2010年2月15日
第2867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〈㈳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

■[インタビュー]古川壽亮氏に聞く …… 1―2面
■[寄稿]うつ症状の光トポグラフィー検査（福田正人）…… 3面
■[インタビュー]多飲症・水中毒治療の新機軸（松浦好徳）…… 4面
■[連載]続・アメリカ医療の光と影/[視点]臨床研究に関する提言（今村恭子）…… 5面

患者さんの考え方や行動の幅を広げる認知行動療法

interview

古川 壽亮 氏に聞く

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野教授

1985年東大医学部卒。名市大病院にて初期臨床研修の後，豊橋市民病院，南知多病院に勤務。95年より名市大に移り，99年より現職。専門は気分障害・不安障害の認知行動療法，精神薬理学，疫学。また臨床疫学およびEBMの方法論。Academy of Cognitive Therapy（フィラデルフィア）認定認知療法士。訳書に『DVD＋BOOK　Beck & Beckの認知行動療法ライブセッション』，編著書に『エビデンス精神医療――EBPの基礎から臨床まで』『精神科診察診断学――エビデンスからナラティブへ』（いずれも医学書院）など。

ある出来事に対する人の反応は，1）発汗・動悸などの身体面，2）出来事をどう考えるかという認知，3）悲しい・楽しいなどの感情，4）行動，に現れる。このうち，本人が意識してある程度コントロールできるものが認知と行動であり，それらを変えることで身体面と感情面に生じている不具合を解消していこうとする治療法が認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）である。

CBTは，その優れた治療効果などから，今あらためて医療者・患者双方の大きな注目を集めている。本紙では，CBTのエキスパートの一人である古川壽亮氏に，CBTが注目される理由と，今後の展開について話を聞いた。

――今，CBTに注目が集まっていますが，その要因は何でしょうか。

古川　1つは，CBTが，目標が明快で，基本的に短期間で行うことができる治療法だということです。また，実際にさまざまな精神疾患等に対するエビデンスがそろっており，治療効果の高さも知られています。当院では，2時間の集団CBTを週1回のペースで10―16回行っています。その結果，現在までに約300人の患者さんにかかわり，社会不安障害では約6割，パニック障害では約8割が改善しています。

また，薬物療法に比べて再発が少ないというのも魅力です。例えば不安障害では，急性期における治療効果は薬物療法もCBTも同程度ありますが，治療を中止あるいは中断した際の再発率は，CBTのほうが非常に低くなっています。また，うつ病に対しては治療を打ち切ったときにはどちらでも再発の可能性はかなり高くなってしまいますが，CBTのほうが再発を免れるケースが多いようです。薬物療法を用いずCBTを単独で行う場合のほかにも，薬との併用により大きな効果が上がることもわかっています。最近では，これらのメリットを知り，CBTによる治療を希望して来院される患者さんも増えてきています。

さらに，精神疾患の枠を超えて，その適応範囲を広げていることもCBTの注目すべきポイントでしょう。例えば，日々の生活上の行動パターンが疾病の大きな原因になっている，糖尿病や心筋梗塞などの生活習慣病に対してCBTを応用する試みが進んでいます。糖尿病で言いますと，食事のコントロールや運動の習慣化，服薬遵守について教育したり，それらを守るための工夫について患者さんとともに考える際に，CBTの手法を利用しています。

多くの先駆者との出会いの中で認知行動療法を学ぶ

――先生はどのようなきっかけでCBTの道に進まれたのですか。

古川　私が最初に赴任した豊橋市民病院はうつ病の患者さんが多く，難治性の方もたくさんいました。当時の私は精神分析など精神療法全般に興味があり，CBTと出合ったのもこの1990年代初期のころです。難治性のうつ病患者さんをCBTで治療することを試みていましたが，見よう見まねで実践していたため，あまり効果は上げられませんでした。

その後，難治性のうつ病患者さんがだんだん増えてくる中で，「私は，適切な治療を行えているのだろうか？」という疑問が大きくなっていきました。その答えを探す過程で出合ったのがEBMでした。集積された治療データを個人に応用して医療を組み立てるEBMに感銘を受けたのです。これを機に，1990年代の中ごろから後半にかけては，私はどちらかというとEBMの勉強に力を入れていました。

1999年に名古屋市立大学の教授に就任し，EBMを基本とする臨床の教室をめざして出発しました。そして，EBMが示唆する精神療法は何かと考えると，それがCBTだったのです。こうして私たちは，教室としてCBTに取り組む決意をしたものの，それを行える人はおらず，勉強法すらわかりませんでした。

模索を続けていた2000年に，英国の精神医学研究所（Institute of Psychiatry）のDavid Goldberg卿の定年退官の記念パーティでお話ししたのをきっかけに，オーストラリアのGavin Andrews先生（ニューサウスウェールズ大教授）のもとでCBTの研修を受けることができました。2001年6月から1か月間彼のもとに行き，社会不安障害とパニック障害に対するCBTを学びました。

さらに，当時は彼らが手掛けていた不安障害に対するCBTについての書籍『The Treatment of Anxiety Disorders――Clinician Guides and Patient Manuals（2nd ed）』（Cambridge University Press）がちょうど完成間近でした。この書籍は，教科書的な記述だけなく，治療者が患者さんとの面接に臨むためのマニュアルと，患者さんに手渡すマニュアルとがペアになっていて，非常に実践的なものでした。私はこれを日本に持ち帰って自分たちの臨床に役立てるとともに，翻訳・出版する許可をいただき，『不安障害の認知行動療法』シリーズ（全3巻，星和書店）として発行しました。こうして私たちは2001年から不安障害のCBTを始め，やがて治療効果も出てくるようになったのです。

――Judith Beck先生とかかわりが生まれたのも，このころでしたね。

古川　はい。パニック障害と社会不安障害に対するCBTを立ち上げた後は，今度はうつ病などの他疾患にもCBTを適応することをめざしていました。そんな折，CBT指導医育成のための研修プログラムをBeck InstituteのJudith Beck先生らが実施するという情報を耳にし，参加しました。

プログラムは6か月から成り，最初の3か月間は自分の症例のスーパービジョンを受けました。私のスーパーバイザーはフィラデルフィアのCory Newman先生で，患者さんとの面接を文章に起こして彼に送り，1週間後の面接までにインターネット電話でスーパービジョンをしていただきました。

後半の3か月間は，まさにCBT指導医育成のための内容でした。私の教

（2面につづく）

世界のスタンダードはこれだ！「目から鱗」の認知行動療法ライブセッション！

DVD+BOOK

Beck&Beckの認知行動療法ライブセッション

日本語版監修・解説＝古川壽亮

Judith Beckによる正統派認知療法のセッション・解説1編と、その父にして認知療法の祖であるAaron T. Beckの歴史的セッション映像2編に日本語字幕を付け、2枚組みDVDビデオに収録（計198分）。さらに、3つのセッションの英語原文、日本語字幕をすべて掲載し、詳細な解説を加えた204頁の冊子付き。実際の患者に行われた正統派ライブセッションを見て、本場の実践力を身につけよう。

●四六変　頁204　2008年　価格9,975円（本体9,500円+税5%）[ISBN978-4-260-00650-7]

医学書院

慢性うつ病の精神療法
CBASPの理論と技法

監訳＝
古川壽亮・大野　裕・岡本泰昌・鈴木伸一

2000年に『New England Journal of Medicine』で実証的研究の成果が報告されて、俄然注目されるようになった慢性うつ病の新しい精神療法CBASP（認知行動分析システム精神療法）の実践書。これ1冊でCBASPの概要が理解できる。世界標準の診療を目指す精神科医、心理臨床家の必携書。

●A5　頁360　2005年
定価5,775円（本体5,500円+税5%）
[ISBN978-4-260-00099-4]

インタビュー　患者さんの考え方や行動の幅を広げる認知行動療法

（1面よりつづく）

室の若い先生が行ううつ病患者さんへの治療を私がスーパービジョンしたものに対してアドバイスを受けました。

それからこのプログラムでの，Judith Beck先生や，その父であるAaron Beck先生の，実際の患者さんを相手にした50分間の面接を映像化したDVDとの出合いも重要でした。「畳上の水練」という言葉がありますが，CBTでも，本を読んでいくら知識を得ても，それを実際に使えることとの間には，どうしても越えられない山があります。米国と異なり，日本にはCBTの手本を身を以て示してくれる方はまだあまり多くなかったので，このDVDはまさにそのお手本を見ることができる貴重なものだと思ったのです。そこで，私はこのDVDを翻訳し，日本で『DVD＋BOOK Beck & Beckの認知行動療法ライブセッション』（医学書院）として発行しました。

それともう1つ，私のCBTの大きな源は，慢性うつ病に特化したCBTであるCBASP（Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy；認知行動分析システム精神療法）との出合いです。この治療法を薬と組み合わせると非常に効果があるということを，2000年にJames McCullough先生らが発表しました（N Engl J Med. 2000［PMID：10816183］）。これに注目した私は，現・慶應大学教授の大野裕先生にご協力いただき，McCullough先生を日本に招いてワークショップを行いました。ワークショップは3日間の日程で開催され，合計で20人ほどが参加しました。さらにありがたいことに，私がCBASPで治療しているところを，彼に週2回スーパービジョンしていただくことができました。2004―06年ぐらいだったと思います。

