

2015年6月1日

第3127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]多機能化と施設間連携で、精神疾患患者を地域へ(窪田彰, 佐久間啓, 福田祐典, 青木勉)..... 1-3面
[寄稿]精神科臨床医が臨床研究留学する意義(田中徹平)..... 4面
[寄稿]メンタルヘルス対策への精神科医のかかわり(渡辺洋一郎)..... 5面
MEDICAL LIBRARY/国家試験合格状況..... 6-7面

座談会 多機能化と施設間連携で、精神疾患患者を地域へ



佐久間 啓氏
あさかホスピタルグループ
理事長/あさかホスピタル院長



青木 勉氏
総合病院国保旭中央病院
神経精神科・児童精神科主任部長



福田 祐典氏=司会
国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所長



窪田 彰氏
医療法人社団草恵会理事長/
クボタクリニク院長

精神疾患患者の地域移行・生活支援が叫ばれて久しい。その政策的背景には、2006年に国連総会で採択された障害者権利条約がある(註)。日本でも2013年に、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)」が施行され、地域社会での共生実現に向けた障害福祉サービスの充実が図られることとなった。しかしながら、精神疾患患者が地域に定着し生活していくためには、退院促進支援、障害福祉サービスの充実だけでは十分とはいえない。そこで本座談会では、医療・保健・福祉の各サービスをうまく統合し、それぞれ異なる立場で地域移行支援に取り組む4氏の経験から、患者を真に地域で支えていくための課題や方向性を探った。

求められる支援を行った、結果としての“多機能化”

福田 窪田先生は地域で患者さんを受け入れる側として、診療所やデイケアなどの各種サービスを展開されていますね。地域にかかわるようになったきっかけは何だったのでしょうか。
窪田 勤めていた都立墨東病院(東京都墨田区)に1978年に日本で最初の精神科救急ができたことが、コミュニティーケアに携わるようになった発端でした。当時、地域には精神科の支援施設がほとんどありませんでした。そのため、退院した患者さんの憩いの場として始めたクラブハウス「友の家」を足掛か

りに、共同作業所などを作っていました。その縁で墨田区に精神科診療所を開業し、デイケアも始めたのです。
福田 最近では、デイケアやアウトリーチ活動を実施している診療所も増えましたが、そのころは珍しかったと思います。なぜデイケアを始めようと思ったのですか。
窪田 精神疾患の患者さんって、人のかかわりを避けて暮らしてきた人が多いですよね。ですが、社会の中で生きていくには、人や町に慣れなくては行けない。そこで、外来患者さんが参加しやすいグループ活動の場として、デイケアを活用することを考えました。
今考えると、それが診療所にとっても大きな転換期でした。デイケアの設

置によってコメディカルの雇用が増え、訪問看護などを実施する職員の余力が生まれたのです。そして職員や患者さんの要望を基に、訪問看護やナイトケア、訪問診療、相談支援、就労移行支援……、と活動の幅を広げていきました。町の中に利用できる診療所やサービスが複数でき、自分でサービスを選んでライフスタイルを作れるようになったことで、患者さんたちに“ここは自分たちの町だ”という意識が芽生えたことも良かったと思っています。
福田 その都度必要な支援を提供していった結果、多職種による多機能型の診療所に発展したわけですね。
佐久間先生は、長期入院患者の多い精神科病院からのスタートだったと伺っています。現在は入院施設だけでなく介護施設などもお持ちで、入院から地域生活支援まで幅広く行われていますが、そこに至るまでの経緯を教えてください。
佐久間 私は米国で公衆衛生を学び、

●表 OTPのエビデンスに基づく治療方針¹⁾

Table with 2 columns: サービスモデル, 治療プログラム. Includes items like 早期発見・早期介入, 多職種チームモデル, etc.

OTPでは患者・家族などの援助者を含めた治療チームを形成する。心理教育、ストレスマネジメント、認知行動療法を通して、患者主体の支援を行いながら、援助者が治療的役割を果たせるよう援助していく。

父が経営していた病院へと戻りました。当時の病院は患者さんを閉じ込めておくだけの収容型の病院で、自分が考えていた医療とはかけ離れた現実がそこにはあった。そんなとき、Ian R. H. Falloon先生のイタリアのワークショップで、統合型地域精神科治療プログラム(Optimal Treatment Project; OTP, 表)を学び、病院改革に必要な理論と方法論を併せ持つと感じたのです。そしてOTPの概念を取り入れた「ささがわプロジェクト」を2002年に開始

(2面につづく)

6 June 2015 新刊のご案内 医学書院
DSM-5®を使いこなすための臨床精神医学テキスト
DSM-5®ケースファイル
精神科初回面接
実践!皮膚病理道場 パーチャルスライドでみる皮膚腫瘍
(シリーズ まとめてみた) 眼科
(シリーズ まとめてみた) 泌尿器科
疾患と異常像がわかる! エコーの撮り方 完全マスター
今日の理学療法指針
認知リハビリテーション実践ガイド
ニューロリハビリテーション
(がん看護実践ガイド) 女性性を支えるがん看護
知っておきたい変更点 NANDA-I看護診断 定義と分類 2015-2017
糖尿病に強くなる! 療養指導のエキスパートを目指して
私だってできる看護研究 無理なく研究を行うヒントとテクニック

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

座談会 多機能化と施設間連携で、精神疾患患者を地域へ

<出席者>

●くぼた・あきら氏

1974年金沢大医学部卒。同年より東医歯大精神神経科研修医。75年社会福祉法人ロザリオの聖母会海上療養所、79年都立墨東病院精神科救急病棟勤務を経て、86年にクボタクリニックを開業し、墨東病院と連携を進めながら地域のコミュニティケアに取り組む。90年にクリニックにデイケアを併設し、97年より錦糸町クボタクリニック理事長。著書に『精神科デイケアの始め方・進め方』(金剛出版)など。

●さくま・けい氏

1982年慶大医学部卒後、同大精神神経科医局入局、同大学院修了。90年より米コロンビア大公衆衛生学で医療政策と管理学を学ぶ(公衆衛生学修士)。92年、医療法人安積保養園あさかホスピタル理事長・院長となり、障害者が幸せに暮らせる社会をめざして精神科医療の改革を実践。現在はNPO法人と二つの社会福祉法人も運営している。著書に『精神科地域ケアの新展開——OTPの理論と実際』(星和書店)。

●ふくだ・ゆうすけ氏

1985年筑波大医学専門学群卒。厚生省(当時)入省後、政策課にて平成7年版厚生白書(特集「医療」)を担当し、高齢者介護対策本部事務局、医薬局等を経て、保険局医療課企画官として2006年度の診療報酬改定、医療介護制度改正を担当。法務省矯正医療管理官を経て、09年より厚労省精神・障害保健課長。WHO本部渉外官、山梨県健康増進課長、宮崎県福祉保健部長としても保健医療分野に従事。13年より国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所所長。医学博士。

●あおき・つとむ氏

1990年千葉大医学部卒後、総合病院国保旭中央病院にて臨床研修。92年より同院神経精神科勤務、国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部研究生。94年から同センター児童精神科研究生。2004年よりNPO法人「途上国の精神保健を支えるネットワーク」理事長として、カンボジアを中心に国際精神保健活動を行う。08年より旭中央病院神経精神科・児童精神科主任部長。

(1面よりつづく)

し、地域移行支援事業に着手しました。分院であるささかほスピタルの閉院にあたり、最終的に1日で94人全員を退院させてしまったのは、多少強引だったかもしれませんが(笑)。

福田 1日で全員を退院させたのですか。患者さんやご家族から不安の声などはなかったのでしょうか。

佐久間 実際には閉院の1年以上前からプロジェクトは始まっており、退院後も治療や支援を継続すること、病状悪化時は病院で対応することなどを繰り返し説明して理解を得るよう努めてきました。また、閉院した段階では、病院の建物が精神障害者地域生活支援センターと居住施設からなる集合施設に変わっただけでしたから、患者さんは同じ場所で生活しながら医療サービスを受けられたことも安心材料になったと思います。その後、プロジェクトを進める中で、支援に必要なサービスを徐々に増やしていきました。

2014年に自院で加療を継続していた統合失調症患者さん61人を対象に

調査を行ったところ、分院を閉院した2002年からの12年間で、患者さんが再入院していた平均期間はわずか約14か月(10%)でした。

福田 地域で過ごしている期間のほうが圧倒的に長いんですね。ところで、精神科の施設ができるときには地域で反対運動が起きることがありますが、お二方もそういった問題はなかったのでしょうか。

