

2011年8月1日

第2939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

- 第2回日本プライマリ・ケア連合学会…1面
- [インタビュー]サイコソジカル・ファーストエイド(加藤寛) / [連載]続・アメリカ医療の光と影……………2-3面
- [寄稿]医療事故で医療メデイエーションが担う役割はあるか(Rosemary Gibson)…4面
- 第8回日本うつ病学会,ほか……………5面
- [連載]老年医学のエッセンス……………6面
- [連載]在宅医療モノ語り,ほか……………7面

## 今、プライマリ・ケアの飛躍のとき

### 第2回日本プライマリ・ケア連合学会開催

第2回日本プライマリ・ケア連合学会が、7月2-3日、ロイトン札幌(札幌市)にて開催された。草場鉄周大会長(北海道家庭医療学センター)のもと、「時と人をつなぎ今飛躍の時へ」をテーマに開催された今回は、職種・地域を超えてプライマリ・ケアに携わる医療者が参集。知識とスキルを共有し、良質なケアの提供につなげようと、会場各所で熱心な討論が交わされた。

#### 時を越え、人をつないで伝わる プライマリ・ケアの価値

大会長講演「時と人をつなぎ今飛躍の時へ」では、草場氏がプライマリ・ケアの今後の在り方を展望。氏はまず家庭医としての自身の歩みを振り返り、「地域を包括するケア」「継続する身近なケア」がプライマリ・ケアに必要とした。次に、診療所の家庭医と中小病院の総合医、基幹病院の専門医とが連携することで安定した医療を広く提供できると提言。東日本大震災での支援活動の経験も踏まえ、「多様な健康問題に対応するケア」「連携や協調を重視したケア」がプライマリ・ケアの強みとした。また医療の量より質が重視される時勢に鑑み、個々の患者の生活や価値観を踏まえ適切な医療を実施する「個別性を重視したケア」を追求すべきとした。

最後に氏は、確かな臨床能力や確固たるアイデンティティ等が、町医者から家庭医療専門医へ「時」を越えて伝承されること、職種を超え「人」をつないで、切れ目のない医療ネットワークが実現できることを強調。一人ひとりを大切に上質な医療をすべての人に提供し、日本全体の医療の質向上を図るときこそ、プライマリ・ケアの飛躍のときだと結んだ。

#### 患者一人ひとりの「病い」 の背景を知る

「患者中心の医療」の技法(Patient-centered clinical method; PCCM)は、1970-90年代にかけカナダ・ウェスタンオンタリオ大で開発された。患者

一人ひとりの背景や思いも含む「病い」を受け止め、個別性のあるケアを提供するこの概念は、プライマリ・ケアの現場には必須といえる。シンポジウム「患者中心の医療—過去・現在・未来」(司会=草場氏、あさお診療所・西村真紀氏)では、真の「患者中心の医療」をどう創出するかが議論された。

Thomas Freeman氏(ウェスタンオンタリオ大)は、PCCMの6要素である①疾患と「病い」両方の経験を探る、②全人的な理解、③共通の理解基盤の発見、④予防・健康増進の導入、⑤患者・医師関係の強化、⑥実行が可能、を提示。患者と医師が問題・ゴールを共有し役割を分担する③が特に重要だとした。PCCMには患者満足度の向上や身体症状の改善のほか、医師の満足度向上、医療過誤・コスト減少などの効果も確認されている。氏はトラウマの多い現代社会にこそ、言語化されない兆候も察知するPCCMが必要と結論付けた。

石垣靖子氏(北海道医療大大学院)は初めてホスピスを訪れた際、「ふつうに生き、ふつうに死んでいく」ことの価値を知った。氏は患者一人ひとりの物語を理解し、対話を重ね固有の医療を構築する必要性を述べ、生物学モデルからケアリング(思いやり)モデルへの転換を説いた。患者を理解しようと努力する姿勢、孤立化させないことが重要として、看護師は「傍らに居ることを許された者」でありたいと結んだ。

NPO法人ささえあい医療人権センターCOMLは、20年余り、約5万人の患者・家族の電話相談を実施してきた。同センターの山口育子氏は、患者の医療への姿勢が、受身から権利の自覚へと変化する一方、医療者側にも役割を明確に伝え意思疎通を図る姿勢が

みられるようになったと考察。患者の主體的な医療参加、医療者と対等な関係での協働が必要であり、医療選択や決断を十分理解・納得して行えるよう、わかりやすい情報提供と、「賢い患者」になるためのサポートを求めた。

松繁卓哉氏(国立保健医療科学院)は医療社会学の立場から考察。患者と医療者の関係は、疾病構造の変化や医療の地域移行の影響で、医療者に従う「コンプライアンスモデル」から同じ目線で話し合う「コンコダダンスモデル」へと2000年前後に転換したという。「患者中心の医療」を評価する際の問題点としては、医療現場の状況により定義が変化する、意思決定プロセスに参加したくない患者もいる、評価者の選定が困難、の3点を挙げる。社会学における対象理解の手法「解釈型アプローチ」を応用し、患者の主観的認識を理解することを提案した。

#### 総合診療医の可能性と課題

シンポジウム「日本の総合診療 これからの飛躍にむけて」(司会=江別市立病院・阿部昌彦氏、勤医協中央病院・臺野巧氏)では、多様な場で活躍する総合診療医の在り方が語られ、総合医認定制度の試案が示された。

小泉俊三氏(東光会七条診療所)は、総合診療医の価値観としては患者中心のチーム医療やEBMなどを挙げる。その診療姿勢を「労をいとわず・えり好みせず積極的に診療する」と表現した。従来は理念主導の議論が繰り返されてきたが、社会や人口、疾病構造の変化を見据え現実的なシステム構築が重要と指摘。診療の「場」を問わず価値観や診療姿勢は共通であり、「場」の特性に沿った役割を議論し、能力が十分に発揮される医療システムを要望した。

松村理司氏(洛和会音羽病院)は、総合診療科の在りようを「自由自在、融通無碍、伸縮自在」と表現。非専門的な仕事を総合診療科が担うことで専



●草場鉄周大会長

門医の負担を軽減できると話した。また専門特化していない中小病院でこそ病院総合医が活躍できると提言。教育を充実させ研修医を集めることで、病院経営、市民サービスに資すると主張した。さらに超高齢社会で医療・介護のエキスパートとなる期待も示した。

井村洋氏(飯塚病院)は、救急外来の融通の利く受け皿となり、他科からの信頼を得て患者数も増加したこと、研修医教育を率先して行い、教育イベントを病院の事業に拡大した経験などを例に「切り札」を持つことが総合診療科の確立につながると提案。多くのステークホルダーと共同戦線を張り良質の総合診療医を輩出することが大規模病院での総合診療科の使命と結んだ。

同学会認定制度委員会の大滝純司氏(東医大)は、病院総合医の認定制度案を解説した。プログラム案の要点は、家庭医療専門医の取得が前提であること。その上で診療・病院管理・他科や他職種との調整・医療の質改善という病院総合医を特徴付ける4つの能力と、教育・研究能力を問う[細則案は同学会HP(<http://www.primary-care.or.jp/paramedic/generalist.html>)参照]。氏は、まずは確固たる枠組みを作る必要性を述べ、理解を求めた。

伴信太郎氏(名大大学院)は総合診療医を「総合する専門医」と称し、その専門性を、Diagnostician(診断の専門家)、不定愁訴への対応、日常診療の包括的対応、保健・福祉介護との連携の4点に総括。専門性を概念付けることが大学の総合診療部門の役割だとした。教育においては多職種連携や地域包括の重要性に言及。大学に総合診療部門を根付かせ、政策的に日本の医療システムに適合した総合医の養成を行うことを提言した。

August 2011

8

## 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、お近くの医学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。

<p><b>ことばもクスリ</b> 患者と話せる医師になる 編集 山内常男 著 川上 武、高屋敷典生、鍋谷哲彦、浜田 晋 A5 頁232 定価2,625円 [ISBN978-4-260-01383-3]</p>	<p><b>イラストレイテッド外科手術</b> 第3版[縮刷版] 膜の解剖からみた術式のポイント 篠原 尚、水野恵文、牧野尚彦 A5 頁504 定価10,500円 [ISBN978-4-260-01408-3]</p>	<p>〈看護ワンテーマBOOK〉 <b>説明できるエンゼルケア</b> 40の声かけ・説明例 小林光恵 B5変型 頁128 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01436-6]</p>
<p>〈日本医師会生涯教育シリーズ〉 <b>画像診断update</b> 検査の組み立てから診断まで 編・発行 日本医師会 監修 大友 邦、興格征典、杉村和朗、福田国彦、松永尚文、村田喜代史 B5 頁360 定価5,775円 [ISBN978-4-260-01313-0]</p>	<p><b>消化器外科のエビデンス</b> 気になる30誌から (第2版) 安達洋祐 B5 頁532 定価9,975円 [ISBN978-4-260-01376-5]</p>	<p>〈看護ワンテーマBOOK〉 <b>せん妄であわてない</b> 編著 茂呂悦子 B5変型 頁128 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01434-2]</p>
<p><b>急性中毒ハンドファイル</b> 編集 森 博美、山口 均 A5 頁320 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01426-7]</p>	<p><b>リンパ浮腫診療実践ガイド</b> 編集 「リンパ浮腫診療実践ガイド」編集委員会 B5 頁144 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01382-6]</p>	<p>〈看護ワンテーマBOOK〉 <b>災害時のこころのケア</b> サイコソジカル・ファーストエイド 実施の手引き 原書第2版 著 アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク、 アメリカ国立PTSDセンター 訳 兵庫県こころのケアセンター A5変型 頁192 定価1,260円 [ISBN978-4-260-01437-3]</p>

