

2015年10月5日

第3144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



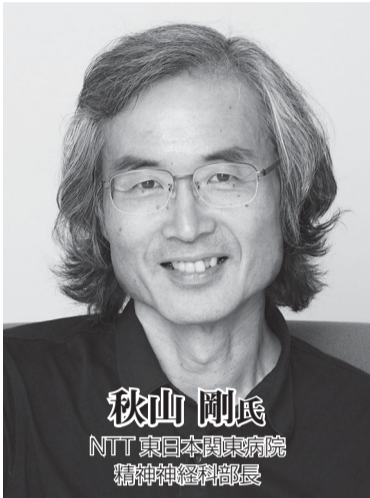
医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

## 今週号の主な内容

- [鼎談] ICD改訂に向けた動向を探る(秋山剛, 神庭重信, Geoffrey M. Reed) ..... 1-3面
- [寄稿] 認知行動療法eラーニングでうつ病を予防する(川上憲人) ..... 4面
- [寄稿] ケース・マネージメント介入で自殺再企図の防止を(河西千秋) ..... 5面
- MEDICAL LIBRARY ..... 6-7面

鼎談

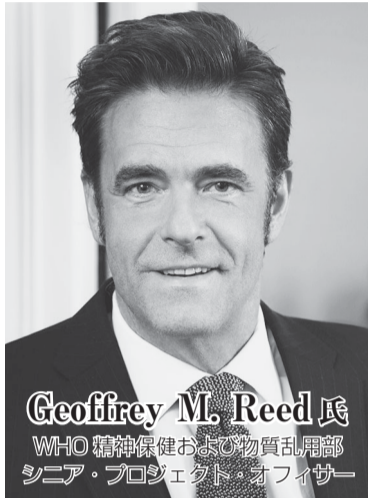
# ICD 改訂に向けた動向を探る



秋山 剛氏  
NTT 東日本関東病院  
精神神経科部長



神庭 重信氏=司会  
九州大学大学院教授・  
精神病学



Geoffrey M. Reed 氏  
WHO 精神保健および物質乱用部  
シニア・プロジェクト・オフィサー

精神保健を含む公衆衛生関連の診断について、日本では世界保健機関(WHO)より発表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類(ICD)」を公式な分類システムとして採用している。2013年に米国精神医学会(APA)が発表したDSM-5が臨床研究では普及しつつあるが、疾病統計、疫学研究、行政においては、ICD-10の第5章「精神および行動の障害(MBD) (ICD-10-MBD)」がなお使用されており、現在改訂作業が進むICD-11には大きな関心が集まっている。そこで今回は、ICDの改訂作業に携わる3氏に、ICD-11の作成に向けた動きやその内容についてお話をいただいた。

## 世界各國のサポートを受け、ICD-10改訂に着手

神庭 ICDはおおむね10年ごとに大規模な改訂を行ってきましたが、1990年にICD-10が作成されてから既に25年が経過しました。これはICD改訂の歴史の中でも最長です。現在も広く活用されているとはいえ、この間に医学・科学が大きな発展を遂げたこともあり、ICD-10-MBDを“時代遅れ”だと感じている精神科医がいることも否定できません。今回の改訂が、ここまで長引いているのはなぜでしょうか。Reed 理由としては、大規模な変更に対して各国から反対意見があり、改訂へのサポートがなかなか得られなかったことが挙げられます。ICD-10はWHOに所属する各国の保健システムや政策、法律、情報システムなどに広く取り込まれており、大規模な変更が行われると、システムの見直し作業に大きな労力がかかります。この間、2年ごとにコードを加えたり定義を変更したりする小規模なアップデートは行われてきました。ですが、小規模なアップデートでできることはあくまでもマイナーチェンジに限定されます。全体の構造に踏み込んだ変更には大規模な改訂プロセスを要するため、各国が

らのサポートが欠かせませんでした。神庭 なるほど。各国がICD-10改訂の必要性を感じる時期がくるまで、動き出すことができなかったというわけですか。

Reed ええ。2005年、ついにWHOの上部組織であるWHA(World Health Assembly;世界保健総会)はWHOに対して、ICD-10の大規模改訂作業を開始し、ICD-11を作成するよう要請しました。改訂作業のうち、ICD-10-MBDに関する改訂は、私が所属するWHO精神保健および物質乱用部の管轄となりました。私たちは翌年、IAG(International Advisory Group)を設立し、改訂作業を進めるための基本原則や優先事項、改訂の目的などについて議論を開始しました。

神庭 初期の活動の概要については、論文でも報告されていましたね。

Reed その後、各領域に特化した有識者による、14のワーキンググループ(WG)を立ち上げました。各WGの仕事は、臨床の有用性及び各文化圏での応用性に関する知見のレビューを行い、DSM-5の草案(当時)も考慮した上で、ICD-10の改訂に関する提言をまとめることでした。現在、ICD-11診断ガイドラインの草案、フィールドスタディでの試用バージョンが完成しつつあります。フィールドスタデ

ィで得られたデータから、診断ガイドラインが臨床医によってどのように用いられるかを把握し、意図通りに機能しなかった部分に関しては、見直しを行います。2018年までにはフィールドスタディを完了し、診断ガイドライン最終案のWHAへの提出、承認をめざしたいと考えています。

神庭 ICD-10では精神科医向け、プライマリ・ケア医向け、研究者向けのバージョンがありました。ICD-11でもこの流れを引き継ぎ、3種類の作成が進んでいるのでしょうか。

Reed 精神科の臨床現場での使用を想定している「臨床記述と診断ガイドライン(Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines; CDDG)」と、27の障害カテゴリのみが記載されるプライマリ・ケア版の作成は既に進んでおり、どちらもフィールドスタディが実施されます。

研究用の診断基準については、まだ具体的な話には至っていません。WHOとしては研究者版にも興味はあるのですが、ICD-10の研究用診断基準は教育目的で多少用いられた程度で、研究目的ではそれほど広く用いられませんでした。現在NIMH(National Institute of Mental Health;米国国立精神保健研究所)とEuropean Commission(欧州委員会)と共に、世界の研

究者に向けて精神障害の診断分類システムを提供するための最善の形を協議しています。研究用診断基準の作成は念頭には置っていますが、CDDGが完成に近づいた時点で本格的な作成作業に入る見通しです。

## ICDの構造上の欠陥を解消する大規模改訂へ

神庭 実際にどのような点がICD-10と異なるかについて、臨床現場の関心は高いと思います。

Reed 大きな変更点は主に二つあります。一つめは、ICDの歴史に基づく構造上の欠陥を見直すことです。ICDではこれまで0から9の数字を用いた構造を採用しており、一つのチャプター(章)に最大でも10個の障害群(例、F0-F9)しか設けられませんでした。そのために、雑多な障害を含む障害群ができてしまっていたのです。

秋山 確かに現在の構造は人工的で、実状に合っていないし、ICD-10が時代遅れだと感じてしまう一つの要因とも言えます。例えば、F4「神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」の中にまとめられている障害カテゴリ(障害名)が雑多な障害

(2面につづく)

10 October 2015

## 新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650(書店様担当) ●医学書院ホームページ<http://www.igaku-shoin.co.jp>もご覧ください。

### 臨床検査データブック[コンパクト版](第8版)

監修 高久史磨  
編集 黒川 清、春日雅人、北村 聖  
三五変型 頁418 1,800円 [ISBN978-4-260-02424-2]

### ベナー 看護実践における専門性 達人になるための思考と行動

著 バトリシア・ベナー、クリスティン・タナー、キャサリン・チェスラ  
訳 早野ZITO 真佐子  
A5 頁728 5,600円 [ISBN978-4-260-02087-9]

### 看護実践・教育のための 測定用具ファイル

開発過程から活用の実際まで (第3版)  
監修 舟島なをみ  
B5 頁480 5,000円 [ISBN978-4-260-02165-4]

### 死亡直前と看取りのエビデンス

森田達也、白土明美  
B5 頁204 3,000円 [ISBN978-4-260-02402-0]

### 口から食べる幸せをサポートする 包括的スキル

KTバランスチャートの活用と支援  
編集 小山珠美  
B5 頁176 2,800円 [ISBN978-4-260-02384-9]

### 言語聴覚研究

第12巻 第3号  
編集・発行 日本言語聴覚士協会  
B5 頁144 2,000円 [ISBN978-4-260-02430-3]

### スポーツ外傷・障害ハンドブック 発生要因と予防戦略

原書編集 Roald Bahr, Lars Engebretsen  
監訳 陶山哲夫、赤坂清和  
B5 頁240 5,800円 [ISBN978-4-260-02416-7]

### 糖尿病の薬がわかる本

樹田 出  
A5 頁176 1,800円 [ISBN978-4-260-02160-9]

### 今日の診療プレミアム Vol.25 DVD-ROM for Windows

監修 永田 啓  
DVD-ROM 価格78,000円 [JAN4580492610063]

鼎談 ICD改訂に向けた動向を探る

<出席者>

●あきやま・つよし氏

1979年東大医学部卒。同大病院分院神経科医局長を務めた後、91年よりNTT東日本関東病院精神神経科部長。97年に作業療法の枠組みを利用したうつ病患者の「職場復帰援助プログラム(RAP)」を開発し、2007年「うつ病リワーク研究会」を発足、世話人を務める。世界精神医学会常務理事、日本精神神経学会理事、日本精神神経学会ICD-11委員会副委員長など役職多数。

●かんば・しげのぶ氏

1980年慶大医学部卒、同大精神神経科入局。82年米国ニューヨーククリニック留学、87年同精神科レジデント修了後、アシスタント・プロフェッサー。慶大講師を経て、96年山梨大医学部精神神経医学講座教授。2003年より九大大学院教授。主な専門分野は気分障害、精神薬理学・神経化学。日本精神神経学会副理事長、日本精神神経学会ICD-11委員会委員長、厚生省疾病、傷害及び死因分類専門委員会委員、文科省科学技術・学術審議会専門委員などを務める。

