

2013年9月30日

第3045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 (出版社著作権管理機構 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] 発達の見点でつながる子どもと大人の精神科診療(齊藤万比古、黒木俊秀、岡田俊)…………… 1—3 面
- [寄稿] 身体疾患管理とメンタルケアの統合に向けて(伊藤弘人、樋口輝彦)…………… 4 面
- [連載] 続・アメリカ医療の光と影/卒業臨床研修の質をどう評価するか…………… 5 面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6—7 面

鼎談

発達の見点でつながる 子どもと大人の精神科診療



岡田 俊氏=司会
名古屋大学医学部附属病院
親と子どもの心療科 准教授



齊藤 万比古氏
母子愛育会総合母子保健センター
愛育病院小児精神保健科 部長



黒木 俊秀氏
九州大学大学院人間環境学研究院
実践臨床心理学専攻 教授

これまで児童精神科は、精神科医療のなかのサブスペシャリティとして扱われることが多く、成人精神科と協働する機会が限られていた。ところが、昨今精神科を受診する患者のなかには、通常は成人期に発症する精神疾患の前駆症状を呈する子どものケースや、支援を受けずに成長した発達障害の大人のケースがみられ、診断と治療に児童精神科と成人精神科の双方の知識が求められている。

本鼎談では、臨床現場で活躍する児童精神科と成人精神科の医師を迎え、これからの児童・成人精神科医が社会のニーズに応える精神科医療を提供するために必要な視座についてお話しいただいた。

岡田 本日は、児童精神科の重鎮である齊藤先生と、成人精神科医でありつつ児童精神科領域にも造詣の深い黒木先生と一緒に、近年の児童精神科と成人精神科の関係性を振り返るとともに、今後の精神科医療に求められるものは何か、考えていきたいと思えます。

プロセスをみる視点から 疾患の成り立ちをたどる

岡田 成人と児童では、同じ診断名でもその症状の現れ方が異なることが指摘されています。これは年齢による表現の違いととらえられるかもしれませんが、そもそも病態が異なるとも考えられます。

黒木 例えば早期の精神病が疑われる

子どもを追跡すると、青年期以降に統合失調症が顕在化する場合もあれば、うつ病や双極性障害、パニック障害に発展する場合があります。何らかの異常が認められる子どもの精神状態は、大人のある特定の精神障害と必ずしも1対1の関係になるわけではなく、将来の精神障害のリスク因子を表していると考えたほうが適切なのでしょう。齊藤 大うつ病の場合にもまったく同じようなことが言えて、「子どもの大うつ病と大人の大うつ病は1対1で結び付けられないかもしれない」という議論がなされています。子どもの大うつ病患者の追跡研究では、大人になったときに大うつ病よりも双極性障害になる人のほうが多かったという報告もあるようです。

黒木 子どもから大人まで一貫した症状がみられないのはなぜですか。

齊藤 おそらく子どもにみられる精神疾患の症候は極めて原始的で非定型性が高く、大人の精神疾患にみられるような疾患特異的な症状を見いだしにくい。つまり精神疾患を持つ幼い子どもは、未分化な状態のまま症状が現れるため、うつになったり不安が強まったりすることがあるのでしょう。

岡田 脆弱性—ストレスモデルの視点に立てば、人生のなかでそれほど心理・社会的ストレスが蓄積していない子どもの年代で発症するのは、精神疾患罹患への生得的な脆弱性が強いからだという考え方もできます。そして多くの場合、成人で発症するよりも重篤な経過をたどる可能性が高い。つまり、子どものときに精神疾患が疑われた場合、その多様な経過をどのように見極めていくかが、精神科医に求められるのでしょう。

齊藤 そこが子どもの精神疾患を診る難しさです。子どもの精神状態を理解するには、まずその精神状態を常に変化していく過渡的なものとしてとらえ、“プロセスをみる”ことが非常に重要です。そのため、児童精神科医は、

疾患の現在の状態を幅広く横断的に診ることと同時に、生まれてから現在までの疾患の成り立ちや経過を縦断的に診ることに重点を置いているのです。黒木 大人の精神科医もぜひ知っておきたい視点ですね。

成人精神科に導入された “発達” という新しいヒント

岡田 成人精神科において児童精神医学が目されるようになった最大の理由は、発達障害でしょう。発達障害の概念は比較的新しいものですが、診断を受ける子どもの数はこの20—30年の間に加速度的に増えていますね。齊藤 ええ。日本の児童精神科医が自閉症や中等度以上の精神遅滞を除きたいいわゆる“発達障害”を現在のように認識したきっかけはおそらく、1980年に米国精神医学会から発行されたDSM-IIIに広汎性発達障害や注意欠陥障害が記載されたことでしょう。1994年に発行されたDSM-IVではアスペルガー障害が記載され、これも大きな出来事でした。

(2面につづく)

2人の精神科医が「大人の発達障害」について、とことん語った至極の対談録

医学書院

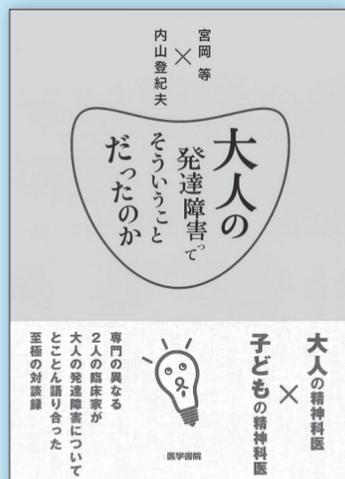
大人の発達障害って ということだったのか

宮岡 等 北里大学精神科学・主任教授
内山登紀夫 よこはま発達クリニック・院長

●A5 頁272 2013年 定価2,940円
(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01810-4]

近年の精神医学における最大の関心事である「大人の発達障害とは何なのか?」をテーマとした一般精神科医と児童精神科医の対談録。自閉症スペクトラムの特性から診断、統合失調症やうつ病など他の精神疾患との鑑別・合併、薬物療法の注意点、そして告知まで、臨床現場で一般精神科医が困っていること、疑問に思うことについて徹底討論。立場の違う2人の臨床家が交わったからこそ見出せた臨床知が存分に盛り込まれた至極の1冊。

- 目次 第1章 なぜ大人の発達障害なのか?
- 第2章 知っておきたい発達障害の基礎知識
- 第3章 診断の話
- 第4章 治療とケア—どう捉え、どうすべきか
- 第5章 ADHDと学習障害
- おわりに 一般の精神科医の先生方に望むこと



鼎談 発達の見点でつながる

<出席者>

●齊藤万比古氏

1975年千葉大医学部卒。79年国立国府台病院児童精神科、2003年国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部長、08年国立国際医療センター国府台病院第二病棟部長、10年同精神科専門診療部長などを経て、13年より現職。日本児童青年精神医学会理事長、日本ADHD学会常任理事等を務める。

●黒木俊秀氏

1983年九大医学部卒。89年九大病院精神神経科助手、98年佐賀医大講師、99年九大大学院医学研究科助教授を経て、2007年より国立病院機構肥前精神医療センター臨床研究部長・医師養成研修センター長、13年より現職。日本森田療法学会常任理事、日本精神神経学会学会誌編集委員等を務める。

●岡田俊氏

1997年京大医学部卒。京大病院、光愛病院、京大大学院を経て、2001年京大病院精神神経科助教、10年京大医学研究科脳病態生理学講座講師、11年名大病院親と子どもの心療科講師、13年より現職。京都市立特別支援学校学校医、南山城学園医師、清心会山本病院非常勤医師、日本児童青年精神医学会理事、日本ADHD学会理事を務める。

(1面よりつづく)

また、同じころに起きたいくつかの犯罪事件では、背景にアスペルガー障害があると報じられました。臨床家への批判も多く出たのですが、残念ながらその時点ではまだ、アスペルガー障害を診断する経験を十分に積んだ児童精神科医は少なかったように思います。その後、医師たちも発達障害に対して非常に敏感になり、診断する数が増加していると考えられます。

岡田 発達障害特性の軽い、あるいは知的障害のない人が精神科医療の支援対象となった。これは成人精神科にも多大な影響を与えたと思います。

黒木 そうですね。DSM-IVに「アスペルガー障害」が登場したことで、成人精神科領域も大きなインパクトを受けました。幼少期だけではなく大人になってから診断されることもあるため、おのずと成人精神科診療でも発達障害を扱わねばならなくなったからです。先述の犯罪事件は社会に大きな衝撃を与え、個人的にも2000年から04年にかけて九州で起きたいくつかの少年事件には心が痛みました。「これは真剣に勉強しなければならぬ」と危機感を持ったのも、そのためです。