こうして，多くの先生方のおかげで，CBTを実践できるようになりました。

重症精神疾患へ適応が拡大

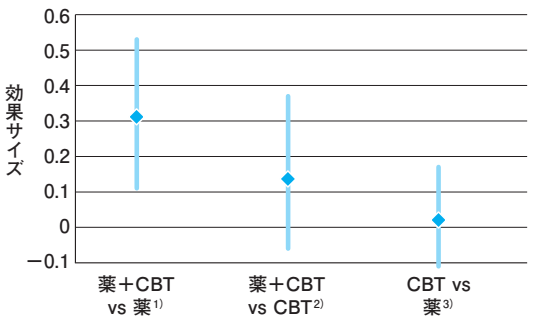
――現在，統合失調症や双極性障害など重度の精神疾患へもCBTの適応が広がってきているそうですね。

古川　双極性障害についてはまだ治療効果に賛否両論の報告が出ている段階ですが，統合失調症については，有望な結果が出ています。統合失調症に対するCBT的なアプローチには，病気やその対処方法，薬の副作用についての指導などのいわゆる心理教育的なものや，妄想・幻聴の症状に対して認知再構成を試みるものなどがあります。

例えば，自分はFBIに追われているという妄想を持った人に，認知再構成として，FBIに追われていると思う理由を挙げてもらいます。次にFBIに追われているという考えは誤りであると思う理由を尋ねます。すると，「FBIが，こんな片田舎へ来るはずはない」とか，「私は何も悪いことをしていない」というような答えが返ってきます。このようにして考え方をより自然なものにするという，純粋なCBTの手法が意外と有効なのです。

もう一つ，私が強調したいのは，重症・難治の患者さんに対する場合にこそ，CBTは重要な効果を発揮するのではないかということです。CBTは軽度から中等度のうつの患者さんなどに適応する場合には，その有効性は薬物療法と大差ありません。しかし，CBTは薬物療法に比べて非常に多くの時間と治療費を要します。そのため，症状が軽度・中等度で，薬を飲んでよくなるならば，お薬のほうが楽だという方もいると思います。

一方，重症・難治の方の場合は薬物療法やCBTを単独で適応するだけでは劇的な改善は見込めません。このような場合には，薬物とCBTの併用がより有効であることがわかっています（図）。CBTは，薬物療法だけでは治療しきれない患者さんに適応するときに，初めてかけがえのない価値を発揮するのかもしれません。



●図　薬物療法と認知行動療法の比較

うつ病の重症度評価（ハミルトンうつ病評価尺度など）の得点をメタアナリシスしたもの。効果サイズとは，2つの集団について平均値の差をとり標準偏差で割ったもので，治療Aを受けた群と治療Bを受けた群に対する治療の効果の差を示す。◆は点推定を，棒線はその95％信頼区間を表す。A vs Bについて，Aのほうが効果があれば効果サイズは正になり，95％信頼区間が0をまたいだ場合は有意差なしとされる。

1）Cuijpers P, et al. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2009；70（9）：1219-29.
2）Cuijpers P, et al. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. Depress Anxiety. 2009；26（3）：279-88.
3）Cuijpers P, et al. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. J Clin Psychiatry. 2008；69（11）：1675-85. quiz 1839-1641.

今後の課題は人材の育成

――CBTがさらに広がっていくために課題となるのは，どのようなことでしょうか。

古川　それは，十分な効果のあるCBTを実施できる人がまだ多くないことです。これに伴い，質の保証を認定する制度・機構の構築も今後の課題です。

質の保証の問題は，世界的にも未解決です。現在，CBT実施者の水準の保証をしているのは，世界中で米国のAcademy of Cognitive Therapy（ACT）という団体だけで，認定者は692人に上ります。認定への応募者は主に，医学・心理学・看護・PSW・教育などのヒューマンサービスに従事している人たちです。そして，1）文献やワークショップへの参加による学習および症例経験の内容，2）実際の患者さんを症例フォーミュレーション（＝面接で得られたデータから，患者の障害および患者自身を総合的に理解すること）の記録と3）CBTセッションの録音の3項目をもとに受験者を評価し，認定を行っています。

その米国ですら，質の高いCBTを実施できる人はまだ多くありません。例えば，米国の臨床心理士は非常に高いクオリティを保証されていますが，彼らでさえ必ずしもCBTを実践できるわけではありません。Beck Instituteやペンシルバニア大学があり，CBTが進んでいるフィラデルフィアなどの一部の地域を除けば，質の保証された治療を受けることは難しいと言われています。

CBTが普及していくために解決すべき課題は，日本でも同じです。質の保証が担保されないままでは，患者さんは安心してCBTを受けることができません。日本でCBTの質向上が進まない背景には，CBTに診療報酬がつかないことが大きく影響していると考えられます。CBTを行っても，現行の制度では「精神療法」としての評価しかされませんし，臨床心理士によるCBTは，彼らが国家資格者ではないために患者の全額負担になるのです。この診療報酬の問題が，医療者のCBT実践への強い意欲にブレーキをかけていると私は考えています。

認知行動療法上達への3要素

――臨床におけるCBT実践へ向けて，どのような勉強法が有効でしょうか。

古川　山上敏子先生（福岡市・早良病院）が，行動療法に必要な能力を3つ挙げています。1つ目は患者さんとの間にラポール（信頼関係）を築く能力，2つ目は患者さんがどんな問題を抱えているのかを把握する評価の能力，そして3つ目は患者さんを変容する能力ないし技能です。

1つ目のラポールを築くためにはコミュニケーション能力が必要であり，2つ目の評価の能力の訓練では認知行動モデルで患者さんを理解することがポイントです。私の医局では，患者さんとの信頼関係の構築と評価の方法をCBTに限らず，さまざまな精神療法の共通要素を抽出したマイクロ・カウンセリングという手法を使って練習しています。これを利用しながら，ロールプレイをしたり，本人が患者さんを面接しているところをビデオに撮って，振り返りをしたりしています。

3つ目の項目は今お話しした2つの能力を土台にして初めて養われるもので，実際にワークショップで実習していただくのがいちばんいいと思います。

――3月に，「医学書院 認知行動療法基礎セミナー」を開催されますね。

古川　インタビューの最初のところで話しましたように，CBTを文献による学習だけで身につけることは容易ではなく，私はCBTの専門家に指導していただきました。そこで，本は読んでみたけれどもまだしっくりこないという方のために，基本的なCBTの枠組みを学ぶことができるセミナーを開くことにしました。

教材として『DVD＋BOOK Beck & Beckの認知行動療法ライブセッション』を使います。Beck親子が患者さんに対して実際にCBTを実践している様子を見ながら，セッションの構造化やアジェンダの設定，セッションのまとめ方，認知再構成，イメージ書き換えなどの実際的な進め方について，「ほんまもの」の人が，「ほんまもの」の患者さんに対してやっているところを見ていただきます。それによって，今までわからなかったことがわかるようになる，いわゆる「Aha体験」をしてもらうというセミナーです。

ただ，セミナーは，基本的には本で読むような知識を少し生きたものにしていただくためのもので，本当に患者さんに対して応用できるようになるには，実習が絶対に必要です。そこで駿河台大学の堀越勝先生と私で，ワークショップ（「医学書院　認知行動療法ワークショップ」）を7月に開催します。こちらでは，少人数でCBTの解説とそれに応じたロールプレイを行う形で，実際のCBTのさまざまなテクニックを練習していただこうと思っています。

私たちがこのワークショップで特に伝えたいのは，実際の面接のなかで，患者さんの感情をどうやって追っていくかです。CBTでは，感情を追っていくことで，初めて患者さんの認知や行動上の問題を知ることができます。ワークショップでは，そのプロセスの練習をしていただこうと思っています。それからもう1つ，CBTの大きな特徴でありながら，本を読んでも理解しにくい「ソクラテス式問答」も体験していただけます。そのようなワークショップを企画しています。

――最後に，今後のCBTのあり方について，考えをお聞かせください。

古川　CBT，あるいは認知行動モデルを身につけることによって，精神科医をはじめ，人間の健康にかかわる職種の方々の患者さんに対する見方がさらに広がり，深まっていくことでしょう。患者さんとの関係作りの一つのツールとして，CBTが医学界に広がっていくといいなと思っています。

――ありがとうございました。　（了）

医学書院 認知行動療法基礎セミナー

講師 古川 壽亮先生　名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野教授 Academy of Cognitive Therapy（フィラデルフィア）認定認知療法士

期日　2010年3月13日（土）
午後1時から午後5時（受付開始12時）

会場　医学書院本社2階　第1、第2会議室
（東京都文京区本郷1-28-23）

受講料　8,000円（税込）

対象　認知行動療法をこれから学びたい医師、臨床心理士、精神保健福祉士、看護師等の方々を対象としています。

古川先生からのメッセージ
Aaron T. BeckとJudith Beckの生セッション（日本語字幕付）を題材に、本物の認知療法セッションから、認知行動療法習得の第一歩を踏み出しましょう。要点を逐一押さえながら一緒に見ていきますので、見るたびに発見があります。

お申し込み方法
FaxもしくはE-mailで、「CBTセミナー」申し込みと明記のうえ、お名前、ご勤務先、職種、ご連絡先の郵便番号、住所、電話番号、FAX番号またはメールアドレスをご記入のうえ、下記までお申し込みください。郵便物をお送りしますので、お送り先が施設かご自宅かを明記してください。

医学書院PR部 セミナー担当
FAX ▸▸ 03-3815-7850
E-mail ▸▸ pr@igaku-shoin.co.jp
お申し込みいただいた方には、折り返し詳細をお知らせいたします。

医学書院 認知行動療法ワークショップ
古川壽亮先生と堀越 勝先生（駿河台大学大学院臨床心理学研究科教授）による「認知行動療法ワークショップ」を7月18日（日）・19日（月・祝）に行います。詳しくは、医学書院PR部セミナー担当までお問い合わせください。

