

座談会

情報洪水時代の医師と患者

- 〈司会〉 ■ 長尾和宏 (長尾クリニック院長)
 ■ 勝俣範之 (日本医科大武蔵小杉病院腫瘍内科教授)
 ■ 山口育子 (認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML理事長)

【長尾】 今日「情報洪水時代の医師と患者」というテーマですが、少し前にNHKの健康情報番組「ガッテン！」で、不眠症治療薬「ベルソムラ」が糖尿病に効果があるかのような誤解を招く内容が放送されるという問題がありました。各方面から反響が大きく数日で番組ホームページに訂正が掲載されましたが、NHKの影響力は凄いのので、私の診療所にも何人か「糖尿病に効く睡眠薬をください」という患者さんが来しました。メディアで信頼性の低い情報が氾濫している状況について、患者相談を行われている立場から山口さんはどう感じていますか。

【山口】 活動を始めて27年目になりますが、一貫して感じるのは、一般の方の意識がとにかくメディアに左右されているということです。メディアはいかに目を引くかが勝負なので、そういう報道にすぐ飛びついてしまうケースが多い。またテレビは正しいと信じているということもあると思います。

【長尾】 特にNHKについては絶対正しいと信じているでしょうね。

【山口】 中でもガッテンに関しては、「ガッテンで報道されたのだからいいらしい」と医師でも疑わずに信用している人もいます。

【勝俣】 メディアのあり方が問われているのではないのでしょうか。ベルソムラの件では、幸い権威ある2つの学会が抗議したことでNHKが謝罪、訂正しました。

【長尾】 メディアのあり方が重要との指摘がありました。開業医の立場から影響が大きいと感じるのが、生活習慣病に関する報道が続いている『週刊現代』です。この薬は飲んではいけな、などと

過激な表現で現場を混乱させていると医師がクレームを入れている状況です。

【山口】 極論のような言葉が見出しに躍っているので、いいかげんにしてもらいたいといつも感じます。中身を実際に読んでみるとそこまで極論ではないケースもあるのですが、多くの方は見出しだけで判断してしまふ。強い言葉には力があるので、惹かれてしまう人が多い。難しいところです。

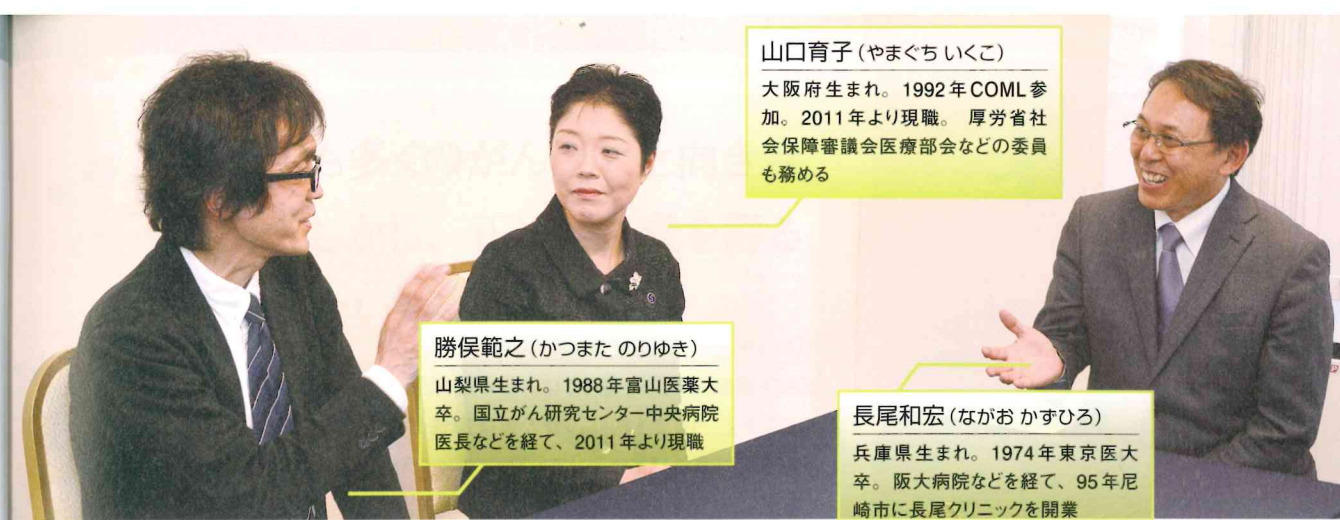
【勝俣】 メディアにとどまらず医師がブログやSNSなどで危ない情報を拡散するようなケースもあり、危ないと思ったら学会や公的機関が抗議すべきです。海外の先進国では常識になっています。

