

2010年6月14日

第2883号

週刊(毎週月曜日発行)
1950年4月14日第三種郵便物認可
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)出版者著作権管理機構 委託出版物
E-mail: info@jcopy.or.jp

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

- [対談] 今,求められる「診断」とは(金澤一郎,永井良三)..... 1-3面
第106回日本精神神経学会/第21回理学療法ジャーナル賞..... 4面
[連載] 続・アメリカ医療の光と影/京大IPS細胞研究所竣工披露式..... 5面
[新連載] 医師と製薬会社..... 6面
MEDICAL LIBRARY,他..... 7面

対談

今,求められる「診断」とは

かつて診断とは,適切な検査を選択することだと言われた時代もあった。しかし検査や技術が大きく進歩し,情報化社会を迎えた今日,得られる膨大な情報をどのように活用するかが診断にはいっそう求められてきている。一方,診断に至るプロセスを考えると,いつの時代も変わらない「診断の本質」とも言える部分があるのも実際だ。

臨床現場では,エビデンスに基づく科学的かつ正しい判断が求められるようになってきているが,本対談ではそういった医療環境の変化を踏まえながら,これからの医学における「診断」をあらためて考えてみたい。診断とは何か,何を重視すればよいのか。わが国の臨床医学をリードする金澤一郎,永井良三の両氏が診断のフィロソフィーを語る。



金澤一郎氏
東京大学名誉教授/
日本学術会議会長

永井良三氏
東京大学大学院医学系
研究科教授・循環器内科

金澤 診断といえば,まずクレンペラーの教科書(『Grundriss Der Klinischen Diagnostik』Georg Klemperer 著,1909年)を思い出します。学生時代は,これと沖中重雄先生らの『内科診断学』(医学書院)を使って診断を勉強していましたが,面白いことに両者の診断に至る過程は非常に似ていました。

永井 私の学生時代には,吉利和先生の『内科診断学』(金芳堂)が診断の教科書としてありました。ただ,これは診断の考え方よりも鑑別診断に重点を置いた本で,病態や生理といった診断に必要な知識は他の教科書で学ばなければならぬものでした。私には,そういった鑑別診断重視の考え方には少し違和感がありましたね。

金澤 診断のプロセスが大事ということでしょうか。

永井 ええ。「診断する」という過程を考えると,もちろん鑑別診断,すなわち疾患を分けるという目的はあるのですが,一方で「分かる」と「分ける」は同じ語源です。分かるという意味を持つ「訳」や「釈」という漢字のつくり“尺”には,「何かを引き出す」という意味があるので,診断はただ分類するだけではなく情報を引き出して次

につないでいく。つまり,治療はもちろんのこと,医療の発展にもつながっていくかなければいけないと考えています。ですから,診断が鑑別診断だけを目的に,何か当て物をするようなものになってはいけません。

また私自身,教育に携わるようになって,学生は既存の概念にいかにか当てはめるかを考える傾向が強いと感じています。確かにそれも大事なのですが,頭を柔軟にして概念と概念のはざまにあるさまざまな問題をもっと考える必要があります。診断の次のステップとなる治療でも,既成の概念だけではうまくいかない部分があるのではないのでしょうか。

金澤 難しい話ですね。私は学生の臨床実習で,「君たちが卒業して2-3年の間は,一人の患者さんについてゼロから診断に至るプロセスを踏むことはできないだろう」とよく言っていました。というのは,大体の患者さんは外来の医師が診断をつけてから入院してくるため,病棟に配属される研修医にとっては診断プロセスを考える必要がないのです。

永井 結論を既に知っているわけですね。

金澤 はい。ただこれは医学教育全体にもかかわりますが,やはり“ゼロから考える”ということが必要です。一人の患者さんを最初から診察して検査・診断までを考えると,臨床推論の学習を医学教育のどこかできちんと行わなければなりません。

患者さんしか知らない情報を引き出す「問診」

金澤 先ほど疾患を「分ける」と言われましたが,診断を行う上では自分なりの疾患の分け方の基準やカテゴリーを持つことが大切です。

私の専門の神経系では,特に中毒はきっかけがないと診断できないため,「カテゴリーに中毒を入れておけ」と若い医師たちに言っています。中毒を見抜くには,患者さん本人しか知らない情報を手に入れる必要がありますから,やはり問診が重要となります。

私はかつてゲルマニウム中毒を診た経験があるのですが,その原因は健康食品でした。普通,健康食品が原因なんて考えないので,あえて「健康食品を利用していますか」と尋ねなければ原因を突き止めることができない。こ

の場合,「変なものを食べていませんか」では駄目ですね。

一方で,患者さんしか知らない情報という多くの学生は「主訴」を挙げるのですが,そのなかでも特に時間的な経過が大事だと教えています。

永井 そうですね。つい教科書的な思考に流れがちですので,既に診断がついた患者さんにも根掘り葉掘り経過を聞き,「ああ,そういう経過もあるのか」と現実の多様性を再認識するよう私も心がけています。その意味でも問診の重要性を感じます。

また,問診は患者さんが入院してくる過程で受診した医療機関がきちんと機能しているかを判断するきっかけにもなります。いろいろなことが患者さんの口から出てきますね。

金澤 問診は鑑別診断が重視されようと,検査が進歩しようと欠かせないものです。大事なことは患者さんしか知らない情報を引き出すことで,その感覚を常に忘れてはいけません。

ただ,患者さんは医療者が思いもよらないことを考えていたりするので,知りたい情報をいつも正確に教えてく

(2面につづく)

6 June 2010

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,お近くの医学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。

子宮頸部細胞診ベセスダシステム運用の実際

編集 坂本穆彦
B5 頁224 定価8,400円 [ISBN978-4-260-01051-1]

〈日本医師会生涯教育シリーズ〉

在宅医療
午後から地域へ
監修・編集 林 泰史,黒岩卓夫,野中 博,三上裕司
編集協力 太田秀樹
B5 頁352 定価5,775円 [ISBN978-4-260-01052-8]

実践 漢方ガイド
日常診療に活かすエキス剤の使い方
監修 中野 哲,森 博美
B5 頁416 定価6,090円 [ISBN978-4-260-01045-0]

バナナ・レディ
前頭側頭型認知症をめぐる19のエピソード
著 Andrew Kertesz
監訳 河村 満
A5 頁224 定価3,570円 [ISBN978-4-260-00961-4]

〈神経心理学コレクション〉
レビー小体型認知症の臨床
著 小坂憲司,池田 学
シリーズ編集 山島 重,彦坂典秀,河村 満,田邊敬貴
A5 頁192 定価3,570円 [ISBN978-4-260-01022-1]

精神科薬物相互作用ハンドブック
著 Neil B. Sandson, M.D.
監訳 上島国利,樋口輝彦
A5 頁424 定価5,250円 [ISBN978-4-260-00959-1]

摂食障害のセルフヘルプ援助
患者の力を生かすアプローチ
西園マーマン
B5 頁232 定価3,570円 [ISBN978-4-260-01044-3]

摂食障害の認知行動療法
著 Christopher G. Fairburn
監訳 切池信夫
A5 頁392 定価5,775円 [ISBN978-4-260-01056-6]

イラストレイテッド大腸癌手術
膜解剖にもとづく剥離のベストテクニック
松木盛行,平山康三,橋本大樹
A4 頁184 定価9,975円 [ISBN978-4-260-00711-5]

肝胆膵高難度外科手術
編集 日本肝胆膵外科学会高度技能医制度委員会
B5 頁324 定価10,500円 [ISBN978-4-260-01042-9]

AO法骨折治療
【英語版DVD-ROM付】(第2版)
原書編集 Thomas P. Rüedi, Richard E. Buckley, Christopher G. Moran
日本語版総編集 糸満盛憲
日本語版編集代表 田中正
A4 頁800 定価39,900円 [ISBN978-4-260-00762-7]

X線像でみる 股関節手術症例アトラス
【CD-ROM付】
佛淵孝夫
B5 頁232 定価9,975円 [ISBN978-4-260-01013-9]

片麻痺回復のための運動療法
DVD付
促進反復療法「川平法」の理論と実際(第2版)
川平和美
B5 頁224 定価6,510円 [ISBN978-4-260-01033-7]

動画で学ぶ脊髄損傷のリハビリテーション【DVD-ROM付】
編集 田中宏太佳,園田 茂
B5 頁152 価格5,985円 [ISBN978-4-260-00778-8]

アノミア 失名辞
失語症モデルの現在と治療の新天地
著 Matti Laine, Nadine Martin
訳 佐藤ひとみ
A5 頁224 定価4,200円 [ISBN978-4-260-00992-8]

ケースブック患者相談
編集 瀧本禎之,阿部篤子,赤林 朗
A5 頁268 定価2,730円 [ISBN978-4-260-01040-5]

看護成果分類(NOC)
看護ケアを評価するための指標・測定尺度(第4版)
監訳 江本要子
A5 頁1104 定価7,560円 [ISBN978-4-260-01031-3]

対談 今、求められる「診断」とは

(1面よりつづく)

れるわけではないことに注意が必要で... これは私の研修医のころの話なのですが、どう診ても子宮外妊娠の患者さんがいて「下から出血しているのではないですか」と聞いたところ「していません」と言うわけです。納得がいかないのでも「申し訳ないけど診察台に乗ってくれ」と言って診察したところ、ちゃんと黒いものが出ていたわけ... 「出ているじゃないですか」と言ったら、「それは血じゃないでしょ。赤くないもの」と言われ、大変驚いた経験があります。

永井 患者さんの話を聞くときに、医療者が誘導しないとなかなか本当のところ... 永井 患者さんの話を聞くときに、医療者が誘導しないとなかなか本当のところ... 永井 患者さんの話を聞くときに、医療者が誘導しないとなかなか本当のところ... 永井 患者さんの話を聞くときに、医療者が誘導しないとなかなか本当のところ...

