

2018年6月18日

第3277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]EBM時代の精神科医療(渡邊 衡一郎、橋本亮太、稲田健、堀合研二郎)……………1-2面
- [寄稿]精神科身体合併症にどう対応するか(本田明)……………3面
- [寄稿]精神科急性期の医師配置水準と治療成績の関連(奥村泰之、杉山直也)……………4面
- [連載]がんと感染症……………5面
- MEDICAL LIBRARY,他……………6-7面

座談会

ガイドラインと実臨床のギャップを埋める

EBM時代の精神科医療



堀合 研二郎氏
YPS 横浜ピアスタッフ協会

橋本 亮太氏
大阪大学大学院連合小児発達学研究所
附属子どもこころの分子制御機構
研究センター准教授

稲田 健氏
東京女子医科大学医学部
精神医学講座講師

渡邊 衡一郎氏=司会
杏林大学医学部
精神神経科学教室教授

科学的根拠に基づく医療 (evidence-based medicine ; EBM) の柱として、さまざまな領域で診療ガイドライン作成が進んでいる。精神科でも統合失調症やうつ病などのガイドラインが発表されて数年がたった。しかし、非推奨とされる向精神薬の多剤投与が問題となるなど、ガイドラインの普及には課題が残る。

個別性の高い診療が求められる精神科では、ガイドラインをどう位置付け活用すればよいか。ガイドライン普及に尽力する精神科医の渡邊氏、橋本氏、稲田氏と、統合失調症当事者支援団体を運営し自身も当事者の堀合氏が、精神科における EBM 実践の在り方を議論した。

渡邊 私は『うつ病治療ガイドライン』、稲田先生は『統合失調症薬物治療ガイドライン』、橋本先生はその両方の作成にかかわってきました。2016年には私たち3人を中心にEGUIDEプロジェクト(MEMO)を立ち上げ、これら2つのガイドラインを普及するための活動を行っています。本日は、当事者の立場で私たちの取り組みに協力してくださっている堀合さんにも議論に加わってもらいます。よろしくお願いします。

ガイドラインはできた、次の課題は「どう使うか」だ

渡邊 精神科では、医師や医療機関ごとの診療内容のばらつきが大きい傾向にあると言われていています。この状況を改善し最新の知見を臨床に生かすべく、ガイドライン作成が進められてきました。しかし、ガイドラインの発表後も、非推奨とされる向精神薬の多剤投与が問題として残っているなど、十分に活用されているとは言い難い状況です。一部の精神科医からは「豊富な臨床経験があればガイドラインは不

要」との声も聞きます。橋本先生と稲田先生は精神科診療にガイドラインが浸透しにくい背景をどう見えていますか。橋本 精神科は極めて多様な病態・社会背景を抱えた患者さんを対象にします。一方、ガイドラインは多数の人を平均したデータに基づいたものです。実臨床の多様性とガイドラインの画一性というギャップから、ある種のなじみにくさが生まれているのではないのでしょうか。

稲田 高い個別性が要求される精神科診療では、ガイドラインに「当てはめる」という姿勢は通用しません。ガイドラインの普及に当たっては、推奨内容の周知から一歩踏み込んで、「どう使うか」を含めた発信が重要です。

渡邊 堀合さんはガイドラインについてどのような印象をお持ちですか？

堀合 私自身はガイドラインの普及活動に協力し始めるまで、その存在すら知りませんでした。症状が不安定だった頃には医師が書いた本などを読み、統合失調症に関する情報を集めるように心掛けていたのですが……。知り合いの当事者に聞いても、ガイドラインの存在を知っている人は皆無でした。

渡邊 精神科疾患の治療は医療者だけでなく、患者、家族、支援者も一丸となって進めていくべきものです。EBMの実践に向け、ガイドラインができた今こそ、その内容と使い方を皆で共有しなければなりません。

「良い材料」と「シェフの腕」がおいしい料理を生む

渡邊 ガイドラインでは、科学的根拠に基づき確率的に効果が高いとされる治療が推奨として示されています。つまり、ガイドライン通りに治療すれば絶対に治るわけではないし、ガイドラインとは異なる治療が全て間違いかというところでもない。では、われわれ医療者はガイドラインをどのように位置付け、診療に臨めばよいのでしょうか。

稲田 ガイドラインはあくまでも判断材料の一つです。多くの人に当てはまることが目の前の患者さんにも当てはまるのか、十分に吟味することが必要です。患者さんとも相談しながら「ガイドラインではこの治療が推奨されています。でもあなたの場合、〇〇という事情があるのでこうしましょう」と判断することはあり得ます。

橋本 私はよく、ガイドラインの位置付けを「料理」に例えて説明します。ガイドラインは料理の材料みたいなもの。われわれ医療者はシェフです。材料をおいしい料理に仕上げるにはシェフの腕、つまり医療者の経験が欠かせ

ません。渡邊 ガイドラインと臨床経験は相反するものではないということですね。ガイドラインを軸にしつつ、患者さんとの対話や臨床経験に基づいて判断することで、科学性を担保しながらも個別性を大切にしたい診療が可能になるのです。

ベテランでも知識のアップデートが必要

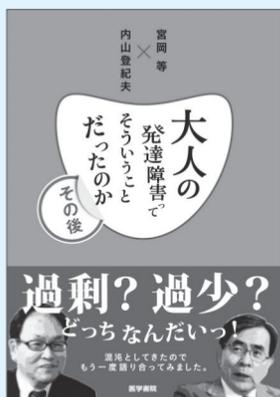
渡邊 ガイドラインの適切な位置付けへの理解を促し臨床現場に生かすために、私たちは日本神経精神薬理学会、日本うつ病学会、日本医療研究開発機構(AMED)の支援を受け、EGUIDEプロジェクトを行っています¹⁾。橋本先生がプロジェクトチームの代表で、稲田先生が統合失調症事務局、私がうつ病事務局を務めています。橋本先生、概要を紹介してください。

橋本 2016年度から、精神科医を対象に『統合失調症薬物治療ガイドライン』と『うつ病治療ガイドライン』の講習を全国各地で行っています。講習は両ガイドラインとも丸一日のプログラムです。午前は講義形式で、ガイドラインの内容を章ごとのポイントに絞って説明します。午後は参加者を経験年数ごとのグループに分けて症例検討を行い、ガイドラインの使い方を実践的に学びます。

(2面につづく)

MEMO EGUIDE プロジェクト

精神科医療の普及と教育に対するガイドラインの効果に関する研究(Effectiveness of Guideline for Dissemination and Education in psychiatric treatment)。精神科医に対してガイドラインの講習を行い、科学的根拠に基づいた精神科医療の普及をめざす。ガイドラインの理解度や診療の質を講習の前後で比較することで教育効果を検証する。対象となるのは『統合失調症薬物治療ガイドライン』と『うつ病治療ガイドライン』。



大人の発達障害って そういうことだったのか その後

宮岡 等 / 内山 登紀夫

●A5 頁304 定価:本体3,000円+税 [ISBN 978-4-260-03616-0]

好評の対談書、待望の続編!

今回も一般精神科医と児童精神科医が、大人の発達障害(自閉スペクトラム症・ADHD)をテーマに忌憚のない意見をぶつけあう。過剰診断や過少診断、安易な薬物投与、支援を巡る混乱など、疾患概念が浸透してきたからこそ浮き彫りになってきた新たな問題点についても深く斬り込んだ。

医学書院

<出席者>

●わたなべ・こういちろう氏
1988年慶大医学部卒。2006年慶大医学部専任講師などを経て、12年杏林大医学部准教授。14年より現職。日本うつ病学会『気分障害の治療ガイドライン』作成委員長、EGUIDEプロジェクトうつ病事務局、日本神経精神薬理学会『統合失調症薬物治療ガイド——患者さん・ご家族・支援者のために』作成委員。

●はしもと・りょうた氏
1995年阪大医学部卒。2000年米国立精神衛生研究所客員研究員などを経て、06年阪大大学院医学系研究科附属子どもこころの分子統御機構研究センター特任助手。11年より現職。日本うつ病学会『気分障害の治療ガイドライン』作成委員、EGUIDEプロジェクト代表、日本神経精神薬理学会『統合失調症薬物治療ガイド——患者さん・ご家族・支援者のために』作成委員。

●いなだ・けん氏
1997年北里大医学部卒。2003年米ノースカロライナ大研究員などを経て、06年東京女子医大助教。09年より現職。EGUIDEプロジェクト統合失調症事務局、日本神経精神薬理学会『統合失調症薬物治療ガイド——患者さん・ご家族・支援者のために』作成委員。

●ほりあい・けんじろう氏
統合失調症罹患経験を生かし、就労継続支援B型事業所「シャロームの家」生活支援員として活動。2015年に設立したYPS横浜ピアスタッフ協会では、精神障がい者を支援する「ピアスタッフ」として、雇用拡大や地位向上に向けた活動を展開している。日本神経精神薬理学会『統合失調症薬物治療ガイド——患者さん・ご家族・支援者のために』作成委員。

(1面よりつづく)

稲田 初年度は468人、2年目は418人の精神科医が受講してくださいました。渡邊 講習の前後にはガイドラインの理解度を測る全37問の小テストを行っています。うつ病パートでは受講前の平均点は31.2点で、受講後には平均34.6点、半数近くの参加者が満点でした(2016、17年度の合算)。講習を経て理解度が上昇したことがわかります。

稲田 統合失調症パートも同様の傾向でした。興味深いことに、理解度と精神科医としての経験年数に相関がないこともわかりました。この結果は、本講習を受ければ経験年数にかかわらずガイドラインの理解度が向上すること、経験豊富な医師でも知識のアップデートが必要なことを示しています。

渡邊 講習で得た知識がその後の診療に生かされているかどうか、処方内容などの調査も行っていますよね。

橋本 診療の質指標(Quality Indicator: QI)を用いて評価し、受講者や参加施設へのフィードバックを行っています(表)。QIはがん医療など他の領域ではよく使われる概念で、EBMの実践度合いを表します。

EGUIDEプロジェクトでは、この指標を精神科領域に初めて導入しました。結果は今後公表する予定です。QI評価によって各医療機関の診療状況を客観的に示し、評価の低い項目について理由を検討することで、診療の質の向上につながると期待しています。

●表 精神科医療における診療の質指標(QI)の例

EGUIDEプロジェクトが調査対象としているものから一部を抜粋。QIはB/Aの百分率として算出。Aは対象とする臨床状況に該当する患者の総数、BはAの中で標準と考えられる診療が行われた患者数。

Table with 3 columns: QI (%), A, B. Rows include: 統合失調症 (抗精神病薬単剤治療, 抗不安薬・睡眠薬*1処方, 抗不安薬・睡眠薬*1処方量の減少), うつ病 (抗うつ薬単剤治療, 抗不安薬処方, 抗不安薬処方量の減少), 電気けいれん療法.

*1ベンゾジアゼピンを含む。*2検査入院、m-ECT入院は除外。*3検査入院、m-ECT入院、認知行動療法入院は除外。*4検査入院は除外。

稲田 受講者からは「患者さんの個別性を大切にしながら、ガイドラインを生かした診療ができています」「カンファレンスの際、ガイドラインを共通言語として活用している」などの声を聞き、取り組みの手応えを感じています。

渡邊 EGUIDEプロジェクトでは、教育活動や効果検証の研究を2025年まで継続する予定です。研究に参加するには、所属施設の倫理審査委員会の承認を受けた上で診療状況の調査にご協力いただく必要がありますが、施設としての参加が難しく個人で参加したい場合には、講習のみ受講することが可能です(有料、コメディカルも受講可)。日本神経精神薬理学会や日本うつ病学会に合わせて開催しますので、多くの参加をお待ちしています。

当事者、家族、支援者にも開かれたガイドラインへ

渡邊 ここまで、精神科医をはじめとする医療者にガイドラインを普及する取り組みについて話してきました。続いては、当事者、家族、支援者への普及をめざす活動について考えます。ガイドラインを当事者にも広める必要性や課題について、堀合さんはどう思われますか。

堀合 治療の指針になるものならぜひ読んでみたいと考える当事者は多いでしょう。しかし私は『統合失調症薬物治療ガイドライン』を初めて読んだ時、率直に難しく感じました。専門医向けに書かれたものなので仕方がないかもしれませんが、内容を理解できる当事者はほとんどいないと思います。

稲田 わかりやすさを重視するのか、それとも医学的な厳密さを重視するのかという点は『統合失調症薬物治療ガイドライン』作成時に私たちが大変迷ったところです。結局、専門医を対象とした厳密なものにしようと思った

め、完成したガイドラインには専門用語が多く使われ、一般の人には非常にわかりにくくなってしまいました。

橋本 難解なガイドラインを医療者以外にも開かれたものにするために、堀合さんたち当事者の方々にもご協力いただいて、『統合失調症薬物治療ガイドライン』をわかりやすく「翻訳」した『統合失調症薬物治療ガイド——患者さん・ご家族・支援者のために』を作成し、2018年2月に発表しました²⁾。

渡邊 ガイドライン作成への患者・市民の参加は、ガイドラインの国際的評価ツール「AGREE II」や、日本医療機能評価機構「Minds」でも推奨されていますね。『統合失調症薬物治療ガイド』は具体的にどのようにして編集されたのでしょうか。

稲田 精神科医に加え、当事者、家族、看護師・薬剤師・作業療法士・精神保健福祉士・研究者・法律家などの支援者の皆さまにも協力していただきました。内容は『統合失調症薬物治療ガイドライン』と同じですが、協力者の意見に基づいて平易な表現を用い、ポイントを絞って記載しました。

堀合 YPS横浜ピアスタッフ協会から5人の当事者が協力しました。協力の方法はとてもシンプルで、「この表現はわかりにくい」「この言葉は知らない」などと一つひとつ洗い出しました。

実際に編集作業を進めると、医師などの専門家の方たちは「これくらいなら理解できるだろう」との基準がやはり高かったです。私たちとしては医学的な厳密さよりも、とにかくわかりやすさを優先してほしいと要望しました。

渡邊 完成したガイドラインを見てみると、言葉遣いの面以外にもさまざまな工夫が凝らされていますね。稲田 はい。専門用語をなるべく使わないようにしたのはもちろん、高齢のご家族の方でも読みやすいように文字を大きくしたり、どんな場合にガイド

のどこを参照すればよいかをわかりやすく示した目次を追加したりしました。堀合 私が気に入っている点は、各臨床疑問が見開き2ページほどにまとまっていることです。難しい用語については登場するたびに解説されているので、いちいち別のページに移らなくても内容を理解することができます。

渡邊 通読しなくても、知りたい部分だけをかいつまんで読めるのは便利です。今後、この『統合失調症薬物治療ガイド』をどのように活用していこうとお考えですか。

橋本 治療方針を話し合う際のツールとしての活用を期待しています。本ガイドには当事者、家族、支援者、医療者それぞれの立場から見た活用方法も記載されていますので、その部分をまずは多くの人に読んでほしいです。

稲田 患者さんから『統合失調症薬物治療ガイド』にはこう書いてあるのですが、先生はどう思いますか?」などと質問を受けることもあるでしょう。本ガイドはわかりやすさを重視して作られており、説明が不十分な箇所がある可能性もあります。その場合には医療者が補足説明をするなど、十分にコミュニケーションをとりながら診療を進めることが必要です。

渡邊 統合失調症に続き、うつ病についても患者向けガイドラインの作成が進んでいます。現行の『うつ病治療ガイドライン』をわかりやすく解説するだけでなく、ガイドラインに書いていないことも含めて患者さんが「どのようなことを知りたいと思っているか」についてもアンケートをとっているところです。2018年度中にはパイロット版を公開できる予定です。

*

渡邊 精神科診療でガイドラインを活用するに当たり、医療者が心掛けるべきことは何か、最後に一言ずつお願いします。

稲田 良い医師になるには、病気を理解することと患者さん個人を理解することの両方が必要です。この基本的な考え方に立ってガイドラインを活用し、個別性と科学性を両立した診療をめざしてほしいです。

橋本 ガイドラインの正しい位置付けを理解した上で、ぜひ「患者さんと一緒に」活用していただきたいです。

堀合 一人ひとりの患者に向き合っ、話し合っしてほしい。ただひたすら、それを願っています。

渡邊 私たちの取り組みはまだ小さな活動ですが、賛同してくださる人は少しずつ増えています。読者の方々も今後、何らかの形でご参加いただければと思います。(了)

●参考 URL

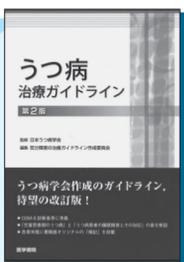
- 1) EGUIDEプロジェクト. http://sp-web.sakura.ne.jp/eguide/index.html
2) 日本神経精神薬理学会. 統合失調症薬物治療ガイド——患者さん・ご家族・支援者のために. 2018. http://www.asas.or.jp/jsnp/img/csrinfo/szgl_guide.pdf

DSM-5診断基準に準拠した改訂版ガイドライン。書籍版オリジナルの「補記」付き。

うつ病治療ガイドライン 第2版

「大うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン」の「うつ病」部分の改訂版。DSM-5診断基準に準拠するとともに、新たに「児童思春期のうつ病」と「うつ病患者の睡眠障害とその対応」の章が加わった。各章末尾に書籍版オリジナルの「補記」があり、ガイドラインに基づいた診療を行う上で知っておくべき実践的な知識がまとめられている。精神科医だけでなく、うつ病診療に携わる一般内科医やコメディカルにもお勧めの1冊。

監修 日本うつ病学会
編集 気分障害の治療ガイドライン作成委員会



薬物選択の基準をまとめた指針

統合失調症薬物治療ガイドライン

統合失調症患者に対する薬物治療について、薬剤の選択や用量、投与期間などの基準をまとめた学会編集のガイドライン。初発時、再発・再燃時、維持期、治療抵抗性など疾患の段階・状態ごとに、「継続投与か、中止か」といった臨床家が判断に迷う状況について可能な限りエビデンスに基づいた対応策を提示する。本文は全編クリニック・クエスチョン形式を採用。

