2013年9月16日
第3043号

週刊（毎週月曜日発行）
購読料1部100円（税込）1年5000円（送料、税込）
発行＝株式会社医学書院
〒113-8719　東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694　FAX (03) 3815-7850
E-mail：shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY〈㈳出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

■[インタビュー]“治療の終結”を見据えた処方を（三島和夫）／[連載]続・アメリカ医療の光と影……1―2面
■[FAQ]処置時の鎮静および鎮痛（乗井達守）……3面
■[連載]ジェネシャリスト宣言……4面
■MEDICAL LIBRARY……5―7面

“治療の終結”を見据えた処方を

「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」がめざすもの

interview 三島 和夫氏（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神生理研究部部長）に聞く

●三島和夫氏
1987年秋田大医学部卒。同大精神科学講座助手，講師，助教授を経て2002年米国バージニア大時間生物学研究センター，スタンフォード大医学部睡眠研究センター客員助教授。06年国立精神・神経センター精神保健研究所精神生理部部長。10年より現職。著書に『不眠の医療と心理援助――認知行動療法の理論と実践』（金剛出版）など。睡眠障害の病態生理研究，治療ガイドライン研究などに関する厚生労働科学研究班の主任研究者を歴任。日本睡眠学会理事，日本時間生物学会理事等も務め，日本の睡眠医療レベルの向上に力を注ぐ。

「睡眠薬を使用しても眠れません。増量すれば効果が出ますか？」「服用すれば眠れますが，治っているのでしょうか？」――患者さんにこんな質問をされたら，どう答えればよいだろうか。

成人の約1割が不眠症に罹患していると言われるなか，睡眠薬も約6割が一般身体科で処方されるなど，診療科を問わず使用頻度の高い薬剤の一つとなった。ただそれだけに“なんとなく”処方を続ける状態に陥っているケースがある。このほど公表された「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」[1]では，上記のようなQ&Aや治療アルゴリズムを掲載し，睡眠薬処方のポイントをまとめている。本紙では，同ガイドラインワーキンググループ委員長の三島和夫氏に，作成のねらいを聞いた。

――睡眠薬の適切な処方についての指針が示されたのは初めてとのことですが，その背景には，どのような状況があるのでしょうか。

三島　まずは睡眠薬を処方される人が非常に多くいることです。09年時点で，成人への1か月処方率は3.5%，3か月処方率は4.8%に上っています[2]。

また，1日当たりの服用量と，多剤併用率も増加傾向です[2]。これは4つの向精神薬（睡眠薬，抗不安薬，抗精神病薬，抗うつ薬）のうち睡眠薬のみに見られる状況であり，うつ病や高齢化によるさまざまな疾患の併発など，背景に複雑な事情を抱えた慢性不眠症の方の増加が原因としてあげられます。

――治りにくい人が増えているということですね。

三島　ええ。そういう患者さんが精神科だけではなくかかりつけ医などの元にも多く訪れるようになり，非専門医の方が，患者を抱え込まざるを得ない状況が生まれています。

さらに問題なのが，“飲んで眠れるならそれでいい”と，求められるままに漫然とした処方を続けてしまう実態が一部にあることです。それらが積み重なって，結果的に全体の処方量が底上げされていると考えられます。

不眠症の治療ガイドライン[3]や，薬剤選択に関する指針は多くの教科書や資料に記載されています。ただ，こうした状況を踏まえ，あらためて睡眠薬に特化した中長期的な処方の方略を知っていただく必要があると考え，ガイドラインの作成に至ったわけです。

治療初期段階でハイリスク者を見極める

――では実際に，適切な処方を行っていくためには，どんなことを意識すべきなのでしょうか。

三島　一つは，ハイリスクの方を早期に見極めること。目安としては，最初の処方で出した分をきれいに飲みきってくる方には要注意ですね。少なくとも治療初期には，睡眠薬の7割以上が頓服で使用されています。そこから考えると，10日分を7日，ときには5日ほどで飲んでしまったような方は，それだけ不眠症状が重い，あるいは睡眠薬への期待が大きく，長期服用に陥りやすいと言えます。

また，依存傾向や不安が強い性格もリスクの一つです。そうした方は，アルコールとの併用禁止の指示が守れない場合もあり，相乗的に長期服用のリスクが最も高くなります。

――その人のもともとの性格や素質も，見極めていく必要があるのですね。

三島　そうですね。

半年から1年を超えて飲み続けると，一部の薬では耐性が生まれ，1錠では効かず2錠，3錠と処方量が増えてしまうことがあります。いくら薬を増やしても，それに比例して効果が増加することは期待できないにもかかわらず，です。そういう“深み”にはまっていくことがないよう，あらかじめリスクを見極めておくことが，その後の処方の方向性に大きく影響すると考えています。

“治療の終わり”とは？

三島　さらに重要なのが，“終わり”を意識した処方です。

たとえば花粉症への抗ヒスタミン薬や，膀胱炎への抗菌薬であれば「どうなったら服用を終われるのか」を，医師と患者とが共有できているのが普通だと思います。ところが睡眠薬の場合，どうしたらよくなったと言えるか，薬をやめられるのか説明もなく，尋ねられもしないまま，ずっと処方されているケースが見受けられるのです。

――休薬の目安を医師，患者双方で意識する，ということですね。目標は，「飲まなくても眠れるようになる」ことなのでしょうか。

三島　いえ，それだけでは不十分なのです。

日本国民の成人3人に1人は不眠症状があるとされますが，臨床的にも不眠症と診断されるのは約10%。では，不眠症状があっても問題なく生活している人と不眠症者との違いはどこにあるかというと，日中のQOLが低下している点なのです。不眠症の方には，眠気や倦怠感，集中力低下，抑うつ症状など，不眠症状に起因する多様な心身症状がみられます。

睡眠薬は当然ながら“寝かせる”薬なので，一定期間服用後にヒアリングをすれば，約9割の人は不眠症状が改善した，もしくはなくなったと回答します。ただ，不眠で低下したQOLも「改善した」と答える人は5割程度にとどまります。

つまり「不眠症状の有無」のみでは不眠症の決定打にはならないし，逆に不眠症状は若干残っていたとしても，日中の生活機能が改善していれば不眠恐怖症の泥沼からは抜け出せます。臨床評価も，その視点から行うべきでしょう。

――「何時間眠れた」とか「夜中に何回目が覚めた」と，睡眠を点数化するのではないということですね。

三島　そうです。

加えて今，睡眠薬服用者の7割以上を占める50歳以上の方は，生理的な

（2面につづく）

9 September 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。

糖尿病外来診療 困ったときの“次の一手”
吉岡成人
B5　頁176　定価3,675円　[ISBN978-4-260-01857-9]

ネルソン小児感染症治療ガイド（原書第19版）
監訳　齋藤昭彦
翻訳　新潟大学小児科学教室
B6変型　頁296　定価3,570円　[ISBN978-4-260-01808-1]

コンパクト新版 これなら使える看護診断 厳選NANDA-I看護診断83
編集　江川隆子
A5　頁312　定価2,625円　[ISBN978-4-260-01846-3]

〈神経心理学コレクション〉
音楽の神経心理学
著　緑川　晶
シリーズ編集　山鳥　重、河村　満、池田　学
A5　頁168　定価2,940円　[ISBN978-4-260-01527-1]

医療者のためのExcel入門 超・基礎から医療データ分析まで
田久浩志
B5　頁200　定価2,415円　[ISBN978-4-260-01845-6]

看護管理者のコンピテンシー・モデル 開発から運用まで
編集　虎の門病院看護部
B5　頁152　定価3,570円　[ISBN978-4-260-01905-7]

脳血管障害と神経心理学（第2版）
編集　平山惠造、田川皓一
B5　頁560　定価12,600円　[ISBN978-4-260-01230-0]

〈看護ワンテーマBOOK〉
腰痛のない身体介助術
岡田慎一郎
B5変型　頁128　定価1,890円　[ISBN978-4-260-01844-9]

質的研究法ゼミナール グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ（第2版）
編　戈木クレイグヒル滋子
A5　頁288　定価2,730円　[ISBN978-4-260-01867-8]

上記価格は、本体価格に税5%を加算した定価表示です。消費税率変更の場合、税率の差額分変更になります。

続 アメリカ医療の光と影　第253回

組織は誰の物か？

李　啓充　医師／作家（在ボストン）

黒人女性ヘンリエッタ・ラックス（31歳）が子宮頸癌で亡くなったのは1951年のことだった。しかし，彼女の癌組織はHeLa細胞として永遠の命を獲得した。ヒトから樹立された初の細胞株として，癌研究はもとより，ポリオワクチンの開発等あまたの研究に役立てられてきたのである。

HeLa細胞は，医学の進歩に多大の貢献をしただけでなく，さまざまな商業的利益をももたらした。しかし，ラックスの遺族は，組織が研究に利用されたことはもとより，長い間細胞株が存在することすら知らされなかった。ラックスの家族が，HeLa細胞のもたらす一切の商業的利益から排除された経緯は，レベッカ・スクルートの名著『不死細胞ヒーラ　ヘンリエッタ・ラックスの永遠なる人生』（講談社，2011年）に詳しく紹介されたとおりである。

科学の進歩に役立てるか，プライバシーの保護が優先か

今年3月，ドイツの研究グループがHeLa細胞の全ゲノム・シークエンスを報告したことで，ラックスの家族は新たな生命倫理上の問題に巻き込まれることとなった。シークエンスには特定疾患にかかりやすい素因等の医学的情報が含まれ，家族にとっては「プライバシーの侵害」となるからだった。データをオープンにして科学の進歩に役立てるのか，それともラックス一族のプライバシー保護を優先してデータを非公開とするのか，が議論となったのである。

8月7日，HeLa細胞のゲノム情報の取り扱いをめぐって，NIH（米国立衛生研究所）とラックスの家族との間で合意が成立した。「ゲノム情報の利用は研究目的に限り，アクセスは『許可制』とする。許可するかどうかを審査する委員会に，家族のメンバー2人が加わる」ことで，「科学の進歩」と「プライバシー保護」のバランスを取ることとなったのだった。

HeLa細胞はその典型であるが，患者から得た組織に莫大な「商業的価値」が生じることは珍しくなく，患者と研究者あるいは研究施設の間で，「利益の分配」をめぐって係争が生じる事態も起こり得る。

例えば，ヘアリー・セル白血病の細胞株「Mo」について，患者ジョン・ムーアが「自分の体から取った細胞を，無断で商業利用したのはけしからん」と，デイビッド・ゴールド医師とUCLAを訴えたのは，1984年のことだった。一審は研究者・研究施設の勝訴，二審は患者の勝訴となった後，カリフォルニア州最高裁は「一度体を離れた組織はゴミと一緒。患者に所有権はない」として，患者の訴えを退けた。

また，組織の所有権をめぐって研究者と研究施設とが争った事件も起こっている。ワシントン大（以下，ワ大）のウィリアム・カタローナ医師は，受け持ち患者から採取した組織・血液検体のコレクションについて大学側が「所有権」を主張したことに嫌気が差してワ大を辞めてしまった。他大学に移った後，患者に働き掛けて，「検体はカタローナ医師にドネートしたのだから，彼の移籍先に移すよう」ワ大に要請させた。しかし，ワ大は「所有権は大学にある」として患者からの要請を拒否するとともに，カタローナ医師を2003年に訴えた。連邦地裁・控訴審とも大学側の主張に軍配を上げ，カタローナと患者の主張は認められなかったのだった。

組織を提供する患者の願いとは

上述したように，組織は一度体から離れてしまうと所有権が消失するというのが米国では法律上の原則なのであるが，「体内にある間に売る」ことで，生計の足しにした患者がテッド・スラビンだった。スラビンが，「血友病の治療を受ける間にB型肝炎に感染した」と知ったのは70年代に入ってからである。ある医師から「君の血清はHB抗体価がべらぼうに高いから，欲しがる企業や研究施設は多いよ」と教えられた後，血清1mL当たり10ドルの値段（1回のオーダーで最大500mLまで）をつけて売りに出したのだった。

しかし，患者としてB型肝炎の予防や治療法が開発されることを強く願っていたのは言うまでもなく，彼は，B型肝炎ウイルス発見者のバルーク・サミュエル・ブランバーグ（1976年ノーベル生理学・医学賞受賞）に対しては，自分の血清を無償で供給し続けた。「治療法を開発できるとしたらブランバーグしかいない」と見込んだからだった。

HeLa細胞が樹立された50年代初めは，インフォームド・コンセントの概念すら存在せず，患者から得た組織をどう使おうと，研究者の自由だった。しかし，スラビンの例を挙げるまでもなく，患者が研究者に検体をドネートするのは，「自分の病気の診断・治療の進歩に役立てて欲しい」と願うからにほかならない。HeLa細胞の時代は，組織を差し出す患者を「研究の対象（＝被験者）」と扱っていれば事足りたのであろうが，いまの時代は，その善意と願いに敬意を払って，「研究の協力者・参加者」として遇する姿勢が求められているのではないだろうか？

（1面よりつづく）

加齢変化もあり，若いころのようにぐっすり寝ることがそもそも難しい。「眠れない」「寝つくのにすごく時間がかかる」という訴えの解決にこだわるより「眠れないことで，日中，何に困っておられますか」という聞き方をすべきでしょう。治療が進んで寝つきがよくなっても「それで，日中に何ができるようになったか」を聞かなければなりません。そうして日中の活動性を上げることが同時に，眠りのニーズを増やすことにもつながります。

――患者さんとの情報交換を密にしていくことが必要ですね。

三島　現実に「1年間，不眠のことは何も聞かれず睡眠薬を出され続けた」なんていう患者さんもたくさんいます。“出したら出しっぱなし”ではなく，治療の局面ごとに不眠症状と一緒にQOLや活動性の向上の有無，抑うつなどにも目を向けていく。不眠へのこだわりが解消され，日中の活動にも支障がなくなったら，4―8週間ほど様子を見て，その後徐々に減薬に入るべきと考えています。

複雑化した不眠症には非薬物療法の活用を

――もし薬の効果が見られない場合や，なかなか減らせない場合にはどのような対処が考えられますか。

三島　薬物抵抗性の不眠症に関しては認知行動療法（CBT）がかなり効果があることがわかってきており，CBTのスキルを持つ医療者が多くいる米国では，既に不眠症治療のファーストラインとなっています。またCBTは，長期服用者に対する減薬にも効果的と報告されており，今回のガイドラインでも治療アルゴリズムにCBTを含めています。

日本では現状，不眠のCBTは保険診療でカバーされておらず，実施施設もかなり限られています。しかし年々トレーニングを受ける人は増えていますから，今後の保険点数化が期待されます。

――薬物療法と非薬物療法を使い分けていくことで，重症化を防げる可能性も高まるでしょうか。

三島　今後はそうなると考えています。

ただ，既に症状が複雑化しきってしまった治療抵抗性不眠症の方への対応については，いまだ課題の一つです。朝起きた途端，夜寝ることを考えて不安になり，10数錠の服薬が止められないような重度不眠の方もおられます。この場合は，専門家が彼らの不安を受け止めながら，生活のスケジューリングをしつつ徐々に薬を減らしていくしかありません。その治療戦略については現在，厚生労働科学研究事業でプログラムを作り始めたところです。

不信を払拭することが，重症化を防ぐ鍵

――不眠治療を受ける側の認識を変えていくことも，重要になりそうです。

三島　世界10か国で「不眠があったときかかりつけ医に相談しますか」と尋ねたところ，他の先進国や新興国では約半数が「不眠は病気だから相談する」と答えているのに，日本人ではわずか5%ほど，というデータがあります。

「肉親が亡くなった」「リストラされた」など心理的ストレスから生じた一時的な不眠も，そのままにしておくと，睡眠をサポートするさまざまな身体機能の障害が生じる，生理的過覚醒と呼ばれる状態に陥ります。夜中になっても脳の温度や基礎代謝が落ちず，“眠れない体”作りが進んでしまうのです。

しかし，ひたすら我慢したり，寝酒や睡眠グッズ，市販薬に頼った結果，不眠が慢性化して治りにくい状態になって初めて，医療機関を受診される方が本当に多い。その源にはやはり，かつての“怖い”睡眠薬の残像があり，漫然とした長期処方，多量処方を許してきた状況があったと省みています。

――そういうイメージをどう払拭していくか，ですね。

三島　ええ。そのためにも「必要なときに必要な量を使ってやめる」という処方を徹底させていく必要がありますし，近年はリスク・ベネフィット比に優れた安全性の高い睡眠薬も登場するなど，この領域には日々新しいエビデンスが生まれています。今回のようなガイドラインを公表することで，非専門家や治療の受け手側にも，最新の治療法を広く知っていただきたいですし，随時改訂して情報をアップデートしていきたいですね。

非薬物療法も活用して，薬に頼りすぎない，けれど恐れすぎない治療を確立することで，より多くの方を，不眠が重症化・複雑化する前に救うことができたらと考えています。

――ありがとうございました。　（了）

●文献

1）厚労科研「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」，日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ編．睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン――出口を見据えた不眠医療マニュアル．http://www.jssr.jp/data/pdf/suiminyaku-guideline.pdf

2）三島和夫．診療報酬データを用いた向精神薬処方に関する実態調査研究．厚労科研「向精神薬の処方実態に関する国内外の比較研究」平成22年度研究報告書．2011.

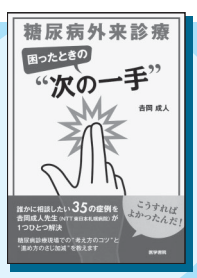
3）内山真．睡眠障害の対応と治療ガイドライン 第2版．じほう，2012.

なるほど、こうすればよかったんだ！ 糖尿病診療の「コツ」と「さじ加減」を教えます

糖尿病外来診療　困ったときの“次の一手”

吉岡成人
NTT東日本札幌病院糖尿病内分泌内科部長

本書は、糖尿病専門医が受けた“よくある”コンサルテーション事例を題材に、外来での考え方と対応の仕方を順を追って解説し、糖尿病診療のコツを伝える1冊。35の症例を取り上げ、その第一印象から経過をたどりながら“次の一手”をわかりやすく解説。主治医に返す際の返事にも言及している。多様性の中で個別化が求められる糖尿病診療にどう対応していくとよいのか、その考え方と進め方を学ぶのに最適の書。



B5　頁176　2013年　定価3,675円（本体3,500円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01857-9]　医学書院

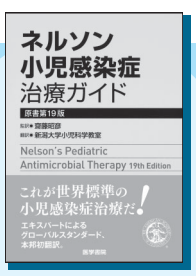
小児感染症治療の世界標準、本邦初の翻訳!

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載したマニュアル。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たどり着ける。感染症の各疾患では多くの抗菌薬の中からベスト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



B6変型　頁296　2013年　定価3,570円（本体3,400円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01808-1]　医学書院

FAQ

患者や医療者のFAQ（Frequently Asked Questions；頻繁に尋ねられる質問）に，その領域のエキスパートが答えます。

今回の回答者
乗井 達守
ニューメキシコ大学病院　救急部

2007年佐賀大医学部卒。健和会大手町病院にて初期研修，在沖縄米国海軍病院でインターンシップの後，11年よりニューメキシコ大病院にて救急研修開始。13年よりチーフレジデント。昨年より日本の医師とも協力し，日本版Procedural sedationコースを実施中。本年10月の第41回日本救急医学会でデモ版の開催を予定。

今回のテーマ

処置時の鎮静および鎮痛（Procedural sedation and analgesia）

ERや内視鏡室での処置時における鎮静や鎮痛は，米国では“Procedural sedation (PS)”または“Procedural sedation and analgesia（PSA）”と呼ばれICUやオペ室での鎮静とは区別されています。一方日本では，麻酔科医以外に対する鎮静薬や鎮痛薬の体系立った教育はあまり行われておらず，死亡事故等も報告されています。本稿では，処置時の鎮静や鎮痛を安全に行うポイントを解説します。

FAQ 1　ICUやオペ室での鎮静とはどう違うのでしょうか？

“鎮静”と聞いてすぐに思い浮かべるのは，ICUで人工呼吸管理中の鎮静や，オペ室で手術をする際に使う鎮静かもしれません。しかし実際には，救急外来における脱臼整復，内視鏡室での消化管内視鏡，小児のMRI検査など，病院内の実に多くの場所と場面で，麻酔科医以外の医師により鎮静が行われています。

患者さんの背景はもちろん，モニターなどの備品，スタッフの配置，使われる薬剤や量も異なりますが，最も異なるのは，どれだけ深く鎮静をかけるかということでしょう。**表1**に米国麻酔科学会の鎮静の深さの分類を示します［PMID：11964611］。手術時の鎮静レベルのターゲットは全身麻酔であることが多いのに対して，PSでは「中等度―深い鎮静」がターゲットになることが一般的です。

こうした違いのために，米国では処置時に行う鎮静や鎮痛をPSやPSAと呼び，手術時の鎮静等と区別しています。以前は“Conscious sedation（意識下鎮静）”と呼ばれていましたが，実際には意識がない状態にすることも多いため，PSAという用語を使うことが勧められています［PMID：11919531］。

Answer…麻酔科医以外が行うことも多く，ターゲットとする鎮静の深さも，モニターやスタッフの配置等も異なる。

FAQ 2　安全に行えるのでしょうか？

一番気になるのがこの問いではないでしょうか。私が医学部を卒業したてのころでした。ERで指導医に“ちょっと鎮静薬でもいってみようか”と言われて困りました。肩関節の脱臼で来院した30代の男性。筋骨隆々マッチョな体型。痛みと不安でいっぱい。ひ弱な研修医（私）がトライするも整復できず，上記の発言に至ったのです。しかし当時は，そして恐らく今でも，鎮静薬や鎮痛薬の体系立った教育はあまりありません。使う薬も量も，指導医によってばらばら。安全に鎮静薬や鎮痛薬を使うにはどうしたらいいのか，いつも疑問でした。

そもそも処置時の鎮静薬の使用は安全なのでしょうか？　14の市中病院ERの幅広い患者層（生後1か月―95歳）を対象としたSacchettiらの研究では，計1028件の鎮静において，一時的な換気の補助（具体的にはバッグバルブマスク）を必要としたケースが1.1％の割合で報告されたものの，死亡等の重篤な合併症は認められませんでした［PMID：16946280］。日本とは使用される薬剤やスタッフの配置条件が異なるとはいえ，一般的に処置時の鎮静および鎮痛は安全と言えるでしょう。

しかし，事故が報告されているのも事実です。安全に行うためには，使用する薬剤の特性やモニタリングの知識，低換気や低酸素が生じた際に迅速に対応するスキルが必要です。

Answer…体系立った知識，技術に基づくことが安全に行う大前提。

FAQ 3　鎮静を始める前に重要なポイントは何ですか？

他の危険が伴う手技と同様，患者さんにリスクとベネフィットを説明し，同意を得ることが必要です。院内で定型の同意書があれば，よりスムーズでしょう。

既往歴や服薬歴，アレルギー歴，最後に経口摂取した日時などの病歴聴取も重要です。薬剤選択に特に影響するのは，手術歴や過去に鎮静薬を使用した際の問題の有無で，睡眠時のいびきの有無なども参考になります。

また，気道や呼吸に関係する身体所見は丁寧に取る必要があり，LEMONS（**表2**）やMOANS（**表3**）などがよく使われます。

●表1　米国麻酔科学会による鎮静・鎮痛レベルの分類

	軽度鎮静（不安除去）	中等度鎮静／鎮痛（意識下）	深い鎮静／鎮痛	全身麻酔
反応性	問いかけに正常に反応	問いかけや触覚刺激に意図ある反応	繰り返す／疼痛刺激に意図ある反応	疼痛刺激にも覚醒せず
気道	影響なし	介入必要なし	介入必要な場合あり	しばしば介入が必要
自発呼吸	影響なし	適切に維持	不十分な場合あり	しばしば不十分
循環	影響なし	通常は維持	通常は維持	障害される可能性あり

●表2　LEMONS：気管挿管困難の予測因子

Look externally	外見上の問題
Evaluate the 3-3-2 rule	開口3横指，オトガイ―舌骨3横指，口腔底―甲状軟骨2横指
Mallampati	Mallampati分類による評価（Class IVが最も挿管困難）
Obstruction	気道閉塞の所見の有無
Neck mobility	頚部の可動性の有無
Saturation	SpO_2：酸素飽和度

Answer…病歴聴取（過去に鎮静薬を使用した際に問題がなかったかなど）および身体所見（特に気道，呼吸関係）は両方重要。

FAQ 4　薬剤選択のポイントは？

大前提として，鎮静と鎮痛をしっかり区別することが重要です。薬剤には，鎮静作用のみのもの，鎮痛作用が中心のもの，両方の効果を持つものがあります（**表4**）。痛みを伴う手技なら鎮痛作用がある薬剤の併用，もしくは鎮痛と鎮静両方の効果がある薬剤を使う必要があります。例えば骨折の整復や膿瘍の切開・排膿では，鎮痛薬の併用は必要でしょう。しかし小児でMRIを実施するなら，鎮静のみで十分です。

鎮痛は比較的忘れられがちです。鎮静がしっかり効いている状態での鎮痛の必要性には議論がありますが，痛みを伴う手技であれば，鎮痛にも配慮するのが現在では一般的です。その意味も込め，Procedural sedation（鎮静）“and analgesia（鎮痛）”と呼んでいます。

Answer…鎮静と鎮痛を区別して考えることが重要。

FAQ 5　追加の薬剤投与はどのように行えばよいのでしょうか？

薬の効き方は患者さんによって千差万別。思ったより効果が少なく，追加の投与が必要になることがよくあります。では追加の薬剤投与をする場合，どんなことに気をつける必要があるのでしょうか？　下記の例で考えてみましょう。

あなたは，目の前の患者さんにミダゾラム0.5 mgを静注したところです。1分30秒経過し，まだ患者さんにはあまり効いていないようです。このタイミングで，効果が少ないと判断して追加投与してよいでしょうか？

その判断をするにはまだ早すぎます。ミダゾラムの場合，投与完了後最低3分間は追加投与を待つ必要があります。この3分は“Time to peak effect（最大効果到達時間）”と呼ばれ，投与完了後その薬剤が最大の臨床効果を発揮するまでに必要な時間を示します。血中濃度がピークに達する時間とも，半減期とも異なります。

これは極めて重要なので，よく使用する薬剤の固有の最大効果到達時間は覚えておきましょう（**表4**）。効果がピークに達するまで待って追加投与の必要性を判断。自分が使う薬剤の“Time to peak effect（最大効果到達時間）”を熟知する。

●表3　MOANS：バッグバルブマスクでの換気困難の予測因子

Mask seal	マスクの密着を妨げるもの（例：髭）
Obesity	肥満
Age	高齢
No teeth	歯がない
Stiff lungs	COPDや喘息，妊娠後期

●表4　主な薬剤と最大効果到達時間

【鎮静】
ミダゾラム：3分，プロポフォール：30秒
【鎮痛】
フェンタニル：2―4分，ペンタゾシン：15分
【鎮静および鎮痛】ケタミン：1分

FAQ 6　手技終了後は，すぐに帰宅させてよいですか？

過鎮静やそれによる合併症が最も起きやすいのは，実は手技を終えた後だと言われています。少し意外かもしれません。しかし実際に日本でも手技の終了後の事故が報告されています。どうして，手技を終えた後に過鎮静が起きやすいのでしょうか？

骨折の整復の例で考えるとわかりやすいかもしれません。手技中は，骨折による痛みと整復による刺激があります。しかし整復が成功すると，骨はあるべき位置に戻り刺激はなくなります。結果として手技中は適正な薬剤の使用量であったとしても，手技終了後に過鎮静になってしまうことがあるのです。医師も看護師も，整復が成功しひとたび手技が終わってしまうと，他の患者さんのことで忙しく，その後の管理がおろそかになりがちです。使った薬剤にもよりますが，一般的に30分間は経過観察を行う必要があり，患者さんが鎮静前の状態に戻ってから，退院可能になります。

フルマゼニルのようなベンゾジアゼピン系の拮抗薬，ナロキソンのようなオピオイド系の拮抗薬の使用時は特に注意が必要です。どちらも半減期が短いため一度回復したように見えても，拮抗薬の効果が切れた後再鎮静になる可能性があります。拮抗薬を使う際にはその半減期や副作用を含めた効果を十分理解して使う必要があります。

Answer…手技直後が危険。手技を終えた後もしばらくは経過観察が必要。拮抗薬の使用時には特に注意。

もう一言

処置時の鎮静は，開始前の評価や準備からトラブルがあった際の対応まで奥が深いものです。詳しく触れませんでしたが，各患者さんの背景や行う手技に応じた薬剤選択も重要です。加えて，高齢者では投与量を少なくする，小児に対しては家族に対する説明を事前に十分行うなどさらに細かな配慮が必要となります。

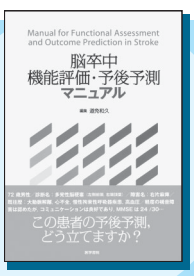
※PSコースやデモにご興味のある方は，tanorii@salud.unm.eduまでご連絡ください。

まずは予後予測を立ててみよう!

脳卒中機能評価・予後予測マニュアル

脳卒中の機能予後予測は、リハビリのゴール設定や入院治療期間の設定に極めて重要である。本書は、リハビリに携わる医師ならびに療法士に向けて、まず予後予測のために必要となる機能評価法について解説、それを踏まえてより実践的な予後予測ができるように、従来から最新の予後予測法に至るまで幅広く取り上げた。また代表的な症例を通して、具体的な臨床応用の実例を紹介。常に予後予測が求められるリハビリスタッフ必見の書。

編集　道免和久
兵庫医科大学・リハビリテーション医学教室・主任教授



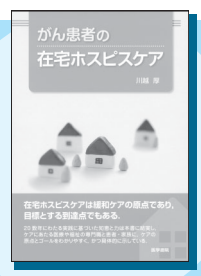
B5　頁288　2013年　定価4,725円（本体4,500円＋税5％）　[ISBN978-4-260-01759-6]　医学書院

現場での長年の経験から生まれた貴重な参考書

がん患者の在宅ホスピスケア

本書は、在宅で日々黙々とホスピスケアに携わる医師や看護師などの医療者をはじめボランティアなどの経験をもとに、在宅ホスピスケアの方法やコツをまとめたもの。豊富な事例からケアの実際を知るだけでなく、死に逝く患者の生き様や感動も感じられる。がん患者のホスピスケアとは何かを改めて考えるうえで参考になる書。

川越　厚
医療法人社団パリアン　クリニック川越　院長



B5　頁176　2013年　定価2,730円（本体2,600円＋税5％）　[ISBN978-4-260-01831-9]　医学書院

The Genecialist Manifesto
ジェネシャリスト宣言

「ジェネラリストか，スペシャリストか」。二元論を乗り越え，“ジェネシャリスト”という新概念を提唱する。

岩田 健太郎
神戸大学大学院教授・感染症治療学／神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第3回】
なぜ，二元論が問題なのか
その1　臨床医学と基礎医学

医療の世界は，二元論に満ちている。

例えば，臨床医学と基礎医学。一見，真逆の概念であるように感じられる両者であるが，両者は実は，つながっている。

医学は，目的を持った学問である。ヒトの健康と幸福。その目的に合致する医学知識だけが善とされ，是とされる。たとえ科学的に「真」とされる事実であっても，それがヒトの健康と幸福に寄与しない場合，それは悪とされ，否定される。

科学は一般的に真偽を問う学問である。もちろん，医学においても真と偽は重要である。データの捏造なんてもっての外だ。が，たとえそのデータが真であったとしても，善を伴わなければ，医学という学問はそれを認めない。

基礎医学の領域においても，それが「医学」である以上，目的は同じである。最終的なゴールは臨床医学への橋渡し，そして実地診療への橋渡しだ。

基礎医学と臨床医学はともに「患者の健康と幸福」という共通のゴールをめざす，プロセスの各所に過ぎない。したがって，両者は対立概念ではない。また，基礎医学を欠いては臨床医学は存在し得ず，臨床医学を欠いては基礎医学が存在する理由がない。両者は同じゴールをめざすだけでなく，それぞれに相補的であり，依存的なのである。

基礎医学から臨床医学へのプロセスは連続的であり，両者は完全に分断されているわけではない。

が，両者の距離はとても遠い。

医学が今ほど巨大な情報量を持たず，もっと素朴だった時代には，基礎医学の先には臨床医学が肉眼で見据えることができたものである。

エドワード・ジェンナーは牛痘感染が天然痘感染を予防するという仮説に基づき，いきなりヒトでそれを検証した（人体実験）。18世紀は医学における経験主義（empiricism）から実証主義（positivism）への移行期である。「実験医学の父」と呼ばれるジョン・ハンターの影響を受けたジェンナーは，その素朴な実証主義を用いて基礎医学から臨床医学への文字通りの「命がけの飛躍」を行ったのである[1]。

現在では，このような素朴な実証主義は医療倫理と完全にバッティングしてしまう。そこで，基礎医学の成果が臨床医学にバトンタッチする前に，たくさんのハードルが設けられた。両者の距離は伸びた。水平線の彼方に行ってしまった。基礎医学と臨床医学との長い長い距離は，両者を不可視（invisible）にしてしまった。

遠い遠い基礎医学と臨床医学の距離。この距離を橋渡しするために，最近ではトランスレーショナル・リサーチなるものが存在する。

とはいえ，距離の問題は深刻だ。トランスレーショナル・リサーチとか，クリニシャン・サイエンティストという呼称は結構な話だけれど，現実はそう簡単ではない。基礎医学の世界も，臨床医学の世界も，その世界の奥深さは相当なものだからである。両者の深みを同時に体験するのは，極めて困難な営為だからである。

したがって，現実にはクリニシャン・サイエンティストと呼ばれる医師のほとんどは，実は基礎研究者プラス“ついでに”臨床をやっているというパターンである。

“ついでに”半ちくに臨床医学に手を出すのは危険である。どのような世界でも半ちくに手を出すときと同じように。その広大な世界を表層的に，「こんなものか」と割りきってしまう。

そのため，日本の多くの基礎医学者は，臨床医学を軽蔑する。日本の医学部の大学教授は大多数が基礎医学者（や，クリニシャン・サイエンティストと称する基礎医学者）から構成されているので，日本の医学部も，全体において臨床医学を軽蔑する。いやいや，軽蔑なんてしていませんよ，と称する人は差別のなんたるかを理解していない。差別を自覚し「私は差別者ですよ」と公表する差別者はごく少数なのである。

その軽蔑の眼差しに自覚的である市井の臨床屋もまた，基礎医学者を軽蔑し，「ネズミのお医者さん」などと揶揄する。博士号を獲得するためにちょっと基礎医学をかじっただけで，あるいはかじったことすらなく。これは鏡のように前段落と同じ問題の構造だ。ここでも二元論なのである。

二元論を克服しなければならない。が，基礎医学と臨床医学の距離は遠い。簡単に両者間を行き来できないくらい，遠い。これは一見矛盾である。

それを矛盾としないようにするためには，ぼくらの相当な覚悟と努力を必要とする。距離と連続性，という一見矛盾する，しかしよく考えれば全然矛盾していない概念を十全に理解する必要がある。それは，「無理解への配慮」と言い換えても，よい。

日本では臨床屋が基礎実験を行い，基礎医学者に教えを請うて博士号を取得する，という習慣がある。これが臨床軽視の遠因になったのは事実である。しかし，そのような習慣に乏しいアメリカでは，臨床屋が基礎医学にまったく無頓着にして無理解なこともある（分業社会ですから）。「足の裏の米粒」と揶揄される日本の習慣は，その世界観の構造が睥睨されているときに限り，とても有効なシステムである可能性がある。

基礎医学と臨床医学の距離は遠い。しかし，分断されていない，連続した概念である。日本の伝統的な「博士取っとく」習慣は，両者を分断しない効能があるが，本当は遠い両者の距離を「近い」と錯覚させる副作用がある。アメリカ的分業主義は両者の連続性そのものに無自覚にさせる。

おそらくは，日本のほうが二元論克服のチャンスは大きい。

「距離と連続性」問題の克服に必要なのは，「無理解への配慮」である。基礎医学者の多くは，臨床医学の世界の広さと深さを見たことがない。「その世界の広さを知らない」という理解が重要である。臨床屋の多くは……こっちもおんなじ。無理解の自覚がもたらすべきは，「無関心」ではない。配慮である。相手への敬意，他者への配慮。これが「距離と連続性」という難問を解く，ほとんど唯一の方法である。相手の世界をチラ見して，そして「わからない」と宣言するのである。プライドの高い（ことが多い）医者にとって，「わからない」という宣言は難事である。スティーブ・ジョブズがなぜ「Stay foolish」と言ったのかが，ここでわかる。

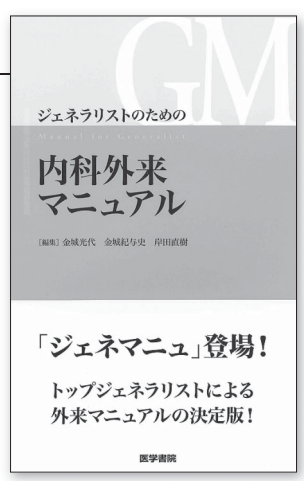
これは上っ面のプライドの下に横たわる「真の矜持」の問題である。そして，勇気の問題でもある。

外来マニュアルの決定版「ジェネマニュ」登場！

ジェネラリストのための
内科外来マニュアル

編集　金城光代・金城紀与史・岸田直樹

一般内科外来は難しい。患者の訴え・症状が多彩である一方で時間は限られている。そこでは、重大な疾患は見逃さず、コモンな疾患には効率的な対応が求められる。本書は、そのような臨床的困難と格闘してきた、日本を代表する８人のジェネラリストによる「内科外来マニュアル」の決定版である。外来で遭遇しうるプロブレムのすべてにおいて、その場で判断するための基本原則とコツから、治療やコンサルト、フォローアップまでの指針を明快に示した。



●A5変型　頁576　2013年　定価5,460円（本体5,200円+税5%）
[ISBN978-4-260-01784-8]

医学書院

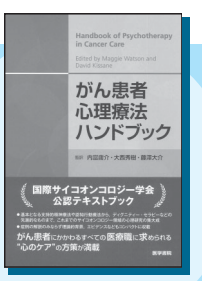
医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧いただけます
http://www.igaku-shoin.co.jp

がん患者への“心のケア”の方策が満載

がん患者心理療法ハンドブック
Handbook of Psychotherapy in Cancer Care

国際サイコオンコロジー学会の承認を受けた、がん患者への心理療法テキストブックの邦訳。過去20年間のサイコオンコロジー領域における心理研究の集大成であり、21の精神療法が収載されている。症例の解説のみならず理論的背景、エビデンスなどもコンパクトにまとめられ、臨床腫瘍医、がん看護師のみならず、臨床心理士が現場でどう介入を拡げていくかの示唆が満載。

監訳　内富庸介
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科教授・精神神経病態学教室
大西秀樹
埼玉医科大学国際医療センター教授・精神腫瘍科
藤澤大介
国立がん医療研究センター東病院・精神腫瘍科医長



A5　頁456　2013年　定価4,200円（本体4,000円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01780-0]
医学書院

●参考文献
1）茨城保．まんが医学の歴史．医学書院；2008.

Medical Library 書評 新刊案内

SHDインターベンション ハンドブック

ストラクチャークラブ・ジャパン●監修
古田 晃，原 英彦，有田 武史，森野 禎浩●編

B5・頁240
定価6,825円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-01708-4

評者 吉川 純一
西宮渡辺心臓・血管センター院長

SHDインターベンションを科学的に解説

ストラクチャー・ハート疾患（SHD）とは，別に新しい疾患概念ではない。ただ，それに対するインターベンションが大きな時代の変革の到来を示唆しており，「新語」として登場したものと理解される。疾患でいえば，大動脈弁狭窄や僧帽弁逆流，僧帽弁狭窄，肺動脈弁狭窄，心房中隔欠損を中心とする先天性心疾患などである。これらの疾患群に対するインターベンションの中では，何といっても大動脈弁狭窄に対するカテーテル治療（TAVI）や僧帽弁逆流に対するMitraClipが鮮烈な印象を与える。

そのインターベンションに対して，わが国で初めてその概念や手技などの臨床を科学的に解説したテキストが登場した。私は心からそれを歓迎する。

本書の序文「はじめに」に森野禎浩先生が私の思うところを記載されている。すなわち，「冠動脈疾患に特化したステント治療は極めて安定した成績が得られ，これ以上の発展が難しいと思えるレベルまで成熟した。その結果としてデバイスの開発会社自体やその領域で働く研究者たちに閉塞感が生まれてきた」と述べておられる。そこに登場したのがSHDインターベンションである。若い有能な心臓病医が海外に渡り，主にヨーロッパ（特にフランス）で経験を積み，SHDインターベンションが日本でも開花しようとしている。森野先生は続けて「そうした若者のエネルギーに触れるにつけ，これからこの新しい領域はわれわれ世代を飛び越え，実質的には彼らが率いていくべきものと確信する」とまで述べておられる。立派である。私も執筆者の幾人かを知っているが，森野先生の言葉に恥じない人々ばかりである。

昨年，私自身も米国のコロンビア大学でTAVIを見学してきた。カテ室に入ると，異様な雰囲気である。とにかくカテ室に人が溢れるぐらい入っていて，いろんな言語が飛び交っている。熱気に溢れている。その中心にいるのが，経食道心エコー図を操る中国系米国人の女性医師であった。カテが始まると，部屋は静かになり，その女性医師と術者の声だけになった。あっという間にTAVIは成功裏に終わり，TAVIが優秀な治療法であることを確信した。

さて，SHDインターベンションには内科医にとって，誠に魅力的であることに間違いない。ただ，冠動脈インターベンションが普及したときに，外科医と内科医の間に，何ともいえぬ齟齬が生じたのを忘れてはならない。SHDインターベンションも，外科医と十分に討論の上施行されるべきである。従来，各科の医師が自分の専門領域の視点で治療法を決めてきたように思う。特に大学においてそうである。この点は，われわれ医師すべてが銘記すべきことと思われる。

皆さんには，まずわが国で最初のSHDインターベンションの科学的著作である本書で十分にSHDの診断や病態を学習し，次いでSHDインターベンションに関してしっかりと勉強してほしい。私は本法がインターベンションと心エコーを中心とする画像診断を結ぶ強力な技術であることとも絡み，SHDインターベンションを強力に支持する。

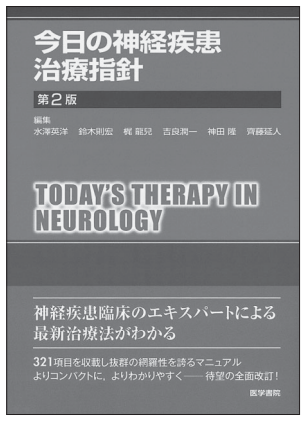
今日の神経疾患治療指針
第2版

水澤 英洋，鈴木 則宏，梶 龍兒，吉良 潤一，神田 隆，齊藤 延人●編

A5・頁1136
定価15,750円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-01621-6

評者 金澤 一郎
国際医療福祉大大学院長／東大名誉教授

身近に1冊備えるべき神経疾患治療の教科書的書籍



この度，医学書院から表題の本が上梓された。第2版である。だが，これがほぼ20年ぶりの改訂であることがすぐにわかる人は少ないだろう。亀山正邦・高倉公朋両先生編集による初版の序にすでに，神経学は「遺伝子レベルの研究が最も盛んな領域」であり，「高齢化によって，わが国では，神経疾患対策が強く要請されている」とある。その他に，この20年間に臨床や研究の内容が縦にも横にも著しく拡がった。例えば，認知症が増加した上にその鑑別診断も細分化したし，MRIをはじめとする画像診断が精緻化し，神経免疫学的病態の知見も増大した。疾患概念そのものが変わったものもある。精密になる一方の診断へのアルゴリズムも均てん化されてきた。当然，それに並行して治療法も進展した。新しい薬物や手術も開発され，治療の選択肢が多くなった。そればかりでなく，EBMの概念も定着し，いくつかの疾患について，「治療ガイドライン」も学会等の責任で作成されてきた。また，20年前にはそれこそ「夢物語」でしかなかった神経変性疾患の根本的治療も，遺伝子治療や細胞治療などによって「もしかしたら」と思わせるような時代になったことを忘れてはならない。

これほどの大きな進歩が，ものすごいスピードで進行している神経学領域での治療法の教科書的書籍の改訂に際して，東京医科歯科大学大学院脳神経病態学・水澤英洋主任教授をはじめとする6名の編集者のご苦労は並大抵ではなかったであろう。妙なことを言うが，取り上げない項目を決めるには，新幹線のように疾走する列車から飛び降りるような勇気がいるからである。改訂されたことがわかる点を挙げると，この20年間の臨床知見や画像知見を凝集させた「症候と鑑別診断」にページを割いていること，「治療方針」はガイドラインに沿って非常に具体的に記載されていること，薬物の商品名と一般名の対応表などの気配りが随所にあること，などであろうか。取り上げられた項目を見ると，神経内科以外に，脳神経外科，整形外科，小児神経科，神経耳科，神経眼科，など，関連診療科に関わる項目も豊富にあって非常に実用的である。これだけの内容を357名の執筆者が分担して書き上げたことを考えると，これ以上の内容を望むのは気の毒になるが，あえて注文をつけることにしよう。

1つは心療内科的あるいは精神科的な項目がもう少しまとまってあってもよかったのではないか。例えば「不安」に対する専門家の立場からのコメントや処方例が載っていると心強いだろう。また，個人的なことで気が引けるが，私が苦しんだ腰椎脊椎間狭窄症の項目を立てて，プロスタグランジン製剤による治療を紹介してくれても良かったかと思う。無論，こんな注文にいちいち応えていたらきりがないが，患者の心理だと許して欲しい。いずれにせよ，身近に1冊備えるべき必携の書である。それにしても，改訂までの20年はいかにも長すぎる。今後は，せめて5年に縮めて欲しいとお願いしておきたい。

日本型ホスピタリストを今，ここから発信

ホスピタリスト
Hospitalist

2013年9月18日創刊

●入院患者がますます複雑多様化する現代において、最新の医学知識のみならず、心理面・社会面を含めた、幅広い知識とエビデンスに基づく全身管理を提供する必要がある。
●そこで、病院医療の中心にあって、患者のベストなアウトカムへ向け、患者・家族・コメディカルをリードし、専門科をコンダクトしていく病棟ジェネラリスト＝ホスピタリストが、今求められている。
●本誌では、患者を総合的に診るために、日常臨床でホスピタリストに求められる知識・能力、加えて専門科との真の協働を可能にすべく、そうした知識・能力の裏付けをも提示。
●メインの特集では、疾患別にテーマを選び、診断のストラテジー、専門科へのコンサルトのタイミングなど、臨床の場での“ものの考え方”を具体的な症例も交えて解説。エビデンスに基づいた世界標準の医療を示し、豊富なリファレンスで幅広い知識を提供。
●また、これらの知識・能力を、それぞれの地域における病院の果たす役割、状況にあわせて応用していく力、日本型ホスピタリストの真価となる“応用力”を培う。
●対象読者は、ホスピタリストを志す（後期）研修医をコアとし、総合内科・各科専門医をはじめ、これからの日本の医療を担い支えようとする医学生。

編集委員
平岡栄治　東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科
八重樫牧人　亀田総合病院 総合診療・感染症科
清田雅智　飯塚病院 総合診療科
石山貴章　St. Mary's Health Center, Hospital Medicine Department
筒泉貴彦　練馬光が丘病院 総合診療科
石丸直人　明石医療センター 内科
徳田安春　筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター／水戸協同病院 総合診療科
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

季刊／年4回発行（3・6・9・12月）
● A4変　200頁
一部定価4,830円（本体4,600円＋税5%）

年間購読料 2013年（2冊）（本体8,800円+税5%）
2014年（4冊）（本体17,600円+税5%）
＊毎号お手元に直送します。（送料無料）
＊一部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

「Hospitalist」がよくわかる
“創刊0号”無料進呈
お申し込みは弊社まで

特集
2013年
創刊号（2013年9月18日発売）：ホスピタリスト宣言
（以下予定）
Vol.1-No.2（2013年12月発売）：感染症
2014年
Vol.2-No.1（2014年3月発売）：腎疾患
Vol.2-No.2（2014年6月発売）：膠原病

MEDSI　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.medsi.co.jp　E-mail info@medsi.co.jp