とがある。金澤 自分で解釈してしまうわけですね。永井 ええ。ですから、医療者は「泡の混じったピンク色の痰ですか」といったふうに具体的に患者さんに尋ねる必要がありますし、普段の生活のなかの話もよく聞いて対応することが大事だと思います。また、訴えから重症度を判断することも重要ですね。

金澤 患者さんの話がすべてという面がある一方、例えば虐待を受けている子どもの場合、親は絶対に虐待したとは言わないので、患者さんや家族の人のどの言葉を信用すべきかは一口には決められません。とはいえ、患者さんと自由闊達に言葉を交わすことは必要でしょう。診断に至る最初のステップとしては、「融通無碍」と「臨機応変」をキーワードに患者さんといい付き合いを構築し、できるだけ情報をもらうに尽きますね。



●金澤一郎氏

1967年東大医学部卒。73年東大脳研神経内科、74年英国ケンブリッジ大薬理学教室客員研究員、90年筑波大神経内科教授。91年東大脳研神経内科教授。2002年国立精神・神経センター神経研究所長、03年同センター総長。06年より日本学術会議会長、07年より国際医療福祉大副学長も務める。宮内庁皇室医務主管。編著に『内科学』(医学書院)、『医療を崩壊させないために——医療システムのゆくえ』(日本学術協力財団)などがある。



●永井良三氏

1974年東大医学部卒。同大第三内科助教授、群馬大第二内科教授、東京医歯大難治研客員教授などを経て、99年から現職。2004—07年には東大病院長を務めた。日本内科学会会頭、日本心臓病学会理事長などを歴任。専門は臨床循環器病学、血管生物学。『新臨床内科学』『個人授業 心臓ペースメーカー——適応判断から手術・術後の管理まで』(いずれも医学書院)、『心血管病学』(朝倉書店)など編著書多数。

求められる情報の“重みづけ”

金澤 医療環境は科学技術の進歩に伴い変化してきましたが、特に大きく変わったのは検査だと思えます。昔と比べ、信頼度の高い検査がものすごく増えました。

永井 特に画像検査は劇的に進歩しました。例えばCTでは、症状が全くなくても病気が見つかることがあります。

金澤 画像検査は非常に大きなインパクトをもたらした一方で、CTやMRの画像がないと何もできないといった“画像神話”も生み出しました。さらに言えば、診察なんかしなくても画像さえあればいいという感覚を持つ医師すら現れてきています。

永井 ええ。そのほかの検査項目も大きく増加したので、確かに検査結果だけからでも鑑別診断をかなり絞り込むことができるようになりました。それでも、「何を検査するのか」ということには頭を使う必要があります、また「異常値に気付く」とか「変化を時系列のなかで見る」といった得られた情報への感受性を持つことが重要ですので、ただ情報が増えれば正確になるわけではないと考えています。

金澤 その通りですね。

永井 もう一つ、母集団とともに判断は変わることも忘れてはいけません。ある検査値が特定の疾患を意味するにしても、もともとその疾患がまれな地

域では別の疾患も考える必要があります。そこで問診が生きてくるわけですね。つまり、心電図だけでは判断が難しい場合でも、そのなかで「胸が痛い」と言ってきた人に可能性が高い疾患というものもあるので、そういった“重みづけ”が診断のコツになると思えます。

金澤 鑑別診断では、症状や経過の相互関係を見ながら「何に注目するか」が要求されるわけですが、ただこれは情報技術の発達した今だからこそ、より強く問われている部分です。

例えば、甲状腺腫を呈する疾患にはどんなものがあるかを調べる場合、昔は図書館でIndex Medicusの「甲状腺腫」というキーワードを全部見て、効率が悪いのですが気になる文献を一つひとつ当たっていました。

現在はコンピューターにキーワードを入力して検索するわけですが、非常に多くの情報が得られる一方でそのなかのいったいどれを取り上げるべきか、という重みづけがやはり求められています。

永井 ええ。私も反省することがあるのですが、コンピューターは可能性が高い順に結果を返すため、重大な結果をもたらす疾患でも頻度がまれなものは順位が低くなる傾向があります。しかし、重大なことが起こり得る疾患は、たとえ可能性が低くても自分の中の順位を上げておかないといけません。

インターネット時代の診断法を考える

永井 ただ、現在の情報収集にコンピューターは欠かすことができないのも事実です。インターネット上の電子教科書「UpToDate®」などは目を見張るようなツールで、教科書的な知識から関連する文献までどんどん飛んで読めますので、正直なところ

図書館に行かなくてもこれだけで済んでしまいます。しかし、体系的に情報がまとめられているわけではないので、やはり頭のなかで再構成する必要があります。

金澤 少なくとも、どこかで自分の頭で診断に至るストーリーを構築する努力というか、訓練が必要ですね。

永井 そうですね。私はいろいろなストーリーを知るのに、症例データベースが役立つと考えています。

最近、日本循環器学会では「症例くん」(図、http://akebia.hcc.h.u-tokyo.ac.jp/IM/)というデータベース検索システムを開始しました。これは日本循環器学会の地方会で行っている症例報告をデータベース化し、キーワードや病歴から該当する症例のサマリーを検索できるようにしたものです。症例報告は多くの学会で行われていますが、その情報を効率よく検索できないのが実状です。そこで、これを活用する手があるべきだろうと考えたわけですね。

実は、私自身20年ぐらい前に、日本内科学会関東地方会の5年分の症例報告約3000例をデータベース化してみたことがあります。データベースによって、例えば「心筋梗塞、女性、40歳以下」という条件で症例を絞ることで、「40歳以下の女性の心筋梗塞を診たときに何を考えるべきか」という連想ができるようになります。「症例くん」のデータベースはまだ数年分ですが、これが十数年分になれば本格的なライブラリーになりますし、いつから報告されてきたか調べられるので疾患の歴史にもなります。また、発表者のメールアドレスをリンクしていますので、直接問い合わせることも可能です。日本に固有の足元にある情報をもっと活用することで、診断力も同時に身に

付いてくるのではないかと私は考えています。

金澤 「コンピューター」「診断」と聞くと、自動診断機が頭に浮かびます。私が学生だったころ東大の物療内科におられた高橋矯正先生からよく話を聞いたのですが、彼はある種の疾患では絶対にコンピューターによる診断のほうが有利だと信じていました。あれから数十年が経ち、確かに要素的にはそのような部分もありますが、自動診断機が主流となる可能性はあまりなさそうに思います。

永井 「検索」や「情報の処理」については、確かにコンピューターのほうが強いのですが、最終的には人間の判断力が重要です。

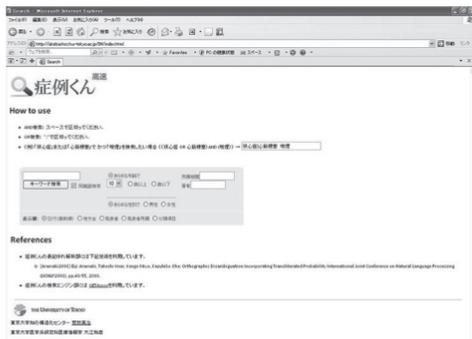
金澤 誰しもがわかるような範囲の診断は可能だと思いますが、最終的に「この疾患の可能性が高い」といった不確定要素がある診断はやはり無理でしょう。

永井 「症例くん」も、リマインドさせるという意味では役に立ちますが、最後は感性がなければ可能性の低い疾患を拾えませんからね。

金澤 人間は思い込みをする生き物ですので、「お忘れではないですか」といったことをコンピューターから発信してもらい、われわれを少しでも助けてくれるとありがたいですね。

診断の裏側にあるロジックを理解する

金澤 ところで、鑑別診断を身に付けるためにはやはり臨床推論の訓練を行うことが大事だと思うのですが、日本ではそういった教育が意外なほど少ない。一方、臨床現場では鑑別を迫られる場面が当然多くありますが、若い医



●図 「症例くん」のトップ画面

June 2010 新刊のご案内 医学書院
NANDA-NIC-NOCの理解 看護記録の電子カルテ化に向けて (第4版)
これなら使える看護診断 厳選84 NANDA-I看護診断ラベル (第4版)
IVR看護ナビゲーション
質的研究のメタスタディ 実践ガイド
2011年版 准看護師試験問題集 付 模範解答(別冊)
2011年版 保健師国家試験問題 解答と解説 付「別冊 直前チェックBOOK」

世界中で翻訳された骨折治療のバイブルが大幅改訂!
AO法骨折治療[英語版DVD-ROM付] 第2版
AO Principles of Fracture Management
著 Thomas P. Rüedi, Richard E. Buckley, Christopher G. Moran
日本語版総編集 糸満盛憲
日本語版編集代表 田中正

一部の商品を除き、本体価格に税5%を加算した定価を表示しています。消費税変更の場合、税率の差額分変更になります。

師たちは「診断はこれだ」となると、それしか考えない傾向があります。ですから、私は常々セカンドチョイスも考えるようにと言っているのです。臨床推論を学ぶことでファーストチョイス、セカンドチョイスという考え方も身に付きます。

私はCPC(臨床病理検討会)、特に『New England Journal of Medicine』に今でも掲載されている「Case Records of The Massachusetts General Hospital」を活用して推論を学んできました。診断に至るプロセスが披露されているので、単なる無機的な順位付けではなく、それぞれの理由とともに鑑別診断を身に付けることができましたと思います。

永井 確かに診断の裏側にあるロジックを理解することは重要ですね。「な

ぜそうなるか」を考えるトレーニングを積んでいけば、いろいろな状況に対応できます。文献や検査といった情報が非常に増えた今だからこそ、その有効活用にもつながるでしょう。

このほかロジックの理解には、ディスカッションが非常に重要だと考えています。経験ある人でも、ディスカッションを通じてロジックを再確認することができます。私も入院や治療方針を決定する際には、自分の結論が決まっても「君はどう思う?」と周りに必ず聞いて、ディスカッションをするようにしています。

金澤 違う考え方の人とのディスカッションは、理解を深めるのに非常に役立ちますね。

「自分で見る」という経験が感性を磨く

金澤 ここまでは、最も可能性が高い診断名から考えるというロジックについて議論してきたわけですが、その診断の正しさを評価するという点についてはどのようにお考えですか。

永井 循環器の分野では、鑑別診断だけでなく重症度や診断後の治療の適切な評価も重要になります。

金澤 その評価に必要なのは、実は病理だと私は考えています。臨床検査は確かに進歩し、例えば血液疾患のように死後の病理よりも臨床で診ていたほうが正確に鑑別できる分野もあるかもしれません。それでも自分の行った診断・治療が正しかったかどうかを、病理で他人にチェックしてもらうことは緊張感を生むし、大切なことだと思います。試料や標本を将来の研究のために残すという意味でも、少なくとも内科医は患者さんの家族に病理解剖を勧めるのを原則にしなければいけないと思いますね。

永井 非常に耳が痛い話です。確かに最近剖検率は下がってきているので、もっと病理に目を向けるべきかもしれません。死因がよくわからないまま亡くなる方もいますが、そのときに病理がないとわれわれはそこから何も学ぶことができないわけですね。

金澤 私は研修医のとき、胸ポケットには必ずメランジュールを入れていました。患者さんの耳にちょっと針を刺して血液をいただき、顕微鏡の下で白

血球を数えたものです。尿の観察も自分で行っていましたが、こういったことは今でも自分で行ったほうがいいのではないのでしょうか。確かに中央検査室ですべてを検査してもらうのは効率的ですが、少なくとも自分で見た経験があるということが大事です。私は若いころ離島で診療をしたことがあるのですが、そこで培った自分で見るという習慣がその後の診断の感性につながったと思います。

永井 実は心電図でも同じです。最近では心電図の波形を認識せずに判定レポートを基に診断を行うことが多いのが問題です。

疾患のパターン認識ということだと思いますが、ここを学ばないと自分の苦手なものは検査しないようになります。確かに情報自体は増えましたが、本質となる情報は変わらないものです。何が本質かを見いだすためには、「わかるとはどういうことか」という、言わば「臨床医学の論理学」が必要ですね。

金澤 若いころ私はよく、「重要なのはGedankengang(思考過程)だ」と言っていました。医学におけるその1つの学び方として論理学が役立ちそうですね。

永井 ええ。分子生物学の発展に伴って、要素還元主義的な考え方が医学教育に強く入ってきたので、今後はその方向修正を行う必要があるとも思っ

います。金澤 そうですね。ゲノム情報などは、現代医学ではもはや無視することができない存在となりましたが、それをこれまで積み重ねた医学にどう取り込むかが大事なポイントです。

確かに遺伝病などでは診断にゲノム情報を取り入れるべきなのですが、診断自体がその家族全体に「病気の家系の人」という烙印を押すことにつながるため、これまで以上の配慮が必要になります。今後は、「診断する」ということだけでも、非常に重大な意味を持つようになるでしょう。

永井 遺伝病以外でも、患者さんが病気をどうとらえるか。つまり、患者さん側から見た世界を、これからの診断にはきちんと取り込んでいかなければならないと考えています。

遺伝子診断はまさにその典型ですが、糖尿病や脂質異常症でも患者さんによっては、「医者が勝手に基準を決めている」ととらえる方もいるわけです。ですので、われわれ医療者は患者さんの価値観をくみ取って、疾患をどのように理解するか考えないといけません。糖尿病とは何か、高血糖症と糖尿病は違うのか。そして診断基準自体もときどき変わってしまうわけですから、それをどのように説明するかが重要ですね。

金澤 なるほど。その時点では頭や足が痛いというわけではないからね。

永井 ええ。ですから診断を下す側は、社会がどのように受け止めるかということまでよく考えて、行動しないとけないのだらうと思います。

日々の「診断」で心にとめてほしいこと

金澤 最後に、私が診断の際に必ず心にとめている3つのことを伝えたいと思います。

1つは、「新しい病気は、滅多にない」ということです。あるCPCで、私の教室の大先輩が「私が診たことがないからこれは新しい病気だ」と言われたのですが、実はそれほど珍しくない疾患だったことがありました。もう1つ例があって、10年ぐらい前にある地域で末梢神経障害の集団発生があり、ある若手医師が「これは珍しい、新しい病気の集積だ」といって論文を投稿

したところ、レフェリーから「それは脚気です」という審査が返ってきたのです。

つまり、はじめに珍しい病気だと思いつくとそれに引っ張られてしまうので、まずは今まで知られている疾患から似たようなものがないか、そういう疾患のタイプではないかと考えるべきです。

2つ目は、「わからなかったら、癌と免疫とウイルスを考えろ」です。これは昔よく聞かされた、「診断がつかないとき結核を考えろ」、それから「わからなかったら癌を考えろ」という話に基づきます。最近では、よくわからない場合は膠原病などの免疫異常やウイルスを考えろと言われるようですので上の3つとしましたが、こういった経験に基づくものもある意味有用ではないかと考えています。結核は少なくなりましたが、癌は現在でも十分に可能性があります。

そして3つ目は、「検査所見に振り回されず臨床症状を重視せよ」です。ただし、私はそう考えて臨床を行ってきたのですが、臍癌のように検査で異常値が出たときにはほとんど症状がないにもかかわらず既に手遅れとなる疾患もあるので、この言葉には修正の必要がありそうです。そのような症例を経験してくると検査所見も重視しなくてはいけない場面があると感じています。やはり「融通無碍」「臨機応変」な対応が必要となりますね。

永井 私からは、バーナード・ショーの『医者ズ・ジレンマ』という戯曲のなかから、「ベッドサイドで観察しろ、観察しろと言うけれども、私の犬だってベッドサイドへ連れていけば、同じものを見ているのだ」という一節を伝えたいと思います。これはすなわち、見る側の科学的なマインドがなければ「医師が診る」意味がなくなってしまうということですね。

論理力や批判的な精神を持ち、ただ分類するだけではなく出口まで含めた理解を心がけ、新しい病気はめったにないものですが一生に一度でも見つけたいという気持ちで、従来の診断の分類とどこが一致し、どこが一致しないのかをいつも考え、そこからどういう教訓を毎回学ぶか。そういったことを心にとめて、日々の診断を行ってほしいと思います。(了)

「今日の治療指針」の姉妹編。本格的診断マニュアル 待望の改訂!!

今日の診断指針 第6版

総編集 金澤一郎 東京大学名誉教授 永井良三 東京大学教授

変貌を遂げる診断の現場で立ち止まることのない臨床医を万全にサポート

- 〔症候編〕解説症候 193 項目と〔疾患編〕解説疾患 684 項目を有機的に構成し、全領域の約 10,000 種類の疾患にアプローチが可能
- 全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患をこの1冊に網羅
- 専門外の領域でも臨床医として知っておくべき内容を収載
- 全身のエコー・CT・MRI 診断から脳波、心電図、髄液所見まで、一般臨床医が理解しておきたい検査法を豊富な写真とともに項目として取り上げ解説
- 感染症疾患、精神疾患の項目を大幅に強化
- 最新のガイドライン、診断基準をふまえ、どう診断をつけるかを明示
- 本文全ページ 2 色刷りとなり、さらに見やすく、カラー図譜も多数収載

“どうしても” “なかなか” 診断がつかないときの 「次の一手」 が分かる

- 研修医には、即実践に役立つ臨床診断技術の習得のために
- 勤務医には、診療現場で直面する難しい事態の解決のために
- 実地医家には、最新の診断情報の研修と診療上の問題の解決のために
- 医学生には、ベッドサイド教育のキーポイントを学ぶために

●デスク判(B5) 頁2144 2010年 定価26,250円(本体25,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00794-8]
●ポケット判(B6) 頁2144 2010年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00795-5]



医学書院

TODAY'S DIAGNOSIS 6th EDITION

好評発売中

〈ご購入者向けアンケート〉 弊社ホームページの本書紹介ページにアクセスしてください。抽選ですばらしいプレゼントを用意しております。

多様な専門領域が統合して活動を

第106回日本精神神経学会開催

第106回日本精神神経学会が、5月20日—22日、広島国際会議場(広島市)にて、山脇成人会長(広島大学)のもと開催された。今回のテーマ「求められる精神医学の将来ビジョン——多様な領域の連携と統合」に沿い、関連学会と連携して企画されたシンポジウムは12題にのぼった。また総会では関連4学会が、うつ病対策を「国家政策の最優先課題」として取り組むべきとする初の共同宣言を採択。「対うつ病10か年計画」策定などを提言し、多様化する専門領域が手を取り合い、精神医学への社会的ニーズの増大に対応していく姿勢を示した。

うつ病治療から精神医学を展望する

会長講演「求められる精神医学の将来ビジョン——うつ病の教育・診療・研究を通して考える」では、山脇氏がうつ病治療・研究の現状から見えてくる精神医学の方向性について述べた。

まず「教育」については、サイコロジの普及活動を例に、新たなプロジェクトの実現には教育・啓発活動の開始から10—20年が必要であることを指摘。メンタルヘルスに関しても、10年・20年後を見据えた一貫性のある系統的プログラムの作成と、継続性・実効性のある国家レベルの実施体制の確立が求められているとした。

「診療」ではまずDSM(「精神疾患の診断と統計マニュアル」)について考察。DSMはエビデンスに基づいた多軸診断であり、国際標準化の点からも導入によるプラス面は大きい。日本における病因論的視点の衰退や、機械的で安易な診断の助長、不適切な抗うつ薬処方の一因となった可能性もある。しかし、1990年代からうつ病の精神病理学的理解は再興を始め、新たに定義されたうつ病概念が提唱されるようになった。社会情勢や人々の価値観も変わりゆくなかでうつ病の病像も変化し、休養や服薬で軽快しやすいメランコリー親和型から、薬が効きにくく症状経過が不鮮明な一方、環境の変化による急速な改善もありうるディスチミア親和型へ移行しつつあるという。

さらに氏は、SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)など新規抗うつ薬が登場してからのうつ病治療の現状を紹介。副作用が少なく、薬理作用機序が明確なSSRIの貢献は大きいとしつつも、治療抵抗性うつ病の存在や、安易な抗うつ薬処方の増加などの問題点も列挙した。2008年度の難治性うつ病に関する多施設共同研究では、幼少期トラウマ体験など複数の予測指標が導かれた。ここから氏は、難治性うつ病にはさまざまなタイプが混在しており、病態に応じた分類が必要であるとともに、心理・社会的特性と脳科学を統合した新規治療法の開発が求められていると話した。

うつ病の「研究」は、分子生物学・遺伝学の進歩により神経新生および神経

栄養因子の可塑性やレジリエンスへの関与が示唆され、さらに画像解析による神経回路異常の解明も進んでいる。氏らによるラットの実験では、幼少期の母子分離により神経成長を妨げる遺伝的要因が亢進し、成長後のストレスへの暴露でうつ病など精神障害にまで移行することがわかったという。また、情動予測過程の脳機能解析により不快予測機能が亢進し、「抑うつ気分」につながることや、セロトニン神経活動の長期将来報酬予測への関与が「興味・関心の喪失」に影響すること。さらに、支持的精神療法での情動的サポートによる左外側前頭前野の賦活や、認知行動療法(CBT)によるネガティブな自己評価の改善で脳活性の亢進も正常化することなど、うつ病の脳科学的理解につながる複数の研究結果を提示した。

最後に氏は、「求められる精神医学の将来ビジョン」として、①精神的資本を育てるBio-Psycho-Social Integrationの推進、②細分化された学会のあり方の再検討、③10年後を見据えたグランドデザイン議論と策定、④臨床研究の活発化による国際化・グローバル化への対応、の4点を提示し、関係各学会の統合的協力を求めた。

早期発見・治療をめざして

シンポジウム「統合失調症の思春期病態と早期介入」(座長=都立松沢病院・岡崎祐士氏)では、関心が高まりつつある早期介入の方策が議論された。

終末糖化産物(AGEs)の蓄積(カルボニルストレス)は、多種の内科・神経科疾患への関与が知られている。糸川昌成氏(都精神研)は、統合失調症多発家系に生まれ、カルボニル化合物の除去酵素であるglyoxalase1(GLO1)の活性が低下している統合失調症例に注目。この症例では、AGEsが正常値の3倍以上上昇するとともに、カルボニルスカベンジャーであるビタミンB₆も欠乏していた。

氏らの研究では、統合失調症リスクはAGEsの蓄積で25倍、B₆欠乏で10倍上昇することが判明している。さらに進行中の多施設共同研究においては、統合失調症172例の16%でカルボニルストレスを認め、それらからGLO1の遺伝的活性とB₆の低下が同定された。氏は、GLO1遺伝子変異の

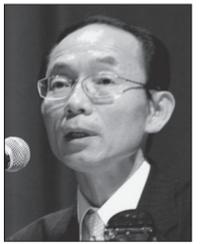
症例では、発症前からカルボニルストレスが存在した可能性を示唆するとともに、B₆の予防的投与の効果が期待されると話した。

笠井清登氏(東大大学院)は、統合失調症の早期病態解明と診断の重要性について、データをもとに説明した。氏は、精神病未治療期間(DUP)が抗精神病薬への反応性や社会的予後不良と強く関連することをあらためて指摘。また初発統合失調症の前向き縦断研究において、上側頭回灰白質体積が初発から1.5年で進行性に減少していることを示した。こうした初発期の研究を通し、顕在発症前の時期への関与が注目されているとして、氏は東大の「こころのリスク外来」を紹介。さらに同大での統合失調症早期介入研究(IN-STEP)で、各臨床病期に対応した所見が得られる光トポグラフィ検査法を、補助的診断法として検討していることなどを明らかにした。

学校や現場で何が必要なのか

早期病態の疫学的知見について語ったのは西田淳志氏(都精神研)。ある研究によると、統合失調症様障害に罹患している成人患者の約4割が、11歳時には既に精神病様症状を体験(PLEs: Psychotic-Like Experiences)していたとされる。氏らは中高生約3万人を調査。過去6か月以内に苦痛感を伴うPLEsを体験している中高生は

5.1%で、その34%は精神的不調を自覚しつつ助けを求められずにいること、自傷行為や希死念慮があり、緊急支援が必要であることを明かした。彼らの多くは身体的不調を訴え保健室や一般医療機関を受診しているという。氏は、こうした若者への早期支援には養護教諭や一般医の役割が大きい。現状ではそうしたシステムにアクセスしやすいとは言えないと指摘した。



●山脇成人会長

最後に野中猛氏(日本福祉大)が、早期介入の実務の基盤であるケースマネジメント(CM)について述べた。氏は先行するオーストラリアや英国を例に、CMの特徴として、①プライマリな治療モデル、②関係作り重視、③協同的治療関係、④積極的仲介、⑤2—3年の期間限定、の5点を列挙。関係作りの具体的方法として、早期から回復可能性について情報提供し、接触は入院後できるだけ早期かつ頻回に行うこと、生物心理・社会的視点を総合した包括的評価を行うことなどを挙げた。CMには、現状の総合的把握や具体的な支援計画立案、多職種との連携・微調整といった高度な技術が求められることから、氏は専門的なケースマネージャーなどさらなる人材育成の必要性を強調した。

その後の討論では、「患者には治療チームで丁寧な説明を行い、回復への希望を伝える」「薬物治療は慎重に考え、心理・社会的支援も検討しつつ、精神保健的サービスと医療が連携していくべき」など、早期介入に関する重要なポイントがあらためて確認された。

第21回「理学療法ジャーナル賞」

4月18日、第21回「理学療法ジャーナル賞」授賞式が医学書院本社にて開かれた。本賞は、前年1年間に『理学療法ジャーナル』誌に掲載された投稿論文のうち、特に優秀な論文につき編集委員会が顕彰し、理学療法士の研究活動を奨励するもの。



●池田真琴氏(左)と大槻紘子氏

『理学療法ジャーナル』誌への投稿論文数は年々増加しており、2009年の投稿総数は130本に上った。うち16本が受賞対象となり、下記2論文が第21回「理学療法ジャーナル賞」に選ばれた。

【準入賞】池田真琴・他(熊本機能病院理学療法課)

「回復期リハビリテーション病院入院時のFIM総得点が80点未満の脳卒中患者における転帰の予測」(第43巻4号掲載)

【奨励賞】大槻紘子・他(群馬県済生会前橋病院リハビリテーション科)

「右手関節部離断後にクルッケンベルグ法を施行した症例に対する理学療法の経験」(同7号掲載)

※入賞論文は該当なし

編集委員の高橋正明氏(群馬パース大)は、「受賞論文はもとより、惜しくも選にもれた論文も含め、どの論文を読んでも臨床に対するひたむきで誠実な心が感じられた。臨床で生じた疑問を解き明かそうとする強い意志と積極的な態度には心から敬意を表したい」と講評を述べた。

『理学療法ジャーナル』誌では本年も、掲載された投稿論文から第22回「理学療法ジャーナル賞」を選定する。詳細については『理学療法ジャーナル』誌投稿規定(<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/toukudir/rigakuj.html>)を参照されたい。

前頭側頭型認知症の貴重な症例集の翻訳版!

バナナ・レディ 前頭側頭型認知症をめぐる19のエピソード

The Banana Lady and Other Stories of Curious Behaviour and Speech

前頭側頭型認知症(FTD)は罹患による著しい性格変化や行動異常が特徴的で、本邦でも注目されている。本書は海外におけるFTDの貴重な症例集を翻訳したもの。エピソード編では「バナナ・レディ」を始めとした多彩な症例を19編に渡りビビッドに描写。解説編では認知症の専門家である原著者による研究レビューから介護者へのアドバイスにまで記述が至り、FTDへの理解を深められる。

著 Andrew Kertesz
監訳 河村 満
昭和大学教授・神経内科



本邦唯一の小児救急マニュアル、待望の刊行

トロント小児病院救急マニュアル

The Hospital for Sick Children Handbook of Pediatric Emergency Medicine

- 高名かつ歴史あるトロント小児病院の院内ガイドラインをもとに、救急診療のエッセンスを凝縮した、本邦唯一の包括的な臨床マニュアル。
- 執筆者の専門医としての経験と最新のエビデンスに基づいた記述は、トリアージから重症患者の病院間搬送や蘇生、疾患別の対処法まで、小児救急全般を幅広く網羅する。
- 各章は箇条書き形式で進められ簡潔にしてとっつきやすく、翻訳に際しレイアウトを変更するなど、読みやすさ、使いやすさを追及。
- 救急医のみならず小児を診る機会のある全ての医師必携の書。

