

2014年7月14日

第3084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 (社団法人著作権管理機構 委託出版物)

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- 第19回日本緩和医療学会..... 1面
[寄稿]百日咳を“世界共通の問題”として考える(齋藤昭彦)..... 2面
[寄稿]薬剤師のジャーナルクラブ(青島周一)..... 3面
[寄稿]COPMの活用で、当事者主体の作業療法を(吉川ひろみ)..... 4面
[連載]“問診力”で見逃さない神経症状..... 5面

超高齢多死社会の緩和医療をめぐって

第19回日本緩和医療学会学術大会開催

第19回日本緩和医療学会が、6月19-21日、齊藤洋司大会長(島根大)のもと、神戸国際展示場他で開催された。「これでいいのだ!」をテーマに掲げた今回、全国から約8300人の医療者が参加。本紙では、終末期の急変対応、そして非がん疾患の緩和ケアの必要性、それぞれをテーマとしたシンポジウムの模様を報告する。

患者の家族が「あれで良かった」と納得できる説明を

終末期の急変場面では、限られた時間で、動揺する家族に配慮しながら適切な判断と処置をしなければならず、医療者の葛藤は大きい。シンポジウム「終末期の急変を考える」(座長=筑波メディカルセンター・久永貴之氏、彩都友絃会病院・渡壁晃子氏)では、事前に座長と演者間で共有された急変の仮想事例をもとに医療者、患者家族の心理的側面、医療倫理など多角的な視点から発表が行われた。

【仮想事例】

- 口腔がんの60歳女性
●局所からの出血で緩和ケア病棟へ入院し出血はおさまったが、がん性リンパ管症による呼吸状態の悪化により1-2週間の予後を予測。キーパーソンの夫とはDNAR確認。しかし面談当日の夜、原疾患と因果関係のはっきりしない腹痛を訴え、血圧低下。
●家族の到着後心肺停止。娘・息子は状態の変化をまだ伝えられていなかったこともあり、急変に混乱し心肺蘇生を要望。主治医到着まで20分かかる。当直医はいるが、看取りは主治医が行っている。(大会抄録集より抜粋)

急変の場では看護師に判断が任せられる場面が多い。臨床看護師の立場から登壇した長谷川久巳氏(虎の門病院)は、仮想事例で家族が心肺蘇生を希望したことに着目。急変に際し家族から「何もしてくれないなんて許せない」「見殺しにするのか」という発言を受けることもあり、切迫した状況下、「患者の負担」と「家族の納得」の間で看

護師は葛藤に陥ると説明した。仮想事例のような急変時には「感情管理→判断→行動」を繰り返しながら、時間的猶予を考え妥当な判断を探る。対処後はリフレクションを通じて事例を振り返り、感情を癒やすことも重要であると述べ、急変に当たる看護師を支える組織文化の醸成が必要になると訴えた。

「終末期の急変は決して稀ではない」。医師の立場から考察した村上真基氏(新生病院)は、同院緩和ケア病棟における急変関連死が昨年1年間で4割あったと紹介し、急変時の患者家族対応について「想定は可能」と述べた。ではどのような準備が必要か。家族の死の受容が良好になる要件として、緩和ができ患者に疼痛がない、不穏/興奮がない、オピオイド投与を急変直後に開始している、家族にあらかじめ具体的な急変の説明をしているなどの要因があると解説。家族に対し、①入院後の早い時期に病状と見通しを説明する、②「想定されること」をできる限り文書に残すなど、「看取り後、家族が『あれで良かった』と納得できる説明とケアを心掛ける」ことの重要性を強調した。

患者と死別した家族の悲嘆は大きく、「第2の患者」と位置付けられる。サイコオンコロジーの観点から提言した所昭宏氏(近畿中央胸部疾患センター)は、複雑高度な医療に、患者家族の多様な価値観も加わる現場では、医学的モデルにとらわれないBio-psycho-socialモデル(全人的医療)を踏まえた家族への配慮が必要になると解説。Communication, Coordination, Conferenceの3点をポイントに挙げた。一方、医療者は「助けてあげたい」という「救出空

想」がストレス源となり、「燃え尽き」につながる懸念があることも指摘した。そこで氏は、事例について患者・家族と医療者双方の状況が把握できる4分割表の活用を提案。それぞれの立場を理解するためにはCommunicationを図りながら方向性を突き詰めていくことが重要だと語った。

医療倫理学の観点から検討した大関令奈氏(東大大学院)は、仮想事例の倫理的課題を「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」に分けて検討する4分割表を所氏と同様に提示。状況を個別に把握し4つの要素を俯瞰することで、総合的に判断できる利点を説明した。患者負担と家族の理解の間を埋めるために実施するSlow Code(形式的心肺蘇生)の可否についても言及し「無益と考えられる形式的心肺蘇生を行うことも家族にとっては共感になり得る」と理解を示した。医療者の葛藤について「『その時点の判断』に悩むが、必ずしも答えが出せるものではない。一つひとつの症例に対して悩む医療従事者の存在こそが患者・家族の支えになる」と結んだ。

非がんの苦しみも緩和すべき

日本が迎える超高齢多死社会では、3人に1人ががんで亡くなる。一方、非がん疾患も終末期に苦痛を伴う場合があり、緩和ケアの認識の広がりが急がれる。シンポジウム「様々な非がん疾患に対する緩和ケアチーム活動の実践」(座長=北里大・荻野美恵子氏、北須磨訪問看護・リハビリセンター・藤田愛氏)では、国内の現状と課題、先行事例が報告された。

筋萎縮性側索硬化症(ALS)を中心に神経難病の終末期緩和ケアに取り組んできた荻野氏は、寝たきりとなるALSは、経口摂取困難、コミュニケーション障害、呼吸不全などになるため、ALS診療そのものが緩和ケアに該当すると述べ

た。オピオイド保険適用の壁や医療者間の理解の相違といった社会的課題、他の疾患モデルとの緩和ケア導入時期の違いや不十分なエビデンスといった技術的課題を指摘。「がんでなくとも終末期の苦しみは緩和すべきであり、緩和ケアチームの関与が多く患者・家族の助けになる」と強調し、エビデンスの確立、研修等を通じた各診療科への啓発、先行事例の広がりを訴えた。



●齊藤洋司大会長

た。オピオイド保険適用の壁や医療者間の理解の相違といった社会的課題、他の疾患モデルとの緩和ケア導入時期の違いや不十分なエビデンスといった技術的課題を指摘。「がんでなくとも終末期の苦しみは緩和すべきであり、緩和ケアチームの関与が多く患者・家族の助けになる」と強調し、エビデンスの確立、研修等を通じた各診療科への啓発、先行事例の広がりを訴えた。

非がん緩和ケアに先駆的に取り組んでいるのは、国立長寿医療研究センターのエンドオブライフ(EOL)ケアチーム。チームリーダーの看護師・横江由理子氏は、人生の最終段階の医療における意思決定支援が重要と強調。過去・現在・未来の時間軸でとらえた「本人の意思」「家族の意向」「医学的判断」を意思決定支援の3本柱として、本人にとっての最善の医療とケアをめざす合意形成モデルを紹介した。非がん緩和ケアチームには、症状緩和の知識と技術、コミュニケーション能力に加え、「患者家族をアドボケートする看護師のリーダーシップ、それを支える多職種と組織のバックアップ体制が不可欠」と述べた。

EOLケアチーム普及のための視点を示したのは、同院医師の西川満則氏。意思決定支援を重視した非がん疾患の緩和ケアを推進するため、チームがコンサルテーションを受けるだけでなく、チーム内に主治医を持つことで、どのような患者を依頼したらよいか例示できる利点を解説。また、患者・家族をアドボケートする看護師をリーダーとし、人工栄養、輸液の減量等、意思決定支援が重要な場面での、薬剤師の職域拡大を求めた。また、同チームによる意思決定支援普及の限界にも触れ、相談員制度に期待を寄せた。

座長の藤田氏は、「訪問看護の現場でも非がんの緩和ケアを求める患者の声は多い。今後さらに議論を広げていきたい」と締めくくった。

July 2014

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。

こころを診る技術
精神科面接と初診時対応の基本
宮岡 等
B6 頁232 2,500円 [ISBN978-4-260-02020-6]

臨床検査技師国家試験問題集
解答と解説 2015年版
編集 「検査と技術」編集委員会
B5 頁204 3,000円 [ISBN978-4-260-02032-9]

DSM-5®
精神疾患の診断・統計マニュアル
原著 American Psychiatric Association
日本語版用語監修 日本精神神経学会
監訳 高橋三郎、大野 裕
訳 染矢俊幸、神庭重信、尾崎紀夫、三村 将、村井俊哉
B5 頁932 20,000円 [ISBN978-4-260-01907-1]

乳癌診療ポケットガイド
(第2版)
監修 中村清吾
編集 聖路加国際病院プレストセンター・オンコロジーセンター
責任編集 山内英子
B6変型 頁260 3,600円 [ISBN978-4-260-01950-7]

作業療法がわかる
COPM・AMPS実践ガイド
編集 吉川ひろみ、齋藤さわり
B5 頁216 3,800円 [ISBN978-4-260-02013-8]

Pocket Drugs 2014
監修 福井次矢
編集 小松康宏、渡邊裕司
A6 頁1312 4,200円 [ISBN978-4-260-01751-0]

正しい膜構造の理解からとらえなおす
ヘルニア手術のエッセンス
監修 加納宣康
著 三毛牧夫
A4 頁212 9,000円 [ISBN978-4-260-01927-9]

今日の診療ベーシック Vol.24
DVD-ROM for Windows
DVD-ROM 価格59,000円 [JAN4580492610049]

今日の診療プレミアム Vol.24
DVD-ROM for Windows
DVD-ROM 価格78,000円 [JAN4580492610025]

寄稿

Global Pertussis Initiatives からのメッセージ 百日咳を“世界共通の問題”として考える

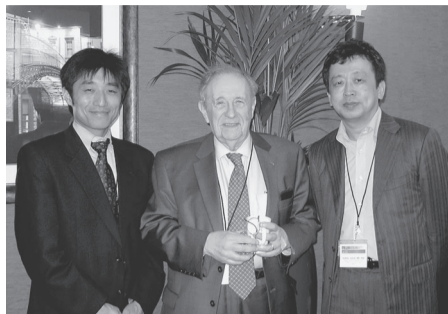
齋藤 昭彦 新潟大学大学院医歯学総合研究科小児科学分野・教授

百日咳と 百日咳ワクチンの現況

百日咳は、百日咳菌 (*Bordetella pertussis*) による呼吸器感染症である。成人が感染すると、長引く呼吸器症状を呈することが多い。また、予防接種を受けていない、あるいは未完了の新生児や早期乳児が感染した場合には、無呼吸、呼吸不全などが見られ、合併症としては肺炎、脳症、脳炎、肺高血圧症などを呈し、死に至ることもある重篤な疾患だ。

百日咳に対するワクチンは、1960年代から接種が開始され、その後も3種混合、4種混合ワクチンの中の1コンポーネントとして接種されており、ワクチンで予防できる疾患 (Vaccine Preventable Diseases: VPD) の一つとなっている。ワクチンは、細胞成分を含む有細胞性ワクチンから始まって、現在では副反応がより少ない無細胞性のワクチンへと多くの国で切り替えられている。なお、その無細胞性ワクチンは、日本で開発され、世界に先駆けて81年から接種を開始したものである点も記しておく。

このようにワクチンは普及しているが、百日咳は「過去の病気になった」ということはない。近年、世界的に患者数の増加が見られており、再興感染症の一つとして大きな問題となっている。「過去に百日咳に対する3種混合ワクチンを接種したから、百日咳には罹患しない」という考えは、通用しない。免疫能の低下が報告されており、現在、海外の多くの先進国で10歳代の児に百日咳予防のためのワクチンの接種を開始し、その後も、破傷風の予防とともに、10年おきに接種することを推奨している。もちろん、どのようにしたら新生児や早期乳児の重症



●会場での一枚。中央が主催者の Stanley Plotkin 氏、左が神谷氏。右が筆者。

感染症を減らすことができるかについても、今も日夜さまざまな戦略が検討されているのである。

エキスパートが集う、 Global Pertussis Initiatives

2014年5月10-11日にかけて、アイルランドの首都ダブリンにて、Global Pertussis Initiatives (GPI) が開催された。これは、第32回欧州小児感染症学会 (32nd Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases: ESPID 2014, 5月6-10日) の直後に行われた会議で、各国代表の百日咳の専門家約15人が一堂に会し、国際的な視点に立って百日咳の現状を把握し、課題について話し合った。

この主催者は、Stanley Plotkin 氏 (Pennsylvania 大) で、それ以外の参加者としては James Cherry 氏 (UCLA), Kathleen Edwards (Vanderbilt 大) など、この領域のエキスパートたちが集合した。日本からは、私と神谷元氏 (国立感染症情報センター) が参加することとなり、岡田賢司氏 (福岡歯大) のご指導の下、国内のデータをまとめ、発表する機会をいただいた。米国、日本以外にも、カナダ、オーストラリア、ドイツ、英国、ブラジルからの代表も参加し、現状の共有と今後の課題について、2日間にわたって熱心な討議を行った。

確立が急がれる、 感染症サーベイランス体制

今回の会議では、次の3つの大きな議題について討議が行われた。①各国の百日咳の疾患サーベイランスについて、②各国のワクチン接種状況、③これからの百日咳に対する戦略である。

まず、①について、各国の百日咳患者の状況を共有するため、それぞれの国の代表からサーベイランスの結果が公表された。「百日咳患者は増加、しかしながら Tdap ワクチン (現行の3種混合ワクチンの百日咳とジフテリアの抗原量を減らしたもの) 導入後、成人の患者数には変化なし」という報告が多数を占めた中、ブラジルや周辺の南米諸国では百日咳患者の増加傾向そのものが見られていないことが大きな話題となった。議論の焦点は、それらの国々で正確なサーベイランスが実施されているかという部分に絞られたが、少なくとも、これらの国で「全細胞性ワクチン」が使われている点で共通しているのは興味深いところだ。

なお、他国と比較し、私が行った日本の報告は、この数年の定点観測からの患者数を発表するのみにとどまり、人口当たりの患者数を算出することはできておらず、また、小児の重症患者数の把握もできていないことから、限られた情報であったと言える。百日咳に限らず、国内における感染症のサーベイランスの制度がいかに脆弱であるかを痛感した。会議に参加したメンバーからも、日本のサーベイランス制度の確立を期待する声は多く挙がった。

作用部位の異なる 新たなワクチンの開発が必要か

次に、②ワクチンの種類についての議論である。以前は、多くの国で、全細胞性の不活化ワクチンが使われていたが、一定の頻度で起こる副反応に対する懸念から、日本で81年に最初に作られた無細胞性の不活化ワクチンに変更された。全細胞性から無細胞性への変更が諸外国で行われたのは、80年後半-90年前半であることから、日本が一番長きにわたって無細胞性ワクチンの接種を継続していることになる。一方、一部の南米の国々では、依然として、費用の面から全細胞性ワクチンが継続的に接種されている。

ここで重要になるのが、諸外国でのある観察結果だ。不活化ワクチンへの切り替えが行われた後、10年程度経過すると、多くの国で共通して百日咳

●齋藤昭彦氏
1991年新潟大医学部卒。聖路加国際病院小児科レジデントを経て95年渡米。カリフォルニア大サンディエゴ校 (UCSD) 小児感染症科アシスタントプロフェッサーなどを経て、2008年国立成育医療研究センター感染症科医長、11年8月より現職。日本小児科学会では予防接種・感染対策委員会副委員長を務め、同時接種の必要性の提言、学会推奨の予防接種スケジュールの作成など、予防接種制度の改革に尽力する。

患者の増加が見られ、抗体価の低下も観察されている。感受性のあるものへの対応としては、Tdap ワクチンが開発され、10歳代児に髄膜炎菌ワクチン、ヒトパピローマウイルスワクチンと一緒に接種が行われている。しかし、この追加接種を実施しているにもかかわらず、百日咳患者数の著減は認められていない。会場でも「現行の無細胞性ワクチンとは作用部位の異なる、新たなワクチンを開発する必要がある」という意見が大半を占めた。参加者の1人である James Cherry 氏から、自身の研究室で副反応の少ない全細胞型ワクチンを開発中であるという報告がなされた。また、感染を予防する経粘膜ワクチンの必要性についても議論が及んだ。

最後に、③これからの百日咳に対する戦略である。米国では、新生児や早期乳児の症例数を減らすため、妊娠後期の妊婦への接種が推奨されている。また、新生児への百日咳単独のワクチンの接種を行い、有効な免疫原性を得たという報告もある。海外で Tdap ワクチンを導入してからの百日咳症例の減少に関して、十分な効果は確認されておらず、今後、ワクチンのさらなる改善が必要であるという意見で一致が見られた。

世界各国が一体となって 対応を考えていく必要がある

今回の会議に参加して強く感じたことがある。それは、感染症の対策を練る際、個々の国が独自に対応するのではなく、世界全体の問題ととらえ、多くの国で情報を共有し、協力して対応する必要があるということだ。これは百日咳に限らず、どの感染症においても同様のことが言える。そのためには、普段から各国間のコミュニケーションを図ることで情報を共有し、必要時には他国の専門家に相談できる体制を整えておくことは欠かせない。今回、世界のエキスパートと知り合いになれたことは大きな成果であったと言える。

会議後、他国の百日咳のエキスパートと一緒に食事をする機会にも恵まれた。Stanley Plotkin 氏、James Cherry 氏は、ともに80歳を超える年齢にもかかわらず、百日咳に対し熱い思いを抱いており、われわれに対して示唆に富むコメントをくれた。世界のエキスパートから多くのエネルギーをもらい、また国内だけでなく、世界の百日咳対策を考える上でも貴重な時間であった。

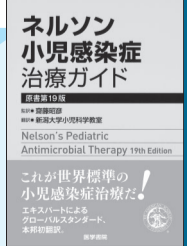
小児感染症治療の世界標準、本邦初の翻訳!