【長尾】 しかし、こうした情報を求める人がやはり一定数いることは間違いない。

【勝俣】 それは仕方ないと思います。患者さんに賢くなれ、と言う人もいますが私の母のような80歳を超えた高齢者にそれを求めても難しい。メディアに賢くなってほしいですね。

【長尾】 しかし週刊誌に節度を求めるのは難しいのでは。

【勝俣】 例えば週刊現代ならサラリーマン世代がターゲットなので、読者の理解力は決して低くない。現代に加え『週刊文春』や『週刊新潮』辺りにはそういう自覚を持ってほしいと思います。ただNHKがこんな状態では日本に信頼できるメディアはないと言っている。私は国立がん研究センター在籍時にメディア教育を担当していました。メディアを批判するのではなく、医療者がメディアと協力して正しい情報を出すようにしていくことも必要だと思います。



山口育子 (やまぐちいুক) 大阪府生まれ。1992年COML参加。2011年より現職。厚生省社会保障審議会医療部会などの委員も務める

勝俣範之 (かつまたのりゆき) 山梨県生まれ。1988年富山医大卒。国立がん研究センター中央病院医長などを経て、2011年より現職

長尾和宏 (ながおかずひろ) 兵庫県生まれ。1974年東京医大卒。阪大病院などを経て、95年尼崎市に長尾クリニックを開業

【長尾】 医学界とメディアが情報交換する場はほとんどありません。

【山口】 日頃から知識として賢くという意味ではなく、「賢い患者」になりましようと言っているのですが、高齢者の方にそこまで求めるのは難しい。鵜呑みにしてはいけないと感じているとは思いますが、過剰な報道があると同じことが何度も繰り返されてしまう。民度というか一般の方の意識も変えていく必要があると思います。

【長尾】 雑誌は部数、テレビなら視聴率がすべてです。どんどんエスカレートしていく傾向にあると感じます。規制を求める声もありますが、表現の自由との兼ね合いもありハードルは高い。無視するというのも1つの手ですが、どう対峙すればいいのか悩ましい。

【山口】 行政がするものではないでしょうね。

【勝俣】 そこはアカデミアやNPOなどの民間団体の出番ではないでしょうか。日本には正しい医療情報を発信しようとするNPOが少ない。がん医療を見ても海外には正しい情報を発信するような団体が、民間を含めたくさんあります。日本でもそうしたNPOを育てていくことが大切だと思います。

「がん専門病院が“インチキがん医療”に紹介状を書いている」(勝俣)

【長尾】 患者さんへのメディアの影響という点では、がん医療も大きな問題となっていますが、専門家の立場から勝俣先生はどうお考えですか。

【勝俣】 がん医療で医療否定といえば近藤誠先生です。最初は過剰診療への警告など良いことも言

っていました。しかし今ではがん医療全般を否定するような本ばかり書いている。これは危ないと感じ、癌治療学会や臨床腫瘍学会、国立がん研究センターに反対声明を出してほしいと働きかけたのですが、結局動いてくれなかった。自分で本を書くことにしました。

【長尾】 私も「近藤誠理論」を否定する本を書きましたが、担当編集者は学会の権威には全員断られたそうです。

【山口】 これまでCOMLにも近藤理論を信用して取り返しのつかない結果になったという相談がいくつも届きました。

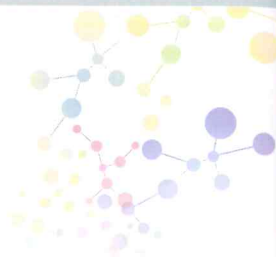
【長尾】 問題なのは近藤先生が市民の間では絶対的な良い人とされていることです。支持者には有名人や知識人もいて、その数は何百万人にも上る。こうした状況を私は「近藤誠現象」と名づけていますが、背景にはがん患者の不満や疑問が渦巻いているということがあると思うのです。