●Geoffrey M. Reed氏

1984年米国カリフォルニア大ロサンゼルス校(UCLA)卒、同校にて86年修士課程、89年博士課程修了(心理学)。米国心理学会 Assistant Executive Director、国際心理学連合 Senior Consultant for World Health Organization Projects を務め、国際生活機能分類(ICF)のマニュアル作成およびトレーニングに携わった後、2008年よりWHO精神保健および物質乱用部ICD-10改訂プロジェクトのシニア・プロジェクト・オフィサーを務める。

(1面よりつづく)

群の例でしょう。この構造が変わるのは、かなり大きな違いですね。

Reed はい。ICD-11の新しい構造については、日本も含め多くの国で行われる調査研究に基づいて決定し、『DSM-5(精神疾患の診断・統計マニュアル)』の構造とも極力一致させる方針です。ICD-11の構造はより現代的で、研究や臨床で得られた知見との一致度も高まると期待されます。

また、診断ガイドラインの草案作成段階から、よりシステムティックなアプローチを採用し、どの診断ガイドラインも同じ構成で記述しました。この工夫により、さまざまな障害カテゴリ・障害群の間で統一感が出ていますし、記述も明確になっています。実際、「臨床実践グローバルネットワーク(GCPN、註)」を活用して実施しているフィールドスタディにおいても、ICD-11の診断ガイドラインはICD-10と比べて臨床的有用性が高いと感じる参加者が多いという結果が得られています。

秋山 それは臨床現場でICDを使用する私たちにとって、歓迎すべきポイントです。

精神科医が異なるチャプターの障害を扱うケースも

Reed もう一つの大きな違いは、ICD-10までは「精神および行動の障害(MBD)」のチャプター内で一部取

り扱われていた「睡眠-覚醒障害」「性保健」が、新たなチャプターとして設けられることです。これまで睡眠障害と性機能不全はそれぞれ器質性と非器質性とで別々のチャプター内で扱われており、心身二元論とも言える厳然たる区別をつけた分類でした。しかしながら近年得られた知見から、こうした区分は生体のメカニズムとも、臨床の実状とも合わないことがはっきりしてきました。そのため、ICD-11では器質性・非器質性を問わないチャプターを新たに設けるほうが有用ではないかとの結論に至ったのです。

神庭 性機能不全を例にとると、ICD-10では非器質性の性機能不全が「MBD」チャプター内にありました。今後は全て「MBD」とは別に扱われるということでしょうか。

Reed はい。精神および行動の障害以外の状態も含めるため、「MBD」チャプターとは別に扱われることとなります。ただ、性機能不全などは心理的要因も大きくかかわりますから、性保健に関する新たなチャプターは「MBD」チャプターに隣接して配置されることが決定しています。

神庭 精神科医が診断を行う可能性のある障害が、「MBD」以外のチャプター内に設けられているわけですね。仮に、特定の障害がどのチャプターに分類されるかによって、精神科医が患者さんの診察に消極的になる事態が起きたとしたら、患者さんにとっての不利益になります。そのあたりはどのようにお考えですか。

Reed ICDのチャプター分けは、決して臨床活動の範囲を規定するものではありません。ですから、ICD-11を公表する際、精神科医をはじめとする精神保健従事者が、新たな二つのチャプターを適切に活用できるよう、資料を十分に準備することは重要な課題だと認識しています。

神庭 同様のケースを障害カテゴリレベルで見ると、ICD-10ではてんかんが「神経系の疾患」のチャプターに含まれています。日本の精神科医はてんかんの患者さんを診療することがしばしばあり、中にはてんかんを「MBD」チャプター内に位置付けることを希望する声もあります。

Reed ICD-11で、てんかんは「神経系の疾患」チャプターに残ることが決まっています。

精神障害の神経学的側面が解明されるにつれて、精神障害と神経疾患との境目は失われつつあり、遅かれ早かれ明確な区別は維持できなくなるでしょう。将来的には、「神経系の疾患」と「MBD」の統合が試みられるかもしれません。しかし現段階では、そこまで踏み込むだけの根拠がないために、ICD-11ではこの二つのチャプターは別々に存在することになります。

神庭 そうなると、ICD-11に慣れないうちは、どこに何のコードが記載さ

●表 DSM-5の章題とICD-11-MBDの障害群(案)

Table with 2 columns: DSM-5 and ICD-11\* [カッコ内仮訳]. It lists various mental health conditions and their corresponding categories in both systems, such as Neurodevelopmental disorders, Schizophrenia spectrum, Bipolar and related disorders, etc.

●はDSM-5とICD-11で障害群の扱いや、障害カテゴリの定義・概念が大きく異なるもの。\*出典: http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en (一部改変) INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES - Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics. Prepared using the content as of 10 Aug 2015 V1d: PKB

れているか戸惑うこともありそうです。Reed その対策の一つとして、ICD-11では同一障害カテゴリの複数箇所への掲載を認める「セカンダリ・ペアレンティング(Secondary Parenting)」という手法を採用します。例えば、「神経系の疾患」を主たる分類先とする障害カテゴリを、二次的に「MBD」に掲載することができるのです。コード番号は主たる分類先である「神経系の疾患」に沿ったものが割り当てられますが、ICD-11を出版するに当たり、精神科医に必要なコードがどこに収載されているかを明確にし、使用に支障がないよう努めたいと考えています。

DSM-5との相違点は最小限に

神庭 表にDSM-5の章題とICD-11-MBDの障害群(案)を示しました。DSM-5との主な違いを教えてください。Reed 障害群の扱われ方に関して目立った違いを挙げると、DSM-5では「睡眠-覚醒障害群」「性機能不全群」「性別違和」が精神疾患として一つの章題

を成しているのに対し、ICD-11では先ほども触れたように、「MBD」以外のチャプターで扱われます。また、DSM-5では衝動制御の問題が「秩序破壊的・衝動制御・素行症群」の中で扱われていますが、ICD-11では秩序破壊的行動や素行障害とは切り離れた障害群を設け、その中で扱われることになっています。神庭 構造に関してICD-11とDSM-5との間で擦り合わせがなされることもあり、大枠での違いは比較的小規模なようです。障害群の下位分類である障害カテゴリレベルでの違いはいかがでしょうか。Reed DSM-5には存在するけれども、ICD-11には含まれる予定がない障害カテゴリがいくつかあり、その逆も同様です。こうした障害カテゴリレベルで見られる違いは、精神障害という現象に対する見解の違いに起因します。また、障害カテゴリの定義や位置付け、概念が異なるものもあります。例えば統合失調症の診断要件について、DSMでは「症状の持続期間」を6か月としていますが、ICDでは1か月と

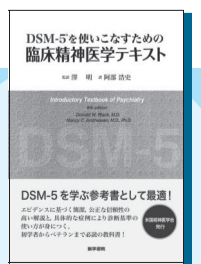
DSM-5の使い方がわかる! 米国精神医学会(APA)発行の精神科教科書

DSM-5\*を使いこなすための臨床精神医学テキスト

Introductory Textbook of Psychiatry 6/e

エビデンスに基づく簡潔、公正な信頼性の高い解説と、具体的な症例により診断基準の使い方が身につく。ミュージカル「レ・ミゼラブル」上演中に客席から舞台上に駆け上がり政権の不正を叫んだチャールズや、ボタンが怖くてシャツが着られない少年ジョンなど、興味深い症例のエピソードにも引き込まれる。DSM-5を学ぶための参考書として最適!

原著 Donald W. Black Nancy C. Andreasen 監訳 澤 明 ジョンスホプキンス大学教授 訳 阿部浩史 医療法人資生会千歳病院精神科



学会が総力をあげてまとめたバイブル、待望の改訂版

診療情報学 第2版

診療情報の適正な管理とその活用のための基盤の整備は、医療の質向上に必須の要素として、近年ますますその重要性が認識されている。本書は、日常業務における診療情報の意義、役割、記載方法などについて、日本診療情報管理学会が総力をあげてまとめた、この領域のバイブルとも言えるオフィシャルテキスト。新たな概念・制度、知識・技術を取り入れて、5年ぶりの改訂。

編集 日本診療情報管理学会



することを決定しました。これは、精神医療サービスがまだ十分に発達しておらず、症状の経過を長期的に追うことが困難な地域での運用も想定しているためです。パーソナリティ障害群の概念も、ICD-11とDSM-5とで大きく異なったものになる見通しです。

**神庭** 構造や分類以外にも違いはあり

### “世界基準”を作成するプロセスへの参加を通して

**神庭** ICD-10からの変更点や、DSM-5との相違点についてよくわかりました。最後に、ICD改訂作業における日本精神神経学会の活動について振り返りたいと思います(資料参照)。

日本ではIAGの設立を受け、2006年に日本精神神経学会内にICD-11委員会が設置されました。日本精神神経学会が、組織として国際的な調査研究に参加するのはこれが初めてのことで、委員会設置以降、複数の専門家がIAGや精神病性障害のWG、Field Studies Coordination Groupのメンバーとして、ICDの改訂活動に携わっています。具体的な活動としては、学会員へのGCPN登録の呼び掛け、フィールドスタディに使用する診断ガイドライン草案の翻訳、フィールドスタディ協力施設の募集などを行っています。日本でのフィールドスタディ実施に向けた準備状況について、秋山先生からご説明ください。

**秋山** フィールドスタディにはオンラインで行うものと臨床現場で行うものがあり、さらに臨床現場での調査は「一致率調査」と「有用性調査」に大きく分けられます。日本はこの全ての調査に参加します。

まず、一致率調査は2人の医師が同じ臨床情報を前に、同じ診断ガイドラインを用いて別々に診断を行った際の一致率を調べる目的で行われるもので、精神病症状のある成人対象、精神病症状のない成人対象、児童思春期対象の3つのプロトコルが用意されています。日本は3つのプロトコル全てに参加する予定で、各プロトコルの最低要件である100ケースはもちろん、可能であれば200ケース分のデータ収集をめざしています。

