

2014年6月30日

第3082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
COPY (社) 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] DSMと精神科臨床(高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸)..... 1—3面
- [インタビュー] 精神科面接(宮岡等)..... 4面
- [寄稿] “開かれた対話”がもたらす回復(斎藤環)..... 5面
- MEDICAL LIBRARY/第49回日本理学療法学会..... 6—7面

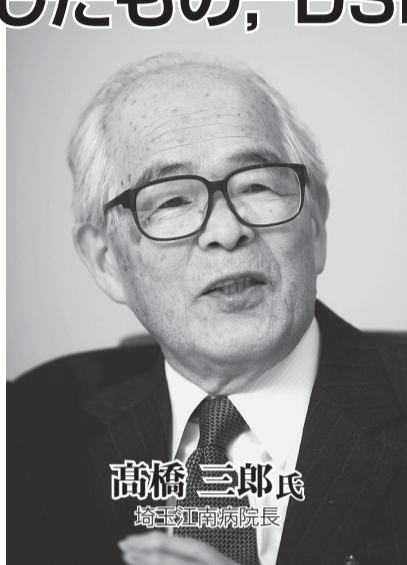
鼎談

DSMと精神科臨床

DSM-III がもたらしたものの, DSM-5 がめざすもの



染矢 俊幸氏 司会
新潟大学大学院医歯学総合研究科
教授・精神医学



高橋 三郎氏
埼玉県立病院院長



大野 裕氏
国立精神・神経医療研究センター
認知行動療法センター長

米国精神医学会 (APA) による「精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM)」が19年ぶりに全面改訂され、2013年5月、DSM-5として公開された。もともとは精神疾患の統計調査のため「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (ICD)」の改訂に対応する形で出版されてきた DSM だが、ICD-9 (76年) に続いて出版された DSM-III (80年) にて明記された診断カテゴリー分類と操作的診断基準が、急速に世界の精神科臨床に浸透。82年には日本語版も訳出され、本邦の精神医学領域に大きなインパクトをもたらした。今や診断のスタンダードとして用いられるようになった。今回は、「革命」と称された DSM-III から、「パラダイム・シフト」を試みた DSM-5 に至る歩みについて、訳出に携わってきた三氏に語っていただいた。

診断基準の統一が希求されていた時代

染矢 DSM-III が作成された1970年代は、精神科診断学においてまさに革命的な動きが起きた時代と言えます。それまでの精神科診断というと、E. クレペリンやE. ブロイラー、A. マイヤーやS. フロイトらが病因・症候・経過などに基いて提唱した病名をもとに、医師個人個人がそれぞれの嗜好に応じて当てはめているような状態でした。ICD-7、DSM-IIも公表されていたものの、あくまで簡素な分類で広く普及していたわけではなく、70年には英国の精神科医 R. ステンゲルが「診

断上の問題の再評価」を行い、ICDによる診断の一致率の低さが明らかになっています。高橋 一方、「Iowa 500 study」¹⁾ という追跡研究の結果が同じころに発表されています。これは当時のアイオワ大精神科教授、G. ウィノカを中心に行われたもので、人の移動が少ない農村地帯というアイオワの特色を利用し、525人の精神疾患患者の受診後の経過を35年にわたって調べたものです。統合失調症、躁病、うつ病の三疾患について分類と診断基準を統一した上で、疾患ごとの家族歴や自殺率、転帰、治療反応などの統計をとりました。結果は後に多くの論文として世に出て、今日の精神科診断学を形成するバック

ボーンの一つになっています。染矢 結果そのものはもちろん、診断の枠組みを定めて、皆で症例を共有してデータを積み重ねていくといういろいろなことがわかる、ということのインパクトは、非常に大きかったですね。高橋 ええ。そうした背景事情もあって、「統一的な診断基準を作らなければ」という気運がいよいよ高まってきたわけです。72年にはワシントン大の J. P. フェイナーらによるいわゆる“Feighner Criteria”、74年にはコロンビア大で Research Diagnostic Criteria といった診断基準が作られるようになり、海外の医学雑誌への論文投稿にも、そうした診断基準の明記が求められるようになってきました。染矢 その二つの基準をもとに作られたのが、DSM-III というわけですね。高橋 そうです。76—77年、私がカナダのトロント大にいたときにちょうど、APA が DSM-III の臨床試行を呼び掛けていました。当時、私は生物学的精神医学の研究に従事しており、研究のベースとなる症例の収集や分類には明確な診断基準が不可欠でした。さらに精神病理のよ

うな“仮説”に基づく診断に疑問を感じていたこともあって「これからは DSM-III の時代だ!」と思ったのです。日本に帰国後、最終原稿を入手し、『臨床精神医学』誌に紹介したことが、DSM-III の日本語訳出のきっかけとなりました。

「黒船が来たようなもの」

染矢 日本語版ができた当時、臨床現場からはどんな反応があったのですか。高橋 診断基準を統一する、ということに対してはやはり賛否両論がありました。「精神科に黒船が来たようなものだ」と言われたほどです。大野 「否」の声のほうが、多かったかもしれませんね。「原因や背景がはっきりしていない上に、症状が非常に多様である精神疾患をそんなにきれいにまとめられるわけがない」と言われていました。でも、精神科医になりたてだった私にとっては、DSM-III は希望を感じさせるものだったように思います。DSM というのはもともと、医学領域における精神医学の地位を確立させる

(2面につづく)

DSM-5[®]

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS: DSM-5
American Psychiatric Association

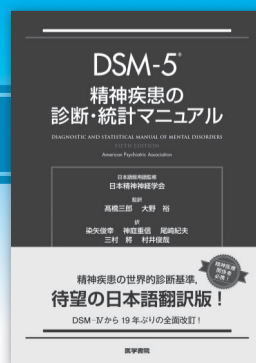
精神疾患の診断・統計マニュアル

精神疾患の世界的診断基準、待望の日本語版!

米国精神医学会 (APA) の精神疾患の診断分類、改訂第5版。DSM-IVが発表された1994年以来、19年ぶりの改訂となった今回は、自閉スペクトラム症の新設や双極性障害の独立など従来の診断カテゴリーから大幅な変更が施されることとなった。また日本語版については、日本語版用語監修として新たに日本精神神経学会が加わった。

DSM-IVから19年ぶりの全面改訂!

【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



精神医療関係者必携!

● B5 頁932 2014年
定価: 本体20,000円+税
[ISBN 978-4-260-01907-1]

医学書院

鼎談 DSMと精神科臨床

<出席者>

●高橋三郎氏

1956年東大医学部卒, 61年同大大学院修了。医学博士。67-71年米国, ノルウェー留学, 京府医大精神神経科助教授を経てトロント大客員教授。78年より滋賀医大の初代精神医学講座教授として生物学的精神医学研究の発展に尽力する。96年同大名誉教授, 同年より現職。花田耕一氏(当時滋賀医大), 藤縄昭氏(当時京大)とともにDSM-IIIを訳出, 本邦の精神科臨床への導入を担った。以後IV-TRまで訳を, 5では監訳を務めている。

●大野裕氏

1978年慶大医学部卒, 同大精神神経科入局。米国コーネル大, ペンシルバニア大への留学を経て, 89年慶大精神神経科講師, 2002年同大保健管理センター教授。11年より現職。DSM-IVからかわり, 5では高橋氏とともに監訳を務める。日本認知療法学会理事長。『認知行動療法トレーニングブック』(医学書院)ほか, 一般向け書籍も含め, 著書, 訳書多数。

●染矢俊幸氏

1983年東大医学部卒。トロント大, カリフォルニア大アーバイン校への留学, 滋賀医大講師を経て, 98年より現職。高橋氏のもとでDSM-III-Rより日本語訳にかかわり, DSM-IV, IV-TR, DSM-5のほか『DSM-IV-TRケースブック』(医学書院)等の訳出も担当。専門は臨床精神薬理学(特に薬理遺伝, 薬物代謝, 薬物相互作用), 精神科診断学など。日本臨床精神神経薬理学学会理事長, 日本精神科診断学会理事長などを務める。

献度は高かったですよね。高橋 それまでの精神科というと, “精神分裂病の妄想論ならこの人”, “うつ病の身体症状ならこの人” というように, いわば完全分業制。自分の専門しか勉強しなかったのです。そこから, 全ての精神疾患についてある程度診断治療ができる, ジェネラルな精神科医が育つ素地を作ったのは確かですね。

私もう一つ評価したいのは, 診断過程が簡潔になり, 鑑別診断までスピーディに到達できるようになったことです。それまでの診断会議や教授回診では, 答えがはっきり出ず「経過をみましょう」で終わることもしばしばでしたが, 患者を診て, 考えて, その場で診断できる。この流れがDSM-IIIによりある程度実現した点は大きいと思います。

大野 それは同感です。目の前で苦しんでいる人がいるならば, 経過観察だけではなく診断を付けて具体的に何らかの手助けをしたいと思えますし, そうすることで, 患者への指導もしやすくなります。