【山口】 ある病院に講演に行った時、中堅どころの医師から「治療を受ける気はないが経過観察だけはしてほしいという患者を引き受けられないといけないのでしょうか」と質問されたことがあります。

【長尾】 どう対応していいのかわかりませんが質問するとは情けない(笑)。

【山口】 意外と多いんですよ。

【勝俣】 私は「インチキがん医療」と称していますが、例えば免疫療法など耳触りが良いものに患者さんは流れがちで、検査だけしてくださいという人が少なくない。実はがん専門病院はそういう患者さんを受け入れないことが結構あるのです。



Memo

がん免疫細胞療法を巡っては、日本臨床腫瘍学会が実施医療機関の増加を踏まえ、16年12月に『がん免疫療法ガイドライン』を策定。勝俣氏は「免疫細胞療法はエビデンスに乏しくガイドラインでも推奨されていません」と指摘し、ガイドラインの周知を訴えている。

【長尾】 がん難民になってしまうのでは。

【勝俣】 その通りです。彼らの言い分としては「責任が取れないので、何かあったら免疫療法を受けているところで診てもらってください」となってしまいます。

【長尾】 いろいろな価値観を尊重して、寄り添うことが大切だと思うのですが。その患者さんの考えがやがて変わっていく可能性もあります。

【勝俣】 せめてインチキがん医療が効いてくれればいいのですが、ほとんど効果はありませんし、がんを放置してしまった患者さんは悪化して、いずれ医療機関に戻ってくるようになります。そうなった時に診ないところが多い。

【山口】 そもそもある程度進行してきた患者に対しては、「うちの対象でない」ということで、診てくれない現実もあります。

【勝俣】 高度ながん医療を提供している医療機関は、進行がんの患者さんは外に出したい。ある有名ながん専門病院では、そうした免疫療法などをやっているところにどんどん紹介状を書いています。

【長尾】 それは面倒だからということですか。

【勝俣】 面倒ということもありますが、自分のところでホスピスとか緩和ケア、在宅での治療を勧めて納得してもらうには時間と手間がかかります。がん医療の限界を丁寧に説明しても、患者さんは「新しい治療法はありませんか」と食い下がります。そこで患者さんが、ネットやメディアで目にした免疫細胞療法(⇒Memo)などの可能性を医師に質問すると、「ではご希望のところに紹介状を書きます」となるわけです。

【山口】 患者さんがお願いしたらどんどん紹介状を書いてしまうのですか。

【勝俣】 実は一部の病院の医師がそうした医療機関にアルバイトに行っていて、連携しています。紹介状を書きやすい環境ができています。

【山口】 待遇が良いのでしょうか。

【勝俣】 非常に良いようです。私のところに来たことはありませんが(笑)、他の勤務医には転職の勧誘が頻繁に届くようです。中身を見たことがありますが、勤務は午前9時から午後5時で、「一緒にがんばりましょう」と言うだけで年収は2000万円以上などと書いてある。真面目な臨床の勤務医でも疲れるとふらっとなびいてしまう。実際に国立がん研究センターの後輩が免疫細胞療法をやっている医療機関に転職した例を知っています。

【長尾】 免疫チェックポイント阻害薬のオプジーボが登場して、まったく関係のないがん免疫細胞療法が効くと誤解されてしまう環境になりました。

【勝俣】 医師でも治療を受けてしまう人がいるくらいです。

【長尾】 開業医は生活習慣病の講演にはよく参加するのですが、がんの知識を得るチャンスがあまりない。分からないので「まあいいんじゃないんですか」と言ってしまうこともあるように思います。

【山口】 免疫療法というと、免疫力を高めるとか、非常に良いものというイメージがあるようです。信じている方は何百万円もかけています。

【長尾】 効果がないと分かっているもやっただけという家族もいます。これは専門病院だけではなく我々も患者さんに寄り添えていないというこ

開業医でも多くのがん患者と向き合う時代。しかし、正しい知識を得る機会が少ない。



との表れだと思えます。患者さんの薬にもすすがる思いにどう応えるかは大きな課題です。開業医でも多くのがん患者と向き合う時代に、正しい知識を得る機会が少ない。学会が一般国民だけでなく、開業医を含めた医師全体に正確な情報を提供してほしいと思います。