もちろん、それ以前には発達障害の成人患者がいなかったわけではなく、そうした視点を私たち成人精神科医が持っていなかっただけです。発達障害概念の導入は、患者の背景や病態の理解を深め、アプローチの選択肢を広げた点で、私たちにとって非常に意義のある出来事だったように思います。

岡田 臨床現場に新しいヒントが与えられたのですね。「発達障害の診断をする」ことは、発達の過程と、それに伴う困難の歩みを聞くことでもあります。子どものころの状況を正しく把握するためには、親との協力関係の構築も非常に大切な要素です。成人患者ではいかがですか。

黒木 患者の小さいころの様子を知るためには、ご両親もお話しできたほうが望ましいでしょう。ただ、成人の場合、必ずしもご両親から情報が得られるとは限らないので、その場合は患者本人から丁寧に聴き取ります。

齊藤 親からの聴取で言えば、家族歴の確認も大切ですね。発達障害は統合失調症などよりも遺伝負因が深く関わっているとされています。

二次障害の複雑化を防ぐには 継続的なサポートが重要

岡田 発達障害は、発達段階によって抱える困難の現れ方が異なりますが、その本質は基本的に変わりませんね。

ていくことに伴う心理的問題、いわゆる「二次障害」が、発達障害の特性以上に生活の困難を招いていることは少なくありません。

齊藤 副次的に表れる二次障害が、結果的に深刻な影響を与えているのは事実です。しかし、それを直ちに以前の養育や教育などの結果とすることは適切ではありません。発達障害の人は特有の脆弱性を持っているので、思春期発達の時期にはほぼ必然的に二次障害と呼ばれる困難が生じるものです。むしろその人の「特性」ととらえて、二次障害と向かい合うべきだと考えます。

岡田 成人の診療経験からみると、どのような患者が成人期に二次障害を抱えやすいのでしょうか。

黒木 発達障害の特性が強いからといって、二次障害が強くみられるとは限りません。早期からの継続的なサポートの有無が大きく関与するのではないのでしょうか。

児童も成人も受診する肥前精神医療センター(佐賀県神埼郡)では、幼児期に自閉症や情緒障害という診断で療育を受けた人が、20-30代になって成人外来を再診するケースがあります。なかには予後の良い自閉症の人もいて、昔のカルテを見返すと「こんなによくなった!」と驚いてしまうこともありました。もっとも大人になって再び受診したわけですから、本人はまだ苦しいと感じるところがあるのですが、小さいころから適切な療育を受けてきた患者さんの場合、かなり機能が改善しているケースもあるのです。

一方、大人になって初めて精神科外来を受診する患者のなかには、「一次的な発達障害が小児期にあまり目立たず、適切な支援を受ける機会もなく成長したが青年期以降に深刻な二次障害や三次障害が現れるケース」もあります。

つ特性ととらえること、そして適切なサポートによって二次障害が複雑化しないよう前向きな姿勢でフォローすることが、大切だと思います。

病像の背景にある発達障害から病態を理解する

黒木 併存する二次障害に対する薬の処方方も難しい問題です。薬物療法は、成人精神科において極めて一般的な治療法ですが、発達障害が疑われる成人患者の場合、二次障害に対して処方した薬の反応性に大きな個人差があり、とても過敏だったり、パラドキシカルな反応を示したりすることが少なくないように思います。

齊藤 私が過去に経験した衝動性の高い統合失調症患者のケースでは、処方した抗精神病薬が幻覚・妄想には効くものの衝動性に対してはまったく効きませんでした。それが、診療を重ねるうちに患者の衝動性の背景にADHDがあるとわかったのです。その後も、同様のケースに遭遇し、最近ではそうした患者の衝動性をコントロールするためには、抗精神病薬よりもクロニジンなどのほうがよく効くと経験的にわかってきています。つまり、もともとADHDの人が統合失調症になった場合と、ADHDではない人が統合失調症になる場合とでは病像が異なり、さらには効果的な薬も異なってくるのではないのでしょうか。

黒木 同じようなことが双極性障害にも言え、背景にADHDがあるかないかでは病像や治療薬の反応性が異なるように思います。

一方で、どう見ても双極性障害だと思われる人が「自分はADHDではないか」と疑って来院されるケースもあります。双極性障害は、双極II型障害がDSM-IVで採用されて以降、診断の裾野が広がっており、発達障害とも重なる部分があって、特に若い世代では鑑別が非常に難しくなっています。私たち成人精神科医はまだ発達障害をみる経験が足りていないので、注意しなければなりません。

Advertisement for 'Series: Psychiatric Clinical Experts' (シリーズ 精神科臨床エキスパート) published by Igaku Shoin. It features three main book sets: 1) 'Cognitive Disorders and Other Diseases' (認知症とその他の疾患の鑑別), 2) 'Dependence and Compulsions' (依存と嗜癖), and 3) 'Anxiety Disorder Treatment' (不安障害診療のすべて). Each set includes multiple books with detailed descriptions, editors' names, and prices. The advertisement also promotes a 'Series: Psychiatric Clinical Experts' (シリーズ 精神科臨床エキスパート) published by Igaku Shoin, featuring five books: 1) 'Diverse Psychiatric Disorders' (多様化したうつ病をどう診るか), 2) 'Cognitive Disorder Treatment Techniques' (認知症診療の実践テクニック), 3) 'Antipsychotic Drug Master' (抗精神病薬完全マスター), 4) 'Discharge Support and Regional Transfer' (これからの退院支援・地域移行), and 5) 'Pediatric and Adolescent Patient Treatment' (専門医から学ぶ 児童・青年期患者の診方と対応). The advertisement includes book covers, editor names, and pricing information for individual books and sets.

子どもと大人の精神科診療 鼎談



職種と連携して患者さんの生活を整えていく児童精神科の感覚が、成人精神科の臨床のなかでも一般化されればいいですね。岡田 子どもの場合、教育機関との連携が欠かせません。日本の教育機関は他国に比べて非常によく発達障害のことを理解していると思うのですが、支援の視点が医療化されすぎているようにも思

や発想を持つ人たちかもしれないとも思っています。実際に私も、発達障害の患者さんから今まで知らなかった世界の見え方をたくさん教えてもらいました。彼らの活躍が非常に楽しみです。

岡田 その人を取り囲む環境、ひいては社会全体が、個性ある人をどう受け入れ生かしていくのか、その力量と価値観を問われていると言えるかもしれません。

発達のプロセスを思い描ける精神科医の育成を

岡田 児童精神科は、いま圧倒的な人材不足の状態にあります。発達障害という概念が児童にも成人にも広く普及するなか、社会の要請に応えるためには専門医の育成が急務と言えます。

族の視点にすら立てないというピットフォールに陥る。そうした事態にならないために、成人精神科外来や入院患者を診る経験を積んでから、児童精神科を勉強してほしいとお考えなのですね。

海外では児童精神科医の養成課程がしっかり確立されているのですが、日本はまだ不十分です。これをどう考えていくのが喫緊の課題でしょう。

齊藤 ええ。児童精神科医養成の門戸が広がられたとしても、「子どもは大人になる」という当たり前の現実と「精神障害の子どもはどんな大人になるのだろうか」という視点を忘れない児童精神科医、あるいは子どもの心の診療医になってほしい。この理念は、変わらず伝え続けたいですね。

齊藤 児童精神科医を志す人は、成人精神科で経験を積んだ上で児童精神医学を学ぶべきだと私は考えてきました。現在でもその考えに変わりはありませんが、その一方で児童精神科医育成の門戸をもっと広げ、小児科医などにも学んでもらう機会や短期間で専門教育を受けられる体制を整え、数を増やしていくことも検討せねばならない時代となっているように感じています。

黒木 逆に、成人精神科医になる人も、研修期間のうちに必ず児童精神科を学ぶべきだと思います。そして可能であれば、自分が担当した子どもの経過や成長を追跡することを勧めます。転動しても、患者さんやご家族、あるいは後任の医師と音信を絶やさずにいれば不可能ではありません。患者のアウトカムをずっと追ってゆくことが、昔も今も一番の精神医学の勉強だと思います。

岡田 成人精神科での経験が必要だと思われる主な理由はどのようなところにあるのでしょうか。

残念ながらそうした機会に恵まれない場合でも、患者さんの発達のプロセスをいつも思い描きながら細やかに生活史と病歴を聴取することが重要。齊藤先生の表現を借りれば「この患者さんは、どんな子どもだったのだろうか」ということを意識できる成人精神科医になってほしいですね。