窪田 墨田区で支援を行うようになって30年以上が経ちますが、今までに反対運動が起きたことはありません。資金不足で、やむを得ず小さな拠点を増やしていったことが良かったのかもしれない。拠点が小さかったために地域の人にあまり抵抗感が生じなかったのです。そして時間が経つとともに、「精神疾患の人も自分たちとあまり変わらないのだ」ということを理解してもらえるようになりました。

佐久間 私も大きな反対運動は経験しませんでした。近隣地域に向けてささかわプロジェクトの説明会を開催したことで、地域移行を段階的に進めたことが良い方向に作用しました。プロジェクト実施後に地域の人から寄せられた声のうち、約3分の2は精神障害者に対する漠然とした不安などでしたが、残りの3分の1は手伝いの申し出や、患者さんのあいさつやゴミ出しに対するお褒めの言葉であったことはいくつもあります。

地域連携型の精神科医療体制への転換で、長期入院がゼロに

福田 一方で、青木先生はずっと総合病院に勤務されており、患者さんを地域へと送り出す側です。退院を進めていくことが重要だと考えるようになったのはなぜでしょうか。

青木 私が病院に勤務し始めた当初から、病院には30—40年入院している患者さんが多くいました。そうした患者さんに、「先生、いつになったら家に帰れるんですか」と泣きつかれても、何もしてあげることができず、もどかしく思っていたのです。

福田 患者さんに何もしてあげられないのはつらいですね。

青木 ターニングポイントになったのは、2002年のカンボジアとバンクーバーへの訪問でした。カンボジアは政治的事情から保健医療サービスが一度全て崩壊した国なのですが、そこで精神科医療サービスを一から立て直すお手伝いをしました。一方、バンクーバーは精神科サービスの先進地域です。病状から回復した人をピアサポーターとして雇用し、患者さんを支えるシステムが構築されており、参考にしたいと感じました。この二つの国と地域への訪問が、「理想の精神医療とは何か」を問い直す良い機会になりました。

帰国後、院内の精神科サービスの改革を任せられ、病院に付設されていたデ

イケアやOTセンターのメディカルの方たち、病棟・外来の看護師と多職種プロジェクトチームを組織し、勉強会を始めました。その中で、「やはり地域移行が大切だ」と皆が肌で感じるようになり、病院としてめざすべき方向性を共有できました。

福田 実際にはどのように地域移行を進めていきましたか。

青木 院内で各種ワーキンググループを作り、急性期における多職種

チームの介入を開始しましたが、医師不足による医療体制崩壊の危機を経験し、自己完結型から、地域連携が可能な精神科医療体制構築へと方針を転換しました(図)。そして、救急・治療業務に据え、他精神科医療機関との連携を強化しながら、クロザピンや修正型電気けいれん療法(mECT)などを積極的に利用し、重症患者さんを地域に戻していったのです。ついに今年の2月には、1年以上の長期入院患者さんがゼロになりました。

福田 ゼロですか。それはすごい。

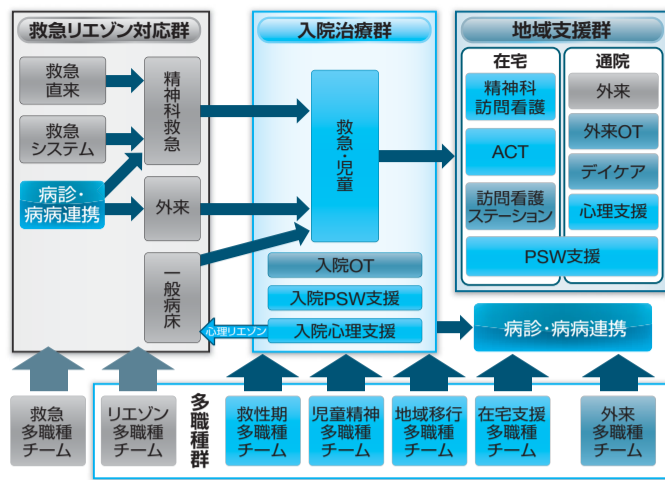
職員が地域に出て、患者さんの“生活”を知る

福田 先生方はそれぞれ異なる立場から地域移行を進め、成果を挙げてこられました。それぞれの取り組みから見えてきた課題、あるいは大切にすべきことは何でしょうか。

佐久間 まずは職員を地域に出し、意識を変えていくことが重要だと思います。私が院長として病院に赴任したころ、職員は院内にこもっていて地域のことをほとんど知らなかった。そのため、病院としてめざしたい将来像や、解決すべき課題などを職員に伝えても、思うように動いてくれない状態があったのです。

窪田 やはり病院の中にいるだけでは、わからないことがありますよね。当院では週に1日、外来勤務の職員がデイケアや別の部署で働く日を設けています。逆も同様で、訪問看護の職員が外来に勤務することもあります。医師や看護師には、患者さんの地域での生活を知る機会が絶対に必要だという考えに基づくものです。

福田 一方で、福祉の職員が医療の現場を知ることも大切ではないでしょうか。相手の現場に対する実感が湧かな



●図 国保旭中央病院神経精神科の多職種チームによる介入
国保旭中央病院の多職種チームは、「救急リエゾン」「入院治療」「在宅・通院(地域支援)」の3部門から構成される。救急リエゾン対応群では、精神疾患を新たに合併した他科の入院患者、身体疾患を合併した精神疾患患者の両者を一般科入院病棟で治療できるよう、チームでリエゾンサービスを担う。入院治療群では、救急科入院病棟に急性期、社会復帰、身体合併症、児童の4ユニットを設け、多職種チームが各ユニットに対してさまざまなサービスを提供しており、地域支援群においても在宅・通院患者に対して多職種チームでの支援を行っている。

いままでは、多職種・多機能で連携していくことはできません。人員やワーク・ライフ・バランスなどの問題もありますが、異なる現場に触れる機会を少しでも設けていきたいですね。

窪田 おっしゃるとおりです。医療と福祉の役割が完全に分かれているよりも、お互いの現場を知り、役割が多少重なり合っていたほうが、チームとして良い仕事ができると思います。

佐久間 医療と福祉の連携については、高齢化した障害者の支援が今後の課題に挙げられます。高齢化に伴い、身体疾患による合併症治療の必要性と支援の増加、身体機能低下による介護度の増加、認知症症状の出現などが、支援上の問題として考えられます。「65歳以上は介護保険」と約子定規に決めてしまうのではなく、障害者自立支援法と介護保険の両制度を柔軟かつ重層的に利用していくことが重要になるでしょう。

民間施設が公的な役割を担い、地域に対して責任を持つ

窪田 職員が地域に出る機会が増えれば、アウトリーチの促進も期待できます。これまでの日本の診療は、患者さんが来るのを「待っている」医療でした。ですが、地域で活動していると、「自分たちは待っているだけで本当はいいのだろうか」と疑問が生じてくる。その疑問が、引きこもっている方への支援を実現するための原動力になるわけですね。

佐久間 アウトリーチには、保健所との連携が欠かせないでしょうね。地域には、私たちが知らないだけで、保健師が手を出せずにいる人がたくさんいるはず。患者さんによっては医療機関での診療に結び付くまでに時間を要するので、医師が突然患者さんを訪問するよりも、看護師が保健師と事前

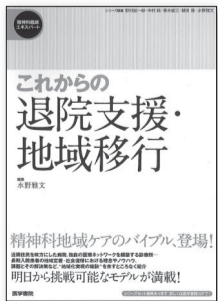
◎先進的な取り組みから学ぶ精神科退院支援・地域移行

シリーズ<<精神科臨床エキスパート>>

これからの退院支援・地域移行

編集 水野雅文

いち早く退院支援・地域移行へチャレンジしている精神科病院・クリニックの取り組みをモデルケースとして紹介するもの。取り組み始めたきっかけや実際の変革手法、効果や今後の課題などについてまとめるとともに、各施設で用いているマニュアルやツールも掲載しており、読者が自身のサポート現場でそれらを活用することも可能。執筆者らがこれからの精神科地域ケアのあり方について語る座談会も収録。



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

医学書院

悩む前に読む! “使える”情報に絞ったポケットマニュアル

新刊 感染症プラチナマニュアル

▶感染症診療に必要かつ不可欠な内容をハンディサイズに収録。迷ったら立ち返るべき「診療の8大原則」にはじまり、使える抗菌薬とその投与法、原因微生物の判別、病態・感染臓器から考える治療等について、必要な情報のみに絞ってまとめ、臨床における悩みを払拭する。“抗菌薬スペクトラム早わかり表”や、“原因菌の薬剤感受性(ローカル因子)表の見本”、“抗菌薬投与期間の目安”などのすぐに役立つ付録付き。

著: 岡 秀昭 東京高輪病院プライマリケア臨床研修センター長/感染症内科科長

定価: 本体1,800円+税 三五変 頁224 図6 2015年 ISBN978-4-89592-813-7

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

TEL.(03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

に訪問するなどして、関係を作っていければいいのではないかと思います。福田 保健師には、患者さんの拾い上げと、地域生活の支援が可能な施設まで患者さんをつなぐ「窓口」としての役割を期待したいですね。

窪田 自分たちから積極的に患者さんに働き掛けるには、行政事業の委託を受けるのも一つの手です。2009年に墨田区が「退院促進・地域定着支援事業」を始めた際、その委託を受けた経験があります。補助金を利用しながら、区外の精神科病院に長期入院している患者さんが区に戻ってくるための支援をする仕事でした。

具体的な方法としては、福祉事務所に定期的に届く生活保護受給者に関する報告書から、退院の可能性が高そうな入院患者さんをリストアップし、退院支援を申し出ました。補助金のおかげで、職員が遠い病院を訪ねることができましたし、「区の事業」という看板を背負っていたために信頼も得やすかった。また、お金をもらっている以上、一人でも多くの患者さんを退院させる責任が生じたことが、民間の診療所として行って来た医療とは違う点でした。

福田 行政から委託を受けたことで、民間の診療所であっても公的な役割と責任を負うことが可能になったわけですね。地域に対して責任を持つという考えは、海外でいう「キャッチメントエリア」に似ているように思います。

窪田 ええ。海外では地域精神保健センターやそれに準ずるチームがあって、国全体がカバーされていますが、日本にはそれに相当する機関がありません。今から、人口比に応じて全国各地に精神保健センターを作るのは現実的な話ではないので、民間の多機能型

診療所に委託してはどうか、というのが私の意見です。もちろん民間の診療所として、自分から診療所に来る患者さんを診ることも続ける。そうすれば日本のフリーアクセスの良さを生かしながら、地域に対しても責任を持てるようになるでしょう。

青木 病院でも、イタリアの精神保健センターのような役割を担っていきたいと考えています。診療圏の住民に対する外来診療の他、精神科救急サービス、身体疾患を合併した際のコンサルテーション・リエゾンサービス、リハビリテーションや就労における福祉との連携、ご家族の支援や学校・教育現場への早期介入といった包括的な支援に責任を持ち、再入院率や救急受診率などの精神保健の指標を導入して、サービスの質の改善を図る予定です。

福田 医療・生活圏域に責任を持つ地域精神保健センターの存在はやはり必要ですね。本来であればそうした機能は行政が有することが望ましいですが、精神保健福祉サービスは高度な専門性が求められるため、専門機関への委託は有力な選択肢となり得るでしょう。センターの機能を民間医療機関に委託し、行政機能の一部を代行可能にする制度が必要になると思います。

佐久間 それに関しては、介護や認知症の分野が一步進んでいる印象を受けています。福祉拠点として、地域包括支援センターは人口10—20万人当たり1か所ありますし、認知症についても地域包括ケアシステム構築の中で初期集中支援チームが全市町村に設置されることになりました²⁾。すでに認知症や福祉でできている枠組みをうまく活用し、精神障害の領域でも区分けを行っていただければいいと思います。

れば、患者さんに優しい医療を提供することが可能になります。退院後の地域での支援においても、同じことが言えるのでしょうか。

佐久間 そうした状況を打開する前提として、自分の地域にどのようなサービスや取り組みがあるかについては把握しておくべきです。行政と民間、病院と診療所、医療と福祉など、地域によっても状況は異なるため、さまざまな組み合わせが考えられますが、知らなければ手を取り合うことはできません。いろいろな連携があってもいいと思うし、各地域の実情に応じた支援を行っていくためには選択肢が多いに越したことはありません。

経験者が語る言葉に促され、退院に至るケースも

福田 青木先生の病院では、クロザピンなどをうまく利用して退院を進めたというお話でした。クロザピンは他の抗精神病薬治療に抵抗性を示す統合失調症に対して効果を示す一方で、無顆粒球症などの重篤な副作用が生じる恐れがあり、扱いの難しい薬としても知られています。退院を進める上で難しさもあるのではないのでしょうか。

青木 その点は単科精神科病院と総合病院との連携が鍵になります。千葉県では、精神科病床を有する複数の総合病院がコア・ホスピタルとなり、クロザピンを使用している単科病院で重篤な副作用が発生した際は、コア・ホスピタルが受け入れるという「千葉クロザピン・サターン・プロジェクト」による連携体制を取っています。総合病院は、総合病院だからこその治療をもっと積極的に取り入れ、なおかつ単科病院からの重症患者さんの受け入れを行っていかねばなりません。福田 いざというときの受け入れ体制が整っていれば、地域の単科病院や診療所も患者さんの治療を不安なく行うことができる、と。そうした面からも、地域単位でのネットワーク構築の重要性がうかがえます。

青木 はい。私たちとしても安心して患者さんを地域に戻すことができるので、連携の強化はお互いのメリットになります。精神科病床を有する総合病院の下に、情報や方向性が共有された複数の診療所がメンタルヘルsteamとして存在していると、地域ごとに動きやすくなるのではないかと思います。

福田 患者さんがクロザピンの使用に消極的な場合はどうしていますか。

青木 その場合は、実際に治療を経験したピアの方に話をしてもらおうと、了承を得られるケースが多いです。

また、ピアの方には退院促進の面でもお世話になっています。というのも、退院した重症患者さんがmECTを受けるために短期入院してくると、入院中の患者さんに声を掛けてくれるんで

すね。そうすると、入院中の患者さんも“自分も退院してみようかな”という気持ちになって、退院に至るケースが結構あります。

佐久間 実際にピアの方のかかわりで得られる効果は大きいですね。今、当院でもピアの方を2人正規雇用していて、保健所開催の家族会で話をしてもらったり、隔離室で患者さんの相談に乗ってもらったりしています。その他に、就労を達成したピアの方に職員教育をお願いしています。やはり病院の職員は、患者さんがどのように地域で生活し、仕事をしているかという点には疎くなりがちなので、職員の理解を深める上でも大変助けられています。

窪田 私の診療所でも、デイケアで開催しているパソコン教室や家族教室の講師をお願いしています。今後は、退院促進に同行してもらい、退院後の生活について話してもらうことや、ピアカウンセラーとして、自分の病気をまだ受け入れられずにいる患者さんに対応してもらうことを考えています。

福田 ピアの活動の場が広がれば、地域移行の可能性はさらに広がります。そのためには、ピア活動を支援する制度も必要になってくる。日本の実状に即したピア活動をサービスに組み込み、制度化に向けたモデルとエビデンスの構築が進むことを期待したいです。

*

福田 精神保健福祉サービスは、専門家による抱え込みが必要な人もいれば、地域へと開放的につなげていくことが必要な人もいます。その的確な判断力と、パターンリスティックになりすぎず、当事者の可能性を信じ、自由を尊重する謙虚さが、医療福祉の専門家には求められると思います。この意識が共有されてこそ真の連携が生まれ、患者さんが安心して生活できる地域づくり、地域共生社会が実現されるのでしょう。その大事な一里塚として、今日お話しいただいた多機能サービスの取り組みから、多くを学ぶことができると確信しています。本日はありがとうございました。(了)

註：身体障害、知的障害、精神障害などあらゆる障害者の尊厳と権利を保障するための人権条約。2015年4月現在の批准国は154か国で、日本は07年の政府署名を経て、14年1月に国連事務局による批准承認を受けた。

●参考文献

- 1) 水野雅文編。これからの退院支援・地域移行。医学書院；2012。p14.
- 2) 厚労省。認知症施策推進総合戦略——認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて(新オレンジプラン)。2015。http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishouguyakutai-boushitaisakusuishinshitsu/01_1.pdf
- 3) 厚労省/国立精神・神経センター。精神保健福祉資料。2012。p140。http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h24/h24_630_sasshitai.pdf

施設間で情報共有を図り、連携の強化を

福田 介護や認知症の先行例を参考に、生活圏域を意識した多機能型の支援体制を構築していくことが重要になりますね。佐久間先生は同一医療法人で一通りのサービスを提供されていますが、各施設が多機能化を実現していくためのアドバイスをお願いしますか。

佐久間 私は、全ての医療機関が一法人内で多機能化する必要はないと考えています。急性期の重症患者さんの場合には一つの医療機関で対応できるシステムが好ましいとは思いますが、全ての患者さんに包括的・統合的なケアが必要なわけではない。地域内でサービスの充実と連携さえ図られていれば、あまり重症でない患者さんは、さまざまなサービスの中から適切な治療や支援を選択し、生活していくことは十分に可能です。

窪田 その連携がうまくできていないのが現状ですね。日本には3500か所以上の民間の精神科診療所³⁾が存在

し、その中でもデイケアやアウトリーチ活動を実施している多機能型診療所は400を超えています。しかしながら、施設間の連携が図れていません。最近では精神科に対応する訪問看護ステーションなども増えていますが、こちらとの連携も同様です。たまに情報交換をするくらいでは、そこで働いている職員の顔は見えてきません。包括的なコミュニティケアを実践していくには、施設間の情報共有を活性化し、それぞれの施設がどのようにかわったかを把握できるシステムが必要になります。

青木 救急の場面でも情報共有の必要性は感じています。救急に搬送されてくる患者さんの多くは、普段は別の医療機関を受診しているはずですが、その情報が私たちのところまでは入ってこない。そうした状況下で、迅速な処置が求められることには不安がありますし、患者さんの不利益にもつながりかねません。カルテの共有化など、医療情報の共有ネットワークが構築され

必要な医療・福祉サービスが見つかる！ わかる！ 活用できる！

医療福祉総合ガイドブック 2015年度版

医療・福祉サービスを利用者の生活場面に沿って解説したガイドブックの2015年度版。最新情報をフォローし、医療・福祉制度がより理解しやすくなるように解説を見直し、大幅刷新！ 全国共通で利用頻度の高い制度から地域によって異なるサービス例まで、幅広く網羅。利用者からの相談に素早く、より確実に対応するための医療・福祉関係者必携の1冊。

編集 NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会
編集代表 村上須賀子
NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会
佐々木哲二郎
あさきた相談支援センターウイング
奥村晴彦
大阪社会医療センター付属病院



波形を正確に読み解き、より安全な呼吸管理へ

え!? ここまでわかるの? 人工呼吸器グラフィックス

Rapid Interpretation of Ventilator Waveforms, 2nd Edition

▶人工呼吸器の機種や操作方法についてではなく、“波形”を正確に読むための入門書。米国の呼吸療法士により執筆され、豊富な種類の図を収載。患者の状態がどのように波形に反映されるか、異常な波形が生じた場合にその背景で何が起きているのかなどわかりやすく解説する。付録として「症例検討」「人工呼吸器波形チェックリスト」がつけられ、すぐに臨床で役立つ。人工呼吸管理に携わる医師、看護師、臨床工学技士に最適。

監訳：竹内宗之 大阪府立母子保健総合医療センター 麻酔集中治療科 部長

定価：本体2,600円＋税
A5変 頁168 図169 2015年
ISBN978-4-89592-816-8

TEL.(03)5804-6051 <http://www.medsci.co.jp>
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

寄稿

精神科臨床医が臨床研究留学する意義

田中 徹平 ジョンズホプキンス大学医学部 精神医学部門統合失調症センター

医師の留学と言えば、日本の大学院で医学博士号を取得した後、基礎研究をするために留学する人が多い。最近では、それ以外にECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) Certificateを取得し、米国でレジデント教育を受けるために臨床留学を行う人も、増えてきているように思う。そうした基礎研究留学や臨床留学の体験談はあまたあるが、臨床研究留学について述べたものは少ない。

本稿では、ジョンズホプキンス大の澤明教授と、国立精神・神経センターの樋口輝彦理事長が立ち上げた「精神科臨床医のためのフェローシッププログラム」について紹介し、日本で臨床を主体としてきた精神科医が臨床研究留学をする意義について述べたい。なお、ここでいう臨床研究とは、疾病の予防や診断・治療法の改善、疾病の原因とその病態の解明、患者の生活の質の向上などを目的として行う人を対象とした医学的研究を指すものとする¹⁾。

臨床研究の基礎知識を習得するプログラム編成

本プログラムは、精神科臨床医が米国で行われている臨床研究に実際に参加し、学んだことを日本に還元し精神医学に新しい光を当てることで、究極的には患者やその家族に、より良い医療を提供することを目的としている。これまでに、横井優磨先生(国立精神・神経センター)、高柳陽一郎先生(富山大)、松田太郎先生(国立精神・神経センター)の3人の医師が本プログラムに参加しており、筆者が4人目となる。基本的に2年間のプログラムであり、臨床研究に従事する他、プログラムの1年目にはジョンズホプキンス大公衆衛生学教室で統計や疫学などの授業を受講し、臨床研究に必要な基礎知識を習得することができるようアレンジされているのが特色である。

研究および受講科目の具体的な内容

は、澤教授と樋口理事長との面接を通じ、自らの希望と合わせて決まる。横井先生は老年期精神科で認知症研究、高柳先生は公衆衛生学教室で疫学研究、松田先生は精神病症状を呈した患者の炎症マーカーに関する研究に従事されていた。筆者は、トランスレーショナルリサーチ(基礎と臨床の橋渡し研究)に興味があったため、澤教授がセンター長を務める統合失調症センターに所属することとなった。

プログラム2年目の現在、研究に参加するボランティアをリクルートするグループや、画像グループ、心理グループなどの多彩なチームと共に、統合失調症患者の画像データや血中の酸化ストレス関連マーカー、各種臨床評価尺度の関係に関する研究に従事している。所属しているグループでは、精神病症状を呈した患者と健常対象者をリクルートし、SAPS/SANS(陽性/陰性症状評価尺度)などの臨床評価尺度を用いた精神症状の評価、神経心理検査による評価、血液や髄液の採取、MRI/MRSによる構造解析、脳代謝産物の測定などを行っており、参加者一人ひとりに対して、各エキスパートによる多面的な評価がなされている。

筆者は日本での臨床的な背景と、ジョンズホプキンス大で習得した疫学や統計の知識を用い、この研究に参画している。多職種からなるチームが、有機的に機能した研究をいかにして行い、その研究がどのように仕上がっていくかを実際に経験できるのが、本プログラムの醍醐味であるように思う。

4つの“Perspectives”を指針に

レジデント教育ほどではないものの、臨床研究留学は基礎研究留学とは異なり、臨床との接点が多に多い。そのため、留学先の精神医学の伝統や哲学を学ぶことができるのも臨床研究留学の大きな意義である。

ジョンズホプキンス大病院は、過去



●写真 ミーティング後、研究グループのメンバーたちと(前列左から3番目が筆者、右から2番目が澤教授)。

四半世紀に渡ってU.S. News & World Report Best Hospitals rankingsで第1位の評価を得ており、統合失調症センターのある精神医学部門も常に高評価を受けている病院である。同院では、Diseases(疾患もしくは病的異常)、Dimensions(特質、すなわち正常形質の偏倚)、Behaviors(行動)、Life stories(生活史)の4つの“Perspectives(側面)”を指針として評価を行う。その上で、Case formulation(症例の定式化)から、治療方針を決めていくことが徹底されており、患者を一人の人間として包括的に把握することをめざしている。

渡米前は、米国での臨床はDSMが偏重されているのであろうと考えていた筆者にとって、同大での臨床教育は、新鮮であり頼もしくも感じた。このPerspectivesについて説明した教科書『The Perspectives of Psychiatry』(The Johns Hopkins University Press)は、本プログラムで留学を行った4人の精神科医と10人のシニア精神科医により翻訳が行われ、2015年秋までの出版が決定されている。

臨床研究に従事することで疾患の理解が進む

また、同大にはソロモン H. スナイダー教授が立ち上げた神経科学部門があり、基礎科学者による優れた研究が行われている。ここ数年は、そうした

●たなか・てっぺい氏
2005年防衛医大卒。防衛医大病院および自衛隊中央病院にて初期臨床研修、精神科専門医研修を受ける。13年8月より、ジョンズホプキンス大統合失調症センターにてポストドクトラルフェロー。精神科専門医、精神保健指定医。



基礎科学者と臨床医の連携を密にするために、統合失調症センター主催のワークショップ「Mind the Gap」も開催されている。このワークショップでは、精神科レジデントと基礎科学領域の若手フェローが教官のサポートを受けながら、共通のテーマについて一緒に準備を進める。発表時には、臨床医と研究者が聴衆となり、熱い議論が交わされる^{2,3)}。筆者も研究者の立場から、「Transcultural Psychiatry(多文化間精神医学)」というテーマについて発表を行い、貴重な経験となった。この他にも年1回のシンポジウム、毎月のセミナーシリーズなどが催されており、精神科レジデントと若手フェローが同じ教育を受ける機会が設けられている。

本プログラムで学んで1年半が経過した。臨床医が、精神疾患の背景にある生物学的な機構を探索するような臨床研究に従事することで、疾患に対する理解がより深まる点、また、まさに人種のるつぼである米国の臨床に触れることで、文化的・社会的背景が疾患やその経過に及ぼす影響について洞察することができる点などに、臨床研究留学の大きな意義があるように思う。筆者を含め本プログラムに参加した4人の医師は、本プログラムを通じて大変貴重な機会を得た。先に帰国した3人の医師は、現在日本で臨床や研究面で活躍されており、このようなプログラムは非常に有意義であると考えている。

●参考文献

- 1) 厚生省. 臨床研究に関する倫理指針. 2003年7月30日制定(2008年7月31日改正). <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/dl/161228rinsyou.pdf>
- 2) Posporelis S, et al. Promoting careers in academic research to psychiatry residents. Acad Psychiatry. 2014; 38(2): 185-90. [PMID: 24497181]
- 3) 澤明. Mind the Gap——より包括的な精神医学の構築に向けて. 精神神経学雑誌. 2014; 116(10): 873-9.

DSM-5® 関連書籍

医学書院

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

原書編集 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350 2015年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02130-2]

DSM-5® ケースファイル

原書編集 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載した症例集。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。

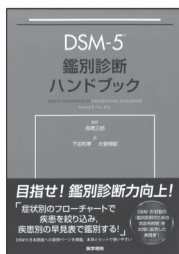
●A5 頁452 2015年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-02144-9]

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分間で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]

寄稿

ストレスチェック制度義務化でどう変わる？ メンタルヘルス対策への精神科医のかかわり

渡辺 洋一郎 渡辺クリニック院長/日本精神科産業医協会共同代表理事

●わたなべ・よういちろう氏

1978年川崎医大卒。同大講師、神戸アドベンチスト病院心療内科勤務を経て、88年渡辺クリニック開設。97年より阪大医学部神経精神科非常勤講師兼任。現在は、日本精神神経科診療所協会会長、日本精神科産業医協会共同代表理事、また厚労省におけるストレスチェック制度各種専門検討会委員などを務める。



企業の長期休職者の約7割がメンタルヘルス不調者であること、職場で強いストレスを感じている労働者も6割に及ぶと報告されていること、さらに、精神疾患の労災認定の請求・認定件数が増加の一途をたどっていること¹⁾などから、職場におけるメンタルヘルス対策の重要性はかねて指摘されてきました。こうした状況もあり、労働安全衛生法が改正され、2015年12月からは従業員数が50人を超える全ての事業所において、ストレスチェックと面接指導の実施等が義務化されることになりました。

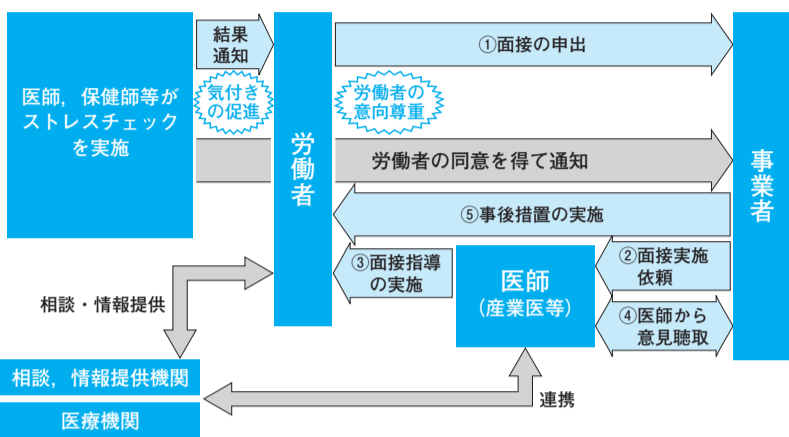
ストレスチェックは年に一度、常時雇用する全労働者に対して質問紙あるいはICT(情報通信技術)を用いて定期的実施されます。調査票には「職業性ストレス簡易調査票」(57項目)が推奨されており、検査は医師や保健師、厚労大臣が定める一定の研修を修了した看護師・精神保健福祉士が実施します。12月の施行に向け、具体的な運用方法に関する省令や指針²⁾が厚労省から発表されつつありますが、制度の目的はまだあまり知られていないように思います。

ストレスチェック制度は、メンタルヘルス不調リスクの高い労働者を早期発見し、医師による面接指導につなげることで、メンタルヘルス不調の未然防止をめざす国を挙げた取り組みです(図)。定期的に労働者のストレス状況を検査して、その結果を本人に通知し、自らのストレス状況への気付きを促します。また、検査結果を集团的に分析することで、職場におけるストレス要因の評価、職場環境の改善を行い、リスク要因そのものを低減させる狙いもあります。本制度が機能すれば、企業の業績向上にもつながるでしょう。こうした取り組みは非常に意義のあるものですが、現状への適応を考えると、本制度を有効に活用するためには相当な課題と困難も予想されます。

企業からの依頼をどう扱うか

制度の実施に際し、精神科医に求められる新たなかかわりは、大きく分けて二つ考えられます。一つは、事業所(産業医や面接指導を実施した医師)から依頼を受け、精神科医療機関として労働者のさらなる診療を行う立場、もう一つは、事業所の産業医としてストレスチェックや面接指導にかかわる立場です。

前者の精神科医療機関としてかかわる場合、①契約相手は労働者か事業所



●図 ストレスチェック制度の概要(参考文献3より一部改変)

か、②労働者の受診目的と事業所の依頼目的は同じか、③守秘義務は解除されるか、④労働者と事業所側でトラブルが生じた際に責任を問われるのか、といった疑問が生じるかもしれません。

事業所の依頼で行う場合、本診療の依頼主は事業所となり、診療にかかわる費用は保険診療ではなく事業所に請求することになります。また、検査結果を事業所に提供する場合、必ず当該労働者の同意を得た上で、事業所の依頼事項に沿った報告を行う必要があります。自ら精神科医療機関を受診する患者とは受診動機も異なりますから、診療の枠組みや治療関係の作り方など、診療の構造自体に十分配慮した対応が求められるでしょう。

労働者・事業者にとって納得のいく職場環境作りを

次に、産業医という立場でのかかわりです。現在、精神科担当の産業医を置いている事業所はまれですが、メンタルヘルス不調者の増加に伴い、その需要は今後増加することが予想されます。精神科医が産業医として本制度にかかわる場合、ストレスチェック・面接指導を実施する医師となるだけでなく、非精神科の産業医がストレスチェックの実施、面接指導をする際の相談役や面接後の専門医面接までを担当することが想定されます。いずれの場合においても課題となるのは、本人にとっても事業所にとっても、納得のいく職場環境を作っていくための助言ができるのかという点です。

本来、個人のメンタルヘルスには状況因子のみならず、内因や性格因子なども関与するため、本人の訴えだけでは職場の環境を把握しきれない面も少なくありません。さらには、面接の実施が1回のみになる可能性も高いといえます。産業医には、そうした限られ

た条件の中で、労働者一人ひとりが職場でうまく適応していくための支援を行う見識とスキルが求められます。

また、人事、管理職、産業保健スタッフなどあらゆる立場の人に適切な情報の提供、企業の職場環境の改善に必要な助言と支援を行い、結果として企業の業績向上につなげる役割を果たすことも要求されますから、面接指導医にかかる期待と責任は非常に大きなものです。このような役割は精神医学の見識が大きくかかわる部分ですから、精神科医が産業医として期待される役割は今後ますます増加することでしょう。

「一人ひとりを生かす」視点で企業の健全な発展に寄与する

これまで述べた点を踏まえると、ストレスチェック制度の導入をきっかけとして、精神科医には単なる治療者ではない役割が求められることとなります。しかしながら、精神科医はこれまで産業分野にはあまり関与しておらず、経験が十分とはいえないのが現状です。したがって、精神科医にも今後研究と研鑽が欠かせません。

従来、主治医と企業関係者との間で摩擦が生じるケースも多く、「医療原理」と「企業原理」は相反するように

思われがちでした。しかしながら、職場環境が整い、労働者が自身の適性に合った業務に就くことは、労働者の心身の健康につながるだけでなく、持てるパフォーマンスを十分に発揮することにもつながり、企業の業績向上にも寄与します。結局は、「一人ひとりを生かす」という考え方が最も重要な理念になります。こうした観点を持って、精神科医療機関、あるいは産業医として精神科医がストレスチェック制度にかかわっていくことが求められるのではないのでしょうか。

職域で考えると、やはり労働者がメンタルヘルス不調に陥らないようにする「一次予防」としての機能が何よりも重要になります。つまり、労働者がより精神的に健康な状態で就労できるよう支援することが精神科医の役割です。多様性と個性を尊重する職場風土作りを促し、良好な人間関係の下、円滑なコミュニケーションが可能な職場環境を整えれば、労働者の労働意欲を生み出す土壌となります。精神科医は従来の疾病論的視点を超えて、労働者のより良い適応を促し、人間関係を中心とした職場環境の改善を図る役割を果たし、労働者個人の健康と、ひいては企業の健全な発展に寄与できる存在になるべきだと考えています。

●参考文献

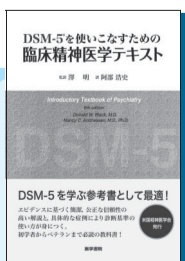
- 1) 厚労省. 脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況別添資料2. 2014. http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11402000-Roudoukijunkyokuroudouhoshoubu-Hoshouka/seishin_2.pdf
- 2) 厚労省. 労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150507-1.pdf>
- 3) 厚労省. 改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度の概要. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11201000-Roudoukijunkyoku-Soumuka/0000050909.pdf>

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

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濡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
訳 阿部浩史



MEDSiの新刊

「DSM-5」関連2点が同時刊行!

語呂で覚える! DSM-5®

●著: 松崎朝樹 筑波大学医学医療系精神科診療講師
●定価: 本体2,600円+税 ●B6変 ●頁184 ●図49 ●2015年
「DSMの項目が多すぎて覚えられない」という苦手意識をもつ若い医療者のために、一度目にしたら忘れないとっておきの暗記法を伝授。それぞれの「語呂」にはイラストがつき、暗記した内容を想起しやすくなっている。非定型抗精神病薬や抗うつ薬などの覚え方をまとめた「付録」も収録。これだけ覚えれば明日からの診療がきつと変わるはず。

DSM-5®をつかうということ

その可能性と限界
The Intelligent Clinician's Guide to the DSM-5
●監訳: 松崎朝樹 筑波大学医学医療系精神科診療講師
●定価: 本体3,400円+税 ●A5 ●頁272 ●写真16 ●2015年
DSM-5の作成に携わった著者が、改訂にまつわるエピソードや各診断基準の背景などについてまとめた。DSM-5を正しく使うための指南書とも言える論考。

高評を得たDr.Stahlのテキストが全面改訂、待望の全訳! さらに洗練、さらに使いやすく

ストール精神薬理学エッセンシャルズ 第4版

神経科学的基礎と応用
●監訳: 仙波純一・松浦雅人・太田克也
●定価: 本体12,000円+税 ●B5 ●頁672 ●図543 ●2015年



Medical Library 書評新刊案内

DSM-5®診断面接ポケットマニュアル

Abraham M. Nussbaum ● 原著
高橋 三郎 ● 監訳
染矢 俊幸, 北村 秀明 ● 訳

B6変形・頁304
定価: 本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02049-7

評者 久住 一郎
北大大学院教授・精神医学

本書は、19年ぶりに改訂されたDSM-5に基づく精神科診断面接の進め方を平易に解説した、米国精神医学会(APA)によるポケットマニュアルの日本語版であり、既に訳書『DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引』や『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』の姉妹書である。DSM-5ではDSM-IVとは異なるいくつかの新たな試みが入り入れられており、それらの変更点や今後の精神科診断の方向性の理解を補足する上でも大変有用な一冊である。

3部構成の第I部は、「診断面接総論」「診断面接における治療同盟構築」「30分間診断面接」「次元への冒険」「DSM-5の鍵となる改訂点」からなる。学生・研修医から専門医をめざす医師、さらには、DSM-IVまでのカテゴリー診断に慣れ親しんできた医師まで、かなり幅広い読者を意識して書かれていることがわかる。どのレベルの医師が読んでも、得ることが多い内容がコンパクトにまとめられている。

第II部は、本書の中核部分であり、DSM-5診断面接の進め方が診断分類ごとに整理されている。どの項においても同じ構成になっており、初めにスクリーニングのための質問、それを補足する追加質問、診断基準に関連する

「包含事項」、除外診断に関連する「除外事項」、特定用語や重症度に関連する「修飾事項」、おおまかな鑑別診断に関連する「選択事項」の順に配置されている。本書では診断基準は網羅的に記載されているわけではないが、前出の「手引」や「マニュアル」がすぐに参照できるように、項目ごとに参照ページが付されているのは非常にありがたい。すなわち、本書は正確な最終診断を導くための解説書ではなく、臨床において患者と「治療同盟」を構築しながら、いかに最終診断へと近づいていくかのナビゲーションを示した実践の書とも言える。

第III部は、「DSM-5診断早見表」「鑑別診断のための段階的解決法」「精神状態検査: 精神医学用語集」「米国精神医学・神経学認定委員会の臨床技能評価」「DSM-5評価尺度の抜粋」「パーソナリティ障害群の次元診断」「代替診断システムと評価尺度」と興味深い内容が並んでいる。特に後半は、カテゴリー診断から次元診断への移行の試みについてパーソナリティ障害を題材に詳しく解説されており、DSM-5が何をめざそうとしていたのか、今後精神科診断がどのような方向に進んでいくのかがよく理解できる内容となっている。

DSMの導入によって精神科診断が浅薄になったと批判されがちであるが、従来のように「手引」や「マニュアル」だけでなく、本書のようなDSM関連書が訳出され、その背景の理念や問題点までが一般に熟知される

DSM-5®を使いこなすための臨床精神医学テキスト

Donald W. Black, Nancy C. Andreasen ● 原著
澤 明 ● 監訳
阿部 浩史 ● 訳

B5・頁464
定価: 本体6,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02116-6

評者 村井 俊哉
京大教授・精神医学

米国精神医学会が出版する『精神疾患の診断・統計マニュアル』(通称DSM)の改訂第5版(DSM-5)が、2013年に出版された。そして、その日本語訳は日本精神神経学会の用語監修のもと、2014年に出版された。WHOによる疾病分類であるICDの改訂も、DSM-5と歩調を合わせていくことが予想されているから、これからの日本の、そして世界各国の精神科の臨床・研究・教育は、DSM-5に準拠したかたちで行われていくと考えて間違いないだろう。

日本の精神科医は、それぞれの現場で、DSM-5の使用を開始しているだろうけれども、DSM-5の書籍それ自体は、単独では使いこなすのが難しい。今回紹介する『DSM-5を使いこなすための臨床精神医学テキスト』は、原題が“Introductory Textbook of Psychiatry 6th edition”となっているように、精神医学の初学者を対象とした教科書である。ただ、DSMの改訂を契機として、DSM-5に完全に準拠するかたちで第6版は全面的に改訂された。結果として、精神科医としてのキャリアは十分であるがDSM-5は使い始めたばかりのほとんどの精神科医(例えば私)にとっても、重宝する内容となっている。本書は3部構成になっているが、第1部(第1-3章)は、単独でも読み応え十分である。DSM-5の無味乾燥な診断基準の羅列をみて、精神医学に対して幻滅しかかっている初学者がい

たとしたら、是非第1章を一読され、診断基準の使用法と共に、こうした診断基準作成の背後にある思想に触れられることをお勧めしたい。一方で、

DSMが日本に導入される前に精神医学教育を受けたベテランの精神科医には、第2章が興味深いかもしい。精神科面接の心身の基本的なところは、DSM時代の米国であっても、昔の日本とさほど変わらないことに気付かれるだろう。

第2部(第4-17章)の疾患別解説は、DSM-5への準拠が徹底された、本書の目玉である。エビデンスに基づく体系的な解説と、具体的な症例記載のバランスがよい。なじみの疾患についてはDSM-5での診断基準の変更点に着目しながら知識を再度整理できるし、経験の少ない疾患についても疾患概念の概略をつかんでおく上で本書の利用価値は高い。

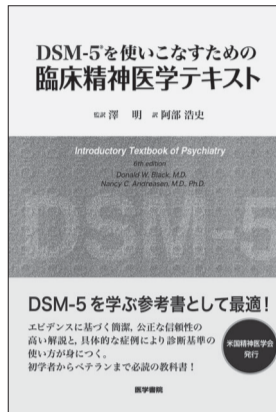
治療論を中心とした第3部(第18-21章)は、初学者にとってはもちろん必須の学習事項だろうけれども、ベテランの精神科医にとっても利用価値は高い。例えば司法精神医学を扱った第19章など、日米の社会状況やシステムの違いを比較しながら読んでみるのもよいかもしれない。

翻訳は、こなれていて非常に読みやすい。こうした書物は出版のスピード感も重要である。短期間で、クオリティの高い翻訳を日本の読者に届けていただいた監訳者・訳者のお二人の先生方に感謝したい。

ようになることは非常に意義深いと考える。DSMが単にチェックリスト的に使用されるのではなく、本書が多くの臨床医に読まれることで、精神科診断について深く再考する機会が得られ

ることを期待している。今回の改訂に伴いAPAから出版されるDSM関連書数冊全てを翻訳する方針と聞くが、精力的かつ迅速に対応されている訳者の方々にあらためて敬意を表したい。

DSM-5を使う人のパートナーになる1冊



医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧ください
<http://www.igaku-shoin.co.jp>

精神科関連書・新刊

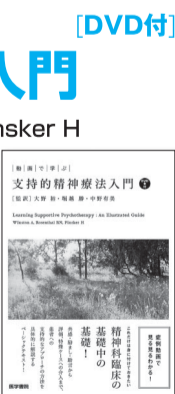
医学書院

動画で学ぶ 支持的な精神療法入門 [DVD付]

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

支持的な精神療法とは患者に対し強い介入ではなく患者の不安に耳を傾け精神的に支えるアプローチ。本書では、この定義や基礎知識をふまえて、症例をもとに実際のテクニックを紹介。付録DVDにはロールプレイ形式の映像(約85分)収録。

●A5 頁256 2015年 定価: 本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02081-7]



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

編集 青木省三・村上伸治

成人の発達障害に関心が高まってきている。本書では、グレーゾーンの多くの症例をもとに解説。診断と援助の基礎知識、治療・支援に繋がる診断と評価について簡潔に纏めた。

●A5 頁304 2015年 定価: 本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-02201-9]



精神科初回面接

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

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幅広くまとめた決定版。具体的な声掛け・会話の例を随所に織り交ぜながら解説。

●A5 頁544 2015年 定価: 本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-02212-5]



基礎からわかる 軽度認知障害(MCI)

効果的な認知症予防を目指して

監修 鈴木隆雄 / 編集 島田裕之

認知症の前駆段階である軽度認知障害(MCI)。本書は国立長寿医療研究センターを中心に、MCIの最新の知見をまとめている。高齢者にかかわる医療職必読の1冊。

●B5 頁344 2015年 定価: 本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-02080-0]



クリニックで診る 摂食障害

切池信夫

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。

●A5 頁256 2015年 定価: 本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-02166-1]



認知リハビリテーション 実践ガイド

原著 Schilberg MM, Turkstra LS
監訳 村松太郎

本書は、膨大なエビデンスに基づいて認知リハビリテーションのアプローチ法を体系化。高次脳機能障害に関わるスタッフ必読の1冊。ワークシート付き(Web付録)。

●B5 頁296 2015年 定価: 本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02145-6]



DSM-5®診断面接ポケットマニュアル

Abraham M. Nussbaum ● 原著
高橋 三郎 ● 監訳
染矢 俊幸, 北村 秀明 ● 訳

B6変型・頁304
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02049-7

【評者】大森 哲郎
徳島大大学院教授・精神医学

「私と同じような人っているのでしょうか」と心配そうに質問されることがよくある。患者からみれば、自分一人の固有の体験に苦しんでいるのだ。

「同じようなことで困っている人はいますよ」と答えると、ほっとしたような表情を浮かべられることが多い。そして「そういう人たちはどうしているのでしょうか」という問いに、「はい、それはですね」と、やりとりが続いていく。こうして、えたいのしれない体験に症状ないし病名という既知の名称が与えられ、そこから診療が進んでゆく。

このとき私たちの念頭にある症状や病名の基準を提供しているのがDSMである。私たちは2013年に改訂されたその最新版になじんでおく必要がある。DSM-5に新たに導入ないし改訂された疾患概念のいくつかは、導入当初は知る人も少なかったパニック障害(DSM-III, 1980年)や双極II型障害(DSM-IV, 1994年)が今では臨床家の常識となったように、今後の臨床に不可欠となっていくだろう。

本書『DSM-5 診断面接ポケットマニュアル』は、その書名からDSM-5を安直に使用するための手引きと誤解される恐れがあるが、実際はそうではなく、DSM-5を本格的に理解し活用するための内容の濃い書物である。巻頭の第1章には、精神疾患を診る者は、「固有の視点をもたねばならないが、それが必須であるにもかかわらず、その視点は必然的に不完全となることを理解すべきである」とある。なかなか深淵な名言である。もちろんDSMとて例外ではない。

第2章では、「人々は、自分の精神的苦痛が診断基準に該当するか否かを確認するために、あなたの援助を求め

ているのではない。診断面接の核となるものは、精神症状の評価ではなく治療同盟の形成であり、それはあなたの患者をよりよく知ることと関係する」と述べられている。適切な指摘だ。

続く第3章で、治療同盟形成とDSM診断を両立させるための原著者創出のユニークな30分間診断面接を紹介した後、第4章ではDSM-5が一歩足を踏み入れた次元(ディメンション)的見方を紹介し、第5章ではDSM-5の重要改訂項目を、うつ病、統合失調症、アルコール使用障害、自己愛性パーソナリティ障害について

症例を示しながらわかりやすく解説している。

第6章は本書の中核部分であり、問診の質問例を具体的に示しながら主要疾患について診断面接の実際を提示している。第7章から第13章までは順に、「診断早見表」「鑑別診断のための段階的解決法」「精神状態検査:精神医学用語集」「米国精神医学・神経学認定委員会の臨床技能評価」「評価尺度の抜粋」「パーソナリティ障害群の次元診断」「代替診断システムと評価尺度」に関する簡潔な紹介である。代替診断システムとしては精神分析団体連合の精神力動的診断マニュアル、精神科医 Paul McHugh の群分類、米国国立精神衛生研究所の調査領域基準などの存在が目配りよく手短かに紹介されている。

診断面接の在り方に関する鋭い考察、DSM-5の改訂点や特徴や位置付けの平易な解説、診察場面での実用的手引き、といった異なった視点からの論述が各章に案配されて、DSM-5を多面的に理解するための有用な一書となっている。

DSM-5®鑑別診断ハンドブック

Michael B. First ● 原著
高橋 三郎 ● 監訳
下田 和孝, 大曾根 彰 ● 訳

B5・頁268
定価:本体6,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02101-2

【評者】上野 修一
愛媛大教授・精神科

DSMは、すでに精神科診断の国際共通言語として、通常の診療、教育、研究に欠かせないツールとなっている。2013年5月に19年ぶりに第5版が発表され、翌年に日本語版が刊行された。だが、まだ、DSM-5診断に戸惑っている精神科医は少なくないのではないだろうか。

本書は、2014年に発表された“DSM-5 Handbook of Differential Diagnosis”の日本語訳である。『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』(以下、『DSM-5 マニュアル』)と大きく異なる点は、症状から診断に行きつく、いわゆるDSMの「逆引き」本であることにある。加えて、鑑別診断が見通せる俯瞰の情報も載っており、すでに出版されている『DSM-5 マニュアル』や『DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引』(ミニD)と組み合わせると、DSM-5に基づく診断が双方向性に行えるようになっていく。

この本は3章からなる。まず第1章では、「段階的な鑑別診断」を論じる。6つの鑑別診断におけるコツを示す。段階1は「患者が自分の症状の性質や重症度に正直でなかったら、正確な精神医学的診断に到達する臨床家の能力の意味がなくなるので、第1の段階は詐病と作為症を除外する」と書き始めているが、精神科の基本、「(正確に症状が訴えることができない)意識障害を見逃せば、精神疾患を診断できない」ことと同義であると思う。このように、忘れてはならない基本的素養から始まり、段階3では、「DSMでは、もはや器質的、身体的、および機能的という言葉は使用しない」と示し、精神疾患の背景に明確な脳の質的変化があると現代精神医学の考え方を支持してい

