



(1面よりつづく)

におけるリハの導入は進んでおり、それらに専従する医師やセラピストの数も増えています。ただ、こうした量的拡大が進むなか、悩ましい問題も生じています。それは、言わば、“セラピスト任せ”になっているリハ処方です。

回復期リハ病棟や老人保健施設は、「専従の医師を置くこと」が施設基準とされているため、リハを専門としない医師が専従となって対応している施設は数多くあります。そうした施設では、リハを処方する医師自身がリハの目標やその必要性、具体的な実施内容を十分に理解しないままに、セラピストへリハを依頼しているケースが多々見受けられるのです。

——リハの処方は、セラピストに任せ“だけ”では不十分なのですね。

伊藤 ええ。確かに優れたセラピストが訓練に当たれば、医師がきちんとした計画を示さなくとも何らかの機能回復は得られるかもしれません。

しかし、医師としてリハを処方する以上、セラピストに任せきりにするのはあまりに無責任です。効能を知らずに薬剤を処方するのと同義でしょう。——では、どのような点に配慮した上で処方を行うべきでしょうか。

伊藤 運動療法・作業療法・言語聴覚療法といった、治療法の種類を選択するだけでは処方とは言えません。原因疾患から明らかになった障害に対して、まずは予後診断を行う。次に、その結果に基づいて到達目標を設定した上で、リハを阻害する問題点を抽出し、それらを一つひとつ解決していくための戦略を立てる。このようなリハ計画の立案が必要でしょう。

処方されるリハによって、患者さんの予後が大きく変わる可能性もあります。「誰が何をどうやっても結果には大差ない」と考えるのは、大きな間違いであるという認識を持ってほしいと思います。

——これからはリハ処方の質の底上げが必要なのかもしれません。

伊藤 そうですね。増大したリハ需要に対して、リハ医のみで対応することは困難ですし、すでに多くの施設でリハを専門としない医師がセラピストと協働しながらリハを行う環境が整っています。そうした状況がある以上、われわれ専門医が、研修などを通して、リハの基本やその専門性を示すこと

で、専門外の医師にリハの認識を深めてもらうことが重要だと考えています。

今回、私も編集に携わった『今日のリハビリテーション指針』では、さまざまな疾患・障害、急性期から回復期、そして維持期における評価方法、予後診断、リハ計画の立案例が記述されています。疾病・障害の全体像を把握し、適切な評価に基づく具体的な処方例を目にすることで、リハを専門としない先生方もリハのイメージを描くことができるようになるのではないのでしょうか。

## 量的拡大を糧に、質的向上を

——今後、リハ医学はどのような発展が求められるのか、お考えをお聞かせいただけますか。

伊藤 より早期からの介入をめざすこと、つまり急性期リハビリテーションの充実が必要です。発症直後からきめ細かなリスク管理を行い、合併症や廃用症候群を起こさないよう、機能訓練を積極的に展開できるようにしなければなりません。

脳血管疾患症例を対象としたデータを見ても、発症後早期からリハを開始した例では、短期間でより高い機能回復が得られるという結果が出ています。高齢患者さんにも関連することですから、こうしたデータを、急性期医療に携わっている医療者だけでなく、在宅医療やデイケアサービスなど地域で働く医療者にも共有していく必要があるでしょうね。

——治療法の面では、どのような方向性での進化が必要だと思いますか。

伊藤 合併症や廃用症候群の結果として生じる二次的な障害だけでなく、疾病そのものによる後遺障害を改善する治療法の開発です。例えば、中枢神経系疾患によって生じる筋の痙縮や不随意運動、運動失調などをコントロールし、随意的な動きを引き出そうとする積極的なアプローチの手段が必要でしょう。

また、肢体障害だけでなく、高次脳機能障害や精神疾患といった精神・心理的障害を合併した方々や、重症心身障害児などの重度・重複障害児者に対するアプローチ方法の開発と、それを提供するための体制も整備していかなければなりません。しかし、これらは医学的アプローチの開発だけでは解決できないことも多く、社会環境や住環境の整備、福祉用具やロボットの開発



## リハビリテーションの歩みを振り返って見えてきたもの

上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会顧問）



### ◆リハの源流とこれから

今回、50年前の1963年にわが国にリハビリテーション（以下、リハ）医学が誕生する前後の事情と、100年前にまでさかのぼって見えた世界と日本の歴史的背景、リハ医学誕生から今日に至るまでの50年間の歩みを概観し、さらにはこれからの在るべき姿を考察したものを一書にまとめる機会を得た（『リハビリテーションの歩み——その源流とこれから』、医学書院、2013年6月発行予定）。

50年前の1963年に起こったのは、①日本リハ医学会の結成（9月）、②日本最初の理学療法士・作業療法士学校の開校（清瀬の国療東京病院附属リハ学院、5月）、③日本最初の大学病院におけるリハ診療部門の発足（東大附属病院中央診療部運動療法室、7月）であった。リハ医学の「三位一体」を成す、診療・教育・研究の3者が同じ年に次々と発足し、まさに「記念すべき年」であった。東京オリンピック（およびパラリンピック）を次の年に控え、新幹線と首都高速の建設が急ピッチで進められていたとはいえ、まだ「豊かさ」など実感できない時代に、よくこんなことが可能だったものである。

私は幸いにも、これら3者のすべてに直接関係していた。そのため、という歴史的背景でこういうことが起こり得たのか、自分としても振り返っておきたいし、リハに関係するすべての方々に関係深いことだと思い、本書の

なども同時に進める必要があります。

つまり、医学モデルと社会モデルを統合したアプローチが求められており、またそうしたアプローチの提供を可能とする社会システムも構築していく必要があると考えています。

——今後、リハ医は現場の底上げを図りつつ、リハ医学の専門性も高めていかなければならないわけですね。

伊藤 そうです。超高齢社会を迎えたわが国において、リハの必要性はますます高まっています。量的拡大によっ

執筆を思い立った次第である。

### ◆対象者の変遷は「人の一生のように」

執筆のためにあらためて資料を読み直し、また内外の資料を集めた結果、確認できたこと、新たに気付いたことは非常に多いが、そのひとつを紹介したい。日本のリハの対象者は、あたかも人の一生のように「小児⇒青年⇒高齢者」の順に新しい層が加わり、重点を移してきたということだ。すなわち、①戦前の「肢体不自由児の療育」の時代、②戦中・戦後早期の戦傷兵・民間の青年層に対する「更生」（当時のリハの訳語）の時代、そして③「脳卒中リハ」を中心とする高齢化の時代があった。そしてこれら3者が出そろったのが1960年代初頭の時期であり、1963年はまさに「新時代のリハ医学」の発足の機が熟していた時であったである。

### ◆歴史に学び、さらなる発展を

この本は、これからのリハ医療を担う若い方々にぜひ読んでいただきたいと願っている。ご自身が携っている仕事の成り立ちの歴史を知り、進むべき方向を知って、今後のさらなる発展に向けて役立てていただければと思う。

●略歴／1956年東大医学部卒。同附属病院、浴風会病院、米ニューヨーク大などを経て、84年東大教授、リハ部長。86—87年日本リハ医学会会長。92年帝京平成大学教授、97—99年国際リハ医学会会長、99年日本社大社会事業研究所客員教授を経て、現在に至る。

てリハの裾野が広がる今だからこそ、リハの在るべき姿を示すことによって担い手たちを養成し、リハ医学をより高みへと引き上げていく必要がある。量的拡大を糧に、質的向上を図ることが焦眉の課題なのです。——ありがとうございました。（了）

@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。

## 日本におけるリハ医学のはじまりとこれから

# リハビリテーションの歩み

近刊

2013年6月中旬  
発行予定

## その源流とこれから

上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会顧問

わが国にリハビリテーション医学が誕生する前後の事情と、100年前にまでさかのぼる世界的視野を含めた歴史的背景、そして、その後の今日に到る半世紀の歩みを概観。これからのリハビリテーションの行く末を論じた、第一人者による貴重なテキスト。リハビリテーションを担うすべての人々が、これからを考えるために知っておきたい源流と軌跡。

●A5 頁344 2013年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01834-0]

医学書院

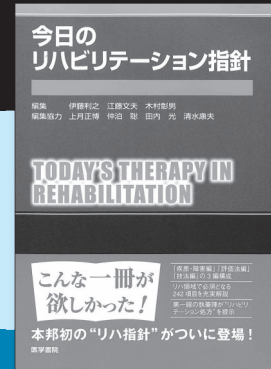
## 100名を超える執筆陣が提示する、初の“リハビリテーション指針”

### 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

寄稿

プライマリ・ケア医や開業医も知っておきたい

患者さんが腎移植に抱く 3 つの誤解

今井 直彦 聖マリアンナ医科大学病院腎臓・高血圧内科

●今井直彦氏

1999 年慶大医学部卒。同大病院にて研修後、東京医歯大市川総合病院、慶大腎臓高血圧内科を経て、米国ニューヨークとミネソタで腎臓内科の臨床に携わる。日本食が恋しくなり、2010 年に日本へ帰国。11 年より現職。

●表 1 2008 年の日米の腎移植件数の比較（文献 2，3 より作成）

|                     | 日本          | 米国          |
|---------------------|-------------|-------------|
| 生体腎移植（件）            | 991         | 5,968       |
| 献腎移植（件）             | 210         | 7,188       |
| 腎移植総数（件）            | 1,201       | 13,156      |
| 人口（人）               | 127,288,419 | 303,824,646 |
| 人口 100 万人当たりの移植数（件） | 9.4         | 43.3        |

●表 2 生体腎移植，血液透析にかかる医療費の比較（文献 4 より作成）

|          |                                     |
|----------|-------------------------------------|
| 初年度の総医療費 | 生体腎移植*（約 788 万円／年）＞血液透析（約 480 万円／年） |
| 維持期の総医療費 | 生体腎移植*（約 132 万円／年）＜血液透析（約 480 万円／年） |

\* 血液型不適合生体腎移植

調されてよいと思われます。

では、実際に患者さんにはどのぐらいの負担がかかるのでしょうか。確かに医療費の 1—3 割を自己負担とすると、かなり高額になってしまうことになります。しかし、透析患者さんの多くは身体障害者 1 級を持っており、重度心身障害者医療費助成制度の適応となっています。これと同様に、腎移植も補助が受けられるので、本来高額の費用がかかるところ、せいぜい数万円の自己負担額で済むことになります。なお、これは後述する「先行的腎移植」を受けられる患者さんも同様です。

◆誤解③

「腎移植は透析患者しか受けられない」

腎移植というと、「すでに透析を導入している患者さんが受ける治療」と思われている方が多いです。しかし、最近は透析を経ないで腎移植を実施することが推奨されています。この「透析を経ないで行われる腎移植」のことを、「先行的腎移植」といいます。

この先行的腎移植が推奨されるようになった背景には、先行的腎移植のほうが、透析を経てからの腎移植と比較して、移植腎の生着率や移植患者の生存率が良好であるとわかってきたこと

理由には、患者さんの間で信じられているいくつかの誤解が影響しているように思います。その誤解を解き明かしていきましょう。

◆誤解①

「血液型が異なると移植を受けられない」

かつては、ドナーとレシピエントの血液型が一致していないと腎移植を受けられない時代が確かにありました。しかし現在では、どんな血液型の組み合わせでも腎移植が受けられるようになっています。輸血が不可能な組み合わせ（例；A 型から B 型，AB 型から A 型・B 型・O 型など）であっても、腎移植は可能なのです。

この「血液型不適合腎移植」は、実は日本がパイオニアの役割を果たしてきました。年々、血液型不適合腎移植の数も増えており、今や国内腎移植患者の約 25% を占めるようになっていきます。移植先進国と言われる米国でさえ、血液型不適合腎移植はほとんどなされていないことを考えると、「生体腎移植のドナーが親族に限られている」という日本の特殊な事情があるにせよ、先進的なことだと思います。

◆誤解②

「腎移植はお金がかかる」

先述したとおり、日本では腎代替療法として透析（血液透析）が主流となっていますが、この透析医療が医療費を圧迫していることはよく知られているところです。

医療経済の面から腎移植と血液透析を比較すると、初年度こそ腎移植は血液透析よりも医療費がかかってしまいましたが、維持期になると血液透析よりも安くなります（表 2）。最終的には、移植後、数年経過すると、医療費総額は腎移植のほうが下回るようになります。腎移植が、透析と比較して医療費抑制の面で優れている点はもっと強

海外諸国に比べ、腎移植の少ない日本

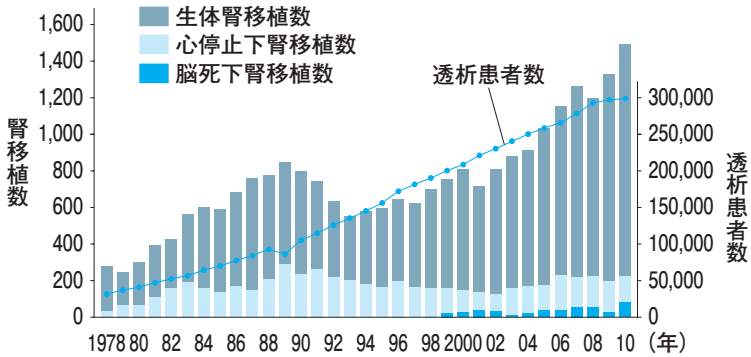
まず、日本と世界の腎移植の現状を見てみましょう。日本では、まだ腎移植が“特殊な医療である”という印象を持っている方が多いようです。しかし、日本の腎臓病診療を考える上で腎移植の選択肢は今後不可欠なものになると思われます。

現在、腎代替療法は、血液透析や腹膜透析などの透析療法が主流となっています。その結果、透析患者の総数は 30 万人となり、2010 年には新たに約 3 万 8000 人が透析を導入しています。一方、日本の腎移植は、10 年ほど前よりその総数は年々増えており、2006 年に年間 1000 例を超え、2011 年には約 1600 例となっています（図）。

しかし海外と比較すると、日本の腎移植数は決して多くないと言わざるを得ません。国民人口約 3 億人の米国では毎年 1 万 5000 例前後も行われており、人口あたりに換算すると日本の約 5 倍の腎移植が行われていることになります（表 1）。米国だけでなく、韓国と比べてもなお、腎代替療法に占める腎移植の割合は少ないのが現状です。

腎移植にまつわる 3 つの誤解

なぜ日本では腎移植が少ないのでしょうか。腎移植の選択肢が選ばれない



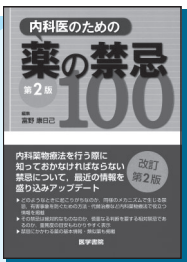
●図 わが国の透析患者および腎移植数の推移（文献 1 より作成）

なぜその処方は禁忌なのか。どうやって禁忌処方を防止するか—待望の改訂版

内科医のための薬の禁忌100 第2版

内科領域の日常診療で「禁忌」とされる薬物療法について、重要なもの100項目を選び解説。禁忌の種類（絶対的か、相対的か）、重篤度、関連する領域、基本薬剤データ（一般名、商品名、適応、副作用、類似薬）、禁忌の理由と起こりうる病態、禁忌処方をしてしまいやすい状況、同様の作用機序で発症する禁忌、禁忌処方の防止策、代替治療などを簡潔にまとめた実践書。

編集 富野康己  
順天堂大学大学院教授・腎臓内科学



「総合リハビリテーション」誌の年間購読のお勧め

リハビリテーション領域をリードする総合誌。リハビリテーションに携わるあらゆる職種に向け特集形式で注目の話題を解説。「講座」「実践講座」などの連載ではリハビリテーションをめぐる最新知識・技術を簡潔に紹介。投稿論文の審査、掲載にも力を入れている。

●月刊 1部定価2,310円(本体2,200円＋税5%)



●2013年特集テーマ

- 1月号 発達障害のリハビリテーション
- 2月号 呼吸リハビリテーション—新しいチーム医療の展開
- 3月号 治療ガイドラインとリハビリテーション
- 4月号 片麻痺上肢機能回復治療のエビデンス
- 5月号 周術期リハビリテーション
- 6月号 切断と義肢—最新の臨床以降発行予定
- 7月号 精神障害のリハビリテーション
- 8月号 障害児者に関わる法制度改革の動向
- 9月号 アンチエイジングとリハビリテーション
- 10月号 診療報酬・介護保険同時改定
- 11月号 障害者の社会参加と就労支援
- 12月号 脳卒中急性期治療の最前線

## 寄稿

医療事故のケースファイルから得られる教訓  
「明日はわが身」というワクチン効果

長野 展久 東京海上日動メディカルサービス・医療本部長

## To err is human.

病気の診断や治療を通じて安全で安心な医療の担い手となる、それが私たち医師に期待される使命です。日本人の三大死因であるがんや心疾患、脳血管疾患をはじめとして、病気の軽重や難治度にかかわらず、思いやりのある優しい気持ちで診療に臨み、患者さんが病（やまい）を克服することができればベストでしょう。

その一方で、どんなに医療技術が進歩しても、私たちの前には「不確実な医療」という現実が立ちはだかっています。最新の医学データを駆使して最適な医療を提供することはできても、その結果までは保証し切れません。もし期待外れな医療と向き合ったとき、患者さんはどのような気持ちになるのでしょうか。悲しみや怒り、抑うつやあきらめなど、さまざまな感情が錯綜して、場合によっては責任の所在を「白黒はっきりさせる」行動へと踏み切ります。

これまで私は損害保険会社のアドバイザーとして、数多くの医療事故を見聞きしてきました。1990年代までは本当に患者さんが気の毒に思えるような医療事故も散見されましたが、患者取り違え事件（横浜市大）や消毒薬誤注射事件（都立広尾病院）などが相次いだ1999年以降、どの施設でも医療安全対策が優先課題となり、ヒヤリ・ハットの報告書が次々と上がるようになりました。そして電子カルテの普及や医療機器の開発により、薬剤の処方間違いや与薬ミス、経口薬や消毒薬の誤注射といった事例は激減し、「うっかり型」あるいは「能力欠落型」の医療事故は少なくなったように思います。

しかし、こうして病院全体で医療事故を防ぐ「システム」が充実してきた一方、“To err is human”という医療安全の定型句が示すように「ヒト」の間違いをゼロにすることはできません。

ましてや医療ミスとまではいかなくても、ちょっとした行き違いや説明不足、頑張ったつもりでも結果的には対応が遅れたといった、まさに不運としか言いようのない「不可抗力型」の医療事故は、日常診療でも頻繁に発生しています。その多くは真摯な対応で円満に解決するのですが、患者さんやそのご家族が納得できないと、やがて億単位の賠償金請求へ……とエスカレートする可能性を秘めています。

## 死に直結する病気から鑑別診断

どうしてあのとき、あの病気を想定しなかったのだろうか？——「後悔先に立たず」ということわざにもあるとおり、診断や治療の意思決定の段階で、つい、思考回路の優先順位付けが甘くなり、結果として痛い目を見ることがあります。

例えば急な「胸痛」で来院した中高年の患者さんなら、すぐさま思い浮かぶのはACS（acute coronary syndrome：急性冠症候群）でしょう。直ちに心電図、胸部X線写真、トロポニンをはじめとする血液検査をオーダーして、ACSを疑う所見があれば循環器科にバトンタッチ、緊急カテーテル検査へ、と進んでいきます。

ところが初診でこれといった異常所見がない場合はどうでしょうか。ACSは除外されているし、空きベッドも少なければ、そしてそれほどひどい胸痛でもなければあえて入院は考えず「とりあえずは心配ないから、また痛くなったら受診してください」と説明して帰宅させることもあるでしょう。大抵はこれで問題はないのですが、帰宅後に容態急変して一気に病状が悪化し、これまでもたびたび紛争化しているのが「大動脈解離」です。

あとから冷静になって考えれば、急な胸痛でまず疑うのはACS、大動脈解離、肺血栓塞栓症の3疾患であり、

鑑別診断として医学書にも明記されていて、対応が遅れるとまさに命取りです。適切な診断に至るまで多少のタイムラグがあっても、後遺障害さえ残らなければ「結果オーライ」ですが、期待はずれな現実と向き合った場合は「誰の責任か」という話へと発展しがちです。その前提として、病気の重症度とは無関係に、早く対応していれば「治ったはず」、もしくは「もう少し長生きできた」とされてしまうのです。

こうしたむなしいうやりとりを経験すると、次に「胸痛」の患者さんが来院すればACSと同じくらい慎重に「大動脈解離」を除外するようになり、同じ轍は二度と踏まなくなるでしょう。もう一歩踏み込んで、急な胸痛の患者さんには直ちにCT検査をして、未然に見逃しを防ぐ「システム」を整備している病院もあると聞いています。

## 外的要因によるバイアス

医師というプロフェッショナルである以上、どのような状況でもベストな洞察力をもって診断や治療に当たるべきです。とはいっても、私たちも感情に左右される人間ですので、外的要因の影響を完全に除外することは難しいと思います。

例えば、日勤帯の手術や検査が長引いてクタクタになり、そのまま夜間の当直業務に移行したとしましょう。そこへ一見したところ重篤感のない中年女性が、「深夜」に歩いて来院し受付を済ませました。話を聞くと相当な酒豪で、ずいぶん前から倦怠感があり、今日も宴会の後で気持ちが悪くなり、めまいやふらつき、食欲がない、家でもつらいから入院して調べてくれないか、とアルコール臭を漂わせながら訴えてきました。しかも非常に混雑した夜間外来であるにもかかわらず、10年前の追突事故の後遺症を執拗に訴え、だるい、眠れない、不安だ、やる気が出ないなど、延々と不定愁訴が続きます。

このようなときでも優しく思いやりのある気持ちで、患者さんの言うことに耳を傾けるのが理想ですが、深夜の救急外来です。思わず「コンビニ受診、アルコール依存、ブシコ、心因反応」という言葉が頭をよぎり、さらには「クレマー、モンスター」と感じて無理はありません。その結果、「迷惑患者」というレッテルのもとに陰性感情が鬱積してしまい、つい、「お酒を飲んでいないときなら診察します、心療内科に行ってください」と話を遮ることも



## ●長野展久氏

1985年東京医歯大医学部卒。同大病院、総合病院土浦協同病院、取手協同病院（当時）を経て、93年より東京海上日動メディカルサービスおよび海上ビル診療所。内科診療の傍ら、

病院・診療所・企業のリスクマネジメントを担当する。2001年からは東京医歯大大学院非常勤講師（法医学）も務める。昨年『医療事故の舞台裏——25のケースから学ぶ日常診療の心得』（医学書院）を上梓。

あるでしょう。それでも入院を希望する患者さんには、「こんな状態で入院していたらベッドがいくらあっても足りませんよ」と突き放してしまいたくなる気持ちもよくわかります。

こうした陰性感情により診断や治療にバイアスがかかって、必要な検査や入院を断ったがために、脳血管障害などの診断遅延につながって紛争化した事例も少なからずあります。たとえ酔っ払いの患者さんでも、応招義務に基づいて診察を開始したならば、その背後に隠れた病態を把握しなければなりません。

## 医療事故の舞台裏を知ること

医療事故を経験した医師の多くは、まさか自分が医療事故に巻き込まれるとは思いませんでした、という正直な感想をもっています。ひとたび紛争へ発展すると、患者さんやそのご家族から罵詈雑言を浴びることもしばしばで、病院のなかでも孤立し、やがて抑うつ状態となって診療すらできなくなる、という深刻なケースもありました。

ではどうすれば医療事故を未然に防ぐことができるのか？ その手掛かりとして、過去の医療事故を「ワクチン」と考えてはいかがでしょうか。われわれの先輩・同僚たちがこれまでに遭遇した医療事故を「疑似体験」し、どのような場面で事故が発生し、どのようなやりとりを経て解決へと至ったのか、その舞台裏までのぞいてみるのです。

過去の医療事故は決して他人事ではなく、「明日はわが身」の“自分ごと”です。大動脈解離を見逃した症例を「知る」ことにより、胸痛患者の診断力が向上しますし、酩酊患者の神経疾患を診断できなかった症例を「聞く」ことが、診察時のバイアスを排除する有効な手段となるでしょう。私自身も普段の外来診察で、これまで見聞きした医療事故をいろいろな場面で思い出し、患者さんが納得できる医療となるように「説明」、「カルテ記載」することを心掛けています。

このように過去の医療事故を「ワクチン」として接種することが、将来遭遇するかもしれない医療事故への高い免疫力となります。その結果、間違いをゼロとは言わずとも、可能な限り減らすことに結び付き、患者・医師双方にとって望ましい医療につながる。私はそう考えています。

そのトラブルには理由(わけ)がある

## 医療事故の舞台裏 25のケースから学ぶ日常診療の心得

保険会社顧問医である著者が、実際の医療紛争事例を臨場感溢れるドキュメンタリー風のケースストーリーにアレンジし、なぜトラブルに至ったのかを丁寧に解説する。医療紛争の具体的な再発予防策も提示。臨床医であれば誰でも遭遇しそうなケース25話を掲載した。難解な法律用語の解説コラムも充実。好評を博した総合診療誌『JIM』、内科総合誌『medicina』での連載をもとに、全面書き換え・書き下ろしを加え書籍化。

長野展久  
東京海上日動メディカルサービス医療本部長医療事故の  
舞台裏25のケースから学ぶ  
日常診療の心得

長野展久

そのトラブルには  
理由がある

## 関節のMRI 第2版

## 関節MRI診断のオンリーワンテキスト、待望の改訂

日常診療において今や必要不可欠となった骨関節領域におけるMRI診断の本格テキスト、6年ぶりの大改訂。初版発行後の3T装置も含めたMRIの進歩と最新画像を充分に取り込み、初版では不十分だった疾患呈示の網羅性を実現、300頁を超える増頁となった。また、関節リウマチや脊椎関節炎などでの診療内容の変化を踏まえ、内容を充分にアップデート。画像診断医、整形外科医、リウマチ医をはじめ運動器疾患の診療に関わる全ての臨床医の診療と、これから専門医を目指す放射線科と整形外科の専攻医にとって必読の書。

編集 福田国彦 東京慈恵会医科大学放射線医学講座教授  
上谷雅孝 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科  
放射線診断治療学教授  
杉本英治 自治医科大学医学部放射線医学講座教授  
江原 茂 岩手医科大学放射線医学講座教授

●定価 15,750 円  
(本体 15,000円＋税5%)  
●B5 頁934 図210・写真1670  
2013年  
●ISBN978-4-89592-732-1

## 新刊

## 頭頸部のCT・MRI 第2版

●定価 14,700 円(本体 14,000円＋税5%)

## 胸部のCT 第3版

●定価 15,750 円(本体 15,000円＋税5%)

## 腹部のMRI 第2版

●定価 12,600円(本体 12,000円＋税5%)

## 腹部のCT 第2版

●定価 13,650 円(本体 13,000円＋税5%)

## 脳脊髄のMRI 第2版

●定価 14,700円(本体 14,000円＋税5%)

続・アメリカ医療の光と影

第246回

ヒト遺伝子特許論争②

李 啓亮

医師／作家（在ボストン）

前回のあらすじ：2013 年 4 月 15 日、米最高裁で、乳癌・卵巣癌関連遺伝子 BRCA1／2 の特許をめぐる「ヒト遺伝子を特許の対象とすべきかどうか」についての審理が行われた。

前回も述べたように、短い DNA 塩基配列に対する特許も含めると、米国では、ほとんどすべてのヒト遺伝子が特許の対象となっている。遺伝子に対する特許はあまた認められているというのに、なぜ、よりによって BRCA1／2 の特許をめぐる訴訟が争われることになったのだろうか？ その理由を理解するためには、原告団の顔触れを見ることが手っ取り早いので、以下に、2009 年にニューヨーク南地区連邦地裁で争われた第一審時の訴状から各原告が訴えるに至った背景を紹介する（なお、各原告の年齢は第一審当時）。

独占特許を利用した「商売」に対して立ち上がった原告ら

＊リスベス・セリアニ（43 歳、シングルマザー）：2008 年、両側の乳癌を診断され、オンコロジストおよび遺伝カウンセラーから BRCA1／2 の遺伝子検査を受けることを勧められた。両遺伝子については、ミリアッド・ジェネティクス社（以下、ミリアッド社）が独占特許を有し、検査を受けようと思ったら同社が提供する検査しか受けることができなかった。しかし、ミリアッド社が BRCA1／2 検査につけた定価は「3340 ドル」と、とびきり高額であったため、セリアニに自弁することは不可能だった。さらに、セリアニはマサチューセッツ州が運営する低所得者用保険「マス・ヘルス」の被保険者であったが、ミリアッド社は、「マス・ヘルス」等低所得者用公的保険「メディケイド」との取引を拒否していたため（註 1）、セリアニは遺伝子検査を受けることができなかった。

＊ルニ・リマリー（32 歳）：2005 年に「アグレッシブ」な乳癌を診断された際、BRCA1／2 遺伝子検査を受けることを希望したものの、当時加入していた民間保険は同検査に対する保険給付を認めていなかったため、受けることを断念した。二年後、給付を認める民間保険に加入し検査を受けたところ、ミリアッド社から「『意義不明』の変異がある」との結果を通知された。自分が持つ遺伝子変異の意義を知るためには専門研究者に調べてもらう必要があったが、同社は第三者による BRCA1／2 検査を「特許侵害」として禁止していたため調べてもらうことはできなかった。

＊ジネイ・ジラード（39 歳）：2006 年に乳癌を診断された際、ミリアッド社の検査で BRCA2 遺伝子の異常を告げられた。検査結果についてセカンドオピニオンを得ることを希望したものの、同社は「第三者」による検査を禁止していたため、セカンドオピニオンを得ることはできなかった。

＊ビッキー・トンプソン（52 歳）：2006 年に卵巣癌を診断された後、BRCA1／2 検査を受け「異常なし」の結果を得たものの、同社が提供する「標

準」検査ではわからない変異を検出するためには「補助」検査（追加料金「700 ドル」）を受ける必要があった。しかし、トンプソンが加入する民間保険は補助検査への保険給付を認めていなかったため、補助検査を受けることを断念しなければならなかった（註 2）。

＊ヘイグ・カザジアン（ペンシルバニア大学医学部教授）はじめ 5 人の研究者：研究目的で患者の BRCA1／2 遺伝子検査を実施しようとしたところ、ミリアッド社から「特許侵害」の警告を受け、断念せざるを得なかった。

＊米分子病理学会・米医学遺伝協会・米臨床病理学会・米病理学者協会：いずれの学術団体も、ミリアッド社が BRCA1／2 の独占特許を有するがために「研究が妨げられ、科学の進歩が阻害されている」として原告団に加わった。

＊エレン・マットロフ（イエール大学癌遺伝カウンセリング部部長）／エリサ・ライク（ニューヨーク大学小児科教授）：ミリアッド社が独占特許を有しているために、より安価で良質な遺伝カウンセリングを患者に提供することができないとして、原告団に参加した。

遺伝子の独占特許は甚大な「人権侵害」

以上、原告団にどのような顔触れの個人・団体が加わっているかを紹介したが、ミリアッド社が独占特許の「うまみ」を存分に利用した「商売」を展開しているがために、

- 1) 費用が払えないために検査を受けられない／検査結果の意味を知ることができない／セカンドオピニオンを得ることができない等の被害が患者に及んでいる、
- 2) 研究及び科学の進歩が妨げられている（註 3）、
- 3) 患者に安価かつ良質な遺伝カウンセリングを提供することが妨げられている、

という実態がおわかりいただけただろうか？

ところで、今回の訴訟に当たって弁護団を組織し、法廷での弁論等の実務を取り仕切ったのは、人権団体として高い定評を有する「米自由人権協会」だった。本来ヒトの体内に存在する遺伝子について独占特許を認めることが、甚大な「人権侵害」につながっていると考えたからに他ならない。

（この項おわり）

註 1: どの州でも、メディケイドの診療報酬価格は大幅に値引きされるのが通例であるのに対し、ミリアッド社は「メディケイドは保険として受け入れない」という立場を取っている。

註 2: 原告団に名を連ねた患者は計 5 人に上った。さらに、乳癌関連患者組織 2 団体も原告団に加わった。

註 3: しかも、ミリアッド社は、癌発生と変異型の関連についてのデータを 2004 年以降公開することを中止したため、臨床的に重要な意義を持つ知見が一企業に独占される事態となっている。



在宅医療モノ語り

第 38 話

鶴岡優子

つるかめ診療所

語り手 一瞬を雄弁に語ります

デジタルカメラさん

在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診跑到特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いている。往診跑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「デジタルカメラ」さん。さあ、何と語っているのだろうか？

写真が、画像が、記録が、日常に溢れています。朝起きて携帯電話の着信履歴がないことを確認します。「よかった」。緊急コールはなかったようです。さて、今度はパソコンでメールをチェック。訪問看護ステーションから患者さんの皮疹の写真が届いていました。「うーん、これは疥癬じゃないでしょ」。主人は独り言を言いながら、今度は Facebook のチェック。大忙しです。朝食前から画像の洪水で溺れてしまいそ

うですね。お友達、よそさまの、夕食メニューから講演会での勇姿、はたまた飲み会の楽しそうな写真まで。飲み会のメンバーからお店の雰囲気、無防備な姿、酔っぱらい具合まで、デジタル画像は雄弁に語ります。

話がそれて失礼しました。私は往診跑到に入られているデジタルカメラです。基本的には診断などで使われています。はい、褥瘡は得意分野です。悪化や改善の過程が時間とともに記録され、次の治療を考えるための資料になります。「今起きているコトをどう考えますか？」と多職種でシェア。百聞は一見に如かず、画像を使って各分野の専門家に尋ねることだってできるのです。以前に比べ、シェアの仕方は簡単になりました。写真を現像する、封筒に入れる、宛先を書く、切手を貼る、ポストに投函。かつての長い一連の作業も、今やデジタル画像をメール添付で送信。ほんの一瞬で終わってしまうのです。

診療以外の場面で、私はどんな用途で使われているか、ですか？ それはもう持ち主次第でしょうね。「退院 1 か月記念、おめでとう！」でパシャ。病棟スタッフの皆さんにもこの元気な姿を見て喜んでもらいたいですね。退院のときにお世話になった看護師さんやソーシャルワーカーさんにも、ぜひザイタクでのこの笑顔、シェアして欲しいです。「お誕生日、おめでとう！」でお花と一緒にパシャ。最近親子で写真なんか撮ってないんじゃないですか？ 今日は見学の学生さんもいるから、一緒にパシャ。記念撮影の理由もいろいろ。

訪問診療で回っていると、撮影ポイントが毎日無数にあります。「お庭のバラがきれい」「この井戸ってまだ使えるのかなあ」。自然の美しさ、暮らしの匂い、人生と運命の重み。この一瞬をダイジにしたい。誰かに教えたい、共有したい。そんな衝動に駆られることが確かに多いのです。でも、毎回撮影できるほどの余裕はありません。ザイタクの現場に存在すること、それはもう撮影者である前に当事者ですから。

私を使っていただけと、屋外の“一瞬”をザイタクに持ち込むことができるので案外喜ばれます。例えば、花の写真。「尼寺の桜ですよ」。花の中でも桜は特別。患者さんも元気なところは毎年花見に行かれていたそうです。「そういえば調整池にカワセミがいましたよ」「どれどれ」。往診跑到に私が入れば、あのときの一瞬が次々に画像として出てきます。私の場合、主人の趣味で往診跑到の中身をよく撮らせてもらっています。また勉強会やカンファレンスでも写真を撮らせていただくことがあります。多職種協働の自己満足的な証拠写真のようですが、あのときの一期一会を一瞬に閉じ込めて大切にしたいという気持ちの表れでもあります。

なるべく美しくなるように一瞬を作りこんで撮る。ちょっとずるいなと思われるかもしれませんが、これが私のオシゴトです。「一瞬も一生も美しく」なんて、どんな化粧品を使っても実際は難しいと思いますが、「それなりの一瞬」を大切にしていきたいと思います。



“自分撮り”は不可能なので  
仙台の学会に、多くのデジカメ族が集まりました。学会内容や風景はもちろん、新しい出会いに懐かしい再会、さまざまな一瞬を地元に持ち帰ります。恩師のカメラは重厚なタイプ。市民講座のチラシさんも、ちゃっかり映り込んでいます。S 先生、ご協力ありがとうございました。

症状ではなく、病気を治せ  
気分障害を正しく理解し、適切な治療に導くための指南書

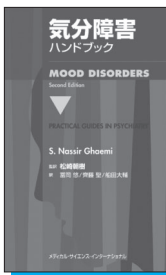
気分障害ハンドブック  
Mood Disorders, 2nd Edition (Practical Guides in Psychiatry)

▶ 気分障害（うつ病、躁うつ病[双極性障害]など）をしっかりと診断した上で、適切な治療を行うための知識をコンパクトにまとめた一冊。症状に対して漫然と行われる対症療法的な薬物治療を否定し、疾患そのものを治療すべきという著者の哲学に貫かれた内容。精神科医や心療内科医、それを目指す研修医をはじめ、患者の増加に伴い診療の機会が増えつつある一般内科医、プライマリケア医にも有用。

監訳：  
松崎朝樹  
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院精神科副院長

定価4,200円（本体4,000円＋税5%）  
A5変 頁332 図20 2013年  
ISBN978-4-89592-744-4

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



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

PT・OTのための  
これで安心 コミュニケーション実践ガイド

山口 美和 ● 著

B5・頁232  
定価2,940円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01569-1

「見事なコミュニケーション・テキストを書いてくれて、本当にありがとう」と、著者の山口美和氏に素直に伝えたい。私は著者と同じ専門学校に勤務していた時代、共に

学生教育に悪戦苦闘した同僚教員として、著者がこの素晴らしい本を世に送り出したことへの称賛を惜しまない。本書は「コミュニケーション臨床応用学」と呼べるほど、首尾一貫した理念と体系に基づいて記述されている。理学療法・作業療法領域では、往々にして用語の定義があいまいな書籍が多いが、本書は登場する用語をまず明確に定義し、次に論点を展開して解説しているため、読者にとって非常に理解しやすく、著者のメッセージがダイレクトに伝わってくる。普段の何気ない会話の背景に存在する確固たる「コミュニケーション理論」が根底にあることを読者に気付かせてくれる。このような観点から眺めると、本書は科学的理論に裏打ちされた実践書といえる。

一方で、本書には入学した学生が成長と共に遭遇すると予測されるコミュニケーション場面や具体例がふんだんに盛り込まれているため、臨場感にあふれ、読み進むにつれ読者をくぎ付けにする豊富な展開には目を見張るものがある。本書はいわゆる“How to 本”とは異なり、コミュニケーションがTPO（時、場所、状況）によりダイナミックに変化し得ることを強調しながら、解決すべきは当事者にあることを論理的に説いている。そして著者は、コミュニケーションは「理論を並べ立て、

「見事なコミュニケーション・テキストを書いてくれて、本当にありがとう」と、著者の山口美和氏に素直に伝えたい。私は著者と同じ専門学校に勤務していた時代、共に学生教育に悪戦苦闘した同僚教員として、著者がこの素晴らしい本を世に送り出したことへの称賛を惜しまない。本書は「コミュニケーション臨床応用学」と呼べるほど、首尾一貫した理念と体系に基づいて記述されている。理学療法・作業療法領域では、往々にして用語の定義があいまいな書籍が多いが、本書は登場する用語をまず明確に定義し、次に論点を展開して解説しているため、読者にとって非常に理解しやすく、著者のメッセージがダイレクトに伝わってくる。普段の何気ない会話の背景に存在する確固たる「コミュニケーション理論」が根底にあることを読者に気付かせてくれる。このような観点から眺めると、本書は科学的理論に裏打ちされた実践書といえる。



医学書院 AD BOX

各雑誌の広告媒体資料・目次内報を掲載しております。

医学書院ADBOX

検索

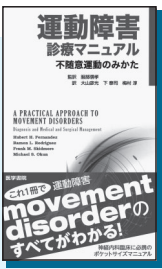
運動障害のすべてがわかる! 神経内科臨床に必携のポケットサイズマニュアル

運動障害診療マニュアル 不随意運動のみかた

The Practical Approach to Movement Disorders; Diagnosis and Medical and Surgical Management

運動障害、特に不随意運動に対する内科的（症候、診断、検査、薬物治療）、外科的（DBSとその手術適応）、包括的（リハビリテーション、栄養学）各種アプローチ方法を網羅。パーキンソニズム、舞蹈運動、ジストニア、ミオクローヌス、レストレスレッグス症候群、振戦など、各症候の見た目（“ピクつく”“ふるえる”など）で分類した臨床で使いやすい構成。神経内科医のみならず、一般内科医や研修医も読んでおきたい1冊。

監訳 服部信孝  
順天堂大学脳神経内科教授  
訳 大山彦光  
順天堂大学脳神経内科助教／  
フロリダ大学神経学客員助教  
下 泰司  
順天堂大学脳神経内科／  
運動障害疾患病態研究・治療講座准教授  
梅村 淳  
順天堂大学脳神経外科／  
運動障害疾患病態研究・治療講座准教授



B6変型 頁288 2013年 定価3,990円(本体3,800円＋税5%) [ISBN978-4-260-01762-6]

医学書院

血栓形成と凝固・線溶  
治療に生かせる基礎医学

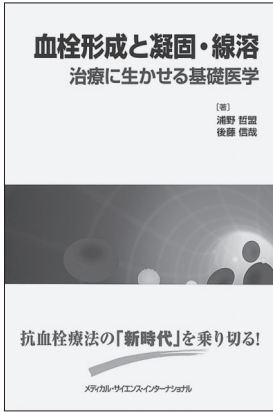
浦野 哲盟, 後藤 信哉 ● 著

A5変型・頁232  
定価5,250円(税5%込) MEDSI  
http://www.medsj.co.jp

本書は、血栓止血学の大家であり、凝固・線溶研究のエキスパートである浦野哲盟教授と、循環器内科のエースであり血小板研究のトップリーダーである後藤信哉教授の共同作業により執筆された名著である。

血栓症は世界の死因の3割を占める人類最大の疾患であり、その予防と治療は人類に課せられた最大の課題であるといえる。本書の特徴は、血栓形成と血栓溶解の複雑で精緻なメカニズムが簡潔で明快に解説され、代表的な血栓性疾患と血液凝固検査のエッセンスがコンパクトにまとめられており、その後臨床医が最も知りたい抗血栓療法と血栓溶解療法の実際が血栓止血学の理論に基づいて整然と述べられていることである。

全体のスタイルが統一されているので読みやすく、コラム一覧には貴重なテークホームメッセージが散りばめられており、読者にとってはありがたいコーナーである。最後の章は「身体はどのように凝固・線溶系を調節しているか」というタイトルが付けられており、察するに浦野教授が血液生理学者として読者に最も伝えたかったメッセージが込められているようで、著者の思い入れが感じられた。また、血栓



評者 内山 真一郎

女子医大主任教授・神経内科学講座

症治療の各章は、第一線でEBMの構築に日々活躍されている後藤教授が担当されており、最新のエビデンスが紹介されている。

第一線で活躍する臨床医に

これまで出版された血栓止血学の著書は難解で分厚く、簡単に手に取りにくい印象を与えがちなものが多かった。一方、抗血栓薬の解説本は逆に血栓止血学に裏打ちされた理論の根拠が十分に解説されておらず、浅薄な印象を与えるものが多かった。従来のそれらの著書に比べると、本書はコンパクトで気楽に手に取れるサイズであり、手ごろなページ数にまとめられている

が、血栓止血学の予備知識を得た上で、血栓症治療の実際に着手できるように編集されているので、知識の整理や日常診療に極めて有用であり、医学生、看護学生、研修医、コメディカル、一般診療医と幅広い読者に自信を持ってお勧めできる良書である。

著者が序文で述べているように、抗血栓薬の開発の進歩は著しく、従来のアスピリン、ヘパリン、ワルファリンの時代から大きなパラダイムシフトが起こりつつある。最新の医療を患者に提供する立場にあり、第一線で活躍されている臨床医の先生方には、特に有用な著書であるといえる。

肩 その機能と臨床 第4版

信原 克哉 ● 著

A4・頁544  
定価18,900円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01676-6

2001年4月に第3版が出版されてから11年が過ぎ、医学書院から信原克哉先生の『肩 その機能と臨床』の第4版が出版された。

1979年に初版が出版されて以降、30年余りが過ぎても、なお改訂版が求められていること、さらに第3版では英文版が出版され、英国医学会の優秀図書賞を受賞されていることから、その内容の奥深さは語るに及ばない。まさに「珠玉の名著 四たび!」である。

第4版では、前版以降の10年余りの肩の外科にかかわる数多くの研究、特に投球障害や理学療法に関する研究を引用しながら、臨床・研究に新たな視点を与えてくれる。そこで、投球障害のリハビリテーションに従事する理

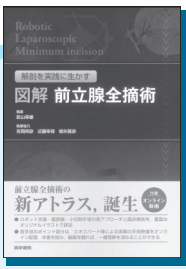
学療法士の視点から僭越ながら論評させていただく。投球障害に対するリハビリテーションでは、選手の投球時の疼痛や不安定感などの症状の発現機序を明確にして、その症状の消失とパフォーマンスの改善をめざして、理学療法がプログラムされる。しかし、大きな可動性を持った球関節とその複合体を制御する多くの靱帯や筋の織りなす複雑な病態、さらには投球という約1.5秒の短い時間に行われる高速の全身運動を運動学・運動力学的に理解することは困難を極める。動作から機能障害や病態の仮説を立てることは、理学療法士のアイデンティティーである。そのため、投球障害に対するリハビリテーションにおいて、ノ

日本を代表する泌尿器外科エキスパート陣の技を、豊富かつ美麗なイラストで伝授!

解剖を实践に生かす  
図解 前立腺全摘術

前立腺全摘術の新アトラス誕生! 手術に役立つ臨床解剖と、ロボット支援(ダ・ヴィンチ)・腹腔鏡・小切開手術の各アプローチを、著者自身が手掛けたおよそ900枚の豊富かつ美麗なイラストで解説。付録として、各手技のポイント部分の手術映像をオンラインで配信する。本書を読み、実際の動画を観ることで、より一層理解を深めることができる。前著「図解 泌尿器科手術」とともに、泌尿器科医に贈る著者渾身の第2弾。

執筆 影山幸雄  
埼玉県立がんセンター泌尿器科部長  
執筆協力 吉岡邦彦  
東京医科大学教授・泌尿器科  
近藤幸尋  
日本医科大学教授・泌尿器科  
蜂矢隆彦  
春日部市立病院泌尿器科部長



A4 頁320 2013年 定価14,700円(本体14,000円＋税5%) [ISBN978-4-260-01752-7]

医学書院

《脳とソーシャル》  
脳とアート  
感覚と表現の脳科学

岩田 誠, 河村 満 ● 編

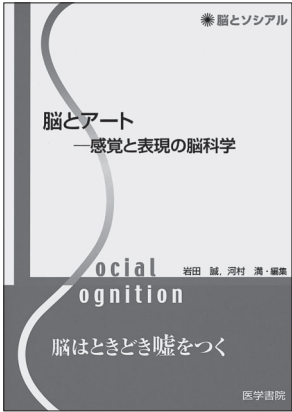
A5・頁272  
定価3,780円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01481-6

人は社会の中で生きており、それを担う脳は社会的存在でもある。脳の研究も個体の“生物脳”としての研究から“社会脳”の研究へと主流が移ってきた。岩田誠先生、河村満先生の編集になる医学書院の“脳とソーシャル”シリーズは、このような潮流の中で“社会脳”をテーマとして扱った労作である。すでに刊行された3冊はいずれも医学の分野を超えた広範な領域の専門家によって執筆されており、一読するたびにその構成の巧みさと内容の面白さに感嘆したものである。第1弾の主題は“社会活動と脳”、第2弾は、“発達と脳”、第3弾は“ノンバーバル・コミュニケーションと脳”であった。

今回新たに刊行された第4弾の主題は“脳とアート”である。“感覚と表現の脳科学”という副題に加え、帯には“脳はときどき嘘をつく”と意味ありげな言葉が書かれているが、読んでからのお楽しみとしよう。

I章の序論“脳にとって芸術とは何か”において、芸術の起源、創造性の基礎、作業記憶の拡張、模倣と教育、芸術と宗教について、などが述べられ、続くII章とIII章の内容は、中心溝を境に後方より感覚情報が入力され、前方より運動情報が出力されるという脳の基本的構造に対応した、“感じる脳”と“表現する脳”に大別されている。II章の“感じる脳”では、脳と感性、

人とは、自由意志とは何か



色彩認知、絶対音感、香りの脳科学、味覚の脳科学と、視覚、聴覚、嗅覚、味覚に関する最新の研究成果が述べられ、最後に、これら五感を超越した、“バーチャルリアリティー”の脳科学が論じられている。III章の“表現する脳”では、アート教育、絵画と音楽の脳科学、遊びの脳科学についての章とともに、アートの決め手が脳のネットワークではないかとの論考や、芸術における時間の表現という難しい問題についての考察がされている。どの項目も読んでみると、文系と理系の視

点は見事に融合され、“目から鱗”の感がある。私たちが何気なく暮らしている世界が人の脳という奇跡の賜物の複雑な働きによることを垣間見させてくれる。そして、人とは何か、自由意志とは何かという根源的な問題にまで想いはをせるのである。

医学の効用は広範であり臨床分野にとどまらない。医療従事者はややもすれば日常の臨床業務に沈淪しがちであるが、最新の脳科学の目覚ましい成果にも目を向け視野を広げてみるべきことを痛感する。その意味で本書、ならびに本シリーズを、医師のみならず、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など脳疾患の診療にかかわる専門家の方々、さらには、脳と心の有り様に興味を持つすべての人々にお勧めしたい。

選手のことを思い出してほしい。きっと何らかのブレイクスルーが得られることと思う。そして、このような内容は他の章にも随所に散りばめられている。

評者自身も臨床2年目で、初めて信原先生の講演を聴いたときに、肩の治療を深く考えるきっかけになった。第4版は全ページ、フルカラーとなり、ページをめくるたびに現れる美しいイラストと、その重厚感は、当時の講演を思い返すのに十分すぎる迫力である。目の前で信原先生が、自分の考察に「それはショート（短絡的）だ」と言われている気がする。明日からの臨床に向き合うのが楽しみになった。

肩の理学療法にかかわるすべての理学療法士が、本書の内容を理解して患者と向き合ったとき、その空間が笑顔であふれていることが想像できる、そんな一冊である。

感染性腸炎 A to Z 第2版

大川 清孝, 清水 誠治 ● 編  
中村 志郎, 井谷 智尚, 青木 哲哉 ● 編集協力

B5・頁296  
定価8,400円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01642-1

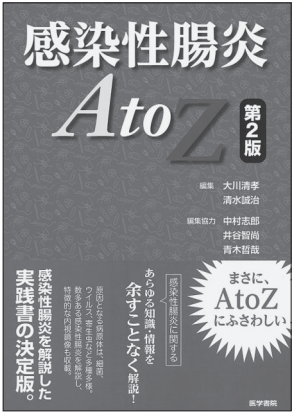
● 評者 飯田 三雄  
公立学校共済組合九州中央病院長

本書は、感染性腸炎に関するあらゆる知識・情報が特徴的な内視鏡像と共に解説されたアトラス的実践書である。4年前に発刊された初版が好評であったことから今回改訂版の出版に至ったわけであるが、初版で掲載された項目の改訂にとどまらず、疾患の項目数と症例数が大幅に増え、さらに充実した内容となっている。

本書の編集を担当した大川清孝、清水誠治の両氏は、消化管、特に下部消化管疾患の診療ではわが国を代表するエキスパートである。両氏が主宰する「感染性腸炎の内視鏡像を勉強する会」という研究会で十分な時間をかけて検討された1例1例の症例が本書の骨子となっている。今回の改訂版では、この研究会で検討されなかった珍しい症例や疾患についても研究会メンバー以外の専門家によって執筆されており、まさに“A to Z”という表題にふさわしい感染性腸炎の実践書としてできあがっている。

原因不明の難治性炎症性腸疾患（IBD）である潰瘍性大腸炎とCrohn病が近年急増しており、その診断過程においてしばしば感染性腸炎との鑑別が問題となる。特に、副腎皮質ホルモン、免疫調整剤、抗TNF- $\alpha$ 抗体などの薬物治療が主体となる重症例や難治例では、感染性腸炎の除外診断は必須である。感染性腸炎をIBDと誤診すれば、誤った治療を選択することにつながり、病状の悪化を招くことになる。鑑別診断に際しては、糞便や生検組織の培養結果とともに内視鏡・生検所見が鍵を握る。すなわち、各種感染性腸炎に特徴的な内視鏡所見を知っているか否かが正しい診断への第一歩になると言っても過言ではない。このような観点からも、本書発刊の意義は極めて

感染性腸炎に関する  
すべての情報を包含した  
優れた実践書



大きいと考える。

本書は、感染性腸炎の総論に始まり、細菌感染症、ウイルス性感染症、クラミジア感染症、寄生虫感染症と原因別の各論が続いている。各論の大項目はさらに原因微生物ごとに36個の細項目に分けられ、それぞれ疫学、病原体、症状、診断、画像所見、治療についての要点の記述の後に症例提示がなされている。提示症例数は初版に24例を追加した64例に達するが、1症例ごとに見開き2ページの構成で、左ページに症例のプロフィール、右ページに内視鏡写真を含む画像が掲載されている。さらに、各症

例には「本症例のポイント」と題した囲み記事の簡潔な説明があり、鑑別診断の要点を理解するのに役立つ。提示された多数の内視鏡像はいずれも美しくかつシャープな写真ばかりで、画像だけを見ても何となく楽しい気分になる。すなわち、初版の序で編者らが述べているように、「本書は内視鏡からみた感染性腸炎の本」であると同時に一般的な感染性腸炎の知識も網羅した“A to Z”の名に恥じない内容となっている。

最近の学会でしばしば主題のテーマとして取り上げられている「潰瘍性大腸炎に合併するサイトメガロウイルスなどの感染性腸炎の診断と取り扱い」についても、独立した項目で解説されている。また、わが国では極めてまれなウィップル病やイソスポーラ症の症例も提示されている。このように、本書は既知・最新の情報からまれな疾患まで感染性腸炎に関するすべての情報を包含した優れた実践書であり、初学者からベテランまでのすべての消化器内視鏡医にぜひお薦めしたい1冊と考える。

核医学の基本パワーテキスト

基礎物理から最新撮影技術まで

Nuclear Medicine Physics: The Basics, 7th Edition

「MRIの基本パワーテキスト」「MDCTの基本パワーテキスト」に続くシリーズ第3弾。核医学の基本的な考え方や物理的基礎に重点を置き、撮像原理を通読できるボリュームにコンパクトにまとめる。放射性医薬品に関する章も充実。核医学に携わる放射線科医や放射線技師の教育テキストとして最適。

監訳 井上登美夫 横浜市立大学大学院医学研究科 放射線医学教授  
山谷泰賀 放射線医学総合研究所 分子イメージング研究センターチームリーダー

● 定価 5,880円 (本体 5,600円+税5%)  
● B5 頁228 図・写真137 2013年  
● ISBN978-4-89592-739-0

核医学の基本原理をわかりやすく

好評関連書

MRIの基本パワーテキスト  
第3版  
基礎理論から最新撮像法まで  
MRI: The Basics, 3rd Edition

監訳 荒木 力

● 定価 6,825円 (本体 6,500円+税5%)  
● B5 頁408 写真235・色図335  
2011年  
● ISBN978-4-89592-668-3



MDCTの基本パワーテキスト

CTの基礎から  
デュアルソース・320列CTまで  
MDCT Physics: The Basics: Technology,  
Image Quality and Radiation Dose

監訳 陣崎雅弘  
訳 百島祐貴

● 定価 5,460円 (本体 5,200円+税5%)  
● B5 頁208 写真178・図94  
2010年  
● ISBN978-4-89592-652-2



新刊

がん疼痛管理のすべてがわかる

がんの痛み

アセスメント、診断、管理

Cancer Pain: Assessment, Diagnosis, and Management

▶がんの痛みのメカニズムをはじめ、がん種ごとの特徴から鎮痛薬の選択法まで、がん患者の疼痛に対して適切な診断・治療を行うために必要な包括的知識を提供するテキスト。がん患者の管理に関する一貫したアプローチを明示する。がん患者の治療に関わるすべての臨床家、腫瘍内科、放射線腫瘍科、外科、ペインクリニック、麻酔科の各専門医や専門ナース、緩和医療従事者にただちに役立つ情報を収載。

監訳:  
中根実  
武蔵野赤十字病院腫瘍内科部長

定価15,750円(本体15,000円+税5%)  
A4変 頁408 図・写真151 2013年  
ISBN978-4-89592-745-1

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.medsj.co.jp  
Eメール info@medsj.co.jp

核医学の基本

パワーテキスト

基礎物理から最新撮影技術まで

Nuclear Medicine Physics  
The Basics, 7th Edition

「MRIの基本パワーテキスト」「MDCTの基本パワーテキスト」に続くシリーズ第3弾。核医学の基本的な考え方や物理的基礎に重点を置き、撮像原理を通読できるボリュームにコンパクトにまとめる。放射性医薬品に関する章も充実。核医学に携わる放射線科医や放射線技師の教育テキストとして最適。

監訳 井上登美夫  
山谷泰賀

横浜市立大学大学院医学研究科 放射線医学教授  
放射線医学総合研究所 分子イメージング研究センターチームリーダー

● 定価 5,880円 (本体 5,600円+税5%)  
● B5 頁228 図・写真137 2013年  
● ISBN978-4-89592-739-0

核医学の基本

パワーテキスト

基礎理論から最新撮像法まで

MRI: The Basics, 3rd Edition

監訳 荒木 力

● 定価 6,825円 (本体 6,500円+税5%)  
● B5 頁408 写真235・色図335  
2011年  
● ISBN978-4-89592-668-3

MDCTの基本

パワーテキスト

CTの基礎からデュアルソース・320列CTまで

MDCT Physics: The Basics: Technology,  
Image Quality and Radiation Dose

監訳 陣崎雅弘  
訳 百島祐貴

● 定価 5,460円 (本体 5,200円+税5%)  
● B5 頁208 写真178・図94  
2010年  
● ISBN978-4-89592-652-2

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.medsj.co.jp  
E-mail info@medsj.co.jp