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。

# “心の傷”にも応急処置を

## 「害を与えない」こころのケア、サイコロジカル・ファーストエイドとは

interview 加藤 寛氏 (兵庫県こころのケアセンター副センター長・診療所長) に聞く

災害や事故で心に傷を負った人たちへのケアの在り方は、長年模索され続けてきた。専門性の高い介入に限界が認められるなか、近年あらためて注目されているのが、サイコロジカル・ファーストエイドだ。「害を与えない」「悪化させないことで自然治癒を手助けする」と一見ごく当たり前のこの介入法が、従来の“常識”を覆し、パラダイムシフトとなる可能性を秘めている。

加藤寛氏は、米国で2006年に発行されたマニュアルの翻訳を手がけ、今回その内容が『災害時のこころのケア——サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 原書第2版』(医学書院)として発行された。サイコロジカル・ファーストエイドの考え方をすることで、災害時のこころのケアがどう変わるのか。加藤氏に話を聞いた。

### “当たり前の配慮”こそが大切

——サイコロジカル・ファーストエイド(Psychological First Aid; PFA)とは、どのような概念なのでしょう。

加藤 日本語で表せば、“心理学的応急処置”です。ケガに応急手当をするように、トラウマによって引き起こされるさまざまな初期反応を手当てしようという考え方で、「常識的かつ穏当に、被災者のニーズを把握する」「状況をそれ以上悪くせず、当事者が回復できる環境を整えていく」といったスタンスに基づいています。

——考え方そのものは、ごくスタンダードな印象を受けます。

加藤 そうですね。PFAという言葉も1950年代から存在しており、必ずしも新しい概念というわけではありません。阪神・淡路大震災時(95年)にバイブルとなった『災害の襲うとき』(ビヴァリー・ラファエル著、石丸正訳、みすず書房)の一節にも取り上げられています。

しかし、常識的な内容であるが故に、

その重要性は長らく認識されず、注目され始めたのはここ10年ほどです。それまではもっと専門的な技法にばかり、関心が集まっていた。

——どのような技法が注目されていたのでしょうか。

加藤 最も代表的なものは、心理学的デブリーフィング(Psychological debriefing)です。デブリーフィングは本来、過酷な災害救援活動から戻ってきた消防士や警察官の心の負担軽減のために、90年代には米国で広く普及していました。それを被災者にも応用しようという流れが生まれ、阪神・淡路大震災のときには私も含め、飛びついた人が多くいました。——試してみても、いかがでしたか。

加藤 そもそも、こちらがそうした集団療法に慣れていなかったことに加え、被災者を集めていきなり「さあ、あなたの被災体験と、今つらいと思っ

——日本人にはなじみにくいスタイルかもしれない。

加藤 ええ。その後、デブリーフィ

ングはメタアナリシスでも効果が実証されず、むしろ場合によってはトラウマを悪化させるという研究結果も出ました。被災者の意図を尊重しない、画一的なデブリーフィングの実施には、欧米でも批判的な論調が強まっています。

また、2001年の同時多発テロ事件のときには、認知行動療法を活用し、ある程度刺激に曝露することで、トラウマを軽減させる方法も検討されました。しかし治療環境が整っていなければ、逆にトラウマ悪化のリスクが高まります。また、被災者が何千人も溢れているなかでは、専門家がアウトリーチしてできることは非常に限られる。結局、大災害において、個人を対象とした専門的な介入には限界があるという結論に至ったのです。

——そうした状況から、基本に立ち返るかたちで、PFAが見直されることになったのでしょうか。

加藤 そうです。実際、被災者にアプローチする際にも、専門的な介入よりむしろ、“当たり前の配慮”や“常識”を必要とされる場面が多かったのです。そのことは、私たちが阪神・淡路大震災のときに実感しました。

——具体的にはどのようなことが求められていたのですか。

加藤 例えば、仮設住宅に住む高齢者のお金や住まいに関する手続きを代行するとか、蛍光灯を変えてあげるといった、生活の手助けとも呼べるような支援です。でも、そうしたことにも対応して初めて、専門的な支援も受け入れてもらえる余地が生まれるのです。

できることが限られている災害時には、「〇〇と△△ならできます」ではなく「被災者が求めることをします」という姿勢が、究極的には必要とされます。ですから、常識的な対応をしながら、被災者のニーズを見つけていくPFAこそが現実的な介入方法ではないかと、意見の一致をみるようになったのだと思います。

### 誰にとっても受け入れやすい手引き

——そうしたPFAの概念をまとめ、具体化したのが、米国で05年に第1版、翌年第2版が発行された『Psychological first aid: Field operations guide』ですね。

加藤 ええ。手引き作成の直接的なきっかけは同時多発テロ事件ですが、執筆の中心となったUCLAの研究者たちは、災害支援にずっとかかわり続けてきた人たちです。米国の自然災害は、中西部の竜巻地域のほかは環太平洋エリアの地震と山火事に集中しており、UCLAにはロマ・プリエタ地震(89年)やノースリッジ地震(94年)などの



●加藤寛氏

1984年神戸大医学部卒。医学博士。都立墨東病院などで精神科救急に携わり、95年より阪神・淡路大震災の被災者支援機関「こころのケアセンター」に所属。2004年より現職。専門は精神医学、災害心理学。阪神・淡路大震災以降も、国内外の多くの災害において精神保健活動を指導。著書に『消防士を救え! ——災害救援者のための惨事ストレス対策講座』(東京法令出版)など。

経験者も多くいます。そのため災害支援の経験も豊富ですし、研究も非常に盛んなのです。

——米国で生まれた手引きという、日本の風土に合わないのでは?という疑問を持つ方もいるかもしれません。

加藤 その点はむしろ、多国籍・多民族国家である米国らしく、異文化への配慮も節々で強調されています。また、接し方、声の掛け方などの根本に共通して存在しているのは「害を与えない」「現実的にできる支援をする」というPFAの哲学です。ですから、基本的には誰にとっても受け入れやすいものであり、読んでみると意外なほど、日本の社会や文化に適用できる印象を受けるのではないかと思います。

——例えば、どのような記載があるのでしょうか。

加藤 「家族や親しい友人を亡くした被災者を支える」(訳書P45、以下同)には「悲嘆の過程には、単一の『正しい』ものがあるわけではありません」とあります。日本人は、悲しみを抑え込む人も多いし、平静に振る舞おうとして、なかには微笑を浮かべる人もいます。それもその人の悲しみの表し方なのだ、この手引きでは述べられているのです。

また、亡くなった方を「息子さん」などではなく「〇〇ちゃん」と名前を呼んであげるだけで、遺族の方との関係が深まることは、私自身もよく経験するのですが、この手引きにも「亡くなった人のことを『故人』と呼ぶのではなく、名前を呼んでください」(P47)と記載されています。この点も非常に共感できます。

——「故人」と呼ぶべきでない、という感覚は、世界的に共通なのですね。

加藤 西洋では、死やそれにまつわ

### 《サイコロジカル・ファーストエイドの8つの活動内容》

#### ①被災者に近づき、活動を始める

援助の申し出に対して、人がみな即座に肯定的な反応で応えるものだと考えてはなりません。……安心感や信頼感をもつのに時間がかかる人もいます (P30)

#### ②安全と安心感

……知りたいのはあなたの感情(同情されること)ではなく、あなたがかれらの感情を理解しようとしていること(共感されること)です。そのことを忘れないでください (P57)

#### ③安定化(必要に応じて)

いきなり話をしようとするよりも、穏やかに、静かに、そばに控えていてください……いつでも役に立てるように待機することで、相手に落ち着くための時間を提供しましょう (P63)

#### ④情報を集める——いま必要なこと、困っていること

大事なものを失った人には、いたわりの言葉をかけて、利用可能な資源を紹介したり、対処法や社会支援についての情報を提供するなど、現実的な支援をしてください (P74)

#### ⑤現実的な問題の解決を助ける

「達成可能な目標」を定めるように助言しましょう。小さな目標を達成することによって、失敗感や事態にうまく対処できないという感情を軽くすることができます (P80)

#### ⑥周囲の人々との関わりを促進する

子どもや思春期の人は、面と向かって話しながらないこともあります。……一緒に雑誌のページをめくる、ただ一緒に座る。こうしたことだけでも、かれらを支えることはできます (P91)

#### ⑦対処に役立つ情報

子どもや思春期の人の場合は、たとえかれらがそのような心配を口にしなかったとしても、「あなたのせいではない」ということを念押ししてください (P111)

#### ⑧紹介と引継ぎ

被災者は、まるで支援者と次から次へ果てなく会い続けているかのように感じることがあります。……可能な限り、このようなことを減らしてください (P119)

『災害時のこころのケア——サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 原書第2版』より抜粋

## 全医療者必携!

# 災害時のこころのケア

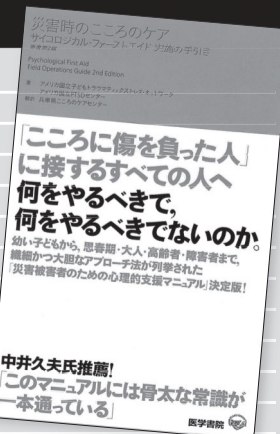
サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 原書第2版  
Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2/e

著 アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク  
アメリカ国立PTSDセンター  
訳 兵庫県こころのケアセンター

●A5変型 頁192 定価1,260円(本体1,200円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01437-3]

共感と気づかいに満ちた支援とはどういうものか。

- 最初の挨拶はどうするか?
- 親と離ればなれになっている子どもにどう接するか?
- 家族の生存を確認できない人に何を言えいいのか?
- 遺体の身元確認をする被災者にどう声を掛けるか?
- パニックを起こしている人はどうしたら落ち着くのか?
- トラウマ反応にどう対処するか?
- 生きていることに罪悪感をもつ人に何をどう伝えたらいいのか?
- グラウンディングとは何か?
- 子どもに災害報道番組を見せてもいいのか?
- 自殺をほめかされたらどうするか?
- 何がサポートティブな言葉で何がそうではないのか?



【自分の経験と話したがりない子どもに対する声かけの例】  
してほしいことを大人にちゃんと伝えて、えらいね。まわりの人たちに、どうやったらあなたの役に立てるのか教えてあげるとは、とっても大事なことなんだ。みんなに助けをもらえばもうほど、うまくいくようになるからね。大人だって、こんなときには助けが必要なんだよ。……本書90ページ

医学書院

# 続 アメリカ医療の 光と影

第203回

## アウトブレイク①7

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ：1998年、『ランセット』誌に「MMRワクチンが自閉症の原因」と示唆する論文が発表されたことがきっかけとなって、英国における同ワクチンの接種率は大幅に低下した。

### 医学界からの「追放」、 自閉症児の親たちの「英雄視」

『ランセット』誌の論文がねつ造されたものであったことは前回も述べたとおりだが、まだねつ造であるとはわからなかった時期、世界の医学界は、すぐさま、「MMRワクチンが自閉症の原因」とするウェイクフィールドの仮説を検証する作業に取りかかった。接種率が大幅に低下するなど、安全性に対する信頼が大きく揺らぐ事態を看過し得なかったからであるが、大規模疫学研究においても、メタアナリシスにおいても、MMRワクチンを自閉症と結び付ける証拠は見いだされず、ウェイクフィールドの仮説は繰り返し否定されることとなった。

一方、ウェイクフィールド本人も、上司のロイナル・フリー・ホスピタル院長から研究結果の再現を命じられたものの再現することに失敗、2001年、彼は同病院を辞職した。その後、英国を去ったウェイクフィールドは、米国に渡って自閉症研究を続けることとなった。

その後、2004年に、サンデー・タイムズ紙の記者、ブライアン・ディー

ゝる事柄を、日本よりも割り切ってとらえると思いがちですが、そうではないことがわかりますよね。

一方で、「さらなるトラウマ体験や、トラウマを思い出すきっかけになるものから身を守る」(P41)では“テレビやラジオを遠ざけましょう”という提言もしています。これはなかなか日本では出てこない考え方ではないかと思いますが、非常に大切なことですね。——害から遠ざけることで、自然と回復してくるのを待つ、ということでしょうか。

加藤 ええ。ここにもやはり「傷を深めないようにして、生まれ持った回復力で立ち直ることを助ける」というPFAの考え方があります。

何万人、何十万人という被災者を生み出す大災害を前にして、私たちができるのは、人間の回復力を信じ、そのための環境を整えておくことくらいです。無力感を強調しているわけではな

アが、ウェイクフィールドの『ランセット』論文にまつわる「利益相反行為」および「ねつ造」に対する追及を開始するのだが、やがて彼の粘り強い取材が英国医事委員会(General Medical Council)を動かし、論文作成にかかわった医師たちの「適性」審査が行われることとなった。2010年1月、同委員会は、ウェイクフィールドおよび直属の上司であったジョン・ウォーカー・スミス教授の倫理違反行為を認定、5月には、2人に対し、「医師免許取り消し」という、厳しい処分を下した。

かくして、ウェイクフィールドは、科学的にその仮説がほぼ完璧に葬り去られただけでなく、医師としての適性さえも否定され、医学界からも医療界からも「追放」されることとなったのだが、皮肉なことに、自閉症児の親の間では、逆に、これまで以上の支持を集めるようになった。「自閉症児のために、職や国を失ってまで医学界と闘う偉い医師」と、「英雄視」さえされるようになり、講演会などで、「私の身に何が起こったかなどどうでもいいのです。大切なのは、自閉症の子供たちに何が起きているかなのです」と発言するたびに、感動した親たちが目を潤ませる光景が繰り返されるようになったのである。

### 「科学的証拠」よりも「ねつ造」 を信ずる背景

ウェイクフィールドは、ただ「デー

ク、災害とはそういうものだととらえ、できる範囲で最善を尽くすことこそが、求められているのだと思います。

### 不全感を感じる必要はない

——東日本大震災では、たくさんの医療者が現地ですべて支援を行っていますが、支援者が心の安定を保つ上でも、PFAの考え方は応用できるのでしょうか。

加藤 震災直後、たくさんの医療チームが現地入りしましたが、「自分たちができることはほとんどない」と感じることが多かったと聞きます。被災した方が亡くなってしまったか、無傷で助かっているかの両極に偏っており、医療を提供できる対象者が本当に少なかったのです。

——トリアージで言うところの、黒(死亡)と緑(緊急の医療の必要なし)の2択ですね。

加藤 やれることという、被災者の誘

導や避難所の健康管理が大半で、待機を強いられることも多く、不全感を禁じえなかったという話を多く聞きます。

でも、本当はそこで不全感を感じる必要はないのです。その場で求められていることをするのが、どんな現場でも一番大事なことです。PFAの基本的な考え方は、そこでも生きてくるといいます。——支援に入る段階で、あらかじめそうした考え方を身につけておくことが大切になりますね。

加藤 そうですね。また今回は、自らも被災しながら支援活動をしている医療者も多くいて、仲間を失ったことや、大災害を前に何もできないことに不全感と自責感を募らせています。しかも彼らは、復興期に入っても、病院や診療所の再建と同時に、被災者のケアも続けなければならない。セルフケア、さらには組織的なサポートが必須だと思えますし、そのことは、手引きでも言及されています。

このころのケアに携わるすべての人に、すべての場面で

——PFAの考え方を今後、どのように

活用していけばよいでしょうか。

加藤 日本における「こころのケア」には、医師の治療から学校での防災教育、“傾聴ボランティア”まで幅広く含まれます。そうした千差万別のケアに共通の核となる概念が、PFAには散りばめられていると思っています。ですから精神・心理の専門家に限らず、トラウマを抱えた人に接する医療者全般、さらには教育者の方々などにとっても、PFAを活用できる場面は多くあると思います。

災害は起きてしまうものですが、そのときあらかじめPFAの考え方を身につけているか否かで、その後が大きく変わってきます。今度の震災では、あつという間に過ぎてしまう場合も多くあります。機を逃さず有効なケアができるよう、PFAを普及させていきたいですね。冊子体で発行することで、よりハンディになりますし、図書館などにも置いて役立ててもらえれば幸いです。(了)

えを真剣に聞いてくれる」ウェイクフィールドに、親の信頼が集まるようになったのである。

換言すると、科学的にはほぼ完璧に否定された「MMRワクチン原因説」を、いまだに信じる親たちが多い最大の理由は、「医療そのものに対する不信の大きさにある」と言ってよいだろう。不信が根底にあるからこそ、どれだけ意を尽くして「科学的証拠」を説明しても、その説明を受け入れていただくことができないようなのである。

### 社会の「予防接種不信」

以上、自閉症児の親たちが「科学的証拠」よりもウェイクフィールドの「ねつ造」を信ずる背景について論じたが、実は、自閉症に限らず、予防接種一般に対する不信も、医療そのものに対する根深い不信がその背景にあるようである。個々の予防接種について、リスクとベネフィットに関する正確な科学的情報を提供することが不可欠であるのとは言うまでもないのだが、たとえどれだけ正確な科学的情報を多量に提供したとしても、それだけで予防接種に対する社会の不信が解消されることは望み得ないのではないだろうか。

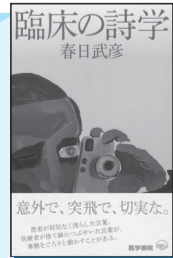
翻って日本の状況を見たとき、いま、社会の「予防接種不信」を解消する一層の努力が求められているというのに、例えば、いまだにポリオ経口生ワクチンが漫然と使用され続けていることが如実に示すように、一向に「やる気」が感じられない状況が続いている。麻疹といい、百日咳といい、死ななくてもいいはずの病気で子どもたちが死ぬのを見なくてはならないほど、悲しく、かつ、情けないことはないのだが……。(この項終わり)

私は一冊の日記帳である。

## 臨床の詩学

患者が何気なく洩らした言葉、医療者が捨て鉢につぶやいた言葉が、行き詰まった事態をざらりと動かすことがある。現場で働く者なら誰でも知っているそんな「臨床の奇跡」を、手練れの精神科医が祈りを込めて書き留める。医療者を深いところで励ます、意外で、突飛で、切実な言葉のコレクション。

春日武彦  
精神科医



四六変型 頁336 2011年 定価1,890円(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01334-5]

医学書院

百戦錬磨の熟練医による臨床推論を伝授—Generalな診断力を身につける

## GP100ケース

プライマリ・ケア医としての総合力を身につける  
100 Cases in General Practice

▶ コモンな疾患を中心とした「内科診断100ケース」に続くシリーズ第2弾。英国のGP(General Practitioner)を念頭に置き、あらゆる患者、疾患への対応を企図。1症例は裏表2頁で完結、表頁には患者の病歴、身体所見、検査結果が示され、それをもとに診断仮説を立てた上で、裏頁に記載された、熟練医による臨床推論、診断結果、その後の転帰を確認する、という流れ。特に病歴聴取・問診に重点を置いた記述。研修医・医学生からプライマリ・ケアに関わる医師まで幅広く有用。

監訳  
佐々木将人  
総和中央病院副院長

定価4,620円(本体4,400円+税5%)  
B5変 頁232 図2 2011年  
ISBN978-4-89592-685-0

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.medsci.co.jp  
Eメール info@medsci.co.jp

# 寄稿 医療事故において 医療メデイエーションが担う役割はあるか

ローズマリー・ギブソン Section Editor of Archives of Internal Medicine, 作家

医療事故が発生した際、医療者と患者・家族間を仲介し、両者の対話を促進することで関係再構築をめざす院内の医療メデイエーションが、近年日本で独自の展開をみせている。本紙では、患者中心の医療の質改善に取り組み、「当該医療者と医療機関の責任ある対応と努力が大切」と提唱するローズマリー・ギブソン氏に、医療過誤が起きた際に患者・家族はどのような対応を望むのか、医療者自身のために必要なことは何か、さらに医療メデイエーションがこれらを解決するための役割を担えるのか、ご寄稿いただいた。

## 医療事故が起きてしまったとき 患者・家族が望むこと

米国科学アカデミー医学研究所(Institute of Medicine)による医療安全についての画期的な報告となった『To Err is Human』(1999年)が出版されて以降、医療過誤や院内感染といった予防可能な有害事象で損傷を受けた患者に対する医師や病院による適切で有効な対応について、さまざまな提案がなされてきました。

医療過誤によって被害を受けた患者および家族は、医師と医療機関に正直な対応を求めています。それによって何が起きたのかを理解し、そしてその事象が被害者の健康や今後にどのような影響を及ぼすのかを理解したいと切に求めていることが、医療機関や研究機関の調査研究によって近年明らかになってきました。

また、事故を起こした当該医療者に対しては、その事象について責任ある対応を期待し、原因究明に献身的に義務を果たすこと、そしてその事故原因について情報が得られるたびに、継続的に患者・家族に伝えてほしいと望んでいます。当該医療者が医療システムの改善に責任を持って取り組み、その結果、将来的に他の患者が傷つくことがないように願っているのです。これらの議論では、医療が持つ性質上、医師や当該病院の責任者がリーダーシップを取り、ロールモデルとならなければなりません。

## 医療メデイエーションの役割には限界がある

有害事象を有効に開示し、また意味のあるものにするには、その事象を確認後すぐに検討が開始され、どのように収束させていくのかという決断をした上で、一つずつの確な行動を取る必要があります。損傷を受けた患者が治療を必要とする場合、医療機関が治療に専念するか、あるいは患者の希望によっては他の医療機関で治療を受けられるように手配しなければなりません。さらに当該医療機関は、患者が回復するために必要な治療費について、

財政的な負担を患者にかけないことを明らかにしなければなりません。

予防可能な有害事象が発生した場合、院内のスタッフを使って医療メデイエーションの導入を考えている医療機関は、下記のような限界があることを心にとめておかなければなりません。

### ◆その場限りの対応で終わらせない

第一に、有害事象が起こった後、緊急の医療ニーズと患者の質問に回答できる医学知識を持つ医師および病院の責任者によってのみ、患者・家族との対話の責務を果たすことができます。さらに医療倫理としては、医師がこの責務を果たし、他者または他の団体にその責務を委託しないことが求められます。つまり有害事象に関与した医師が被害を受けた患者について心を痛め、起こってしまった有害事象に対して感じている遺憾の念と悲しみを、患者・家族は知る必要があるのです。

一人の人間としてかわり続けていくことで、患者・家族が回復し、両者間の関係を再構築する過程を歩むことができるのです。ですから被害患者・家族への情報提供や対話が、その場限りの対応であってはなりません。

### ◆明らかになった事実は担当医あるいは責任者が伝える

第二に、予防可能な有害事象の原因は、究明できた事実から、被害を受けた患者の担当医、その上司、または患者安全責任者が患者・家族に対し、伝えていかなければなりません。その理由は、患者・家族はこの事実究明に関する情報をその医療を担当した責任者から聞きたいと望んでいる場合が多いからです。原因・事実の究明には、早期可能な場合もあれば、数か月かかる場合もあります。

また、再発防止のための措置についても、当該医療機関の責任者から患者・家族に伝えられるべきものです。そのことによって、医療者と医療機関は患者・家族および世間への説明責任を果たすことができ、医療過誤を医療から排除することができるのです。

### ◆患者・家族は継続的なケアを必要としている

第三に、被害を受けた患者・家族は継続的に医療者との対話の場を持ちたいと望んでいます。そのような対話を継続する責任を、発生した事象について詳細な知識を持たない他者に代理させるのは、被害を受けた患者に対する継続的なケア(気遣いのある・心を寄り添わせていく関係)を中断することになります。

さらに、これらの本質的に重要な機能・役割を、発生した事象に関する詳細な知識や細かなニュアンスを理解していない個人または他の雇用者に委託することは、患者・家族が見捨てられたという感情を抱く可能性もあるのです。

### ◆医療者自身にもまた、癒しが必要

第四に、有害事象が発生したとき、患者・家族だけが回答と癒しを必要としているわけではありません。細心の注意を払い、正当な治療をしていたにもかかわらず、有害事象の原因となる医療ミスを起こしてしまった場合、医師や看護師もまた多大な悲しみと罪悪感に苛まれます。当事者以外の人材やメデイエーターが有害事象後の対応を肩代わりするのではなく、患者・家族と対話を持ち続け、少しずつ癒されていく関係を構築することを通して、医療者もまた起こってしまった事象から癒されることになるのです。

### ◆解決を急がず、継続的な会話を

最後に、院内スタッフによって行われる医療メデイエーションがその有害事象の早期解決を求めている一方、深刻な健康上の損傷または死亡という被害を受けた患者・家族の視点からは、どのような場合も早期解決はあり得ません。真実を明らかにし、それを理解するには、数週間、数か月、または数年かかるかもしれないのです。このアプローチには医師やその医療機関の責任者との継続的な対話を必要とします。

## 誠実な対応のみが患者・家族、医療者双方にとっての癒しとなる

有害事象が起こった場合、これまで列挙した適切な医療側の行動は、患者・家族が自身に起こった医療事故をどのように受け止め、どのように受け入れていくかを考えるための情報となり、患者・家族にとっては大切な支えともなります。この情報は、思いやりを持って、大切で必要な対応を確実に



● Rosemary Gibson 氏

現在『Archives of Internal Medicine』誌のSection Editorを務めており、米国医療界への提言には定評がある。2005年に発刊された著書『沈黙の

壁——語られることのなかった医療ミスの実像』(日本評論社)は、医療過誤が発生したときの当事者の反応など、さまざまな側面を描写しており、大きく注目された。第2作目となる『The Treatment Trap』(共著、日本語訳未刊)は過剰治療の現状を不必要な手術や検査を紹介しながら分析しており、現在全米の話題を集めている。

行わなければならないため、その医療機関の行動規範を改善することにもなります。

当該医師や医療機関による誠実な対応のみが当該患者・家族にとって癒されていく助けとなります。それはまた、医師や看護師、その他関与した医療者にとっても同様で、このプロセスがすべての当事者を解決へ導く機会となります<sup>1)</sup>。さらに、医療過程におけるミス突き止め、医療体制からそれらを適切に取り除くためには、正直にすべてを開示する透明性が医療機関にとって本質的に重要です。この方法によって、患者・家族、医師および医療機関は、医療安全をすべての人に対して実現するために協力し合うことができます。

WHOの医療安全に関するカリキュラムでは、有害事象発生後における正直さと透明性の担保は患者の視点を大切にしたプロフェッショナルリズムの重要性を反映しており、さらに医療安全のために、患者とパートナーシップを組む機会を医療者や病院に提供していると指摘されています<sup>2)</sup>。予防可能な有害事象は、恐怖や懸念といった共通の経験をすべての患者および医療者の間に喚起するため、これらへの適切な対応や行動は日本だけでなく諸外国においても同様に推奨されています。

医療安全のための絶え間ない努力を他者に委託することはできませんし、患者・家族の支援もまた誰かが肩代わりすることはできないのです。それは、有害事象に対して共に向き合う当事者全員の勇気と強い心を必要とします。これまでに述べた理由から、深刻な有害事象発生後の患者のニーズに対しては、病院スタッフによる医療メデイエーションの役割には限界があると言えます。

### ●参考文献

- 1) Okamoto S, et al. Transformative possibilities of communication of medical error cases in Japan. Int J Qual Health Care. 2011; 23(1): 26-35.
- 2) WHO "Patient Safety Curriculum" [http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who\\_mc\\_topic-8.pdf](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-8.pdf)

\*本稿翻訳：岡本左和子氏(東京医科歯科大学大学院博士課程/医療コミュニケーション研究者)

一流30誌から7,256論文のデータを紹介。外科医必携のエビデンス集

## 消化器外科のエビデンス 第2版

気になる30誌から

外科医が日常臨床で直面する様々な問題について、最新の知見を確認するためのエビデンス集。国際的な一流30誌(外科学、腫瘍学、消化器病学、臨床医学)から消化器外科に関連する論文を広く集め、「手術手技」「術後経過」「予後因子」など30のカテゴリーに分類。質の高い7,256編の論文のデータをパーセントやリスク比で紹介する。手術はもとより術前検査や術後管理、がん検診や緩和ケアなども含み、消化器外科に関する事象を網羅。

安達洋祐 久留米大学准教授・外科学



早期胃癌100例、世界に冠たる日本の早期胃癌診断学を集大成した記念碑的アトラス。

## 早期胃癌アトラス

世界に冠たる日本の早期胃癌診断学の記念碑ともいべきアトラスここに遂に完成。永年にわたって日本の早期胃癌診断学をリードしてきた著者らが、その経験と蓄積のすべてを注ぎ込んだ斯界待望のアトラス。厳選された100例の症例をもとに、粘膜ヒダの異常や褐色粘膜など、チェックすべきX線・内視鏡所見を詳細に解説して早期胃癌の全貌と診断学の精髓を余すところなく展開。胃癌の早期発見を使命とするすべての臨床家必携の書。

細井董三 東京都がん検診センター顧問  
馬場保昌 早期胃癌検診協会常務理事  
杉野吉則 慶應義塾大学教授



# 各ライフステージに適したうつ病治療を

## 第8回日本うつ病学会開催

第8回日本うつ病学会が7月1—2日、白川治会長(近畿大)のもと、大阪国際交流センター(大阪市)で開催された。「現代うつ病の輪郭——いま求められる対応」をメインテーマに掲げた今学会は、診断、治療から支援まで、うつ病診療に携わる多職種に向けたプログラムが生まれ、各会場で議論が展開された。

会長講演「うつ病臨床のゆくえ——求められるしなやかな病態把握」では、白川氏がうつ病臨床の現状を俯瞰するとともに、今後求められるうつ病診療の在り方について述べた。

うつ病患者が増加する背景には、価値観の多様化、経済状況の変化がもたらす労働環境の変化、うつ病の社会的認知の向上、新規抗うつ薬や国際的な診断基準の普及、うつ病概念の拡大化など複合的な要因が絡んでいると氏は考察。多様なうつ病を診る上では環境要因や個人要因の視点が重要であることから、きめ細やかな臨床観察や、疾病性に固執しないしなやかな病態把握を行い、診断的アプローチではなく、治療のアプローチを重視する必要があると訴えた。

### 各ライフステージで求められるうつ病治療を探る

シンポジウム「ライフステージに即したうつ病へのアプローチ」(司会=関西医大・福永幹彦氏、浪速生野病院・生野照子氏)では、4人の演者が登壇し、児童期・青年期・成人期・老年期などの各ライフステージでみられるうつ病の特徴や、治療の方法について議論が交わされた。

最初に登壇した岡田俊氏(名大)は、児童期におけるうつ病について解説。児童期うつは言語表現力に乏しく、焦燥、不機嫌、攻撃的な態度や自殺企図

がみられることを挙げ、自然軽快も多いが再発も多く、双極性障害へ移行する例もあるという特徴を紹介した。これらは成人期にみられる臨床特徴とは異なる点もあり、症状が気分変動よりも行動上に表れることを強調。特に5—11歳のうつ病治療のエビデンスは十分でないことから慎重に対応すべきとした上で、心理・社会的要因、発育歴や患者の行動の一つひとつから治療の見立てを行う必要があるという見解を示した。

青年期における新型(非定型)うつ病を心理的側面から解説したのは水田一郎氏(神戸女学院大)。青年期における新型うつ病は、悲哀体験を持ちこたえる能力が未発達である青年が、その危機に直面したときの防衛手段、あるいは防衛が破綻した結果として発症しているのではないかと指摘した。悲哀に耐える能力が未発達のままに青年期を迎える原因は、両親の過保護や伝統的社会的崩壊といった環境的な変化

の結果、発達過程での悲哀体験の機会が減少したことにあるのではないかと考察した。

そのため、青年期の新型うつへのアプローチでは、うつを病的なものとして外在化する従来の治療的対応ではなく、外在化せずに自身の問題としてとらえるよう導き、患者が描く誇大的自己イメージと現実との隔たりを埋めることが重要と指摘。服薬や休養によって治るという保証を安易に与えるのではなく、自身の問題として目を向けさせ、小さな成功体験を積み重ねる自助努力を診察室のなかから援助する姿勢が求められると述べた。

### 全人的なケアが重要

成人期は、家庭生活や職場での仕事を通して自身の役割を見つけ、アイデンティティを再確立する時期だ。一方で、この年代はうつが発症が多くみられる。成人期のうつに関して解説したのは、村上正人氏(日大板橋病院)。失敗や挫折、自身の生き方への疑問などから、「自分はこれでよいのだろうか」といった感情を抱く「Mid-Life Crisis(心理的危機)」に陥り、うつ発症へとつながることが成人期では多い



●白川治会長

という。患者への具体的なアプローチとしては、服薬のみを強調せずにライフスタイルの是正を勧め、職場の同僚や上司への啓蒙、産業医へのコンサルトなどのソーシャルサポートを充実させる重要性を訴えた。

山岡昌之氏(九段坂病院)は、日々の診療でみられる老年期のうつ病患者の特徴、高齢者の抑うつ患者に求められるアプローチについて解説した。自身の診療経験上、「うつ病」の診断がついた高齢患者には何らかの身体的疾患が伴っていることが多いと述べ、その関与を常に疑う必要があると指摘。加齢とともに、身体的疾患のリスクは高まり、また心理的・社会的要因の多様な関与が多くなると考えられることから、老年期のうつ病患者に対しては全人的医療を提供する必要性を強調した。

総合討論では、会場の参加者からの疑問や意見に各演者が応え、本シンポジウムのテーマについてより一層議論が深められた。

# これからのがんサバイバーシップ

がん対策推進基本計画の策定から5年。来年度から始まる次期基本計画の策定へ向け、現在の進捗状況などの検証が進んでいる。がん対策推進基本計画を契機として注目されるようになったことの一つが、がん患者のQOL向上のための支援の在り方だ。中でも、1986年に米国で生まれた“がんサバイバーシップ”という概念が、近年あらためて注目を集めている。

7月9—10日、聖路加看護大(東京都中央区)にて開催されたLPC国際フォーラム2011「がん医療 The Next Step——自分らしく生きるためのがんサバイバーシップの理解とわが国における展開」では、最新の動向を踏まえ、がん経験者とその家族が遭遇するさまざまな問題をいかに支援するか、議論された。



●フォーラムの模様

本フォーラムのプランナーを務めた松岡順治氏(岡山大大学院)は、乳がん治療・再建センターにおける多角的な支援体制について報告した。同センターでは、外来患者の治療に当たり看護師が窓口となり、形成外科、精神腫瘍科など適切な診療科にコンサルテーションを行っている。一方、社会心理的側面に関しては、医療者によるカウンセリングなどの機会を多く設けるほか、教育を受けたピアサポーターによる支援や患者会などを通じ、長期的なコミュニケーションを継続できる体制をとっているという。

また氏は、これまでほとんど扱われてこなかったセクシャリティの問題に関しても「不妊・不育とこころの相談室」を設け、挙児希望の患者の相談や治療に当たっていると述べた。さらに、患者の意思決定を支援するには適切で

十分な情報提供が重要だと指摘。現在同院では患者およびかかりつけ医がカルテにアクセスできる仕組みを構築していると紹介した。

石田也寸志氏(聖路加国際病院)は、小児がんサバイバーをめぐる課題について問題提起を行った。小児がんは治療の進歩に伴い5年生存率が7—8割を超えるようになってきた。しかし、成長期における化学療法や放射線療法などにより、小児がんと診断されてから20—30年を経て晩期合併症と呼ばれる慢性身体問題を抱えるサバイバーが5—7割に上るといふ。さらに、就労、結婚、出産などにおける社会心理的な問題も指摘されていることから、長期的なフォローアップの体制整備が急務となっている。

しかし現状では、小児科医と成人診療科医の連携や、サバイバー自身の疾

患・治療に関する認識などにおいて多くの課題が山積している。現在氏らはガイドラインの作成や長期フォローアップモデルの構築に取り組んでいるとし、参加者の関心を集めた。

サバイバーシップにおける精神的サポートについて講演を行ったのは、米国メイヨー・クリニックで長年精神科医としてがん患者の精神的支援を行ってきた丸田俊彦氏(サイコセラピー・プロセス研究所)。氏は、サバイバーシップにおいて重要なのは、サバイバーとしての正しい生き方やそれを支援するテクニックを模索することではなく、その後の人生の“わからなさ”を耐える能力を共有することではないか、と説いた。さらに、近年“患者中心”の医療が叫ばれてきたが、今後は医療者と患者の関係性に焦点を当てた医療の在り方を見いだしていくべきと提言した。

## 精神医学 2011 Vol.53 No.7

- エディトリアル  
災害精神医学の確固たる発展を目指して  
「精神医学」編集委員会
- 巻頭言  
認知症の地域医療とケアの課題を整理する……本間 昭
- 展望  
統合失調症の研究の歴史と意識からみた症状発生の機序  
宮川 太平
- 研究と報告  
知的障害者入所更生施設利用者における強度行動障害とその問題行動の特性に関する分析……井上雅彦・他  
大学生における双極性気分変動に関する報告——自記式簡易スクリーニングを用いた検討  
上原 徹・他
- 短報  
認知機能障害に対して塩酸ドネペジルが有効であったクモ膜下出血後高次脳機能障害の1例……枝 雅俊・他  
抑うつ症状と繰り返す低血糖発作を呈したACTH単独欠損症の1例……加藤悦史・他  
多嚕胎性卵巣症候群を合併したてんかんの1症例……宿南憲一・他  
中学生における非行行為の経験率——単一市内における全数調査から……望月 直人・他
- B5判 月刊 定価2,625円(本体2,500円+税5%)  
年間購読 好評受付中!  
電子版もお選びいただけます

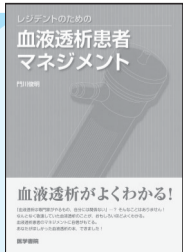
医学書院

血液透析の基本と透析患者のマネジメント方法を、やさしくかつ実践的に解説

## レジデントのための血液透析患者マネジメント

透析患者数は年々増加しており、どの科であっても透析患者を診る機会が多い。本書は、透析を専門としない医師に向け、血液透析の基本的知識と血液透析患者のマネジメント方法をやさしく解説。著者の豊富な経験に基づいた実践的解説にあふれ、通読して理解できる内容となっている。腎臓内科研修中の医師はもちろん、すべてのレジデントにお勧めしたい。また、透析専門医をめざす医師の入門書としても最適。

門川俊明  
慶応義塾大学・医学教育統轄センター

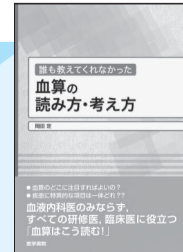


血算のどこに注目して読めばよいか、本当にわかっていますか?

## 誰も教えてくれなかった 血算の読み方・考え方

最低限の病歴と血算から、可能性の高い疾患を「一発診断する」力を身につけるための本。血算は、すべての臨床検査の中で最も基本的で頻用される検査。臨床現場では簡単な病歴と血算を中心とした情報だけで、診断を推定しなければならない場面は多く、また実際かなりの疾患の推定ができる。誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方が学べる本書は、研修医、若手血液内科医はもちろん、すべての臨床医、検査技師にも役立つはず。

岡田 定  
聖路加国際病院・内科統括部長・血液内科部長



# 高齢者を包括的に診る 老年医学のエッセンス

その8

高齢化が急速に進む日本社会。慢性疾患や老年症候群が複雑に絡み合っ  
て虚弱化した高齢者の診療には、幅広い知識と臨床推論能力、患者や  
家族とのコミュニケーション能力、さらにはチーム医療におけるリーダーシップなど、医師としての総合力が求められます。不可逆的な「老衰」  
プロセスをたどる高齢者の身体を継続的・包括的に評価し、より楽しく充実した毎日を過ごせるようマネジメントする——そんな老年医学の  
魅力を、本連載でお伝えしていきます。

## The Geriatric Dilemma \* 転倒

大蔵暢

医療法人社団愛和会  
馬事公苑クリニック

提供され、運動生理学者や神経心理学者、理学・作業療法士などと精力的に日々研究を行っているという事実を知れば、米国の医療界がいかに高齢者の「転倒」を問題視しているのかわかる。

欧米からの疫学報告では、65歳以上の地域在住の高齢者の3割以上が転倒を経験し、そのうちの10%が骨折や脳挫傷などの重篤な外傷を受けている。転倒は外傷の有無にかかわらず、老人ホーム入所の最大の危険因子である(JAMA. 2010 [PMID: 20085954])。

### 老年症候群としての転倒

老年症候群(geriatric syndrome)は加齢による身体変化や慢性疾患、急性の身体や環境の変化が複雑に絡み合っ  
て出現する高齢者特有の病態であり、転倒やせん妄、尿失禁などがそれとして認識されている。

私たちが普段何気なく行っている歩行や移動には、実に多くの身体システムがかかわっている。それらのなかには視覚や前庭機能、深部感覚をはじめとする感覚器、中枢または末梢神経系、心肺機能、筋骨格系などがあり、虚弱高齢者が転倒する場合には通常これらの複数のシステムに障害が起こることが多い。転倒の原因が内因性、外因性と多岐にわたり、そこに誘発因子が加わって転倒が発生するという説(図)はRubensteinらによって提唱された。この内因性リスクの蓄積が高齢者の転倒の基礎背景にあり、若年者と大きく異なる点である(Med Clin North Am. 2006 [PMID: 16962843])。

特筆すべきは、転倒の危険因子にはうつや認知機能低下などの老年症候群のみならず、うつ血性心不全やCOPD、糖尿病などの慢性疾患も含まれていることである。もっともそれらの疾患そのものの影響がそれ以上に服用薬物の影響が大きく、鎮静薬や向精神薬、抗うつ薬などの精神疾患系薬剤や抗痙攣薬、降圧薬は転倒と深く関連する薬物であることがわかっている。

**症例** 老人ホームのスタッフによる  
**続き** と、Fさんは最近元気がないという。食事以外は自室に閉じこもっていることが多く、摂食量も減っている。そういえば往診時に「なかなかこの雰囲気になじめない……」と嘆いていたことを思い出した。やはり京都から引っ越してきたことによる適応障害だろうか。

Fさんはメガネを着用しているが、補聴器は使っていない。コミュニケーションもほとんど問題ない。ADLとIADLは買い物・外出以外ほぼ自立している。認知機能は保たれているが(MMSEスコア30点)、軽度のうつ症状(GDSスコア7点)を認めた。歩行はやや前屈で上肢の振りが小さく、歩幅も小さいが、比較的安定しているように見えた。そんな折Fさんから、京都の自宅で転倒しそれがホーム入所の理由であることを告白された。

**症例** 87歳の虚弱高齢女性Fさんは京都の自宅を引き払い、一人息子のいる東京の老人ホームに引っ越してきた。変形性膝関節症を患い、特に左膝の腫れや痛みを日常的に訴えている。一点杖を持っているがほとんど使用していない。転居して2か月ほど経ったころ、自室で歩行中にバランスを崩して転倒し左股関節を打った。幸いにも骨折しなかったが、打撲症でその後数週間は痛みが残った。

### 「転倒」の専門家

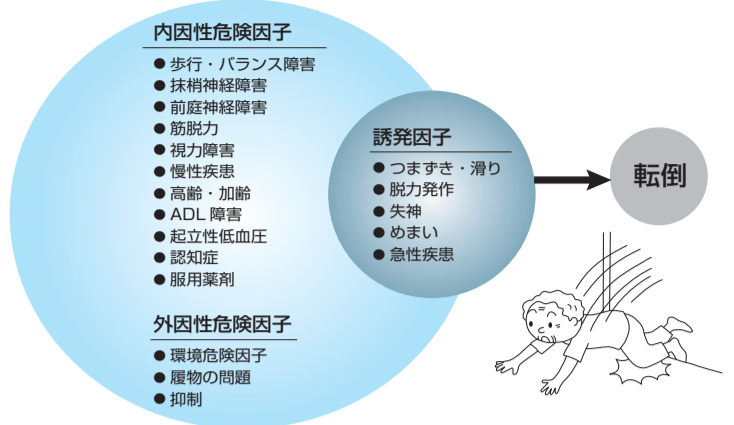
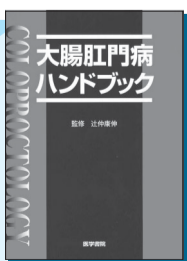
日々の高齢者診療において転倒ほど日常的に遭遇し、本人の心身に対するダメージが強く、医療機関受診や検査などの医療リソースの利用と関連している健康イベントはない。筆者が米国で老年医学を研修し始めてまもなく、「転倒」の専門家がいるのを知って思わず嘖き出しそうになったが、彼らがNational Institute on Aging(米国加齢研究所)から多額の研究資金を継続的に

豊富な診療経験から得られた、日本における大腸肛門疾患の全体像

## 大腸肛門病ハンドブック

長年にわたって消化管診療にあたってきた著者が、その豊富な症例データを基にして、大腸肛門疾患の診断と治療を解説。特に肛門疾患の症例データが豊富で、一般的な傾向についてはその数の多さから本邦の肛門疾患の全体像を表すものといえる。また年間10,000例実施している大腸内視鏡検査についても取り上げている。

監修 辻仲康伸  
辻仲病院 柏の葉院長



● 図 転倒の要因とそれらの相互作用  
Med Clin North Am. 2006 [PMID: 16962843] より改変。

### 転倒外来=老化外来?

筆者が留学していたミシガン大学老年医学センターでは「転倒外来」なるものがあり、そこでの研修は非常にインテンシブだった。限られた時間の中で、下肢の長さから深部感覚、認知機能、前庭機能に至るまで、一般老年科外来以上の包括的かつ詳細なアセスメントを求められた。この研修を通して、転倒は究極の老年症候群であり、その評価とはすなわち老化そのものの評価であることを実感した。また、評価を通じて発見した転倒危険因子には介入不能なものも多いが、介入可能なもの、例えば視力や聴力の矯正や、服用薬物の整理、環境整備などを積極的に行うことは重要であると教わった。

現在、世界中でRCTなどの手法を用いて多岐にわたる転倒防止介入の評価が盛んに行われている(Ann Intern Med. 2010 [PMID: 21173416])。多職種による転倒防止総合プログラムのような多因子介入は、おそらく研究により介入方法が一律ではないために効果を検出しにくいであろう。メタ解析にて運動やリハビリテーションプログラム、ビタミンD製剤の服用による統計学的な転倒防止効果が検出されているが、いずれの効果も臨床的には小さくコンプライアンスの問題もあり、実地臨床での有用性には疑問が残る(註)。また認知機能障害を持つ高齢者への介入の有効性は乏しく、転倒リスクや転倒防止がいかに認知機能に関連しているかをうかがい知ることができ(JAMA. 2010 [PMID: 20085954])。

### 老化の象徴としての転倒

筆者は転倒のスクリーニング質問である、①過去一年間に転倒の既往があるか、②歩行やバランスに問題があるか(JAMA. 2007 [PMID: 17200478])のどちらかに該当する場合、リスク評価を行い、それらへの介入後も転倒リスクが高いと判断すれば積極的に歩行補助具の使用を勧めている。

多くの高齢者はいくら転倒の危険や、その合併症を説明しても「まだ大丈夫」「年寄りくさく見えるから……」と杖や歩行器の使用には消極的である。人間には「いつまでも機能的に自

立していたい」という願望があり、多くの高齢者は杖や歩行器を使うことを「身体が老化し、もはや自立できない」ことの象徴であると考えているのだ。だめもとで「〇〇さんは杖を使うとより安定して若々しく見えますよ」「一緒にカタログを見ておしゃれな歩行器を購入しましょう」と声を掛けてみて、歩行補助具に対するイメージを変えてくれないかと願っている。

**症例** Fさんに眼科での視力矯正と  
**続き** 整形外科での変形性膝関節症の加療を勧めた。またリハビリスタッフと相談の上、シルバーカーの使用を説得した。Fさんは「外を散歩したいから」とカタログから花柄模様のついているワイン色のシルバーカーを購入した。後日、ホーム近くの桜並木をお友達と楽しそうに歩いているFさんを見かけた。

### Safety vs. Independence

高齢者のなかには、転倒後にうつ症状を呈したりせん妄状態になったりする人もいる。このことは、転倒が身体的のみならず精神的にも多大なダメージを与えることを示唆している。多くの加齢性身体変化のなかでも、転倒ほど自身の老化や虚弱化を実感させられる人生イベントはなく、特に初めて転倒を経験した高齢者には、心理面での特別な配慮が必要だろう。

転倒させないため(リスクを低下させるため)に歩行補助具を導入し「自立歩行(independence)」を妥協するのか、「転倒リスクの最小化(safety)」を犠牲にして自立歩行欲求を尊重するのか……。老年期の転倒による精神的ダメージやsafety vs. independenceのジレンマは、人間が2本足で直立歩行できるという他の動物にはない恩恵にあずかっている故の宿命であり、それらへの対応は転倒の予防と併せ、医療界だけでなく社会全体が真正面から取り組むべき重要な問題であろう。

註: 米国老年医学会のガイドライン上での推奨ビタミンD<sub>3</sub>服用量は1日800国際単位(IU)で20μgに相当。日本に流通しているビタミンD製剤は通常0.5-1μg。

画像診断にまつわる疑問点を、この1冊で解決!

## <日本医師会生涯教育シリーズ> 画像診断update 検査の組み立てから診断まで

本書では、画像診断の疑問点—患者の受診時に何の画像検査を行い、その後、必要に応じ選択すべき次の画像検査は何か、また、その検査でわかること、専門家に判断を委ねるべき時点、経過観察の間隔、等々—を解説していく。common diseaseを中心に扱い、X線を中心に、CT・MRI・USなどの各種モダリティの写真を部位ごとの特性に応じて随所に盛り込んでいる。

編・発行 日本医師会  
監修 大友 邦  
東京大学 放射線医学  
興裕征典  
産業医科大学 放射線医学  
杉村和朗  
神戸大学病院 院長  
福田国彦  
慈恵医科大学 放射線医学  
松永尚文  
山口大学 放射線医学  
村田喜代史  
滋賀医科大学 放射線医学





在宅医療モノ語り 第17話

鶴岡優子 つるかめ診療所

血圧計さん

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、サイタクは劇場になる。筆者もサイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診靴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「血圧計」さん。さあ、何と語っているのだろうか？

電池が店頭から消えた時がありました。3・11の直後です。私は手動式なので電池は要りませんが、同じ族のモノたちは少し焦っていました。ある家庭では、「先生から血圧を測るよう言われているのに、どうしましょう。毎朝欠かさず帳面につけているのに」とご婦人が心配されておりました。デジタル表示型の通称オムロンさんは、「大丈夫ですよ。この電池でしばらくがんばりますから」となだめていました。

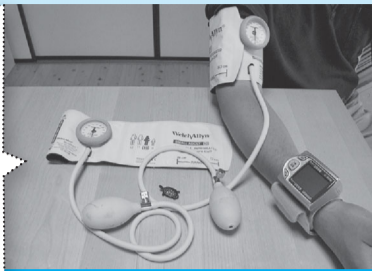
私はある診療所で使われているアネロイド血圧計です。皆は私を「デュラショックさん」と呼びます。商品名なのでしょうか？ 自分でもよくわかりません。私がここに来た経緯は簡単で、主人が先輩医師から聞いてきたのです。「丈夫だし、軽いし、コレいいよ」。私は即購入され、開業の時からずっと一緒に働いてきました。どのお宅に訪問しても、どの患者さんにお会いしても、私はモクモクと仕事をします。

主人が私を往診靴から取り出し、患者さんの腕に巻き付けさせます。その後、聴診器さんも登場し患者さんの腕と私の間に潜り込んでいきます。シュボシュボと私の体の一部が膨らみ、ちょっと窮屈な感じがありますが、その後スーッと空気が抜けていきます。おしゃべりが止まらない患者さんも、このときばかりは神妙な面持ちです。主人は堂々と血圧測定の結果を発表します。「128の68、ちょうどいいですね」。患者さんにもっこり。ひと安心して、またおしゃべりが始まります。

別の患者さんとは、癌という病気での付き合いでした。とても几帳面な方で、朝の血圧だけでなく、体重や食事の内容まで、まめにノートにつけておられました。最初のころは、「携帯用酸素をゴロゴロひいて、妻とデートしてきたよ」なんて、明るくお話しされていました。うちの主人も「血圧122の64、酸素は95。絶好調ですね」と答えていました。でも、最近ちょっと調子がよくないみたいなんです。今月に入り食事が取れなくなり、ベッドで寝ておられる時間も長くなりました。気付けば私たちも頻繁に訪問するようになっていました。細くなった腕に私は巻き付いて、シュボシュボ、スーっといつもの仕事をします。聴診器さんの潜りはなく、主人が脈をとりながらの血圧測定でした。

「先生、いくつ?」。患者さんは心配そうに聞いてこられました。「90ぐらいですね」。主人が答えると、患者さんは続けて、「90あるんじゃないか大丈夫だ。今月いっぱい持ちそうだよ」。そう言って奥さんのほうを見ましたが、「変なこと、言わないで」と奥さんは視線をそらしたので目は合いませんでした。

最後に「あさってまた来ますね」と主人が言うと、「よろしく」と患者さんは手を振りました。玄関で奥さんが尋ねます。「先生、血圧ホントはいくつですか? あの人、朝から自分の血圧計で何度も測っていました。お義母さんの亡くなる前と同じだって言うんです。どんどん血圧が低くなるって……」。この患者さんは、2年ほど前、この家で自分の母を看取っていました。主人は答えます。「今日の血圧、本当は84。少しさばを読みました」。奥さんは黙ってうなずきました。あさって、私はどんな数字を出してしまうのか心配です。うちの主人はデジタルで表示されないことをいいことに、また嘘をつき罪を重ねてしまうのかもしれない。



腕とデジタルと私

ご家庭ではデジタル血圧計が大活躍。上腕測定型がよく薦められますが、手首型にもよさがあり、冬の厚着や拘縮で腕が伸ばせなくても対応できます。今回の腕モデルは、在宅では珍しい日焼けしたぼっちゃんタイプ。



つるかめ ゆうこ氏……1993年順大医学部卒。旭中央病院を経て、95年自治医大地域医療学に入局。96年藤沢町民病院、2001年米国ケース・ウェスタン・リザーブ大家庭医療学を経て、08年よりつるかめ診療所(栃木県下野市)で極めて小さな在宅医療を展開。エコとダイエットの両立をめざし訪問診療には自転車愛用。自治医大非常勤講師。日本内科学会認定総合内科専門医。

重要症例を網羅し、診断と鑑別のポイントを明示した実地ガイド、シリーズ最新刊! わかる! 画像診断の要点シリーズ11 わかる! 血管画像診断の要点 Direct Diagnosis in Radiology: Vascular Imaging

MEDICAL LIBRARY 書評・新刊案内

多発性硬化症治療ガイドライン2010

日本神経学会, 日本神経免疫学会, 日本神経治療学会 ● 監修 「多発性硬化症治療ガイドライン」作成委員会 ● 編

B5・頁168 定価5,250円(税5%込) 医学書院 ISBN978-4-260-01166-2

評者 田代 邦雄 北大名誉教授/北祐会神経内科病院顧問

このたび日本神経学会, 日本神経免疫学会, 日本神経治療学会の3学会監修のもと, その作成委員会による『多発性硬化症治療ガイドライン2010』が刊行されたことは画期的なことである。

MS治療の中心となる3学会が監修した画期的な1冊

今回のテーマである「多発性硬化症 (multiple sclerosis; MS)」は、欧米においては患者数も多く、医学的にも社会的にも関心が高いばかりでなく、種々の治療薬の開発・治療研究への道が進んでいる代表的な神経疾患であるが、わが国においては、その有病率が欧米に比べて低く、臨床像としても欧米型のMSのほかに、「視神経脊髄型MS」(“OSMS”と称される)が多い。このことは日本での特徴とまで考えられるほどである。

そこで、これらを含めた広義のMSについて、その診断・治療・研究の中心となるべき上記3学会が、その領域でわが国において活躍している委員を配置し本格的な取り組みを行い、今回の治療ガイドラインを作成・公表したことは画期的なことと言えるのである。

世界的にみたMSの有病率の検討については膨大な資料、文献があるが、特に1965年の初版以来、MSの世界のスタンダードとされている教科書『McAlpine's Multiple Sclerosis』(第4版、2005年発行)に記載されている最新の世界のMS有病率分布図をみても、北米、カナダ、北欧での有病率は100前後、ないしそれ以上、また南半球でも同じく70-80近くの高値、しかし赤道近くの地域、国々での有病率が低いという事実は明らかである。

しかし、南北に長いわが国の有病率を全体として5以下(<5)と表示し

ているなど今日のわが国の疫学調査研究からみても事実にそぐわず、確かに有病率は同緯度の欧米と比べて低い北国である北海道(十勝地区2008年発表、13.1)はわが国の南に比べ高値で、North-South gradientはわが国でも当てはまるのである。

また、“OSMS”とされわが国のMSに含まれてきた病態は、東北大学を中心とするNMO-IgG、抗aquaporin-4(AQP4)抗体のデータも含めたNeuromyelitis Optica(NMO)の研究により、これらがMSとは区別されるべき位置付けとなってきているが、“NMOとMSとは違う病気か、同じ病気か?”という活発なdebateが展開されるなかで、現時点でのMS、NMOの診断基準、治療法の選択も含めた率直、かつホットな論議が展開されており、それらを含め、広義の疾患名としての『多発性硬化症治療ガイドライン2010』として今回出版されたことの意義は限りなく大きいと考える。

また、その記載方針としてEBMの考えに基づき、基本的にはQ&A方式での記述を採用、クリニカル・クエスチョン(CQ)形式による明解な解説、豊富な表と各章ごとの必須文献を完全収録など、それらの個々の内容については触れることはできないが、本ガイドライン作成にかかわった委員、研究協力者、外部評価委員も含めた全員の方々の熱意、努力に対し心からエールを送る次第である。

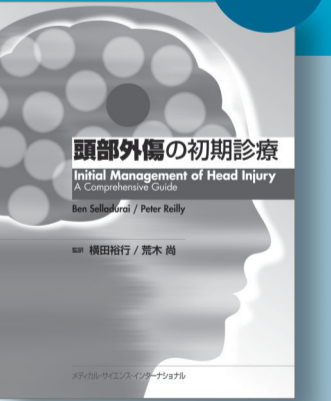
このガイドラインを基に本疾患に対するさらなる研究、治療、そしてわが国の貢献が世界に冠たるものになることを祈願し書評とさせていただきます。

頭部外傷の初期診療 新刊

Initial Management of Head Injury: A Comprehensive Guide

初期診療に焦点を絞った、稀有なガイド

頭部外傷患者の病院前救護から救急搬送、救急初療室での的確な評価と迅速な治療について、包括的に解説した実践的ガイドブック。医療資源の限られた状況下をも想定し、ガイドラインによる標準化された方法を補完するべく、著者の豊富な経験を踏まえたアプローチ法を示す。成人のみならず小児や高齢者、さらに複雑な合併症をもった患者の対応についても解説。救急、脳神経外科の研修医、若手医師や当直医に極めて有用。



監訳 横田裕行 日本医科大学大学院優養生体管理理学(救急医学)教授 荒木 尚 国立成育医療研究センター脳神経外科医長

●定価7,980円(本体7,600円+税5%) ●A4変 頁296 図54・写真124 2011年

救急・当直に役立つ 画像診断マニュアル Manual of Radiology: Acute Problems and Essential Procedures, 2nd Edition

これならできる ファイバー挿管 エアウェイスコープ、トラキライト実践ガイド付き

診断から治療・投薬まで、幅広い診療科目をカバーした国内最大級リファレンス。

最新の研究成果に基づく最も効果的な治療法の情報を簡単に検索できます。

# 今日の診療 プレミアム Vol.21

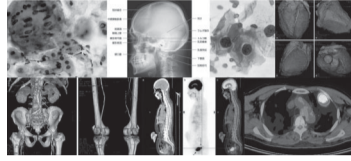
DVD-ROM for Windows



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

### 1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

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



### 2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

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

### 3 ハードディスクにデータを格納して使用できます

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

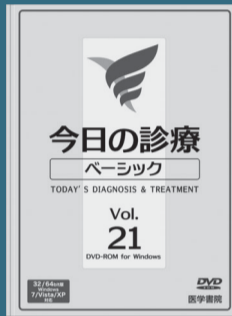


### 4 収録書籍4冊が更新されました

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

### 5 高機能リファレンスツールとして使いやすさを継承

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



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.21」もご用意しております  
**今日の診療 ベーシック Vol.21**  
DVD-ROM for Windows  
DVD-ROM版 2011年  
価格54,600円(本体52,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01357-4]

### 収録内容詳細 (★: Vol.21において改訂)

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の診療指針 2011年版★  
下記の付録を除く全頁を収録  
(臨床検査データ一覧/新薬、医薬品等安全性情報)
- ② 今日の診療指針 2010年版  
口絵・付録を除く全頁を収録
- ③ 今日の診断指針 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★  
付録を含む全頁を収録
- ⑤ 今日の小児治療指針 第14版  
付録を含む全頁を収録
- ⑥ 救急マニュアル 第3版  
全頁を収録
- ⑦ 臨床検査データブック★  
2011-2012  
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2011★  
付録の一部を除く全頁を収録

プレミアムにのみ収録

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

## 精神医学関連新刊

## 医学書院

### 専門医をめざす人の精神医学 第3版

編集 山内俊雄・小島卓也・倉知正佳・鹿島晴雄  
編集協力 加藤 敏・朝田 隆・梁矢俊幸・平安良雄

本書は、精神科専門医制度研修医が学ぶ際の指針。研修すべき内容の学問的裏付けや、さらに勉強を深めたい人にとつてのスタンダードテキストブック。

●B5 頁848 2011年 定価18,900円 [ISBN978-4-260-00867-9]



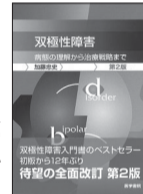
### 双極性障害

病態の理解から治療戦略まで 第2版

加藤忠史

近年大きな注目を集める双極性障害(躁うつ病)の決定版入門書、待望の改訂版。概念、症状、診断、治療薬の薬理、生物学的研究まで網羅し、この1冊で双極性障害の全体像がつかめる。ミニエンサイクロペディア的な内容構成。

●A5 頁352 2011年 定価4,935円 [ISBN978-4-260-01329-1]



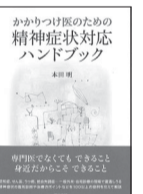
### かかりつけ医のための

精神症状対応ハンドブック

本田 明

一般外来や在宅医療に従事する医療関係者が遭遇しうる高齢者の精神疾患、または慢性の精神疾患患者に対する治療や対応方法についてまとめたもの。かかりつけ医にも精神疾患への対応が求められる現在、ぜひ手元に置いておきたい1冊。

●A5 頁248 2011年 定価3,570円 [ISBN978-4-260-01228-7]



### ロンドン大学精神医学研究所に学ぶ精神科臨床試験の実践

監訳 樋口輝彦・山田光彦/訳 中川敦夫・米本直裕  
精神科臨床試験の計画・運営実施、統計解析、論文執筆にまで至る実務的なポイントを多彩な実例を用いて平易に解説。臨床試験登録やCONSORT声明、利益相反などの話題にも触れた。

●B5 頁224 2011年 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01236-2]



### 認知行動療法トレーニングブック

短時間の外来診療編 [DVD付] 訳 大野 裕

本場の技法を「読んで」「見て」身に付けられる、好評シリーズ第3弾。今回は主に外来での活用を想定し、「いかに短時間で効率的に認知行動療法を行うか」に焦点をあてた。シリーズ最長、圧巻の19シーン、186分間の日本語字幕DVD付き。

●A5 頁416 2011年 定価12,600円 [ISBN978-4-260-01233-1]



### 一般臨床医のための

メンタルな患者の診かた・手堅い初期治療

児玉知之

メンタルな疾病問題を抱える患者は近年増加傾向にある。若手精神科医が、ケースをあげて、診断から手堅い初期治療まで、わかりやすく解説。苦手意識を持つ前に、是非読んでおきたい1冊。

●B5 頁200 2011年 定価3,675円 [ISBN978-4-260-01215-7]



### サイコーシス・リスク シンドローム 精神科の早期診断実践ハンドブック

著 McGlashan TH, Walsh BC, Woods SW  
監訳 水野雅文/訳 小林啓之

精神科の前駆状態・リスク状態を表す診断概念、サイコーシス・リスクシンドローム。基本的な概念から実際の診察方法までを網羅的に解説。DSM-5のドラフトにも盛り込まれ、今後注目が高まること必至の最新の概念が明らかに。

●A5 頁328 2011年 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01361-1]



### 精神科退院支援ハンドブック

ガイドラインと実践的アプローチ

編集 井上新平・安西信雄・池淵恵美

厚生研究委託費による班研究の成果を受けて作成された、本邦初の退院支援ガイドラインを第1部に掲載。第2部「ガイドラインに基づく退院支援の実践」では、ガイドラインで示された原則を踏まえ、実践的な取り組みのノウハウを詳細に解説。

●B5 頁284 2011年 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01234-8]

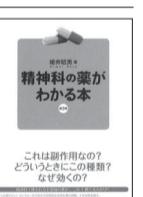


### 精神科の薬がわかる本 第2版

姫井昭男

精神科で使われる全領域の薬が、これ1冊で丸わかり! 3年の時を経て、注目の新薬、新アルゴリズム、精神科薬が関連する社会問題への方策などを加筆。

●A5 頁216 2011年 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01385-7]



## 8月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

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

## 医学書院発行

公衆衛生 9月号 Vol.75 No.9 一部定価2,415円(28,200円)	分権型社会における公衆衛生の課題—現場知と専門知の保証	臨床婦人科産科 9月号 Vol.65 No.9 一部定価2,730円(37,800円)	不妊診療のABC—ARTの前にできること
medicina 8月号 Vol.48 No.8 一部定価2,520円(36,740円)	神経疾患common diseaseの診かた—内科医のためのminimum requirement	臨床眼科 8月号 Vol.65 No.8 一部定価2,835円(41,660円)	第64回日本臨床眼科学会講演集(6)
JIM 8月号 Vol.21 No.8 一部定価2,310円(26,880円)	病院総合医 免許皆伝	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 9月号 Vol.83 No.10 一部定価2,730円(39,950円)	これを読めばPETがわかる
呼吸と循環 9月号 Vol.59 No.9 一部定価2,730円(31,800円)	慢性炎症と循環器疾患	臨床泌尿器科 9月号 Vol.65 No.10 一部定価2,835円(41,360円)	頻尿・切迫性尿失禁
胃と腸 8月号 Vol.46 No.9 一部定価3,045円(41,530円)	若年者の胃・十二指腸病変の特徴	総合リハビリテーション 8月号 Vol.39 No.8 一部定価2,205円(25,680円)	慢性疼痛へのアプローチ
BRAIN and NERVE 8月号 Vol.63 No.8 一部定価2,730円(35,460円)	日本人の発見した神経症候	理学療法ジャーナル 8月号 Vol.45 No.8 一部定価1,785円(20,880円)	糖尿病の理学療法
精神医学 8月号 Vol.53 No.8 一部定価2,625円(30,600円)	性同一性障害(GID)	臨床検査 8月号 Vol.55 No.8 一部定価2,205円(30,780円)	IgG4関連疾患
臨床外科 9月号 Vol.66 No.9 一部定価2,730円(40,160円)	下大静脈にかかわる病態を見直す	病院 8月号 Vol.70 No.8 一部定価2,940円(34,200円)	人口減少の衝撃—社会・病院はどう備えるか



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804  
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693