る。そして、第1章のまとめとして、具体的な症例を挙げ、この本の使い方について詳細に説明する。

第2章では、「系統樹による鑑別診断」を示す。まずは、状態像を理解するためのサマリーを提示した後、どの系統樹からスタートしても、使用方法を理解さえしていれば、操作的診断に行きつくよう作成されている。

第3章では、DSM-5に挙げられている疾患名から考えられる鑑別診断を網羅しており、確定診断の助けとなる編集である。加えて、『DSM-5 マニュアル』の参照ページを記載し

ているため、すぐに逆方向的に確認できる点はあるが、

訳者の序では、この本は「構造化面接」の著者として有名なMichael B. First教授が、『DSM-5 マニュアル』に入っていない判定系統樹を作成し、フローチャートにより診断に行きつくようまとめたと書かれている。しかし、内容はDSM-5の考え方が色濃く反映され、後進を育成しようとする視点も大きいようだ。

本書は『DSM-5 マニュアル』と照らし合わせて読み進めることが前提にあるが、これらに加え『DSM-5 診断面接ポケットマニュアル』を参照すると、さらにDSM-5に流れる診断の考え方が理解できると思う。何かと議論のあるDSM-5だが、精神科医として避けては通れない国際的診断基準であり、まずはその哲学を理解することが、臨床家の技能向上に役立つように思えてならない。本書のために出資しても、十分にお釣りがくることは保証させていただく。

「マニュアル」にはない判定系統樹が診断を導く



目指せ! 鑑別診断力向上!
「症状別のフローチャートで疾患を絞り込み、疾患別の早見表で鑑別する!」

●厚生労働省関連の国家試験合格状況

職種名	受験者数	合格者数	合格率
第109回医師	9,057人	8,258人	91.2%
第108回歯科医師	3,138	2,003	63.8
第101回保健師	16,622	16,517	99.4
第98回助産師	2,037	2,034	99.9
第104回看護師	60,947	54,871	90.0
第67回診療放射線技師	2,839	2,094	73.8
第61回臨床検査技師	4,298	3,528	82.1
第50回理学療法士	12,035	9,952	82.7
第50回作業療法士	5,324	4,125	77.5
第45回視能訓練士	886	788	88.9
第28回臨床工学技士	2,848	2,370	83.2
第28回義肢装具士	264	238	90.2
第24回歯科衛生士	6,753	6,475	95.9
第38回救急救命士	2,956	2,665	90.2
第23回あん摩マッサージ指圧師	1,792	1,549	86.4
第23回はり師	4,976	3,808	76.5
第23回きゅう師	4,893	3,773	77.1
第23回柔道整復師	6,858	4,503	65.7
第17回言語聴覚士	2,506	1,776	70.9
第100回薬剤師	14,316	9,044	63.2
第27回社会福祉士	45,187	12,181	27.0
第27回介護福祉士	153,808	93,760	61.0
第17回精神保健福祉士	7,183	4,402	61.3
第29回管理栄養士	19,884	11,068	55.7

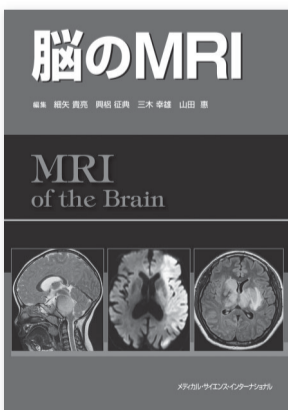
MEDSIの新刊

最高峰のスタンダードテキスト、ついに完成

脳のMRI

●編集:細矢貴亮・興梠征典・三木幸雄・山田 恵
●B5 ●頁972 ●写真2060・図159 ●2015年
●ISBN978-4-89592-812-0
●定価:本体15,000円+税

最新の診断レベルで脳MRIの適応を集大成した決定版テキスト。全14章、脳のMRI診断法や撮像法から「脳腫瘍」をはじめとする各種疾患を網羅し、特に「脳血管障害」「脱髄性疾患」「代謝性疾患」「変性・精神疾患」の内容が充実。疾患の解説は病態と臨床、MRI所見、必要に応じて診断プロセスに分け、読影の原理原則をわかりやすく説明する。放射線科医はもちろん、脳神経外科医、神経内科医、精神科医、また放射線技師等にも幅広く有用。



<大好評 スタンダードシリーズ>

- 腹部のMRI 第3版** ●編集:荒木 力 ●定価:本体13,000円+税
- 関節のMRI 第2版** ●編集:福田国彦・杉本英治・上谷雅孝・江原 茂 ●定価:本体15,000円+税
- 胸部のCT 第3版** ●編集:村田喜代史・上甲 剛・村山貞之 ●定価:本体15,000円+税
- 頭頸部のCT・MRI 第2版** ●監修:多田信平 ●編集:尾尻博也・酒井 修 ●定価:本体14,000円+税
- 腹部のCT 第2版** ●監修:平松京一 ●編集:栗林幸夫・谷本伸弘・陣崎雅弘 ●定価:本体13,000円+税

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

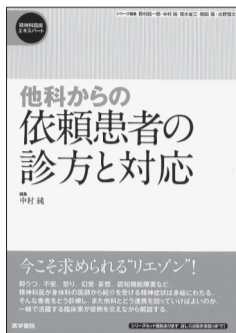
シリーズ第Ⅳ期(2015年)3巻

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]

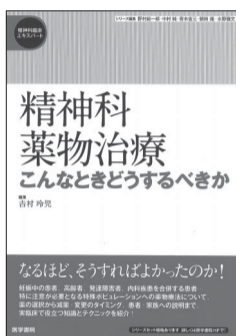


精神科薬物治療 こんなときどうするべきか

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]

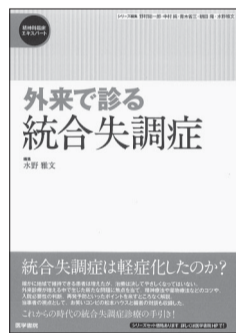


外来で診る 統合失調症

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!

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6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

公衆衛生 7月号 Vol.79 No.7 1部定価: 本体2,400円+税	感染症の新たな脅威	臨床婦人科産科 6月号 Vol.69 No.6 1部定価: 本体2,700円+税	産婦人科医必読 乳がん予防と検診 Up to date
medicina 6月号 Vol.52 No.7 1部定価: 本体2,500円+税	心不全クロニクル 患者の人生に寄り添いながら診る	臨床眼科 6月号 Vol.69 No.6 1部定価: 本体2,800円+税	第68回日本臨床眼科学会講演集(4)
総合診療 (旧 JIM) 6月号 Vol.25 No.6 1部定価: 本体2,300円+税	高齢者救急の落とし穴 —紹介する時、される時	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 6月号 Vol.87 No.7 1部定価: 本体2,600円+税	All about 頭頸部再建 —多彩な皮弁を使いこなす!
糖尿病診療マスター 6月号 Vol.13 No.6 1部定価: 本体2,700円+税	2型糖尿病の薬物治療 —Trend and Traditionalism	臨床泌尿器科 6月号 Vol.69 No.7 1部定価: 本体2,800円+税	Onco-Nephrology —がん治療の最新フロンティア
呼吸と循環 7月号 Vol.63 No.7 1部定価: 本体2,700円+税	肥大型心筋症の基礎と臨床	総合リハビリテーション 6月号 Vol.43 No.6 1部定価: 本体2,300円+税	リハビリテーションに必要な 産業医学の知識
胃と腸 6月号 Vol.50 No.7 1部定価: 本体3,200円+税	診断困難な炎症性腸疾患	理学療法ジャーナル 6月号 Vol.49 No.6 1部定価: 本体1,800円+税	急性期からの理学療法
BRAIN and NERVE 6月号 Vol.67 No.6 1部定価: 本体2,700円+税	脳と「質感」	臨床検査 7月号 Vol.59 No.7 1部定価: 本体2,200円+税	検査と臨床のコラボで理解する腫瘍 マーカー/血液細胞形態判読の極意
臨床外科 6月号 Vol.70 No.6 1部定価: 本体2,700円+税	胃切除後再建術式の 工夫とその評価	病院 6月号 Vol.74 No.6 1部定価: 本体2,900円+税	経済学からみたこれからの医療



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