

2014年7月28日

第3086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 (社団法人著作権管理機構 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

- 第110回日本精神神経学会…………… 1面
- [寄稿] Jolt accentuation再考(内原俊記)…………… 2面
- [寄稿] 日本における遺伝カウンセリングの今(田村智英子)…………… 3面
- 第15回日本言語聴覚学会/[視点] 医療機関と就労支援機関の協働で、精神障害者の就労を支える(前原和明)…………… 4面
- [連載] ジェネシャリスト宣言…………… 5面

日本の精神科医療のこれからを考える

第110回日本精神神経学会学術総会開催

第110回日本精神神経学会が、6月26日—28日、宮岡等会長(北里大)のもと、パシフィコ横浜で開催された。「世界を変える精神医学——地域連携からはじまる国際化」がテーマに掲げられた今大会では、100を超えるシンポジウムが企画され、前回は大きく上回る約8300人が参加した。本紙では、薬物療法の実施時期を検討した会長企画によるシンポジウムと、大会テーマに即した「地域における精神科医療」を論じたシンポジウムの模様を報告する。

安易な薬物療法の実施に警鐘

シンポジウム「どこから薬物療法を実施すべきか」(司会=北里大・宮岡等氏、さいたま市立病院・仙波純一氏)では、5つの疾患における適切な薬物療法の導入時期について、専門家の意見が紹介された。

初めに登壇した黒木俊秀氏(九大大学院)は、軽症うつ病患者への抗うつ薬の適用に対する見解を述べた。現段階で確実に有効性を示し得る治療法はほとんど存在せず「日本うつ病学会治療ガイドライン2012」でも、支持的療法と心理療法が治療の基本とされる。薬物療法の効果には症状自体の自然変動などの非特異的要因が占める割合も大きく、患者との信頼関係を構築しながら「どこまで薬物療法を実施せずに治療が進められるか」という視点での治療が必要と話した。

「昼間の活動に何らかの弊害が生じて初めて“不眠症”と診断される。『眠れない』という訴えだけで、すぐに薬物療法を行うべきではない」と話したのは司会の仙波氏。不眠症治療のポイントとして、①患者の主観的な訴えにこだわりすぎず生活習慣や日中の活動性にも注目すること、②睡眠衛生指導や認知行動療法(CBT)などの非薬物療法を優先すること、③睡眠薬の投与が必要な際には中止するための具体的な目標の設定まで行うことを挙げた。

なれば・ながたクリニックの永田利彦氏は、社交不安障害(SAD)はCBTと薬物療法のいずれも治療反応性が低く、特に「あがり症」や軽症例

への薬物療法はプラセボ効果の意味合いが大きいと分析。併存症がない場合にはCBTを優先し、効果が見られなければSSRIの併用を考えるべきとの見解を示した。一方、うつ病やパニック障害の背景にSADが疑われる場合には、既に短時間型のベンゾジアゼピンを服用しているケースが多く、まずは長時間型に変更し、時期を見てSSRIへの切り替えやCBTを行うという自身のアプローチを紹介した。

DSM-5で初めて、独立した診断基準が記載された月経前不快気分障害(PMDD)。子どもへの虐待や離婚など、社会生活や対人関係にまで支障を来すことが特徴で、月経前症候群(PMS)や他の精神疾患との誤診に注意が必要となる。山田和男氏(東女医大東医療センター)は「PMDDならば何らかの薬物療法は行うべき」と主張。その診断は経験豊富な精神科医が行うべきであり、国内外のガイドラインでも推奨されているSSRIの間欠療法を治療の第一選択として挙げた。

近年注目を集める大人のADHD(注意欠如多動性障害)については松本英夫氏(東海大)が解説。まずは一人ひとり異なるADHDの特性分布を理解した上で、前向きに社会活動に取り組む姿勢を援助することが重要と指摘した。18歳以上のADHD患者にも使用可能な薬剤の登場など薬物療法への期待もあるが、「あくまで精神療法実施後に、重症度だけでなく患者の個別事情を考慮して薬物療法を決定すべき」と説明。他疾患の治療中にADHDが疑われた場合には、併存障害の治療を優先しながら時間をかけて見極め、診断確

定後にADHDの治療に入るべきとした。

“病院から地域へ”をどう進めるか

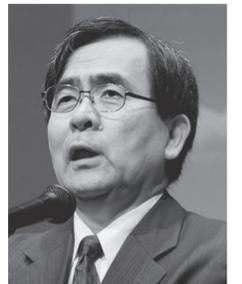
日本の精神科病床数は約34万床、1年以上の長期入院患者数は20万人。人口当たりの割合はともに先進国中で突出しており、「入院治療から地域での生活支援へ」という世界的潮流に乗り切れていない。本年からは、改正精神保健福祉法の施行などで政策的な病床数削減・地域移行がより推進される見込みだが、地域の精神科医療機関にできることは何だろうか。シンポジウム「これからの精神科医療を考える——『地域でその人らしく暮らす』を実現するための政策・医療・財源を考察する」(司会=国立精神・神経医療研究センター・福田祐典氏、久留米大・坂本沙織氏)では、先進4施設の事例から、今後の地域移行の方向性が検討された。

福田氏によれば、医療法改正で精神科医療が地域医療ビジョンに加わり、地域移行に必要な財源は整備される見通しとのこと。氏は「治療の継続と質の確保」「人権の尊重」を命題に、早期介入の具体的手法の整備や就労も含めた社会参加支援を、既存の地域資源も活用して行っていくべきと提言した。

多機能型精神科診療所である錦糸町クボタクリニックを経営する窪田彰氏は、医療・福祉の小さな拠点を街に散りばめるケア体制「錦糸町モデル」を提唱。重症者を地域で見ていくためには、同一法人・多職種の“垂直統合型”のチームでの情報共有が肝要という。ショートケアを活用した緊急時対応、24時間の電話対応などの機能を持てば、民間の診療所でも、欧米の公的機関である「地域精神保健センター」に匹敵する役割を果たせると期待を寄せた。

大阪府寝屋川市で唯一の精神科単科病院、長尾会ねや川サナトリウムは、早期から独自の地域移行支援に取り組み、2000年からは大阪府の「社会的入

院解消事業」とも連携している。院長の長尾喜一郎氏は「地域側からの患者を“引っ張りだす”力」「疾患・年齢に応じた援助」「生活の場の確保、悪化時の救急体制の整備」「家族以外の人の見守り」などをポイントとして提示。精神科病院を地域から切り離して考えず、患者の社会参加を共に支えたいと結んだ。



●宮岡等会長

欧米では1970年代—90年代にかけて、長期入院患者の退院促進、新規入院の難治性・治療抵抗性患者の退院促進、公立精神病院の閉鎖というステップで地域移行が進んだ。山梨県立北病院の藤井康男氏は、日本の施策は欧米から約20年遅れであり、毎年5万人生じる新規の重症・長期入院患者への対処こそ重要と指摘。スムーズな地域移行例として同院敷地内の退院支援施設「あゆみの家」を紹介し、入念な退院準備、病状悪化時の治療体制の整備や施設出所後の働く場の確保などを行った上で、入所期間を限って受け入れていることが成功の鍵と考察した。

千葉県の国保旭中央病院が構築したのは、24時間365日対応の精神科救急、訪問看護などによるアウトリーチ、グループホーム等での居住サービス、難治例への円滑なクロザピン治療などを特徴とする「旭モデル」。同院の青木勉氏によれば、在院日数の短縮や患者満足度の向上はもとより、臨床教育・研修の質の向上にも貢献しているという。今後の課題としては、地域に対する責任性や他機関との役割分担の明確化、クロザピン治療ネットワークの確立、スティグマの解消などを挙げた。

その後、指定発言では工藤一恵氏(日本福祉大学院)が「地域事情に配慮した展開」「医療機関へのケアマネジメントの仕組みの導入」の2点を、今後の期待として提示。総合討論では、地域移行を持続可能な仕組みにするために、経済性を高める重要性も言及され、最後に福田氏が「個々人が自由に生き方を選択できるような支援をすべき」と総括した。

DSM-5[®]

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

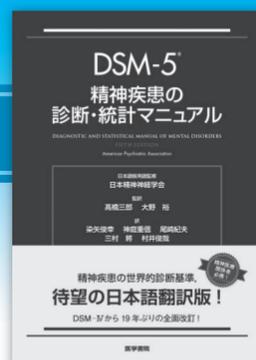
精神疾患の診断・統計マニュアル

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

寄稿

Jolt accentuation 再考

髄膜炎のより適切な診断のために

内原 俊記

東京都医学総合研究所 脳病理形態研究室長



●内原俊記氏
1982年東医歯大卒。沖縄県立中部病院で研修後、武蔵野赤十字病院、旭中央病院を経て、90—97年東医歯大神経内科助手。仏サルベトリエール病院神経病理研究室留学(仏政府給費留学生)

