

2017年6月19日

第3228号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] 精神科教育の在り方(神庭重信, 三村将, 西村勝治)…………… 1-2面
- [寄稿] 地域中核病院から広がる医科歯科連携(内田信之)…………… 3面
- [インタビュー] 総合病院のチーム医療で心理職は何をしているのか(花村温子)…………… 4面
- [連載] 4つのカテゴリーで考えるがんと感染症…………… 5面

医学部1年生から専門医までの

座談会 精神科教育の在り方



神庭重信氏
九州大学大学院医学研究科
精神神経医学教授

西村勝治氏
東京女子医科大学医学部
精神医学教授・講座主任

三村将氏(司会)
慶應義塾大学医学部
精神・神経科学教室教授

2010年の米国ECFMG(外国医学部卒業生のための教育委員会)の通告により、2023年以降は国際的な基準で評価を受けた医学部の卒業生しか米国の医師免許試験を受験できなくなる。このいわゆる“2023年問題”は日本の医学部教育に変化を生む一つの契機となっている。新専門医制度に向けた議論も進んでおり、医学部入学から専門医取得まで一連の医学教育システムは変革期にあると言えるだろう。

本紙では、『精神科レジデントマニュアル』(医学書院)の編者を務め、日頃研修医教育にかかわっている三村氏を司会に、日本専門医機構理事の神庭氏、すでに国際認証下での医学部教育を行っている東女医大の西村氏の三氏による座談会を企画。医学部教育から専門医養成までの各ステップにおける精神科教育の在り方と目標についてお話しいただいた。

三村 近年、医学教育では制度の見直し議論がされています。この動きに合わせて、キャリアの過程で学生や研修医が「何を学んでいくべきか」を、われわれ指導者が考えていくことは非常に重要です。医師に対する社会的なニーズを踏まえ、臨床で求められる能力を身につけなければなりません。

神庭 精神科でも社会からの求めには変化が見られています。かつて精神科には閉鎖的で特殊な診療科というイメージがあったでしょう。しかし、近年はより軽症な患者さんへの介入の重要性が社会にも医療関係者にも認知されてきました。患者さんが自発的に精神科医療にアクセスしてきたり、他科の医師から紹介されてきたりすることも増えています。

三村 そうした変化もあり、今、精神科医療の対象疾患は多岐にわたります。発達障害から認知症、小児から超高齢者まで、ライフサイクルを通してかかる診療科であると感じています。

西村 私が注目しているのは他科との連携です。身体疾患に罹患するとうつ病などの精神疾患の発症率が上昇します。精神疾患の合併は直接QOLを低下させるだけでなく、「身体疾患の予後に悪影響を与える」ということが、近年報告されています¹⁾。精神疾患と身体疾患の関係は、これまで考えられていた以上に密接だとわかってきまし

た。

三村 西村先生は精神科リエゾンチームによる他科との連携に力を入れていますよね。

西村 はい。サイコオンコロジー領域など、精神科医が他科と連携する機会は増え続けており、いまや診療科を超えて病院全体の全人的・包括的医療を支える役割を担っています。精神科リエゾンチームは2016年度の診療報酬改定でそれ自体の算定点数が上がっただけでなく、総合病院における複数の加算の算定要件にもなりました。精神科と他科の協力は今後も加速するでしょう。

三村 これらの社会的ニーズの変化に対応した教育が求められているということになりそうです。

医学部教育は国際基準へ

三村 まず、医学部教育の変化について西村先生の考えをお聞かせください。

西村 2017年3月に6年ぶりに改定された医学教育モデル・コア・カリキュラム(コアカリ)はECFMG通告を意識した変更となりました。各大学に国際基準との整合性を図ることを強く求めています。国際認証を取得する動きは全国的に波及していくでしょう。

三村 東女医大は2013年から国際的に認定されたカリキュラムを運用していますね。

西村 2012年に、日本で初めて世界医学教育連盟(WFME)の国際外部評価団から、国際基準に適合するという高評価を受けました。そのときにはWFMEグローバルスタンダードを参考に講義と実習のカリキュラムを整備しました。

2017年3月には日本医学教育評価機構(JACME)がWFMEから認定機関として認証されました。今後はWFMEではなく、各大学はJACMEから国際基準に適合するかどうかの評価を受けることになります。

三村 国内に認定機関ができたことにより、各大学でのカリキュラムの整備はますます進んでいくのではないかと思います。慶大でも国際認証を得べくカリキュラムを詰めているところで

神庭 九大でも検討を進めています。この流れを受けて、医学部教育は座学から臨床実習へのシフトがさらに明確になってきていますね。それも、見学型ではなく「診療参加型臨床実習」の強い求めがあります。

三村 コアカリには臨床実習で学生に求められるレベルがより具体的に示されました。鑑別診断を考えながら病歴聴取などを行うことが目標とされています。

西村 精神科に関しては、診療参加型臨床実習における位置付けが変わり、「臨床実習で必ず経験すべき診療科」

の一つとして精神科が明記されました。これにより精神科実習は1~2週間の配属ではなく、原則4週間以上行われるようになります。

精神疾患は実際に患者さんを見て初めて学ぶことが多い疾患ですから、この流れは良いことだと思います。

神庭 精神疾患を持つ患者さんをどのように診察すればよいかを知ることは、他科診療でも必要です。医学部教育では精神科の基礎知識に加えて、臨床現場でしっかりと体験することをめざしてほしいですね。

「行動科学」が入った新コアカリ

三村 では、医学部で精神医学を教える上で、コアカリの学修目標はどのように変わっているのでしょうか。

西村 症候・病態からのアプローチに「不安・抑うつ」「物忘れ」が追加され、「患者の死後の家族のケア」などが新たに加わっています。これらは精神科リエゾンチームや緩和ケアチームにおいて精神科医に求められるものです。

三村 近年重要性を増している領域であり、他科に進む人も全員理解していなければならないものです。人の行動と心理の仕組みを理解する基礎的な知識と考え方である「行動科学」が加わったこともポイントだと思います。

(2面につづく)

好評シリーズに待望の精神科版!

精神科レジデントマニュアル

編集 三村 将/編集協力 前田貴記・内田裕之・藤澤大介・中川敦夫

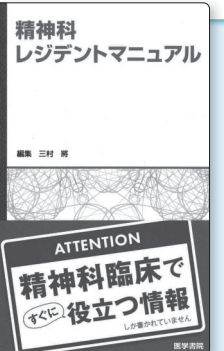
レジデントマニュアルシリーズに遂に精神科が登場! シチュエーションに応じた対応のコツから主要症候、疾患各論、諸問題への対応、他職種との連携まで、研修医や若手精神科医が現場で知りたい情報を具体的およびコンパクトに解説。臨床を重視する新専門医制度対策としてはもちろん、医療現場でこれまで以上の活躍が期待される心理職などにとっても役立つこと間違いなし!

●B6変型 頁352 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03019-9]

医学書院

もくじ

- 第1章 精神科診療における7つの心得
- 第2章 シチュエーションに応じた対応のコツ
- 第3章 検査、評価
- 第4章 診断
- 第5章 治療
- 第6章 主要症候、主訴
- 第7章 疾患
- 第8章 諸問題への対応
- 第9章 覚えておきたい法律・制度
- 第10章 多職種連携
- 第11章 医療分野以外との連携



座談会 精神科教育の在り方

<出席者>

●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年米国メイヨークリニック留学、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年より現職。日本専門医機構理事、日本精神神経学会副理事長などを務める。



●みむら・まさる氏

1984年慶大医学部卒、同大精神神経科入局。92年より米ボストン大医学部行動神経学部門失語症研究センター、記憶障害研究センター研究員などを経て、2000年昭和大医学部精神医学教室助教授。11年より現職。『精神科レジデントマニュアル』(医学書院)編者。神経心理学、老年精神医学、認知リハビリテーションが専門。



●にしむら・かつじ氏

1986年熊本大医学部卒。93年より独アーヘン工大大医学部精神科留学。帰国後、東女医大精神医学講座助手。同大臨床准教授を経て、2016年より現職。コンサルテーション・リエゾン精神医学を専門とする。日本総合病院精神医学会理事。



倫理観、態度などの習得をめざす「人間関係教育」というカリキュラムを組んでいます。行動科学はこれに含まれており、1年次から5年次までワークショップと実習を行っています(表)。

神庭 5年間をかけて教育するというのはすごいですね。
西村 年次に応じて段階的に進めていくようにしています。低学年の「人として」の教育から入り、徐々にレベルを上げながら高学年で「医師として」の在り方を徹底的に考えさせます。基礎医学から臨床医学まで多くの科の先生が協力しながら進めており、精神医学が貢献すべき内容も多いです。
三村 医師としての基本的な考え方を低学年から学生の成長に合わせて育むのは大切なことですね。精神医学は医療面接など、どのように患者さんと接していくかという部分を含めて指導にかかわるのではないかと考えています。

初期研修は他科との連携の基盤を作ることを目標に

三村 卒後教育に話を移しましょう。初期研修制度は導入されてから10年以上が経過しました。神庭先生、これまでを振り返り、どのように評価していますか。

神庭 精神科医の立場からはメリットがありました。初期研修により、精神科医をめざす人が身体疾患を診るトレーニングを積んでいることはとても大きいと感じます。身体疾患と精神疾患を合併する患者さんは高齢化とともに増えています。身体疾患に変化があったとき、初期研修を受けてきた精神科医は基本的な対応がよりしっかりできています。

三村 近年の精神科医療の変化に合った能力を身につけているということですね。

精神科は初期研修制度の導入当初は必修でしたが、2010年度からは選択

必修となっています。
神庭 選択必修とはいえ、研修医を見ていると一昔前よりも精神科研修への関心は高まっているという実感があります。社会からのニーズの高まりや医学部での精神医学教育により、精神科医療の重要性の理解が進んでいるのでしょうか。

西村 医学部教育における診療参加型臨床実習で、精神科が重視されたところですね。初期研修でも重要な領域であることは間違いありません。初期研修の到達目標も2017年に改定が行われ、卒前から卒後にかけての一貫性を重視するという方向性が示されています。
三村 教育の連続性という観点では、医学部教育で学ぶ精神医学的アプローチや行動科学についても発展的に教育していきたいですね。

初期研修は精神科をめざす人だけでなく、将来他科を専門としてキャリアを重ねる人への精神科教育の場でもあります。何をどこまで求め、教えていくかのバランスは難しいところです。

神庭 他科でも精神疾患を持つ患者さんを診療する機会は必ずあります。他科をめざす人は精神科初期研修で、医療面接の技法、精神症状の基本的な診立てと加療、適切に精神科へ紹介する能力の習得を目標とするのが良いと思います。

三村 他科に進む人にとって、初期研修は精神疾患に対する集中的なトレーニングを積む最後の機会だと思います。全員に精神科の教育機会を与えたいものです。

神庭 日本精神神経学会や精神科七者懇談会は、初期研修の5年ごとの見直しの中で、精神科医療の社会的インパクトの大きさから、必修科への復帰を訴えています。精神科初期研修を通じて他科の医師からの精神医学の理解が深まれば、お互いの診療の質も高まり、今後ますます求められる「身体もこころも診られる全人的な医療」につながるのではないかと思います。

後期研修は年次ごとの目標が示されるように

三村 精神科医としてキャリアを重ねていくとすれば、精神科専門医と精神保健指定医の2つの資格をめざすことがスタンダードです。専門医に関しては初期研修修了後に後期研修医として専門教育を受けていくことになるでしょう。後期研修医は何を目標にし、指導者はどのように教えていけばよいのでしょうか。

神庭先生、日本専門医機構による専門医制度へ移行すると、研修にはどのような変化がありますか。

神庭 大きな変化は、原則として年次ごとに到達目標が定められるプログラム制が導入されることです。

三村 それは全ての科に共通する動きですか。

神庭 はい。ただ研修医や地域医療への配慮のために、カリキュラム制を含んだ柔軟な運用ができるようにしています。この点について、日本精神神経学会では各施設に対するプログラム認定のための整備基準を改訂しています。
三村 研修のプログラムは整備されつつありますね。精神科後期研修における具体的な目標はどのようなものなのでしょうか。

神庭 モデルプログラムの一例では、1年目は「指導医と一緒に統合失調症の患者さんなどを受け持ち、面接の仕方、診断と治療計画、薬物療法及び精神療法の基本を学ぶ」としています。良好な治療関係構築のために、特に面接を重視すべきです。2年目は「指導医の指導を受けつつ自立する」こと。他科と協働したりエゾン精神医学や児童思春期の症例経験も求めています。3年目には「指導医から自立して診療できる」ことを目標に、地域医療の現場でソーシャルワーカーなど他職種との関係構築までをめざします。

三村 目標の細かい点は各研修先の状況に合わせたものとなるでしょう。しかし、1年目の面接重視と、3年目修了時に自立した精神科診療と地域医療への十分な理解が求められることは共通してくると思います。

西村 各施設でのプログラムの整備に関しては、目標到達までのロードマップを示していく方法が必要だと思います。医学部教育と初期研修の間と同様に、後期研修においても初期研修と目標の共通化が可能な部分もあるでしょう。シームレスな目標設定をすることで、より大きな効果を得られると考えています。

三村 目標を意識した教育のためには、指導法など、指導医への教育もポイントになりそうです。

神庭 そこが非常に大切だと私も思います。指導医は質の高い専門医を育てるキープレイヤーです。

西村 研修医からの逆評価など、今後は新しいシステムを取り入れていく議論が進むのではないのでしょうか。

神庭 そうですね。指導医は自らが多様な精神疾患を診るトレーニングを積みつつ、獲得したスキルを後進に伝える方法を身につけることが重要だと思っています。

新専門医制度の導入はゴールではなく、新たなスタートです。より良い精神科後期研修を提供するために、指導の仕組みを含めてさまざまな工夫ができると思います。

三村 指導者が精神科医療の変化を的確にとらえ、医学部入学から専門医までの教育をさらに連続性のあるものにしていけば、精神科医をめざす人も増えると思います。本日はありがとうございました。(丁)

- 参考文献
- 1) Lancet. 2007 [PMID:17804063]

(1面よりつづく)

西村 はい。以前のコアカリにも要素は入っていたものの、整理して区分されたのは国際認証評価の中に入っているからでしょう。

具体的には、人の行動や動機付け、コミュニケーション、行動変容における理論と技法などの学修目標が設定されました。これらには精神医学からの貢献が求められてくると想定しています。

三村 なるほど。どのような教育方法を取っていますか。

西村 医師としてのプロフェッショナルリズムを育み、医師としての使命感、

●表 東女医大における人間関係教育のワークショップと実習

	1年次	2年次	3年次	4年次	5年次
ワークショップ	・対話と振る舞い	・医療対話の心理(技術) ・チーム医療と奉仕 ・解剖慰霊祭	・キャリアを考える ・薬害を考える	・チーム医療の基礎	・末期医療に臨む医師の在り方 ・インフォームドコンセント ・困難な状況・パッドニュースの告知 ・臨床倫理 ・生命倫理 ・利益相反
実習	・看護との医療対話 ・高齢者との対話 ・乳幼児との対話 ・自己との対話 ・対話のTPO	・医療対話入門 ・外来患者との医療対話 ・自己との対話	・女性医師のロールモデル:地域医療での活躍(2日間、診療の見学など)	・医療対話応用編:医療面接 ・高齢者との対話応用編 ・乳幼児との対話応用編 ・ストレスと行動科学 ・認知行動理論と問題解決技法	・対話に診る子どもの心

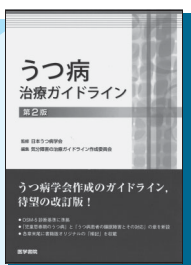
行動科学に関する具体的な学修目標がコアカリ中の「人の行動と心理」に定められた。東女医大の人間関係教育のカリキュラムには、行動科学に関連するものが多く含まれている。1年次から5年次までを通して、ワークショップと実習により医師として持つべき技能を身につける。

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



てんかん鑑別診断とてんかん併発疾患に関する最新かつ唯一のガイドブック

てんかんとその境界領域 鑑別診断のためのガイドブック

Borderland of Epilepsy Revisited

てんかん発作と非てんかん性発作の鑑別に悩まされるてんかん診療にたずさわる医師に、てんかんとその周辺病態の鑑別点を示し、明確な鑑別診断へ導く1冊。具体的な症例も多数紹介され、てんかんとその境界領域への理解を助ける。

監訳 吉野相英
防衛医科大学校教授・精神科
立澤賢孝
防衛医科大学校・精神科
角田智哉
防衛医科大学校・精神科
吉野文浩
防衛医科大学校・精神科



寄稿

地域中核病院から広がる医科歯科連携

原町赤十字病院 12年間の取り組みから

内田 信之 原町赤十字病院副院長兼第1外科部長

2015年10月の厚労省調査によると、全国の一般病院7416施設のうち歯科を標榜しているのは1112施設であり、全体の15%にすぎない¹⁾。多くの医療者が医科歯科連携の重要性を理解しながらも、それを実現できない最大の理由は、病院内に歯科が存在しないことであり、もし連携を図るのであれば必然的に院外の歯科医師の協力が必要となる。本稿では、私たちが12年の歳月をかけて築き上げてきた原町赤十字病院の医科歯科連携の経緯と現状について紹介するとともに、今後の展望について私見を述べたい。

歯科衛生士のNST活動が連携のきっかけに

当院が立地する群馬県吾妻郡は県の西北に位置する山間部で、草津や四万をはじめとする日本を代表する温泉が多数存在する。吾妻郡の面積は広大で群馬県全体の約20%を占める。人口は年々減少傾向で、県人口の3%以下、6万人を下回る典型的な山間過疎地である。当院はこの吾妻郡の中核病院であり、病床数は227、標榜する科は18を数えるが、歯科は存在しない。

当院の医科歯科連携の始まりは、NST活動を開始した2005年までさかのぼる。当時のNST活動の最も重要な目的の一つは、入院患者の多くが経口摂取可能になることと考えていた。そのためには、口の中、特に歯の状態を把握することが最低条件と思われた。

歯科のない当院では、口の中や歯をアセスメントする知識も技術も乏しい状況だったため、当時NST活動に関心を示していた院外の歯科衛生士に声を掛けると、当院のNST活動に快く参加してくれた。当初はボランティアとしての参加だったが、その存在は入院患者にとって非常に貴重なことだと私たちは実感した。翌年には、当院と群馬県歯科衛生士会が正式に契約し、当院のNST回診に定期的に参加するようになった。歯科衛生士による継続したプロフェッショナルな仕事に期待することとなったのだ。

その後も表に示す通り、さまざまなチャレンジを続けている(詳細は文献2を参照)。

そして、病棟での口腔ケアラウンドは、2013年5月に当院と地元歯科医師会が正式に契約したことによって、毎週木曜日のNST回診に一人の決まった歯科医師が参加することになった(写真①)。NST回診の対象者は毎週

●表 原町赤十字病院における医科歯科連携の活動内容と経過

2005年	群馬県歯科衛生士会と契約し、月2回当院のNSTラウンドに歯科衛生士が参加
2008年	歯科衛生士と当院看護師が手術前の患者の口腔アセスメントを開始
2011年	地元の歯科医師会と連携し、手術前や化学療法実施前の患者に積極的に歯科受診を奨励
同年	吾妻口腔ケアセミナー/摂食・嚥下セミナー開始(現在まで6回開催)
2013年	地元の歯科医師会と契約し、週1回歯科医師による口腔ケアラウンドを開始



●写真 ① 2013年から始まった歯科医師(中央)と看護師の病棟ラウンドの様子。② 2011年に地元歯科医師会と連携して開催された口腔ケアセミナーで、薬剤師の研修に患者役となる筆者(右)。院内関係者の他、地域の医療介護従事者も参加した。

30人程度存在するが、このうち手術前後や化学療法中の患者を中心にアセスメントを行っている。専門的な歯科治療が必要と判断されれば地元の歯科医師に紹介している。

術前の口腔ケアが術後の合併症を防ぐ

では、なぜ病棟に歯科の協力が必要なのか具体的に見ていきたい。

歯科医師による口腔アセスメントが行われた2013年から2年間の当院の外科入院患者301人(男性174人、女性127人、平均年齢72.5歳)の結果によると、悪性疾患、良性疾患にかかわらず口腔内衛生状態は約3割が不良で、男性のほうが顕著であった。歯については25%の患者は歯が全くない状況であり、これは女性のほうが多かった。義歯の保有率は女性が86%と男性の65%に比べ高率であった。また義歯があっても適合に問題ありとされた方が約3割存在した。

歯が残存する患者においても約半数に、う歯もしくは動揺歯が存在し、また半数の患者は歯周病と診断された。そして約4割が口腔内乾燥ありと診断された。結果的に口腔内に問題を認めない患者はわずかに69人(22.9%)のみであり、入院患者のほとんどは口腔内に何らかの問題があることが判明した。私たちは口腔内に問題がある患者ほど手術後の合併症が増加する傾向にあることを報告しており³⁾、術前の口腔アセスメントと口腔ケアが重要であることをあらためて認識した。

地域の医療者にも口腔内問題の知識を

口腔アセスメントや口腔ケアは、医療介護の分野で仕事をする全ての者が身につけるべき基本的手技の一つであると私たちは考えている。しかし多くの医師や看護師、介護士は口腔に関する知識は十分とは言えず、適切な口腔ケアができていない者も少ない。そこで私たちは、2011年から地元歯科医師会を中心に実技を伴う口腔ケアセミナーや摂食・嚥下セミナーを開催し、院内の関係者だけでなくとどまらず地域の医療介護従事者が一緒になって学習することにした。現在まで6回開催し、延べ約400人が参加した(写真②)。

一方、開業している歯科医師が実際に地域の病院や介護施設に出向くということには、いくつかの問題点がある。まず、病院・介護施設側に、歯科医師が診察をするための専門的な処置スペースがないこと。また、診療報酬はNST加算が付いたとはいえ、恩恵を受けるのはごく一部の医療機関にとどまり、ほとんどの施設では歯科医師が診療を行っても施設としての収入面にメリットがないことが挙げられる。

歯科医師の立場から見れば、自分の診療所を休んでまで他施設に出向くことの意義をどこまで見いだせるか難しい面もあるだろう。しかし、地域医療の発展には、地元の歯科医師会がその一翼を担うとともに、歯科医師個人の強い心構えが今まで以上に求められているのではないかと感じている。

●うちだ・のぶゆき氏
1988年新潟大医学部卒。同年群馬大第1外科入局後、同大病院や関連病院で外科医として研鑽を積む。99年より原町赤十字病院外科に勤務。2005年第1外科部長、13年に副院長に就任。外科一般診療の他、12年にNPO法人あがつま医療アカデミーを設立し、理事長として地域全体でのチーム医療活動に従事。最近はりビング・ウィル活動を精力的に行っている。



フォーラム開催、独自ツールの開発で住民の理解を促す

今後は、地域住民に対する口腔内の問題の啓発も必要になる。なぜなら、入院患者のみを対象とした口腔アセスメントやケアを行うだけでは、口腔内に問題を持つ入院患者の頻度が減少することはあり得ないからだ。

入院患者全体の口腔内の問題を改善することを目標に掲げるならば、地域全体で歯科検診を行うといった事業や、地域住民全員に口腔内の問題について関心を持ってもらうイベントを定期的に行うなど、地域を挙げた長期的なビジョンが必要になる。

私たちは2013年に地域住民を対象とした「歯周病」に関するフォーラムを開催。今年も地元歯科医師会と共に、2回目のフォーラムを計画中である。

医科歯科連携の推進には、地域の中核病院に勤務する私たちの責務は大きい。その目的を達成するための強力なツールの一つとして、現在「My Oral Diary」を作成中である。これは口腔内の評価8項目に加え、意識レベルや歯磨きの自立度を含めた計10項目を定めスコア化する評価ツールである(Agatsuma Oral Assessment Guide: A-OAG)。ポイントは、①病院でも介護施設でも使用可能、②3分以内の評価が可能、③定期的な評価が行えることの3点。今後は、患者や介護施設利用者に携帯してもらう予定だ。

アセスメント後のケアは基本的にその施設内で行うが、一定の点数以上の患者や利用者に対しては歯科受診を勧める。完成次第、吾妻地域の全ての医療介護施設に配布し、病院入院患者や施設利用者に活用を促していきたいと考えている。「My Oral Diary」が地域に広まることで、口腔内問題に関心を持つ住民が増えることを望んでいる。また、歯科医師が出向くことが困難な病院や介護施設でも歯科医師との連携が今まで以上に深まることを私たちは強く期待している。

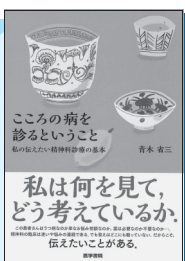
●参考文献

- 1) 厚労省. 平成27年(2015)医療施設(動態)調査・病院報告の概況. 2016.
- 2) 内田信之, 他. 歯科のない地域中核病院における医科歯科連携の成果と現状. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2017; 40(1): 16-20.
- 3) 内田信之. 消化器外科術期における口腔内の問題と術後合併症. 日本口腔ケア学会誌. 2013; 7(1): 65-8.

臨床家は何を見て、どう考えているか

こころの病を診るということ 私の伝えたい精神科診療の基本

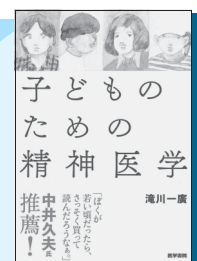
臨床家として名高い著者が、自身の臨床哲学および具体的な診療の仕方についてまとめた実践書。待合室での様子や問診票から読み取れること、問診の進め方、生活史のとりえ、診断、そして治療と、実際の診療の流れをひと通り網羅。約40年にわたる臨床経験で蓄積された理論と技術を、次世代の精神医療関係者に余すところなく伝授する。

青木省三
川崎医科大学精神科学教室主任教授

素手で読める児童精神医学の「基本書」。子どもの〈こころ〉にかかわるすべての人へ

子どものための精神医学

発達障害? アスペルガー症候群? 知的障害? 自閉症? ADHD? LD? とどこまでスペクトラムって何?——本書を読み、錯綜する診断名を「認識と関係の座標軸」のもとに一望できるようになる。読めば分かるように書いてある、ありそうでなかった児童精神医学の基本書。事例の機微をすくい上げる繊細な筆さばき、理論と実践の生き生きとした融合、そして無類の面白さ! マニュアルでは得られない「納得」がここに。

滝川一廣
学習院大学 教授

総合病院のチーム医療で心理職は何をしているのか

interview 花村 温子氏 (JCHO 埼玉メディカルセンター 心理療法室/臨床心理士) に聞く

患者への心理的ケアの需要はあらゆる診療科で高まっており、心理職を雇用する病院は増えてきている。そして、2018年には国家資格「公認心理師」が誕生する見込みだ。新たな時代に入る心理職は他の職種とどのように協働しているのだろうか。現在、臨床心理士として総合病院に勤務し、多くの診療科の患者とかわる花村氏に、チーム医療における心理職の役割と心掛け、今後の課題を聞いた。

——国家資格の制定が決まり、公認心理師養成教育の議論が進んでいます。現場では何か変わってきましたか。
花村 今のところ現場レベルでは大きな変化はありません。ただ将来的には加算の対象になるなど、診療報酬で評価される可能性もあるでしょう。今の実践をベースに、少しずつ変わっていく面もあるのではないのでしょうか。——現在の花村先生の働き方を教えてください。

花村 当院は395床、標榜診療科19科の総合病院です。心理療法室には常勤の心理職が2人、非常勤が3人います。精神科を中心に心療内科、内科や外科など、診療科を横断して活動しています。必ず主治医と連携しながら心理支援をしています。——どのような形で患者さんとかかわるのですか。

花村 1~2週に1回の精神科外来診察と同日に行う個人カウンセリングや心理検査、集団精神療法が中心です(図)。精神科医とともに他科へのリエゾン活動も行っています。患者さんの希望や他科の依頼に応じて、身体疾患で入院中の方にも心理職がベッドサイドで面談します。

心理職のいるチームの風景

——領域を横断した多職種チームでの協働もしているのですか。

花村 週1回の精神科・心療内科合同の病棟カンファレンスに出席したり、

認知症ケアチーム、緩和ケアチームの一員として活動したりしています。

——病棟カンファレンスのメンバーを教えてください。

花村 精神科医、心療内科医、病棟看護師、地域連携室の看護師、リハ職、管理栄養士、心理職が出席しています。——そこでの心理職の役割は何ですか。

花村 心理職が関与している患者さんの情報をスタッフと共有します。直接介入していない患者さんに対しても、心理職の視点からの見解を伝え、時には心理検査や心理面接の導入を提案します。検査を行った場合には結果をスタッフにフィードバックしています。——心理検査からはどのようなことがわかりますか。

花村 例えば、「言葉で相手に伝えることに自信がなく、気持ちが悪く伝えられないときに怒りっぽくなる」といった特性です。それにより「気持ちの表出が苦手なので、イライラが募り時にスタッフに対して怒りっぽくなるのではないか」とカンファレンスで話します。このような情報の共有は、スタッフ全員が患者さんをより深く理解することにつながります。——心理職ならではのかかわりですね。

花村 面接や検査で長めにかかわると、あらためて生育歴や家族の話が聞けるなど、新しい面が見えてくることもあります。より良いケアをチームで実践するために、こういった情報も随時病棟スタッフに提供し、認知症ケアチームや緩和ケアチームの病棟ラウン

ドでも共有しています。

多職種の視点で“立体的”に患者を理解する

——心理職にとっては、他の職種から得るどのような情報が役に立ちますか。
花村 見立てや印象を教えてください。病棟での面接の依頼が入ったときは、患者さんに会う前に治療がどのように進んでいるのかや主治医とどんなやり取りをしているのかなどをカルテ上で確認します。その上で病棟看護師から情報をもらいます。患者さんの印象や、安全のためにADLの程度などをきちんと知っておくためです。

また、心理職のかかわりは客観的な数値では見えにくいので、介入の振り返りは独りよがりになりがちです。心理的支援の結果、患者さんの言動がどう変化したかを看護師や医師からフィードバックしてもらうようにしています。——職種の違いによる視点を大切にしているのですか。

花村 他にも、日勤帯と夜勤帯の看護は違うものですし、リハ職などもそれぞれ患者さんの違う一面を見ているはずです。ですから、多職種のかかわりと視点を学ぶ意識で情報を共有し「その人の姿を立体的に理解する」ように努めています。——他の職種への情報提供の際に心掛けていることはありますか。

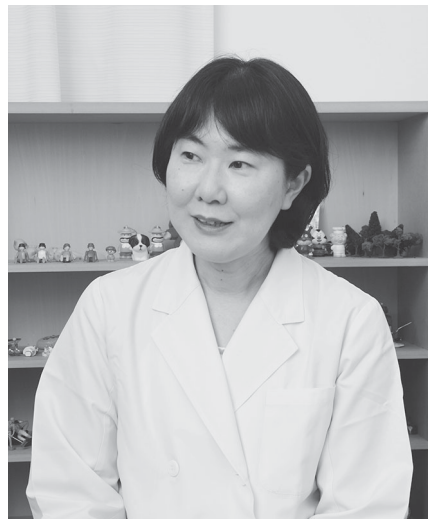
花村 記録だけでなく、主治医をはじめとするスタッフに直接伝えて伝えることです。他の職種が情報を活用しやすいように、面接や検査結果からのアセスメントや今後のプランをわかりやすい言葉で客観的に記録することを大切にしています。

他職種に学ぶべきことの多い 卒前・卒後教育

——今後、医療現場で心理職の存在感がますます高まっていきそうです。それを踏まえ、心理職養成教育にどのような在り方を望みますか。

花村 今私が要望したいのは、チームで協働する意識を育てることです。医療分野では心理職だけで支援が完結する事例はないと言ってもよく、他の領域でも多くはないでしょう。教育現場では、スクールカウンセラーは担任教諭や保護者、養護教諭と連携しながら子どもを支援しているはずで、

心理面接技法や心理検査の習得はもちろん必要ですが、その上で、ともに



●はなむら・あつこ氏

専修大大学院卒後、複数の総合病院で非常勤勤務を経て、2000年より埼玉社会保険病院(現・JCHO 埼玉メディカルセンター)に常勤勤務。『公認心理師必携——精神医療・臨床心理の知識と技法』(医学書院)に編集協力としてかわり、チーム医療の項目を中心に執筆した。日本臨床心理士会常務理事、埼玉県臨床心理士会理事・事務局長、チーム医療推進協議会理事。

支援に当たる職種の仕事を理解する必要があります。適切なアセスメントのもと、必要な支援につなげることは心理職の大切な役割です。多職種連携の経験のある現場の心理職による講義や、実習で他の職種と協働する機会を持つことが望ましいと思います。

——卒後教育に関してはいかがでしょうか。日本看護協会が公表している「看護師のクリニカルラダー」のような、キャリアごとの到達目標はありますか。

花村 必要性を感じているものの、職能団体として作成したものはまだありません。系統的な研修システムの構築にもさらなる努力が必要だと思います。新人に何を教育し、中堅やベテランにどのような能力を求めるといった観点は非常に重要です。こういった点は特に、他の職種をモデルに作っていくと良いかもしれません。

——自分の技量を継続的に見直す研修は大切ですね。

花村 少人数の職場が多い心理職は、身近なロールモデルがどうしても少なくなってしまう。地域や大学院時代のつながりを生かして、さまざまな人と積極的に交流し、心理職同士でお互いの実践を確かめ合う機会を作り、学び合っていく必要があると思っています。

——チーム医療の時代に心理職が持つべき心構えは何でしょうか。

花村 「患者さんの気持ちに寄り添い、今その方に何が必要かを多職種がそれぞれの視点から考え、協働し補完しながら支援に当たること」、これがチーム医療だと思います。主役は患者さんなので、独りよがりの支援になっていないかを常に振り返りながら、心理職として真摯に、謙虚に患者さんや家族に向き合い、相手に敬意を払いながら自分の役割をきちんと果たす。その意識を大切にしたいですね。(了)

	月	火	水	木	金
9時		カウンセリング			カウンセリング
10時	カウンセリング		心理検査	カウンセリング	カウンセリング
11時	病棟看護師長と実習生の受け入れ相談	認知症ケアチーム回診		カウンセリング	カウンセリング
12時	カウンセリング		乳がん自助グループ参加(月1回)		
13時	精神科・心療内科病棟カンファレンス	栄養部と料理教室打ち合わせ	カウンセリング	カウンセリング	緩和ケアチーム回診
14時	心理検査フィードバック面接	集団精神療法	病棟での面談、リエゾン活動	集団精神療法	
15時	認知症ケアチーム会議(月1回)		カウンセリング	集団精神療法のアフターミーティング(実習生の指導を含む)	病棟での面談、リエゾン活動
16時	入院患者に関する多職種ミーティング、医師の病状説明に同席	集団精神療法のアフターミーティング(実習生の指導を含む)			
17時		職員メンタルヘルスチーム会議(適宜)			緩和ケアチーム委員会(月1回)
18時			院内研修		

●図 ある1週間のスケジュール

濃い青色部分は特に多職種チームでかわる業務。上記の他に月初に1回精神科外来ミーティング、月末に1回院内の部門長が集まる会議に出席。入院患者への面接や心理検査はその患者の体調に合わせた柔軟な時間帯で行う。

これからの心理職に求められる知識とスキルはこれだ！

公認心理師必携 精神医療・臨床心理の知識と技法

国家資格になるのであればここまでは知っておきたい！ 医療の基本知識から精神症状の診かた、うつ病や不安症などの精神疾患の特徴、心理アセスメント技法まで、医療・保健領域の現場でメンタルヘルス活動を適切に行うために必要な情報を幅広くカバー。症例を用いて具体的な心理介入のプロトコルも解説しており、実践で役立つ1冊となっている。

編集 下山晴彦
東京大学大学院・臨床心理学
中嶋義文
三井記念病院・精神科
編集協力 鈴木伸一
早稲田大学・臨床心理学
花村温子
埼玉メディカルセンター
滝沢 龍
東京大学大学院・精神医学

公認心理師必携
精神医療・臨床心理の知識と技法

医療・保健領域で活躍するために最低限押さえておくべき知識とスキルはこれだ！

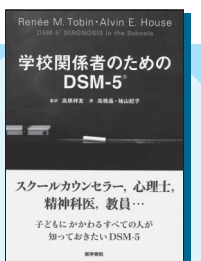
スクールカウンセラー、心理士、精神科医、教員…子どもにかかわる人に必要なDSM-5

学校関係者のためのDSM-5®

DSM-5® DIAGNOSIS in the Schools

児童・思春期の子どもたちが学校で直面する多様な精神的問題に、どのようなケアを提供できるのか。スクールカウンセラー、心理士、精神科医、教員…子どもにかかわるすべての人が知っておくべきDSM-5の知識を、ベテラン心理士が解説する。

原著 Tobin RM House AE
監訳 高橋祥友
筑波大学災害・地域精神医学教授
訳 高橋 晶
筑波大学災害・地域精神医学
袖山紀子
筑波大学災害・地域精神医学



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13回]

細胞性免疫低下と感染症③ 鑑別を絞り込む

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。

前回は細胞性免疫を低下させるがんの種類や治療について具体的にお話ししました。がん種では悪性リンパ腫が有名ですが、なかでもT細胞リンパ腫、特に血管免疫芽球性T細胞リンパ腫(AITL)や成人T細胞白血病・リンパ腫(ATLL)は細胞性免疫低下を引き起こす最たるものでした。がんの治療では同種造血幹細胞移植やステロイドの使用は当然ですが、プリンアナログのフルダラビンと抗CD52モノクローナル抗体のアレムツズマブに要注意であることを強調しました。

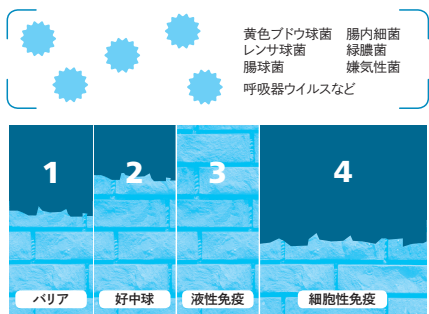
鑑別すべき微生物が非常に多岐にわたる「細胞性免疫低下の感染症」。実臨床でどのように鑑別を広げていけば良いのか、今回は症例を見ながら解説していくことにしましょう。

微生物の鑑別が多すぎる?

◎症例

末梢性T細胞リンパ腫に対して入院のうえゲムシタピンおよびオキサリプラチン投与中の56歳日本人男性。7日間持続する好中球減少あり。好中球減少者の発熱に対してセフェピムが開始されているが、徐々に増悪する咳嗽と呼吸困難が出現。意識清明、血圧143/87mmHg、脈拍数100/分、呼吸数20/分、体温37.6℃、SpO₂94%(RA)。身体所見では頭頸部、腹部、背部に異常なし。胸部では右下肺野にcoarse crackleを聴取。また、上下肢に散在する5mm程度の結節性病変を認める。PICCが挿入されているが明らかな炎症所見なし。胸部CTで両側肺野に結節影および右下葉にair bronchogramを伴うconsolidationあり。

これは第11回(3220号)で提示した症例です。末梢性T細胞リンパ腫がありますので、がんそのもので「細胞性免疫低下」、さらにゲムシタピンによる「バリアの破綻」と「好中球減少」を起こしています。



ゲムシタピンでは中等度の好中球減少が見られますが、高度の好中球減少が起きることはまれです。つまり、緑膿菌をはじめとする細菌感染症は念頭に置くべきですが、糸状菌感染症まで鑑別に挙げる必要はなさそうです。ですので、ここは「細胞性免疫低下」を軸に鑑別を広げていきましょう。

細胞性免疫低下では微生物を4つのグループに分けて考えることをオススメしましたね。そう、「細菌」「ウイルス」「真菌」「寄生虫」です(第11回)。

さて、問題はここからです。漏れなく鑑別を挙げるのは良いことですが、ただ羅列するだけでは実臨床に生かすことはできません。「鑑別した微生物に重み付けをして絞り込んでいく」。この作業こそが最も重要なのです。

なお、感染している微生物は必ずしも単一とは限らない、というのが「がんと感染症」の特徴ですので注意しましょう。

こうやって鑑別を絞り込もう

「細胞性免疫低下の感染症」の鑑別では、微生物がどの臓器に感染を起こすかを熟知する必要があります。臓器は肺、皮膚軟部組織、中枢神経、その他の4つに分けて考えるとスッキリします(表1)。

その上で、地域流行性のある微生物(ロドコッカス、ブルセラ、コクシエラ、ヒストプラズマ、コクシジオイデスなど)や明らかな環境暴露が必要な微生物(ロドコッカス、ブルセラ、リケッチアなど)を加味して考慮しましょう。実際に日本で医療をする分には、一部を除いてこれらの特殊な微生物を考慮する必要はないので、鑑別はぐっと狭くなりますね。

肺病変を見たときには、浸潤影(consolidation)、結節影(nodules)、空洞影(cavitary lesions)、びまん性間質影(diffuse interstitial)の4つに分類するとおおよその鑑別が付けられます(表2)。そこに肺門リンパ節腫脹があればさらに鑑別を絞り込むことができます。ただし、非典型的な画像を呈することもしばしばありますので注意が必要です。

では症例に戻りましょう。日本在住で特殊な環境暴露は無さそうです。肺の浸潤影からは一般細菌、抗酸菌、糸状菌などが、また、肺の結節影があることから以下の鑑別となります。

- 細菌
 - ・一般細菌：ノカルジア
 - ・非定型細菌：レジオネラ(特に*L. micdadei*⁹⁾)
 - ・抗酸菌：結核、MAC、RGM
- ウイルス：結節影なので該当なし
- 真菌
 - ・酵母菌：クリプトコッカス(ただし血液腫瘍ではまれ⁹⁾)
 - ・糸状菌：アスペルギルス、ムコール、フザリウム
- 寄生虫：結節影なので該当なし

●表1 4つのグループの微生物を臓器別に見た特徴(文献1~5より作成)
◎…特に重要視すべき感染症、○…考慮すべき感染症

細菌	肺	皮膚軟部組織	中枢神経	その他	コメント	
一般細菌	黄色ブドウ球菌	○	○	○	◎(血流感染症, IE, 骨)	
	サルモネラ	○		○	◎(腸管, 血流感染症, IE, 骨)	
	リステリア			◎	○(血流感染症)	乳製品
	ノカルジア	◎	○	◎	○(血流感染症)	
	ロドコッカス	○				酪農関係(馬), 地域流行性
ブルセラ	○		○	◎(血流感染症, IE, 骨)	酪農関係, 乳製品, 地域流行性	
非定型細菌	レジオネラ	◎				
	クラミジア	○				
	マイコプラズマ	○				
	リケッチア			○	○(皮疹や eschar)	屋外活動
コクシエラ	○			◎(血流感染症, IE)	酪農関係, 地域流行性	
抗酸菌	結核	◎		○	○(播種性感染症)	
	MAC	○		○	○(播種性感染症)	
	RGM	◎	◎	○	○(血流感染症)	
ウイルス	肺	皮膚軟部組織	中枢神経	その他	コメント	
呼吸器ウイルス	インフルエンザ	◎		○		
	パラインフルエンザ	○				
	RSウイルス	○				
	ヒトメタニューモウイルス	○				
アデノウイルス	○		○	◎(出血性膀胱炎, 播種性感染症)		
ヘルペスウイルス	HSV	◎	○	○	◎(播種性感染症)	
	VZV	◎	○	○	◎(播種性感染症)	
	CMV	◎		○	○(消化管, 肝障害, 網膜炎, 骨髄抑制)	
	EBV	○		○	◎(移植後リンパ増殖性疾患: PTLD)	
HHV-6	○	○(発疹)	◎	○(骨髄抑制, 肝障害)		
その他	JCV			○		
	BKV			○	◎(出血性膀胱炎)	
真菌	肺	皮膚軟部組織	中枢神経	その他	コメント	
酵母菌	カンジダ		○	○	◎(血流感染症)	
	クリプトコッカス	○	○	◎	◎(播種性感染症)	
糸状菌	アスペルギルス	◎	○	○	○(副鼻腔炎)	
	ムコール	◎	○	○	◎(副鼻腔炎)	
	フザリウム	◎	◎	○	◎(血流感染症, 副鼻腔炎)	
二形性真菌	ヒストプラズマ	◎	○	○	◎(播種性感染症)	地域流行性
	コクシジオイデス	◎	○	○	◎(播種性感染症)	地域流行性
その他	ニューモシスチス	○				
寄生虫	肺	皮膚軟部組織	中枢神経	その他	コメント	
トキソプラズマ	◎		◎	◎(播種性感染症)		
糞線虫	◎	○	◎	◎(播種性感染症)	地域流行性	

●表2 肺病変に見る画像ごとの微生物の特徴(文献6, 7より作成)

	急性の経過	亜急性から慢性の経過
浸潤影(consolidation)	細菌(黄色ブドウ球菌, レジオネラ*)	抗酸菌, 真菌(アスペルギルス, ムコール, フザリウム)
結節影(nodules)	細菌(レジオネラ*)	細菌(ノカルジア), 抗酸菌, PTLD, 真菌(クリプトコッカス, アスペルギルス, ムコール, フザリウム, ヒストプラズマ)
空洞影(cavitary lesions)	細菌(黄色ブドウ球菌, 腸内細菌, 緑膿菌)	細菌(ノカルジア, ロドコッカス), 抗酸菌, 真菌(クリプトコッカス, アスペルギルス, ムコール, フザリウム, ニューモシスチス)
びまん性間質影(diffuse interstitial)	結核 播種性真菌症(特にヒストプラズマ) 播種性寄生虫症(トキソプラズマ, 糞線虫)	ウイルス, 真菌(ニューモシスチス)
肺門リンパ節腫脹(hilar lymphadenopathy)		抗酸菌, 真菌(ヒストプラズマ, コクシジオイデス)

*市中肺炎を起こすレジオネラは*L. pneumophila*が大半で浸潤影を呈するが、non-pneumophilaの代表である*L. micdadei*は院内肺炎を起こすこともあり結節影を呈する⁶⁾

さらに、皮膚の結節病変があることから、次の通り鑑別を進めます。

- 細菌
 - ・一般細菌：黄色ブドウ球菌, ノカルジア
 - ・抗酸菌：RGM
- ウイルス：結節病変なので該当なし
- 真菌
 - ・酵母菌：カンジダ, クリプトコッカス
 - ・糸状菌：アスペルギルス, ムコール, フザリウム
- 寄生虫：該当なし

つまり、肺病変も皮膚病変も単一の微生物によって引き起こされているのであれば、ノカルジア、RGM、クリプトコッカス、糸状菌などが鑑別の上位となるわけです。

「細胞性免疫低下の感染症」における確定診断には“Tissue is the issue”。つまり、できるだけ組織を取りに行くことが必要でしたね。

この症例では気管支鏡検査および皮膚生検を施行しています。気管支鏡検査では緑膿菌とノカルジア(*N. farcinica*)が、また皮膚生検からも同様のノカルジアが検出されました。右下葉のconsolidationは緑膿菌、肺結節はノカルジアが原因であったと推測されました。

いかがでしたか? 「細胞性免疫低下の感染症」で多岐にわたる鑑別も、4つの臓器と環境要因(地域流行性と暴露歴)を軸に考えることでだいぶスッキリしたのではないのでしょうか。もちろん、微生物の細かな特性を熟知する必要があるのですが、一朝一夕に習得できるものではありませんが、考え方のプロセスを学んでいただけたなら幸いです。

さて、今回のテーマは「がんとHIV感染症」です。HIV/AIDSで細胞性免疫が低下することはよく知られており、HIVに感染すればがんも増加します。がんとHIVは密接につながっているのです。これまでとは少し違う切り口で解説していきます。

[参考文献]
1) Eur Radiol. 2006 [PMID: 16228209]
2) Medicine (Baltimore). 1985 [PMID: 3974441]
3) Infect Dis Clin North Am. 2001 [PMID: 11447714]
4) Leuk Lymphoma. 2009 [PMID: 19031169]
5) Curr Opin Crit Care. 2017 [PMID: 28169858]
6) JE Bennett, et al. Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed, chapter 125, Pulmonary Manifestations of Human Immunodeficiency Virus Infection. Elsevier; 2014.
7) Radiology. 2000 [PMID: 11110924]
8) J Infect. 2016 [PMID: 26496794]
9) Crit Rev Microbiol. 2010 [PMID: 20088682]

Medical Library 書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部(03-3817-5657)まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

子どものための精神医学

滝川 一廣 ● 著

A5・頁464
定価:本体2,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03037-3

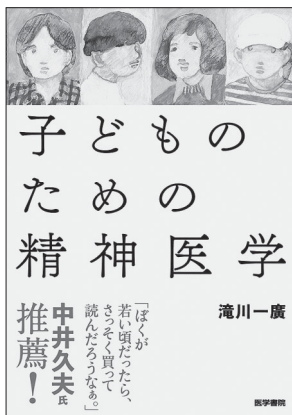
「素手で読める」と「あとがき」にある。専門用語も厳選して用いてあり、難しい理論で説明を押し切ることもなく、平易な美しい日本語でつづられている。だが、読み始めると、「基や本から考えること、土台から考えを積むこと」(p.13)により、ふと気付くと、私たちの常識や当たり前がしばしば覆されている。

私たちが観察する障害特徴と呼ばれるものは、当の子どもにはどのように体験されているものなのだろうか。滝川一廣先生は一貫して子どもの体験世界を理解しようとする。その中で、子どもたちの“病理現象”と呼ばれているもの、例えば、変化への恐れは“世界を少しでも安定した世界としてキープする”試みであり、無意味な常同行動は“味わい深い興味尽きない遊び”であり、“適応のための合理的な対処努力”でもありとらえていく。

極めて不安と緊張の高い世界で、周囲の人との関係という支えがないまま、過剰なナマの感覚刺激にさらされ、孤独に生きている子どもたち。それは、人々の中に生きているにもかかわらず、人と接点なく生きていることであり、とても孤独なものである。しかも、子どもは生まれてからずっと人と親密に交わる経験がないまま成長しているので、孤独として感じ取ることもできない。このような圧倒的な孤独を、私たちはどれほど感じ取ることができるのであろうか。

そういう子どもへの支援について、滝川先生は考えを進めていく。圧倒的な

常識を覆す「基本」の書



孤独の中でも、子どもは微妙かかもしれないが、人を、そして人と関係を築くことを求めている。だが、人との関係を築く力が弱いぶんだけ、養育者や支援者の側からの関係づくりには配慮が求められるのである。養育者や支援者の急速な接近や熱い接近、すなわち“過剰刺激”は、子どもにも混乱と恐怖を与える。だからといって、距離を置き、遠くに構え、接近しないしていると、孤独な世界は変わらない。

「目の前の生身の相手の気配や雰囲気、言葉(概念)以前の直覚的なもので敏感にキャッチする」(p.258) 子どもに対して、滝川先生は、子どもを脅かさず、子どものサインに応じていくことを考える。「はたらきかけが、その子にとって刺激が強すぎて侵入的なものにならない配慮が不可欠で、その呼吸が勘どころになる」(p.247) という。支援は何か特殊なことではなく、基本は普通の子育てやかかわりと同じ世界の中にある。理解は深く根源的に、支援は丁寧で穏やかなものにと、考えるのである。

例えば、「おもしろい子じゃないか」という親和感も抱ければ、その親和感も子どもにおのずとキャッチされ、ふたりをつないでくれる」(p.257) という一文がある。グイグイ引っ張る熱血教師と比べて、「おもしろい子じゃないか」という教師は、一見地味ではある。だが、その教師のまなざしから、子どもたちは負荷のない、だが大切な暖かさを感じ取り、変わり始めるのである。発達障害の人たちには、このような熱くない、さっぱりとした暖かさが、しばしば支援の“勘どころ”となる。

読んでみると、圧倒的な孤独の中で生きている子どもが浮かび上がり、子どものそばで、その孤独をヒリヒリと感じながら寄り添っている滝川先生が

評者 青木 省三
川崎医大教授・精神科学

こころの病を診るとのこと 私の伝えたい精神科診療の基本

青木 省三 ● 著

A5・頁296
定価:本体3,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03020-5

著者、青木省三先生の日々の診療の姿が目につかぶ本である。さまざまな知恵や工夫が語られているけれども、それを知識として覚えるよりも、その姿を思い浮かべながら、つまり、診療に陪席しているつもりで読んでいくとよい。陪席しているかのように読み進められる希有な診療の書である。

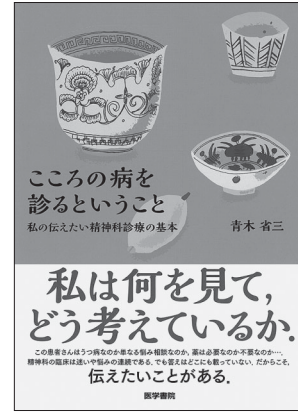
症例が数多く出てきて、その多くが「症例→仮説→対応→ポイント」というかたちで語られている。「症例」を読んだところでいったん本を置いて、自分ならどんな仮説を持ちどう対応するだろうかと考えてから(できればメモしておいて)先を読むことをお勧めしたい。臨床家として力を伸ばすのに役立つし、著者青木先生の診療への理解も深まるだろう。陪席とは“見学”することではなく“参加”することである。これはそのように参加的に読むべき(それができる)本であり、著者の読者への願いもそこにあると思う。参加的に読めば、ここにあるのはマニュアル的なノウハウではなく、個々の患者や状況へのその都度の理解から生み出される配慮や工夫であることがよくわかる。

本書の診療に特定の技法やプログラムは出てこない。治療理論が説かれるわけでもない。では無手勝流や行き当たりばったりかといえ、もちろん違う。診療の基底に流れているものは何だろうか。ぴたっと言い当てる言葉がみつからなくもどかしいが、あえて“日常性”と呼んでみたい。

「次の方、どうぞ」、患者を診察室に招き入れて話を聴く。5分で済むことも、20分、30分のときもある。いつも真剣に耳を傾ける。話が終わって診察室を出る姿を見送りながら、その患者に思いをはせる。そうした毎日を5年、10年、15年と重ね、それはすっかり日常の営みとなって治療者のこころの底に根付いている。そうした日常

見えてきた。滝川先生は、いつのときにご自身も、孤独な世界を微かに体験し、それを貴重な財産としてこころの中に大切に持っているのではないかと感じた。それが、子どもや人への理解と共感を深いものとし、地道で粘り強い支援に向かわせているのではないかと。それだけでなく、支援者というものは、自身のうちにあ

患者の日常・生活に絶えず 目を注ぐ精神科臨床の極意



の連なりと重なりから生み出されるある感覚や居ずまいのようなものが、青木先生の臨床を貫く一本のしなやかな筋金になっている。何らかの高度な(あるいは“非日常的”)専門技術の駆使によってプロフェッショナルたらしめるのも一つの方向だけれども、青木先生はそれとは別の方向に自身の臨床を鍛えてこられたと思う(もちろん、専門技術を持ってもらえないという意味ではない)。

この“日常性”は、“生活性”と言い換えてもよいかもしれない。青木先生が絶えず目を注ぐのは、患者の「日常」、すなわち“生活”である。患者がどんな生活体験をしてきて、今どう生活しているのか? そどこで何にぶつかっているのか? その生活を少しでもよきものとするにはどうしたら? その患者にとってよき生活とは? そして人間の“生活”とは一人で成り立つものではない。そこまで視野に入れた手助けとは? 暮らし向きのあるよう(実生活)から日々の哀歎のありよう(精神生活)まで、患者の生活を深くまなざそうとする姿勢が臨床の基本線となっている。

また、“常識性”という言い方もできるかもしれない。ひねりにひねった解釈も、入り組んだ晦渋な説明付けも、あっと驚くパラドックス的アプローチも出てこず、理解の仕方も働き掛けも、とても常識的なものである。“常識”とは“ありきたりの表面的理解”や“流布されわたった一般通念”を意味するのではなく、私たちの生活意識や日常感覚に照らして無理のない、確かな納得を持って共有できる理解(common sense)のことを指す。日常性と生活性との裏打ちされた深い“常識性”が、患者の生活やこころをより広がりを持つもの、より自由なものへと開き得るのである。

孤独を大切にしながら、丁寧に人とのつながりを紡いでいく存在ではないかと感じた。そもそも、私も含めて、人が生きていくということはそういうことではないか、などと感じながら、本を読み終えた。発達や障害だけでなく、人間とは、そして生きることとは何かを考えさせる、本当に奥の深い本であった。

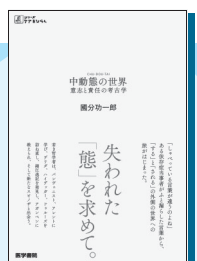
評者 滝川 一廣
学習院大教授・臨床心理学

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>

失われた「態」を求めて——〈する〉と〈される〉の外側へ ＜シリーズ ケアをひろく＞ 中動態の世界 意志と責任の考古学

自傷患者は言った「切ったのか、切らされたのかかわからない。気づいたら切れていた」。依存症当事者はため息をついた「世間の人とは喋っている言葉が違ふのよね」——当事者の切実な思いはなぜうまく語れないのか? 語る言葉がないのか? それ以前に、私たちの思考を条件付けている「文法」の問題なのか? 若き哲学者による「**〈する〉と〈される〉の外側の世界**」の旅はこうして始まった。ケア論に新たな地平を切り開く画期的論考。

國分功一郎
高崎経済大学准教授



A5 頁344 2017年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-03157-8]

医学書院

進展著しいがん研究・医療の「いま」がわかる、入門書よりも一段上の教科書

新刊 デヴィータがんの分子生物学 第2版 Cancer: Principles & Practice of Oncology - Primer of the Molecular Biology of Cancer, 2nd Edition

▶腫瘍学のバイブルDeVitaの[Cancer]をもとに、がんの分子メカニズムに特化して新たにまとめた最新のがん研究が一望できる包括的テキスト。全編にわたりきめ細やかなアップデートを行い、遺伝カウンセリングのPartを新設。がんゲノム、精密医療、臨床シークエンシング、分子標的治療について詳述。簡潔な文章と明解なカラー図により理解が深まる。がん研究に携わる大学院生や研究者、及びがん治療に携わる臨床家必読の書。

監訳 宮園 浩平 東京大学大学院医学系研究科分子病理学分野教授
石川 冬木 京都大学大学院生命科学部研究科細胞周期学分野教授
間野 博行 東京大学大学院医学系研究科細胞情報学分野教授 / 国立がん研究センター研究所長

定価:本体9,200円+税
B5変 頁680 図83・写真6 2017年
ISBN978-4-89592-882-3

MEDSI 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.medsi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

公認心理師必携 精神医療・臨床心理の知識と技法

下山 晴彦, 中嶋 義文 ● 編
鈴木 伸一, 花村 温子, 滝沢 龍 ● 編集協力

B5・頁360
定価: 本体3,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02799-1

評者 井村 修
阪大教授・臨床心理学

公認心理師法が2017年9月より施行される。心理職の国家資格がいよいよ誕生である。心理技術者の国家資格が検討され始め、約半世紀の紆余曲折を経て、ようやく実現した。日本の心理職もやっと国際水準に達したのだろうか。公認心理師法では、公認心理師の業務を以下のように規定している(公認心理師法第二条より)。

- (1) 心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析
- (2) 心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談および助言、指導その他の援助
- (3) 心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談および助言、指導その他の援助
- (4) 心の健康に関する知識の普及を図るための教育および情報の提供

そして、これらの業務を、医療・保健、教育、福祉、司法・行政、産業などさまざまな分野で実践することが期待されている。とりわけ国家資格が前提の医療・保健分野では、心理職の国家資格化が待ち望まれていた。したがって、本書『公認心理師必携 精神医療・臨床心理の知識と技法』は、タイムリーな企画といえるだろう。

本書の特徴は総勢122名からなる多彩な執筆陣にある。精神医学と認知行動療法が基盤になってはいるが、精神医学の研究者から臨床医、臨床心理学の研究者から心理臨床の実践家まで幅広い。

また、第1部で「チーム医療と心理師の役割」、第2部で「精神医療の基本」、第3部で「精神医療システム」と医療に関するテーマが扱われ、第4部で「心理師の専門技能」、第5部で「問題別心理介入プロトコル」と、公認心

理師としての業務と直結したテーマが扱われている。

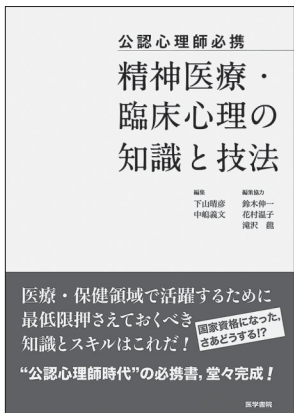
第1~3部の中で、これまで心理学系の大学・大学院で教えられてきたことは、第4章「精神症状のみかた」と、第5章「診断とその経過」であり、その他の章の内容はほとんど教わっていない。精神科の病院に就職した卒業生から、医療の現場に行き、感染症予防の手洗いを指導されたことだと聞いたことがあった。第1章にはその手洗いが図解されている。医学の常識が心理の教育では十分でなかったことがわかる。

第7章の「薬物療法」の説明も有用である。処方用量例と副作用も示されているのでわかりやすい。ある程度の薬物療法の知識は、公認心理師がチーム医療を担うためには必要である。

本書の最大の特徴は第5部である。第17章の「抑うつ障害」を例に挙げると、まず抑うつ障害の総論があり、理論と心理学的アプローチが解説されている。次に心理学的アプローチのプロトコルが示され、症例提示、心理学的アプローチの実際、本症例のまとめとなっている。わずかに数ページではあるが、うつ病の心理学的アプローチのエッセンスが記載されている。統合失調症スペクトラム障害や心身症など、他の精神障害に関する章も同じような形式になっている。

本書は、公認心理師を対象としたものではあるが、公認心理師をめざす大学生・大学院生も活用できる良書である。さらに、第4部と第5部は、精神医療において公認心理師が何ができるのかを示しており、精神科医や看護師に読んでいただければ、より質の高いチーム医療が可能となるだろう。

学生、精神科医、看護師も活用できる良書



精神科レジデントマニュアル

三村 將 ● 編
前田 貴記, 内田 裕之, 藤澤 大介, 中川 敦夫 ● 編集協力

B6変型・頁352
定価: 本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03019-9

評者 堀口 淳
島根大教授・精神医学

慶應義塾大学陣の大傑作である! 『精神科レジデントマニュアル』というタイトルだが、全科の医師の手元に置いてほしい。熟練の内科医や外科医などの診察室にも置いてほしい。なぜなら、からだを傷めている患者も、すべからず毎日の心痛と苦闘しているのだ。

患者の「患」の字は、「心」の上に「申」が刺さっている。これがすなわち「患う」ことの語義である。この「申」を抜かねばならぬ。臨床医の日常診療は、訊いて、尋ねて、診て、見て、うなずいて、共に悲しんで、笑って、また啼いて、常に患者の「心」を傷めている「申」を探し当て、なんとかして何度も何度も、患者と「申」を見つめ合い、引っ張り出し、これが「申」だったのかなと見つめ合い、暗いトンネルから共に明かりを探し出し、膿を出し、光でところを消毒して、明日を信じて頑張り合う、そんな日常、そんな診療であってほしい。

第1章の「精神科診療の7つの心得」は「臨床全科の7つの心得」に通じる。精神科医に限局すれば、「③ポケットには聴診器と打鍵器」とは、よくぞ書いていただいた! 精神科医のハンマー離れはもうとっくにレッドカードのご時世、さてどうするものぞ、と嘆き、あっちこっちでばやき、嘆いている私には、ナイスショットの一言。涙が出た。フロイトは神経学、神経病理学からスタートしたのだ。小難しい話ではない。神経学とは身体に触れることである。

第2章は、当直医に必須な知恵をコ

ンパクトにまとめている。一般救急には、精神不安定な患者が山ほど集まってくる。外来、病棟別の対応原則のコツまで丁寧に記載されている。いい。

第3章では異常脳波のまとめが特にいい。この手のまとめ方は初めて見た気がする。

さて、第4章の診断編のうち、「面接の進め方」もいい。そう、すなわち次の治療編との連関の指摘は、ついつい忘れられがちであるからだ。すなわち予診など、「病気の洗い流し」といった患者との共同作業から、既に治療が始まっているのだ。予診、問診の段階から、患者や家族は医師を診ている。鑑別している。「頼れるか、本気になれるか、話せるか、この医師は」と。これも全科共通の話でもある。薬物療法は原則論中心である。一体この薬は抗うつ薬なのか、抗精神病薬なのかわからない時代になってきた。そんななか、基本が学べる。

第6章「主要症候、主訴」には精神要素ごとに、臨床現場にすぐに応用できるような配慮が記載され、好感が持てる。しばしば精神科以外の先生や若手の精神科医からでさえ、「この幻覚、幻聴は」などとの、混乱発言を聞く。このモヤモヤをなくしたい私は、すっきりできた。

最終盤辺りには、現代のホットニュースたる自動車運転問題や女性精神医学なども網羅されている。その割には、本書は白衣のポケットサイズだし、軽い。紙面はオレンジ色の濃淡で、ケバくない。編者の三村將教授の性格か? これ、いける!!

全科の医師の手元に置いてほしい傑作



< 精神医学のバイブル 待望の最新版 >

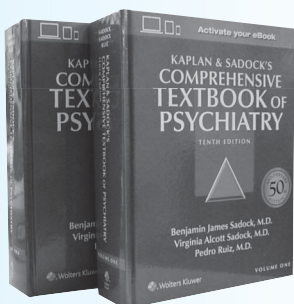
カプラン & サドック精神医学総合テキスト, 第10版
Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 10th ed., in 2 vols.



B.J.Sadock, V.A.Sadock & P.Ruiz (eds.)

精神医学とメンタルヘルスの分野における礎を、初版以来50年にわたり9回の改訂を重ねる中で確立してきたロングセラーテキスト、最新第10版。618名におよぶ著名な寄稿者らにより、神経科学、遺伝学、神経精神医学、神経薬理学など多くの専門分野を完全網羅している。

- LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS
- 2017年5月発売 ■ 無料 eBook 付き



◆◆◆ 期間限定特別価格 (2017年6月末日まで) ◆◆◆

通常価格 57,445円(税込) ➡ 特別価格 51,699円(税込)

ご注文は南江堂洋書部またはお近くの医学専門書店まで

nkj 南江堂洋書部

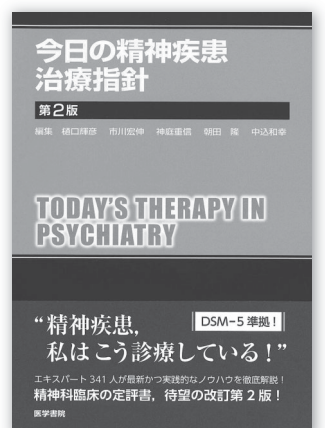
〒113-8410 東京都文京区本郷3-42-6
Tel: 03-3811-9957 Fax: 03-3811-5031
Email: adv-yosho@nankodo.co.jp

精神科臨床の定評書、待望の改訂第2版! DSM-5に準拠!

今日の精神疾患治療指針 第2版

編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田 隆・中込和幸

今日の治療指針の精神科版、待望の改訂第2版。「臨床で遭遇しうる精神疾患および諸問題を網羅的に解説し、最新かつ実践的な臨床情報を提供する」という初版の方針を踏襲しつつ、DSM-5に準拠した内容にリニューアル。もちろん新薬や適応拡大など治療の最新情報も盛り込んでおり、「精神科診療の今」が詰まった1冊となっている。



● A5 頁1052 2016年 定価: 本体14,000円+税 [ISBN 978-4-260-02484-6]

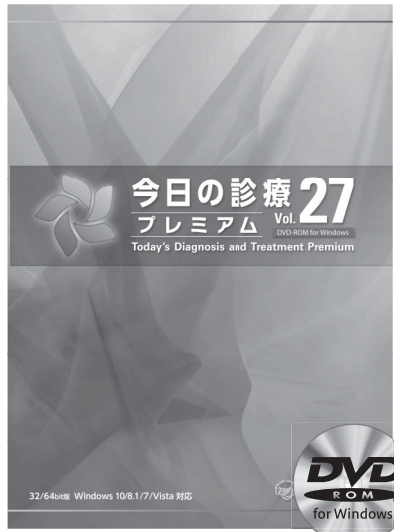
医学書院

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 プレミアム Vol.27

DVD-ROM for Windows

Today's Diagnosis and Treatment Premium



●DVD-ROM版 2017年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610209]

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。

※利用可能期間は、お申し込み後1年間です。
お申し込みは、2018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。



データはPCにインストールできます

本商品(DVD-ROM)のデータは、PCにインストールできます。また、オンラインライセンス認証により認証番号の取得を行えば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。

※認証番号の取得は、最大3台までのPCに行うことができます(特定の1人が使用する場合)。

Vol.27では、DVD-ROMの内容をダウンロードできるようになりました。DVDドライブがなくても利用可能です。

手順等は、パッケージ同封の書面をご参照ください。

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.27』もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.27

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円+税
[JAN4580492610223]

※『今日の診療 ベーシック Vol.27』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 2017年版 Update
- ② 今日の治療指針 2016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 Update
- 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 Update
- ⑧ 治療薬マニュアル 2017 Update

*書籍とは一部異なる部分があります

プレミアムにのみ収録

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

医学書院の好評書

医学書院

今日の治療指針 2017年版

私はこちら治療している 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

2017年版の特徴 ●新見出し「トピックス」を、主な疾患項目の冒頭に掲載し、最新情報を紹介。

●1137疾患項目は毎年全面書き下ろし。

本書の特徴 ●日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に。

●大好評の付録「診療ガイドライン」診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説。

本書購入特典・電子版 本書をご購入された方は、PC、スマートフォン、タブレット端末でも書籍の内容をご覧いただけます(無料)。閲覧期限は2018年1月末まで。さらに「治療薬マニュアル2017」とのセット購入により、「今日の治療指針」に掲載されている薬剤の詳細情報を「治療薬マニュアル2017」で瞬時に参照できます。

●デスク判(B5) 頁2096 2017年 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02808-0]

●ポケット判(B6) 頁2096 2017年 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-02809-7]



治療薬マニュアル 2017

監修 高久史磨・矢崎義雄 / 編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

本書の特徴

- ハンディサイズでは唯一「使用上の注意」をすべて収録。
- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2016年に収録された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を掲載。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 医薬品リファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

●B6 頁2752 2017年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02818-9]



Pocket Drugs 2017



監修 福井次矢 / 編集 小松康宏・渡邊裕司

治療薬を薬効ごとに分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、コンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。2017年版では、後発品をわかりやすく表示。

●A6 頁1088 2017年 定価：本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02775-5]

臨床検査データブック 2017-2018

監修 高久史磨
編集 黒川 清・春日雅人・北村 聖



“考える検査”をサポートする検査値判読マニュアルのベストセラーの改訂版。今版では医療安全に欠かせない「パニック値」が本文中にも掲載されるとともに、基準値も見やすくなるようデザインを改良。また、新規保険収載項目、保険点数情報などの最新情報も引き続きブラッシュアップ。「異常値のメカニズムと臨床的意義」「薬剤影響」などの多彩な小見出しによる読みやすく、使いやすい構成で全医療関係者をサポート。

●B6 頁1104 2017年 定価：本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02826-4]



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>
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp