

2019年6月17日

第3326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 出版者著作権管理機構 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

- [座談会] 精神医学研究の発展(加藤忠史, 高橋英彦, 林朗子, 北中淳子) / [視点] 患者・家族が求める精神科医のあるべき姿とは(夏寿郁子)…………… 1-3面
- [インタビュー] 精神障害リハビリテーションで当事者の人生を支援する(池淵惠美)…………… 4面
- [連載] 診断エラー学…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY / [連載] 漢字から見る神経学…………… 6-7面

ベッドとベンチの相互協力でめざす

座談会

精神医学研究の発展



医学の進展は、基礎となる生物学研究での疾患の機序解明や治療法開発によって支えられ、その成果が日々の診療へと還元されてきた。精神医学領域においては、バイオマーカーはいまだ確立されておらず、バイオマーカーが特定された場合には他科で診療することも増えるため、精神科日常診療と基礎研究のベンチの間には大きなギャップが存在する。このギャップを埋めていくには、一体どうすればよいのだろうか。基礎研究に取り組む精神科医の加藤氏、高橋氏、林氏の三氏と、精神科の在り方を研究する北中氏との座談会によって、今後の精神医学研究の在り方を検討する。

加藤 精神医学という領域は、不思議な領域です。精神疾患患者の一群に器質的な原因が見つかったと、その一群は「精神疾患ではなかった」ことになる可能性があるのです。典型例は抗NMDA受容体抗体脳炎。機序解明前は緊張病型の統合失調症とカテゴライズされ精神科で診ていたわけですが、現在は脳神経内科の守備範囲になっています。他にも、自閉症様行動が観察されることからDSM-IVでは自閉症の類縁疾患とされていたレット症候群は、DSM-5には掲載されていません。原因が特定されたためです。こうした事例を見ると、精神科医や精神医学関連研究者(以下、研究者)が「精神疾患の原因を解明することは名目上はできない」ということになってしまうのか、と疑問に思うことがあります。

この疑問を議論すべく、本日は臨床に立ちながら脳画像を用いた研究をされている高橋先生、精神科医を経て分子神経科学者になった林先生、そして人類学の視点から精神医学そのものを研究されている北中先生をお招きしました。本日は三人の先生方と共に、精神医学とその基礎研究が今後進むべき道を考えたいと思います。

高まる精神医学への期待

加藤 初めに、精神医学が進んできた道を振り返ってみます。まず林先生、精神医学基礎研究について教えてください。

林 1980年代以降の遺伝学の興隆によって、医学・生命科学の基礎研究が大いに発展しました。その結果、遺伝学的手法を用いて精神疾患が起こるメカニズムの解明とその治療法開発が*in vivo*、*in vitro*で進みました。例えば、統合失調症の関連遺伝子DISC1 (*Disrupted in schizophrenia 1*)の変異がなぜ統合失調症を引き起こすのか。DISC1以外にも疾患関連遺伝子はないのか。どうすればその病態を抑えることができるのか。それらを調べるために研究者は、遺伝子を組み換え、モデル動物を作って研究を進め、膨大な量の知見を得ました。

加藤 遺伝子で全てを解明できるのではないかと熱狂した時代でしたね。しかし分子という階層だけで全てを語ることはできないと気付かされました。

林 そこで研究者は、遺伝子の機能を分子、シナプス、神経回路レベルなど

マルチスケールで探索するようになりました。モデル動物を用いれば、生きたまま活動電位を測定したり任意の神経細胞を特異的に活性化したりでき、遺伝子と病態の因果関係や責任回路の同定もできます。精神科医として勤務していたころは、患者さんの病態は目に見えるのに、それを引き起こす生体の異常が見られないことがフラストレーションでした。ヒトでは決してできない研究を進めることで病態と生体異常の二者を架橋できると期待しています。

加藤 メカニズムがわかれば、治療法の開発にもつながりますね。NIMH(米国立精神衛生研究所)のJoshua A. Gordon所長は、精神疾患の責任神経回路の同定がアデノ随伴ウイルスを用いた神経回路治療につながるのではないかと期待を寄せています。

林 一方で、動物実験だけでは不十分だとの行き詰まりも感じます。モデル動物はヒトの病態をどれほど模倣するのか。モデル動物での研究成果が果たしてヒトにどれほど外挿できるのか。誰にも答えはわからず、かといってiPS細胞や死後脳を用いた実験系では行動異常を見られません。ヒトと動物、

脳領域のレベルと遺伝子のレベル。マルチスケールでの研究による疾患メカニズムの解明が必要だと感じています。

加藤 メカニズムを解き明かすと言っても、動物レベルの基礎研究からヒト脳を調べる研究までマルチスケールに行わなければならないのです。それではヒトを対象とした精神医学研究の進展を振り返ってみましょう。

高橋 神経心理学の分野では、症状と脳の外傷や神経細胞死を照らし合わせるにより脳機能の理解を進めました。症例報告としては興味深いのですが、症例数は決して多くないため、疾患の大枠をとらえることは困難でした。

より多くの患者・医師へ研究成果を還元できたのは、PETの脳画像を用いた投薬量最適化の研究です。抗精神病薬や抗うつ薬の成分がどれほど血液脳関門を通過し脳まで行き届くのかをPETで測定することで、薬物動態の観点から最適投与量を調べることができるようになりました。

加藤 薬の開発でPETは必須になりましたね。臨床試験だけに頼らず、薬の適切な用量設定がやっとできるよう

(2面につづく)

臨床から基礎研究まで、双極性障害のあらゆる情報を網羅した決定版!

双極性障害

病態の理解から治療戦略まで

第3版

加藤 忠史

“臨床”と“研究”の最前線がここに!

双極性障害

病態の理解から治療戦略まで

第3版

加藤 忠史

双極性障害の決定版入門書、待望の改訂第3版。概念の歴史から疫学、症状、診断、治療、治療薬の薬理、ゲノム研究、病態仮説の現状まで、臨床・基礎のあらゆる情報を網羅している。圧倒的な情報量ながら、随所に症例を交えた内容は読みやすく、理解がしやすい。この一冊で双極性障害の全体像を把握することができるだろう。

- 目次
- 第1章 歴史
 - 第2章 疫学と社会的影響
 - 第3章 症状・経過
 - 第4章 診断
 - 第5章 治療戦略
 - 第6章 治療薬とその薬理
 - 第7章 環境因
 - 第8章 ゲノム研究
 - 第9章 脳研究
 - 第10章 患者由来細胞を用いた研究
 - 第11章 バイオマーカー研究
 - 第12章 病態仮説

●A5 頁440 2019年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-03917-8]



医学書院

座談会 ベッドとベンチの相互協力をめざす

(1面よりつづく)

になりました。

高橋 さらにその後fMRIが登場してからは、医学領域だけでなく多くの学問領域でヒト脳を対象とした研究が盛んになりました。以前は、脳活動を見るためには造影剤を投与したり放射線被曝に配慮したりする必要があったため、医師以外の研究者には参入しにくい状況でした。fMRIを用いれば非侵襲的に脳活動を見られるため、多領域で脳やこころにアプローチできるようになり、ヒト脳のはたらきの解明が進みました。まだ臨床に還元されていないとはいえ、精神疾患の脳活動パターンなども見いだされています。

北中 精神や脳が科学的に語られるようになったことで、精神疾患や精神科のイメージはずいぶん変化しました。30年ほど前は、精神科は一般には近寄りたく、患者も医師も精神疾患治療の難しさに圧倒されていたと記憶しています。それが今ではこころの在りかとしての社会脳や可塑性の強調により脳科学の知が一般にも広がり、精神疾患も「治せる可能性がある病」との認識へ変化しました。同時に、児童期の発達障害、青年・中年期のうつ病、老年期の認知症と、生涯にわたって日常の生きづらさを精神医学的にとらえる「ライフサイクルの精神医療化」が進行している状況もあるかと思えます。

加藤 最近では発達障害やうつ病の増加、統合失調症の軽症化が指摘されていますね。精神科医と社会の両方で疾患の認知度が高まり、重症でなくても受診するようになった結果でしょう。

北中 精神医学や脳神経科学の研究成果にインターネット等を通じて容易にアクセスできるようになったことで精神科受診の敷居が下がり、生きづらさを救ってくれる場として精神医学が期待されるようになったとも言えます。併せて、社会的な問題を医療的に解決したいとの機運が高まっています。以前なら社会でなんとか対応してきた集団行動が苦手な生徒や物忘れが始まったお年寄りを「発達障害」や「認知症」ととらえることで、医療的介入が望まれるようになっていきます。

@igakukaishinbun

●かとう・ただふみ氏

1988年東大医学部卒。同大病院で研修後、滋賀医大助手。95年同大にて博士(医学)取得。東大助手、講師を経て、2001年より理研チームリーダー。「双極性障害——病態の理解から治療戦略まで(第3版)」(医学書院)など著書多数。双極性障害の原因解明をめざし、ゲノム、死後脳、動物モデルなど幅広い観点から研究を行う。現役のうちに「神経病理学のレベルで双極性障害を再定義し、診断法、治療法開発につなげたい」。