Medical Library
書　評　・　新　刊　案　内

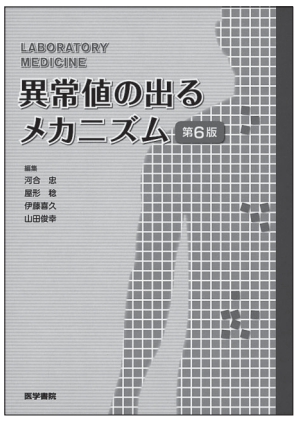
異常値の出るメカニズム　第6版

河合 忠，屋形 稔，伊藤 喜久，山田 俊幸●編

B5・頁480
定価6,300円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-01656-8

評者　本田 孝行
信州大教授・病態解析診断学

ルーチン検査には本書の活用が欠かせない



“検査値を読んでみたい”という衝動に駆られたことはないだろうか。その知的好奇心を十二分に満たしてくれるのが，河合忠先生，他編集の『異常値の出るメカニズム第6版』である。1985年に第1版が発売され第6版を迎えるので，超ロングセラーに間違いなく，医療従事者にとって検査値を読むためのバイブルといっても過言ではない。第5版から5年目の早い改訂であり，河合先生の意欲が感じられる。

ルーチン検査（基本的検査）は血算，生化学，凝固線溶および尿検査などを含んでおり，世界中で最も頻繁に行われている。臨床検査部では正確な検査結果を返そうと努力しているが，患者の診断，治療に必ずしも十分に活用されているとはいえない。最大の理由として，ルーチン検査を読む教育が十分でないことが挙げられる。AST, ALTが上昇すれば肝機能が悪い，UN，クレアチニンが上昇すれば腎機能が悪いなど，ごく表面的な浅い解釈に留まっており，患者の病態を深く追求できていない。結果として十分に活用されない検査が大量に行われており，医療費の無駄遣いともいえる。

ルーチン検査では，1つの検査で1つの病態を解釈することは不可能である。複数の検査を組み合わせその変動を検討することにより，詳細に患者の病態が捉えられる。まず，全身状態，そして各臓器の病態を把握していくので理学所見をとるのに似ている。ただ，複数の検査項目を結び付けて考察する必要があり，各検査の異常値の出るメカニズムを熟知していなければならない。

本書以外に，個々のルーチン検査の異常値の出るメカニズムについて詳細に解説している本を知らない。検査値を読みたい，すなわち，ルーチン検査を十分に活用したいならば，本書を活用するしかない。信州大学医学部病態解析診断学では，16年前から本書を教科書としてReversed Clinicopathological Conference（R-CPC）の授業を行っている。私はR-CPCを始めるころに本書に出会い，授業で本書の内容を学生に伝えられれば十分だと直感した。10回以上本書を精読した後，R-CPCの授業を始めたころを昨日のように思い出す。今でも，ルーチン検査でわからないことがあれば本書を開いている。

河合先生は，第6版の序文で“artの部分の修練”という言葉を使用されている。本書で検査値を読む修練を重ねることにより，検査に振り回されるのではなく，検査を道具として自由に操れるartistになれという意味だと勝手に理解させていただいた。遺伝子検査や腫瘍マーカー（カットオフ値があるのでデジタル検査と呼んでいる）は切れ味のよい検査であるが，患者の全身状態を捉えることはできない。ルーチン検査（アナログ検査と呼んでいる）は，直接診断につながらないが病態の変化が捉えられる。検査にはそれぞれ使い方がある。本書により各検査の異常値の出るメカニズムを十分に理解し，多くの検査のartistが誕生することを期待する。

運動器臨床解剖アトラス

中村 耕三●監訳
M. Llusá，À. Merí，D. Ruano●スペイン語版著者
Miguel Cabanela, Sergio A. Mendoza, Joaquin Sanchez-Sotelo●英語版訳者

A4・頁424
定価18,900円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-01199-0

評者　吉尾 雅春
千里リハビリテーション病院副院長

理学療法士や作業療法士こそ手にとるべき解剖学書

この解剖学書は実に素晴らしい。

評者なりに解剖学書に特に求めていることは，①写真や図が見やすいこと，②写真や図の掲載に終わらず解説が豊富なこと，③理学療法士や作業療法士にこそ必要な情報が含まれていること，などである。

まず，本書は写真が豊富で，しかもホルマリンで固定したものだけでなく，フレッシュでリアリティに富んだものが多く，読者の目を引き付けてくれる。また，部位によっては染色も施し，X線写真も併載され，理解を深めさせてくれている。運動器に関わる臨床家にとって確認したい部位の「見る方向性や角度」に応えてくれる掲載も多く，“臨床解剖アトラス”にふさわしい構成になっている。

解説も豊富で，単に解剖学的な説明に留まらず，臨床的な視点を含みながら解説を加えている。写真を多く掲載して，その部位を知らしめることももちろんあって良いが，やはり解剖学者が見たことをきちんと文字で読者に伝えることは大切である。写真を見るだけでは理解を得にくいことも多い。

理学療法士である評者が最も重視しているのが理学療法士や作業療法士こそが知っておかなければならない情報が含まれている解剖書であるか否かである。本書をどのように読み取っていくかはもちろん読者に委ねられるが，記載そのものは筆者が知る限り，同類の解剖書の中では最も優れた書であると言って良い。

解説の中で評者が最も注目しているのは「関節筋」についてである。本書で「関節筋」という表現はないが「膝関節筋」として中間広筋の深層の線維束を解説している。関節包に緊張を与える筋で，運動学的にはとても重要なシステムである。肩関節については「棘下筋や小円筋の一部が関節包に停止して関節包を引き締める役割を担っている」と解説している。脳卒中などによってこれらの筋が麻痺すれば，関節包は陰圧の関節の中に吸い込まれてしまうかもしれない，そして炎症や損傷を引き起こすかもしれない，と読解することが理学療法士や作業療法士には求められているのである。神経障害を有する患者を対象に運動を主としてかかわる専門職者にとって不可欠な情報であり，教員もそのことを理解して講義をしなければならない，きわめて重要な解説部分である。

わずか数行ではあるが，そのヒントがきちんと記載されている。ここに本書の価値を見た。

ジェネラリストのための内科外来マニュアル

金城 光代，金城 紀与史，岸田 直樹●編

A5変　頁576
定価5,460円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-01784-8

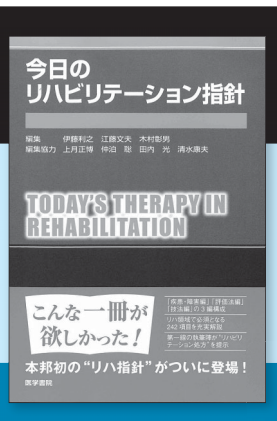
評者　松村 理司
洛和会ヘルスケアシステム総長

頭の訓練，整理にもってこいの1冊

2004年に始まった新医師臨床研修制度（以下，新制度と省略）の第1期生が，医学部卒後10年目を迎えている。新制度の3大眼目のうち最重要かと思えるものが，プライマリ・ケアの重視である。卒後初期にこそ，基本的臨床能力をどっしりと構築しておかねばならないという配慮である。そのために多くの地域中核病院や中小病院が，新たに臨床研修指定病院となり，一般病棟や救急現場を研修の場に提供している。

一方，外来診療の修練の時期・場所・方法・効率について考えてみると，これがなかなかに難問であることがわかる。内科外来と限定してみてもである。プライマリ・ケアの重視と銘打った新制度の到達目標でもない。後期研修以降の課題なのだ。“大リーガー医”のローレンス・ティアニー先生が，本書の「推薦のことば」で，「医学のなかでも最も難しい分野である外来診療」と形容するくらいである。若手医師が担当する場合でも，一人前の顔付きでの即決即断が外来診療の基本だからである。

本書の特質の第1は，3つの中―大規模病院で働く8人の中堅ジェネラリストだけの手によることだ。576頁もあるだけに1人当たりの執筆の負担はかなり大きいはずだが，この種の少数精鋭主義は心地よい。第2として，米国臨床医学に精通した方々ばかりなのに，訳本ではなく，自前の症候学というのも心憎い。種々の症候へのアプローチの仕方にも教わるところが多い。白衣のポケットに入れて診療の隙間に垣間見るという風にはいかないが，逆に少しは時間の余裕があるときの頭の訓練や整理にはもってこいである。第3として，「初診外来」「継続外来」ともに，その選択項目の幅と議論の深さは，必要十分かと考えられる。第4に，ほぼすべての項目↗



100名を超える執筆陣が提示する、初の“リハビリテーション指針”

編集
伊藤利之　横浜市総合リハビリテーションセンター・顧問
江藤文夫　国立障害者リハビリテーションセンター・顧問
木村彰男　慶應義塾大学教授・リハビリテーション医学・医工連携
編集協力　上月正博・仲泊　聡・田内　光・清水康夫

TODAY'S THERAPY IN REHABILITATION

今日のリハビリテーション指針

人気の治療年鑑『今日の治療指針』のリハビリテーション版がついに登場。リハビリテーションの領域で問題となる疾患や障害に対する「リハ処方」をまとめた初のリハビリテーション指針。評価や技法が異なるレベルで抽出された240の項目に対し、100名を超える経験豊富な執筆陣が典型的かつ汎用性が高い方策を提示する。リハビリテーションにかかわるすべての医療者がクイックレファレンスとして活用できる1冊。

●A5　頁624　2013年　定価9,450円（本体9,000円+税5%）[ISBN978-4-260-01690-2]

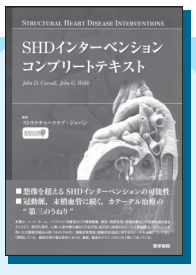
医学書院

想像を超えるSHDインターベンションの可能性

SHDインターベンション コンプリートテキスト
Structural Heart Disease Interventions

本書は、ハート・チーム、ハイブリッド治療室など環境的な整備、疾患を理解するための解剖・病態生理・画像診断など基礎知識を踏まえたうえで、卵円孔開存、心房/心室中隔欠損などの先天性心疾患の閉鎖療法、経カテーテル大動脈弁植込み術（TAVI/TAVR）、僧帽弁狭窄症／僧帽弁閉鎖不全症のカテーテル治療について詳しく解説。臨床応用が進む欧米における最新、最高のテクニックがこの1冊につまっている。

編集　ジョン D. キャロル
　　ジョン G. ウェブ
監訳　ストラクチャークラブ・ジャパン



B5　頁448　2013年　定価14,700円（本体14,000円+税5%）　[ISBN978-4-260-01789-3]　医学書院

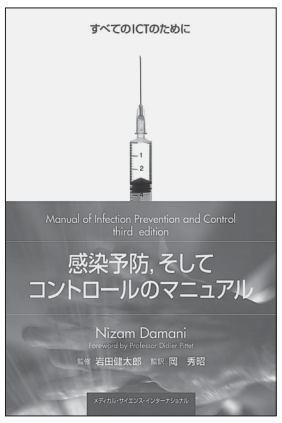
感染予防,そしてコントロールのマニュアル
すべてのICTのために

岩田 健太郎●監修
岡 秀昭●監訳
Nizam Damani●著

A5変・頁400
定価4,725円（税5%込）MEDSI
http://www.medsi.co.jp/

評者 青木 眞
感染症コンサルタント

実際的でハイレベルのPractice満載



感染管理に必要な広い視野

評者は感染症の世界を「微生物，臨床, 疫学」の3つの領域に分けている。カメラのレンズでいえば「望遠, 標準, 広角」の3種類となる。望遠レンズはその解像力の高さを生かし微生物を拡大・分析するが代償として広い視野を失い, また多くの場合, 微生物観察の場所は宿主から離れている。臨床担当の標準レンズは微生物と宿主の相互作用を検討するが，施設全体，社会全体を広く視野に入れての広角レンズ的な検討は疫学に委ねることになる。そして「しっかりとした標準レンズ（臨床）の訓練なくして，その後のまともな望遠レンズ（微生物）的研究や広角レンズ（疫学）的研究の発展はおぼつかない」とは長年の評者の持論である。さて感染管理 Infection Control という専門性の基本軸は広角レンズ「疫学」となるが，この専門領域は望遠，標準レンズ的知識も高いレベルで求められる点で際立っている。幸か不幸か評者のこの指摘が真実であることはワクチン行政をはじめとする，この国の病理が雄弁に物語っている。

簡にして要そして包括的

さて岩田健太郎先生監修，岡秀昭先生監訳の本書であるが第一の特徴は極めて包括的である点にある。これ一冊で感染管理全体の業務内容（Job description）が概観できる。同時に包括的でありながら優れた優先づけ（Prioritization）が本書を肥大化させないでいる。この優先づけ作業を可能にしているのは言うまでもなく既述の3レンズが適切に融合した視点である。例えば耐性菌の記述（10章）を見てみよう。ここに登場する耐性菌はたったの5種類（MRSA, VRE, ESBL 産生菌・緑膿菌，*Acinetobacter*）であるが，この5種で先進医療とほぼ同義語である菌の耐性化と患者の脆弱化を雄弁に表現している。

感染管理の新人にもベテランにも

「感染源を隔離し，感染経路を遮断する……」といった抽象的理論は現場ではほとんど役に立たない。感染管理の世界ほど実学として具体的なノウハウを必要とし，それが現場の救いとなる領域は少ない。少し例を挙げよう。

- アウトブレイクの管理にはマスメディア対応専門官とその訓練が重要（P45）。
- 掃除会社の社員教育用マニュアルかと見間違えるほど具体的な病室清掃手順（P88）。
- 狭域抗菌薬を使用させるため制限された（＝広域抗菌薬の有効性を隠した）感受性報告書の使用（P161）。
- 抗菌薬使用ガイドライン作成時，臨床スタッフにも参加させ「自らの」ガイドラインと意識づける（P163）。
- 人工呼吸器関連肺炎の予防には「発生率」よりも予防手順の「遵守率」の公表が効果を挙げる（P266）。

本書は極めて実際的であるが感染管理上の達成目標のレベルは犠牲にしていない。微生物検査室は「世界標準の方法で菌種を同定，感受性検査を行うべき」とあるが，これなど日本を除くほとんどの先進国が国家として責任を持って行っていると聞く。「WHONETを使用し国内サーベイランスにデータを提供する」（P166）なども施設間のデータ互換性を意識した国全体のサーベイランスの重要性を認識したプロの見識である。

本書は地味な内容も手伝い決して読みやすい本ではない。しかし，感染管理の“新人”には自らの業務内容を概観しその基本的「構成要素」を知るのに有用であり，“ベテラン”にとっても日々の業務に有用な現実的・具体的なノウハウを新しく与えられる本となるだろう。多くの感染管理にかかわる医療従事者に勧めます。

↘において疾患頻度が5段階で区分けされていることである。エビデンスが示されていないので，主として執筆者の経験に基づくものだろうが，思い切った試みである。「よくある疾患」における頻度と「見逃したくない疾患」における頻度の基準は異なると思われるし，疾患頻度自体が各人の診療の場の影響を受けるわけだが，大概の地域中核病院での外来診療にとっては大いなる参考値となるだろう。

本書は，内科外来を開始する後期研修医だけでなく，内科外来にかかわるジェネラリスト，さらに専門医にとっても資するところが大きい。値段はやや張るが，中味が実に濃いからだ。

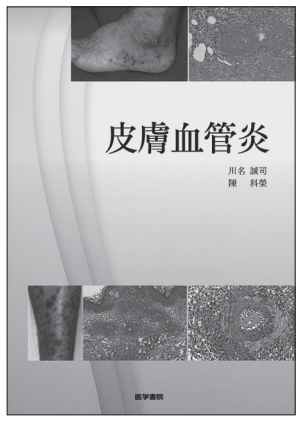
皮膚血管炎

川名 誠司，陳 科榮●著

B5・頁360
定価13,650円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-01010-8

評者 山元 修
鳥取大教授・感覚運動医学講座皮膚病態学分野

皮膚科医はもちろん,関連する内科医,病理医も必読の書



わが国における皮膚血管炎研究の第一人者である，川名誠司，陳科榮両巨頭の著書『皮膚血管炎』（医学書院）が刊行された。総論で疾患概念, 病因・病態，病理組織のポイントを理解し，さらに各論で一次性血管炎疾患, 二次性血管炎疾患, 重要な鑑別疾患へと流れるような内容の展開で，手にした瞬間から一気呵成に読破してしまった。それだけ惹きつけられる魅力的な書である。それにしてもまず感じたのは，皮膚科学の中で皮膚血管炎は決してメジャーな領域ではないにもかかわらず，348ページにも及ぶ大著であり，それだけにかゆい所にまで手が届くように丁寧で, かつ最新の情報まで網羅した, 皮膚科医のみならず内科医，病理医必携の書であるという点である。

私は，書店で医学書，特に臨床写真や病理組織写真が豊富に掲載されている本を選ぶ際に，まずはぱらぱらとページをめくり，いかに美麗な写真が厳選されているかを吟味する。本書は臨床写真の明瞭さ，的確さはもちろんのこと，病理組織写真の美しさとバックの白抜けの良さに圧倒された。皮膚の血管炎ほど病理組織診断が重要な位置を占める疾患はない。皮膚病理組織学は何といっても「多数の標本を見てなんぼ」の世界であるが，その点で美しくかつ的確に病理組織学的所見が示された皮膚血管炎に関する書物を，私は他に知らない。私事で恐縮であるが，この度日本皮膚病理組織学会理事長を拝命して，あらためて若い医師の皮膚病理学教育について考えてみた。以前から皮膚病理学を志す若い医師が減少の一途をたどっていることに危機感を抱いてきたが，減少の理由の一つに，かつて周囲にたくさん居られた皮膚病理組織学に精通した皮膚科医が激減し，論議の対象になっている所見がどれであるかを若者に指摘できなくなったことが挙げられる。所見を把握できなくなると，全く面白くないわけである。臨床写真もそうであるが，本書の病理組織写真の一つ一つに丁寧な解説が加えてあり，このような若者でも本文を読まなくても十分に学習できる。特に入門者にとってありがたいのは，総論で皮膚の正常血管の解剖・組織学について，一般解剖学・組織学の教科書も足下に及ばないくらい懇切丁寧に解説している点である。さすが日常皮膚を精確に観察してきた皮膚科医の手による書である，と快哉を叫びたい。さらに，ある程度皮膚臨床を経験した者にとってありがたい点は，国際的な血管炎の定義や診断基準ではやや消化不良に陥りがちな“皮膚の”血管炎についての暫定診断の要点を示してくれている点であろう。実際大変役に立つのでぜひ目を通していただきたい。

さて，本書で著者らは，①皮膚は小血管炎の発生頻度が高い臓器である，②皮膚生検で早期確定診断が可能である，特に致死性全身性血管炎の場合はこの点が重要である，③血管炎類似疾患は臨床症状が血管炎と酷似し，治療方針が異なる点で厳密な鑑別が必要である，という点を強調しているが，ここから筆者らの豊富な経験とそれから得られたポリシーがうかがえる。

皮膚科医はもちろん，関連する内科医，病理医の必読の書である。そして若い医師には，ある一つのジャンルを研究してきた筆者らの熱いポリシーを知ってもらうために，一度は読破していただきたい書物である。

@igakukaishinbun

本紙編集室でつぶやいています。
記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

New 新刊
米国専門医試験に学ぶ～合格の秘訣は,声に出して練習すること!～
麻酔科専門医 口頭試験の達人
Board Stiff Three: Preparing for the Anesthesia Orals, 3rd Edition

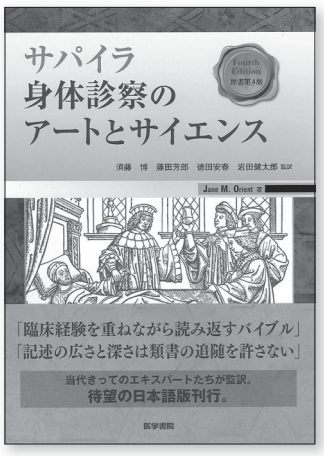
▶麻酔科専門医口頭試験に関する基本事項から応用問題まで網羅。一冊で一通りの準備ができる。試験対策のみならず日常臨床の場で必要とされる知識の整理にも役立つ。著者から読者へのアドバイスや独自のユーモアが随所に散りばめられており、試験対策本といえど真面目すぎず、とっつきやすい。受験者のみならず、試験作成者や試験官にも有益。

監訳: 稲田 英一
順天堂大学医学部麻酔科学・ペインクリニック講座

定価7,980円（本体7,600円+税5%）
B5 頁530 2013年
ISBN978-4-89592-752-9

MEDSi 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.medsi.co.jp Eメール info@medsi.co.jp

身体所見のバイブル、待望の日本語版!



サパイラ 身体診察のアートとサイエンス 原書第4版

原著 Jane M. Orient University of Arizona College of Medicine

監訳
須藤 博 大船中央病院・内科部長
藤田 芳郎 中部ろうさい病院・副院長
徳田 安春 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・教授
岩田健太郎 神戸大学教授・感染治療学

身体診察は文化の違いや時代を超えた臨床医学のアート。筆者から直接回診で教わっているような語り口を通じて、本書にはPhysical Examinationを賢く経験するための英知、箴言がぎっしり詰まっている。「学生を含めすべての臨床医にマッチする教科書」「記述の広さと深さは類書の追随を許さないバイブル」と賛辞を集める名著を当代きってのエキスパートたちが監訳。待望の日本語版刊行。

●B5 頁888 2013年 定価12,600円（本体12,000+税5%）[ISBN978-4-260-01419-9]

医学書院

国内最大級のリファレンス データベース。日常診療に必要な、信頼ある最新情報を網羅

今日の診療 プレミアム Vol.23

DVD-ROM for Windows

1 医学書院のベストセラー書籍14冊を収録

『今日の救急治療指針 第2版』『今日の精神疾患治療指針』『急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版』の3冊を新規収録。また、書籍の改訂に伴い、『今日の治療指針 2013年版』『臨床検査データブック 2013-2014』『治療薬マニュアル 2013』の3冊について、最新のデータを収載。

2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

3 高速検索エンジンで快適な操作。「登録語マーカー」で記録が残せます。

価格81,900円（本体78,000円+税5%）
[ISBN978-4-260-01802-9]

骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.23」もご用意しております

今日の診療 ベーシック Vol.23

DVD-ROM for Windows

価格61,950円（本体59,000円+税5%）
[ISBN978-4-260-01800-5]

●高機能な治療薬検索　「薬品名」「適応症」「副作用」「薬効分類」「製薬会社名」「禁忌」のそれぞれの項目による条件検索が可能。

●登録語マーカー　本文の一部にマーカーを引き、コメントをつけることができる機能です。また、登録された語をリスト表示して、その中から選んで表示させることもできます。

●ユーザーのご要望に応えて　ご要望の多かった、文字のサイズを調整する機能や、本文タブをワンタッチで閉じる機能、壁紙機能などの改良を行いました。

カラー図譜を新設し、検査にかかわる全医療従事者を強力にサポート！

臨床検査データブック LAB DATA 2013-2014

監修　高久史麿　日本医学会会長
編集　黒川　清　政策研究大学院大学教授
　　春日雅人　国立国際医療研究センター総長
　　北村　聖　東京大学教授

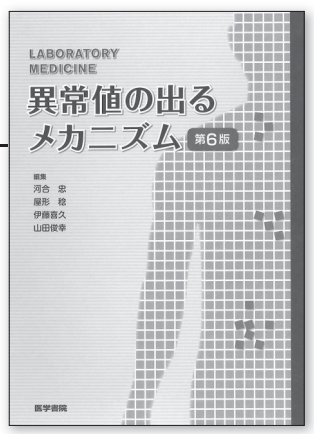
“考える検査”をサポートする検査値判読マニュアルのベストセラーの改訂版。今版は新たに巻頭カラー図譜を設け、血液細胞、グラム染色、尿沈渣などの写真を掲載した。また、新規保険収載項目、保険点数情報などの最新情報も引き続きブラッシュアップ。異常値のでるメカニズムを理解し、必要な検査と無駄な検査を見極めるのに役立つ本書は、圧倒的な情報量で全医療関係者をサポートします。

●B6　頁1106　2013年　定価5,040円（本体4,800円+税5%）[ISBN978-4-260-01675-9]

検査で得られた医療情報から実像を捉え、その背景を考える能力を養う

異常値の出るメカニズム 第6版

編集　河合　忠　国際臨床病理センター所長
　　屋形　稔　新潟大学名誉教授・予防医療学分野
　　伊藤喜久　旭川医科大学教授・臨床検査医学
　　山田俊幸　自治医科大学教授・臨床検査医学



日常診療で広く使われる検査項目を重点的に取り上げ、患者に負担の少ない臨床検査を重視、その検査結果を最大限に診療に生かす方策に到達するための、知識と考え方を提供する。網羅的で辞典的な本とは一線を画し、medicineを学ぶ医学生や研修医、生涯学習を続ける医療関係職が、デジタル情報に振り回されることなく、専門教育の初期段階から、“得られたさまざまな医療情報から実像を捉え、その背景を考える能力”を養う。

●B5　頁480　2013年　定価6,300円（本体6,000円+税5%）[ISBN978-4-260-01656-8]

シリーズ ケアをひらく

摘便とお花見　看護の語りの現象学　村上靖彦

とるにたらない日常を、看護師はなぜ目に焼き付けようとするのか――看護という「人間の可能性の限界」を拡張する営みに吸い寄せられた気鋭の現象学者は、共感あふれるインタビューと冷徹な分析によって、不思議な時間構造に満ちたその姿をあぶり出した。巻末には圧倒的なインタビュー論「ノイズを読む、見えない流れに乗る」を付す。パトリシア・ベナーとはまた別の形で、看護行為の言語化に資する驚愕の1冊。

●A5　頁416　2013年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）
[ISBN 978-4-260-01861-6]

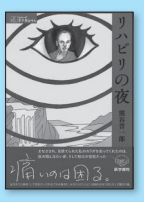
最新刊

当事者研究の研究　編集　石原孝二

当事者本人を超えて、専門職・研究者の間でも一般名称として使われるようになってきた「当事者研究」。その圧倒的な感染力はどこからくるのか？　それは客観性を装った「科学研究」とも違うし、切々たる「自分語り」とも違うし、勇ましい「運動」とも違う。本書は、哲学や教育学、あるいは科学論と交差させながら、“自分の問題を他人事のように扱う”当事者研究の魅力と潜在力を探る。

●A5　頁320　2013年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）
[ISBN978-4-260-01773-2]

新潮ドキュメント賞受賞



リハビリの夜　熊谷晋一郎

●A5　頁264　2009年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）
[ISBN978-4-260-01004-7]

大宅壮一ノンフィクション賞受賞

逝かない身体　ALS的日常を生きる　川口有美子

●A5　頁276　2009年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）
[ISBN978-4-260-01003-0]

シリーズ一覧

弱いロボット　岡田美智男
●A5　頁224　2012年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-01673-5]

ソローニュの森　田村尚子
●B5変型　頁132　2012年　定価2,730円（本体2,600円+税5%）[ISBN978-4-260-01662-9]

驚きの介護民俗学　六車由実
●A5　頁240　2012年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-01549-3]

その後の不自由　「嵐」のあとを生きる人たち　上岡陽江+大嶋栄子
●A5　頁272　2010年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-01187-7]

技法以前　べてるの家のつくりかた　向谷地生良
●A5　頁252　2009年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-00954-6]

コーダの世界　手話の文化と声の文化　澁谷智子
●A5　頁248　2009年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-00953-9]

ニーズ中心の福祉社会へ　当事者主権の次世代福祉戦略　編集　上野千鶴子+中西正司
●A5　頁296　2008年　定価2,310円（本体2,200円+税5%）[ISBN978-4-260-00643-9]

発達障害当事者研究　ゆっくりていねいにつながりたい　綾屋紗月+熊谷晋一郎
●A5　頁228　2008年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-00725-2]

こんなとき私はどうしてきたか　中井久夫
●A5　頁240　2007年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-00457-2]

ケアってなんだろう　編著　小澤　勲
●A5　頁304　2006年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-00266-0]

べてるの家の「当事者研究」　浦河べてるの家
●A5　頁310　2005年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-33388-7]

ALS　不動の身体と息する機械　立岩真也
●A5　頁456　2004年　定価2,940円（本体2,800円+税5%）[ISBN978-4-260-33377-1]

死と身体　コミュニケーションの磁場　内田　樹
●A5　頁248　2004年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-33366-5]

見えないものと見えるもの　社交とアシストの障害学　石川　准
●A5　頁272　2004年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-33313-9]

物語としてのケア　ナラティヴ・アプローチの世界へ　野口裕二
●A5　頁220　2002年　定価2,310円（本体2,200円+税5%）[ISBN978-4-260-33209-5]

べてるの家の「非」援助論　そのままでいいと思えるための25章　浦河べてるの家
●A5　頁264　2002年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-33210-1]

病んだ家族、散乱した室内　援助者にとっての不全感と困惑について　春日武彦
●A5　頁228　2001年　定価2,310円（本体2,200円+税5%）[ISBN978-4-260-33154-8]

感情と看護　人とのかかわりを職業とすることの意味　武井麻子
●A5　頁284　2001年　定価2,520円（本体2,400円+税5%）[ISBN978-4-260-33117-3]

あなたの知らない「家族」　遺された者の口からこぼれ落ちる13の物語　柳原清子
●A5　頁204　2001年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-33118-0]

気持ちのいい看護　宮子あずさ
●A5　頁220　2000年　定価2,205円（本体2,100円+税5%）[ISBN978-4-260-33088-6]

ケア学　越境するケアへ　広井良典
●A5　頁276　2000年　定価2,415円（本体2,300円+税5%）[ISBN978-4-260-33087-9]

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