監訳
清水 直樹・上村 克徳
井上 信明・池田 次郎

定価7,140円(本体6,800円+税5%)
B5変 頁496 図・写真42 2010年
ISBN978-4-89592-645-4



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

続 アメロカ医療の 光と影

第176回

米医療保険制度改革④ 右旋回し続けた改革案

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ: 2010年3月23日、医療保険制度改革法が成立、米国は皆保険制実現に向け、大きな一歩を踏み出した。

米国は、他の先進国とは異なり、市場原理の下に、民間保険を主流とした医療保険制度を運営し続けてきた。しかし、医療費の止めどない高騰、そして増え続ける無保険者等、市場原理の下、米国の医療制度は他の先進国では想像することすらできないような無残な姿をさらし続けてきた。

医療保険制度の矛盾を解決し、皆保険制を導入しようとする努力は1世紀以上前から続けられてきたのであるが、その歴史は、個人の自助・自立を重んじ、医療も市場原理に委ねるべきであるとする「市場原理」派(政治的には共和党に代表される保守派とほぼ一致)と、公助・共助を重んじ、社会による弱者の救済をめざす「平等主義」派(政治的には民主党・リベラル派とほぼ一致)との対立を軸として展開されてきた。

Single payer 案と保険業界の反対

平等主義派の努力が実を結んだ象徴が、1965年のジョンソン大統領によるメディケア(連邦政府が運営する高齢者用医療保険)創設であるが、「メディケアは社会主義医療」と、米医師会等の保守派勢力・利益団体が激しく反対したことは前回も述べたとおりである。メディケアに限らず、米国では医療保険制度に変革が加えられようとする動きが起こるたびに保守とリベラルの激しい政治的対立が引き起こされてきたのだが、対立が繰り返される過程で、平等派・リベラル派の主張が「退化」、市場原理派・保守派の主張に近似する「右旋回」が行われてきた。

例えば、本シリーズの第1回(2877号)で、2009年に亡くなったエドワード・ケネディ上院議員が医療保険制度

改革に生涯を捧げたエピソードを紹介したが、彼が当初支持した政策は「single payer」の実現だった。Single payerは「単一の支払者」=「ただ一つの公的保険」の下での皆保険制実現をめざすものだが、歴史的には、第二次大戦直後に皆保険制成立をめざしたトルーマン大統領も「国が運営する医療保険(National Health Plan)」の創設を提唱したことでわかるように、リベラル派にとっては「伝統」とも言える医療保険政策だった(註1)。

しかし、あまたの民間保険がビジネスとして運営されている米国においてsingle payerへの切り替えを行うことは、保険会社に対し「廃業」宣告を下すに等しく、彼らが必死に反対するのも無理はなかった。トルーマンの例はその典型だが、single payerをめざす動きが起こるたびに、保険業界等の利益団体が激しい反対運動を展開、ことごとく潰されてきたのである。

ケネディも、こういった米国の特殊な政治状況をイヤと言うほど思い知らされ、やがてsingle payer案を放棄するようになった。Single payerを断念したケネディ等民主党リベラル派の多くは「民間保険の下での皆保険制実現」をめざすようになったのだが、彼らの政策のプロトタイプとなったのは、皮肉にも、共和党大統領であるニクソンが70年代に提案した改革案だった。ニクソンは、事業主に対し従業員への保険提供を義務づけるとともに、国民に対しても医療保険への加入を義務づけることで皆保険制実現をめざしたのだが、彼自身がウォーターゲート事件で失脚、その改革案が日の目を見ることはなかった。

医療保険制度改革が失敗する 根本原因とは

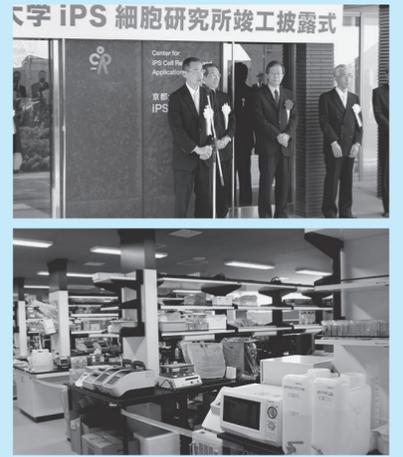
ニクソンから20年後、90年代中ほどにクリントン大統領がめざした改革案も、その骨格は源流をニクソンの改革

京大に iPS 細胞研究所が開設

2010年4月1日付けで「iPS細胞研究所」(初代所長=山中伸弥京大教授)が京大の附属研究所として設立された。本研究所は研究者が実質山中氏1人であった同大のiPS細胞研究センターを改組したもの。iPS細胞研究に特化した研究所は世界初となる。iPS細胞研究の競争が世界的に激化するなかで、より長期的なビジョンを持って安定した研究を行うことを目標としている。教員枠も拡げられ、主任研究者17名、総研究者数が120名を超える布陣となった。

大所帯となるなかでも各研究者が不自由なく研究に打ち込めるよう、同年2月、京都大学の病院西構内に同研究所の拠点となる新研究棟が竣工した。地上5階、地下1階の研究棟のうち3フロアの大部分が仕切りを取り払った「オープンラボ」となっている。研究者たちが1つの空間を共有することができ、研究者同士のコミュニケーションが活発になることが期待される。「オープンラボ」は螺旋階段でつながっており、フロアの行き来も自由である。青い天井、黒と白のシックなデザインのデスクとラックが並び、山中氏がめざす「研究者が楽しくなる研究所」にふさわしい空間となっている。

5月8日に行われた開所式において山中氏の会見が開かれ、自身のこだわりから本研究所の英語名称「Center for iPS Cell Research and Application (CiRA; サイラ)」に「application」を加えたことを挙げ、あくまでも臨床応用が目標であることを強調した。また、現在、iPS細胞の臨床応用は再生医療が主として語られることが多いが、「難病の病態メカニズムの解明や治療薬の開発が本研究所の最大の目標である」と述べ、特に全国に数百名しかいない希少難病の患者に福音をもたらすことが大学の研究機関としての使命であると表明した。



竣工式(写真上)とオープンラボ

案にたどることができるものだった。リベラル派は改革案の中身を右旋回させ続けることで世論の支持を得ようとしたのだが、クリントンの改革案に対しては、政府が規制を強めることに保険業界が猛反発、「政府が個人の医療・健康に介入することになる」とするキャンペーンが繰り返された(註2)。オバマが成功するまでは、セオドア・ルーズベルト以後クリントンまで、歴代大統領のほぼ全員が医療保険制度改革に失敗してきたのだが、なぜ失敗が繰り返されたのかというと、その根本原因は、「皆保険制実現は、無保険者という『マイノリティ』(現在国民の6人に1人)を救済することにほかならず、マジョリティを構成する有保険者を味方につけることが著しく困難」だったことにある。クリントンの改革が失敗したのも、保険業界が、すでに保険に加入しているマジョリティの国民に対し、「これまで保険に入れなかった人に保険を提供するコストを捻出するために、保険料や税金が上

げられるかもしれない。あるいは有保険者のサービスの質・量が切り詰められるかもしれない」と、その恐怖感を煽ったからだ。換言すると、保険業界が「有保険者」というマジョリティの恐怖感を煽った結果、クリントンは、頼みの綱とした「世論の支持」を失い、その改革案を潰されてしまったのだ。(この項つづく)

註1: 国家レベルで考えたとき、リスクを最大限プールすることができるsingle payerが医療保険としてベストの制度であることは論をまたない。例えば、台湾が皆保険制を実現したのは1995年のことであるが、政府が任命した改革委員会が世界中の先進国の医療保険制度をつぶさに検討した上でsingle payer(国営保険)がベストとの結論に達したのだ。ちなみに、ジャーナリストのT.R.Reidによると、日本の制度は「payerが雑多に存在し複雑すぎる」という理由で、早々と「見習うに値しない」との烙印を押されたという。註2: 特に、「ハリーとルーズ」の夫婦にクリントン改革への恐怖を語らせたTVコマーシャルは世論に大きな影響を与えた。

精神薬理学エッセンシャルズ 神経科学的基礎と応用 第3版 Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications

決定的な評価を勝ち得たDr. Stahlのテキスト、さらに充実の第3版!



監訳 仙波純一(さいたま市立病院精神科部長)、松浦雅人(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所生命機能情報解析学教授)、中山和彦(東京慈恵会医科大学精神医学講座主任教授)、宮田久嗣(東京慈恵会医科大学精神医学講座准教授)

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。旧版に比べ本文、図版ともに約2倍の分量となり、通常の改訂にとどまらない内容の刷新がはかられた。800点近い図版が視覚的な理解を促し、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、研修医の必読・必携書。

- 定価 14,700円(本体14,000円+税5%)
● B5 頁912 図798 2010年
● ISBN978-4-89592-640-9

好評 精神科治療薬処方ガイド Essential Psychopharmacology: The Prescriber's Guide

訳 仙波純一(さいたま市立病院精神科部長) ● 定価 8,400円(本体8,000円+税5%) ● B5変 頁624 2006年 ● ISBN4-89592-443-2

日本クリニカルパス学会・医学書院 主催 第6回 クリニカルパス教育セミナー そこが知りたい! 地域連携パス 運用・活用のノウハウ

東京 定員 400名 2010年7月3日(土) 13:30~17:15 学術総合センター 一橋記念講堂 東京都千代田区一ツ橋2-1-2 学術総合センター2階 司会 池谷俊郎(前橋赤十字病院) 齋藤 登(東京女子医科大学)

- 実践できる連携パスの基本概念 池谷俊郎(前橋赤十字病院)
● 脳卒中連携パス 米原敬郎(済生会熊本病院)
● 港区地区での連携パス 太田恵一朗(国際医療福祉大学三田病院)
● 連携関連ナース 村木泰子(武蔵野赤十字病院)
● がんの連携パス 高金明典(函館五稜郭病院)

大阪 定員 400名 2010年7月31日(土) 13:30~17:15 千里ライフサイエンスセンター 豊中市新千里東町1-4-2 千里ライフサイエンスセンター5階 司会 副島秀久(済生会熊本病院) 岡本泰岳(トヨタ記念病院)

- 知っておこう、連携パスの基本概念 岡本泰岳(トヨタ記念病院)
● 脳卒中連携パス 西 徹(済生会熊本病院)
● 連携パス(薬剤師関連) 松久哲章(四国がんセンター)
● 連携関連ナース 重田由美(北野病院)
● がんの地域連携パス 長島 敦(済生会横浜東部病院)

参加費: 5000円(資料代・消費税含む) 申し込み方法: 学会ホームページ(http://www.jscp.gr.jp)からオンラインで受付致します。その他のお申し込み方法は、日本クリニカルパス学会事務局までお問い合わせ下さい。お申し込みに関するお問い合わせ: 日本クリニカルパス学会事務局 TEL 03-3470-9978 FAX 03-3470-9962 E-mail: jscp-admin@umin.ac.jp 内容に関するお問い合わせ: 株式会社医学書院PR部 電話 03-3817-5696

ともに考える 医師と製薬会社の適切な関係

医師と製薬会社がクリアな関係を築き、患者により大きな利益をもたらすためのヒントを、短期集中連載でお届けします。

第1回 製薬会社と、どのようにかかわっていますか?

宮田靖志

北海道大学病院・地域医療指導医支援センター / 卒後臨床研修センター副センター長・特任准教授



みやたやすし ● 1988年自治医大卒。愛媛県にて地域医療に従事し、2000年に札幌医大地域医療総合医学講座助教授。米国での客員研究員、札幌医大准教授などを経て、10年4月より現職。地域医療、総合診療、プロフェッショナルリズム、NBM等の医学教育に従事。この4月からは初期臨床研修医の教育にかかわり、「プライマリを究め、応用力のある専門医をめざす」「高度な専門医であるからこそ、幅広く応用力がある!」をキャッチフレーズに、総合力のある臨床医の育成に力を注ぐ。



連載開始にあたって

尾藤誠司・大生定義

日本内科学会専門医部会 プロフェッショナルリズムワーキンググループ(WG) 共同世話人

昨今、医療が持つ公共性や、患者の利益を中心に考えるという医療の本質的な目的が揺らいでいます。北米においては医療の市場化が問題となり、わが国でも、医療専門職の患者に対するスタンスや、自らの職務に臨む姿勢について考えさせられる状況が多数みられるようになってきました。学会レベルでは内科系学会が本年4月、利益相反に関する共通指針を発表し、企業などからの研究費や講演料を開示する流れが本格化してきました(http://www.naika.or.jp/coi/coi_top.html)。

こうした社会背景のなか、日本内科学会専門医部会、高い専門職意識を持って職務、そして患者ケアを行う医師を増やすこと、もしくはそのような労働環境を提言するため、教育を中心としていくつかの活動を行うことを目的に、筆者両名を共同世話人として「プロフェッショナルリズムWG」を2008年度より立ち上げています。本WGの主な事業は、内科医を対象とした「臨床倫理」そして「患者安全」に関する生涯教育カリキュラム作りであり、多くの総合内科専門医が本事業にかかわっています。またそのほかにも、内科医の喫煙行動減少のための事業や、病院における主治医制度を見直す企画なども検討されています。

そうした事業のひとつに「医師と製薬会社との適切な関係」を考える企画があり、この企画のメンバーが本連載の執筆陣です。執筆者の方々は、これまでも内科学会の内外でさまざまな活動を展開されていますが、本連載を通じ、この大切なテーマについて建設的な議論がさらに活発になされるよう、祈念しています。

どのような関係が適切なのか、議論を深めたい

以前より、医師と製薬会社との関係については社会問題化することが繰り返されてきました。ガイドラインの策定や新薬の販売促進(米国の製薬企業の新薬開発の実態は連載第3回に掲載)に、製薬会社から多額の研究費などの利益供与を受けた高名な医師がかかわっていることがわかると、ガイドラインや新薬そのもののエビデンスに強い疑念が抱かれるようになり、大きな議論を巻き起こすことがあったのは、多くの読者をご存じの通りです。

このような医師と製薬会社との関係は、「エビデンスに基づく医療=公的な(患者の)利益」と、「製薬会社のマーケティング戦略上使用されるさまざまなギフト・サービス=私的な(医師の)利益」が相反する、あるいは後者により前者が不当な影響を受けることから、「利益相反(conflict of interest)」と呼ばれるもののひとつであり、医療におけるプロフェッショナルリズムにおいて関心の高い領域です。

米国では特に最近、製薬会社との関係について、医師側からの自主規制の動きが相次いで出てきています(連載第4回)。米国は日本に比べて、より多額の利益供与が製薬会社から医師へされていると言われ、例えば、医師の生涯教育には年間12億ドルもの資金が製薬会社から注がれています。また、このような製薬会社によって支援され

る生涯教育によって、医師の臨床判断が知らず知らずのうちに歪められてしまう可能性が、多くの研究によって明らかにされつつあります(連載第2回)。このような状況に危機感を抱いた各種学会や医学関連団体が、自主規制の声明を発表するようになってきているのです。

日本でも私たち臨床医の生涯教育には、多くの製薬会社がかかわっています。製薬会社主催または後援の医療講演会、各種学会のランチョン/イブニングセミナー、ガイドライン冊子の無料配布など、私たちはこれまで製薬会社から多くのサポートを受けてきており、今やそのサポートなしには生涯教育が成り立たない可能性があることは、紛れもない事実です。しかし、このサポートのあり方を今一度見直し、どのような形で支援を受けるのが適切なのか、医師と製薬会社との適切な関係とはどうあるべきなのか、議論を深めていく必要があるのではないのでしょうか。これはプロフェッションである私たち医師集団の、社会への説明責任であると思われまます。

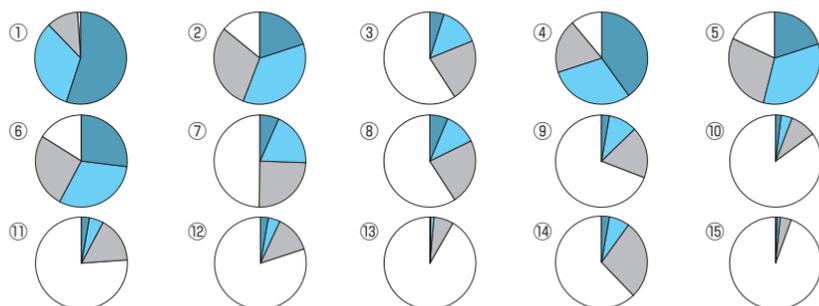
議論の土台となる調査結果

製薬会社と医師がどのような関係を保っていくべきかという議論の土台として、日々の臨床における一般的な臨床医の製薬会社とのかかわり方について、全国調査を実施しました(医学教育、2009;40(2):95-104)。

表のような質問紙調査を1200名の

●表 全国調査の質問項目

- ①ボールペンやメモ帳などを受け取った
- ②製薬会社から医学の教科書や本来有料の診療ガイドラインなどを無償で受け取った
- ③お中元・お歳暮・お土産などを受け取った
- ④宣伝のための説明会で、提供された弁当を食べた
- ⑤学会・講演会・研究会後の懇親会など、製薬会社主催ないし共催・後援の酒席に参加した
- ⑥学会・講演会・研究会(製薬会社主催含む)への出席のためタクシーチケットをもらった
- ⑦学会・講演会・研究会(製薬会社主催含む)への出席のため旅費(電車、飛行機代)を負担してもらった
- ⑧学会・講演会・研究会(製薬会社主催含む)
- ⑨学会・講演会・研究会(製薬会社主催含む)発表の準備(文献複写、スライド作成等)を手伝ってもらった
- ⑩製薬会社の商品について解説原稿を書き、原稿料をもらった
- ⑪製薬会社主催の講演会でその会社の薬を題材にした講演を行い、講演料をもらった
- ⑫臨床研究への協力代償として、個人の収入となる報酬・金銭を受け取った(正式な契約の有無を問わない)
- ⑬私的な用事(運転、各種チケットの取得、引っ越しの手伝いなど)を頼んだ
- ⑭飲食、飲酒などの接待を受けた
- ⑮ゴルフや旅行など、レジャーの接待を受けたへの出席のため宿泊費を負担してもらった



●図 全国調査の回答(n=350)

医師に対して実施し、350名から図のような回答を得ました。大多数の回答者はこれらの行動を過去1年間に経験しており、学会・講演会・研究会出席のための旅費・宿泊費の負担はほぼ半数の回答者が経験していました。飲食や飲酒の接待を受けたことのある人も4割弱見受けられました。

質問として取り上げた15の行動のうち、10の行動については年代による有意差が認められ、卒後年数が増すにつれ、明らかに製薬会社との関係行動が増加していました。卒後一定期間を経た医師に製薬会社との関係行動が多いことは、このような医師へのプロモーション活動が製薬会社にとってメリットが多いことを示しているのかもしれない。一方、米国の調査(N Engl

J Med. 2007;356(17):1742-50)では、ある特定の専門領域の医師に関係行動が有意に多かったことが明らかになっています。これは、製薬会社側がそうした専門領域の医師の処方行動に影響をもたらそうとしていることを示している、と理解できそうです。

これらの事実を、私たちはどう考え、どう対応すればよいのでしょうか? 建前だけの議論に終わらせず、医師の本音と製薬会社側の本音(連載第5回)の妥協点を見いだしていくための議論が必要ではないかと考えています。

twitter
 「医師と製薬会社の適切な関係」、あなたはどのように考えますか? ハッシュタグ #souhan で、ご意見をつぶやいてください!
 [週刊医学界新聞 @igakukaishinbun]

医師を続けている自分の足元を一度見直してみよう!

白衣のポケットの中 医師のプロフェッショナリズムを考える

『JIM』2007年2月号~2008年1月号に連載した「医師のプロフェッショナリズムについて考えるフォーラム-白衣のポケットの中」を中心に、医師という職業(プロフェッション)のあり方を提示。日常(診療)で遭遇しがちな問題や葛藤を取り上げた実践的な内容。気軽に手に取り、楽しんで読んでもらえるように、イラストなどを多用。当事者である臨床医が集まって執筆した「医のプロフェッショナリズム」に関する書は、本邦初。今後ますます重要性を増してくと予想される。

編集 宮崎 仁
宮崎病院院長
尾藤誠司
国立病院機構東京医療センター
教育研修部部長
大生定義
立教大学社会学部教授



麻酔科臨床の世界的ロングセラー、いまや日本でもスタンダード

MGH麻酔の手引 第6版
 Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital, 7th Edition

世界初のエーテル麻酔による外科手術が施行された施設、マサチューセッツ総合病院(MGH)における長年の臨床経験に基づいて編まれた実地的な手引書。麻酔科臨床のスタンダードとして日本をはじめ世界中で支持、信頼される麻酔科医のバイブル。改版に伴い増員し加えて各章ごとに内容の更新、図表の差し替えを徹底、充実度を増した。麻酔、周術期管理、疼痛管理の全てを凝縮した内容であり、外科など周辺領域の医師や研修医にも有用。

監訳 稲田 英一
順天堂大学医学部麻酔科学・ペインクリニック講座教授

定価7,875円(本体7,500円+税5%)
 A5変 頁880 図64 2010年4月
 ISBN978-4-89592-638-6

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

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

腹部のCT 第2版

平松 京一 ● 監修
栗林 幸夫, 谷本 伸弘, 陣崎 雅弘 ● 編

B5・頁626
定価13,650円(税5%込) MEDSI
http://www.medsico.jp/

評者 大友 邦
東大大学院教授・放射線医学

古来中国で人間の内臓全体を言い表すために用いられた“五臓六腑”のうちの三臓五腑(肝・脾・腎と胆・小腸・胃・大腸・膀胱)が腹部にあることから明らかのように、腹部の画像診断の最大の特徴は、多様な臓器が存在することにある。もちろん病態のスペクトラムも非常に広く、腫瘍、炎症、外傷、先天性疾患など極めて多岐にわたる。これらの特徴は“急性腹症”の鑑別診断に含まれる多数の病態に象徴されているとも考えられる。

このような腹部の画像診断において、“最も頼りになる検査の一つ選ぶ”としたら、放射線科医に限らず臨床に携わっている方々の多くはCTを選択するはずである。とすると、当然“腹部領域のCT”に関する教科書の必要性は極めて高いことになる。またその教科書には、多様な臓器・病態を網羅することが求められる。

このたび出版された『腹部のCT』(第2版)は、この高い必要性に応えるとともに、高いハードルを克服するために慶應義塾大学医学部放射線診断科およびその関連施設の方々総力を挙げて取り組まれた成果である。2001年に刊行された初版をベースにして、画

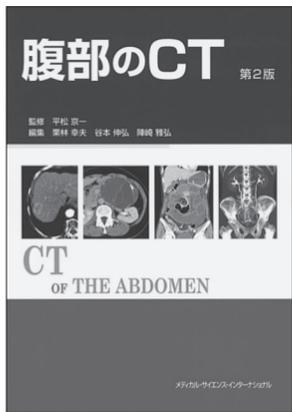
像を最新のものに差し替えるとともに、新たに「MDCT時代の3次元画像表示」「IVRとCT」の2章で、VR・MPR・仮想内視鏡・CT angiographyと

IVR-CT・CTガイド下生検・ドレナージについて解説されている。もちろん、肝・胆嚢/胆管・膵・消化管にとどまらず、脾・副腎・腎・上部尿路/膀胱・前立腺・陰嚢・子宮・卵巣・腹腔腔・後腹膜/血管のそれぞれの臓器ごとに、多くの疾患について解説が加えられ、典型的あるいは非典型的な画像が提示されている。必要に応じてわかりやすい図表が掲載され、要点が

BOX欄に網掛け・箇条書きで表示されている点は、読者への細かい配慮を感じさせる。

教科書を作成することは容易な作業ではないが、いったん刊行された教科書を改訂するにはより多くの労力を要する。困難な作業に挑戦し第2版を完成させた栗林幸夫先生、谷本伸弘先生、陣崎雅弘先生をはじめとする執筆者の方々に心からの敬意を表するとともに、腹部領域のCT診断に携わるすべての方々に最適な教科書・参考書として本書を強く推薦する。

多様な臓器・病態を網羅した腹部領域CTに関する教科書



在宅医療モノ語り 第3話

点滴セットさん

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「点滴セット」さん。さあ、何と語っているのだろうか?



点滴セットとぶら下げるモノ
点滴に必要なモノはボトルの種類ごとにひとつにまとめると便利。これらをぶら下げるモノは、針と同様に種類が豊富。クリーニング屋でもらうワイヤーハンガーで手作りすることも。誰が考えたのかかわからないが、感動モノである。

患者さんからも、病院関係者からも多いのが「家で点滴できるんですか?」の質問。困っちゃいますよ、なめられたものです。昔はウチの主人も鼻息荒く「高カロリー輸液だって、人工呼吸器の管理だって、病院でできることのほとんどは在宅でもできます!」と答えていました。でも最近は大変になったのか「点滴ですか? 希望と適応があればできますよ」とニコリ。できること、なんでもやりやあいってもんじゃありませんからねえ。

点滴セットの主要メンバーは、針と点滴ボトルとこの2つをつなげるルート。病院ではこのルートだけを点滴セットと呼ぶみたいですが、ウチでは点滴に必要な道具一式まとめてセットといいます。あとは脇役メンバーとして駆血帯、アルコール綿、固定のためのテープなど。

ザイタクで使う点滴の針は、安全性を考えて留置針、家族が扱いやすいように翼状針、CVポートがあるからヒューバー針、などいろいろです。ルートについても、点滴内容や部屋の状況、患者の行動範囲を考えて、延長チューブや固定方法を工夫します。点滴ボトル、つまり輸液製剤は病院のようにそろってはいけませんが、個人の診療所だとそうはいきませんからね。目的に合わせて、必要なものだけ準備します。箱単位の注文なので、不良在庫になると場所的にも経済的にも、小さい診療所では手痛いようですよ。

点滴の開始は、訪問診療や往診での医師の判断です。実際に針を刺すのは、医師か看護師。点滴中は家族だけになることも多く、抜くのは医療者がやることもあるけど、家族にお願いすることが多いかな? はじめは「素人だし自信ないわ」と言われるご家族も、医療者と一緒に練習し、方法を示したプリントなどを渡されると案外すぐにできるようになりますね。それにやりがいを感じる家族もいれば、負担や不安を感じる家族もいるようです。もし負担になるなら家族ひとりに重圧をかけず、他の家族にも手技を覚えてもらって、重荷を軽くしてあげたいですね。けど、これは簡単なことじゃないんですよ。

さあて、点滴ボトル、決めた。ルートと針、決めた。刺すヒトと抜くヒト、決めた。で最後の関門が、このボトルをどこにぶら下げるか? 病棟のような点滴台なんて、普通の家にはまずありません。和室の鴨居を利用したり、カーテンレールや洗濯の室内干し用の柵を利用したり、その都度、家族と一緒に考えるわけです。ワイヤーハンガーでぶら下げるモノを作ったり、やむを得ずネジ釘を打ってS字フックを使ってみたり。

そういや、この前も天井に釘を打たせてもらいました。素人目にも患者さんは具合が悪そうで、脱水補正という雰囲気ではありませんでした。点滴を始めて数日後、患者さんは亡くなりました。主治医がつぶやいていました。「点滴の適応って、奥深いなあ」って。そう、あの釘さんにも話を聞いてみたらどうですか?



つるかお ゆうこ氏……1993年順大医学部卒。旭中央病院を経て、95年自治医大地域医療学に入局。96年藤沢市民病院、2001年米田ケース・ウエスタン・リザーブ家庭医療学を経て、08年よりつるかめ診療所(栃木県下野市)で極めて小さな在宅医療を展開。エコとダイエットの両立をめざし訪問診療には自転車愛用。自治医大非常勤講師。日本内科学会認定総合内科専門医。

●弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください
記事内容に関するお問い合わせ
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集部へ
書籍のお問い合わせ・ご注文
お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ
ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

新刊 ほとんど症例から学ぶ呼吸器疾患

Respiratory Medicine: Clinical Cases Uncovered

机上と臨床をつなぐ架け橋

- 目前の患者に対し症状と症候を把握し、検査を行い、治療を開始するにいたるまでの診療の流れにおける臨床推論の進め方をケーススタディ形式で解説。
- 典型的な呼吸器疾患の症例を取り上げ、診療の過程において初学者が判断に迷うポイントを随時指導医が質問形式で指摘し、その解決策を懇切丁寧に解説する構成。質問と解答を積み重ねることにより診療の全体像が把握できる。
- 症例の説明に入る前に、疾患の理解の前提となる、解剖、生理、薬理、病理など基礎医学的知識を整理し提示。
- 症例の途中には“キーポイント”、また巻末には復習問題が掲載され、習熟度の確認ができる。
- 随所に教育的配慮が施された本書は臨床実習・研修の予復習書として医学生・研修医に最適であるが、呼吸器専門医以外の一般内科医の知識の再確認にも有用。



監訳 八重樫 牧人
定価 5,040円 (本体4,800円+税5%)
●B5変 頁284 図・写真132 2010年5月
●ISBN978-4-89592-639-3

好評発売中

ウェスト呼吸生理学入門 (正常肺編)
Respiratory Physiology: The Essentials, 8th Edition
訳 桑平 一郎
●定価 3,990円 (本体3,800円+税5%)
●B5変 頁218 図・写真82 2009年 ●ISBN978-4-89592-605-8

ウェスト呼吸生理学入門 (疾患肺編)
Pulmonary Pathophysiology: The Essentials, 7th Edition
訳 堀江 孝至
●定価 3,990円 (本体3,800円+税5%)
●B5変 頁244 図・写真75 2009年 ●ISBN978-4-89592-606-5

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 http://www.medsico.jp
FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsi.co.jp

なぜ「作ろうとしたのか」? なぜ「できてしまったのか」? 読めば読むほど薬理学が好きになる

薬の散歩道 薬理学入門

薬の誕生は血のにじむような努力の結果であったり、偶然の産物であったり、その生い立ちは多様である。主要23種類の薬の開発プロセスを興味深いエピソードとともに紹介。加えて薬が体内でどのように作用し病気に効くのか、その作用機序を絡めて解説している。イラスト・図・写真を豊富に用い、読みやすい文体で初学者にもわかりやすい。これから薬理学を学ぶ学生にその面白さや奥深さを伝授する。

著 仁木 一郎
大分大学医学部薬理学教授

定価2,310円(本体2,200円+税5%)
B6変 頁184 図・写真106 2010年
ISBN 978-4-89592-646-1



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 http://www.medsico.jp
FAX (03) 5804-6055 E-mail info@medsi.co.jp

今日の治療指針2010年版

私はこう治療している

総編集=山口 徹・北原光夫・福井次矢

■医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2010」との連携:「治療薬マニュアル2010」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利
(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

■各領域の「最近の動向」解説欄がより詳しく(「図解」「キーワード」コラムも新設)

- デスク判(B5) 頁2016 2010年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00900-3]
- ポケット判(B6) 頁2016 2010年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00901-0]



医学のスペシャリストのための電子辞書

SR-A10002

医学系電子辞書 A10 SERIES

定評のある「医学書院 医学大辞典 第2版」、医学辞書の定番「ステッドマン医学大辞典 改訂第6版」に加え、膨大な薬のデータを収めた「治療薬マニュアル 2009」と医療関係者必携の3コンテンツを収録。



New Model



●2010年 価格79,800円(税込) [ISBN978-4-260-70072-6]

パソコンで電子辞書がひける PASORAMA 搭載

パソコンと電子辞書を USB 接続してパソコン画面から電子辞書内蔵の豊富なコンテンツを使用でき、例文や語義を、簡単にメールや文書に引用できます。正しい英文作成や英訳和訳など、文書作成に関わるすべてのワークを効率化します。 ※Macintosh には対応していません。

治療薬マニュアル2010

発行20周年!

監修=高久史磨・矢崎義雄
編集=北原光夫・上野文昭・越前宏俊

別冊付録「重要薬手帳」



- 膨大な薬の添付文書情報を分かりやすく整理
- 各領域の専門医による実践的な臨床解説、全医療従事者必携の薬剤データブック
- 本書発行直前までの新薬を含むほとんどすべての医療用医薬品を収録
- 「抗癌剤・抗菌薬・抗ウイルス薬 欧文略語」を新規掲載
- 「治療の基本戦略&最新の動向」をさらに充実、治療薬の「選び方・使い方」を各章に掲載
- 「適用外使用」の拡充、掲載疾患数を一倍増
- 好評の別冊付録「重要薬手帳」には新たに「処方例」を掲載、121成分の重要薬情報に89疾患の重要処方加わり、内容がさらに充実
- 毎年全面改訂

●B6 頁2468 2010年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00930-0]

医療福祉総合ガイドブック 2010年度版

編集=NPO 法人 日本医療ソーシャルワーク研究会
編集代表=村上須賀子・佐々木哲二郎

医療・福祉サービスの社会資源にはどういったものがあるか、利用者の視点で一覧できるガイドブックの2010年度版。法律や省令レベルでの制度的枠組みについての解説にとどまらず、通知レベルの最新情報も従来通りフォローすることで、2009年秋の政権交代に伴った医療・福祉現場での変化も踏まえて、利用者からの相談に応じることができる1冊。ケアマネジャーやソーシャルワーカーはもちろんのこと、退院調整にかかわる医療者にも役立つ。

●A4 頁304 2010年 定価3,360円(本体3,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01037-5]



今日の消化器疾患治療指針 第3版

編集=幕内雅敏・菅野健太郎・工藤正俊

定評ある今日の治療指針各科版シリーズの1冊。編著者を一新し、第一線の執筆者による最新・最良の診断・治療法を解説した消化器病医必携の診療事典。日常診療で遭遇するすべての消化器疾患について、臨床のノウハウを分かりやすく簡潔に記載、臨床現場での迷いや悩みに答える実際的な内容。一般内科医、外科医にとっても、ぜひとも手元におきたい1冊。

●A5 頁1092 2010年 定価14,700円(本体14,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00798-6]



そのまま使える医療英会話

CD付

仁木久恵・森島祐子・Flaminia Miyamasu

腹痛? 胃痛? 英語でどう診察したらいい? 発展性のある医療英会話力を目指す医師、コメディカルを対象としたCD付き医療英会話テキスト。外国人患者さんから正確なデータを得るためのできるかぎり具体的な説明・質問表現を繰り返し聞き/口に出し、フレーズの定着を図る、診療科別のセクションA。病名・診療科名など発音が難しく耳慣れ・口慣れしておきたい単語を中心に vocabulary building するセクションBの二部構成。

●A5 頁128 2010年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00878-5]



神経心理学 コレクション

シリーズ編集 山鳥 重・彦坂興秀・河村 満・田邊敬貴

新刊 レビー小体型認知症の臨床



小阪憲司・池田 学

変性性認知症としてはアルツハイマー型に続いて発症頻度が高いといわれるレビー小体型認知症(DLB)。本疾患の発見者が、病理学的発見の経緯から、DLBの臨床上的特徴である行動心理学的症状(BPSD)をはじめとした症状、診断、治療、介護に至るまで、同じく認知症の臨床に詳しい精神科医を聞き手に語り尽くす。神経心理学コレクション「トーク 認知症」に連なる貴重な対談。

●A5 頁192 2010年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01022-1]

新刊 視覚性認知の神経心理学



鈴木匡子

ヒトの高次視覚機能とその障害に関して、臨床例を呈示しながら分かりやすく紹介。高次視覚機能に関わる神経基盤の基礎、形態認知および視空間認知のメカニズムとその障害、さらには意識と視覚認知の関係にまで鋭く迫る。また、視覚認知障害が二次的に様々な行為に与える影響や、視覚認知の陽性症状にも触れている。視覚性認知の最先端が1冊にまとまった好著。

●A5 頁184 2010年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00829-7]

シリーズ LINE UP >>

失われた空間 石合純夫
●A5 頁256 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00947-8]

認知症の「みかた」
三村 将・山鳥 重・河村 満
●A5 頁144 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00915-7]

街を歩く神経心理学 高橋伸佳
●A5 頁200 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00644-6]

ピック病 二人のアウトラスト 松下正明 田邊敬貴
●A5 頁300 2008年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00635-4]

失行 [DVD付] 河村 満・山鳥 重・田邊敬貴
●A5 頁152 2008年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00726-9]

ドイツ精神医学の原典を読む 池村義明
●A5 頁352 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00335-3]

トーク 認知症 臨床と病理 小阪憲司 田邊敬貴
●A5 頁224 2007年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00336-0]

頭頂葉 酒田英夫・山鳥 重・河村 満・田邊敬貴
●A5 頁280 2006年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00078-9]

手 訳=岡本 保
●A5 頁272 2005年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-11900-9]

痴呆の臨床 CDR判定用ワークシート解説 目黒謙一
●A5 頁184 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-11895-8]

Homo faber 道具を使うサル 入来篤史
●A5 頁236 2004年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11893-4]

失語の症候学 ハイブリッドCD-ROM付
相馬芳明・田邊敬貴
●A5 頁116 2003年 定価4,515円(本体4,300円+税5%) [ISBN978-4-260-11888-0]

彦坂興秀の課外授業 眼と精神
彦坂興秀(生徒1)山鳥 重(生徒2)河村 満
●A5 頁288 2003年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11878-1]

高次機能のブレインイメージング 川島隆太
●A5 頁240 2002年 定価5,460円(本体5,200円+税5%) [ISBN978-4-260-11876-7]

記憶の神経心理学 山鳥 重
●A5 頁224 2002年 定価2,730円(本体2,600円+税5%) [ISBN978-4-260-11872-9]

チャールズ・ベル 表情を解剖する
原著=Charles Bell 訳=岡本 保
●A5 頁304 2001年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11862-0]

タッチ 岩村吉晃
●A5 頁296 2001年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-11855-2]

痴呆の症候学 ハイブリッドCD-ROM付
田邊敬貴
●A5 頁116 2000年 定価4,515円(本体4,300円+税5%) [ISBN978-4-260-11848-4]

神経心理学の挑戦 山鳥 重・河村 満
●A5 頁200 2000年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11847-7]



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