寄稿

うつ症状の光トポグラフィー検査

福田 正人　群馬大学大学院医学系研究科 神経精神医学教室・准教授

●福田正人氏
1983年東大医学部卒。同精神医学教室勤務を経て，98年より現職。統合失調症をはじめとする精神疾患の神経生理学・脳機能画像研究に従事。編著訳書に，『精神疾患とNIRS――光トポグラフィー検査による脳機能イメージング』（中山書店），『もう少し知りたい統合失調症の薬と脳』（日本評論社），『精神科の専門家をめざす』（星和書店）などがある。

先進医療「うつ症状の光トポグラフィー検査」

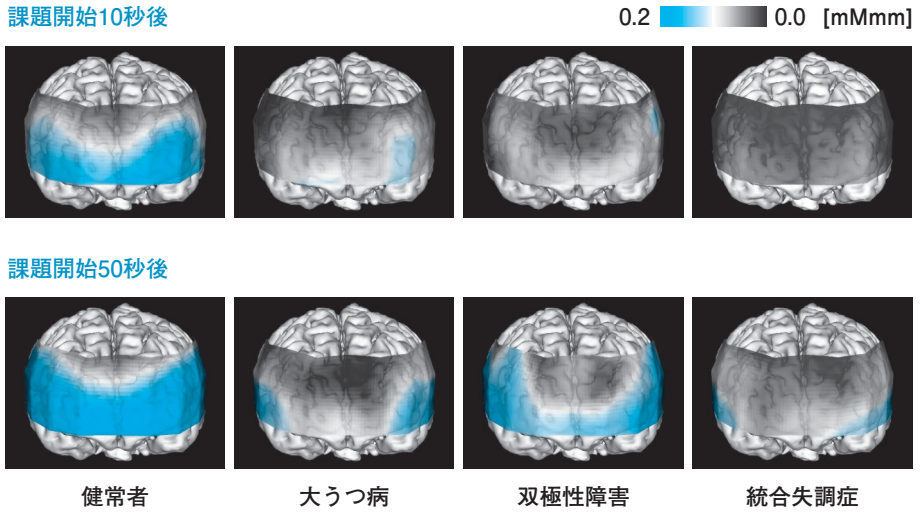
先進医療とは，高度な医療技術を研究と診療の中間として位置付け保険収載について検討する制度で，2009年末時点で120種類の技術が指定されている。この先進医療のひとつとして，「光トポグラフィー検査を用いたうつ症状の鑑別診断補助」が2009年4月に精神医療分野として初めての承認を受けた。保険診療と併用でき，検査料は1万3000円程度である。

光トポグラフィー検査は，パルスオキシメータでも使用されている近赤外光を頭部に応用した，近赤外線スペクトロスコピィ（near-infrared spectroscopy；NIRS）の保険収載名である。大脳皮質の脳活動をとらえる脳機能画像検査のひとつで，「小型のポータブルfMRI」と言うとイメージしやすい（**図1**）。従来，脳外科手術前のてんかん焦点や言語優位半球の同定のみが保険適応となっていたものが，今回，先進医療として精神疾患に適応となった。

三大疾患としての精神疾患

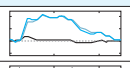
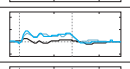
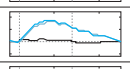
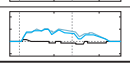
精神疾患は予想以上に多い疾患である。米国では，一般人口における1年有病率として26.2%，生涯有病率として46.4%という報告がある。医療機関を受診する患者はその一部にすぎないが，日本においても厚生労働省の患者調査での受診患者数は100万人（1984年），149万人（1990年），188万人（1996年），258万人（2002年），326万人（2005年）と6年ごとに約50万人ずつ増加を続けている。

WHO（世界保健機関）などが政策の優先度を考えるための疾患の総合的な指標として用いている障害調整生命年（disability-adjusted life year；DALY）〔＝病気により失う命の年数（years of life lost；YLL）＋病気に基づく障害の年数換算（years lived with disability；YLD）〕では，精神疾患は，がん・循環器疾患と並ぶ三大疾患のひとつとされている。精神疾患が生活障害の原因となるためである。さらに，日本の死亡原因第6位で，国民40人に1人の死因となっている自殺の背景にも，多くの場合に精神疾患がある[1]。



●図3　NIRSデータのトポグラフィー表示

●図1　NIRS検査装置と検査風景

	NIRS波形	賦活反応性
健　常　者		明瞭（賦活に応じて）
う　つ　病		減衰（初期以降）
双極性障害		遅延（大きさは保存）
統合失調症		非効率（タイミング）

●図2　NIRSでとらえた精神疾患の前頭葉賦活反応性

臨床検査がないことによる困難

こうした精神疾患の診断は，臨床症状と病歴に基づいて行われており，精神疾患の診断に有用な臨床検査は現在のところ実用化されていない。そのため，一般外来を受診する患者における精神疾患についての内科医と精神科医の診断一致率は19.3%に過ぎず，患者5人のうち4人は見逃されるか誤診されているという報告がある（WHO調査）。

身体疾患においては，高血圧における血圧や糖尿病についての血糖値などのように，疾患を全体として反映する簡便な検査があり，それが診断・治療・予防のいずれにおいても不可欠である。血糖値を測定せずに臨床症状だけに基づいて糖尿病を治療するという状況を想像すると，臨床検査がない精神医療の困難と患者の悩みが想像できるだろう。

光トポグラフィー検査で明らかになる精神疾患の脳機能

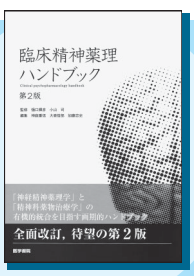
光トポグラフィー検査は光を用いた無侵襲なもので，準備を含めても15分間程度で終わり，脳波より簡便な検査である。fMRIと比べると，空間分解能が脳回程度で脳深部が測定できない点では劣るが，病室に装置を運び座位で検査ができるので，脳機能を自然な状態で検討できる点でfMRIより優れる。この点が精神疾患における有用性の基盤となっている。精神疾患のNIRS研究は日本において盛んで，英文原著論文の3分の2は日本人によるものである。

この検査を用いて，それぞれの精神疾患における言語流暢性課題による前頭葉賦活の特徴をとらえられることが，多施設共同研究プロジェクト「光トポグラフィー検査を心の健康に応用する会」で示され，うつ症状を呈している精神疾患患者の鑑別診断における補助検査として利用できるようになった（**図2, 3**）。前頭葉の賦活反応性が，うつ病では減衰し，双極性障害（躁うつ病）では遅延し，統合失調症では非効率化していることが読み取れる[2]。

*

「こころの病と言われると，恐怖と不安，不思議な気持ちになる。……脳という臓器の病だと知って，今まで抱いてきた不安や恐怖感がカラッと晴れた。それは，姿が見えなかった怪物の正体をとらえたような感覚である。……脳の病気だとわかってから，ようやく積極的な気持ちが芽生え，家族と一緒に治療に協力できるようになった」[3]。こうした患者・家族の声に応えられる精神疾患の検査の発展が望まれる。

【参考文献】
1）笠井清登編：特集・精神医学up-date：最新研究動向．医学のあゆみ231巻10号，2009
2）福田正人編，『精神疾患とNIRS―光トポグラフィー検査による脳機能イメージング』，中山書店，2009
3）福田正人編：こころと脳の科学．こころの科学150号（2010年2月号）

「神経精神薬理学」と「精神科薬物治療学」の有機的統合を目指す書
新刊
臨床精神薬理ハンドブック 第2版
向精神薬の基礎と臨床がわかる大好評のハンドブック、6年ぶりの改訂第2版。治療ガイドラインやアルゴリズムに沿いつつ、薬理生化学、生物学的な理解に基づいた薬物治療計画、副作用の機序などを解説。各種向精神薬の最新情報はもちろん、神経伝達のメカニズムや薬物動態、基礎研究手法、治験まで、これ1冊で向精神薬に関する知識を網羅。精神科医はもちろん、中枢神経系の基礎研究者、向精神薬を処方する一般臨床医にも好適の書。
監修　樋口輝彦　国立精神・神経センター総長
小山　司　北海道大学大学院医学研究科教授・精神医学
編集　神庭重信　九州大学大学院医学研究院教授・精神病態医学
大森哲郎　徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部教授・精神医学
加藤忠史　理化学研究所脳科学総合研究センター・精神疾患動態研究チーム・チームリーダー

全面改訂，待望の第2版
B5　頁448　2009年　定価8,925円（本体8,500円＋税5%）　[ISBN978-4-260-00866-2]
医学書院

好評の精神医学関連書　（8面に新刊を紹介しています）
◎精神科医療関係者必携の統合失調症治療ガイドライン改訂版
統合失調症治療ガイドライン 第2版
監修＝精神医学講座担当者会議／編集＝佐藤光源・丹羽真一・井上新平
●A5　頁352　2008年　定価4,935円（本体4,700円＋税5%）
[ISBN978-4-260-00646-0]

◎向精神薬の基礎から臨床まで―精神科医の必携書、待望の改訂!
向精神薬マニュアル 第3版
融　道男
●A5　頁496　2008年　定価5,460円（本体5,200円＋税5%）
[ISBN978-4-260-00599-9]

◎うつ病診療のエンサイクロペディア
気分障害
編集＝上島国利・樋口輝彦・野村総一郎・大野　裕・神庭重信・尾崎紀夫
●B5　頁680　2008年　定価16,800円（本体16,000円＋税5%）
[ISBN978-4-260-00567-8]

◎精神科身体合併症の実践的マニュアル
精神科身体合併症マニュアル
精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の診療と管理
監修＝野村総一郎／編集＝本田　明
●B6変　頁440　2008年　定価4,725円（本体4,500円＋税5%）
[ISBN978-4-260-00605-7]

医学書院

「飲ませない」から「安全に，おいしく飲んでもらう」へ

松浦好徳氏（山梨県立北病院副看護師長）に聞く，多飲症・水中毒治療の新機軸

「多飲症」「水中毒」（MEMO）の治療はこれまで，患者を水から引き離し，看護師の監視のもと，厳重に管理することが一般的とされてきた。しかし，飲水→隔離→開放→飲水……の繰り返しで症状の改善がみられないこともままあり，患者もスタッフも疲弊し，両者の関係も悪化しがちだった。

しかし，このほど上梓された『多飲症・水中毒　ケアと治療の新機軸』（医学書院）では，山梨県立北病院の多飲症病棟スタッフによる，従来の手法とは大きく異なる多飲症へのかかわり方が明かされている。北病院の目標は，「水を飲ませない」ことではなく，「患者自身が飲水量をコントロールして，安全においしく水が飲める」こと。病棟は開放的な環境が保たれ，血液検査や体重など数値に基づいた体調管理と，患者個人との信頼関係に基づく濃密なかかわりや心理教育とが両立されている。そうしたケアが両輪となり患者の過剰な飲水を防ぎ，セルフコントロール能力を高めていくことにつながるのだ。

本紙では，著者の一人であり，20年来多飲症とかかわってきた松浦好徳氏に，新たな視点からとらえた多飲症・水中毒治療について話を聞いた。

患者との信頼関係が飲みすぎを防ぐ

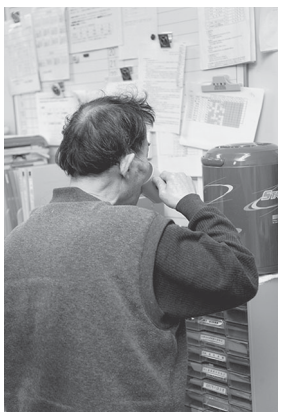
――病院独自の「安全に水を飲んでもらう」という考え方は，どのようにして生まれてきたのでしょうか。

松浦　当院でも初めは，患者さんにいかに水を飲ませないか，ということに専念しており，院内の保護室の大半が多飲症の患者さんで慢性的に占められていました。そうした状態の改善のために多飲症専門病棟をつくったのですが，そこでも当初は飲水の管理，監視が中心だったんです。

でも，水の飲み過ぎによる失神やけいれんの発作を恐れて必死で止めれば止めるほど，患者さんは私たちの目の届かないところで飲んでしまう。飲ませないために隔離しても，隔離を解除した瞬間にダッと水飲み場に走っていくような状況がずっと続き，スタッフも患者も互いに不信感を持ち，疲弊していました。

そこで2003年に，飲水を無理やり止めるのではなく，患者さんの飲みたいという思いを理解し，気持ちよく飲んでもらおうと意識を変えたんですね。患者さんが自由に病棟内で過ごせるようにするとともに，看護室に氷水を用意して，水を堂々と，おいしく飲んでもらう工夫もしました。私たちが「申告飲水」と名付けた方法です。

――看護室で5杯，6杯と水を飲まれた場合，不安になりませんか。



「申告飲水」を行う患者。看護室で飲水することで，スタッフとのコミュニケーションもはかれる。今では「申告飲水」でしか水を飲まなくなった患者もいるとのこと。

松浦　確かに当初は，こんなに飲んで大丈夫だろうか，と心配になることもありました。でも患者さんはスタッフを信頼して水を飲みに来てくれているので，ここで制限してしまうと失望され，結局こっそり飲まれることになる。ですから，徹底して患者さんを受け入れ，看護師とのかかわりを増やして緊張状態をほぐすことを心がけました。

その結果当院では，現在隔離はまったく行っておらず，以前はほぼ終日個室で施錠されていたような患者さんも一人で外に散歩に出かけていますし，開放病棟への転棟や退院を検討できる方も出てきました。

――患者さんとの信頼関係を深めていくことが，過剰な飲水の防止につながるのですね。

松浦　ええ。一人の人間としての患者さんを知ろうとすることが大切だと思います。好きなこと，夢中になれることを見つけてもらい，飲水への執着心を薄められるよう，カラオケなどのレクリエーションや作業療法も行っています。皆さん意外と，やればできるんですよね（笑）。それまでの厳しい管理は，その人自身の能力を押さえつけていた面もあったのかもしれません。

また，患者さん自身が多飲症について知ることも，自発的な飲水管理につながると思います。当院では患者さん向けに「多飲症心理教育」を行っています。水をたくさん飲んだ際の体や気持ちの状態を思い出してもらうことから始まり，多飲症の病態や，飲量の調節方法などをステップを踏んで学習しています。認知機能が低下している患者さんも多く，当初は話を聞いてもらうのも苦労しましたが，視覚・聴覚に訴える授業構成を工夫しつつ，根気よく続けていくことで，少しずつ行動が変容してきた患者さんもおられます。

――飲水量の把握のためには，どのような手段をとられているのですか。

松浦　「申告飲水」でもある程度はわかりますが，目安となるのは体重ですね。入院時に，血液検査を指標にベース体重を設定し，ベース体重から4―5%増加した状態（血清ナトリウム値が10 m Eq/L以上低下）をリミット体重としています。

安全に水を飲める量というのは個人差が大きいため，一律に体重で制限するのは必ずしも最善ではありません。ですからリミットといっても「上限」ではなく，あくまで患者さんにとっての「目標」を意味するものとしています。

ベースとリミットを定めた後は，毎日の体重測定で増減の幅やパターンを見ていきますが，リミットぎりぎりになったから注意する，ではなくて，リミット以内に収めたことをほめてあげる，認めてあげるほうが患者さんもやる気になります。もし少し超えてしまっても，水中毒につながるような身体症状が表れていなければ，まずは「リミットが厳しすぎなかったか」ということを考えてみる。そして，患者さんを励ましつつ改善をめざすという姿勢が大切だと思います。

●松浦好徳氏

血液検査も重要ですが，患者さんへの侵襲があるものです。当院では，ベース体重設定時の定期検査以外には，起床時にベース体重より2 kg前後変動していた場合と，リミット体重から1 kg以上超えた場合に行うという，緩めの設定にしています。

――急激な飲水から水中毒に陥って倒れた場合，身体科の救急に運ばれることも考えられますが。

松浦　そうしたケースも耳にします。原因が「水」だけに，その危険性の意識が薄く，医療関係者でも水中毒にピンと来ない人はまだまだいると思います。救急で搬送されてくると一見単なる低ナトリウム血症に思えますから，ナトリウム補正をどんどんかけられてしまう場合もあるのですが，急速な補正は橋中心髄鞘融解症など脳へのダメージを引き起こす恐れもあります。当院では経験上，水中毒治療の基本はあくまで水分制限と排尿で足ると考えています。

――患者さんが安心して水を飲めるけれども，飲みすぎないでいられる，という環境を整えるためには，スタッフ側の連携も重要になってきそうですね。

松浦　そうですね。“管理・監視”から，“受容・かかわり”へ，多飲症治療にかかわるチーム全員の意識共有が，「安全においしく水を飲んでもらう」ための第一歩なのかな，と考えています。もし一人でも“監視”する人間がいて，「またそんなに飲んで！」などと叱ったら，構築してきた信頼関係が無に帰してしまいます。

また，自分の夜勤時に体重が増えてしまった患者さんがいても，次の日勤のときには調整してもらえる，という看護師同士の信頼感も，根気よくケアを続けるためには大切だと思いますね。

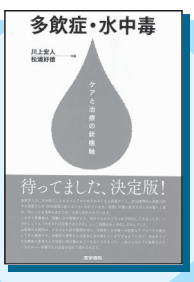
北病院の手法は，これまでのような過剰な管理でもなく，かといって放任でもなく，その中間にあると言えます。そのノウハウのすべてを，今回の『多飲症・水中毒　ケアと治療の新機軸』に託しましたので，ぜひ参考にしてください。

――ありがとうございました。（了）

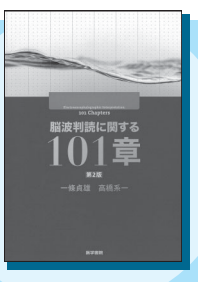
看護師が付き添い，体重測定を行う。朝昼夕の最低3回は計り，増減パターンを把握する。数値は患者自身が折れ線グラフに記入。体重を意識することが，セルフケアにつながる。

MEMO：多飲症・水中毒とは

多飲症は，統合失調症を中心とした精神疾患発症後，5―10年経過した慢性期にみられることが多い病態で，妄想や強迫観念などさまざまな原因により，体重が明らかに増加し日常生活に支障を来たすほど水を飲んでしまうことを言う。決して珍しい病態ではなく，精神科に長期入院している患者の20%前後が多飲症を併発しているとも言われる。多飲による血中ナトリウム値の低下は，いらいら感や嘔吐，失禁などの身体症状を惹起し，その状態が続くことで心不全や骨粗鬆症などの合併症を引き起こすこともある。また，急激な飲水の結果水中毒となり，重度になるとけいれんや意識障害などの発作が生じる場合もある。しかし，病的な飲水か否かの線引きは個人差が大きいため難しく，これまでのケアは一律な飲水制限や保護室への隔離などの措置のみにとどまる場合が多かった。

「こうすればいいのか!」初めて示される多飲症へのアプローチ
新刊
「多飲症・水中毒」ケアと治療の新機軸
多飲症・水中毒治療に初のスタンダード！
多飲症とは、水を飲むことがどうしてもやめられなくなる病態のこと。精神科に長期入院中の患者の20%前後に起こるともいわれている。急激・多量な飲水は水中毒へと進み、死にいたる危険もあるため恐れられるが、これまでは「何をすれば効果があるのか」という指標は全く存在しなかった。本書は、試行錯誤の末に実効性ある斬新なアプローチを確立した山梨県立北病院のノウハウを初めて完全紹介する。
編集　川上宏人　山梨県立北病院・医長
松浦好徳　山梨県立北病院・副看護師長


B5　頁272　2010年　定価2,730円（本体2,600円＋税5%）　[ISBN978-4-260-01002-3]
医学書院

最新の定義に基づいた分類と解釈で、脳波判読のコツを伝授!
新刊
脳波判読に関する101章 第2版
脳波判読に欠かせないキーワードを101選び、見開き2ページ読み切りの形でまとめた。脳波判読のコツとその波形がもつ意味について、どこからでも読めるテキストとなっている。第2版では、国際臨床神経生理学会の定義に基づいて波形の解釈を見直し、てんかんの国際分類などを最新のものに対応させた。また、新たに巻末付録として用語集をつけた。
一條貞雄　仙台富沢病院
高橋系一　北習志野花輪病院


B5　頁248　2009年　定価5,250円（本体5,000円＋税5%）　[ISBN978-4-260-00981-2]
医学書院

続 アメリカ医療の光と影　第168回

乳癌検診をめぐる大論争①

李　啓充　医師／作家（在ボストン）

2009年11月16日に，「合衆国予防医療タスクフォース（United States Preventive Services Task Force, 以下タスクフォース）」が発表した乳癌検診についての新ガイドライン（**註1**）をめぐって，患者・医師団体だけでなく，政治家をも巻き込む大論争が始まった。

医師をも怒らせた乳癌検診の新ガイドライン

大論争となった原因は，これまで，マンモグラフィについて「40歳以後毎年」受けるよう勧めてきた内容を大きく改め，「50歳以後2年に1回」と変更したことにあった。検診の開始を遅らせるだけでなく，頻度も少なくするという内容に，「乳癌を早期発見するなというのか。患者に死ねというのか」とする怒りが爆発したのだった。

メディアも新ガイドラインについて大きく報道，例えば夕刻の定時ニュースは，3大ネットワークともトップ扱いだった。しかも，各局とも，例外なく「マンモグラフィで早期発見されたおかげで助かった」とする40代の患者を紹介，「新ガイドラインに従っていたら私は助かっていなかった」と怒りの発言をさせたのだった。

怒ったのは患者だけではない。医師たち，特にマンモグラフィを専門としてきた放射線科医の怒りは尋常ではなかった。例えば，ハーバード大学医学部放射線科教授ダニエル・コーパンス。ワシントンポスト紙に対し，「マンモグラフィのおかげで何万人もの患者が助かっているというのに，タスクフォースのバカどもはこれを止めたがっている。正気のさたでないし，倫理にももとる」と，過激なコメントを寄せた。また，米癌学会も新ガイドラインを猛批判，患者に対し「これまで通り，40歳になったら毎年マンモグラフィを受けるように」と呼びかけた。

と，物議を醸すことになった新ガイドラインを作成したタスクフォースの構成委員は主に公衆衛生の専門家。委員は政府に任命される仕組みとなっているものの，その任務は，政府からは独立した組織として，科学的根拠のみに基づいて予防医療についての指針を諮問することにある。

委員たちにしてみれば，任務に忠実に，科学的根拠のみを子細に検討した上で策定したガイドラインであっただけに，「人殺し」呼ばわりされるような非難を浴びたことは心外であったろう。いったい，なぜ，専門家が知恵を絞り，議論を尽くして作成したガイドラインが，患者や医師を怒らせることになってしまったのだろうか。

「科学的証拠」と「誤解」

専門家が科学的証拠に基づいて作成したガイドラインが，患者だけでなく医師をも怒らせた原因を考えるに当たって，まず，タスクフォースが策定した新ガイドラインの内容を紹介しよう。

1）40―49歳ではルーティン・マンモグラフィを実施すべきでない。
2）50―74歳にはルーティン・マンモグラフィの実施を勧める。ただし，頻度は毎年である必要はなく2年に1回でよい。
3）75歳以上に対するルーティン・マンモグラフィの有効性を支持する証拠はない。
4）マンモグラフィに加えて医師の視触診を実施することの有用性を示す証拠はない。
5）患者に「自己触診法」を教育すると，不必要な生検・画像診断の数が増えるとの証拠があり，教育はしないほうがよい。

いずれも証拠に基づく結論であったが，年代別にルーティン・マンモグラフィの扱いが異なる内容となったのは，「利益」と「害」を秤にかけて比較した上で，その有用性を判断した結果だった。例えば，40代の女性は50代に比べて乳癌罹患率が低いだけでなく，乳房組織が密であることなどから「フォールス・ポジティブ（偽陽性）」の率が高くならざるを得ない。偽陽性故の生検等の追加検査，さらには，「過剰診断」（**註2**）故の不必要な治療の実施などの「害」を考えた場合，40代での「ルーティン」の実施は不適切であると結論づけたのである。

また，50代で頻度を少なくしたのも，「利益」と「害」を秤にかけて比較した結果だった。「毎年」を「2年に1回」にしても死亡率減少効果に大差はなかったし，実施頻度を半分に減らせば，偽陽性や過剰診断故の不必要な検査・治療が行われる頻度も自動的に半減するはずだった。

ところが，タスクフォースにとって不運だったことに，新ガイドラインの内容がメディアで紹介される過程で，キーワードである「ルーティン（誰もが受けるべき）」という単語が省略されて伝えられたり，省略されずに伝えられた場合でも省略して受け止められたりする事態が相次いだ。ガイドラインには，「40代では，（十把一絡げに）ルーティンの検診として実施するのではなく，マンモグラフィを実施するかどうかは個々の患者が医師と相談した上で決めればよい」と明記してあったのに，いつのまにか「新ガイドラインは40代の女性にマンモグラフィをすべきでないと言っている」とする誤解が広まってしまったのだった。

（この項つづく）

註1：Screening for breast cancer:U.S.Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2009;151(10):716-26.
註2：マンモグラフィ実施群と未実施群を比較した場合，一般に乳癌診断率は実施群で高くなる。しかし，長期に及ぶ観察を経た後でも実施群と未実施群の診断率の差がゼロにならない現象が知られ，最後まで縮まらない差はマンモグラフィを実施したがための「過剰診断」分に相当すると考えられている。

視点

日本製薬医学会による「臨床研究に関する提言」

今村恭子　日本製薬医学会理事長

わが国の臨床研究の現状と課題

治験の空洞化対策として厚労省・文科省が全国治験活性化計画を策定し，継続的に体制を強化した結果，全国の主要医療機関では，依然いくつかの問題を抱えてはいるものの，治験体制のかなりの充実がみられてきた。一方で，治験の基盤である臨床研究に対しては，その充実が叫ばれながらもなかなか国家的な支援が得られていない。

わが国の臨床研究に対する評価は，国際的な論文発表ランキングでいえば18位まで転落し，中国の後塵を拝している。しかし本来，臨床研究とは新薬の治験では得られなかったエビデンスを補完し，日々の診療での活用を通して医療の質を向上するために必要不可欠な活動のはずである。また，製薬企業が開発に着手しない分野の治療法に対しては医師主導治験という選択肢も生まれてはいるが，薬事法で高度に規制された治験の実施など，多忙な医師には到底無理であり，せっかくの制度も活用されにくい状況である。

この背景には，臨床研究に携わる人材や組織（医学部での教育不足，院内支援体制の不備，公的研究資金の不足，民間資金における利益相反），プロセス（研究資金受入体制の不備，多様な臨床研究計画に対するIRBの審査能力不足，承認した研究の進捗管理能力不足），戦略（成果の活用方針の不透明性，戦略性のない研究の乱立）など，改善を要する課題が山積している。

考えられる解決策と，その実現に向けて

今般，日本製薬医学会では「臨床研究に関する提言」で上記の課題を分析し，5つの解決策を提示した：

1）医療機関の意識改革と臨床研究施行団体の整備（明確な目的を持った研究の推進，被験者と金銭授受に対する倫理意識の向上，倫理指針の徹底と妥当な予算編成）
2）臨床研究組織の整備（法人化により多施設研究の実現を推進，支援企業の計画審査による国際競争力の強化，確実な目標達成のための進捗管理，学会などの体制活性化）
3）臨床研究にかかわる医師などの人材育成（医学部・卒後研修における臨床研究の技術教育，開業医への教育）
4）資金の問題（科研費のさらなる充実，官民マッチングファンドの導入）
5）製薬企業による経済的支援（書面による利益相反の管理，情報公開）

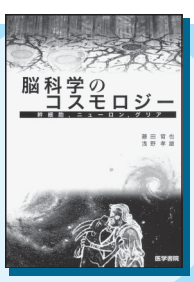
特に，情報の透明化と利益相反への社会的な関心が高い昨今，研究者が説明責任を果たす上でも，今後の製薬企業からの資金調達に際しては，これまでの寄付金から研究助成契約などの書面契約への転換が望ましい。研究計画と支援条件を相互に確認し，確実な成果の達成で医療に貢献することが，研究を行う医師とそれを支援する企業にとっての共通目標となるべきである。

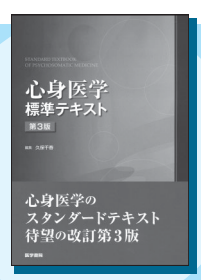
この提言では書面での確認事項についても例示しており，今後の実施の参考となれば幸いである。