齊藤 根底には、「大人になった姿を知らずして子どもの精神世界を評価することはできない」という考え方があります。これは先輩の精神科医から私が教わってきたことです。

岡田 いま精神科医療に必要なことは、児童精神科医と成人精神科医が、その垣根を越えて、患者さんの生活をみる視点や他職種と協力し合う姿勢を共有することです。お互いに話す機会がないとか、語る言葉が違うと言いつつ、もう終わらせないといいません。児童精神科医は成人精神科医の視点を持ち、成人精神科医も児童精神科医の視点を持つことが、今の社会に求められていることだと思います。(了)

また、子どもの世界にはある種の魅力というか「魔力」があって、子どもを診ている医師は「自分たちは子どものためにすごく“いいこと”をしている気」になりやすく、「一生懸命やれば治してあげられる」と安易に考えてしまいがちです。しかし実際には、私たちが診ている病気は子ども時代には治らないことが多く、いずれは成人の先生にバトンタッチしなければなりません。児童精神科医の一部には、「成人精神科は全体を診ず、すぐに薬を出そうとするからダメだ」などと批判する人もいますが、これは子どもの精神科しか知らない者が陥りやすい落とし穴なのです。

岡田 そういう独り善がりな視点に立つと、成人精神科との連携が進まないことはもちろん、実は子どもやその家

職種の連携して患者さんの生活を整えていく児童精神科の感覚が、成人精神科の臨床のなかでも一般化されればいいですね。岡田 子どもの場合、教育機関との連携が欠かせません。日本の教育機関は他国に比べて非常によく発達障害のことを理解していると思うのですが、支援の視点が医療化されすぎているようにも思

ます。支援を必要とするのは、その子の能力や困難の実態です。同じような困難は、程度の差こそあれ、ほかの子も持っています。診断がある子にだけ焦点を当てるのではないユニバーサルな教育、“特別でない特別支援教育”が必要でしょう。

齊藤 同感です。「診断をしてもらってください。その診断があれば特別支援教育の配慮をしますよ」と、学校から言われる患者さんもたくさんいます。裏を返せば、「分類されないと支援できない」という発想から「診断されない子どものハンディキャップは認めない、支援の手は出せない」とする考え方もあるようです。本当は、「区別する」のではなく“サポートする”という発想を導入してほしいですね。

黒木 成人精神科の場合、就労支援で多職種との連携が重要と言えるでしょう。そもそも仕事でつまづいて受診するケースが一番多いので、その場合は職場の上司、産業医、保健師を呼んで、個別の話し合いを持ちながら環境調整を依頼しています。

齊藤 発達障害の傾向を持つ人たちは、就職したその日から一定の成果を出すという柔軟な即応力に乏しいために、社会に受け入れてもらいにくくなっている気がします。不器用でも愚直に就業を続ける人を「素晴らしい職人気質の仕事人」に育てる余裕が、昔の社会にはあったように思うのですが、即戦力を求める現代社会にはその余裕がないのでしょうか。

黒木 大人の発達障害が目立つようになったのは、社会の許容量が減って発達障害の人が生きにくくなったからかもしれません。その一方で、これからの社会を変えるのは、これまで発達障害の特性とされてきた独特の感性

足し合わせ”ではありません。併存障害は、そのありようによって成り立ちや病態も違うため、治療も診断名から短絡的に結び付けられるものではなく、患者さんの病状を経時的に理解して正しい治療やサポートを選択することこそが真のゴールであることを、教えてくれているのだと思います。

その人の特性と困難を多角的に理解し支える社会

岡田 発達障害の患者さんの精神医学的理解を深めるには、プロセスをみる視点のほかにどのようなものが必要でしょうか。

黒木 成人の精神科医のなかには、診察室の中だけで面談をして薬を処方するという昔ながらのスタイルを今でもとっている人がいます。しかし、発達障害が背景にある患者さんの抱える問題の多くは診察室の中だけでは容易に解決しません。

私は、コメディカルスタッフたちとのチーム医療が大切だと思います。例えば、心理検査には臨床心理士が、生活支援にはソーシャルワーカーが必要ですし、デイケアや訪問看護を利用するとなれば看護師の力も要る。そうした多職種を巻き込んだ支援チームを築き、多角的にアプローチする力が成人精神科医にも必要です。

齊藤 患者さんの生活をみる視点は重要ですね。児童精神科領域でも、不登校の子どもを、診察室内でのやりとりだけで学校に行かせられるわけではありませんし、自閉症の子どもたちのトレーニングから行動マネジメントまで、すべてをこなせる医師もいません。積極的に患者さんの生活場面をみながら多

Advertisement for 'Neuropsychology Collection' featuring 'Music of Neuropsychology' by Rinko Kuroki. Includes book cover image and details about the series.

Advertisement for 'Series Line Up' featuring various books on neuropsychology and psychiatry, such as 'Psychiatry Reconsidered' and 'Mind and Brain'.

医学書院 logo and contact information.

寄稿

身体疾患管理とメンタルケアの統合に向けて 国立高度専門医療研究センターによるナショナルプロジェクト

伊藤 弘人, 樋口 輝彦 (独) 国立精神・神経医療研究センター

メンタルケアの充実が、 身体疾患の改善に寄与する

身体疾患を有する患者は、一般人口に比し、Depression (うつ病とうつ状態) を合併・併発する割合が高いことが知られています。メタ分析では Depression の有病率は、がんで13—20%、脳卒中で29—36%、心不全で22%、糖尿病で11%、アルツハイマー病で15—63%、およびパーキンソン病で17%に上ります¹⁾。Depression との合併・併発が、身体疾患の予後に悪影響を及ぼすことを示すメタ分析結果も多くあります²⁾。

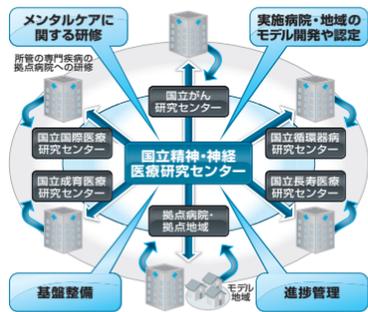
また、Depression と密接にかかわる生活習慣 (喫煙・不健康な食事やアルコール摂取・運動不足) の管理は、非感染性疾患対策 (註) においても重要です。Depression の治療を身体疾患治療に組み込むことで、治療アドヒアランスの向上や生活習慣の改善がみられ、身体疾患の予後・生命予後も改善することを示す報告もあり³⁾、臨床研究も、著名な国際誌に多数発表されています。

日本における“両輪のケア” 実現に向けて

本邦でも本年度から始まった都道府県の医療計画に、がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病に続く5疾病目として精神疾患が追加され、健康日本21(第2次)では、生活習慣の改善における「こころの健康」の重要性が指摘されました。保健医療制度の総論上は、上記の関連性が認識されていると言えます。

ただ実際に、身体疾患治療とメンタルケアを両立できている臨床現場は多くありません。両立に不可欠なのは、一般病院における精神科リエゾン・コンサルテーション機能の強化、および慢性疾患の治療を地域で担う「かかりつけ医」の Depression に関する診断・治療能力の向上支援です。しかし本邦の一般病床精神科は縮小傾向で、また「かかりつけ医」におけるメンタルケアの啓発は進められていますが、海外で推奨されている専門医 (うつ病の診断治療に関する臨床経験が豊富な精神科医・心療内科医) との継続的な連携が図られている事例は少ない状況です。さらに、エビデンスを蓄積する臨床研究の基盤整備も十分とは言えません。

こうした課題があるなか、昨年度から開始されたのが、国立高度専門医療研究センター全6センターが協同する「身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発に関するナショナルプロジェクト」



● 図1 プロジェクトの概要

です (図1)¹⁾。本プロジェクトの目標は、慢性身体疾患を有する患者の Depression の評価と治療の連携モデルを開発することで、身体疾患とうつ病等の治療の最適化を促進し、健康寿命の延伸をめざすことです。

構成は大きく、下記の三要素に分けられます。

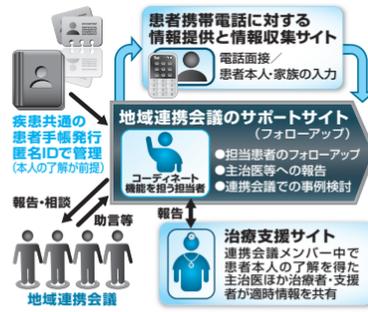
- 1) 専門疾病医療チームのための包括的な Depression 管理研修の開発・実施
- 2) 地域連携治療モデルの多角的開発と導入先進事例の紹介
- 3) 臨床研究基盤整備と臨床支援モデルの開発

“洗練された”メンタルケア のポイントとは

身体科の医療チームは日常的に、献身的なメンタルケアを提供しています。新たな研修の開発・実施においては、より精神医学的に“洗練された”治療・ケアが提供できる手掛かりを示すことが目的となります。