精神疾患は生物学だけでは語れない

北中 精神医学への期待は、時に過剰なものにも見えます。精神科が生きづらさを救ってくれる場として認識されたことで、自身を疾患のラベルで語りたがる人が増えました。セルフチェックをして精神科へ来院し、誰しも経験するような人生の葛藤を、脳神経科学的な特性に由来する事象として、バイオロジカルに、早急に解決することを求めるような風潮もあるかと思えます。加藤 確かにそのような場合が多く見受けられます。「同僚にひどいことを言われ、具合が悪くなった」と言う患者さんがいます。それは具合が悪いのではなく、ひどいことを言われて嫌な気分になった当たり前の心の働きで、疾患の症状ではないのですが。

将来的には脳を見ることで、疾患に由来する症状かそうでないのかを峻別できると期待していますし、それをめざして研究をしています。残念ながら区別できないのが現状です。

林 精神疾患にはさまざまなサブタイプがあるから、どんな脳の異常に由来するかわからない。原因がわからないから、同じ診断名でも現れる症状は異なってしまう。この堂々巡りです。

加藤 それゆえ現状、研究者として疾患関連遺伝子や脳病態の知識をいくら持っていても、臨床医として患者さんに向き合うときにその知識を使うことは、私の場合はほとんどありません。

高橋 確かに私も、臨床では患者さんの病態と脳を結び付けて考えることはほとんどありません。研究にも取り組んでいる分、ヒトを対象とした研究成果でも臨床応用にはほど遠いと感じますからね。

●たかはし・ひでひこ氏

1997年東京医歯大医学部卒。2005年同大にて博士(医学)取得。放医研主任研究員、米カリフォルニア工科大客員研究員、京大大学院精神医学教室講師、准教授などを経て、19年より現職。09年には第46回ベルツ賞1等賞を共同受賞した。著書に『なぜ他人の不幸は蜜の味なのか』(幻冬舎ルネッサンス)。「脳画像に携わる研究者・治療者として、診断だけでなく治療にも脳画像を利用できるようにしたい」。



加藤 剖検時に得られた脳組織を凍結保存し、研究試料の整備をめざす日本ブレインバンクネットの構築が進む中で、そもそも検体の診断が議論となったことを思い出しました。神経病理学者は、死後脳で見つけた病変を診断と考えます。一方、精神科医にとっては患者さんが亡くなってから診断できて意味がない。目の前の患者さんを診療するために面接診断をするわけです。高橋 つまるところ私たち精神科医は、脳や遺伝子の異常を見て精神疾患と診断するわけではないのです。これでは神経病理学者の診断と一致しなくても致し方ありません。

北中 しかし社会の側は、インターネットのチェックシートや面接診断による器質的な異常のスクリーニングを期待しています。この認識の差異が、当事者の苦しみや精神医学への失望にもつながる可能性があるのではないのでしょうか。

加藤 他科では臨床と基礎研究のギャップが精神科ほど大きくないので、私たち精神医学関係者から十分な説明をしなければわかりにくいかもしれませんね。

林 治療についても、期待され過ぎているような気がします。ドーパミンニューロンの変性だと、分子、細胞、神経回路レベルでの原因の理解が進んだパーキンソン病でも、不十分な治療効果しか得られていません。原因がはっきりしない精神疾患ではなおさら治療が難しいでしょう。

北中 原因が解明されても、果たして生物学的異常だけで精神疾患を十分に理解できるのでしょうか。精神疾患は、バイオマーカーに基づいて客観的に診断される「自然種」としてのみとえられるわけではありません。生物学的な疾患であると同時に、周囲の環境や

●はやし・あきこ氏

1999年群馬大医学部卒。同大病院にて初期研修の後、2005年に同大大学院医学系研究科博士課程修了。東大大学院助教、特任講師などを経て、16年から現職。新学術「マルチスケール精神病態の構成的理解」領域代表として、シナプス・神経回路などマイクロレベルでの精神疾患解明をめざす。基礎研究者としての目標は「基礎研究だからできることに注力しつつ、臨床家を熱中させる研究をすること」。



社会的関係性で症状自体が変わり得る「相互作用種」です。精神疾患とラベル化されることで、患者さんはより精神障害者らしく振る舞い始めてしまう弊害すらありますし、それによって疾病の現象や概念が変化するとわかっています。

また、精神疾患の予後も文化・社会によって異なります。WHOが舵を取ったIPSS(International Pilot Study of Schizophrenia)などの統合失調症患者の疫学研究では、先進国よりも発展途上国の患者の予後がいいと報告され、精神医学界に衝撃を与えました。人類学では、食・生活環境等のみならず、スティグマの有無や経済的格差といった社会的要因が生物学的要因とも関連する「ローカル・バイオロジー」が問われ始めています。

林 おっしゃるとおり、社会的要因が重要だと報告は多数されています。そのことがなおさら、原因解明や正確な診断を困難にしてしまうのです。

加藤 精神医学は生物学だけで語り尽くせない現状があります。私たち専門家の精神疾患への認識を、もっと丁寧に説明しなければならないようです。

脳病態に根差した治療法開発へ

加藤 現状の精神医学では、メカニズムを解明するための基礎科学と実臨床のためのプラグマティックな科学の間には乖離があります。基礎の研究者が疾患メカニズムを研究する傍らで、臨床研究では疾患の原因はブラックボックスのまま、診断・治療の研究が行われます。そのため、生物学的な原因によらない診断基準や治療法の研究が進められたわけです。今後は、脳病態に根差した治療法開発はあり得るのでしょうか。

動画でわかる! CBTの決定版テキストが待望の改訂



認知行動療法トレーニングブック

[DVD/Web動画付] 第2版

監訳: 大野裕 / 奥山真司

●A5 頁400 2018年 定価: 本体9,000円+税 [ISBN978-4-260-03638-2]

基礎理論、実践方法はもちろん、治療者が燃え尽きないための対処法まで、CBTのすべてが詰まった1冊。米国の第一人者たちが面接法を披露する23編、計200分の動画つき。眺めているだけで臨床で使えるヒントがたくさん手に入ります。

医学書院

CONTENTS

- 1 認知行動療法の基本原則
2 治療関係治療における協働的経験主義
3 アセスメントと定式化
4 構造化と教育
5 自動思考に取り組む
6 行動的手法Ⅰ 気分の改善、活力増加、課題遂行および問題解決
7 行動的手法Ⅱ 不安の抑制および回避パターンの打破
8 スキーマの修正
9 自殺のリスクを軽減するための認知行動療法
10 重度、慢性または複合的な障害を治療する
11 CBTにおけるコンピテンシーの向上

てんかんなら、『てんかん学ハンドブック』
「てんかんは難しい」「どこから手をつけたらいいかわからない」と悩む若手医師、非専門医には最良な入門書として、経験豊かなてんかん専門医にも必ず気づきをもたらす奥深い1冊。6年ぶり待望の改訂!
てんかん学ハンドブック 第4版 兼本浩祐
目次
第1章 てんかん学の基礎
第2章 治療
第3章 脳波
第4章 鑑別診断
第5章 てんかん症候群とてんかん類似疾患
第6章 抗てんかん薬
第7章 遺伝
第8章 器質因
第9章 診療アラカルト
●A5 頁448 2018年 定価: 本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03648-1]

精神医学研究の発展 座談会

●きたなか・じゅんこ氏

1993年上智大文学部卒。95年に米シカゴ大修士課程を、2006年に加マギル大人類学部医療社会研究学部博士課程を修了。慶大文学部准教授などを経て16年から現職。著書に、米国人類学会 Francis Hsu 賞を受賞した『Depression in Japan』(Princeton UP)や、『うつつの医療人類学』(日本評論社)などがある。精神病に対してより共感的な社会をめざし、うつ病と認知症の精神科臨床をフィールドとして医療人類学研究を行っている。



高橋 認知行動療法などの精神療法と呼ばれるものを相補する治療法として、ニューロフィードバックに可能性を感じています。精神療法は患者本人に気付きを促すことが大事なので、可視化することが効果的です。fMRIを活用できると考え、研究を進めています。

加藤 脳を直接電極で刺激するDBS(脳深部刺激療法)はどうでしょうか。海外ではうつ病に対する臨床試験を行ったものの、効果は証明できません。先述のアデノ随伴ウイルスを用いた神経回路治療も、どの神経回路が原因なのかははっきりしない状態で適応するのは乱暴に思えます。

林 そこで活躍できるのが基礎研究者です。研究者ができるのは疾患メカニズムの解明だけではありません。モデル動物を使えば、DBSでは何Hzで刺激すると何が起こるのかをマルチスケールで検証できます。その結果、治療法としての有効性を徹底的に調べることができます。

加藤 基礎研究の進展によって神経回路レベルでの治療の可能性が見えてくることに期待したいですね。

患者が生きやすい世を
医師・研究者・患者でつくる

北中 精神疾患患者さんの苦しみは、症状そのものだけではなく、社会からスティグマを負わされることにも苦しんでいます。こちらにも精神科医、研究者としてアプローチすることはできないでしょうか。

高橋 治療可能性を研究的に示すことは有効だと思います。HIV/エイズやがんも昔は不治の病と恐れられていましたが、治療可能性が見いだされ、過度には恐れられなくなりました。

加藤 精神疾患も体の病気だと示すことができれば、スティグマも減ると思います。パーキンソン病へのスティグマはそれほどありませんよね。たとえ完治が難しくても、原因についての理解が進むことだけで、スティグマを減らすことにつながるのではないのでしょうか。