編集 日本神経精神薬理学会



寄稿

精神科身体合併症にどう対応するか

本田明 東京武蔵野病院内科医長

高齢化の影響で増加する
身体合併症

精神疾患に身体疾患が合併した状態を、精神科身体合併症または身体合併症と呼ぶ。定義はさまざまであるが、狭義には「一定重症度の身体疾患を治療するに当たり、精神疾患がそれを妨げる要因となっている状態」を指す。一般的に行政の身体合併症医療システムでは、精神疾患と身体疾患の重症度ごとに治療を行う病院を選定していくため、これに近い定義が用いられることが多い。

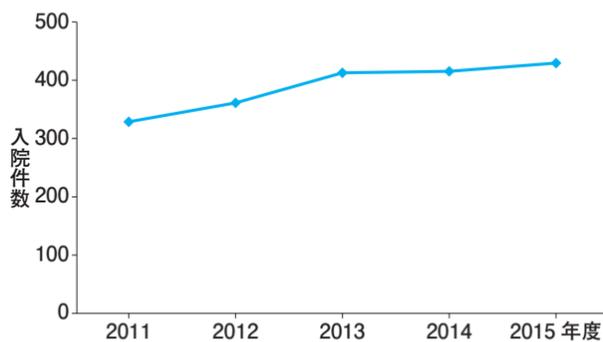
一方、広義には「精神疾患患者において、あらゆる身体疾患を合併した状態」も身体合併症である。臨床現場では精神疾患、身体疾患の重症度にかかわらず、精神疾患特有の症状・行動や薬剤の副作用などを考慮しながら身体疾患を治療していくので、このような広義の定義でとらえることとなる。

身体合併症の患者数についての、全都道府県で統一された集計はない。しかし30年ほど前から精神科身体合併症医療事業を運営している東京都では、入院件数が近年増加傾向にある(図)¹⁾。増加の要因としてまず考えられるのは、精神疾患患者層の高齢化である。増加する認知症患者はもちろん、統合失調症患者も加齢とともに身体疾患を合併する割合が高くなる²⁾。

精神疾患患者においてどの身体疾患を合併する頻度が高いかは、医療者自身がどのような治療機能を持つ病院または病棟に勤務しているかにより異なる。ある調査では、総合病院精神科に身体疾患の治療目的で入院した合併症患者の内訳は、消化器疾患、呼吸器疾患が多かった(表)³⁾。このような総合病院精神科には、精神科単科の医療施設で治療困難な患者が入院するため、急性疾患や外科系疾患が必然的に多くなる⁴⁾。一方、精神科単科の医療施設の場合、軽症の身体合併症は自施設で治療するので、統合失調症を主体とする施設であれば糖尿病などの代謝疾患が、認知症など高齢者が主体の施設であれば高血圧症、慢性心不全などの循環器疾患が上位に挙がる。また一般身体科であれば、自傷または自殺企図による急性薬物中毒や外傷を数多く扱うことになる。

合併の状況はさまざま、
ポイントを押さえた対応を

先に述べた広義の定義でとらえる、身体合併症は大まかに下記の5つ



● 表 総合病院精神科に入院した身体合併症の内訳 (文献3を元に作成)

● 表 総合病院精神科に入院した身体合併症の内訳 (文献3を元に作成)

身体合併症の種類	内訳
消化器疾患	25%
呼吸器疾患	25%
神経疾患	15%
骨・筋疾患	10%
泌尿器疾患	5%
感覚器疾患	2.5%
内分泌代謝疾患	2.5%
その他	15%

● 図 東京都精神科患者身体合併症医療事業における緊急入院件数 (文献1を元に作成)
上記は緊急入院件数のみ。東京都福祉保健局へ問い合わせたところ、緊急を要しない入院件数は非公表であるが、緊急入院と合計した全体数も年々増加しているとの回答であった。

に分けることができる。

● 精神疾患患者に偶然発生したもの

あらゆる身体疾患が挙げられる。患者の中には陰性症状、疾病否認、認知機能低下などのため自身で症状を訴えることがなく、相当進行してから身体疾患が発見されることがある。精神症状によって隠された身体疾患を早期に発見するためには、患者のわずかな変化をとらえられれば一番良いが、結局のところ身体診察、血液生化学検査、検尿、胸部X線、心電図など基本的な検査を定期的に行うのが現実的だ。

● 向精神薬の影響や副作用によるもの

向精神薬の副作用は注意をしても必ず遭遇する。急性経過を呈する向精神薬の副作用として、肺炎、イレウス、悪性症候群、横紋筋融解症が比較的良好に見られる。低ナトリウム血症、好中球減少症、QT延長症候群などは検査しない限り診断がつかない。リチウムや抗てんかん薬は長年同じ用量を飲んでいても体調によって代謝や排泄が遅延し、中毒症状を呈することがある。高血糖や脂質異常などの副作用も、長期的には患者の心血管イベントリスクを上昇させることになる。今後も高齢者が増加するため、向精神薬の量や種類をいかに抑えるかがポイントになる。

● 患者の精神症状や行動によるもの

代表的なものに摂食障害による低栄養状態がある。アルコール依存症でも低栄養、肝障害、膵炎が見られることがある。長期間の昏迷状態で生じた褥瘡、認知症患者の徘徊中の熱中症などもこの分類に当てはまる。これらは患者の行動が問題になるので、身体科の一般病床では対応が難しいケースも多い。

自傷や自殺企図による身体合併症は、もっぱら身体科医が担うことになる。この場合、身体科医としては精神症状への不安から、早急に精神科医へ

患者管理を移行させたい一方、精神科医は身体症状への不安から、それを洩りがちになる。この過程で医療者同士のトラブルや感情的問題に発展しやすいので、お互いの妥協点を探ることが必要になる。

● 身体疾患により精神症状を来したもの

いわゆる器質性精神障害がこれに当たる。精神症状が前景にある場合は見落としが起きやすく、身体科医は精神症状を見ただけで精査せずに精神科へ紹介しがちである。軽度の意識障害や急性の認知機能低下などは器質性精神障害を示唆するが、基本的に精神症状の観察のみでは純粋な精神疾患か器質性精神障害かは鑑別できない。よって、全ての精神症状に対して身体スクリーニングが必須になる。

● その他

m-ECT(修正型電気痙攣療法)の合併症、悪性緊張病、てんかん、身体表現性障害など、精神疾患に付随するさまざまな身体的問題が挙げられる。

予想外のこんな症例に
出会うことも

身体合併症では、通常身体医療では考えつかない、次のような患者の状態や行動が見られることがある。見かけにとらわれず、患者の変化を見逃さないことが重要になる。

- 大腿骨頸部骨折で歩いている神経梅毒患者
- ショック状態でも普通に食事をとっている統合失調症患者
- 腹膜炎を起こしているが痛みを全く訴えない統合失調症患者
- 黄疸と思ったら海苔の偏食による高カロチン血症の神経性無食欲症患者
- 魚や肉を全く食べず巨赤芽球性貧血で輸血が必要な統合失調症患者
- 血糖値50mg/dL台でも元気いっばいな神経性無食欲症患者

● ほんだ・あかる氏

2000年長崎大精神神経科入局。精神科一般、離島医療、救命救急センター、精神科身体合併症病棟(MPU)、訪問診療などを経て現職。精神保健指定医、日本精神神経学会専門医・指導医、日本総合病院精神医学会専門医・指導医、日本専門医機構救急科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医。編著書に『精神科身体合併症マニュアル(第2版)』『看護師のための不穏・暴力対処マニュアル』(いずれも医学書院)などがある。

その患者、本当に
「身体的問題なし」か？

患者に精神疾患既往歴があったり担当医が患者に陰性感情を抱いたりしたため、身体科で十分な精査や検診がなされずに、精神症状による訴えとして精神科に紹介されてしまう残念なケースに遭遇することがある。

● 統合失調症患者の食欲不振で精神科紹介

- ⇒ 実は卵巣がん
- 倦怠感の訴えのためうつ病疑いで精神科紹介
- ⇒ 実はアジソン病
- 執拗な頭痛の訴えのため神経症疑いで精神科紹介
- ⇒ 実は頭部の帯状疱疹
- 認知症患者の食欲不振で精神科紹介
- ⇒ 実は老衰

他院からの「身体的に問題ありません」という診療情報はうのみにせず、身体疾患の可能性も十分に考慮する必要がある。

*

身体合併症は精神科医にも身体科医にも敬遠されがちで、医療行政上も課題が多い領域だが、患者や家族などの当事者にとっては切実な問題である。より多くの医療従事者が身体合併症に少しでも関心を持っていただけたらと思う。

● 参考文献・URL

- 1) 東京都病院経営本部。第4回都立病院経営委員会「今後の都立病院の担うべき医療の方向性」に関する検討部会資料1精神科身体合併症医療の状況。2017。
http://www.byouin.metro.tokyo.jp/hokoku/kaiji/documents/05_2901_siryou1.pdf
- 2) 厚生省。第9回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料5精神病床の利用状況調査結果報告(詳細)。2008。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-7g.pdf>
- 3) 小林孝文, 他。地方における精神科領域の身体合併症に関する研究。平成19-21年度厚労科研総合研究報告書「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症患者合併症例の対応に関する研究」(研究代表者 黒澤尚)。2010。
- 4) 長井信弘, 他。精神科で身体疾患をみる——立川病院の経験を通して。臨床精神医学。2014; 43(6): 893-98。

唯一無二の身体合併症診療マニュアル、待望の改訂版!