ネルソン小児感染症治療ガイド 原書第19版

Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy 2012-2013, 19/e

小児抗菌薬療法のエキスパートによる実践的でエビデンスに基づいた情報を、表形式でコンパクトに収録したマニュアル。小児の感染症治療について、信頼できる最新の推奨療法にすぐにとり着ける。感染症の各疾患では多くの抗菌薬の中から最適な選択ができるように解説がついている。『サンフォード感染症治療ガイド』(熱病)の小児版とも言える内容。

監訳 齋藤昭彦
新潟大学大学院教授・小児科学
翻訳 新潟大学小児科学教室



@igakukaishinbun

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する クオーターリー・マガジン

INTENSIVIST
インテンシヴィスト

2014年 第3号発売
特集
Severe sepsis & Septic shock

●季刊/年4回発行 ●A4変 200頁
●1部定価:本体4,600円+税
●年間購読料 19,008円 (本体17,600円+税)
*年間購読は送料別、約4%の割引

編集委員
 讚井将満 自治医科大学附属さいたま医療センター集中治療部
 内野滋彦 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部
 林 淑明 鉄血会亀田総合病院集中治療科 / The University of Queensland, Centre for Clinical Research
 責任編集 志馬伸朗 藤谷茂樹

目次(予定)

1 巻頭言	9 EGDTの再考3:カテコラミン	15 [コラム]septic AKIにおける造影CTの適応
2 定義・診断	10 [コラム]ボラス輸液の功罪	16 リハビリテーション・長期予後
3 World Sepsis Day	11 [コラム]β遮断薬とseptic cardiomyopathy	17 敗血症に関する基礎医学の最新知見 1:炎症
4 疫学	12 [コラム]septic encephalopathy	18 敗血症に関する基礎医学の最新知見 2:凝固線溶系
5 SSCG2012と2008の比較	13 抗菌療法	19 敗血症と遺伝子多型
6 日本版敗血症診療ガイドライン	14 感染源コントロール	
7 EGDTの再考1:輸液		
8 EGDTの再考2:治療の指標(モニタリング):真のゴールは?		

2009年 第1号: ARDS
第2号: Sepsis
第3号: AKI
第4号: 不整脈

2010年 重症感染症
CRRT
外傷
急性心不全

2011年 Infection Control
モニター
栄養療法
急性腎炎

2012年 End-of-life
術後管理
PICU
呼吸器離脱

2013年 急性冠症候群
ECMO
神経集中治療
急性呼吸不全

2014年(予定) 疼痛・興奮・譫妄
ICUルーチン
Severe sepsis & Septic shock
PCAS(10月発売)

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

寄稿

薬剤師のジャーナルクラブ

インターネット上でのEBM学習の場を提供する試み

青島 周一 徳仁会 中野病院/薬剤師



●青島周一氏

2004年城西大薬学部卒。調剤薬局管理薬剤師、学術担当を経て12年より現職。EBMスタイルの診療支援で臨床における薬剤師の在り方を模索したいと考えている。ブログ「地域医療の見え方」(<http://syuichiao.blogspot.jp>)でも「薬剤師のジャーナルクラブ」の活動を発信中。

薬剤師のEBM教育の現状

EBM (Evidence-based Medicine) とは①疑問の定式化、②問題についての情報収集、③得られた情報の批判的吟味、④情報の患者への適用、⑤一連の流れの評価、という5つのステップによる臨床行動スタイルです。薬剤師にとってEBMは、薬剤情報提供業務、服薬指導、疑義照会、OTC医薬品や健康食品の取り扱いなど、臨床における「答えのない疑問」に対するツールとして有用だけでなく、忙しい日常業務の中でも継続して学習を続けるための方法論としても意義のあるものです。

薬学部が6年制となり、「薬学教育モデル・コアカリキュラム」にはEBMの基本概念や統計学、臨床研究に関する項目が設けられ、学部教育でEBMの手法を学ぶ機会は増えているようです¹⁾。ただ、医療薬学における医薬品情報分野の一部として位置付けられているにすぎず、実際の患者を目の前に、「臨床判断ツールとしての

EBM」を学習する機会は質、量ともにばらつきがあるように思います。

そのため、定期的な医学論文抄読会開催やEBMワークショップ等、EBM実践のために必要な教育は、卒後研修の担うべきところが大きいのですが、「薬剤師による薬剤師のための」継続的な抄読会やワークショップはまだ普及していない印象です。特に1店舗当たりの勤務薬剤師数も少ない薬局薬剤師では、複数人の薬剤師が集まり抄読会を継続的に開催するのは困難なことも多いです。さらにEBM実践の批判的吟味で用いるべき臨床医学論文の情報の多くは英語で書かれており、英語を苦手とする薬剤師には大きな壁となっています。

ジャーナルクラブ誕生の瞬間

筆者自身、「慢性閉塞性肺疾患(COPD)の患者にチオトロピウムのミスト吸入薬を使用することで、呼吸機能は改善するかもしれないが、死亡が増えるかもしれない」という文献²⁾

に出会い、大変な衝撃を受けました。医薬品が今現在の症状を改善するかどうかを考えるのみで、ヒトの一生にどのような影響を与え得るのかという「真の効果」を何も知らないまま業務を行っていたことに気付かされたのです。このような衝撃を多くの薬剤師と共有し、議論したいという思いが強まる一方で、実現は難しそうだと感じていました。

そんななか、2013年9月6日に、桑原秀徳(瀬野川病院)、山本雅洋(ありす薬局)、そして筆者という3人の薬剤師によるツイッター上でのやり取りの中で、「インターネット上でEBM学習の場を提供できないか」という話で意気投合しました。そして、抄読会から得られる考察をスカイプ通話者3人だけで共有するのではなく、日本全国の薬剤師と共有したいという結論になりました。このやり取りから生まれたのが、「薬剤師のジャーナルクラブ」です。

仮想症例シナリオを設定し、論文の臨床での適用を議論

臨床医学論文抄読会をインターネット上で公開することで、日本全国の薬剤師が誰でも気軽に医学論文の批判的吟味を体験することを可能にする。また、実際の患者へどのように適用させていくかを考察しながら、EBMの手法を学ぶ機会を提供する。これが「薬剤師のジャーナルクラブ」設立の目的です。

抄読会においては、論文の批判的吟味に終始するのではなく、仮想症例シナリオ(表1)を設定し、論文の結果を実際にどう臨床で取り扱うかの議論を行うことを重視しました。そして、医学論文に対する敷居を極力下げながら、EBM実践のために必要な最低限のスキルを習得できるような、「論文抄読会を主軸としたEBMスタイル研修プログラム」をめざしました。

抄読会開催前にツイッターやフェイスブック等のソーシャルネットワークシステムを活用して、仮想症例シナリオ、ワークシート、予習ポイントの解説をインターネット上に掲示。実際の抄読会はコアメンバー(桑原、山本、筆者の3人)を中心にスカイプを使用して行います。その後、抄読会の会話内容をツイットキャスティングというインターネットラジオを用いて日本全国に配信します。抄読会を配信しているツイットキャスティングは、視聴者が140文字のコメントを放送中リアル

タイムで投稿でき、全国の薬剤師が気軽に論文抄読会へ参加することが可能です。投稿されたコメントも交えて、視聴者とコミュニケーションを行いながら抄読会を進めます。2013年度は計7回の配信を行いました(表2)。

抄読会終了後はポイントを整理し総括を行いフェイスブック等へ投稿し、疑問出しなどのフォローアップも行っています。また、配信データは録画ラジオとして放送後もいつでも聴取可能です。

抄読会のススメ

物事や概念の認識というのは、個々人の、個人的な経験や価値観に大きく依存します。複数の人たちと一つのテーマについて、その認識を議論することは、自分とは異なった視点でのモノの見方を学ぶことにほかなりません。

「論文を読んでも、その結果をどう解釈し、どう実際に活用したらよいかわからない」という意見をいただいたことがあります。これは筆者自身、論文を読み始めたころから感じ続けてきた悩みでもあります。一人で論文を読んでも、自身の経験の延長線上にある活用方法しか見えてこないこともしばしばであり、再現性の乏しさに無力感さえ感じることもあります。だからこそ、複数の人で論文を読みながらその活用方法を議論するという抄読会を開催してほしいと思います。

論文を継続して読み続けると、実際にその論文のテーマと似たような事例に遭遇することがあります。そのようなときにどう行動すべきか、その選択肢を広げる作業が抄読会です。「薬剤師のジャーナルクラブ」が医学論文をより身近なものに感じる契機となり、患者さんと向き合うための一つの方法論を薬剤師の方々に提示できればと考えています。

●参考文献/URL

- 1) 薬学教育モデル・コアカリキュラム——平成25年度改訂版
http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/fieldfile/2014/01/27/1343643_01_1.pdf
http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/fieldfile/2014/03/14/1343643_02.pdf
- 2) Singh S, et al. Mortality associated with tiotropium mist inhaler in patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011; 342: d3215. [PMID: 21672999]

●表1 仮想症例シナリオ(第3回抄読会より)

あなたは薬局で勤務する薬剤師です。喘息の治療で通院している30代の男性患者さんから質問を受けました。			
「今年の春に喘息の状態が悪くなってから、今までのステロイドの吸入から、2つの成分が配合されたこの吸入薬(サルメテロールとフルチカゾンの合剤)になったんだけど、これはよく効くね。今はもう何ともないよ。でもかれこれ半年以上使っているんだけど、こういう薬でずっと使っていても問題ないのかな?」			
この患者さんは喘息以外に特に合併症もなく症状も今は比較的落ち着いているとのことでした。あなたは早速サルメテロール/フルチカゾン合剤吸入薬の添付文書を広げてみました。すると「その他の注意」の項目にちょっと気になる情報が記載されていました。			
「本剤の有効成分の1つであるサルメテロールについて米国で実施された喘息患者を対象とした28週間のプラセボ対照多施設共同試験において、主要評価項目である呼吸器に関連する死亡と生命を脅かす事象の総数は患者集団全体ではサルメテロール(エアゾール剤)群とプラセボ群の間に有意差は認められなかったものの、アフリカ系米国人の患者集団では、サルメテロール群に有意に多かった。また副次評価項目の1つである喘息に関連する死亡数は、サルメテロール群に有意に多かった。なお吸入ステロイド剤を併用していた患者集団では、主要及び副次評価項目のいずれにおいてもサルメテロール群とプラセボ群の間に有意差は認められなかった」			
患者さんは時間に余裕があるとのこと、あなたは添付文書の引用文献から原著論文を手に入れ10分で簡単に読んでみることにしました。			

●表2 2013年度に開催した抄読会

回数	配信日	シナリオテーマ	論文
第1回	2013年9月29日	高齢者の血圧は下げるべきでしょうか?	N Engl J Med. 2008; 358(18): 1887-98. ▶ PMID: 18378519
第2回	2013年10月27日	2型糖尿病患者の心血管イベント予防に低用量アスピリンは有用でしょうか?	JAMA. 2008; 300(18): 2134-41. ▶ PMID: 18997198
第3回	2013年11月17日	喘息の吸入薬はずっと使っていても安全ですか?①	Chest. 2006; 129(1): 15-26. ▶ PMID: 16424409
第4回	2013年12月1日	喘息の吸入薬はずっと使っていても安全ですか?②	Am J Med. 2010; 123(4): 322-8. e2. ▶ PMID: 20176343
第5回	2014年1月19日	糖尿病検診は積極的に受けたほうが良いですか?	Lancet. 2012; 380(9855): 1741-8. ▶ PMID: 23040422
第6回	2014年2月16日	インフルエンザ検査で陰性ならインフルエンザじゃないですよね?	BMJ Open. 2014; 4(1): e003885. ▶ PMID: 24384898
第7回	2014年3月23日	花粉症にステロイド点鼻薬は毎日使うべきですか?	Allergol Int. 2012; 61(1): 155-62. ▶ PMID: 22189593

『週刊医学界新聞』セミナー「進路選択の Principle」



講師 **青木 眞 先生**(感染症コンサルタント)

各領域の第一線で活躍する先輩医師をゲストにお招きして、医師として歩んできた道のお伺いする「この先生に会いたい!!」。今回は、感染症診療のスペシャリストである青木眞先生をお迎えし、医学生・初期研修医の皆さんを対象とした講演会を開催します。講演会の後には、先生や参加者と交流する楽しいひとときも設けます。ぜひお誘いあわせの上、ご参加ください。

あおき・まこと / 1979年弘前大医学部卒。沖縄県立中部病院、米国ケンタッキー大などで研修、その間宮古島で離島医療も経験する。92年に帰国後、聖路加国際病院感染症科、国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センターを経て現職。全国の医療機関などで感染症コンサルテーションを行うほか、複数の大学の客員教授・講師を兼任。著書に「レジデントのための感染症診療マニュアル(第2版)」(医学書院)など。米国内科学会フェロー(FACP)、米国内科専門医(FIDSA)、米国内科専門医、米国内科専門医。

日時 **2014年7月26日(土)**
14:00~17:00(予定)

※1時間30分のご講演と、懇親会を予定しています。

会場 医学書院 本社2階会議室(東京都文京区)

対象 医学生・初期研修医(定員100人・先着順)

参加費 無料

申込方法 医学書院HP上の申し込みフォームからお申し込みください。
<http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/aitai/>

お問い合わせ 医学書院PR部「この先生に会いたい!!」セミナー係
TEL: 03-3817-5696(平日9:00~17:00)

寄稿

COPMの活用で、当事者主体の作業療法を

吉川 ひろみ 県立広島大学保健福祉学部作業療法学科教授

作業遂行の主観的経験を測定するための評価法

「元気になった」「笑顔が増えた」という作業療法の成果は測定しにくい。これを測ろうと開発されたのが、カナダ作業遂行測定(Canadian Occupational Performance Measure; COPM)である。1980年代初頭、開発国のカナダでは、「作業療法とは何だ」という疑問が作業療法士たちの間で膨らんでいたのだろう。確かに、実際作業療法士がやってきて、身体が不自由な患者に自分で着替えをさせたり、患者と一緒に楽しそうにゲームやスポーツに興じたりする様子は、対象者も内容もバラバラな作業を行っているように見える。しかし、作業療法に共通するのは、クライアントにとって必要な作業をしているという点である。

「したいことやする必要があること」を「作業」、それを行うことを「遂行」とし、「作業遂行」は人—環境—作業の相互作用の結果として生じると考えた。つまり、誰がどこで何をするかを作業遂行であり、作業遂行は行為者の主観的経験(上手にできたか、満足できるか)を伴うとした。

カナダの作業療法士たちは、作業療法の成果となるクライアントの作業遂行の主観的経験を測定するための評価法として、COPMを開発した。1991年に初版が発行されたが、最終案は1989年に完成していたので、2014年は25周年に当たる。第5版も出版され、ウェブサイトも開設された¹⁾。現在36言語に翻訳され、40か国以上で使用されている。

COPMの目的は二つある。一つは、これから実施するプログラムの成果を何で測るかという情報をクライアントから得ること。二つ目は、成果の程度を知ることで、他のプログラムと自分が実施したプログラムの効果を比較することができる。つまりエビデンスに基づいた実践が可能となる。

重要度の把握から、遂行度と満足度の評定へ

ではここで、COPMの実施手順について紹介する。

1) 問題の発見

したいこと、する必要があること、することを期待されていることについてクライアントに聞く。自然な会話を通して作業遂行の情報を得る。障害ではなく可能性に着目したいので、でき



●表 COPMを使った報告書の例

Aさん(83歳女性)は、15年前の事故により歩行器を使って歩行していた。5か月前に自宅で転倒し腰椎の圧迫骨折のため1か月寝たきりの生活だった。3か月間の病院での理学療法を終了し、デイケア通所開始時にCOPM初回評価を実施した。デイケアではおしゃべり、運動をしたいと述べた。家ではテレビでプロ野球を見るのが好き、読書も続けたい、できるだけ掃除、洗濯、料理をしたい、これから暑くなるので庭に出て花の水やりなどもしたいと話した。週2回のデイケア通所では、補聴器を使用しているAさんに合わせた話し方を話し相手に学んでもらったり、家事や花の世話が楽に安全にできるための運動プログラムを実施したりした。本を紹介したり、前日のプロ野球結果を話題にしたりするなど、Aさんの自宅での作業遂行も改善するようかかわった。週2回のデイケア通所開始から1か月後に、COPMの再評価を実施した。遂行スコアは3.2点、満足スコアは3.0点向上し、Aさんにとって重要な作業がうまくできるようになり、満足度が高まっていることがわかった。

作業の問題	重要度	初回評価		再評価	
		遂行度1	満足度1	遂行度2	満足度2
1. おしゃべり	8	4	4	6	5
2. 運動	6	1	1	8	8
3. プロ野球中継を見る	9	5	4	5	4
4. 読書	10	6	5	7	6
5. 家事と花の世話	8	3	2	9	8

遂行スコアの変化: 7.0(35/5) - 3.8(19/5) = 3.2
満足スコアの変化: 6.2(31/5) - 3.2(16/5) = 3.0

ない、していない、やり方に満足していないことを聞くのではなく、その作業をしていきたいかどうかを聞く。診断名のついていない対象者に面接できない場合は、介護者など、クライアントがサービスを求めている人に聞く。

2) 重要度の評定

重要度カード(図)を使い、「非常に重要である」(10点)から「全く重要でない」(1点)まで整数で回答してもらう。

3) 問題の絞り込み

これからのプログラムで取り上げていきたい作業の問題を5つ以内に絞ってもらう。第4版までは、この段階は次の段階に含まれていた。

4) 遂行度と満足度の評定

作業の問題一つひとつについて、遂行度カードを使い、「とても上手にできると思う」(10点)から「全くできないと思う」(1点)まで整数で回答してもらう。続けて満足度カードを使い、「とても満足している」(10点)から「全く満足していない」(1点)まで整数で回答してもらう。遂行度と満足度の平均を計算する。

5) 遂行度と満足度の再評価

適切な介入期間の後、作業の問題ごとに遂行度と満足度を再び聞く。表にCOPMを使った報告書の例を示した。作業療法を継続する場合は、最初の段

●図 作業遂行のカード3種

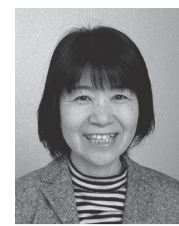
カードは、原著第4版までは『COPMカナダ作業遂行測定』(大学教育出版)に添付されていたが、第5版からはCOPMのウェブサイトから直接購入となる予定である¹⁾。

階に戻り、このプロセスを繰り返す。

COPMを取り巻く諸課題

開発当初、「何をしたいか聞くだけなら誰にでもできる」と、COPMを取り立てて新しいものだと感じる人はいなかった。COPMを使い続けると、COPMの前提となっている哲学や理念と、従来の実践スタイルとが衝突することに気付くことになるのだが、そこまでCOPMを使いこむ人はあまりいなかったように思う。おおむね理念には賛同するが、使えない、使わないという人が多かった。

日本語訳は1998年に4言語目として出版されたが、名前に「カナダ」という国名が入っていることにも抵抗があったようだ。「よくわかる〇〇学」という本が必ずしもよくわかるわけではないのと同様に、物の名前にそれ以上の意味はないと説明しても、日本版はいつ出るのかと聞かれることが多かった。従来の治療構造(治療者が専門的判断により作り上げたもの)を崩すという指摘もあった。「正しく使わないと危険だ」「クライアントの言うことをうのみにするのは治療者としての責任放棄だ」という声も少なくなかった。



●吉川ひろみ氏

1982年国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院作業療法学科卒。奥鹿教湯温泉病院、篠ノ井総合病院勤務を経て、86年群馬大医療技術短期大学部助手。93年ウェスタンミンガン大作業療法学科修士課程修了。西広島リハビリテーション病院勤務を経て、95年より広島県立保健福祉短大の教員に。2004年広島県立保健福祉大(05年より県立広島大保健福祉学部)作業療法学科教授。10年に吉備国際大にて博士号(保健学)取得。『作業療法がわかるCOPM・AMPSスターティングガイド』『作業療法がわかるCOPM・AMPS実践ガイド』(いずれも医学書院)など著書多数。

COPMのマニュアルの翻訳は、カナダ作業療法士協会が高い著作権料を要求したこと、エキスパートによる否定的な意見のために、複数社から出版を断られた。結局、主に大学の教科書を販売している出版社が引き受けてくれた。カナダの作業療法士からは、原著の半額以下で訳本が出版されていることに驚かされている。また、COPMを参考にしたと思われる評価法などが開発され、知的財産権に対する認識と金銭感覚のギャップも感じている。

作業療法士以外の職種も活用できる

COPMの最大の長所は、サービスを必要とするクライアントが内容の決定や成果の評価に積極的に参加できることである。COPMは、どの分野でもどの年齢層でも使える。特別な研修を受けなくても、クライアントの問題をクライアントと一緒に解決しようという姿勢を保ちながら、「何がしたいか」「何ができているか」「何に満足しているか」を聞き続けていくことで、確実に上手く実施できるようになると実感している。

COPMの実施もCOPMから始まる介入も、作業療法士とクライアントと一緒に取り組むプロセスが重視され、協働(collaboration)が強調されている。さまざまな分野でCOPMを成果指標とした研究論文が出版され、作業療法士以外に理学療法士やケアマネジャーなどの職種もCOPMを使用するようになってきている。クライアントの声を聞く、クライアントと治療者がパートナーとなって進めていくという認識がさらに広がりつつある。今後も当事者主体、エンパワメントが加速されることになるだろう。そしてCOPMの活用によって、治療者の新たな役割も見いだされてきている。それは、クライアントの回復力を信じ、的確な情報をタイミングよく提供し、環境調整やアドボカシーを行い、クライアントの作業ができるよう支援する役割である。

●参考URL

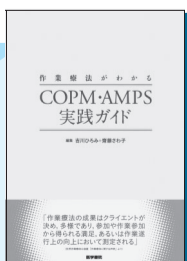
1) The Canadian Occupational Performance Measure. <http://www.thecopm.ca/>

人は「作業」を通してもっと健康に、もっと幸福になれる

作業療法がわかる COPM・AMPS実践ガイド

作業療法の現場における評価ツールとして、今や完全に定着したCOPMおよびAMPS、またESIを臨床で実践するためのガイドブック。編者の前著『作業療法がわかるCOPM・AMPSスターティングガイド』(医学書院、2008年)でCOPMやAMPSの概要はわかったけれども上手く使いこなせていない作業療法士に向けて、様々なクライアント/疾患/場面による事例を織り交ぜながらわかりやすく「作業」についてガイドする。

編集 吉川ひろみ 県立広島大学保健福祉学部作業療法学科・教授
齋藤さわ子 茨城県立医療大学保健医療学部作業療法学科・教授

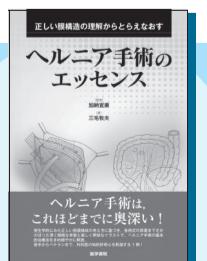


臨床解剖学に基づいた精緻な考察と明快なイラストで、ヘルニア手術を解きほぐす

正しい膜構造の理解からとらえなおす ヘルニア手術のエッセンス

外科医にとって必修とされるヘルニア手術は、基本的な手術だからこそ奥が深い。本書では、発生学に基づいた正しい膜構造の理解をベースに、術式の原典までさかのぼり、ヘルニア手術を深く精緻に考察していく。用語の定義・臨床解剖から各部位別の手術手技まで、美しく明快なイラストとともに懇切丁寧に解説した手術アトラスであり、読者の知的好奇心を刺激する。ベテラン外科医にも新たな気づきを与えてくれる1冊。

監修 加納宣康 電田総合病院 副院長、外科顧問、内視鏡下手術センター長
著 三毛牧夫 電田総合病院 外科部長



「難しい」「とっつきにくい」と言われる神経診察ですが、問診での確かな病歴聴取ができれば、一気に鑑別を絞り込みます。この連載では、複雑な神経症状に切り込む「Q」を提示し、「問診力」を鍛えます。



こんな時にはこの“問診力”で見逃さない神経症状

黒川 勝己 川崎医科大学附属病院神経内科准教授

第10回 しびれ

症例

患者：46歳、男性
主訴：右手のしびれ
病歴：約3か月前から右手第1指—第3指のしびれが生じている。1か月前には、右手のしびれに加えて前腕にひきつるような感じがあった。夕方には治まっていたが、翌日近医を受診した。頸椎XP、頸椎MRIを施行され、頸椎症を指摘された。手術も検討されたが直ちに希望していない。本日当科を紹介受診した。

患者は約3か月前から続く「しびれ」を主訴に当科を受診しました。

「しびれ」に関して、的確な“病歴聴取”をすることでcriticalな疾患(脳血管障害など)を見逃さないこと、そしてcommonな疾患(糖尿病性末梢神経障害、頸椎症、腰椎症、手根管症候群など)を的確に診断することが、プライマリ・ケアでは大切になります。

本患者では、画像検査にて右C6椎間孔の狭小化が認められたこと(第1指—第3指の感覚はC6・C7に対応します)、腰椎椎間板ヘルニアの既往があること、そして前腕にまで症状が及んでいることなどから、頸椎症(性神経根症)がしびれの原因と考えられています。果たしてそれでよいでしょうか? 的確な診断をするためには、疾患に合致した病歴であるかどうかを確認することが必須です。私には、病歴で気になる部分があります。

両手第1指—第3指のしびれは“ビリビリとした感覚”とのこと。力が入らなかったり感覚が鈍かったりという自覚はなかった。また、足にしびれはない。

しびれ診療の第一ステップは、患者が訴えるしびれがどのような病態なのかを明らかにすることです。患者が訴えるしびれには3つの病態、すなわち「異常感覚」「感覚鈍麻」および「運動障害」があります。もちろん、複数の病態が同時に存在する場合もあります。具体的には、「両足裏が正座の後のようにジンジンとしびれています」という場合は異常感覚ですし、「左脚

はお風呂の温かさがわからないし、つねっても痛くないし、しびれています」という場合は感覚鈍麻です。「昼寝から目覚めてみると、右手の力が入らなくなっており、ボタンをはめたりもできず、しびれています」という場合は運動障害と言えます。

ちなみに上記のように運動障害を訴えた例については、最終的に原因は圧迫性橈骨神経麻痺と診断されました。しかしもし「右手のしびれ」を異常感覚と思いついてしまっていたら、診断にたどり着くことはできなかったでしょう。したがって、この第一ステップは大変重要です。「しびれ」の病態を明らかにするために以下の質問をします。

Q その「しびれて動かしにくく感じますか、感覚が鈍っていますか、それともジンジン・ビリビリしますか?」

本患者の場合、しびれはビリビリとした異常感覚であり、感覚鈍麻や運動障害の自覚はありませんでした。

さて、しびれの病態を明らかにしたところで、criticalな疾患である脳血管障害の可能性を確認します。脳血管障害は、「急性発症」がポイントです。圧迫性末梢神経障害などでも急性発症の経過をとりますが、脳血管障害との鑑別は必ずしも容易ではないので(連載第4回参照)、急性発症の経過であれば、異常感覚、感覚鈍麻、運動障害のいずれであっても、直ちに専門医に紹介すべきです。

本患者の場合、約3か月前から発症しており、いったんしびれが改善する

など変動がありそうですので、脳血管障害の可能性は低そうです。

Criticalな疾患が否定的と考えられた場合、続いてcommonな疾患に合致するかどうかを確認します。「手(だけ)のしびれ」であれば、commonな疾患は頸椎症と手根管症候群です。

頸椎症性神経根症のしびれの特徴には、

- 1) ほとんどが片側の頸部あるいは肩甲部(肩甲骨部・肩甲間部・肩甲上部)の疼痛で発症する
- 2) しばしば朝方改善して午後・夕方に増悪する
- 3) 首の動き(特に後屈)、咳・くしゃみ・いきみで出現・増悪する

一方、手根管症候群のしびれの特徴は、まず

- 1) 起床時に症状(しびれ・痛み)が強い。夜間に症状のため覚醒する
- 2) 作業(新聞を持つ、運転をするなど)で増悪する。手を振ると改善する

です。これらの症状は手根管内部の圧力に関連したものです。睡眠中には手根管内圧が高まるので、夜間に痛みで目が覚めたり、起床時に症状が強かったりするのですが、目が覚めると圧が下がってくるので症状が軽減します。また、同じ作業を繰り返していると内圧が上がってくるのでしびれが増悪しますし、手を軽く数回振る(手関節の掌背屈を素早く繰り返す)と内圧が下がるので、しびれも軽減します(これをflick signと呼びます)。

ただし手根管症候群には、上記2点に加え、pitfallになり得る特徴がもう2点あります。

- 3) 第5指まで含めた手全体に症状が及ぶことがある
- 4) 前腕、肘、肩などのしびれ感、重い感じ、違和感を訴えることがある

本来、正中神経領域の障害なので、尺骨神経領域の第5指にはしびれ感がないはずですが、実際には患者は第5指にもしびれ感を自覚している場合があります。また、手首部での障害なので前腕などに症状はないと思われるかもしれませんが、実際には前腕、肘さらには肩にもしびれ感などを自覚する場合があります。これは手根管症候群のproximal symptomと呼ばれています。

本患者でも、前腕のひきつけ感があるため頸椎症を疑われていますが、この症状だけで手根管症候群を否定はできません。私が気になった病歴は、「夕方には治まっていた」というところで、ひょっとすると朝方に症状が強いかもしいと思ったわけです。そのことを確認するため、以下の質問をします。

Q その「しびれはどんなときにひどく/軽くなりますか? 起床時はどうですか?」

患者に聴いたところ、以下のような答えが返ってきました。

- ・約3か月前から右手第1指—第3指先がときどきビリビリとしびれた。その際、首や肩の痛みやこりなどはなかった
- ・初めは朝起床時にしびれているだけだった。1か月前には起床時に右手指のジンジン感と前腕のひきつけ感があったので近医を受診した
- ・最近では一日中しびれているようになったが、起床時がひどい。ただ、夜中も手の痛みのために目が覚めるようになり、昨日も眠れなかった
- ・自動車部品を扱う仕事で右手をよく使うが、ねじを締めるなど同じ作業を繰り返しているとしびれがひどくなる。手を振ると楽になる
- ・首を動かしたり、咳をしてもひどくはしない。前腕のだるさや肩の痛みもある
- ・しびれは手掌側にあり、手の甲には感じない

いかがでしょうか? 病歴を聴けば、手根管症候群の可能性があると思いませんか?

その後の診察で、Tinel徴候が陽性(手首の正中部を叩く、すなわち手根管部で正中神経を叩くと指先にビリビリ感が生じる)、ring finger splittingあり(第4指の橈側と尺側で痛覚の差がある)、神経伝導検査でも手根管症候群の所見を確認しました。しびれに加えて、最近痛みがひどいとのことで、整形外科に紹介し、手根管開放術を施行され、しびれも痛みも改善されました。

今回は、画像検査で頸椎症が認められるからといって、必ずしもそれがしびれの原因とは限らず、病歴聴取(と電気生理検査のような機能的検査)が重要であることをお示ししました。

この他、糖尿病性多発ニューロパチーがある患者に手のしびれが認められた場合も、安易に多発ニューロパチーの一症状と診断せず、手根管症候群が合併している可能性がないか“病歴聴取”で確認する必要があります(連載第7回参照)。また、前腕や肩に痛みがあるため線維筋痛症と診断されている場合もあり得ます。

手根管症候群は、本患者のように治療によって症状が改善することが期待されるため、見逃したくないものです。また、内科的疾患(糖尿病、甲状腺機能低下症、関節リウマチなど)が判明する可能性もありますので、その意味でも的確な鑑別が大切です。

手根管症候群の症状が軽くなり、喜ぶ患者さんを見るうれしさを皆さんにも体験していただければと思います。

今回の“問診力”

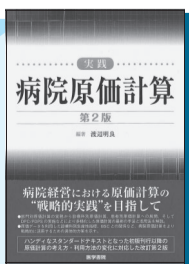
手のしびれの場合、どのようなときに症状がひどいかを聴く。起床時に増悪している場合は手根管症候群を疑う。

病院経営における原価計算の“戦略的実践”を目指して

実践 病院原価計算 第2版

わが国における病院原価計算の地帯を開いた初版の刊行以降も、病院経営環境の変化はさらに激しさを増すとともに、原価計算に対する考え方や利用方法も変化を遂げている。今版では、原価計算の手法を最新のものに修正したうえで、DPCの導入により特に重要となる疾病別原価計算の手法について、さらにBSCとの関係や部門予算制への展開など、病院原価計算をより戦略的に活用するための方法についても解説した。

編著 渡辺明良 聖路加国際大学常任理事・法人事務局長



標準化のその先の、“真の教育”とは!?

新刊 実践シミュレーション教育 医学教育における原理と応用

▶ 医学教育における標準化コースにも組み込まれ、近年普及してきたシミュレーション教育の活用法を解説。前半部では医学教育や成人学習の原理を概説した上で、シミュレーションの有用性を詳述。後半部では実際に現場で行われている気道管理、透析などの手技や処置にとどまらず、プレホスピタル、チームトレーニング、看護など幅広い分野に及ぶトレーニングを取り上げる。実際に指導する際に考えるポイントが満載。

監修: 志賀隆 東京ベイ浦安市川医療センター 救急科
編集: 武田聡・万代康弘・池山貴也

定価: 本体6,000円+税
B5 頁400 図30・写真70 2014年
ISBN978-4-89592-782-6



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

世界作業療法士連盟大会開催

第16回世界作業療法士連盟大会(WFOT 2014)・第48回日本作業療法学会が、6月18—21日、パシフィコ横浜(横浜市)にて中村春基大会長(日本作業療法士協会)のもと開催された。4年に一度開催されるWFOTと、日本作業療法学会の併催となった今回は「伝統を分かち、未来を創る(Sharing Traditions, Creating Futures)」というテーマのもと、世界各国から多数の作業療法士(以下、OT)が集った。

OTが国際保健の最前線に出て行く覚悟を求める

作業療法の発展に尽力した人物を表彰するために、今回初めて設けられたのが「WFOT レクチャーシップ」。第1回の受賞者には、現WFOT会長であるE. シャロン・プリントネル氏(カナダ・アルバータ大)が選ばれ、記念講演を行った。

「未来を掴もう：国際保健の舞台に向けて作業療法界の態勢を万全に」と題された講演で、氏は「人間は、手を使うことで健康が促進される」とし、保健資源としてのOTの重要性を強調。これまでこの領域をリードしてきた北欧や北米だけでなく、南アフリカ、南米等の各地から新しい作業療法の実践モデルが生まれており、「リバース・イノベーション」が実現されていると述べた。

また、専門性の高いOTへの需要が増し、教育プログラムも増え続けるなかで、WFOTは世界各地の会員組織を拠点としたグローバルなデータ収集を推進し、そのデータに基づいた方針決定を行っていくべきと主張。世界のOTに向け「国際保健の最前線に出ていくために、声を上げることを恐れず、行動していこう」と呼び掛けた。

日本における作業療法領域の発展から学ぶ

基調講演では、寺山久美子氏(大阪河崎リハビリテーション大)が登壇。日本におけるOTの発展史の“生き証人”を自認する氏は、自身と日本作業療法士協会の歩みを語ることで、日本の若いOTや、これから高齢化社会に突入する諸外国のOTへの参考になれば、と講演を始めた。

日本初の作業療法士養成校が誕生したのは1963年。66年には初の国家試験合格者が生まれ、同時に日本作業療法

士協会が発足した。ただこのときはまだ、国試合格者以外に外国免許保有者、資格創設に伴う特例措置の対象者など計三種の資格保有者が混在していた。さらに、大学紛争のさなか「作業療法は“強制労働”だ」といった批判を受けるなど、逆風にさらされた時代もあったという。

その後、作業療法の対象疾患は結核や脊髄損傷・四肢切断、統合失調症などから、高次脳機能障害やうつ・認知症へと変化。海外からも技術の導入が進み、1980年代には学会誌『作業療法』も創刊(81年)された。「医学モデルから生活モデルへの転換」「当事者主体のリハビリ」など新たな視点からの議論も盛んになり、作業療法領域は急速な発展をみたとする。さらに90年代に入ると、学会編纂の教科書の発行(90年)、4年制大学初のOT養成課程設置(広島大、92年)など、教育面の充実も図られた。現在、OTの数は6万人超、養成校も177校を数え、量的には「OT先進国」の仲間入りをしたと言えるが、一方で認知度の向上、質の底上げなど根本的課題も残る。

寺山氏は、多くのOTがアイデンティティの確立に苦悩していることも指摘。リハビリテーションマインドや障害学に基づいた実践・研究を行うこと、患者・利用者の声に耳を傾けること、生涯学習に励むことなどで、その確立がかなうとの私見を披露した。また将来のOTに期待することとして、クリニックやNPOなどでの独立した活動、高度に専門的なケアの実践、地域包括ケアへの参入などを挙げた。

最後に氏は、若手OTに向けて「作業療法の質向上をめざしたたゆまぬ努力を続けてほしい」とエールを送った。



●WFOT会長のプリントネル氏



在宅医療モノ語り 第51話

鶴岡優子 じんかめ診療所

語り手 臨機応変に吸いとります 尿とりパッドさん

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つだ。往診靴の中、往診車の中、患者さんの家の中、部屋の中……在宅医療にかかわる道具(モノ)を見つめていると、道具も何かを語っているようだ。今回の主役は「尿とりパッド」さん。さあ、何と語っているのだろうか?

自己調節は難しいし、尿の「1回量」なんて、普通わからないですね。検尿の経験はおありですか? 出始めのところは捨て、軌道に乗ったところでカップにキャッチ。十分取れたら、あとはリリース。あれで一体どれくらいの量になるのでしょうかねえ。

私は、お店で市販されている尿とりパッドです。責任を持って“モノ”を確保しなければならないため、「1回量」をととても気にして

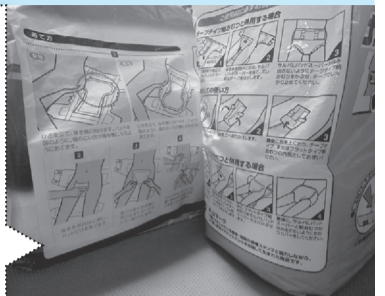
います。尿が出る回数も、便が出る回数もそれぞれ。とはいえ、一般的に尿のほうが断然多いですね。ですから、尿だけのときは私に吸収させ、取り替え、捨てる。経済的でもありますし、ズボンをすべて脱ぐことなく簡単に交換できます。

お店では介護用オムツのお隣に陳列され、よく彼らと一緒に購入されています。売り場に来ると、私たちの種類の豊富さに驚かれると思いますよ。よく見ると、おしっこ吸収の目安2回分とか4回分なんて書いてあります。マメに取り替えられる昼間は容量小さめ、夜間は交換せずに寝ていられるように容量大きめ……といった使い分けもできるようです。あと、男性用・女性用・男女兼用とも書かれています。男性用の場合は突起物をしっかり包み込むスタイルで、女性用の場合は重力に従って下に流れるのを受け止めるスタイルと、構造により違いがあるのです。

最近の商品は素早く尿を吸い込み、吸い込んだ尿が逆流しないように改良され、不快感を軽減する工夫もされています。漏れ出る危険性をさらに抑え込むため、ギャザーが付いたり、ズレないようにテープが付いたりすることもあります。隙間を埋めるように私を「蛇腹」折りにして挟み込む技術もあつたりするみたいですね。私たちを使う皆さんも日々、試行錯誤を重ね、ベストな商品選びと使い方の開発を行っているのです。

在宅ケアの現場では、尿とり以外の働きを求められることがあります。例えば、褥瘡などの傷の処置。浸出液が多い場合、私に出番が回ってきます。吸収は得意ですからね。私が直に創面に当てられることもありますし、穴あきポリエチレンさんなどと一緒に使われる場合もあります。傷を洗うときに下でその廃液をキャッチすることもあります。そういえば最近、「尿とり仲間」のペットシーツさんも活躍していて、よいライバル関係です。彼らのシンプルな作りと手ごろな価格が魅力的なようですね。

こんな私ですが、デリケートな問題が絡む場面に出くわすことも多くあります。「シモの世話」というのは、するほうもされるほうも特別な感情が芽生えるようです。日に何度も直面する待たなしの介護ですから。このあいだも、あるおばあさん、急にお茶を飲まなくなってしまいました。この暑さです。「脱水が心配だ」と、同居する息子さんも必死なのですが、なかなかコップのお茶は減りません。私が吸収した尿も、量が少なく濃縮しています。排尿の量を自己調節したとも思えません。一体どうされたのでしょうか。このところ、息子さんも仕事が忙しいらしく、寝不足が続いているようでした。独身で介護を手伝ってくれる伴侶も兄弟もいません。もしかしたら、おばあさん、わざと飲む量を減らしたのではないのでしょうか。ベッドで寝ていても、「母親」として息子の疲れを心配されていたのではないのでしょうか。……私の考え過ぎだといひのですが。



パッケージも情報源 図式でかなり丁寧な説明付き。どんな人にオススメか、どんな特徴があるのか、記されています。使用後の処理の仕方や、医療費控除対象商品であることも明記。「心配ゼロの安心ケア」、コピーが泣かせますが、ゼロは難しいですね。

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

ホスピタリスト

Hospitalist

Vol.2-No.2 発売

特集 膠原病

2014年間購読申込受付中!

責任編集 金城光代 岩波慶一 筒泉貴彦

- 季刊/年4回発行
- A4変 200頁
- 年間購読料19,008円(本体17,600円+税) ※毎月お手元に届きます。(送料別)
- 1部定価: 本体4,600円+税

総論: 症状に対する 診断的アプローチ	各論
1 ①発熱	10 関節リウマチ(RA)
2 ②関節炎	11 全身性エリテマトーデス(SLE)
3 ③皮膚症状	12 リウマチ性多発筋痛症(PMR)、側頭動脈炎(GCA)
4 ④呼吸症状	13 血管炎
5 ⑤神経・筋症状	14 全身性強皮症、皮膚筋炎(DM)/多発性筋炎(PM)
6 ⑥眼、耳、鼻、口	15 痛風/偽痛風/化膿性関節炎
7 血液検査	16 脊椎関節炎
8 免疫抑制剤① DMARDs、生物学的製剤、NSAIDsを中心に	17 Behcet病
9 免疫抑制剤② ステロイド	18 Sjögren症候群

真の“Hospitalist”を目指す! 米国で病棟ジェネラリスト=ホスピタリストとして活躍する、元“落ちこぼれ”医師が見たものは?

新刊 僕は病院のコンダクター 日本人ホスピタリスト奮闘記

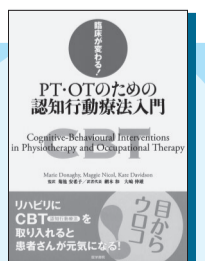
著 石山貴章 St.Mary's Health Center, Department of Hospital Medicine ●四六判 200頁 ●定価: 本体1,800円+税

認知行動療法(CBT)はリハビリにも効く! 患者が元気になる!

臨床が変わる! PT・OTのための認知行動療法入門

認知行動療法(CBT)はエビデンスをもつ心理療法として、リハビリテーション分野へも応用が進んでいる。本書は英国で刊行され、理学療法士・作業療法士に向けてCBT活用を説いた初めての書籍。うつ病、不安障害などの精神科疾患をはじめとして、慢性疼痛、線維筋痛症、慢性疲労症候群などの患者に対し、理学療法士・作業療法士がCBTの技法をどのように臨床に取り入れているかを学ぶことができる。

編集 マリー・ダナヒー マギー・ニコル ケイト・ディッドソン
監訳 菊池安希子 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部
訳者代表 網本和 首都大学東京大学院人間健康科学研究科 教授 大嶋伸雄 首都大学東京大学院人間健康科学研究科 教授



Medical Library

書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部(03-3817-5657)まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

がん臨床試験テキストブック 考え方から実践まで

公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター がん臨床研究支援事業(CSPOR)
教育研修小委員会 ● 編
大橋 靖雄, 渡辺 亨, 青谷 恵利子, 齋藤 裕子 ● 責任編集

B5・頁248
定価: 本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01645-2

評者 森下 典子
大阪医療センター臨床研究推進室長

臨床試験や治験の実施において、今やなくてはならない存在となった臨床研究コーディネーター(Clinical Research Coordinator, 以下CRC)。

日本では1998年から本格的にCRCの養成が始まりました。評者もモデル研修に参加して、それまで全く縁のなかった「治験・臨床研究の基礎知識」から「CRCとは何ぞや」のところまで、未知なる世界のことを数多く学びました。しかし当時は、CRCが研修に参加する機会が十分にあるとはいえ、CRCの役割や業務の確立に皆が試行錯誤していた時代でもありました。

がん臨床研究支援事業(CSPOR)主催のCRCセミナーは、そんな時代にあってCRCが臨床試験の知識を学び、仲間作りができる大変貴重なセミナーでした。充実している講義内容もさることながら、全国のCRCとそこで知り合い、意見交換を行うことで、日々の悩みを自信に変えて施設に帰っていくことができるのです。評者はCSPOR設立当初にはよく研修に参加させていただいていました。その後セミナーは23回を数え、延べ2020名のCRCと臨床試験支援スタッフが参加されていると知り、ここまでCRC教育のために本セミナーを企画し、実行して下さった関係者の先生方には本当に頭の下がる思いです。本書には、そんなセミナーの講演をもとに、がん臨床試験に真摯に取り組んでいる大勢のエキスパートの方々が寄稿しています。第1回のセミナーから13年。まさに、本書は「待ちに待った」出版であり、がん領域の臨床試験に携わる人には必携のテキストブックになっています。

本書の魅力は、①がん臨床試験にかかわるのは初めてという人にとってはわかりやすく、読みやすいように構成

されており、「がん臨床試験」のAからZまで学ぶことができること、そして、②がん臨床試験の経験者にとっても、がん臨床試験をめぐる環境の変化が理解でき、トピックスが数多く盛り込まれているため、基礎から復習するのに最適であること、さらに、③CRCはもちろんの

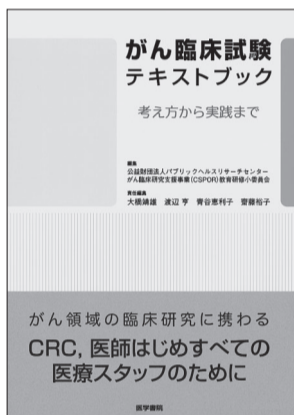
こと、医師、看護師、薬剤師、治験・倫理審査委員会委員等々、がん臨床試験にかかわるどの関係者が読んでも、日常、疑問に思っていること、知りたいと思っ

ていることが随所に散りばめられている現場感覚いっぱいの内容となっていることです。もちろん、じっくりと読んでいただくことをお勧めしますが、「時間が無い」という方には、興味のある章のみを読んでもわかりやすいように構成されていますので、研究者が臨床研究を企画・立案・実施する前に本書に目を通せば、何に気をつければよいのか、CRCは何をする人なのかがとてもよくわかります。

いつも熱意ある行動力、発想力、指導力でもって、わが国のCRC教育をけん引して下さる大橋靖雄先生、渡辺亨先生、そしてCRCの先駆者として、いつも私たちの良きモデルとなってくれている青谷恵利子さん、齋藤裕子さん(ここでは親しみを込めてあえて「さん」と呼ばせてください)、本書を送り届けていただきありがとうございます。

本書を手にとった研究者、臨床試験支援スタッフが、臨床試験のお作法を学び、日本の臨床試験のレベルをさらに高め、まだまだ難治性疾患が多いがん領域において、より良い医療を一日も早く患者さんに送り届けることを心から願っています。

現場感覚に溢れた がん臨床試験スタッフ必携の書



第26回矢数医学賞に『日本近現代医学人名事典 1868-2011』

『日本近現代医学人名事典 1868-2011』(京大名誉教授・泉孝英氏編、発行・医学書院)が第26回矢数医学賞を受賞し、第115回日本医史学会(2014年5月31日-6月1日、太宰府市)において、授賞式が行われた。同賞は故・矢数道明氏寄贈の基金により設けられ、医学の歴史研究における優れた業績に対して授与される。泉氏は、「60年前修学旅行で訪れて以来の太宰府で、感慨無量なものがあります。『他人の模倣はしない、他人が手を付けていない仕事をする』を基本として暮らしてきました」と話した。式に列席した同学会副理事長の坂井建雄氏(順大)は、「本事典は、明治以降の近代医学に携わった人たちの事跡を扱っている。世界最高レベルに達したわが国の医学が、多方面の多数の人たちによって育て支えられてきたことを知るのには実に感慨深い」と述べた。



●受賞記念スピーチを行う泉孝英氏

なお、同時に授賞式が行われた第20回日本医史学会学術奨励賞には、鈴木達彦、足立理絵子、並木隆雄、平崎能郎、花輪壽彦の『華岡青洲の春林軒膏薬と李靖十二辰陣』(日本医史学雑誌第59巻4号掲載)が選ばれた。

標準生理学 第8版

小澤 静司, 福田 康一郎 ● 監修
本間 研一, 大森 治紀, 大橋 俊夫, 河合 康明, 黒澤 美枝子, 鯉淵 典之, 伊佐 正 ● 編

B5・頁1178
定価: 本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01781-7

評者 持田 澄子
東医大教授・細胞生理学

『標準生理学』は、それまでに出版されたどの生理学の教科書よりも分厚く、そして、高度な内容の教科書として、1985年6月に初版が出版された。

本書は、生理学を理解する上で鍵になる基本的な概念や生理学的なものを見方・考え方を説明した医学生生の教科書であったが、基礎医学研究に携わる若手研究者にとってもバイブルのような存在であり、頻りにページを繰ったものである。

その後、改訂を重ね、「生理学のすべてを丁寧に解説する国内最高峰のテキスト」として、第8版が2014年3月に出版された。2009

年に出版された第7版の編集に、さらに4名の日本を代表する生理学者が加わり、また、22名の先生方に代わって35名の先生方が新たに参加し、総勢68名の先生方の執筆を、小澤静司先生と福田康一郎先生が監修されている。第8版では、読者が本書をより使いやすくなるような工夫が随所に施され、生体の機能とそのメカニズムの詳細をとともわかりやすく解説しており、感嘆に値する。

今回の改訂では、これまで下線を引かれていた重要語句が太字ゴシックとして明示され、とても見やすくなった。また、第6版から別冊付録として添付されていた「生理学で考える臨床問題」が本体の巻末に収められたので、本文を読み進みながら読者の理解力を診断できるようになった。さらに、第7版

から導入されている「構成マップ」には、模式図が多く入れられ、重要事項が3段階に色分けして明示され、読者が概要を把握しやすく、また、覚えやすい工夫がなされている。

これまで「章」としていたくりを「編」とし、各編の下に「章」が置かれ、章の番号が通し番号で80章にもなる大冊であるが、各編の最初に「本編を学ぶ意義」が1ページにまとめられており、読者に何を学ぶべきかを考えさせる希少な教科書である。

第8版では、半数以上が新執筆者であるので、第7版までと比較して、多くの最新情報

が新しい模式図を用いて鮮明に表示され、簡潔な文章で解説されており、驚かされる。評者の研究分野である「第6章 興奮の伝達」では、シナプス伝達に関する最先端の知見がふんだんに盛り込まれ、神経生理学の進歩が反映されていてうれしく思う。また、「第7章 神経細胞学/総論」では、視床と大脳皮質の機能解剖学の解説が加えられ、「第16章 脊髄」では非常にわかりやすくきれいな図が使われている。「第23章 大脳皮質の機能局在」では、高次神経機能のしくみが端的に解説されている。などなど、列挙しきれないほどの改訂がされている。

本書は、生理学を学ぶ学生だけでなく、大学院生や臨床医が生体機能について疑問を抱くときに、的確に答えを明示してくれる貴重な教科書である。

一層わかりやすくなった 国内最高峰の生物学テキスト

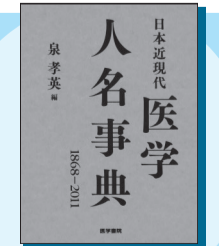


わが国の医学・医療の礎を築いた故人の業績を集大成

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・収載した人名事典。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びとも選定した。付録に関連年表・書名索引(全10.055タイトル)を収載。

泉 孝英 編
京大名誉教授
公益財団法人京都健康管理研究会
中央診療所理事長



A5 頁810 2012年 定価: 本体12,000円+税 [ISBN978-4-260-00589-0]

医学書院

新刊

オピオイドを正しく理解し、適切に使用するために

21世紀のオピオイド治療

Opioid Therapy in the 21st Century

▶ 慎重な投与が必要とされるオピオイドを適切かつ安全に使用するためのガイド。薬理学、投与経路の選択、がん性痛や非がん性痛に対する個々の患者に応じた治療法、および乱用、依存、流用のリスクの管理や緩和など、医師が最適な治療を行う際に合理的な判断を下す助けとなる知識を提供する。慢性痛に限らず疼痛緩和領域に関わるペインクリニック医や緩和ケア医、整形外科医や腫瘍科医のために。

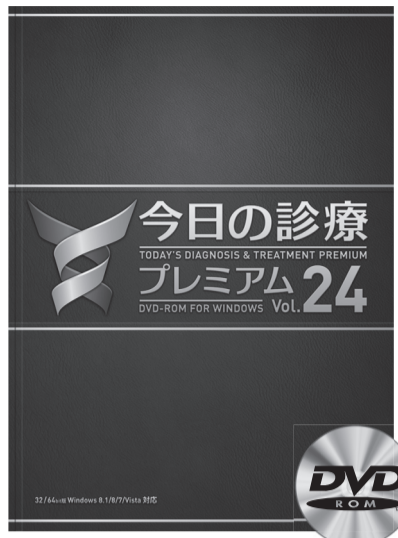
監訳: 井関 雅子 順天堂大学医学部麻酔科学・ペインクリニック講座教授
橋口 さおり 慶應義塾大学病院緩和ケアセンター センター長

定価: 本体4,600円+税
A5変 頁304 図18 2014年
ISBN978-4-89592-781-9

MDSi 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.medsico.jp
FAX. (03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

最新の医学知見を網羅した、総合診療データベース

今日の診療 プレミアム Vol.24 DVD-ROM for Windows




●DVD-ROM版 2014年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610025]

パソコンだけでなく、スマートフォン・タブレット端末でも「今日の診療」をご利用いただけるようになりました。



※スマートデバイスの動作環境
 iOS(4.3以降) 端末：
 iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)
 Android 端末：
 Android2.3以降搭載のスマートフォン、3.2以降搭載のタブレット
 別途 Medical e-Shelf(MeS) アプリ(無料)のインストールが必要です。

医学書院のベストセラー書籍14冊、約90,000件の収録項目から一括検索



治療薬検索は独自機能でさらに便利に

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

データはパソコンにインストール可能

本商品(DVD-ROM)のデータは、パソコンにインストールすることができます。一度インストールしておけば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。
 ※インストール後、インターネット経由でのオンラインライセンス認証が必要です。本商品をインストールしたパソコンがインターネットに接続していても、インターネットに接続できるパソコンがあれば、認証作業を行うことができます。

骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.24」もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.24
 DVD-ROM for Windows
 価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610049]
 ※「今日の診療 ベーシック Vol.24」には、スマートデバイス閲覧権は付与されません。

収録内容詳細

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2014年版 (付録の一部を除く全頁を収録) Update
- ② 今日の治療指針 2013年版 (付録の一部を除く全頁を収録)
- ③ 今日の診断指針 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
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2013-2014 (付録の一部を除く全頁を収録)
- ⑧ 治療薬マニュアル 2014 (付録の一部を除く全頁を収録) Update

プレミアムのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第2版 (序・付録を除く全頁を収録)
- ⑬ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑭ 医学書院 医学大辞典 第2版

*書籍とは一部異なる部分があります

「今日の治療指針 2014年版」には、スマートデバイス閲覧権が付いています。本書をお持ちの方は、今すぐお申し込みください。

無料

お申し込み手順


- 本書に挟み込まれている専用申込書に、必要事項をご記入の上、ポストに投函してください。
※お申し込みは、専用申込書でのみ受け付けております。
- ライセンス証書が郵送されたら、スマートデバイスに「Medical e-Shelf」アプリをインストールします。
- 初回のみ、ライセンス認証を行います。

スマートデバイス版の特長

- 章から疾患項目を選び、全27章、1,121疾患項目の見出しから参照
- キーワード検索
検索ボックスにキーワードを入力すると、該当項目一覧を表示 (スペースで区切れば、and検索も可能)

※スマートデバイスの動作環境
 iOS(4.3以降) 端末：iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)
 Android 端末：Android2.3以降搭載のスマートフォン、3.2以降搭載のタブレット
 別途 Medical e-Shelf(MeS) アプリ(無料)のインストールが必要です。

厳選された医薬品情報を持ち運びに便利な文庫本サイズに凝縮



Pocket Drugs 2014

監修 福井次矢
 編集 小松康宏・渡邊裕司

今日の治療指針 2014年版

監修 山口 徹・北原光夫 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

- デスク判(B5) 頁2128 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-01868-5]
- ポケット判(B6) 頁2128 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01869-2]

類似薬・同効薬ごとに治療薬を分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「くすりの選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を読みやすくコンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、重要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。

●A6 頁1312 2014年 定価：本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01751-0]