

2016年6月6日

第3177号

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

New Medical World Weekly

週刊医学界新聞



医学書院

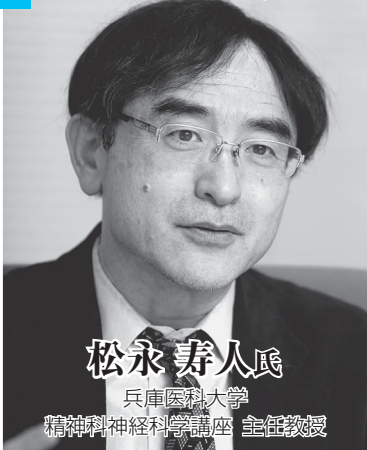
www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [鼎談] 不安障害を上手に診ていくために(松永寿人, 塩入俊樹, 朝倉聡)…… 1—2面
- [寄稿] 精神障害者の地域移行をめぐる論点(吉川隆博)…… 3面
- [寄稿] DSM-5と精神医学的診察についての私見(ジェイムズ・モリソン)…… 4面
- [寄稿] 災害時栄養サポートチームの必要性(前田圭介)…… 5面
- [連載] 高齢者診療のエビデンス…… 6面

鼎談

不安障害を上手に診ていくために



松永 寿人氏

兵庫医科大学
精神科神経科学講座 主任教授



塩入 俊樹氏=司会

岐阜大学大学院
精神病理学分野 教授



朝倉 聡氏

北海道大学大学院/同大保健センター
神経病態学講座精神医学分野 准教授

米国のデータ¹⁾では、うつ病の生涯有病率が約17%であるのに対し、不安障害の生涯有病率は20%を超えているという。しかしながら不安障害はその診断の難しさが指摘されており、見逃さず、きちんと治療を行っていくことは臨床的にも非常に重要な課題と言える。

そこで本紙では、不安障害を専門とする3氏による鼎談を企画。各専門分野の立場から、不安障害をいかに診ていくべきかお話しいただいた。

改訂により DSM-5 の有用性はますます高いものに

塩入 2013年にDSM-5が発表され、不安障害群でもいくつかの変更がなされました。主な変更点としては、不安障害群の中から「強迫性障害(OCD)」[「心的外傷後ストレス障害(PTSD)」[「急性ストレス障害(ASD)」]が外れ、「強迫症および関連症群」「心的外傷およびストレス因関連障害群」という独立した群になったこと、「分離不安症」「選択性緘黙」が新たに不安障害群のカテゴリーに入ったことなどがあります。この改訂によって、不安障害群はより“不安”に焦点を当てた障害群となったと思うのですが、この鼎談では、OCDなどが含まれた旧来の疾患概念を「不安障害」、DSM-5で示された狭義の概念を「不安症」と呼び、区別したいと思います。まず、DSM-5でOCDが外れることとなった経緯をご説明いただけますか。

松永 強迫は他の不安障害と類似点を持つ一方で、異なる点もあったことから、2006年に始まったDSM-5への改訂に向けた研究者委員会の中で、不安障害との異同を明確化していくための検討が行われてきました。具体的には、繰り返し行動・強迫行為を持つこと、不安発作を伴わないこと、洞察が不十分な場合があること、チック関連のように不安が先行しない、あるいは不安を伴わない強迫症状が存在することなどが相違点として挙げられます。

塩入 ですが、2010年に出たDSM-5のドラフトの時点では、不安症群のカテゴリーに含まれていましたよね。

松永 ええ。当初、DSM-5はICDと同様に十進法を採用する予定だったこともあり、新たなカテゴリーを設けることがなかなか難しい状況にありました。ところがその後、ICDが十進法にこだわらない分類を行うことになり、DSMもそれに倣うこととなったのです。

塩入 つまり、強迫と不安症群を無理に一つにまとめる必要がなくなったと。

松永 はい。最終的にDSM-5では「強迫症および関連症群」として新たなカテゴリーが設けられ、OCD、醜形恐怖症(BDD)、ためこみ症、抜毛症、皮膚むしり症の5つから構成されることになりました。当初は「強迫スペクトラム」という名称が採用予定でしたが、スペクトラムと呼ぶのに十分な疾患の連続性が担保できず、「強迫症および関連症群」となったようです。

塩入 なるほど。他にも強迫的な部分のある障害はあったものの、現段階でこの疾患群に入れられたものは限定的だったわけですね。OCD以外に、PTSDやASDも不安症群から外れました。これについてはどのようにお考えでしょうか。

朝倉 PTSDやASDは、トラウマやストレスフルな出来事が引き金となって起こり、そうしたエピソードが診断に必要という点で他の不安障害と異なります。またDSM-5にも記載されているように、PTSDやASDは特に解離症状との関連を検討する必要があることも踏まえると、より臨床上の症状の違いに基づいた分類になったと思います。

松永 確かに、PTSDもASDも不安症状を中核とする疾患とはやや言い難いですね。明らかなトラウマの存在を

認める疾患が一つのカテゴリーとしてまとめられたことは、臨床的にもわかりやすい分類と言えるでしょう。

個人的には、新たに不安症群のカテゴリーに加わった「分離不安症」「選択性緘黙」に関しては、診断が難しい印象があります。分離不安などは正常な発達過程の中でもある程度見られてくるものですし、どこからが障害なのかの境界があいまいです。今回、不安症群の疾患として特定するメリットがあったのでしょうか。

塩入 その他の不安症との関連性が示されています。例えば分離不安症は、将来的に限局性恐怖症(SP)の発症リスクが高いことがわかっています。また、分離不安症と選択性緘黙はそれまで「幼児・小児・青年期の疾患」として分類されていたのですが、DSM-5では発症年齢を基にした大分類がなくなったことも、今回の変更理由の一つでしょう。

朝倉 両疾患とも子どもだけでなく成人でも見られることがありますし、成人の不安症との関連もありますから、不安症群に含まれたのは良い方向性だと感じています。

塩入 そうですね。子どもの場合、言葉で説明ができない分、不安は行動に現れてくる。小さいころから起こり得る疾患が大人の不安症と一連のものとなったことで、より子どもに視線を向けていく良い機会になることを期待したいです。

“病的な不安”のわかりにくさが受診率改善に向けた課題

塩入 こうした改訂により、精神医学

全般におけるDSM-5の有用性はますます高まっていくことでしょう。その一方で、不安症は有病率が高いにもかかわらず、診断がきちんとなされていないという現状があることも事実です。そもそも不安症の場合、医療機関を自ら受診してくる人が少ないと思うのですが、いかがですか。

松永 “不安”という感情は精神疾患の方だけでなく誰しもが持つものですから、その不安が正常なものなのか異常なものなのかの判断が難しいという点が原因の一つとして考えられます。要するに、相当な障害が生じない限り、患者さん自身がそれを生活上の問題としてとらえないのです。

朝倉 その通りだと思います。“正常な不安”は危険に備える意味で日常生活に適応的な面もあり、必要な感情です。不安の強度・頻度が過剰で、日常生活機能に支障を来すような状態が一つの鑑別点になると思いますが、他の疾患と比べて治療すべき病的な状態がわかりにくくなっています。

塩入 不安を主訴に医療機関を受診しようとは思わないのでしょうかね。発作などが起れば本人も異常に気付き、それ以外の場合、うつ病や発達障害といった他の疾患が併存して初めて家族が異常に気付き、連れてこられるパターンが多いように思います。

松永 SPの方は、まずほとんど受診してきません。恐怖する対象を避けていれば、ある程度問題なく生活できてしまいますから。ただSPの場合、血液恐怖の方が採血で失神したり、閉所恐怖の方がMRIを撮れなかったりし

(2面につづく)

概念の変遷から疾患別の診療、DSM-5の動向まで幅広く網羅した決定版

《精神科臨床エキスパート》

不安障害診療のすべて

編集 塩入俊樹・松永寿人

強迫性障害やPTSD、パニック障害などの総称である不安障害について、歴史や患者のパーソナリティ傾向といった総論の内容から、個別の疾患に対する診断・治療、児童や高齢者の不安障害への対応などの実践的内容まで幅広く紹介。DSM-5に盛り込まれる最新の診断カテゴリーについても解説し、まさに不安障害のすべてを盛り込んだ1冊となっている。

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

もくじ

第1部 総論

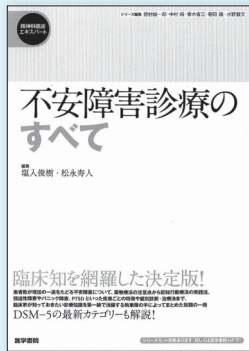
第1章 不安障害の歴史/第2章 不安のバイオロジー/第3章 パーソナリティ論/第4章 薬物療法総論/第5章 認知行動療法の実際

第2部 疾患各論

第1章 強迫性障害/第2章 心的外傷後ストレス障害(PTSD)/第3章 パニック障害/第4章 全般性不安障害(GAD)/第5章 社交不安障害(SAD)/第6章 特定の恐怖症

第3部 臨床上のトピックス

第1章 薬物療法におけるアクチベーション・離脱・依存/第2章 強迫およびその関連障害—強迫スペクトラム障害(OCSD)を中心に/第3章 PTSDの概念とDSM-5に向けて/第4章 子どもの不安障害/第5章 老年期の不安障害



医学書院

鼎談

不安障害を上手に診ていくために

<出席者>

●あさくら・さとし氏

1993年北大医学部卒，2001年より同大大学院精神医学分野助手。04年より同大保健管理センター講師を経て，10年より同大保健センター准教授，同大大学院神経病態学講座精神医学分野准教授。専門は対人恐怖症，社交不安症など。

●しおり・としき氏

1987年滋賀医大医学部卒，91年同大大学院修了。同年より同大病院精神神経科助手，96年米国カルフォルニア大アーバイン校精神医学講座留学。99年新潟大病院講師，2000年同大精神医学講座助教授を経て，08年岐阜大大学院精神病理学分野教授。専門は精神科診断学，パニック症，不安・気分障害，脳機能画像，災害精神医学など。

●まつなが・ひさと氏

1988年阪市大医学部卒後，同大神経精神医学教室に入局。向聖台会當麻病院，阪市大神経精神学教室助手，米国ピッツバーグ大精神科などを経て，99年阪市大神経精神医学教室講師。2010年より兵庫医大精神科神経科学講座主任教授。専門は神経症性障害（特に強迫性障害），うつ病など。

(1面よりつづく)

て，医療機関での検査の中でその存在が明らかとなり，紹介されてくるケースがあるのも特徴の一つです。

朝倉 他科から紹介されてくるケースとして，不安症では不安に伴う自律神経症状が強く生じるため，そうした身体症状の訴えでプライマリ・ケア医を受診された方が紹介されてくることもあります。

塩入 全般不安症（GAD）の方も，他科から紹介されてくるケースが多いですね。不安が強すぎて診察・治療に時間がかかってしまい，「もう勘弁してください」と精神科に依頼されてくる（笑）。社交不安症（SAD）はどうか。

朝倉 子どもの場合は，不登校など目に見える形で現れてこない限り，受診してくるケースはあまり多くはないと思います。典型的な発症年齢が10代半ばと早いため，対人関係がうまくいかないのは本人の性格傾向だと本人も家族も考えてしまいがちなのです。

松永 ですが，SADは40～50代ぐらいになって受診してくる人もいますよね。会社で昇進して人前であいさつをするような立場になったときに，自分はSADではないかと気付いて受診してくる方が少なからずいます。

朝倉 確かにそうしたケースもあります。実際，若い時期に発症していても，対人交流を避けるようにしてなんとか生活している人もいます。ですが，高校，大学，社会人……と年齢が上がっていく中で社会的な立場が変わり，それに応じて病態の重症度や適応レベルも変化していくため，どこかで破綻してしまうこともあります。中年期以降に受診してくるSADの方は，そのタイプでしょう。このようなSADの方に限らず，やはり不安症というのは行動上の問題が生じない限り，受診行動にはつながりにくい障害と言えます。

松永 そのあたりが，強迫が不安症とは分けられた理由の一つだと思うのですが，強迫は行動面から家族が異常に気付きやすいという特徴があります。半数近くに巻き込みと呼ばれる症状があり，家族に何度も保証を求めたり，自分の強迫行動を家族にも強要したり代行させたりするのです。結局，不安は個人の主観の問題ですから，客観的に異常を見つけることができ，家族が影響を受けやすいようなケースであれば，周囲が受診を促してくれます。

塩入 不安症群の認知度を上げていく必要がありますよね。学校の保健の授業などで，もっと不安について学ぶ機会を設けられるといいと思います。不安についての知識を身につけることで，自分の症状を当てはめて，病院に連れて行ってほしいと両親に訴えられるようになるかもしれない。そのためには，私たち専門家がもっと積極的に不安症についての啓発活動をしていかなければなりません。

他疾患の裏に隠れがちな不安を見逃さない

塩入 医療機関への受診というハードルを越えたら，次に重要になってくるのがどのように正しく診断をつけていくかという点です。半構造化面接でうつ病の外来患者を調べたところ，通常の診療ではSADを併存していると診断されたのは2.1%であったにもかかわらず，実際には3割以上の方がSADだったことがわかりました²⁾。やはり治療者にとっても，診断が難しい部分があるわけです。

朝倉 SADにうつ病を併存して，抑うつ症状を主訴に受診された場合，治療者が質問しないとSAD症状については訴えてこないことも多いです。私は生活歴を聞く中で，患者のストレス脆弱性や性格傾向も必ず確認するようにしています。初診の場面では現在の状態像を聞いた後に発達歴も聞くでしょうから，その中でSADに当てはまる症状についてもいくつか聞くという診察スタイルにすると，SAD症状も拾いやすくなると思います。

塩入 大学病院などであればある程度時間をかけることができますが，メンタルクリニックのように1日に何十人も診る場合には，なかなか難しいかもしれません。待合室で待っている間に自己記入式のチェックをやってもらい，その結果が高得点であれば少し詳しく話を聞いていくという方法も有効ではないでしょうか。

松永 私のところでは，DSM-IV-TRのSCIDスクリーニングモジュールをほぼ全例に実施し，面接の中で拾えるものはできるだけ拾うようにしています。

塩入 やはりまずは見逃さないこと，これに尽きますね。そして不安障害そのものは慢性疾患であり，長期化もす

れば再発もするため，治療を開始したら長期的に診ていく姿勢が求められます。その中で，薬物療法と認知行動療

薬物療法とCBTを用いて，真の意味でのリカバリーをめざす

塩入 薬物療法に関しては，選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）をはじめとする抗うつ薬が第一選択薬となっている他，最近の欧米のメタ・アナリシスでは，不安症の治療においてセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）がSSRIに勝るという結果が出ており，そちらにも注目が集まっています。

松永 SNRIではベンラファキシンが最近のトピックスの一つです。米国ではうつ病やGAD，SAD，パニック症（PD）などの治療で用いられており，日本では昨年うつ病・うつ状態への適応が認められました。不安とうつは密接な関係にありますから，うつを併存するような不安に対して期待ができるのではないかと興味深く思っています。**塩入** かつて薬物療法の中心であったベンゾジアゼピン系薬（BZD）は，依存や離脱症状といった問題が指摘されるようになり，あまり推奨されなくなりました。

松永 全ての患者さんに対して使用すべきではありませんが，BZDが必要なケースがあることは否定できません。私は，不安の強い人に対してSSRIが効くまでの間や曝露療法を行う際などに補助的に使用しています。**朝倉** 私も同様です。どうしても使用する場合には，診察の中で患者さんの話をきちんと聞きながら用量が増えていかないよう注意しています。用量が増え，服薬が長期間にわたると，いざやめようと思っても離脱症状などでやめにくくなるケースも生じてしまいます。大切なのは，「今は必要だから使うけれど，長く使う薬ではない」ということを最初にきちんと説明しておくことだと思います。

塩入 不安症の患者さんにとっては薬の変更も不安材料になりますから，最初の説明は重要ですね。PDなどは，確かに薬を使えば発作を止めることはできます。ただ，不安障害においてはやはり本人の考え方が重要になるので，CBTは絶対に欠かせません。例えば，「昔は旅行ができていたけど，今は新幹線に乗れないから旅行には行けません。でも，発作が収まったから満足です」というのは，本当の意味で治ったとは言えないと思うのです。

松永 「寛解とは」「リカバリーとは」という部分ですね。

塩入 ええ。寛解ではなく，“克服”することが大事だと思います。発病する前の行動範囲まで回復すること，先ほどの例で言えばまた旅行に行けるようになることがリカバリーなのではないでしょうか。

松永 おっしゃる通りだと思います。私は診察のたびに強迫の患者さんに

法（CBT）をいかにうまく使っていかかが鍵となるでしょう。

「逃げない」「繰り返さない」と言って行動の変化を意識付けるようにしています。行動が変われば，認知も変わります。

ところが実際には，生活に支障がない程度まで良くなれば，症状と共存してしまう人が多い。患者さんは寛解したことで得られる安定を宝物のように大切にしているので，「もういいです，これで十分です」と言って終わらせてしまうのですね。強迫に関して言えば，長期的予後研究でいったん寛解に至ったものの再発する確率は約50%とされています^{3～5)}。要するに，現状では寛解した方の半分は再発しており，寛解で満足してしまうことは，再発のリスクも伴うということなのです。

朝倉 不安という感情は生きていく上で必要な面もあるので，「不安障害の治療は不安を完全になくすことではない」ということもきちんと理解してもらう必要がありますよね。不安を完全になくすのはそもそも無理な話ですし，完全になくなってしまったらかえって危ないこともあります。

塩入 患者さんは，病的な不安も正常な不安もわからなくなっている状態にあります。ですから，「この不安は問題のない不安だ」ということを教えることが必要になります。

朝倉 不安障害の患者さんは，そのあたりが混乱していることがあります。ですから，治療者側が意識的に整理してあげるといいかもしれません。

松永 要するに，不安になることを恐れない。患者さんは不安になることを非常に恐れます。不安障害というのは患者さんにとっては強烈な体験ですから，その状態に戻りたくないという気持ちは理解できます。ですから，不安になることが病気や再発なのではなく，行動として過剰に反応してしまうことが問題であるということを伝えるようにしています。

塩入 不安障害を上手に診ていくには，治療者側が変に焦らないことも大切かもしれません。良いときもあれば，悪いときもある。とは言っても，病院に通わせ続けるのをよしとするという意味ではなくて，病気になる前後で行動に変化があったのであれば，それを元の状態まで戻し，寛解から回復，リカバリーを患者さんと共にめざしていくことが大切なのだとあらためて感じました。（了）

- 参考文献
- 1) Arch Gen Psychiatry. 1994 [PMID：8279933]
- 2) Am J Psychiatry. 2006 [PMID：16390886]
- 3) J Clin Psychiatry. 1999 [PMID：10362449]
- 4) J Psychiatr Res. 2006 [PMID：16904424]
- 5) J Clin Psychiatry. 2013 [PMID：23561228]

薬物選択の基準をまとめた指針

統合失調症薬物治療ガイドライン

統合失調症患者に対する薬物治療について，薬剤の選択や用量，投与期間などの基準をまとめた学会編集のガイドライン。初発時，再発・再燃時，維持期，治療抵抗性など疾患の段階・状態ごとに，「継続投与か，中止か」といった臨床家が判断に迷う状況について可能な限りエビデンスに基づいた対応策を提示する。本文は全編クリニカル・クエスチョン形式を採用。

編集 日本神経精神薬理学会

統合失調症薬物治療ガイドライン

日本の医療事情を踏まえた薬物療法指針，完成！

B5 頁176 2016年 定価：本体3,600円＋税 [ISBN978-4-260-02491-4]

医学書院

“脳と心”の両面から統合失調症を深く理解したい人のために

“脳と心”からみた統合失調症の理解

統合失調症診療・研究の第一人者による待望のモノグラフ。疾患概念や病態仮説の歴史的進展から神経生物学的研究の最前線までを平易に詳説。画像研究，認知神経心理学，精神薬理学，神経生理学，遺伝子解析など様々な角度からのアプローチにより，統合失調の本態に迫る内容。統合失調症を予後良好な疾患にすることを目指して長年診療・研究に携わってきた著者畢竟の書き下ろし。

倉知正佳

福島県立医科大学会津医療センター特任教授（非常勤）
富山大学名誉教授

脳心からみた統合失調症の理解

統合失調症を予後良好な疾患にするために

A5 頁304 2016年 定価：本体4,800円＋税 [ISBN978-4-260-02552-2]

医学書院

寄稿

入院医療中心から地域生活中心へ

精神障害者の地域移行をめぐる論点

吉川 隆博 東海大学健康科学部看護学科准教授・精神看護学

精神障害者支援を「入院医療中心から地域生活中心へ」と進めるため、本邦ではこれまで法制度の整備や見直しが行われてきた。2014年4月に施行された改正精神保健福祉法以降は、厚労省の検討会を中心に次の施策実現に向け議論が重ねられている。本稿では、精神障害者の地域移行をめぐる現状と課題を概説し、今後精神保健領域のめざすべき方向性について述べる。

早期退院と地域生活支援が新たな論点に

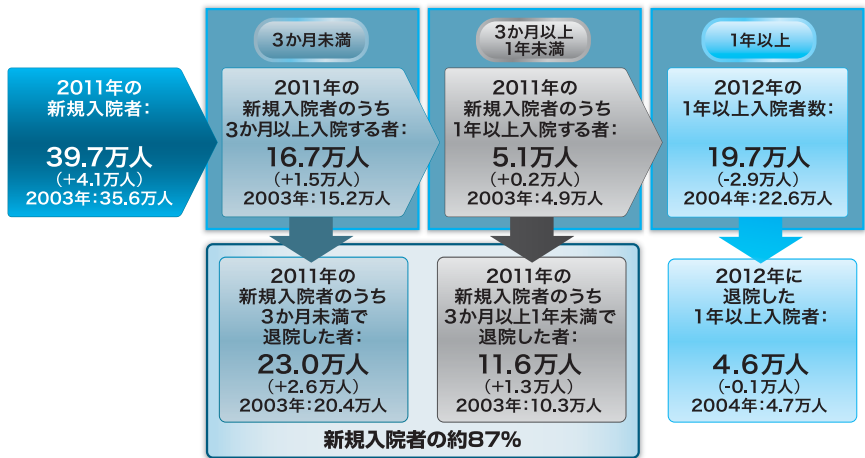
厚労省では2016年1月7日より、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」¹⁾が開催されている。目的は、改正精神保健福祉法の施行3年後の見直し（医療保護入院の手続きの在り方等）に向けた検討を行うことと、2014年7月に取りまとめた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」²⁾を踏まえ、精神科医療の在り方について検討するためである。

個別の議論は、それぞれ分科会を設けて行われている。「医療保護入院等のあり方分科会」（座長＝成城大・山本輝之氏）では、2014年の法改正で設けられた医療保護入院者の退院を促進するための措置について、また「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」（座長＝国立精神・神経医療研究センター・樋口輝彦氏）では精神障害者の地域生活を支えるための医療として、精神科デイ・ケア、精神科訪問看護、アウトリーチなどの医療機能について議論されている。

2014年度までの各種検討会では、精神障害者の地域移行推進の方策は、長期入院患者の退院後の住まいの場といった社会資源の確保と、障害福祉サービスにつなげるための手段を中心に検討されてきた。しかし今回の議論がそれまでと違うのは、「入院患者の早期退院と地域生活を支える」ための医療機能の在り方が主な論点となっていることである。

長期入院患者の発生が依然課題

今、精神科医療が取り組むべき喫緊のテーマは、2004年に策定した精神保健医療福祉の改革ビジョン「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策の実現である。諸外国が既に半世紀以上前に果たした精神医療改革であり、日本での実現には「長期入院患者」をいかに少なくするかが最大の



●図 精神科病床における患者の動態の年次推移（2011～12年）（文献3より作成）

課題となっている。

図の年次推移を見ると、これまでの長期入院患者の地域移行に向けた施策と臨床現場での地道な努力により、入院期間1年以上の長期入院患者のうち、4.6万人は退院（死亡退院を含む）している。ところが新規入院患者39.7万人のうち、3か月未満で退院する患者の23.0万人と、3か月以上1年未満で退院する11.6万人を合わせた34.6万人（約87%）は1年未満で退院しているものの、残りの5.1万人（約13%）は入院期間が1年以上に及び、新たな長期入院患者となってしまっている現状がある。つまり1年以上の入院者のうち退院した数（4.6万人）と同数以上の新たな長期入院患者が発生しているため、臨床における長期入院患者の課題はなかなか解決されていないのである。

地域完結型の精神科医療を

こうした現状を踏まえ、精神科医療にかかわる医療者は「新たな長期入院患者を生み出さない」との認識をより強く持たなくてはならない。それには身体科領域と同様、入院早期の段階で退院困難要因（退院支援を要する患者）を見極め、早い段階から退院調整に取り組む、入院が長期化しないようにすることが重要になる。長期入院患者の地域移行では、住まいの場の確保を含む福祉サービスにつなぐ支援策が重要視されたのと同様に、新規入院患者の退院困難要因も同様の課題を挙げる患者が少なくない。入院の長期化を防ぐためにも退院後の継続医療を視野に入れた支援が欠かせない。

そこで本邦の精神科医療・看護には今後、「地域精神医療」の体制づくりをどのように進めるかが問われることになるであろう。諸外国の例でも精神科病院の入院期間の短縮を促進し、精

神障害者を地域で支えるために必要とされる医療・看護を地域で提供できる体制が強化されている。国内の身体科領域では、「2025年問題」の対応に向け地域包括ケアを構築し、早期退院の実現と在宅医療・介護の充実化へと向かっている。精神科医療では地域での支援として、外来診療、訪問診療、精神科デイ・ケア、精神科訪問看護などの機能を有しており、それらの活用については、地域包括ケアの理念同様、入院医療と地域での継続医療を含めた「地域完結型医療」の方向性を持って検討する必要がある。

「地域で支える」への転換が生む、精神科医療の新たな展開

臨床では今も、入院患者の医療的な課題を入院治療で全て解決しなければ「退院は難しい」と判断される事例が少なくない。しかし、統合失調症のような精神疾患の特性を考えたり、再発・再入院を繰り返す患者の状況を考慮したりすると、入院治療で全ての課題を解決するのは容易ではなく、結果的に入院の長期化を引き起こす懸念がある。そこで医療機関には、「どうすれば退院できるか」という視点から「どうすれば地域で支えられるか」へと発



●きっかわ・たかひろ氏
2003年川崎医療福祉大学大学院修士課程修了（保健看護学）。精神科病院看護師として22年間勤務した後、岡山県立大、厚労省社会・援護局障害保健専門官、山陽学園大看護学部准教授を経て14年より現職。現在、厚労省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」構成員を務める。日本精神科看護協会業務執行理事。共著に『系統看護学講座 精神保健福祉』（医学書院）がある。

想の転換が必要であり、患者の医療的な課題は地域で継続して支える方向に積極的にシフトすることが求められる。

実現の過程では継続医療・看護で支える力を今よりも高めることも必要になるだろう。「地域で支える力」としては、診療機能、通所機能、訪問機能、相談機能などが挙げられる。既存の制度下で精神科デイ・ケアや精神科訪問看護等は活用されているが、今よりも医療ニーズの高い精神障害者を支えるには、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士などの多職種チームで、患者のアセスメント、支援の実施、評価・修正が行える体制が必要になる。さらには医療的な支援だけでなく、生活面も含めた包括的な支援が提供できるよう、生活を支える機能（福祉・介護サービス）を備えた多機能型の支援体制の整備も考えなければならない。もちろん新たなメニューをつくるばかりではなく、医療者らのマンパワーと医療財源が地域側に十分確保されるような制度づくりも欠かせないだろう。

今国会では、障害者総合支援法改正法案が2018年4月1日の施行をめざして審議されている。今後予定されている2018年度の診療報酬改定、介護保険制度改正、医療計画改定などに向けて、各種検討会においてはより具体的な議論が行われることを期待するとともに、施策がいち早く精神科医療の現場に反映されることが望まれる。

●参考文献・URL

- 1) 厚労省、これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会。2016。<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=321418>
- 2) 厚労省、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」とりまとめについて。2014。<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html>
- 3) 1) の第1回参考資料。http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihoukenfukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf

新刊 DSM-5準拠、高評と信頼を得た最高峰のテキストが大改訂!

カプラン
臨床精神医学テキスト
DSM-5® 診断基準の臨床への展開

第3版

KAPLAN & SADOCK'S
SYNOPSIS OF PSYCHIATRY
Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry, 11th Edition監修 井上令一 順天堂大学名誉教授/順天堂精神医学研究所所長
監訳 四宮滋子 しのみやクリニック
田宮 聡 姫路市総合福祉通園センター児童精神科

▶臨床精神医学のスタンダードテキスト、11年半ぶりに改訂。DSM-5®に準拠し、全面的に更新。治療薬は薬理活性と作用機序に従って分類し、薬力学、薬物動態、用量、有害作用、薬物相互作用を最新の研究に基づき記載。旧版同様に具体的な症例提示を広範に用いている。小児期の疾患は新しい診断カテゴリーを反映し、徹底して内容を見直した。新規に、徴候と症状に関する用語集を巻末に付録として追加。精神科医はもちろん、臨床心理士、ソーシャルワーカー、精神科看護師、その他精神保健関連職種に必須・必備の書。

好評“カプラン”シリーズ

カプラン精神科薬物
ハンドブック 第5版監修：神庭重信
監訳：山田和男・黒木俊秀

定価：本体5,800円＋税

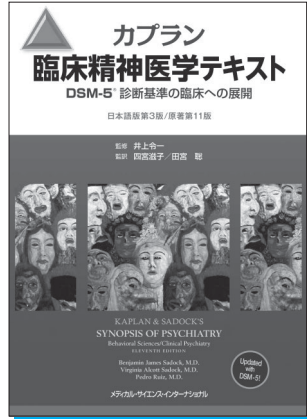
カプラン臨床精神医学
ハンドブック 第3版DSM-IV-TR 診断基準による診療の手引
監訳：融 道男・岩脇 淳

定価：本体6,800円＋税

カプラン臨床精神医学
Q&Aレビュー

監訳：融 道男・岩脇 淳・渡邊昭彦

定価：本体8,000円＋税



2016年5月末 発売

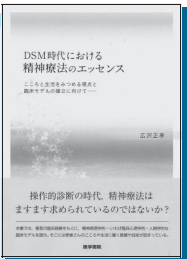
定価：本体20,000円＋税
B5変 頁1,672
図111 写真132 原色図13
ISBN978-4-89592-852-6

操作的診断の時代、個々の臨床の核づくりのために

DSM時代における精神療法のエッセンス

こころと生活をみつめる視点と臨床モデルの確立に向けて

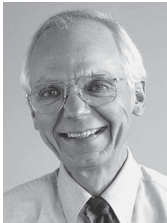
21世紀の現在、精神療法はその方向性を見失っていると言っても過言ではない。しかしどのような患者にとっても、その人に見合った社会適応的な自己像を獲得できるよう導いていくのが精神療法である。本書では、著者の臨床経験をもとに、うつ病、統合失調症、自閉症スペクトラム障害を対象に、精神病理学的・人間学的な臨床モデルを提示。操作的診断の時代だからこそ、精神科医にとって個々の臨床の核づくりが求められている。

広沢正孝
順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科 教授

寄稿

DSM-5 と精神医学的診察についての私見

ジェイムズ・モリソン 米国オレゴン健康科学大学 精神科客員教授



●James Morrison 氏
米国オレゴン健康科学大精神科客員教授、医学博士。『精神科初回面接』（監訳：高橋祥友、医学書院、2015）、『精神科診断戦略——モリソン先生のDSM-5®徹底攻略 case130』（監訳：松崎朝樹、医学書院、2016）、『モリソン先生の精神科診断講座』（監訳：高橋祥友、医学書院、2016）など、著書多数。精神医学的診断やDSM-5に関する考察や資料をウェブサイト(<http://www.jamesmorrisonmd.org/>)でも公開している。

今回、DSM-5 が生まれた米国において、DSM-5 がどのように受け入れられてきたかについて書いてほしいという依頼を受けた。これはまさに私が長年考え続けてきたことなので、もちろん喜んで書こうと思う。しかしこのテーマについて書くには、精神疾患一般についても解説しなければならない。というのも、DSM-5 は、診断・治療を受けるために私たちの下に受診してくる患者が呈する“精神障害”について取り上げているからである。担当する患者を真に支援するために、私たちはDSM-5 の使い方について熟知しておく必要がある。なお、DSM-5 を診断のバイブルと呼ぶ者もいるが、決してバイブルなどではない。

そもそも「異常」とは何か

精神障害はさまざまな定義が可能であるが、異常を障害とみなす一般的な定義は残念ながら正確でもなければ完全でもない。これは「異常」を十分に定義できる人がいないことが理由の一端にあるかもしれない（異常とは患者が普通ではないという意味だろうか？それだと、非常に知能の高い人は異常ということになる。では、患者の気分が良くないことを指すのか？それだと、躁病エピソードを呈する人の多くは、異常ではないことになる）。正常と異常の境界は個々の文化によってもある程度左右されることを考えると、精神障害の定義がいかに微妙な問題となり得るかがよくわかるであろう。

そこで、DSM-5 の著者らはどの診断を精神障害として含めるかを決める際、次のような定義を用いた。「精神疾患とは、精神機能の基盤となる心理学的、生物学的、または発達過程の機能障害によってもたらされた、個人の認知、情動制御、または行動における臨床的に意味のある障害によって特徴づけられる障害群である」¹⁾。

さらに2つの点について考える必要がある。まず、精神障害においては、いかなる症状も一般的な出来事に対して予想される以上の反応でなければならないという点である。例えば身内の死は悲惨ではあるが、ほぼ全ての人に起り得るため「通常」の経験である。宗教や政治上の狂信的な信条といった個人と社会の間に大きな葛藤をもたらす行動も、多くは精神障害とみなされないのも同様の理由からであろう。

もう一つ、精神障害は過程を取り上げているのであって、人間について描写しているわけではないということである。同じ診断を下されている患者でも、多くの相違点がある。パーソナリティ障害を考えてみると、どのような

追加の診断があっても、それぞれが呈する特定の症状や、患者の感情・行動とは関係のない個人の人生において、明らかに異なる側面が無数にある。

ある精神障害と他の障害、またある精神障害と「正常」の間にも明確な境はない。全ての双極性障害の病態はおそらく一連のスペクトラム上のどこかに位置しているのに、双極Ⅰ型障害と双極Ⅱ型障害の診断基準は両者を明確に識別している。

統合失調症や双極Ⅰ型障害といった精神障害が糖尿病などの身体的状態と識別できるのは、糖尿病の原因がわかっているからである。いずれは、多くの精神障害も遺伝、生化学、生理学などの何らかの身体的基盤によって起きていることがわかるだろう。しかし、現時点で精神障害の身体的基盤は判明していない。

医学モデルに依拠した診断に対する賛同と批判

本質的には、DSM-5 は病気の医学モデルに依拠している。もちろん、DSM-5 が薬物による治療を提唱しているという意味ではない。DSM-5 の診断基準の多くは、症状や兆候において多くの共通点を認める患者群について、科学的に研究する記述的作業から得られたものである。患者が一定の経過をたどり、治療に対して予想される反応を示すことと、生物学的血縁関係にある身内に同種の病気が生じる可能性が高いことが確認できて初めてその診断群に含めることができる。

わずかな例外を除き、DSM-5 は「何かが精神障害の原因である」という前提には立っていない。これが有名な「非論理的アプローチ」であり、大いに賞賛されると同時に非難もされてきた。その結果として、多様な学説を信奉する多くの臨床家が、DSM-5 を診断に用いるようになったのである。

一方、DSM-5 に関する批判の多くは、診断過程そのものに向けられている。支配の道具として診断をとらえる者もいれば、単に診断が多過ぎると不満を述べる者もいる。DSM-5 は日常的な問題にさえ病理を見いだそうとしていると批判する者や、著者らが大手製薬会社に籠絡されていて、顧客の関心を引こうとしているだけだと主張する者さえいる。さらに、DSM-5 は全体を構成する一部をとらえているにすぎず、現実の何かを表現しているのではないと、精神医学的診断そのものを批判する者もいる。常識的な人はこうした批判に同意することはないだろうし、公平な判断をする者であれば、次の点については同意できるだろう。明

白な病理の基礎が認められない診断を下したとしても、その診断は患者に利益をもたらすし、臨床家の評判を高めるような治療情報を得るのに役立つという点だ。これはDSM-5 だけでなく、1980 年に発表されたDSM-III以降の全ての版に当てはまる。

診断は改善されつつあるがまだ完全ではない

1980 年以前は公的に認められた精神障害の診断基準がなく、何の病気であるかの判断は臨床家に任されていた。治療や研究、他の臨床家との意見交換に使える基準がなく、混乱が生じていた。米国では、精神症状を呈する患者が統合失調症と診断される可能性が高いという悪評も立っていたが、これは残念なことに事実である。その結果、不必要に長期間の入院や、不適切な治療の実施といった恐ろしい出来事が生じた。

その後DSM-III が出版され、米国の精神医学における診断は確実に改善し、信頼に足る効果的な治療法を定められるようになった。しかし、それでも問題は残っている。診断の手引きを用いる上での一つの困難として、精神障害の恐ろしいまでの複雑さがある（たった一つの診断を下すために、11もの基準を満たさなければならないことさえある）。この複雑さには、政治的な問題も潜んでいる。例えばパーソナリティ障害小委員会は、最小限度の閾値を考慮する現行の基準を、個人と対人的な機能を次元的に評価する基準に改訂しようとした。しかし、米国精神医学会の理事会はこの試みに拒否権を発動し、付録に掲載するにとどめた。

DSM-5 の別の問題例を挙げよう。身体症状症は150 年前に単一症状のヒステリーとして扱われるようになった診断である。当時の診断は誰にでも当てはまる可能性があるものであったが、DSM-III では慎重に研究された診断体系によって、妥当な予兆を呈するごく一部の患者だけに下される診断として改訂された。しかし、DSM-5 では再び単一症状診断となったのである。これは多くの人に当てはまり、実用的ではない。DSM-5 の中で患者に害をもたらし得る領域であり、知識が豊富な臨床家は抵抗を示す点だろう。

DSM-5 を有効に使うために

DSM-5 には600 近いコード付きの診断（主診断は“わずか”157 数種）が掲載されている。まだ発見されていないが、今後掲載される他の状態があると私は考えている。診断は素人が行

うものではない。診断の手引きを持つことは、精神保健の臨床家に求められる面接技法、診断、他の多くの技法に関する専門的な研修を受ける代わりとはならない。診断とは、いくつかの症状が詰まった箱をあれこれといじくりまわす以上のことだとDSM-5 でも述べられているが、同感である。臨床の技を身につけるには、多くの精神科患者に関する教育、研修、評価の経験が欠かせない。

また、DSM-5 の診断基準は主として米国、カナダ、欧州における患者の研究から導き出されている。DSM は世界中で広く用いられ、有効性が証明されてきたが、記述されている精神障害が他の言語・文化に完全に応用可能であるかどうかは確かではない。

さらに、DSM-5 には法的拘束力がない。司法制度において用いられる定義は、しばしば科学的要求とは相對することをDSM-5 の著者らも認識している。したがって、DSM-5 に基づいて精神障害を認めるからといって、患者が罪や行動に関する他の拘束を免れることにはならないかもしれない。

最後に、診断の手引きの有用性は、それを用いる人にかかっているとも言える。私が医学部時代に慕い、研修後に最初の雇い主となったジョージ・ウィノカーは、その晩年に当時のDSM（DSM-III-R）が診断の一貫性を効率的に保証したことを調べ、短い論文にまとめた。その結果、同じ機関で働いていて同様の診断的アプローチをする臨床家の間でさえ、問題が存在することが明らかになった。ウィノカーは誤った診断基準の解釈や誤解に特に注目した。そして、「“バイブル（聖書）”は私たちに行動を指示するかもしれないが、診断基準はそうではない。DSM-III-R は以前よりもはるかに良い基準だが、完全というには程遠い」と結論を下した。この見解はDSM-5 にもそのまま当てはまるだろう。

筆を置く前に、私の3冊の著書を翻訳してくださった訳者の方々には心から感謝を述べたい。私の考えが日本語に翻訳され、患者の診断や治療の一助となれることを光栄に感じている。

訳：高橋 祥友（筑波大学医学医療系 災害・地域精神医学教授）

●参考文献

1) American Psychiatric Association. 日本精神神経学会日本語版用語監訳。DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院；2014.

Dr.Morrison 3部作

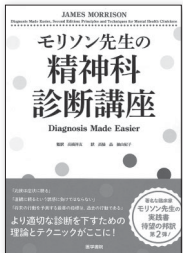
◎精神科診断の考え方をこれほどわかりやすく解説した本があったらどうか？

モリソン先生の精神科診断講座 Diagnosis Made Easier

監訳 高橋祥友・訳 高橋 晶・袖山紀子

精神疾患の診断の基本的な考えから個別の精神症状の診方といった実践的なテクニックまでを幅広くまとめた入門者向けテキスト。精神症状から疾患を絞り込むためのフローチャート「ディビジョンソリー」も随所に収載。

●B5 頁288 2016年 定価:本体4,500円+税
[ISBN 978-4-260-02490-7]



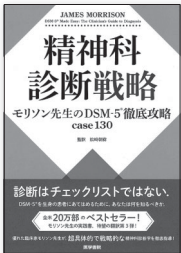
◎全米20万部のベストセラー遂に翻訳！
戦略的な精神科診断を徹底指導

精神科診断戦略 モリソン先生のDSM-5®徹底攻略 case130

監訳 松崎朝樹

シリーズ累計20万部のベストセラーが遂に翻訳！「Dを見逃すな！」「マリーを診断せよ」など、モリソン先生の面白くて役に立つ、超具体的な診断学講義。

●B5 頁664 2016年 定価:本体6,000円+税
[ISBN 978-4-260-02532-4]



◎患者と医師は出会いが肝心！

精神科初回面接

好評既刊

監訳 高橋祥友
訳 高橋 晶・今村芳博・鈴木吏良

精神科診療の「初回面接」をテーマに、その基本的な心構えから実践的なテクニックまでを幅広くまとめた。具体的な声掛け・会話の例を随所に織り交ぜながら解説する。

●A5 頁544 2015年
定価:本体4,500円+税
[ISBN 978-4-260-02212-5]



寄稿

災害時栄養サポートチームの必要性
熊本地震での“食べる支援”活動から

前田 圭介 玉名地域保健医療センター摂食嚥下栄養療法科・NST チェアマン

熊本地震はM6.5の前震（2016年4月14日）と、M7.3の本震（同4月16日）を中心とした一連の災害です。住宅被害が最も大きかった益城町は熊本市の東に隣接し、熊本空港や高速道路のインターチェンジなどを持つ交通の要衝です。本稿では、私たちが益城町をはじめとする被災地で、なぜ・どのように早期に“食べる支援”を始めたのか、そしてなぜこの活動から災害時栄養サポートチーム（D-NST）の必要性を確信したのかについて記したいと思います。

“食べる支援”は避難所での高齢者ケアの軸となる

私の専門は高齢者の栄養障害と摂食嚥下障害です。これらの障害の予防やケア（医療・介護的介入含む）には、多面的で包括的な取り組みが重要だと考えられています¹⁾。

災害時には、日常生活の中で知らず知らずのうちに行われていた高齢者ケア（歯磨き、水分摂取、体操、ご近所さんのおしゃべり、食事形態の調整など）が突然途絶えてしまいます。その上、避難所内が混乱している避難生活の初期には、「難なく自分で何でもできる人」に支援物資や食料が届きやすく、高齢者等災害弱者への配慮が向きにくくなります。

被災地での頻度が高く、被害レベルと強い関連が報告されている災害後肺炎²⁾や、脱水・低活動から引き起こされる血栓症は“食べる支援”を通じた多面的で包括的なケアによって予防できる可能性があります。つまり、避難所での高齢者ケアは“食べる支援”を軸にすると取り組みやすいのです。

発震からわずか4日で始動した多職種摂食サポートチーム

前震が発生した14日、私は東京にいました。講演後の懇親会中に、目の



●写真 本震のあった4月16日、熊本市内の避難所で結成した口腔ケアチーム。

摂食嚥下障害者の経口摂取への移行と維持を支える評価と技術を包括的に解説！

口から食べる幸せをサポートする包括的スキル

KTバランスチャートの活用と支援

臨床実践から生まれた「KT（口から食べる）バランスチャート」での包括的な評価をもとに、摂食嚥下障害者になるべく早期に口から食べる幸せを取り戻すための支援技術をわかりやすく解説。13項目から成る「KTバランスチャート」は、簡便かつ実践的で、患者の持つ強みを活かしつつ弱い部分のステップアップをはかるためのツールとなる。経口摂取への移行だけでなく、経口摂取維持に向けた継続的な評価としても活用できる。

編集 小山珠美
NPO法人口から食べる幸せを守る会理事長

●表 熊本地震摂食サポートチームの活動

- ◆活動内容：口腔ケア、摂食支援、姿勢調整、活動量確保、食形態調整、水分ゼリー・栄養補助ドリンク類の直接手渡し、医療班・避難所運営者・担当保健師・担当栄養士との情報交換と調整、自衛隊食料班とのお粥炊き出し調整ほか
- ◆介入した避難所（数）：益城町（6）、大津町（2）、西原村（3）、南阿蘇村（5）、熊本市（13）
- ◆物資支援：水分ゼリー手渡し1,728本以上、栄養補助ドリンク類手渡し1,248本以上、口腔衛生材料多数、介護食多数ほか
- ◆活動期間：4月15日～17日（前活動）、4月18日～27日（本活動）、4月28日以降（個人活動）
- ◆活動メンバー（人数）：医師（3）、歯科医師（3）、看護師（7）、管理栄養士（1）、言語聴覚士（2）、理学療法士（1）、歯科衛生士（2）、フードケア（1）、社会福祉士（1）
- ◆事務局（人数）：医師（1）、社会福祉士（1）（玉名地域保健医療センター）

前にいた歯科医師の内宮洋一郎先生（戸田歯科）から「熊本で大きな地震があったようですが……」と聞いたのが最初の情報です。急ぎよ帰宅便を変更し、熊本空港に運良く戻って来られたのが翌日の午前10時。帰宅してすぐ、肺炎予防の3つのコツ（口腔ケア、水分・栄養摂取、運動）を書いたピラを作り、自家用車に自転車車を積んで益城町方面へ向かいました。渋滞を避けるため途中の歯科医院に駐車させていただき、そこからはヘルメットを被って自転車で益城町に入り、6つの避難所でリスクが高そうな高齢者にピラを渡しながら肺炎予防の説明をして回りました。

本震のあった16日（発震2日後）も益城町で活動する予定でしたが、未明に本震に襲われました。熊本城から2kmの自宅で私自身も被災し、避難所生活者となったのです。そのため熊本市内の避難所回りに活動を切り替え、10か所で続発症予防の啓発を行いました。また、自身の避難所でもボランティア看護師さん4人と共に避難所内口腔ケアチームを作り、夕方には高齢者ケアを始めました（写真）。

続く17日はFacebookで全国の仲間に応援依頼・支援物資依頼を行いながら、玉名地域保健医療センターの同僚2人と一緒に益城町入りし、3人で口腔ケアをして回りました。

そして18日、東日本大震災以来被災地での“食べる支援”を続けている「チームふるふる」のリーダーである古屋聡先生（山梨市立牧丘病院）と合流。益城町の特別養護老人ホーム「ひろやす荘」のご厚意で前線基地となる場所を借りることができ、この瞬間をもって熊本地震摂食サポートチームが正式に始動しました。古屋先生の迅速な行動が、わずか発震4日目での組織立った活動につながったのです。

翌19日からの活動の主体は、避難所のフロアで直接ケアを提供する“実践”。私たちが行った“食べる支援”は多面的で包括的なアプローチです。

食べるための口を作ること（口腔保清や口腔機能維持）、誤嚥リスクを最小限にする姿勢、日常的な活動性、適切な食形態の指導、水分・栄養量管理など、食べる支援は一つのケアでは完結しません。震災によって突然ケア空白地帯に放り込まれた高齢者には、これら全ての支援を同時に行う必要があります（表）。

ちょうど2015年9月に書籍『口から食べる幸せをサポートする包括的スキル——KTバランスチャートの活用と支援』¹⁾を刊行したばかりでした。この書籍で提案している“KT（口から食べる）バランスチャート”は、摂食の専門職だけでなく介護職や一般の人でも評価でき、介入すべきテーマが視覚的にわかりやすく作られています。今回私たちの声掛けに応じて素早く駆けつけてくれた医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士などから成る急造の多職種チームでも、共通言語として十分に活用できました。

災害避難所のフロアでこそD-NSTによる直接支援が必要

災害の早期には、ケアが必要な高齢者など、災害弱者への配慮が行き届きにくいということを今回の震災であらためて実感しました。ケアが行き届かない高齢者への“食べる支援”は、私がライフワークにしている栄養サポートチーム（NST）に通じるものがあり



害と栄養障害を専門に診療と臨床研究を行っている。

●まえだ・けいすけ氏
1998年熊本大学医学部卒。
2005年よりへき地病院、急性期病院、介護施設、回復期リハビリテーション病院等で診療、11年より現職。13年よりたまな在宅ネットワーク事務局長。高齢者の嚥下障

ます（注：当院のNSTは栄養ルートと栄養剤の判断だけではなく、栄養障害とそのリスク全般に介入し、身体機能、摂食嚥下障害へのアプローチも行っています）。

災害早期の避難者は急性ストレス・摂食量不足・活動量低下の状況にいますので、この時期の食べる支援は急性期病院でのNSTに似ています。また、もともと介護や他者から支援が必要であった人へ行く続発症予防のための食べる支援は、生活期のNSTに似ています。さらに、包括的に食べる機能にアプローチするという意味ではフレイル・サルコペニア高齢者の摂食嚥下リハにも通じるものがあります。急性期や生活期のNST、高齢者の摂食嚥下支援にいくつもの良好なエビデンスがあることを考えると、災害時のNSTも良好な予後への寄与が期待されます。

私たちは今回、D-NSTという概念を提唱し、食べる支援が必要な人に、災害早期にケアを届ける必要性を示しました。D-NSTの行うケアの多くはスペシャルニーズを対象としたものです。スペシャルニーズへのケアは、医療職が対象者を直接支援する、手渡しする等の方法でなければ届かないということも実感しました。しかし、混乱期の避難所フロアでケアを提供している医療職は皆無です。避難所運営が混乱しているこの時期には災害弱者のニーズは拾い上げにくく、対応されにくいのです。D-NSTは可能な限り早期に、可能な限り包括的に支援するチームとしてフロアレベルで活躍するチームであるほうが良いでしょう。

●参考文献

- 1) 小山珠美編. 口から食べる幸せをサポートする包括的スキル——KTバランスチャートの活用と支援. 医学書院；2015.
- 2) Matsuoka T, et al. The impact of a catastrophic earthquake on morbidity rates for various illnesses. Public Health. 2000；114（4）：249-53. [PMID：10962585]

MEDSiの新刊

揃えて読めば理解も深まる！臨床直結のストール本

精神科治療薬の考え方と使い方

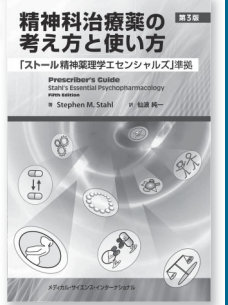
第3版

「ストール精神薬理学エセンシャルズ」準拠

Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology, 5th Edition

●訳：仙波純一 さいたま市立病院 精神科部長 ●定価：本体11,000円＋税
●B5変 ●頁868 ●色図12 ●2016年 ●ISBN978-4-89592-842-7

「ストール精神科治療薬処方ガイド」5年ぶりの改訂、改題。基礎的な薬理学について扱う「ストール精神薬理学エセンシャルズ」の姉妹書で臨床実践に焦点を当て、136の治療薬の理解を深める考え方と臨床に即した使い方を提示する。ストールの簡潔で鮮やかな記述、オールカラーで見やすく調べやすい構成は引き継がれ、新薬の追加や副作用の記述等を中心に内容をアップデート。日本での「商品名」「適応」「投与方法」「警告・禁忌」付き。



好評“ストール”関連書籍



ストール精神薬理学エセンシャルズ

第4版

神経科学的基礎と応用 Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, 4th Edition

●監訳：仙波純一・松浦雅人・太田克也 ●定価：本体12,000円＋税



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

●訳：仙波純一 ●定価：本体4,600円＋税

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.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 鳳鳴ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

ここが知りたい！ 高齢者診療のエビデンス

高齢者は複数の疾患、加齢に伴うさまざまな身体的・精神的症状を有するため、治療ガイドラインをそのまま適用することは患者の不利益になりかねません。併存疾患や余命、ADL、価値観などを考慮した治療ゴールを設定し、治療方針を決めていくことが重要です。本連載では、より良い治療を提供するために“高齢者診療のエビデンス”を検証し、各疾患へのアプローチを紹介します（老年医学のエキスパートたちによる、リレー連載の形でお届けします）。

第3回

認知機能低下，運転は大丈夫？

玉井 杏奈 台東区立台東病院 総合診療科

症例

軽度認知機能障害と診断されている83歳男性の娘が、「父親に運転をやめさせたい」と相談に来た。男性は60歳の定年時まで車で通勤しており、現在も買い物や囲碁の集まりには車を使用している。しかしながら、車線変更で衝突しそうになる、歩行者に気付かないといった出来事が相次ぎ、同乗する妻が恐怖を訴えている。

ディスカッション

- 高齢者の運転に関する危険とは？
- 認知機能低下を疑うケースでは、運転はやめさせるべき？
- 運転継続可能かの判断基準は？

近年、高齢者のかかわる交通事故がメディアでも多く取り上げられ、その危険性が認知されるようになった。高齢者の自動車運転継続に関して、医師が意見を求められる機会もますます増加していだろう。そこで今回は、高齢者の自動車運転に関するエビデンスを整理したい。

75歳以上の死亡事故件数割合は75歳未満の約2.6倍

免許保持者10万人当たりの死亡事故件数は、75歳未満が4.1なのに対し、75歳以上では10.5と、約2.6倍に上る¹⁾。特に交差点や合流地点など、同時に多くの情報を処理しなければいけない場面に集中する²⁾。しかしながら、ハイリスクと考えられる高齢者が自主的に運転を中止するとは限らない。米国の前向き研究によると、運転中に事故を起こし救急を受診した高齢者のうち、6週間後の調査で運転をやめたと回答したのはわずか4%であったという³⁾。

日本では、75歳以上の運転者は3年ごとの免許更新時に認知機能検査が課されている。2015年にはさらなる事故の減少をめざして道路交通法が改正され、道路の逆走といった認知機能の低下が疑われる違反を行った運転者に対しては、臨時の認知機能検査が義務付けられた。ところが、認知機能の低下した高齢者による運転の安全性の担保や事故率の低下を評価する方法はまだ存在しないのが現状である⁴⁾。

認知機能と運転能力は必ずしも関連しない

認知機能低下のリスク因子として知られる心疾患や糖尿病の患者を対象とした縦断研究において、MMSE（Mini-Mental State Examination）の点数と将来の事故率は相関を示していない⁵⁾。運転技能との相関がより強いと考えられる検査として、視覚情報の処理速度も計測するTMT（Trail-Making Test）が挙げられるが、認知機能障害がないケースでも10人中9人の割合で運転中止すべきと判定される可能性があることから単独使用は適さないとされている⁶⁾。また、認知症患者であっても長期的・日常的に運転をしていれば、運転能力が比較的保持されるケースも認められる他、男性は女性と比較して運転能力の自己評価が高く、認知機能低下が進行するまで運転をやめない傾向にあり、社会的役割の性差も影響する可能性がある⁷⁾。このように、運転能力に影響を与える因子は視力、視野（特に有効視野）、聴力、反応時間や運転操作に必要な筋力など多岐にわたる（表）。したがって、認知機能だけで運転継続のリスクを推測することはできない。

●表 高齢運転者において運転能力に影響する因子²⁾

- 認知機能（特に情報処理スピード、実行機能など）
- 視力、有効視野、コントラスト、明暗順応
- 聴力、振動覚
- 注意力
- 反応時間
- ブレーキ・アクセル等の操作に必要な筋力、可動域、協調性
- ポリファーマシー
- 睡眠障害
- アルコール

実際には健康状態の悪化以外にも、経済的な理由や生活環境の変化なども運転の中止原因となり得るし、医師の勧めや家族の介入が中止の契機となることもある⁸⁾。視覚障害を自覚した高齢者は、運転を日中に限定するなどの代償行為を行うか、中止を選ぶことが多いのに対し、認知機能が低下した高齢者ではこの傾向はあまり見られない。MMSEが23点以上の高齢者を5年間フォローしたスタディでは、年齢や身体能力の他に、情報処理スピードの低下が運転中止に結び付くことが多いと判明したものの、認知症などで病識や判断能力が低下している場合は、この限りではないかもしれない⁹⁾。

運転継続が可能かは、さまざまな要因を総合的に判断せざるを得ない。シミュレーターなどを使用し、客観的な評価を外部に委託することも有用であろう。なお、直近2年間の交通事故歴やうつ病の既往、直近1年間の転倒歴は、事故率との相関を認めることがわかって³⁾いる。同乗者が変化を感じている場合も無視してはならない要素であろう。高齢者の安全運転を担保するために、道路自体の整備、自動ブレーキやバックモニターなどの装備や各種運転トレーニングの考案も進められており、今後はこうした介入が事故率の低下につながることを示す質の良いエビデンスが期待される²⁾。

運転中止はうつ症状と関連あり！必ず代替手段の準備を

公共交通機関が未発達な地域では、運転の中止は社会的自立の喪失に直結する。運転の中止はうつ症状のリスクを高めることがほぼ明らかとなっている他、認知機能の低下や、長期療養施設への入所率・死亡率の上昇との関連性を示唆するデータまである⁸⁾。ただし、運転中止のそもそもの誘因として全身状態の悪化が考えられることから、直接の因果関係が明確とはいえない。それでも、生活やQOL維持の観点から、代替手段の検討は理にかなう。

2013年に要介護状態の家族（平均年齢83歳）を持つ介護者に対して行われた調査によると、免許保持歴のある認知症患者のうち、66%が既に免許を返納していた。運転という手段を失った認知症患者の外出を容易にするには、出掛けやすい場所・機会の提供、無料バスの整備、タクシー代の支給、バリアフリー環境の整備などが有用である¹⁰⁾。最近では、スーパーの無料配送サービスやタクシーの割引など、免許返納を促す仕組みを整える自治体も出てきている¹¹⁾。運転を中止する際には、公的資源の利用を含め、本人・家族との十分な話し合いが必須である。たとえ公共交通機関の発達した地域であっても、認知機能が低下してから利用法を学習することは困難なため、早期から代替手段の利用に慣れるよう働き掛けたい。

症例その後

病歴から、1年前に物損事故を起こしていたことが判明した。長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）では30点中21点、MMSEでは30点中19点と、1年前からわずかに悪化し、特に短期記憶や実行機能の低下を認めた。さらに緑内障による末梢視野異常も判明し、通院治療を開始した。本人と話し合い、買い物には娘の運転で週に一度連れて行ってもらうこと、囲碁の集まりには循環バスの利用を練習することとし、免許返納を決めた。

クリニカルパール

- ✓ 認知機能と運転能力は必ずしも関連せず、最近の事故歴などが強力な事故予測因子である。
- ✓ 運転能力は多因子が影響し、ハイリスクなケースを検出するのに有効な絶対的検査は存在しない。
- ✓ 運転の中止はうつ症状や社会性の低下などに関連がある。中止する際には、公的資源を含めた代替手段の検討が必要である。

【参考文献・URL】

- 1) 警察庁交通局運転免許課。道路交通法の一部改正について——75歳以上の高齢運転者に係る交通事故の現状について。2015年10月13日。http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/07.pdf
- 2) Gerontology. 2014 [PMID : 23989044]
- 3) J Am Geriatr Soc. 2015 [PMID : 25597573]
- 4) Cochrane Database Syst Rev. 2013 [PMID : 23990315]
- 5) J Am Geriatr Soc. 2014 [PMID : 25040793]
- 6) BMC Geriatr. 2014 [PMID : 25420615]
- 7) J Am Geriatr Soc. 2014 [PMID : 25371138]
- 8) J Am Geriatr Soc. 2016 [PMID : 26780879]
- 9) J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2008 [PMID : 18332196]
- 10) J Am Geriatr Soc. 2015 [PMID : 25800919]
- 11) クローズアップ現代。No.3527 運転し続けたい——高齢運転者事故の対策最前線。2014年7月8日放送。http://www.nhk.or.jp/gendai/articles/3527/1.html

一言アドバイス

- 運転中止は早い段階からの介入が有効。本人のためでなく、事故に巻き込まれ得る人に焦点を当て、どうしたら運転を中止するのか、そして中止後の代替手段について家族も交え協議する。あらかじめ中止基準（Neurology. 2010 [PMID : 20385882]）を定めておくことで、家族内のわだかまりも回避し得る。（関口 健二/信州大病院）
- 患者の自己決定権・QOLと、患者・社会安全の狭間での難しい問題。MMSEのみでは運転能力の予測はできないものの、自己決定能力の一定の指標（MMSE 20点未満で自己決定能力に疑問（JAMA. 2011 [PMID : 21791691]））になるため、参考にしたい。（許 智栄/アドベンチストメディカルセンター）

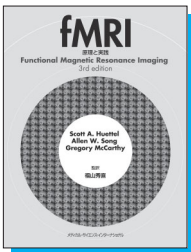
脳科学研究者必備のオンリーワンテキスト日本語版が完成!

新刊

fMRI 原理と実践

Functional Magnetic Resonance Imaging, 3rd Edition

▶ fMRI (機能的磁気共鳴画像法) のスタンダードテキスト。撮像原理から説き起こし、実践応用まで網羅。実験デザインや統計解析を踏まえ、どのようにデータを得て、かつ実験・研究を進めるかを、実験例を多用し説明。重要概念や鍵となるトピックを解説したボックスと豊富なカラー図版を配し、重要用語の解説も充実。脳の研究に関わる倫理的な問題についても言及。初学者から専門研究者まで必携必備の書。



監訳：福山 秀直 京都大学学際融合教育研究推進センター 特任教授

定価：本体12,000円＋税
A4変 頁576 図352 2016年
ISBN978-4-89592-854-0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1-28-36TEL.(03)5804-6051
FAX.(03)5804-6055http://www.medsi.co.jp
Eメール info@medsi.co.jp

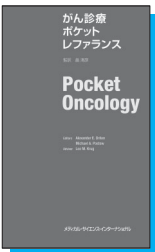
プロフェッショナル専用! がん診療最強の“備忘録”

新刊

がん診療ポケットレファランス

Pocket Oncology

▶ 近年脚光を浴びている米国のがん専門病院、スローン・ケタリング記念がんセンター（MSKCC）の医師による、「ボケレフ」シリーズ第5弾。がんに関わる基礎から薬理学、緩和ケアなどをテーマとした総論から、部位別の各論まで、がん診療全体を網羅。見開き完結を基本とし、箇条書きにて簡潔かつコンパクトにまとめる。がん診療に関わる医師、研修医にとって最強、最適な備忘録。



監訳：島 清彦 公益財団法人がん研究会有明病院血液腫瘍科部長

定価：本体4,500円＋税
B6変 頁360 図89 2016年
ISBN978-4-89592-859-5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1-28-36TEL.(03)5804-6051
FAX.(03)5804-6055http://www.medsi.co.jp
Eメール info@medsi.co.jp

Medical Library

書評新刊案内

災害時のメンタルヘルス

酒井 明夫, 丹羽 真一, 松岡 洋夫 ●監修
大塚 耕太郎, 加藤 寛, 金 吉晴, 松本 和紀 ●編

B5・頁268
定価:本体3,200円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02435-8

評者 塩入 俊樹
岐阜大大学院教授・精神病理学

1995年1月17日の阪神・淡路大震災を契機として、災害時の「こころのケア」が本格的に行われたのは、2004年10月23日の新潟県中越地震である。当時、新潟大に所属していた評者は、災害精神医学という未知の分野に飛び込み、今でも旧山古志村に定期的にお邪魔している。そういう経緯で、本書の書評という大役を命じられたものと思う。

本書を開いてまず驚いたのは、総勢73人という執筆者の多さである。災害精神医学という領域がクローズアップされてきているだけでなく、全ての執筆者が第一線の専門家であり、これほど多くの専門家が東日本大震災にかかわっていることに、正直、感動を覚えた。

次に目次を見て、その内容の多さ、濃さに感心した。本書268ページには、9つの章、そしてその中に70以上の項目がある。災害時のメンタルヘルスの必要性から始まり、直後・急性期における支援について、サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）や惨事ストレス、メディア対応や災害派遣精神医療チーム（DPAT）など、さまざまな角度から十分に記述されている。さらに、認知行動療法やサイコロジカル・リカバリー・スキル（SPR）など、実際の介入方法から、子どもや高齢者、原発災害など、特に注意すべき支援対象についても、それぞれ独立した章を作って詳細に述べられている。もちろん中・長期の支援についても、阪神・淡路大震災の経験を踏まえて書かれて

いる。つまり本書は、災害時の「こころのケア」の総論から各論まで、最新の内容も含めてよくまとまった良書と言えるよう。

特に、最後の第9章は、最大の特徴である。それは「実践編」と称

して、東日本大震災で、いったいどんなことが行われていたのか、34の専門機関、専門チームがそれぞれの実際の活動とその問題点を赤裸々につづっている。石巻市内で急性期のこころのケア活動をさせていただいた5年前のことを、鮮明に思い出した。本書の序において、監修のお一人である松岡洋夫教授（東北大大学院・精神神経学）が「今回の震災の経験をまとめて、それを後世に伝える作業が必要」（p.V）と述べているように、この章が本書の目的の1つであることは間違いない。震災から5年が過ぎた今、われわれ精神医療に携わる全ての者には、第9章を精読し、これをそれぞれの心に「宮古市の大津浪記念碑」、さらには「陸前高田市の奇跡の一本松・希望の一本松」として留めておくことが求められている。

2016年4月14日、熊本地震が起きた。この書評を書いている間にも被災地に入り「こころのケア」活動をしている諸先生方に敬意を表したい。本書は、災害立国である日本に住む精神医療従事者には必読の書である。最後に、「わが国の災害精神医学のバイブル」とも言える本書を、執筆・編集・監修された関係者の皆さま方に御礼申し上げます。

モリソン先生の精神科診断講座 Diagnosis Made Easier

James Morrison ●原著
高橋 祥友 ●監訳
高橋 晶, 袖山 紀子 ●訳

B5・頁288
定価:本体4,500円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02490-7

評者 石丸 昌彦
放送大教授・精神医学

掛け値なしに面白く、しかもためになる本というものはそう多くないが、本書はそのまれな一冊であること請け合いである。自分の志した精神医学は、こんなふうに豊かで魅力的であったのだと思い出させてくれる。

多言を弄することによってかえって薄っぺらく見せてしまうのは本意ではないが、あえて言語化するなら以下のようなことである。

本書は三部構成で、順に「診断の基礎」「診断の構成要素」「診断技法の適用」から成る。

第Ⅰ部「診断の基礎」は、臨床的思考の筋道を丹念に示す。症状・兆候・症候論といった基礎概念が明確な定義とともに順次導入され、ディシジョン

ツリーへと組み立てられていく。同時に「兆候は症状に勝る」「直観に頼るといふ誘惑に負けてはならない」といった金言・箴言が次々と示され、それらがページごとにふんだんに提示される症例にこよせて解説されることで、生き生き躍動しながら頭に入ってくる。方法論的基礎を叩き込む第Ⅰ部である。

第Ⅱ部「診断の構成要素」は原題に“The building blocks of diagnosis”とある通り、生育歴・家族歴・身体疾患・精神機能評価といった情報のブロックから、いかに患者の全体像を再構成するかを論じる。そのような内容ゆえに症例はアメリカ社会の諸相を広く点描し、読み物としても相当に豊かなものになっている。イメージを立体化する第Ⅱ部である。

精神科診断戦略 モリソン先生のDSM-5®徹底攻略 case 130

松崎朝樹 ●監訳

B5・頁664
定価:本体6,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02532-4

評者 上島 国利
昭和大名誉教授

精神科臨床において正しく的確な診断は最重要課題である。妥当な診断こそ適切な治療に結び付き、さらには各障害の病態生理の解明に寄与するからである。

症候の記述を重視する操作的診断基準DSMも、今や米国の基準という枠を越えて世界水準の診断基準となり、DSM-5の邦訳は2014年に刊行された。

本書は、大学や個人のクリニックで多数の患者の診断や治療の経験を持つモリソン先生が、精神科領域で働く全職種の人々がDSM-5をより効果的に活用することにより、正しい診断にたどり着くことを願って執筆したものである。その構成をみると、DSM-5のほぼ全ての項目に関して一定の方式に従って解説がなされている。モリソン先生は「私ならではの仕掛け」と称していくつかの工夫をしているが、第2章「統合失調症スペクトラム障害群」を例に取り順次読み進むと、以下のようになっている。

章の冒頭の「クイックガイド」では、診断要点や同様の症状を呈する疾患が記載されている。「はじめに」では、主症状、歴史、環境などを扱う。妄想、幻覚、連合弛緩、異常な運動行動、陰性症状などである。また他の障害との違いは、DSM-5の採用している異なるタイプの精神病を区別するための四つの要素、つまり症状、経過、転帰、除外診断に従い解説される。経過に関しては持続期間が6か月以上であることを説明し、さらに以前の経過、病前性格、残遺症状も考察する。除外診断は、身体疾患、物質関連障害、気分障害が挙げられている。DSM-5にはないその他の特徴として家族歴、治療反応性、発症年齢にも注目している。

次いでその障害群に属する個々の疾患を解説しているが、例えば統合失調

症については基本的パターン、頻度、慢性化、重症度、管理、認知機能の低下、情動の不安定性、病識の欠如、睡眠の不安定、物質の使用、自殺について述べられている。「ポイント」は典型的疾患像であり、モリソン先生は典型例との比較はDSMの診断基準より有効なこともあると言うほど重視している。「注意事項」は「Dを見逃すな!」とあり、「Duration（期間）」「Distress or Disability（苦痛と障害）」「Differential diagnosis（鑑別診断）」の三つのDへの注意喚起がなされている。そして典型例三例を紹介し、それぞれ症

状をDSM-5の診断基準に照合し、また鑑別診断を慎重に行い、最終的に診断分類している。

本書では130例の症例が呈示されており、基本的背景知識を基に診断を進め、モリソン先生の解説を踏まえて最終診断を確定する過程を繰り返すことで、診断能力の向上に役立つ。経験の浅い医療者にとっては妥当な診断に至る重要な道程を学ぶこととなり、ベテランにとっては自らの診断の再確認に役立つ。

精神医学の特徴として、患者自身の体験や確信の内容を治療者が症状把握し記述することにより診療が成り立っていることが多い。この人間の心的機能の異常を個々に記述していく立場が記述的精神病理学であり、日常臨床において治療者は、丁寧、懇切な治療態度で患者と一定の信頼関係を築き、正確、良質な情報を得る必要がある。このようにして把握した症状をDSM-5の基準に当てはめることにより診断は成り立つが、それには、治療者の精神病理学的素養や見識の醸成が強く望まれる。本書はその一助となるものと思う。

第Ⅲ部「診断技法の適用」は全体のはほぼ6割を占め、Ⅰ・Ⅱ部で提示された思考法のおびただしい実践例が紙面を埋めている。豊穣の第Ⅲ部である。意想外の指摘もあれば同感共鳴する主張もあり、大部ながら飽きることがない。例えばDSMで見かけ上斉一化された「うつ病」に実際は多くの原因があることを喝破し、その鑑別診断について説き進める11章などは圧巻で、臨床知とはこういうものかと感嘆する。強いて難を言うなら内容が豊かすぎることで、十分消化して批判的に検討することができるまでには、二読三読を要するであろう。

教科書作りを得意とするアメリカ人の本領発揮の一冊であるが、むしろ翻訳者らの貢献が大きい。格調を保ちつつこなれた日本語に落とし込んだ力量は見事であり、英語のみならずアメリカ文化に通じた人々の労作であることがうかがわれる。

一点だけ、13章でdisorganizedをことさら「解体された」と受け身に訳しているが、では解体した犯人は誰（何）かと妙な方向に連想を動かす点でかえ

って拙くないだろうか。それよりも、以前から「解体」の語に疑問があった。disorganizedは「ちぐはぐ」「てんでんばらばら」というほどの意味であり、ビルや自動車の粉碎のごとき「解体」は明らかに不適切で、患者への配慮をも欠いている。どうせこの語に注目するなら、せつかくの機会に訳者らの手で別の語を編み出してほしかったと、ファンの心理でお伝えしておく。

監訳者があとがきで述べている通り、姉妹編『精神科初回面接』（医学書院、2015）と合わせてじっくり読み込むことを全ての精神科医に勧めたい。DSMの副作用を予防するためにも一押しの好著である。

週刊医学界新聞アプリ

祝20万ダウンロード!

医学書院

無料

詳細は App Store, Google Play をご覧ください

人口減少社会に挑む地域医療

DSM-5® 関連書籍

◎DSM-5の理解を深め、臨床で使いこなせるようになるために

DSM-5® ガイドブック
診断基準を使いこなすための指針

原著 Black DW・Grant JE
監訳 高橋三郎／訳 下田和孝・大曽根 彰

DSM-5の診断基準にスポットを当て、DSM-IV-TRからの変更点や診断項目の詳細などを徹底解説。

●B5 頁464 2016年 定価:本体9,000円+税 [ISBN 978-4-260-02486-0]



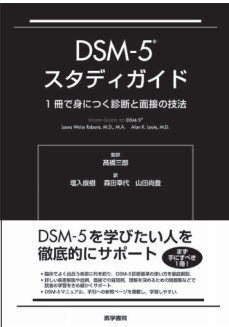
◎DSM-5を学びたい人を徹底的にサポート。まず手にすべき1冊！

DSM-5® スタディガイド
1冊で身につく診断と面接の技法

原書編集 Roberts LW・Louie AK
監訳 高橋三郎／訳 塩入俊樹・森田幸代・山田尚登

臨床でよく出会う疾患に的を絞り、症例、面接での質問例、理解を深めるための問題集などでDSM-5診断基準の使い方をていねいに解説。

●B5 頁432 2016年 定価:本体6,000円+税 [ISBN 978-4-260-02543-0]



精神科関連書

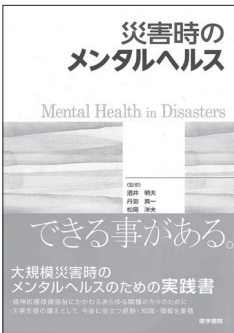
災害時のメンタルヘルス

新刊

監修 酒井明夫・丹羽真一・松岡洋夫
編集 大塚耕太郎・加藤 寛・金 吉晴・松本和紀

今後予想される大規模自然災害における精神医学的対応について、主に東日本大震災の経験をもとに、災害発生直後・急性期から中長期までを網羅して解説する実践書。

●B5 頁268 2016年 定価:本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-02435-8]

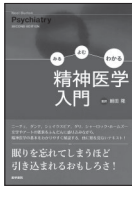


みる よむ わかる 精神医学入門

原著 Neel Burton／監訳 朝田 隆

精神医学の歴史から個別疾患の概念や疫学、鑑別疾患などまで、図や写真を盛り込んで解説。著名な作家の言い回しを引用するなど、読み物としての楽しさも追求した入門書。

●B5 頁272 2015年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02029-9]



自閉症スペクトラムの精神病理
星をつぐ人たちのために

内海 健

青年期・成人期の「自閉症スペクトラム」を対象とした臨床論。あたかも異星人であるがごとくこの星に棲む苦勞を重ねている彼らの、そもそもの経験の成り立ちを考える。

●A5 頁304 2015年 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-02408-2]



2016年6月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

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

公衆衛生

7月号

Vol.80 No.7

1部定価：本体2,400円+税

子どもの貧困と健康

medicina

6月号

Vol.53 No.7

1部定価：本体2,500円+税

抗菌薬の考え方,使い方
—ホントのところを聞いてみました

総合診療
(旧 JIM)

6月号

Vol.26 No.6

1部定価：本体2,300円+税

“賢い処方”と“ナゾ処方”

糖尿病診療マスター

6月号

Vol.14 No.6

1部定価：本体2,700円+税

食事療法 Revisit

呼吸と循環

7月号

Vol.64 No.7

1部定価：本体2,700円+税

二次性心筋症の
見分け方と治療

胃と腸

6月号

Vol.51 No.7

1部定価：本体3,200円+税

新しい小腸・大腸画像診断
—現状と将来展望

BRAIN and
NERVE

6月号

Vol.68 No.6

1部定価：本体2,700円+税

脳とフローラ

臨床外科

6月号

Vol.71 No.6

1部定価：本体2,700円+税

必携 腹腔鏡下胃癌手術の
完全マスター
—ビギナーから
エキスパートまで

臨床婦人科産科

6月号

Vol.70 No.6

1部定価：本体2,700円+税

若年女性の外来診療に
役立つ基礎知識

臨床眼科

6月号

Vol.70 No.6

1部定価：本体2,800円+税

第69回日本臨床眼科学会講演集(4)

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

6月号

Vol.88 No.7

1部定価：本体2,700円+税

顔面神経麻痺—新たな展開

臨床泌尿器科

6月号

Vol.70 No.7

1部定価：本体2,800円+税

進行期精巣腫瘍の診療
—難治症例に挑む

総合リハビリテーション

6月号

Vol.44 No.6

1部定価：本体2,300円+税

慢性疼痛のリハビリテーション

理学療法ジャーナル

6月号

Vol.50 No.6

1部定価：本体1,800円+税

東京オリンピック・
パラリンピック競技大会に向けて

臨床検査

7月号

Vol.60 No.7

1部定価：本体2,200円+税

The SLE/
百日咳、いま知っておきたいこと

病院

6月号

Vol.75 No.6

1部定価：本体3,000円+税

IPWの時代
—チーム医療のための多職種間教育



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