精神科身体合併症マニュアル 第2版

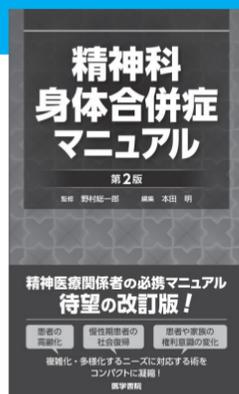
監修 野村 総一郎

編集 本田 明

初版の構成は踏襲しつつ、プライマリケアとして頻度の高いものや心身症に関するものなど、新たな要素も豊富に加わりパワーアップ。超高齢化社会で働く精神医療関係者必携!

● B6変型 頁448 定価: 本体4,500円+税 [ISBN 978-4-260-03545-3]

医学書院



寄稿

精神科急性期の医師配置水準と治療成績の関連

奥村 泰之 東京都医学総合研究所 精神行動医学研究分野 心の健康プロジェクト主席研究員
杉山 直也 沼津中央病院院長

適正な医療を実施するために、病院が確保すべき医師・看護師等の人数は法律によって定められている。一般病床では入院患者16人に対して医師1人が必要である。一方で、大部分の精神科病床では、一般病床の3分の1の配置に相当する入院患者48人に対して医師1人が標準とされる。

フランスやイギリスに比べると、日本では精神科医1人当たりの病床数は約6倍であり、医療提供体制に大きな違いがある¹⁾。こうした「特例」と言える状況は、精神科に対する「差別」としてしばしば批判されてきた。

16対1と48対1が混在する精神科急性期医療の医師配置

精神疾患の急性期では、精神機能が著しく混乱して、例えば自他の区別がわからなくなり、睡眠や排泄などごく基本的な生活機能にも支障がみられるような患者に対して、さまざまな治療戦術(療養環境の調整、薬物療法、精神療法など)を駆使して改善を図る²⁾。ここでの最終目標は、「入院中に、できるだけ早く在宅ケアの条件を整えること」である。

2013年の時点で、約33万床ある精神科病床のうち、救急・急性期医療を担うことを期待される病床は約3万床(約10%)を占めていた(表)³⁾。うち約1万床における医師配置基準は、法律と診療報酬制度によって一般病床と同水準になっている一方で、残りの約2万床は精神科特有の医師配置を許容するものであった。

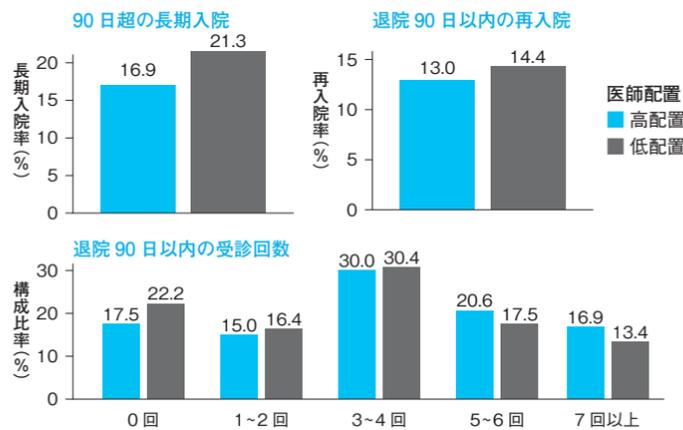
2014年度診療報酬改定において、精神科救急・急性期医療を担う病床の50%(約1万5000床)を占める「精神科急性期治療病棟入院料1」(30日以内の期間は1日につき1984点)に、「精神科急性期医師配置加算」(1日につき500点)が新設された。この加算は、密度の高い医療を提供し、在院日数の短縮を図る観点から、入院患者16人に対して医師1人以上を配置した場合に算定できるものである。つまり、「精神科急性期治療病棟入院料1」には、医師配置が手厚い(高配置)病棟と、そうでない(低配置)病棟が混在している状況が生じることになったのである。

医師高配置は入院期間、再入院、受診行動に好影響

私たちは、診療報酬による医師配置基準の相違がもたらすアウトカムに着

●表 2013年時点における精神科病床(約33万床)の内訳³⁾

精神科救急・急性期医療を担う病床(約3万床)		2014年度診療報酬改定以降、医師高配置と低配置が混在する状況に
●医師高配置(約1万床)	精神科救急入院料などを算定	
●医師低配置(約2万床)	精神科急性期治療病棟入院料、13対1入院基本料などを算定	
他の精神科病床(約30万床)		
●医師低配置	15対1入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料などを算定	



●図1 手厚い精神科医師配置によるアウトカム(文献4を改変)

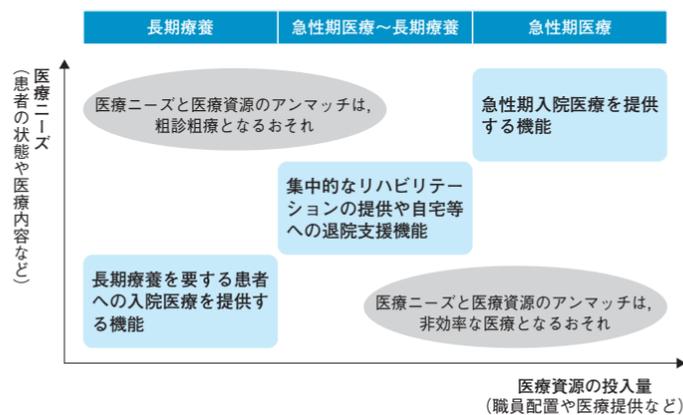
目した研究を行い、成果を2018年3月に発表した⁴⁾。厚労省が構築しているレセプト情報・特定健診等情報データベースを活用し、2014年10月から2015年9月の間に精神科急性期治療病棟に入院した2万4678人を追跡した。アウトカムとして、①90日超の長期入院、②退院90日以内の精神科病床への再入院、③退院90日以内の精神科外来への受診回数を評価した。

入院形態など患者背景を調整した分析の結果、高水準の医師配置は、①長期入院の抑制、②再入院の抑制、③退院後の受診行動の増加と関連することが明らかになった(図1)。データの解釈には慎重に考慮すべき部分が残るものの、これらの関連が得られた背景として、医師高配置の病棟では、患者一

人ひとりにより多くの時間を費やすことが可能になり、精神医学的評価の質の向上、より効果的な治療選択、患者満足度の向上という好循環につながった可能性があるかと推察している。

医療資源の効果的・効率的な活用に最適な体制を

本研究結果は、精神科急性期医療において医師配置を手厚くするよう経済的に誘導する施策は、国全体における精神科病床への総在院日数の減少につながる可能性に加え、直接的に、あるいは退院後の丁寧なフォローアップの促進を介して、再入院をも抑止するという医療の質向上にも寄与することをあらためて示唆する。一方で、限られ



●図2 医療ニーズに応じた医療資源の考え方(文献5を改変)

●おくむら・やすゆき氏
2009年日大大学院修了、博士(心理学)。05年より国立保健医療科学院、日医大、国立精神・神経医療研究センター、医療経済研究機構を経て、18年より現職。専門は臨床疫学。『Journal of Epidemiology』、『Journal of Alzheimer's Disease』などの編集委員を務める。改正労働契約法の影響を受けた雇止めによる無職リスクを一時離脱 ε-(´▽`)ｷｯ

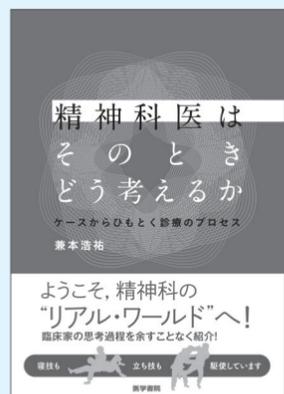
●すぎやま・なおや氏
1989年群馬大医学部卒。97年横浜市大大学院修了、博士(医学)。都立松沢病院、横浜市大病院、米カリフォルニア大サンディエゴ校(UCSD)などを経て、2005年から09年まで横浜市大准教授。11年より現職。精神保健指定医。日本精神科救急学会副理事長、日本精神神経学会代議員、国立精神・神経医療研究センター客員研究員。『精神科救急医療ガイドライン2015年版』(へるす出版)共同編者。

た医療資源の中で、全ての精神科病床において医師配置を手厚くする施策を講じることは非現実的である。精神科において医療資源を効率よく再配置し、最適化するためには、急性期医療から長期療養まで、患者の医療ニーズを定量化することなどが課題となる。

厚労省は、急性期医療から長期療養まで、限られた医療資源を効果的・効率的に活用すべく、患者の医療ニーズに応じて医療資源を投入できるよう(図2)、総合的な施策を講じている⁵⁾。例えば、急性期一般入院基本料や療養病棟入院基本料では、看護必要度などの観点から患者の医療ニーズが定義されており、医療ニーズの高い患者を受け入れるほど、高い診療報酬が得られる仕組みになっている。以前、精神科病床においても病床機能分化の議論が行われたものの⁶⁾、実際の現場では患者の医療ニーズに応じた評価は一般病床や療養病床に匹敵する水準では導入されていない。今後、精神科医療は地域包括的なケアシステムとしてサービスのフルラインアップ化が求められており、そのためにも医療資源を最適化して体制構築する必要がある。今回の研究結果は、そのための示唆的意義を有するかもしれない。

●参考文献・URL

- 1) 厚労省. 精神保健医療体系の現状. 2008. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0619-4k.pdf>
- 2) 日本精神科救急学会監修. 精神科救急医療ガイドライン2015年版. へるす出版; 2015.
- 3) 厚労省. 他. 精神保健福祉資料 平成25年度6月30日調査の概要. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630/>
- 4) Neuropsychiatr Dis Treat. 2018 [PMID: 29636614]
- 5) 厚労省. 平成30年度診療報酬改定の概要 医科I. 2018. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf>
- 6) 厚労省. 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会—今後の方向性に関する意見の整理. 2012. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j-att/2r9852000002ea7d.pdf>



精神科医は そのときどう考えるか ケースからひもどく診療のプロセス

兼本 浩祐

●A5 頁184 定価:本体3,400円+税 [ISBN 978-4-260-03612-2]

これぞ精神科のリアル・ワールド!

豊富な症例提示を通して精神科医が身につけるべき思考プロセスや臨床上の着眼点について解説。精神医療・精神医学に関する著者のフィロソフィーを盛り込んだ一冊。

医学書院

目からウロコ!

4つのカテゴリーで考える がんと感染症

森 信好 聖路加国際病院内科・感染症科副院長

【第25回】

造血幹細胞移植と感染症①

造血幹細胞移植（HSCT）の基本と免疫不全

がんそのものや治療の過程で、がん患者はあらゆる感染症のリスクにさらされる。がん患者特有の感染症の問題も多い——。そんな難しいと思われがちな「がんと感染症」。その関係性をすっきりと理解するための思考法を、わかりやすく解説します。

今回からはいよいよ造血幹細胞移植（hematopoietic stem cell transplantation：HSCT）と感染症について数回にわたり説明します。

HSCTの感染症も怖くない

HSCTの感染症と聞いてアレルギー反応を起こす方は多いのではないのでしょうか。要因は大きく3つありそうです。第一に、HSCTは限られた施設で行われていますので、具体的な経過をイメージしにくいということがあります。次に、HSCT後には主に3つのphaseがありますが、各phaseで起き得る免疫不全を正確に理解しないことには上手に対応できません。最後に、HSCTでは比較的可成りな感染症に加えて、感染症と見分けにくい非感染症の病態が紛れ込んでいることがあり、状況を複雑にしている側面があります。

でも大丈夫。本連載の読者はすでに「4つの免疫の壁」をマスターしているはず。これを駆使して、各phaseで起こり得る免疫不全を正確に理解すれば、HSCTの感染症にも抵抗なく対応することができるのです。あとはHSCTについての基本的な知識と可成りな感染症や非感染症についてある程度の知識があれば怖くありません。

HSCTの基本知識

「移植を行う」といってもHSCTと固形臓器移植（solid organ transplantation：SOT）では少し概念が異なります。SOTでは臓器が正常に機能しない状態で「移植された臓器」が病態を根本的に改善させます。例えば末期腎不全があり透析に頼っている患者さんが腎移植を受けるとたちまち病態が改善し透析から離脱する、というような具合です。一方、HSCTではどうでしょう。SOTのように「移植された幹細胞」が病態を改善させるのでしょうか。答えはNOです。HSCTでは移植そのものも大事ですが、病態を改善させるとい

う意味で最も重要なのは、移植前の大量の化学療法や放射線治療です。概念はこうです。①大量化学療法や放射線治療で血液腫瘍を根絶させる、②自分の骨髄や免疫が破壊されてしまうので何もしないと造血能や免疫が無くなり生きられない、③自分の、あるいは他人の幹細胞を移植することで新たに造血能と免疫を得る、という流れです。

HSCTの種類

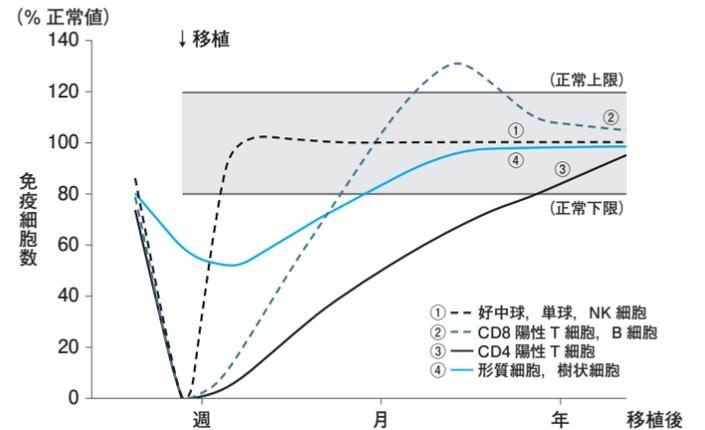
HSCTは大きく2つに分けられます。一つは自分の幹細胞を利用する自家移植（autologous HSCT：Auto）、もう一つが他人の幹細胞を利用する同種移植（allogeneic HSCT：Allo）です。Alloではドナーを誰にするかが非常に重要です。ご存じのようにヒト白血球抗原（human leukocyte antigen：HLA）が適合している必要があります。そこで、25%の確率でHLAが適合する血縁者の同胞をドナーにします。これをmatched related donor（MRD）と言います。ただし、同胞がうまく適合しない場合も往々にしてありますので、その場合には非血縁者でHLAが適合したドナーを探すわけです。具体的には骨髄バンクですね。これをmatched unrelated donor（MUD）と言います。

ただし、中には残念ながらドナー候補が見つからない場合もあります。その場合には親や子どもなど、血縁者でHLAが半分合致しているハプロ（haploidentical：haplo）のドナーや、臍帯血（umbilical cord blood：UCB）をドナーとする移植を模索することになります。HLAが不適合の場合には前処置に用いる化学療法や全身照射放射線（total body irradiation：TBI）量が増えるので、その分バリアの破綻や好中球減少の程度、液性免疫・細胞性免疫の低下が重度となります。

HSCT後の免疫不全

簡単に流れを説明しましょう（図1）¹⁾。

まず前処置に用いる化学療法やTBIにより骨髄が完全に破壊されます。つまり、まず最初に重度の好中球減少にさらされます（①）。そこに造血幹細胞を移植することで、徐々に好中球が改善してきます。好中球減少はドナーの選択や幹細胞のソースによって異なります



● 図1 HSCT後の免疫担当細胞の回復について（文献1より改変）

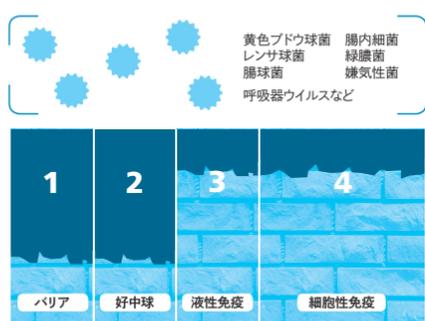
が、2~4週間で回復してきます。ただしリンパ球が回復するには数か月から数年必要とします。このことが細胞性免疫や液性免疫に大きな影響を与えるのです。何事もなく順調に経過した場合には、まずCD8陽性T細胞やB細胞が回復し（②）、その後CD4陽性T細胞が回復してきます（③）。ここで注意が必要なのは、B細胞はT細胞よりも先に回復するのですが、B細胞が多様性に富む抗体を産生し液性免疫を確立するにはT細胞の回復が必要不可欠なのです。つまり、免疫機能としては、先に細胞性免疫が回復し、その後液性免疫の回復が見られることとなります。順調に経過したとしても液性免疫が回復するには2年ほどかかるとされています²⁾。

以上を踏まえてHSCT後の免疫不全を3つのphaseに分けて考えると理解しやすいでしょう（図2）。

1) Phase I（生着まで）

好中球が3回連続で500/μLを超えた場合、その初日を生着とみなします。Phase Iではバリア破綻と好中球減少がメインです。

ここで重要なことは幹細胞のソースによって生着までの日数が異なるという点です。Autoであれば7~10日、MRDでは14日程度、MUDでは14~21日程度、haploやUCBでは22~27日程度とされています^{3,4)}。つまり、Autoの好中球減少期間は短いためアスペルギルスなどの糸状菌感染症を考える必要はほとんどありませんが、haploやUCBでは長期に好中球が減少するので当然高リスクの発熱性好中球減少症（FN）、つまり糸状菌感染症が鑑別の上位に挙がってくるのです。



