

2013年8月19日

第3039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 〓（発行者著作権管理機構 委託出版物）

New Medical World Weekly

週刊医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- 第10回日本うつ病学会…………… 1面
- [寄稿]「慢性頭痛の診療ガイドライン2013」で、頭痛診療はどう変わるか（荒木信夫）…………… 2面
- [寄稿]神奈川発TIAクリニックモデルによる地域連携構築の試み（長谷川泰弘）… 3面
- [連載]ジェネシャリスト宣言…………… 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

多様化するうつ病像をとらえる

第10回日本うつ病学会開催

第10回日本うつ病学会が、7月19—20日、北九州国際会議場（北九州市）、他にて中村純会長（産業医大）のもと開催された。10回目の節目となった今回は「多様化するうつ病の今とこれから」をテーマに、病態の多様化、患者数の急増、そして自殺や職場のメンタルヘルスといった社会問題とのかかわりなど、うつ病の幅広いトピックを包含したプログラムが組まれた。本紙では、いわゆる「新型うつ病」について同学会の暫定的見解が示されたシンポジウムと、高齢者のうつ病と認知症との関連を考察したシンポジウムを報告する。

いわゆる「新型うつ病」には生活習慣や環境の改善が重要

いわゆる「新型うつ病」とは「自分の好きな仕事や活動時だけ元気になる」「休職にあまり抵抗がない」「身体的疲労感・不調感を伴う」「自責感に乏しく他罰的」といった病像を特徴とし、若年層で就学・就業を契機とした発症が増えているとされる。ただ、名称や定義の学術的な検討がなされておらず、臨床現場ではその対応に少なからず混乱がみられる。シンポジウム「いわゆる『新型うつ病』に対する学会見解を目指して」（司会＝九大大学院・神庭重信氏、産業医大・中村氏）は、こうした「新型うつ病」について、学会としての統一見解を見いだすべく開催された。

黒木俊秀氏（九大大学院）は、伝統的なうつ病像とは異なる「非定型うつ」の概念は以前から存在したが、2005年に「ディスチミア親和型うつ病」（樽味伸氏）として明確に定義され、その定義がいつしか「新型うつ病」と呼び変わり独り歩きし始めたと省みた。ただ「新型うつ病」の特徴は現代の若年者にある程度共通してみられる特性で、一括りにカテゴリー化する意義に乏しいと指摘。効果が限定的な薬物療法よりも疾患教育や生活習慣の是正など心理的な支援を中心に行い、診断書も、患者の状態や対応の仕方を具体的に記載するといった工夫をすべきと提案した。

続いて斎藤環氏（筑波大）が、社会と若者心性の変化から「新型うつ」を読み解いた。氏は90年代以降、社会の心理主義化のなかで精神疾患も文化的

に装飾され、“野生”のうつはもはや存在しないと指摘。葛藤や孤立はステイグマ化し、特に若い世代で「空気が読めること」、つまりコミュニケーション能力が評価の基準となる風潮が高まっていると解説した。社会が豊かになり「生存」への不安は減少した一方、「実存」の不安が拡大しており、それが年配者には“浅い悩み”と見えてしまうという。しかし、援助希求行動としての「うつ」には治療的支援がなされるべきであり、休養や生活指導をそのファーストラインに据えることを提言した。

日本で初めてストレスケア病棟を導入した不知火病院の徳永雄一郎氏は、「新型うつ病」では、軽症と思われるいても抑うつ感が強く、突然希死念慮が出現する場合もあると啓発。治療においては薬物療法・個人精神療法より、集団体験で安心感を得て、依存欲求を満たせる「中集団療法」の有効性が高いと話した。OTをはじめとする治療スタッフが患者の攻撃性を受容しつつ、内心の変化を観察し続けることが重要であり「治療にも発達・育成の視点が必要」と結んだ。

渡辺洋一郎氏（渡辺クリニック）は産業医の立場から発言。うつ状態がストレス反応—適応障害レベルであれば環境調整や労務管理で対応できるが、大うつ病エピソードを満たす気分障害レベルならば自殺も懸念されるため、精神科医療につなげるべきと指摘した。職場ではまず、治療対象者を見落とさないこと、既に治療下にある場合は主治医との連携を密にして本人の適性評価と理解に努めること、主に上司との関係を軸に環境調整することを提案。

「弱さの是正」ではなく「適性を活かす」という企業側の意識変革が、「新型うつ」予防の本質と結論した。

「新型うつ」という言葉が社会に浸透した背景にはメディアの影響も大きい。指定発言者として登壇した寺西浩太郎氏（日本放送協会）は、うつ病の報じられ方が、純粋な精神疾患から社会病理を映し出すものへと移り変わり、07年に“新しい心の病”として「新型（現代型）うつ」が初めて紹介され、さらに2年ほど前から“若者論”へと変化してきたと報告。昨年のNHKスペシャル「職場を襲う“新型うつ”」の反響も紹介し、「甘え」という批判もあるが、社会も企業も対応に苦慮している実態があることを明かした。

最後に中村氏が学会の「暫定的コンセンサス」にて、いわゆる「新型うつ病」は社会現象だが、正式な医学用語ではないと明示。①病像の見立て、②他疾患との鑑別、③内因性の有無の吟味、④環境要因、性格（人生観）の把握、を精神科医の役割として提示した。治療においては職場との連携がポイントであり、環境の影響が大きいと示唆しつつ、産業界に、こうした病態を排除的に扱わないよう要望した。

“古くて新しい”認知症とうつ

実臨床にて“古くて新しい問題”と言われる認知症とうつの鑑別診断。シンポジウム「うつか？ 認知症か？——高齢者診療での対応を考える」（司会＝順大・新井平伊氏、横浜市大市民総合医療センター・小田原俊成氏）では、認知症とうつとの重畳例、移行例に関し最新の知見が述べられた。

老年期のうつ病患者では記憶力低下などを訴える「仮性認知症」がしばしばみられ、本当の認知症に移行する場合も少なくない。山下英尚氏（広島大病院）は、発症や臨床経過に脳血管障害が関与する血管性うつ病（VD）において特にその危険性が強いと啓発。要

因として、うつ状態が遷延しやすいことを挙げた。さらにVDにおける抑うつ症状と認知機能障害のそれぞれに関連する脳の病変部位が、重なっていることも示した。



●中村純会長

アルツハイマー型認知症（AD）に比べうつ症状を合併しやすいレビー小体型認知症（DLB）は、病初期に認知機能障害に気づきにくい、前駆症状としてのうつもあり得るなど、その鑑別が難しい。小田原氏は、軽微なパーキンソニズムや、便秘・立ちくらみなど自律神経症状を見逃さないこと、心筋シンチグラフィ・神経画像検査の試行が鑑別のポイントと指摘。現在のところDLBのうつ症状への治療法は確立されていないが、抗うつ薬やパーキンソン病治療薬が奏効した例もあるという。

馬場元氏（順大大学院）は、状況に応じた社会活動を可能にする「心理的緊張」がうつ病で低下し、潜在性の認知症が露呈した状態が「仮性認知症」と紹介。うつ病による低下が裏付けられている脳の前頭葉機能（遂行機能）と、この「心理的緊張」が同義であると示した。高齢発症のうつ病患者では、脳血管病変が遂行機能に影響し認知症に移行し得る一方、若年発症のうつ病患者では「心理的緊張」が要求されるストレス状態からアミロイドの代謝異常が起こり、認知症に移行する可能性を示唆した。

最後に古郡規雄氏（弘前大大学院）が老年期の薬物療法について、多剤併用、あるいは加齢での肝機能低下による薬剤性有害反応や、認知機能低下による服薬コンプライアンスの低下を注意喚起した。また、うつ病と高齢者のアパシー（無関心・無気力）の鑑別にも触れ、動脈硬化度がアパシーの予測因子になり得ることを提示。抗うつ薬と抗AD薬の併用については、高齢者うつ病でADも疑われる場合は併用が有用だが、認知症のないうつ病では抗うつ薬に抗AD薬を付加しても効果は限定的という。ただDLBのうつ状態には抗AD薬が有効な可能性があると話した。

8
★

August
2013

新刊のご案内 医学書院

●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。

基礎から学ぶ 楽しい学会発表・論文執筆

中村好一
A5 頁240 定価2,940円
[ISBN978-4-260-01797-8]

〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉 生理学 (第4版)

シリーズ監修 奈良 勲、鎌倉矩子
執筆 岡田隆夫、長岡正範
B5 頁248 定価4,620円
[ISBN978-4-260-01652-0]

〈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
A5 頁416 定価2,100円
[ISBN978-4-260-01861-6]

治療薬マニュアル2013準拠 CASIO電子辞書データカード版 EX-word DATAPLUS2～7対応

電子辞書 価格8,925円
[ISBN978-4-260-01860-9]

言語聴覚研究 第10巻 第2号

編集 日本言語聴覚士協会
B5 頁96 定価2,100円
[ISBN978-4-260-01883-8]

〈好評発売中〉

今日の診療プレミアム Vol.23 DVD-ROM for Windows

監修 永田 啓
DVD-ROM 価格81,900円
[ISBN978-4-260-01802-9]