【勝俣】 そういう声をぜひ上げてほしい。現在でも国立がん研究センターのがん対策情報センターがネットで情報を提供していますが、なかなか更新されません。私も一応委員になっているので手直しをした際に、免疫細胞療法については「勧めない」と書いたのですが、がんセンター内部のいろいろな人の意見を聞くうちに「慎重になるべき」で落ち着いたしまった。もう少し強く言わないと伝わらないと思います。

「信頼できる医療サイトをどう構築するか」(山口)

【山口】 インターネットの普及がこの問題をさらに深刻化させています。情報は新聞やテレビではなく、ほとんどネットから得るといえる人が増え、関心がなくても知ってほしい情報を伝える手段がなくなっていると感じます。

また調べたい情報があっても、日本の場合、上位にヒットするのは多くが信用性の高いものではありません。そこで現在、比較的信用性のある情報を提供しているネット事業者と協力して、医療・健康情報ならまずこのサイトに行きましょう、というものを作ろうと検討しています。専門家を交えて何度も検証する必要があると思いますが、患者からも医師

からも信頼されているサイトというのを整え始めないといけないと思っています。

【長尾】 それはぜひ形にしてほしい。インターネットでは、医療機関のホームページに対する規制が緩いという問題もあります。

【山口】 ホームページに関しては、不適切な表現に罰則規定を設けた医療法改正案が今国会に提出されています。ホームページの情報を医療広告と同様の基準にしてしまうと、一般の方が欲しい情報が出てこなくなってしまうので、例外に位置づけられました。情報が制限されないように、ネットパトロールをして不適切な情報を監視することになっています。免疫療法などもここに引っかかってくるのですが。いちごっこですから。

【勝俣】 取り締まってほしいのは、誇大広告や科学的根拠に基づかない情報です。また情報開示という点で重要なのは、診療ガイドラインをベースにしたものであることだと思います。ガイドラインに則っているかは1つの判断基準になる。正しい医療情報というものに関する議論を、もう少し深めていく必要があります。

【山口】 ガイドラインを公表する時に、こういう言葉があったら眉唾と思ってくださいという文言集を、一般向けに作成すればいいと思います。

【勝俣】 日本では無料公開されているガイドラインは一部です。ガイドラインと関連情報を提供する医療機能評価機構のMindsもすべてが無料ではありません。海外の先進国は患者さん向けのももすべて無料です。ガイドラインはそもそも広く知らしめるためのものなので無料公開すべきでしょう。

説明はたくさん受けるようになっても
理解できなければ「聞いていない」
のと同じです。



【山口】 私はMindsの運営委員なのですが、公開してくれない学会が確かにあります。理由は無料では本が売れなくなるので困る、というのです。

【長尾】 誰のためのガイドラインなのかということですね。非常に重要な提言だと思います。

【山口】 診療ガイドラインの存在を一般の方はほとんど知らないの、周知していく必要がありますね。

「ガイドラインの弊害も大きい」(長尾)

【長尾】 ガイドラインでは「エビデンス」という言葉が必ず使われますが、免疫療法でもエビデンスがあると主張している。私は「エビデンスレベル」という考え方を浸透させていくことが、重要だと思います。

【勝俣】 メディアでは分かりやすい「権威者の意見」とか「患者さんの体験談」といったエビデンスレベルの低いものを報道しがちです。誰が推奨していても、エビデンスレベルは低いということをメディアと患者双方に理解してもらう必要があります。

【山口】 そもそもガイドライン自体をマニュアルだと勘違いしている人が多い。COMLでは、医師と患者が一緒になって治療という完全でないものを読み解いていくためのガイドであって、エビデンスというのはこんな理由でこれくらい推奨されているということが書かれていると説明するようにしていますが、なかなか理解してもらえない。

中でも弁護士さんなどはマニュアルだと強く思い込んでいて、裁判になった時には「ガイドラインに沿った治療でない」と追及してきます。こうした

リスクを避けるため、マニュアルのように使ってしまう医師がいるのではないのでしょうか。

【勝俣】 ガイドラインの捉え方ですね。医師でも正しく理解している人はそう多くないと思います。金科玉条にするのはごめんだとか、縛られるのは嫌だとかいう、間違っただけで前提に立った声を耳にします。