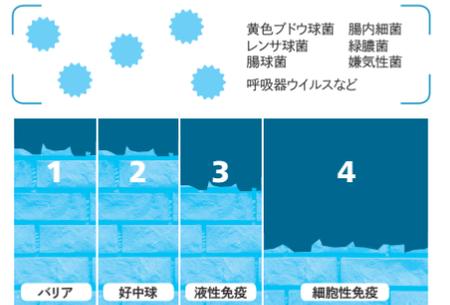
2) Phase II（生着から100日まで）

好中球は回復しますが、細胞性免疫低下が顕著となります。液性免疫も低下しますが、この時期には通常入院しているため、市中で多い肺炎球菌など



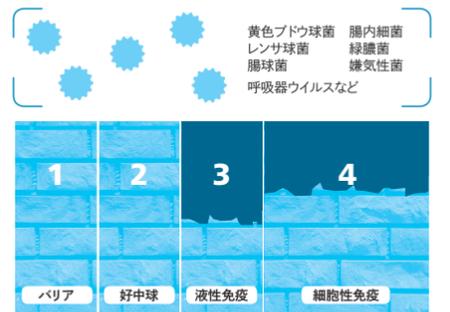
● 図2 HSCT後のPhase

にはあまり感染することはありません。Phase IIでは特にサイトメガロウイルスとアスペルギルス感染症の独壇場となります（詳細は次回以降）。



3) Phase III（100日以降）

細胞性免疫は回復の兆しを見せていますが、液性免疫低下が残っています。順調に経過すればこの時期には自宅で過ごすこととなりますので、肺炎球菌のリスクにさらされます。ですので、移植後6か月を目安に不活化ワクチンの投与が推奨されます。



今回はHSCTと感染症の手始めとして、HSCTの基本と免疫不全についてお話ししました。次回はHSCTの各phaseに起こり得る感染症について症例をベースに見ていきましょう。

【参考文献】
1) Expert Opin Biol Ther. 2008 [PMID: 18407763]
2) Biol Blood Marrow Transplant. 2009 [PMID: 19747629]
3) Int J Hematol. 2010 [PMID: 20464644]
4) Blood. 2004 [PMID: 15280199]

子どものこころを診る医療者、必携！ 診断面接の進め方、評価尺度、各種治療法を網羅



DSM-5® 児童・青年期診断面接ポケットマニュアル

DSM-5® POCKET GUIDE FOR CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH

監訳 高橋 三郎
訳 染矢 俊幸 / 江川 純

DSM-5公式シリーズ。子どもの患者やその家族を対象に、DSM-5診断面接を進める方法を解説。限られた時間で面接をまとめる方法や具体的な質問例が満載の実践書。

●B6変型 頁368 定価：本体4,500円＋税 [ISBN 978-4-260-03602-3]

医学書院

Medical Library 書評新刊案内

造血幹細胞移植ポケットマニュアル

国立がん研究センター中央病院 造血幹細胞移植科 ● 編
福田 隆浩 ● 執筆

B6変型・頁500
定価:本体4,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03160-8

評者 豊嶋 崇徳
北大教授・血液内科学

本書は、わが国の造血幹細胞移植医療をリードする国立がん研究センター中央病院の福田隆浩科長が、移植チームメンバーの協力を得て執筆した実践的なポケット版マニュアルです。造血幹細胞移植医療は他の医療と比べ患者の個別性が高く、また準備から外来フォローまで長期間にわたり、その間さまざまな職種がかかわる、極めて複雑で高度な医療です。そのため、一つの問題を解決するために、さまざまなウェブサイトや成書に当たる必要があります。移植の合併症が全身的であり、かつ多岐にわたるのがその理由の一つです。

造血幹細胞移植医療の全てがまとまった一冊

本書の特徴は、造血幹細胞移植医療の全てがこの一冊に盛り込まれている点にあります。例えば、移植後の高血圧に対して推奨される降圧薬が具体的に用量まで記載されています。つまり、エビデンスがあっても実際にはどう対応すればいいのか迷う点にまで踏み込んで記載されています。また編成も移植の準備から、入院、外来フォローと

経時的な流れになっており、移植にかかわるさまざまな職種の方が各職種の関与する項目の箇所を調べやすいように工夫されています。また、移植を依頼する立場の血液内科医にとっても移植適応、患者さんへの説明、また移植後のフォローと、座右にあって役立つ書となっています。このように対象とする読者が移植医のみならず、さまざまな医療スタッフ、コメディカル、一般血液内科医と多岐にわたるのも本書の特徴です。

造血幹細胞移植は複雑であるが故にエビデンスが少なく、ガイドラインも少ない分野が多くあり、各施設でプラクティスが異なる場合もあります。その点においても本書は標準的な記載がされており、各施設で参考になるものと思います。本書はポケットサイズのコンパクトな書籍なため携行に便利で、一見簡潔でありながら、実際は相当深みのある内容となっています。本書は臨床現場にあって、移植医療の向上に資するものと確信いたします。

本書の初版から10年以上が経過したが、残念ながら本邦のこの分野はまだ改善の余地があると言わざるを得ない。近年の画像診断の進歩や新規の治療法の出現は、神経疾患の診断と治療を大いに発展させ、それは飛躍的とさえ言えるかもしれない。しかし、非常に多岐にわたる神経救急や神経集中治療に対して、全てを高い専門性をもって遂行できる医師は数少ない。大部分の施設では、神経内科医、脳神経

神経救急・集中治療ハンドブック 第2版 Critical Care Neurology

篠原 幸人 ● 監修
永山 正雄, 濱田 潤一, 三宅 康史 ● 編

A5・頁672
定価:本体6,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01754-1

評者 西山 和利
北里大主任教授・神経内科学

私の尊敬する篠原幸人先生の監修による本書の初版が上梓されたのが2006年であった。当時の私といえば、日本人としてはやや長めの米国留学から帰国し、とある大学病院で脳卒中の急性期治療に携わっていた時期であったが、当然ながら早速本書を手にした。米国のCleveland ClinicやHarvard Medical Schoolで垣間見ることができた神経救急・集中治療の質と量を期待して帰国した私にとって、当時の本邦の状況は物足りないものであった。神経学の臨床能力に優れた神経内科医の絶対数が多くなかった上に、彼らの中で救急医療に取り組もうという者は極めて少なかった。そのような発展途上であった

神経系救急・集中治療の全てがここにある

本邦でも、ようやくこのような神経救急や集中治療に関する本格的な教科書が上梓された、と感銘を受けたものである。実に、本書が本邦における神経救急の初めてと言ってよい専門書であった。

本書の初版から10年以上が経過したが、残念ながら本邦のこの分野はまだ改善の余地があると言わざるを得ない。近年の画像診断の進歩や新規の治療法の出現は、神経疾患の診断と治療を大いに発展させ、それは飛躍的とさえ言えるかもしれない。しかし、非常に多岐にわたる神経救急や神経集中治療に対して、全てを高い専門性をもって遂行できる医師は数少ない。大部分の施設では、神経内科医、脳神経

精神診療プラチナマニュアル

松崎 朝樹 ● 著

三五変型・頁224
定価:本体2,000円+税 MEDSi刊
http://www.medsico.jp

評者 森 康浩
愛知医大准教授・精神科学

著者の松崎朝樹先生とは、ある事件をきっかけに懇意になった。某所で窮地に追い込まれていた私の前にまるで白騎士のように颯爽と現れ、私を窮地から救い出してくれた。それも暴力ではなく、彼が最も得意とする「言葉」という武器を使って。

全患者が世界標準の精神科診療を享受できるために



精神科医にとって言葉は武器だ。彼ほどその武器に磨きをかけている精神科医はいない。彼の発する一言、彼の書く一文は見事なまでに無駄な言葉がそぎ落とされ洗練されている。そんな彼が執筆したのが『精神診療プラチナマニュアル』である。白衣の胸ポケットに入る大きさを特長とするこの本は、その大きさ故、無駄な言葉が入る余白が一切ない。最小限の言葉で最大限の情報を伝える必要がある。彼にとっては、まさに独壇場なのだ。

研修医や他科の医師から「精神科はマニュアルがなく、わかりにくい」と言われることが多い。しかし、「マニュアル」「ガイドライン」という拒否反応を示す精神科医もまた多い。そんな精神科医に限って、どこで身につけてきたかわからない自己流で独り善がりな診療を行っている。確かに精神疾患には多様性があり、患者個々に応じたオーダーメイド診療は必要である。しかし、それはあくまでエビデンスを踏まえた上でのオーダーメイドであるべきだ。彼は言う。「個人的な経験に頼った記載を控え、各種ガイドラインや論文、専門書などに基づく、より正しい情報の記載を心がけた」と。筑波大でベストティーチャー賞を受賞するほどの教員である彼が、徹底的に調べ上げたエビデンスを基に書き上げたこの本には、現代の精神科診療の世

界標準が詰め込まれている。彼は執筆当初、研修医や看護師、医療スタッフにもわかりやすい内容にするつもりであったようだが、それを実現すると同時に、「精神科医が手にしても十分に価値ある内容を盛り込んだ」ものが完成している。精神科専門医でもこれを胸ポケットに忍ばせておけば、PubMedや医中誌を引く手間から解放されるだけでなく、診療が自己流に陥っていないかどうかの検証を(老眼鏡さえあれば)臨床現場ですぐに行えるのだ。

私には20歳の息子がいる。もし息子が精神疾患を発病したら、私は迷わず彼に診療を依頼する。それは彼が「ゴッドハンド」を持っているからではない(「マジックハンド」は持っているようだが)。彼に任せれば、必ず世界標準の診療を息子に施してくれると確信しているからだ。精神疾患を発病した患者は、発病時にどこの医療機関を受診するか、そこで誰が主治医になるかでその後の患者人生が大きく左右される。精神科ほど「診療の均てん化」が遅れている診療科は珍しい。エビデンスに基づかない自己流で独り善がりな診療を、多くの患者がそうとは知らずに受け続けている。こんなことがあって良いはずがない。どこの医療機関を受診しても、そこで誰が主治医になっても、全ての患者が世界標準の診療を受けられるべきなのである。全ての患者が世界標準の精神科診療を享受できるように、研修医、精神科専門医はじめ多くの医療関係者の手に、この『精神診療プラチナマニュアル』が届き、活用されることを祈っている。