今日の診療ベーシック Vol.23 DVD-ROM for Windows

監修 永田 啓
DVD-ROM 価格61,950円
[ISBN978-4-260-01800-5]

電子辞書DF-X11000 PASORAMA+

電子辞書 価格85,575円
[ISBN978-4-260-70090-0]

* * *

寄稿

『慢性頭痛の診療ガイドライン 2013』で、頭痛診療はどう変わるか

荒木 信夫

埼玉医科大学神経内科教授／慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会委員長

頭痛は一般的な症状の一つとお考えかもしれませんが、疾患名として「頭痛」があることをご存じだろうか。頭痛は医師ならば誰もが診る機会の多い疾患・症状だが、神経学全体の知識を要する奥深い領域である。本稿では、このたび改訂された『慢性頭痛の診療ガイドライン 2013』の発行・改訂の経緯を概説し、また新たなガイドラインの中から注目すべき項目を取り上げ、最新の頭痛診療の一部を紹介する。

頭痛診療に必要な知見が増加してきた

私たちの世代が医学部を卒業した1970 代後半ごろは、62 年に公表された米国神経学会・頭痛分類特別委員会の頭痛分類（Ad Hoc 分類）をもとに診断を下していた。これは頭痛を15 タイプに分類して診断するものだったのだが、実に簡単な分類で、診断基準もなかった。そのため、「米国であればどのように診断するだろうか」と推測しながら、頭痛の診断を行っていたように記憶している。

頭痛研究の基盤が整ったのは、88 年に国際頭痛学会から The International Classification of Headache Disorders (ICHD) が発表され、世界共通の頭痛診断基準が用いられるようになってからだ。その後、2004 年に The International Classification of Headache Disorders; 2nd Edition (ICHD-II) が発表されると、わが国でも日本頭痛学会や日本神経学会を中心に慢性頭痛の研究が進み、ICHD, ICHD-II に準拠したガイドラインが作成されるまでになった。それが結実したものが、05 年にまとめられた「慢性頭痛の診療ガイドライン」と言えよう。

それから数年の月日が経つわけだが、わが国においても多くの頭痛外来が設立され、また05 年当時は使い始められたばかりだった片頭痛急性期治療薬トリプタンも臨床現場へ急速に普及した。片頭痛予防薬も広がりを見せている。頭痛に関する知見の増加の他、頭痛診療をめぐって大きな変化がみられていることから、今回、ガイドラインが見直されるに至った。

頭痛はどのように分類し、診断するか

見出しの「頭痛はどのように分類し、診断するか」は、クリニカルクエスションとして本ガイドラインの第1 の質問として挙げられている。頭痛診療で

は、片頭痛（前兆のない片頭痛と前兆のある片頭痛）、緊張型頭痛、群発頭痛、薬物乱用頭痛に精通する必要がある。

ICHD-II では「精神疾患による頭痛」が新たな分類項目として加えられたが、ICHD 初版出版後15 年間の膨大なエビデンスを整理して分類が改定されたものであり、本ガイドラインも基本的な方針は初版から続く大きな流れを踏襲している。つまり、診断の基準を明確にし、誰でも同じ診断名をつけられるようになっている点に変更はない。

片頭痛の慢性化防止

片頭痛は慢性頭痛の中でも大変強い症状を示す頭痛で、全国に800 万人の患者がいると言われている。好発年齢は20—40 代と若く、片頭痛により日常生活が制限されることを考えると、社会的にも大きな影響を及ぼしている疾患である。

片頭痛急性期の治療は薬物療法が中心だ。前回のガイドラインが出された05 年以降、保険診療の中で使用可能な薬剤も増えており、治療戦略の幅は広がっている。治療薬としては、①アセトアミノフェン、②非ステロイド系消炎鎮痛薬（NSAIDs）、③エルゴタミン製剤、④トリプタン、⑤制吐薬があり、片頭痛の重症度に応じた層別治療が推奨されている。表1 を見ても明らかのように、現在の急性期治療の主役はトリプタンであり、かつて多く使われてきたエルゴタミン製剤は、トリプタンの登場により次第に使用されなくなっている。重症な患者であれば初めからトリプタンを用い、軽症な患者であればNSAIDs で治療を開始することが推奨されるだろう。制吐薬については補助的に使用されることが多い。

片頭痛の中には、発作回数が増加し、発作が慢性化する場合もあることが明らかになっている。これは「慢性片頭痛」と呼ばれ、頭痛の性状が変化し、一部緊張型頭痛の性質も示すことがあるもので、診断基準にも定められている。ただし薬物の乱用によって、慢性の連日性の頭痛となることもあるため、その区別には十分な問診が欠かせない。頭痛外来においても一番治療に難渋するのが慢性片頭痛と薬物乱用頭痛の鑑別であるため、日常診療においても特に注意されたい。

予防療法も重要になってきた

昨今、急性期治療薬だけでなく、片頭痛の予防薬も選択肢が増え、予防療

●表1 急性期治療薬群（文献1, 117 ページより）

Group 1 (有効)	Group 2 (ある程度有効)	Group 3 (経験的に有効)	Group 4 (有効、副作用に注意)	Group 5 (無効)
トリプタン スマトリプタン スマトリプタン点鼻 スマトリプタン注射 アンプル スマトリプタン自己注射 sumatriptan (suppositories) sumatriptan (subcutaneous) ゾルミトリプタン zolmitriptan (nasal spray) エレトリプタン リザトリプタン ナトリプタン naratriptan (injection) almotriptan frovatriptan	制吐薬 メトクロプラミド メトクロプラミド筋注 メトクロプラミド静注 ドンペリドン アセトアミノフェン・非ステロイド系消炎鎮痛薬 アセトアミノフェン アスピリン イブプロフェン ジクロフェナク ナプロキセン エトドラク セレコキシブ メフェナム酸 ザルトプロフェン ブラノプロフェン ロキソプロフェン ロルノキシカム その他 マグネシウム製剤	ステロイド点滴静注 デキサメタゾン ヒドロコルチゾン	精神安定薬、麻酔準備薬 ドンペリドン坐薬 プロクロルペラジン プロクロルペラジン筋注 クロルプロマジン クロルプロマジン筋注 ドロペリドール筋注 プロポフォール静注 ジアセパム筋注・静注 エルゴタミン エルゴタミン・カフェイン配合薬 エルゴタミン・カフェイン・ピリン系配合薬 ジヒドロエルゴタミン その他 トラマドール トラマドール・アセトアミノフェン配合薬 トラマドール筋注	

●表2 予防薬剤薬効群（文献1, 150 ページより）

Group 1 (有効)	Group 2 (ある程度有効)	Group 3 (経験的に有効)	Group 4 (有効、副作用に注意)	Group 5 (無効)
抗てんかん薬 バルプロ酸 トピラマート β遮断薬 プロプラノロール timolol 抗うつ薬 アミトリプチリン	抗てんかん薬 レベチラセタム ガバペンチン β遮断薬 メトプロロール アテノロール ナドロール 抗うつ薬 fluoxetine Ca拮抗薬 ロメリジン ベラパミル ARB/ACE阻害薬 カンデサルタン リシノプリル その他 feverfew マグネシウム製剤 ビタミンB ₂ チザニジン A型ボツリヌス毒素	抗うつ薬 フルボキサミン イミプラミン ノルトリプチリン パロキセチン スルピリド トラゾドン ミアンセリン デュロキセチン クロミプラミン Ca拮抗薬 ジルチアゼム ニカルジピン ARB/ACE阻害薬 エナラプリル オルメサルタン	Ca拮抗薬 flunarizine その他 methysergide ジヒドロエルゴタミン melatonin オランザピン	抗てんかん薬 クロナゼパム ラモトリギン カルバマゼピン Ca拮抗薬 ニフェジピン β遮断薬 アセプトロール ピンドロール アルプレノロール オクスプレノロール その他 クロニジン

法の重要性は認知されてきているところだ。片頭痛発作が月2 回以上あり、日常生活・社会生活にまで影響を及ぼしている患者には、予防薬を併用し、発作回数・発作の程度を軽減することが推奨される。薬剤には、Ca 拮抗薬、抗てんかん薬、β 遮断薬、抗うつ薬等があり、予防療法における有効性のエビデンスの強さと効果、有害事象のリスクなどから表2 のようにグループ分けできる。

有効性が高く、有害事象が少ない薬剤を低用量から開始するのが理想であり、まずはCa 拮抗薬ロメリジンか抗てんかん薬バルプロ酸から開始するのが一般的と言える。なお、妊娠または妊娠を希望する女性患者はこれらの薬剤を使用できないので、β 遮断薬プロプラノロールを使用することが推奨される。処方後、有害事象がなければゆっくりと増量していき、2—3 か月かけて効果判定を行う。3—6 か月間継続し、片頭痛がコントロールできるようであれば予防薬を漸減していき、最終的に中止する。薬剤の選択は片頭痛以外の併存する疾患、一人ひとりの患者のニーズや身体的状況も勘案した上で行うことに注意が必要である。

●荒木信夫氏

1978 年慶大医学部卒。同大内科学教室（神経内科）助手を務めた後、88 年に米ペンシルバニア大脳血管研究所へ Research Associate として留学。帰国後、慶大、日本鋼管病院を経て、98 年に埼玉医大神経内科。2004 年より現職。専門は神経内科学で、主な領域は脳血管障害、頭痛、自律神経。主な共著書に『講義録 神経学』（メジカルビュー社）、『脳卒中ビジュアルテキスト』（医学書院）など。

紙幅の都合ですべては紹介できないが、本ガイドラインでは「スマトリプタン在宅自己注射ガイドライン」「バルプロ酸による片頭痛治療ガイドライン（暫定版）」「プロプラノロールによる片頭痛治療ガイドライン（暫定版）」等、頭痛診療に必要な新たなトピックにも触れており、頭痛診療に携わる医師の診療の一助になると確信している。日本社会においてはまだ慢性頭痛に対する認識は十分なものではない。頭痛に悩む方々の多くが医療機関に受診することなく、市販薬で我慢している現状もあるという。こうした状況を変えていくためにも、まずは多くの医師、特に頭痛患者の初診にかかわる機会の多いプライマリ・ケア医に、「頭痛」という疾患の認識を深めていただくことで、本邦の頭痛診療の質を向上させたい。そして頭痛に悩む患者の減少につながることを願ってやまない。

●文献

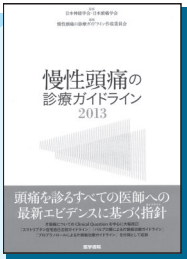
1) 日本神経学会・日本頭痛学会監修。慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会編。慢性頭痛の診療ガイドライン2013。2013；医学書院。

頭痛診療のエキスパートがまとめた最新エビデンスに基づくガイドライン

慢性頭痛の診療ガイドライン2013

日本頭痛学会が2006年に編集したガイドラインの改訂版。頭痛診療のエキスパートが最新のエビデンスに基づき、片頭痛についてのクリニカル・クエスションを中心に大幅改訂。付録として「スマトリプタン在宅自己注射ガイドライン」「バルプロ酸による片頭痛治療ガイドライン」「プロプラノロールによる片頭痛治療ガイドライン」を新しく追加。頭痛をよく診る神経内科医、脳神経外科医のみならず、プライマリケア医も必携。

監修 日本神経学会・日本頭痛学会
編集 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会



新刊

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

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

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

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

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

気分障害
ハンドブック
MOOD DISORDERS
Practical Guides in Psychiatry
S. Masui, G. Ghomi
監訳: 松崎朝樹 監訳: 松崎朝樹

MEDSi メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

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

寄稿

神奈川発 TIA クリニックモデルによる
地域連携構築の試み

長谷川 泰弘 聖マリアンナ医科大学教授・神経内科学

一過性脳虚血発作（Transient Ischemic Attack；以下 TIA）を発症すると 48 時間以内に 5% の確率で脳梗塞に移行するとされ、TIA 発症後の迅速な対応が求められるようになった^{1, 2)}。わが国の脳卒中治療ガイドライン³⁾でも「TIA を疑えば可及的速やかに発症機序を確定し、脳梗塞発症予防のための治療を直ちに開始しなくてはならない」と記載され、TIA は明確な緊急症と考えるべき時代となった。

TIA 患者が最初に受診するのは、最前線の診療所や耳鼻科、眼科など脳卒中の非専門医である。また専門病院への紹介時診断が TIA であった患者のうち、最終診断が TIA であったものは 3 分の 1 に過ぎなかったと報告されているように⁴⁾、TIA は重要な疾患であるにもかかわらず、その初期診断の信頼性は極めて低い。病歴のみに頼らざるを得ない TIA 診療の初期段階で、安易に「TIA ではない」と否定し去ることは脳梗塞への移行を許す危険を伴うため、初診医の対応は確定診断をつけるというよりも、「TIA 疑い例」の後方連携を考慮したトリアージに重点が置かれることとなる。

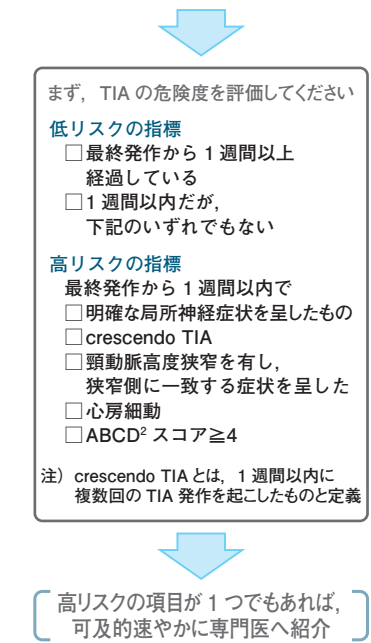
TIA を緊急症と考える時代となった今日、「TIA 疑い例」にファーストタッチする最前線の医師は、どのように後方連携を行うべきであろうか？ 神奈川県で進められている地域連携の取り組みの一端を紹介する。

英国 TIA クリニックを日本の医療環境下でどう実現するか

英国では最前線の医師が TIA を疑ったとき、直ちにアスピリン 300mg の投与を開始した上で、年齢 (A)、血圧 (B)、臨床症状 (C)、持続時間 (D)、糖尿病の有無 (D) から ABCD² スコア（最高 7 点）をつけ、この点数が 4 点以上（高リスク）であれば 24 時間以内に、それ以下（低リスク）では 7 日以内に TIA クリニックに紹介することが定められている。

このような TIA クリニックの有用性を示す報告はフランスからも行われているが、ここでの TIA クリニックとは“無床診療所”の意味ではなく、軽症脳卒中／TIA 患者に迅速に対応する大病院に設けられた専門外来のことである。初診医の具体的な行動指針を明確に示した点で英国のガイドラインは大いに参考となるが、これらの行動指針は、地域の登録医 (GP) を受診して紹介状をもらわなければ大病院での専門的診療を受けることができない

TIA の可能性が高いと診断したら



●図 初診医の TIA トリアージツール (上) と TIA 地域連携モデル (右)

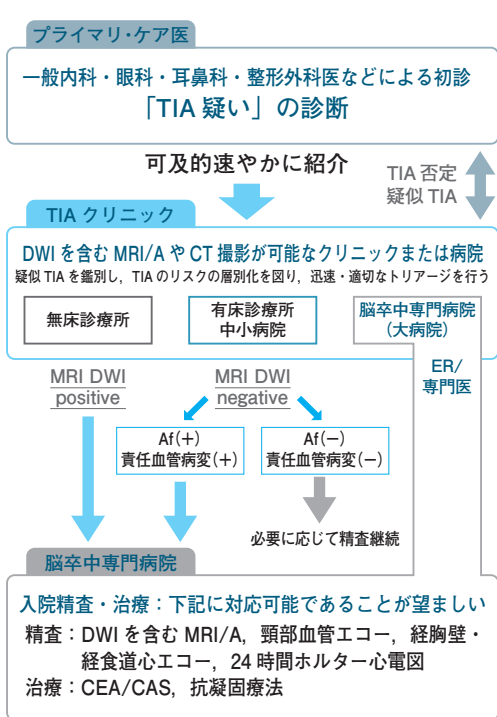
という英国独特の医療制度を反映したものであり、フリーアクセスの医療環境にあるわが国にこのままの形で取り入れることはできない。

OECD の調査⁵⁾によれば、わが国の MRI 普及台数は 100 万人当たり 40.1 台と世界最高で、これは英国の 5 倍、フランスの 7 倍に当たる。世界最高の CT/MRI 普及率を誇るわが国では、CT/MRI を撮らずにアスピリンを投与したり、ABCD² スコアが低いからといって画像診断や専門医へのアクセスを待たせることは誰も容認しないだろう。わが国の最前線の医師たちの行動指針は、フリーアクセス、世界最高の画像診断普及率という世界のどこにもないユニークな医療環境を考慮したものでなければならない。

豊富な画像診断装置を
地域連携に活かす

以上のような問題意識から、神奈川脳神経科医会（神奈川県医師会）と日本脳卒中協会神奈川県支部は世界のガイドライン、行動指針、エビデンスを渉猟し、地域の医療資源を最大限に活かした医療連携を図るべく協議・調査を重ねた。急性期脳梗塞診断において現在最も感度の高い検査法は、拡散強調 MRI (DWI) であるが、われわれの調査の結果人口約 900 万人の神奈川県下に、実に 160 台以上の DWI 撮像可能な MRI が稼働している実態が明らかとなった。

TIA 地域連携の例



DWI などの画像診断が行われれば、ABCD² スコアによるリスク層別化よりもはるかに高い精度でリスク評価、病態診断が可能である。フリーアクセス下にあるわが国の TIA 診療は、これら画像診断装置を有する無床診療所や中・小規模病院が脳卒中専門病院とさまざまに連携して行われているのであって、諸外国よりも高レベルの診断治療が行われている可能性があるが、その実態は明らかにされていない。

トリアージツールと
地域連携モデルの開発・調査

われわれはまず諸外国の指針や最新のエビデンスをもとに、初診医がリスク層別化を行うためのトリアージツールと地域連携モデル（図）を作成して公表した⁶⁾。これらはポケットサイズのカードにまとめて医師会員に配布し、都市医師会の勉強会などの活動を通して、「少なくとも高リスク患者は 24 時間以内に専門医による画像診断を含めた診断が行われるよう対応すべきこと」などの理解を深めた。

また、かかりつけ医から送られた患者を DWI などの画像診断をもとに共通の方法で対応できるよう、専門医向け診療ツールを作成し、地域の専門医とともに連携の実態や患者転帰、日本における ABCD² スコアの意義などを明らかにする登録調査 COMMunity-BAsed Triage of Transient Ischemic Attack (COMBAT-TIA) Study を行っている。



●長谷川泰弘氏

1980 年鹿児島大医学部卒。国循内科・脳血管部門で脳血管障害の臨床研究を進め、米国マサチューセッツ大医学部神経内科留学。帰国後に国循脳血管障害研究室長、2005 年より現職。公益社団法人日

本脳卒中協会神奈川県支部長。

現在 30 施設以上の参加を得て逐次登録、前向き追跡調査が行われており、中間解析の結果、DWI で虚血病巣が確認された症例は、それ以外の症例に比べ有意に 3 か月後の脳梗塞移行率が高いことが示されている。今後 6 か月後、1 年後までの追跡が行われ、TIA 疑い例の初期治療の実態、ABCD² スコアの意義、患者紹介ルート別の脳梗塞移行率などの解析を行う予定である。

初診医の役割は
後方連携のためのトリアージ

Common disease である TIA を含む脳卒中には全ての臨床医が初期対応可能であるべきである。そしてその本質は、患者のリスクに応じた緊急度で後方連携を行うためのトリアージであって、専門医ですら困難な「TIA か否か」の二者択一の診断を迫るものではない。トリアージは簡潔なリスク評価に基づいて誰もが直ちに行動できるものでなければならない。日本の医療環境に適した方法でなければならない。

神奈川発「歩いて受診する脳卒中／TIA 例」の地域連携モデルとそれに基づく実態調査から、「TIA 疑い例」に対する初診医の具体的なトリアージ方法や行動指針の策定の基礎となる情報が得られるものと期待される。

●参考文献・URL

- 1) Johnston SC, et al. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. JAMA. 2000 ; 284 (2) : 2901-6.
- 2) Lisabeth LD, et al. Stroke risk after transient ischemic attack in a population-based setting. Stroke. 2004 ; 35 (8) : 1842-6.
- 3) 篠原幸人, 他編：脳卒中治療ガイドライン 2009. 協和企画 ; 2009. p78-84.
- 4) Calanchini PR, et al. Cooperative study of hospital frequency and character of transient ischemic attacks. IV. The reliability of diagnosis. JAMA. 1977 ; 238 (19) : 2029-33.
- 5) OECD Health Data 2013 <http://www.oecd.org/health/healthdata>
- 6) 神奈川脳神経医会／日本脳卒中協会神奈川県支部「一過性脳虚血発作 (TIA) 資料全文」<http://www.kanagawa.med.or.jp/nousocchuu/TIA.pdf>

@igakukaishinbun

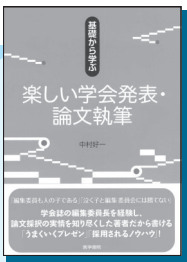
本紙編集室でつぶやいています。
記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

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、投稿規定の重要さ、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



A5 頁240 2013年 定価2,940円(本体2,800円＋税5%) [ISBN978-4-260-01797-8]

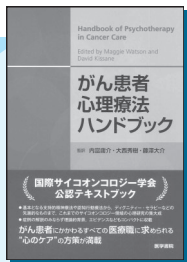
医学書院

がん患者への心理療法の研究の集大成

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 の精神療法が収載されている。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上げていくかの示唆が満載。

監訳 内富庸介
岡山大学大学院医歯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



A5 頁456 2013年 定価4,200円(本体4,000円＋税5%) [ISBN978-4-260-01780-0]

医学書院

ま、タイトルでドン引きしないでくださいね。ぼくは哲学も経済学も素人なので、あくまで素人流の解釈です。

結論から言うと、ヘーゲルもマルクスも二元論を克服しようとしてある程度成功し、そして失敗した、というのがぼくの解釈だ。

ヘーゲルはある命題(テーゼ)と反命題(アンチテーゼ)の「どちらか」という議論で終わらず(これが二元論)、両者を統合するかたちで新たな命題(ジンテーゼ)をもたらしした。そのプロセスをアウフヘーベンと言ったわけである。日本語では止揚、なんてワケワカンナイ訳語があるが。このような思考法を弁証法と言ったのである。少なくとも、ヘーゲル的には。

1960年代くらいの本を読むと、なにかにつけて「これはなんとかの弁証法である」という口調があるが、ああいう「弁証法」の使い方は、ぼくにはよくわからない。単に当時流行っていたから使っていただけのように、思える。じえじえ。

ヘーゲルはこうやって、弁証法を使いながら、思考に思考を重ねていけば、アウフヘーベンという階段を登りに登ってどんどんベターな考えになっていくんじゃないかと考えた……んじゃないかとぼくは考える。

が、人間は歴史を通じて階段を登るようにベターになっていく、といったヘーゲルの考えはナイーブに過ぎないことを、その歴史そのものが(とくにドイツの近代史が)看破してしまった。理想の国家社会も遠い遠い存在で、本当に存在し得るのかもはなはだ疑問である。『歴史哲学講義』¹⁾を読めばわかるように、ヘーゲルさんのアジア蔑視はかなり強烈で、本当のところは彼もけっこう(西洋 vs. アジアという)二元論の世界に染まっちゃってたんじゃないか、とぼくは思う。むしろ先達のカントのほうが日本の鎖国を擁護していたり、より西洋中心主義から自由だったようにも思える²⁾。

ま、ヘーゲルさんのような西洋中心主義は、当時の西洋においてあまりに支配的な考え方すぎて、当たり前の考え方すぎて、とくに意識することもできなかっただろう。これが大胆に、そ

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2回】

二元論の克服 ヘーゲルとマルクス

して残酷にひっくり返されるには、ジョゼフ・コンラッド、クロード・レヴィ=ストロース、そしてジャレド・ダイヤモンドたちの登場を必要とするのである。

どうでもいいですが、ヘーゲルの肖像(Wikipediaで簡単に見つかります)を見ると厳しい、冗談の通じないおじいちゃん、という感じだが、彼が主著『精神現象学』を書いたのはヘーゲルがまだ37歳のときである。今のぼくよりずっと若かったときだよ。いずれにしてもヘーゲルが掛け値なしの大天才だったことは、間違いない。その大天才ぶりが、どのくらいのものだったのかすら、ぼくには展望できないけれど、そう直感是可以。

ヘーゲルたちの時代はドイツ観念論の時代であり、それは「机の上でものを考える演繹法」である。カール・マルクスはヘーゲルから大きな影響を受けたが、しかしその観念論はリアリティーを欠く点で不満だった。地に足がついていないようで、マルクスはそういうのが感覚的に嫌いだったんじゃないだろうか(たぶん)。で、マルクスは史的唯物論に向かっていくのだが、そこにはぼくらは向かわない。本題からずれちゃうから。

マルクスは、資本家(ブルジョワジー) vs. 労働者(プロレタリアート)という二元論の世界を克服しようとした人だ。どうやって? 労働者の資本家に対する階級闘争によって。革命によって。ブルジョワジーの打倒により、プロレタリアートの社会をつくることによって。

したがって、マルクスは二元論の克服を、一方が他方を破壊する形で、二

元論から一元論にしてしまう形で、克服しようと考えた……んじゃないかとぼくは考える。

しかし、それはうまくいかなかった。それはマルクスの思想がよいとか悪いとかいう問題ではないと思う(それも二元論だよ)。ぼくはマルクスから学ぶことはまだまだたくさんあると直感しているが(なぜ「直感」というかという、まだ学べていないから、それが何なのかわからないのだ)、そういう人物評価とはまた別の話として、二元論の克服はうまくいかなかった。

二元論は問題だが、一元論はさらに問題である。それは、全体主義との仲のいいお友達だからである。ていうか、一元論を突き詰めると自然、全体主義になっちゃうに決まっているのだ。

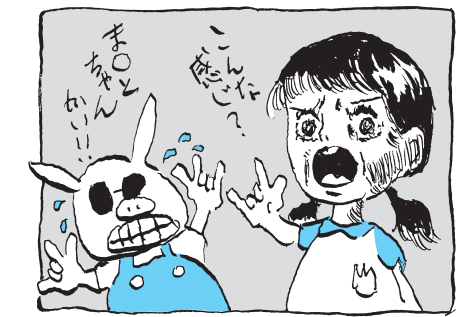
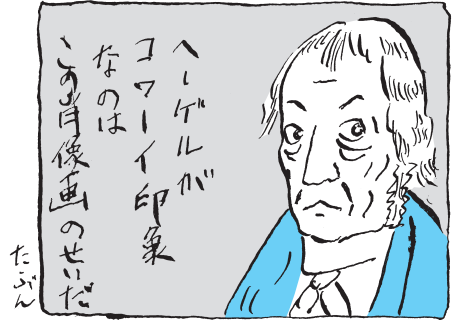
案の定、マルクス主義を信奉し、社会主義国家を樹立した国々はほとんど全体主義国家になっていき、そして没落していった。社会主義だから没落したのではない。全体主義、一元論で世界を切り取ろうとしたから没落したのである。ま、ぼくは歴史学者でも政治学者でもないから、ここは単なる直感的感想にすぎないけれど。

二元論は克服しなければならない。しかし、一方が他方を攻撃して退治するような形で、一元論に収斂する形で克服するのは、最悪の克服の方法である。これから説明するように、二元論の世界では一方が他方を攻撃し、軽蔑し、己の他に対する優位性を強調する形でヘゲモニー争いが行われるが、その先にある一元論的社会の恐ろしさをよく理解した上でそのような攻撃が行われているかという、はなはだ疑問である。

かといって、冷笑的な「評論家」の人物が好んでするように、高みの見物を決め込み、二者のパワーバランスを解説して、「現実とはこんなもんだよ、へへへ」とニヒルな態度をとるのも、もっと気持ちが悪い。黒澤明の『用心棒』的計略を持ての高みの見物なら話は別だが、そこまで深く考えられていることは、ほぼ皆無である。基本的に、冷笑的な「評論家」の人物は現在を解説できても、未来は展望できないものである。過去に後知恵の解釈を提供できても、未来を切り開く力は持た

ぢえねしやりちゃん

もがみじょーじ



ないものである。そもそも、ニヒルと力(マハト)は相性の悪い代物で同居はほぼあり得ない。

では、どうすればよいのか。その結論を焦る前に、われわれは医療の世界における二元論の問題を振り返らなければ、ならない。

参考文献

- 1) ヘーゲル、歴史哲学講義、長谷川宏訳、岩波書店：1994。
- 2) カント、永遠平和のために、宇都宮芳明訳、岩波書店：1985。

日本型ホスピタリストを今、ここから発信

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
筒泉貴彦 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	創刊号(2013年9月発売)：ホスピタリスト宣言
●1部定価 4,830円(本体4,600円+税5%)	(以下予定)
●2013年度 年間購読(2冊)	Vol.1-No.2(2013年12月発売)：感染症
定価 9,240円(本体8,800円+税5%)	Vol.2-No.1(2014年3月発売)：腎疾患
2014年度年間購読も承ります	Vol.2-No.2(2014年6月発売)：膠原病

113-0033 TEL 03-5804-6051 http://www.medsj.co.jp
東京都文京区本郷 1-28-36 FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsj.co.jp

新しい時代の統合失調症エンサイクロペディア

統合失調症

日本統合失調症学会監修の決定版テキスト、ついに完成。統合失調症の概念、基礎研究、診断、治療その他の関連知識を75章の圧倒的なボリュームで網羅した、最新最高のリファレンスブック。基本学説とその歴史的発展、診療のエビデンスと実践的知識、関連病態、臨床上の諸問題や最新トピックスなど、新進気鋭の執筆陣が存分に筆を揮う。当事者支援を中心とした統合失調症診療の新時代に呼応し、当事者や家族にも寄稿していただいた。

監修
編集

日本統合失調症学会
福田正人
群馬大学大学院医学系研究科教授・神経精神医学
糸川昌成
東京都医学総合研究所
統合失調症・うつ病プロジェクト・プロジェクトリーダー
村井俊哉
京都大学大学院医学研究科教授・脳病態生理学(精神医学)講座
笠井清登
東京大学大学院医学系研究科教授・精神医学分野

統合失調症

新しい時代の統合失調症の完成書

B5 頁768 2013年 定価16,800円(本体16,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01733-6]

医学書院

続・アメリカ医療の光と影

第251回

ある医師の悔悟

李 啓亮

医師／作家（在ボストン）

「Ideas worth spreading」なるキャッチフレーズの下、世の中を変え得るインパクトを持つアイデアを紹介する「TED talks」については日本でもよく知られていることと思う。最近オンラインで公開された TED トークの中でもっとも視聴回数が多いのは、ある医師が「患者に済まないことをした」とその「罪」を悔いたものだった。涙声で患者の許しを乞うて視聴者を感動させたのはピーター・アティア医師だったが、以下、彼のトークの概略を紹介する（註1）。

肥満患者への反感

「2006 年春のある一日のことを私は決して忘れないでしょう。その日、ジョンズ・ホプキンス大学で外科レジデントをしていた私は、夜中の2時に救急外来に呼ばれました。糖尿病性壊疽のため、足の切断が必要な患者でした」。「その3日前、私は、末期膵臓癌を患う27歳の新婚女性を診たばかりでした。医学的に彼女の命を救うことが不可能であることはわかりきっていましたが、私は、彼女の入院が少しでも快適なものとなるよう、医師としてできることは何でもしようと努めました。毛布やコーヒーを病室に持って行ったりしたのです。膵臓癌になってしまったのはご本人のせいではありませんし、彼女が置かれた状況に同情したからに他なりません」。

「ところが、壊疽の患者は2型糖尿病の肥満女性でした。口にこそ出さなかったものの、『運動もしないで食べ過ぎるからこうなったのだ』と、私は病気になったのは患者の自己責任と決めつけていたのです。当時私は癌の研究に携わり、『従来から受け入れられている説が正しいと決めつけてはいけない』と厳しく教えられていたというのに、『肥満と糖尿病の関係はもうわかりきったこと』と決めつけていたのです」。

「3年後、私は、自らが患者となったことで自分がどれだけ間違っていたかを悟ることとなりました。毎日3、4時間運動し、栄養にも気を付けていたというのに、メタボリック・シンドロームの診断を受けてしまったので

す。『インスリン抵抗性』となることの恐ろしさは熟知していましたし、私は、食事に過激ともいえる変更を加えて（運動量はそれまでより少なくなっただけにもかかわらず）18 kg体重を落とし、『インスリン抵抗性』から逃れることに成功しました」。

肥満は本当に諸悪の根源なのか？

「栄養や運動には気をつけていたというのに『インスリン抵抗性』となる体験をした私は、これまで正しいとされてきた説に疑いを持ち始めました。いま、多くの科学者が『肥満がインスリン抵抗性の原因』としていますが、本当にそうなのでしょう。二つの関係はまったく正反対で、『肥満はインスリン抵抗性の結果』だとしたらどうでしょう？ 『エネルギーを燃やせ』とするインスリンの命令に対し、細胞が『燃やしません』と抵抗した場合、燃やされなかったエネルギーは脂肪として蓄積されるしかないのです」。

「すねをぶつけて青あざができることを考えてください。『目立つから』といって青あざが諸悪の根源だと考える人はいません。すねをぶつけずに済むよう、原因を除去することを考えるのが普通です。でも、肥満の場合、私たちは、『目立つから』というだけの理由で肥満を諸悪の根源だと決めつけていないのでしょうか？」

「栄養と肥満とインスリン抵抗性の関係は、実は、まだ、何もわかっていないのです。私は、いま、分野が異なる科学者を結集して、その関係を、仮説を検証する作業を繰り返すことで科学的に明確とする活動に取り組んでいます」。

「7年前の救急外来のことは今でもよく思い出します。もし、あのときの患者さんに会えるものなら、心からお詫びしたいと思います。医師として医学的にはできるだけのことをさせていただきましたが、人間として、『自分のせいだろ』と決めつけたのは間違いでした。いま、このトークをご覧になっていらしたら、どうぞ、私のことを許していただきたいと存じます」（註2）。

註1：アティア医師のトークは、下記で視聴することができる。

http://www.ted.com/talks/peter_attia_what_if_we_re_wrong_about_diabetes.html

註2：8年前（連載第68回、第2650号）にアティア医師とは正反対の態度の医師について紹介したことがあるので、興味のある読者は参照されたい。



在宅医療モノ語り

第40話

鶴岡優子

つるがめ診療所

語り手

記録的にマックスで働いています

エアコンさん

在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診跑到特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いてる。往診跑の中を覗き道具を見つめていると、道具（モノ）も何かを語っているようだ。今回の主役は「エアコン」さん。さあ、何と語っているのだろうか？

記録的な猛暑。なんだか毎年そう言われているような気がします。今年の梅雨明けは本当にきつかったですね。

私は往診車に搭載されているエアコンです。この時期の訪問診療は、私も人間もハードワークなんです。暑い車内をマックスでガンガン冷やしますが、15分も経たないうちに次のお宅に到着してスイッチオフ。そして運転手兼在宅医が診療を終えて帰ってきたら、また灼熱と化した車内を冷やすためにスイッチオンの繰り返し。「ちょっと、ガソリンの減りが早いんじゃない？」なんて文句を言われても困ります。人間だって水分を摂りまくっているじゃないですか。私にだってガソリンが必要なんです。……え、今度はコンビニに寄りたい？ さてはトイレですね。早く帰ってきてください。あっという間に灼熱地獄になってしまいますよ。あー、また飲み物ですかあ。

この夏、あるお宅に訪問した際、主人が汗だくになって車に戻ってきたことがありました。お部屋にエアコンがなかったそうです。でもこれは、栃木ではさほど珍しいことではありません。昔ながらの日本家屋は体に良さそうな風が入ってきます。しかし“現代風”の建物となると、涼を求めるには工夫が必要です。どうやらこのお宅は“現代風”で窓も全部閉めきっていて、熱がこもっていたようです。一人暮らしの男性のお家で、去年も熱中症で病院に搬送されたことがあり、認知症と診断されているとか。

「暑くないですか？」と在宅医がたずねると、「暑くないよ、扇風機があるもの」と患者さん。確かに扇風機は風を作ってくれますが、部屋が暑くて熱風になっています。「ところで、あの水分は飲めていますか？」。“あの水分”とは、スポーツドリンクのこと。「飲んだら頭が痛くなって。もうやめているんだ」。やばい、すでに熱中症の症状かもしれない。主人はそう思ったそうです。

今年の春に介護保険を申請し、ケアマネジャーさんをはじめ、看護師さん、ヘルパーさん等、多業種がこの患者さんにかかわるようになりました。在宅チームの共通の悩みは、やはり熱中症対策。ヘルパーさんがわざと窓を開けたまま帰ってみても、患者さんは戸締りが心配ですぐに窓を閉めきってしまいます。デイサービスに通うことを勧められたようですが、「留守中に何かあったら心配」と断られました。

台所で、ヘルパーさんが焼きそばを作り始めました。その間も主人と患者さんの会話は続きます。「今年の夏は特別に暑いそうですよ。クーラーをつけるのはどうですか？」「おら、一人だぞ。一人のためにもったいねえ。昔から暑さには強いから」。ヘルパーさんが料理の手を止め、台所から氷の入った飲み物を持ってきてくれました。「氷が入っていると、余計に頭が痛いんだ」。ヘルパーさんに悪いと思ったのか、患者さんは小さな声で教えてくれました。

「この部屋にエアコンがついたら、来てくださる皆さんも喜ばれるんじゃないかな」と主人もポロッと出てしまい、しまったと思って患者さんを見ると、なにやらうれしそうに「それはいいなあ。台所が暑いから気になっていたんだよ」。これにはヘルパーさんにもっこり。……と、まるで見てきたようにお話ししていますが、実はコレすべて盗み聞き。訪問を終え、車に戻ってきた主人が、私をマックスで稼働させながら携帯電話で話していた内容です。相手は遠くに住むご家族か、ケアマネさんでしょうか。重低音のうなり声を漏らしながら、私は静かに話を聞いていたのです。



気軽にエアコンは買えません
熱中症対策ではありますが、スポーツドリンクとは違って、気軽に「買ってきて」という訳にはいきません。手続き、お金、工事……と、いくつもの関門が待っています。お店に行くのも、商品を選ぶのも、ひと苦労です。

続・アメリカ医療の光と影

パースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利

李 啓亮

四六判 頁280 2009年 定価2,310円(税込)
[ISBN978-4-260-00768-9]

医学書院

Dr.孝志郎による内科系専門医試験対策問題集がついに登場！

内科系専門医試験

解法へのアプローチ

Dr.孝志郎による内科系専門医試験受験にあたってこれだけは押さえておきたい重要テーマ・頻出テーマを厳選した問題集。問題はすべてオリジナルで、内科系専門医試験の出題範囲を網羅する。解説ページでは、正解にいたるまでの思考プロセスをポイントを絞って惜しみなく披露。試験対策ばかりでなく、Dr.孝志郎ならではの診療のコツも伝授。試験直前のおさらいに最適な巻末正誤問題付き。

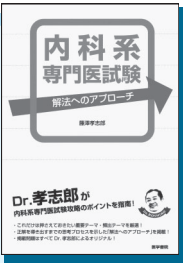
藤澤孝志郎

本書をテキストに使用する

「Dr.孝志郎の認定内科医試験 完全攻略講座」

メック 認定内科医 完全攻略

検索



B5 頁180 2013年 定価5,250円(本体5,000円＋税5%) [ISBN978-4-260-01809-8]

医学書院

乳幼児の異常を早期にみつけるためのエッセンスと、発達の促しかたを伝授！

乳幼児の発達障害診療マニュアル

健診の診かた・発達の促しかた

発達障害のエキスパートの目と技。診療のコツを伝授！乳幼児の発達異常を早期にみつけるためのエッセンスとお母さんに伝えたい「発達を促すアドバイス」「家庭で気にかけてほしいポイント」をわかりやすく提示。健診で「様子をみましょう」と保護者に伝える際、その後に適切な言葉を続けなければ早期発見・介入の機会を逃すことになる。本書では、その「次の一言」のヒントを多数紹介。乳幼児健診にかかわるすべての医療者に贈る1冊。

洲鎌盛一

元・国立成育医療研究センター総合診療部 医師



A5 頁130 2013年 定価2,625円(本体2,500円＋税5%) [ISBN978-4-260-01026-9]

医学書院

書評新刊案内

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

《精神科臨床エキスパート》
不安障害診療のすべて

塩入 俊樹、松永 寿人●編
野村 総一郎、中村 純、青木 省三、朝田 隆、水野 雅文●シリーズ編集

B5・頁308
定価6,720円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01798-5

本書は、「精神科臨床エキスパートシリーズ」の一冊である。私自身、このシリーズの本を読むのは『多様化したうつ病をどう診るか』以来で2冊目となる。『多様化したうつ病をどう診るか』のほうは、「私の臨床観」を全面に打ち出した本だったので、今回も同様のスタイルを予想して読み進めたが、本書のスタイルは大きく異なっていた。このシリーズは、各巻の編者の裁量権が大きいのか、それぞれのカラーが出ているところがよいと思ったが、本書は、編集の先生方の誠実な人柄を反映してか、それぞれの不安障害について、概念・疫学・診断・病態・治療に至るまでの「すべて」が非常にバランスよく紹介されていた。各章の執筆者は、それぞれが日本における当該分野の第一人者であり、そういう意味でも、本書は数ある類書の中での決定版の位置付けにあると感じた。

精神科医療の対象がますます拡大し、一人の精神科医が精神医学のすべての領域を把握することが困難になった現代でも、「不安障害は私の専門外なので診断や治療は苦手です」と言う精神科医はほとんどいないと思う。このことは、広汎性発達障害、アディクション、器質性精神障害、摂食障害などとは対照的である。各章の疫学の項でも示されているように、不安障害の有病率は非常に高く、またその他の精神障害の併存率も高い。不安はほとんどの精神医学的病態の基礎にある症状であり、精神科医にとっては、不安障害についてよく知っていることは当た

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ませ

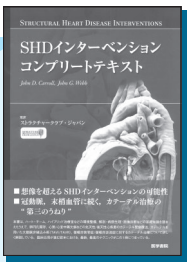
http://www.igaku-shoin.co.jp

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、卵円孔閉存、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冊につままっている。

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



B5 頁448 2013年 定価14,700円(本体14,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01789-3]

医学書院

肝臓の外科解剖
門脈segmentationに基づく新たな肝区域の考え方
第2版

竜 崇正●編著

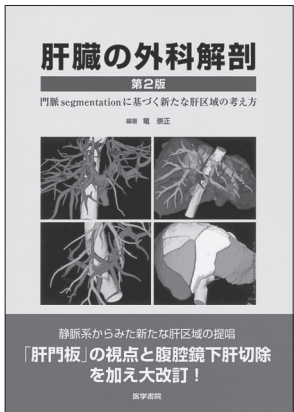
A4・頁240
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01421-2

評者 藤元 治朗

兵庫医大主任教授・肝胆脾外科学

私が竜崇正先生の『肝臓の外科解剖 第1版』を手にしたのはもう7—8年前になる。学会での竜先生のお話を拝聴した後すぐに関心を持ち、まさに「目からうろこ」であった。それまではHealeyおよびCouinaudの肝区域分類が中心であり、肝静脈を基にした「肝臓取扱い規約」の区域・亜区域分類が一般的であった。しかし実際の肝切除においては、肝臓外科医はこれらが実情に合わないことを経験的に察知していた。すなわち、S5-S8間、S6-S7の画一的な境界などあるべくもなく、また中

豊富な症例の徹底した画像解析に基づく納得の新解剖を提唱



肝静脈に沿ったmain portal fissureに沿い肝を切離し、右肝のいわゆる「前区域枝・後区域枝」分岐に達しても、必ずしも前区域枝は頭・尾側1本ずつに分岐せずさまざまな分岐形態を有し、またこれらをテーピングして阻血領域をみると、Couinaud分類とはかけ離れた症例が多々存在した。竜先生の本は大変新鮮で「ああ、こういうことだったのか」と納得させられる内容であった。

2009年には日本語版の内容をさらに充実された英語版の『New Liver Anatomy』(Springer社)を発刊され、さらに今回日本語では第2版となる本書を上梓された。

本書では、多くの症例において前区

域門脈枝(3次分枝)が頭側・尾側ではなく、腹側・背側に分岐する概念・事実を示された。また肝切除の鍵となる(1)中央入口(main portal fissure)、(2)左の入口(umbilical fissure)、に続く第3の扉である(3)右の入口(anterior fissure)がわかりやすく解説され、それにより、前腹側領域切除・前背側領域切除・左肝+前腹側領域切除・後区域+前背側領域切除、など極めて合理的な新たな概念の肝切除術式が提唱されている。これらは今後、再発様式の研究を経て、「系統的切除」と認識されると考えられる。

本書の礎となっているのは、豊富な症例と徹底した術前の美しくかつ正確詳細な画像解析に基づいた事実の検証である。ことに本第2版においては、肝静脈のドレーナージ形態・尾状葉の詳細・右側肝円索・胆管の詳細・肝門板など、詳しく知りたい点についてわかりやすくかつ詳細に述べられており、「あれ、どうだったかな?」というときに必ず役に立ってくれる頼りになる1冊である。

本書はこれから肝臓外科を志す若い外科医には必須の書であり、またこれまでに多くの肝切除を経験されてきたベテラン医師にもぜひ読んで納得していただきたい素晴らしい1冊である。

ジェネラリストのための内科外来マニュアル

金城 光代、金城 紀与史、岸田 直樹●編

A5変・頁576
定価5,460円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01784-8

評者 松村 真司

松村医院院長

一説によると、医師としての人生で、患者との出会いの95%は外来において行われるとのことである。その割には、卒前・卒後教育における外来診療の位置付けは大きくはない。外来教育といえは多く

一般外来で必要な知識を
簡潔にまとめた良書

の場合救急外来での教育を指し、一般外来での教育は始まったばかりである。現在でも、一般外来を担当する医師たちは、手さぐりで学んでいくことが多いのであろう。本書はそのような医師を対象に書かれた、優れた内科外来マニュアルである。

外来診療に熟達するために会得すべきもの、それは急性疾患の診断アプローチに始まり、慢性疾患のマネジメ

ント、予防とスクリーニング・健康増進、そして複雑な問題を時間内で適切な解決に導く交渉技術に至るまで、カバーすべき分野は広大である。とりわけ、総合内科外来においては、これらの基本知識と、適切な戦略スキルを、ありふれた健康問題全般にわたって身につけることが求められるのであるが、これは簡単のように見えて難しい。特にジェネラリストは、これらの問題に対し、いかに幅広く、いかに深く、そしていかに最新の知識で対処し続けられるかが、その診療の質を決めるものになるのである。

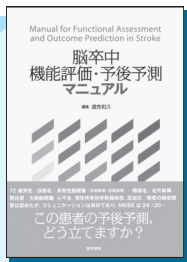
本書では、このように広大な領域/

まずは予後予測を立ててみよう!

脳卒中機能評価・予後予測マニュアル

脳卒中の機能予後予測は、リハビリのゴール設定や入院治療期間の設定に極めて重要である。本書は、リハビリに携わる医師ならびに療法士に向けて、まず予後予測のために必要となる機能評価法について解説、それを踏まえてより実践的な予後予測ができるように、従来から最新の予後予測法に至るまで幅広く取り上げた。また代表的な症例を通して、具体的な臨床応用の実例を紹介。常に予後予測が求められるリハビリスタッフ必見の書。

編集 道免和久
兵庫医科大学・リハビリテーション医学教室・主任教授



B5 頁288 2013年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01759-6]

医学書院

ナラティブとエビデンスの間

括弧付きの、立ち現れる、条件次第の、文脈依存的な医療

岩田 健太郎 ● 訳

James P. Meza, Daniel S. Passerman ● 著

A5変 頁304
定価3,570円(税5%込) MEDSI
http://www.medsj.co.jp/

本書は、Narrative Medicine（NM）と Evidence-based Medicine（EBM）を統合した医療実践の在り方を示す良書である。Narrative Based Medicine（NBM）と EBM の統合についてはすでに、富山大学の斎藤清二教授が NBM をわが国に導入した当初から強い問題意識を持って取り組んでおられ、その成果は『ナラエビ医療学講座』（北大路書房、2011）、『医療におけるナラティブとエビデンス』（遠見書房、2012）として公刊されてきた。米国においても、NM の登場が『『前線にいる』診療医も含めて、医療の主流にインパクトをもたらしてきた』結果として、ナラティブとエビデンスを統合する動きが本書のような形で示されるようになってきたことは、患者中心の医療を行う上でとても意義深いことと思う。さらに、本書の翻訳を、今を時めく神戸大大学院医学研究科・医学部微生物感染症学講座感染治療学分野教授の岩田健太郎先生が手掛けてくださったことは、医療の主流に「ナラティブ」が取り入れられるという点でも、心強い追い風である。

本書は3部構成となっているが、まず、診断（パート1）と治療（パート2）のそれぞれについて、EBM の5つのステップを土台とし、ナラティブ・ジレンマをキーワードに据えて、ナラティブとエビデンスを統合する上での具体的なポイントについて丁寧に論じられている。斎藤の前掲書には「ナラティブ3年エビ8年」（EBM を8年勉強しておけばNBMは3年で理解できる）という座右の銘が述べられているが、まさにその通りで、「EBM をしっかり

ゝについて簡潔に記載するという試みが行われている。冒頭にジェネラリストのための診断アプローチ、外来診療のコツが記載され、一般外来で出合う健康問題全般への対応法が記載されている。そしてその後、特に問題となることの多い、外来における抗菌薬の使い方が記され、引き続き初診・継続外来でよく出合う健康問題のマネジメント方法が項目ごとにまとめられている。各項目は多くて10ページ前後であり、外来の傍ら、短時間で目を通すにはちょうどよいボリュームである。また成人のワクチン、妊婦と内科疾患など、外来でしばしば頭を悩ませる問

題も取り上げられている。随所に挿入された Physician's memo も臨床で役立つものである。外来を担当し始めた初学者のみならず、どのような立場の医師でも、本書を活用することで、明日からの外来診療の幅は広がり、その深みは増すことであろう。時間の制約の中、極めて幅広い問題を扱う一般外来において、常に適切な診療を続けるのは困難である。本書を活用しながら、医師としての残りの人生のほとんどを占める外来での患者との出会いを、より深く、より意義深いものにしていくことができればと、私も願っている。

勉強して正確に理解している人」には、本書の要諦をすぐにつかむことができるのではないかと思う。本書の序文において、NM を提唱したリタ・シャロンも、エビデンスが中心にあることを強調し、彼女たちのグループが2008年に提唱した Narrative Evidence Based Medicine（NEBM）という表現が紹介されている。そのココロは、evidence と based の間のハイフンを抜く（EBM という場合、通常はハイフンが付けられる）ことによって、NEBM という言葉から Narrative Evidence（NE、エビデンスの物語性）と EBM の両方の意味を

読み取れるようにしつつ、NM が EB を包括できるようにすると同時に evidence（E）が NM の真ん中にある（NEBM という言葉の両端に NM があり、真ん中に EB があることの謂い）、と一種の言葉遊びをしながら、ナラティブとエビデンスのエッセンスを凝縮して表現している。ただし、翻訳ではこの絶妙な表現が誤訳されており、ほかに、岩田先生らしくないと感じる部分があった（特に第1章）が、気付いた点を申し上げたところ、すぐに誠実に応答してくださり、訂正された岩田先生の真摯な姿勢と潔さには敬服した。

本書は、NM を入り口にすることも、EBM を入り口にすることもできる。ナラティブは関心があるけれど EBM は苦手という人も、ナラティブはうさんくさく EBMこそ医学の中心となるべきと考えている人にも、きっと意義のある一冊となると思う。

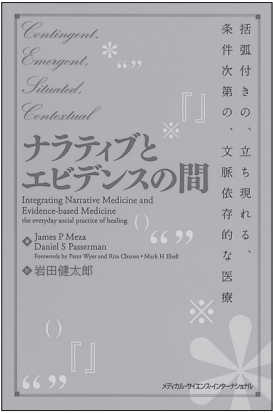
題も取り上げられている。随所に挿入された Physician's memo も臨床で役立つものである。外来を担当し始めた初学者のみならず、どのような立場の医師でも、本書を活用することで、明日からの外来診療の幅は広がり、その深みは増すことであろう。

時間の制約の中、極めて幅広い問題を扱う一般外来において、常に適切な診療を続けるのは困難である。本書を活用しながら、医師としての残りの人生のほとんどを占める外来での患者との出会いを、より深く、より意義深いものにしていくことができればと、私も願っている。

● 評者 岸本 寛史

高槻赤十字病院緩和ケア診療科部長

NMとEBMを統合した医療実践の在り方を示す良書



括弧付きの、立ち現れる、条件次第の、文脈依存的な医療

第47回日本作業療法学会開催

第47回日本作業療法学会が、6月28—30日、長辻永喜学会長（藍野大）のもと大阪国際会議場（大阪市）にて開催された。今学会のメインテーマは「地域に暮らす——生活を支える作業療法」。学会場は6000人を超える参加者で賑わった。

◆作業療法士はがん患者にどうかかわるか

学会長講演「民のまち大阪：リハビリテーションのあゆみ」で長辻氏は、自身も長く勤務した大阪府立身体障害者福祉センター（2007年に大阪府立急性期・総合医療センターと統合）の歴史をたどりながら、大阪のリハビリテーションの軌跡を振り返った。氏はセンターでの作業療法の主な目標の変遷を三つの時期に分けて説明。第一期は職業更生、第二期は生活自立と作業への適応、第三期は重複障害を持つ対象者の生活の場の確保とQOL向上の時期と位置付け、各期がオーバーラップしつつ大きく移り変わってきたと解説した。

シンポジウム「がんとともに生きる人を支える作業療法」では、目良幸子氏（東名古屋病院附属リハビリテーション学院）の進行のもと三氏が登壇。田尻寿子氏（静岡県立静岡がんセンター）は、がん患者・がんサバイバーが生活する上での作業療法の役割を具体的に紹介し、就労支援の必要性を訴えた。島崎寛将氏（ベルランド総合病院）はがん患者への作業療法アプローチを病期と場面に分けて解説。真のニーズを引き出すためにはコミュニケーション・スキルが重要と述べた。和田文香氏（広島大病院）は小児がん患者への作業療法と遺族会の取り組みを紹介。小児では家族とのふれあいや発達、復学の視点が重要となること、遺族会には家族のグリーフケアになる役割と同時に作業療法士自身のバーンアウトを防ぐ側面があると述べた。

会場からの質疑応答では、作業療法士ががん患者にかかわるようになって病院全体の意識が変わったことも報告された。最後に目良氏が「作業療法士だからこそできることを明確にしていきたい」と今後の可能性に期待を寄せて、シンポジウムを締めくくった。



●長辻永喜学会長

胃の拡大内視鏡診断

八木 一芳, 味岡 洋一 ● 著

B5・頁148
定価10,500円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01039-9

● 評者 山部 茜子

福島県立医大大会津医療センター準備室・消化器内科

私が胃拡大内視鏡を学び始めたころ、異常粘膜を見た際に“何となく変だ”というのはわかって、どうして変なのか、なぜそういった像になるのかということは全くわからなかった。理詰めではなく、こういうものなのだとな得して

くしかないのかと諦めかけていた矢先にに出合ったのが本書である。拡大内視鏡に関しての参考書はいくつかあるが、拡大内視鏡所見をここまで詳しく論理的に説明している本はないと思う。

本書の特徴は、何においても各症例の拡大内視鏡所見と病理所見の一対一の対比検討であろう。局所的、表面的観察にとどまりがちな内視鏡所見を、病理所見と細かく対比・検討し、著者らの正確で豊富な知識に基づいた説明が加えられている。平面である内視鏡所見と、病理所見を対比することで3次元の構造をイメージしながら勉強することができ、新たな世界が広がってくる。まさに目からうろこである。本書の流れとしては、まずは基本となる正常粘膜の拡大内視鏡像の説明から始まり、次に慢性胃炎、分化型早期胃癌、未分化型早期胃癌と順序立っており、最終的には拡大内視鏡観察時の胃癌診断のフローチャートが示されている。必要な場所には親切的な解説やシェーマ、細かい用語解説が添えられ、これから拡大内視鏡を始める人、あるいは

初心者にとっても極めてわかりやすい内容となっている。写真や実際の症例を多数掲載することによって、系統立った理解に加えて視覚的な理解も十分得られる。また、拡大内視鏡の他にも、胃内視鏡診断学において重要な酢酸併用法の解説

もされており、酢酸撒布で観察される立体的な像を加えることでさらに理解を深めることができる。

本書のもう一つの特徴は、「ちょっと一息」や「拡大豆知識」などのコラムが記載されていることだろう。胃拡大内視鏡診断学の先駆けとなられてきた著者の先生方ならではの秘話が記載されており、非常に興味を引く。また、「拡大豆知識」においては、本書を読み進めていく上でのちょっとした疑問にまで言及されており、まさにかゆい所に手が届く内容となっている。著者の先生方の熱い思いが伝わってくる1冊である。

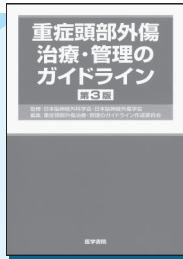
本書は自然な流れで胃拡大内視鏡の世界へ導いてくれるものであり、読み終えるころには基本的な考え方が身につくようになっている。今後、胃拡大内視鏡診断はさらに大きく発展することは間違いなく、本書は内視鏡診断学に携わる者にとって、拡大内視鏡所見を理解するのに欠かせない書であると思う。多くの方々がこの本を手にし、ここから学ばれることを心より願う。

医療の質を一定の水準に保ち診療に資するためのガイドラインがリニューアル

重症頭部外傷治療・管理のガイドライン 第3版

医療の質を一定の水準に保ち診療に資するというガイドラインの基本理念に則った「重症頭部外傷治療・管理のガイドライン」の改訂第3版。今回のガイドライン作成にあたっては、従来の作成委員に加え、第一線で活躍中の医師が新たに執筆者として参画、初版、第2版を踏襲しながら新しい知見を取り入れた。さらにスポーツ頭部外傷、外傷に伴う低髄液圧症候群、外傷に伴う高次脳機能障害の3つを補遺として追加した。

監修 日本脳神経外科学会／日本脳神経外傷学会
編集 重症頭部外傷治療・管理のガイドライン作成委員会



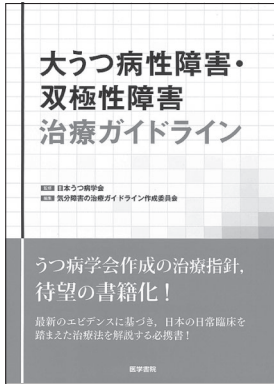
現代社会で活躍する精神科医必携の書、ついに完成!

大うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン

監修 日本うつ病学会

編集 気分障害の治療ガイドライン作成委員会

日本うつ病学会のうつ病治療ガイドラインが待望の書籍化。重症度別にエビデンスに基づく推奨治療法を提示するのはもちろん、診察の進め方や鑑別診断などについても解説するなど、うつ病診療に関する幅広い内容を取り上げている。また昨今ますます関心が高まっている双極性障害の治療ガイドラインおよび双極性障害患者への説明用資料も収載しており、まさに今日の精神科臨床に必要な不可欠な1冊。

●B5 頁152 2013年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01783-1]

一般精神科医と児童精神科医が「大人の発達障害」についてとことん語った至極の対談録

大人の発達障害って そういうことだったのか

宮岡 等・内山登紀夫

近年の精神医学における最大の関心事である「大人の発達障害とは何なのか?」をテーマとした一般精神科医と児童精神科医の対談録。自閉症スペクトラムの特性から診断、統合失調症やうつ病など他の精神疾患との鑑別・合併、薬物療法の注意点、そして告知まで、臨床現場で一般精神科医が困っていること、疑問に思うことについて徹底討論。立場の違う2人の臨床家が交わったからこそ見出せた臨床知が存分に盛り込まれた至極の1冊。

●A5 頁272 2013年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01810-4]

精神科臨床におけるありとあらゆる情報を網羅した決定版

今日の精神疾患治療指針

編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田 隆・中込和幸

専門医が自らの治療法を紹介する好評書『今日の治療指針』の精神疾患版。個別の疾患および関連する諸問題など計341項目について、最新かつ実践的な臨床情報を提供する。処方例や非薬物療法などの治療に関する内容はもちろん、診断、検査、患者・家族への説明のポイントなどの情報も収載しており、臨床上的疑問点については必ず何らかの情報にたどりつくことができる。まさに精神科臨床書籍の決定版と呼ぶにふさわしい1冊。

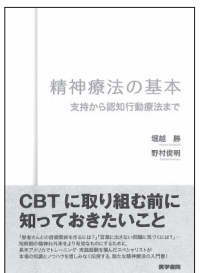
●A5 頁1012 2012年 定価14,700円(本体14,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01380-2]

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

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まとめた解説書。精神療法の位置づけといった基礎的な内容から、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、米国での長い臨床経験をもつスペシャリストが網羅的に解説。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。



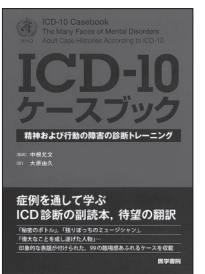
●A5 頁288 2012年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01672-8]

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

監訳 中根允文／訳 大原由久

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、印象的な表題が付けられた99の臨場感あふれるケースを収載。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、収載症例は成人例に限定されている。



●A5 頁328 2012年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01650-6]

シリーズ 精神科臨床エキスパート

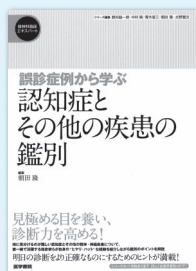
《シリーズ編集》 野村総一郎・中村 純・青木省三・朝田 隆・水野雅文

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けますと 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



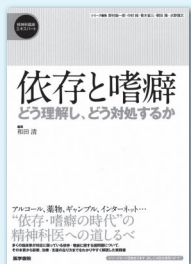
編集 朝田 隆

うつ病や高齢発症でんかん、アルコール依存症など、高齢者で見られる精神・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

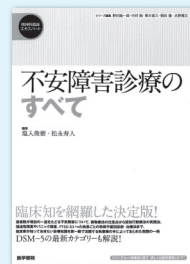


薬物やアルコールなどの物質依存症者への治療と支援、およびギャンブルやインターネットに過度にのめり込んでしまう人への対応についてまとめた1冊。患者の傾向や治療上の注意点、家族へのサポート・情報提供の方法など、一般臨床医が知っておくべき対応のコツについて症例を交えつつ具体的に提示。回復に重要な役割を果たす自助グループの取り組みも紹介する。

●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けますと 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