染矢 教育, 臨床に加え, 研究への貢献も見逃せないものがあります。特にゲノム解析には万単位の症例データの収集が必要とされ, 国レベル, もっと言えば世界レベルで共通の診断基準ができることで, 初めて研究が進むものです。DSM-IIIが浸透したことで, ゲノム医学は格段の進歩を見ました。

高橋 そうですね。統合失調症における脳の形態研究や, アルツハイマー病の遺伝子研究などで多くの知見が集積され, 今やリスク予測なども可能になりつつあります。それらの研究の進展は, DSMの存在を欠いてはなしえなかったでしょう。

“バイブル”化への懸念も

染矢 精神科領域に変革をもたらしたDSM-IIIは, 先行していたICDにも影響を及ぼすほどになりました。例えば92年に発行されたICD-10の「精神および行動の障害」のカテゴリは, DSM-III-R, DSM-IVとほぼ同じ枠組みとなり, 格段に信頼性の高いものになっています。

その一方, DSMがメジャーになるにつれ, 臨床現場における弊害のようなものが指摘されるようになってきた

ことも確かです。大野 DSMに示した疾患の「型」が全てであるように受け取られ, ほかの部分でそぎ落とされてしまった。患者個人に寄り添い, 患者の置かれた状況を考慮しながら最適解を見つけていく, というプロセスがおろそかにされるようになったとは, よく言われることです。

高橋 それらはDSMそのものより, 読み手の態度によるところが大きいと思うのですが, 実際のところ「患者が来たらDSMを見て診断を付けて薬を出して5分で終了」のような診療をしているクリニックもあると聞きますね。

大野 米国でもその傾向が顕著です。というのも, 米国で向精神薬を扱う医師の大半は一般医であり, それこそ5分診で, DSMに照らし合わせてパッと薬を出すようなことが常態化しており, 問題視されています。

染矢 「DSMの基準に当てはめて病名を付けて診断は終わり,あとは抗うつ薬」という臨床の現実があるのは確かです。DSM-IVが公表された94年ごろからは診断学研究も下火になり「DSMに書かれてあることが全てだ」と「バイブル」のようにとらえている若い医師も少なからずいます。

しかしそもそも, 基準を用いて分類をする, 病名を付けるということは,

臨床診断のプロセスのごく一部です。また, 精神疾患の診断分類や基準というのはあくまで心理行動的な症状とその経過に基づいており, いわば先人たちの観察や治療経験の総体から成っているもの。もちろん実証的な根拠も積み重ねられつつありますが, 身体科の診断に比べると, いまなお仮説的な設定にすぎないとも言えます。そうした, ある意味当たり前の考え方が共有されていないことこそが問題であり, そういう側面を踏まえた上で患者個々の本質をとらえる努力をしなければならぬと, あらためて教えていく必要があるのかもしれない。

大野 診断名を付けることはあくまで出発点として, そこから患者自身をどう理解していくか, 全体の“見立て”をどのように行って, 治療につなげていくか, そういう教育も, 今後必要になってくると思います。

DSM-5にも「診断基準にあげられている症状を単純に照合するだけでは, 精神疾患の診断をするためには十分でない」など, DSMが臨床診断の一側面ではないことを強調した記載がなされています。「バイブル」のように使われていることの懸念や, その誘因となった自省が含まれているのかなと感じて, 個人的にはとても印象深い点です。

パラダイム・シフトはどこまで実現したか

染矢 DSM-5のお話が出てきたところで, その内容について少し掘り下げてみたいと思います。今回の改訂は, どのような意図で行われたのでしょうか。

大野 当初めざされていたのは, 前版からの“パラダイム・シフト”です。「生物学的な指標の取り込み」「ディメンショナルな視点の取り込み」「予防的な観点の導入」の3つが, 主たる目標として掲げられていました。結論から言うとその全ては実現できなかったのですが, 新たに取り入れられた概念もいくつかあります。

まず, IVでは同じ「気分障害」として扱われていた「双極性障害」と「大うつ病性障害」が, 「双極性障害および関連障害群」「抑うつ障害群」という別々のカテゴリーになりました。これは疾患群のメタ構造解析を, 併存性,

家族内集積性, 治療反応性や脳画像研究の結果など11の因子について行った結果に基づいた変更で, 現病像より病因論的な関連の強さを考慮したものとと言えます。

染矢 うつ病と分かれた双極性障害が, 「統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害群」の章のすぐ後に配置されたのも, 双極性障害とうつ病との異質性, 統合失調症との近縁性に関する分子遺伝学的研究の成果の影響が大きいですね。「統合失調症」「躁うつ病」を二大精神病としたクレペリンの時代を思えば, かなり挑戦的な変更だと個人的に感じています。

高橋 DSM-5作成実行チームの長を務めたのは, うつ病のバイオロジーの研究者であるD.J.Kupferです。それが象徴するように, APAとしても精神疾患を他の医学分野と同じく, 生物学

(1面よりつづく)

ために作られた面もあるので, 身体疾患と同様の基準ができたということが刺激的でしたし, いかにも“医学的”な感じがしたものです。

染矢 若手の精神科医にとっては格好の教材だったのではないのでしょうか。

大野 それまでの診断のテキストというと叙事的な記載が中心でしたし, 先輩から教わろうにも人によって言うことがバラバラで, 初学者は戸惑うばかりでした。DSM-IIIが各疾患の診断における「核」を定めたことで, ポイントが押さえられ, 格段に勉強もしやすくなった。若い医師への教育に果たした意義は大きかったと思います。

染矢 DSM-IIIによって, コミュニケーションの共通言語ができましたし, 私たちが知ることができる精神疾患の裾野が一気に広がりました。DSM-IIIを読んでから診察に臨むと「ああ, これがああ疾患なんだ」とふに落ちることもしばしばありましたし, 教育的な貢

Advertisement for 'Series: Clinical Expert in Psychiatry' (シリーズ 精神科臨床エキスパート) published by Igaku Shoin. It features three main sections: Volume 3 (2014), Volume 2 (2013), and Volume 1 (2011-2012). Each section lists titles, editors, and prices. Volume 3 includes 'Schizophrenia Treatment Skills Upgrade', 'Diagnosis of Depression', and 'Severe Mental Illness Treatment'. Volume 2 includes 'Diagnosis of Schizophrenia and Other Disorders', 'Dependence and Compulsions', and 'Anxiety Disorder Treatment'. Volume 1 includes 'Diverse Schizophrenia Treatment', 'Antipsychotic Medication', 'Discharge Support', and 'Cognitive Therapy Techniques'. A set price of 15,500 yen for Volume 3 and 26,000 yen for Volume 1 is also advertised.

DSM-III がもたらしたものの、DSM-5 がめざすもの 鼎談

的にとらえる方向で進みたいのだと思います。それは評価したいですね。

大野 また、ディメンショナルな視点については、「スペクトラム」という考え方が一部の疾患に導入されています。「自閉スペクトラム症/自閉スペクトラム障害」がそうで、ここにDSM-IVにおける「広汎性発達障害」、つまり自閉性障害、アスペルガー障害、小児期崩壊性障害、レット障害、および特定不能の広汎性発達障害(PDD-NOS)が包括されました。発症年齢による硬直化したカテゴリー分類を見直し、対人相互性、および行動や感覚の特異性の程度により診断するという、疾患横断的な分類になったわけです。

染矢 今、私が診る新患の3-4割は、従来でいう広汎性発達障害の方ですが、年齢によって症状が変化することを経験します。子どものころは自閉症で、小中学生ではアスペルガー、高校生になるとPDD-NOS、成人すると障害とは言えないぐらいに回復する患者もいますので、その点でスペクトラムの考え方は、実臨床に即しているように感じますね。

大野 ただ一方、パーソナリティ障害でも「パーソナリティ機能の障害」と「病的パーソナリティ特性」の程度から評価するディメンショナルな診断基準が検討されましたが、実現していません。医師がそういう基準をマトリックスのように扱えるかという、なかなか難しいところもあるだろう、というのが現状でもあります。

高橋 ディメンショナルに疾患を表現する教育、診療態度はまだ受け入れられにくく、それが従来のカテゴリー分類の殻を破りきれなかった原因でしょうね。

染矢 確かに臨床の診断基準に用いるには、まだまだ未成熟かもしれません。ただ、米国立精神衛生研究所(NIMH)が作成している研究基準であるRDoC(Research Domain Criteria)では、症状に基づいた疾患横断的な視点を取り入れられています。遺伝子から症状までを多層的に調べていく生物学的研究にはディメンショナルな評価基準が必須ですし、研究をスムーズに進める上で、いずれ臨床との連携や統一も求められるようになるのではないのでしょうか。

大野 3つめの予防的概念に関しては、例えばドラフト段階では、減弱精神病

症候群(準精神病症候群)の取り入れなどが議論されていました。ただ、まだ症状がほとんど出ていないようなリスク状態を疾患と定義することで、疾患概念の拡大につながるという懸念があったことや、偽陽性が非常に多い上、適切な介入方法も確立されていないといった問題もあり、「今後の研究のための病態」に入れられるにとどまりました。

染矢 なるほど。今回の改訂に当たっては、実現したかどうかは別として、仮説的なことにもかなり踏み込もうとした印象がありますね。DSM-IVがIIIのモデルチェンジであったとするなら、5は当初まったくの新製品をめざしたと言えましょうか。

大野 そうですね。先鋭的というか、非常に野心的なプロジェクトであったのだと思います。

日本精神神経学会が 全面的にかかわった訳語統一

染矢 日本語訳に当たっては、今回初めて日本精神神経学会の精神科病名検討連絡会により「DSM-5病名・用語翻訳ガイドライン(初版)」²⁾が作成され、学会が監修する形で訳語の統一がなされました。

大野 訳出の際、一番議論になったのが「disorder」を「症」とするか「障害」とするか、ということでした。検討のときには、なるべく偏見を少なくするために「障害」ではなく「症」とすることが基本原則とされましたが、患者本人は変化を感じていないのに、病名だけ変えてしまうと混乱するのではなく、また疾患のイメージが柔らかくなる反面、使われやすくなることで、疾患概念の拡大につながるのでは、といった懸念も同時に生じました。

染矢 特にどの疾患について、そういう懸念があったのでしょうか。

大野 主に「不安症群/不安障害群」ですね。子どもの患者なら、本人や親の動揺を減じるために「症」とすることに意義があると思いますが、大人に対して「不安症」としてしまうと、病名のハードルが低くなりすぎるように感じます。患者さんときちんと話をしながら治療するのなら問題ありませんが、それができなければ、安易な投薬増につながる可能性も否定できませ

ん。そういう議論を経て、結果的に「障害」と「症」の併記となりました。

染矢 高橋先生はどうお考えですか。

高橋 さかのぼると、DSM-IIIの訳出のときにも同様の議論があって、そのときは今回とは逆に「障害」を統一して使いたいという結論になりました。確かに小児の場合などには「症」にする意義があると思いますが、私自身は、その病気のニュアンスに合ったものを使い分けたいという立場です。

なにより私にとって意義が大きかったのは、用語の検討に、学会を挙げて取り組んでいただけたということです。精神医学領域において無視できない重みをDSMに感じてくださっていることが示されたわけで、まったくの私的活動として行っていたDSM-IIIの訳出のときを思うと、感慨深いものがあります。

染矢 本当にそうですね。

用語の訳については、DSM-IIIのころからわかりやすさ、ニュアンスなどを考慮しつつ試行錯誤がなされており、DSMでの訳出がきっかけで統一・定着した病名も数多くあります。今回の訳語に関してはまだ十分なコンセンサスに至っていない段階のものもあるかもしれませんが、これをたたき台として、次の改訂でより洗練された日本語訳が出来上がることを期待しています。

知識の集大成を 最大限活用してほしい

染矢 DSM-IIIのマニュアルでは494ページだったページ数は、DSM-5のマニュアルでは932ページにまで増えています。今や診断基準だけではなく、家族歴、発症頻度、有病率、性差、文化的背景といった関連情報が集積されており、まさに精神疾患における知識の一大体系を形作っていると言えますね。

高橋 DSM-5ではそれらの関連情報がさらに詳しくなっていますから、読み込んでいくことで、診断の精度向上に資することだと思います。

大野 年月をかけて蓄積された知識の体系ですから、せっかくならきちんと読んで、正しく使っていただきたいですね。この機に、例えばうつ病ならA項目からE項目全てに当てはまるか

どうか精査するなど、診断基準の用い方を再確認してもらえればと思っています。

染矢 正しい理解のためには、診断基準を抜粋した「手引」(ミニD)だけでなく「マニュアル」まで読んでいただきたいですね。特に若い先生方には、「マニュアル」の鑑別診断の項に加えケースブックなど症例集も読みこんで、診断の精度を高めるトレーニングツールとして使ってほしいと考えています。私自身、DSM-IIIのころ1か月かけてケースブックを読破しましたが、そうすると、自分の頭のなかで鑑別診断のプロセスをイメージできるようになるので、おすすめです。

高橋 現時点における「診断」の集大成ですから、これをベースとして、診断と治療をどう結びつけていくか、そしてどのように治療を行うかといった研究も、さらに促進されることを願っています。

染矢 そうですね。DSMはあくまで患者さんを診る上での一側面ではありますが、同時に現時点での診断の知識体系の集大成であり、教育や研究のベースとなる基準でもありますので、ぜひ最大限、活用してほしいと思います。

久々の改訂となったDSM-5では、さまざまな「チャレンジ」が行われており、今後、臨床現場でそのチャレンジがどのように受け止められていくか、注視していきましょう。本日は、ありがとうございました。(丁)

- 文献
- 1) The Iowa 500: field work in a 35-year follow-up of depression, mania, and schizophrenia. Can Psychiatr Assoc J. 1975; 20(5): 359-65.
- 2) https://www.jspn.or.jp/activity/opinion/dsm-5/files/dsm-5_guideline.pdf

週刊医学界新聞
モバイルアプリ
祝 17万ダウンロード突破!

無料
詳細は App Store, Google Play をご覧ください

医学書院

全 1110 問
完全リンク
この問題集は「ハリソン内科学」を使いこなすためのインデックスだ。

絶賛発売中!

ハリソン内科学 問題集
日本語版第4版完全準拠

Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition
定価: 本体 29,800円 + 税

ハリソン内科学 問題集
日本語版第4版完全準拠

Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 18th Edition
定価: 本体 5,555円 + 税

監修 山口 徹・北原光夫 | 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

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 FAX 03-5804-6055
<http://www.medsj.co.jp> E-mail info@medsj.co.jp

「今日の治療指針2014年版」には、スマートデバイス閲覧権が付いています。本書をお持ちの方は、今すぐお申し込みください。

無料

お申し込み手順

- 1 本書に挟み込まれている専用申込葉書に、必要事項をご記入の上、ポストに投函してください。
※お申し込みは、専用申込葉書でのみ受け付けております。
- 2 ライセンス証書が郵送されたら、スマートデバイスに「Medical e-Shelf」アプリをインストールします。
- 3 初回のみ、ライセンス認証を行います。

スマートデバイス版の特長

- 1 章から疾患項目を選び全27章、1,121疾患項目の見出しから参照
- 2 キーワード検索 検索ボックスにキーワードを入力すると、該当項目一覧を表示(スペースで区切れば、and検索も可能)

※スマートデバイスの動作環境
iOS(4.3以降)端末:iPhone(4以降), iPad, iPod touch(第4世代以降)
Android端末:Android2.3以降搭載のスマートフォン, 3.2以降搭載のタブレット
別途Medical e-Shelf(MeS)アプリ(無料)のインストールが必要です。

今日の治療指針 2014年版

監修 山口 徹・北原光夫 | 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

- デスク判(B5) 頁2128 定価: 本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-01868-5]
- ポケット判(B6) 頁2128 定価: 本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01869-2]

医学書院

今、求められているのは“名人芸”ではなく、誰もが当たり前前にできる、基本的な面接技術



interview 宮岡 等氏 (北里大学医学部精神科学主任教授) に聞く

精神科の面接という、これまでは“その道の達人がコツを語る”ような取り上げられ方か、あるいは専門的な精神療法にスポットが当たることが多かった。しかしこのほど、『**ここを診る技術——精神科面接と初診時対応の基本**』を上梓した宮岡等氏は、自身の教育・臨床経験から、“名人芸”でもなく、高度な専門技法でもない「**当たり前前の面接**」をまずは学ぶべきと語る。精神科における当たり前前の面接とはどのようなものか、初診ではどんなことを心掛けるべきか、宮岡氏に聞いた。

“当たり前”の面接から学ぶべき

——「面接」をテーマにしようと思われたのはどうしてですか。

宮岡 精神科において、最近ことに面接がおろそかにされていると感じるのです。大学でも面接を教えらる指導者が減っていて、薬物療法の教育がメインになっている。実はそのことが、昨今問題化している精神科の多剤大量処方背景にもあるのではないかと考えています。

——面接への関心自体が薄らいでいるということでしょうか。

宮岡 いえ、面接がうまくなりたいと思っている若い医師は少なくありません。でも彼らは、指導者がいないからと修練を諦めるか、精神分析や認知行動療法など、専門性の高い面接技法にいきなり飛びついてしまうのか、の両極端なのです。

——それがなぜ、問題なのでしょう。

宮岡 確かに私も若いころは、そうした精神療法が、外科の手術のようにスパッと治せる方法に思え、憧れたことがありました。ところが実際には、そうした治療では意外によくならない。そればかりか、精神面の深い所まで治療しようとして、かえって精神症状が悪化することも少なくないのです。

——安易な導入には、リスクが伴うと。

宮岡 ええ。なぜか「やらないよりはやったほうがよい」と思われがちな精神療法ですが、“副作用”もあるし、適応を誤って悪化させてしまうこともあり得るのです。

一方、精神科医として年数を重ねるなかで、通常の外来でそれほど長く時間をかけずに面接し、丁寧に生活指導や環境調整をする。その上で必要に応じて薬も使うという、一見平凡で、リスクの低いやり方でよくなる患者さんを多く見てきました。そういう経験から基本的な面接の大切さに気付き、精神科医はまずそうした“当たり前”の面接技術から学ぶべきだ、と思い至ったわけです。

「傾聴」と「共感」がポイント

——基本的な面接を学ぶ、というと、医学部には「医療面接」のカリキュラ

ムがありますね。

宮岡 ええ、医療面接の方法論は、精神科の面接においても基礎になるものだと思います。入室時のあいさつから始まり、最低限すべきことがマニュアル化されており、習熟度の評価まで行える。その方向性は精神科の教育にはなかったもので、衝撃的でした。

ただ、医療面接は原則、患者さんから情報を引き出して診断を付けることが目的ですが、精神科における面接は、診断するために患者さんの話を聴くこと自体が、治療の一部になるという点で、大きな違いがあります。

——では、精神科における基本的な面接で、特に大切なのは何でしょうか。

宮岡 ポイントは「傾聴」と「共感」だと思います。傾聴は「治療を求めてきたあなたに伝えられるように、関心を持って聴いていますよ」という姿勢が伝わるようにすること。共感というのは「もし自分が患者さんの立場だったらどう感じるか」を想像して、言葉にして伝えるということです。そして、自身の行った言動がどうとらえられているか、患者さんの立場で想像し、自分の会話の仕方や態度を修正しながら、面接を進めていくべきです。

——一見、シンプルで常識的な内容に感じます。

宮岡 しかし、こうしたシンプルなことすら身につけていないままに、専門性の高い技法に走る医師も多いのです。

また、常識とは逆説的なこともあって、例えば「ネガティブな面への共感」はよいけれど「ポジティブな面への共感」は慎重に考えるべきでしょう。よくあるのは、ゆううつ感が強く受診された患者さんが「最近孫が生まれたんです」と話してくれた場合、「うれしいこともあるじゃないですか」のような共感をしてしまうパターン。普段の会話では問題がなくても、これが「結局つらさをわかってくれない」「ひとごとだと思っている」と受け止められ、よい患者-医師関係が作れないことがあるため、注意が必要です。

——患者さんの立場を慮りながら面接を進めるとなると、ある程度、診察に時間もかかりそうです。

宮岡 初診には、ある程度時間をかける必要はあると思います。むしろ初診で診断を付けられる、もしくは可能性の高い診断の順番を想定できるよう、

しっかり診るべきでしょう。

——逆に言うと、診断までに時間がかりすぎるのはよくないと。

宮岡 診断があいまいなままに面接や精神療法を続けていては、その治療的効果もわかりにくいですし、適応を誤る可能性も高まる。それに、診断が付くことで患者さんも安心できるというメリットもあります。結果的に時間がかかることはあるでしょうが、初めから「鑑別が難しいから、面接を何度も重ねて診断する」という考え方をするのは、面接が下手なことの言い訳のように思うことすらあります。

患者を最優先しつつ 家族にも目を配ることが必要

——初診時には家族と来院する患者さんも多いと思いますが、話をどのように聞くべきか、ポイントはありますか。

宮岡 錯乱状態など、よほど混乱しているものでなければ、患者さんの話から聞きます。家族と一緒に診察室に入ってきたら「家族がいるとしゃべりにくい人が多いから、まずは外で待っていてもらおうと思うけれど、どうしましょうか」と本人に尋ねます。

家族の同席を了承した場合でも、本人の表情や話題によっては「ちょっと出てもらいましょうか？」と途中で提案することもあります。家族には「患者さんに了解を得たことを後で話します」とあらかじめ伝えます。

——あくまで患者さんが最優先だと。

宮岡 「この医師は家族を優先するんだ」と患者さんが受け取ると、その後の治療関係作りによい影響はないですから。特に思春期の患者さんでは、親との関係はデリケートなものです。最初に親にどう対応したかで、その後の経過が8割方決まる、と言っても過言ではないかもしれません。

ただ、家族も困り果てている場合が多いですから、かたくなに「患者さん抜きで話はしない」という姿勢をとることはしません。後の診断や治療に悪影響を与えないよう、患者さんも家族も妥協できるラインをその都度探ります。——家族の様子にも目を配ることが、大切になりそうですね。

宮岡 その視点は不可欠ですね。家族の問題が今たまたま患者さんに現れているだけで、患者さんの症状が軽快し

ても、今度は父親や母親が、その問題を背負うかのように状態が悪くなる、ということはよく経験します。

ですから私は、初診時から「家族全体を治療するつもりです」と言うこともあります。「あなただけの問題じゃない。家族内の荷物を今、たまたまあなたが背負っているだけかもしれない」とお話しすると、それだけで症状が和らぐ患者さんもいます。

時代が変われば、面接も変わる

——基本的な面接のスキルを磨くためには、どんな方法が効果的でしょうか。

宮岡 個人情報の問題がクリアできるなら、一番よいのは、いわば“透明化”、つまり自分の面接を公開して、人に見てもらうことではないでしょうか。専門家のスーパービジョンではなく、後輩でも看護師さんでもかまわないので、見てもらって率直な印象をフィードバックしてもらうことです。

実際、当教室のケースカンファレンスでは「初診時面接」という設定で、教室員の前で私自身が患者さんの面接を行い、意見や提案を共有するようにしています。教授自らの面接を評価の対象にすることで、遠慮なく批評しあえる雰囲気が作れればと思いますし、それにより、私を含め、皆の面接スキルの底上げが図れるのではないかと考えています。

——風通しをよくしていきたいと。

宮岡 そうですね。患者と医師の関係も、「お医者様-患者」というかつてのパターンリスティックなものから、対等な関係を経て、今や、やや患者優位に変化しつつあります。また、精神科にも以前より精神症状が軽い方の受診が増え、自分がどんな治療を受けたかを医師と相談して決めていきたい、そう考える患者さんも多くなりました。

“患者が主体”で、透明性の高い診断・治療が求められる。そうした時代の変化に呼応して、精神科面接も、その道の達人でしか語れない“名人芸”のようなものから、公開や評価という視点を取り入れた、誰もが当たり前前にできるものへと変わるべきだし、変えていかなければならないのではないのでしょうか。(了)

●宮岡等氏

1981年慶大医学部卒。同大学院博士課程を経て、88年より東京都済生会中央病院。92年昭和大学医学部講師、96年同大助教授、99年より現職。2006年より北里大東病院副院長を兼務。近著に『大人の発達障害ってそういうことだったのか』『ここを診る技術——精神科面接と初診時対応の基本』(いずれも医学書院)、『うつ病医療の危機』(日本評論社)など。本年の第110回日本精神神経学会学術総会で会長を務める。

精神科面接の新たな必読書、誕生! **医学書院**

ここを診る技術

精神科面接と初診時対応の基本

宮岡 等 北里大学医学部精神科学主任教授 **新刊**

●B6 頁224 2014年 定価:本体2,500円+税 (ISBN978-4-260-02020-6)

「精神科における標準的な面接および初診時対応はどうかあるべきか?」についてまとめた実践書。よい患者-医師関係を築く第一歩となる初回面接を中心に、精神科面接の基本的な心構えから具体的な話の聞き方・伝え方、特に注意して聞くべきポイントまでを幅広く、具体的に解説。診断基準・ガイドラインの使い方や薬物療法に関する考え方など、長年臨床家として活躍してきた著者ならではの技術や心得なども豊富に盛り込まれている。

診る技術を

面接とは精神医療の質そのものである!

寄稿

“開かれた対話”がもたらす回復

フィンランド発、統合失調症患者への介入手法「オープン・ダイアログ」とは

齋藤 環 筑波大学医学医療系保健医療学域 社会精神保健学教授

薬物治療を行わなくても、めざましい成果が

オープン・ダイアログ（開かれた対話）とは、統合失調症患者への治療的介入の一手法である。北極圏に程近い、フィンランド・西ラップランド地方にあるケロプダス病院のスタッフたちを中心に、1980年代から開発と実践が続けられてきた。現在、この手法が国際的な注目を集めている。その主たる理由は、薬物治療を行わずに、極めて良好な治療成績を上げてきた実績があるからだ。

どれほど手の込んだ治療法かと身構えたくなるが、その手法は拍子抜けするほどシンプルである。発症直後の急性期、依頼があってから24時間以内に「専門家チーム」が結成され、クライアントの自宅に向かう。本人や家族、その他関係者が車座になって「開かれた対話」を行う。この対話は、クライアントの状態が改善するまで、ほぼ毎日のように続けられる。

オープン・ダイアログ、正式には「急性精神病における開かれた対話によるアプローチ Open Dialogue Approach to Acute Psychosis」（以下、ODAP）と呼ばれるように、主たる治療対象は発症初期の統合失調症である。以下に、その成果の一部を紹介しておく。

ODAPの導入によって、西ラップランド地方においては、入院治療期間は平均19日間短縮された。薬物を含む通常の治療を受けた統合失調症患者群との比較において、ODAPによる治療では、服薬を必要とした患者は全体の35%、2年間の予後調査で82%は症状の再発がないか、ごく軽微なものにとどまり（対照群では50%）、障害者手当を受給していたのは23%（対照群では57%）、再発率は24%（対照群では71%）に抑えられていた。

もっとも、こうした薬物療法に依存しないコミュニティケアの試みは、古くはD. クーパーの「ヴィラ21」やR. D. レインの「キングズレイ・ホール」の前例がある。近年ではL. チオムピラによって創始されたゾテリア・ベルンの試みがあり¹⁾、各国でゾテリア・プロジェクトが継承されている。

しかし、ODAPの成果は、これらをはるかに上回るものである。筆者自身を含む、伝統的手法で統合失調症の治療にかかわってきた医師ほど、この治療成績に衝撃を受けるはずだ。薬物を使わず対話だけで統合失調症を治療す

るなど、およそ正気の沙汰ではない、と考えるのが常識的な反応である。

しかしODAPには上述したとおりエビデンスがある。いずれも家族療法の専門誌として定評のある『Family Process』誌に掲載されたものである²⁻³⁾。また、ケロプダス病院では、電話による全ての相談依頼に24時間以内に治療チームが対応する方針をとっている。限られたスタッフでこの体制をパンクせずに維持できている事実もまた、ODAPによる治療がうまく回っていることを示すだろう。有効でない治療なら、とくに受け付け体制がパンクするか、ウェイティングリストが満杯になっているはずなのだから。

密度の濃い介入を
発症直後から行う

ODAPの中心人物であるヤーク・セイックラは、それが「治療プログラム」ではなく「哲学」であることを強調しているが、紙幅の関係でそちらには深く立ち入らない。ここでは具体的な実践のありように照準してみよう。

患者もしくはその家族から、オフィスに相談依頼の電話が入る。電話を受けたスタッフは、医師であれPSWであれ、責任を持って治療チームを招集しなければならない。かくして依頼から24時間以内に、初回ミーティングが行われる。

参加者は、患者本人とその家族、親戚、医師、看護師、心理士、現担当医、その他本人にかかわる重要な人物などだ。このミーティングは、しばしば本人の自宅で行われる。全員が一つの部屋に車座になり、やりとりが開始される。

そこでなされることは、まさに「開かれた対話」である。このミーティングは、患者や家族を孤立させないために、危機が解消するまで毎日続けられる。繰り返すが、ほぼこれだけで重篤な統合失調症が回復し、再発率も薬物療法の場合よりはるかに低く抑えられるのだ。

薬物治療や入院の是非を含む、治療に関するあらゆる決定は、本人を含む全員が出席した上でなされる。本人のいないところで治療方針が決められることはない。

ミーティングでは本人と家族全員の意向が表明されたのちに、治療の問題に焦点が当てられる。会合の最後に結論がまとめられるが、何も決まらなかった場合は、決まらなかったことが確

認される。ミーティングに要する時間はさまざまだが、だいたい1時間半程度で十分であるという。

仮に患者が入院した場合でも、同じ治療チームがかかわりを持ち続ける。こうした心理的連続性は極めて重要な要素である。緊急事態が去り、症状が改善するまで、同チームの関わりは、本人のみならず家族に対しても続けられる。発症直後のような緊急時に、密度の高い介入を行うという点で、ODAPは通常の家族療法とは大きく異なっている。

「モノログ」に自閉させず、
「ダイアログ」に開かせる

おおよそその手法は以上の通りだが、それではなぜ「開かれた対話」が治療的な意味を持ち得るのだろうか。

ODAPには、二つの理論的支柱がある。G. ベイトソンの「ダブルバインド理論」と、M. バフチンの「詩学」である。ことに重要なのは後者だ。ここでは「モノログ（独り言）」の病理性に「ダイアログ」の健康さが対比される。統合失調症の患者は、しばしば病的なモノログに自閉しようとするが、ODAPによる介入は、それをダイアログに開くように作用するのである。

発症当時は全てがあいまいである。ODAPでは、あえて診断や評価には踏み込まず、あいまいな状況をあいまいなまま対話によって支えていく。

その際、参加メンバーの役割や社会的階層は重視されない。メンバー全員のあらゆる発言が許容され傾聴される。この雰囲気そのものが安全感を保障する。どんな治療手段（入院、服薬など）が採用されるべきかについては、対話全体の流れが自然な答えを導いてくれるまで先送りされる。

統合失調症の発症初期において、患者は自らの耐えがたい体験を語るための言葉を奪われている。それゆえ、患者が幻覚や妄想について語り始めても、スタッフはそれを否定したり反論したりせず傾聴する必要がある。その上で「自分にはそうした経験がない」という感想を語り合ったり、その体験についてさらに詳しく患者に尋ねたりする。

ODAPでは、議論や説得はなされない。この対話の目的は、合意に至ることではないからだ。安全な雰囲気の中で、相互の異なった視点が接続されること。ここから新たな言葉や表現を生



●齋藤環氏

1986年筑波大学医学専門学群卒、90年同大学院医学研究科博士課程修了。爽風会佐々木病院診療部長を経て、2013年より現職。専門は思春期・青年期の精神病理学、および病跡学。『文脈病 ラカン／ベイトソン／マトゥラーナ』（青土社）、『社会的ひきこもり——終わらない思春期』（PHP研究所）、『承認をめぐる病』（日本評論社）など著書多数。「あしたの風クリニック」にて診療にも従事している。

み出し、象徴的コミュニケーションを確立することは、患者個人と社会とのつながりを回復し、新たなアイデンティティと物語をもたらしてくれる。これがODAPのもたらすポジティブな変化であり、臨床では症状の改善として現れるのである。

フィンランド以外での
実現可能性は

ODAPは、フィンランドの「ニーズに合わせた治療 Need-Adapted Treatment」の一部をなしているため、治療の要請は全て受け入れられ、治療費は基本的に全額無料である。

この実践モデルは、最重度の精神疾患にすらネットワークモデルが有効であることを示しており、現在はロシア、ラトビア、リトアニア、エストニア、スウェーデン、ノルウェーなどに国際ネットワークがあるという。一方、米国では保険会社が主導権を握っているマネジドケアシステムの弊害により、その実践は著しく困難とみなされている。

日本においては、近年コミュニティケアのモデルとして評価されているACT（包括型地域生活支援 Assertive Community Treatment）の実践が始まっており、この手法とODAPの組み合わせは実現可能性が高いと考えられる。

まずは地域を限定して試行を開始し、成果を蓄積しつつ統合失調症以外への応用可能性についても検討が進められることを期待したい。

●文献

- 1) Ciompi L, et al. Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. World Psychiatry. 2004; 3 (3) : 140-6.
- 2) Seikkula J, et al. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. Fam Process. 2003; 42(3):403-18.
- 3) Seikkula J, et al. Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. Fam Process. 2005; 44(4) : 461-75.

●参考文献

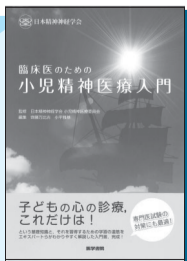
- 1) Seikkula J. Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: examples from families with violence. J Marital Fam Ther. 2002; 28(3): 263-74.
- 2) 齋藤環. Open Dialogue——ことばの生成と強度の減衰. 現代思想. 2014; 42(8) : 62-77.

これだけは知っておきたい、児童青年精神医学の基本の「き」!

臨床医のための小児精神医療入門

日本精神神経学会小児精神医療委員会監修の児童青年精神医学の入門テキスト。児童期・思春期の精神疾患に関する基本的な概要や診療に当たっての注意点、最低限押さえておきたい事項などについて、この領域の第一線で活躍するエキスパートらがわかりやすく解説。各パートの理解度や達成目標のチェック項目も付いており、専門医試験などの対策にも有用な1冊。

監修 日本精神神経学会小児精神医療委員会
編集 齋藤万比古
愛育病院・小児精神保健科部長
小平雅基
愛育病院・小児精神保健科医長



魔法? 奇跡? いえ「技術」です。

ユマニチュード入門

「この本には常識しか書かれていません。しかし、常識を徹底させると革命になります。」—認知症ケアの新しい技法として注目を集める「ユマニチュード」。攻撃的になったり、徘徊するお年寄りを「こちらの世界」に戻す様子を指して「魔法のような」とも称されます。しかし、これは伝達可能な「技術」です。「見る」「話す」「触れる」「立つ」という看護の基本中の基本をただ徹底させるだけでなく、そこには精神論でもマニュアルでもないコツがあるのです。開発者と日本の臨床家たちが協力してつくり上げた決定版入門書!

本田美和子
国立病院機構東京医療センター
イヴ・ジネスト
ジネスト・マレスコッティ 研究所長
ロゼット・マレスコッティ
ジネスト・マレスコッティ 研究所副所長



Medical Library

書評・新刊案内

ここを診る技術 精神科面接と初診時対応の基本

宮岡 等 ● 著

B6・頁224
定価:本体2,500円+税 医学書院
ISBN 978-4-260-02020-6

【評者】野村 俊明
日医大教授・心理学

本書はかねてから精神医療の在り方について積極的に辛口のコメントをしていることで知られる宮岡等氏が、おそらくは現代の精神医療への危機感から執筆した著作である。

患者数の急増、対応すべき領域の拡大、さらに書類や会議の増加などにより、精神科医は以前に比べずいぶん忙しくなったと言われる。とりわけ外来診療は時間に追われており、精神科医は限られた時間の中で適切に診断し、患者を支持して力付け、時に応じて心理教育を行う必要がある。つまり今日の精神科医には、精神科面接の力がこれまで以上に求められているのである。しかしながら指導する側もまた多忙でゆとりがないためあって、精神科面接の修練は個人任せになりがちである。それなのにまた溢れている精神療法の書籍は専門的な内容のものも多く、日々の臨床の役に立ちにくい。薬物療法全盛の精神医療において精神科医の面接能力、ひいては臨床能力が低下しつつあるのではないかという問題意識が本書全体を貫いている。

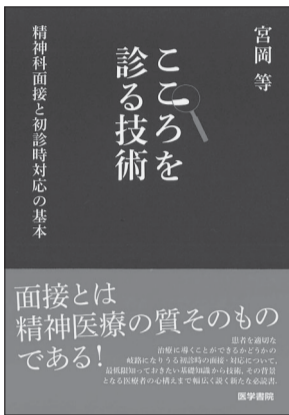
筆者の言葉を借りれば、われわれは意識的に精神科面接あるいは精神療法の修練をしていかないと「薬を処方するしか能のない精神科医」になってしまう。適切な面接ができない精神科医に適切な診断ができるはずはないし、不適切な面接は薬物療法の効果を吹き飛ばしてしまう。ただし適切な面接とは「精神療法の達人による人に真似できないコツ」の集積ではなく、医学知識に基づいた基本的な対応を積み重ね

ていくことに他ならないとされる。そしてこうした面接がそれ自体治療的な意義を持つことが本書では説得的に述べられている。これは多くの精神療法論が精神医療の実際と乖離した形で展開されていることへの著者の批判的な見解を反映している。例えば第3章「症例と解説でみる精神科の初診時面接」ではうつ病や身体表現性障害が例示されつつ面接の実際が記述されており、「医学的知識なしに適切な精神科面接は行えない」という本書の主張を裏付ける内容になっている。

そのほか「初期対応のポイント」「薬物療法の大原則」「精神療法の副作用」「精神分析の基礎知識」など、精神科臨床上のテーマが精神科面接と関連付けられて縦横無尽に論じられている。こうしたテーマからもわかるように、本書は面接に力点が置かれてはいるが、初期治療に焦点を当てた精神科臨床の手引きという性格も持っている。

本書を通読してあらためて実感したのは、患者の年齢や疾患の種類によって得手不得手はあるにしても、薬物療法は非常に上手だが精神療法は下手であるという精神科医は多分いないということである。適切な面接なしに薬物療法を含む適切な精神科治療はありえないということを本書は語っている。研修医・専修医などの若手はもちろん、多くの精神科医に自分の面接の仕方や診療そのものを見直す刺激を与えてくれる著作である。

適切な面接なしに 適切な精神科治療はありえない



Pocket Drugs 2014

福井 次矢 ● 監修
小松 康宏, 渡邊 裕司 ● 編

A6・頁1312
定価:本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01751-0

【評者】大内 尉義
虎の門病院病院長

福井次矢先生が監修され、小松康宏先生、渡邊裕司先生お二人の編集と、臨床疫学、臨床内科学、臨床薬理学を専門とされるお三方の手による『Pocket Drugs 2014』は、現在、わが国の臨床現場において使用されているほぼ全ての医薬品の効能、適応、用量・用法、副作用や禁忌等の注意事項など、薬物療法に関する最新の知識をまとめたものである。言うまでもなく、薬物治療は医療の中心であり、全ての医師は現行の薬剤について精通しておく必要がある。本書はその手助けをする目的で編さんされている。

本書の最大の特徴は、その名の通りポケットに入るサイズの中に、個々の医薬品に関する情報が満載されていることであるが、多忙な外来、入院診療の場で使われる本書のような reference book は、必要な情報に素早くアクセスできることが極めて重要であり、本書はそのためにさまざまな工夫がされている。4色刷りのカラフルな紙面は、項目による色使いが統一されていてわかりやすいだけでなく、見ていて楽しい。索引も事項索引、薬剤索引が充実して目的の薬剤へのアクセスが容易である。また、各章の冒頭に、そのジャンルの薬剤の特徴、作用機序などの総論的事項がわかりやすく記載されているのも本書の有用性を高めている。さらに、その中に、ガイドラインにおけるその薬剤の位置付けとエビデンスが記載されており、また個々の薬剤の最後にも「治療戦略」として (evidence) の項があり、エビデンスを重視する編集の特徴がよく表れている。薬剤の写真付きであること、薬価が記載されていることも有用で、さまざまな点で大変よく工夫されている。

「その名の通りポケットに入るサイズ」と書いたが、やはりこれだけのページ数になるとポケットに常に入れておくのはやや難がある。薬物療法の進歩とともに薬剤数はこれからも増え続けることが予想され、今後ますますこの傾向が強まるといって考えられる。

活字をこれ以上小さくするのは難しいので、今後どのようにされるのか少し心配である。電子媒体を活用するという方法もあるが、やはり紙媒体の手軽さも捨てがたい。今後、これ以上ページ数を増やさず、あるいは減らす工夫をお願いしたい。その他に気が付いたことは、薬剤の商品名が基本的に和文のみで、欧文名がどこにも出てこないことである。薬剤の欧文索引がないのはページ数を節約するために仕方ないと思うが、個々の薬剤の欄にも欧文商品名が記載されていない(一般名の欧文記載はある)。これは改良すべき点と思われた。

ともあれ本書は、類書が多い中、臨床医にとって非常に便利で使いやすい、薬剤の reference book である。薬物療法は日進月歩であり、日々多くの薬剤が上梓されている。また、医学の進歩に伴って、まったく新しいジャンルの医薬品も登場している。高齢化の進展により、超高齢者における薬物療法の課題や薬物の相互作用など、薬物療法に注意が必要な事項や領域も今後さらに増加すると思われるし、また後発医薬品を使用する機会もさらに増えていくであろう。このような、薬物療法の変化と進歩に対応できるように配慮されている本書は、わが国における薬物療法の適切な実践に役立つものであることを確信し、全ての医療人にお薦めしたい。

循環器 レビュー&トピックス 臨床医が知っておくべき27の最新知見

赤石 誠, 北風 政史 ● 編

B5・頁232
定価:本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01931-6

【評者】中川 義久
天理よろづ相談所病院循環器内科部長

読み応えのある医学書が出版された。循環器領域において本物の知識を求める知的好奇心の高い臨床医に薦めたい一冊である。

出版業界において「出版不況」という言葉が叫ばれている。本物が売れないのである。その理由として、インターネットの誕生・若者の活字離れなどさまざまな要因が挙げられている。純文学の長編小説は売れず、書店で手に取ってもらえるのは軽い書籍のみであるという。医学書においても例外ではない。学会の会場で医学書の販売コーナーを訪れてみればわかる。そこで並べられた書籍のトレンドは「軽い」の一言に尽きる。タイトルには「わかりやすい」といった枕ことばが付き、内容にはイラストが多く、文字が大きく余白が多い。文字がぎっしり埋まった本は数少ない。本物の書籍が売れず、それゆえ出版されないのだ。

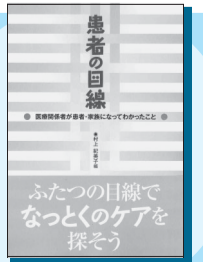
本物志向の臨床医に 薦めたい一冊

医療者と患者・家族のふたつの目線で、なっとくのケアを探そう

患者の目線 医療関係者が患者・家族になってわかったこと

患者の本当の声を聞くことから始まる「患者が主人公」の医療。それがわかっていても、なかなかできないのが現実である。本書では、医師、看護師、看護教員、医療ジャーナリストなど、20名の医療関係者が、自身の患者・家族体験をもとに「医療者のおかれている事情」と「患者・家族としての本音」のふたつの「目線」から、「なっとくのケア」へのヒントを医療者に向けて語りかける。

村上紀美子 編
医療ジャーナリスト



B6 頁268 2014年 定価:本体1,800円+税 [ISBN978-4-260-02021-3]

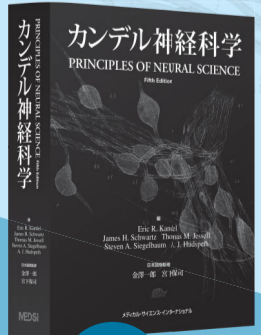
脳科学の頂点

カンデル神経科学 PRINCIPLES OF NEURAL SCIENCE

5th Edition

脳科学の宇宙を展望する。
心も、行動も、生命も、脳と神経の探求は
「人間を知る」ための科学的基盤である。

2014年
4月下旬
発売



- ノーベル賞を受賞したエリック・カンデルによる神経科学のグローバルスタンダード、最新第5版の邦訳。
- 全9パート、67章にて構成。「脳科学」を包括的に解説する最も信頼できる教科書。
- ニューロンの分子生物学から、認知、知覚、運動、思考・記憶などの高次機能、精神・神経疾患の基礎、システム脳科学を詳述。
- 読みやすい日本語訳と、美しく見やすい1,007点のフルカラー図版。
- 医学、リハビリテーション、理学、工学、心理学、経済学、哲学などさまざまな学問領域の基礎としての「人間を知るための科学的基盤」を与えてくれる本。
- 初学者から専門研究者・医師まで、知識を共有できる一冊。

日本語版監修
金澤 一郎 国際医療福祉大学大学院 院長
宮下 保司 東京大学大学院医学系研究科 統合生理学分野 教授

定価:本体14,000円+税
●A4変 頁1,760(予定)
フルカラー 図1,007 2014年
●ISBN978-4-89592-771-0

新刊

精神科臨床エキスパート てんかん診療スキルアップ

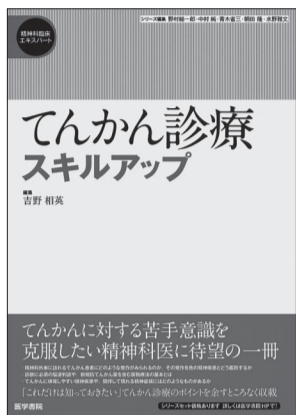
野村 総一郎, 中村 純, 青木 省三, 朝田 隆, 水野 雅文 ● シリーズ編集 吉野 相英 ● 編

B5・頁248
定価: 本体5,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01958-3

【評者】兼本 浩祐
愛知医大教授・精神科学

一読して精神科におけるてんかんのルネッサンスを思わせる本だという感想を抱いた。わが国では少なくともついで十年前、世紀の変わり目の前までは精神科医が成人てんかんの診療の主体を担っていて、1990年代半ばにリューダース(Hans Lüders)を招いて行われた神経内科の学会でのシンポジウムでは、200-300人規模の会場にわずか十数人の聴衆しか集まらず、しかもその聴衆のほとんどが精神科経験者であったことが隔世の感をもって思い起こされる。今や精神科医でてんかんを専門とする医師の数は減少の一途にあり、最近では講演会に呼ばれるたびに自嘲の意味も込めて絶滅危惧種と前ふりをしてから話すことも多かった。

精神科におけるてんかんのルネッサンスを思わせる本



今や精神科は、comorbidityという言葉で錦の御旗として、診断の保留が大手を振って通用する特異な診療科となっている側面がある。可能であれば、一つの統一的な原因から現在の病態像を説明することをわれわれは研修医のときに教えられるが、例えば一つの病態には社会的な水準と心理的水準、脳的水準などさまざまな水準があって、できるだけ多くの水準にまたがって記載すればするほど記載はより完璧に近づく、といった考えは、現在精神科における大きな潮流であろう。確かにそれはそれで大事なことではある。だが、だからといって原因の追究へのこだわりを今、ここでの診断にかかわることではなくて百年後の課題と割り切ってしまうてよいのかどうか。てんかんという病態にかかわることは、こうした「あれもこれも大事」ではなく、てんかんかそうではないのかの二者択一を迫るという意味で、精神科医の襟を正すところはある。

しかし、てんかんで精神症状を併発する人は3割に上るともいわれ、今や国際抗てんかん連盟の執行部会議でもいかにして精神科医をてんかん診療に参加させるかということが話題に上るほどである。ある意味でわが国は、てんかんの精神的側面の診療に関しては先進国であったのであり、本書のレベルの高さを見てもそれは十分納得できる。本書の著者には、精神科でのてんかん診療の火を守り続けてきた「てんかんの精神症状と行動」研究会のメンバーも目立つが、精神科におけるわが国でのてんかん研究を世界に向けて発信している著名な研究者とともに、てんかんにおける精神的側面というマイノリティとなった分野に新たに果敢に参入してきた若手の精神科医も目に付く。

最後に、本書を通読して印象に残った言葉として、「脳波判読は度胸」という文言を挙げておきたい。この言葉は、大事なことをまずは大づかみにつかんで、とりあえず今ここで使用可能な治療資源を利用して治療に役立てるという精神科医ならではの姿勢をよく表している象徴的な言葉だと思われるからである。廃れゆく伝統芸能を見守る係をひそかに自認していたが、意外にも素晴らしい若手のこの分野への参入が昨今目立っており、本書はまさにそれを象徴する一冊であると言えるのではないか。

評者は天理よろづ相談所病院に勤務している。教育的な病院として知られ、毎年優秀な若手医師が入職してくる施設である。彼らと接して感じるのは、本物志向で深く考える能力を持つ者は少なからず存在するということだ。担当した疾患で感じた問題点や疑問を、真摯に追求し調べようとする者は確実にいる。

が編集者の慧眼を示している。単に「わかりやすい」ことをめざした「軽い」書籍ではない。もちろん、難解な書籍をめざしたものではなく、知識が整理され頭に入ってくる。平板な知識ではなく、もう一歩進んで学びたいという者に最適の書籍である。紹介される参考文献も単なる羅列ではなく重み付けがなされている。

本書では、循環器領域で27のトピックスを選出し、それぞれの分野のエキスパートが治療と研究の最新の動向を論述している。循環器のさまざまな分野に及ぶが、どれも今話題のものばかりである。このトピックス選択の妙

知的好奇心の高い循環器内科専門医、そして専門医をめざす者にも勧めたい一冊である。今後も、このような本物志向の書籍が出版され続けることを切望する。

第49回日本理学療法学会大会開催

日本理学療法士協会の会員数は8万5127人(2013年6月時点)。最も多い年代は20代だ。女性会員は3万6206人と、全体の42.5%に達する。会員数の増加とともに、各年代の理学療法士それぞれが迎える、多様なライフイベントに応じた就業の在り方への継続した議論が求められている。本紙では、第49回日本理学療法学会大会(大会長=神奈川県立保健福祉大・長澤弘氏、2014年5月30日-6月1日、横浜市)にて企画されたライフサポートセミナー第II部「ライフスタイルの変化と就業継続に関する問題——様々な立場からの問題提起」(座長=大和市立病院・大槻かおる氏、ふれあい平塚ホスピタル・大島奈緒美氏)の様相を紹介する。



●長澤弘大会長

◆理学療法士の就業継続における問題を考える

本セミナーでは、育児や介護を経験した理学療法士や、管理職の立場にある理学療法士が登場。それぞれが直面した就業継続の課題と解決策が議論された。

女性の大きなライフイベントの一つに妊娠・出産がある。現在はフリーランスとしてヘルスプロモーションに携わる杉山さおり氏(GoodPosture)は、理学療法士として働き続けたいという気持ちを抱えながらも、妊娠を機に離職せざるを得なかった。その経験から、「育児は未来の社会を構成する“人”を育てる大切な仕事。悩みを一人で抱え込まずに、今の自分の状況を説明し、周囲の理解を得ていくことが必要」と語った。

日本における男性の育児休暇取得率は1.89%(2012年度)と依然として低いが、井澤和夫氏(聖マリアンナ医大)は育児休暇を5か月間取得。経済面や周囲への負担を増やすことに不安を感じていたが、育児休暇を通して子どもと貴重な時間を共有できたことや、時間配分がより明確になり復職後仕事の効率が上がったと話し、男性の積極的な育休取得を呼び掛けた。

「介護は誰もが突然直面し得る問題」。義理の祖母の自宅介護を経験した酒井勇紀氏(小林病院)は、介護は終わりが見えず、「細く長く休みを取れる環境が望まれる」と述べた。また、自身が休暇取得に消極的だったことを反省点に挙げ、さまざまなライフイベントにおいて男性が協力しやすい環境作りを求めた。

最後に登壇した相川浩一氏(介護老人保健施設アゼリア)は管理職の立場から、急な職員の離職による事業運営上のマイナス要因として①優秀な人材の喪失、②利用者との信頼関係の再構築が必要になること、③年度目標の未達成、④施設規準の不適合を列挙。予測できる事態に対しては、事前に当事者や上長との調整、業務内容の調整を行っておく必要性が管理者にも求められると訴えた。

セミナーを企画した神奈川県理学療法士会会員ライフサポート部では、ライフサイクルと就業継続に関する実態調査や情報発信、会員支援事業を行っている。座長の大槻氏は「本セミナーは今学会が初の試み。まだまだ課題はたくさん残っており、今後も理学療法士の就業の在り方について提言を行っていききたい」と述べた。

周術期管理ナビゲーション

野村 実 ● 編

B5・頁284
定価: 本体3,900円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01550-9

【評者】溝部 俊樹
京府医大大学院講師・麻酔科学

安全で質の高い周術期医療を提供するためには、多職種連携によって、既往歴、内服薬や現在の治療内容などの患者情報を多層的に収集し、その情報を麻酔科医、主治医、執刀医に効果的に集約する必要がある。

「周術期管理チーム看護師」の認定を開始することになった(申請資格などの詳細については、両学会のHP参照)。本年11月には第1回の認定試験が実施されることか

このたび発行された『周術期管理ナビゲーション』では、周術期管理チームの一員として働くスタッフにとって、必要不可欠な知識が、網羅的にしかも実用的に、日々の臨床での疑問点を一目で解決してくれるよう記載されている。その内容は基礎からアップデートな知識まで、わかりやすい図表とともに提供されており、どこから読み始めても理解できるように編集者の配慮が行き届いている。

ら、本書の出版はまさしくタイムリーで、受験される看護師にとっては必須の参考書となるであろう。日本麻酔科学会が誇る第一級の執筆陣によって選択された項目を効率よく勉強することで、最小時間で最大効果を上げられることを保証する。

日本麻酔科学会では、これまで日本手術看護学会、日本病院薬剤師会、日本臨床工学技士会と検討を重ね、「周術期管理チーム」を提唱してきた。折しも2014年度より、日本麻酔科学会は、まず日本手術看護学会と共同で、

なお、本書を手取るべきは、看護師だけにとどまらない。本書は、周術期医療にかかわる全ての職種、麻酔科医、臨床工学技士、薬剤師、歯科衛生士などを対象として書かれたガイドブックであり、周術期ケアを理解したい研修医にとっても格好の入門書である。急性期病院の第一線で診療しながら、若いスタッフへの教育に熱心な執筆陣によって書かれた本書は、まさしく周術期管理テキストの嚆矢となるであろう。

【新刊】「疾患名が思い浮かぶようになりました」
鑑別診断の抽斗を増やす、コリンズ流“記憶術”

コリンズのVINDICATE鑑別診断法

Differential Diagnosis in Primary Care, 5th Edition

▶ 漏れのない鑑別診断リストをつくるための独習用テキスト。主訴に対して、関連する疾患の発生する部位を解剖学的に思い浮かべ、病因別カテゴリー(“VINDICATE”など)を利用し網羅的に診断をあげていく。「コリンズ先生流」の診断アプローチを指南。Common diseasesを中心とした約280の症状・徴候について、ユニークな解剖図と表を交えつつ鑑別診断法を系統的に解説。

監訳: 金城 紀与史 沖縄県立中部病院 総合内科 金城 光代 沖縄県立中部病院 総合内科
尾原 晴雄 沖縄県立中部病院 総合内科 山城 信 沖縄県立中部病院 呼吸器内科

定価: 本体7,800円+税
A4変 頁520 図255
ISBN978-4-89592-778-9

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

【新刊】専門医試験にも使える!「精神薬理学エッセンシャルズ」の姉妹本“学習意欲が高まる”問題集!

ストール先生からの挑戦状! 精神薬理学Q&A

Stahl's Self-Assessment Examination in Psychiatry: Multiple Choice Questions for Clinicians

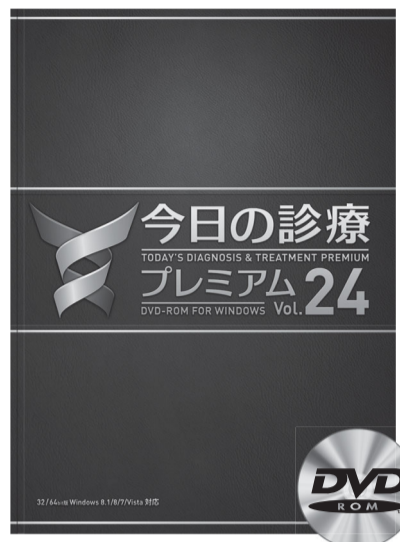
▶ ベストセラー『精神薬理学エッセンシャルズ』『ストール精神科治療薬処方ガイド』をはじめとした「ストール本」のエッセンスを抽出し、臨床でよくみられる症例をベースとして作られた問題集。各疾患の基礎からその治療薬の薬理と使用法、副作用について、自己の知識のチェック本として使える。各問に対して他の精神科医の正答率も記載、難易度の指標となる。精神科医、これから専門医試験に臨む医師、大学院生に最適。

監訳: 仙波 純一
さいたま市立病院精神科部長

定価: 本体4,600円+税
A5変 頁320 2014年
ISBN978-4-89592-760-4

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

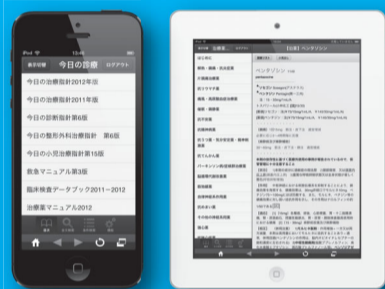
最新の医学知見を網羅した、総合診療データベース



今日の診療 プレミアム Vol.24 DVD-ROM for Windows

●DVD-ROM版 2014年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610025]

パソコンだけでなく、 スマートフォン・タブレット端末 でも「今日の診療」をご利用 いただけるようになりました。



※スマートデバイスの動作環境
iOS(4.3以降) 端末：
iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)
Android 端末：
Android2.3以降搭載のスマートフォン、
3.2以降搭載のタブレット
別途Medical e-Shelf(MeS)アプリ(無料)のインストールが必要です。

医学書院のベストセラー書籍14冊、約90,000件の収録項目から一括検索



治療薬検索は独自機能でさらに便利に

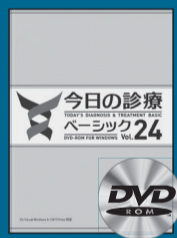
「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「薬効分類」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。



データはパソコンにインストール可能

本商品(DVD-ROM)のデータは、パソコンにインストールすることができます。一度インストールしておけば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。
※インストール後、インターネット経由でのオンラインライセンス認証が必要です。本商品をインストールしたパソコンがインターネットに接続していても、インターネットに接続できるパソコンがあれば、認証作業を行うことができます。

骨格をなす8冊を収録した
「今日の診療 ベーシック Vol.24」も
ご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.24 DVD-ROM for Windows

価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610049]

※「今日の診療 ベーシック Vol.24」には、スマートデバイス閲覧権は付与されません。

収録内容詳細

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2014年版 Update
付録の一部を除く全頁を収録
- ② 今日の治療指針 2013年版
付録の一部を除く全頁を収録
- ③ 今日の診断指針 第6版
付録を除く全頁を収録
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15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 2013-2014
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2014 Update
付録の一部を除く全頁を収録

*書籍とは一部異なる部分があります

プレミアムのみに収録

- 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
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
- ⑬ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑭ 医学書院 医学大辞典 第2版

2014年7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	8月号 Vol.78 No.8 1部定価：本体2,400円+税	公害・環境問題の変貌と新展開	臨床婦人科産科	7月号 Vol.68 No.7 1部定価：本体2,700円+税	あなたにもできる 最先端の婦人科手術
medicina	7月号 Vol.51 No.7 1部定価：本体2,500円+税	神経診察 —そのポイントと次の一手	臨床眼科	7月号 Vol.68 No.7 1部定価：本体2,800円+税	第67回日本臨床眼科学会講演集(5)
JIM	7月号 Vol.24 No.7 1部定価：本体2,200円+税	症候別“見逃してはならない” 疾患の除外ポイント Part II	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	7月号 Vol.86 No.8 1部定価：本体2,600円+税	特集① 特殊な外耳・中耳炎の治療 特集② 緩和医療・支持療法を知る
糖尿病診療マスター	7月号 Vol.12 No.5 1部定価：本体2,700円+税	高齢者糖尿病診療の ピットフォール	臨床泌尿器科	7月号 Vol.68 No.8 1部定価：本体2,800円+税	副腎腫瘍を再考する —診断と低侵襲治療のアップデート
呼吸と循環	8月号 Vol.62 No.8 1部定価：本体2,700円+税	呼吸器感染症診療の変貌	総合リハビリテーション	7月号 Vol.42 No.7 1部定価：本体2,300円+税	地域社会におけるリハビリテーション
胃と腸	7月号 Vol.49 No.8 1部定価：本体3,000円+税	表面型表層拡大型食道癌の 診断と治療戦略	理学療法ジャーナル	7月号 Vol.48 No.7 1部定価：本体1,800円+税	股関節の運動機能と評価方法
BRAIN and NERVE	増大 Vol.66 No.7 特別定価：本体3,800円+税	アミロイド関連神経疾患のすべて —封入体筋炎からアルツハイマー病まで	臨床検査	8月号 Vol.58 No.8 1部定価：本体2,200円+税	個別医療を担う検査—コンパニオン 診断/血栓時代の検査
臨床外科	7月号 Vol.69 No.7 1部定価：本体2,600円+税	術後合併症への対処法 Surgical vs Non-Surgical —いつどのように判断するか?	病院	7月号 Vol.73 No.7 1部定価：本体2,900円+税	先端医療と病院



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