林 原因を解明し治療法開発につなげるには、より同一性の高い一群を取り出して詳細に調べることが必要だと思います。こうした研究は、ヒトでのデータからスタートするのが有効でし

う。レビー小体病は、臨床医の診立てによる分類と、脳の病変の発見でパーキンソン病やアルツハイマー型認知症から分離しましたよね。同一集団の特定によって、抗NMDA受容体抗体脳炎に対する腫瘍切除治療のように、クリティカルな治療を提供できるようになるでしょう。器質的異常が見いだされた一群を精神科医が診なくなるというパラドックスについては冒頭で加藤先生が言及していましたが。

高橋 最近の動向を踏まえると、同一性の高い集団をあぶり出すにはAIを用いたビッグデータ解析にも期待がかかります。希少疾患と呼ばれるような少数の同一集団から、より広範な症状に対する同一集団まで見つけれられるかもしれません。

加藤 とは言え、ビッグデータの中から本質を見いだせるかには懸念もあります。ゲノムワイド関連研究は、対象者数が増えるほど関連遺伝子が多く見つかります。何百万人を調べたら、結局、脳に発現する遺伝子のほとんどが精神疾患と関連することになってしまうかもしれません。そして、どの精神疾患も同じような遺伝子と関連しているとなったら、「精神疾患は単一である」という乱暴な議論になってしまうかもしれない。これでは疾患の本質に近づいたとはとうてい言えません。

北中 そうしたときに、方法論としてのケーススタディが有効のように思います。疫学的論理とケーススタディの臨床的洞察をつなぐ研究が増えることで、加藤先生がおっしゃったメカニズムの科学とプラグマティックな科学の間にある壁も低くなるのではないのでしょうか。

林 臨床医からのそうしたフィードバックは非常に重要ですね。研究者は時に臨床の視点を忘れがちです。基礎研究に臨床医からのフィードバックが入ることで、生物学だけでなく、臨床的にも意義深いデータが生まれるのだと思います。

加藤 結局、診断法・治療法開発のためにも、スティグマを和らげるためにも重要なのは、基礎研究と臨床の両輪を相互に協力しながら回すことと言えそうです。疾患のメカニズムや原因を解き明かす研究と、臨床的な治療法を検証する研究がばらばらに行われるのではなく、メカニズムに基づいた診断・治療法を開発しなければなりません。

北中 臨床と研究が共同して科学知を生産する場に、当事者の視点が入るとさらによいと思います。高橋先生が先ほど言及されたエイズの研究は、当事者たちが科学研究の最新の知を手に入れることで必要な研究を次々と提案し、ユーザー主導で進め、科学知の在り方を大きく変えました。

医師や科学者にとってどれほど優れた治療法が確立できたとしても、それが当事者のアイデンティティーを歪め

患者・家族が求める
精神科医のあるべき姿とは

夏苺 郁子 やきつべの径診療所



確固たる原因も治療法もいまだ見つかっていない精神疾患では、担当する医師の態度や言葉が患者の予後に大きく影響する。担当医から不本意な対応をされたら二度と診療を受けたくないだろう。受診拒否に対して一番先にやるべき対策は、患者に病識を持たせる以前に、「受診してよかった」と思われるような診療をすることではないか。

では、そうしてもらえよう診療とは、どんな診療なのだろうか。筆者は2015年に全国の患者・家族へ「精神科担当医の診察態度」を評価してもらってアンケート調査を実施し、7234人から回答を得た(<http://natsukari.jp/result/>)。選択式回答を論文¹⁾にまとめた一方、論文には盛り込めなかった数千人の自由記述の中にこそ患者・家族の本音があると考え、現在、解析を続けている。

◆自由記述に現れた患者・家族の本音

自由記述の中から、言われてつらかった医師の言葉、態度を一部紹介する。

「聞いているだけという感じが、医師は薬を買うための自動販売機で、医師そのものに対する関心がなくなってきている」「説明を求めるとキレる」「患者に多くを語らせない、というオーラが出ていて怖いときがある」「自分は精神科のことは何でも知っていて、他の病気の薬の副作用は全くわからないと平気で言っていて、自分が一番偉いと思っている」「全てこちら側に失敗の原因があるように説明を受けると、繰り返すごとに自分自身を失ってしまう」「話を途中で遮られることがある」「日によって気分がムラがあり、それが患者にもわかるくらい伝わってくる」「態度がコロコロ変わり困っている」「あまりに寡黙」「本人の言いたいことを聞いてくれる人という感じで、真の問題点に関して『それは難しいねえ』と答えるのみ」「『あなたは一生治りません。将来を諦めてください』と言われた」「今生きることで精一杯の当事者に対して『将来はどうしたいのですか』と問わないでほしい」

極端な例かもしれないが、これに近い対応に心当たりはないだろうか。時間や人手がない中で、精神科医には専門性と思いやりのある診療というスーパーマン的な対応が求められる。

それを実現するための答えも自由記

述の中にあると考える。医師から言われてうれしかった言葉、態度は何だろうか。質問への回答を一部紹介する。

「この状況をよく乗り越えましたね!」「あなたは心を開いて話をしてくれる、いい患者さんです」「一緒に頑張れるよう、よくなるイメージを共に持ちましょう」「改善できた部分を認め、褒めてくれたときの、先生のにこっと笑った顔がうれしかった」「表情が明るくなったことや体型の変化などによく気付いて言葉にしてくれること」「できないことでも、少しでもできればいい」「真剣に治そうとしていないから治らないのかと質問したとき『きちんと診察に来て薬も飲んでるので真剣に治そうとしていると思いますよ』と答えてくれた」「7年の間に5人も先生が変わり、皆若い先生だったけどどの先生もゆっくり話を聞いてくれ患者を下に見ることもなかった」

若手医師であっても、同じ目線で診療する姿に患者・家族は経験不足を上回る感謝の気持ちを持っていることを知っていただきたい。われわれの日常でも、友人が笑顔で言った何気ない言葉で気分が晴れた経験は多々あるだろう。理論や技法以前に、「あなたを心配しています」という思いが相手に伝わるような話し方は当たり前に必要なはずである。患者・家族は、当たり前の「人としての」会話を求めている。

医療制度を変えなくても予算や時間がなくても、小さな気使いや声掛けの積み重ね、工夫が患者—医師関係の信頼につながる。医師には耳の痛い文言も連ねたが、自由記述に現れた患者・家族の本音はまさに「精神科医のあるべき姿」を教えているのではないだろうか。

●参考文献

1) 夏苺郁子, 他. 「精神科担当医の診察態度」を患者・家族はどのように評価しているか——約6,000人の調査結果とそれに基づく提言. 精神誌. 2018; 120(10): 868-86.

●なつかり・いくこ氏/1981年浜松医大医学部卒。同大精神科助手、神経科浜松病院などを経て、2000年やきつべの径診療所を開設し現職。子どものこころ専門医、精神保健指定医、精神科専門医。著書に『人は、人を浴びて人になる』(ライフサイエンス出版)など。

るもの場合、果たしてそれを促進すべきかという問題もあります。従来の治験で測られる治療効果に加え、患者や家族の主観的な満足度という評価軸も必要だと考えます。

加藤 これもまた、今後の精神医学研究に必要な視点ですね。精神科医、研

究者、当事者の三者で精神疾患の克服をめざすことで、精神疾患の症状も偏見もせめて高血圧くらいには押えられて、患者さんが生きやすい世の中を作っていきたいと決意を新たにしました。本日はどうもありがとうございました。(丁)

認知症にかかわる心理職必携! アセスメントも支援へのつなぎ方もわかる1冊

認知症の心理アセスメント はじめの一歩

今後心理職のより深いかわりか求められる「認知症」。そのアセスメントから支援への導き方を学べる本が登場。検査結果の背景に脳のどんな障害があるのか、イラストと豊富なデータ、事例でしっかり解説し、公認心理師対策にも生かせる「神経心理学」の基本が身につく。病院や地域、福祉施設など様々な場面でのアセスメントと支援、報告書の書き方も明快に提示。認知症にかかわる心理士が「はじめの一歩」を踏み出せる1冊!