“洗練”という言葉はやや情緒的ですが、精神医学の領域の最新エビデンスを盛り込んだ治療・ケアを意味します。ポイントは、①軽症うつ病への治療には、抗うつ薬以外を第1選択肢として考えること、②全患者の数%程度に当たる重いうつ状態が続く患者には、専門医のコンサルテーションを受ける仕組みを組み込むこと、です。さらに③慢性疾患の管理 (疾病の説明・患者の疾病受容への支援・治療アドヒアランス向上など) における、精神医療分野で蓄積されてきたノウハウの活用も、より高度なステップアップ研修にてめざします。

研修の最終目標は、拠点病院でうつ病治療におけるコーディネート機能を担える人材を養成することにあります。身体疾患を伴ううつ病の段階的治療 (Stepped care) において、第1段階の介入であるうつ病への「気づき」を担い、第2段階以降の専門的介入を行える医



● 図2 フォロアップ支援システム

療者につなげられることが、コーディネーターに求められるレベルです。

日本サイコオンコロジー学会や日本臨床救急医学会で開発・蓄積された手法を基盤とし、既に各国立高度専門医療研究センターの職員に向け、コアプログラムに専門疾病ごとの特性を加味した研修を実施しています。また、各センター所管の学術団体の総会 (日本循環器心身医学会、日本糖尿病合併症学会、日本老年医学会、日本うつ病学会) にて、ジョイントプログラムも開催しました。

地域連携の先進事例をモデルに

さて、“洗練されたケア”の実現に当たっては、専門医のコンサルテーションを受ける仕組みの構築が必要ですが、一般病院精神科が縮小する中では、院内への専門医の配置は困難な場合も多くあります。そこで本プロジェクトでは次善の策として、持続的で緩やかな「地域連携チーム」をモデル的に構築しています。

「地域連携チーム」の最小単位は、公的機関を含む複数の組織の複数の医師 (精神科医を含む) であり、その会議体が「地域連携会議」です。この地域連携会議の運営を活発化することで、一般病院精神科機能を実効的に補強・補完するという考え方に立つものです。

モデル事例としては、腎透析に移行するリスクの高い糖尿病患者に対して、メンタルケアを盛り込んだ疾患管理プログラムを提供することで重症化予防をめざす、広島県呉市などの取り組みがあります。そのほか、がん緩和 (静岡県浜松市など数地域)、心臓病 (兵庫県神戸地域)、脳卒中 (大阪府千里地域)、認知症 (長野県東信地域、岐阜県西濃地域、熊本県荒尾地域)、自殺対策 (愛知県の数地域) など、既に複数のモデル地域が存在しています。地域住民の慢性疾患管理に責任を持つには、医療機関が公的セクターと共同できること

●伊藤弘人氏

1991年東大大学院医学系研究科博士課程修了。厚労省大臣官房厚生科学課科学技術調整官を経て、2006年より国立精神・神経医療センター (10年より国立精神・神経医療研究センター) 精神保健研究所・社会精神保健研究部部長。

●樋口輝彦氏

1972年東大医学部卒。群馬大助教授、昭和大藤が丘病院教授を経て、99年国立精神・神経医療センター国府台病院副院長、2000年同院院長。04年より同センター武蔵病院院長。07年より同センター (10年より国立精神・神経医療研究センター) 総長を務める。

が必須要素となります。今後もこうした要素を備えた先進地域を紹介し、プロジェクト開発に取り入れていく考えです。

情報通信技術と患者手帳を 活用したフォローアップ

これらの先進事例を基に構想されたのが、情報通信技術 (ICT) を活用して患者の情報を共有し、受療・服薬中断の防止や、症状の変化に対応する治療のフォローアップ支援システムです (図2)。

情報の共有に当たっては個人情報の保護が最大の課題でしたが、解決策として、個人情報はオフラインの患者手帳 (= 地域連携クリティカルパス) に集約し、この手帳を匿名化可能な ICT でつなぐ手法を開発しました²⁾。個人情報の保護範囲の変化に応じ、随時情報を組み込んでいける柔軟性も備えています。

また、患者手帳はバインダー形式とすることで、例えば脳卒中患者の手帳にも、必要に応じてうつ病の情報をまとめたリーフレットを挟み込んでいけるように工夫し、一人の患者に関連する精神・身体疾患を網羅した“疾患特異的ではない”手帳を作成するに至りました。この ICT による支援システムは現在、いくつかのモデル地域での運用を開始しています。

*

本プロジェクトでは、メンタルケアを身体疾患治療に統合していくことで身体と心の健康とを早期から、同様に考えることを推奨しています。今後はシステムを活用した臨床研究も行って日本独自のエビデンスを蓄積するとともに、緩やかなゲートキーパーとしての地域の役割を明らかにすることで、必要な医療政策と連動していくことを願っています。

註) WHO が提唱。心血管疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患の予防とコントロールには、喫煙・運動不足・不健康な食事・過度の飲酒の管理が必要とするもの。

●参考文献

- 1) メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト <http://mhcn.jp/>
- 2) 伊藤弘人ほか。保健医療福祉サービスの連携を支える新たな情報通信技術システムの開発。社会保険旬報。2013; 2531: 10-4.

脳血管障害からアプローチした神経心理学の名篇、待望の改訂

脳血管障害と神経心理学 第2版

名篇「脳卒中と神経心理学」待望の改訂。脳血管障害に起因する神経心理学的症状と、その病変部位、血管支配の解説について、新たな知見を増補。本書を鳥瞰する「総論」と脳血管障害の病態から神経心理学を論じた「病因からみた神経心理学」の章を新設。さらに「治療と対策」の章ではリハビリテーションに関する項目を充実させ、臨床でいっそう役立つ内容に。神経心理学に携わる医師、言語聴覚士、作業療法士の必読書。

編集 平山恵造
千葉大学名誉教授
田川皓一
特定医療法人 順和 長尾病院
高次脳機能センター所長



CRCのすべてがわかる学会編集のテキスト 待望の改訂版

CRCテキストブック 第3版

CRC (Clinical Research Coordinator) に必要な知識を網羅したテキストの改訂第3版。CRCの教育・養成、また日本臨床薬理学会認定CRC試験の受験に必須となる知識のほか、本書全体にわたりCRCの現場の意見・意向を存分に取入れた内容構成とした。CRCを目指す人はもちろんのこと、現役のCRCや臨床試験・治験に関わるすべての医療従事者にとっての必携書。

編集 日本臨床薬理学会
責任編集 中野重行
大分大学名誉教授 /
大分大学医学部客員教授・
創薬薬理薬学コミュニケーション講座
小林真一
昭和大学医学部教授・臨床薬理学
景山茂
東京慈恵会医科大学教授・
総合医学研究センター
薬物治療研究室
樋岡英雄
国立病院機構 大阪医療センター
院長



続 アメロカ医療の 光と影

第254回

医療者に対する 抜き打ち薬物検査強制論

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

8月5日、大リーグ機構は、禁止薬物を使用した件で、アレックス・ロドリゲスに対し211試合、ネルソン・クルーズら12選手に対し50試合の出場停止処分を科した。今でこそ薬物使用に厳しい姿勢を示している大リーグであるが、罰則を伴う抜き打ち薬物検査を導入したのは2004年と、他のスポーツと比較して著しく遅かった。導入が遅れた理由は、選手会が「プライバシーの侵害」と、長年強く反対し続けたことにあるが、その反対を覆したのは、「薬物使用を黙認するのはけしからん」とする世論の圧力だった。特に、連邦議会が機構・選手会関係者を証人喚問、「検査体制もなっていないし、罰則も軽すぎる」とつるし上げたことの影響は大きかった。

薬物乱用に対する世論の圧力は 医療者にも

以上、野球の例を挙げたが、米国では、スポーツ以外の領域でも抜き打ち薬物検査が行われることが珍しくない。とはいっても、スポーツで問題となる薬物がいわゆる「機能増強剤」であるのとは異なり、スポーツ以外の領域で問題となる薬物はアルコール・麻薬等のいわゆる「中毒性(依存性)薬物」である。例えば1991年に成立した「公共交通機関従業員検査法」に基づいて運転士・操縦士等を対象として抜き打ち薬物検査を実施しているのがあるが、薬物でハイになった状態での運転・操縦を看過した場合、多くの人命が損なわれる危険があることを考慮するからにほかならない。

「人命をあずかる職種に対して抜き打ち薬物検査を強制する」原則が社会に受け入れられているのであるが、最

近、米国で「医師・看護師も人の命をあずかる職種なのだから、彼らに対しても薬物検査を強制せよ」とする議論が起こっている。

例えば、カリフォルニア州では「医療者に対する薬物検査強制」を、2013年11月の州民投票にかける運動が起こっている。この運動の先頭に立っているのが、元インターネット企業重役のボブ・バックである。10年前に息子(10歳)と娘(7歳)の2人の命を、「薬物の影響下にある運転(driving under influence)」のせいで失ったことが運動にかかわるきっかけだったが、最新の世論調査によると、85%の州民が医療者に対する強制検査を支持しているという。

さらに、今年5月には、JAMA誌に、「すべての病院が医師に対する抜き打ち薬物検査を実施せよ」とする論説が医療界から寄稿されて注目された(註1)。論説を執筆したのはジョンズ・ホプキンス大の医師たちだったが、「患者にはimpaired physicians(薬物等の影響で能力が損なわれた医師)から守られる権利がある」として、強制検査の実施を主張したのだった。

医師・看護師等医療者の間でどれだけ嗜好性薬物の乱用がまん延しているのか、あるいは、抜き打ち検査が薬物乱用を防止する効果があるのかについて調べた研究は多くない。しかし、データは乏しいものの、医療者の間における薬物乱用の率は、社会一般の乱用率と大差がないと推測されている。

抜き打ちによる 薬物使用防止の効果は

また、抜き打ち検査の効果について調べた研究としては、マサチューセッツ・ジェネラル・ホスピタル(MGH)麻酔科が2008年に発表したものが知られている(註2)。MGHは、1846年に世界最初の「公開」エーテル麻酔手術が行われたことで知られるように、その麻酔科はあまたの先駆的業績を残

卒後臨床研修の質をどう評価するか

シンポジウム「卒後臨床研修病院における教育方略イノベーション」を考へる」が9月1日、全社連研修センター(東京都港区)にて、NPO法人日本医療教育プログラム推進機構(JAMEP)の主催で開催された。



●パネルディスカッションのもよう

必修化10年目を迎えた卒後臨床研修には厚労省の定める「臨床研修の到達目標」が存在するが、到達度をどう評価するかは各研修施設に一任されている状況だ。そこで同機構では、到達目標に即した客観的評価の統一をめざし、米国内科学会の「Internal Medicine In-Training Exam」などを参考に「基本的臨床能力評価試験」を作成。2011年度より卒後1-2年目研修医向けに実施し、今春の第2回試験は約1000人が受験している。

◆初期研修医教育にどのような工夫が必要か

シンポジウムでは、まず実行委員長の徳田安春氏(水戸協同病院)が第2回試験を総括するとともに、「到達目標」の具体化と、客観的評価の必要性を改めて強調した。

続いて、試験成績上位の施設より5人の演者が登壇。ER重点型でwalk-in外来を重視し、どの科にローテートしても無理なくERにかかわれる体制を構築している熊本赤十字病院(加島雅之氏)、日本で初めて設置された総合病棟にて、研修医の主治医制や屋根瓦式の教育制度で問題解決能力を磨く天理よろづ相談所病院(八田和大氏)のほか、八戸市立市民病院(今明秀氏)、横浜労災病院(平澤晃氏)、湘南鎌倉総合病院(渡部和巨氏)の、それぞれ特色ある研修プログラムが紹介された。

その後、本郷偉元氏(武蔵野赤十字病院)による日米の臨床教育比較・解説に続き、パネルディスカッション(司会=徳田氏)にて上記5演者に本郷氏、塩尻俊明氏(国保旭中央病院)も加わり、研修医教育の在り方について会場も交え議論が展開された。研修で重視される「多くの症例を経験できる」ことについて「こなすだけにならないか?」という懸念には、「現場での即時のフィードバック」「救急外来受診後、帰宅させた患者の経過のチェック」「毎朝のカンファレンスでのプレゼンテーション」など、各施設から学びにつなげる工夫が示された。また「必修化後、研修のプラットフォームとなっている総合診療科が、専門科とうまく協働して教育を進めるには」という問いには「育てた研修医が各科で後期研修を行い、パイプができる」「患者を積極的に引き受け、「入口」としての存在感を高める」「協働には院長のリーダーシップが重要」などの声が聞かれた。表彰制度など学びのモチベーション維持にも話は及び、その一環としての「基本的臨床能力評価試験」の活用にも期待が寄せられた。*第2回試験の総括はJAMEPのHP(http://jamep.or.jp/exam/)より閲覧可能。第3回試験は2014年2月1日、または2日の実施を予定している(問い合わせはinfo@jamep.or.jpまで)。

してきた。薬物乱用防止のための抜き打ち検査も世界に先駆けて実施したのであるが、実は、麻酔科は、嗜好性薬物に対するアクセスが比較的容易であることもあって、薬物乱用率が他科よりも高いと推測されている。MGH麻酔科が抜き打ち検査実施に踏み切った理由は、「教育・指導と薬物管理体制強化だけでは、レジデントの間に薬物使用者が出ることを防止できなかった」とする反省にあった。抜き打ち検査導入前には毎年1-2%の割合で薬物使用者が出現していたのであるが、導入後使用者発生はゼロとなり、防止効果があることが示唆されたのだった。

以上、今回は、医療者を対象とした抜き打ち薬物検査強制をめぐる議論について紹介したが、この領域は、今後の方針・施策を決定するに当たって参

考すべきデータや証拠が著しく乏しい。データや証拠が乏しいだけに、方針・施策の決定に当たって大きな影響を与えるのは世論の動向である。現時点において「医療は人の命をあずかる職種。公共交通機関でもやっているのだから、薬物検査は実施して当然」とする意見が大勢を占めているだけに、抜き打ち検査の強制は免れないのではないだろうか。「検査強制は犯罪人扱いと一緒にプライバシーの侵害」とする反論が通じないのは、大リーグ選手会の例でも明らかなのだから……。

註1: Pham JC, et al. Identification of physician impairment. JAMA. 2013; 309(20): 2101-2.

註2: Fitzsimons MG, et al. Random drug testing to reduce the incidence of addiction in anesthesia residents: preliminary results from one program. Anesth Analg. 2008; 107(2): 630-5.

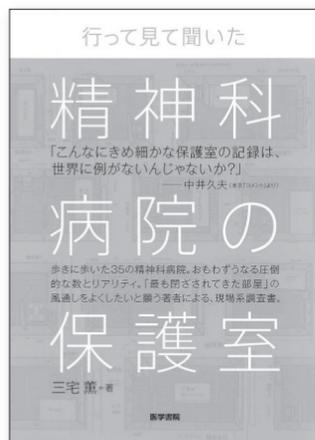
@igakukaishinbun

本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

「最も閉ざされてきた部屋」の風通しをよくしたい

行って見て聞いた 精神科 病院の 保護室

三宅 薫 精神科看護師



通常は見ることのできない他院の保護室の個性あふれる実態や現場の工夫を、35病院にわたって写真で紹介する画期的な企画。保護室は、狭い空間のなかで、①治療、②生活(睡眠、排泄、清潔、食事等)、③プライバシー、④安全を考えていかなければならないので、自由と規制がせめぎあう場所である。創意と工夫にあふれた各現場の姿を、精神科看護師の目線で紹介する。

●A4 頁152 2013年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) ISBN978-4-260-01743-5

医学書院

日本型ホスピタリストを今、ここから発信

Hospitalist

- 入院患者がますます複雑多様化する現代において、最新の医学知識のみならず、心理面・社会面を含めた、幅広い知識とエビデンスに基づく全身管理を提供する必要がある。
●そこで、病院医療の中心にあって、患者のベストなアウトカムへ向け、患者・家族・コメディカルをリードし、専門科をコンダクトしていく病棟ジェネラリスト=ホスピタリストが、今求められている。
●本誌では、患者を総合的に診るために、日常臨床でホスピタリストに求められる知識・能力、加えて専門科との真の協働を可能にすべく、そうした知識・能力の裏付けをも提示。
●メインの特集では、疾患別にテーマを選び、診断のストラテジー、専門科へのコンサルトのタイミングなど、臨床現場での「ものの考え方」を具体的な症例も交えて解説。エビデンスに基づいた世界標準の医療を示し、豊富なリファレンスで幅広い知識を提供。
●また、これらの知識・能力を、それぞれの地域における病院の果たす役割、状況にあわせて応用していく力、日本型ホスピタリストの真価となる「応用力」を培う。
●対象読者は、ホスピタリストを志す(後期)研修医をコアとし、総合内科・各科専門医をはじめ、これからの日本の医療を担い支えようとする医学生。



2013年9月刊!

