

2013年10月14日

第3047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 (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

- 第61回日本心臓病学会..... 1面
[寄稿]若手臨床研究者のための査読の心得(伊藤康太)..... 2面
[寄稿]全疾患を対象とした、緩和ケアサポートチームの横断的活動(関根龍一) 3面
[新連載]「問診力」で見逃さない神経症状..... 4面
[連載]続・アメリカ医療の光と影/在宅医療モノ語り..... 5面

日本発臨床試験の信頼回復に向けて

第61回日本心臓病学会の話題より

近年、日本発の大規模臨床試験の結果が相次いで発表され、海外一流誌に掲載されるようになった。しかしその一方で、臨床研究における利益相反やデータ不正にかかわる事件が発生しており、臨床研究に対する信頼を揺るがす事態となっている。

今後、わが国の臨床試験が国際的な信頼を回復させるためにどのような対策が必要なのだろうか。アカデミアはどのような役割を果たすべきだろうか。本紙では、第61回日本心臓病学会(会長=熊本大学大学院/国循・小川久雄氏、2013年9月20-22日、熊本市)において企画されたシンポジウム「医師主導型臨床試験のあり方を巡って——日本発臨床試験の信頼回復に向けて」(座長=臨床研究適正評価教育機構・桑島巖氏、自治医大・永井良三氏)の様態を報告する。

シンポジウム冒頭で座長の桑島氏は、論文不正問題が臨床医の降圧薬選択に悪影響を及ぼした可能性と日本発臨床研究の信頼が国際的に失墜したことを指摘。臨床研究のあり方を見直す上で、以下4つの論点を提示した。

- ①治験同様、臨床研究にも薬事法による規制を適用すべきか
②すべて二重盲検法で行うべきか
③奨学寄付金制度は改めるべきか
④利益相反(COI)のあり方

薬事法による規制を臨床研究に適用すべきか

中でも現在争点となっているのは、①臨床研究の規制の問題だ。臨床試験は、薬事申請目的の「治験」と、それ以外の「臨床研究」に区別される。治験は薬事法に基づきGCP(Good Clinical Practice)が適用され、罰則規定がある。また、データのモニタリングや監査が求められる。一方で臨床研究は、厚労省「臨床研究に関する倫理指針」等があるものの罰則規定はなく、データの信頼性保証に関する規定もGCPほど厳格ではない。なお、英国やフランスでは、薬事申請目的の有無にかかわらず、すべての臨床試験において治験と同様の規制が行われている。

これら背景を踏まえ、「臨床研究の規制が不十分であるという声は根強い」(座長の永井氏)という。しかしながら、もし臨床研究にGCPを適用

すると、膨大な書類の発生による手続きの煩雑化やコストの高騰を招くという懸念も出ている。

このジレンマに対し演者の植田真一郎氏(琉球大)は、「個々のデータの正確性は結果の信頼性を担保しない」と指摘。診療上の問題点を解決するような臨床研究においてはGCP適用の二重盲検プラセボ対象比較試験は必須ではないと述べ、規制強化によって臨床研究のデータ管理に治験同様の質を求めることに異議を唱えた。GCPの一律適用となれば、製薬会社などが資金を提供する大型研究以外は実現が困難になるというバイアスが生じる。これにより、「診療現場での治療法の効果を評価しよう」という真の医師主導型臨床研究が衰退してしまうという。

では、医師主導型臨床研究の質を担保するための課題は何か。氏は、KYOTO/JIKEI HEART STUDYにおいては研究の目的が研究デザインに反映されていないと考察。信頼性のある結果を得るためのリテラシーやスキルの向上、多職種連携による共同研究体制の構築こそが問われていると強調した。

利益相反を適切に管理する

利益相反とは、自らの行動に不適切な影響(バイアス)を及ぼすと問われる(問われかねない)外部との経済的または個人的関係を有している状態を指す。ただ、産学連携による医学研究



シンポジウム「医師主導型臨床試験のあり方を巡って」



小川久雄会長

を推進すれば、不可避的に利益相反は発生することになる。山崎力氏(東大臨床研究支援センター)は、「利益相反が悪なのではなく、利益相反を適切に管理しないことが問題となる」と主張。NEJM誌やランセット誌などに掲載された論文において、製薬企業所属者の研究への直接的関与が明記されている事例を挙げ、厳格な品質管理・品質保証(モニタリング・監査・GCP適合性調査など)が確保されれば容認され得るとの見解を示した。

さらに、国立大学附属病院長会議の下に設置された臨床研究推進会議が「臨床研究の信頼性確保と利益相反の管理に関する緊急対策」(http://www.univ-hosp.net/guide\_cat\_02\_5.pdf)を先日取りまとめ、国立大学附属病院に通知したことを明らかにした。本対策では、一連の事件を国立大学病院が当事者として受け止め、各施設で点検・整備すべき教育・支援・監視体制を求めており、臨床試験の位置付けに応じた品質管理の基準と具体的手順も解説されているという。

問われる学会のリーダーシップ

続けて、研究支援企業の立場からは北川雅一氏(株式会社ACRONET)が、臨床研究に潜む企業リスクとその予防について説明。奨学寄付金名目の資金提供が契約ベースに切り替わりつつあるなど透明化が進む一方で、「資金源の情報が被験者に正しく伝わっている

か」「資金源の情報が研究登録データベースに正しく記載されているか」「自己調達」の記載は許されるか)などの課題があると指摘した。

行政の立場からは山田雅信氏(医薬品医療機器総合機構)が登場。「疫学研究に関する倫理指針及び臨床研究に関する倫理指針の見直しに係る合同会議」ならびに、論文不正事件を受けての「高血圧治療薬の臨床研究事案に関する検討委員会」の検討状況、厚労省が推進する「臨床研究中核病院等の整備事業」を概説した。

報道の立場からは津津貴史氏(日本医学ジャーナリスト協会)が、学会報告以外で記事に影響を与えるものとして、①学会主催の記者会見、②スポンサーによるメディアセミナー、③個人的レクチャーの3点を挙げ、臨床試験結果の報道例をもとに解説した。

最後に登壇した大会長の小川氏は、自身が主任研究者としてJAMA誌に掲載されたJPAD trialの概要を説明。同研究は、2型糖尿病における動脈硬化性イベントへの低容量アスピリン療法による一次予防効果を調査したものの。厚労科研として全国163か所の医療機関の協力を得て行われており、日本発の医師主導型大規模臨床研究の理想形が示された格好だ。

討論では、規制の妥当性やデータマネジメントの改善、受託契約の推進などが議論された。最後に永井氏が、学会が臨床研究の信頼性向上に率先して努める必要性を説き、シンポジウムを閉じた。

10 October 2013

新刊のご案内

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650(書店様担当) ●医学書院ホームページ(http://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

臨床検査データブック【コンパクト版】(第7版)

監修 高久史磨
編集 黒川 清、春日雅人、北村 聖
三五変型 頁406 定価1,890円
[ISBN978-4-260-01896-8]

救急レジデントマニュアル(第5版)

監修 相川直樹
編集 堀 進悟、藤島清太郎
B6変型 頁480 定価5,040円
[ISBN978-4-260-01874-6]

米国SWOGに学ぶがん臨床試験の実践(第2版)(原書第3版)

訳 JCOGデータセンター
訳者代表 福田治彦
B5 頁256 定価5,250円
[ISBN978-4-260-01864-7]

CRCテキストブック(第3版)

編集 日本臨床薬理学会
責任編集 中野重行、小林真一、景山 茂、楠岡英雄
B5 頁368 定価4,620円
[ISBN978-4-260-01796-1]

心的外傷後成長ハンドブック 耐え難い体験が人の心にもたらすもの

監訳 宅香菜子、清水 研
A5 頁572 定価5,250円
[ISBN978-4-260-01639-1]

専門医のための消化器病学(第2版)

監修 小俣政男、千葉 勉
B5 頁702 定価15,750円
[ISBN978-4-260-01835-7]

覚醒下手術ガイドライン

日本Awake Surgery研究会 編
B5 頁108 定価4,725円
[ISBN978-4-260-01863-0]

〈標準臨床検査学〉基礎医学-人体の構造と機能

編集 岩谷良則
B5 頁392 定価6,090円
[ISBN978-4-260-01753-4]

がん疼痛緩和の薬がわかる本

余宮さのみ
A5 頁248 定価2,310円
[ISBN978-4-260-01859-3]

看護教員ハンドブック

編集 古橋洋子
A5 頁152 定価2,520円
[ISBN978-4-260-01894-4]

カルテを読むための医学用語・略語ミニ辞典(第4版)

浜家一雄 編
新書変型 頁248 定価1,260円
[ISBN978-4-260-01878-4]

言語聴覚研究 第10巻 第3号

編集・発行 日本言語聴覚士協会
B5 頁152 定価2,100円
[ISBN978-4-260-01913-2]

寄稿

# 若手臨床研究者のための査読の心得

伊藤 康太 ニューイングランド大学医学部 内科・老年医学



●伊藤康太氏  
1998年東医歯大医学部卒。米国内科・老年医学専門医。臨床疫学・ヘルスサービス研究修士。米国内科学会上級会員。一般医学誌から医療経済専門誌まで、年間約30編の学術論文を査読。2009

年度より4年連続で米国内科学会誌のOutstanding Peer Reviewerに選出される。専門は高齢者プライマリ・ケアにおける臨床決断分析・費用対効果分析。

昨今の研究不正の発覚を契機に、査読制度の不備がまたしても露呈しました。学術出版においては、投稿された論文を同じ分野で仕事をしている研究者仲間 (Peers) に評価させ採否を決定する制度が定着しており、これを査読 (Peer Review) と呼んでいます (図)。

年間数十万件に及ぶであろう学術論文の査読は、世界中の研究者の無償奉仕によって成り立っています。一方で、査読の有効性を実証した研究は乏しく、査読者間で意見が割れることは日常的ですし、研究不正の見落としも今に始まったことではありません。ただ一言えるのは、かくも非科学的な制度が三世紀の長きにわたって学術社会を支えてきた過去と、おそらくこの先も支えていくであろう未来です。

若手臨床研究者が論文の書き方を学ぶ上で、査読ほどの生きた教材はありません。しかしながら論文の執筆に比べ、査読について具体的な指導を受ける機会は限られているかもしれません。そこで若手臨床研究者を対象に、一査読者としての私見を述べたいと思います。

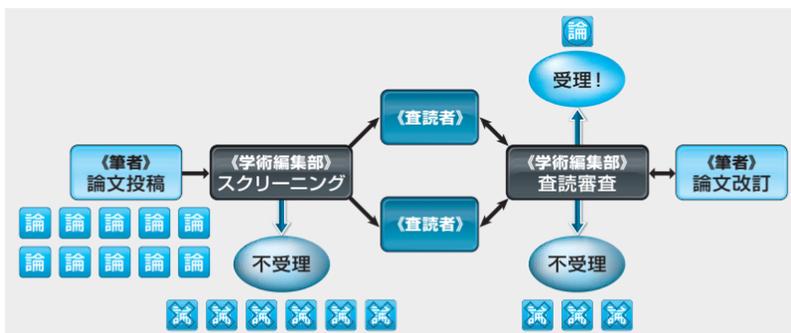
## 未完成の論文を教育的かつ建設的に吟味する

査読者には、果たすべき2つの役割があります。

- \* 編集部にとってのレフェリー
- \* 著者にとってのアドバイザー

査読者はレフェリーとして、論文の採録の是非について編集部が適切な裁定を下せるよう助言します。このとき査読者は、自分の興味に合致するか、自分の研究に役立つといった私的な事情を一切挟まず、学術誌の方向性と過去に採録された論文のレベルとを鑑みて、受理/条件付き受理/不受理のいずれかを選択しなければなりません。もちろん、どのような選択に至ろうと、査読の過程で論文内容が少しでも改善されるよう、全力を尽くして著者にアドバイスすることには変わりはありません。学術誌は星の数ほどあり、不受理となった論文もいずれはどこかの学術誌に採録される可能性が高いからです。

査読とは本来、未完成の論文を教育的かつ建設的に吟味するクリエイティブな作業です。既に出版されている論文を批判的に吟味するレトロスペクティブな作業とは、当然ながら、その意味合いも異なります。私自身が特に注目するのは、以下の2点です。



●図 学術出版における査読プロセスの一例  
米国内科学会誌の場合、投稿された原著論文の6割は編集部の裁定によって不受理となり、残る4割が複数の査読者へと割り振られる。最終的に受理される原著論文は全投稿論文のうち1割に満たない。

- \* Is the question worth asking? (研究コンセプト)
- \* Is the answer worth getting? (研究デザイン)

原著論文を読む能力と書く能力とは似て非なるものですが、査読者にはその両方がバランスよく備わっていなければなりません。論文の問題点を指摘すること (ネガティブ・フィードバック) が半ば目的化してしまった、チェックシートを埋めたような査読を目にすることもあります。それだけでは不十分です。もし自分が著者の立場にあったなら、それらをどのように解決するか、そこまで踏み込んで提言することが査読者には求められます。

さらに言えば、それらの問題点は承知の上で、その論文から読者にとって大切なメッセージをいかに導き出せるかを議論すること (ポジティブ・フィードバック) のほうがはるかに有意義でしょう。若手臨床研究者にとって、最新の知見をめぐって同分野の第一線で活躍する研究者と真剣に向き合える機会は、査読を除くと、そうめったに訪れるものではありません。ちまたにあふれる非査読媒体 (商業論文、書籍、ブログ等) からは得ることのできないその知的ワクワク感こそが、査読の醍醐味なのではないでしょうか。

## 査読のマナーとは

査読者は匿名性が保証されている上、一方的に著者の仕事を評価する権限を与えられています。圧倒的に有利な立場にいるからこそ、著者の努力に対して最大限の敬意を払わなければなりません。例えば論文の書式について、むやみに自己流を押し付けるような査読は、著者への配慮を欠くものとみなされるかもしれません。

同様に、言葉や表現の選び方にも慎重を期したいものです。自分自身が受け取ったらどう感じるかを想像し、攻撃的なニュアンスは避けるべきです。査読者だからといって、何を発言しても許されるというのは甚だしい思い上がりです。例えば私のような医療統計学の非専門家が半可通な知識を頼りに、統計手法に口を挟んだところで、むしろ見識の浅さを際立たせ、結果的に著者のみならず編集部の不興を買うことも十分に考えられます。自分を賢く見せようと背伸びするのではなく、自分の守備範囲内でしっかりとした提言をすることに専心しましょう。忘れられがちですが、査読者もまた編集部から審査されています。誠実な査読者に対しては、次の査読依頼がすぐに届くことでしょう。

以上の論点を参考にして、著者が返答しやすいように、レポートを作成します。まず冒頭で論文の概要を述べ、論文の優れた点について指摘します。続いて、論文の改善すべき点について、採録の是非にかかわるもの (メジャー・コメント) とかかわらないもの (マイナー・コメント) とに分けて、箇条書きにまとめます。

査読の所要時間は論文1編当たり3時間程度と言われており、初心者の場合それを上回ることが予想されます。締め切り (一般的に2週間以内) の順守が困難ならば、依頼を丁寧に断り、編集部に対して適任と思われる代理人を紹介することが礼儀です。

## 査読者としての私の信条

査読は、多数決の場ではありません。少数派であろうと、自分の主張を正々堂々と展開すべきです。

私自身に関して言えば、私はEBMの熱烈な信奉者ではありません。従来

のEBMを洋服に例えるなら、先に最高級の生地 (内的妥当性) を選んで、後から one-size-fits-all のサイズ (外的妥当性) に自分の体のほうを無理矢理に合わせる行為に近いかもしれません。介入研究を例にとるなら、患者さんを可能な限り均質化し、死亡率や検査データといったハード・データを定量化したランダム化研究こそが、best available evidence とみなされる傾向があります。本来ならば、患者さんを集団として扱う政策立案者や製薬企業にとって有用なランダム化研究ですが、必ずしも臨床判断の個別化を想定した研究デザインではありません。生地とサイズを並行して選ぶように、内的妥当性と外的妥当性は同時に検討されるべきであると私は考えます。

医療をありのままの現象として観察した非ランダム化研究は、介入研究であろうと、上質な生地で仕立てられた、そしてなによりも自分の体にフィットした洋服になり得ます。人間としての営みや臨床の現場感といったソフト・データからの知見は、臨床判断を個別化する上で極めて有用です。EBMのルールによってふるい落とされてしまう available good evidence を、多彩な研究デザインの中からコツコツと拾い上げることが、査読者としての私の信条です。

## 学術社会の信頼に応えよう

学術論文を通じて、われわれは医療者としての最新の診断や治療技術を学び、時にひとりの人間として生と死、健康、疾患、そして医療そのものの意味について深く思索することになります。査読の依頼は、そんな学術論文を公正に評価するのにふさわしい資質の持ち主である、という編集部 (そして大局的に見れば学術社会) からの信頼の証しでもあります。その信頼に応え、学術社会に貢献する誇りと充実感を、ぜひとも若手臨床研究者の皆さんと共有することができるよう願っています。

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>

学会発表がうまくなる、論文執筆が楽しくなる!

### 基礎から学ぶ 楽しい学会発表・論文執筆

若手医療関係者や医療系学生に向けて、学会発表や論文執筆のコツを具体的に解説。学会選び、抄録・スライド・ポスターの作成、口演とポスター発表の違い、投稿雑誌選び、投稿規定の重要性、編集委員会とのやりとり、やってはいけない「べからず集」など、実践的な情報が満載。「基礎から学ぶ 楽しい～」シリーズ第2弾。隠れファンの多い脚注も一読の価値あり。本書を読めば、学会発表がうまくなる、論文執筆が楽しくなる!

中村好一  
自治医科大学教授・公衆衛生学

ISBN978-4-260-01797-8

医学書院

想像を超えるSHDインターベンションの可能性

### SHDインターベンション コンプリートテキスト

Structural Heart Disease Interventions

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

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

ISBN978-4-260-01789-3

医学書院

## 寄稿

# 全疾患を対象とした、緩和ケアサポートチームの横断的活動

関根 龍一 亀田総合病院 疼痛・緩和ケア科部長

## がんに限局した緩和ケアは見直しが必要

2006年に制定されたがん対策基本法以降、日本の緩和ケアは大きな広がりを見せたが、それは、対象疾患を“がん”のみに限局したものである。人生最後の生を充実した時間として過ごせるようにサポートする“ホスピス・緩和ケア”において、がん患者のみを対象とする現状の緩和ケア体制は早晩見直しが必要になるだろう。

筆者が緩和ケアの専門研修を受けた米国においても、ホスピス・緩和ケアは全疾患の終末期を対象としており、ホスピス契約者の半数以上は非がん疾患で占められている。

## 非がん疾患に緩和ケアを応用する際のバリア

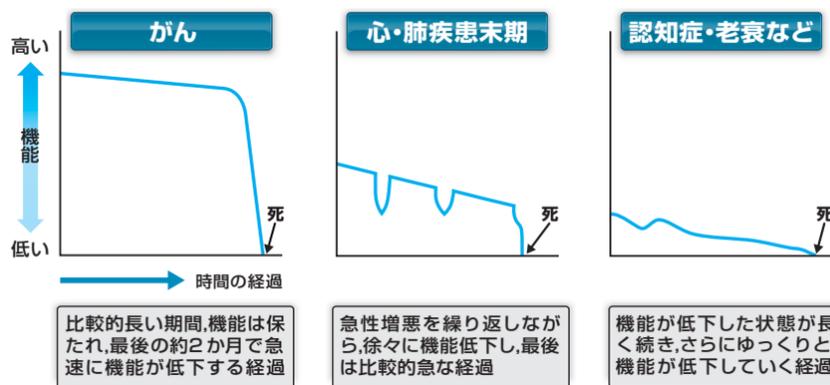
2011年のわが国の年間死亡者数のうち、悪性腫瘍の占める割合は28.5%<sup>1)</sup>であった。つまり、割合からすると非がん疾患による死亡者は、がん患者の約2倍と多数派である。それにもかかわらず、なぜ、非がん疾患に急性期病棟の緩和ケアチームが介入することはほとんどないのだろうか。

まず、その要因として、非がん疾患の病気の軌跡 (trajectory) は、がんとは異なり、予後の予測が難しい点が挙げられるだろう (図)<sup>2)</sup>。また、非がん疾患では終末期であっても疾患特異的な何らかの治療を継続できる場合が多く、がんに比べて、緩和ケアへの移行がより困難であることも知られている。

しかし近年、がんでは終末期に限らない早期からの緩和ケア介入が重要視され、がん診療に携わる者の中でもこの考え方は少しずつ受け入れられつつある。筆者は、この概念を非がん疾患にも敷衍してみれば、非がん疾患に緩和ケアを応用した場合の利点を理解しやすいと考えている。

## 疾患名にかかわらずサポートする、緩和ケアチーム活動

当院では、緩和ケア病棟を持たずに、痛みやつらさがあれば疾患名にかかわらず院内横断的にサポートするチーム活動を07年度から続けている。活動当初より、緩和ケアチームへの非がん疾患の依頼は毎年約2割(50—60件/250—300件中)で推移している。この数字自体は決して多くはないが、日本全国の急性期病棟の緩和ケアチーム



●図 疾患群別予後予測モデル (文献2を参考に作成)

における全依頼件数中の非がん疾患の割合が2.5%であること<sup>3)</sup>を考慮すると、日本の特殊な状況下では、疾患によらない緩和ケアサポート活動がある程度周知されていると言いつい過ぎだろうか。

それでは、院内で行っている横断的なチーム活動について下記に示す。

### ◆オピオイドサーベイランス活動

急性期病棟で、非がん疾患への緩和ケアサポートを行うには、疾患によらず、痛みやつらさが強い患者の拾い上げをいずれかの時点で行う必要がある。当院では、入院患者で医療用麻薬を使用している全患者に対して、疼痛状況、処方内容、副作用対策等の項目に関するチェックと、主治医チームに対する処方等に関する推奨内容の記載を電子カルテ上で、10年1月から週1回、チーム薬剤師が主導するかたちで実施している。

ポイントは、“疾患を区別せず麻薬使用者全員をモニターする”点である。疾患によらず網羅的に痛みのサーベイランス活動を継続していくことで、緩和ケアチームが非がん患者の痛みやつらさについても対象にするというスタンスを、病院内に継続的に示すことができる。このオピオイドサーベイランスにおける非がん患者の割合は全体の約1—2割で推移している。

### ◆術後疼痛プロジェクトの推進

3年前から術後疼痛プロジェクトが院内に発足し、現在は緩和ケア医である筆者が責任者を務めている。麻酔科、外科系診療科、看護部、薬剤部、ME室などと連携しながら、術後疼痛成績の全体的底上げをめざして活動をしている。術後疼痛は麻酔科チームと緩和ケアチームの各担当領域の狭間に当たり、どの病院でもサポートが手薄だが、疼痛改善へのニーズは高い。

米国の急性期病棟であれば、術後疼痛は acute pain service<sup>3)</sup>に任せておけばよい状況にあるが、わが国はそのような確立した仕組みがないため、隣接領域部門が協力し合う必要がある。各病院の事情に沿う必要はあるが、各病院の緩和ケアチームが本領域へ積極的に参画していく取り組みのプロセスそのものも、院内横断的な疼痛・緩和ケア向上の一助になるだろう。

### ◆事前指示の推進

心肺蘇生を含む治療項目ごとに患者本人の意向を確認するツールとして、事前指示 (advance directive) がある。筆者は昨年度より、当院の事前指示委員会の委員長を務め、現在は電子カルテ上に医療チームメンバーの誰もが、一目で患者の事前指示内容を確認できるフォーマット作成などを行っている。疾患によらない緩和ケアを推進する上で、患者本人の意向を尊重した治療やケアを実施することは、QOLにも直結する最重要事項である。

このためには、各患者の事前指示を明確化し、これを医療チーム内で容易に共有できる仕組みが不可欠となる。今後もこの活動を通じて、常に患者のそばにいて患者のよき支援者 (advocator) として重要な役割を担う看護師らと協働し、患者の意思に沿った治療・ケア介入が行われるよう、病院横断的なサポート活動を行っていく予定である。また、院内の倫理問題検討委員会に問題事例を気軽に相談できるような、倫理コンサルテーションの普及に向けた取り組みも今後の課題である。

### ◆集中治療室 (ICU, CCU, HCU) における疼痛・緩和ケアサポート

近年、米国では、救急や集中治療室における患者や家族のQOL、および医療者自身のQOLを向上させるために、緩和ケアアプローチを救急や集中

### ●関根龍一氏

1997年滋賀医科大学卒業、在沖米海軍病院、亀田総合病院で研修。米ニューヨーク市ベイスラエル病院内科レジデント、同院ペインマネジメントフェロー、マウントサイナイ医大ブロンクスVA病院緩和医療フェロー、メモリアルスローンケタリングがんセンター疼痛緩和フェローなどで米国の緩和医療を経験した後、2007年より亀田総合病院緩和ケア科、11年より現職。米国内科専門医、米国ホスピス緩和医療専門医。

治療に統合させる動きが広がりをみせている。一方、日本では一般的に救急や集中治療室といった侵襲性の高い治療を受けている患者にまで、緩和ケアチームが介入を依頼される頻度は、米国に比べて非常に少ない。当院では、依頼件数は多くはないものの、集中治療室 (ICUやCCU) やそれに準じた病室 (HCU) からニーズに応じてコンサルトを受けている。

依頼内容は、術後疼痛の遷延、積極的治療への苦痛が強いことを理由とした治療の継続・撤退の相談、家族へのケア、困難な患者への対応方法に関する相談などさまざま。依頼理由としては、疼痛などの苦痛症状の緩和目的の相談が多いが、そこから派生して主治医チームや患者・家族からのニーズがあれば、患者・家族にとっての最良の治療方針決定のためのサポートを行う場合もある。急性期病棟における非がん疾患の緩和ケアの重要な要素は、こうした現場レベルで患者・家族の治療や療養に関する意思決定支援へのサポートを、医療スタッフが協働で行う日頃の活動そのものといえる。

## 緩和ケアには、総合診療のスキルが不可欠

今後、全ての疾患を対象とした急性期病棟における緩和ケアチーム活動を普及、推進するためには、緩和ケアを専門とする前に、全臓器システムに及ぶ疾患群を総合的に診療できる臨床研修を受けていることが必須である。これから緩和医療専門医をめざす若手医師には、救急や集中治療室における患者マネジメントを含めた総合診療のスキルをしっかりと身につけることを期待している。

### ●註

麻酔・ペインクリニック医、疼痛専門ナース、研修医らで構成される、術後疼痛等の急性痛に対応する専属チーム

### ●参考文献

- 1) 厚労省、平成23年人口動態統計月報年計 (概況) の概況。  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai11/>
- 2) Lynn J, et al. Living well at the end of life: Adapting health care to serious chronic illness in old age. Rand Health; 2003.p8.  
[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/white\\_papers/2005/WP137.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/white_papers/2005/WP137.pdf)
- 3) 日本緩和医療学会。2011年度緩和ケアチーム登録結果報告。  
[http://www.jspm.ne.jp/pct/report\\_jsmpmct2011.pdf](http://www.jspm.ne.jp/pct/report_jsmpmct2011.pdf)

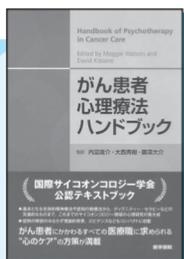
がん患者への“心のケア”の方策が満載

## がん患者心理療法ハンドブック

Handbook of Psychotherapy in Cancer Care

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

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



現場での長年の経験から生まれた貴重な参考書

## がん患者の在宅ホスピスケア

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

川越 厚  
医療法人社団/パリアン クリニック川越 院長



「難しい」「とっつきにくい」と言われる神経診察ですが、問診での確かな病歴聴取ができれば、一気に鑑別を絞り込みます。この連載では、コモンな神経症状に切り込み、危険な疾患を見逃さない「Q」を示せる“問診力”を鍛えます。



# こんな時にはこの“問診力”で見逃さない神経症状

黒川 勝己 川崎医科大学附属病院神経内科准教授

第1回

## 非専門医に必要な神経診察スキルとは？

### 非専門医でも避けて通れない神経症状の診察

「頭痛」「めまい」「しびれ」。かかりつけ医、総合診療科や救急外来など、プライマリ・ケア医を受診する患者の主訴には、こうした神経症状が上位を占めます。その原因の多くは common disease (頻度の高い一般的な疾患) ですが、時に critical disease (頻度は必ずしも高くないが、専門的治療を要する危険な疾患) が潜んでいます。

かつて私の父親も、かかりつけ医を「頭痛」のため受診しましたが、原因は片頭痛や緊張型頭痛のような common disease ではなく、critical disease であるくも膜下出血でした。「頭痛」のようなコモンな症状の場合、かかりつけ医がいれば患者はまずはそちらに相談しま

す。最初から脳外科など、専門科を受診するようなことは少ないのです。

つまり、自分の専門にかかわらず、神経症状を訴える患者を診ることが多い現状においては、プライマリ・ケア医には common disease を適切に診断できるとともに、critical disease を見逃さず、専門医につなげられる臨床力が要求されるのです。

### 苦手意識を抱く一因は、卒前教育？

しかし、神経症状を診ることに対して苦手意識を持っているプライマリ・ケア医は少なくありません。その原因のひとつに、従来の大学での教育内容が挙げられるのではないかと私は考えています。

神経系の授業では、外国人の名前がついた幾多の神経難病や神経診察法、

それらを理解するための神経解剖など膨大な情報が詰め込まれます。その時点で「膨大な知識がなければ診断できそうにない」という印象や「神経学的所見の取り方になじめない、自信が持てない」「治療法がなく、治りにくい」のでモチベーションが上がらないといったイメージが固定し、臨床現場に出てからも苦手意識を持ったまま、という方が多いのではないのでしょうか。

確かに、神経難病などのまれな疾患を診断するには、十分な知識や正確な神経学的所見を取ることが必要になります。しかし「頭痛」や「めまい」といったコモンな症状を診るためには、そうした知識やスキルは必須というわけではないのです。

### 神経症状を診るために必要な2つのスキル

では、コモンな神経症状を診る際、要求されるスキルとはどの程度のものでしょうか。私は、「必要最低限の神経診察力」、そして「問診力」の二つであると考えています。

まず「必要最低限の神経診察力」。これは、「頭痛」や「めまい」を診る際には、詳細な“神経学的所見”を全てとる必要はなく、症状に関係した必要最低限の所見がとればよいということです。しかも、所見を評価するために長年の経験を要するようものではなくて十分です。

例えば「めまい」症状を診る場合、critical disease である脳卒中を見逃さないためには嚥下障害の有無を評価する必要があります。プライマリ・ケアにおいては、実際に患者に水を飲ませてみせるかどうか(飲水テスト)の確認でよいと思います。カーテン徴候(註)といった専門性の高い所見を取ることには神経専門医に任せればよいのです。

なにも“神経学的所見”をとる達人になる必要はありません。肝心なのは“どの症状にはどのような所見をとる必要があるか”を知っておくことです。

### 最も大切なのは「問診力」

そして、なによりも大切なのは、詳細な“病歴”聴取の力、つまり「問診力」です。

例えば「頭痛」を訴える患者に対して、項部硬直という“神経学的所見”をとって陰性と判断したら、くも膜下出血は否定してよいのでしょうか？くも膜下出血初期には髄膜刺激徴候

は出てきません。それよりも「突然発症した」という“病歴”をきちんと確認できるほうが診断には重要です。

「めまい」も、一過性で症状が治まっているときに“神経学的所見”をとって問題がなかったら、心配ないと判断してよいのでしょうか。「めまいの最中に、顔がじんじんしびれていた」という“病歴”が聴取できれば、脳幹のTIAを疑うことができ、脳梗塞への予防対策も可能となります。

また、脳幹梗塞(ワーレンベルグ症候群など)では、発症当日は頭部MRIの拡散強調画像(DWI)ですら異常をとらえることが困難な場合が多いです。画像検査で異常がないからと言って、脳梗塞ではないとは言えません。

つまり、詳細な“病歴”聴取ができる「問診力」が最も大切なスキルであり、その“病歴”に基づいて、必要最低限の神経診察を行えることが重要なのです。これらをなくして画像検査のみで診断してしまうと、誤診の危険性を高めることが懸念されます。

### 症例を通して「問診力」と「必要最低限の神経診察力」を養おう

実際のところ、「問診力」の核となる“病歴”聴取はプライマリ・ケア医の方々の得意とする分野だと思いますので、後は、何を聴けばよいのかを知るだけでよいでしょう。また「必要最低限の神経診察力」も、前述したようにどんなときにどの所見をとればよいのか、知るだけでよいわけです。

本連載では、毎回表のような症例提示を通して、コモンな神経症状を診る際に必要な「問診力」と「必要最低限の神経診察力」がつくようにしたいと考えています。神経診察への苦手意識をなくすことで、critical disease を見つけ出して、救える患者を一人でも増やしていただきたいと願っています。

註) 発声させると、喉頭後壁がカーテンのように患側から健側に引っ張られて見える徴候。



くろかわ かつみ ●1989年広島大学医学部卒。同大病院等を経て、2000年川崎医大神経内科講師。02年アラバマ大に留学。帰国後、広島市立安佐市民病院にて地域の神経内科医療の充実に力を注ぐ。09年より現職。日本神経学会神経内科専門医。「診断がついて患者さんから感謝されたときの喜びを、皆で味わっていきましょう!」

●表 誤診しやすい神経症状と疾患例

神経症状	主訴	原因疾患	誤診例
頭痛	こめかみがズキズキする、頭が重い、締め付ける	くも膜下出血、脳脊髄液減少症などの二次性頭痛	偏頭痛や緊張型頭痛
めまい (vertigo)	グルグル回る	脳幹・小脳の血管障害 (TIA 含む)	耳鼻科的疾患
しびれ	手や足がジンジンする	脳血管障害	末梢神経障害
一過性意識消失	気を失い、うめき声を上げる	心原性失神	てんかん
もの忘れ	同じことを何度も聞く、日付がわからなくなる	高齢者てんかん	認知症・TIA
歩行障害	休まない、長い距離を歩けない	PAD (末梢動脈疾患)	腰部脊柱管狭窄症

『JIM』presents 公開収録シリーズ“ジェネラリスト道場” 開催のお知らせ

## ティアニー先生の診断道場 2013

今年度も『JIM』編集室では、第一線で活躍中のジェネラリストをお招きし、『JIM』presents 公開収録シリーズを開催します。今回は“ジェネラリスト道場”と題して全4回実施。その第1回では、今年も「診断の達人」「鑑別診断の神様」と呼ばれる米国を代表する内科医、ローレンス・ティアニー先生にご登場いただきます。皆さま奮ってご参加ください。

日時: 2013年11月4日(月) 13:30 ~ 17:30 (サインパーティ含む)  
 会場: 医学書院 (東京都文京区本郷)  
 講師: ローレンス・ティアニー先生 (カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科学教授)  
 徳田安春先生 (筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・司会)  
 松村正巳先生 (自治医科大学地域医療学センター総合診療部門)  
 症例呈示者: 松村正巳先生・綿貫 聡先生 (東京都立多摩総合医療センターリウマチ膠原病科)  
 対象: 医学生・医師  
 定員: 100名  
 参加費: 4,000円 (サインパーティ会費は無料。「Dr. ティアニー T シャツ」付)  
 『JIM』誌を年間購読されている方は参加費無料です! 同時申し込みも可能です!

参加申込方法 医学書院 Web サイト内・セミナーページから申し込みください。先着順受付...定員に達し次第受付終了となります。(なおこの回にかぎり、応募者多数の場合には医学生・研修医を優先します。)

【講師プロフィール】ローレンス・ティアニー (Lawrence M. Tierney Jr.) カリフォルニア大サンフランシスコ校内科学教授 ..... 1963年エル大学卒業(音楽史)。1967年にメリーランド大学医学部卒業後、グラティ記念病院(アトランタ)インターン・内科レジデントを経て、1970年よりカリフォルニア大学サンフランシスコ校内科。1985年より同校内科学教授となる。「診断の神様」と呼ばれ、世界で最も尊敬される内科臨床医の一人。優れた教育者としても知られ、病歴と身体所見から鑑別診断をもちろなく挙げ、診断を絞り込んでいく講義は、世界中で絶賛されている。「ティアニー先生の診断入門第2版」など著書多数。待望の最新書籍「ティアニー先生の心臓の診察」(医学書院)は2013年11月に刊行予定。

セミナー当日にはティアニー先生の最新刊「ティアニー先生の心臓の診察」を販売予定!

第2回 Dr.山中のダイナマイト・レクチャー 『シマウマ探しはするな!』

日時: 2013年12月8日(日)  
 会場: 医学書院(東京都文京区本郷)  
 講師: 山中克郎先生(藤田保健衛生大学救急総合内科)  
 症例提供: 寺西智史先生(安城更生病院救急科)  
 参加費: 4,000円(懇親会費は無料。Dr.山中プロデュース「シマウマT シャツ」付)  
 参加申込方法: 10月中旬より申込受付開始予定

第3回 症候別「見逃してはならない」疾患の除外ポイント(仮)

日時: 2014年1月12日(日)  
 会場: 医学書院(東京都文京区本郷)  
 講師: 徳田安春先生(筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター) 萩原将太郎先生(国立国際医療研究センター)  
 参加費: 4,000円(懇親会費は無料。Dr.徳田プロデュース「オックムT シャツ」付)  
 参加申込方法: 11月下旬より申込受付開始予定

第4回 これからの高齢者外来マネジメント —救命救急から入院/在宅まで(仮)

日時: 2014年2月23日(日) 東北開催!  
 会場: 仙台(会場未定)  
 講師: 今 明秀先生(八戸市立市民病院救命救急センター) 藤沼康樹先生(日本生協連医療部会家庭医療学開発センター) 松村真司先生(松村医院)  
 参加費: 4,000円(懇親会費は無料。記念品付)  
 参加申込方法: 2014年1月上旬より申込受付開始予定

もちろん第2~4回も、『JIM』誌を年間購読されている方は参加費無料です!

ホームページ <http://www.igaku-shoin.co.jp>  
 お問い合わせ 医学書院PR部 TEL 03-3817-5696

続 アメロカ医療の光と影

第255回

名門医療企業が採用した生き残り策

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

『ニュー・イングランド・ジャーナル・オブ・メディスン (NEJM)』誌9月12日号に、マサチューセッツ州最大の医療サービス・プロバイダ、パートナーズ・ヘルスケア社(以下、パートナーズ社)からコスト抑制に関する論説が寄稿されて注目を集めた。論文のタイトルは「Balancing AMCs' Missions and Health Care Costs—Mission Impossible?」(AMCはacademic medical centerの略)だったが、学術的医療機関が、研究・教育の使命を全うしつつコスト抑制を達成することが可能かどうかを論じる内容だった(註1)。

コスト抑制に舵を切った医療費高騰の「主犯」

パートナーズ社は、ハーバード系の名門2大病院、マサチューセッツ・ジェネラル・ホスピタルとブリガム&ウィメンズ・ホスピタルが1994年に合併して結成された。その後州内の医療施設を次々に併合して規模を拡大、同社が名門の威光と規模の巨大さに物を言わせて診療報酬をつり上げ、マサチューセッツ州における医療費高騰の原因をつくったとする厳しい批判を浴びたことは以前にも述べた通りである(註2)。

わずか数年前まで医療費高騰の「主犯」扱いされてきたパートナーズ社が、一流学術誌に「コスト抑制」をテーマとした論説を寄稿する皮肉な展開となったのであるが、ここ2-3年、同社にとってコスト抑制は「社是」となった観がある。たとえば、同社が一般向けに発行する年次報告書は、毎年「最高・最先端の医療」を喧伝する内容がほとんどを占めたのであるが、2011年からは、同社におけるコスト抑制の努力がことさら強調されるようになっていく。

パートナーズ社がコスト抑制に励まざるを得なくなった最大の理由は、診療報酬支払い方式が、旧来の出来高払いからコスト抑制と連動したものへとシフトしたことにある。コスト抑制に成功した場合は節約分の一部が収入に加算されて増収となるのに対し、失敗した場合は逆に減収となるようになったのである。しかも、診療報酬の支払いは質の良しあしとも連動した方式の保険契約が増え、「コストを減らした上で質も良くしなければ医療企業として生き残れない」という厳しい状況に追い込まれたのである。

@igakukaishinbun

生き残りの道を「プライマリ・ケアの改革」に求めた意義

今回の論文は、パートナーズ社におけるコスト抑制の努力を紹介するものだったが、注目されるのは、その努力がプライマリ・ケア領域に集中したことだった。同社は、プライマリ・ケア領域における医療供給体制の変革を「Population Health Management (PHM)」と名付けたが、PHMは主に二本の柱から構成された。第一の柱は、いわゆる「Patient-Centered Medical Home (PCMH)」(註3)への転換であり、患者との連携を強化しつつ、チーム医療の下、包括的ケアを提供する努力が展開された。

第二の柱は「Integrated Care Management Program (ICMP)」であり、複数疾患を合併するなどの「高リスク」患者に対して統合的ケアを提供する体制作りがめざされた。具体的には、高リスク患者のケアを統合するための専従ケアマネジャーを雇い入れたのであるが、現在約70人のケアマネジャーが、一人当たり約200人の高リスク患者を受け持つ体制が構築されているという。ケアマネジャーを雇用する等の費用1に対し3の節約効果があったとされ、ICMPへの投資は特に大きなコスト抑制効果をもたらしたのだ。

論文は「研究・教育の使命を果たすと同時にコスト抑制を達成することは可能」と結論づけたのであるが、三次・四次の高度先進医療を「売り」としてきた名門医療企業が、生き残りの道を「プライマリ・ケアの改革」に求めた事実は注目に値する。これからの学術的医療機関の在り方について、「医療そのものの高度先進化だけでなく、医療サービス提供体制の高度先進化をもめざすべきである」とする方向性が示されたのだ。

註1: Nabel EG, et al. Balancing AMCs' Missions and Health Care Costs—Mission Impossible? N Engl J Med. 2013; 369(11): 994-6. ちなみに、副題の「Mission Impossible」は60年代後半から70年代初めに人気を呼んだテレビ番組「スパイ大作戦」のオリジナル・タイトルにちなんでいる。

註2: 本連載第231回(第2996号) - 第241回(第3019号)

註3: PCMHについてはいずれ項を改めて説明するが、基本的概念については、米国内科学会等4学会が作成した共同プリンシプルを参照されたい。

http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice\_management/pcmh/initiatives/PC-MHJoint.pdf



在宅医療モノ語り 第42話

語り手 鶴岡優子 じんかめ診療所

特殊寝台さん

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、往診靴に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いていく。往診靴の中を覗き道具を見つめていると、道具(モノ)も何かを語っているようだ。今回の主役は「特殊寝台」さん。さあ、何と語っているのだろうか?

寝

具を持たないで生活している人。いないとは言いませんが、少ないでしょうね。寝具メーカーのコマーシャルではありませんが、人生の3分の1は睡眠時間。大切にしたい時間です。「布団 vs. ベッド」「軽い羽毛布団 vs. 重たい綿布団」「高い枕 vs. 低い枕」。好みに合わせ、バリエーションは数限りなく広がります。

私は、特殊寝台といえます。介護用の電動ベッドのほうがイメージしやすいでしょうか。リモコン操作で上半身が上がったり、逆に膝が上がったり、ベッドの高さ全体が調節できたりします。実際どんな方が私を使うのか、ですか? やはり高齢者の方が多いのですが、年齢に関係なく、病気やケガで障がいを抱えた方もいらっしゃいます。基本的には、ベッドで過ごす時間の長い方が多いですね。寝るだけでなく、背もたれを上げて食事をしたり、ベッドの端に座ったり(業界では「端座位」といいます)してリハビリをされる方もいます。頭の方の板(ヘッドボード)を外してベッドの上でシャンプーをしてもらう方もいるんですよ。

私の場合、見かけよりも機能重視です。「木目調」のデザインなんかほとんどありません。サイズはかなり大きなモノですので、日によって使い分けすることができず、お部屋の大部分を占拠する場合があります。長年使ってきた寝具からの乗り換えが必要になることも多く、実行には勇気や覚悟も求められるようです。以前、100歳に近いおばあさんのお宅でこんな経験をしたことがあります。10年前までは自転車乗り回すほど元気でしたが、最近では布団で寝込んでトイレにも行けなくなり、オムツを使用するようになりました。毎日のオムツを替えるのは、若いころはよく喧嘩していたお嫁さん。布団の上での慣れない介護で、お嫁さんは腰が痛くなったと嘆きます。ケアマネさんと相談し、私が搬入されることになりました。私が到着してみると、当のおばあさんからは、「もう100年も布団で寝ているんです。やめてください。お願いだから、この布団で死なせてください」との訴え。私は返す言葉がありませんでした。

そういえば、こんなこともありました。入院中の患者さんが「抗がん剤の治療はこれで最後」と医師に言われたそうです。それが何を意味するのか、詳しい話はわかりませんが、家族は慌てて役場に介護保険の申請に行き、在宅医療の手はずを整えました。そして退院の日に合わせて、ご自宅に私が運ばれ、組み立てられました。福祉用具専門相談員さんも汗だくです。ご主人にとっては久しぶりの帰宅。「ただいま」。玄関では元気そうな声でしたが、お部屋に入りスタンバイOKの私を見るなり、がっくりされたようでした。「俺はそんなに悪いのか?」。誰かに尋ねるといよりは、つぶやきに近い感じでした。「やっぱり家は落ち着くわね、お父さん。なんだかすごいマットレスも入れてもらったのよ。床ずれの防止になるんですって」。奥さんが一生懸命に話しかけますが、ご主人は黙ったままです。おそらく床ずれなんて考えたこともなかったのでしょう。私自身も歓迎されていない雰囲気を感じ、身を縮めてみましたが、大きな存在感が残りました。

その晩、初めて私の上でご主人に寝ていただいたわけですが、声を出さずに泣いておられるようでした。私も気分が沈みました。どうせ眠れない夜を過ごすのなら、気持ちが少しでも和らぐようにと、マットレスさんと協働してつらい気持ちを包み込むように努力しました。協力し、ご主人から寝息が聞こえたときには、私もほっとしました。



福祉用具のカタログ

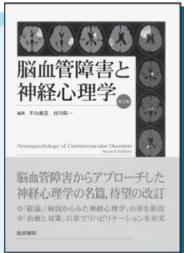
各社で工夫を凝らしているカタログは大変勉強になる教材です。道具の使い方や選び方から値段まで、情報満載。同じ商品の値段を各社で比べてみるのも興味深い。福祉用具専門相談員から助言がもらえると、さらに勉強になります。メモをとる手も止まりません。

脳血管障害からアプローチした神経心理学の名篇、待望の改訂

脳血管障害と神経心理学 第2版

名篇「脳卒中と神経心理学」待望の改訂。脳血管障害に起因する神経心理学的症候と、その病変部位、血管支配の解説について、新たな知見を増補。本書を鳥瞰する「総論」と脳血管障害の病態から神経心理学を論じた「病因からみた神経心理学」の章を新設。さらに「治療と対策」の章ではリハビリテーションに関する項目を充実させ、臨床でいっそう役立つ内容に。神経心理学に携わる医師、言語聴覚士、作業療法士の必読書。

編集 平山恵造 千葉大学名誉教授 田川皓一 特定医療法人 順和 長尾病院 高次脳機能センター所長



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

糖尿病外来診療 困ったときの“次の一手”

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

吉岡成人 NTT東日本札幌病院糖尿病内分泌内科部長



# Medical Library 書評新刊案内

## 日本近現代医学人名事典 [1868-2011]

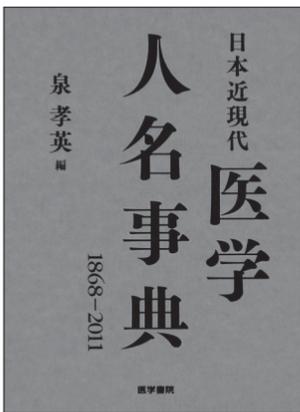
泉孝英●編

A5・頁810  
定価12,600円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00589-0

今回、医学書院から泉孝英先生の編集による『日本近現代医学人名事典』が刊行された。この事典で紹介されている方々は、2011年末までに死去された医療関係者の方々である。紹介の対象になっているのは医師、医学研究者が大部分であるが、歯科医師、看護師、薬学、体育指導者、宣教師、事業家(製薬業)、工学者(衛生工学)、社会事業家、厚生行政の方、生物学者など、幅広い業種の方々であり、いずれもわが国の医療の発展に大きく貢献された方々である。本書で紹介されている方々の年代は誠に長く、1868年から2011年までの143年に及び、その数は3762名に達している。

本書の「序」にも紹介されているように、1868年はわが国に西洋医学が導入された年であるから、本書は、日本の近代医学・医療に貢献された先達のご経歴とご業績を網羅した“一大人名事典”であるといつて過言ではない

### 日本の近代医学の歴史を語る貴重な資料



評者 高久 史磨  
日本医学会長・自治医大名誉学長

であろう。この書評を書くにあたって、私自身が指導を受けた20人近くの恩師の方々の名前を拾い上げてその内容を読んでみたが、その内容の正確さに強い感銘を受けた。なお、この20人の方々の各々のご業績の紹介に関しては、その内容にやや濃淡があるように感じられたが、これだけ多くの方々の紹介であるからこの程度のばらつきはやむを得ないであろうと考えている。

泉孝英先生が胸部の疾患をご専門にされておられたことは、先生が京都大学の教授の時からよく存じ上げていたが、先生がご退官後14年間かけて本書の編集にあられたことを本書の「序」で知った。医学者としての泉孝英先生しか知らなかった私にとって、大きな驚きであった。あらためて泉先生の本書の編集に対する甚大なご尽力に心からの敬意を表すると同時に、泉先生のご努力が本書を日本の近代医学の歴史を語る貴重な資料にしたと私は考えている。

このような貴重な資料の作成に成功された泉孝英先生ならびに医学書院の方々に衷心からお祝いの言葉を捧げるとともに、1人でも多くの方々に本書を貴重な資料として温存していただきたいという私の願いの言葉をもって、推薦の言葉の締めくくりとしたい。

### ●お願い—読者の皆様へ

弊紙記事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

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

「週刊医学界新聞」編集室

## がんの痛み アセスメント、診断、管理

中根 実 ●監訳

A4変・頁408  
定価15,750円(税5%込) MEDSI  
http://www.medsj.co.jp/

緩和医療の発達とその普及もあり、「がんの痛み」について、医療関係者向けに書かれた本はたくさん出版されている。本書を読み、がんのあらゆる痛みについて、懇切丁寧に、詳しく説明してくれているのには正直驚きであった。

本書は、第I部「アセスメントと診断」、第II部は「管理」に分かれている。

がんの痛みについて、まずその原因を正確に診断することが、その対策、管理に最も大切なことであるの言うまでもない。

第I部では、がんによるあらゆる痛みについて、分子レベルにまで焦点を当て、解剖図や症例の図、CT・MRIなどの写真を多数用いて説明されている。これは本書の大きな特徴であり、疼痛の原因の診断に大いに役立つものと思われる。また、多くの図がカラーであり、とてもわかりやすい。

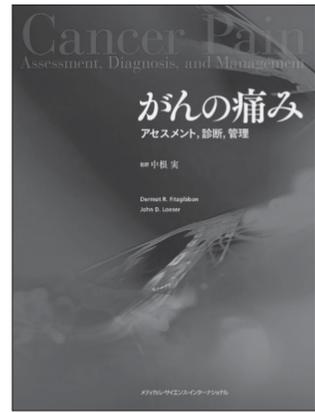
第II部では、がんの身体的痛み対策として、鎮痛薬の使い方について懇切丁寧に大きく紙面を割き記載されている。さらに身体的苦痛のみならず、抑うつ、がん関連疲労、不安、不眠な

評者 佐々木 常雄  
がん・感染症センター都立駒込病院名誉院長

どについても説明は及んでいる。多くの本・教科書ではこの辺で終わるのだが、本書では治療による疼痛として、放射線治療、化学療法と生物学的療法、手術療法と、その副作用についても記載されている。手術の項ではステント留置術、ドレナージ処置などについても記載され、さらに化学療法では副作用として口内炎の記述にとどまらず、髄腔内化学療法と硬膜穿刺後頭痛にまで触れている。

最後に、疼痛やQOLに関する評価用テンプレート・質問票、オピオイド使用に関する同意書など、実際の診療に役立つ付録が付いているのも、がん医療現場で働く人間としてとてもうれしく思う。

本書は、「がんの痛み」について、ほとんどすべてを網羅し、詳しく、理解しやすく書かれている。緩和医療に携わる医療者のみならず、がん医療に関わっている多くの方にお勧めしたい。原著を書かれた Dermot R. Fitzgibbon, MB, BCh, John D. Loeser, MD, として本書の監訳者、訳者に感謝したい。



## SHDインターベンション ハンドブック

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

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

ストラクチャークラブ・ジャパンの監修による、書籍『SHDインターベンション ハンドブック』を読ませていただいた。SHDに対するカテーテル治療を網羅し、その病態生理、手技に至るまでを簡潔にまとめてあり、この本を一読すればSHDに対するカテーテル治療の概要が理解できる構成になっている。この本の特徴はいくつかある。

まず、コンパクトなボリュームであることである。SHDに対するカテーテル治療のすべての事項を細大漏らさず、わずか200ページそこそこ、厚さ約1cmの本にまとめられている。どこにでも持っていき、また平易な文でわかりやすい。カテーテル治療を専門としていない小生にとっても非常にとつきがよく、斜め読みだが一気に読んでしまった。このことは、考えてみ

評者 夜久 均  
京府医大大学院教授・心臓血管外科学

ればSHDに対するカテーテル治療という領域の書として、非常に重要な要素である。というのは、この治療は

### カテーテル治療専門でない多職種にも読みやすい貴重な書

「ハートチーム」なしには完璧には遂行できない治療であり、このチームの中にはカテーテル治療を専門にする医師以外に、循環器疾患を総合的に担う cardiologist, 心エコーを専門に行う cardiologist, 小生のような心臓血管外科医、麻酔科医、画像専門の放射線科医、臨床工学技士、看護師、そして後期研修医などの junior staff が参加する。構成員すべてが分厚いバイブルを読んで、ハートチーム・カンファレンスに臨むことは不可能である。そういう意味で、私も含めてカテーテル治療を専門にしている者にとっては非常に貴重な書であり、多職種のハートチームでカンファレンス、治療を行っていく上ではな

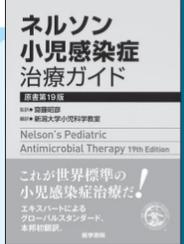
小児感染症治療の世界標準、本邦初の翻訳!

## ネルソン小児感染症治療ガイド 原書第19版

Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy 2012-2013, 19/e

小児抗菌薬療法のエキスパートによる実践的でエビデンスに基づいた情報を、表形式でコンパクトに収めたマニュアル。小児の感染症治療について、信頼できる最新の推奨療法にすぐにとり着ける。感染症の各疾患では多くの抗菌薬の中から最適な選択ができるように解説がついている。『サンフォード感染症治療ガイド』(熱病)の小児版とも言える内容。

監訳 齋藤昭彦  
新潟大学大学院教授・小児科学  
翻訳 新潟大学小児科学教室



## 日本型ホスピタリストを今、ここから発信

# ホスピタリスト Hospitalist

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



2013年9月創刊!

編集委員  
平岡栄治 八重樫牧人  
清田雅智 石山貴章  
高泉貴彦 石丸直人  
徳田安春 藤谷茂樹

季刊/年4回発行(3・6・9・12月) 特集  
A4変 200頁  
●1部定価 4,830円(本体4,600円+税5%)  
●2013年度 年間購読(2冊) 定価 9,240円(本体8,800円+税5%)  
2014年度年間購読も承ります

## 作業療法がわかる PBLテュートリアルStep by Step

宮前 珠子, 新宮 尚人 ● 編

B5・頁176  
定価3,675円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01700-8

評者 藤原 瑞穂  
神戸学院大准教授・作業療法学

本書のどこから読み始めても、読者は作業療法教育におけるPBL(問題基盤型学習)の経験知へと導かれていくだろう。

作業療法の専門教育にPBLテュートリアルの導入を試みると、これまでは医学教育(医学系教育)のガイドブックを参考にすることが多かった。しかし、作業療法教育には医学教育とはまた異なる独自の文化やカリキュラムがある。医学教育のガイドブックは大いに参考になったが、作業療法教育での実際を知りたかった。本書は、こういったニーズに応えるわが国初の実践書である。

編者の宮前珠子教授は、2001年に広島大学で開催された医学教育のPBLワークショップに参加されたときから、PBLテュートリアルの作業療法教育への導入に向けて構想を温めてこられた。そして聖隷クリストファー大学作業療学科の開設1年前より、就任予定の教員とともに準備にあたり、2004年の開設からPBLテュートリアルを実践され、今回、長年の成果としての本書を上梓されることとなった。

この2001年のワークショップに、評者も宮前教授に誘っていただき、参加していた。小グループに分かれた医学生たちがシナリオを読み込み、生き生きとディスカッションする姿を目の当たりにして、これはすごいと思った。しかしいざ取り組もうとすると、膨大な準備と強いリーダーシップが必要になることも痛感した。

### 臨場感溢れるOT教育の可能性の提示

聖隷クリストファー大学作業療学科は、PBLテュートリアルの導入に先立ち、何をどのように準備したのか。そして実際に展開していく途上で立ち

現れてきた具体的課題は何だったのか。教員は何に悩み、どのように解決していったのか。シナリオの数々とテューターガイド、PBLテュートリアルを生かすために構成されたカリキュラム、さらにグループの作り方、発表の仕方、スキルラボの利用や教育評価、PBLを経験した学生たちからのフィードバック。実際にPBLを導入していく際に遭遇するこれらの課題が、臨場感をもって本書に披瀝されている。また資料編には、海外4大学の視察記録が写真とともに紹介されている。

もう一人の編者である新宮尚人教授は、PBLを授業に導入することは、自分がこれまで試行錯誤を重ねた末に固まったスタイルをいったんゼロに戻すことを意味しており大変勇気のいることであったが、学生は予想をはるかに超えて情報を収集し、そして学習することを楽しんでたと述べておられる。卒業生たちが、今後どのように成長し、活躍していくのか、興味と期待が高まる。

本書は、聖隷クリストファー大学におけるPBL導入の経験をすべて開示し、作業療法教育の議論の俎上に載せてこれからの方向性を見出そうとしている。「PBLが作業療法教育に変革をもたらす」と。

くなくてはならない書である。

もう一つの特徴は、各疾患の病態生理の解説があることである。大動脈弁疾患、僧帽弁疾患、三尖弁疾患に関する病態生理、解剖が説明してあり、そして引き続きそれぞれのカテーテル・インターベンションについての詳しい解説がなされている。シャント疾患に関しても同様の構成になっている。基本的な解剖や病態生理を一通りおさらいするには非常に便利であるし、循環器疾患には普段携っていないハートチーム構成員にとっても有用であることは疑いの余地がない。また、現在のガイドラインに基づいた治療指針を示してあり、日常の臨床において常に手元において利用することも可能である。

SHDに対する従来からの手術手技においては、三つのモードに分けられると思う。①欠損の補填、②構造物の置換、そして③機能の回復(再建)である。カテーテル治療の昨今の進歩は著しく、Amplatzerに代表される①に関しては、ほぼ市民権を得た。TAVI

に代表される②は、間もなく保険償還となる。今後将来的には③に対して、カテーテル治療がどこまで迫れるかが焦点となってくる。特に自己弁を温存する弁形成術においては、1. Preserve or restore normal leaflet motion, 2. Create a large surface of coaptation, 3. Remodel and stabilize the annulus がすべてなされないと、一生涯使用に耐え得る形成術にはならない。MitraClipは僧帽弁逆流に対してカテーテル治療を可能にしたが、そもそも Alfieri stitch (edge-to-edge) はあくまで僧帽弁形成術における一つの bail out procedure であって、外科医は最初からこれを行うことはしない。これら三つの原則を実現可能とするカテーテル治療の開発に期待したいところである。

いずれにしても、SHDの治療に関しては、その患者にとってどの治療がベストなのか、それをハートチーム・カンファレンスで、それぞれの科のセクショナルリズムなしに決めて行く。それが患者が主役の治療ということである。

## 金原一郎記念医学医療振興財団

第54回認定証(第28回基礎医学医療研究助成金)贈呈式開催

金原一郎記念医学医療振興財団(理事長=東大名誉教授・野々村禎昭氏)は、このほど「第28回基礎医学医療研究助成金」の交付対象者として49人(助成総額1680万円)を選出。9月25日に、医学書院(東京都文京区)にて第54回認定証贈呈式を開催した。

開催に際して、金原優同財団業務執行理事(医学書院代表取締役社長)が、医学書院の創業者・金原一郎の遺志を継いで設立された本財団の概要を紹介し、「受賞を励みとしてさらにより研究に結びつけ、日本の医学の進歩に貢献してほしい」と選出された対象者を激励した。

認定証贈呈の後、同財団理事長で選考委員長の野々村氏が、245人の応募があった今回の選考経過について説明。女性の受賞者が15人に増えたことを称え、「日本は経済的な面から助成金が減る傾向にあるなど、けっして研究者にやさしい環境ではないかもしれないが、日本の医学・生物学の研究をぜひ支えてほしい」と期待を述べた。

続いて交付対象者を代表して菅波孝祥氏(東医歯大大学院特任教授・助成対象「脂肪組織線維化による新たな異所性脂肪蓄積の分子機構の解明と医学応用」)が挨拶に立った。氏はメタボリックシンドロームの基盤病態となる「慢性炎症」に注目し、飽和脂肪酸が炎症性アディポサイトカインとして慢性炎症を引き起こすこと、また、魚油に多く含まれるn-3多価不飽和脂肪酸が、その炎症抑制性に働く性質を見だし、基礎研究と臨床研究の両面から明らかにした。さまざまな臓器機能障害(広義の脂肪毒性)が起こる一因に慢性炎症による間質の線維化を挙げ、今後は脂肪組織線維化の分子機構の解明をめざし、「メタボリックシンドロームに対する新しい治療戦略の創出につなげたい」と抱負を語った。



## 脳動脈瘤とくも膜下出血

山浦 晶 ● 編  
山浦 晶, 小林 英一, 宮田 昭宏, 早川 睦 ● 執筆B5・頁320  
定価8,400円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01647-6

評者 村山 雄一  
慈恵医大教授・脳神経外科学

脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血は脳神経外科医にとってその診断から治療、術後管理に至るまで、脳神経外科診療の基礎が詰まっている病態である。本書は脳動脈瘤手術のパイオニアである山浦晶先生を代表とした初版から四半世紀を経て、歴史的考察から現代の最新の知見までをまとめた書である。この間、くも膜下出血の治療は大きく変貌を遂げたが、その背景にはEvidence based medicineの普及、クリッピング技術の改良、脳血管内治療の発展などがあり、また社会的には医療訴訟の増加などわれわれ医師を取り巻く状況も大きく変わりつつある。

医学書院よりタイムリーに出版された本書は脳動脈瘤によるくも膜下出血に焦点を絞り、また少数の筆者による執筆であるため、各章の統一性が高くevidence がはっきりしている事例のみならず controversial な事例についても筆者の考え方がよく伝わっている。また豊富な memo により関連する知識の

肉付けもなされており、教科書としてだけでなく読み物としても興味深い書である。

### くも膜下出血と脳動脈瘤に特化した力作

本書が最もユニークな点はいくも膜下出血に関連した法医学と医療訴訟を独立した章として設けてある点であろう。くも膜下出血の可能性のある異状死の際、医師として適切な警察への届け出などの legal action をどうすべきか、われわれが避けることのできない法的義務に関し詳細に記述されている。さらに脳神経外科医として知っておくべき医療訴訟関連知識も具体例を挙げながら解説されており、万が一の事態に遭遇しない、あるいは遭遇した際にも適切な判断ができるよう明示されている。これまでここまでくも膜下出血に特化した教科書であらゆる知識を網羅したものはなかったであろう。

若手脳神経外科医のみならず熟練したベテランにも知識の整理とともに広く役立つ書である。

CRCのすべてがわかる学会編集のテキスト 待望の改訂版

## CRCテキストブック 第3版

CRC(Clinical Research Coordinator)に必要な知識を網羅したテキストの改訂第3版。CRCの教育・養成、また日本臨床薬理学会認定CRC試験の受験に必須となる知識のほか、本書全体にわたりCRCの現場の意見・意向を存分に取り入れた内容構成とした。CRCを目指す人はもちろんのこと、現役のCRCや臨床試験・治験に関わるすべての医療従事者にとっての必携書。

編集 日本臨床薬理学会  
責任編集 中野重行  
大分大学名誉教授 / 大分大学医学部客員教授 / 創薬治療学コミュニケーション講座  
小林真一  
昭和大学医学部教授・臨床薬理学  
景山 茂  
東京慈恵会医科大学教授・総合医学研究センター薬物治療学研究室  
楠岡英雄  
国立病院機構 大阪医療センター  
院長



B5 頁368 2013年 定価4,620円(本体4,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01796-1]

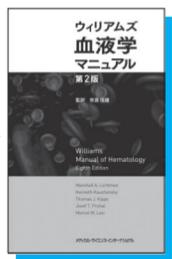
医学書院

血液学の名著“Williams”から派生した診療マニュアル、さらに充実、大改訂

## 新刊 ウィリアムズ 血液学マニュアル 第2版

Williams Manual of Hematology, 8th Edition

▶血液学の世界的名著、Williamsのテキストに準拠した臨床マニュアル。血液疾患全般について、疾患別に病因と病態生理、臨床所見、検査所見、鑑別診断、治療と経過に至るまできめ細かく提示。文章は簡潔にして読みやすい。診療の実地マニュアルにとどまらずミニテキスト的な充実度を保持。特に重要疾患であるリンパ腫、骨髄腫、白血病に関しては、多様な病型や疾患分類を踏まえ詳しく解説。血液内科入局後の研修医から専門医をはじめとした臨床家に最適な1冊。

監訳:  
奈良信雄定価8,820円(本体8,400円+税5%)  
A5変 768頁 図・写真148  
ISBN978-4-89592-754-3MEDSI 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1-28-36TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

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

# 今日の診療 プレミアム Vol.23

DVD-ROM for Windows

## 1 医学書院のベストセラー書籍14冊を収録

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

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

## 3 高速検索エンジンで快適な操作。 「登録語マーカー」で記録が残せます。



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

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

# 今日の診療 ベーシック Vol.23

DVD-ROM for Windows

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

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

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

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

## シリーズ ケアをひらく

### 摘便とお花見 看護の語りの現象学 村上靖彦



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

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

最新刊

### 当事者研究の研究 編集 石原孝二



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

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

## 新潮ドキュメント賞受賞

### リハビリの夜

熊谷晋一郎

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

## 大宅壮一ノンフィクション賞受賞

### 逝かない身体 ALS的日常生活を生きる

川口有美子

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

## シリーズ一覧

### 弱いロボット

岡田美智男

●A5 頁224 2012年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01673-5]

### ソローニユの森

田村尚子

●B5変型 頁132 2012年 定価2,730円(本体2,600円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01662-9]

### 驚きの介護民俗学

六車由実

●A5 頁240 2012年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01549-3]

### その後の不自由

「嵐」のあとを生きる人たち 上岡陽江+大嶋栄子

●A5 頁272 2010年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01187-7]

### 技法以前

べてるの家のつくりかた 向谷地生良

●A5 頁252 2009年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00954-6]

### コーダの世界

手話の文化と声の文化 瀬谷智子

●A5 頁248 2009年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00953-9]

### ニーズ中心の福祉社会へ

当事者主権の次世代福祉戦略

編集 上野千鶴子+中西正司

●A5 頁296 2008年 定価2,310円(本体2,200円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00643-9]

### 発達障害当事者研究

ゆっくりていねいにつながりたい

綾屋紗月+熊谷晋一郎

●A5 頁228 2008年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00725-2]

### こんなとき私はどうしてきたか

中井久夫

●A5 頁240 2007年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00457-2]

### ケアってなんだろう

編者 小澤 勲

●A5 頁304 2006年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00266-0]

### べてるの家の「当事者研究」

浦河べてるの家

●A5 頁310 2005年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-33388-7]

### ALS 不動の身体と息する機械

立岩真也

●A5 頁456 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-33377-1]

### 死と身体

コミュニケーションの磁場 内田 樹

●A5 頁248 2004年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-33366-5]

### 見えないものと見えるもの

社交とアシストの障害学 石川 准

●A5 頁272 2004年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-33313-9]

### 物語としてのケア

ナラティブ・アプローチの世界へ 野口裕二

●A5 頁220 2002年 定価2,310円(本体2,200円+税5%)  
[ISBN978-4-260-33209-5]

### べてるの家の「非」援助論

そのままのままでいいと思えるための25章

浦河べてるの家

●A5 頁264 2002年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-33210-1]

### 病んだ家族、散乱した室内

援助者にとっての不全感と困惑について 春日武彦

●A5 頁284 2001年 定価2,310円(本体2,200円+税5%)  
[ISBN978-4-260-33154-8]

### 感情と看護

人とかかわりを職業とすることの意味 武井麻子

●A5 頁284 2001年 定価2,520円(本体2,400円+税5%)  
[ISBN978-4-260-33117-3]

### あなたの知らない「家族」

遺された者の口からこぼれ落ちる13の物語 柳原清子

●A5 頁204 2001年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-33118-0]

### 気持ちのいい看護

宮子あすさ

●A5 頁220 2000年 定価2,205円(本体2,100円+税5%)  
[ISBN978-4-260-33088-6]

### ケア学 越境するケアへ

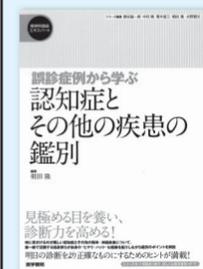
広井良典

●A5 頁276 2000年 定価2,415円(本体2,300円+税5%)  
[ISBN978-4-260-33087-9]

## シリーズ 精神科臨床エキスパート 《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

シリーズセット(II) (2013年発行) 3巻をセットでご購入いただきますと 各巻の合計定価 18,900円 →セット定価 17,220円 [ISBN978-4-260-01858-6] 詳しくは医学書院HPで

### 誤診症例から学ぶ 認知症とその他の疾患の鑑別



編集 朝田 隆

うつ病や高齢症でんかん、アルコール依存症など、高齢者でみられる精神・神経疾患の中には、その症状が認知症の症状と似通っているものも多く、両者の鑑別は非常に困難である。そのような「認知症もどき」の疾患について、経験豊かな執筆者らが自身の苦い経験(誤診・見逃し)を交えながら、鑑別診断のポイントなどを紹介する1冊。

●B5 頁200 2013年 定価6,090円(本体5,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01793-0]

### 依存と嗜癖 どう理解し、どう対処するか

編集 和田 清



薬物やアルコールなどの物質依存症者への治療と支援、およびギャンブルやインターネットに過度にのめり込んでしまう人への対応についてまとめた1冊。患者の傾向や治療上の注意点、家族へのサポート・情報提供の方法など、一般臨床医が知っておくべき対応のコツについて症例を交えつつ具体的に提示。回復に重要な役割を果たす自助グループの取り組みも紹介する。

●B5 頁216 2013年 定価6,090円(本体5,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01795-4]

### 不安障害診療のすべて

編集 塩入俊樹・松永寿人



強迫性障害やPTSD、パニック障害などの総称である不安障害について、歴史や患者のパーソナリティ傾向といった総論的内容から、個別の疾患に対する診断・治療、児童や高齢者の不安障害への対応などの実践的内容まで幅広く紹介。今年発表される予定の診断基準・DSM-5に盛り込まれる最新の診断カテゴリーについても解説しており、まさに不安障害のすべてを盛り込んだ1冊となっている。

●B5 頁308 2013年 定価6,720円(本体6,400円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01798-5]

シリーズセット(I) (2011-2012年発行) 5巻をセットでご購入いただきますと 各巻の合計定価 30,300円 →セット定価 27,300円 [ISBN978-4-260-01496-0] 詳しくは医学書院HPで

### 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]

### 抗精神病薬 完全マスター

編集 中村 純

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

### これからの 退院支援・地域移行

編集 水野雅文

●B5 頁212 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

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



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