●「臨床研究に関する提言」一般財団法人日本製薬医学会
http://japhmed.jp/whats_new/post_18.html

略歴／1982年熊本大医学部卒。慈恵医大整形外科助手を経て，86年米ハーバード大留学。90年慈恵医大にて医学博士号（臨床薬理）。92年英ロンドン大留学，PhD（アウトカムズ・リサーチ）。2005年よりヤンセンファーマ(株)メディカルアフェアーズ部部長，10年より同社サイエンティフィック・リレーションズ・オフィサー。09年より現職。

医学書院 AD BOX
各雑誌の広告媒体資料･目次内報を掲載しております。
医学書院ADBOX　検索

新しいグリア学への手引き　新刊
脳科学のコスモロジー　幹細胞，ニューロン，グリア
ニューロンとともに脳活動を支えるグリアに関する入門書。アストロサイトを中心に，その形態と機能に関する最新の知見を紹介しつつ，神経疾患の病態生理から治療までをコンパクトにまとめた。グリアの時代を象徴する1冊。
藤田哲也　ルイ・パストゥール医学研究所長
浅野孝雄　小川赤十字病院長

A5　頁384　2009年　定価5,460円（本体5,200円＋税5%）　[ISBN978-4-260-00578-4]　医学書院

心身医学のスタンダードテキスト、待望の改訂　新刊
心身医学標準テキスト　第3版
わが国随一の歴史と伝統を誇る九州大学心療内科のスタッフ、およびその出身者を中心に執筆された、心身医学のスタンダードテキスト。7年ぶりの改訂にあたり、最新の知見と治療法を新項目として増補した。心身医学を学ぶ医学生はもとより、心療内科の日常診療、さらには今後の研究にまで役立つ、関係者必携の書。
編集　久保千春　九州大学病院長

B5　頁392　2009年　定価9,660円（本体9,200円＋税5%）　[ISBN978-4-260-00443-5]　医学書院

MEDICAL LIBRARY 書評・新刊案内

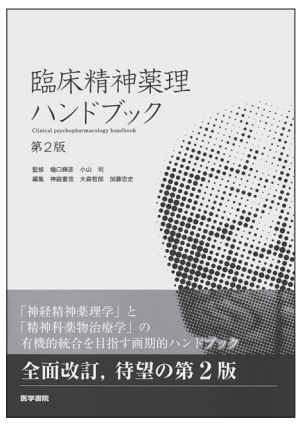
臨床精神薬理ハンドブック　第2版

樋口 輝彦，小山 司●監修
神庭 重信，大森 哲郎，加藤 忠史●編

B5・頁448
定価8,925円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-00866-2

評者　石郷岡 純
東女医大教授・精神医学

今日の精神科医に求められる薬物療法の知識



好評だった『臨床精神薬理ハンドブック』初版発行から6年が経ち，第2版が発行された。一つのまとまった書籍が6年後に改訂されることは一般的にはやや早い印象もあるが，臨床精神薬理の分野を網羅的に解説した教科書は多くはなく，またこの領域の進歩は速いので，この改訂は時宜を得たものであろう。

さて，本書の構成はオーソドックスなもので，中枢神経の情報伝達，薬物動態，研究手法など基礎的事項の解説から成る第Ⅰ編と，疾患ごとに章立てされ，各章の中でその主要な治療薬の薬理と治療の実際が解説される第Ⅱ編からなっている。

今日，精神疾患の単位とその治療薬の対応関係は一対一の関係ではなくなりつつあるので，次の改訂では実際の治療は別のパートとなることが求められることになろう。このように，精神薬理学の書籍の構成は簡単ではなく，すべての領域・階層を網羅的に解説しようとすると，生理学・生化学，研究手法，倫理学などの関連学問から，基礎的な精神薬理学，臨床精神薬理学，さらには疾患ごとの標準的薬物療法までの包括的な記述が必要となり，本書はB5判，448ページの標準的な教科書サイズであるが，おそらくはこの数倍のページ数となることが予想される。実際海外にはそのような大部の書物も存在する。

したがって，本書に専門書としての精神薬理学のすべてを求めることは編者の意図とは異なることになり，本書の価値はまさに「ハンドブック」であることであり，その意味では最良のハンドブックに仕上がっているのである。すなわち，精神疾患の薬物療法の初学者がある疾患の治療法の概略を知りたいとき，臨床医が知識を再確認したいとき，本書は価値を発揮するであろう。

本書は基礎医学的知識も得られるような構成がされているが，それはあくまでも臨床家が知識をもう一歩深めたいときに役立つように記述されているので，基本的な使い方としては，各疾患の標準的薬物療法をその周辺知識と合わせて理解したいときに，該当の章を通読することから始められるべきであろう。内容は一見するとやや専門的に感じるかもしれないが，今日の精神科医にはこのくらいのレベルの知識が要求されているのである。その上で，各臨床家の関心に従ってさらに専門的な書物・文献に当たっていくという利用法がとられたとき，本書が極めて効率的で良質な情報を提供していることに気が付くであろう。

執筆陣は精神薬理学の領域におけるわが国の気鋭の方々であり，各項目が過不足なくまとまりを持っているので，安心感を持って読み進めることができる。文献欄は，さらに読むべき優れた総説ないしは書物が参考文献としてまとめてあればより好ましかったが，あとは読者の努力次第という監修者・編者からのメッセージと受け止めたい。

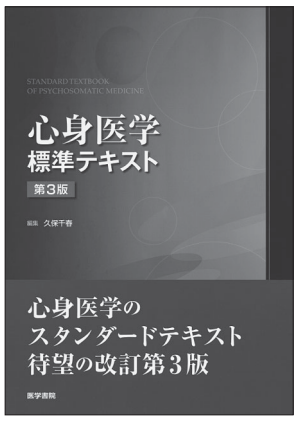
心身医学標準テキスト　第3版

久保 千春●編

B5・頁392
定価9,660円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-00443-5

評者　樋口 輝彦
国立精神・神経センター総長

歴史と伝統に裏打ちされ，かつ最新の知識を網羅した教科書



『心身医学標準テキスト』が7年ぶりに改訂された。本書の初版は1996年に出版されたが，そのオリジンは1968年にさかのぼる。わが国初の心療内科が1963年に九州大学医学部に設立されたことは誰もが知るところであるが，同時に心身医学の教育も開始された。その講義に使用するための『心身医学・心療内科オリエンテーション・レクチュア』が1968年に発行されたのであり，本書の原型をここに見ることができる。この講義用の冊子が基になり，1996年に全面改訂されて『心身医学標準テキスト』は生まれた。

本書の特徴はその執筆陣にある。初版以来，執筆者は九州大学心療内科のスタッフと教室出身者で構成されている。このような一教室に限定した執筆陣で構成された教科書は大変珍しい。多くは販売のことも考慮して，多くの大学や医療機関を巻き込むかたちで執筆者が構成される。しかし，先に述べたようにわが国の心療内科の老舗とも言える九大心療内科が日本の心身医学の教育をリードしてきた歴史と，今日においても全国でその出身者が指導的立場で活躍されていることを考えると，本書は一大学，一教室でつくられた教科書ではなく，まさに日本を代表する心身医学の教科書である。本年，九大心身医学教室は創設50周年を迎えたが，その記念の年にこの改訂版が出版されたことは素晴らしいことである。

心身医学は神経症を対象に心身相関の理論から研究が開始された。フロイトの理論がバックグラウンドを成したことは言うまでもない。その後，その対象は神経症から心理的，社会的因子が関連する身体疾患（心身症）に移り，心身症中心の時代が続いた。そして，今や心身医学は全人的医療・医学へと発展し，いわば医学・医療のbasic theoryともいえる位置を占めるに至っている。

本書は5部構成であり，Ⅰ部.心身医学総論，Ⅱ部.心身医学の基礎，Ⅲ部.心身医学的診断と検査，Ⅳ部.心身症各論，Ⅴ部.心身医学的治療法から成る。心身医学の基礎から臨床，治療に至るまで網羅的に，わかりやすく書かれた教科書であり，学生，研修医はもちろん，コメディカルの方々にも適した心身医学の入門書であり，専門書である。歴史と伝統に裏打ちされ，かつ最新の知識が網羅されている本書を手にとってお読みになる方は，必ずやその有用性に満足されることであろう。

臨床中毒学

相馬 一亥●監修
上條 吉人●執筆

B5・頁576
定価10,500円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-00882-2

評者　田勢 長一郎
福島医大病院救急科部長

中毒学は単なる医学の一分野ではなく化学・薬理学の応用であり，緊急かつ適切で高度な医療を必要とする救急医学においても重要な位置を占めている。さらに，患者の内面性や社会的な背景についての検討も避けては通れず，法医学や精神医学的なアプローチも求められる。すなわち，中毒学は基礎から臨床に至る総合的な学問であり，予防から根本的な治療を図るには多くの専門科の集学的な治療を必要とする。

上條博士は大学時代に化学に没頭し，さらに医学の道に進んだ後は，脳科学への関心から精神科医として研鑽を積んでいた。そして，重症患者管理の必要性も痛感して救命への道を歩み出し，現在は救急医学の若手リーダーとして活躍している。本書では，博士の豊富な知識・経験に裏打ちされた「筆者ならではの強み」が発揮されており，臨床中毒学にはうってつけの内容となっている。

急性中毒患者の大多数は自傷行為や自殺企図なので，今までの「急性中毒治療の4大原則」だけでは根本的な解決にならない。上條博士はこの4大原則に「精神科的評価と治療」を加えた「急性中毒治療の5大原則」を提唱している。今までの臨床中毒の成書では外面的な救急医療を主とし，精神科的な治療は別な視点で述べられていたが，本書では上條博士の精神保健指定医としての知見も加わっている。臨床中毒学の分野に新たな視点を提案した本書の意義は大きいであろう。