後、都神経研研究員を経て2011年より現職。日本内科学会総合内科専門医、日本神経学会代議員・神経内科専門医、日本神経病理学会理事、『Acta Neuropathologica』誌編集委員。武蔵野赤十字病院にて外来も担当している。

Jolt accentuation (JA) は「1秒間に2—3回の周期で頸を横に振ってもらう、または他動的に振って頭痛が増悪する」という所見で、髄膜炎を予見するのに有用とされています。その根拠となっているのは、1991年に発表されたわれわれの研究¹⁾で、これは筆者が卒業後5年目のとき、ある髄膜炎患者さんの「歩くと頭痛が響く」という訴えに、「髄膜炎では頭部の動きで痛みが増悪するのか?」という疑問が、ふと頭をよぎったことがきっかけでした。

現在広く普及している JA ですが、正しく用いられなければ、検査としての感度や特異度が低下し、判断を誤る可能性も高まります。髄膜炎をより正確に診断するために、本稿では最近の研究結果なども踏まえ、あらためて JA について考察します。

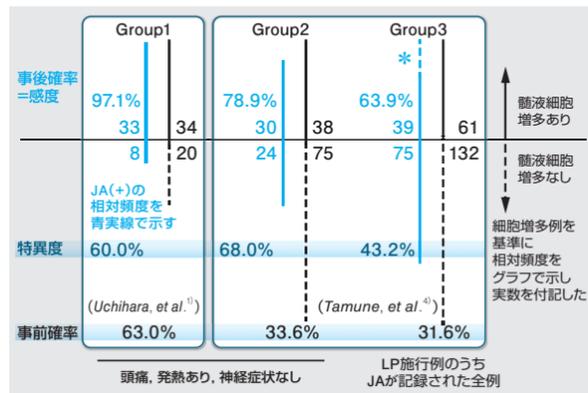
事前確率を上げてこそ JA の意義がある

髄膜炎は、頭痛と発熱という、一見「風邪」のようなありふれた症状で救急や外来を受診する患者さんの中にも混在しており、見逃すことは許されません。特に細菌性や結核性の場合には致死的となるので、どの患者さんに腰椎穿刺(LP)という侵襲的検査を行うべきかが問題となります。

古典的な髄膜刺激症状である Kernig 徴候や neck stiffness は髄膜炎を示唆する特異的所見ですが、陽性率は髄膜炎の1割以下で、髄膜炎を否定する根拠として不十分です²⁾。臨床医の「直感」も定式化困難で、髄膜炎の診断には役に立たないとも報告されています³⁾。そこで髄膜炎を高い感度で予見する手掛かりが求められ²⁾、感度が97.1%である JA を、LP 適応の参考とすることが多くなっているのです(図 Group1)¹⁾。

しかし、JA 陰性例での髄液細胞増多や髄膜炎のない JA 陽性例などの例外も存在します。実際、救急室を中心に LP を施行した 531 例を集め、その臨床所見を後方視的に洗い直した Tamune らの研究⁴⁾では、髄液細胞増多 61 例で JA を認めたのは 39 例(感度 63.9%)にすぎず、JA 陰性でもなお髄膜炎を否定できないと警告しています(図 Group3 青点線*部分)。同じ JA という基準を用いているのに、なぜこうした違いが出てくるのでしょうか。

われわれの研究では、①最近2週以内に起こった頭痛、②37度以上の発熱、③意識障害や神経学的異常を伴わないという3つの条件を全て満たす 54 例を対象に限定しています(図 Group1)¹⁾。



●図 Jolt accentuation の感度、特異度

「髄液細胞増多あり」を同じ長さの黒実線で示す。これに比例する長さの黒点線で「髄液細胞増多なし」、青実線で「jolt accentuation (JA) あり」を示し、それぞれの実数を付記した。Group1 は文献1から、Group2—3 は文献4からで、Group2 では Group1 と同様に頭痛、発熱があり、意識障害のない例のみを抽出している。

さらに JA の有無を LP の前に確認し、LP の結果に左右されないようにして信頼度を高めています。JA は脳腫瘍や片頭痛でも陽性となりますが、それらは上述の3条件を満たさないので除外され、結果的にこの症例群については、JA を調べる前から髄膜炎の事前確率が 34/54=63.0% と高くなっています。

一方、条件を限定せず集めた LP 施行例では、髄膜炎の事前確率は下がります。さらに髄液細胞増多のある JA 陰性例(図 Group3 青点線*部分)も含まれ、JA 陰性でも髄液細胞増多は否定できないとの警告につながるわけです。面白いことに、Tamune らの研究でも頭痛、発熱があり、意識障害のない 113 例に限ると(図 Group2)、JA が髄膜炎を予見する感度は 78.9% まで上昇しています⁴⁾。つまり、これらの条件がそろう患者群では髄膜炎の事前確率が上昇し、他の疾患の確率が低下しており、これを踏まえた上で JA の有無を問えば、完全ではないにしても髄膜炎を高い確率で予見できるわけです。

ちなみに、JA 陽性(j)患者に髄膜炎(m)があることを予見する確率(感度)は P(m|j) と表記されます。j と m の両者を持つ確率は P(m&j) = P(m|j) · P(j) = P(j|m) · P(m) で、P(m|j) = P(j|m) · P(m) / P(j) と Bayes の定理を導けます。この P(m) が髄膜炎の事前確率で、これに比例して JA が髄膜炎を予見する感度が高まることになります。

能動的な病歴聴取と身体所見で、原因疾患を浮き彫りに

遠くで立ち上る煙を見て、「火事」「たき火」「花火」「自動車事故」など、状況に応じて最も可能性の高い「意味するところ(原因)」を推論していく過程を仮説推論(Competing theories abduction)と呼びます⁵⁾。これは、「頭痛、発熱等の“髄膜炎らしさ”を病歴から浮き彫りにすることで、その意味するところ(原因)である髄膜炎の事前確率と JA の陽性的中率を高めていく」

過程とも類似しています。

William Osler は “Listen to the patient, he (she) will tell you the diagnosis.” と History taking (病歴聴取)の重要性を説きました。しかし、患者さんが語るがままに漠然と記録しても、診断の絞り込みにつながることはまれです。髄膜炎を念頭において「どのような頭痛があるか」「いつ起こったか」「熱やほかの症状があるのか」と具体的な質問を重ねることで、髄膜炎の事前確率を上げ、他の疾患の確率を下げられるのです。単なる傾聴ではなく、どの疾患を鑑別すべきか、そのためにどのような質問が有効かという戦略を、医師が自分自身の持つ知識や経験に問いかけつつ立てた上で、あらためて患者さんに質問し直す能動的な病歴聴取がより効果的です。

同じく Physical findings (身体所見)にも「聴診で大切なのは耳と耳の間」(沖縄県立中部病院での故・Jules Constant 教授回診より)と言われる通り、「こういうシチュエーションでは何が聞こえるはずだということを考えながらその音、雑音、または所見を探すこと、さらに聴診以外の全体を含めた総合判断から何を期待して (find しようとして脳の中で整理しながら) 聴くかということが重要」(沖縄県立中部病院内科部長・平田一仁氏私信)という能動性が含意されています。臨床や教育の現場でこれらを具体的に実践できるかがわれわれの課題ですが、その際机上の知識、理論や科学化した経験の集積を超える部分があるとすれば何か、問い直してみる余地があるかもしれません。

新たな仮説は臨床現場から

先述のように、髄液細胞増多を呈する疾患は髄膜炎に限られません(表)。そうした疾患が JA の対象群に入れば感度・特異度ともに減少するのは自明で、このような例外を根拠に、JA の信頼性を批判することも可能でしょう。しかし、これらの例外は多様な病

●表 髄液細胞増多と JA の関係

JA (+)	
髄液細胞増多あり	髄液細胞増多なし
細菌性髄膜炎(結核性含む)、ウイルス性髄膜炎、くも膜下出血?、小児、高齢者??	超早期の髄膜炎、片頭痛、若年女性、脳腫瘍、低血圧症候群、筋緊張性頭痛、環状椎亜脱臼(RA等)

JA (-)	
髄液細胞増多あり	
鎮痛薬投与済の髄膜炎?、Partially-treated meningitis?、意識障害の強い重症髄膜炎、Neoplastic meningitis、Sarcoidosis、多発性硬化症、膠原病、血管炎、パーチェット病	

態が髄液細胞増多の背景にあることを教えてくれる可能性があります。さらに、小児や高齢者、くも膜下出血でも同様に JA が髄膜炎を予見できるのか、経口抗菌薬や鎮痛薬の影響はどうか、などが臨床的に重要な課題になりそうです。

*

知識・経験は教科書や論文に集積され、一部は Evidence-based medicine として標準化されています。ところが、患者さんごとに異なる背景は、病歴聴取や Narrative-based medicine で把握するほかありません。標準化されたエビデンスを患者さんごとに最適化するためにこれらの要素をも仮説推論や Bayes の定理を駆使して取り込めれば、よりよい診療につながると思われます。

一方、「歩くと頭痛が響く」という髄膜炎患者さんの訴えを「JA で髄膜炎を予見できる」という新規の仮説としてとらえ直すことは、新たな可能性を開く「仮説生成(novel hypothesis abduction)」で、既知の仮説推論と区別できます⁶⁾。類似の手掛かりは臨床現場の至るところに潜んでおり、患者さんの何気ない一言を通してふと姿を見せてくれるかもしれません。“Listen to the patient, he (she) may tell you a novel hypothesis.” ひょっとしたら今晚の当直や明日の外来中、その幸運が突然あなたに巡ってくるのかもしれないのです。どうかお見逃しなく。

●文献

- 1) Uchiyama T & Tsukagoshi H. Headache. 1991 [PMID: 2071396]
- 2) Attia J, et al. JAMA. 1999 [PMID: 10411200]
- 3) Nakao JH, et al. Am J Emerg Med. 2014 [PMID: 24139448]
- 4) Tamune H, et al. Am J Emerg Med. 2013 [PMID: 24070978]
- 5) Capaldi EJ, et al. Am J Psychol 2008 [PMID: 19105581]

消化器外科診療に必要な知識・情報をコンパクトにまとめた実践的マニュアル

消化器外科レジデントマニュアル 第3版

消化器外科対象疾患の診断・治療に関する解説はもとより、術前検査の進め方、抗菌薬の投与法、術後管理の栄養管理、化学療法の見直し、緩和ケアの実践等々、外科診療の現場で必要とされる知識・情報をコンパクトにまとめたポケットマニュアル。知りたいことを素早く確認できるポイントに絞った記載は、カンファレンスや患者への説明などにおいても有用。外来で、病棟で、常に携帯したい実践的な1冊。

監修 小西文雄
練馬光が丘病院 常勤顧問
編集 山内敏樹
自治医科大学附属さいたま医療センター
一般・消化器外科 教授

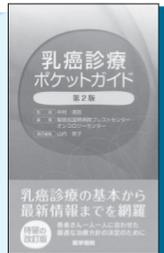


「チーム医療」が日本社会に根付いてきた今、その「チーム」のさらなる質の向上を目指して

乳癌診療ポケットガイド 第2版

わが国における乳癌罹患率は増加の一途をたどり、女性の癌罹患率の第1位、死亡数は第5位である。治療としては手術のみならず、薬物治療が日進月歩であり、新薬の導入、国際的な新しい考え方・合意事項を適正に導入し、患者の人生を共に考えたいと、患者に最大のベネフィットを提供することがますます求められてきている。乳癌診療に携わるすべての医療者に向けて、共通認識として必要十分な情報、知見をコンパクトにまとめた書。

監修 中村清吾
昭和大学教授・乳癌外科
編集 聖路加国際病院プレストセンター・オンコロジーセンター
責任編集 山内英子
聖路加国際病院プレストセンター長・乳癌外科部長



寄稿

日本における遺伝カウンセリングの今

認定遺伝カウンセラー制度開始から10年目の現状と課題

——田村 智英子 胎児クリニック東京医療情報・遺伝カウンセリング室/順天堂大学医学部附属順天堂医院遺伝相談外来



●田村智英子氏
1988年東京理科大学薬学部卒。製薬企業勤務を経て、2000年フルブライト留学。03年米国立ヒトゲノム研究所、およびジョンズホプキンス大公衆衛生大学院修士課程修了。04年からはお茶の水女子大大学院准教授として教育に携わったほか、国立成育医療研究センターなど多数の医療機関にて臨床にも従事。13年より現職。日本で唯一日米両方の認定遺伝カウンセラー資格を有し、日本認定遺伝カウンセラー協会理事も務める。

2005年に日本において遺伝カウンセラーの認定制度が始まってから、10年が経過しようとしています。最近では、新型の出生前検査の登場や遺伝性乳がんの遺伝子検査の話題に伴い「遺伝カウンセリング」という言葉を報道で目にすることも増えています。日本における遺伝カウンセリングはどのような状況にあるのか、現状と課題を俯瞰したいと思います。

「遺伝」「カウンセリング」という言葉の定義はあいまい

遺伝カウンセリングとは一般的に、遺伝性疾患や先天異常などについて心配や疑問を抱える方々に、医学的情報や情報資源、社会資源など様々な情報を提供するとともに、心理的、社会的支援を行うものとされています。遺伝カウンセリングの定義は複数知られていますが、以下は2006年に米国遺伝カウンセラー学会が提示したものです。

遺伝カウンセリングは、疾患に対する遺伝学的寄与のもたらす医学的、心理的、家族的影響に対して、人々がそれを理解し適応していくことを助けるプロセスである。このプロセスは、以下の3つの事項を統合的に組み入れたものである。(順不同)

- ①疾患の発生および再発の可能性を評価するための家族歴、病歴の解釈
 - ②以下のことに関する教育：遺伝(遺伝形式や遺伝形質)、検査、マネジメント、予防、資源、研究
 - ③インフォームド・チョイス(情報を得た上での自律的な選択)とリスクや状況(疾患状況)に対する(心理的)適応を促進するための(心理)カウンセリング
- Resta R, et al. J of Genet Counsel. 2006; 15(2): 77-83. ※カッコ内は筆者注釈

しかし実際にはさまざまな疾患領域で多様な実践が行われており、「これが遺伝カウンセリングだ」と示すのは容易ではありません。日本における遺伝カウンセリングは主に、臨床遺伝専門医(約1100人)や遺伝カウンセラー(認定資格保有者は約150人)によって実施されていると考えられていますが、これらの資格を持たない医療者が同様の話をしている状況も多々存在します。

そもそも「遺伝」という語の指す範囲が不明確です。日本では40年以上前から「遺伝相談」が行われてきましたが、これは子どもの先天的な疾患について広く相談にのるもので、扱う疾患は遺伝性疾患ばかりではありません。また、欧米の臨床遺伝専門医の多くは、遺伝性とは限らない先天異常症候群の診断を行う専門家です。出生前

診断に関連して話題に上る「ダウン症候群」も、遺伝性疾患ではなく誰にでも起こりうることです。妊娠中の薬の服用や風疹感染などの影響によって生じる可能性のある先天異常について妊婦さんと話し合うこともあります。これらはもはや、遺伝子の話ですらありません。生活習慣病などに関連した遺伝子やゲノムの解析研究が進む中、どんな疾患でも遺伝子にかかわる問題は広く遺伝カウンセリングで扱おうとする意見もあります。

また、「カウンセリング」という語の意味もあいまいです。心理職の行うカウンセリング理論に基づいた専門的な行為に限らず、「医師の丁寧な説明」や「医師の説明後に看護師がゆっくり話し相手になること」をカウンセリングと称しているケースも多々あります。米国遺伝カウンセラー学会の定義にあるように、「自律的な選択や心理的適応を促進するためのカウンセリング」をうたっているにもかかわらず、実際には「おうちでよく考えてきて」「ご家族で話し合ってください」と伝えて終わり、という状況もしばしば見かけます。

個人的な努力に頼らざるを得ない現状がある

筆者自身は、米国の自立した遺伝カウンセラーとなるためのトレーニングを受けて帰国してから10年以上臨床に携わり、胎児や小児の先天異常から出生前診断、神経難病、代謝疾患、がんの遺伝の相談などに対応してきました。自分の仕事を振り返ると、遺伝カウンセリング実施者には、遺伝学の知識だけでなく、各種遺伝性疾患や先天異常の症状、自然歴、検査・診断、治療、さらに患者・家族の生活状況や心理的・社会的問題などに関して幅広い知識が求められると痛感しています。これらをどこまで学ぶべきか、臨床遺伝専門医や遺伝カウンセラーのトレーニング時の学習目標レベルの設定は容易ではありません。また、医学の進歩に伴い次々と情報が更新される中、臨床の遺伝カウンセリング実施者が全ての疾患について専門的見地から正確・十分な最新情報を把握することは不可能であり、おのずと個人個人の得意な分野に限られます。利用者側から見るとどの疾患を誰に相談すればよいかかわりにくい状況です。

さらに、単に知識があればよいわけではなく、心理学、カウンセリング理論、健康行動理論、教育理論などに基

づいた対話の技術を利用しながら、適切な医学的情報をわかりやすく伝達し理解を促し、来談者の決断までの過程を支援することが理想です。しかし専門職のトレーニングではこうした面談の理論や技術に関する欧米の教科書などはほとんど導入されておらず、遺伝カウンセリング実施者は個人的な努力を重ねながら、ある意味自己流で面談を行っているのが、日本の現状です。

補助的な職務内容が中心

一般の人々は遺伝カウンセラーが遺伝カウンセリングを行っていると考えがちですが、実際には、日本の遺伝カウンセリングの主たる担い手は臨床遺伝専門医であり、遺伝カウンセラーはその指示のもとで働く立場として養成されています。大規模病院にて「遺伝子診療部」等の名称で設置されている遺伝カウンセリング専門外来では、臨床遺伝専門医が行う遺伝カウンセリングに遺伝カウンセラーが補助的立場で同席し、記録や指示された内容の説明を行います。独立して遺伝学的評価を行い単独で面談することは、ルーチンで話す内容が定まっているような外来以外ではあまり行われていません。

認定遺伝カウンセラーの資格は、日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会が認定した大学院課程を卒業し、試験に合格することで取得できます。しかし、補助的な職務内容から大学院卒に見合った給与は得られず、就職も容易ではありません。こうした状況が続けば優秀な人材が集まらなくなる懸念もあり、この制度の行く末を考えるために、今後の議論が必要であると感じています。

説得や指導ではなくあくまでも中立的な立場から

昨年登場した母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査は、採血だけでダウン症候群を有する胎児を99%検出可能として話題になりました。また同時期に、米国の女優アンジェリーナ・ジョリーさんが、遺伝子変異が見つかったため乳房の予防的切除手術を受けたことも大きく報道されました。その際、胎児の疾患・障害の有無を調べることの是非についての議論と相まって「遺伝カウンセリングが大切」という論調がよく聞かれました。

こうした声の裏には、行き過ぎた出

生前検査や予防的乳房切除にブレーキをかけるために遺伝カウンセリングが有用なのではないか、という発想が見え隠れしています。しかし遺伝カウンセリングはもともと、中立的に情報を提供し、一人ひとりが異なる価値観に基づいて自律的な選択を行う過程を支援する行為であり、説得や指導ではありません。筆者としては、相談者が自分なりに情報を受け止めてその人らしい道を選び進んでいく過程を尊重したいと考えており、出生前検査や予防的手術などの倫理性が問われる議論のたびに「遺伝カウンセリングが大事」と言われることには違和感があります。倫理的側面からの議論は重要ですが、こと遺伝カウンセリングにおいては、社会規範を離れて個人個人の多様な生き方を尊重すべきと感じています。

「遺伝カウンセリング」のノウハウをあらゆる医療場面に

今や遺伝子やゲノムの解析にかかる費用や時間は大幅に減り、あらゆる診療科においてこうした検査が取り入れられつつあります。最新の遺伝学的知見を活かした臨床の充実のためには、全ての疾患領域で「遺伝カウンセリング」が求められているとも言え、臨床遺伝専門医や遺伝カウンセラー以外の医療者も遺伝カウンセリング的な実践を行う必要性が増してくるでしょう。

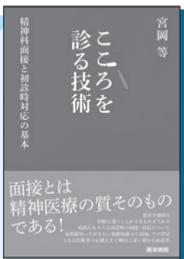
その際には「遺伝カウンセリング」とは何か、その多様性も含めて整理、提示されること、さらに「遺伝カウンセリング」という言葉にこだわりすぎず「遺伝学的確率の算定」「情報提供」「相談者に気持ちを話してもらおう」など具体的な行為を明確にすることが、医療者のトレーニングの際にも、実際の面談を行う際にも、そして利用者が自分に合った相談の機会を選ぶ際にも、有意義なのではないかと思えます。情報が氾濫する中、先天異常や古典的な遺伝病から、がん、生活習慣病に至るまで多数の疾患領域において、遺伝学的知識に基づいた最新、正確で十分な情報が患者・家族に適切なかたちで提供されることの重要性はますます高まっています。臨床遺伝専門医や認定遺伝カウンセラーが自らの知識や技術の向上に努めるだけでなく、そうした知識や技術が広く医療者一般に広められ、あらゆる医療の場面で「遺伝カウンセリング」のノウハウが利用されていくことを期待しています。

精神科面接の新たな必読書、誕生！

こころを診る技術 精神科面接と初診時対応の基本

「精神科における標準的な面接および初診時対応はどうあるべきか？」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・ガイドラインの用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。

宮岡 等
北里大学精神科主任教授



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」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はなく、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



言語聴覚士の在り方を求めて

第15回日本言語聴覚学会の話題から

ST増加の裏に課題も

日本で国家資格として言語聴覚士(ST)が誕生したのは1999年。それから15年の時を経て、2014年現在、有資格者は約2万4000人を数える。着々と新たな担い手を増やし、活動意義が認知されてきたSTだが、構造的な課題もある。有資格者の中心を20—30代が占めるため、若い世代のSTには、経験ある先輩が不在の現場で手探りの実践を迫られてきた者も少なくない。また、人手不足の職場で多忙な業務に追われる一方、臨床や研究の経験の浅いままで、管理職としてマネジメントまで担わざるを得ないケースも多く見られるというのだ。

近年、超高齢社会の訪れとともにリハビリテーション(以下、リハ)の需要はますます高まり、地域包括ケアがうたわれる中で訪問リハ、通所リハなどの新たな専門サービスも登場した。需要増大・職域拡大の状況にあって、今、STはいかなる点に専門性を見いだし、どのような役割を果たすべきなのだろうか。第15回日本言語聴覚学会(学会長=東京都言語聴覚士会会長・半田理恵子氏、2014年6月28—29日、大宮市)において開催されたシンポジウム「言語聴覚士とはなにか あるべき姿を再考する——成人の領域に携わる立場からの提言」(コーディネーター=国際医療福祉大大学院・藤田郁代氏)では、成人領域のリハに長く携わってきた実践者たちが現状を俯瞰し、STの担うべき役割を考察した。

STはコミュニケーションを扱う専門職である

「専門性の空洞化が懸念される」。シンポジウム冒頭、STを取り巻く環境を解説した藤田氏は現状をそう評価した。近年の社会変化の中でSTの専門性は揺らいでおり、現場で見られる実践も学問の進歩を反映した実践と、経験知に頼る実践に二極化していると問題提起。STが専門性を発揮し、効果的・効率的な実践を提供するためには、自身が行う実践を科学的に検証す

るスキルを身につけることが必要と提言した。

初めに登壇した熊倉勇美氏(千里リハ病院)は、口腔がん手術後や脳血管障害などによる構音障害への介入例から、STに必要なスキルの考察を試みた。氏は訓練法の選択、訓練用教材の作成・準備時などにおける心構えを提示するほか、部分的な機能改善をめざすのではなく、日常生活を送ることまで見据えた訓練にする工夫が必要と呼び掛けた。

また、倉智雅子氏(新潟リハ大大学院)は「STはコミュニケーションを扱う専門職」と強調。肺炎が死因の第3位を占める日本において、その原因となりやすい摂食嚥下障害への関心も高まっている。その改善に多職種がかかわる中では、STらしい発想と実践が求められると氏は主張。「摂食嚥下」を「コミュニケーション障害」ととらえ、呼吸・発声・発語・言語・認知・聴覚を含めた全体像を評価し、支援を実施することで「コミュニケーション障害を担うSTとしての役割を示す必要がある」と語った。

最後に登壇したのは佐藤睦子氏(総合南東北病院)。自身の介入により、失語症の症状改善が見られた脳血管障害症例と、疾患の特性上、介入しても症状が悪化してしまう進行性変性疾患症例の2つの自験例を紹介した。異なる経過をたどった2例を基に、長期的な支援には柔軟性が必要であり、画一的な実践では不十分である点を強調。症状ごとに分析しながら、改善のメカニズムを想定し、適切な技法を適用することを現場のSTに求めた。

総合討論では、「STは名称独占資格であり、業務独占資格ではない」との意見も上がり、自らの実践が「STだからこその実践か」を問い続ける姿勢の重要性を議論。「コミュニケーション障害の専門家」としてのアイデンティティの確立と自覚、専門家たるための努力の必要性が共有された。



●半田理恵子学会長

視点

医療機関と就労支援機関の協働で、精神障害者の就労を支える



前原 和明 障害者職業総合センター

◆精神障害者の雇用が推進されている

わが国では「障害者の雇用の促進等に関する法律」にて障害者雇用が推進されている。特に近年、精神障害者の就業促進の機運は高まり、2006年に精神障害者雇用率の算定が開始されてから、求職登録および就職件数は大幅に増加している。13年4月からは企業に対する障害者の雇用義務割合である法定雇用率は1.8%から2.0%へと引き上げられており、18年には精神障害者の雇用義務化と法定雇用率のさらなる引き上げが予定されている。

就労は回復のきっかけになり得るものだが、逆に体調を崩すきっかけにもなり得る。そのため、就労支援機関は、自分たちが行う就労支援によって生じる、医療的なケアへの正負の影響を常々気にかけている。こうした中、医療機関から得られる指導・助言は心強く、自信を持って就労支援に臨むことにもつながる。そういう意味では精神障害者の就労希望を叶え、障害の悪化を防ぐためには、医療機関と就労支援機関の協働は欠かせず、車の両輪のような関係であることが望まれるのだ。本稿では、就労支援機関がどのようなかわりを行っているかを提示することで、医療機関の方々との協働の方向性を共有したい。

◆就労支援機関が行う支援の実態

就労支援では、就業前の職場外訓練だけでなく、実際に働く企業での質の高い職場定着支援も重要になってくる。職場では、上司・同僚とコミュニケーションをとる必要もあれば、自分一人で進めていかねばならない作業もあるだろう。これらを精神障害者が円滑に、かつ自信を持って仕事に取り組めるよう、職場環境・業務手順を整理し、フィードバックする支援も欠かせない。こうした支援と合わせ、症状とストレスを職務との関連性からモニタリングできるよう支援することが、病気を抱えながら働く人々を支える重要なポイントとなるのだ。人的・物理的・作業的環境を整えるアプローチ

がうまくいくと、精神障害者の職場定着期間の延長にも資すると実感している。

なお、このような就労支援を実際に行う上で有効活用したいのが、就労支援を担う職業リハビリテーション機関である地域障害者職業センター、ハローワーク、障害者就業・生活支援センターだろう。これらの施設は有機的に連携し、「職業準備支援」「ジョブコーチ支援」「トライアル雇用」などのサービスを提供している。

個々について解説する。まず「職業準備支援」は地域障害者職業センターが担うものだ。模擬的就労場面の実習と講習を組み合わせることで、実際の職場で求められるストレス・疲労のセルフマネジメントと、求職活動に必要なスキルの獲得などをめざす。「ジョブコーチ支援」も地域障害者職業センターが中心となって行うサービスである。ジョブコーチと呼ばれる専門職が企業への環境調整と障害理解の支援、本人への作業習得と人間関係の相談といった具体的な支援を職場の中で行っている。また、「トライアル雇用」はハローワークが実施するもので、企業側の障害理解と本人側の職場への慣れを目的に、数か月程度、助成金に基づいて「お試し雇用」をする制度である。このようなサービスをうまく活用していくことで、精神障害者の就労支援を実現している。

*

就労支援機関の中には、医療機関とのコミュニケーションに苦手意識を持ち、十分な交流を図ることができていない機関も多い。医療機関に勤める読者に、就労支援機関が行っている精神障害者への支援についてご理解いただくことで、就労支援機関との協働を生むきっかけになれば幸いである。

略歴/2004年島根大大学院教育学研究科臨床心理分野修了。臨床心理士。05年より「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づいて設置された地域障害者職業センターにて障害者職業カウンセラーとして勤務。14年より現職。

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

医学書院

第Ⅲ期(2014年発行)全3巻

◎てんかんに対する苦手意識を克服したい医師、必読の1冊!

てんかん診療 スキルアップ

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

◎その患者、本当に「うつ病」? 迷い多き抑うつの鑑別への羅針盤

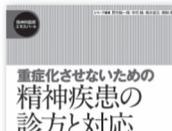
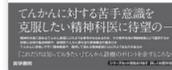
抑うつの鑑別を 究める

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

◎早期段階の当事者・家族をどう支援するか 重症化させない診療のコツ!

重症化させないための 精神疾患の診方と対応

●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!

詳しくは医学書院HPで
各巻の合計定価: 本体17,400円+税
→ セット定価: 本体15,500円+税 [ISBN978-4-260-02007-7]

第Ⅱ期(2013年発行)全3巻

誤診症例から学ぶ 認知症と その他の疾患の鑑別

●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

●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

●B5 頁308 2013年 定価:本体6,400円+税 [ISBN978-4-260-01798-5]

上記3巻をセットでご購入いただけます

各巻の合計定価: 本体18,000円+税
→ セット定価: 本体16,400円+税 [ISBN978-4-260-01858-6]

第Ⅰ期(2011-2012年発行)全5巻

多様化したうつ病を どう診るか

●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

●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

●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

●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

●B5 頁240 2012年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01495-3]

上記5巻をセットでご購入いただけます

各巻の合計定価: 本体28,600円+税
→ セット定価: 本体26,000円+税 [ISBN978-4-260-01496-0]

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学
神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第13回】

ジェネシャリストとは何か—— ウィトゲンシュタイン的に考える

「ジェネシャリストか、スペシャリストか」。二元論を乗り越え、「ジェネシャリスト」という新概念を提唱する。

「ジェネシャリストか、スペシャリストか」という思考の枠組みそのものから、ジェネシャリストは自由である。「定義」とか、そういううるさいことは言うの止めようよ、というわけ。そのような緩やかな枠組みの中で、ジェネシャリストは幅の広いジェネラリストと、とんがったスペシャリストとを両者を発揮する。通常は、ジェネラリストの訓練を受けた後、ある一領域の(人によっては複数領域の)スペシャリティの研鑽を受ける。こうして、横に広く、縦にとんがった三角形ができる。このような形がジェネシャリストの基本形だろう。

多くのイメージでは、ジェネラリストは横に広がった長方形である。幅広くいろいろな領域をカバーする。ただし、各領域の深みはそれほどでもない。逆に、スペシャリストは縦に伸びた長方形だ。横幅は小さく、その守備範囲は狭いが、ある特定領域における専門性は極めて優れている。

ジェネシャリストは、ジェネラリストの横の広さと、(ある一領域における)スペシャリストの縦の深さを併せ持ち、ちょうどTの字を逆にしたような、あるいは三角形のようなイメージである。ポリバレンタユティリティと、特化した秘密兵器の両者を併せ持つイメージだ。

もともと、ジェネシャリストは、日本の医療界と親和性の高いコンセプトである。日本の多くの開業医は「自分の専門分野」というとんがった部分を持ち、かつ「何でも診る」ブロードな態度を併せ持っている。しかしながら、従来の日本モデルは横の広さも、縦のとんがり型も「もうひとつ」という感否めぬ。

基礎研究を^{なりわい}生業とする教授の下で基礎研究中心の大学生活を長く過ごし、すぐろくの導く先として開業する医師も多かった。研究レベルの高さは、その専門領域における臨床能力の高さを担保しない(「臨床能力が“ない”と

いう意味ではない。“ある”ということを保証しない、というだけの話だ)。精神科など「医局の風土」がどっぷり出てくる領域だと、本当にその専門分野を睥睨できる「高み」を持っているのか、「うちではこうやってた」という狭量な経験値の積み重ねだけなのか、微妙なところである。横の広さも同様だ。総合診療的なジェネラリストな診療には、特別な訓練を必要とする。とりあえず現場に出てみて、いろいろ体験しながら「我流」で学ぶのでは失敗の可能性は高い。

苦い思い出がある。ぼくは小二のころからサッカーをやってきたが、全然上手にならなかった。全体練習をやった、居残り練習をやった、朝練を積み重ねても、全く効果が上がらない。今思い返してみると、ぼくは何も考えずに練習してきた。もっとも、当時の指導者たちの多くも、あんまり考えずに指導していたけれど、たくさん走り込みをし、たくさん筋トレをし、たくさんシュート練習やパス練習、ミニゲームや練習試合を積み重ねれば、上手になれると思っていた。まったくもっておめでたい話であった。

『ヨハン・クライフ サッカー論』(二見書房)、もっと柔らかければ漫画『フットボールネーション』(小学館)を読むと、サッカー上達のためには「考えて」「勉強すること」がとても大事なことだとわかる。どのように走り、どうやって筋肉を鍛え(それも、正しい筋肉を、だ)、基本的なボールの蹴り方を正しく学ばなければ、サッカーは上手にならない。基本がしっかりしていなければ、どんなに表面的にチャラチャラ上手になっても、高いレベル



これまで、ジェネラリスト/スペシャリストの二元論問題(バックグラウンド)について考えてきた。今回から第二部に入る。いよいよ、ジェネシャリスト(Genecialist)という新しい概念の紹介である。

ジェネシャリストは、ジェネラリストとスペシャリストのハイブリッドである。ただし、その概念に「定義」はない。ある言葉の「意味」を「定義」することはできない。ルートヴィヒ・ウィトゲンシュタインの『哲学探究』における言語ゲームの説明を読んで、ぼくはそう考える。

「意味」という語を利用する多くの場合に——これを利用するすべての場合ではないとしても——ひとはこの語を次のように説明することができる。すなわち、語の意味とは、言語内におけるその慣用である、と。

「あれはジェネシャリストだ」とか「あの人はジェネシャリストとは呼べない」と、われわれは「ジェネシャリスト」という用語を会話の中で使用することは可能であろう。それは、「慣用的に」可能である。しかし、その言葉を「定義」するのは困難で、おそらくは不可能だ。子どもが言語を習得するときに言葉の「定義」を一切顧慮しないままに自然に言葉とその意味する対象、シニフィアンとシニフィエをすり合わせていくように、ぼくらも臨床現場でジェネシャリストの意味をすり合わせていくことができる。それを「定義」することなしに。

そもそも、ジェネラリストやスペシャリストの「定義」からして、怪しいのである。多くの「定義」は「俺様が思うに」的定義であり、ジェネラリストやスペシャリストの必要十分条件を満たしてはいない。いわく、「外傷が診れないようじゃ、ジェネラリストとは言えない」「お産を診れないのに家庭医とは呼べない」「精神科ができなきゃ、総合診療医とは呼べない」云々。スペシャリストに至っては、「至芸」「完璧」「究極」みたいな、『美味しんぼ』(小学館)も真っ青なスローガンが立ち並ぶ(こともある)。「こうでなければ、ジェネラリストと呼ぶことは(俺が)認めん」「スペシャリスト足る者、かくあるべし(俺

●書籍のお問い合わせ・ご注文
本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、医学書院販売部まで
☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804
なお、ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

臨床解剖学に基づいた精緻な考察と明快的イラストで、ヘルニア手術を解きほぐす
正しい膜構造の理解からとらえなおす
ヘルニア手術のエッセンス
監修 加納宣康
著 三毛牧夫
ヘルニア手術は、これほどまでに奥深い!

脳科学の頂点
カンデル神経科学
PRINCIPLES OF NEURAL SCIENCE
5th Edition
2014年4月下旬発売
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。
●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 宮下保司
国際医療福祉大学大学院 院長
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
113-0033 TEL 03-5804-6051 http://www.medsci.co.jp
東京都文京区本郷 1-28-36 FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

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

神経内科プラクティカルガイド

栗原 照幸 ● 著

A5・頁408
定価:本体4,300円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01893-7

評者 高橋 昭
名大名誉教授・神経内科

本書は、1987年以來、名著として改版や増刷を重ねてきた『神経病レジデントマニュアル』を全面的に改訂増補した書である。本書について語るとき、先生のご経歴を素通りすることはできない。

著者の栗原照幸先生は、1967年に慶應義塾大学医学部を卒業、米国ECFMG(外国人医師卒業教育委員会)試験に合格、ワシントン大学バーズ病院でインターン、神経内科レジデント。神経生理学リサーチフェロー、宮崎医科大学神経内科学助教授(教授:荒木淑郎先生)、東邦大学内科教授を経て、現在東邦大学名誉教授、神経内科津田沼で神経内科の実地診療に従事しておられる、日本を代表するベテラン神経内科医の一人である。米国の医学教育システムを日本に紹介、日本神経学会では卒業教育委員として医学教育、特に卒業後の研修に情熱をもって当たられ、現在の専門医制度の導入に大きな力を発揮された。

このようなご経歴の持ち主の栗原先生が、長年にわたる神経内科の実地診療のご経験を基にまとめ上げられたのが本書であり、上記の前身の書から25年以上の歴史が光る。神経内科学を学ぶに当たっての栗原先生の信条は、本書の第1章に詳述されているので、まずはこの章を熟読してほしい。

本書は症候学や診断手法の詳細を記した一般の神経内科診断学書ではない。「神経学的診察」の章では、むしろ簡潔に診察の要点が述べられ、これに対して「問診」の比重が大きく、神経疾患の診断にはベッドサイドの診察とともに問診が重要であることが強調され、その具体的な指針が述べられている。

「神経学的診察」の章では、多くのオリジナルの写真と図を用いられており、初心者や学生にとっても理解しやすいあたたかい配慮が随所に見られる。

神経疾患患者の診察への第一歩は神経症候の理解と分析である。このことから、日常多く経験される主要な神経内科領域の common symptom や徴候として、意識障害・昏睡、頭痛、てんかん、めまい、認知症、不随意運動、便秘・排尿障害などの自律神経障害がそれぞれ独立の章として記述され、実際の診療に大変有用である。さらに、本書の大きな特徴は、これらの症候の治療の要点が的確かつ簡潔にまとめられていることである。例えば「不随意運動」の章では、まず概要の項で診察の仕方と発症機序などがまとめられ、それ

に続く項では、主要な不随意運動の治療の要点が述べられている。この著述方針は本書の基本をなすものであり、これら以外の神経疾患についても治療に主眼が置かれている。このため、読者は実際の治療に際し、本書をひもつけば、診断や治療の指針が得られる。また各薬剤の、有害事象、薬価、保険点数の問題点にまでも言及されており、患者の経済的負担を考慮して診療に当たるように警鐘が鳴らされている。これらは類書に見ることができない本書の特徴である。

日常診療で最も多く直面する「脳血管障害」「認知症」「パーキンソン病」の章では、最近の治療法の利点欠点をご自身の長年にわたる豊富な経験や考え方に立脚して記されており、参考になる点が多い。「神経・筋疾患」の項は、栗原先生のご専門が発揮された圧巻ともいえる内容である。重症筋無力症、多発性筋炎、周期性四肢麻痺などは、特にその感が強い。

付録として、ベッドサイドの診察に加えて、電気生理学的検査、画像診断の解説があり、これらへのアプローチと診断的有用性が述べられている。座右の書として診察室に常備されることをお勧めしたい。

長年にわたる実地診療の経験からまとめ上げられた書



神経内科の実践知がこの一冊に!
・神経内科臨床に長年携わってきた著者による実践的マニュアル
・診察と検査の章では写真・図も多用しわかりやすく解説
・重要薬では診断の決め手や治療法(処方例)も明瞭に提示
医学書院

臨床が変わる! PT・OTのための認知行動療法入門

マリー・ダナヒー、マギー・ニコル、ケイト・デヴィッドソン ● 編
菊池 安希子 ● 監訳
網本 和、大嶋 伸雄 ● 訳者代表

B5・頁208
定価:本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01782-4

評者 二木 淑子
京大大学院教授・生活機能適応学

本書は、イギリスの心理学科、理学療法学科、作業療法学科、地域・病院のセラピストらにより執筆され、わが国の同職種チームにより訳された、認知行動療法入門書である。監訳者や執筆者の序

に、多職種総心理士化ではなく、チーム医療にかかわる他の専門職の専門性の中に認知行動療法を取り込んで統合してもらうためのテキストとある。各自の治療の枠組みに認知行動的ストラテジーをどう取り込むかは、読者自身が読み取らなくてはならない。攻めて読む本といえる。

身体障害領域や地域・高齢者領域で仕事をしている、ある程度専門性が確立したセラピストの多くは、疾患による障害に対して従来の解釈では問題が解決しないことや、まずアウェアネス、自己洞察を深めるようなアプローチの必要があることに気付いている。なんとなく心理的問題にアプローチしないと登れない山である。

本書の Part 1 (1-3章)では、非常にコンパクトに理論背景について解説してある。初期のオペラント学習理論のような行動療法に感情認知理論、論理情動療法などの認知療法が統合され

て認知行動療法となる流れや、うつ病の認知モデルのキーコンセプト、認知行動療法の特徴(ソクラテス式質問法や認知的フォーミュレーションなど)の概説があり、次いで認知行動的アプローチをPT・OTになじみのある実践モデルに取り組みするための解説がされている。

Part 2 (4-11章)は、実践応用の各論であり、認知行動療法効果のエビデンスが高いうつ病、不安障害などの精神疾患だけでなく、慢性疼痛や線維筋痛症などに対するアプローチが、ケーススタディと共に解説されている。慢性疼痛例ではセラピストのボヤキにもしっかり応えてPT・OTの実践への取り入れ方のコツが書かれ、SMART(Specific, Measurable, Activity-related, Realistic, Time-related)なゴール設定など、認知リハビリテーションでもなじみの方法も紹介されている。

担当すると不思議に良くなるといった実践家は、無意識にここで紹介されている方法を使いこなしているのかもしれない。現在のリハビリテーション対象者は一つの職種や領域別の特技で何とかなるというよりも複雑な問題を抱えている。チーム医療にかかわる多くのセラピストに読み込んでいただきたい一冊である。

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
ISBN 978-4-260-01958-3

評者 中里 信和
東北大学大学院教授・てんかん学

てんかんの有病率は約1%であり、医療関係者のみならず一般社会の誰もが知る病名である。しかし、一般社会のみならず医療関係者の多くが、これほど誤解し偏見を持つ疾患も少ないのではなかろうか。ありふれた疾患に誤解と偏見に満ちた医療が施されたのでは、患者や家族はもちろん、医療費を支える国民全体にとっても大きな損失である。

本書は精神科医のために企画された「精神科臨床エキスパート」シリーズの一つである。「精神科医のための教科書」という位置付けなのだが、てんかんを取り上げたという点に驚いた。日本においては、てんかんは精神科医によって診療されていた時代があった。その後てんかんは神経疾患に分類されるようになり、精神科医の「てん

かん離れ」が進んだ。それなのに、あえて「精神科医がもつててんかん診療技術の minimum requirement の提供を目指す」という方針は称賛に値する。

「てんかんに詳しい精神科医」たちは、皆、自らを「絶滅危惧種」と呼ぶ。本書はその中でも比較的若手の、いわば「超」絶滅危惧医たちによって執筆されている。各章を読み進めていくうちに、一つひとつの文章の中に「てんかんに詳しい精神科医」たちの強い思いが読み取れた。この教科書は、精神科医だけに読ませるのではもったいない。むしろ、てんかん診療に携わる精神科以外の医師にも読んでもらいたい教科書だと思う。

第1章と第2章は、てんかん発作の症候学と鑑別すべき疾患について書

病院経営における原価計算の「戦略的実践」を目指して

実践 病院原価計算 第2版

わが国における病院原価計算の地平を開いた初版の刊行以降も、病院経営環境の変化はさらに激しさを増すとともに、原価計算に対する考え方や利用方法も変化を遂げている。今版では、原価計算の手法を最新のものに修正したうえで、DPCの導入により特に重要となる疾病別原価計算の手法について、さらにBSCとの関係や部門予算制への展開など、病院原価計算をより戦略的に活用するための方法についても解説した。

編著 渡辺明良
聖路加国際大学常任理事・法人事務局長



「わかる!」ためのポイントを伝授する心電図入門書の決定版

はじめての心電図 第2版増補版

初学者がつまづくポイントを熟知した著者が、長年の心電図教育のノウハウを盛り込んだ心電図入門書の決定版。簡潔かつ明快な解説は、はじめの一步から医師として到達すべき水準まで無理なく導く。増補版刊行にあたり本文・図の記載を丁寧に改め、巻末の<セルフアセスメント>を拡充、精選された必修レベルの問題70題を収録した。心電図を読む力が着実に身につく1冊。

兼本成斌
兼本内科・循環器科クリニック院長



見逃してはならない血液疾患 病理からみた44症例

北川 昌伸, 定平 吉都, 伊藤 雅文 ● 編

B5・頁288
定価: 本体6,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01674-2

本書は、「見逃してはならない」血液疾患44症例についての臨床病理学的解説書である。まず臨床症状と病理所見が提示され、症例の解説が述べられるわけであるが、解説の順番が明確に構成されている。すなわち、診断プロセス、検査所見、病理所見、最も考えられる病理診断、治療・予後の順で詳細な説明があり、最後に鑑別診断・類縁疾患がコンパクトにまとめられている。症例によっては病態生理や診断トレーニングが追加されている。この書式が、全体を通して統一されており、非常に読みやすい点がいま一つの特徴である。本書のもう一つのユニークな点は、症例に難易度(★～★★★★★の5段階)と遭遇する頻度(★～★★★の3段階)が表示されている点である。最初の目次を見ると、症例の難易度や頻度が一目瞭然で、読者は頻度の高い疾患から読んでいくこともできるし、難易度が低い順に勉強することも可能である。一方、最後のページでは疾患体系別に症例が並べ替えて配列されている。この疾患体系別の目次を見て、興味を引く症例から読み始めてみるのもおもしろいかもしれない。これまでにないユニークな目次であり、勉強する際にはぜひとも活用すべき点と思われる。

本書では44症例の血液疾患が厳選されているわけであるが、その症例の選び方も非常に的を射ていると思われる。ご存じのように骨髄系・リンパ系疾患の数は極めて多いわけであるが、その中から本当に「見逃してはならない」キーとなる疾患がバランスよく選

ばれている。精神科医の手による教科書であるから、てんかんと鑑別すべき精神疾患や、てんかん性精神病については、特に詳しくまた整理されている。

第3章は脳波の項であるが、ルーチン記録法の限界についても触れられており、必要に応じて「ビデオ・脳波同時記録(による長時間モニタリング検査)」を依頼すべき、との記述は「わが意を得たり」と感じた。

第4章の薬物治療の章では、外科治療についても大きく取り上げられていて、従来の精神科の教科書としては異例であり歓迎したい。

最後の第5章と第6章は、てんかん

評者 清水 道生

埼玉医大国際医療センター教授・病理診断学

び抜かれている。これは、編者らの数多くの経験に基づくものであろう。さらに、鑑別診断の項目では、この限られた症例数を補うべく、多数の鑑別疾患が列挙され、それぞれの疾患についての的確な解説がなされている。また、症例によっては、最後に診断トレーニングがクイズ形式で記載されており、思わず興味を引かれてしまう点もユニークである。さらに、所々でMemoが設けられ、簡潔に疾患概念や用語が解説され、知識の整理には最適といえよう。

病理医の立場からいうと、本書で使用されている写真の画質は非常に鮮明であり、写真

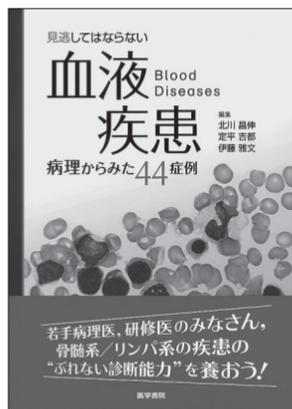
によっては矢印も付けられており、初学者にとっても理解しやすいものと思われる。後半の難易度が高い症例では、遭遇する頻度は低い傾向がみられるが、本書でその疾患を記憶の片隅にとどめておけば、きっと将来、何らかの形でその知識が実際の臨床の場面で役立つ時が来るであろう。そういう点からもこの「見逃してはならない」血液疾患44症例は、何度もひもといて熟読することが大切である。

本書の主たる読書対象は、若手病理医や内科系の後期研修医と考えられるが、彼らのバイブルといえる本になるのではないかという期待がある。最後に、本書は医学生にとっても専門的な知識をわかりやすく理解でき、かつ中堅クラスやベテランの病理医や内科医にとっても、up-to-dateな知識を含めてポイントとなる血液疾患を復習できる内容の本であることを付け加えたい。

の精神症状について書かれていて、本書の中でもクライマックスといえる部分である。この部分は、精神科以外のてんかん診療医にぜひとも読んでほしい。てんかん性精神病を扱った教科書は古くから数多く存在しているが、本書のそれは一言でいうとモダンである。脳磁図などの最新診断機器の知見が紹介されていることもあるが、精神疾患の概念の変遷にも触れつつ、てんかん性精神病の最新の考え方についての理路整然とした記述が、読んでいてなんとも爽やかなのである。

この本を読み終え、「絶滅危惧種」が再び繁栄することを、心から願う。

キーとなる疾患が バランスよく選び抜かれた 研修医にお薦めの一冊



第25回「理学療法ジャーナル賞」

第25回「理学療法ジャーナル賞」授賞式が、4月26日、医学書院本社にて行われた。本賞は、前年の1年間に「理学療法ジャーナル」誌に掲載された投稿論文の中から優秀論文を編集委員会が顕彰し、理学療法士の研究活動を奨励するもの。2013年は、総投稿数100本のうち11本が受賞対象となり、下記4論文が選ばれた。



●左から河野氏、池田氏、森下氏、佐藤氏

【準入賞】森下将多, 他: Timed Up & Go Test に認知課題を付加した場合の動作遂行時間への影響——転倒群と非転倒群での比較(第47巻3号掲載, 報告)

【奨励賞】佐藤慎, 他: 高齢者の認知運動機能に対する足踏み運動と計算課題を組み合わせた二重課題自主トレーニングの効果(第47巻1号掲載, 報告)

池田登顕, 他: ICF の概念に基づいた地域リハビリテーションの実践報告——SF-36 と FIM からの検証(第47巻6号掲載, 報告)

河野健一, 他: 血液透析施行中に行うレジスタンストレーニングの効果——システムティックレビューとメタアナリシスによる検討(第47巻8号掲載, 報告)

準入賞の森下氏らの論文は、Timed Up & Go Test (TUG) に認知課題を付加した連続二重課題である dual task-TUG では、転倒群が非転倒群と比較して有意に時間がかかったことを示したもので、転倒リスクのある高齢者のスクリーニングに有効であることが評価された。

編集委員の福井勉氏(文京学院大スポーツマネジメント研究所)は、「4人ともダブル、Dual がキーワードになっていた。国家資格として理学療法士が誕生して来年で50年。日本の理学療法は、今後日本発の理学療法を大きく展開していかなくてはならない。このDualを発展させ、さらなる根源的発想に結び付けてほしい。日頃の臨床の中で論文化する作業は大変だったと思うが、受賞者の努力にあらためて敬意を表したい」と述べた。

『理学療法ジャーナル』誌では本年掲載された投稿論文から、来年、第26回「理学療法ジャーナル賞」を選定する。詳細については『理学療法ジャーナル』誌投稿規定(<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/toukudir/rigakuj.html>)を参照されたい。

標準生理学 第8版

小澤 静司, 福田 康一郎 ● 監修

本間 研一, 大森 治紀, 大橋 俊夫, 河合 康明, 黒澤 美枝子, 鯉淵 典之, 伊佐 正 ● 編

B5・頁1178
定価: 本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01781-7

生理学は、生体のさまざまな機能とそのメカニズムを明らかにする学問である。生体内で起こるさまざまな現象を理解する学問であり、いろいろな病態を理解する基盤となる。高度な内容をわかりやすく説明した教科書

この膨大な内容を持つ生理学を、「ただ暗記するのではなく、考えながら読んで理解する」ことをめざした『標準生理学』が最初に出版されたのは、1985年のことである。ずっしりと重い、茶色の表紙の本を初めて手にした日のことを、今でもよく覚えている。重厚な内容であるにもかかわらず、読者の理解を助ける、いろいろな工夫にあふれていた。

その後、分子細胞生物学の進歩により生理学も大きく発展し、『標準生理学』も改訂を重ね、その都度最先端の内容を取り入れながらバージョンアップしてきた。それは難しい内容が大幅に増えたことを意味するが、読みやすさとわかりやすさを一層充実させ、「考えながら読んで理解する」という当初のスタイルを貫いてきた。

2014年3月、小澤静司先生と福田康一郎先生の監修による『標準生理学

評者 小島 至

群馬大生体調節研究所教授・細胞調節学

第8版』が上梓された。表紙は明るい白で、本文はカラフルでわかりやすい図が多く、大変読みやすく、また見て楽しい内容である。全体系は、16編80章から構成されている。各編の冒頭には、その編の内容をわかりやすく図示した構成マップがあり、わかりやすい図と3段階に色分けされた重要事項により、その編で何を学ぶべきかとその意義が明快に示されている。ちょっと難しいこと、

一歩進んだ内容が Advanced Studies という形で書かれているので、より深い理解を希望する読者には楽しみに映るであろう。また巻末には「生理学で考える臨床問題」が収載されている。臨床の場で問題となるさまざまな病態を、生理学の立場からどう考えていくかが示されているのである。生理学を理解することが、臨床におけるさまざまな病態を考える上でいかに重要かが端的に示されており、本書の大きな特色となっている。

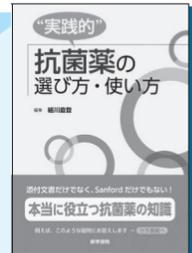
高度な内容をわかりやすく説明した本書は、生理学を学ぶ学生だけでなく、臨床の場に出た医師にとっても貴重な内容を提供する優れた教科書といえる。

抗菌薬の特徴・用法を比べながら学ぶユニークな1冊!

“実践的” 抗菌薬の選び方・使い方

抗菌薬の選び方・実践的な使い方をユニークな構成で解説。はじめに起因菌・薬剤の構造・投与経路別に抗菌薬の基礎知識を、次にスペクトラムが重なる抗菌薬の特徴を比べてその違いに注目しながら使い分けのポイントをわかりやすくまとめた。感染症診療に携わるすべての人にお勧めしたい。

編集 細川直登
医療法人致善会亀田総合病院臨床検査部長/
感染症科部長



A5 頁236 2014年 定価: 本体3,300円+税 [ISBN978-4-260-01962-0]

医学書院

整形外科診療に必要な基礎知識を網羅したレジデント必携のマニュアル

整形外科レジデントマニュアル

本書の目的は、レジデントにとって最も必要となる、的確な診断にまで辿り着ける道筋を示すこと。初診のときに何を考え、どのように診察に当たるべきかを提示する。本書は2部構成。【総論】では、整形外科診療に必要な基礎知識や技術、医師としての心構えなどを示す。【各論】では、整形外科の領域ごとに、機能解剖や画像診断、レジデントが知っておくべき主要な疾患の解説など、日常診療に必須の知識を幅広く網羅している。

編集 田中 栄
東京大学大学院医学系研究科整形外科 教授
中村耕三
国立障害者リハビリテーションセンター 総長
編集協力 河野博隆
東京大学大学院医学系研究科整形外科 准教授
中川 匠
帝京大学医学部整形外科 教授
三浦俊樹
JIR東京総合病院整形外科 部長

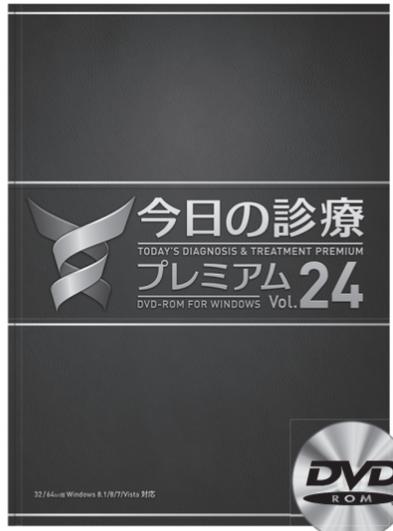


B6変型 頁400 2014年 定価: 本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-01935-4]

医学書院

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

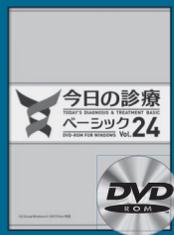
「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「薬効分類」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。



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

プレミアムのみ収録

- 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
- 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

*書籍とは一部異なる部分があります

2014年8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	9月号 Vol.78 No.9 1部定価：本体2,400円+税	超高齢社会 —大都市の高齢者支援の課題	臨床婦人科産科	8月号 Vol.68 No.8 1部定価：本体2,700円+税	診療ガイドライン産科編2014 改訂と追加のポイントを読み解く
medicina	8月号 Vol.51 No.8 1部定価：本体2,500円+税	糖尿病患者を診る —治療と兼科のポイント	臨床眼科	8月号 Vol.68 No.8 1部定価：本体2,800円+税	第67回日本臨床眼科学会講演集(6)
JIM	8月号 Vol.24 No.8 1部定価：本体2,200円+税	感染症を病歴と診察だけで 診断する!	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	8月号 Vol.86 No.9 1部定価：本体2,600円+税	前庭機能検査の新展開
呼吸と循環	9月号 Vol.62 No.9 1部定価：本体2,700円+税	遺伝性不整脈	臨床泌尿器科	8月号 Vol.68 No.9 1部定価：本体2,800円+税	泌尿器科で起きる患者の急変 —何を考え、どのように対応するか!
胃と腸	8月号 Vol.49 No.9 1部定価：本体3,000円+税	小腸潰瘍の鑑別診断	総合リハビリテーション	8月号 Vol.42 No.8 1部定価：本体2,300円+税	医療福祉ロボット —実用化に向けて
BRAIN and NERVE	8月号 Vol.66 No.8 1部定価：本体2,700円+税	神経系の悪性リンパ腫 update	理学療法ジャーナル	8月号 Vol.48 No.8 1部定価：本体1,800円+税	慢性腎臓病と理学療法
精神医学	8月号 Vol.56 No.8 1部定価：本体2,700円+税	うつ病の早期介入, 予防 I	臨床検査	9月号 Vol.58 No.9 1部定価：本体2,200円+税	関節リウマチ診療の変化に対応する/ てんかんと臨床検査のかかわり
臨床外科	8月号 Vol.69 No.8 1部定価：本体2,600円+税	肝胆膵癌の血管浸潤を どう治療するか	病院	8月号 Vol.73 No.8 1部定価：本体2,900円+税	多様化する病院経営



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