

2013年2月18日

第3015号

週刊(毎週月曜日発行)  
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)  
発行=株式会社医学書院  
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23  
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850  
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp  
JCOPY (社団法人著作権管理機構 委託出版物)

New Medical World Weekly

# 週刊 医学界新聞



医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [インタビュー] 堀越勝氏に聞く/ [連載] 続・アメリカ医療の光と影(李啓亮)……………1-2面
- [寄稿] 世界と競うIPS細胞特許のいま(高須直子)……………3面
- [寄稿] これからの終末期医療に必要なリハビリテーションとは(田村茂)……………4面
- MEDICAL LIBRARY/ [連載] PHOTO LETTER……………5-7面



## 精神療法のエッセンスを日々の診療に取り入れる

interview 堀越 勝氏

国立精神・神経医療研究センター  
認知行動療法センター研修指導部長

1995年米バイオラ大学院にてPh.D.(臨床心理学)取得。クリニカル・サイコロジスト(米国マサチューセッツ州)。97年米国ハーバード大医学部精神科上席研究員。この間、マサチューセッツ総合病院・マクレーン病院の強迫性障害研究所、サイバーメディシン研究所勤務。2000年筑波大学院人間総合科学研究科講師。08年駿河台大大学院心理学研究科教授。10年より現職。近著に『精神療法の基本——支持から認知行動療法まで』(医学書院)。

近年、精神科診療において、薬物療法による治療の限界や副作用の問題などが指摘されるとともに、認知行動療法(CBT)をはじめとする精神療法への注目が高まっている。本紙では、幅広い職種への精神療法の研修活動を行っている堀越勝氏に、日常の外来診療から行える精神療法のテクニックと、多職種による精神療法の展望についてお話を聞いた。

### “関係”と“言葉”の精神療法

——精神療法にはどのような種類があるのでしょうか。

堀越 基本的に、患者さんの症状の改善、または緩和を目的に、患者さんとの“関係”と交わされる“言葉”を用いて行う治療を精神療法といいます。大別すると、患者さん自身を支えて安定させ、回復を待つ支持的療法と、問題解決を主眼とした指示的な療法の2タイプです。

最近注目されている認知行動療法は、支持的な療法と指示的な療法の間位置しながら、患者さんが自発的に問題解決策を選べるように促す介入法です。うつ病や不安障害などに対する実証的な効果は世界で数多く報告されており、日本でも2010年にうつ病の認知行動療法が保険適用になりました。

——効果の高さが実証されたことで、今後の活用がますます期待されますね。

堀越 確かにそうなのですが、方法にエビデンスがあるからといって、その方法を用いれば誰もが効果的な治療を行えるわけではありません。天下の名刀を手に入れても剣の達人になれるかどうかは別問題です。精神療法を行う医療者はきちんと訓練を受けること

で、その質を保証していかなければならないと思います。

### 質を高め、保証する「スーパービジョン」

——質を保証するためには、どのようなことが行われるべきでしょうか。

堀越 米国では、精神療法の質を担保するために、精神療法を行うサイコセラピストはライセンスの取得が義務付けられています。基本的には、大学院で修士課程2年間、もしくは博士課程5年間の精神療法についての教育を受けた後、サイコセラピストになるために必要な臨床時間が満たされた段階で試験を受けます。また、精神科の医師の場合は研修医のときに精神療法の研修を受けなければなりません。

サイコセラピストになるためのこうした訓練では、座学だけでなく、相当量の「スーパービジョン」付きの臨床経験が課されています。スーパービジョンとは、自分が行った精神療法について、有資格者から個別、または集団で指導を受けることです。外科の研修医が、指導医の手術を見て学ぶだけでなく、指導医の監督下で手術経験を積むのと同じですね。

——受験資格を得るために、何回ぐらいスーパービジョンを受けなければな

らないのでしょうか。

堀越 博士レベルか修士レベルかで異なりますが、博士レベルですと受験の条件として合計3000時間程度の臨床経験が求められます。そのうちの程度の頻度でスーパービジョンを受けるかは州の規定によって異なります。例えば治療面接3回につき1回のスーパービジョンを受けるとすると、合計1000回になりますね。

——他にはどんな訓練を受けますか。

堀越 通常は、まずコミュニケーションなどの基礎を学びます。大学院修了前の1年間はインターンシップで専門性を高めますが、それまでの段階で外来患者や入院患者、子どもから大人までかかわることで、臨床的な経験を幅広く積み重ねます。このように、欧米では精神療法の基礎を臨床現場に出る前にきちんと築きますから、それなりの質が担保された状態でインターンシップを行えます。

また、特定の精神療法だけを学ぶのではなく、ライセンスを取得するまでにさまざまな精神療法を学び、実際にそれらを使えるよう訓練します。患者さんの状態や加入保険の条件などによって使い分けができるようになる一方で、次第に自分の得意とする療法も定まってきます。

——日本の精神療法においても、質の担保が望まれますね。

堀越 そうですね。日本にもすでに優れたセラピストが大勢いますが、精神療法に携わる専門家の質を全体的に底上げする必要があると思います。そのためには、やはりスーパービジョンの

充実が不可欠です。スーパーバイザーもたくさん育てなければならないでしょう。

——スーパーバイザーはどのようにして育成されるのでしょうか。

堀越 米国でも、簡単にスーパーバイザーになれるわけではありません。修士レベルではスーパーバイザー用のライセンスを取らなければなりませんし、上位の博士レベルでも任意の療法に特化したスーパービジョンを受ける必要があります。さらに、その後もスーパービジョン付きの臨床経験を何年も重ねて、ようやくスーパーバイザーになります。なってからも、自分が得意としない分野の患者を診る場合などには、より詳しい人からスーパービジョンを受ける人もおり、一定以上の質を維持できるよう努めています。

——日本にもスーパービジョンの制度が導入されるのでしょうか。

堀越 すでに一部ではスーパービジョンが導入されており、今後ますます増えていくでしょう。日本で制度として取り組むならば、まず正式なスーパービジョンを受けた臨床家をスーパーバイザーとして登録する仕組みを作る必要があると思います。そのためには、スーパーバイザーとなりうる人がきちんとした審査を受け、ある一定の質を持っているかどうか確かめる必要があります。また、何を正式なスーパービジョンと呼ぶかも議論しなければなりません。

いずれにせよ、海外のシステムを安

(2面につづく)

## 認知行動療法に取り組む前の大前提として知っておきたいこと

医学書院

# 精神療法の基本 支持から認知行動療法まで

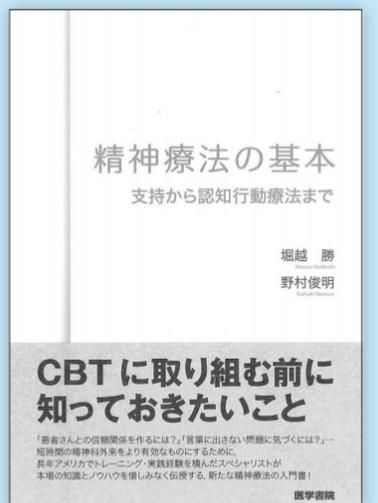
堀越 勝 国立精神・神経医療研究センター  
認知行動療法センター研修指導部長

野村俊明 日本医科大学心理学教授

●A5 頁288 2012年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01672-8]

臨床医が外来患者を診療する際に役に立つ精神療法の理論やテクニックについて、米国での長い臨床経験をもつスペシャリストがまとめた解説書。精神療法の位置づけという基礎的な内容から、患者とのラポートづくりや効果的な面接の技法といった実際の治療でのポイント、臨床でみかける機会の多い疾患の特徴と介入方法まで網羅的に解説。限られた時間でより有効な診療を行う手助けとなるであろう1冊。

- 目次
- 第1章 精神療法とは何か?
  - 第2章 対談:精神療法の疾患別アプローチ
    1. 精神療法を行うにあたっておさえておくべきポイント
    2. 気分障害へのアプローチ
    3. パニック障害、強迫性障害、恐怖症へのアプローチ
    4. PTSD、心身症、失感情症へのアプローチ
    5. 日本の精神療法を向上させるために
  - 第3章 精神科外来における精神療法



# 続・アメリカ医療の光と影

第239回

## 「最先端」医療費抑制策 マサチューセッツ州の試み⑨

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ：2010年10月、マサチューセッツ州最高裁は、プライベート・エキティ・ファンド「サーベラス社」がカソリック系病院チェーン「カリタス・クリスティ」を買収することを承認、同チェーンは営利企業に転換することとなった。

サーベラス社に買収された後、カリタス・クリスティ(以下、カリタス)は「ステュワード・ヘルスケア」(以下、ステュワード)と改名、積極的な事業拡大路線を展開した。2010年3月の買収発表後、着々と傘下病院を増やし、2013年1月時点で所有病院11と、3年弱の間に病院数を倍近くまで増大させたのである。

財政難にあえぎ、身売り話を断られ続けたカリタス時代とは全く正反対に、サーベラスの「無尽蔵」ともいえる財力を物言わせて他の病院を買いまくるようになったのだが、サーベラスは、いったいどんな勝算があって倒産寸前の病院チェーンを買収した上、その拡大に巨額の資金をつぎ込んだの

だろうか？

### 名門百貨店 vs. 安売りスーパー

以前にも述べたように、買収当時、マサチューセッツ州では、同州最大の病院チェーン、パートナーズ社が「名門の威光を笠に着て医療サービス価格を釣り上げている」と批判されていただけでなく、保険会社もコスト抑制の圧力を強め、出来高払いから global payment (註1)への移行を進めていた。そんな状況の下、サーベラスは、「新たな医療経済環境の下で低価格プロバイダーの役割に徹すればシェア拡大の勝機がある」と読み、カリタス買収を敢行した。いわば、「大きなシェアを誇る名門百貨店」に対し、「安売りスーパー」が戦いを挑む形となったのであるが、「通常の商品(=ルーティンの医療)ならステュワードのほうがはるかに安くお買い得」と消費者にアピールすることで、奪われていた顧客を呼び戻す作戦を立てたのである(註2)。「低価格プロバイダーの役割に徹する」ステュワードの戦略を象徴したの

ったり、声が小さかったり、とても早口だったり、初めて見る自分の姿にショックを受けると思います。さらに、自分の話し方の嫌な癖や、相手の話を聴く態度の悪さなど修正すべき課題にも気付かされるはず。以前私がスーパービジョンをした人に、舌打ちをする癖のある人がいました。本人は無意識にしていたことですが、相手はすごく不愉快だったと思います。そうした些細なことは、診療の概要をまとめたレポートなどでは見えてきません。しかし、実際のようなことを記録した映像を見れば、一目瞭然です。

——他に、患者さんとの関係を良好にするコツはありますか。

堀越 簡単なことですが、挨拶をしたり、言葉の使い方を工夫したりするだけでも、患者さんとの関係は随分変わるものです。毎日顔を合わせる家族や同僚だとわざとらしいかもしれませんが、相手が患者さんなら、少なれば月に1回の診療でしか会いませんから、ささやかな変化でも患者さんからの信頼は増し、コミュニケーションを円滑にします。

——明日からすぐ実践できそうですね。

堀越 もちろん、正式に精神療法を身につけたいのなら、その型や理論を知っておくことは重要ですし、スーパービジョンもきちんと受けたいところ。しかし、ゼロから精神療法を学ぶ

が、2011年9月に発表された新保険商品「ステュワード・コミュニティ・チョイス」だった。保険会社のタフ・ヘルス・プランと提携、「ルーティンの医療についてはステュワードの病院・提携医師しか受診できない代わりに、保険料が15—30%安い」新型保険を売り出したのである(註3)。

受診できるプロバイダーを制限する、いわゆる「limited network plan」は以前からも存在したのであるが、「ただ一つのプロバイダーしか受診できない」保険は極めて異例だった。ステュワードは、患者の自由を厳しく制限することで保険料を大幅に引き下げたのであるが、「会員限定にすることで安売りの度合いをさらに強めた」といえばわかりやすいだろうか？

### コスト抑制圧力下の新たなビジネスモデル

安売りをした上で利益を上げるためには、「規模」が重要となるのは言うまでもなく、ステュワードが傘下病院を急速に増やしたのも規模の力を重視したからにはほかならない。さらに、米国の場合、病院に患者を送るのは提携関係にある医師なので、規模の力を強めるためには、提携医師の数を増やすことも必須となる。2011年11月にはベス・イスラエル・ディーコネス・メディカル・センターと提携関係にあったニューベリーポート市の医師グループ(医師数150人)、同年12月にはパートナーズ社と提携していたボストン市南部の医師グループ(同90人)、さらに、2012年9月には同じくパートナーズ社と提携していたニューベッドポ

ことに、抵抗を感じる先生もいらっしゃるでしょう。その場合にも、精神療法のエッセンスであるコミュニケーションの理論を用いることで、日常診療を少し精神療法化することが出来ます。精神療法には基本的な実施方法、つまり型がありますが、その型と診療の流れには共通点も多く、精神療法の知識を診療に生かすことは意外に簡単なのです。

現在、私が認知行動療法センターで行っている研修でも、3分の1をコミュニケーションの練習に当てています。患者さんと円滑なコミュニケーションができれば、いろいろな介入法が試せます。特に、認知行動療法のような患者さんの自発性を促し一歩前に出してもらう精神療法を行うには、より一層のコミュニケーション力が問われます。患者さんとのコミュニケーションがより円滑になれば、日常診療における「精神療法力」はアップするでしょう。

### 各職種の特徴を活かして

——看護師や臨床心理士など多職種が行う精神療法も、今後期待されます。

堀越 医療現場では医師が全体を把握する必要がありますが、医師一

ト市の医師グループ(同110人)と、ステュワードは、ボストンの名門病院から次々と医師を引き抜き、規模の拡大に励んだ。

提携医師の囲い込みは、ただ規模の拡大に貢献するだけでなく、全米規模で急速に拡大しつつある新たな医療サービス供給体制「accountable care organization (ACO)」(註4)との関連でも重要な意味を持った。ACOの眼目は、いわば「プライマリ・ケアを基礎としたケアの継続・統合」であり、提携医師が多数参加しない限り成立し得ないサービス供給体制だからである。

ACOは、オバマケアで高齢者用公的保険「メディケア」に含められただけでなく、最近では、民間の医療保険でもACO型の global payment を採用する動きが広がっている。コスト抑制の圧力が全米的に強まる中、ステュワードは、そういった圧力の下でも利潤を確保することを可能とする、「新たなビジネスモデル」を追求しているのである。(この項つづく)

註1：Global payment 拡大の動きについては、本紙第3008号で解説した。

註2：ステュワードの見積もりによると、ルーティン医療の患者の60—65%がボストンの名門病院に流れていたという。

註3：高度の医療が必要になった場合に受診できる医療機関も、ブリガム&ウィメンズ・ホスピタル、マサチューセッツ・ジェネラル・ホスピタル(MGH)、MGH・フォー・チルドレンの3施設に限定された。

註4：「医療の質とコストの両面に accountable となる(=責任を持つ)医療機関」ACOについては本紙第3008号で解説した。

人ではできないこともあります。したがって、多職種とうまく役割分担をすることが望まれます。例えば看護師は、他の医療者よりも患者さんの側にいる機会が多いでしょう。また、臨床心理士と違って、直接患者さんの体に触れるなどの身体的なかかわりができるため、リラクゼーションやバイオフィードバックなどを取り入れた精神療法が可能。反対に、看護師が毎回1時間かかる精神療法を行うのは、時間的に難しいかもしれません。その点では臨床心理士のほうが、ゆっくり時間をかけて患者さんと面会することができるでしょう。行動に焦点を当てた精神療法を実施するならば、作業療法士の出番かもしれません。また、エビデンスに基づいた精神療法や、強度の高い精神療法を行う場合には、きちんと訓練を受けて質が保証された医療者が実施すべきでしょう。

それぞれの職種で、得意とする分野は違いますから、各自が特徴を活かした精神療法を実践できればと思います。医療者一人ひとりが、自分の立場や得意分野を考えて、患者さんに最適な診療を提供できるようになれば、それが患者さんにとって一番うれしいことではないでしょうか。(了)

### (1面よりつづく)

易に取り入れるのではなく、日本の現状に合わせて基礎がしっかり身につくようなやり方を考えることが重要。制度によって質が担保されたスーパーバイザーが増えれば、おのずと精神療法の質も底上げされるのではないのでしょうか。

### 日常診療を精神療法化するコツ

——優れたスーパービジョンを受けられる環境にない場合、どのようなことをすれば精神療法のスキルを高めることができるのでしょうか。

堀越 最近では、ネットや電話などを使えば海外からのスーパービジョンも受けられるので、スーパーバイザーさえ見つければどこでもスーパービジョンは受けられると思います。それが難しい場合には、自分の実際の診療を見て、振り返ることをお勧めします。

精神療法は、基本的に患者さんと二人きりで行います。その密室の中で、自分がどのように発言しているか、相手がどのように反応しているのかについて知らないのは、とても怖いことです。まずは、患者さんから許可をもらって、自分のしている面接をビデオに録画するなどして振り返ってみると良いと思います。恐らく、表情が硬か

シリーズ『精神科臨床エキスパート』5巻      シリーズ編集：野村総一郎・中村 純・青木省三・朝田 隆・水野雅文      医学書院

#### これからの退院支援・地域移行

編集 水野雅文

いち早く退院支援・地域移行へチャレンジしている精神科病院・クリニックの取り組みをモデルケースとして紹介するもの。執筆者らがこれからの精神科地域ケアのあり方について語る座談会も収録。

●B5 頁208 2012年 定価5,670円  
(本体5,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01497-7]

#### 専門医から学ぶ 児童・青年期患者の診方と対応

編集 青木省三・村上伸治

具体的なケースを提示しながら、子どものどこに注意して診察し、どのように援助や治療を行えばよいかを、第一線で活躍する専門医が平易に解説。

●B5 頁240 2012年 定価6,090円  
(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01495-3]

#### 抗精神病薬 完全マスター

編集 中村 純

1996年のリスペリドン導入後、使用できる新規抗精神病薬の数は増え続け、適応も拡大した。従来型薬の再評価や新薬の動向にも触れ、この1冊で抗精神病薬の全貌が分かる。

●B5 頁240 2012年 定価6,090円  
(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01487-8]

#### 多様化したうつ病をどう診るか

編集 野村総一郎

●B5 頁192 2011年 定価6,090円  
(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01423-6]

#### 認知症診療の実践テクニック 患者・家族にどう向き合うか

編集 朝田 隆

●B5 頁196 2011年 定価6,090円  
(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01422-9]

5巻セットでのご購入申し込み受付中!      セット定価

各巻の合計定価 30,030円 → 27,300円

寄稿

# 世界と競う iPS 細胞特許のいま

高須 直子 京都大学 iPS 細胞研究所 知財契約管理室長

## iPS 細胞関連特許の連携体制

山中伸弥教授(京大)が2007年11月にヒト iPS 細胞の樹立を報告して以来、京都大学では迅速に iPS 細胞関連特許の管理体制が整備されてきた。2008年6月に iPS 細胞研究所(以下、CiRA)内に知財契約管理室が設置され、また iPS アカデミアジャパン株式会社(以下、iPS-AJ社)が設立された。さらに国内外の著名な弁理士からなる「iPS 細胞知財アドバイザー委員会」も設置された。現在、大学全体の知財を取り扱う産官学連携本部のサポートのもと、特許の申請および権利化は CiRA が、取得した特許の企業へのライセンスは iPS-AJ 社が担当しており、相互に密接に連携しながら分業体制で iPS 細胞関連知財の管理・活用の強化を図っている。

## 特許は誰が一番か？

山中教授が2006年8月にマウス iPS 細胞を樹立して以降、ヒト iPS 細胞の樹立一番乗りをめざした激しい競争が世界各国で繰り広げられた。2007年11月20日、同日付で、山中教授は『Cell』誌に、また米国 Wisconsin 大の James Thomson 博士は『Science』誌に、それぞれヒト iPS 細胞の樹立を報告した。その後も複数の研究機関でヒト iPS 細胞の樹立が報告され、「特許の出願は誰が一番早かったか」に多くの関心が寄せられた。

特許は出願から1年半経たないと公開されないため、われわれもいつ第三者の特許が公開になるのかとウォッチングを続けていた。すると、iPS 細胞の樹立に関する特許は4つの研究機関から出願されており、しかもこれらは、われわれがヒト iPS 細胞樹立のデータ(実施例)をすでに出願していたマウスのデータに追加してから約半年以内に出願されていたことも明らかとなった(図)。中でも米国ベンチャー企業の iPierian 社が Bayer 社から譲渡を受け保有していた特許(以下、Bayer 特許)の請求内容が、われわれ京大の請求内容と酷似していたことから、2010年11月には、米国において、両特許間で発明日を争うための係争に入る寸前の状況となった。いったん係争が始まれば、億単位の費用を要するほか、山中教授をはじめとする関係者に審理の場で証言に立ってもらわなければならないなど、多大な時間を拘束してしまう。国への資金のお願いや係争準備を進め

る緊迫した日々が続くなか、突然 iPierian 社から、山中教授の発明を尊重し、無用な争いを避けるために Bayer 特許をすべて京大に譲りたいとの申し出があった。2010年12月半ばのことであった。年明け早々より両者で交渉を行い、2011年1月27日に無事譲渡契約を締結。これによって係争は回避されたのだ。

個人的には、係争をやり抜いて勝訴し、日本の大学だてやればできるんだということを見せたい思いもあった。しかし今にして思えば、もし係争に突入していたら、研究者・知財担当者双方の前向きな仕事は阻害されていたであろう。iPierian 社は特許を京大に譲ったものの、iPS-AJ 社を通じて京大が持つ iPS 特許のライセンスを受けることで、自分たちの「歩く道」を確保し、その後も iPS 細胞を利用した創薬開発を精力的に展開している。まさに Win-win の関係で終わった本件係争であった。

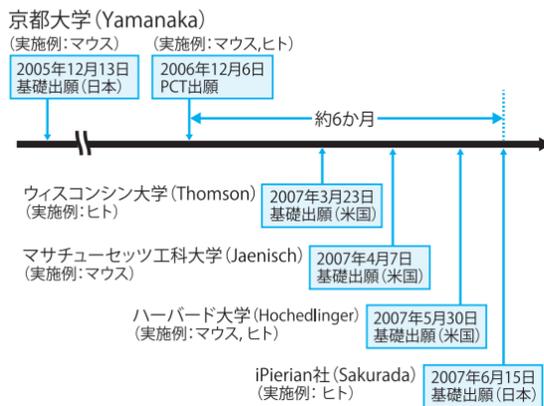
## 「Congratulation!」までの長い道のり

特許は出願しただけでは意味がなく、成立(権利化)して初めて効力が生じる。山中教授の iPS 細胞樹立に基づく基本特許については、日本では2008年9月に1件、また2009年11月に2件権利化され順調であったが、米国では苦戦した。

米国では基本特許を複数に分けて出願した。そのうちの数件は、早期権利化を狙って「特許審査ハイウェイ」という制度(註)を利用したが、なかなか審査が始まらなかった。また日本の特許庁が特許取得可能と判断した内容に絞って出願したにもかかわらず、本審査では拒絶、その理由も厳しいものだった。

別の件では特許の内諾を得てから正式な通知が届くまでに6か月かかると、その間「何が起ったのだろうか」と本当にやきもきしたこともあった。これらの特許が成立したときには、日本での特許成立から既に2年が経過しており、米国の担当弁理士からの「Congratulation!」と書かれたメールを見たときは本当に嬉しく、肩の荷がおりた気がした。自分にとって海外特許を成立させることはこんなに重圧だったのだとそのとき気が付いた。

現在、米国では計6件の特許が成立



● 図 iPS 細胞関連特許の申請状況  
CiRA の PCT 出願(任意の国に提出する基礎出願から1年以内に提出する国際出願)から約半年の間に新たに4件の特許が申請された。

している。しかし、iPS 細胞の分野全体からみると、われわれが押さえている特許はまだ部分的だ。発明に見合った幅広い権利化に向けて、現在もチャレンジが続いている。

## 特許から iPS 細胞の実用化・産業化をめざす

iPS 細胞技術の基本特許については、京大(CiRA)が日本で4件、米国で6件、欧州で1件の権利を取得しており、今のところ障害となるような幅広い第三者特許は成立していないことから、現状は CiRA が iPS 細胞関連特許の主導権を握っている状況にある。しかし昨今の iPS 細胞関連技術の進展や企業等の参入状況に鑑みれば、今後ずっと CiRA の一人勝ちということには到底あり得ない。今後はわれわれも、良い持ち駒(すなわち多くの人に使われる可能性のある特許)を、基本特許だけでなく各種分化細胞作製技術等の個別特許についても揃える必要がある。良い持ち駒をたくさん揃えておけば、iPS 細胞関連特許の主導権を他に取られることはないであろう。

また、こちらが使いたい特許を有する第三者が生じた場合、その第三者が



●高須直子氏  
1987年広大学院生  
物園科学研究科修士  
課程修了。その後、  
住友製薬(現大日本  
住友製薬)研究所お  
よび知的財産部での  
勤務を経て、2008年  
より現職。現在は知  
的財産関連の業務の  
ほか、研究提携や再  
生医療の推進業務に  
も従事している。

使いたい魅力ある特許を CiRA が保有していれば、両者の間でクロスライセンス(お互いの特許を相互に許諾し合う)が成立する。今後は CiRA の特許のみならず第三者の特許も含め、特許の相互利用・包括利用や関連特許のパッケージ化などを進めていくことによって、特許はより使いやすくなり、普及していくものと期待される。

さらに現在 CiRA では、他家移植用の「再生医療用 iPS 細胞ストック(iPS 細胞バンク)」計画を最優先で進めている。世界で最初に iPS 細胞バンクを世に提供することができれば、おのずとそれにかかわる技術は標準化され、周辺産業も含めた産業が活性化されると期待される。日本だけでなく世界的視野で iPS 細胞ストックを作製し、それにかかわる特許も世界的に確保して、技術・特許両面から産業界につなげていくことも、今後非常に重要になってくるだろう。

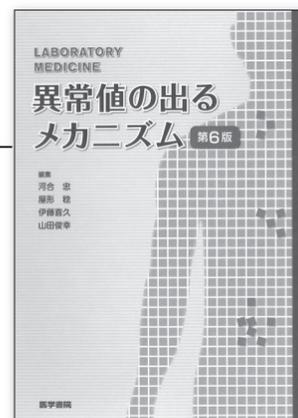
われわれが特許を維持している理由はただ一つ、「実用化・産業化の促進」である。貴重な公費で取得した特許をどのように利用していけば産業の発展に結び付けることができるのかは、CiRA 知財グループにとって直近かつ最大の課題である。iPS 細胞を利用した創薬開発や再生医療の実用化を誰よりも願う山中教授の声を直接聞きながら、自分が置かれた立場を忘れることなく、今後も知財の維持、活用に精進していきたいと考えている。

註：特許審査ハイウェイ制度とは、最初に出願した国(自国)の特許庁で特許取得可能と判断された出願の審査結果を利用することにより、他国で同一内容の権利を得るまでの手続き・審査を簡易化し、早期権利化を促すとともに、各特許庁の審査負担の軽減を図る制度。出願人のリクエストによって利用できる。現在日本は、米国、韓国、英国、ドイツ、欧州等、計15か国1地域との間で、特許審査ハイウェイ制度を導入している。

## 検査で得られた医療情報から実像を捉え、その背景を考える能力を養う

# 異常値の出るメカニズム 第6版

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



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

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

ケースを通してICD診断を学べる副読本、待望の翻訳

## ICD-10ケースブック 精神および行動の障害の診断トレーニング

ICD-10 Casebook; The Many Faces of Mental Disorders-Adult Case Histories According to ICD-10

世界中で用いられている、WHOの精神科診断基準ICD-10をより深く学びたい人のための症例集。「秘密のボトル」、「独りぼっちのミュージシャン」、「偉大なことを成し遂げた人物」など、印象的な表紙が付けられた99の臨場感あふれるケースを収録。ICD-10の構成に沿った目次立てで、具体的な症例に基づいてICD診断を実践的に学ぶことができる。なお、収録症例は成人例に限定されている。

監訳 中根允文  
長崎大学名誉教授/出典診療所所長  
訳 大原由久  
広小路メンタルクリニック院長



寄稿

# これからの終末期医療に必要なリハビリテーションとは

田村 茂 地域リハビリ支援室・タムラ



●田村茂氏

1973年国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院作業療法科卒、79年国立療養所近畿中央病院附属リハビリテーション学院理学療法科卒。横浜市大病院、阪大病院、富山大病院、富山県高志リハビリテーション病院などを経て、2000年地域リハビリ支援室・タムラを開業。主に在宅で障害・高齢者への支援を行っている。

きく「技術的側面」と「態度やコミュニケーションの側面」とに二分できました(表)。「技術的側面」では、状態が改善するわけではない患者に用いる技術や知識が不足していたことがわかり、終末期医療におけるリハビリ教育の必要性が実感されました。「態度やコミュニケーションの側面」を記載した回答には、所定の欄から余白・裏面にまではみ出したものが多々見られ、あふれる思いが感じられました。「10分ほどしか坐位保持ができない患者から桜を見たいと言われ、医師に相談し病院中庭の桜を見に行きました。そしてその翌日に亡くなられました」「なんと返答すればいいのか分からず、ただ患者さんの手を握っていました」など、終末期の患者とのかかわり方に困るだけでなく、かかわりを終えた後も「これでよかったのだろうか」と悩む人の多いことがわかりました。

## 終末期医療に新たな可能性をもたらすリハビリテーション

私が本格的に訪問リハビリテーション(以下、リハビリ)にかかわって十数年。病院からの訪問リハビリを行っていたころは、患者の多くは回復期リハビリを経過した脳血管障害患者でした。しかし訪問看護ステーションからの訪問リハビリを行うようになってからは、パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症(ALS)等の神経難病の患者が多くなり、がん患者ともまれにかかわるようになりました。病院での「回復期」に対し、在宅の患者の状態像はいわゆる「維持期」ですが、実際には、大田仁史氏が提唱するところの「介護期リハビリテーション」もしくは「終末期リハビリテーション」であるのが現状です<sup>1)</sup>。

柳田邦男氏は、リハビリ医学を「臓器中心主義や疾患中心主義に陥りがちだった現代医療に風穴を空ける役割をはたしている」と以前から称賛しており、「医療者は患者の伴走者、支援者であり、患者が何を最も大事にしているか、患者にとっての最高のQOLとは何かを知らなければならぬ。リハビリ医学は終末期医療においても大きな意義と可能性を持つ」と再々指摘しています<sup>2)</sup>。しかしながら、現代医学が治癒を前提としたcureに全力を傾注するのに対し、「死にゆく患者」「障害が残る患者」など、治癒の見込みのない患者に対するcareへの関心は、いまだ高くありません。入院患者個々の状態を考慮しにくい疾病による在院日数制限や、日本版P4P(Pay for Performance)による回復期病棟の質評価が導入されたため、現在のリハビリ医療環境が十年前と比べて一段と窮屈になったのでしょう。私たち理学療法士と終末期にある患者のかかわりは、まだ浅いまです。

## とっさに何も答えられなかった

私も、訪問リハビリを通してがんの方の看取りや、ALS等の非がんの方の終末期にかかわるなかで、数年前から患者の機能・症状の悪化と改善に一喜一憂してきました。特にリハビリ技術以上に、言葉の掛け方やコミュニケーションに戸惑い、悩むことが多くあります。

以前担当した、乳がん、多発性骨転移、肝臓転移、脊髄不全対麻痺を持つ

## ●表 終末期患者を担当した際に困ったこと・悩んだこと(自由回答)

### 〈技術的側面〉

- ・がんによる痛みを訴えられ、何をすればよいか分からなかった
- ・がんが骨転移した患者の立位歩行練習する際、骨折のリスクをどう考えるか
- ・易疲労性でリハビリが進まない患者の運動量とリスク管理をどのように行えばいいか
- ・外出、外泊時に福祉用具のレンタルができなかった
- ・意識レベルが低下している患者さんに、どのようなリハビリを行えば良いか
- ・終末期の患者へのリハビリは、何を目標にすればいいかわからない
- ・全身状態が悪く、医師からの具体的指示がないため介入できない

### 〈態度やコミュニケーションの側面〉

- ・未告知の患者への対応、「治るのか?」と聞かれたときの対応
- ・リハビリ中に「死にたい」などネガティブな独り言を口にされたとき、なんと言葉を返せばいいかわからない
- ・症状進行が早い患者さんとの接し方がわからない
- ・「余命〇か月」と話す患者とどのように過ごせばいいかわからない
- ・患者とゆっくり接する時間がとれない
- ・患者の自己決定権が少なく、周辺の人のみで話が進行されること

た50代女性は、抗がん薬治療のために1年間入院し、その後移動移乗全介助、尿道カテーテル留置の状態退院しました。在宅療養に当たって本人と家族の希望は、車椅子への移乗、パルーンの管理、排便の調整を自分でできるようになることでした。

退院後すぐに訪問看護と訪問リハビリが開始され、1か月後には寝返り、起き上がり、端坐位の保持が可能となりました。車椅子への移乗もできるようになり、諦めていたトイレが自力でできたことを、涙して喜ばれました。私も自然と涙が止まりませんでした。夜間も体位変換介助の必要はなく、自力で寝返りし、食事の際は車椅子で食堂まで移動できるほど改善しました。なにより本人が希望していたプロのバイオリニストのコンサートに出かけることができ、「心配していた坐位保持が3時間もできた」と以前の自分を取り戻したようにうれしそうでした。4か月後には歩行器で数歩進めるようになって積極的に患者会や花見に行くなど、退院後1年間は身体的にも精神的にも良い状態が続いたのです。

しかし、がんの進行とともに発熱と下肢の浮腫、痛みが強くなり、ベッド臥床が多くなり、リハビリも起居移動動作の練習より浮腫、痛みに対するマッサージに重点が置かれました。訪問するたびに体調が悪化し、以前のような元気もなく、心理的にも落ち込み、私もどう声を掛ければいいのか悩んでいました。「先生、私、もう生きられない」と言われたときには、とっさに何も答えられず……。次第に、マッサージしかできないことを申し訳なく思い、「もう私でなく看護師だけに来てもらいましょうか」と静かに尋ねると、「先生が来てくれなきゃだめ」とはっ

きり言われました。その言葉に勇気付けられ、最終的に患者が亡くなる1週間前までの1年9か月間、かかわることができました。

## 理学療法士の多くが、終末期にかかわっている

こんなにも濃厚な“いのち”“人生”の重さに出会うリハビリを経験して、今後も同じ終末期のリハビリを担当する自信がなくなりました。そんな不安と同時に、他の理学療法士はどうしているのだろうという素朴な疑問も生じました。そこで、2011年に富山で開催された東海北陸理学療法学会大会においてシンポジウム(進歩充夢)「終末期リハビリテーションを考える」を企画し、事前に調査した富山県内の理学療法士全会員(523人)に終末期のかかわりの実態を報告しました。

調査票の回収率は60.2%(315人)、臨床経験年数では「5年未満」との回答が全体の約3分の1を占めました。終末期の患者を担当した経験があるのは回答者の65%(204人)、患者の内訳は延べ人数でがんが64%、難病が27%、呼吸器・循環器疾患が9%でした。終末期患者を経験した204人の所属は、医療施設が84%と圧倒的に多く、残る老人保健施設、訪問看護ステーション、介護福祉施設がそれぞれ7%、5%、2%でした。また、約1割の人が在宅での経験も持っていました。

「自身が担当して悩んだり、困ったりしたか?」との問いには、無回答の31%を除くとほぼすべてが「困ったことあり」と答え、「困ったことなし」と答えた1人は自らががんを患った経験をもとに接しているから困らないとのことでした。自由回答の内容は、大

\*  
これからの終末期医療には、リハビリ医学の深い関与がますます必要になるはず。しかし、リハビリ専門職と言われる私たちは、「死にゆく患者」とかかわる経験が本当に浅く、学校教育でも卒業後教育でも学習する機会がほとんどありません。あるとすれば、医療保険で「がん患者リハビリテーション料」の算定を得るための研修会だけでしょう。会員の多くが終末期にかかわったことがある状況からも、今後終末期リハビリや緩和ケアについての系統的な学習機会が不可欠です。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の協会が主体となってこれに取り組んだり、大学・専門学校教育でも学習機会を設けることが求められ、特に技術のみならず態度やコミュニケーション能力等の学習が必要と考えられます。

終末期の事例が増える在宅では、医療者からのサービス量・質、そしてそれを支えるシステム等多くの課題が混在しています。それをよりよい方向に持っていくために、これからも在宅リハビリの現場から発信していきたいと思えます。おわりに、アンケートの集計にご協力いただいた富山県理学療法士会調査部に感謝します。

## ●参考文献

- 1) 大田仁史. 介護期リハビリテーションのすすめ. 青海社. 2010.
- 2) 柳田邦男. いのち——8人の医師との対話. 講談社, 1996; pp142-3.

在宅リハにかかわるための“極意”を伝授します!

### ＜総合診療ボックス＞

## どうする? 家庭医のための“在宅リハ”

家庭医(一般医)にとって、在宅でのリハは「関心はあるが手を出しにくい」領域である。本書は、在宅リハ成功のための指南書。何かととっつきにくいリハ領域の事柄について、必要最低限の情報をコンパクトに、かつ平易にまとめた。「どうする? 在宅でのリハ。在宅に向けてのリハ」。その疑問にリハ医であり、家庭医でもある著者がお答えいたします!

佐藤健一  
Healthway Japanese Medical Centre  
(前・関西リハビリテーション病院)

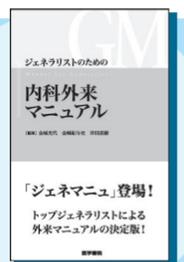


外来マニュアルの決定版「ジェネマニユ」登場!

## ジェネラリストのための内科外来マニュアル

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

編集 金城光代  
沖縄県立中部病院総合内科  
金城紀与史  
沖縄県立中部病院総合内科  
岸田直樹  
手稲漢仁会病院総合内科・感染症科



# Medical Library 書評新刊案内

## 小児から高齢者までの姿勢保持 工学的視点を臨床に活かす 第2版

日本リハビリテーション工学協会 SIG 姿勢保持 ● 編

B5・頁256  
定価4,935円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01541-7

評者 小池 純子  
横浜市総合リハビリテーションセンター長

初版から5年、車いすや座位保持装置に関する法制度の改正、姿勢保持に関する新たな知見や技術を加えて、内容を大幅に刷新した改訂第2版が上梓された。

人体の機能や構造の不全や欠損に関わる治療は、細胞レベルの研究や臓器移植など、その

### 総合リハビリテーションの視点から姿勢保持について説き起こす

成果や社会問題としての側面がしばしばメディアに取り上げられる。人体の、とりわけ運動器の機能や構造の不全や欠損に対するもう一方の取り組み、義肢・装具・車いすなどについては、先のロンドンパラリンピックで、さまざまな競技用車いすや義足が、観衆の目を驚かせることはあっても、普段はあまり関心を寄せられないのが実情である。

身体障害者が自由に活動し、参加するためには、姿勢、移動、そしてコミュニケーションの確保、環境設定は不可欠であり、そのなかでも姿勢保持はあらゆる活動の基盤となる。身体の麻痺や変形のため姿勢を自力で保つことが困難な状況を改善するため、「身体各部のポイントを外的に支え、安定した姿勢や自発的な動きを引き出す姿勢を維持しやすくする方法」が姿勢保持の技術である。

本書の特徴は、姿勢保持が困難な方々への支援について、「総合リハビリテーションの視点」をもって書き進められており、執筆者らの所属する日本リハビリテーション工学協会の立ち位置である「工学」を超えて、障害児者や高齢者が人生に向き合おうとする積極的な「姿勢」をも応援するぞ！との熱意が読み取れるところである。

また、このような障害者のニーズに応えるためには、多職種のかかわりが必要となるが、医学、教育、福祉、介護、工学、製作などさまざまな専門領域の読者を想定し、写真・図を多用して視覚的にわかりやすく飽きさせない工夫がされている。

本書は、「姿勢保持の基礎知識」「小児」「高齢者」「姿勢保持装置製作の実際」「生活支援と姿勢保持」の5章から構成され、巻末に支給制度にかかわる資料が添付されている。「小児」の章では、脳性麻痺、Duchenne型筋ジストロフィー、二分脊椎を取り上げ、発達・姿勢制御のメカニズムから説き起こし、ADL、遊び、学習、余暇活動場面での姿勢保持に言及している。教育現場での教材として工夫された、姿勢保持装置のネーミングの妙には思わず笑みがこぼれる。「高齢者」の章では、脳血管障害、中心性頸髄損傷、パーキンソン症候群、脊髄小脳変性症、筋萎縮性側索硬化症、関節リウマチを取り上げ、加齢による心身と姿勢の変化について、施設生活の考え方や介護時のリスク管理も含め対応を紹介している。「姿勢保持装置製作の実際」では、測定した身体寸法を記録する情報カードなどの例示がされているが、コピーして実際に使用できるようにとの親切さである。

最後に、本書は装置を使って遊びやスポーツを楽しむ子どもたちの写真、その笑顔に心が和む本でもある。われわれ、リハビリテーションに携わる者は、この笑顔のために、日々地道な努力が続けられるのである。

## ブルガダ三兄弟の心電図リーディング・メソッド82

野上 昭彦, 小林 義典, 鶴野 起久也, 蜂谷 仁 ● 訳  
Josep Brugada, Pedro Brugada, Ramon Brugada ● 著

B5横・頁232  
定価4,725円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01544-8

評者 三田村 秀雄  
東京都済生会中央病院心臓病臨床研究センター長

“The Kiss of the Girl from Ipanema.”  
これが何の何かを知るだけでも一読の価値がある。

心電図の解説書は次から次へと出てくるが、どれを読んでも本当に読めるようにはならない、多くの読者がそう嘆いているに

### 心電図を読むことへの興味をかき立ててくれる書

違くない。確かに心電図は深い。特に不整脈の読みは基礎的な電気生理学的法則を理解した上で、後は幾何学の問題をパズルのように解いていく頭の体操みたいなものである。心電図の診断基準を羅列しただけの本を読んだだけでは、読めるようになった気がしないし、実践にも役立たない。心電図は読む人の「好奇心」と「ねちっこさ」がなければ、猫に小判でしかない。でもそのきっかけとなる興味をかき立ててくれる導火線の役割を担うのが本書である。

できる人はその推理の進め方にセンスと冴えがある。名だたる不整脈学の権威は皆、心電図が好きで、皆、それを読みこなす才能を兼ね備えている。あたかも先天性のように。いや、もしかしたら本当に先天性なのかもしれない。そう思わせるのも本書の執筆者が、あのブルガダ三兄弟だからにほかならない。

Pedro, Josep, Ramon の三兄弟はスペイン生まれで、バルセロナの大学卒業後にこの道に入ることになる。その後、各人が世界を股にかけて活躍中である。後にブルガダ症候群と名付けられた最初の症例報告は1992年、PedroとJosepが発表し、Ramonは1998年、在米中にNatureに発表された特発性心室細動の分子生物学的研究で有名になった。ちなみにブルガダ症候群という名前は1996年にJACCに掲載されたわれわれの論文で初めて使用したものであるが、白状すると、ブルガダ症候群と名付けてしまえば査読者のブルガダ某がきっと採用してくれるだろうと読んだゴマすりがかきかけである。

さて本書の内容であるが、三兄弟が長年かかって大事に集めた愛すべき

ケースが全部で82例、取り上げられている。いずれも珠玉の心電図といえるようなものばかりである。個人的には心房梗塞の心電図について見とれてしまった。それぞれ代表的な記録がまず、右側ページに示され、そこ

には最初に掲げたような奇抜なタイトルが付いている。それだけで、読者はそこに何が秘められているのか、探索せざるを得ない気持ちになってくる。一例ごとに工夫を凝らしたタイトルが付けられており、それが何の意味なのか、深読みするのもまた楽しいが、訳者の野上昭彦、小林義典、鶴野起久也、蜂谷仁の各先生にとっては心電図の解説よりもこの翻訳が難しかったに違いない。

面白いのはそれぞれの心電図にゆかりのある人達の名前があげられており、その人達にささげる、という形式を取っていることである。なぜこの人にささげるのか、と変なことを考えるのもまた一興である。ブルガダ波の心電図はCharles Antzelevitchにささげられていた。この心電図は当然ながら「Our most precious jewel」として提示されているが、なぜかこれが一番、平凡な心電図に見えてしまったのは私だけであろうか。Michael Haissaguerreにささげられたのは「Concepts are changing」と題された心電図で、これなんかもP on Tで始まらない肺静脈起源の心房期外収縮が紹介されていて面白かった。

とにかく楽しみながら、深みにはまってしまうのが本書である。ブルガダ三兄弟がこんな部分に興味を持ったのだ、と知るだけでも面白い。多分、翻訳者達も苦労しながら、でも存分に楽しんだに違いない。今度は読者が楽しむ番である。

そういえば、「Super-wolff」、これもこの本に教えてもらったすてきなサインである。「イパネマの娘のキス」も多分、一生忘れないだろう。何なのかは本書を読んでからのお楽しみ。

## 疫学と人類学

—医学的研究におけるパラダイムシフト—  
Epidemiology and Culture

ロングセラー「医学的研究のデザイン」の訳者による翻訳企画。人間の健康と疾患に影響を与える要因の文化的・社会的側面に着目し、そうした人類学的知見を踏まえた疫学研究のあり方、疫学と人類学の統合的アプローチに関し、具体的な調査事例を提示しつつわかりやすく簡便に解説。翻訳に際しては英語の微妙なニュアンスにまで配慮し訳語を吟味、精選。疫学・公衆衛生の専門家のみならず、医学・看護各分野の初学者にも理解しやすい。

● B5/頁204/図10/2012年 ● ISBN 978-4-89592-727-7

訳 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  
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

定価3,675円 (本体3,500円+税5%)

医学的研究の新しいパラダイム、疫学と人類学の統合的アプローチを解説



**好評関連書**  
—“木原ライブラリー”—

**現代の医学的研究方法**  
—質的・量的方法、ミクストメソッド、EBP—  
● 木原雅子・木原正博  
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  
—研究の質を高める疫学的アプローチ—  
● 木原雅子・木原正博  
定価4,935円(本体4,700円+税5%)

**疫学**  
—医学的研究と実践のサイエンス—  
● 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**  
—一般回帰モデルからマルチレベル解析まで—  
● 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**  
—研究の質を高めるPOWERの原則—  
● 木原正博・木原雅子  
定価4,725円(本体4,500円+税5%)

### ●お願い—読者の皆様へ

弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください  
記事内容に関するお問い合わせ

☎(03) 3817-5694・5695/FAX(03) 3815-7850

E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp 「週刊医学界新聞」編集室へ

送付先(住所・所属・宛名)変更および中止

FAX(03)3815-6330 医学書院総務管理部へ

書籍のお問い合わせ・ご注文

お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ

ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)、または、☎(03)3817-

5666/FAX(03)3815-2626 弊社通信小売店「株メッドブック」へ

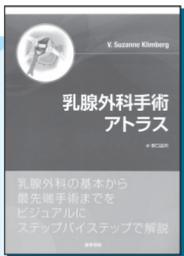
乳腺外科の基本から最先端手技までを、ビジュアル&ステップバイステップに解説!

## 乳腺外科手術アトラス

Atlas of Breast Surgical Techniques (A Volume in the Surgical Techniques Atlas Series)

乳腺外科領域の待望のアトラスがついに登場!! 乳腺外科手術の基本から最新術式までを、網羅的に、美麗なイラストと写真を豊富に用いて解説。各章では、解剖・手術手順・術後の処置・要点とピットフォールなどをステップバイステップで示した。また、乳房再建術、術中放射線照射療法、リパースマッピング法などの最新治療法も紹介する。

編集 訳 V. スザンヌ・クリムバーク  
野口昌邦  
金沢医科大学教授・乳腺内分泌外科



# Medical Library

書評新刊案内

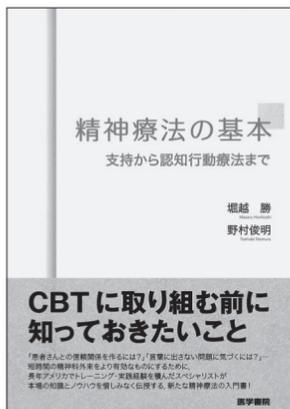
## 精神療法の基本 支持から認知行動療法まで

堀越 勝, 野村 俊明 ● 著

A5・頁288  
定価3,990円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01672-8

堀越勝先生が『精神療法の基本——支持から認知行動療法まで』を書き下ろしてこのたび医学書院から上梓されると聞いたとき、「いよいよ堀越先生、動き出されたな！」と喜びました。書評をお引き受けし現物を送っていただいて、本書が堀越先生の書き下ろしの部分と、野村俊明先生との対談の二部構成になっているのを知ったとき、「素晴らしい。堀越先生の真価を発揮してもらうのに、これに勝る形式はないぞ！」と驚きました。読み通してみても、まさに期待に違わないと感じました。堀越先生と私は約10年

### 認知療法、認知行動療法と 騒ぐ前と後に



評者 古川 壽亮  
京大大学院教授・健康増進・行動学

1章のステップ1の原則の辺りがそうですね。堀越先生の主張のその二は、「認知行動療法は確かに実証的な基盤が一番豊富なので大切ですが、それ以上にそしてそれ以前に、基本的な精神療法を身につけていないと、認知行動療法はできませんよ」です。自分が育つ中で身につけた素のコミュニケーションスキルの上に認知行動療法を乗せるのではなく、基本的なコミュニケーションスキルを習得する訓練をしなくてはまさに「木に竹を接ぐ」の例え通りになります。本書の副題が「認知行動療法まで」となっているのは、そのためです。

また、堀越先生は、「エビデンスがある、エビデンスがある」と騒ぐ人がいるが、エビデンスがあるということはそのエビデンスの元となった臨床試験の通りにするからエビデンスがあるといえるのだとも指摘されます。今の日本で認知行動療法を行っている人の中でどれだけの人が、臨床試験の中でどのようにされているから認知行動療法が対照群よりも有効性が高いことが示されるのかを実体験を通じて知っているのでしょうか。また、エビデンスを冷徹に眺めたとき、認知行動療法は今世間に叫ばれているよりもはるかに相対化されます。堀越先生はそのことも十分に知って(というのは、先生の訓練の始まりが精神分析であったからでもあるのですが)、本書を書いておられます。だから、本書はやはり「精神療法の基本」なのです。

堀越先生のアプローチは極めて実践的、学習的、効果的です。精神療法のステップを「助けて」「どうされましたか?」「どうしましょうか?」「～しましょうか?」「いかがですか?」「さようなら」という具体的な言葉がけにサマライズしているところに、堀越先生のアプローチが象徴的に現れているといえるでしょう。

## 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 ● 著

A5・頁272  
定価2,625円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01663-6

評者 徳田 安春  
筑波大大学院教授/筑波大附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院総合診療科

この本は損害保険会社の顧問医師により書かれたものである。本書で記載されている25のケースはドキュメントファイルと呼ばれ、実際の医療紛争事例を臨場感あふれるドキュメンタリー風のケースシナリオにアレンジしたものであり、なぜ医療事故や訴訟に至ったのかが丁寧に解説されている。数多くの医療事故での紛争を観察した著者ならではのことで、賠償金の支払いをめぐる医師側に責任があるのかないのかなどについてのポイントがわかりやすく記載されており、貴重な教訓が豊富にまとめられている。

### 紛争事例から得られた 貴重な教訓が満載

第一章では、診断での思い込みや見落としなどのピットフォール・バイアスによる診断エラーについてのケースファイルが収録されている。続く第二章では、患者さんや家族に対するインフォームド・コンセントの在り方が問われたケースファイルが記載されている。そして第三章では、検査や治療のための医療手技に関連する事故についてのケースファイルが収録されており、CVカテーテルや内視鏡手技に伴う事故などで争われたものが集められている。

それぞれのケースファイルの項の最後には、教訓として箇条書きのポイントがまとめられており、読者にとってはこれからの診療の助けになる。例えば「コンビニ救急受診の患者さんの診療には注意を要する」ことなどが明言

されており、リスクの多い現場の具体例を示してくれている。他科への紹介などへの注意点、初診患者のバイタル測定的重要性も強調されており、評者も同感である。症例のピットフォール例において特に印象的であったのは、検査にかなり依存した判断を行った場合に診断エラーが起こっているケースが目立っていたことである。例えば、小児の重症細菌感染症に対して、初期CRP値が高値でなかったということで、重症度の判断を誤った症例がある。経験ある医師による重症感やバイタルサインによる判断を重視すべきである。また、大腸閉塞の患者に対して、腹部X線所見で便秘として判断を誤った症例がある。患者の病歴、重症感、身体所見を軽視し検査に溺れる誤診例であろう。