中毒のメカニズムの解説では，EBMにのっとった図表を駆使する↗

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
田邉敬貴

新刊 失われた空間
石合純夫
●A5　頁256　2009年
定価3,150円(税込)
[ISBN978-4-260-00947-8]
脳機能の障害によって空間障害や無視が起こるメカニズムを豊富な症例をもつ著者がわかりやすく解説する「脳の不思議」。

新刊 認知症の「みかた」
三村　將／山鳥　重
河村　満
●A5　頁144　2009年
定価3,150円(税込)
[ISBN978-4-260-00915-7]
認知症をどう捉えるか，臨床でどう診るか，患者とのかかわりをどう考えるか。精神科医と神経内科医のディスカッションによりみつめ直し，認知症の臨床のこれからを考える。

シリーズ既刊本
街を歩く神経心理学　高橋伸佳　●A5　頁200　2009年　定価3,150円(税込)　[ISBN978-4-260-00644-6]
ピック病　二人のアウグスト　松下正明・田邉敬貴　●A5　頁300　2008年　定価3,675円(税込)　[ISBN978-4-260-00635-4]
失行［DVD付］　河村　満・山鳥　重・田邉敬貴　●A5　頁152　2008年　定価5,250円(税込)　[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(税込)　[ISBN978-4-260-00335-3]
トーク 認知症　臨床と病理　小阪憲司・田邉敬貴　●A5　頁224　2007年　定価3,675円(税込)　[ISBN978-4-260-00336-0]
頭頂葉　酒田英夫・山鳥　重・河村　満・田邉敬貴　●A5　頁280　2006年　定価3,990円(税込)　[ISBN978-4-260-00078-9]
手　訳＝岡本　保　●A5　頁272　2005年　定価3,780円(税込)　[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(税込)　[ISBN978-4-260-11895-8]
Homo faber 道具を使うサル　入來篤史　●A5　頁236　2004年　定価3,150円(税込)　[ISBN978-4-260-11893-4]
失語の症候学　ハイブリッドCD-ROM付　相馬芳明・田邉敬貴　●A5　頁116　2003年　定価4,515円(税込)　[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(税込)　[ISBN978-4-260-11878-1]
高次機能のブレインイメージング　ハイブリッドCD-ROM付　川島隆太　●A5　頁240　2002年　定価5,460円(税込)　[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(税込)　[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(税込)　[ISBN978-4-260-11862-0]
タッチ　岩村吉晃　●A5　頁296　2001年　定価3,675円(税込)　[ISBN978-4-260-11855-2]
痴呆の症候学　ハイブリッドCD-ROM付　田邉敬貴　●A5　頁116　2000年　定価4,515円(税込)　[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(税込)　[ISBN978-4-260-11847-7]
医学書院

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
編集＝宮崎　仁・尾藤誠司・大生定義
医師という職業（プロフェッション）のあり方について，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。
●A5　頁264　2009年　定価2,520円(税込)
[ISBN978-4-260-00807-5]
医学書院

日常診療と看護に役立つ
漢方関連情報満載
看護師向けのページあります
ツムラ漢方スクエア
登録受付中（会員登録無料）
最新漢方情報が，カンタン操作で，今すぐ手に入る。
ツムラ漢方スクエア　検索
株式会社ツムラ　http://www.tsumura.co.jp/
●資料請求・お問い合せは弊社MR，またはお客様相談窓口まで。Tel.0120−329−970
（2010年1月制作）　IO-3001

標準精神医学　第4版

野村 総一郎，樋口 輝彦，尾崎 紀夫●編

B5・頁536
定価6,825円（税5％込）医学書院
ISBN978-4-260-00707-8

評者 笠井 清登
東大大学院教授・精神医学

教育に奮闘中の執筆陣による，新鮮で整理された内容

精神医学は，ライフステージに沿って，人間の精神機能の失調である精神疾患を修復し，精神的な幸福の実現をめざす医学である。精神疾患は，一般人口における有病率が高く，その多くが人生早期に始まるため，疾病による社会的・経済的負担の主要因であり，がん・生活習慣病と並ぶ三大国民病である。この克服をめざす精神医学は，その重要性にもかかわらず，日本の医学における位置付けは必ずしも高くなかった。しかし，卒後臨床研修制度の改革に伴い，すべての（来年度からは大多数の）医師が精神科研修を行うようになったことは大変喜ばしいことである。『標準精神医学　第4版』は，この要請に応えるものであり，現役の大学講座担当者を中心として，今まさに精神医学の卒前・卒後教育に奮闘している執筆陣による，新鮮で整理された内容は，これまでの日本の精神医学教科書になかった大きな特徴である。将来精神医学の道をめざすかどうかにかかわらず，すべての医学生・研修医に精神医学の素養を身につけてもらうことは，全人的な医療を行える医療人の育成という卒前・卒後臨床教育にとって極めて重要なミッションであり，それに対する執筆陣の静かで熱い情熱が感じられる。

総論には，編者らの精神医学に対するバランスのとれた見識が述べられており，精神医学の教育に携わる立場の方々にもぜひ読んでいただき，明日からの教育活動に役立てていただきたい内容である。各論では，目を通していただければわかるように，どの章も，基本的知識から新しい知見まで，大変よくまとまっており，学ぶ側にとっては非常にわかりやすい。また，教える側にとっても，自分の普段使っている講義資料をブラッシュアップするのに役立つであろう。こうしてみると，本書のタイトルの「標準」には，バランスのとれた内容をわかりやすく述べ，日本の精神医学の卒前・卒後教育における学ぶ側の身につける内容，教える側の伝える内容の両方を標準化していきたいという，編者らの強い意図が込められているといえる。

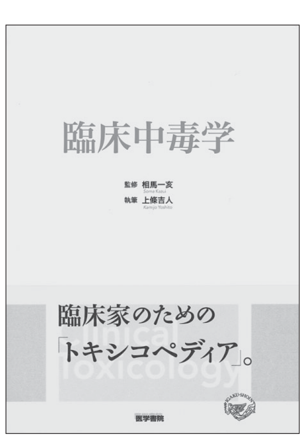
本書のような優れた教科書を編まれた関係者の方々の精神医学教育に対する熱意と見識に深く敬意を表するとともに，すべての医学生・研修医，そして精神医学教育者に本書をお薦めしたい。日本に近代精神医学をもたらした呉秀三は，「わが国十何万の精神病者は実にこの病を受けたるの不幸のほかに，この国に生まれたるの不幸を重ぬるものと言うべし」（1918）との言葉を残した。呉先生の深い悲しみの解決に本書が貢献することを切に願う。

これほど明快な中毒学の成書があっただろうか

↘など，上條博士の化学者としてのバックグラウンドが随所で垣間見られる。メカニズムに目を通せば，発現すべき症状などが自然に浮かんでくるのも本書の特徴である。

また，各所に症例提示があり，読者が中毒診療を行う上で非常に役立つ情報やヒントが満載されている。

本書では特に「生物毒」の章に多くの写真が掲載されているが，これらを撮影しているときは，上條博士の心はつかの間，「生き物中毒」だった少年時代に戻っていたのではないだろうか。さらに，急性中毒の原因となる毒・薬物鑑別のポイントでは，語呂合わせで記憶に残るような試みがなされている。語呂合わせは国試対策では常識的だが，日本での専門書ではまれである。しかし，語呂合わせで覚えた内容は，30年，40年たった今でも記憶に残っていることが多い。臨床中毒学の重要な部分は常に記憶にとどめ，将来的にも中毒学の面白さや重要性を読者に訴え，またそれを実践してもらうという，上條博士ならではのユニークなアイデアである。



各項目とも専門外の読者でも読みやすく，一方で専門書として深く掘り下げられているため，読めば読むほど内容が濃く，誰もが満足するであろう。中毒を専門とする医師以外にも，日常診療で中毒に接することのある医師，これから勉強する研修医など，多くの医師に自信を持って推薦できる書籍である。

≪神経心理学コレクション≫ 認知症の「みかた」

三村 將，山鳥 重，河村 満●著
山鳥 重，彦坂 興秀，河村 満，田邉 敬貴●シリーズ編集

A5・頁144
定価3,150円（税5％込）医学書院
ISBN978-4-260-00915-7

評者 朝田 隆
筑波大教授・精神病態医学

神経心理学から認知症をみる

小泉首相以降の総理大臣の時代には難しいかもしれないが，旧版長谷川式テストには「今の総理大臣はどなたですか？」という問いがある。本書を読んでいて，かつて私が山梨にいたときに行った在宅認知症患者さん訪問調査の一コマを思い出した。この問いに「それは知らないが，次は俺だ」と迷回答をした人がいたのである。

本書の三村先生のご発言によれば，空想作話をピックアップするのに定型的な質問があるらしい。「今年東大に一番で受かった人は誰ですか？」と尋ねればよい。空想作話の人は，それに得々と答えるらしい。「次は俺だ」はここからの連想である。

作話とか病識は，精神科医の中でも認知症を扱う医師なら必ず遭遇する問題・テーマであろう。しかし，扱うには容易ならざるところがあって，正面から論じられることはまれである。ところが本書においては，3名のエキスパートがこの種の厄介な課題を次々と俎上に載せてゆく。

読み進めるうちに，本書のテーマは認知症の症状を巣症状（失語，失行，失認）の視点からみることなのだと気付いた。「神経心理学から認知症をみる」と副題をつけたい新タイプの認知症本だなと一人合点した。