- 編集委員
平岡栄治 八重樫牧人
清田雅智 石山貴章
簡泉貴彦 石丸直人
徳田安春 藤谷茂樹

季刊/年4回発行(3・6・9・12月) 特集
A4変 200頁
創刊号(2013年9月発売):ホスピタリスト宣言(以下予定)
●1部定価4,830円(本体4,600円+税5%)
●2013年度 年間購読(2冊) 定価9,240円(本体8,800円+税5%)
●2014年度年間購読も承ります

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

統合失調症

日本統合失調症学会 ● 監修
福田 正人, 糸川 昌成, 村井 俊哉, 笠井 清登 ● 編

B5・頁768
定価16,800円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01733-6

評者 山内 俊雄
埼玉医大名誉学長 / 埼玉医大かわごえクリニック

統合失調症には、精神医学の基本のすべてが含まれている。統合失調症の症状を上手に把握できれば、すべての精神疾患の症状把握が可能になる。患者さんの心に寄り添って、なぞることができれば、他の精神疾患でも通用する。治療にしても家族支援にしても、しかり。統合失調症には、精神医学のすべてが凝縮されているといえよう。

だからこそ、これまでに数えきれないほどの教科書が出版されてきた。例えば1960年代に出された『精神分裂病』¹⁾では病因論や研究の進展の現状が語られており、オーソドックスな教科書の体裁をとっている。「統合失調症」と呼称が変わってから発行された『統合失調症の診療学』²⁾では、医師だけでなく、コメディカルスタッフも視野に入れたものになっている。このように、統合失調症の教科書には、その時代の精神疾患に対する考え方が反映されている。

それでは、このたび発行された『統合失調症』にはどんなコンセプトが盛り込まれているのだろうか？

この本の姿勢は、「序論」「当事者・家族から見た統合失調症」という章に明示されている。そこには、“統合失調症患者から”“統合失調者の母親をもって”“統合失調症になってもだいじょうぶな社会を願って”“統合失調症の保健・医療・福祉のあるべき姿”“統合失調症治療の在り方について考える”などのタイトルでそれぞれ当事者や家族の立場から書かれている。本の最初の章にこのような患者・当事者の立場からの文章が置かれることは、

統合失調症には精神医学のすべてが凝縮されている



これまでの「医学書」にはなかったことである。しかもその内容が、統合失調症を考えるにあたっての新たな視点をわれわれに突き付けているという意味でも、インパクトが強い。

そこには編集者の深い意図があることが「序」を読むとわかる。“教科書は、その内容が統合失調症の当事者や支援者に向けたサービスに役立つことを、最終的な目標としています”“専門家向けの教科書としては異例かもしれませんが、今後こうした構成が常識になっていくだろうと考えています”と述べている。

この序文を読んで、これこそまさに編集者の卓見であると感動を覚えたのである。と同時に、すべての精神科医や精神医療に携わる人に、ここに書かれた患者・当事者の文章と、それに続く、編集者によって作られた「統合失調症の基礎知識——診断と治療についての説明資料」を併せて読み、これらの重い問いかけを受け止めてほしいと思う。

もちろん教科書であるから、「統合失調症の概念」「基礎と研究」「診断と評価」「治療」「法と精神医学」といった項目立てのもと75にも上る章に、最新のデータや考え方、具体的な技法などが記述されている。しかも、それぞれの章が程よい長さにとめられており、小見出しが簡潔なキーワードとなっているので、一つのキーワードを選び、知識を確かめ、新しい知見を得、そして診療や研究・教育の場に生かす、そんな読み方のできる、斬新なアイデアのもとに編集された新しい教科書である。

- 文献
1) 猪瀬正, 臺弘, 島崎敏樹(編). 精神分裂病. 医学書院; 1966.
2) 松下正明(総編集), 岡崎祐士(担当編集). 統合失調症の診療学. 中山書店; 2002.

《精神科臨床エキスパート》 不安障害診療のすべて

塩入 俊樹, 松永 寿人 ● 編
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

B5・頁308
定価6,720円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01798-5

評者 上島 国利
国際医療福祉大学教授・精神医学

1980年に発表されたDSM-IIIでは、neurotic という用語は残ったが、“神経症”という概念はなくなった。DSM-IIIをまとめたSpitzerによれば理論が先行する精神分析の思想を避け、記述的な言葉だけで表現したためという。一方当時から、神経症の発症には脳内の神経化学的変化が関与するという生物学的な考え方が台頭し、神経症という概念から離れて個々の症状をとらえて分類したほうがその治療も適切に行えるという方向へ向かった。

個々の類型できめ細かく説明された良書

神経症圏の疾患は、「不安障害」「身体表現性障害」「解離性障害」にそれぞれ分類されたのである。その後約30年が経過したが、この間の変遷を1967年に医学書院から出版された単行本『神経症』(井村恒郎, ほか)と本書, すなわち『不安障害診療のすべて』を比較することにより、この領域の学問の進歩と現代の到達点、課題を明らかにすることができる。

『神経症』は歴史的展望、成因(社会的背景、身体因、遺伝、心因・性格因の総論)が詳細に記載されているが、本書では総論の部分は比較的簡潔であり、個々の類型できめ細かく説明されている。しかし、従来神経症で重視されたある体験(心因)により発症し心理的に固定した心身の機能的な障害といった観点での記載ではない。

『神経症』の類型には、不安神経症、心気症、ヒステリー、恐怖反応、強迫反応があげられている。一方、本書の疾患各論では強迫性障害、PTSD、パ

ニック障害、GAD(全般性不安障害)、SAD(社交不安障害)、特定の恐怖症に分類されている。純粋に不安が前景を占めまたその成因に生物学的過程が関与している疾患について議論を展開している。

なお強迫性障害は、2013年5月に発表されたDSM-5では他の不安障害から分類され、強迫スペクトラム障害(OCS)とされた。

不安障害の治療については、薬物療法が主体となり、特にSSRIがそれぞれの疾患に効果的であり保険適用にもなっている。その発効機序に関しては、まだ解明されていない部分があるためか、紹介が比較的控え目である。一方、認知行動療法は昨今さまざまな精神疾患に対する効果が評価され施行される機会が増しているが、本書では、実際に臨床現場で行えるような解説がなされている。各不安障害に有効なことはエビデンスをもって示されており、さらなる発展が期待されている。

本書は編集の塩入俊樹、松永寿人両教授をはじめ各分担執筆も新進気鋭の研究者および臨床家であるので、最近の話題の提供から、問題点および今後の課題についてまです的確な指摘がなされている。普遍的だが病的に変質して多彩にして複雑な様相を呈する不安の根源は何か、現代人は何に悩むのか、不安障害を通じての臨床実践から何が示唆されるのか、それらの回答を得るために格好の良書である。

行って見て聞いた 精神科病院の保護室

三宅 薫 ● 著

A4・頁152
定価2,940円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01743-5

評者 中山 茂樹
千葉大大学院工学研究科教授 / 建築・都市科学

保護室は、精神科治療プロセスにおける重要な環境として位置付けられている。厚労省の「医療観察法下の行動制限等に関する告示」は、患者の隔離についての基

保護室の実態と役割

本的な考え方を「患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、(中略)その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるもの」だと示している。しかしこれまで、この空間への施設性能として求められてきたものは、自殺防止への配慮や、耐破壊性能が中心であり、治療的環境を達成しようとする議論には至っていなかったように見える。また、たまたみ・就寝・休息・食事・排せつの行為空間

が一体となっていること、室内の空間性条件、外部空間との関係や、窓からの景観などに対する具体的設計指針が医療側から示されていなかったことなど、治療的環境を建築計画としてどのように創造すべきなのか明らかではなかった。

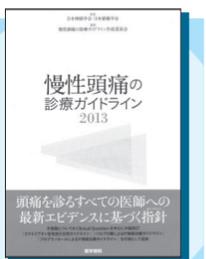
著者は「保護室を治療・看護に積極的に生かす」とし、保護室は治療・看護のための空間であることを主張しておられる。また、巻末にある中井久夫神戸大学名誉教授のコメントにも「精神病院は最大の治療用具である」というエスキロールの言葉が引用されており、医療・看護の領域から、建築空間を単なる器ではなく、治療に直結するものであることをご指摘いただき、

頭痛診療のエキスパートがまとめた最新エビデンスに基づくガイドライン

慢性頭痛の診療ガイドライン2013

日本頭痛学会が2006年に編集したガイドラインの改訂版。頭痛診療のエキスパートが最新のエビデンスに基づき、片頭痛についてのクリニカル・クエスチョンを中心に大幅改訂。付録として「スマトリプタン在宅自己注射ガイドライン」「バルプロ酸による片頭痛治療ガイドライン」「プロプラノロールによる片頭痛治療ガイドライン」を新しく追加。頭痛をよく診る神経内科医、脳神経外科医のみならず、プライマリケア医も必携。

監修 日本神経学会・日本頭痛学会
編集 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会



B5 頁368 2013年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01807-4]

