コラム」という形で、自分が思うこと、学んだこと、伝えたいことなどを散りばめており、その中で手術の図の書き方についても触れている。そこにも書かれているように、要点が誰にでも明

快に伝わるように記すことが最も重要であり、本書はまさにそれを実践しているといえる。どんなに美しく描画しても、胸の中の様子は千差万別で、事例によって大いに異なることは言うまでもなく、その通りに見えることのほうが少ないであろう。それよりも要点を頭に入れておくことのほうが何倍も有用であるといえる。

この「コラム」を読むと、結構教育的なことも記されている。外科医は他人の手技の見学やビデオ、シミュレーションだけで育成できるわけではない。そのような観点から、先達の考え方や姿勢を随所に散りばめているところも本書の素晴らしいところの一つであろうと思う。とにかくわかりやすく書かれている。特に専門医をめざす若手修練医の必読書の一つに加えるべき一冊として推薦できる書であることに間違いはない。

リアリティの高い解剖写真を豊富に用いた、「臨床」のための運動器アトラス

運動器臨床解剖アトラス

Surgical Atlas of the Musculoskeletal System

整形外科医をはじめとした運動器に関するすべての医療関係者を対象とした、臨床からの視点を重視した解剖アトラス書。全面カラーによるリアリティにこだわった美しく、判りやすい解剖写真。さらに筋骨格の解剖写真と対応するX線写真やMRI画像を並置することで、多様な角度から解剖部位を見ることが可能。また、解剖写真だけにとどまらず、詳細な解説文を施すことで理解が深まる構成となっている。

監訳 中村耕三
国立障害者リハビリテーションセンター
自立支援局・局長、東京大学名誉教授



A4 頁424 2013年 定価18,900円(本体18,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01199-0]

医学書院

CT・MRI実践の達人

聖路加国際病院放射線科レジデント ● 編

A5・頁224
定価3,780円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01475-5

評者 杉村 和朗
神戸大病院長 / 神戸大大学院教授・放射線医学

胃透視を行うに当たっては、まずはバリウムを作るところから始まり、配合、濃度、添加物、それに加えてフィルムや増感紙についても医師によって好みがあった。単に好みという訳ではなく、エキスパートといわれる医師の写真は明らかに優れていた。透視技術だけではなく、事前の準備やベテラン技師による撮影条件のさじ加減が、二重造影の質に大きな差を与え、診断能に大きく影響していた。画像診断医は単に出来上がった写真を読むのではなく、優れた診断ができる写真を手に入れるところから始まっていることを、

救急や外来でCTやMRIをオーダーする際に必須の書



本書の責任編集者である齋田幸久先生といえば、胃透視の第一人者であり、多くの著書や論文を出しておられる。写真を撮るのは技師任せ、出来上がった画像をモニターで診断するだけの診断医では高度な診断ができないと常々おっしゃっている。従来の画像診断に比べて、CT、MRIは簡便になっているととらえられがちであるが、患者からいかにして優れた情報を引き出すかによって、診断能が大きく変わってくる。優れた診断を行うには、豊富な経験と知識を基に、CT並びにMRIに習熟した技師をはじめとする医療スタッフとの協力関係によって、診断に適した画像を得ることが不可欠である。齋田先生の、「優れた画像診断を行うには、読影に足る画像を得た上で、豊富な知識と経験が不可欠である」というマインドは、聖路加のスタッフ、レジデント、医療スタッフに浸透している。それを石山光富医師という優れた診断医に引き継がれ、診断部の仲間を巻き込んでそのマインドを一冊の書にまとめあげたのが本書である。

CTは広範囲を高速で撮影できるようになったが、目的部位の情報をうまく引き出すためには撮影プロトコル

の設定がより高度になっている。またMRIはさまざまなコントラストの画像が得られるが、これをさまざまな方向で撮像したり、拡散強調像や、MRAといった画像、脂肪抑制などを行うと、撮像時間も長くなり、出てきた膨大な情報に流されてしまうことがしばしば見受けられる。とりあえずあれもこれも撮像するのではなく、必要性を吟味しながら画像を得ることによって、読影レベルは格段に上がってくる。本書は、CTについては一般的なプロトコルを提示した上で、目的、特徴、基本画像、3次元像などのための追加作

成画像へと進められている。MRIについては、一般的なプロトコルをまず提示し、個別に対応するために、目的、撮像法の特徴、撮像時間、追加検査と続いている。撮像の特徴を知った上で、20分前後の検査時間を目安に、どういった場合にどの検査を省くか、どの検査を追加するかなどが、豊富な知識と経験を基に述べられている。

鎮痙薬の使い方や造影のタイミングや疾患ごとの注意点など、コンパクトにまとめられている中に、重要なさじ加減が散りばめられている。このように、本書は撮影現場のみならず、救急、あるいは外来でCTやMRIをオーダーするときに、優れた画像を得て正しい診断に至りたいという目的を満たすことのできる、必須の書であると考え推薦する。このような書を世に出すきっかけとなった齋田先生の教育に対する情熱、それを受け止めて優れた内容にまとめ上げた石山医師を始め、関係者のご努力に感謝する。

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

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示するクォーターリー・マガジン



INTENSIVIST 2013年 第1号発売
インテシヴィスト 特集 急性冠症候群

●季刊/年4回発行 ●A4変 200頁
●1部定価4,830円(本体4,600円+税5%)
●年間購読料18,480円(本体17,600円+税5%)
※年間購読は送料無料、約4%の割引

編集委員
藤谷茂樹 東京ベイ・浦安市川医療センター / 聖マリアンナ医科大学救急医学
讀井將滿 自治医科大学附属さいたま医療センター集中治療部
林 淑朗 Royal Brisbane and Women's Hospital, Department of Intensive Care Medicine / The University of Queensland, Centre for Clinical Research
内野滋彦 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部
真弓俊彦 一宮市立市民病院救命救急センター
武居哲洋 横浜市立みなと赤十字病院集中治療部
JSEPTIC (日本集中治療教育研究会)

- 1. NSTE-ACS 特集を組むにあたって: STが上昇したACSが特別扱いを受けるのはなぜか?
- 2. 非ST 上昇型急性冠症候群の初期マネジメント: ステップワンプラン・ツリー
- 3. 心電図でどこまでACSを読むか?
- 4. ACSにおける血流画像検査の役割: 心筋血流イメージングで心筋梗塞の急性期診断のみならず、慢性期のリスク層別化も
- 5. ACSの薬物療法1: 抗血小板療法と抗凝固療法
- 6. ACSの薬物療法2: MONA, β遮断薬, ACE 阻害薬/ARB, スタチンによる補助療法
- 7. NSTE-ACSの心カテーテルによる冠動脈造影検査とインターベンション: 重症NSTE-ACS患者における有用性を考える
- 8. ACSの心カテーテル治療(PCI): テクニカルな話題と手術適応
- 9. ACSという概念がもたらしたもの
- 10. ACS with normal coronary: 単一の病態ではなく、さまざまな機序によって起こり得る
- 11. 包括的心臓リハビリテーション: ACSからの回復をどうサポートするか?
- 12. ACSの長期予後を視野に入れた薬物・生活のマネジメント: 科学的根拠と最新の知見
- 13. 「特集 急性冠症候群」解説: ACSはカテ室から集中治療の現場へ

2009年	2010年	2011年	特集	2012年	2013年(予定)
第1号: ARDS	重症感染症	Infection Control		End-of-life 術後管理	急性冠症候群
第2号: Sepsis	CRRT	モニター		PICU	ECMO (4月発売)
第3号: AKI	外傷	栄養療法		呼吸器離脱	神経集中治療 (7月発売)
第4号: 不整脈	急性心不全	急性肺炎			呼吸器疾患 (10月発売)

113-0033 東京都文京区本郷 1-28-36 TEL 03-5804-6051 http://www.medsj.co.jp
MEDSI メディカルサイエンス・インターナショナル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsj.co.jp

信頼と実績の治療年鑑

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2013

私はこう治療している

総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢

1119疾患項目はすべて 毎年全面書き下ろし

- 処方例に掲載の商品名に対応する一般名がすぐにわかる別冊付録「商品名・一般名対照表」
- 各科領域の「最近の動向」を解説

- 新規付録「予防接種(ワクチン)の種類・接種時期一覧」「プライマリケア医のためのがん診療の最新動向」を収載
- 大好評の付録「診療ガイドライン」:30の診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2013」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)

- デスク判(B5) 頁2064 2013年 定価19,950円(本体19,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01643-8]
- ポケット判(B6) 頁2064 2013年 定価15,750円(本体15,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01644-5]

好評
発売中

一般名処方最適! 価値ある情報をこの一冊に網羅!

治療薬マニュアル2013

監修 高久史磨・矢崎義雄 編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

2013年版の特徴

- 妊産婦・授乳婦への投薬リスクをアイコン表示!
- 後発品は剤形、規格単位、製造販売社まで掲載
- 2012年に薬価収載された新薬を収録

本書の特徴

- 各領域の専門医による総論解説、最新の動向を各章に掲載
- 2,200成分、16,000品目の医薬品情報を約2,600頁に収録
- 使用目的や使用法、適応外使用など、臨床解説が充実
- 重要薬、重要処方情報をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」

治療薬マニュアル 特設サイト開設! <http://www.chimani.jp>

- B6 頁2592 2013年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01677-3]

別冊付録

「重要薬手帳」



好評
発売中



「治療薬マニュアル2013」×「今日の治療指針2013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2013年版」と「治療薬マニュアル2013」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2013」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2013年版」に同封の書籍の「ご注文書はがき」に貼付してお送りください(2013年10月1日消印分まで有効)。

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

2013年2月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。下記定価は冊子版の一部定価、消費税5%を含んだ表示です。

医学書院発行

公衆衛生	3月号 Vol.77 No.3 一部定価2,520円	慢性腎臓病~CKD	臨床婦人科産科	3月号 Vol.67 No.2 一部定価2,835円	急速遂娩の基本 —トラブルを避けるために
medicina	2月号 Vol.50 No.2 一部定価2,625円	大きく変貌した脳梗塞の 診断と治療	臨床眼科	2月号 Vol.67 No.2 一部定価2,940円	中心性漿液性脈絡網膜症の 病態と治療
JIM	2月号 Vol.23 No.2 一部定価2,310円	かゆみ大全	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	3月号 Vol.85 No.3 一部定価2,730円	①知っておきたい放射線治療の新しい知識 —専門医の診方・治し方 ②コンビームCTの活用法
呼吸と循環	3月号 Vol.61 No.3 一部定価2,835円	内科医が診る 大人になった先天性心疾患 Adult Congenital Heart Disease (成人先天性心疾患)	臨床泌尿器科	3月号 Vol.67 No.3 一部定価2,940円	前立腺全摘除術後の合併症 —予防と対処
胃と腸	2月号 Vol.48 No.2 一部定価3,150円	大腸ESDの適応と実際	総合リハビリテーション	2月号 Vol.41 No.2 一部定価2,310円	呼吸リハビリテーション —新しいチーム医療の展開
BRAIN and NERVE	2月号 Vol.65 No.2 一部定価2,835円	血液脳関門研究の進歩	理学療法ジャーナル	2月号 Vol.47 No.2 一部定価1,890円	心理・精神領域の理学療法
臨床外科	3月号 Vol.68 No.3 一部定価2,730円	CRT時代の直腸癌手術 —最善の戦略は何か	臨床検査	3月号 Vol.57 No.3 一部定価2,310円	分子病理診断の進歩 —血管炎症候群
臨床整形外科	2月号 Vol.48 No.2 一部定価2,625円	高齢者の腱板断裂	病院	2月号 Vol.72 No.2 一部定価3,045円	医療の公益性とは —医療法人制度改革の現状



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