

2015年2月16日

第3113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

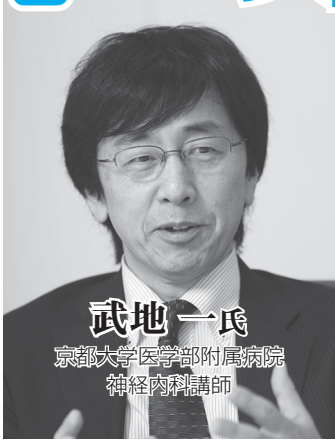
- [座談会]認知症の人の暮らしを支える“地域発”の統合ケアを探る(栗田圭一, 河村雅明, 滝脇憲, 武地一)……1-3面
[連載]クロストーク日英地域医療……4面
[連載]ジェネシャリスト宣言……5面
第31回日本国際賞受賞者発表/MEDICAL LIBRARY……6-7面

座談会

認知症の人の暮らしを支える “地域発” の統合ケアを探る



河村 雅明氏
河村内科院長 /
東京都北区医師会副会長



武地 一氏
京都大学 医学部 附属病院 /
神経内科講師



栗田 圭一氏 司会
東京都健康長寿医療センター 研究所 /
自立促進と介護予防研究チーム 研究部長



滝脇 憲氏
NPO 法人 自立支援センター /
ふるさとの会 常務理事

「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」――。本年1月末、厚労省が示した国の認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)では、認知症者に対する施策の基本方針がそのように位置付けられた。団塊の世代がいっせいに後期高齢者となる2025年、認知症者は約700万人にも達するという。今、地域において、医療・介護などの各種サービスやサポートの統合ケアの仕組みを作り出すことが喫緊の課題となっている。

すでに国内では先駆的な試みも見られる。そうした地域ではどのような背景をもとに仕組みづくりが進んだのだろうか。本座談会では、認知症総合支援体制構築に関する政策研究を進めてきた栗田氏を司会に、東京都北区で「高齢者あんしんセンターサポート医」事業の創設に携わった河村氏、新しい形で住まいの確保と生活支援を提案するNPO法人自立支援センターふるさとの会の滝脇氏、京都認知症総合対策推進計画「京都式オレンジプラン」策定主要メンバーである武地氏を招き、3地域で実践される“地域発”の統合ケアを探る。

栗田 認知症の人と家族が、住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らすことのできる社会を作っていくためには、認知症の人が暮らせる住まいと権利擁護の諸制度の整備を前提に、認知症に対応できる医療・介護サービスや、地域のサポートを統合的に提供できる地域連携体制の構築が必要です。認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの確立が求められている。そう言い換えることもできるでしょう。こうした社会を作っていくためには、各地域で、地域にある社会資源の実情に応じ、地域が一体となって最適な地域連携体制を模索していかねばなりません。

本日は、各地で“地域発”の活動の一翼を担うお三方に集まいただきました。アプローチこそ大きく異なるものの、行政主導ではなく、地域に住む人々のニーズを基にして動き出し、ボトムアップ型に行政をも動かしたという点で共通しています。その活動と背景について伺い、底流にあるものを探っていこうと考えています。

地域包括支援センターと 医師が協働

栗田 初めに東京都北区の「高齢者あんしんセンターサポート医」事業について、河村先生にご紹介いただきまし

よう。
河村 人口33万人が住む北区は、高齢化率25%で、その半分は後期高齢者に当たるとい、東京都23区内でも後期高齢者の割合が高い区です。赤羽台団地と桐ヶ丘団地といった団地群の存在に象徴されるように、高度経済成長期のころに地方から移り住んだ方が多い町で、高齢化が進んでいます。地縁・血縁が薄く、夫婦のどちらかに先立たれて孤立している人も多く、中には認知症を見過ごされているケースも少なくありません。

以前より、こうした実態を地域包括支援センター職員から聞いてはいたものの、直接関与するための方法がありませんでした。しかし、11年に私自身が「認知症サポート医」研修を修了し、地域に資する活用方法を求めていたこともあり、認知症高齢者に対する支援体制づくりを、北区に設置された「長生きするなら北区が一番」専門研究会で提案しました。

栗田 それが高齢者あんしんセンターサポート医事業の原案になるものだったわけですね。

河村 ええ。地域の医師会所属医師として参加した私と、研究会の区外の学識研究者や北区職員などのメンバーでの議論を経て、一人暮らしの高齢者が医療や介護サービスにつながってい

い状況の改善や、医療依存度の高い高齢者の退院支援の充実を図ろうというコンセンサスが得られた。それで12年に北区独自の制度として、認知症サポート医かつ在宅診療を行う医師を、北区の「非常勤職員」として基幹の地域包括支援センターに配置するという体制が整えられました。

これまでは、地域で認知症の疑いがあり、かつ医療・介護支援が必要な方をセンターの職員が把握しても、医師への受診が遅れ、早期からの支援が行き届きませんでした。しかし、本事業が開始されたことで、職員が医師に対し、地域の高齢者に関する医療相談や、当該の方への同行訪問を依頼でき、スムーズに適切な支援を届けることが可能になりました(2面図1)。

栗田 類似した取り組み自体はあるかもしれませんが、こうした取り組みを行政の事業として組み込んでいる例は珍しいと思います。

河村 行政による制度化は、当初から必要と考えていましたね。その上で、認知症サポート医を地域包括支援センターの非常勤職員とし、学校医と同程度の報酬をつける点も強く要請したことでした。というのも、制度化するからこそ取り組みを持続可能性のあるも

(2面につづく)

DSM-5

精神医療関係者必携! 待望の日本語翻訳版!

新刊 DSM-5 診断面接ポケットマニュアル

【原著】 Abraham M. Nussbaum
【監訳】 高橋三郎 【訳】 染矢俊幸 / 北村秀明

精神疾患の世界的な診断基準DSM-5の米国精神医学会オフィシャルシリーズの1冊。DSM-5に即した精神科診断面接の進め方を平易に解説し、30分間での面接の進め方や各疾患での患者への具体的な質問例など実践的なノウハウを豊富に掲載。マニュアル、手引ともにDSM-5日本語版への参照ページを各所に掲載し、本体とセットで使いやすい。DSM-5診断を明日から実践したい人のためのコンパクトガイド。

●B6変型・頁304 2015年 定価:本体4,000円+税 [ISBN 978-4-260-02049-7]

好評既刊 DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル

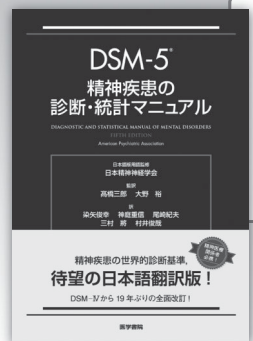
【日本語版用語監修】 日本精神神経学会 【監訳】 高橋三郎 / 大野 裕
【訳】 染矢俊幸 / 神庭重信 / 尾崎紀夫 / 三村 将 / 村井俊哉

●B5・頁932 2014年 定価:本体20,000円+税 [ISBN 978-4-260-01907-1]

DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引

【日本語版用語監修】 日本精神神経学会 【監訳】 高橋三郎 / 大野 裕
【訳】 染矢俊幸 / 神庭重信 / 尾崎紀夫 / 三村 将 / 村井俊哉

●B6変型・頁448 2014年 定価:本体4,500円+税 [ISBN 978-4-260-01908-8]



精神疾患の世界的な診断基準・診断分類、19年ぶりの大幅改訂!



診断基準を抽出したポケット版! 常に手元に持っておきたい1冊!

NEW



新しい診断基準で診断面接はこう変わる! DSM-5診断を実践するためのガイドブック



座談会 認知症の人の暮らしを支える

<出席者>

●栗田圭一氏

1984年山形大医学部卒。東北大病院精神神経科講師、東北大学院精神神経学分野助教授、2005年仙台市立病院精神神経科部長・認知症疾患センター科長を経て、09年より現職(東北大医学部公衆衛生学非常勤講師を兼務)。13年から東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター長も兼務する。専門は老年精神医学。認知症やうつ病など高齢者の精神科医療に携わるとともに、認知症や精神障害を持つ高齢者の社会的支援に関する研究を行う。厚労省社会保障審議会介護保険給付部会専門委員、日本老年精神医学会理事、日本認知症学会理事。

●河村雅明氏

1981年日大医学部卒。日大第一内科助手、板橋区医師会病院内科部長を経て、2003年東京都北区で開業。その後、地域医療に従事する傍ら、07年より北区医師会理事を務め、09年北区医師会副会長に就任。11年に認知症サポート医を取得。12年度から東京都北区で行われている「高齢者あんしんセンターサポート医」事業は、認知症サポート医取得後に活動の場がないことを感じた氏が、北区に提案した案がベースとなった。

●滝脇憲氏

2002年東京外語大大学院修了。精神保健福祉士。02年NPO法人自立支援センターふるさとの会に入職。08年に理事に就任し、現在、東京都新宿区にある「都市型軽費老人ホームルミエールふるさと」施設長、東京外語大非常勤講師なども務める他、講演などを通じ、活動への理解を求める。高齢者住宅財団「低所得の高齢者等への住まい・生活支援を行う事業の全国展開に関する調査研究事業」作業部会委員、厚労省「生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会」委員などを務める。

●武地一氏

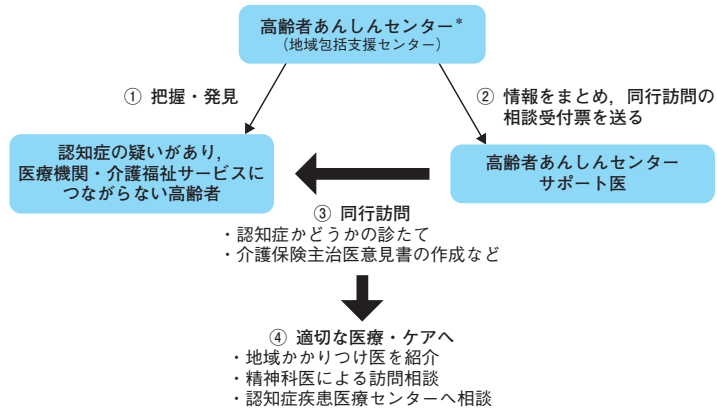
1986年京大医学部卒。93年医学博士号取得。ドイツ・ザール大生理学研究所博士研究員などを経て、99年より京大病院老年内科助手。もの忘れ外来にて、早期診断、地域連携、介護者支援、高齢者総合的機能評価などをテーマに認知症の診療・臨床研究を行う。2010年より、同院老年内科講師、14年より現職。日本認知症学会および日本老年精神医学会専門医・指導医。日本老年医学会指導医・代議員なども務める。近著に『認知症カフェハンドブック』(クリエイツかもがわ)。

(1面よりつづく)

のにしますし、報酬をつけることで担当者に責任感を生じさせます。また、サポート医が「北区職員」を名乗れることも重要で、住民の生活領域への介入が格段に行いやすくなり、活動していく上でもメリットになりました。

認知症は診察室での実感よりはるかに多かった

河村 実際にサポート医として同行訪問するようになって感じるのは、介護保険認定申請のための主治医意見書や、介護保険利用に際しての契約や施設入退所手続き、財産管理などを行うための成年後見制度審判請求に求められる診断書・鑑定書の作成を、“すぐさま必要とする”という患者さんが地



●図1 東京都北区の「高齢者あんしんセンターサポート医」事業のイメージ
\*北区では、地域包括支援センターを「高齢者あんしんセンター」と呼称している。

域内にいかに多いかということです。自分が想定していた以上に地域に潜在する認知症の方は多く、驚いたほどでした。ただ、それは同時に、本事業の必要性を示す結果であり、本事業が地域の認知症ケアの質向上に資すると実感することにもつながりましたね。

事業には副次的な効果もあって、行政と地域の医療・介護関連職種の関係性を深めることにもつながったと思います。立ち上げ・運営での連携をきっかけに、現在では地域での多職種連携の勉強会も開催されるようになりました。行政と医療・介護の現場との良好な情報共有・連携に、一定の役割を果たしたのではないかと考えています。

栗田 このスタイルの事業は他地域においても導入をイメージしやすいと思うのですが、もし他地域が北区の取り組みをまねるとしたら、何が大事になると考えられますか。

河村 この事業を担う地域の医師にどれほどの「志」があるか、それが仕組みに落としこむ上では問われる部分なのだと思います。医師たちの間では認知症への関心が高いとはいえずらいのが現状です。また、事業開始に当たっても、労力は掛かりますし、自分の医療機関に対する経済的なメリットは必ずしも大きいわけではありませんから。

しかし、今後、高齢化が進んでいく中では、診察室に通うことのできる患者さんそのものが減ってくると予想されます。これは認知症が見過ごされてしまい、医療・介護にアクセスできない方が増える恐れがあるとも換言できる。こうした事態を防ぐためにも、診察室だけでなく、地域で認知症に対するケアを充実させる意義を医師たちも共有する必要があります。

置き去りにされてきた低所得・単身の認知症高齢者

栗田 経済的困窮・単身の認知症高齢者の孤立化は社会的な問題になっており、彼らへ適切な支援を届ける体制が今、求められています。そうした方々に対し、生活基盤となる住まいを確保し、身の回りの世話をを行うという支援を行っているのが、NPO法人自立支

援センターふるさとの会です。滝脇 ふるさとの会は、もともとは東京都台東区・荒川区にまたがる山谷地域で、生活が困難な単身困窮者を支援する団体として発足した会です。路上生活者への支援が事業の中心でした。

しかし、認知症がわれわれの活動を進める上でも無関係ではなくなってきました。というのも、現在、都内台東区・墨田区・荒川区・豊島区・新宿区で、地域生活支援センター、無料低額宿泊所、自立援助ホーム、都市型軽費老人ホームなど33か所の事業所を展開し、支援対象者は約1200人を数えますが、実にその7割近くが高齢者で、介護が必要な認知症高齢者も数多くいるのです。

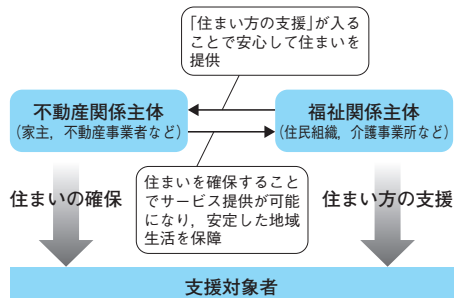
栗田 単身の認知症高齢者に「低所得」という条件が加わると、これまでは彼らを受け入れることのできる公的サービスが“なかった”。そう言っても過言ではありません。サービス付き高齢者向け住宅の展開こそ各地で見られていますが、そこに入ることのできない低所得者層向けの住まいや生活の問題は置き去りになってきました。

その問題を世に知らしめたのが、09年、群馬県にあった「静養ホームたまゆら」という高齢者入居施設の火災事故でしょう。都内に住んでいた身寄りのない高齢の生活保護受給者が、行政の紹介によって群馬県の施設に入所していた事実も明らかとなったことで、既存の制度には「都市部において住宅確保が困難な低所得高齢者」の受け皿がないという問題を顕在化させました。

その極めて難しい課題に回答する取り組みとして、私はふるさとの会の活動に注目しているんです。

滝脇 公的なサービスの対象から漏れた方々は、無届けで運営する施設や、「貧困ビジネス」と称されるようなサービスに頼るしかなかった。むしろ、それだけが受け皿を担ってきたという現実すらあるわけですよね。

しかし、ケア付きの施設に入ればいいのかというわけではない。その地域に根付いた、総合的な暮らしの環境づくりこそが支援の上では大事なポイントなのです。そこでふるさとの会では、地域の空き家を活用しながら、生活保



●図2 ふるさとの会による住まいの確保と、住まい方の支援のイメージ
高齢者住宅財団『低所得・低資産高齢者の住まいと生活支援のあり方に関する調査研究』報告書(2014)18ページ、図「事業に取り組む主体の関係性」を一部改編して掲載

護費の基準内で在宅生活を支え、そして暮らし方の支援まで行う取り組みを展開しています。

住まいの確保と、住まい方の支援を届ける

滝脇 最近、都市部ではアパート・マンションをはじめ、空き家が増加しているんです。しかし、お金のない単身の高齢者、しかも認知症まで抱える人となると、希望しても家主・不動産事業者側がなかなか貸してくれません。入居させることで家賃滞納や近隣住民とのトラブル、孤独死だって生じかねない、皆さん、そう考えるからです。

ただ家主・不動産事業者側も空き家の状態が続けば、家賃収入がなく、住宅管理に困るし、空き家を放置することで治安上の心配もあります。つまり、「家を借りたいけど、借りられない人」「貸せる家はあるけど、事情があって貸さない人」というアンマッチの構造が地域には存在しているわけです。

ふるさとの会はその状況に着目し、住まいを提供していただければ、当会の関連会社を通じて家賃の債務保証をし、また、職員が常駐・巡回することで近隣住民とのトラブル対応などを行う。そして、安否確認・サービス利用の手助けの他、支援を受ける人同士がかかわり合う居場所や、地域住民とのかかわりを生む機会も提供するという取り組みを考案し、開始しています(図2)。住まいの確保と、言わば「地域での住まい方」の支援も一体的に提供するということです。

一連の仕組みは住居を求める側、家主・不動産事業者側の双方にメリットをもたらすとの理解を得て、現在、私たちはもともと空き家だったところを職員が常駐する宿泊所に変えるなどして、認知症や障害で介護や介助が必要な方々約300人を支援しています。なお、この取り組みは必要な費用も限られ、寄付と入居者の生活保護費の一部、入居者への対人的な対応などの管理にかかわる費用を家主・不動産事業者側に一部負担してもらうことで、運営資金を賄うことができています。

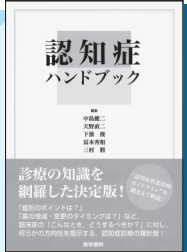
河村 低所得で単身の認知症高齢者を

認知症の臨床知についてガイドラインを踏まえてまとめた決定版!

認知症ハンドブック

今やその患者数が国内で300万人を超える認知症。その診療の現場で必要となる情報を網羅した実践書が遂に完成。診断や薬物療法・非薬物療法、リハビリやケアなど、臨床家が知っておきたい知識を「認知症疾患治療ガイドライン」の内容に沿って解説。また基礎研究に関する情報もポイントを整理してコンパクトに紹介しており、まさに「臨床のエンサイクロペディア」と呼ぶにふさわしい1冊。

編集 中島健二 鳥取大学教授・脳神経内科学
天野直二 信州大学教授・精神医学
下濱 俊 札幌医科大学教授・神経内科学
富本秀和 三重大学大学院教授・神経病態内科学
三村 将 慶應義塾大学教授・精神神経科学

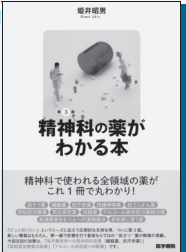


精神科の薬を“ざっと”知りたいあなたへ。

精神科の薬がわかる本 第3版

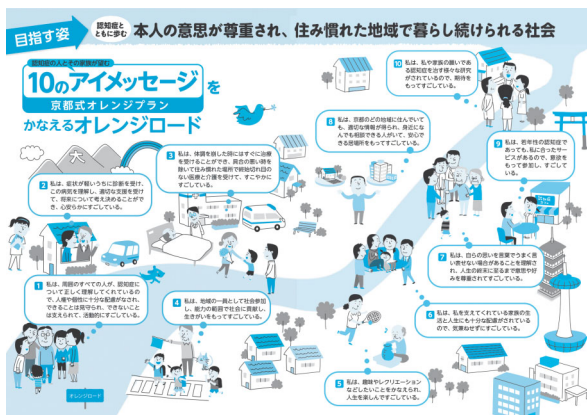
好評の定番書、3年ぶりの改訂。精神科の薬を取り巻く環境の変化や新薬、著者の臨床実践を基に追加。今改訂の目玉は、①処方薬依存として社会問題にもなっているベンゾジアゼピン系薬剤の依存への具体的対応策、②10年ぶりに出た新しい認知症治療薬、③アルコール依存症に対するまったく新しい作用機序の薬。それぞれの薬の特徴や、患者さんの生活を踏まえた副作用への効果的な対処法をわかりやすく紹介する。

姫井昭男 PHメンタルクリニック所長





“地域発”の統合ケアを探る 座談会



●図3 京都式オレンジプランで示された10のアイメッセージ

「①私は、周囲のすべての人が、認知症について正しく理解してくれているので、人権や個性に十分な配慮がなされ、できることは見守られ、できないことは支えられて、活動的にすごしている」

在宅で支えるのは、正直、厳しさも感じていた部分でした。地価の高い都市部では介護施設の増設も難しいことを考えると、こうした取り組みは一つの解決策になり得ますね。

武地 医療・介護・福祉の財源に限界が見えている中、新たな公費の支出を求めないという点にも驚きます。費用も資源も新たなものを足すのではなく、既存のものを工夫し、捻出しているのはすごい。

ただ、いわゆる貧困ビジネスとの違いをどのように見ればよいかという疑問も湧きました。「生活保護費などが原資となって、住む場所を整える」点は一緒のように思えますが、貧困ビジネスとの線引きに明確な区分はあるのですか。

滝脇 収支構造だけ見れば、人件費のかけ方に大きな違いはあるものの、相対的な違いにすぎないのかもしれませんが、その点、われわれは資金の透明化を図り、事業内容の公開や、有識者による第三者委員会の設置、地域住民と運営委員会を開催するなど、「支援提供者—利用者」関係で仕組みを構築するのではなく、外部に開かれた形で活動する仕組みとすることで理解を求めようと考えています。もちろん、生活支援の質評価、支援の在り方など議論を深めるべき点もあるのですが。

栗田 14年度から厚労省老健局に「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」が設置され、ふるさとの会もモデル事業の一つとして実施・検証されています。今後、費用の一部が公費でカバーされるようになれば、より一層の展開も期待できるのではないのでしょうか。

滝脇 そう思います。認知症高齢者の方々の「住まい」と「住まい方」という、地域で自分らしく生きるための基礎固めをわれわれが担う。そこから地域の医療・介護・福祉サービスといかに関係していけるか。今後はその体制の工夫を考えていきたいですね。

当事者の視点で町をつくる

栗田 京都府では、13年に独自の認知症対策「京都式オレンジプラン(京都認知症総合対策推進計画)」を発表するなど、認知症の人が暮らしやすい町づくりを地域一体となって進めています。武地 京都式オレンジプランは、府と市、医師会、看護協会、大学、弁護士会の他、医療・介護・福祉関係機関から成る「京都地域包括ケア推進機構」が策定にかかりました。認知症の早期発見・早期対応と、認知症

ケアの充実や家族への支援において、関係機関・団体の役割を明確化する指針となっています。

栗田 一番の特徴は、認知症当事者の視点に立脚した点だと思います。国の認知症施策も「認知症当事者の視点」を重視し、認知症の人の意見を政策に反映していくことを呼び掛けている段階です。そうした中、実際に府行政の文書に明文化し、その政策評価も当事者視点で行うという姿勢を示したのは先駆的な試みと言えます。

武地 認知症当事者の声や視点を施策の作成・評価に取り入れる試みは、海外でも多く見られており、例えば、英国では「アイステートメント」と呼ばれる「認知症当事者からみた認知症施策の成果指標」が存在しています。やはり、その視点を欠いては、真に認知症の方のためになる施策は生まれにくいということでしょう。

ですから京都式オレンジプランにおいても、認知症の「私」を主語にし、18年に理想とする町を描いた「10のアイメッセージ」(図3)を政策評価の指標とし、これら10項目を満たすような地域をつくる取り組みを進めることになったのです。

栗田 当事者を中心に据えた取り組みの重要性そのものはよく語られるわけですが、実際にどのような点で良い変化をもたらすのかを伺いたいです。

武地 「いかに当事者が自分らしく生きていけるか」という視点を取り入れると、地域の認知症への取り組みも大きく変わります。どの地域であっても、病院は病院なりに、診療所は診療所なりに、介護福祉施設は介護福祉施設なりに、個々の組織が組織ごとに認知症の対応を考えているとは思いますが、

でも、個別に頑張っても自分たちの都合の上での頑張りになってしまうがちで、力も分散されてしまいます。それを当事者視点から考えてみることで、地域一体となった取り組みの必要性に気付かされ、多職種連携が進み、

結果的に個々の施設の努力を上回る支援の形が生まれると考えています。

アイメッセージの原案は、森俊夫氏(府立洛南病院)らと共に行った「京都式認知症ケアを考えるつどい」で作成した『2012京都市文書』や『2012年京都市文書からみたオレンジプラン』にまでさかのぼります。これらには当事者たちの思いや希望、ニーズも明示されており、これらを基に行政や各団体との折衝を慎重に重ね、今のアイメッセージが形作られました。認知症を生きる当事者からみた理想のケアの言語化、そしてアウトカムも当事者たちの声に基づいて評価しようという試みは、当事者の希望をベースにした多職種による検討を経たからこそ生まれたものと言えます。

認知症カフェが地域を支える人を育てる

栗田 厚労省のオレンジプランでは、認知症当事者やその家族が憩うことのできる場として「認知症カフェ」の普及を推進しています。その点、京都は府内40か所のカフェが連携した「京都認知症カフェ連絡会」を立ち上げるなど、認知症カフェの展開という点でも先駆的な地域です。

武地 認知症カフェの実践も、「京都式認知症ケアを考えるつどい」でその必要性が共有されたことが発端だったんです。

実際に認知症カフェを行うと、認知症の方や家族にとって意義ある場になると感じています。私自身、市内で開催する「オレンジカフェ今出川」「オレンジカフェ上京」の運営に携わっていますが、いずれも“地域で気軽に利用できる居場所”という雰囲気になっており、訪れる患者さんは一様に「地域に住む一人の住民としての顔」を見せてくれる。診察室の様子からは想像できない姿も見られ、時に驚くことすらあるほどです。このように患者さんが安心できる環境だからこそ、気軽に相談もできますし、切れ目のないケアの提供にもつながっていくのだろうという感触を持っています。

滝脇 実は私たちが墨田区の委託を受け、認知症カフェをオープンしたところですが、実際に開いてみると、「誰かに話を聞いてほしい」と思っている方が地域の中に多くいることを肌で感じることができました。

私としては、認知症カフェは地域に新たな「互助」の関係性を生むのではないかと、という期待も持ちましたね。私たちが支援する方々の中からスタッフとして参加してくださる方もいたのですが、役割が生まれたからか、これまで手持ち無沙汰な様子だった方も生き生きとされていたんです。

武地 そうした「人づくり」につながるのも、認知症カフェの大きな役割ですよ。

私も認知症カフェを通して、市民ボランティアの育成を行いたいと考えています。地域の人々の力を発掘していく、底上げを図る。それも狙いですが、それだけではありません。認知症カフェでそうした活動を続けていくことで、少しずつではあっても一般市民の中に漠然とある「認知症への偏見」も溶かしていくことができると思うのです。地域の一人ひとりが持つ認知症に対する疾病観が変わっていくこと、それこそが認知症の人を支える持続可能な地域社会の基礎づくりにもつながっていくはずですよ。

同志が集まり、地域づくりが動き出す

栗田 今回は都心部の取り組みに焦点を当てました。しかし、お三方のお話を踏まえて思うのは、地域発の統合ケアを生み出していく上で重要なポイントは、「まずは同志が集まってみる」ではないか、ということです。集団に求める要件も「特定の職種が必須」ということはなく、地域の住民のニーズを考慮し、地域の連携の強化を求める者であれば、医師、看護師、当事者、家族、保健師、地域包括支援センター職員など、職種や立場は問わないですし、地域の外の人であっても構わない。人々が集まり、地域に求められる支援の在り方を考えること、それが地域づくりの第一歩として大事なのではないでしょうか。

「医療・介護資源が少ない地域では対応策を考えるのが難しい」ともよく言われますが、その場合も同様です。まず集まってみることで、地域に不足する機能を「いかに賄って、支援体制を構築するか」という発想に切り替わっていくのではないかと思います。私自身、現在、宮城県石巻市の離島・網地島で認知症の人の支援体制づくりに協力させてもらっていますが、ここも人口約400人、高齢化率70%という島で、医療・介護の資源も極めて少ない地域です。しかし、廃校になった小学校に開設された診療所に、定期的に、診療所看護師や本土の保健師、地域包括支援センター職員、医師などが集まることで、認知症啓発のためにパンフレットの作成・配布や映画の上映会を行ったり、漁業協同組合の婦人部の方々から見回り支援の協力を得られるようになったりと、少しずつ認知症の方の暮らしを支える地域づくりが進んでいるんです。

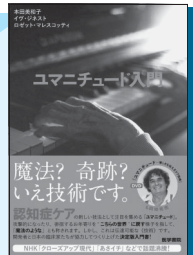
どんな地域であっても、「認知症とともに暮らしていくにはどうしたらいいのだろうか」という問いを足掛かりにして人々が知恵を寄せ合う。そして地域のニーズと資源をすり合わせ、最適な支援の形を考えていく。今回ご紹介いただいた地域発の統合ケアの取り組みも、それを実践できたところに成功要因があるのではないのでしょうか。(了)

魔法? 奇跡? いえ「技術」です。

ユマニチュード入門

「この本には常識しか書かれていません。しかし、常識を徹底させると革命になります。」—認知症ケアの新しい技法として注目を集める「ユマニチュード」。攻撃的になったり、徘徊するお年寄りを「こちらの世界」に戻す様子を指して「魔法のような」とも称されます。しかし、これは伝達可能な「技術」です。「見る」「話す」「触れる」「立つ」という看護の基本中の基本をただ徹底させるだけではなく、そこには精神論でもマニュアルでもないコツがあるのです。開発者と日本の臨床家たちが協力してつくり上げた決定版入門書!

本田美和子 国立病院機構東京医療センター イヴ・ジネスト ジネスト・マレスコッティ 研究所長 ロゼット・マレスコッティ ジネスト・マレスコッティ 研究所副所長

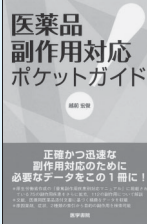


豊富な症例で、医薬品副作用の知識と対応をすぐ確認!

医薬品副作用対応ポケットガイド

医薬品によって引き起こされる副作用について、重篤度や発生頻度、症状、対応・処置などの情報をまとめた実地書。厚生労働省でまとめられた「重篤副作用疾患別対応マニュアル」で紹介されている75の症例をさらに拡充させ、112症例を紹介する。

越前宏俊 明治薬科大学薬物治療学 教授





川越 今回は診療所の“外”の仕組みに目を向けたいと思います。そこでまず、24時間無休という、英国のプライマリ・ケアの仕組みから話を進めていきましょう。

### 地域を担う、時間外専門サービスの存在

川越 英国では24時間無休で、地域住民をGPが診療する体制が整っていると聞きます。ただ、「24時間体制」とはいえ、澤先生の診療所も18時前には外来を終えますし、隔週の土曜日の午前中を除いた週末は休診されるようですから、いち診療所のみで24時間の診療体制を完結しているわけではないのですよね。

澤 はい。1つの診療所で24時間体制を敷くケースもありますが、それは少数派です。90%を占める大多数は、地域にある時間外専門(Out of Hours)サービスとの連携で、24時間365日対応の一次医療を提供しています。

川越 なるほど。それは個々の診療所がそのサービスへ業務委託しているイメージで良いですか？

澤 その通りです。例えば、私の働く圏域の人口は約35万人で約40箇所の診療所があり、その地域内では一つの時間外専門サービスが全ての地域住民に対応しています。診療所同様、時間外専門サービスにおいても外来、電話相談、在宅医療を提供しているんです。

### 継続性は電子カルテで確保

川越 患者さんたちはどのような手続きを経て、その時間外専門サービスへとアクセスできるのでしょうか。

澤 英国国内の各国で同様の時間外専門サービスは存在するのですが、仕組み・機能がやや異なるので、ここでは混乱を避けるためにイングランドのみを例に取り上げますね。

イングランドの時間外専門サービスは「NHS 111」と呼ばれるものです。「111」の番号に電話すれば、どこからでも自動的に各地域の時間外専門サービスにアクセス可能です。通話料も無料で、NHSの他のサービス同様、国民または海外からの合法的な滞在者であれば誰でも原則自己負担なしで利用できます。これ以外に救急センターを利用する、「999」に電話して救急車を要請するという手段もありますが、それらは緊急性の高い問題に対応するサービスという位置付け。NHS 111は「急を要するが、緊急ではない問題」に対応しているところが特徴と言えます。NHS 111は夜間に限らず、24時間いつでも利用できるシステムですが、診療所が閉まっている時間帯にこそ、効果を発揮していると感じています。

例えば、夜間に電話をするとまずオペレーターが患者さんのトリアージを行う。そして相談内容に応じて看護師、GPへと対応する人が変わっていくという流れです。もし電話で解決が難し

# クロストーク 日英地域医療

## 川越正平

あおぞら診療所院長／理事長

## 澤 憲明

英国・スチュアートロード診療所  
General Practitioner

企画協力：労働政策研究・研修機構 堀田聡子

日本在宅医と英国家庭医——異なる国、異なるかたちで地域の医療に身を投じる2人。  
現場視点で互いの国の医療を見つめ直し、“地域に根差す医療の在り方”を、  
対話【クロストーク】で浮き彫りにしていきます。

第 4 回

# プライマリ・ケアが24時間無休で地域を支える仕組み

い場合には、近隣で時間外の外来や在宅医療を提供しているGPを紹介され、対応が引き継がれます。

なお、患者さんが、NHS 111ではなく、時間外にかかりつけ診療所へ電話してきた場合も、自動的に地域の時間外専門サービスに転送される仕組みになっています。だから日中働く家庭医も安心して診療所を空けられるんです。川越 時間外であってもワンストップで医療相談・受診希望の電話を受けるサービスがあるということですね。適切に機能することで、医療全体の効率化にもつながると想像できます。

しかし、時間外診療を代理の医師が補完するというのも簡単なことではありません。例えば、患者情報・診療記録の共有は不可欠になりますよね。

澤 その点は、各診療所と時間外専門サービスの間で電子カルテを介し、患者情報や診療記録を共有することで対応しています。

そもそも英国ではほぼ全ての診療所に電子カルテが導入されているのですね。さらに2種類のソフトウェア——最近では「EMIS」「SystemOne」と呼ばれる互換性のあるソフトウェアが主流ですが——で、国の人口の95%がカバーしている。ともにクラウド型の電子カルテで、コールセンターや外来診察室はもちろん、例えば、往診の移動中の車内でもノートパソコンから情報を閲覧・入力できます。

また、患者情報は、診療所に初めて登録する際に各個人に与えられる特定の「NHS ナンバー」によって管理され、その番号とひも付けされる形で診療情報は電子カルテに蓄積されています。

ですから、時間外専門サービスの医療従事者も、診療時に患者さんの同意を得れば、電子カルテ上から必要な情報を得ることができる。既往歴、内服歴、アレルギー情報、検査結果の他、診療所の複数のGPや看護師、そして

地域に散らばる訪問看護師や作業療法士など多職種から成るプライマリ・ケア・チームが記録した情報や、病院から診療所に送られる退院サマリー、外来記録など、幅広い情報を把握した上での診療が可能になるわけです。

当然、時間外診療の情報も電子カルテに反映されるため、当該の患者さんを診るかかりつけの診療所も、次回以降の診療に生かすことができます。

### 責任性・個別性への対応は国を超えた難題

川越 日本の現状からすると想像できないものです。ただ、私としては悩ましく思える部分もあって、仮に電子カルテによって診療情報の共有が図れたとしても、非常勤医師に患者を委ねることを進んで行く気になれません。その理由の一つは、単純に能力が不均一だからということですが、それ以上に重要なポイントとして挙げたいのが「責任性」と「個別性への対応」という点です。

現状の日本に即して言う、夜間診療を担当する医師は「非常勤」という位置付けで、「担当医としての責任のない状態で一時的に医療を担当する立場」という見解も否定できません。継続的に診てきたかかりつけ医と同等の熱意で適切な医療を考え、提供することが可能だろうか、と不安に思うのです。

また、多様な病態、家族背景、社会的事情といった個別性にまで配慮できるのかも心配です。こうしたカルテの記載だけでは伝えきれない微妙なニュアンスが確実に存在する中、どんな医師でも適切な対応ができるとは限らないのではないかと。つまり、提供される医療の質が保たれないのではないかと考えてしまいます。これらにはどのような対処がなされていますか。

澤 まず、「コンピテンシー(能力)」について言えば、英国はGPとしての

後期研修を修了し、専門医試験にも合格した者だけが地域医療を担うことが許される「ライセンス制度」を施行しています<sup>1)2)</sup>。この制度が前提としてあるので、ある程度の信頼を持って、自分の担当患者さんを受け渡すことができると言えます。

ただ、後者の「責任性」「個別性への対応」に関する指摘はとても興味深いですね。というのも、実は英国においてもそれらが悩ましい問題として存在しているんです。

かつて英国では伝統的に1人のGPが特定の患者リストを担当するシステムでした。その状況が変わったのが、ブレア政権による医療改革の真っただ中であった2000年代。住民は1人のGPではなく、1つの診療所に登録する制度へと変わり、患者に対する責任も「家庭医単独」から「チーム全体」へと移行することになりました。歴史的に「個人的なケアの継続性」を重視してきた英国では、当時、この流れには批判が沸き起こったと聞いています。

この変革は、「住民に医師選択の自由を与え、アクセスを改善する」という名目とともに、GP一人ひとりの労働環境の改善、そしてGPを増員・確保することでプライマリ・ケアを建て直したいという政策上の狙いがあったのだと思います。しかし、同時に失われたものも確かにあったのでしょう。最近の英国では、「チームケアであっても、家庭医に与えられた、かつてのような明確な個人的責任性を取り戻そう」という指摘もあるのです。

実際、高齢になると健康問題の数は増える傾向にあり、ヘルスケア、ソーシャルケアの中で“迷子”になるリスクも高まるため、本年から75歳以上の患者さんには、医師選択の自由はそのままに、従来の「暗黙のルール」から、特定のかかりつけ医をパートナーとして明確化することになりました。

また、「個別性への対応」、こちらも難題であり、より良い道を模索しているところ。チームケアを提供しつつも、個々の継続性がより担保できるようにシステムを整備したり、サービス提供者間での情報共有を改善したりと、やるべきことはたくさんあります。

最近では、「DNR Form」と呼ばれる心停止時の蘇生処置を望まない事前指示書のコピーを電子カルテにスキャンした後、さらにそれを診療所から時間外診療サービスにFAXで送ることが求められるようになりました。よりきめ細かな情報を共有する姿勢が強まっているように感じますね。

川越 いかなるシステムにおいても、あるいは異国であっても、同じ疑問や不安が共有されている点は興味深いものがありますね。(つづく)

#### ●参考文献

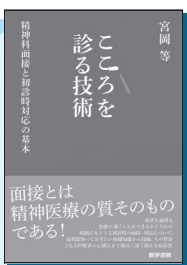
- 澤憲明. 英国の新しい家庭医療専門医制度 その研修と選抜(前編). 週刊医学界新聞第3010号, 2013年.
- 澤憲明. 英国の新しい家庭医療専門医制度 その研修と選抜(後編). 週刊医学界新聞第3014号, 2013年.

精神科面接の新たな必読書、誕生！

## こころを診る技術 精神科面接と初診時対応の基本

「精神科における標準的な面接および初診時対応はどうあるべきか？」についてまとめた実践書。よい患者-医師関係を築く第一歩となる初回面接を中心に、精神科面接の基本的な心構えから話の聞き方・伝え方、特に注意して聞くべきポイントまでを幅広く、具体的に解説。診断基準・ガイドラインの用い方や薬物療法に関する考え方など、長年臨床家として活躍してきた著者ならではの技術や心得なども豊富に盛り込まれている。

宮岡 等  
北里大学精神科主任教授



高評を得たDr.Stahlのテキストが全面改訂、待望の全訳！

## 新刊 ストール精神薬理学エッセンシャルズ

### 神経科学的基礎と応用 第4版

Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, 4th Edition

▶ 難解なため敬遠されがちな精神薬理学の基本原則を、著者Stahlのユニークな文章とオールカラーの図により、できるだけ平易にわかりやすく解説するベストセラーテキストの全面改訂版。全体の構成を大幅に見直し、基礎的神経科学的の多くを臨床の章に統合するなど内容を厳選、さらに使いやすくなった。カラー図版はより洗練され、解説と合わせて精神薬理のメカニズムを概念的に学べるように工夫されている。精神薬理学の定本として、臨床医、研修医、研究者必読・必携の書。

監訳：  
仙波純一  
さいたま市立病院精神科部長  
松浦雅人  
東京医科大学名誉教授/  
田崎病院副院長  
大田克也  
恵田第2病院院長

定価：本体12,000円＋税 B5 頁672 図543 2015年 ISBN978-4-89592-802-1

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



**医**学知識が爆発的に増大し、自分一人で完結するスタンド・アローンな医療が、少なくとも高い質を担保したままでは非現実的になった現代、チーム医療は理念ではなく必然である。

チームの萌芽はコミュニケーションから始まる。コミュニケーションは他者で行われる。他者は自分ならざる存在であり、自分にないアセット(資源とか価値)を持っている。持っていないければ相談の意味がない。これを形式化したのがコンサルテーションである。

ジェネラリストがジェネラリストにコンサルテーションを行うのは一般的ではない。もちろん、ジェネラリスト同士の相談はあるだろうが、それを「コンサルテーション」と呼ぶことはまずない。「コンサルテーション」には専門領域のラテラリティーが必要とされるからだ。コンサルタントとしてジェネラリストが機能しているとき、その人物はすでに(なんと形式的に呼ばれようと)ジェネシャリストである。

コンサルテーションにはスキルが必要である。ただ、電話して相談すれば良いというものではない。そのことを痛感させられるのは、深夜の救急外来を担当する初期研修医である。

ぼくは沖縄県立中部病院でそれを体験した。その1年間で1200人以上の患者をファーストタッチで診た。診た症例全てを手帳に記録していたので、その数字は覚えている(手帳そのものはどこかに紛失してしまったけれど)。

当然、救急患者全員を1年目の医者がマネージできるわけもなく、上級医に相談となる。それはしばしば他科へのコンサルテーションへとつながっていく。救急外来という鍛錬の場は、他科へのコンサルテーションという鍛錬の場でもあった。

「どうしてこんなになるまで俺を呼ばなかったんだ!」という怒号が聞こえる。初期研修医の多くは自分の実力に見合わないプライドを持っており、それが上級医への相談を遅らせる。看護師の気が利いていると、「ちょっとあの研修医の先生アブナイから、上の先生を呼んでおこうか」なんて予防線を張ってしてくれるけれど。かといって、**薬に懲りて膈を吹くと、「どうしてこんなことで俺を呼ぶんだ!」と怒られてダブルバインド状態である。**

# The Genecialist Manifesto

## ジェネシャリスト宣言

「ジェネラリストか、スペシャリストか」。二元論を乗り越え、「ジェネシャリスト」という新概念を提唱する。

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学 / 神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第20回】

### ジェネシャリストとコンサルテーション その1 コンサルターとして

「それって俺の科じゃない!」というお叱りもしばしば受けた。なお、たらい回しなのではない。沖縄県立中部病院に限定すると、他院でありがちな「患者を診たくない」医者は稀有である。単にこちらがヘタレだったのである。てっきり腸閉塞だと思っていたら、巨大な尿閉だった統合失調症患者。てっきり多発外傷だと思っていたら、横紋筋融解症で痛みを悶えていた患者。こうやって不適切な理由で、不適切なタイミングで、不適切な相談がなされ、たくさんのお叱りを夜中に受けることとなる。

しかし、あのころに叱られた記憶、そのエラーの記憶とともに、何年経っても消えないなあ。おかげで「同じ失敗」はせずに済んでいる。若いころはたくさん叱られたほうが良いと、ぼくは今でも「ダイナソー」考えを持っている。叱られずに放置されるほうがずっと研修医には残酷な話である。

さて、コンサルテーションは適切なときに、適切な相手に、適切な方法で行われるのが望ましい。くたびれた中年医者になると、不適切なコンサルテーションであっても誰も指摘してくれなくなる。叱ってくれるのは初期研修医の時くらいなのである。陰で「あいつ、この前ね」と嗤われているだけなのである。これも残酷な話である。

くたびれた中年医者になっても適切なコンサルテーションをし続けることは可能か。「こうすればよい」というシンプルな解答はないと思うが、いくつかのヒントはある。その一つがジェネシャリストにある。

時に、医者は質問に答えるのは得意である。小学生のときから質問されまくっているから。今でも質問されまくっているから。患者に、ナースに、メディアに、さまざまな質問を受け、わ

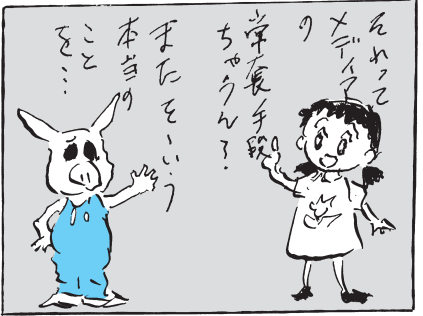
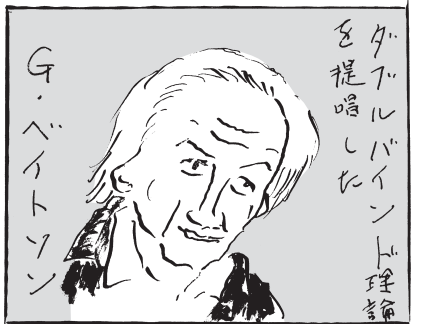
れわれはそれに(できるだけ適切に)回答する。しかし、逆に医者はほとんど「適切な質問をする訓練」を受けていない。Evidence Based Medicine (EBM)の5つのステップの最初は「問題の定式化」だが、これは「有効な質問を発する」にほぼ等しい。日本の医者はこれがとても苦手だとぼくは思っていて、それが日本でEBMの実践を難しくしている最大の原因とも思っている。有効なコンサルテーションも「上手に質問すること」とほぼ同義だから、問題の根っこは同じなのである。

しかし、ジェネシャリストであれば有効なコンサルテーションはさほど難しくはない。「自分が問われないような形で質問」し、「自分がされたくないような相談」は回避すればよいのである。質問を受けるのは得意なのだから、「質問を受ける立場」から入り、そこから逆算して質問をする立場を推し量るのである。これなら質問の苦手な医者でも、それほど難しい作業ではないはずだ。

救急外来でなくたってコンサルテーションは必要で、ぼくは今でもしばしば他科に相談する。そのとき「自分が同様の相談をされた場合」を基準とする。相談は診断に関する相談、治療に関する相談、手技などの依頼、場合によっては「転科・転院」ということもあるだろうが、全てそれが適切かは一回、「自分目線」で自らを逆向きに見てみることから、ある程度可能である。

そして、これはやってみればすぐに体得するが、質問をすることは学ぶこととほぼ同義である。他科のドクターと対話を重ねることほど勉強になるこ

### 岩田健太郎さん



とはない。同質な集団(学会や医局もね)で固まってしまうことが学びを阻害する最大の原因なのである。

もちろん、「自分を基準」なんてカッコイイこと言っている、それはあくまでコンサルタントとして適切に振る舞っている場合に限り、である。では、適切なコンサルタント足る振る舞いとは、どういう振る舞いか。それは次回に検討される。

## ベイツ診察法 第2版

### Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th Edition

原著者  
Lynn S. Bickley  
Peter G. Szilagy

日本語版監修  
福井次矢 聖路加国際大学 理事長/京都大学 名誉教授  
井部俊子 聖路加国際大学 学長  
山内豊明 名古屋大学大学院医学系研究科 教授

●A4変 1016頁 図565・写真726 4色刷  
●ISBN978-4-89592-798-7  
●定価: 本体9,000円+税

新刊

まさに医療の原点—身体診察と医療面接のスタンダードが、  
“すぐわかる”というよりも“よくわかる”  
世界中で読み継がれてきた比類なき指南書—全面改訂

医学生・研修医にとって、必読・必携、最優先の書であり、「一生もの」の一冊  
OSCE対策にも有用。しかも、「つけやきば」、「その場しのぎ」にならない  
米国ではNP(ナース・プラクティショナー)の「バイブル」ともされ、  
より高みを目指す看護師、看護学生のテキスト、リファレンスとしても好適

今回、特に小児(新生児から青年期まで)、妊娠女性、高齢者を対象とした「特定の集団の診察」がさらに充実した

---

## ベイツ診察法ポケットガイド 第3版

### Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking, 7th Edition

日本語版監修  
福井次矢・井部俊子・山内豊明

原著者  
Lynn S. Bickley Peter G. Szilagy

●B6変 432頁 図200・写真243 4色刷  
●ISBN978-4-89592-799-4  
●定価: 本体3,800円+税

新刊

マザー・ブック「ベイツ診察法」のエッセンスを大胆かつ有意に抽出、  
実践の場でも、どこでも参照、役立てることができるポケット判  
今回、完全リンクを実現、  
しかも同時発行・発売により両者を有効に使分けすることができる

●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。

**記事内容に関する件**

☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ

**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

ご注文につきましては、最寄りの医学取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

旅行医学の“バイブル”、ついに上陸!

## 新刊 キーストンのトラベル・メディスン

### Travel Medicine, 3rd edition

▶全56章、旅行医学とは何か、から始まり、旅行前相談、予防接種、そしてマラリア、旅行者下痢症にとどまらず、日本では稀な感染症もテーマに含め解説。さらに移民や難民、養子の問題、災害の問題、飛行機に乗ること「そのもの」のリスク、メンタルヘルスまで、人の移動に伴う健康リスクについて包括的にカバーする。感染症医、一般内科医に必備の書であり、産業医、労働衛生関係者、公衆衛生関係者にも幅広く有用。

監訳: 岩田健太郎 神戸大学大学院医学系研究科・医学部微生物感染症学講座感染治療学分野教授

定価: 本体16,000円+税  
A4変 頁624 図78・写真60 フルカラー 2014年  
ISBN978-4-89592-793-2

新刊

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.medsci.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp



# Medical Library

書評・新刊案内

## ユマニチュード入門

本田 美和子, イヴ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ ● 著

A5・頁148  
定価:本体2,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02028-2

「これは魔法だ」。  
テレビでユマニチュードの番組を見た感想である。認知症を発症しケアが困難な「困った、手のかかる人」になってしまった人が、来日したイヴ・ジネストさんのユマニチュード「見る」「話す」「触れる」「立つ」のケアを受ける。1時間ほどのケアの終わりには、その「困った人」が「ありがとう」とお礼を言うようになり、Vサインを送ったり、イヴ・ジネストさんの頬に別れのキスをしたり、自分で立ち、歩いたりする。ケアを見守っていた家族からは「まったく認知症を感じなかった」など、夢のような出来事に驚きと感謝の言葉が続く。

具体的な技術をわかりやすく図解  
しかしユマニチュード(Humanitude)は魔法ではなく、誰でも習得できる150の具体的な技術からなっている。イヴ・ジネストさんら2人のフランス人により開発されたケア技術で、今、広まりつつあるという。本書は自らフランスに渡り、この技術を実際に経験してこられた本田美和子医師によるその入門書である。

ユマニチュードは「見つめる技術」, 「話しかける技術」, 「触れる技術」, そして「立つことへの効果的なサポート技術」の4つからなる。前3つは「知覚」, 「言語」そして「感情」のこもったコミュニケーションの技術であり、あと1つの「立つ」そして「歩む」ことはケアを受ける人が人間であることを自覚できるための技術である。

「見つめる技術」では、見下さないよう水平な目線で、視野の狭くなっていく高齢者の正面から視線をつかみにいくことが示されている。「触れる技術」では、手首をつかまず、飛行機が着陸・離陸するように下から支えるなど、それぞれの技術がわかりやすく、

評者 中村 耕三  
国立障害者リハビリテーションセンター総長

すてきな図とともに説明されている。忘れられない光景

本書118ページに「シャワーや保清の目的はなんですか?」との問いがある。「単にきれいにするだけなら洗濯機でいい」とイヴ・ジネストさんは言う。この言葉に、私にとって忘れられない昔の光景がダブる。

それは平成の初めころ見たシャワー室の光景である。ケアを受ける人を、シャワー用の担架に臥位の状態で載せる人、服を脱がせる人、担架に載せたまま長方形の湯槽につける人、両側から洗う人と続き、右から左へまさに流れ作業である。そして、そのシャワーを待つ車いすの長い列が続くのだ。私が、人が「立ち」「歩く」ことの重要性に関心を持つようになった原点で、あれはやはり「洗濯機」だったのである。

人間らしくあるための技術  
ユマニチュードの技術の裏には、人間は社会的な生き物であり、「その人の“人間らしさ”を尊重し続ける」という考え方がある。ネグリチュード(「黒人らしさ」の意)を踏まえたユマニチュードというネーミングも、「人間らしくある」状況を志向している。そこには、現在のケアが「生命の維持」や、転んでけがをしては困るという「医療安全」に重きを置き過ぎていないか、そして「受ける人のためになっている」との確信(誤信)から「力づくのケア」になっていないか、との反省がある。

人は立ち、歩き、社会生活を送る動物である。社会生活は他者とのコミュニケーションによって成立する。人は立って歩いて行きたいところへ行き、そこで他者と見合い、話し合い、触れ合い、他者との関係を深めながら生きていきたいという思いの強い動物であ

## ここを診る技術 精神科面接と初診時対応の基本

宮岡 等 ● 著

B6・頁232  
定価:本体2,500円+税 医学書院  
ISBN 978-4-260-02020-6

評者 野村 総一郎  
防衛医大病院院長

学会でも舌鋒鋭い論客として知られる宮岡等教授が、日常的には一体どんな臨床をしているのだろうと以前から興味を持っていたが、本書はまさにそれに對する回答とも言うべき一冊である。これは「どう患者を診るか」という技術書であり、「いかなる姿勢で診るべきか」という哲学書だと思う。ちょっと妙な連想になるかもしれないが、実は宮本武蔵の『五輪書』は評者の愛読書である。ここでは「剣術でいかに勝つか」を述べながら、結局は「剣とは何か」が論じられており、武士としていかに生きるかを示すガイドラインとなっている。本書はこのスタイルとの共通点を感じられ、これは宮岡教授の書いた『五輪書』だ!と直感した次第である。例えば「大半の患者は精神科外来で10分程度の面接しか受けていないが、基本的な面接を続けること自体が治療あるべき」、「そのためには『良い面接』より、『悪くない面接』を心がけること」、「精神面に積極的に働きかけて治そうとするより、患者に寄り添うこと」などの主張には、思わずハタと膝を打ってしまった。このあたり、まさに本書を哲学書と呼びたくなるゆえんである。

いや、そうは言っても、決してそこには小難しい理論が連なっているのではない。本書を読んだ読者は、あるいは不思議に思うのではあるまいか。「なぜ自分が普段悩んでいることが、宮岡先生には手に取るようにわかるのだ!」「しかも、ここにその答えがあるじゃないか!」と。そのくらいポイントを突いて臨床家が日頃困っている

る。「力づくのケア」には、この配慮が欠けているのではないか。ユマニチュードでは、優しさに裏打ちされたコミュニケーション技術により、環境を、その人がこれまで過ごしてきた社会性の感じられる状態に戻す。その人は立ち、歩くことによって自らが社会生活を送る存在であることを確認するの

こと、迷っていることへの武蔵流、いや宮岡流の答えが展開されているのである。例えば「自分が睡眠不足や疲れているときの面接は調子がよいときと比べ、『聞く』より『話す』ことが多くなっている。自ら話すことによって、早く面接を終えたいという気持ちがあるのであろう」という言葉にはドキッとさせられ、「今後気をつけよう」と感じたし、面接に際して「一般的にも起こりうることだが」という問いかけから入ると答えが引き出しやすい、などは診療のコツを述べた名言であろう。

名言と言えば、そこかしこに耳に残りやすい機知に満ちた表現があり、それが本書をさらに読みやすくしている。例えば「リエゾンはバトルである」という考え方には思わずうなづいたし、「精神療法にも副作用がある」という指摘は当然のようで、昨今忘れられていた視点である。また、「『薬を処方するしか能のない精神科医』は面接が下手だけでなく、疾患の診断や治療に関する最低限の知識も習得できていないのではないかと疑う」というのも、辛口だが実に小気味良い一言として響いた。それもそのはず、この問題意識こそ著者が本書を書いた契機であるからだろう。

以上述べてきたように、わかりやすくオーソドックスでありながら、目からうろこの実用的なノウハウが盛り込まれた本書は、まさに著者の狙いが極めて有効に結実した名著であろう。研修医向けであると同時に、むしろベテランの精神科医にも読んでほしい一冊となっている。

ある。イヴ・ジネストさんらは「人間らしくある」という目標を掲げ、それを具体的な技術になるまでに消化し、示した。それも非常に有用な技術で。……やはり「これは魔法だ」。あらゆる医療、介護にかかわる人、高齢者を抱える家族の人にもぜひ読んでもらいたい。

**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 医学書院**

第Ⅲ期(2014年発行)全3巻

◎てんかんに対する苦手意識を克服したい医師、必読の1冊!

**てんかん診療 スキルアップ** 新刊  
編集 吉野相英  
●B5 頁248 2014年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01958-3]

◎その患者、本当に「うつ病」?  
迷い多き抑うつの鑑別への羅針盤 新刊

**抑うつの鑑別を 究める**  
編集 野村総一郎  
●B5 頁244 2014年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01970-5]

◎早期段階の当事者・家族をどう支援するか  
重症化させない診療のコツ!

**重症化させないための 精神疾患の診方と対応** 新刊  
編集 水野雅文  
●B5 頁304 2014年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01974-3]

詳しくは医学書院HPで  
各巻の合計定価: 本体 17,400円+税 → セット定価: 本体 15,500円+税 [ISBN978-4-260-02007-7]

第Ⅱ期(2013年発行)全3巻

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  
●B5 頁200 2013年 定価:本体5,800円+税 [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  
●B5 頁216 2013年 定価:本体5,800円+税 [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  
●B5 頁308 2013年 定価:本体6,400円+税 [ISBN978-4-260-01798-5]

詳しくは医学書院HPで  
各巻の合計定価: 本体 18,000円+税 → セット定価: 本体 16,400円+税 [ISBN978-4-260-01858-6]

第Ⅰ期(2011-2012年発行)全5巻

**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:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01423-6]

**抗精神病薬 完全マスター**  
編集 中村 純  
●B5 頁240 2012年 定価:本体5,800円+税 [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:本体5,400円+税 [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:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01495-3]

詳しくは医学書院HPで  
各巻の合計定価: 本体 28,600円+税 → セット定価: 本体 26,000円+税 [ISBN978-4-260-01496-0]



# 《神経心理学コレクション》 ジャクソンの神経心理学

山鳥重●著  
山鳥重, 河村満, 池田学●シリーズ編集

A5・頁224  
定価: 本体3,400円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01977-4

私が山鳥重先生のお話を直接聞かせていただいた機会は、非常に近い興味・関心を継続して持ってきたこと、神経心理学の層的理解を信奉してきたことを考えれば驚くほど少なく、わずかに2回ばかりである。いずれも今から20年以上も前のことで、私は研修医カレジデントのときで先生が私の発表にコメントしてくださったときのことだったと思う。

最初は保続の発表に関してであったが、2回目は側頭葉てんかんの言語自動症のことについてであった。山鳥先生はそのときに、「主体意識から客体意識へとまさに言葉が音を持った言葉として生まれ落ちようとしている瞬間に宙づりになって固定された状態が再帰性発話だとジャクソンが書いており、実際にそういう事例はてんかん臨床であるのかどうか」といった質問をされた。そのとき私は質問の背景や意味をよく理解できず、単純に「無いです」と答え、会話はそこで終わりになってしまった。しかし先生のその質問はその後、ずっと私の中に残っていて、自分でジャクソンを読むようになって先生の質問の奥深さを知ることになり、さらにその後の臨床経験の中で、まさにジャクソンの言うような、最初の発作体験のときに言わんとしていたことをその後発作が起こるたびに何十年も繰り返して発話し続ける症例が存在することを何度か確認することになった。

ジャクソンの思想は、てんかんの世界においてはいまだに深く浸透し、引用されることも多いが、脳科学あるいは神経心理学の分野では常にマイノリティーの側にあったといってもよいだろうと思う。その理由の1つは、脳を表象の図書館のように考えるマイネルトを始祖とし、ウェルニッケ、リープ

## 21世紀の脳科学に通じる ジャクソンの思考



マン、ゲシュヴィントに至る20世紀の脳科学の思考の流れと、根本的に異なる思考の流れをジャクソンが体現していたことにある。ジャクソンにとっての表象は、エーデルマンのいう「思い起こされた現在 (remembered present)」に近い。多数の感覚運動経路が、内的あるいは外的刺激に触発されて、適者生存競争を始め、その勝利者が「今、ここで」の実現された表象となって出現するというジャクソンの考えは、例えばレンガを見たら脳の中のレンガ表象が賦活され、その結果レンガがレンガだと認識されるというマイ

ネルトが集大成した考えとは大きく異なるものであった。2つ目の理由は用語に対するジャクソンの哲学者のような厳密さにある。しばしば医学者は言葉の区別に鈍感で、そうした区別を強いられることを嫌がる傾向にある。例えばジャクソンが区別に腐心した、心理的プロセスとしての“感覚”と、物理的脳のプロセスとしての“印象”。山鳥先生も訳出に苦労されているように、そもそも私たちに純粋な知覚はなく、ベルグソンの言葉を借りれば、通常私たちが五感を通して受け取っているのは「記憶の刻印を否応なく帯びた知覚」であって、ベルグソンは議論を進めるためにイマージュという仮の用語を致し方なく造語しこれに当てている。実はジャクソンが厳格に線引きをしたこの印象と感覚の関係をどのように考えるかは、今脳科学を考える上でのホットな急所の1つになっている。

陰性症状と陽性症状は、現在、精神科医であれば知らない者がいないコンセプトであるが、ジャクソンが例えばデジャビュのような複雑な体験は解放現象としての陽性症状であり、臭いの

ような原始的な感覚とは機序が違うと考えていたことを本書を通して山鳥先生に教えていただき、陽性症状についてのジャクソンの徹底した姿勢をあらためて再認する機会となった。ジャクソンにとっては陽性症状とはあくまでもより高次の機能系が障害された結果、より組織されより障害への抵抗力の強い機能系の脱抑制であって、例外的にはあっても人というソフトの新たな可能性を開示するものなどではあり得ない。ジャクソンを徹底して信奉しているてんかん学者たちがこのあたりについてとても厳格な姿勢を示す理由が本書を読みながら初めて私には納得できた。

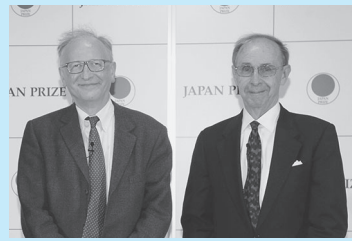
階層(レイヤー)という考えは20世紀の脳科学から21世紀の脳科学を隔てる1つの鍵概念ではないかとも思う。全体は部分の総和ではなく、それまでには無かった新たな質がそこに生ずる、つまりは層と層の間に不連続な断裂が生じ、それが結局は「私」や「意識」を、“体を操る小人”とか“魂”のような表現を導入せずに説明するための手立てになるからである。そして、

本書で山鳥先生が強調されているように、記憶・感情・判断といった組織化の緩い機能は、より局在化される組織化の度合いの強い機能群とは別の階層を形作っているというジャクソンの考えは20世紀の脳科学よりも21世紀の脳科学にはるかに親和性がある。

私はジャクソンの伝記について誤解していたところがあり、山鳥先生に自著の編集担当者を通して間接的にそれを指摘していただいたことがあるが、控目、温厚、公平、しかし学問には厳密で常に原理へとさかのぼろうとする一貫した姿勢を保ち続けたジャクソンは、山鳥先生ご自身と重なるところがある。冒頭の学会での山鳥先生のご質問は、何十年も私の中に余韻を残すような含蓄があったが、あときその質問の射程を理解できなかった私を詰るでもなく、温かい質問で、しかも当時、大きなキャリアの差があったにもかかわらず、対等な同僚として質問していただいたように記憶している。本書を読みながらずっとそのことが脳裏から離れなかった。

# 第31回日本国際賞受賞者発表

国際科学技術財団は1月29日、第31回日本国際賞の受賞者を発表した。本賞は、全世界の科学技術者を対象とし、独創的で飛躍的な成果を挙げ、科学技術の進歩に大きく寄与し、もって人類の平和と繁栄に著しく貢献したと認められる人物に与えられるもの。毎年、科学技術の動向等を勘案して、2分野が受賞対象分野に指定される。本年は「資源、エネルギー、社会基盤」分野、および「医学、薬学」分野を対象に受賞者が選考された。



●写真 左から、フィッシャー氏、フリードマン氏。

今回、「医学、薬学」分野では、「遺伝子治療の概念の提唱とその臨床応用」を行ったセオドア・フリードマン氏(米カリフォルニア大学教授)とアラン・フィッシャー氏(仏コレージュ・ド・フランス教授/イマジン研究所所長)が共同受賞(写真)。近年、難治性・致死性疾患への遺伝子治療の劇的な臨床効果が報告されるようになり、革新的な先端医療として大きな期待を集めているが、両氏はその発展に決定的な役割を果たしたと評価された。

フリードマン氏は、1972年にいち早く遺伝子治療の概念と研究の進め方を提唱。動物モデルで遺伝子治療の有効性を実証したほか、遺伝子導入用ベクターのコア技術開発に貢献するなど、今日の遺伝子治療研究の道を拓いたと言える。氏の提唱した遺伝子治療の概念を受けて基礎研究は進み、1990年代に入ると臨床研究が開始された。しかしながら、臨床研究では期待していたような結果を得ることはなかなかできなかった。そうした中、世界で初めて遺伝子治療の臨床効果を証明したのがフィッシャー氏だ。氏は、致死性X連鎖重症複合免疫不全症(X-SCID)患者のリンパ球そのものではなく、造血幹細胞に正常遺伝子を導入することで、機能的に正常なリンパ球を持続的に産生させることに成功。この研究成果は、世界の研究者に大きな勇気を与え、その後の遺伝子治療の発展に貢献した。

なお、「資源、エネルギー、社会基盤」分野では、「流域管理の革新的概念の創出と水災害軽減」に貢献した高橋裕氏(東大名誉教授)が受賞。授賞式は4月23日、東京国際フォーラムにて開催される。

フリードマン氏は、1972年にいち早く遺伝子治療の概念と研究の進め方を提唱。動物モデルで遺伝子治療の有効性を実証したほか、遺伝子導入用ベクターのコア技術開発に貢献するなど、今日の遺伝子治療研究の道を拓いたと言える。氏の提唱した遺伝子治療の概念を受けて基礎研究は進み、1990年代に入ると臨床研究が開始された。しかしながら、臨床研究では期待していたような結果を得ることはなかなかできなかった。そうした中、世界で初めて遺伝子治療の臨床効果を証明したのがフィッシャー氏だ。氏は、致死性X連鎖重症複合免疫不全症(X-SCID)患者のリンパ球そのものではなく、造血幹細胞に正常遺伝子を導入することで、機能的に正常なリンパ球を持続的に産生させることに成功。この研究成果は、世界の研究者に大きな勇気を与え、その後の遺伝子治療の発展に貢献した。

フリードマン氏は、1972年にいち早く遺伝子治療の概念と研究の進め方を提唱。動物モデルで遺伝子治療の有効性を実証したほか、遺伝子導入用ベクターのコア技術開発に貢献するなど、今日の遺伝子治療研究の道を拓いたと言える。氏の提唱した遺伝子治療の概念を受けて基礎研究は進み、1990年代に入ると臨床研究が開始された。しかしながら、臨床研究では期待していたような結果を得ることはなかなかできなかった。そうした中、世界で初めて遺伝子治療の臨床効果を証明したのがフィッシャー氏だ。氏は、致死性X連鎖重症複合免疫不全症(X-SCID)患者のリンパ球そのものではなく、造血幹細胞に正常遺伝子を導入することで、機能的に正常なリンパ球を持続的に産生させることに成功。この研究成果は、世界の研究者に大きな勇気を与え、その後の遺伝子治療の発展に貢献した。

なお、「資源、エネルギー、社会基盤」分野では、「流域管理の革新的概念の創出と水災害軽減」に貢献した高橋裕氏(東大名誉教授)が受賞。授賞式は4月23日、東京国際フォーラムにて開催される。

ような原始的な感覚とは機序が違うと考えていたことを本書を通して山鳥先生に教えていただき、陽性症状についてのジャクソンの徹底した姿勢をあらためて再認する機会となった。ジャクソンにとっては陽性症状とはあくまでもより高次の機能系が障害された結果、より組織されより障害への抵抗力の強い機能系の脱抑制であって、例外的にはあっても人というソフトの新たな可能性を開示するものなどではあり得ない。ジャクソンを徹底して信奉しているてんかん学者たちがこのあたりについてとても厳格な姿勢を示す理由が本書を読みながら初めて私には納得できた。

階層(レイヤー)という考えは20世紀の脳科学から21世紀の脳科学を隔てる1つの鍵概念ではないかとも思う。全体は部分の総和ではなく、それまでには無かった新たな質がそこに生ずる、つまりは層と層の間に不連続な断裂が生じ、それが結局は「私」や「意識」を、“体を操る小人”とか“魂”のような表現を導入せずに説明するための手立てになるからである。そして、

本書で山鳥先生が強調されているように、記憶・感情・判断といった組織化の緩い機能は、より局在化される組織化の度合いの強い機能群とは別の階層を形作っているというジャクソンの考えは20世紀の脳科学よりも21世紀の脳科学にはるかに親和性がある。

私はジャクソンの伝記について誤解していたところがあり、山鳥先生に自著の編集担当者を通して間接的にそれを指摘していただいたことがあるが、控目、温厚、公平、しかし学問には厳密で常に原理へとさかのぼろうとする一貫した姿勢を保ち続けたジャクソンは、山鳥先生ご自身と重なるところがある。冒頭の学会での山鳥先生のご質問は、何十年も私の中に余韻を残すような含蓄があったが、あときその質問の射程を理解できなかった私を詰るでもなく、温かい質問で、しかも当時、大きなキャリアの差があったにもかかわらず、対等な同僚として質問していただいたように記憶している。本書を読みながらずっとそのことが脳裏から離れなかった。

私はジャクソンの伝記について誤解していたところがあり、山鳥先生に自著の編集担当者を通して間接的にそれを指摘していただいたことがあるが、控目、温厚、公平、しかし学問には厳密で常に原理へとさかのぼろうとする一貫した姿勢を保ち続けたジャクソンは、山鳥先生ご自身と重なるところがある。冒頭の学会での山鳥先生のご質問は、何十年も私の中に余韻を残すような含蓄があったが、あときその質問の射程を理解できなかった私を詰るでもなく、温かい質問で、しかも当時、大きなキャリアの差があったにもかかわらず、対等な同僚として質問していただいたように記憶している。本書を読みながらずっとそのことが脳裏から離れなかった。

私はジャクソンの伝記について誤解していたところがあり、山鳥先生に自著の編集担当者を通して間接的にそれを指摘していただいたことがあるが、控目、温厚、公平、しかし学問には厳密で常に原理へとさかのぼろうとする一貫した姿勢を保ち続けたジャクソンは、山鳥先生ご自身と重なるところがある。冒頭の学会での山鳥先生のご質問は、何十年も私の中に余韻を残すような含蓄があったが、あときその質問の射程を理解できなかった私を詰るでもなく、温かい質問で、しかも当時、大きなキャリアの差があったにもかかわらず、対等な同僚として質問していただいたように記憶している。本書を読みながらずっとそのことが脳裏から離れなかった。

## 新刊

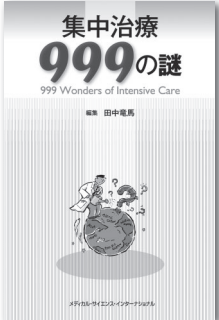
謎は解けた! 気になる疑問にすべて(?) 答えます

# 集中治療999の謎

編集: 田中竜馬 Pulmonary & Critical Care Medicine, Medical Director, Intensive Care Unit, Intermountain LDS Hospital, Utah, USA

ベストセラー「感染症999の謎」に続くシリーズ第2弾。臨床の場で遭遇する様々な「謎」に対し、各分野の専門家が病態生理やエビデンス、臨床経験を踏まえて解説する。1000を超える「謎」はA:基本、B:専門医向け、C:トリビアの3段階にレベル分けされ、気になった項目から読み進めることができる。臨床に役立つ「コツ」や「極意」、「匠の技」が満載。医学生、研修医の学習や専門医・ベテランの知識の整理に、集中治療に携わるナース・コメディカルにも有用。

- 定価: 本体5,500円+税
- A5変 ● 頁646 ● 図67・写真16 ● 2015年
- ISBN978-4-89592-801-4



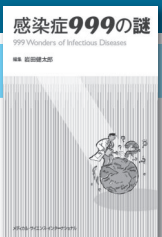
## 好評

感染症が面白くなる、そしてもっと知りたくなる

# 感染症999の謎

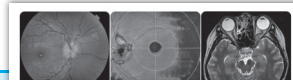
編集: 岩田健太郎

- 定価: 本体5,000円+税



これぞ待望の、  
神経眼科学 最新スタンダードテキスト

# 神経眼科学を学ぶ人のために



三村 治 兵庫医科大学眼科学主任教授

神経眼科学を学ぶ人のために  
三村 治

神経眼科臨床・研究の第一線で長年活躍する著者による、待望の決定版テキスト。解剖生理、診察・検査・診断から治療まで、明快かつシンプルな記述で臨床に必要な知識を網羅。圧巻のカラー図版・症例写真・画像所見を掲載したビジュアルなレイアウト。基礎知識から最新知見まで、読者の知りたい情報にたどりつきやすい紙面構成。眼科医、神経内科医、視能訓練士など神経眼科臨床に携わる、すべての医療関係者の必携書。

- B5 頁288 2014年 定価: 本体9,000円+税 [ISBN978-4-260-02022-0]



# 医療職必携の2冊が電子版でコラボ!



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

治療薬情報を余すことなくポケットに!

## 今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2015

私はこう治療している

監修 山口 徹・北原光夫 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

2015年版の特長

- 専門外の疾患の診察に役立つ見出し「**専門医へのコンサルト**」を新設
- 主要疾患約200項目に、治療法を要約した見出し「**治療のポイント**」を掲載
- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に
- 大好評の付録「**診療ガイドライン**」：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

● デスク判(B5) 頁2096 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02039-8]  
● ポケット判(B6) 頁2096 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-02040-4]

## 治療薬マニュアル2015

監修 高久史磨・矢崎義雄

編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

本書の特長

- 収録薬剤数は約2,200成分・16,000品目。2014年に収載された新薬を含む医薬品を収録。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 添付文書情報は、化学構造式も含め重要事項をすべて収載。
- 134成分の重要薬情報と88疾患の重要処方箋をハンディサイズに要約した、別冊付録「重要薬手帳」

● B6 頁2688 2015年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02045-9]

✓ 両書籍とも購入特典・電子版付

✓ セット購入により、アプリ上で2冊がリンク



「今日の治療指針」に掲載された薬剤の詳細情報を、「治療薬マニュアル」へのリンクで瞬時に参照できます。

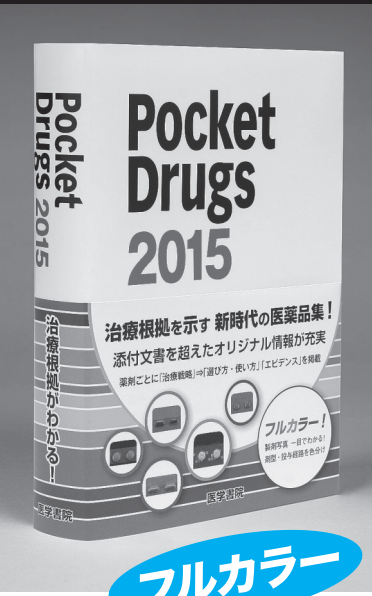
※ 電子版は、本書を購入された方が無料で利用できるサービスです。電子版単体のお申し込み・ご購入はできません。

※ 閲覧期間は2016年1月までとなります。

※ 2015年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2014年版のものです。2015年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2015年春を予定しております。

※ 推奨Webブラウザ：Internet Explorer9以降、Chrome35以降、Firefox30以降、Safari6以降

添付文書情報+オリジナル情報が充実したポケット判医薬品集



## Pocket Drugs 2015

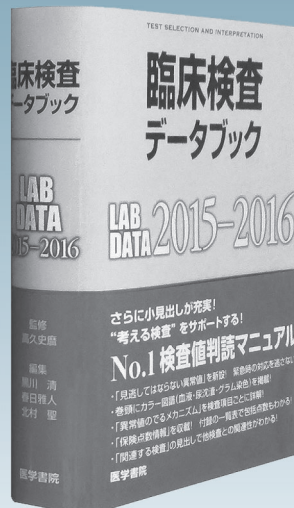
監修 福井次矢  
編集 小松康宏・渡邊裕司

フルカラー

類似薬・同効薬ごとに治療薬を分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「くすりの選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、読みやすくコンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床で使用される治療薬をすべて収録。

● A6 頁1218 2015年 定価：本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02030-5]

さらに小見出しが充実! “考える検査”をサポートする!



## 臨床検査データブック 2015-2016

監修 高久史磨  
編集 黒川 清・春日雅人・北村 聖

No.1 検査値判読マニュアル

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、きめ細かい小見出しによる分かりやすく使いやすい構成で全医療関係者をサポート。

● B6 頁1154 2015年 定価：本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02075-6]



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