医学書院

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

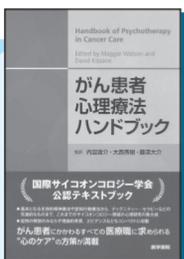
がん患者への“心のケア”の対策が満載

がん患者心理療法ハンドブック

Handbook of Psychotherapy in Cancer Care

国際サイコロジ学会の承認を受けた、がん患者への心理療法テキストブックの邦訳。過去20年間のサイコロジ領域における心理研究の集大成であり、21の精神療法が収録されている。症例の解説のみならず理論的背景、エビデンスなどもコンパクトにまとめられ、臨床腫瘍医、がん看護師のみならず、臨床心理士が現場でどう介入を上げていくかの示唆が満載。

監訳 内富庸介
岡山大学大学院医学薬学総合研究科教授・精神神経病態学教室
大西秀樹
埼玉医科大学国際医療センター教授・精神腫瘍科
藤澤大介
国立がん医療研究センター東病院・精神腫瘍科医長



A5 頁456 2013年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01780-0]

医学書院

《精神科臨床エキスパート》 誤診症例から学ぶ 認知症とその他の疾患の鑑別

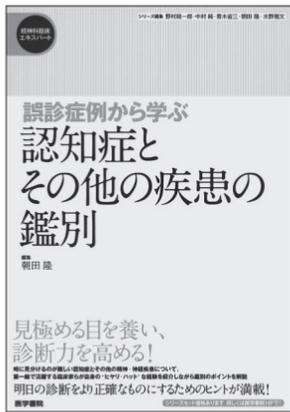
朝田 隆 ● 編
野村 総一郎, 中村 純, 青木 省三, 朝田 隆, 水野 雅文 ● シリーズ編集

B5・頁200
定価6,090円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01793-0

評者 門司 晃
佐賀大教授・精神医学

まず『誤診症例から学ぶ』というタイトルが刺激のかつ魅力的である。編者の序文にも紹介されているが、北海道大学名誉教授である山下格先生の『誤診のおこるとき——早まった了解を中心として』という名著も過去にあり、評者は多くをこの著作から学ばせていただいた。やはり、「とくに失敗からこそ、人は多くを学ぶものである」というのが素直な現場感覚と思われる。本書の内容を紹介すると、まずは編者が執筆した第1部「総論」では誤診の原因とその分類が取り上げられている。臨床診断を誤る6パターンとして、未

必要性が増す認知症診療に適切に対処するために



重要事項の提示というスタイルをとっている。目次にもおのおのの症例に関しての簡潔な紹介文が記されているので、読者はそれに基づいて、興味を引く頁を開くことができるようになってきている。この点は日頃多忙な臨床医にとって極めて親切な配慮と思われる。なぜ誤診が起きたのかのポイントは青字で所々に強調されているが、「疾患を一元的にみるか、二元的にみるかは、診断学では重要な点である」「医師は、診断をするうえで決定的と思えるほどに重要な病歴や検査結果があると、他の診断の可能性について無意識のうちに排除しようとする傾向がないとはいえない」といったすべての臨床家にとっての金言が紹介されている。総論・各論を通じて、随所に参考文献が提示されている。いくつかの項の紹介文献を実際にあたってみたが、読者がさらに知見を深める上で有用と思われる重要な文献が新旧を問わず選ばれていた。

評者は前任の大学病院および現在勤務の大学病院において、認知症疾患医療センターの設立に加わった経験を持つが、どちらの大学でも神経内科と精神科が連携して、認知症を診る形式をとっている。この形式は認知症のような神経内科学と精神医学のいわば「ニッチ」に存在する疾患診療には極めて理想的と考えるが、どこでもこのような形式が存在するわけではない。これからますます必要性が増大する認知症診療に精神科医が適切に対処するために、ぜひ本書を精読されることをお勧めしたい。

建築に身を置くものとして、その重みを深く受け止めた。

冒頭に「突然大学から膨大な質問用紙が送られてきて、記入させられるような調査」ではなく、「自分の足や目や耳を使って、現場の情報を集めていきたい」と思ったという、著者の姿勢が示されている。35病院40病棟の平面図と保護室鳥瞰図、それに細部の写真が見開きで紹介されている。具体的な各病院のアメニティの使い方は詳細なコメントとして記録されている。また後ろに「保護室における生活援助とは」がまとめられており、看護のさまざまな工夫が列挙されており、建築へ

の注文明多数記載されている。

困ったこととして指摘されている「換気や明るさ、騒音などについての客観的な基準がない」や、「壁の硬さも、やや硬いとか、柔らかいとか、ふかふかとか、手触りを表現する基準がわからない」のは、使う人々へのデリカシーが建築には欠如していると指摘されているようで耳が痛い。本書にヒントとして隠されている重要視点を、建築の言葉に変え、図面化し、具体的な空間にするのは建築家の仕事である。

精神科医療者の方にはもちろん、病院管理・設備などに携わる人にも、建築設計者にも読んでほしい。

大人の発達障害ってそういうことだったのか

宮岡 等, 内山 登紀夫 ● 著

A5・頁272
定価2,940円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01810-4

評者 広沢 正孝
順大大学院教授・精神保健学

近年、成人の精神科医療の現場では、発達障害を持つ患者に出会う機会が多い。そればかりではない。大学のキャンパスや職場においても、発達障害者と思われる人々への対応に苦慮しているスタッフの声をよく聞く。主に成人を対象としてきた一般の精神科医も、もはや発達障害の概念なしに診療を行うことが困難になってきているのであろう。本書の著者の一人である宮岡等氏は、この状況を幕末の「黒船来航」に例えている。それほどまでに、(成人の)精神科医にとって発達障害は忽然と現れ、対応を迫られても、その具体的なイメージが浮かびにくい対象なのかもしれない。

本書は、発達障害に戸惑いを覚えている精神科医や医療関係者の立たされた状況をくんで編集されたものである。どうしても発達障害に対して不安や苦手意識をぬぐいきれない精神科医(医療関係者)には、どのように「黒船」に対する自身の臨床のスタンスを構築し直せばよいのかといった、そもそもの視点を教えてくれる。この点が、既存の「大人の発達障害」をめぐる書籍や雑誌との大きな相違であるといえよう。

本書は、宮岡氏が、成人の精神科医、および若き臨床医を育成する教育者の視点から、成人の発達障害者に出会ったときの戸惑いを、児童精神科医である内山登紀夫氏にぶつけながら、発達障害[主に自閉症スペクトラム障害(ASD)]に関する「頭の整理」をしていく形で、展開されている。第1章の「なぜ大人の発達障害なのか」に続く第2章「知っておきたい発達障害の基礎知識」では、ASDの診療に臨む際にわれわれがおさえておきたいポイントが、わかりやすく示されている。とくに成人の精神科外来の中にも、相当数のASD者が含まれている可能性があるという指摘は、日常臨床場面で「発達障害をみる眼」を持つことの重要性を喚起してくれる。

第3章の「診断の話」では、ASDの診断に当たってのポイントが具体的に示されている。まずは、常にわれわれが「社会性、コミュニケーション、イメージーションの障害」というASDの三つ組みの症状に加え、感覚過敏に注意を払って患者に向かう姿勢を持つこと、さらには統合失調症にしろ気分障害にしろ、典型的な症状、状態像、経過でなければASDを疑う目を持つこと、そのためにも操作的診断

を超えた臨床力を身につけておくこと(特に若い医師の場合)が強調されている。その上でこの章では、統合失調症、うつ病、双極性障害、境界性パーソナリティ障害、強迫性障害、身体表現性障害との具体的な異同が述べられ、ASDを疑う際の具体的なポイントがわかりやすく語られている。なお、この章で興味深い著者らの議論は、精神科診断に当たって、外因、内因、心因に加え発達障害因という第4の軸を持つ必要性の指摘であろう。また発達障害においては、たとえ似た症状であっても、従来の症状論をそのまま用いることが必ずしも適切とはいえないという見解は、さらなる議論が期待される精神医学の課題ともいえよう。

第4章の「治療とケア——どう捉え、どうするべきか」では、ASD者が呈する症状の心理学的な意味を探るよりも、第一に環境調整を考え、たとえ心理的な意味を考えるにしても、ASD者の視点に立った実践的な意味を捉えることが、治療とケアに重要であると述べられている。本文では、その具体的な例も織り交ぜられ、例えば同じうつでも、発達障害の人たちの呈するうつの場合、「休みましょう」は彼らの混乱を招きかねず、具体的な期間などを明確に示す必要があることなどが示されている。

第5章「ADHDと学習障害」では、ここまでASDで触れてきた事例が、ADHDと学習障害に関連しても討論されている。

繰り返しになるが、本書では成人の精神科医が確かめたかった疑問が、宮岡氏からダイレクトに発せられ、それを児童精神科医である内山氏がわかりやすく解説してくれている。何よりもそのやりとり自体に、これまで抱えてきた発達障害に取り組む際の不安を払拭する契機をつかめる読者もいるのではないかと思う。その意味で本書の構成スタイルには、発達障害に戸惑っている精神医療の専門家に対する「優しい眼差し」が感じられる。

精神科医が持つ発達障害の疑問にダイレクトに答える書



●お願い—読者の皆様へ
弊紙記事へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください
TEL (03) 3817-5694・5695
FAX (03) 3815-7850
「週刊医学界新聞」編集室

新刊 症状ではなく、病気を治せ
気分障害を正しく理解し、適切な治療に導くための指南書
気分障害ハンドブック
Mood Disorders, 2nd Edition (Practical Guides in Psychiatry)

▶気分障害(うつ病、躁うつ病[双極性障害]など)をしっかりと診断した上で、適切な治療を行うための知識をコンパクトにまとめた一冊。症状に対して漫然と行われる対症療法的な薬物治療を否定し、疾患そのものを治療すべきという著者の哲学に貫かれた内容。精神科医や心療内科医、それを目指す研修医をはじめ、患者の増加に伴い診療の機会が増えつつある一般内科医、プライマリケア医にも有用。

監訳: 松崎朝樹
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院精神科副院長

定価4,200円(本体4,000円+税5%)
A5変 頁332 図20 2013年
ISBN978-4-89592-744-4

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

新刊 基礎と臨床のギャップを埋める! 脳神経の定番アトラス、待望の大幅改訂
ハインズ 神経解剖学アトラス 第4版
Neuroanatomy: An Atlas of Structures, Sections, and Systems, 8th Edition

▶中枢神経系の機能を理解するために必要な構造上の諸事項を、肉眼解剖図やCT/MRIの画像写真をもとに臨床に関連させながら解説するアトラス。8年ぶりの改訂。工夫を凝らした図と写真で、疾患や症状との結びつきがよくわかる。改訂にともない、構造物に関わる症状、疾患の記載が増え、神経伝導路に関する記述が充実。医学生への解剖学実習の副読本、研修医や臨床家の参考書に好適。

訳: 佐藤 二美
東邦大学医学部解剖学講座教授

定価7,560円(本体7,200円+税5%)
A4変 頁352 図・写真267 2013年
ISBN978-4-89592-750-5

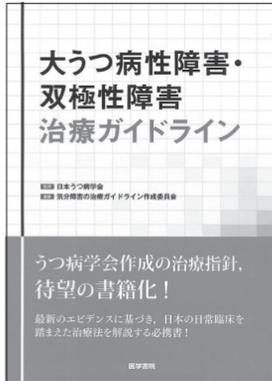
MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
TEL. (03) 5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

現代社会で活躍する精神科医必携の書、ついに完成!

大うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン

監修 日本うつ病学会
編集 気分障害の治療ガイドライン作成委員会

日本うつ病学会のうつ病治療ガイドラインが待望の書籍化。重症度別にエビデンスに基づく推奨治療法を提示するのはもちろん、診察の進め方や鑑別診断などについても解説するなど、うつ病診療に関する幅広い内容を取り上げている。また昨今ますます関心が高まっている双極性障害の治療ガイドラインおよび双極性障害患者への説明用資料も収載しており、まさに今日の精神科臨床に必要不可欠な1冊。



●B5 頁152 2013年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01783-1]

新しい時代の統合失調症エンサイクロペディア

統合失調症

監修 日本統合失調症学会
編集 福田正人・糸川昌成・村井俊哉・笠井清登

日本統合失調症学会監修の決定版テキスト、ついに完成。統合失調症の概念、基礎研究、診断、治療その他の関連知識を75章の圧倒的なボリュームで網羅した、最新最高のリファレンスブック。基本学説とその歴史的発展、診療のエビデンスと実践的知識、関連病態、臨床上の諸問題や最新トピックスなど、新進気鋭の執筆陣が十分に筆を揮う。当事者支援を中心とした統合失調症診療の新時代に呼応し、当事者や家族にも寄稿していただいた。



●B5 頁768 2013年 定価16,800円(本体16,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01733-6]

精神科臨床におけるありとあらゆる情報を網羅した決定版

今日の精神疾患治療指針

編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田 隆・中込和幸

専門医が自らの治療法を紹介する好評書『今日の治療指針』の精神疾患版。個別の疾患および関連する諸問題など計341項目について、最新かつ実践的な臨床情報を提供する。処方例や非薬物療法などの治療に関する内容はもちろん、診断、検査、患者・家族への説明のポイントなどの情報も収載しており、臨床上の疑問点については必ず何らかの情報にたどりつくことができる。まさに精神科臨床書籍の決定版と呼ぶにふさわしい1冊。



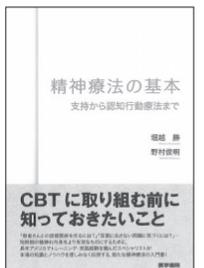
●A5 頁1012 2012年 定価14,700円(本体14,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01380-2]

精神療法の基本

支持から認知行動療法まで

堀越 勝・野村俊明

臨床医が外来患者を診療する際に役に立つ精神療法の理論やテクニックについてまとめた解説書。精神療法の位置づけといった基礎的な内容から、患者とのラポートづくりや効果的な面接の技法といった実際の治療でのポイント、臨床でみかける機会の多い疾患の特徴と介入方法まで、米国での長い臨床経験をもつスペシャリストが網羅的に解説。限られた時間でより有効な診療を行う手助けとなるであろう1冊。



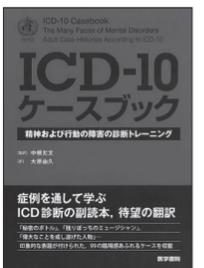
●A5 頁288 2012年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01672-8]

ICD-10ケースブック

精神および行動の障害の診断トレーニング

監訳 中根允文/訳 大原由久

世界中で用いられている、WHOの精神科診断基準ICD-10をより深く学びたい人のための症例集。「秘密のボトル」、「独りぼっちのミュージシャン」、「偉大なことを成し遂げた人物」など、印象的な表題が付けられた99の臨床感あふれるケースを収載。ICD-10の構成に沿った目次立てで、具体的な症例に基づいてICD診断を実践的に学ぶことができる。なお、収載症例は成人例に限定されている。



●A5 頁328 2012年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01650-6]

2013年10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。下記定価は冊子版の一部定価、消費税5%を含んだ表示です。 医学書院発行

公衆衛生	11 Vol.77 No.11 一部定価2,520円	院内感染対策	臨床整形外科	10 Vol.48 No.10 一部定価2,625円	低出力超音波パルスLIPUSによる骨折治療—基礎と臨床における最近の話題
medicina	10 Vol.50 No.10 一部定価2,625円	内分泌疾患に強くなる	臨床婦人科産科	10 Vol.67 No.10 一部定価2,835円	ART成功の秘訣 —どうすれば妊娠率は向上するか
JIM	10 Vol.23 No.10 一部定価2,310円	高齢者「主治医」事典	臨床眼科	10 Vol.67 No.10 一部定価2,940円	第66回日本臨床眼科学会講演集(8)
糖尿病診療マスター	増刊 Vol.11 No.7 一部定価2,835円	実践的糖尿病療養指導に活かすインスリン読本	臨床眼科	増刊 Vol.67 No.11 一部定価8,925円	図で早わかり 実戦! 眼科薬理
呼吸と循環	11 Vol.61 No.11 一部定価2,835円	心臓病における核医学検査の進歩	総合リハビリテーション	10 Vol.41 No.10 一部定価2,310円	診療報酬・介護保険同時改定
胃と腸	10 Vol.48 No.11 一部定価3,150円	組織混在型粘膜内胃癌の診断	理学療法ジャーナル	10 Vol.47 No.10 一部定価1,890円	ウィメンズ・ヘルスと理学療法士のかかわり
BRAIN and NERVE	10 Vol.65 No.10 一部定価2,835円	神経系の発達と精神・神経疾患の発症	臨床検査	増刊 Vol.57 No.11 一部定価5,250円	はじめよう、検査説明
精神医学	10 Vol.55 No.10 一部定価2,730円	アンチスティグマ活動の新しい転機 I	臨床検査	11 Vol.57 No.12 一部定価2,310円	前立腺癌マーカー/日常検査から見える病態—生化学検査②
臨床外科	増刊 Vol.68 No.11 一部定価8,610円	術前画像診断のポイントと術中解剖認識	病院	10 Vol.72 No.10 一部定価3,045円	地域包括ケアと病院



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