【長尾】 そんなことを言う医師がいるとは驚きですが、個人的にはガイドラインの弊害も大きいと感じています。薬物療法が中心になっていることが多く、製薬企業主導の面が相当あります。ディオバン事件の影響もありますが、週刊現代や近藤誠先生はその辺りの利益相反を「うさん臭い」と感じて突いてきている。学会が製薬企業から距離を置くなど、倫理的な透明性を高める努力が求められています。

【勝俣】 利益相反に関しては、日本の学会ではいくら利益相反があっても、ガイドライン作成メンバーからそれが理由で外されることはありません。米国では医学会が規制していて、ガイドライン作成メンバーの半数以上に利益相反がないことが条件です。委員長はゼロでなくてはならない。そうなるとメンバーは若手を中心に権威の先生は少なくなります。利益相反がないわけですから自由に書くことができ、エビデンスを正しく評価した精度の高いガイドラインになるのです。

メンバーは作成後1年間は製薬企業の講演をしてはいけないという規定があるほど厳格です。作成メンバーの先生が製薬企業の講演で全国行脚する日本とは対照的です。

【長尾】 悪しき慣習ですね。でも山口さんの指摘のように、ガイドラインに従っていないと訴訟にな

ったら不利になると信じる医師がいるのは現実です。問題になっているポリファーマシー(多剤投与)の根底には、ガイドラインに従わなくてはならないという医師の思い込みがあるのではないのでしょうか。ガイドラインの適切なあり方、つまり医学界の自浄作用能力が問われているということですね。

【勝俣】 自浄作用だけでは無理だと思います。市民の声というのはやはり大事なので、どんどん意見を言ってほしいと思います。

【山口】 いま診療ガイドラインは作成段階から市民の声を反映することを推奨するとされていますが、通常の国の検討会や審議会などに比べ、ガイドライン作成に参加するのは大変です。私は日本高血圧学会の診療ガイドライン改訂にメンバーとして参加していたのですが、200人近くの専門家がホテルに集まる中、一番前の席に案内されて難しいスライドを見続ける経験をしました(笑)。

当然専門家ではありませんので意見などは言えないわけですが、会合の議論を踏まえて一般の方に知らせてもらいたいことを意見書としてまとめたところ、作成委員会の委員長から「ガイドラインの内容を盛り込んだ一般向けの高血圧に関する解説書を作るので、共著でやりましょう」とお誘いをいただき、実際に出版しました。

【長尾】 それは素晴らしい。そういうスタンスが医学界には必要なのではないのでしょうか。

【山口】 そのお誘いは非常に嬉しかったですね。ガイドラインそのままでは当然難しいので、一般の方に知ってもらいたい内容をわかりやすく書きました。こういう動きが増えていけばよいと思います。

Memo

1999年には都立広尾病院で消毒液と血液凝固阻止剤の取り違いによる死亡事例、横浜市立医大で肺手術と心臓手術の患者を取り違えた結果死亡した事例などが発生し、「医療事故」として大きく報道された。

コミュニケーションスキルを重視した医学教育を

【長尾】 山口さん、長年患者相談をされてきて何か変化を感じることはありますか。

【山口】 冒頭にお話したように、この国には本当に世論があるのかと思うくらい、メディアの報道に左右されているというのが実感です。メディアが医療事故を大々的に報道して社会問題化した2000年前後(⇒Memo)は、月に500件以上の電話相談がありました。その後「医療崩壊」が叫ばれるようになると相談も激減しました。

変わらないのは自己決定できないということですね。昔は情報さえもらえれば理解して決められるようになると思っていたのですが、いざ増やしてみると情報の波に溺れている方がとても多い。説明はたくさん受けるようになったのですが、理解できなければ「聞いていない」のと同じ状態なのです。

【長尾】 医師と患者のコミュニケーションという問題にもなってきましたね。

【山口】 この二十数年で医師は本当に説明をよくしてくれるようになりまし、ふんぞり返っている医師は本当に減ったと思います。ただ、問題はやはりお互いのコミュニケーション能力だと思うのです。

【長尾】 忙しいとかいろいろな理由がありますが、私は医師全般のコミュニケーションスキルが、年々低下しているのではないかと心配しています。

【山口】 ボトムアップは確実にしています。医学部でOSCE(客観的臨床能力試験)が始まったことで、基本的な能力は比較的均一になりました。でも



社会全体でコミュニケーションが希薄になっている。医療はそこを大事にしていくべき。

応用が利かないのです。2020年には全国一斉に Post-CC OSCE という臨床実習修了後のレベルの高い OSCE を始めるということで、2017年度からトライアルが始まります。これでどれくらいレベルを上げられるかだと思います。

【長尾】 医学教育では、文部科学省がモデル・コア・カリキュラムを見直して、2018年度以降に入学した医学部1年生からコミュニケーションスキルを学ぶこととなりますが、教えられる人が医学部にいるのかという問題がある。

【山口】 米国はコミュニケーションの専門家が教えています。でも日本で医学生を教えるのは医師でなければいけない。

【勝俣】 本来なら医師ではない人が教えて、医学生に医師以外の世界を知ってもらったほうが、いいと思います。日本は高校を卒業したらすぐに医学部ですから、世間知らずな医師が多いのです。

【長尾】 医学部に入ったら early exposure で、最初からしっかり学んだほうがいい。それにはコアカリを変えただけでなく、COML のようなところとかいろいろな専門家の協力を得ないと成果は期待できません。

【山口】 いま医学教育界で話題になっているのが“2023年問題”です。これは米国以外の国の医学部を卒業した医師が米国で仕事をしようと思った時に受ける試験では、グローバルスタンダードの教育を受けていることが受験資格にされるというものです。

そこで JACME (日本医学教育評価機構) という組織が立ち上がり、ようやく今年3月に世界基準の評価ができること認められました。ここが全国の医学部

にお墨付きを与えていくということになっていて、実習などがかなり増えるのです。

【勝俣】 そうですね。うち(日本医大)も今年4月から実習がかなり増えます。世界基準に合わせたカリキュラムに変化していかなくてはいいけない。今医学部はどこも相当大騒ぎしています。

【山口】 それによってどう変わっていくのかをしっかりと見たいと思います。

【編集部】 少し話は変わりますが、近未来に AI (人工知能) のようなものに色々な条件を入れれば正しい検査や診断、治療のあり方などで信用できるレベルになると思います。そこにアクセスして共通のベースを作った上で、コミュニケーションをとるような世界になれば状況は改善すると感じるのですが、いかがでしょうか。

【長尾】 エビデンスレベルは AI に作らせたほうが客観的だと思います。医師が作るからおかしくなるわけです。AI の性能にもよると思いますが、そういう時が来るのではないのでしょうか。

【勝俣】 新しいツールとして使えばいいのです。よく AI に我々の仕事が任せられるものかと反対意見が出ますが、あくまで AI を利用して、得意なところを任せてうまく医療に役立てればいい。例えば1つのツールとして、打ち込むと診断名とエビデンスが出てくれば効率的かもしれません。私も外来で横にコンピューターを置いています。患者さんを目の前にしてコンピューターで検索するので結構大変なのです。今のトピックは何とか、ということを手探りで調べたい時に AI を補助ツールとして活用すれば、患者さんとのコミュニケーションに注

議論が白熱し、話題は医師と患者の向き合い方にとどまらず、医学教育のあり方や一般市民への啓発活動にまで及んだ。司会を務めた長尾氏は「高齢者医療が中心になる中で、これまで受けてこなかったコミュニケーションスキルを磨く場を設けるべき」とまとめた。



力できる。

【山口】 私は AI で電話相談の分析をしてもらえるといいなと思います。1件の平均が40分ですから、その音声を聞き取って、患者さんの問題点をまとめるようなことを AI がやってくれたらありがたいですね。

「否定せず、見放さず、妥協しながら高満足度の医療を提供する姿勢が大切」(長尾)

【長尾】 環境が変わり、患者も変わってきている中で、医師はどうあるべきか。今日の座談会のメインテーマでもあります。勝俣先生いかがですか。

【勝俣】 山口さんが言われたように、これからはコミュニケーションスキルが医師にも問われる時代になります。インフォームド・コンセントと言われて久しいのですが、ただ説明をして、後は患者さんが決めてくださいという責任逃れのインフォームド・コンセントが行われている。shared decision making と言いますが、患者さんと一緒に考え、共感していくスキルが求められている。

メディアとのコミュニケーションも大切です。メディアは喧嘩相手ではなくて、我々の言葉の代弁者。メディアが正しく伝えてくれるように働き掛けなければいけない。社会全体としてコミュニケーションが希薄になっていく中で、そこを大事にしていく医療になるべきだと思っています。

【山口】 私はどんな集団でも正規分布を描くと思っています。これまで医師と患者はお互いの後方集団を攻撃してきました。生意気ですが COML の活動で、どうにか双方の中央値を上げることができ

ないかなと。全体がレベルアップすれば後ろのほうも引っ張られ、そうした発想の転換が情報リテラシーの向上にもつながるのではないのでしょうか。

患者のリテラシー向上という視点では、今年度から新たな活動を始めます。現在審議会などに委員としてたくさん参加させていただいていますが、候補者が少ないのです。まず医療の基本的なことを学ぶ必要がありますが、COML の活動でそうした方が300~400人くらいになっているので、養成講座を開き、人材バンク化していくつもりです。

こうした医療に対して成熟した考えを持つ一般市民が増えていけば、「医療というのはこういうものなのですよ」「私たちもこうしていこうね」というように中央値を引っ張り上げてくれる効果が期待できるのではないのでしょうか。

また子どもの頃から意識を持ってもらうために、14年に『いのちとからだの10か条』という小冊子を作りました。小学生になったら自覚症状は自分でちゃんと伝えましょうというようなことが書いてある。急に賢くはなれないわけですから、そういう支える層を育てていくことも、必要だと思います。

【長尾】 素晴らしい取り組みですね。これまでメディアが悪いという話が出ましたが、医師にも反省すべき点があります。私も医療を否定するようなことを言う患者さんをついつい怒ってしまうことがあります。しかしそういう患者さんはチャンスと捉えるべきなのです。放置していいと思ったら受診はしない。決して否定せず、見放さず、時に妥協しながら最終的には満足度、納得度の高い医療を提供していくという姿勢を持つことが大切だと思います。

週刊 日本医事新報

No. 4855

2017/5/13

5月2週号

p21 特集

医療不信患者への対処術2

- 座談会「情報洪水時代の医師と患者」(長尾和宏、勝俣範之、山口育子)
- 解説:患者対応のポイント(小田倉弘典)
- 読者アンケート:こんな患者の対応に困った!

p1 巻頭

- プラタナス:終末期医療とDNAR(小西竜太)
- 画像診断道場~実はこうだった:突然の意識障害の原因は?
(西川真木子ほか)

p7 NEWS

- この人に聞きたい:精神鑑定の現状と課題は?(岡田幸之)
- まとめてみました:呼吸器学会『成人肺炎診療ガイドライン』
—高齢者の肺炎は積極的治療控える選択肢も
- 医療事故調査制度—中心静脈穿刺合併症の再発防止策を提言

p36 学術

- J-CLEAR通信:ディオバン臨床研究不正事件に無罪判決
(桑島 巖)
- 肥満外科手術の現状(太田正之ほか)
- 他科への手紙:消化器内科→整形外科(西田淳史)
- 差分解説:IgG4関連硬化性胆管炎(IgG4-SC)の現状 他6件
- 漢方スッキリ方程式(森原 潔)

p52 質疑応答

- プロからプロへ:心肥大の鑑別診断 他4件
- 臨床一般・法律・雑件:NSAIDs持続投与による腎血流低下, 心不全増悪の機序は?/再生不良性貧血と骨髓異形成症候群はどう鑑別するのか?/急性細気管支炎に β_2 刺激薬が適応とならない理由は?

p64 エッセイ・読み物・各種情報

- 小説「群星光芒」 ● エッセイ ● ええ加減でいきまっせ!
- 私の一皿(山田 悟) ● 漫画「がんばれ! 猫山先生」

p77 医師求人/医院開業物件/人材紹介/求縁情報