編集 黒川由紀子
扇澤史子

精神科の薬を“ざっと”知りたいあなたへ

精神科の薬がわかる本 第4版

好評定評の内容改訂&オールカラー化! 「精神科の薬を取り巻く環境の変化や新薬を、著者の臨床実践を基に追加」というコンセプトはそのままに、よりわかりやすく見やすく紙面を刷新。社会背景とともに変わっていく薬の評価や役割。氾濫する情報にまどわれないためにも、医療職だけでなく精神科の薬にかかわるすべての人が手に置いておきたい1冊。

姫井昭男



精神障害リハビリテーションで 当事者の人生を支援する

interview 池淵 恵美氏 (帝京平成大学大学院臨床心理学研究科 教授) に聞く

ノーマライゼーションの考えが医療・福祉関係者の間に浸透してきたことで、統合失調症の人たちは病院で保護されるだけでなく、地域で自分らしく生活することを目標にするようになった。現実と相反した自己認識により「生きづらさ」を抱える統合失調症の人たちが社会復帰をめざすに当たり、必要とされる精神障害リハビリテーション(以下、精神障害リハ)が注目されている。本紙では、第一線で精神障害リハに携わってきた自身の経験から当事者を取り巻く背景や現状を『こころの回復を支える 精神障害リハビリテーション』(医学書院)に著した池淵恵美氏に、その取り組みと展望を聞いた。

——池淵先生が精神障害リハに携わるようになったきっかけは何ですか。
池淵 医学部を卒業し東大病院の精神神経科で研修中、統合失調症の人たちへの診療の実態を知ったのがきっかけです。私が入局した1978年当時、東大病院精神神経科は外来と入院病棟の場所が分かれており、研修は外来診療とデイケアがメインでした。

——その当時、当事者と実際に接してみてもう感じましたか。

池淵 一般的に統合失調症の人たちはネガティブなイメージを抱かれがちですが、デイケアの場で活動に取り組む人たちは皆生きることに懸命で、周囲とのかかわりに意欲的でした。ポジティブな一面や、精神的にもろい一面など、外来の診療だけでは見られない当事者の本来の姿を知ることができたのです。統合失調症の人たちへの就労支援が今と比べ不十分だった当時、早く仕事に復帰したいと話す方たちのために、近くのお店街で仕事を提供してくれるお店を探すための名刺配りをしたのは思い出です。

——当時から社会復帰をめざした取り組みをされていたのですか。

池淵 他にもご家族と一緒に住むことが困難な方のために住み込みで働ける新聞配達の仕事を探すなど、地道な活動に数多く取り組みました。当事者が元気になって社会に生き生きと戻っていく姿を目の当たりにし、精神疾患を抱える方に向き合うことへのやりがいを感じ、社会復帰を支える精神障害リハにのめりこんでいきました。

治療方針の転換に伴う 社会での「生きづらさ」とは

——精神障害リハに取り組まれてきた間、統合失調症の人を取り巻く環境はどう変化したのでしょうか。

池淵 精神障害の人たちへの治療は入院と外来診療、デイケア中心だった時代から、地域ケアへと変化し、福祉事業所がたくさんできました。障害者雇用の制度も整備されたことで地域でその人なりに生きていくための支援を重視するようになったのです。私がこの

道に進んだ40年前は、10年単位で入院することが当たり前でした。障害の有無にかかわらず、誰もが地域の中で自分らしく生活する権利を持つというノーマライゼーションの考えが1990年代頃から社会に浸透してきたことで、精神障害の治療方針が大きく転換しました。

今は障害を抱える方への就労支援も進み、支援付きの働く場を提供できるソーシャルファームが増えました。一般の職場で就職が難しい状態の方でも、医療機関以外で健常者と一緒に働きその人なりの収入を得る場が増えたと思います。

——地域で自分らしく生活することを目標とするようになった中で、当事者はどのような課題を抱えているとお考えですか。

池淵 統合失調症の人たちは、障害とともに現実と相反した自己認識を持つことが多いので、社会での生きづらさを常に抱えています。原因の1つに、幻聴や妄想といった症状により、世界が自分に阻害的であるように誤認識することが挙げられます。あるいは、病気の影響で脳機能が低下し、集中、記憶、思考などが困難になることで、周囲に合わせた行動が困難となり、生きづらさが形成されてしまいます。

——生きづらさは当事者の生活にどのような影響を及ぼすのでしょうか。

池淵 社会から引きこもってしまう場合が多く、今まで通りの生活が送れなくなることで、自分の進むべき道がわからなくなりがちです。そのためにますます社会的な知識が乏しくなり、年齢に見合った社会性や社会で生きる術を身につけられないといった負のスパイラルが生じます。

社会での生活へ向けて 自信をつけるかかわりを

——生きづらさを抱える当事者にリハビリテーションを行う意義はどこにあるのでしょうか。

池淵 地域ケアが重要視されるようになった精神科領域では、障害があってもその人なりに社会で生きる方法を探

し、支援することを目的としています。

そもそもリハビリテーションの目的はその人なりの生き方や権利を取り戻すことです。リハビリテーションは障害を取り去り、不自由な部分を良くすることだと考えられていることがありますが、その人なりの生き方ができるようになるために、障害による不自由さがあってもできることを増やそうとの考えがリハビリテーションの正しい位置付けです。

——当事者が生き方を取り戻すために、精神障害リハはどのようにアプローチするのでしょうか。

池淵 生きづらさを抱えた方たちに自信を持ってもらうため、介入初期はいつでも医療者の支援を受けられるような安心できる居場所を提供します。「リハビリ」と称していきなり過度な負担がかかる実際の社会生活を送らせることが希薄すぎる環境で過ごすことも、本人が自信をつける体験をするには不向きです。リハビリテーションを通じて、安全な場でありながらやりがいや刺激もある環境を提供します。当事者は社会とのかかわり方を学び、その人なりの新しい社会参加をめざします。

——介入の中で専門家は具体的にどのようなかかわりをするのですか。

池淵 障害を抱えた方たちが社会体験を重ねて経験知を増やせるようサポートします。並行して、苦しかったことやつらかったことを専門家と共に話す中で、本人が自分の生育体験や気持ちを整理し、自分なりの成長を伴った社会で生きていくための価値観を見つけていくことも重要となります。

リハビリテーションのプログラム活動や実際の社会での体験を通して自信をつけ、少しずつステップアップすることで、生きづらさを抱えていた人が実際の社会でその人らしく生きられるように支援していくのです。

「できたこと」を評価する 周囲の存在が大切に

——当事者がめざすゴールはどのように決めるのでしょうか。

池淵 自分らしい元気な状態である「パーソナル・リカバリー」と、しっかり症状がなくなり生活が継続できる状態である「客観的リカバリー」の両方のバランスがとれた状態をめざします。病気を悲観的にとらえるのではなく、本人が自分の価値観や視野を広げ、前向きに困難を乗り越えて行けるよう私たちがサポートしたいですね。



●いけぶち・えみ氏

1978年東大医学部卒。同大病院精神神経科、帝京大精神神経科学講座講師、教授を経て2012年に同主任教授に就任。19年4月より現職。博士(医学)。帝京大名誉教授。統合失調症の精神障害リハビリテーションに長きにわたり携わる。現在は日本医療研究開発機構(AMED)プログラムオフィサー、国立精神・神経医療研究センター理事も務める。近著に『こころの回復を支える 精神障害リハビリテーション』(医学書院)。

——精神障害リハの場面で心掛けていてることを教えてください。

池淵 本人は自分自身のことや生き方を簡単には学ばせません。これまでの診療経験から少し先が読める私たちが情報を提供し、本人がどのように生きていくか自分で選択できるようにすることが重要です。

——そのためにはどのような支援が必要なのでしょうか。

池淵 小さなことであっても達成できたことに気付いて褒めてくれる、専門家や職場の仲間、家族の存在が大切です。また、統合失調症の影響で意欲が出ずどうすれば良いかわからない方に対し、背中を押してサポートすべき場面があります。精神障害リハを通して自信がついてくると、最終的に自分のやりたいことを見つけれられるようになるのです。

——精神障害リハの今後について、どのようなことを期待しますか。

池淵 統合失調症の人の生きづらさをより軽減できるよう発展してほしいですね。現在は社会に戻るのには年単位の時間がかかり、本人が希望する「明日から社会参加」とはいきません。

統合失調症の客観的な回復には脳機能の回復が必要不可欠なものの、今の医学では統合失調症の原因や、障害改善への介入手段なども解明できていません。ただし、基礎研究の段階ではありますが、手掛かりとなる研究は数多く存在します。これらの研究がさらに発展し、統合失調症の客観的な回復が進めば、精神障害リハの効果も増し、本人が自分の生活を取り戻していくことがもっとやりやすくなると思います。

しかし、これらは10年、20年先の話です。まずは今まさに社会参加をめざす目の前の人の背中を押してあげられるような支援を、精神障害リハを通じて行っていきたいです。(了)

こころの回復を支える

精神障害 リハビリテーション

精神障害リハビリテーションの基本的な概念や理論の解説、実際にリハビリテーションを進めていく手順、ひとりひとりの人生に寄り添うことの重要性、支援者に必要な技術や心構えまで、第一級の実践者が事例を豊富に交えて解説します。

池淵 恵美



目次 Contents

- 第1章 精神の「障害 disability」とは何か
- 第2章 リハビリテーションとはどういうものか
- 第3章 精神障害リハビリテーションのプロセス
- 第4章 精神障害リハビリテーションを計画する
- 第5章 人生を支援するリハビリテーション
- 第6章 回復を支える支援者の役割
- 第7章 精神障害リハビリテーションをゆたかにする研究
- 終章 時代の精神を越えて

●A5 頁284 2019年
定価：本体3,400円+税
[ISBN978-4-260-03879-9]

医学書院

ケースでわかる 診断エラー学

「適切に診断できなかったのは、医師の知識不足が原因だ」——果たしてそうだろうか。うまく診断できなかった事例を分析する「診断エラー学」の視点から、診断に影響を及ぼす要因を知り、診断力を向上させる対策を紹介する。

綿貫 聡

東京都立多摩総合医療センター
救急・総合診療センター医長

第6回

徳田 安春

群星沖縄臨床研修センター長

診断エラーの予防：患者協働①

ある日の診療

冬場の救急外来に腹痛を主訴に来院した23歳女性。来院当初、心窩部痛と嘔吐が主訴であった。軟便が1回あったが明確な下痢ではなく、救急外来でアセトアミノフェンを投与され症状は軽快した。救急外来の担当だった私は、「胃腸炎の可能性がります。腹痛が良くなるようならまた医療機関を受診してください」と説明し、患者は帰宅しようとしていた。

そこに指導医が通り掛かり、「あの患者さん、帰ろうとしているけど、どう説明したの?」と私に声を掛けた。「胃腸炎の可能性がること、痛みが良くなかったら再来してくださいって伝えました」と答えたら、

「そうか。胃腸炎って確定診断なの? 良くなかったら来てくださって、何日様子を見てほしいのか具体的に伝えたのかな?」

「いえ、胃腸炎はあくまで暫定診断です。具体的には伝えませんでした。1日程度経過を見て腹痛が改善しないなら、もう一度来てもらったほうがいいと思っています」

「それなら患者さんにそのことを具体的に伝えたほうがいいよ。もしかしたら患者さんは違う認識をしているかもしれない」。

第3回(第3314号)に、主な介入策として3つ、認知バイアスへの介入、システムへの介入、患者との協働関係の構築を紹介した。今回はこの中で患者との協働関係の構築について紹介する。

Patient Engagement(患者協働)という概念がある。これは、患者にとってより適した医療が受けられるように、患者自らが医療者と協働することである。Institute of Medicine(全米医学アカデミー)による診断エラーの定義が「健康問題について、正確かつ適時に解釈や説明がなされない¹⁾」となっているように、診断エラーにおいても、適時の診断を目的として正確な病歴を得ることや、患者側の気付きを医療者が適切に認識するための患者とのコミュニケーション、患者との協働関係は大きなテーマである。

患者の意思決定に向けて、患者と医療者が協働する時代へ

医療者と患者の間には健康や医学知識におけるリテラシーの差がある。例えば病状説明一つをとっても、以前は“ムンテラ”と呼ばれる医療者から患者への一方的な説明があるのみで、内容についての理解を十分に促さない状況があった。この次にInformed Consentという概念が登場し、医療者は患者に対して説明を丁寧に行うようになった。しかし現実には、治療方針決定について患者・患者家族側で判断を行うのは難しい状況があり、医療者の意見は価値判断の中で大きな影響を与

え、ともするとパターンリズム的な状況になりがちである。

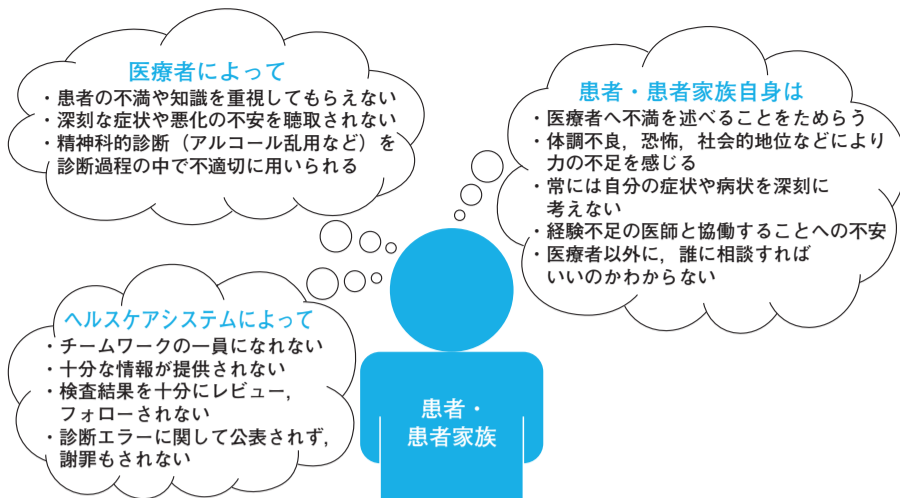
その歴史を経て、医療者が患者と共に意思決定するというShared Decision Makingという概念が普及しつつある。このように意思決定を達成するためには、患者自身の医療に対する深い理解と主体的な参加が必要になってくる。

上記のようなリテラシーの乖離や医療者との関連性により、図1のようなことを患者や患者家族は感じる可能性がある²⁾。これらを患者・患者家族が感じると、患者が情報提供を十分に行えなかったり、診断プロセスに問題点を発見したときに医療者に伝えるのをためらったりしてしまうだろう。

患者協働を進めるための概念

協働関係の構築が難しい状況を改善するために、「Patient as a partner」という理解のもと、診断プロセスのチームワークの中心には患者と患者家族があり、その周囲に診断医、医療専門職がかかりチームを形成することが提唱されている(図2)。このような関係性の中で患者と患者家族に、迅速かつ正確な診断を行う上で有益な情報を提供してもらうことは「診断精度」の向上につながる。それだけでなく、ケアプロセスにおけるShared Decision Makingの改善は、患者の嗜好やニーズ、価値を尊重したケアの提供につながり、患者中心性の向上につながるとされる³⁾。

診断プロセスにおける患者協働の具体的な方法としては下記の3つの方略



●図1 診断過程において、患者・患者家族が問題と感じたり違和感を持ったりする可能性のある内容(文献2をもとに作成)

が有効である⁴⁾。

- ・患者や患者家族に対し、診断プロセスに関する理解を促す
- ・患者が協働しやすい診療環境づくり
- ・患者と患者家族に、組織の医療の質改善に参画してもらう

では、具体的に医療者側からのアプローチとして、どのような作業が必要になるのかを考えてみよう。

◆診断の不確実性を共有する

医療者が暫定的な診断として伝えた内容であっても、病名が告げられた瞬間、患者や患者家族があたかも最終診断であるかのようにとらえてしまうことが間々ある。暫定診断が不確実なものであり、最終診断が変わる可能性は明確に伝えられるべきである。

◆患者のヘルスリテラシーを考慮した対応を行う

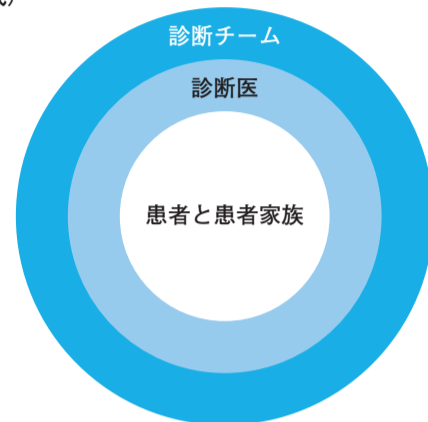
同じ病名であっても医療者と患者の間のリテラシーには異なりがある。低いヘルスリテラシーは患者中心性を損ないやすいという研究結果⁵⁾もある。

医療者は信頼できる一次・二次資料などを用いて情報を収集する傾向がある一方で、患者はどのような資料を見て情報収集をしているだろうか? もしかしら、同じ病名を聞いても医療者と患者の理解は全く異なるのかもしれない。暫定診断の具体的なclinical courseや、経時的な観察の必要性、暫定診断のclinical courseから外れたときには再来してもらう必要があることも、併せて伝えたい内容である。

今回は、病状説明における工夫に加えて、患者側が診断プロセスに主体的にかかわるための医療者ができる手法について考える。

診療その後

指導医に「一緒に行ってみよう」と声を掛けられ、帰宅しようとしている患者を呼び止めた。患者に対して、先程の説明をどのように理解しているか確認したところ、胃腸炎が確定的な診断だと考え、良くなかったとしても3日くらいは様子を見たほうが良いと解釈していたとわかった。説明を改めて行い、胃腸炎はあくまで暫定診断であり、診断



●図2 診断プロセスにおける診断チームの構成(文献1をもとに作成) 診断チームの中心に患者と患者家族を据え、その周りに診断医、他の医療専門職がかかり、チームとしての役割を果たすことが提案されている。

が変わる可能性があること、1日程度の経過観察で改善がない場合には再来してほしいと伝え、帰宅となった。その後、症状が改善しないことから患者は救急外来に再来した。虫垂炎と最終診断され入院となった。

今回の学び

- 医療者と患者の間には健康や医学知識におけるリテラシーの差があり、この差からくる認識のズレにより、診断の遅れが生じる可能性がある。
- 医療者が診断を下す場合、それがあくまで暫定的な診断で不確実なものなのか、確定診断なのかを具体的に伝える必要がある。
- 症状の不確実性を補うために、適切な経過観察は一つの診断の方略になり得る。しかしながら、再診察のタイミングや、改善しない場合の再来のタイミングなどについては医療者が患者に具体的に伝える必要がある。

参考文献

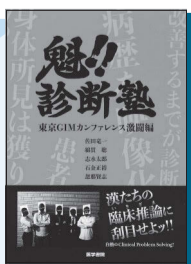
- 1) Balogh EP, et al. Improving Diagnosis in Health Care. National Academies Press. 2015.
- 2) BMJ Qual Saf. 2013 [PMID: 23893394]
- 3) AHRQ. The CAHPS Ambulatory Care Improvement Guide. 2017. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/quality-improvement/improvement-guide/cahps-ambulatory-care-guide-full.pdf>
- 4) 柏木秀行. Patient Engagementと患者安全. 医療の質・安全誌. 2018; 13 (1): 49-52.
- 5) PLoS One. 2017 [PMID: 28886146]

我らに診断できぬものなし!

魁!! 診断塾 東京GIMカンファレンス激闘編

東京GIMカンファレンスで実際に提示された症例を題材に、某名作漫画を愛する5人の医師が繰り広げる熱いclinical problem solving! 『medicina』誌で好評を博した異色連載を書籍化。

佐田竜一
綿貫 聡
志水太郎
石金正裕
忽那賢志

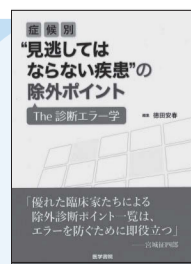


「重篤疾患をどう除外するか」のポイントが明快、診断エラー防止に即役立つ

症候別 “見逃してはならない疾患” の除外ポイント The 診断エラー学

徳田安春先生編集による診断エラー学の決定版! 主要な40症候における重篤疾患を「どう除外するか」という「除外診断のポイント」が明快にわかる。各症候について、①「見逃してはならない疾患」のリスト、②各疾患についての除外ポイント、③見逃すとどの程度危険か、④まとめとパール、で構成されており、診断エラーを防ぐための、優れたエキスパート診断医による的確なアドバイスが即役立つ!

編集 徳田安春



Medical Library

書評・新刊案内

音声障害治療学

廣瀬 肇 ● 編著
城本 修, 生井 友紀子 ● 著

B5・頁208
定価: 本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03540-8

長年にわたって日本の音声言語医学を牽引してこられた廣瀬肇先生が『音声障害治療学』を上梓された。廣瀬先生は日本音声言語医学会理事長を10年余り務められ、この領域における臨床、研究の発展に尽力され、優れた医師や言語聴覚士を育成されてきた。特に音声障害の治療に力を入れ、医師と言語聴覚士が協力して行うチーム医療を早くから実践してこられた。今までの臨床経験に基づいて、音声障害の治療に焦点を当てて本書を企画された。

音声障害の治療は、主に耳鼻咽喉科医による医学的治療と、言語聴覚士による行動学的治療に大別される。このうち医学的治療には音声外科治療と薬物治療がある。行動学的治療は患者の望ましくない行動を望ましい行動に変えようとする行動変容をめざすものであり、本書では発声訓練や音声治療を行動学的治療としてとらえ、運動学習理論、認知行動療法について記載している点に特徴がある。

項目や内容を見ると、まず音声障害の治療総論、音声障害の評価から診断・治療への流れ、音声障害の医学的治療については主に廣瀬先生が執筆され、理論的背景、実臨床、最新の医学的治療についてわかりやすく解説されている。次に、音声障害の行動学的治療については海外の臨床にも明るい城本修先生が執筆されている。適応を考慮すべき疾患として、心因性発声障害、運動障害性構音障害、痙攣性発声障害を取り上げ、病態の解説や音声訓練法について理論的背景を記載しており、具体的な訓練の方法やそれらのエビデンスとなる臨床研究のデザインについても書かれている。音声治療の臨床については廣瀬先生と一緒に診療に当たっておられる生井友紀子先生が執筆さ

評者 大森 孝一
京大大学院教授・耳鼻咽喉科・頭頸部外科学/
日本音声言語医学会理事長

れている。機能性音声障害の音声治療について、直接訓練の具体的な手技が書かれており大変わかりやすい。このように、超一流の執筆者が懇切丁寧に理論と手技を解説しており、音声障害の臨床の全体像を理解しやすい構成になっている。

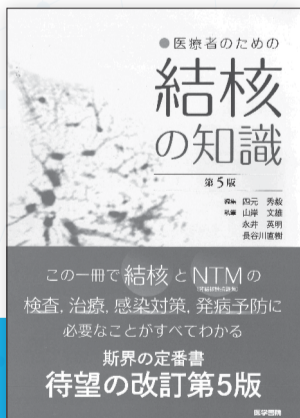
本書では、音声治療の主な適応を機能性音声障害としている。機能性音声障害の定義については、従来あいまいな点もあり、臨床的に発声器官に器質的異常が認められない例をまとめて機能性音声障害と見なす立場もあった。しかし本書では、機能性音声障害とは、あくまで“声の使い方や声の出し方が下手になった、あるいはこれらに悪い癖がついた状態”すなわち発声様式、発声習慣という行動に異常がある状態と定義した。なお、機能性音声障害は、声帯の器質性障害や声帯運動障害などに併発して起こりうる病態であることも述べられている。

超高齢社会を迎えて、高齢者の社会参加にはコミュニケーションが大切であり、加齢性音声障害への対応は重要な課題である。また、声帯結節や喉頭肉芽腫など生活習慣による音声障害への対応も求められている。しかしながら、音声障害を主な対象として実際に音声治療を実施している言語聴覚士は少ないのが現状である。日本音声言語医学会でも音声障害の専門家の育成事業を進めており、言語聴覚士の音声治療の普及とその技術向上にも貢献したいと考えている。そのような中で、本書が音声障害診療に携わる耳鼻咽喉科医、言語聴覚士、音声障害にかかわる医療関係者にとって有用なものになるのは間違いない。ぜひ、多くの方々に手に取って読んでいただき、臨床の現場で活用していただきたい。

音声障害の治療に焦点を当てる教科書

わかりやすく実践的と定評のある結核とNTM(非結核性抗酸菌)症の本

結核の疫学、病態生理、検査、治療、感染対策、発病予防に必要な知識をコンパクトにまとめた必携書。結核感染・発病リスクの高い免疫不全患者、高齢者、がん患者等の医療、ケア、リハビリテーションにかかわるすべての職種に有用な1冊。



医療者のための結核の知識 第5版

編集 四元秀毅 執筆 山岸文雄・永井文明・長谷川直樹

目次	I 結核の今と昔	VI 免疫不全と結核
II 結核はどんな病気か	III 結核の検査のすすめ方	IV 結核をどのように治すか
V 結核の広がりをどのように抑えるか	VI 免疫不全と結核	VII さまざまな結核—症例提示
	VIII 非結核性抗酸菌症	付録 参考資料

医学書院 ●B5 頁224 2019年 定価: 本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-03825-6]

AAP/AHA新生児蘇生テキストブック 第2版

田村 正徳 ● 監訳

A4変型・頁328
定価: 本体5,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03243-8

評者 仁志田 博司
東京女子医大名誉教授

米国からわが国に導入された新生児蘇生法の教育のシステム「the Neonatal Resuscitation Program® (NRP®)」が、予想を超えた普及と早期新生児死亡の減少をもたらしたことは、わが国の周産期新生児医療の歴史に残る出来事である。本書の監訳者田村正徳教授は、米國小児科学会(AAP)がすでに1987年よりスタートしていたNRPに興味を示し、当時のAAPで行われていたNRP専門委員会に、AAP会員である小生と共に強引に参加して彼らに変な顔をされたことを思い出す。その後、田村教授は米国のNRPの講習会などに参加して人脈を作り、日本周産期・新生児医学会が国際蘇生連絡委員会(International Liaison Committee On Resuscitation; ILCOR)に加わる際の中心となり、2007年7月から同学会が中心となり日本版新生児蘇生法(Neonatal Cardio-Pulmonary Resuscitation; NCP)普及事業を開始し現在に至っている。ILCORが5年ごとに最新のデータに基づいたInternational Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations (CoSTR)を作成しているが、日本からも田村教授ら4人が参加し、わが国の立場からproductiveな意見を述べて貢献している。

NCPガイドラインが作成されずすでに第3版となっているが、2007年の初版作成の折は、そのひな形となる英文のテキストを日本語に翻訳したものを再び英語に訳して、その内容に齟齬がないことをチェックするという大変なプロセスを踏んだという。それほど手間暇を掛けても、NRPのわが国への導入は現在の素晴らしい成果につながったところから、本書の監訳者田村教授の固い意志に賞賛のエールを贈

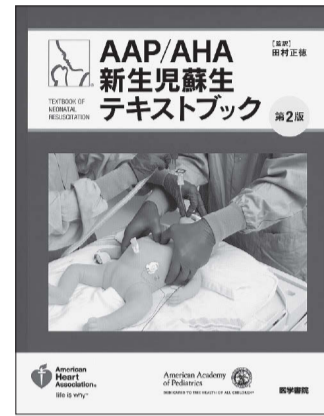
るものである。本書は『Textbook of Neonatal Resuscitation 7th Edition』(American Heart Association and American Academy of Pediatrics 2016)の翻訳(日本語版第2版)であり、初版は2006年である。すでにNCPRガイドラインがあり、さらに原本が2016年であるところから本書の立ち位置を疑問視する向きがあるが、わが国のNRPの原点となっている米国のNRPがどのような内容になっているかを知る意義は大きい。

本書を開いてまず驚くことは、各章ごとの説明・解説に続き、「よくある質問」への回答と要点のまとめ、さらに質問形式の復習があり、最後にパフォーマンスチェックリストが整理されており、至れり尽くせりのスタイルとなっていることである。せっかちな日本人には「くどい」と言われそうだが、その習得の是非が児の命と予後に直結するから、との思いが伝わる。

第5章の人工的気道確保の項で、挿管チューブに2.0mmがないのは、500グラム未満のいわゆるmicro preemieの蘇生もかなりの頻度で行われているわが国とは異なる。欧米でもわれわれの成績を見てmicro preemieにactive interventionを行うようになれば変更されるであろう。また挿管による気道確保が困難な例にラリンジアルマスクを使用することが広く試みられている点も日本と異なるのは、ベテランが日常の新生児蘇生にかかわる日本との挿管技術の違いであろう。新生児挿管でのスタイルット使用は、わが国では例外的な事例に限られていることも異なっている。

第6章胸骨圧迫(心臓マッサージ)の項には、具体的な胸骨圧迫の仕方が繰り返し書かれているが、成人・小児では胸骨圧迫—気道—呼吸のアルゴ

日本版NRPの原点となる米国NRPを知る



こどもの整形外科疾患の診かた 第2版

医学書院

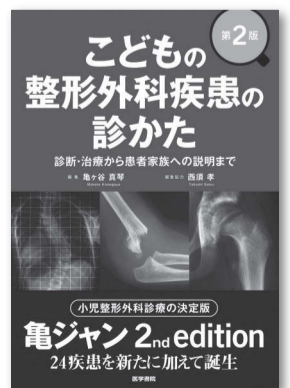
診断・治療から患者家族への説明まで

編集 亀ヶ谷 真琴 編集協力 西須 孝

好評の小児整形外科診療本、新たに24疾患を加えたコンプリート版が誕生!