外科医、一般内科医、救命救急医などが、彼らの本来業務との兼務でこの分野の質の維持に奔走しているのが現状である。その観点からも、本書が全面的な改訂を経て第2版を上梓することは、神経系の救急医療に携わる者にとってこの上ない朗報であろう。本書は各領域の多くの専門家の努力によって完成したと聞く。執筆者数は実に73人にも及び、本邦のこの分野の総力を結集したといっても過言ではない。

今版は永山正雄先生、濱田潤一先生、三宅康史先生の3人が編集された。いずれもがこの分野の第一人者であるので、仕上がった本書の出来栄は大いに期待して間違いのない。神経救急・集

中治療の患者さんに日々直面する施設で働く神経内科医はもとより、脳神経外科医、一般内科医、救命救急医、集中治療医、総合診療医、さらにはコメディカルの方々や医学生まで、幅広い読者にとって必携の書である。

最後に、本書の編集作業の完成を見ることなく志半ばで2015年に急逝された濱田先生について一言述べさせていただきます。濱田先生と私とは北里大で同じ釜の飯を食った仲間であった。本書は濱田先生が最後に手掛けられたお仕事の一つであり、その本の書評を担当する機会をいただいたことは私にとっても感慨深かった。濱田先生のご冥福をお祈りしつつ、本書評を閉じたい。

画像と病理から認知症の病態に迫る!

認知症イメージングテキスト

画像と病理から見た疾患のメカニズム

アルツハイマー型認知症や血管性認知症、レビー小体型認知症など、認知症をきたす疾患の責任病変や症状の発症メカニズムなどをビジュアルに解説した1冊。MRIやCT、SPECTなどの画像所見、ミクロ・マクロの病理所見を豊富に用い、いまだ謎の多い認知症疾患の病態に迫る。細胞構築や機能に基づいて脳を定型的に区域分けする「パーセレーション」など、最新のトピックも取載。

編集 富本秀和
三重大学大学院神経病態内科学 教授
松田博史
国立精神・神経医療研究センター
脳病態統合イメージングセンターセンター長
羽生春夫
東京医科大学高齢総合医学分野 主任教授
吉田眞理
愛知医科大学加齢医学研究所 教授



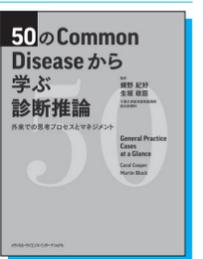
B5 頁266 2018年 定価:本体9,000円+税 [ISBN978-4-260-03231-5]

医学書院

診断推論は“一代限りの名人芸”にあらず。“思考プロセス”を学びスキルアップ!

50のCommon Diseaseから学ぶ診断推論

外来での思考プロセスとマネジメント
General Practice Cases at a Glance



見逃してはいけない疾患を含め外来診療の基本となる50症例(愁訴・症候)を通して、実践に即した臨床推論の組み立て方を学ぶ書。各章原則見開き2頁での簡明な記述。症例ごとに、病歴聴取の過程でいかに情報的確に絞り込み、適切な身体診察を選択し、診断・マネジメントにつなげるか、提示されたその局面ごとの判断ポイントを理解することで、ジェネラリストとしての思考プロセスが身につく。医学生・研修医など初学者のみならず、ベテランの復習書としても最適。

監訳: 鋪野紀好 千葉大学医学部附属病院総合診療科特任助教
生坂政臣 千葉大学医学部附属病院総合診療科教授

定価: 本体3,200円+税
A4変 頁128 図25・写真16 2018年
ISBN978-4-8157-0124-6

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.medsico.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsico.jp

臨床薬理学 第4版

一般社団法人 日本臨床薬理学会 ● 編
小林 真一, 長谷川 純一, 藤村 昭夫, 渡邊 裕司 ● 責任編集

B5・頁460
定価: 本体8,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02873-8

評者 楠岡 英雄
国立病院機構理事

本書『臨床薬理学 第4版』は、日本臨床薬理学会が総力を挙げて編集・執筆した書籍である。臨床薬理学は、医薬品の開発とそれにかかわる規制科学、薬物の特性決定やそれを用いての治療に必要な薬物動態学、疾患・個人における医薬品を用いた治療学、さらには、薬理遺伝学や集団における医薬品に関するリスク・ベネフィット評価までも含む、極めて広範な領域を対象とする科学分野である。本書はこの広範な対象を、内容を欠くことなくコンパクトにまとめており、臨床薬理学を学ぼうとする方々に必須の教科書であるだけでなく、医師・薬剤師のみならず他の医療職が臨床薬理学的事項を必要に応じ参照する際に有益な参考書でもある。

これまで創薬は主に製薬企業で行われてきたが、生活習慣病などを対象とするブロックバスター的な医薬品はほぼ開発し尽くされており、現在の創薬対象は難病などのアンメット・メディカル・ニーズへと移っている。その結果、世界的にアカデミアにおける創薬の役割が増大しつつあり、わが国においても日本医療研究開発機構 (AMED)、橋渡し研究戦略的推進プログラム拠

臨床家にも使いやすい
実用的な構成の参考書

点、臨床研究中核病院などが中心となってアカデミア創薬が進められている。その中で医師主導治験や臨床研究法に基づく特定臨床研究は重要な位置を占めているが、いずれにおいても臨床薬理学的知識は必須である。また、臨床研究法に基づく認定臨床研究審査委員会においては、毒性学、薬力学、薬物動態学などの専門的な知識を有する臨床薬理学の専門家を技術専門委員に擁することが求められている。このように、これまで臨床における日常診療に従事していた方も、今後、医薬品の臨床試験などにかかわる機会が増えると考えられ、その際には本書が助けになると思われる。

また、日常臨床において治療戦略の構築には薬剤の有効性・安全性を含めた薬理作用の理解が必須であるが、本書は疾患領域ごとに臨床薬理事項が整理されており、臨床家にとっても使いやすい実用的な構成となっている。

このように、本書は、日常臨床をはじめいろいろな場面で必要とされる臨床薬理学に関する諸事項を効率的にまとめたものとなっており、座右に置いておきたい一冊である。

BRAIN and NERVE—神経研究の進歩

2018年4月号(増大号)(Vol.70 No.4)

増大特集 Antibody Update 2018

評者 犬塚 貴

岐阜市民病院認知症疾患医療センター長/
岐阜大名誉教授

一部定価: 本体3,800円+税 医学書院

5年前に本誌増大特集として出版された「Antibody Update 2013」をさらにアップデートした増大特集号が、本誌編集委員の山口大神経内科・神田隆教授の企画で出版された。抗体の病理性が分子レベルで語られ始めた1980年代初期から40年近くなるが、この分野における最近の発展がそれだけ目覚ましいということであろう。実際、特集を読むとこの5年間に新たに報告された抗体、抗体の病理性がより確実にされた抗体が紹介されており、治療に直結するようになった例も増えていることがわかる。また抗体を切り口にした疾患分類が進んだ疾患群もある。認識抗原の詳細が明らかにされ、臨床像との対応が明らかにされたものもある。そうした進歩は抗体検索や抗体機能検出における洗練された技術の導入によるものがあるが、何と言っても患者の診断、病態解明、治療に直結させたいと願う医師の熱意のたまものが根底にあることは間違いない。

診断、病態解明、治療につながる
抗体の確立にける熱意

特集を概観すると、自己免疫性の脳炎・脳症、大脳基底核障害、視神経脊髄炎、小脳障害、末梢神経疾患、自律神経節障害、神経筋接合部疾患、筋疾患、傍腫瘍症性神経症候群と障害部位が実に多彩であり、症候の切り口から見れば、免疫性疾患とは縁遠いと従来思われた、認知症、てんかん、精神疾患なども、少なくともその一部は免疫介在性の機序で生じているということが示されている。

病因となる自己抗体が満たすべき条件として、①抗体が患者群で特異的に検出される、②抗体が標的となる抗原と反応する、③抗体の投与により病態が再現される、④対応する抗原の免疫により疾患モデルが作成できる、⑤抗体の力価低下により病態が改善することが以前から挙げられている。特集で取り上げられた疾患に伴う抗体は、これらの条件を全て、あるいは部分的に満たしている。そして今なお、残る条件を満たす証明を求めて研究が進行中

第59回日本神経学会開催

第59回日本神経学会学術大会が5月23～26日、佐々木秀直大会長(北大学院)のもと、「神経疾患の克服を目指して」をテーマに開催された(会場=北海道札幌市・ロイトン札幌, 他)。本紙では、シンポジウム「神経内科医の燃え尽き症候群を防ぐために——バーンアウトしないためのTipsをシェアしよう」(座長=旭川赤十字病院・吉田一人氏, 杏林大・海野佳子氏)の様態を報告する。