**神庭** 現在、一致率調査のフィールドスタディに関心を示してくださっている施設に対して、正式な協力要請を出しているところです。参加施設には、

ますか。

**Reed** 他の相違点としては、ICDはより柔軟性の高い記述を採用している点が挙げられます。ICDは全世界で使用されることを前提とし、文化的差異や臨床医の裁量を許容できるよう意図しているため、記述に柔軟性を持たせることは重要なポイントです。

施設責任者、および施設コーディネータの設置をお願いすることになります。また、実際の評価に参加して下さる医師も募っています。日本精神神経学会としては、参加医師やコーディネータの方々を対象に、独自にトレーニングを準備する予定です。

**Reed** それは良いアイデアですね。臨床現場で行われるフィールドスタディは、世界に先駆けて日本で開始される予定ですから、結果を楽しみにしています。

**秋山** 一方の有用性調査は、1人の医師がICD-11診断ガイドラインの草案に基づいて診断を下し、臨床情報と照らし合わせた際の使いやすさを評価します。

オンラインで行うフィールドスタディは、GCPNを通して登録者に協力を呼び掛け、インターネット上のプラットフォームを用いて施行されるものです。現在、日本からGCPNには約1000人が登録しており、すでに複数の障害群に関するフィールドスタディが日本語で行われ、多くの先生方からの協力をいただいています。

**Reed** フィールドスタディが完了した際には、かなりのデータが日本から寄せられたものになることでしょう。各国に精神科医の学会組織は数多くありますが、中でも日本精神神経学会の貢献度はトップレベルで、ICD-11の有用性や応用性向上に大きく資するものです。

さらに日本精神神経学会が素晴らしいのは、踏み込んだレベルで改訂作業に関与してくれていることです。チームの一員として私たちと定期的にコミュニケーションを取り、完成前の資料について、フィードバックしていただけてきました。完成一步手前の資料に対する質問やコメントを受けたことで、資料の明確度がより増したと感じています。

### 【資料】The International Advisory Groupの活動、および日本精神神経学会ICD-11委員会の活動について

丸田敏雅(聖徳大学保健センター/日本精神神経学会ICD-11委員会副委員長)

ICD-10改訂はWHO分類と用語部が中心となり、WHO国際分類ファミリー・ネットワーク(WHO-FIC)の分類改訂委員会(Update & Revision Committee)の下、改訂運営委員会(Revision Steering Group)が設けられている。その分科会として、精神、外因、腫瘍、内科などの分野別専門委員会(Topical Advisory Group; TAG)が設置されており、精神分野は精神保健および物質乱用部が「The International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders」と命名されたTAGを2006年に発足させた。その第1回会議が2007年1月にWHO本部で開催された。この委員会はSteven Hyman教授(Broad Institute of MIT and Harvard)を座長に現在まで8回の会議が開催され、筆者も毎回出席している。

当初は今回の改訂をどのような方向性で行っていくかといった基礎的・概念的な議論や、改訂を行っていく上でICD-10以降の診断分類に影響を及ぼした研究者も招致され、それらが有益かどうかなどについても議論された。また、発足当初はDSM-5発刊前であったため、ICD-DSM調整グループ、GSPN(Global Scientific Partnership Network; グローバルな科学的パートナーシップ・ネットワーク)、ステークホルダーグループおよび資源流動化グループの4つのコーディネーティンググループが設置された。

その後、GSPNがフィールドスタディグループへと組織変革され、改訂に向けた世界規模でのネットワーク(GCPN; 臨床実践グローバルネットワーク)<sup>1)</sup>を構築し、事例を用いたインターネットでのフィールドスタディを実施中である。今後は、実際の患者さんに参加協力していただくEcological Implementation Field Study(EIFS)も行う予定である。

日本精神神経学会では精神分野のTAG発足を受け、2006年にICD-11委員会を発足させた<sup>2)</sup>。2013年9月からは神庭重信委員長の下、秋山剛先生と筆者が副委員長を務め、松本ひろ先生(日本精神神経学会、ICD-11委員会、ICD-11フィールドスタディ国内コーディネータ)を中心に、JYPO(日本若手精神科医の会)の先生方などの協力を得てGCPNの翻訳作業や実施、また今後施行されるEIFSの準備等を行い、ICD-11の日本への導入が潤滑に行われるよう活発に活動している。

#### ●参考文献

- 1) Lancet Psychiatry. 2015 [PMID: 26360271]
- 2) Psychiatry Clin Neurosci. 2013 [PMID: 23859661]

**秋山** 今回、ICDの改訂作業に携わる機会を得たことは、私たちとしても大変光栄に思っています。WHOは種々のマテリアルの作成者であり、私たちはいわばユーザーです。WHOのアイデアをもとに作業を進める中で生じた疑問から、マテリアルの質が向上すれば、ユーザーもその利益を享受することができます。これまで私たちにとってWHOの基準とは、トップダウン形式で上から降りてくるものでした。しかし今回の経験は、世界基準を「受け入れる」だけでなく、「作り上げるプロセス」に参加できることを実感する良い機会になりました。

**神庭** 今後も日本の精神医学がICD-11-MBD作成に向けて貢献できるよう、学会を挙げて励んでいきたいと思っています。なぜなら、ICDは世界各国の保健従事者を使用者に想定したもの

で、世界規模での有用性が問われる非常に重要なものであるからです。ICD-11の完成が待ち遠しいですね。本日はありがとうございました。(了)

註: GCPN(Global Clinical Practice Network)はICD-11-MBDの改訂活動の中核的役割を担うことを目的に、WHO精神保健および物質乱用部によって設立されたネットワーク。臨床での活動を許可されているメンタルヘルスあるいはプライマリ・ケア従事者を対象に、資料のレビュー、ガイドラインの案や概念に対するフィードバック、インターネット上で行うフィールドスタディへの参加の呼び掛けなどを行っている。登録者数は1万2094人(2015年8月時点)。  
<http://www.globalclinicalpractice.net/ja/>

#### ●参考文献

- 1) World Psychiatry. 2011 [PMID: 21633677]

## DSM-5® 関連書籍

### DSM-5® 診断トレーニングブック

診断基準を使いこなすための演習問題500

原著 Philip R. Muskin/監訳 高橋三郎/訳 染矢俊幸・北村秀明・渡部雄一郎

DSM-5に関する約500題の問題とその解答・解説を掲載。診断分類・診断基準に関する問題はもとより、経過や有病率、併存疾患などに関連する問題や症例の要約を提示して診断を問う問題など、バリエーション豊かな構成。

●A5 頁400 2015年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02130-2]

### DSM-5® ケースファイル

原著 John W. Barnhill/監訳 高橋三郎/訳 塩入俊樹・市川直樹

DSM-5の診断分類に沿って、100を超える具体的なケースを収めた症例集。各症例は、症例提示、診断、考察の流れで統一され、診断を考えながら症例提示を読むことによってDSM診断についての理解を深めることができる。

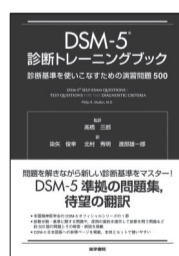
●A5 頁448 2015年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-02144-9]

### DSM-5® 鑑別診断ハンドブック

原著 Michael B. First/監訳 高橋三郎/訳 下田和孝・大曾根彰

DSM-5診断基準を用いた鑑別診断の進め方を解説した実践的テキスト。幻覚や不安、抑うつなど、29の主要な精神症状についてフローチャート形式で疾患を絞り込み、その疾患を早見表で鑑別することができる。

●B5 頁268 2015年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-02101-2]



#### 既刊

### DSM-5® 診断面接 ポケットマニュアル

原著 Abraham M. Nussbaum  
監訳 高橋三郎/訳 染矢俊幸・北村秀明

DSM-5に即した精神科診断面接の進め方を平易に解説し、30分間の面接の進め方や各疾患での患者への具体的な質問例など実践的なノウハウを豊富に掲載。

●B6変型 頁304 2015年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-02049-7]

### DSM-5® 精神疾患の診断・統計マニュアル

原著 American Psychiatric Association  
日本語版用語監修 日本精神神経学会  
監訳 高橋三郎・大野 裕/訳 染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村 将・村井俊哉

●B5 頁932 2014年 定価:本体20,000円+税 [ISBN978-4-260-01907-1]

### DSM-5® 精神疾患の分類と診断の手引

原著 American Psychiatric Association  
日本語版用語監修 日本精神神経学会  
監訳 高橋三郎・大野 裕/訳 染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村 将・村井俊哉

●B6変型 頁448 2014年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-01908-8]

## 医学書院



寄稿

認知行動療法 eラーニングでうつ病を予防する

川上 憲人 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻精神保健学分野 教授

うつ病対策を早期発見・治療から第一次予防へ

わが国では国民の約50人に1人が過去1年間にうつ病を経験している<sup>1)</sup>。うつ病は労働者にとって重大な健康問題である。うつ病は人々の生活に大きな影響を与えるだけでなく、医療費の増加、労働生産性の低下など社会にも大きな損失を与える。これまでうつ病対策の中心は、地域や職場での早期発見・治療であった。しかし循環器疾患やがんを予防するのと同様に、うつ病も未然に予防できないだろうか。もしそれが可能になるなら、うつ病を治療する以上に人々の健康で幸福な生活に寄与することだろう。

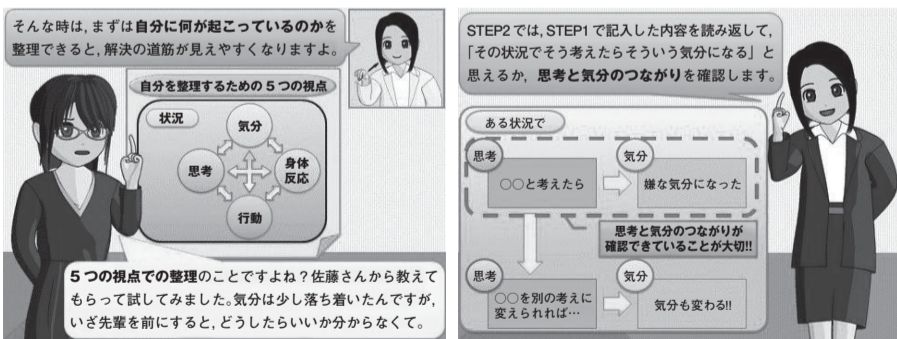
ストレスマネジメント教育や運動療法、栄養療法などにより、抑うつ症状が改善することは既に知られている。その一方で、診断基準に基づいた「疾患としてのうつ病」の予防効果を示した方法論は限られている。特に高い水準の科学的根拠があるのは、認知行動療法などの心理療法のみである。

うつ病予防の無作為化比較試験(RCT)の結果を集めて行われたメタ分析では、認知行動療法を用いた19の研究結果からうつ病の罹患率が平均0.86に低下<sup>2)</sup>、つまり介入によってうつ病の発症を14%減らすことができると結論付けられている。この結果は、個人や集団での認知行動療法によって、うつ病の予防が可能であることを示している。

しかし第一次予防における大きな課題は、対象者の数が極めて大きいことである。多くの人々に認知行動療法によるうつ病予防を提供していくには、eラーニングなどのICT(情報通信技術)を活用することが解決策の一つとして考えられる。

認知行動療法 eラーニングによるうつ病予防効果の実際は

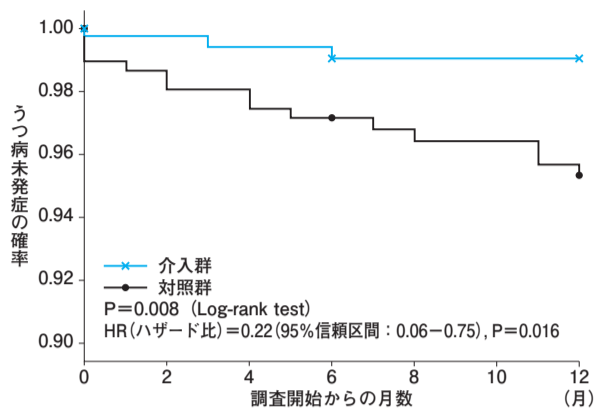
筆者の教室の今村幸太郎特任助教ら



●図1 マンガを使った労働者向け認知行動療法 eラーニングプログラムの画面例<sup>4)</sup>

は、労働者を対象としたインターネット認知行動療法(iCBT) eラーニングを開発し、うつ病の予防効果を1年間のRCTにて検証した<sup>3)</sup>。このeラーニングでは、ウェブサーバー上で週に1回30分、合計6回の学習を行うことができ、認知行動療法の中から複数の技法(セルフモニタリング、認知再構成、問題解決、アサーション訓練、リラクゼーション法)をプログラム内容に組み入れた。受講者は希望すれば、毎週課題を提出し指導を受けることもできる。提出された課題には臨床心理士などが目を通し、結果のフィードバックや、理解を促す助言の返信を行った。この対応を行ったのは、eラーニングによる認知行動療法では専門家による補助があったほうが、補助がない場合に比べて効果が大きいことが一般的に知られていたためである。また、これまでのeラーニングの多くが文字ベースであったのに対し、本プログラムでは「まじめくん」や「なやみさん」といった若者が、カウンセラーと会話をしながら自分の問題を分析する様子をマンガで示し、理解を容易にする工夫を施した(図1)。

このeラーニングの効果評価はIT企業2社で実施した。社員に参加を呼び掛け、過去1か月以内にうつ病の罹患がないなどの条件を満たした762人を、無作為に介入群と対照群に割り付けた(各381人)。介入群に対してこのeラーニングを先行して提供し、倫理的配慮等から、対照群に対して6か月後に同じプログラムの提供を開始した(ただし、介入群の平均学習回数が4.5回であったのに対し、遅れて提供を開始した対照群の平均学習回数は1.3回であった)。調査期間は初回調査から12か月後までとし、DSM-IV診断による大うつ病性障害の経験をWHO 統合国際診断面接のウェブ版を



●図2 認知行動療法 eラーニングによるうつ病予防効果<sup>3)</sup> 罹患率は Kaplan-Meier 法により算出。

用いて調査した。12か月間のうつ病の新規発症者数(累積罹患率)は、介入群では3人(0.8%)、対照群では15人(3.9%)であり、対照群に対する介入群のうつ病発症のハザード比は0.22であった(図2)。つまり介入群では、うつ病の発症率が対照群の約5分の1に低下していた。1人のうつ病を予防するために必要な受講者の数(number needed to treat)は32人であり、32人の労働者がこのeラーニングを受講すると1人のうつ病が予防できると考えられた。また、6か月時点での追跡調査において、抑うつ症状を有意に改善することもわかった<sup>4)</sup>。

課題を解決し、人々の健康で幸福な生活の実現をめざす

認知行動療法によるうつ病の予防が、eラーニングにより可能になったことには大きな意義がある。企業がこのプログラムを導入することで、労働者の心の健康を大きく改善できる可能性があるのだ。一般住民や学生対象のeラーニングを開発すれば、これらの集団でもうつ病を予防することが可能になるであろう。血圧を測定し循環器疾患予防のための保健指導を行うように、抑うつ気分を定期的にチェックし、eラーニング等を通じて気分の改善を助けることで、うつ病予防の保健システムを構築できるかもしれない。これらのアイデアは十分に現実味を帯びた技術となってきた。

認知行動療法 eラーニングによるうつ病予防には、いくつかの課題もある。まず、うつ病のように多様で複雑な疾患の予防が本当にできているのか、専門家のコンセンサスを得るのが難しいという点だ。私たちの研究についても、本当にうつ病の予防効果を証明できているかに対する批判がある。今回の研究では、うつ病の診断をウェブ調査票

●かわかみ・のりと氏 1981年岐阜大医学部卒、85年東大大学院医学系研究科医学博士課程単位取得済み退学(同年医学博士取得)。同年京大医学部助手、92年岐阜大医学部助教授、2000年岡山大学医学部教授を経て、06年より現職。13年から東大大学院医学系研究科公共健康医学専攻専攻長。専門は公衆衛生の精神保健(public mental health)。特に国際共同研究による精神保健疫学および労働者の心の健康づくりのための研究を行っている。



への症状の自己報告から判断しており、専門家の面接を通じた診断によるものではない。この点は今後の研究でさらに詰めていかなくてはならない。第二に、認知行動療法 eラーニングのコストはゼロではないこと。私たちのプログラムを基に、実際にサービスが提供されている商用プログラムでは、臨床心理士による補助付きの場合1ユーザー当たり1.2万円の費用がかかる。年間1人のうつ病を予防するのに32人の受講が必要であるとすると、約38万円の投資が必要になる。うつ病になった際にかかる医療費や労働力の損失<sup>5)</sup>に比べれば安価ではあるものの、予防のために投資を行うことに対する心理的障壁はそれなりに大きい。さらに、労働者や住民が認知行動療法 eラーニングを自由に利用できるようになったとしても、直ちにうつ病予防が普及するわけではない。自由に利用できるプログラムに、果たしてどのくらいの人々がアクセスして学習するだろうか。eラーニングによるうつ病予防が可能になりはじめて今、人々をどのように動機付け、プログラムを利用してもらうかを検討していくことも重要になっている。

●参考文献・URL

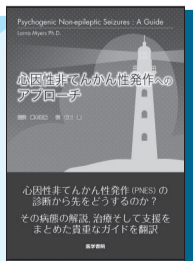
- 1) Psychiatry Clin Neurosci. 2005 [PMID : 16048450]
2) Int J Epidemiol. 2014 [PMID : 24760873]
3) Psychol Med. 2015 [PMID : 25562115]
4) PLoS One. 2014 [PMID : 24844530]
5) 土屋政雄. 労働者における精神障害の有病率と生産性損失. 日社精医誌. 2012; 21: 535-540.
http://researchmap.jp/mu25nygeo-32070/?action=multidatabase\_action\_main\_filedownload&download\_flag=1&upload\_id=38077&metadata\_id=18442
6) 保健医療 2035 提言書. 厚労省; 2015. p26.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryoku2035/assets/file/healthcare2035\_proposal\_150609.pdf

心因性非てんかん性発作 (PNES) と診断されたら? その病態、治療、支援を解説

心因性非てんかん性発作へのアプローチ

PTSDといった心理的要因によりてんかん様の発作を起こす「心因性非てんかん性発作 (PNES)」は、てんかん臨床の現場で多数の患者がみられるにもかかわらず、いまだ不明な点も多い。米国で心理士としてPNESに向き合ってきた原著者が、その臨床症状と具体的な心理療法的アプローチについて患者向けにコンパクトにまとめたガイドを翻訳。本邦におけるてんかん臨床の第一人者である監訳者によるコラムも理解を助ける。

原著 Lorna Myers
監訳 兼本浩祐
訳 谷口 豪



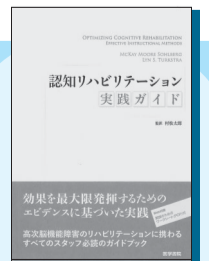
効果を最大限発揮するためのエビデンスに基づいた実践

認知リハビリテーション実践ガイド

Optimizing Cognitive Rehabilitation; Effective Instructional Methods

これまで症例ごとに個別に行われることが多かった認知リハビリテーションのアプローチを、本書は膨大なエビデンスに基づいて体系的にまとめた。まさに認知リハビリテーションを「最適化」するための実践的なガイドブックといえるだろう。高次脳機能障害のリハビリテーションに携わるすべてのスタッフ必読の1冊。臨床で使えるワークシート付き (Web付録)。

原著 M.M. Sohlberg
L.S. Turkstra
監訳 村松太郎



寄稿

# ケース・マネージメント介入で自殺再企図の防止を 自殺対策のための戦略研究「ACTION-J」の成果より

河西千秋 札幌医科大学医学部神経精神医学講座 主任教授

●かわにし・ちあき氏

1989年山形大医学部, 95年横浜市大大学院卒。日本精神神経学会認定専門医・指導医。米国カリフォルニア大サンディエゴ校客員研究員, 清心会藤沢病院医員, スウェーデンカロリンスカ研究所客員研究員, 横浜大精神医学教室助教授, 同健康増進科学教室教授などを経て2015年より現職。国際自殺予防学会日本代表委員, 日本自殺予防学会常務理事, 日本うつ病学会自殺対策委員会委員長など。



## 自殺対策は日本の公衆衛生上の最大課題の一つ

日本の自殺率は世界的に見て深刻な状況にあり, WHOによると現在, 世界ワースト9位に位置している<sup>1)</sup>。現在の日本人の死因は10代から30代で自殺が首位, 40代で2位, 50代で3位であり<sup>2)</sup>, 自殺は日本人にとって公衆衛生上の最大課題の一つとなっている。また, 自殺の危険因子が明らかにされているが, 最も強力な因子は自殺未遂の既往であることがわかっており, 未遂者の自殺再企図を防ぐことが自殺予防策にとって重要である。

このたび, わが国で実施された「自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントの効果: 多施設共同による無作為化比較研究(ACTION-J)」(以下, ACTION-J)の成果が『Lancet Psychiatry』誌に公表され<sup>3)</sup>, 未遂者の自殺再企図防止に関する有効な介入方法が, 高い科学的根拠をもって国際的にも初めて示された。本稿では, ACTION-Jのプロトコル作成にかかわり, 研究班事務局長を務めた立場から, 当該研究の概要とその意義・展望について解説したい。

## 厚労省主導で「自殺問題」の解決をめざす

厚労省は2005年, 日本人の健康問題において特に解決優先度が高いと考えられる事項について, 科学的根拠に基づく対策方略の開発, 施策化による解決をめざし, 大規模研究事業・戦略研究を立ち上げた。従来の厚労科研費補助金研究事業とは異なり, 厚労省が特別研究班を招集し, 明確な政策目標に基づく具体的な数値目標と研究計画

骨子を定めた上で, 研究者・研究施設が公募された。研究事業初年度は, 「糖尿病」と「自殺問題」が研究課題として掲げられ, ACTION-Jはこの研究事業の一環として実施された。

自殺未遂者に介入する拠点として有力なのは, 未遂者が多く搬送される救命救急センターである。しかし救命搬送された未遂者への介入に関して, 当時, 科学的根拠をもってその有効性を示した方法はなかった<sup>4)</sup>。そこで国内で, 救命救急センターと精神科の協力の下, 自殺未遂者全例にケース・マネージメント手法を用いた介入を行い, その有効性を示唆する報告を行っていた岩手医大や横浜市大の臨床モデルを基に, プロトコル原案を作成することとした。

ACTION-Jは, 救命救急センターと精神科が比較的緊密に連携している17病院群で実施された。対象者は, これらの病院へ自殺企図で搬送され入院した未遂者のうち, 精神疾患を有する成人患者で, 表中のケース・マネージメント介入プログラムの有効性を無作為化比較試験で検証した(図1)。当該研究は, 自殺未遂直後の極めて繊細な患者を対象とすることから, 倫理性に注意を払い, 同意取得のプロセスを2段階で行い, 対照群にも介入を行った(対照群: 強化された通常介入群)。すなわち全ての患者に入院中の危機介入, 心理教育, ケース・マネージメント介入, 自殺予防に資する地域精神保健関連の情報提供がなされた。通常介入群に対しては入院中, 試験介入群には, 無作為割り付けから1週間, 1, 2, 3, 6, 12, 18か月後までケース・マネージメント介入を継続的に実施した。介入効果の主要アウトカム評価は, 「自殺再企図(自殺既遂, 未遂)の初回発症率(人年)」とした。これは, 自殺

## ●表 試験介入群に実施されたケース・マネージメント介入プログラム

1. 入院中・退院後の定期的な面接
  2. 治療状況と心理社会的問題に関する情報収集
  3. 精神科治療受療・継続の勧奨
  4. 精神科医とプライマリ・ケア医の連携のコーディネート
  5. 精神科治療中断者の精神科再受療の勧奨
  6. 個別性に配慮した社会資源の活用, コーディネート
  7. 心理教育と情報提供
  8. 専用WEB供覧
- \*通常介入群は試験介入群同様, 救命救急センター入院中にケース・マネージメント介入がなされる。

企図で救命救急センターに搬送され本研究に参加した対象者が, 搬送後に初めて自殺を再企図した割合を意味する。

## 実施可能性の高いプログラム

当該研究には914人の自殺未遂患者が登録され, 460人が試験介入群, 454人が通常介入群に無作為に割り付けられた。試験介入群と通常介入群の主要アウトカムに関する生存曲線を図2に示した。試験介入群は自殺再企図の発生割合が低く, 通常介入群の再企図発生割合を1とした場合の試験介入群における再企図発生割合の比(リスク比)は, 割り付けから, 1か月後0.19(95%信頼区間0.06—0.64, p=0.0075) 3か月後0.22(0.10—0.50, p=0.003) 6か月後0.50(0.32—0.80, p=0.003) 12か月後0.72(0.50—1.04, p=0.079) 18か月後0.79(0.57—1.08, p=0.141)となり, 特に6か月後の時点まで有意な低下が認められた。サブグループ解析については, 「女性」「40歳未満」「過去に自殺企図の既往を持つ対象者」群で, 有意に再企図発生割合が低かった。先に述べたように, 通常介入群にもかなり強化した介入が行われたが, 試験介入群ではそれをもしのぐ自殺再企

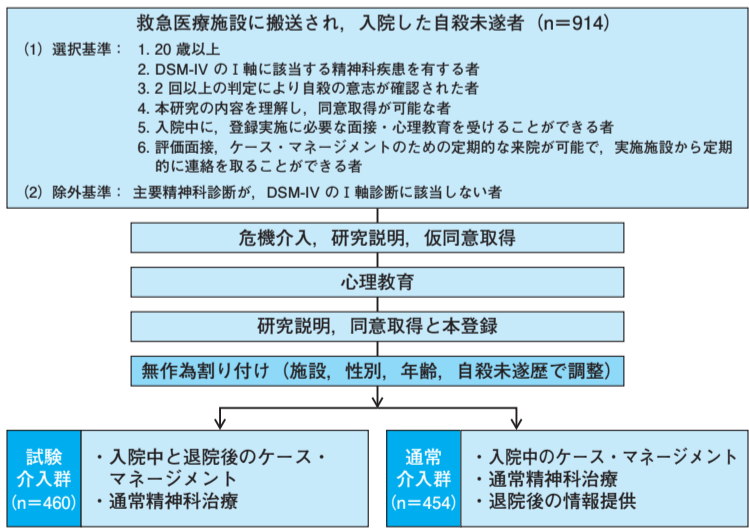
図の抑止効果が得られた。また, ACTION-Jのケース・マネージメント介入プログラムは, ①現実の医療現場で, ②既存の医療専門職により実施され, ③対象者の脱落が極めて少なかったことなどから, 実臨床に導入されても実施可能性は極めて高いと考えられた。

国の自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」<sup>5)</sup>には, 「『自殺対策のための戦略研究』等の成果を踏まえて, 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐための対策を強化する」と明記されている。ACTION-Jの成果に基づき, 対策の早急な施策化が望まれるが, 何よりも大事なことは, ACTION-Jの介入プログラムをそのまま実施できる体制を医療現場で整備することである。その一環として, 山田光彦氏(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)を研究代表者とする厚労科研費補助金事業では, ACTION-Jのケース・マネージメント・プログラムを着実に実施できる人材を養成する教育プログラムの開発が行われ, 2013年度に研修会が開始された。そして, 今年の8月にはACTION-Jの成果公表を受け, 2015年度自殺未遂者再企図防止事業の開始が厚労省から発表された<sup>6)</sup>。

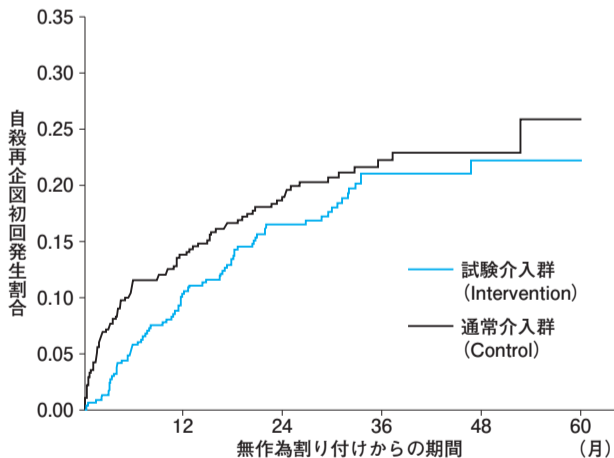
このように, 深刻な社会問題である自殺問題, そして救急医療における重要課題である自殺未遂者への対応に関して, ACTION-Jは, 「こうすれば自殺再企図を防止できる」という一筋の光明をもたらすところとなった。さらにこれが事業から骨太の医療施策へと展開され, この介入モデルが全国に導入されることで, 多くの患者さんの「いきる」につながることを望まれる。

## ●参考文献・URL

- 1) Preventing suicide: A global imperative. WHO; 2015. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)
- 2) 平成26年人口動態統計月報年計(概数)の概況. 厚労省; 2015. 第7表. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai14/dl/h7.pdf>
- 3) Lancet Psychiatry. 2014 [PMID: 26360731]
- 4) J Affect Disorder. 2015 [PMID: 25594513]
- 5) 自殺総合対策大綱: 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して. 内閣府; 2012. pp25. <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/20120828/honbun.pdf>
- 6) 平成27年度自殺未遂者再企図防止事業実施団体公募. 厚労省; 2015. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000095568.html>



●図1 対象者の選択基準とフォローチャート



●図2 主要評価項目に関する生存曲線<sup>3)</sup>  
試験介入群には, 無作為割り付けから18か月後までケース・マネージメント介入を継続的に実施。

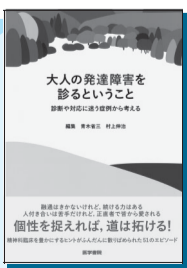
## 明日の精神科臨床を豊かにする51のエピソード

# 大人の発達障害を診るということ

診断や対応に迷う症例から考える

近年精神科領域で関心の高い「大人の発達障害」について, 症例を通じて発達障害的な特徴を見出すポイントや具体的な支援・サポートの在り方について考察するもの。実際の診療場面を流れに沿って紹介し, どのようなやりとりで発達障害を疑ったのか, そのときに何を考え, 具体的にどのような指導をし, その結果どんな効果や変化があったのかを紹介する。

編集 青木省三  
川崎医科大学精神科学教室・主任教授  
村上伸治  
川崎医科大学精神科学教室・講師

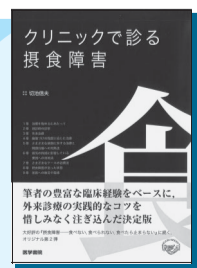


## 外来診療での実践的なコツを惜しみなく披瀝

# クリニックで診る摂食障害

大好評の『摂食障害-食べない, 食べられない, 食べたら止まらない』に続く, 摂食障害の外来診療に焦点を当てた第2弾。筆者の豊富な臨床経験をベースに, 実践的な診療のコツを惜しみなく盛り込んだサブテキスト。苦手意識があっても本書を読めば, 「患者の大部分は外来診療でよくなる」「治療は名人芸ではない」「ある程度の臨床力と熱意があれば誰でも治せる」といったメッセージに勇気づけられ一歩を踏み出せる!

切池信夫  
大阪市立大学名誉教授



# Medical Library

書評新刊案内

## DSM-5®ケースファイル

John W. Barnhill ●原書編集  
高橋 三郎 ●監訳  
塩入 俊樹, 市川 直樹 ●訳

A5・頁448  
定価:本体6,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02144-9

評者 寺尾 岳  
大分大教授・精神神経医学

この本は、コーネル大医学部精神科のBarnhill教授による『DSM-5® Clinical Cases』(2014)の日本語版である。岐阜大大学院精神病理学分野の塩入俊樹教授や市川直樹先生など10数名の先生方が翻訳され、高橋三郎先生が監訳をされた。

この本を読み終わったときに、訳者の先生方の翻訳に対する情熱と惜しみないご尽力に感服した。それは本書には訳のぎこちなさもなく、そうでないものが結構含まれている。

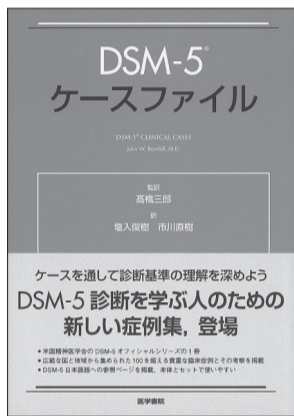
しかもそれぞれの症例は、診断を確定するための全ての情報を含んでいるとは限らない。これらの変化球をなんとかストライクゾーンへ持っていく訳者の苦労は大変なものであったと推察する。それぞれの先生方は日常診療にお忙しい中で、相当な労力と時間を費やされたに違いない。それに加えて、訳者の心優しい配慮も随所に見られる。例えば、マーサズ・ヴィニヤードや聖杯など、日本人になじみの薄い言葉にわかりやすい訳注が付けられている。

以下に、読後感として印象に残ったことをいくつか挙げてみたい。

まず、各章の成り立ちとして、イントロダクションがありDSM-5®での変更の眼目が解説されている。その後、症例が示され、診断、考察、文献と続く。診断のところには、診断名とともに、『マニュアル』と『手引き』のそれぞれ何ページに診断基準が掲載されているかが明示されている。したがって、本来は診断基準を他の本で確認しながら、この本を読むことが想定されている。先にも述べたように、症例自体は素晴らしい訳によりスムーズに読み込める。しかしながら欲を言えば、寝転がって小説を読むような感じで症例を読み込んでいく楽しみを想定すると、改訂の際には、それぞれの診

断基準を何らかの形でこの本に包含していただければと希望したい。原本との整合性から無理かもしれないが、検討していただければ幸いである。

### DSM-5®の思想を伝える症例集



次に、翻訳の対象とされた19の障害群は、全てに興味深い症例提示と解説が施され、丁寧に訳されているため、新しい疾患概念であっても理解が促進される。例えば「身体症状症および関連症群」を取り上げると、そこには新しい疾患として身体症状症や病気不安症が具体的な症例とともに提示される。身体症状症は、苦痛を伴う身体症状があり、そうした症状に対する反応

を有する患者の一群を表し、病気不安症は身体症状を有さないが健康への強い不安を有する患者の一群である。従来の心気症の多くは前者であり、一部は後者であったという。いずれにせよ、患者にとっては「あなたは心気症です」と言われるよりは、「身体症状症です」とか「病気不安症です」と診断されたほうがよほど腑に落ちるであろう。「食行動障害および摂食障害群」の中の回避・制限性食物摂取症という新しい疾患も、具体的な症例とともに提示されているためにわかりやすい。食べ物を制限したり回避したりすることで意味のある障害を招くが、神経性やせ症の診断基準を満たさない人を記述できることで、この疾患の臨床的有用性は高いと思われる。

最後に、DSM-5®が患者の苦痛と機能不全に大きく焦点を当てており、誰も苦しんでいないか、誰も悪い影響を受けていないときには、疾患は存在しないという思想がいたるところで強調されているのは、刺激的かつ魅力的である。

この本がDSM-5®の変更された診断基準のみならずこのような大胆な思想を適切に教示する症例集として、多くの日本人読者の役に立つことを確信している。

## クリニックで診る摂食障害

切池 信夫 ●著

A5・頁256  
定価:本体3,400円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02166-1

評者 岸本 年史  
奈良県立医大教授・臨床精神医学

本書は、摂食障害治療の第一人者である切池信夫・阪市大名誉教授の畢竟の書であると言っても過言でない。先生は、2012年に定年退官をされたが、現在も外来診療を中心に摂食障害の患者さんとその家族を診ておられる。本書には著者が、摂食障害の患者さんとその家族のために、私たちに伝えたいこと、また伝えるべきことが詰まっている。すなわち、「外来診療を中心にして摂食障害患者を診る方法について、筆者の経験と知識を総集してまとめあげたのが本書である」(本書「まえがき」より)。

### 豊富な臨床経験に基づく技術・戦略が満載された著者畢竟の書

通読して最も感銘を受けた箇所は、「家族への助言や指導」(第9章)である。摂食障害は生命にかかわる病態であり、患者さんを支える家族の苦しみは想像に難くない。最近当院に入院された実業家の精神病像を伴う重症のうつ病の契機は、長女の摂食障害による急死であった。家族自身も疲れ果てており、自身の生き方を責めると同時に罪業妄想から被害妄想に発展しており入院治療になった。摂食障害の子どもを抱える家族は、その対応に万策尽き果てており、その苦悩は計り知れないものがあることを日常で実感している。本章では治療者が、家族や担任の先生、養護教諭、カウンセラー、スポーツのコーチ、職場関係の人々に対してどのように接するかについて、暖かい視線で、具体的な助言や指導が述べら

れている。また、「動機づけの程度に応じた治療」(第4章)、「さまざまな病態に対する治療と問題行動への対処法」(第5章)、「生きている価値がない」「やりたいことが見つからない状況」などの「病気の持続に影響している要因

への対処法」(第6章)、若年発症例、既婚例、スポーツ選手例、糖尿病の併存例など「さまざまなケースの治療法」(第7章)と、著者の豊富な臨床経験に基づく技術・戦略が満載されている書である。実際に身近にいる著者から指導を受ける感覚で初学者は学ぶことができ、また経験のある精神科医においても摂食障害にかかわる動機づけをされるような感覚を持つであろう。

第1-3章は、「治療を始めるにあたって」「初診時の診察」「外来治療」であり、摂食障害についての心得、病歴の取り方、治療の進め方などが記されているが、摂食障害のみならず精神科診療に普遍化できる内容であった。

第8章には、「摂食障害が治った状態」として予後とその後の見通し、再発の予防についても記されている。予後や見通しは良医の条件である。著者が名臨床家の一人であることを痛感し、この書に出合えたことを喜びとするものである。

多数の医師や治療者がこの書に触発され、摂食障害に取り組むことを望むところである。

## DSM-5®診断トレーニングブック

診断基準を使いこなすための演習問題500

Philip R. Muskin ●原書編集  
高橋 三郎 ●監訳  
染矢 俊幸, 北村 秀明, 渡部 雄一郎 ●訳

A5・頁400  
定価:本体4,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02130-2

評者 井上 猛  
東京医大主任教授・精神医学

1980年にDSM-IIIが登場してから、従来診断とDSM診断(ICD診断も含む)の比較、両者の優劣に関する論争が続けられてきた。両者を中立的に考えてみると、精神科診断における重要な問題点、特に診断論理の特性に気付かされる。したがって、論争はとても意味があったと思う。

### DSM診断のエッセンスを学ぶことができる

従来診断では精神疾患の診断基準はややあいまいであり、診断は個々の精神科医の裁量・力量に任される部分が多く、診断の一致率に問題があり、従来診断を研究に用いることは難しかった。しかし、その良い点は階層原則を設けて、器質性→内因性→心因性の順番に優先順位をつけて診断することを

勧めていることである。一方、個々の疾患のDSM診断基準を『DSM-5®精神疾患の分類と診断の手引』で読んだだけではDSMが階層原則を考慮しているのかどうかはわかりづらいが、例えば『DSM-5®鑑別診断ハンドブック』の「抑うつ気分

の判定系統樹」を読むと、実はDSMも階層原則を考慮していることがわかる。従来診断に比べると、DSMでは診断の規則が細部にわたって決められており、個々の症例における診断の手引きを提供してくれる。したがって、入門者にはわかりやすいし、研究者同士の間の合意も形成しやすい。一方、診断基準を作成・変更する際にはそのノ

患者と医師は出会いが肝心! 欧米のベストセラー、待望の邦訳版!

## 精神科初回面接

The First Interview, 4/e

精神科診療の「初回面接」をテーマに、その基本的な心構えから実践的なテクニックまでを幅広くまとめた決定版。良好な患者-医師関係を築くためのポイントや現病歴・生活歴の聴取の仕方、面接の終わり方、告知の方法など、実際の面接の流れに沿って展開。具体的な声掛け・会話の例を随所に織り交ぜながら解説する。

原著 James Morrison  
監訳 高橋祥友  
訳 高橋 晶  
今村芳博  
鈴木吏良



本とDVDで学ぶ、精神科治療の基礎中の基礎!

## 動画で学ぶ 支持的療法入門 [DVD付]

Learning Supportive Psychotherapy: An Illustrated Guide (Core Competencies in Psychotherapy)

患者の抱える悩みや不安などを聞き、話と共に感じたりしながら精神的にサポートすることで負担軽減を目指す支持的療法。本書はそんな支持的療法の入門書。概念や目的といった総論的な話から患者との具体的なやりとりまで幅広く紹介する。付録のDVDには本書で登場する症例場面が動画で収録されており、内容の理解を深めるのに大いに役立つ。

原著 Winston A Rosenthal RN  
監訳 Pinsky H  
大野 裕  
堀越 勝  
中野有美



## 大人の発達障害を診るということ

診断や対応に迷う症例から考える

青木 省三, 村上 伸治 ● 編

A5・頁304  
定価: 本体3,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02201-9

大人の発達障害は、今や精神科臨床の対象として大きな割合を占めている。一方で、発達障害に対して違和感を抱く精神科医は多

い。特に、オーソドックスな精神病理学や精神療法を歴史も踏まえ

てきちんと学んできた人たちほど、その傾向が強いように思う。そのような医師たちからよく聞くのが、「発達障害は病気と思えない」という感覚と「発達障害の人たちの考えていることはわかりにくく、修正しようがない」という感想である。一見矛盾するこの二つの違和感にこそ、発達障害の登場が精神医学に及ぼしたインパクトの強さがかがえる。「病気と思えない」という感覚の背景には、精神病理学が対象としてきた多くの精神疾患概念と異なることへの警戒感があるし、「修正しようがない」という感想の裏には、従来の精神療法の範囲を超越していることへの恐れがある。

「病気と思えない」というのは、「発達障害は誰にでもある特性の延長にすぎない」という感覚でもある。一方、自分たちとそんなに違わないと思えるまさにその人たちが、なぜか話が通じにくく、何を考えているのかわからない。発達障害をディメンショナルにとらえる考え方やスペクトラム概念が導入されたのは、まさにこの難しさを取り扱う試みの一環である。誰にでもある特性なのに異質である人たちを診る。それが、大人の発達障害の診療なのである。

そのような難しさを見事に整理し、戸惑いを覚える多くの精神科医たちに

根拠を挙げなくてはいけないので、絶えず研究と議論が必要である。私の恩師である故・山下格先生が指摘されたように、DSMの診断基準の細部を漏らさず読むことは非常に重要である。『DSM-5°精神疾患の分類と診断の手引』だけを読んで、DSMを理解したと考えるはいけない。『DSM-5°精神疾患の診断・統計マニュアル(以下、マニュアル)』と『DSM-5°鑑別診断ハンドブック』を読んで初めてDSMを理解したと考えるべきである。両者には精神疾患のエビデンスと診断についてのとても重要な情報が書かれており、両書を読むことによりDSMの真髄を知ることができる。さらに、DSM-IIIからDSM-5°にかけてどのようなエビデンスが蓄積されてきたのかがわかる。だてに『マニュアル』のページ数が増え続けているのではないのである。例えば、DSM-5°から初めてうつ病の危険因子の気質要因として神経症的特質が指摘された。DSMの考え

指針を示したのが、本書である。

主な対象は、「発達障害的なところがあるが、診断してよいかどうかわからないようなグレーゾーン」

である。3部構成だが、圧倒的に大部分を占めるのは、51例の症例

提示から成る第2章である。それを挟む形で、第1章では「誰にでも多少は見られる発達特性」の視点から発達障害の理解を試み、第3章では「従来の精神疾患概念や定型発達と似て非なる部分」の視点から診療のポイントについて解説を加えている。この構成が、実にわかりやすい。

本書で印象深いのは、「灰色診断」という視点と「発達障害は生活障害」という視点を提示していることである。灰色は、背景が白であれば黒っぽく、背景が黒であれば白っぽく見える。発達障害の人たちは、生活環境との関係で特性が黒に見えたり白に見えたりする。したがって、発達障害の診療においては、「灰色診断」であることをポジティブにとらえ、症例とその背景にある生活との関係に常に着目しておくことが重要であることを、本書では強調している。そして、生活の中で発達障害の特性が浮上したり背景に隠れたりする様子、生き生きとした症例を通じて描き出し、さらに精神科医の対峙の仕方について示している。同じ発達障害の範疇ながら実に個性的な51例の症例、そして51通りの対処を一気に読むことで、大人の発達障害の診療に対する視界が開けてくる。

大人の発達障害を診る臨床家にとって必読の書である。

方は実に慎重であると思うし、何がエビデンスなのかをわれわれに教えてくれる。

前置きが長くなったが、本書『DSM-5°診断トレーニングブック』では、問題を解いて、解説を読みながら、DSMが30年以上蓄積してきたエビデンス、DSM診断のエッセンスを学ぶことができる。しかも、解説を読むことにより、『マニュアル』からは読み取りきれなかった微妙なニュアンスも知ることができる。また問題に関する情報が『マニュアル』のどこに書かれているか、該当のページが丁寧に記されているので、本書を通して『マニュアル』の重要性を知ることができる。DSM-5°を理解したいと考えている臨床家・研究者や専門医をめざしている方には、時々本書の問題にチャレンジして、読了することを勧めたい。そして本書をきっかけに『マニュアル』と『DSM-5°鑑別診断ハンドブック』も是非熟読してほしい。

## 精神科初回面接

James Morrison ● 原著

高橋 祥友 ● 監訳

高橋 晶, 今村 芳博, 鈴木 吏良 ● 訳

A5・頁544  
定価: 本体4,500円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02212-5

本書を手にとると、ついに決定版が出版されたという思いが湧き上がる。実は評者は最近、精神科研修医用の精神科面接の教科書を探していた。わが国ではすでに、創意工夫が凝らされた「精神科面接」についての書籍が多く出版されている。古典は、Sullivan H. S.『精神医学的面接』(1970, 翻訳は1986)、笠原嘉『予診・初診・初期治療』(1980, 新版は2007)、土居健郎『方法としての面接——臨床家のために』(1977)あたりだろう。ごく基本的なものには、Aldrich, C. K.の『医療面接法——よりよい医師—患者関係のために』(1999, 翻訳は2000)がある。他にも米国精神医学会の診断基準であるDSMに準拠したものがある。特に最近、次々にわが国の精神科医による精神科面接の良書が著されている。これは、研修医教育のために有用な書籍が求められるようになってきている近年の状況を反映した動きだと考えられる。

かねてより評者は、米国精神医学から生み出される教科書のクオリティーには感心していた。それには、教育スタッフの長年の努力の蓄積、そしてそのスタッフに教育に専念することを許すゆとりが感じられるのである。手元にある精神科面接のそのような例としては、Shea, S. C.の『Psychiatric interviewing, 2nd Edition』(1998)、Mackinnon, R. A.らの『The psychiatric interview in clinical practice, 2nd Edition』(2006)を挙げることができる。これらは、それぞれ783ページ、661ページの大著である。この分量をそれぞれ1人、3人の著者が書いていることは驚嘆に値する。少数の著者による著作では、文体にゆらぎが少なく議論の進め方にムラがないといった利点が期待できる。しかし、これらはあまりに長大な著作であることから、評者は、それらを一種の辞典として使うのが現実的な利用法だと考えている。

このMorrisonの『精神科初回面接』も、翻訳書で本文528ページであり、

評者 林 直樹

帝京大教授・精神神経科学

なかなかのボリュームである。しかし、Sheaの教科書やMackinnonらの教科書の半分くらいであり、一気に読めない量ではない。ただし、本書の分量は、

わが国で出版されている精神科面接の書籍の倍くらいであり、しかもその記述内容は、徹底して冗長な記述が排されていて、非常に濃い。

本書の良いところを挙げると切りがない。まず挙げられるのは、面接の基本的な事項(面接者の姿勢、面接の運び方、面接で取り上げる内容など)に十分な紙幅が割かれていることである。これは、米国の教科書の伝統を引き継ぐ特徴である。

また、本書では、1時間の初回面接時間が設定され、その中にさまざまな要素を盛り込むという想定になっていることも重要である。そのような現実的設定が不明瞭な書籍は少なくないからである。さらに、多くの新知見が盛り込まれている2013年刊行の『DSM-5°精神疾患の診断・統計マニュアル』(翻訳は2014)に準拠して、診察の流れの中で診断手続きを進める方法が具体的に示されている。驚かされるのは、本書の出版の時点でまだ刊行されていなかった(2015年8月刊行予定だった)DSM-5°の診断面接(SCID)の内容を先取りしていることである。新しい知識に貪欲な人には堪えられない特長である。

本書の最後のほうには、FAQ & Aの章が設けられていて、「先生は私が狂っていると思いますか?」といった患者からの質問に対する回答例が示されている。このような懇切丁寧さ、学習意欲を高める工夫を盛り込むこともまた、米国の教科書の伝統である。

本書は、精神医学の研修の基本とされるべき著作である。これを最初に読んでから他の精神科面接の本を読むことによって、効果的に学習を進めることができるだろう。評者は、教科書の選択にもう迷わない。本書に出合えたことに感謝している。

# Gastropedia

消化器にかかわる医療関係者のために

<https://gastro.igaku-shoin.co.jp/>

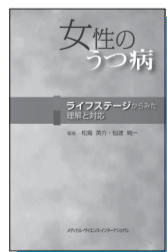


日常診療にすぐに役立つ、“女性のうつ”に特化した待望の書

### 新刊 女性のうつ病

ライフステージからみた理解と対応

▶ 近年増加の一途をたどるうつ病の中でも有病率が男性の約2倍と言われる女性のうつ病に焦点を絞り、女性特有の生物学的、心理・社会的要因を踏まえ、思春期から結婚、妊娠・出産を経て更年期、高齢期にいたるまで、ライフステージごとの臨床的特徴、診断と治療の要点を提示。不安症などの併存症、また診療におけるコミュニケーション技法についても解説する。精神科、心療内科の医師・看護師、心理士を中心に、女性のうつ病を診る機会のある内科医、産科婦人科医等の実践に資する書。



編集: 松島英介 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 心療・緩和医療学分野教授  
仙波純一 さいたま市立病院精神科部長

定価: 本体4,000円+税  
A5変 頁300 図38 2015年  
ISBN978-4-89592-823-6

MEDI 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36  
メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL.(03)5804-6051 http://www.medi.co.jp  
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medi.co.jp

シリーズ

# 精神科臨床エキスパート

シリーズ編集

野村総一郎・中村 純・青木省三・朝田 隆・水野雅文

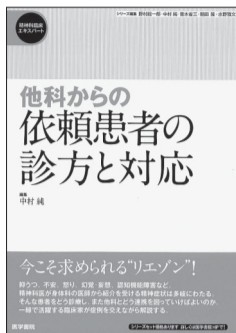
シリーズ第Ⅳ期(2015年)3巻

## 他科からの 依頼患者の 診方と対応

編集 中村 純

精神症状が現れた身体疾患患者が身体科から精神科に紹介されてきた場合の対応についてまとめた1冊。せん妄や抑うつ、不安、不眠など、臨床現場で遭遇する機会の多いものを中心に、具体的な症例を提示しながら診療のポイントを解説。

●B5 頁264 2015年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-02113-5]

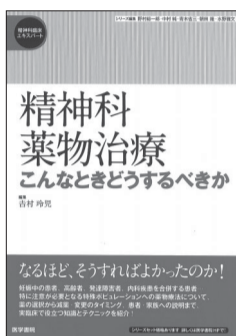


## 精神科薬物治療 こんなときどうするべきか

編集 吉村玲児

妊婦や高齢者、子ども、身体疾患を合併している患者など、向精神薬による治療を行う際に特に注意が必要な状況について、最前線で活躍する臨床家が具体的な対応策を解説。

●B5 頁260 2015年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-02114-2]

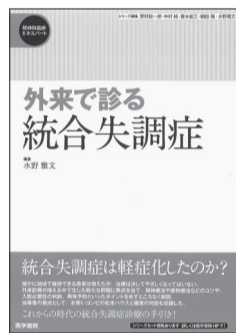


## 外来で診る 統合失調症

編集 水野雅文

外来ならではの問題に焦点を当てた統合失調症診療のコツを紹介するとともに、重症度評価や入院必要性の判断、再発予防といった重要ポイントも余すところなく解説した。

●B5 頁220 2015年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-02170-8]



シリーズ第Ⅲ期(2014年)全3巻

## てんかん診療スキルアップ

編集 吉野相英 ●B5 頁248 2014年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01958-3]

## 抑うつ の鑑別を究める

編集 野村総一郎 ●B5 頁244 2014年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01970-5]

## 重症化させないための 精神疾患の診方と対応

編集 水野雅文 ●B5 頁304 2014年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01974-3]

セット購読がお得!

上記3巻のセットです。《精神科臨床エキスパート》シリーズセットⅢ[ISBN978-4-260-02007-7] 各巻の合計定価:本体17,400円+税が、**セット定価:本体15,500円+税**になります。

シリーズ第Ⅱ期(2013年)全3巻

## 誤診症例から学ぶ 認知症とその他の疾患の鑑別

編集 朝田 隆 ●B5 頁200 2013年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01793-0]

## 依存と嗜癖 どう理解し、どう対処するか

編集 和田 清 ●B5 頁216 2013年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01795-4]

## 不安障害診療のすべて

編集 塩入俊樹・松永寿人 ●B5 頁308 2013年 定価:本体6,400円+税 [ISBN978-4-260-01798-5]

セット購読がお得!

上記3巻のセットです。《精神科臨床エキスパート》シリーズセットⅡ[ISBN978-4-260-01858-6] 各巻の合計定価:本体18,000円+税が、**セット定価:本体16,400円+税**になります。

シリーズ第Ⅰ期(2012年)全5巻

## 多様化したうつ病をどう診るか

編集 野村総一郎 ●B5 頁192 2011年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01423-6]

## 認知症診療の実践テクニック

患者・家族にどう向き合うか 編集 朝田 隆 ●B5 頁196 2011年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01422-9]

## 抗精神病薬完全マスター

編集 中村 純 ●B5 頁240 2012年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01487-8]

## これからの退院支援・地域移行

編集 水野雅文 ●B5 頁212 2012年 定価:本体5,400円+税 [ISBN978-4-260-01497-7]

## 専門医から学ぶ 児童・青年期患者の診方と対応

編集 青木省三・村上伸治 ●B5 頁240 2012年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01495-3]

セット購読がお得!

上記5巻のセットです。《精神科臨床エキスパート》シリーズセットⅠ[ISBN978-4-260-01496-0] 各巻の合計定価:本体28,600円+税が、**セット定価:本体26,000円+税**になります。

セット購読がお得!

上記3巻の合計本体価格 17,400円 → **セット本体価格 15,500円**になります。 シリーズセットⅣ[ISBN978-4-260-02206-4]

### 2015年10月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

<b>公衆衛生</b> 11月号 Vol.79 No.11 1部定価: 本体2,400円+税 <b>食品の安全と安心をめぐる話題</b>	<b>臨床整形外科</b> 10月号 Vol.50 No.10 1部定価: 本体2,500円+税 <b>人工骨移植の現状と展望</b>
<b>medicina</b> 10月号 Vol.52 No.11 1部定価: 本体2,500円+税 <b>いまアレルギー外来がおもしろい —安全で効果の高い治療を使いこなす</b>	<b>臨床婦人科産科</b> 10月号 Vol.69 No.10 1部定価: 本体2,700円+税 <b>がん妊孕性温存治療の適応と 注意点—腫瘍学と生殖医学の接点</b>
<b>総合診療 (旧 JIM)</b> 10月号 Vol.25 No.10 1部定価: 本体2,300円+税 <b>感染症を問診と診察だけで 診断する! Part2</b>	<b>臨床眼科</b> 10月号 Vol.69 No.10 1部定価: 本体2,800円+税 <b>第68回日本臨床眼科学会講演集(8)</b>
<b>糖尿病診療マスター</b> 10月号 Vol.13 No.10 1部定価: 本体2,700円+税 <b>糖尿病は回復するだろうか —膵β細胞機能はもとにもどせるか</b>	<b>耳鼻咽喉科・頭頸部外科</b> 10月号 Vol.87 No.11 1部定価: 本体2,600円+税 <b>心へのアプローチ —心療耳鼻咽喉科外来</b>
<b>呼吸と循環</b> 11月号 Vol.63 No.11 1部定価: 本体2,700円+税 <b>膠原病に伴う循環器疾患</b>	<b>臨床泌尿器科</b> 10月号 Vol.69 No.11 1部定価: 本体2,800円+税 <b>ロボット時代の泌尿器科手術② —新たな術式への挑戦</b>
<b>胃と腸</b> 10月号 Vol.50 No.11 1部定価: 本体3,200円+税 <b>血管炎による消化管病変</b>	<b>総合リハビリテーション</b> 10月号 Vol.43 No.10 1部定価: 本体2,300円+税 <b>リハビリテーション医の卒前卒後教育 の現状—専門医制度改革を見据えて</b>
<b>BRAIN and NERVE</b> 10月号 Vol.67 No.10 1部定価: 本体2,700円+税 <b>非・日常生活の脳科学</b>	<b>理学療法ジャーナル</b> 10月号 Vol.49 No.10 1部定価: 本体1,800円+税 <b>歩行支援機器による歩行 up to date</b>
<b>精神医学</b> 10月号 Vol.57 No.10 1部定価: 本体2,700円+税 <b>精神医学と神経学の境界領域 —最近のトピックスから</b>	<b>臨床検査</b> 11月号 Vol.59 No.12 1部定価: 本体2,200円+税 <b>ウイルス性肝炎をまとめて学ぶ/ 腹部超音波を極める</b>
<b>臨床外科</b> 10月号 Vol.70 No.10 1部定価: 本体2,700円+税 <b>エキスパートの消化管吻合を学ぶ</b>	<b>検査と技術</b> 増刊号 Vol.43 No.10 特別定価: 本体4,600円+税 <b>血液形態アトラス</b>
	<b>病院</b> 10月号 Vol.74 No.10 1部定価: 本体2,900円+税 <b>病院の外来戦略</b>



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