語り手の3名の先生は，精神科，神経内科，それに神経心理学のご出身である。三村先生のご発言はトップダウン的で視野が開ける思いがする。河村先生はボトムアップ型の理論展開をされる。これらを「ことば巧者」の山鳥先生が素人にも腑に落ちるように要約される。お三方のやりとりには，リズムがあってなんとも心地よい。

ところで筆者は最近，認知症介護の最大の問題は行動異常（BPSD）以上に，さまざまな生活行為の障害ではないかと思っている。食事をすればこぼしてしまう，トイレの使い方がわからず汚してしまう，ズボンを頭から被ろうとする。介護者のストレスはたまる一方だ。

これらの症状に対して，従来は系統的な対応が試みられることはまれであった。経験と勘頼み，その場その場の対応が主であった。今やこうした症状への科学的対応方法の開発は喫緊の課題かと思う。対応を講じる上では障害の分析が出発点だが，本書の姿勢「神経心理学から認知症をみる」はその基本となるだろう。

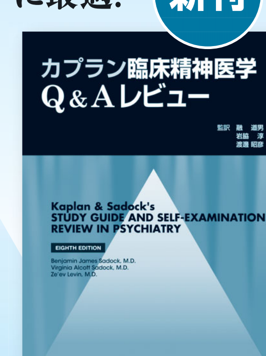
最後に，本コレクションの編集者である故・田邉敬貴先生の思い出を。先生の3年後に京都の同じ予備校と定食屋に通ったこと，先生の義弟とは10代からの付き合い，などなど不思議な因縁があった。高知のご生家ではワインを振舞われるままに泥酔したこともある。先生の好まれた言葉として印象に深いのは「邂逅」だ。先生のおかげでこの良書に「めぐり合わせて」いただいた気がする。学術性と臨床的含蓄に富む本書は，専門領域を越えて認知症医療と研究にかかわる人には必読の書であろう。

●書籍のご注文・お問い合わせ

本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは，**医学書院販売部**まで
☎（03）3817−5657/FAX（03）3815−7804
なお，ご注文につきましては，最寄りの医書取扱店（医学書院特約店）にて承っております。

★ 島根県医師募集 ★
島根県の地域医療を支えていただく医師を募集しています。
☆専任スタッフ（医師）が全国どこへでも出張相談に応じますので、お気軽にお問合わせください。

● 研修サポート ●
地域での勤務を前提に一定期間レベルアップしたい診療分野の研修を受けることが可能です。
● 地域医療視察ツアー参加者募集 ●
将来、島根県での勤務をご希望の医師とその家族を対象に、地域医療の視察ツアーを開催します。日程やコースはご希望に応じます。（旅費支給）
島根県医療対策課医師確保対策室
TEL：0852-22-6683　e-mail：iryou@pref.shimane.lg.jp
http://www.pref.shimane.lg.jp/iryotaisaku/

カプラン臨床精神医学 Q&Aレビュー
Kaplan&Sadock's Study Guide and Self-Examination Review in Psychiatry, 8th Edition
専門医試験対策や知識のブラッシュアップに最適!　新刊
好評『カプラン臨床精神医学テキスト』を補完し、さらに理解を深めるための問題・解答集。あらゆる精神障害の病因、診断、治療を網羅した全61章、1,500問以上のQ&Aを収載。各章において、冒頭の序論で最も重要な点を強調、次に「役に立つヒント」としてキーワードがまとめてあり、重要事項の整理がしやすい。各問題と、その解答として、正答だけでなく誤答にも言及した幅広い考察を通して、知識をより強固なものにできる。

監訳
融 道男　東京医科歯科大学名誉教授
岩脇 淳　鹿沼病院副院長
渡邊昭彦　川村学園女子大学文学部心理学科教授
● B5変　頁624　図13　写真15
● 2009年
● 定価8,400円（本体8,000円＋税5%）
● ISBN978-4-89592-614-0
好評関連書

カプラン臨床精神医学テキスト 第2版 DSM-IV-TR診断基準の臨床への展開　監訳 井上令一・四宮滋子　● B5変　頁1,560　図216　2004年　● 定価19,950円（本体19,000円＋税5%）　● ISBN4-89592-384-3
カプラン臨床精神医学ハンドブック 第3版 DSM-IV-TR診断基準による診療の手引　監訳 融 道男・岩脇 淳　● 定価7,140円（本体6,800円＋税5%）
カプラン精神科薬物ハンドブック 第4版 エビデンスに基づく向精神薬療法　監訳 山田和男・黒木俊秀・神庭重信　● 定価6,090円（本体5,800円＋税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　FAX 03-5804-6055　http://www.medsi.co.jp　E-mail info@medsi.co.jp

信頼と実績ある最新・最高の治療年鑑

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2010

私はこう治療している

好評発売中!

総編集
山口　徹
北原光夫
福井次矢

臨床医が日常遭遇する疾患とその治療法を、第一線の専門医が執筆

■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）

- 1098疾患項目、1076専門医の治療法がこの1冊に
- 本文各項目はすべて新執筆者により全面新訂
- 増加する新薬に対応、℞処方例では薬剤を商品名で記載
- 付録「肝・腎障害時の薬物療法の注意点」を新規掲載
- 付録は多種多彩な15種類を収載
- 各章冒頭に章目次を新設
- 研修医、看護職、薬剤師にも役立つ情報が満載

●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]

「今日の治療指針2010年版」のアンケートにお答えいただいた方の中から抽選で「図書カード」（500名様）を、さらにご希望の方に「治療薬マニュアル2010」別冊付録「重要薬手帳」（先着300名様）を差し上げます。

圧倒的な情報量が支持されています！ 治療薬情報を網羅した年鑑最新版

治療薬マニュアル

MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS 2010

＋別冊付録「重要薬手帳」

発刊20th周年!

紙面刷新

監修
高久史麿
矢崎義雄

編集
北原光夫
上野文昭
越前宏俊

●2010年版の特徴
■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
■2009年12月11日付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、掲載疾患数を一挙倍増
■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疾患の重要処方が加わり、内容がさらに充実

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

毎年全面改訂

好評発売中!

治療薬マニュアル2010　発刊20周年プレゼント企画

「治療薬マニュアル2010」では、発刊20周年を記念してアンケート回答者の中から抽選で3名様に『今日の診療プレミアムDVD-ROM』を、500名様に特製図書カード500円分を贈呈いたします。応募方法は「治療薬マニュアル2010」同封のアンケートはがきをご覧ください。

「今日の治療指針2010年版」×「治療薬マニュアル2010」合同プレゼント企画　特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2010年版」と「治療薬マニュアル2010」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます（300名様）。ご応募の際は「治療薬マニュアル2010」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2010年版」に同封の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください（2010年9月30日消印分まで有効）。

精神科関連書 新刊一覧

◎副作用は仕方ない、なんて思っちゃいけない!

予測して防ぐ 抗精神病薬の「身体副作用」

Beyond Dopamine Antagonism

長嶺敬彦

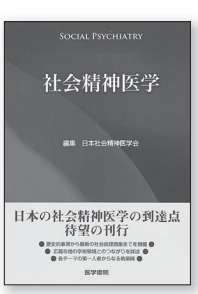
○抗精神病薬の作用と副作用のメカニズムを非常にわかりやすく紹介している（図解が豊富）。
○非定型抗精神病薬の種類によって、副作用の出方に特徴があることが、メカニズムの点からわかる（予測ができる）。
○身体副作用の徴候と、出現を防ぐ臨床的な工夫がわかる（症例も豊富）。
○統合失調症の病因と治療について、最新の学説がわかりやすく紹介されている。

●B5　頁206　2009年　定価2,520円（本体2,400円+税5%）[ISBN978-4-260-00835-8]

◎日本の社会精神医学の到達点　待望の刊行

社会精神医学

編集＝日本社会精神医学会



日本社会精神医学会の編集による定本的「社会精神医学」テキスト。歴史的事項から最新の社会病理現象までを網羅し、広範な他の学術領域とのつながりを詳述、時宜を得た刊行。精神科医はもちろん、精神保健医療福祉に関わるすべての関係者の必携書。

●B5　頁480　2009年　定価11,550円（本体11,000円+税5%）[ISBN978-4-260-00708-5]

◎摂食障害のミニエンサイクロペディア、待望の第2版。

摂食障害

食べない,食べられない,食べたら止まらない　第2版

切池信夫

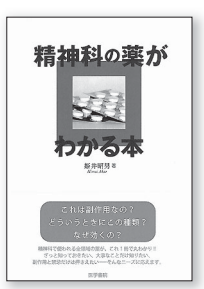
改訂版では、Introduction「はじめて摂食障害患者を診る医師のQ&A」を新設。巻末には、著者が実際の診療で使用している患者向けパンフレットを収載した。このほか、疫学と発生機序については最新データに改め、また臨床像として近年増加している「働く女性」を追加。治療については著者が実践している外来通院治療法を解説し、支持的精神療法や難治例についての記述も補充。薬物療法の内容も一新した。

●A5　頁288　2009年　定価3,570円（本体3,400円+税5%）[ISBN978-4-260-00818-1]

◎精神科で使われる全領域の薬が、これ1冊で丸わかり!

精神科の薬がわかる本

姫井昭男



ざっと知っておきたい。大事なことだけ知りたい。副作用と禁忌だけは押さえたい——そんなニーズに応えます。「よくある質問への答え方」「患者さんへの説明のポイント」「副作用マップ」付き。

●A5　頁208　2008年　定価2,100円（本体2,000円+税5%）[ISBN978-4-260-00763-4]

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

〔広告取扱：㈱医学書院 PR 部広告担当　☎(03)3817-5696/FAX(03)3815-7850　E-mail：pr@igaku-shoin.co.jp〕