◆米国で注目集まる医療者のバーンアウト、日本でも早急な現状把握と対策を

燃え尽き症候群(バーンアウト)とは、対人的サービスを提供する職種において、元来は活発に仕事をしてきた人が「燃え尽きたように」意欲を失う状態を指す。仕事を通じて情緒的に力を出し尽くすことによる「情緒的消耗感」、情緒的資源の節約のための防衛反応として起こる「脱人格化」(クライアントへの思いやりを欠く紋切り型対応)、理想と現実のギャップによる「個人的達成感の低下」の3要素で構成されるバーンアウト。医療者に起きた場合、心身の不調、離職など医療者自身への影響だけでなく、診療の質の低下や共感性の欠如といった患者への悪影響も懸念される。

シンポジウムの冒頭、下畑孝良氏(岐阜大学)が、企画の契機となった米国神経学会(AAN)の動きを紹介した。AANでは近年、神経内科医のバーンアウトを問題視し、学会員を対象とした調査や学術集会での教育プログラムなど、学会としての対策に乗り出しているという。2016年の調査では、回答した米国神経内科医の60.1%に何らかのバーンアウトの症状が見られた(Neurology. 2017 [PMID: 28122905])。また、神経内科医は他診療科医に比べてバーンアウトの頻度が高いとの報告もある(Mayo Clin Proc. 2015 [PMID: 26653297])。神経内科医が特に高頻度な理由は、高齢化による患者数増に伴う事務仕事の増加や、病歴聴取や神経学的診察をじっくり行うことを重視する神経内科医の気質と多忙な現実とのギャップなどが指摘されている。下畑氏は、「日本の医学界でも状況を早急に調査し、学会や国レベルでの対策を進めるべき」と訴えた。

続いて神経内科研修医の安藤昭一朗氏(新潟大病院)が登場し、若手医師の立場で見解を述べた。氏は、知識や経験の乏しい若手では首尾一貫感覚(SOC)や職場における自己効力感を得にくいことがバーンアウトのリスク上昇をもたらす可能性を指摘した。対策の鍵として、活力・熱意・没頭の3要素から成る「ワーク・エンゲイジメント」の向上を挙げ、トレーニング機会の提供や若手の自主性を尊重した指導を求めた。

急性期病院におけるバーンアウトの問題を論じたのは、脳卒中診療医の井島大輔氏(北里大病院)。急性期脳卒中医療では可能な限り早急な治療開始が求められるため、夜間や休日のオンコールも多く、いつ呼ばれるかわからない緊張感が強いという。氏は、根本的な解決には脳卒中診療医の増員や労働時間の短縮が必要と指摘。その上で、より現実的な対策として、脳卒中治療フローチャートの作成や院外画像送信システムの導入などにより、脳卒中診療医の不在時に対応可能な体制整備を提案した。

饗場郁子氏(国立病院機構東名古屋病院)は、日本の神経内科女性専門医を対象に行ったアンケートの結果を報告した。回答者の63.7%にバーンアウトの症状が見られ、うち58%がバーンアウトに「女性であること」が関係していると回答したという。氏は、女性医師は育児や介護など家庭の負担が大きい傾向や、我慢が美德とされる文化などによりバーンアウトのリスクが高まる可能性があるとした。

最後に服部信孝氏(順天堂医院)が、全国82大学の附属病院に勤務する神経内科医へのアンケート結果を報告。バーンアウトの症状が見られたのは回答者の約40%



●シンポジウムの様子

であり、バーンアウトと有意な関連が認められた因子として、経験年数が短い、事務仕事が多い、当直回数が多い、人間関係の不良などが挙げたという。氏は、大学でのバーンアウトの防止には教授などのリーダーを中心に組織内で十分なコミュニケーションをとること、そのためには「リーダーシップ教育が必要」と強調した。

である。著者らがわかりやすくクリアカットに著述しており、表にきれいにリストされた抗体を見て、読者は抗体が全てを取り仕切ってくれると思うかもしれない。しかし著者らがあえて書いていない抗体そのものの悩ましさも大きい。さまざまな疾患や症例において、おびただしい種類の抗体が検出されているが、同じ臨床像の患者群で検出されない場合や、対照群にも検出される場合もあり、病的意義が不明で立ち消えになることも多い。抗体検出のカットオフの設定や染色性の判定などで悩むことも多い。また同名の抗体であっても認識部位によって意義が異なる場合もある。一方で臨床像が多様でも、ある抗体の存在が疾患単位を形作る場合もある。また表面上同様の臨床

像であっても、抗体によって合併症や予後が異なる疾患群もある。なかなかよい動物モデルができない場合もある。このような耐え難い苦勞を経て作られたリスト上の抗体名を見ると、拝みたくなるような気持ちにもなる。

依然残されている基本的な問題として、自己組織に対する抗体産生機序、抗体の血液脳関門の越え方、細胞内抗原へのアクセス、神経筋の組織傷害機序、患者側の免疫状態、特に細胞性免疫との関連、診療に使える容易かつ迅速な抗体の検出・測定システムの構築などがある。免疫学、細胞生物学、分子生物学、分子遺伝学などから新しい技術の応用がさらに進み、抗体の機能と病態へのかかわりが明らかにされ治療法が確立していくことを願っている。

日本精神神経学会の人気シンポジウム・ワークショップが待望の書籍化!

エキスパートに学ぶ精神科初診面接
臨床力向上のために [Web動画付]編集 日本精神神経学会
精神療法委員会●B5 頁180 定価: 本体4,500円+税
[ISBN 978-4-260-03242-1]

①抑うつ、②パニック、③家族からの相談、の3つのテーマについて、患者・家族との面接場面を解説付きで紹介。付録として実際の面接場面などを収録したWeb動画も。教科書には載っていない、実臨床の技が盛り込まれた一冊。

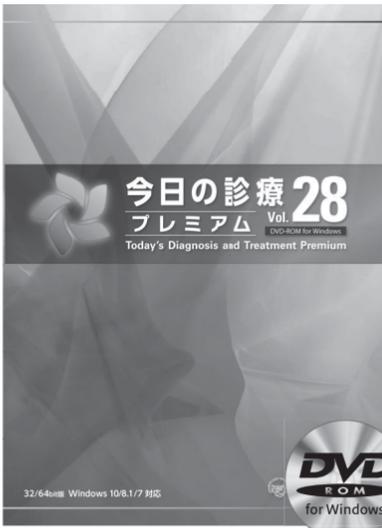
医学書院



国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 28 プレミアム Vol.28 DVD-ROM for Windows

Today's Diagnosis and Treatment Premium



●DVD-ROM版 2018年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610261]

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



スマートフォンやタブレット端末でも利用可能な「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、2019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。



DVD-ROMドライブをお持ちでなくても、
インストール用ファイル一式をダウンロードし、
ハードディスクに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あります。
※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。

骨格をなす8冊を収録した
「今日の診療 ベーシック Vol.28」もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.28

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円+税
[JAN4580492610285]

※『今日の診療 ベーシック Vol.28』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 今日の治療指針 2018年版 Update
- ② 今日の治療指針 2017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 2017-2018
- ⑧ 治療薬マニュアル 2018 Update

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

*書籍とは一部異なる部分があります

日本神経学会監修ガイドラインシリーズ

パーキンソン病 診療ガイドライン 2018

編集 「パーキンソン病診療ガイドライン」作成委員会

治療に特化していた前版「パーキンソン病治療ガイドライン2011」から7年、名称を「診療」ガイドラインに変更した改訂版が、満を持して登場！最新治療はもちろん、新たに国際的な診断基準や画像検査、病因なども網羅した。厳選したクリニカル・クエスチョン(CQ)と50のQ&Aで、臨床の課題を徹底解説する。

●B5 頁308 2018年 定価：本体5,200円+税 [ISBN978-4-260-03596-5]



てんかん 診療ガイドライン 2018

編集 「てんかん診療ガイドライン」作成委員会

成人および小児のてんかんの診断、検査、薬物治療、外科治療、予後に至るまで、エビデンスに基づいた臨床上の指針を網羅。クリニカル・クエスチョン形式で、専門医のみならず一般医にも理解しやすくまとめた。第2部として、3つのCQについて行った厳密なシステマティックレビューのダイジェストが加わった。

●B5 頁240 2018年 定価：本体4,600円+税 [ISBN978-4-260-03549-1]



認知症疾患 診療ガイドライン 2017

編集 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会

定義や疫学、診断、治療、社会資源などの総論的な内容から、アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症など原因疾患ごとの具体的な特徴や診断・治療法といった各論的な内容まで幅広く網羅。全編クリニカル・クエスチョン形式で、読者の疑問にダイレクトかつわかりやすく答える内容となっている。

●B5 頁384 2017年 定価：本体5,400円+税 [ISBN978-4-260-02858-5]



多発性硬化症・視神経脊髄炎 診療ガイドライン 2017

編集 「多発性硬化症・視神経脊髄炎診療ガイドライン」作成委員会

従来の治療に特化したガイドラインから大きく発展し、治療に加えて、疫学、病因・病態から、診断、検査、経過と予後といった診療全体をカバーしたガイドラインに生まれ変わった。第一線で診療に当たる医師によって編集され、新しい研究成果や臨床経験の蓄積が反映された、診療現場に必須のガイドライン。

●B5 頁352 2017年 定価：本体5,400円+税 [ISBN978-4-260-03060-1]



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:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp