

2012年7月16日

第2986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17回日本緩和医療学会……………1面
- [寄稿]心臓救急最前線(伊藤賀敏)……2面
- [寄稿]自殺は予防できるのか(高橋祥友)……………3面
- [寄稿]在宅ケアのルネサンス— Buurtzorg (堀田聡子)……………4面
- [連載]続・アメリカ医療の光と影/第46回日本作業療法学会……………5面

## 診断時から治療終了後も続くケア

### 第17回日本緩和医療学会開催

第17回日本緩和医療学会が6月22—23日、神戸国際展示場(神戸市)他で開催された。「医療者にできることは、患者に関心を持ち、寄り添い続けること」と講演で語った松岡順治大会長(岡山大学院)のもと、「ひろく ふかく たかく」という大会テーマが掲げられ、多くの演題が発表された。本紙では、サバイバーと、早期からの緩和ケアが議論されたプログラムのもようを報告する。

#### がんを治すだけの時代から 次の時代へ

がん患者と医療者が同じ壇上に並んだパネルディスカッション「サバイバーという考え方—がん治療を終えてからも ひろく ふかく たかく」(座長=聖路加国際病院・山内英子氏)では、まずMD アンダーソンがんセンターのLewis Foxhall氏が、がんサバイバーのQOLを高めるために同院で実施している「サバイバークリニック」について発表した。ここでは、再発防止を中心とした患者へのケアだけでなく、プライマリ・ケア医や看護師、ソーシャルワーカーへの教育も行っている。また、後遺症や治療に関する研究も盛んだという。氏は、がんサバイバーはがんの治療成績や患者のQOLを高める新興分野だとし、一層の発展に期待を寄せた。

がんサバイバーの立場からは、桜井なおみ氏(NPO法人HOPEプロジェクト)と小嶋修一氏(TBSテレビ)が登壇。まず桜井氏は自身の経験から、がんと診断された患者は、病になる以前にあったさまざまな役割を喪失することによって、自身の根源的な存在が傷つくスピリチュアルな痛みを感じていると説明。参席した医療者に向けて、患者の生き方を共に支援してほしいと訴えた。一方で、こうした痛みは自分の生きる意味を問いなおすための貴重なキャンサーギフトでもあると、前向きな見解を示した。

続いて発言した小嶋氏は、がんサバイバーは医療者にとって「生きた教科

書”であると強調。氏は、がんの再発を疑って受診した病院で、検査を先送りにされ、強い不安と不信を感じた経験から、患者の不安を少しでも取り除くには即時即断の検査・手術が重要との考えを示した。また、患者の経験談には治療改善のヒントが多くあると主張し、患者の声に耳を傾けるよう医療者に求めた。

医療者の立場からは三氏が登壇。博愛会相良病院の看護師である江口恵子氏は、同院で取り組んでいるサバイバークリアプログラムについて発表した。患者同士が互いの体験を語り合ったり、病や治療について学ぶことで、安心して治療に前向きに臨むようになったと述べた。

医師の下山理史氏(国立病院機構名古屋医療センター)は、時には患者よりもその家族のほうが強い不安を抱いている場合があると指摘。同センターが設けたピアサポーターによる相談会や、患者や家族が語らうサロンなどの取り組みについて報告した。

最後に乳がんの専門医である山内氏は、「患者らしくではなく、あなたらしく」というメッセージを伝えつつ、エビデンスだけでなく患者一人ひとりのナラティブに基づいた治療を行うことを提案した。

その後のディスカッションでは、がんサバイバーであり医療者でもある参加者から、「医療者はいまだにがんサバイバーを医療行為の対象としか見ていない傾向がある。医療者の考える“良い枠組み”に患者を押し込んではいないか」という問題提起がなされた。これに対し山内氏は、今後は医療者と患

者という二項対立ではなく、双方がひとつになっていかなければならないことを強調し、そのためには医療者が患者の就労問題に関与するなど具体的なアクションプランを実行していく必要があると述べた。

#### 早期からの緩和ケア導入を

WHOの新定義(2002年)で「早期からの緩和ケア」が謳われてから10年、その機運が徐々に高まりつつある。2012年度からの新たな「がん対策推進基本計画」においては「がんと診断されたときからの緩和ケアの推進」が重点課題のひとつとされ、緩和ケア研修体制の見直しや提供体制の整備を図ることが個別目標として明記された。

また海外においては、がん患者のQOLに関する論文が年々増加している。中でも関心を集めたのは、転移性非小細胞肺癌患者に対する早期緩和ケア導入の効果を示したJennifer S. Temel氏らの論文だ(N Engl J Med. 2010 [PMID: 20818875])。今学会では、マサチューセッツ総合病院がんセンターにおいてTemel氏とともに支持療法研究グループを率いるWilliam Pirl氏を招聘し、講演とパネルディスカッションが企画された。

インターナショナルレクチャー「早期からの緩和医療」においてPirl氏は、「緩和医療は積極的治療とホスピスの間のギャップをどう埋めるのか?」と問題提起。モデルケースとして、看護師による電話カウンセリングによる介入が主体のENABLEプロジェクト(JAMA.2009 [PMID: 19690306])のほか、前述の論文の研究デザインを報告した。この研究では、新たに転移性非小細胞肺癌と診断された患者151人を「癌の標準治療」群と「癌の標準治療+早期緩和ケア」群に無作為に振り分け、前者は患者・家族や腫瘍内科医の要望があった場合のみ、後者は月に最



●松岡順治大会長

低1度は緩和ケア医が介入。その結果、一次エンドポイントである12週目のQOL変化においては、早期緩和ケア群のほうが有意にQOLが良好だった。また二次エンドポイントとして、早期緩和ケア群において抑うつ症状が改善したほか、生存期間の延長までもが認められたという。

質疑応答では、「なぜ早期緩和ケアによって生存期間が伸びたのか」という点に質問が集中した。Pirl氏は「(この研究デザインで)その理由まではわからない」と前置きしつつ、早期緩和ケア群では終末期において化学療法を中止する時期が早い傾向にあり、このことが生存期間の延長に寄与したという仮説を提示。また一方で、延命の効果にばかり焦点を当てるべきではないとも述べ、QOL改善こそがより重要な結果であると強調した。なお現在他の転移性肺癌や消化器癌において同様の研究が進行中と述べ、さらなる知見の集積に期待を寄せた。

続くパネルディスカッション「がんと診断された時からの緩和ケアの実践のために—がん治療と緩和ケアの両立」(座長=JA高知病院・曾根三郎氏、岡山大学院・藤原俊義氏)では、Pirl氏と日本の演者6人が自施設における早期緩和ケアの取り組みを報告。Pirl氏が腫瘍内科医との密接な連携による外来緩和ケアの試みを紹介したほか、日本からは院外薬局との勉強会や看護師による質問紙スクリーニングなどの取り組みが報告された。

## がんを診断されたその瞬間から、患者は「がんサバイバー」になる

医学書院

# がんサバイバー

医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす

原書編集 Kenneth D. Miller, MD

監訳 勝俣範之 日本医科大学武蔵小杉病院教授・腫瘍内科

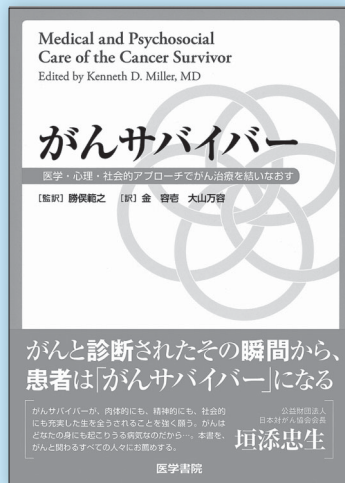
訳 金容彦 聖隷浜松病院・化学療法科

大山万容 京都大学大学院・人間・環境学研究科

●A5 頁464 2012年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01522-6]

がんを診断された日を患者もその家族も忘れることはない——

「がんサバイバー」とはがんを克服した人だけを指すのではない。がんを診断された時から人はサバイバーとなり、一生サバイバーであり続ける。診断・治療時、再発監視時、完治後の各々に異なるニーズとケアを理解し、可能な限り高い質で生きていけるようサバイバーを支援するにはどうすればよいか。医療者が知っておくべき医療・心理・社会的支援の知識を解説。





寄稿

# 心臓救急最前線

## 心停止患者に対する脳保護、すべては社会復帰のために

伊藤 賀敏 大阪府済生会千里病院心臓血管センター長/大阪大学循環器内科学特任研究員

### 時代は、心肺蘇生から 心肺“脳”蘇生へ

AHAのACLSプロバイダマニュアルに記載されている通り、ACLSの最大の目標は“脳蘇生”であり、脳蘇生の第一歩は“自己心拍再開”である。そこで、わが国でも資格を持った救急救命士に2004年7月から気管挿管、06年4月からアドレナリン静脈投与を認めるようになった。しかし、救急現場で心拍再開せず、CPR(心肺蘇生)を継続しながら搬送された患者のうち社会復帰したのは1%未満であり、偶発性低体温などの特殊な状況でなければ、非外傷性院外心停止はERで従来のACLSを継続しても脳蘇生は極めて困難と報告されている(Lancet. 2007 [PMID: 17368153])。理由の1つに、急性心筋梗塞で閉塞した冠動脈を再開通しない限り、自己心拍再開を得られないことがあるだろう。

そこでわれわれは発想を変え、病院到着後、迅速に経皮的心肺補助装置(PCPS)を導入。まず、“脳”を保護(脳蘇生を優先)した上で、有効なPCIを行い、心拍再開させることにした[胸骨圧迫では自己心拍の30%程度の拍出しかできないが、PCPSを用いたE-CPR(体外循環式心肺蘇生)では3-4L/分の拍出が可能、図1]。この方法を実施することで、当院を含めたわが国の三次救命救急センターでは、来院時心停止患者の10-20%が社会復帰に至っている。

### どの症例に、高額な PCAIsを導入するか？

AHA policy statement 2010でも、E-CPRを用いたACLSなどの脳保護を重視し

●表 脳蘇生予測におけるrSO<sub>2</sub>、BE、乳酸値の比較

	最適カット オフ値	AUC (95% CI)	p 値	感度 (95% CI)	特異度 (95% CI)	陽性的中率 (95% CI)
rSO <sub>2</sub>	25%	0.919 (0.861-0.976)	<0.0001	0.772 (0.664-0.859)	1.000 (0.753-1.000)	1.000 (0.941-1.000)
BE	-9.9 mmol/L	0.736 (0.563-0.910)	0.0018	0.937 (0.858-0.979)	0.539 (0.251-0.808)	0.925 (0.844-0.972)
乳酸値	11.8 mmol/L	0.711 (0.546-0.871)	0.0063	0.595 (0.479-0.704)	0.769 (0.462-0.950)	0.940 (0.835-0.988)

た蘇生後救急ケア(Post Cardiac Arrest Interventions: PCAIs)は極めて大切とされる一方、高額かつ限られたこの治療をどの症例に導入すべきかを考えることも重要とされている。

また、心停止患者と遭遇したときの現場の医師には、次のようなジレンマがある。

- ・既に全脳虚血に陥っているかもしれないこの心停止患者に、どこまで高額かつ限られた医療資源を導入すべきか？
- ・しかし悩むことで、E-CPRの導入が遅れると、さらに脳の状況が悪化してしまう！(当院では心停止後60分前後の患者でも社会復帰するケースを時折経験する。心停止時間は重要な因子ではあるが、時間だけで判断することもできないのが臨床現場である)つまり、来院時に脳の状況を予測する指標が確立すれば、治療方針の決定に役立つのではないかと考えられる。過去に脳蘇生予測の指標として、pH、乳酸値、塩基過剰(BE)、アンモニア、NSE、S-100βなどのマーカーが報告されているが、特異度・陽性的中率に限界があるとともに、さらに大きな問題があった。それは、結果が出るまでに時間を要するということだ。E-CPR導入という緊急事態に血液検査の結果を待つ余裕はない。

そこで、われわれが目にしたのが、無侵襲脳局所酸素飽和度(rSO<sub>2</sub>)の測定である。rSO<sub>2</sub>は、近赤外線測定できる深さ2cmの前頭葉局所の脳酸

素飽和度であり、平均血圧・心拍出量・PaO<sub>2</sub>・Hb・PaCO<sub>2</sub>などによって変動する(図2)。このrSO<sub>2</sub>を心臓外科手術の麻酔時にモニタリングすることで、術後の脳神経学的合併症を軽減させることができるとの報告(J Cardiothorac Vasc Anesth. 2004 [PMID: 15578464], Anesth Analg. 2007 [PMID: 17179242])をもとに、われわれは、来院時に心停止状態の患者において、rSO<sub>2</sub>を測定し退院時の脳神経学的予後との関係を調査した。

### 来院時 rSO<sub>2</sub> と退院時の脳神経学的予後は相関する

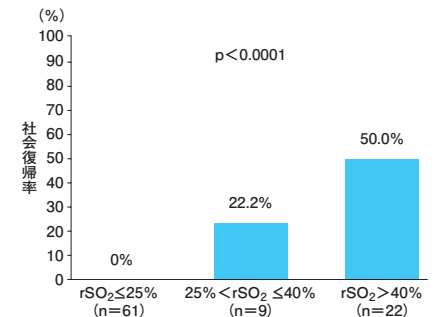
2009年4月から10年6月までに当院に搬送された院外心停止患者179例のうち来院時に心停止状態の92例にPCAIsを実施し、来院時のrSO<sub>2</sub>と退院時脳神経学的予後を、前向きコホート試験として比較検討した(Resuscitation. 2012 [PMID: 22051579])。来院後に全例で標準的なACLSを行い、22%(20/92例)にE-CPR、36%(33/92例)に脳低温療法を実施したところ、14%(13/92例)で社会復帰を達成できた。この脳神経学的転帰が良好であった患者13例は、転帰不良であった79例よりも病院到着時のrSO<sub>2</sub>値が有意に高値(52±13% vs. 24±14%; p<0.00001)で、ROC解析の結果、従来の指標であるBE、乳酸値と比べ迅速に測定可能という時間的優位性だけでなく、特異度や陽性的中率・AUCも有意に高値であった(表)。

前述の報告([PMID: 15578464, 17179242])では、心血管手術中にrSO<sub>2</sub>を40%以上に維持した群で術後に脳神経学的合併症が少なかったことから、本研究ではpost hoc分析で最適カットオフ値である25%と40%で3群に分類したところ、来院時にrSO<sub>2</sub>が維持されているほど、社会復帰



●伊藤賀敏氏  
2001年奈良県立医大卒業。12年より現職。専門は、循環器内科、救急、集中治療領域。日本循環器学会認定循環器専門医、日本心血管インターベンション治療学会認定専門医・指導医。J-

POP registryの研究責任者として尽力する一方、NPO法人医桜(http://www.izakura.jp)でも医療人のネットワーク形成に努めている。



●図3 来院時 rSO<sub>2</sub> と社会復帰率の比較  
来院時心停止例に従来の標準的 ACLS を実施した場合、社会復帰率は1%未満と報告されている。しかし、rSO<sub>2</sub> が維持されている症例では、来院時点で少なくとも全脳虚血に陥っておらず、E-CPR や脳低温療法・早期の PCI などの PCAIs を導入することにより、社会復帰が高率に望める可能性があることに注目されたい。

率は有意に高値であった(図3)。

### 一般市民による蘇生行為が 極めて重要！

では、どのような症例で来院時にrSO<sub>2</sub>が維持されているのだろうか。われわれの研究(Resuscitation. 2012 [PMID: 22659055])から、一般市民による蘇生行為が実施されていない場合、来院後のrSO<sub>2</sub>は有意に低値であり(rSO<sub>2</sub>: 33±20% vs. 22±13%)、PCAIsを実施しても社会復帰率は極めて低値であることが明らかになっている(社会復帰率: 21% vs. 2%)。わが国の現状では、一般市民による蘇生行為は4割程度の症例でしか行われておらず、脳灌流の観点からもさらなる啓蒙活動が必須と考える。

### 世界から注目を浴びる 「J-POP registry」

院外心肺停止患者におけるrSO<sub>2</sub>測定の有用性については、現在、全国24施設が参加する多施設共同研究「J-POP registry」(Japan-Prediction of neurological Outcome in Patients with cardiac arrest, 2012年6月1日時点で14施設、1600人以上の症例登録、2012年度文科省科研費採択)が進行中で、世界から注目を浴びている。国内でも、全国紙の1面を含めた15の一般紙で報告されるなど周知され始めている。本研究の結果が、一人でも多くの院外心停止からの社会復帰につながるよう期待している。

●図2 rSO<sub>2</sub> 測定の実際  
rSO<sub>2</sub>は、前額部左右に貼り付けたセンサーパッドを介して測定する。簡便かつ迅速に行え、結果は測定開始後5-10秒で得られるが、一般的には1分ほど待つ必要がある。SpO<sub>2</sub>と違い、脈波を必要としないため、循環停止(心停止)でも低体温でも測定可能である。

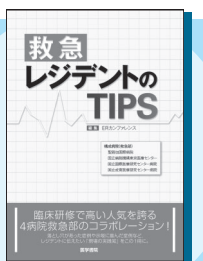
●図1 来院時心停止症例に迅速なE-CPRを実施  
当院では、来院からPCPS駆動(E-CPR実施)まで平均15分で実施している(最短6分、多くは10-15分)。E-CPR導入後、PCIで冠動脈を再開通しつつ、脳低温療法を実施する。ただし、これらの蘇生後救急ケアは極めて高額である。

### 臨床研修で高い人気を誇る4病院救急部のコラボレーション!

## 救急レジデントのTIPS

落とし穴があった症例や示唆に富んだ症例など、レジデントに伝えたい「現場の実践知」がこの1冊に。臨床研修病院として人気の聖路加国際病院、国立病院機構東京医療センター、国立国際医療研究センター病院、国立成育医療研究センター病院の救急部による編集・執筆。少し背伸びをしたいレジデントに役立つTIPS!

編集 ERカンファレンス



### ブルガダ三兄弟が愛してやまない心電図の銘選集

## ブルガダ三兄弟の心電図リーディング・メソッド82

Our Most Beloved Electrocardiograms/ Nuestros Electrocardiogramas Mas Queridos (Edición Bilingüe)

ブルガダ症候群を発見した医師として名高いP.Brugadaを中心に、その三兄弟が非常に大切にしている82の心電図を紹介。厳選された心電図自体も大変貴重であるが、ユニークで分かりやすいイラストとポイントを絞った解説文から、三兄弟が進める謎解き(心電図診断)が明らかになる。心電図を学び始めたレジデントはもちろん、EP、アブレーションを行う不整脈専門医にも役立つtips & tricksが満載。

訳 野上昭彦  
横浜労災病院不整脈科部長  
小林義典  
東海大学医学部内科系教授・循環器内科  
鶴野起久也  
東京医科大学八王子医療センター  
准教授・循環器内科  
蜂谷 仁  
土浦協同病院循環器センター  
内科部長  
著 Josep Brugada  
Pedro Brugada  
Ramón Brugada





寄稿

# 自殺は予防できるのか フィンランドに学ぶ、長期的視点での自殺予防対策の必要性

高橋 祥友 筑波大学医学医療系教授・災害精神支援学

わが国では1998年以来、年間自殺者数3万人台が続いており、この数は交通事故死者数の6倍以上に上る。さらに、未遂者数は少なく見積もっても、既遂者数の10倍は存在すると推計されている(40倍という推計すらある)。そして、自殺や自殺未遂が生じると、その人と強い絆のあった複数の人々が深刻な心理的打撃を受ける。したがって、自殺とは死にゆく3万人の問題にとどまらず、わが国だけでも年間百数十万人の心の健康を脅かす深刻な問題であるのだ。

このような事態を直視し、2006年には自殺対策基本法が成立し、自殺予防は社会全体の責任であると宣言がなされた。2007年には自殺総合対策大綱が策定され、全国的にもさまざまな対策が実施されてきたが、なかなかその効果が現れないというのが現状である。策定から5年を経て大綱の見直しが進む今、あらためて自殺予防を問い直してみたい。

## 自殺予防における二本柱

世界的に見て、自殺予防は2つの大きな柱で活動が進められるのが通例である。つまり、メディカルモデル(medical model)とコミュニティモデル(community model)の双方が重要で、両者の間で密接な連携を取り合っ、長期的な視点に立って活動を進めるべきとされている。国連から発表された国のレベルにおける自殺予防のガイドラインでもこの点が強調されている。

自殺の背景には、うつ病、統合失調症、アルコール依存症などの精神障害がしばしば存在しているが、それに気付かないことで自殺の危機が生じている。そこでメディカルモデルは、自殺につながりかねない精神障害を早期に発見し、適切な治療を導入することによって自殺予防の余地が十分に残される点を強調している。しかし、メディカルモデルだけでは十分ではない。

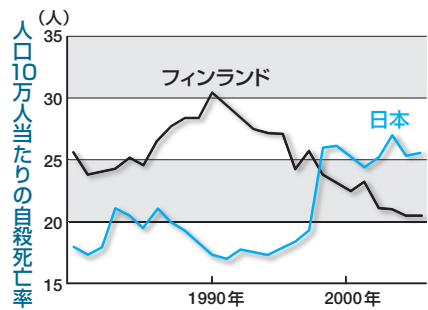
一方でコミュニティモデルとは、一般の人々に対する啓発である。21世紀の現在でも精神障害に対する偏見は強く、何らかの問題を抱えていても、なかなか専門家のもとを受診しようという態度に出られないのが現状である。そこで、問題を早期に認識して、適切な援助希求に出るようという点を強調する。そして、どこで適切な援助が求められるかという情報も幅広く伝えていく。

メディカルモデルとコミュニティモデルとの間で緊密な連携を保ちながら、自殺予防対策を長期的視点で進めていくことが重要である。

## 長期的視野で自殺率を大幅に減少させたフィンランド

国のレベルで自殺予防対策が成功した例として、しばしばフィンランドが挙げられる(図)。かつて、フィンランドは欧州の中でも自殺率が高い国として知られていた。1980年代半ばから、国を挙げての自殺予防対策が始まったが、それには外圧と内圧があったという。外圧とは、WHOから自殺予防対策を取るよう再三提言されたことである。一方内圧とは、保健大臣のE.コースコスキが自殺予防に強い関心を持っていたことである。

コースコスキ大臣の夫は大学医学部の内科教授で、政治家でもあったが30代半ばで自殺している。このような経験から大臣自身も、自殺予防に強い関心を抱いていた。そこで、当時の



●図 フィンランドと日本の自殺死亡率の比較  
フィンランド保健省・日本の厚生省資料より、筆者作成

ヘルシンキ大学精神科教授 J. レンクピスト博士を国立公衆衛生院の精神保健部長に任命し、自殺予防プロジェクトの総責任者とした。

まず、レンクピストは全国の精神保健従事者を招聘して、合意形成のための会議を開いた。そして、1987年4月—1988年3月の1年間にフィンランドで生じた自殺1397件について、遺族や医療関係者を面接してその原因を究明するという、心理学的剖検の手法を用いた調査を実施した(調査を依頼された人々のなんと96%がこの調査に応じたという)。この結果、明らかになったのは次の点であった。

- ①自殺者の大多数(93%)は最後の行動に及ぶ前に何らかの精神疾患の診断に該当する状態にあった。
- ②うつ病、アルコール依存症、あるいはその両者の合併例で、全体の約8割を占めていた。しかし、適切な治療を受けていた人はごく少数であった。
- ③男性が自殺者全体の4分の3を占めていた。

この結果に基づき、フィンランドでは、メディカルモデルとコミュニティモデルを連携させて1980年代末から自殺予防対策が始まった。当初、自殺死亡率を20%減少させることが目標であったが、10数年をかけて結果的に30%減少させることに成功した。

関係者が異口同音に言うのは、適切な方針に基づいて、長期的な視野に立って自殺予防対策が重要という点である。数年で結果が現れるものではない。

なお、精神保健上の対策だけが自殺予防に効果的だったと断言することには、慎重になるべきであろう。1980年代末から10年間のこの時期は、ソビエト連邦の崩壊もあり、フィンランドにとっての隣国からの脅威が明らかに減少した時代でもあった。さらにIT産業が勃興し、経済的に安定を見た時期とも一致している。このような社会経済的な変化もフィンランドの自殺率が減少したことと関連しているだ



### ●高橋祥友氏

1979年金沢大医学部卒。東京医歯大、山梨医大、UCLA(フルブライト研究員)、都精神研を経て、2002年より防衛医大防衛医学研究センター教授。12年より現職。『思春期・青年期のうつ病治療と自殺予防』(医学書院)ほか、編著書・訳書多数。

ろうと、関係者は述べている。

## 社会に漂う“漠然とした閉塞感”への懸念も

フィンランドの例に見るように、自殺予防対策を長期にわたって主導する人物や組織の存在が不可欠である。ところが、わが国では、自殺対策基本法が成立して以来、内閣府がこの対策を進める立場にあるが、担当官は短期間で交代してしまう上に、自殺予防の専門家でもない。そして、短期的なキャンペーン自殺予防、スローガン自殺予防に終始している。

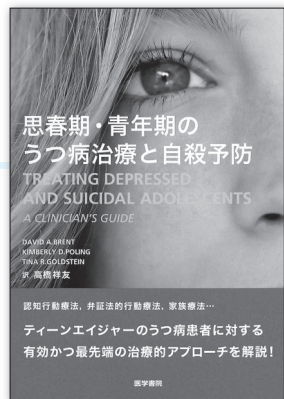
数年間で担当官が交代するのではなく、精神保健の専門家が長期的な視点に立って自殺予防対策を主導するという体制が必要である。これは実施した対策の効果を評価するという点からも重要である。筆者は個人的には、国立精神・神経医療研究センターの自殺予防総合対策センターに、国の自殺予防対策の立案・実施の強力な権限を与えるべきであると考えている。

中心的な話題から逸れるが、一言付け加えておきたい。2011年12月に台北で、台韓日合同の自殺予防に関する情報交換会が開催され、筆者も出席した。韓国の自殺死亡率は人口10万人当たり31.5で、わが国の自殺死亡率を上回っている。韓国の精神科医が次のように語っていたのが印象的であった。「経済発展も民主化もある程度達成した。さて、韓国が次に未来に向かってどこに進もうとしているのか、具体的な将来像を見失っているのが実情である。それが自殺率の上昇と何らかの関連があるのかもしれない」。この発言はわが国にも当てはまるように思われてならなかった。将来に向けての漠然とした閉塞感も現在のわが国が直面している難題であり、依然として高い自殺死亡率と何らかの関連があることは、否定できないように思われる。

臨床家が知っておきたい  
ティーンエイジャーのうつ病患者への  
有効かつ最先端の治療的アプローチを徹底解説!

# 思春期・青年期の うつ病治療と自殺予防

著 DAVID A.BRENT  
KIMBERLY D.POLING  
TINA R.GOLDSTEIN  
訳 高橋祥友 筑波大学医学医療系教授・災害精神支援学



思春期・青年期のうつ病診療および自殺予防の具体的な対応のポイントについてまとめたもの。認知行動療法や弁証法的行動療法といった近年関心が高まっている治療法をベースに、希死念慮のある急性期患者へのアプローチから、患者とのラポールづくり、連鎖分析、家族への教育といった日常のうつ病診療で必要となる対応まで幅広くカバーした1冊。

●A5 頁336 2012年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01556-1]

医学書院

# 心臓カテーテル ハンドブック 第3版

The Cardiac Catheterization Handbook, 5th Edition

新刊

心臓カテーテル法による検査と治療、患者管理に関する基本的な入門書として高い評価を得た実践の手引、8年ぶりの改訂。オールカラーになり、さらに見やすく読みやすくなった。最新の知見に基づき、全面的に情報をアップデートするとともに、新たに末梢血管の造影法とインターベンションの章を追加。医師のみならず看護師も含め、心臓カテーテル室の新人に最適であり、ベテランにとっても知識の確認・整理に好適。

1冊を選ぶならコレ! 高い評価を勝ち得た“理想の手引”最新版

著 Morton J. Kern ●定価 8,400円 (本体8,000円+税5%)  
監訳 高橋利之 JR 東京総合病院循環器内科部長 ●A5変 頁528 図267 2012年  
●ISBN978-4-89592-719-2

## 心臓インターベンション ハンドブック 第2版

The Interventional Cardiac Catheterization Handbook, 2nd Edition  
監訳 高橋利之・河本修身 ●定価 7,875円 (本体7,500円+税5%)

学生のみならず専門医まで広く定評を獲得 さらに充実の邦訳、第3版!

## ハーバード大学テキスト 第3版 心臓病の病態生理

Pathophysiology of Heart Disease: Collaborative Project of Medical Students and Faculty, 5th Edition  
訳 川名正敏・川名陽子 ●定価 7,560円 (本体7,200円+税5%)

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル 113-0033 TEL 03-5804-6051 http://www.medi.co.jp  
東京都文京区本郷 1-28-36 FAX 03-5804-6055 E-mail info@medi.co.jp



寄稿 オランダのコミュニティケアの担い手たち(前編)

# 在宅ケアのルネサンス——Buurtzorg

堀田 聡子 労働政策研究・研修機構 人材育成部門研究員



●堀田聡子氏  
東大社会科学研究所  
特任准教授, ユトレ  
ヒト大客員教授・オ  
ランダ社会文化計画  
局研究員等を経て現  
職。厚労省の社会保  
障審議会介護給付費  
分科会専門委員,  
24時間地域巡回型  
訪問サービスに関す

オランダは、1968年に世界で初めて長期ケア保障について普遍的な強制加入の社会保険制度(特別医療費保険)を導入した。プライマリ・ケアを重視し、保険者機能の強化と管理競争の導入により、効率的な短期医療保険制度運営を行っていることでも知られる。Community-based care(地域を基盤としたケア)とintegrated care(統合ケア)という2つの独立したコンセプトを統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化するなか、オランダは、実際に両者のコンセプトを含んだシステム構築を試みた数少ない国とされる。

本稿では、オランダのコミュニティケアの担い手として注目を集める2つの組織における取り組みを前・後編に分けて紹介する。今回は、在宅ケア組織、Buurtzorg Nederland財団(Buurtzorgはオランダ語で「コミュニティケア」の意)を取り上げる。

## よりよいケア、よりよい仕事をより安く実現して急成長

地域看護師が2006年に起業し、翌年1月に1チーム4人で始まったBuurtzorgは、その後急速に拡大。2012年4月現在、九州ほどの広さのオランダ全土で約450チーム、看護師・介護士(以下、ナース)約5000人が活躍している。管理部門はわずか約30人、間接費は8%と他の在宅ケア組織の平均25%を大きく下回る。利用者は約5万人、2012年の売上高は約1.8億ユーロを見込む。クライアント当たりのコストは他の在宅ケア組織の約半分、全国の在宅ケア組織のなかで利用者満足度は第1位、従業員満足度も高く最優秀雇用者賞を受賞。現在、オランダのすべての産業を通じて最も成長している事業者といわれる。

Buurtzorgは創業間もないころから注目を集めており、政府文書にも「ケアの量でなく成果を重視し、よりよいケアをより安く提供するBuurtzorgモデルのさらなる推進」が盛り込まれるなど、最近のオランダにおける介護政策に大きな影響を与えている。さらに、統合ケア、(間接コストの削減と質の改善につながる)専門職裁量を重視したチームといった観点から国際的な関心も集めており、昨年はスウェーデンに進出。現在も要請に応じて各国での展開を計画中である。

## 90年代の合併・大規模化と高まる利用者・ナースの不満

1980年代までのオランダは、人口

3000人ごとに地域看護師が1人配置され、全国組織のサポートを受けながら小規模でローカルなチームにおいてサービスを提供していた。地域看護師は、医療のゲートキーパー機能を果たす家庭医、ソーシャルワーカー、介護士、福祉団体、自治体保健師らと緊密に連携し、予防、訪問看護・身体介護、小児ケアを担っていた。

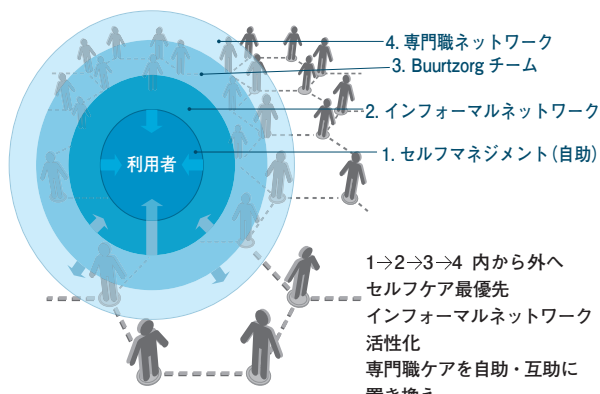
しかし、1987年に市場志向のラディカルな改革案が出されると、90年代以降状況は一変。地域看護組織とホームケア組織が統合され(現在オランダでは地域看護・ホームケア・助産が「在宅ケア」として1つのドメインになっている)、さらに在宅ケアとナースホーム、病院、福祉団体等が合併・大規模化を重ねた。

地域看護師が中心となる地域密着のコミュニティケアは姿を潜め、「できるだけ多くのケアを教育レベルの低いワーカーに提供させれば儲かる」という誤ったインセンティブに基づく、ビジネススペースのケア提供が優勢となる。在宅ケア組織の多くは、組織再編等に伴う間接コスト増大によって財政難に陥った。クライアントは、細切れで継続性なく提供されるケアへの不満を、ナースは、組織のヒエラルキーに飲み込まれ利用者に向き合えず自律性とプロフェッショナリズムを欠く仕事への不満を、それぞれ高めた。

## 分業を廃し、地域看護師が全プロセスに責任を持つ

そして、「専門性の高いナースによる自律型チームが、あらゆるタイプの利用者に対するトータルケアを提供する」というBuurtzorgモデルが産声をあげる。

Buurtzorgのナースは、6割以上が学士レベル以上の地域看護師(他の在宅ケア組織では看護師は少数、介護士が中心)。利用者に対する最善の「解決策」提供に向け、①ニーズアセスメント・ケアプラン作成、②インフォーマルネットワークのマッピングと活性化、③専門職ネットワークのマッピング(家庭医・パラメディカル・福祉・病院等)と連携・調整、④QOL向上に向けたケア提供(看護・介護・ガイダンス、家事援助は関連組織Buurtdienstenとの連携も)、⑤共感的・社会関係支援の提供、⑥セルフケアの支援、を実



●図 Buurtzorgの玉ねぎモデル

施する。

各利用者について、窓口となる「パーソナルカウンセラー」役を決めているものの、ケースマネジメントとケア・サポート提供の分業はしない。ケア・サポートについても細切れの機能別分業を廃し、地域看護師がジェネラリストとして全プロセスに責任を持ち、包括的な支援を展開する。なお、現在のところオランダでも在宅ケアは原則的に看護・介護・ガイダンスといった機能別の出来高払いだが、Buurtzorgは質の高いケアを安く提供してきた実績から、包括払いの実験プロジェクトに最近参加している。

とりわけセルフケアやインフォーマルネットワークとの協働を重視し、専門職によるケアを自助・互助に置き換えていくことも特徴である(図の「玉ねぎモデル」と呼ばれる)。介護者の相談に随時対応し、必要であれば介護者や地域のボランティアに対してケアの研修や助言も行う。近年は家庭医、自治体の公衆衛生機能と連携した地域の予防プロジェクト等にも多く取り組んでいる。

## 1チーム最大12人の自律型組織

Buurtzorgは、1チーム最大12人のナースのセルフマネジメントチームであり、階層構造を採っていない。財団全体がフラットであるだけでなく、各チームにもリーダーはいない。一人ひとりのナースに対する高い信頼に基づき、全ナースがリーダーシップを発揮することが期待されている。

各チームは、利用者、ナースの採用・教育、財務、イノベーション等すべてに裁量と責任を持つ。この独立チームが人口約1万5000人エリアで約40-60人の利用者を支援する。毎週チームミーティングを開き、役割・責任の確認とリフレクションを行う。利用者との対話とチームにおけるリフレクション、後述するBuurtzorgwebがナ

るあり方検討会、地域包括ケア研究会人材部会等において委員を務める。2010年度は独居認知症者をめぐるケア・サポートに焦点を当て、オランダで高齢者ケアの担い手に関するフィールドワークに取り組んだ。博士(国際公共政策)。

スの継続学習の基盤となる。これに加え、高等職業教育訓練機関とのパートナーシップにより、独自の訓練コースも設置している。

独立チームをサポートするため、40-45チームに1人のコーチが配置されている。コーチはチームからの要請に応じて必要な助言や支援を提供する。各チームに事務職はおらず、小さなバックオフィスが介護料請求、労働契約・給与等の業務管理を担う。バックオフィスはヘルプデスクとしても機能するほか、イノベーションの推進、品質管理や戦略立案を行う。

## ICT活用による労務・品質管理、ナレッジマネジメント

シンプルな組織でチームに最高の自律性を与えることに加え、ICT(Buurtzorgweb)の活用によってナースを煩雑な事務から解放し、実践共同体としての一体感を生み出していることもBuurtzorgの今日の特徴である。

Buurtzorgwebには3つの側面がある。1つ目はいわゆるERP(業務管理)であり、従業員・利用者データ、勤務時間・シフト管理、文書共有、各チームのケア提供状況の把握等を通じたアカウントビリティが確保されている。2つ目は独自の品質管理システムに基づく電子健康記録である。Buurtzorgでは利用者との対話・利用者の経験をベースにしながら、OHAMAシステム(地域看護活動の標準分類方式)に基づき、問題・介入・成果の観点からケアの評価と質の管理を行っている。3つ目はナレッジマネジメント・コミュニティであり、ミッション共有と連帯感醸成、事例やイノベーションの相互学習、ナースと管理部門のコミュニケーション、組織の意思決定が図られる。

暗黒の90年代を経て誕生したBuurtzorgによる在宅ケアのルネサンス。再び専門職が輝きを取り戻し、利用者と介護者、地域の力が確実に引き出されつつある。

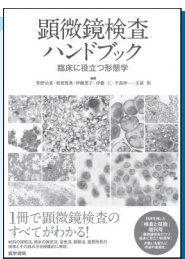
医学書院ホームページ  
毎週更新しております  
医学書院の最新情報をご覧ください  
<http://www.igaku-shoin.co.jp>

顕微鏡検査に必要な知識を網羅! 好評の「検査と技術」増刊号、待望の書籍化!

## 顕微鏡検査ハンドブック 臨床に役立つ形態学

顕微鏡検査に必要な知識を網羅した本書は、まず総論で、材料の採取法、標本の固定法、作成法、染色法、観察法など、顕微鏡検査の基本的な知識と手技を解説。各論では、すべての技師が見逃してはならない重要な臨床所見の読み方と医師への報告法、そして異常所見が認められた場合の対応法を解説する。好評を博した「検査と技術」増刊号「顕微鏡検査のコツ—臨床に役立つ形態学」の待望の書籍化。臨床検査技師必読の1冊。

- 編集 菅野治重 高根病院 副院長
- 相原雅典 株式会社フルコ(イオシステム)東京研究所
- 伊瀬恵子 千葉大学医学部附属病院検査部
- 伊藤 仁 東海大学医学部付属病院病理検査技術科
- 手島伸一 同愛記念病院研究検査科
- 矢富 裕 東京大学大学院医学系研究科臨床病理検査医学



軽快にして圧巻の見出し語数。グローバル時代の全医療者に贈る用語辞典の決定版!

## 医学書院 医学用語辞典 英和・略語・和英

学会準拠の日本語・欧文表記、略語をすばやく調べられるよう、高い信頼性で定評のある「医学書院 医学大辞典 第2版」掲載の用語に最新医学用語を加え、ポケットサイズにまとめた英和・和英辞典。総見出し語数は圧巻の14万語。どこにでも軽快に持ち運べ、論文執筆・閲覧に、WEB検索などに、機動的に使える。

- 監修 伊藤正男 理化学研究所脳科学総合研究センター特別顧問
- 井村裕夫 京都大学名誉教授
- 高久史麿 日本医学会会長





続 アメリカ医療の光と影

第226回

学業成績向上薬

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

いま、米国の青少年の間に、新たな薬剤乱用が広がっている。

しかし、乱用とはいっても、薬剤を使用する目的は「ハイ」になったり「いい気持ち」になったりすることにあるのではない。「いい大学に進みたい。そのためには高校でいい成績を挙げないといけない」と、プレッシャーを感じている高校生たちが、学業成績を向上させる目的で、ADHD(注意欠陥・多動性障害)の治療薬であるアンフェタミンやメチルフェニデートを使うことが流行っているのである。

気の抜けない高校生活を乗り切るためのADHD治療薬

日本の場合、志望校に入学するためには、入学試験という「一発勝負」でよい点をとればそれでよいので、高校在学中遊びほうけた生徒でも、浪人するなどして挽回することが可能である(かくいう私もその口だった)。しかし、米国の場合、日本のセンター試験に相当するSATのスコアに加えて、高校での重要科目の成績、スポーツやボランティアなどの学業外活動などが選考の際に重視されるため、「一発勝負」の気楽さがない。名門大学に入りたいと思う生徒は、「毎日が勝負」の、気を抜くことができない高校生活を送らなければならないのである。

例えば、普段の宿題は、日本でいう「レポート」形式が多いのだが、質に対する教師の要求度は日本よりもはるかに高い。「A」の評価を得ようと思ったら、資料調べに膨大な時間をかけることはもちろん、「オリジナリティ」のあふれるレポートを作成しなければならないのだからその負担は重い。クラブ活動やボランティア活動をしていない生徒でさえも、「宿題を仕上げるために睡眠時間を削らなければならない」生活が常態化、「頭をしゃっきりさせる」ためにADHD治療薬の助けを借りる、ということが容易に起こり

得るのである。

さらに、試験の際の集中力を高めるために、直前に薬剤を使用することも行われている。「即効性」を得るために、カプセルの中味をつぶして、まるでコカインのように鼻から吸入する投与方法が常用されているのだが、名門高校では、期末試験の最中など、トイレでアンフェタミンを吸入してから教室に向かう生徒が少なくないという。

では生徒がどうやって薬剤を入手するのだが、ADHDの診断は病歴・症状のみによってなされるので、医師を受診して、「集中できない」とか「授業の際にじっと座り続けることが難しい」とか「症状は小さいときからあった」とか、それらしい症状を並べ立てれば、ADHDと診断されて処方箋を入手することは難しくない。しかも、こうして処方箋を入手した生徒が「売人」となって薬を売るので、学校内で容易に調達できる供給体制が整っているのである。

乱用は研究者にもまん延

かくして、学業成績を向上させる目的のADHD治療薬使用がまん延するようになったのだが、ほかの娯楽性薬剤と違って、使用するのは「成績がよくて真面目」な生徒がほとんどであるため、周囲の大人が薬剤使用を疑うことはまれである。しかし、米政府がADHD治療薬をコカインと同じ「第二級規制薬品」に分類していることでもわかるように、その危険性・習慣性はコカインのような麻薬と同等であるだけでなく、治療外の使用が犯罪となるのはほかの規制薬剤と変わらない。しかし、使用する生徒に「犯罪である」とする認識は低く、いわゆる名門校を中心として、安易な使用が広がっているのである。

高校生の間にどれだけ蔓延しているかについてはしっかり調べたデータがないので不明なのだが、ケンタッキー

第46回日本作業療法学会開催

第46回日本作業療法学会が、6月15-17日、東祐二学会長(藤元早鈴病院)のもとシーガイアコンベンションセンター(宮崎市)にて開催された。1008題の演題が採択された今学会のメインテーマは「健康な生活を創造する作業療法の科学—その技(わざ)と愛(こころ)を次世代へ」。「活発なディスカッションをしてほしい」という東氏の呼びかけに応え、熱気あふれる3日間となった。



東祐二学会長

◆理論的アプローチのコラボレーション

シンポジウム「健康な生活を創造する作業療法の科学」(座長=藤田保衛大・澤俊二氏、東氏)では6人のシンポジストが登場し、脳卒中により左片麻痺を負ったA氏の事例について、それぞれが専門とする理論的アプローチの立場から介入方法を提言した。

笹田哲氏(神奈川県立保健福祉大)は人間作業モデルの立場から、対象者との協業を通して真のニーズを引き出すことで、介入の方法が示唆されるとした。

促通反復療法によるアプローチを提示したのは野間知一氏(鹿児島大病院霧島リハビリテーションセンター)。同アプローチを用いた過去の事例では、分離運動が可能なレベルの運動麻痺に対して4週間の介入を行った結果、通常治療と比較して、上肢Fugl-Meyer Assessmentの総得点が約10%向上することを示した。

酒井ひとみ氏(関西福祉大)は作業科学の視点から、対象者のニーズを受け止め、専門知識を活用して評価した上で、対象者とセラピストが共に実践していくことの重要性に言及した。岩永竜一郎氏(長崎大)は感覚統合アプローチの立場から、能動的な環境への関わりは、対象者のボディイメージを改善させると述べた。

認知神経リハビリテーションの立場から発言した宮口英樹氏(広島大)は、認知過程の変質が、運動にかかわるシステムにどのような影響を与えるかを考えることが重要とした。山本伸一氏(山梨リハビリテーション病院)は活動分析によるアプローチを紹介。対象者が課題に対してどのように活動しているかを分析することが、介入の手がかりになると指摘した。

その後の質疑応答も活発に行われ、理論的アプローチ別に、事例に対する作業療法の展開を議論するという初めての試みは、盛況のうちに締めくくられた。

大学教授アラン・デサンティスが同大学の学生約2000人を対象として実施したアンケート調査によると、ADHD治療薬の(治療外)使用率は高学年ほど高く、3-4年生での使用は半数を超えたという。高校のときから試験のたびに薬を使うことを繰り返した生徒が、大学入学後もその習慣を継続することは容易に想像されるが、「高学年ほど使用率が高い」事実は、大学に入ってから薬剤使用を覚える学生の存在を示唆するだけに、ADHD治療薬の乱用は「伝染性」も伴うようである。

さらに、ハーバード大学の研究者、ブランドン・アダムズ(プロのポーカー・プレーヤーとしても知られる)によると、ADHD治療薬の使用は、研究者・教官の間で「extremely common」であり、ナルコレプシー治療薬、モダフィニル(註)も広く使われているという。

このように、「学業成績向上薬」の

乱用は、生徒・学生だけでなく、その上の研究者・教官にも蔓延しつつあるのだが、私自身がハーバードで研究者をしていた時代、周囲にそんな薬を使う人はいなかったし、話題に上ったこともなかった。もっとも、薬を使うことで眠る時間を削ってまで研究したいと思うような、真面目な研究者ではなかったもので、私が、気がつかなかっただけのことかもしれないが……。

註:モダフィニルは長距離トラックの運転者が常用することで知られているが、米空軍では、長時間の任務に就くパイロットが使用することを公認している。

続 アメリカ医療の光と影 パースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利 李 啓亮 四六判 頁280 2009年 定価2,310円(税込) [ISBN978-4-260-00768-9] 医学書院

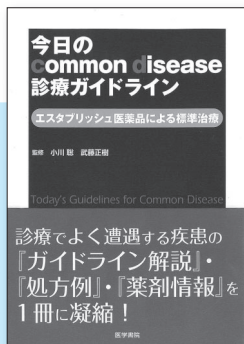
ガイドライン解説・処方例・薬剤情報を1冊に凝縮!

今日の Common disease 診療ガイドライン

エスタブリッシュ医薬品による標準治療

監修 小川 聡 国際医療福祉大学三田病院・院長 武藤正樹 国際医療福祉大学大学院・教授

common disease59疾患の「ガイドライン解説」と「処方例」、処方薬の基本情報を「薬剤一覧」にまとめた、全医療従事者必携のクイック・リファレンスブック。各疾患解説中の「処方例」と巻末の「薬剤一覧」は、相互参照できるユニークな構成となっている。本書では、エビデンスに基づく診療ガイドラインに記載されるような標準的治療薬で、しかも費用対効果の優れた医薬品を「エスタブリッシュ医薬品」と位置づけ、それらの薬剤を中心にとりあげた。common disease情報のアップデートに、患者説明・服薬指導に、薬剤銘柄選択に…あらゆるシチュエーションにおいて、多忙な現場をサポートする1冊。



●B6 頁480 2012年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01525-7]

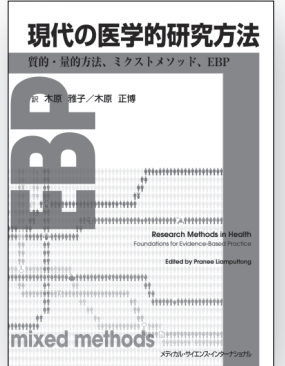
医学書院

新刊 現代の医学的研究方法 一質的・量的方法、ミクストメソッド、EBP Research Methods in Health: Foundations for Evidence-Based Practice

医学的研究の手法としてこれまで広く実施されてきた質的方法・量的方法に加え、このふたつを統合した手法として近年大きな潮流となりつつあるミクストメソッドに関し、具体例を引きつつ明快に解説。ひとつの方法論に偏ることなく、リサーチクエッションに合わせて最適な方法を選択する力を身につけることを目指している。量的研究を中心に解説した好評書「医学的研究のデザイン」の訳者が姉妹書として見出し位置づけ、翻訳に際しては訳語を吟味・精選。医学および広く保健医療分野で研究に携わる読者に実践的知識を提供する。

●B5/頁450/図17/2012年 ●ISBN978-4-89592-714-7

訳 木原雅子 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻 社会疫学分野准教授/国連合同エイズ計画共同センター長 木原正博 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻社会疫学分野教授



定価5,040円(本体4,800円+税5%)

医学的研究のデザイン 第3版 一研究の質を高める疫学的アプローチ 訳 木原雅子・木原正博 定価4,935円(本体4,700円+税5%) 疫学 一医学的研究と実践のサイエンス 訳 木原正博・木原雅子・加治正行 定価5,880円(本体5,600円+税5%)

医学的研究のための多変量解析 一一般帰帰モデルからマルチレベル解析まで 監訳 木原雅子・木原正博 定価4,200円(本体4,000円+税5%)

国際誌にアクセプトされる医学論文 一研究の質を高めるPOWERの原則 訳 木原正博・木原雅子 定価4,725円(本体4,500円+税5%)



# Medical Library 書評新刊案内

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

## 双極性障害の心理教育マニュアル 患者に何を、どう伝えるか

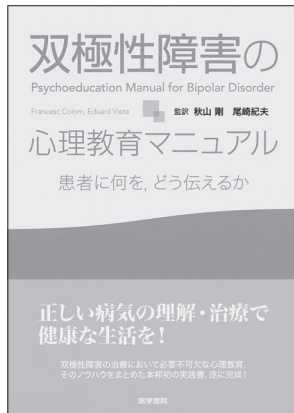
Francisc Colom, Eduard Vieta ●原著  
秋山 剛, 尾崎 紀夫 ●監訳

B5・頁200  
定価3,570円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01548-6

評者 加藤 忠史  
理化学研究所脳科学総合研究センター  
精神疾患動態研究チーム

双極性障害は脳の疾患であり、再発予防効果を持つ薬剤が存在する。それだけに、薬物療法に力点が置かれることが多い。しかし、薬剤は、服用しなければ効果がなく、長期に予防薬を服用することは容易ではない。

役に立ち、読んで面白い、  
双極性障害の心理教育の教科書



本書は、双極性障害の心理教育に特化した初めての日本語の書物である。著者の Vieta 氏は、新薬の臨床試験の論文を多く発表し、講演会などで引っ張りだこの著名な双極性障害研究者であり、Colom 氏と共に、多くの心理教育の論文を執筆している。

本書が述べている方法は、8—12人の患者と2人以上の治療者からなるグループで行われるセッションを、1回90分間、週1回、21週行うものである。半年近くに及ぶ期間は、筆者らも指摘している通りかなり長く、特に薬物療法の部分は少し短縮できそうに感じた。完全にマニュアル通りにしなくても、各施設の事情に合わせて、修正しながら使えばよいと思われる。集団療法の父である Yalom 氏が、双極性障害患者を「集団において起こり得る最悪の災害の一つ」などと述べているとは、幸か不幸か知らなかったが、著者らは「我々の経験は、この言葉とは異なる」と言い切る。

読み始めると面白く、あっという間に引き込まれた。著者のずばりと真実を言い切る語り口が小気味よく、また長年の経験に裏打ちされた示唆に富んだアドバイスは、納得するものばかりであった。ほんの一例を挙げれば、「ほとんどの場合、治療者は、セッションの終了後しばらくしてから恋愛に気付く——つまり、恋愛関係はグループ機能を妨げないように思われる」「患者は自分の障害について情報を伝える人

と伝えない人を注意深く選ばなければならない。(中略) 心理社会的要因の影響については、混乱を避けるために話さないようにアドバイスしている」などは、なるほど、と感じた。

特に、ライフチャートを描く際に、「通常気分の期間を完全な直線で描かないように気を付ける。(中略) ある程度波があることを伝えるためである」という指摘は、目からうろこである。また、「3匹の子ブタ(双極性バージョン)」など、随所にユーモアが満ちあふれている。

また、「精神病症状をことさら強調しないようにする。(中略) 精神病症状のない残りの患者が、彼らを重症と決めつけたり、笑ったり、避けたりしないように注意をはらう」「自分自身または創作症例のどちらのライフチャートを作りたいか、患者に質問する——つまり、カモフラージュした方法で自分自身のライフチャートを発表する選択肢を与える」などは、長年の試行錯誤の経験がなければ到底書けない記述である。

再発の初期徴候について、一般論から個別の問題へと落とし込んでいく方法も、よく練られているし、「双極性障害についての10の不愉快な嘘」のリストを示し、1つずつ議論するとか、「2—3人の患者が話し続け、残りの人が黙っているときは、左側の参加者からはじめて時計回りに回るよう、グループの流れを変える」など、非常に実践的な内容ばかりである。

随所にある、訳者からのワンポイント・アドバイスも、一つ一つ味わい深く、有意義である。訳文は非常によく練られており、違和感を覚えるところは一つもなかった。

このような、役に立ち、読んで面白い、双極性障害の心理教育の教科書が出版されたことを心から喜びたい。

## ソーリー・ワークス!

医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム

ダグ・ヴォイチェサク、ジェームズ・W・サクストン、  
マギー・M・フィンケルスティーン ●著  
前田 正一 ●監訳  
児玉 聡, 高島 響子 ●翻訳

A5・頁216  
定価2,730円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01493-9

評者 永井 裕之  
医療過誤被害者遺族

妻は関節リウマチが悪化し、炎症があった左手中指の関節滑膜除去手術を受けた。簡単な手術は成功したが、その翌日(1999年2月11日)、点滴後の処置において消毒薬を間違えて注入されて急死した。なぜ? 何があったの? 死因は何なの? …などなど、病院の説明対応に不信感が募っていった。その時点で、「医療紛争」にする気もなかったし、「医療紛争」になるのも思っていなかった。しかし、病院側は医療事故・ミスにならないようにと、初期対応を始めていたことを後で知った。その対応は、「ソーリー・ワークス」ではまったくなかった。

### 日ごろからの「ソーリー・ワークス」マインドが大切



本書は医療事故が過失(ミス)による場合の対応について、「医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム」の重要性を説明している。特に「第6章 患者とその家族にどうやって謝罪するか」は、思わぬ医療事故が発生し、さらに突然の死に至った家族に対する対応として「患者は不誠実さを敏感に察知します。誠実に振る舞ってください」、また「初期の反応は怒りや驚き、あるいは激怒であったりします」とし、「落ち着いて次のように答えてください」と、語りかけの言葉が記載されている。

すっきりしない思いを抱きながら本書を読み続けた。「ソーリー・ワークス」の目的は「紛争を防ぐことである」として、スキル・ノウハウ指導・助言をしているように思える。例えば「Sorry Works! は、医療過誤訴訟クライシスを解決するための中道的な方法とした情報開示を提唱する」(xii 著者紹介)などと記載されているが、訴訟が多いアメリカの現状からだろうか?

医療者は患者・家族との信頼関係を深めるために、日ごろから患者第一の「ソーリー・ワークス」(患者サービスに徹するマインド・人間性)が大切である。それができていれば、事故が発生した場合に「ソーリー・ワークス」が功を奏して、訴訟に至らない結果になるのが、日本人の特質である。

医療事故被害者・遺族は「事故原因の究明と誠実な説明」があり、その後「再発防止」の取り組みが着実に実行されているならば、訴訟をすることは

ない。しかし、多くの医療事故において、「事故原因の究明と誠実な説明」という最も必要なことが行われていない。病院が示す情報開示に納得できないので、さらなる説明をお願いするが、その道を病院側が閉じてしまうため、被害者・遺族はいたしかたなく裁判に訴えている。しかし、裁判にまで至る人はごくわずかであるのが日本の医療訴訟の現状である。

「医療紛争」「紛争対応」などという言葉が医療の現場では通常に使われている。しかし、ほとんどの市民(患者・家族)は病院と「紛争になる」とか「紛争をしたい」などと考えてもいない。

診療・入院・治療などの医療行為において、医療側の説明・コミュニケーション不足、対応の悪さなどにより、患者側は不安感などモヤモヤした気持ちを抱くようになる。そのような人にとっては、事故が発生したときの病院側の不誠実な対応が引き金となり、不信感を増し、爆発してしまうのである。さらに、問題を解決しようとする病院側の誠意がみられないときに、紛争の道を駆け登るのである。誠意とは「うそをつかない医療」すなわち「隠さない、ごまかさない、逃げない=当該医療者を病院側が本気で取り組むこと。もっと大切なことは、医療者が日ごろから患者との人間関係を深めることである。「おはようございます」というあいさつや、患者の話に耳を傾けてコミュニケーションを図ることである。

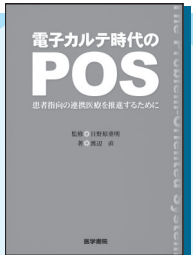
当該の医師・看護師らが多忙な業務で十分に患者対応できないこともある。その解決策の一つは院内患者相談員を配置すること。院内患者相談員の役割は、「医療機関・病院において、あらゆる医療過程(日々の懸念から不測の事態を含む)で患者およびその家族が持つ疑問、不安、不満などについて、患者・家族が納得して医療を受けるために院内の相談窓口として常駐し、適切に対応する。患者・家族がエンパワーされ、医療者が本来の仕事の問題なく実践できるように両者を支援する。また、医療者と患者・家族が真摯に向き合い、当該医療者が説明責任を果たすためのより良いコミュニケーションを促進できるように支援することである。」

POS方式の電子カルテへの導入は医療者の医療姿勢を一変させる

## 電子カルテ時代のPOS 患者指向の連携医療を推進するために

電子カルテによるPOS実践は、多職種がとらえた患者の多面的な問題(プロブレム)の共有を容易にし、病気をもった生活者としての患者を浮かび上げさせる。医療者の医療姿勢を一変させるPOS実践を電子カルテで行うには、何に気をつけ、どうすれば良いかを具体例をあげて解説。名著『POS』(日野原重明著)の赤本から39年。POSの今日的意義を明確に提示した第二の赤本。医師・看護師、コメディカルスタッフ必読書。

監修 日野原重明  
聖路加国際病院理事長・日本POS医学会会長  
著 渡辺直  
聖路加国際病院教育研究センター教育研修部長



B5 頁168 2012年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01635-3]

医学書院

アナトミー・トレイン  
人体を走る解剖列車に乗って、待望の第2版

## アナトミー・トレイン [DVD付] 第2版

徒手運動療法のための筋膜経線  
Anatomy Trains: Myofascial Meridians for Manual and Movement Therapists, 2/e(with DVD-ROM)

人体を走る「筋膜結合の経線」を鉄道モデルに見立て、姿勢・運動機能の制御、ひずみによる機能障害の発生のしくみを解説したトーマス・マイヤースの画期的なテキスト『アナトミー・トレイン』待望の第2版。オールカラー、全面新訳、日本語吹替えDVD付で、より見やすく、より読みやすく、よりわかりやすくなって登場! リハビリテーションやボディーワークに携わるすべての人へ。

原著 トーマス W. マイヤース  
訳 板場英行  
川田整形外科診療統括部長  
石井慎一郎  
神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション科学  
理学療法専攻准教授



A4 頁332 2012年 定価6,825円(本体6,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01558-5]

医学書院



# 《標準臨床検査学》 病理学・病理検査学

矢富 裕, 横田 浩充 ● シリーズ監修  
仁木 利郎, 福嶋 敬宜 ● 編

B5・頁296  
定価4,200円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01435-9

評者 **福田 利夫**  
群大大学院教授・生体情報検査科学

臨床検査技師をめざす人のための教科書シリーズとして定評のある医学書院の「青本」シリーズが全面的にリニューアルされ、その第一弾として『病理学・病理検査学』が刊行された。

『標準臨床検査学』シリーズは、『臨床検査技師講座』(1972年一)、『新臨床検査技師講座』(1983年一)、さらには『臨床検査技術学』(1997年一)という医学書院の臨床検査技師のための教科書の歴史を踏まえ、新しい時代に即した形で刷新されたものである。

この青本シリーズは、1) 臨床検査技師の標準的な養成カリキュラムに対応、2) 臨床検査技師国家試験出題基準に完全対応かつ必要にして十分な記述内容、3) 医師と臨床検査技師のコラボレーションで生まれた教科書シリーズであり、2013年春までにすべての科目の発刊が予定されている。

本書の前身の『《臨床検査技術学 5》病理学・病理検査学』の刊行は2001年であり、その後10年間の病理学、病理組織検査、細胞診検査の進歩には目覚ましいものがある。本書はそれらの進歩を積極的に取り入れ、わかりやすく解説している。

特徴の第一は、医師と臨床検査技師のコラボレーションによる新しい教科書シリーズの一卷であることである。病理検査学の基礎となる病理学総論、病理学各論から始まり、実際の診療や研究の現場のトピックスも適宜紹介されており、卒業までに習得しておきたい病理学の要点と病理検査手技の基本を網羅し、それらを豊富な写真や図表

## 病理検査技術を学ぶための 基本的教科書



で丁寧に解説している。そのため、授業や実習を受けるときの教科書として効率よく学習でき、さらに参考書として、予復習や試験前の確認に最適である。

第二の特徴は臨床検査技師国家試験出題基準に沿って編集され、国家試験をクリアするための必要、十分な内容が網羅されていることである。

あらためて「臨床検査技師等に関する法律施行規則」に定める試験科目を確認してみると、病理組織細胞学の分野では、1) 人体の構造と機能、2) 医学検査の基礎と疾病との関連、3) 形態検査学

が該当している。当然本書はこのすべての項目を網羅しているのに加え、病理検査業務でその重要性が高くなっていく免疫組織検査法、遺伝子検査法や、細胞診検査で近年導入されている液状処理検体(LBC)、ベセスダシステムについても解説されており、最新の検査技術を学ぶのに十分な内容である。さらに病理学・病理検査の基本である病理解剖検査法については、それが法的に知っておくべき項目であることを含めて解説されている。また病理検査の基本的手法でありながら、近年その重要性が忘れられつつある電子顕微鏡検査法についても、標本の作成法、観察法が解説されており、臨床検査技師国家試験の対策はもちろんのこと、現在の医療の中で臨床検査技師が学ぶべき病理学・病理検査学の範囲を網羅した教科書である。

本書により、多くの臨床検査技師が育ち、医療の現場で活躍されることを願っている。

病院内で患者家族が気軽に話しかけられる人、信頼できる人、そのような患者相談員がいれば、患者との信頼関係が維持でき、再構築もできやすい。通常時から医療者が「ソーリー・ワークス」マインドを持つならば、患者さんが気軽に話しかけて悩みなどを訴えるのを聞いてあげること、信頼関係をさらに深めることができる。事故・ミスが発生してからの「ソーリー・ワークス」では遅いのである。信頼関係は「あいさつ」や「名前」を呼び合うという簡単なことから始まる。

本書『ソーリー・ワークス!』を多くの医療者が読み、そこに示されている「スキル」「ノウハウ」を日ごろの

医療サービスで応用・実践することで、医療者の人間性(マインド)向上につながることに気付くことが大切ではないか。

まず、最初に「第6章 患者とその家族にどうやって謝罪するか」を読むことを勧めたい。そして、通常時に患者さんに対して「すみません」が自然に口から発せられるようになってほしいと願う。

## まんが 医学の歴史

茨木 保

A5 頁356 2008年 定価2,310円(税込)  
[ISBN978-4-260-00573-9] 医学書院

# 病棟・外来から始める リンパ浮腫予防指導

増島 麻里子 ● 編著

B5・頁208  
定価2,835円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01415-1

評者 **辻 哲也**  
慶大准教授・リハビリテーション医学

リンパ浮腫は、適切な治療がなされず放置されると徐々に進行していく。悪化させると、仕事や家事に支障を生じたり、見た目に気を配って生活しなければならぬなど、QOLを低下させる切実な問題である。最近ではリンパ浮腫の患者会の発足や、テレビ、新聞などのメディアで取り上げられる機会も増え、患者向けの解説書もいくつか出版されるようになってきている。しかし、わが国で現在、リンパ浮腫に対して積極的に治療を行っている医療機関はいまだ数少なく、「リンパ浮腫難民」が生じているのが現状である。

## がんのリハビリテーションに 携わるすべての医療者へ



リンパ浮腫は、その病態を十分に理解して、発症予防のための指導や発症早期から適切な生活指導・治療を行えば、発症してもそれ以上の悪化を防止することが可能である。したがって、婦人科がんや乳がん術後などで、まだリンパ浮腫を発症していないが発症のリスクのある場合には、病棟や外来のすべての医療者のかかわりが強く求められ、非常に重要である。

2008年度に診療報酬上でリンパ浮腫指導管理料が新設され、2010年度の改定では外来での算定も可能となり、リンパ浮腫の予防指導の必要性について、認識が高まっている状況の中、本書がリンパ浮腫の予防指導に関する実践的な入門書として出版されたこと

は大変意義深い。

本書は、がん看護やリンパ浮腫予防指導に関する教育・研究活動を継続的に行っている増島氏をはじめとする執

筆陣の豊富な臨床経験を基に書きあげられ、「病棟・外来から始める」との副題が示す通り、さまざまな場面でのリンパ浮腫ケアの必要性とかかわり方を取り上げている。その内容は、「リンパ浮腫Q&A」に始まり、「がん疾患や治療に関連したリンパ浮腫」「リンパ浮腫予防指導」「リンパ浮腫が発症したら」「複合的治療」「リンパ浮腫指導管理料と弾性着衣の療養費支給」と多

岐にわたるが、項目ごとにポイントがまとめられ、豊富な写真や図表を用いてわかりやすく示されている。書籍の最後に資料として挙げられている「リンパ浮腫セルフケアブック」は、実際の患者指導に役立つものである。

臨床現場において患者指導にすぐに役に立つ実践書であるが、医師、看護師のみならず理学療法士、作業療法士、がんのリハビリテーションに携わるすべての医療者向けの院内教育などの学習にも活用されることをお勧めしたい。本書を通じてより多くの医療者がリンパ浮腫の予防指導の必要性と方法を理解し、リンパ浮腫ケアの質の向上につながることを期待している。

## PHOTO LETTER



協力 国境なき医師団日本 www.msf.or.jp

武力紛争、天災、貧困など苦境に立つ人々に援助を提供する国境なき医師団。その活動地域は、世界60か国にも及ぶ。このコーナーでは、各地域から届いた活動の便りを紹介する。

## 02: 南スーダン共和国、独立から1年

2011年7月9日、スーダンから分離独立した「南スーダン共和国」。アフリカ大陸で54番目の国家が誕生した。しかし、紛争が続くスーダンからの帰還民・難民の増加、食糧不足や、医療・教育などのインフラ未整備と、誕生から1年を経た現在も問題は山積している。国境なき医師団は、同国で外科・感染症治療、栄養失調への援助活動に当たっている。

「我流」から「標準」へ! 世界のエキスパート達によるテキスト、決定版!

**EULAR** Essential Applications of Musculoskeletal Ultrasound in Rheumatology

### リウマチ性疾患超音波検査テキスト

▶ヨーロッパリウマチ学会(EULAR)の超音波講習会カリキュラムを踏襲し、物理学的な原理、原理から派生するピットフォールといった基礎的事項をしっかりと解説。初学者がつかみやすい、解剖学的な部位関係や疾患の位置特定を、各画像に矢印や記号を用いて理解しやすく明示。さらに応用としてガイド穿刺や造影検査についても章を設けて言及。全685枚の病態の画像はデータバンクとして鑑別にも有用。この一冊で入門から応用レベルまでカバーできるテキスト。

監訳: **大野 滋** 横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター 准教授  
 訳: **池田 啓** 千葉大学医学部附属病院アレルギー膠原病内科 助教  
**瀬戸洋平** 東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター内科 助教

定価15,750円(本体15,000円+税5%)  
 A4変 頁384 図19・写真685表47 4色  
 2012年 ISBN978-4-89592-718-5

TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

アポトーシス、ネクローシス、オートファジー細胞死……その解説は見事なまでに明快

**結末への道筋**  
アポトーシスとさまざまな細胞死  
Means to an End: Apoptosis and Other Cell Death Mechanisms

▶アポトーシスを中心にさまざまな細胞死研究を総括し、コンパクトにまとめたテキスト。がんや免疫、発達障害などの原因解明や治療法開発への応用もカバーする。重箱の隅をつつくことに終始せず、根幹となる概念と最新知見も合わせて理解できるように周到に練られた章構成と読みやすい文体。入門者から専門家まで、医学、生物学、薬学、農学分野の大学院生、研究者に最適な書。

監訳 **長田重一**  
京都大学大学院医学研究科 分子生体統御学講座生化学分野教授

定価4,620円(本体4,400円+税5%)  
 B5変 頁244 図・写真192 2012年  
 ISBN978-4-89592-711-6

TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp



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

# 今日の診療 プレミアム Vol.22

## DVD-ROM for Windows



**DVD-ROM版 2012年**  
価格76,650円(本体73,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01609-4]  
消費税変更の場合、上記価格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

収録項目は約88,200件。お手元のパソコンで最新の情報に手軽にアクセスできます。また、書籍の改訂にともない「今日の治療指針 2012年版」「今日の小児治療指針 第15版」「治療薬マニュアル 2012」「今日の皮膚疾患治療指針 第4版」の4冊のデータが最新になりました。

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

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 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。

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、「記録と記憶」をサポートする機能を強化しました。

#### ●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。

#### ●より使いやすく

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。



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.22」もご用意しております

## 今日の診療 ベーシック Vol.22 DVD-ROM for Windows

**DVD-ROM版 2012年**  
価格 54,600円(本体52,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01611-7]

### 収録内容詳細

●プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2012年版 Update  
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 今日の治療指針 2011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  
全頁を収録
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15版 Update  
資料の一部を除く全頁を収録
- 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 2012 Update  
付録の一部を除く全頁を収録

\*書籍とは一部異なる部分があります

●プレミアムにのみ収録

- ⑨ 新臨床内科学 第9版  
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4版 Update  
全頁を収録
- ⑫ 臨床中毒学  
全頁を収録
- ⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版  
全頁を収録

●皮膚科治療のすべてがわかる! 全面改訂、オールカラー

## 今日の皮膚疾患治療指針 第4版

編集 塩原哲夫・宮地良樹・渡辺晋一・佐藤伸一

●A5 頁1024 2012年 定価16,800円(本体16,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01323-9]

●精神科臨床におけるありとあらゆる情報を網羅した決定版

## 今日の精神疾患治療指針

編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田 隆・中込和幸

●A5 頁1004 2012年 定価14,700円(本体14,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01380-2]

●小児を診るすべての医師のための必携書

## 今日の小児治療指針 第15版

総編集 大関徳彦・古川 漸・横田俊一郎・水口 雅

●A5 頁1028 2012年 定価16,800円(本体16,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01231-7]

●救急で診る患者にどう対応するか。救急に関わるすべての医師必携書

## 今日の救急治療指針 第2版

監修 前川和彦・相川直樹  
編集 杉本 壽・堀 進悟・行岡哲男・山田至康・坂本哲也

●A5 頁984 2012年 定価13,650円(本体13,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01218-8]

# 7 medicina

## Vol.49 No.7 肝硬変update 今月の主題 より良き診療のために

肝硬変では肝機能不全のみでなく、全身血行動態、代謝動態が著しく変化し、その程度に応じて肝外臓器・組織にも多大な影響が及ぶ。線維化の機序が解明され、抗ウイルス薬などの新薬の開発が相次ぐなか、本号では肝硬変の原因、病態、診断、治療などに関する最新の知見を解説。薬物療法、内視鏡治療、ガイドラインなど、多彩な情報が盛り込まれている。

### INDEX

- 第1章 より良き診療のために
- 第2章 肝硬変の原因、疫学
- 第3章 肝硬変の診断法
- 第4章 肝硬変合併症の病態生理と診断法
- 第5章 肝硬変の治療
- 第6章 肝硬変合併症の治療
- 第7章 肝硬変診療のトピックス
- 座談会「肝硬変診療の最近の話題 ー全身を診ることの意味」

●1部定価 2,625円(税込)

▶2011年増刊号(Vol.48 No.11)  
内科 疾患インストラクションガイド  
何をどう説明するか  
●本号特別定価 7,560円(税込)

### 連載

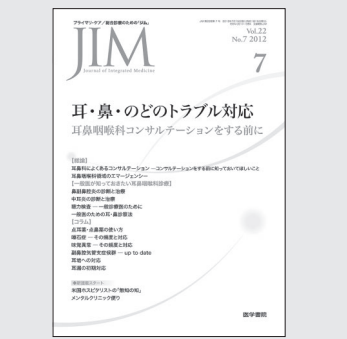
- 手を見て気づく内科疾患
- 目でみるトレーニング
- 皮膚科×アレルギー・膠原病科 合同カンファレンス
- こんなときどうする? —内科医のためのリハビリテーションセミナー
- 医事法の扉 内科編
- 研修おたく 指導医になる
- Festina lente
- 感染症フェローのシンガポール 見聞録

▶来月の主題(Vol.49 No.8)  
痛風・高尿酸血症診療の 新展開

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina>



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/jim>

# JIM

Journal of Integrated Medicine

Vol.22 No.7

## 特集 耳・鼻・のどのトラブル対応 耳鼻咽喉科コンサルテーションをする前に

プライマリ・ケアの現場において、耳鼻咽喉科関連の愁訴は決して珍しいものではなく、またいつも耳鼻咽喉科専門に相談できるとは限りません。総合診療医にとって基本的な耳鼻科診療能力はぜひ身につけておきたいものです。本特集では、きわめて一般的な病態(例:花粉症、めまいなど)は取り上げず、それよりは頻度は低いものの、知っておくべき耳鼻咽喉科領域の問題を取り上げます。

### INDEX

- 【総論】  
耳鼻科によくあるコンサルテーション——コンサルテーションをする前に知っておいてほしいこと……………五島史行  
耳鼻咽喉科領域のエマージェンシー……………高橋優二
- 【一般医が知っておきたい耳鼻咽喉科診療】  
鼻副鼻腔炎の診断と治療……………池田勝久  
中耳炎の診断と治療……………兼定啓子  
聴力検査——一般診療医のために……………麻生 伸  
一般医のための耳・鼻診察法……………土田晋也
- 【コラム】  
点耳薬・点鼻薬の使い方……………佐々木徹  
唾石症——その頻度と対応……………藤原久郎  
味覚異常——その頻度と対応……………池田 稔  
副鼻腔気管支症候群——up to date……………廣瀬 敬・足立 満  
耳垢への対応……………中山明峰  
耳漏の初期対応……………星野志織・飯野ゆき子

●1部定価 2,310円(税込)

▶来月の特集 (Vol.22 No.8)

ジェネラリストのためのクリニカル・パール

## 年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引されています。送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。

2012年 年間購読料(冊子版のみ)

▶medicina 37,190円(税込) —増刊号を含む年13冊—

▶JIM 27,720円(税込) 個人特別割引25,410円あり 年12冊

電子版も選べいただけます



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