この書にはまた、11の有用なコラム記事がある。この中で法律用語がやさしく解説されており、また診療現場での医療事故を防ぐような簡単な工夫のポイントなどがある。医師が診断パフォーマンスをハイレベルに維持するために重要な点に、平静の心を保つ、と『平静の心——オスラー博士講演集』(医学書院)にも記載されている。本書にも同様に、自身の陰性感情に気付いたらまずは深呼吸するようにと、医師の感情的な動揺のコントロールの仕方などが記載されており、実践的で役立つアドバイスである。

## 運動器疾患の「なぜ?」がわかる 臨床解剖学

工藤 慎太郎 ● 編著

B5・頁232  
定価4,830円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01498-4

評者 板場 英行  
川田整形外科リハビリテーション科統括部長

医学書院から、理学療法士である工藤慎太郎氏の編著による『運動器疾患の「なぜ?」がわかる臨床解剖学』が出版された。理学療法士養成校で学生教育に専念し、現在は運動器疾患の理学療法を臨床で実践している立場から本書を書評する。

### 直面する臨床徴候の 発現機構を考える上での 糸口となる一冊

骨・関節・筋系障害の運動器疾患理学療法は、理学療法業務の根幹的存在である。理学療法士は、運動機能障害を有する対象者(機能障害に関連する活動制限、参加制約を含む)に対し、何を評価し、どのような治療を行うかを最初に考える。

理学療法の対象はヒトであり、理学療法士が実施する理学療法は、失敗の

許されない最大効果の治療帰結に向けたスキルとアートの集積である。対象者に対する的確で最良の理学療法を提供するためには、臨床における諸現象を憶測や経験に頼ることなく、得られた臨床データから推論した仮説に基づいた治療介入と再評価を通して、仮説の証明・棄却を行いながら対象者の問題を論理的に解決するプロセス(臨床推論)を構築する必要がある。

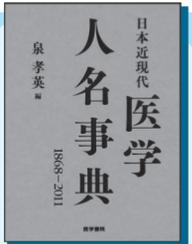
この臨床推論能力獲得には、臨床実践の基盤となる「ものの考え方」を堅持した上で、さまざまな次元(知識・認知・超認知)で推論、検討、考察、思考、決定する自己能力の涵養が要求される。臨床推論過程は、理学療法ノ

わが国の医学・医療の礎を築いた故人の業績を集大成

## 日本近現代医学人名事典 [1868-2011]

明治・大正・昭和・平成の140年間余(1868~2011年)において、わが国の医学・医療の発展に貢献した3,762名(故人)の業績を整理・収載した人名事典。医師、看護師、薬剤師、療法士、検査技師など医療専門職を中心に、著名な患者、社会事業家、出版人など周辺領域で尽力したひとびとも選定した。付録に関連年表・書名索引(全10,055タイトル)を収載。

編 泉 孝英  
京都大学名誉教授/公益財団法人京都健康管理研究会・中央診療所理事長



## 糖尿病指導医・専門医募集

糖尿病診療と研修医の指導を担当して下さる医師を募集しています。

ハートライフ病院は、沖縄県中部に位置する急性期疾患の治療を担う医療機関です。平成24年度から糖尿病専門治療を外来専門のハートライフクリニックに移設しました。入院部門の糖尿病診療と研修医の指導を充実させるため糖尿病指導医・専門医を若干名募集することになりました。沖縄県内でも重症の糖尿病疾患が多い当院で専門医の力を発揮しませんか?

社会医療法人 かりゆし会 **ハートライフ病院**

担当: 人財開発室部長 比嘉 電話 080-1794-7674 FAX 098-895-7780  
E-mail: jinzai@heartlife.or.jp URL: http://www.heartlife.or.jp/



# パルス波ECTハンドブック

Mehul V. Mankad, John L. Beyer, Richard D. Weiner, Andrew D. Krystal ● 著  
本橋 伸高, 上田 諭 ● 監訳  
竹林 実, 鈴木 一正 ● 訳

A5・頁224  
定価5,250円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01565-3

評者 栗田 主一  
東京都健康長寿医療センター研究所研究部長

本書は、米国のデューク大学メディカルセンター精神行動学の Weiner 教授と、同センターのスタッフである Mankad 臨床助教授、Bayer 助教授、Krystal 教授によって執筆されたパルス波 ECT の系統的教科書である。

1930年代後半にイタリアの Cerletti と Bini によって精神科治療に導入された ECT は、その後の 70 年の歴史の中で、麻酔、酸素化、筋弛緩、発作モニター、パルス波型治療器の導入など安全面での改良を重ねられ、今日ではある種の精神障害(重症の精神病性うつ病や緊張病など)に対しては最も有効かつ安全な救命の治療法であることが広く認識されている。それにもかかわらず、この治療の利用度に不均衡があるのは、専門家以外の人々が抱く有害作用についての誤解と、ECT に携わる精神科医がそもそも不足していることによる、と本書の序論で指摘されている。この事情は日本も同じである。有効かつ安全な ECT を普及させるためには、知識と技能を持った医師と関連スタッフの育成が欠かせない。

本書の監訳者の一人である本橋伸高氏は、2002年にパルス波 ECT をわが国に導入し、わが国における安全な ECT の普及、治療手技の標準化、教育体制の整備において中心的な役割を果たしてきた精神科医である。また、監訳者の一人である上田諭氏と訳者の鈴木一正氏は、実際にデューク大学の Weiner 教授の下でパルス波 ECT の治療手技を学び、竹林実氏とともに、

ECT の有効性と安全性に関するわが国独自の臨床エビデンスの蓄積に貢献してきた研究者であり臨床家である。上田氏の言葉を借りると、「頭に 100

ボルト前後の電気を流す、けいれんが起きるということで治療がほぼ完了する」サイン波 ECT とは異なり、パルス波 ECT には「麻酔、電気刺激、発作後反応の段階でのさまざまなパラメータを適切に設定し、評価する」という治療手技がある。欧米に比べて、わが国におけるパルス波 ECT の歴史はまだ浅い。そのためにパルス波 ECT の有効かつ安全な治療手技をめぐる議論も未熟な状況にある。議論を深めていくためにも、まずはパルス波 ECT の治療手技に精通する必要がある。

本書の第1部にはパルス波 ECT の歴史、適応、患者の評価について、第2部には電気刺激の基礎理論、臨床の実際(刺激用量設定の方法や発作の適切性の評価など)、使用する麻酔薬や他の薬物の選択について、第3部には発作時の運動反応、脳波反応、心血管反応のモニタリングについて、第4部には有害作用、適切な発作への対処(発作の増強法や遷延発作への対処など)、急性期 ECT、維持 ECT、ECT 施行手順についての解説がある。いずれも簡潔かつ実践的な記述であり、今日的な議論についてもわかりやすく要約されている。本書は、わが国におけるパルス波 ECT の知識水準を高め、治療手技の議論を深める重要な書である。ECT に携わるすべての臨床家にご一読いただきたい。

本書の第1部にはパルス波 ECT の歴史、適応、患者の評価について、第2部には電気刺激の基礎理論、臨床の実際(刺激用量設定の方法や発作の適切性の評価など)、使用する麻酔薬や他の薬物の選択について、第3部には発作時の運動反応、脳波反応、心血管反応のモニタリングについて、第4部には有害作用、適切な発作への対処(発作の増強法や遷延発作への対処など)、急性期 ECT、維持 ECT、ECT 施行手順についての解説がある。いずれも簡潔かつ実践的な記述であり、今日的な議論についてもわかりやすく要約されている。本書は、わが国におけるパルス波 ECT の知識水準を高め、治療手技の議論を深める重要な書である。ECT に携わるすべての臨床家にご一読いただきたい。

士養成校や卒前の臨床実習において、相応の教育・指導が展開されるが、その確立には国家資格取得後 10 年以上の持続した臨床実践に基づく自己研鑽が必要とされる。

日々の臨床の中で、「なぜ?」という疑問を持ち、その解決に向け、最良の判断/判定/考察/対応ができる専門家が理学療法士であるといえる。

運動機能障害に対する理学療法は、的確な障害評価分析(3モデル:運動学的、病理運動学的、運動病理学的)を基に、関連学際領域(3学際領域:機能診断学、障害分析学、臨床判断学)を駆使し、統合的・包括的治療(3根拠治療:実践的、科学的、叙述的)に向けた治療方略が必務である。

本書は、理学療法士が日常の臨床で担当する頻度の高い 20 例の骨関節系運動器疾患に対し、臨床徴候や障害像を解剖学的視点から考察、解釈、説明したものである。執筆者は臨床に従事

する傍らで、学生時代に解剖学書で学んだ「人体地図」の再学習を实践し、その学問的基盤を基に運動器疾患の運動療法を見つめ直している。

その内容は、肉眼解剖学的見解を中心に、病態解剖学、臨床運動学、運動機能障害分析学を包含している。1950年代から最新のものまでの有益論文を参考・引用し、「なぜ、そのような臨床徴候が発現しているのか」を臨床解剖学的見地から説明し、理学療法治療への示唆を提示している。

日常業務に忙殺されて看過しかねない問題や疑問に対して、解決の糸口を与えるセラピスト必携の一冊である。読者となるセラピストには、本書に記載されていない疾患に対しても、直面する臨床徴候の発現機構を考える「臨床的くせ」を持ち、その臨床的集積が臨床推論能力の向上につながることを望む。

# 成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル

神尾 陽子 ● 編

B5・頁208  
定価3,990円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01546-2

評者 加藤 進昌  
昭和大附属鳥山病院長

自分が自閉症スペクトラム(ASD)ではないかと疑って、一般精神科を受診する成人が増えている。この場合、児童期に診断を受けた例はごく少数であり、児童期の自閉症およびその後成長した臨床像を想定した今までの議論とは対象を

異にする可能性が高い。しかもその有病率は本書にもあるように、およそ1%と見積もられている。多くの一般精神科医にとっては、いきなりなじみのない患者群が現れたに等しく、戸惑いを覚えている方が多いのではないだろうか。同じことは患者とその家族にも当てはまるように思う。これまでの長い挫折や引きこもりに疲れ果て、ようやく見つけた一縷の希望から医療機関を訪れても、診断だけで治療も具体的な指針もないままに帰ることが多いと予想される。場合によっては診断もはっきりしないことが多いかもしれない。

本書は、この需給のミスマッチの現場ですぐに役立つマニュアルとして用意されたものである。II部構成になっており、まずI部では、診療現場で問題になることが多いテーマを順に選んで、具体的に説明されており、実際的である。また、患者や家族から質問を受ける頻度の高そうなポイントについてコラムが用意されているのは、出色といえよう。II部では30例の症例報告が挙げられている。ボリュームはほぼ同等であり、具体的な症例記述が多いことが、本書の最大の特色であるよ

うに思われる。内容面では、この編集に当たった神尾陽子氏の文章は、豊富な経験と内外の文献への該博な知識がうかがえ、読み応えがある。

あえて問題を挙げる とすれば、症例編で女性例が3分の1を占めている点であろうか。

コラムにあるように、典型例や不適応が目立つ例は ASD に関する限り、男性が圧倒的に目立つというのが私の臨床の実感であり、本書は女性例がやや多すぎる。私の経験では女性例はむしろ「ASD もどき」が目立ち、典型例中心に社会的スキルを訓練する当院のケアでは男女比は4:1くらいになる。一方、非典型例である特定不能の広汎性発達障害(PDD-NOS)という診断例ではせいぜい2:1、「ASDではないと思います」という群になると男女比は逆転する。ただし、この診断の微妙さは現在の診断基準の問題点と直結しており、むしろ臨床現場を正直に反映しているということかもしれない。読者は症例記述をうのみにするのではなく、多少批判的に受け止めて読み進めるようにすれば、より深い理解に到達できるようにも思う。

いずれにしても、混乱する臨床現場にとりあえずという形で、マニュアルを提供した試みは高く評価したい。今後は就労支援の実例やその具体的な方法などをさらに充実させて、臨床医たちにとってのゴールドスタンダードをめざしてほしいと願うものである。

## PHOTO LETTER

武力紛争、天災、貧困など苦境に立つ人々に医療を提供する国境なき医師団。その活動地域は、世界70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。



文・写真 国境なき医師団日本 www.msf.or.jp

## 08: 国内外で苦境に立つマリの人びと

マリでは武力衝突が続く、多くの人が国内国外への避難を余儀なくされている。国境なき医師団(MSF)は国内で医療・栄養対策プログラムを運営するほか、ブルキナファソ、モーリタニア、ニジェールでもマリ人難民を援助している。モーリタニアのベラ難民キャンプ(写真)では5万人以上が過酷な生活を強いられており、MSFの調査によると栄養失調率・死亡率ともに深刻な水準にある。

いまのケアを、一歩深める

### MDアンダーソン サイコソーシャル・オンコロジー

MD Anderson Manual of Psychosocial Oncology

世界的に名高いM.D. Anderson Cancer Centerにおける膨大なエビデンスと臨床経験をもとにまとめられた、緩和ケアに関する手引。がん患者やその家族が抱える苦痛、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな問題を包括的に取り上げ、どのように考えていくべきか、対処すべきかを具体的に解説。緩和ケアチームの一員として患者を支えるうえでのベースとなる知識を学べる。

監訳: 大中俊宏 東京医療センター緩和ケア内科医長  
岸本寛史 高槻赤十字病院緩和ケア診療部長

定価8,190円(本体7,800円+税5%)  
B5 頁424 図15 2013年  
ISBN978-4-89592-721-5

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL.(03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

もう困らない! 簡潔ながら頼りになる1冊

### 認知症の臨床

最新治療戦略と症例

認知症の診断と治療に関する最新の知識をまとめた臨床テキスト。まず認知症と他の精神症状との鑑別診断や、アルツハイマー病を中心に認知症の分類について整理。「ドネペジル」と新たに認可された「ガランタミン」、「リバスチグミン」、「メマンチン」それぞれについて、症例を提示しつつ薬理作用や臨床効果などを具体的に解説。周辺症状の治療についてもまとめ、巻末には症状の評価法を掲載。専門医のみならず広く認知症の診療について知識を整理したい医師・薬剤師必読。

著: 一宮洋介  
順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター院長補佐/メンタルクリニック教授

定価3,780円(本体3,600円+税5%)  
A5変 頁180 図・写真72 2013年  
ISBN978-4-89592-728-4

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL.(03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

信頼と実績の治療年鑑

# 今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2013

私はこう治療している

総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢

# 1119疾患項目はすべて 毎年全面書き下ろし

- 処方例に掲載の商品名に対応する一般名がすぐにわかる別冊付録「商品名・一般名対照表」
- 各科領域の「最近の動向」を解説

- 新規付録「予防接種(ワクチン)の種類・接種時期一覧」「プライマリケア医のためのがん診療の最新動向」を掲載
- 大好評の付録「診療ガイドライン」:30の診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2013」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利  
(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

- デスク判(B5) 頁2064 2013年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01643-8]
- ポケット判(B6) 頁2064 2013年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01644-5]

好評  
発売中

一般名処方最適! 価値ある情報をこの一冊に網羅!

# 治療薬マニュアル2013

監修 高久史磨・矢崎義雄 編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

2013年版の特徴

- 妊産婦・授乳婦への投薬リスクをアイコン表示!
- 後発品は剤形、規格単位、製造販売社まで掲載
- 2012年に薬価収載された新薬を収録

本書の特徴

- 各領域の専門医による総論解説、最新の動向を各章に掲載
- 2,200成分、16,000品目の医薬品情報を約2,600頁に収録
- 使用目的や使用法、適応外使用など、臨床解説が充実
- 重要薬、重要処方情報をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」

治療薬マニュアル 特設サイト開設! <http://www.chimani.jp>

- B6 頁2592 2013年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01677-3]

別冊付録

「重要薬手帳」



好評  
発売中



「治療薬マニュアル2013」×「今日の治療指針2013年版」  
**合同プレゼント企画**  
特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2013年版」と「治療薬マニュアル2013」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2013」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2013年版」に同封の書籍の「ご注文書はがき」に貼付してお送りください(2013年10月1日消印分まで有効)。

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

カラー図譜を新設し、検査にかかわる全医療従事者を強力にサポート!

# 臨床検査 データブック 2013-2014

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

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

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

- 目次 カラー図譜  
臨床検査の考え方と注意事項  
検査計画の進め方  
基本検査テクニック

- 検査各論  
生化学検査  
内分泌学的検査  
血液・凝固・線溶系検査  
免疫血清検査  
感染症検査  
腫瘍・線維化マーカー  
癌細胞遺伝子検査  
遺伝学的検査

- 尿検査  
糞便検査  
細胞診  
血液・尿以外の検査  
薬物・毒物

疾患と検査

- 付録  
特定健康診査と保健指導対象者の選定  
日本人小児の臨床検査基準値  
保険点数一覧(臨床検査分野)  
医薬品添付文書情報 臨床検査値への影響

## 臨床検査 データブック

LAB DATA 2013-2014

見やすく、詳しく、わかりやすく  
“考える検査”をサポートする!

No.1 検査値判読マニュアル

- ・巻頭にカラー図譜(血液・尿沈渣・グラム染色)を新設!
- ・「異常値のメカニズム」を検査項目ごとに詳解!
- ・「保険点数情報」を収録! 付録の一覧表で包括点数もわかる!
- ・「関連する検査」の見出しで他検査との関連性がわかる!

医学書院



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