日常外来で遭遇する小児の整形外科疾患の診かたについて、患者家族からの質問に対する回答例をはじめ、専門医への受け渡しのタイミングを含めた診断・治療の流れを解説。

目次 Contents	D スポーツ障害
こどもを診るために	E 成長に伴う問題
—小児整形外科概論	F 腫瘍性疾患
A 下肢にみられる疾患	G 全身性疾患
B 上肢にみられる疾患	
C 体幹にみられる疾患	



●B5 頁432 2019年
定価: 本体9,000円+税
[ISBN978-4-260-03677-1]

今すぐ知りたい! 不妊治療Q&A

基礎理論からDecision Makingに必要なエビデンスまで

久慈 直昭, 京野 廣一 ● 編

B5・頁384
定価: 本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03826-3

評者 荒木 康久
高度生殖医療技術研究所取締役顧問

評者は医師ではありませんが、最初に不妊症という言葉を目にしたのは医学部の産婦人科学研究室にて働き始めた時でした。もう50年以上も前のことです。“不妊治療”とは、大学の権威ある教授の下で行う医局の先生方の特殊な仕事と感じていました。しかし、現在、どうでしょう。この分野は、他の医療分野に勝るとも劣ることなく急速に発展してきました。今や、一人で全てを解決できる状態ではありません。医師を中心とするco-workerのオールチームでなければ治療効果を上げることが難しくなってきました。それだけに必要な知識は広範囲となり、かつ、求められる学問レベルは深くなってきました。情報も溢れています。治療方法を決めるにはエビデンスが必要だと言われながら、エビデンスを実証するには膨大な時間や症例数が必要なものもあります。エビデンスがなくとも治療効果があるものも存在します。果たして、これらは治療に導入すべきか否か? 何が正しい治療基準なのか常に迷うことがしばしばです。新たな治療技術も新たな検査方法も登場してきます。そして導入された技術や治療方法、投薬剤などは長く続かず、定着することなく忘れ去られていくも

不妊治療の基礎知識が整理できる! 広範囲を的確に要約した書

のが多数あります。このような流れの中にあっても治療は何かを基準にして続けていかなければなりません。

本書『今すぐ知りたい! 不妊治療Q&A』を手にして驚きました。不妊治療で疑問に思うことが、広範囲にわたり実によく要約されています。生殖補助医療(ART)実践中の医師をはじめ、看護師、助産師、カウンセラー、コーディネーター、エンブリオロジスト、薬剤師、鍼灸師、医療事務、患者さんご自身、その他、不妊治療に携わるco-worker全ての方が、疑問に思う点を、まず本書で基礎知識を確認して整理ができます。何よりよくまとまった要約で知りたい事象を理解することができます。その上で必要に応じて関連専門書を調べるといのがよいように思います。ART 全域をQ&Aがカバーしています。また、それに答えておられる方々が、これまた超一流の経験豊かな著者ばかりであることも信頼度を増しています。

読者のご多忙の中にあって、“今すぐ知りたい”疑問事象を瞬時に確認する座右の書となること間違いありません。私は教材の下調べの要約に利用させていただいています。時宜を得た良書籍と思います。

リズムであるが新生児においては気道-呼吸-胸骨圧迫(Airway-Breathing-Circulation)であることを強調しているのは、評者も新生児の徐脈の病態生理の大半は低換気による低酸素血症であると日頃レジデントに話していることと一致し、わが意を得たりの思いであった。

第7章の薬物投与の項では、アプガー0の児は10分間蘇生を試みて心拍が戻らなければ止める、とある。マニュアルに書いてあるからといって助からないことが明らかな児に futile(無益)な行為を行うことは害あって益なしであるが、不明なときは fail safe(安全なほうに間違う)の原則で蘇生は続けるべきで、この記載に関して抗議し

たという田村教授に同意する。

本書は、意識などを廃してできる限り原著に忠実に訳すことが課せられているとのことであり、日本語として読みづらい趣がある。しかし科学的(医学的)な内容は文学的文書と異なり、正確さに関する疑問はない。一方、すでにNCPRガイドラインがあり広く使用されてその有用性が示されているところから、現在の本書の立ち位置としては、前者は英語版NRPの流れをくむものであり、少なくともNRP普及の指導的立場にいる者にとっては、その原点を知る意味で一読するべきである。同時にNRPを行う施設においてはreferenceとして常備されるべきであろう。

視機能ケアの取り組みと展望を紹介 第20回日本ロービジョン学会の話題より

第20回日本ロービジョン学会学術総会(会長=井上眼科病院・井上賢治氏)が5月24~26日、「ひかり」をテーマにソラシティカンファレンスセンター(東京都千代田区)にて開催された。学会設立から20年が経過し、視野や視覚の障害によって生活に不自由のある方の生活の質を向上させるロービジョンケアはどのように変容してきたのか。本紙では特別記念講演「日本ロービジョン学会20周年を迎えて」の様子を報告する。

◆医療・福祉が連携し視覚障害者にいち早く情報提供を

登壇した本学会前理事長の加藤聡氏(東大)は、学会が注力してきた4つの柱として Education, Practice, Collaboration, Science を紹介した。これまでロービジョン患者に対する医療者側の認識不足により、患者が適切な対応をしてもらえず医療機関から遠ざかってしまうことがあった。Educationの領域では、こうした患者を減らすため、眼科医や視能訓練士向けに実習を含む講習会を開催し、ロービジョンケアの認知度向上に取り組んできたという。

他方、視覚障害者は災害時に適切なケアを受けられるのだろうか。東日本大震災をきっかけに災害時の対応に注目した学会は、被災時の対応法を記載したパンフレットの作成、日本盲導犬協会や全国盲学校長会などの他団体との連絡会議を設立し、さらなる連携拡大を Practice 領域の目標として推進してきたと語る。この取り組みと連動し、Collaboration 領域では眼科医や医療・福祉機関の連携不足解消のため、疾患や生活上の問題の相談先や拡大鏡などの視覚補助具に関する情報提供を行う「スマートサイト」の導入を積極的に進めており、複数機関による患者情報の把握を目的とした「ロービジョン連携手帳」も開発中と報告した。

4つ目の Science の領域について氏は、ロービジョンケアに関する研究の実施・発信をこれからの課題に挙げ、失明疾患の病態解明に加えて視覚障害者へのケアに関する研究にも予算を割くべきだと主張した。日本医療研究開発機構(AMED)での視覚障害に関する研究の1つとして、「視覚障害者の就労実態を反映した医療・産業・福祉連携による支援マニュアルの開発」(研究開発代表者=産業医大・近藤寛之氏)などを紹介。「今後一層のロービジョンケアシステムの構築や学術的な研究の発展に期待したい」と締めくくった。



●写真 加藤聡氏

漢字から見る 神経学

第12回 しびれと麻痺

書・大山九八

福武敏夫
亀田メデイカルセンター 脳神経内科部長

普段何気なく使っている神経学用語。その由来を考えたことはありますか? 漢字好きの神経内科医が、数千年の歴史を持つ漢字の成り立ちから現代の神経学を考察します。

「しびれ」の語源は謎ですが、室町時代には「しびり」であったようです。狂言には現代でも「しびり(痺痺)」という演目があって、正座後のしびれで動けないことが面白く扱われています。江戸時代の歌舞伎「花霞名盛扇」には「わたしもしびりを切らして、お前のほうへ出掛けて行かうと思うた矢先」というセリフがあり、既に身体的なしびれから精神的なしびれへの拡大が見られます。

平安時代中期の辞書『和名類聚鈔』には痺痺(ヒルムヤマヒ)という病名があり、後の注釈では Paraplegia(対麻痺)を指すとされています。白川静による漢和辞典『字通』(平凡社)ではこれを「しびれる病」とし、唐の李商隱の詩「人の一身に當り、左有るも右邊無きが如し、筋體半ば痺痺し」を紹介しています。こちらは片麻痺のようです。

現代の漢和辞典『大漢語林』では、「痺」の解釈として「①血液の循環が不調で肢体の感覚がなくなること。表面的で痛いのを痺【痺の本字】といい、内部的で痛くないのを痺という。②なえる。……しびれて役に立たなくなる。③いざる。また、あしなえ。」とあります(【 】内は筆者注)。

「痺」のほうは『和玉篇』(宋時代の漢字典をもとに15世紀後半に整備された最古の漢和辞典)では「クソヒリノヤマヒ」(下痢の意)に対応し、現在でも「下痢」に使われます。「しびれ」との直接的な関連はうかがわれませんが、1970年代から「中国麻痺性症候群」と呼ばれていた *Campylobacter jejuni* 感染(下痢)後の軸索型ギラン・バレー症候群のことがふっと浮かびます。

いずれにしても「しびり/しびれ」はその当初から、感覚異常とそれから来る運動麻痺を意味しています。なお、「しびれ」に対して、中国では現在「麻」(本字は「痲」。「痲」ではない)が用いられています。また『史記』の成立した時代には痺医(醫)は神経系ないしリウマチの医者を目指したようです。

救急やプライマリ・ケアの現場で迷いがちな「眼科」のギモンに答えます!

ジェネラリストのための眼科診療ハンドブック 第2版

救急やプライマリ・ケアの現場で迷いがちな「眼科」のギモンに答えます! 「当直でも眼科医を呼ぶとき」「翌朝(or 週明け)まで待てる時」「眼科通院ができない高齢患者から眼症状について相談されたら」「点眼薬の継続処方はいつまで?」「内服薬の副作用による眼症状」「眼に症状の出る全身疾患」「点眼薬・軟膏の正しい使い方」など。巻頭に診断フローチャート、巻末に点眼薬の情報も加わり、手元にあれば安心の1冊。

石岡みさき

どこまで診る? いつ紹介する?

目次

1. 眼の解剖と生理

2. 眼の検査

3. 眼の疾患

4. 眼の治療

5. 眼の手術

6. 眼の救急

7. 眼の検査器具

8. 眼の薬

9. 眼の手術器具

10. 眼の手術

11. 眼の手術

12. 眼の手術

13. 眼の手術

14. 眼の手術

15. 眼の手術

16. 眼の手術

17. 眼の手術

18. 眼の手術

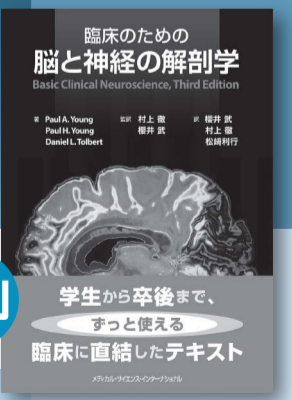
19. 眼の手術

20. 眼の手術

A5 頁218 2019年 定価: 本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-03890-4] 医学書院

臨床のための脳と神経の解剖学 Basic Clinical Neuroscience, 3rd Edition

臨床とのつながりを強く意識し、豊富なイラストを用いて解説した神経解剖学テキスト。冒頭で部位の解説をした上で、大部分を「運動系」、「感覚系」、「大脳皮質と辺縁系」、「内臓系」などの機能により章分けする構成になっており、臨床で出会う症候とその病変部位に関する理解が深められる。さらにコラム「臨床との関連」を随所に挿入。“臨床に出てからも使える教科書”として学生から臨床家まで幅広く有用。



学生から卒業まで、ずっと使える 臨床に直結したテキスト

● 定価: 本体6,800円+税
● B5 頁456 図288 4色刷 2019年
● ISBN978-4-8157-0161-1

監訳: 村上 徹 群馬大学大学院医学系研究科機能形態学 准教授
櫻井 武 京都大学大学院医学研究科創薬医学講座 特定教授
訳: 松崎利行 群馬大学大学院医学系研究科生体構造学 教授

臨床のための解剖学 Clinically Oriented Anatomy, 7th Edition

監訳: 佐藤達夫・坂井建雄

● 定価: 本体14,000円+税
● A4変 頁1128 図1135・写真359 2016年
● ISBN978-4-89592-838-0

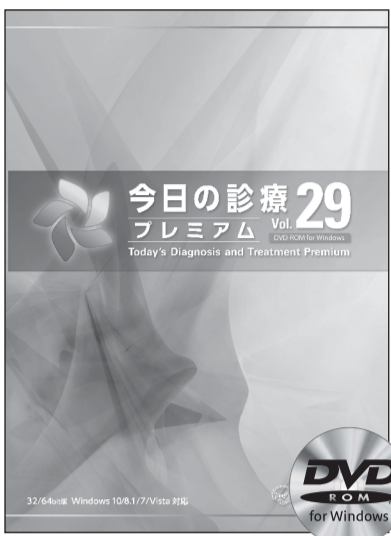
MEDI 113-0033 東京都文京区本郷 1-28-36 TEL 03-5804-6051 http://www.medi.co.jp FAX 03-5804-6055 E-mail info@medi.co.jp

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 29 プレミアム Vol.29

DVD-ROM for Windows

Today's Diagnosis and Treatment Premium



●DVD-ROM版 2019年 価格：本体78,000円＋税 [JAN4580492610384]

医学書院のベストセラー書籍15冊、約100,000件の収録項目から一括検索



DVD-ROMドライブがなくても、インストール用ファイル一式をダウンロードし、インストールすることができます。

*この場合も、パッケージ(DVD-ROM)をお買い求めいただく必要がございます。
*ダウンロードにあたって、「医学書院ID」への本商品の登録が必要です。

詳しくは、『今日の診療』特設サイトへ

today'sdt.com

『今日の診療プレミアム』試用版をご利用ください。

スマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」付

『今日の診療プレミアムWEB』をスマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」が付いています。

※「今日の診療プレミアムWEB」をご利用にあたって、「医学書院ID」に本商品の登録が必要です。「Web閲覧権」の有効期間は、登録から1年間です。登録は、2020年4月30日で締め切らせていただきます。

※「今日の診療プレミアムWEB」ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。



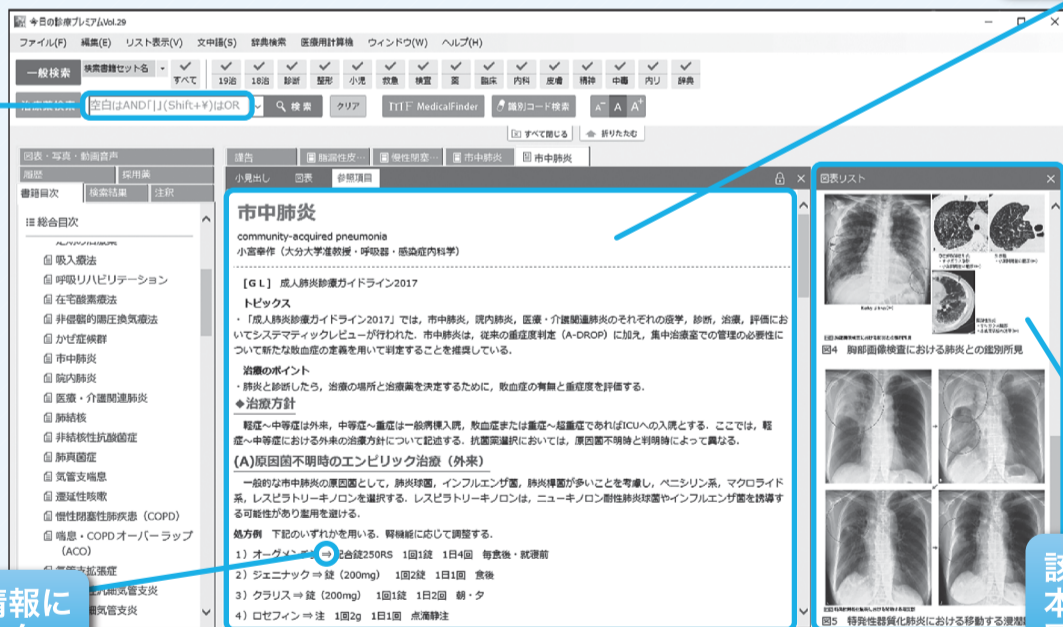
優れた検索機能

日常診療の各段階に応じて、的確な情報を提供。診療業務を強力にサポートいたします。

キーワードから一括検索



検索語の先頭数字を入力すれば、候補の一覧が表示される「インクリメンタルサーチ」機能を搭載

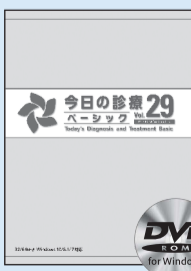


検索結果から該当項目の解説を表示

処方例から治療薬情報にワンクリックでリンク

該当項目リストや本文中のアイコンから図表を表示

骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.29」もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.29

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円＋税 [JAN4580492610407]

※「今日の診療 ベーシック Vol.29」には、Web閲覧権は付与されません。

収録内容

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の診療指針 2019年版 Update
- ② 今日の診療指針 2018年版
- ③ 今日の診断指針 第7版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第7版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第16版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2019-2020 Update
- ⑧ 治療薬マニュアル 2019 Update

*書籍とは一部異なる部分があります

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針 第2版
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第3版
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス
- ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑮ 医学書院 医学大辞典 第2版



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7805 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp