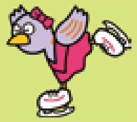
セツブンソウ

SAITAMA
精神保健福祉だより

彩の国 埼玉県



埼玉県マスコット「コバトン」

埼玉県立精神保健福祉センター　http://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/g12/
埼玉県立精神医療センター　http://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/q05/
〒362-0806　埼玉県北足立郡伊奈町大字小室818番地2　TEL 048-723-1111（代表）FAX 048-723-1550

NO.82
平成26年２月

CONTENTS

1　**新しいDSM−５を概観する** …… 1
さいたま市立病院・精神科　仙波　純一

2　**埼玉県薬剤師会におけるゲートキーパー研修会について（平成25年12月、明治薬科大学）** …… 9
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部/
埼玉県薬剤師会理事　嶋根　卓也

3　**イベント情報** …… 10
企画広報

※当たよりは、埼玉県立精神保健福祉センターのホームページから、全文ダウンロードできます。是非、ご利用ください。（http://www.pref.saitama.lg.jp/site/tayori/）

今回は、平成25年５月に改訂された「DSM−５」の特徴や診断基準の変更点などについて、さいたま市立病院 精神科 仙波医師に解説していただきました。

「DSM」とは、アメリカ精神学会が策定している「精神疾患の分類と診断の手引き」のことで、世界的な診断基準となっています。

この改訂により、今後日本でも、精神疾患の分類と診断基準が変わる可能性がありますので、注目していただきたいと思います。

なお、このDSM−５への改訂後には、自立支援医療等で使われているICD−10も改訂される予定です。

1 新しいDSM−５を概観する

さいたま市立病院・精神科　仙波　純一

1　DSM−５までの経過

DSM−５が2013年５月の米国精神医学会の総会に合わせて発表されました。DSM−Ⅳの発表以来19年も経過し、この診断基準がどう変わったかは、わが国の精神科医にとっても興味深いところです。今回の改訂作業は1999年に始められ、実に14年かかっています。2002年には改定へのアジェンダが発表され、精神科診断分類体系のパラダイムシフトなどと騒がれ、精神病の脱構築、ディメンジョン評価、生物学的マーカーの導入など勢いだった方針が打ち出されていました。2006年にはKupferを代表者として実際の改定作業が始まりました。2010年にはドラフト（草案）が公開されて、改訂の大まかな点が展望できました。ドラフト発表後も外部の意見を取り上げたり、フィールド・トラアルを行ったりして、少なくない変更がなされました。

今回確定版が出版され、私も早速購入してざっと全体を眺めてみました。まだ細部まで読み込んでおらず、変更がどのような根拠で行われたかを示すリソースブックが発表されていませんので、理解が表面的になってしまうことをご了承ください。

なお現在DSM−５の翻訳は日本精神神経学会が中心となって進行中で、2014年の夏ごろの完成を目指していると聞きます。**日本語での病名が確定していないので、ここではDSM−Ⅳと同じものは従来の訳語を使用し、今回新しく提唱された病名などについては原語のまま表示することとしました。英語が多くなってしまいましたが、ご了解ください。**

2　DSM−５の特徴

まずDSM-VではなくDSM−５とアラビア数字で表記することになりました。これは、今後5.1、5.2…のように小改訂が予定されているためのようです。DSM−Ⅲからの特徴であった多軸評価が廃止されたのには驚いた方もいらっしゃるかもしれません。第Ⅰ軸からⅢ軸までは１つになりました。これは他の医学分野では診断名は一つであり、ICD−10でも多軸診断を採用していないためとされています。それにしたがって、従来のⅡ軸診断であったパーソナリティ障害は単独の病名として独立することになりました。Ⅳ軸の機能評価では以前のGAFは採用されず（汎用性がなかったということのようです）、WHOの国際生活機能分類（ICF）を代わりに使用してよいことになっています。

疾患カテゴリーの順序は再編成されています。DSM−Ⅳの「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」は解体されて、それぞれ成人を含むカテゴリーへ移動しました（図１）。いままで診断が少し難しいと、NOSとよばれた特定不能の項目に落とし込みがちでしたが、このくずかご的な分類は、Other specifiedあるいはUnspecifiedに分けられるようになりました。前者はDSM−５の診断基準にはあてはまらないものの、何らかの病名がつけられるもの、後者は暫定診断であるときなどに使用されることになっています。

ICDとの整合性に注意が払われています。ほとんどのDSM−５の病名には対応するICDのコードが付加されているのは、現在作成が進行中のICD−11を意識してのことでしょう。またこのために使用上の注記がたくさんなされています。

3　スペクトラム診断（分類）とディメンジョン評価

2002年発表のアジェンダにあったような劇的な改訂の試みは、実際のところ実現していません。今回の改訂を眺めると、診断基準の細かな語句の変更や、いくつかの新しい病名の追加にとどまっているように見えるかもしれません。しかし、これからも続くDSMの改訂を予想していくにあたり、スペクトラム診断（分類）とディメンジョン評価との概念を理解していくことは重要です。そのため、これらの概念を簡単に説明しておきます。

私たちが現在使用している診断分類は、カテゴリー的な分類です。ここでは、ある理念的な疾患単位を想定してそれに病名をつけ、さらにその病態は相互に重なり合わないことを前提としています。DSM−５でも表面的にはこの方法をとっています。これに対してスペクトラム分類は、それぞれの疾患の境目は元来明確なものではないという考えに基づいています。最近わが国で話題の双極性スペクトラムはこの概念に基づいたものです。今回のDSM−５では、従来の自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の自閉性障害などを一連のものとしてとらえたAutism Spectrum Disorderがその代表でしょう。それだけでなく、統合失調症や双極性障害がSchizophrenia Spectrum and Other Psychotic DisordersやBipolar and Related Disordersなどと表示されているところからも、スペクトラム分類への流れが窺われるところです。

一方、ディメンジョン評価とは、疾患横断的に重要な症状を抽出し、その症状の有無や重症度を評価していこうとするものです。DSM−５では以前より多くの特定用語（specifier）が用意され、これに沿って病型を特定したり、症状の特徴や重症度を評価したりすることが求められています。DSM−Ⅳで「病型を特定せよ」や「該当すれば特定せよ」などとあったのがこれに相当します。DSM−５では、以前よりも詳細な注記が用意されています。たとえば双極性障害のところでは、10もの特定用語があります。さらに本編のSection Ⅲには、いくつかの疾患横断的（cross-cutting）な症状評価尺度が用意されています。

スペクトラム分類とディメンジョン評価を合わせて使用すると、従来のカテゴリー的な診断

法は必ずしも必要ないことに気付かれるでしょう。この方法を用いれば、より臨床的に有用で画期的な診断法を確立できるようになるのでしょうか。しかし、これをずっと推し進めていくと最終的には計量心理学的による診断につながるのではないかという黒木俊秀らの意見もあります。ちなみにNIMHが現在開発中の診断基準であるRDoC（Research Domain Criteria）は完全にディメンジョン的な考えに立っています。今後RDoCを精神疾患の生物学的研究に利用しようとするNIMH所長のInsel と、DSM−５を編集したKupferの間に、DSM−５発表当時ちょっとした対立があったのは有名です。結局両者とも使用する目的の違うこと、またそれぞれの限界を理解するなどで手打ちが行われたようですが…。

４　それぞれの疾患カテゴリーの変更点

それでは各診断カテゴリー別に新しい病名、廃止された病名、診断基準の変更などを見ていきます。

神経発達障害Neurodevelopmental Disorder

DSM−Ⅳの「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」が知的障害、自閉症、ADHDなどを含むカテゴリー名に変更されました。ここでは、精神遅滞の用語が廃されて、Intellectual Disability（Intellectual Developmental Disorder）の用語が採用されています。先に述べたように、広汎性発達障害は、自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の自閉性障害などを一連のものとするAutism Spectrum Disorder（ASD）にまとめられました。また、ADHDは症状発現年齢が12歳以前に引き上げられASDとの併存が認められました。Aspergerという伝統的な病名がなくなったのは残念に思う方がいらっしゃるかもしれません。

Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders

統合失調症の診断基準には大きな変更はありません。ただし、以前はSchneiderの一級症状（たとえば、奇妙な妄想や対話性の幻聴など）が重視されていたのですが、今回の改訂ではそれはなくなりました。亜型分類は診断一致率が低いためか廃止されています。しかし、緊張病（Catatonia）はspecifierとして残り、やや独立した扱いです。統合失調症に限らず、双極性障害やうつ病などでも特定できるようになっています。最近、統合失調症に移行する危険性の高い若年者をAt-Risk Mental State（ARMS）などとよんで、統合失調症の早期診断、早期治療を進めようという動きがあります。しかし、ARMSに相当するAttenuated Psychosis Syndromeは、ドラフトにはありましたが、診断の一致率が低いことなどから最終的に採用されず、今後の検討課題として残されました。

Bipolar and Related Disorders

従来の気分障害は双極性障害とうつ病性障害に分割され、それぞれ独立したカテゴリーになっています。双極性障害の診断基準には大きな変更はありません。躁病で活動性の増大が診断基準に加わったくらいでしょうか。以前から診断が難しいと批判されていた混合性エピソードは廃止され、mixed featureというspecifierが設けられました。これはうつ病性障害でも相互に対応して使用できるようになっています。つまり、躁病の時にはうつ病のいくつかの特徴があればこれを特定し、逆にうつ病であれば躁病の特徴を特定するということです。うつ病でありながら、落ち着かなく多動で、いかに自分がつらい状況にあるかを懸命に語り続けるような状態が、混合性の特徴を持ったうつ病に相当します。これもディメンジョン評価の１つでしょう。同様にwith anxious distress（不安の苦痛を伴うもの）というspecifierも用意され、不安症状の強い双極性障害を抽出しようとしています。また、抗うつ薬による躁転は躁病に入れてよいことになりました。いわゆる双極スペクトラム障害はそのままの形では採用されていません。

Depressive Disorder

小児の双極性障害の過剰診断を避けるためにDisruptive Mood Dysregulating Disorder　が新設されました。18歳以下の子どもにおける、持続性の焦燥や頻繁な行動制御異常（例えば、かんしゃくなど）のエピソードが特徴です。また、Premenstrual Dysphoric DisorderがDSM－Ⅳの付録から格上げされ、正式病名として採用されています。気分変調性障害は慢性の大うつ病を含んでPersistent Depressive Disorderと名前が変わりました。

大うつ病自体には診断基準に大きな変更はありません。ただし、DSM-Ⅳでは死後２か月以内の抑うつ症状はうつ病としませんでしたが（死別反応の除外条件）、これは廃止されました。「人の自然な感情まで病的なものとする」というマスメディアを中心とした反対もなされているようです。やはり双極性障害と同じように、多くのspecifierが用意されています。

Anxiety Disorder

このカテゴリーの中には、DSM-Ⅳの「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」から分離不安障害や選択性緘黙などが移行しています。一方、強迫性障害は独立してObsessive-Compulsive and Related Disordersというカテゴリーになりました。また、PTSDや急性ストレス障害、適応障害も独立してStress-related Disorderという新しいカテゴリーに含まれることになりました。

不安障害ではそれぞれの下位分類の診断基準について、記述が以前よりも具体的で明確化しているようにみえます。たとえば、社交不安障害では、社会的状況として社交場面、被注視場面、行為場面の３つが例示されています。

DSM－Ⅳでは広場恐怖とパニック障害が分離されていませんでしたが、今回はそれぞれが独立した診断になっています。パニック発作では、診断基準の小訂正があり、症状の頂点は「数分」で、発作は平静な状態でも、あるいは不安な状態でも生じてよいとなりました。パニック発作にはPanic Attack Specifierが用意され、パニック発作が伴うときには、パニック障害に限らず（たとえば、PTSDやうつ病などでも）特定することが求められています。広場恐怖や全般性不安障害には大きな変更点はなさそうです。

Obsessive-Compulsive and Related Disorders

不安障害から独立した強迫性障害のカテゴリーには、身体醜形障害、Hoarding Disorder、抜毛症、Excoriation（Skin-Picking Disorder）などが新設されました。チック障害はNeurodevelopmental Disorderへ移動しましたが、Tic-related Specifierが設けられています。強迫性障害の洞察についてのspecifierはより詳細になり、確信の程度で３段階に分かれています。Hoarding Disorderという診断名は今回初めて出現しました。強迫的にものをため込んで捨てられない病態をいいます。

Trauma- and Stressor-Related Disorders

不安障害から、心的外傷ストレス障害（PTSD）と急性ストレス障害（ASD）、適応障害が抜け、新たにこのカテゴリーが新設されました。ここには、DSM-Ⅳの「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」から反応性愛着障害が移行し、小児期の虐待などで見られるDisinhibited Social Engagement Disorderが新設されています。

PTSDの診断基準がどのように変更されたかは興味深いところです。いわゆる出来事基準はより具体的で厳格になりました。これによれば「テレビで津波を見てからPTSDになった」などははPTSDとは診断されないことになります。外傷に対する特異的な情動反応を示した基準は削除されました。一方、６歳以下の子どものPTSDを診断するための基準が新たに用意されています。

Dissociative Disorders

診断基準や説明がより詳細に変更されています。解離性遁走が解離性健忘の下に格下げされました。離人性障害がDepersonalization/Derealization Disorderに改名されています。ドイツ式の記述精神医学でみるとちょっと変な書き方です。

Somatic Symptom and Related Disorders

DSM-Ⅳの身体表現性障害、虚偽性障害、身体疾患に影響を与える心理的要因などを含むカテゴリーが新設され、身体表現性（Somatoform）の用語は廃止されました。DSM-Ⅳでもそのような傾向がありましたが、今回はさらに診断上「医学的に説明がつかない症状」や「心因」の有無を求めないようになりました。このような病因論を捨て、むしろ患者の主観的な苦悩や生活機能の低下を重視しています。このカテゴリーの下位分類は、病名を含めかなり大きく変化しています。

DSM-Ⅳの身体化障害、心気症、疼痛性障害などが合併して、Somatic Symptom Disorderが新設されました。身体症状と認知のゆがみの２側面を持つ病態としてまとめられています。一方、重篤な疾患にかかっていると思っているが、身体症状はないかあるいはごく軽度の場合は、新設されたIllness Anxiety Disorderに含まれることになります。以前の心気症がほぼ相当するでしょう。以前の転換性障害は、Conversion Disorder（Functional Neurological Symptom Disorder）とされています。適切な神経学的診断が要請される一方、いわゆる心因の有無は求められていません。以前からも心因の有無の確認は実際には困難で精神科医泣かせでした。これがなくなり診断がしやすくなったぶん、こんどは過剰診断にならないでしょうか。また、訴えが虚偽であるかの確認は不要です。従来から心因の有無や虚偽性の確認は困難であったことから、今回思い切って削除されたようです。さらに、他の身体的疾患に影響する心理的要因や虚偽性障害がこのカテゴリーに含まれています。

Feeding and Eating Disorders

ここでもDSM-Ⅳの「幼児期または小児期早期の哺育、摂食障害」から異食症や反芻性障害などが移行して、このカテゴリー名になりました。神経性無食欲症の診断基準からは、無月経の条件が廃止されました。やせの度合いはBMI17と15を境に重症度を特定することになっています。神経性大食症に相当するBulimia Disorderには大きな変更はありませんが、Binge-Eating Disorderが格上げされています。この病態は、エピソード的な大食はあるが、嘔吐や下剤の利用などの代償行動がないものをいいます。

Elimination Disorders

DSM-Ⅳから大きな変更がないので省略します。

Sleep-Wake Disorders

睡眠関連の障害を含むこのカテゴリーはより詳細な分類になりました。以前の原発性不眠症とよばれたものはInsomnia Disorderと名前が変わり、睡眠困難が少なくとも週に３回、かつ少なくとも３か月続くという条件がつきました。ここでは、精神疾患や身体疾患の併存症の有無を特定するようになっています。これは不眠を疾患の単なる症状と限定的に考えるよりも、より独立して併存した疾患ととらえる最近の傾向の表れでしょう。同様に原発性過眠症がHypersomnolence Disorderとされています。ナルコレプシーも下位分類や診断が詳細になっています。診断基準にはめずらしくバイオマーカーが含まれています（CSFのHypocretin濃度が110pg/mL以下という条件）。概日リズム睡眠障害も以前より詳細です。睡眠時随伴症として、レム睡眠行動障害とRestless Legs Syndromeなどが格上げされています。

Sexual Dysfunctions

DSM-Ⅳから大きな変更がないので省略します。

Gender Dysphoria

以前の性同一性障害がGender Dysphoriaへ改名されました。特徴としては、世代別（小児と青年期以降）に診断基準を新設したことでしょう。それに伴って、診断基準の記述が詳細になっています。

Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders

DSM-Ⅳの「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」から反抗挑戦性障害、および「他のどこにも分類されない衝動制御の障害」が併合されています。反抗挑戦性障害や

行為障害の診断基準には大きな変化はありません。間歇性爆発性障害では、身体的な攻撃だけでなく、言語を含めた広い攻撃性を診断基準に認めています。ここでも多くのspecifierでより細やかに診断することが求められています。

Substance-Related and Addictive Disorders

むかしのaddiction（一般には嗜癖と訳しています）概念が再登場し、「依存」と「乱用」の区別がなくなりました。精神依存をより重視するということでしょう。全体として眺めると、新基準は全体として以前より広がる傾向にあり、軽症例が含まれすぎるという批判があるかもしれません。Alcohol Use Disorderでは、飲酒への渇望が強調され、重症度の判定が求められます。薬物としては、Nicotineに代わりTobacco Use Disorderの用語が使われています。Cannabis WithdrawalとCaffeine Withdrawalが新設され、とくに大麻の有害性が強調されることになりました。

薬物だけでなく、行動の嗜癖もこのカテゴリーに含まれることになり、DSM-Ⅳの衝動制御の障害にある病的賭博が、Gambling Disorderとして移行されました。Internet Gaming Disorderは正式には採用されず、今後の研究課題とされました。

Neurocognitive Disorders

せん妄と認知症が含まれる項目です。Neurocognitive Domainとよばれる6の領域に沿って症状の評価をすることになっています。この6つとは、複雑な注意機能、遂行機能、学習と記憶、言語、視空間認知能力、社会的認知です。せん妄の特定用語に、過活動性、低活動性などが追加されました。

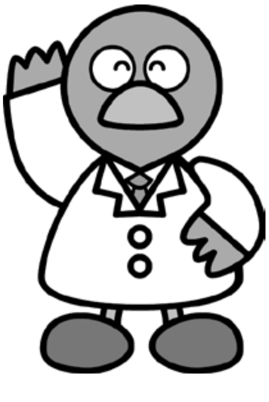
Dementiaの用語はなくなり、Neurocognitive Disorderとよばれるようになりました。特徴としては、重症度に応じてmajorとminorに分けられていることです。たとえば、「アルツハイマー病によるMajor neurocognitive disorder、行動障害を伴う、現在重症」などと診断されることになります。認知症の診断基準をよく見ると、記憶障害の存在は必須でないことがわかります。つまり、先ほどの6領域のどこかの障害があればよいとされています。たしかに、レビー小体型認知症や前頭側頭葉型認知症には記憶障害が目立たないこともあります。以前の亜型には含まれていなかった前頭側頭葉変性症やレビー小体型認知症が追加されています。Majorとminorに分けたことから、より早期に認知症を診断しようとする姿勢がみえてきます。そのぶん過剰診断のおそれもあるでしょう。

Personality Disorders

DSM-5のドラフトにあった大胆かつ革新的な診断方法を読まれた方は、今回発表された診断基準を見てびっくりしたのではないでしょうか。ドラフトで提唱されていたディメンジョン診断は結局採用されず、ほとんど以前と同じ分類と診断基準です。ドラフトはあまりに革新的すぎたのでしょうか。しかし、以前のドラフトは本編のSession Ⅲに納められています。参考までに、この分類法を説明します。まず、パーソナリティ機能を5段階で評価します。つぎに、パーソナリティ障害のタイプを特定します。以前のタイプから6つが選ばれています。さらに、パーソナリティ特性をディメンジョン的に評価します。ここではTrait domainとして5つの特性があげられ、さらにそのdomainごとにTrait facetとして4段階の評価が用意されています。おそらく次回の改訂では、この方法がいよいよ採用されるのではないでしょうか。

Paraphilic Disorders

ここは多少とも専門的になるので省略します。



5　DSM−５への批判

DSM−５で今後問題となりそうな点をあげてみます。ドラフトを用いたフィールド・トライアルの結果はAmerican Journal of Psychiatry誌に掲載されています。ここでいくつかの障害は診断信頼性が低いことがわかります。たとえば、大うつ病性障害、全般性不安障害、境界性パーソナリティ障害を除くパーソナリティ障害などです。あまりにも信頼性が低すぎる病名（mixed anxiety-depressive disorder、non-suicidal self-injury、attenuated psychotic symptom syndromeなど）はドラフトにはあったものの、正式の病名としては採用されませんでした。ただし、本編には今後の検討が必要な病名として記載されています。

DSM−５への多くの批判はドラフト段階から寄せられました。医学雑誌上の議論だけではなく、米国ではマスメディアでも取り上げられました。DSMシステムは、世間でいわれるような精神医学のバイブルなどでは決してありませんが、DSMの変更はたんに精神医学の診断にとどまらず、薬物療法の適応症、健康保険や医療政策、さらには司法分野にも大きな影響を与えるものとなってしまいました。

DSM−Ⅳ編集の責任者であったアラン・フランセスはDSM−５へ厳しい批判を向けています。彼の最近の著書を読むと、彼は今回のDSM−5の作成からはまったく蚊帳の外に置かれていたようです。彼は今回の改訂があまりに拙速で、多くの診断基準の記述に不十分な点があることを指摘しています。そのため誰にでも起こりうる正常な心理的反応を、過剰に精神医学的な疾患としてしまうことを警告しています。とくに、単純な死別反応を診断基準を満たせばうつ病と診断してよいとしたことに対しては、「うつ病の診断を増やして得をするのは製薬企業しかない」など、彼以外からもたくさんの批判があります。

また、わが国の精神科医には疾患概念すら理解しがたい病名があります（たとえば小児の双極性障害に代えて提唱されたとされるdisruptive mood dysregulating disorder）。これ以外にもとくにsomatic symptom disorderのカテゴリーでは診断基準が曖昧なところがあちこちみられます。診断の一致率（信頼性）を高くするあまり、診断の妥当性が失われてしまった可能性も否定できません。つまり、「みんなが診断を一致させやすい基準を作ったものの、それで診断された状態が、ほんとうにその病気を表しているといえるのかわからなくなってしまった」という状態です。

またこれは診断基準が新しくなるたびに問題となりますが、以前の治療経験が新しい診断基準でどのように生かせるかは不明です。DSM−５による診断と従来の治療が連携しない可能性も残されるでしょう。DSM−Ⅳからの期間が長かったぶん、これらの危惧が大きくなりました。

6　わが国におけるDSM−５

今回のDSM−５については、わが国の臨床場面で実際に使用し、DSM-Ⅳやわが国の伝統的な診断との相違を明らかにする必要があります。さらには新分類の有用性や限界については、国内外の学会や医学雑誌などで討論していきたいものです。しかし、DSMに意見するにはそれなりのデータが必要です。説得力のあるデータをわが国の精神科医が作成すれば今後の改訂にも影響を与えることができるでしょう。

ちょうどICD−11への改訂作業が世界で進行中です。DSM−5がこのICD−11へ大きな影響を与えそうなことは予想できます。ICD−11は現在フィールド・トライアルが進行中で、日本精神神経学会も協力しています。最終版は2015年の発表予定とのことです。DSM−５は米国の診断分類で、日本から口を挟むのは難しいかもしれませんが、ICD−11については、われわれもまだ意見を述べる機会が十分にありそうです。日本の精神医学から見たDSM−５への評価が、少しでもICD−11に生かされることを期待したいものです。

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM−５, Washington, DC., American Psychiatric Publication, 2013.

Kupfer D, First, M.B., Regier, D.A.:A Research

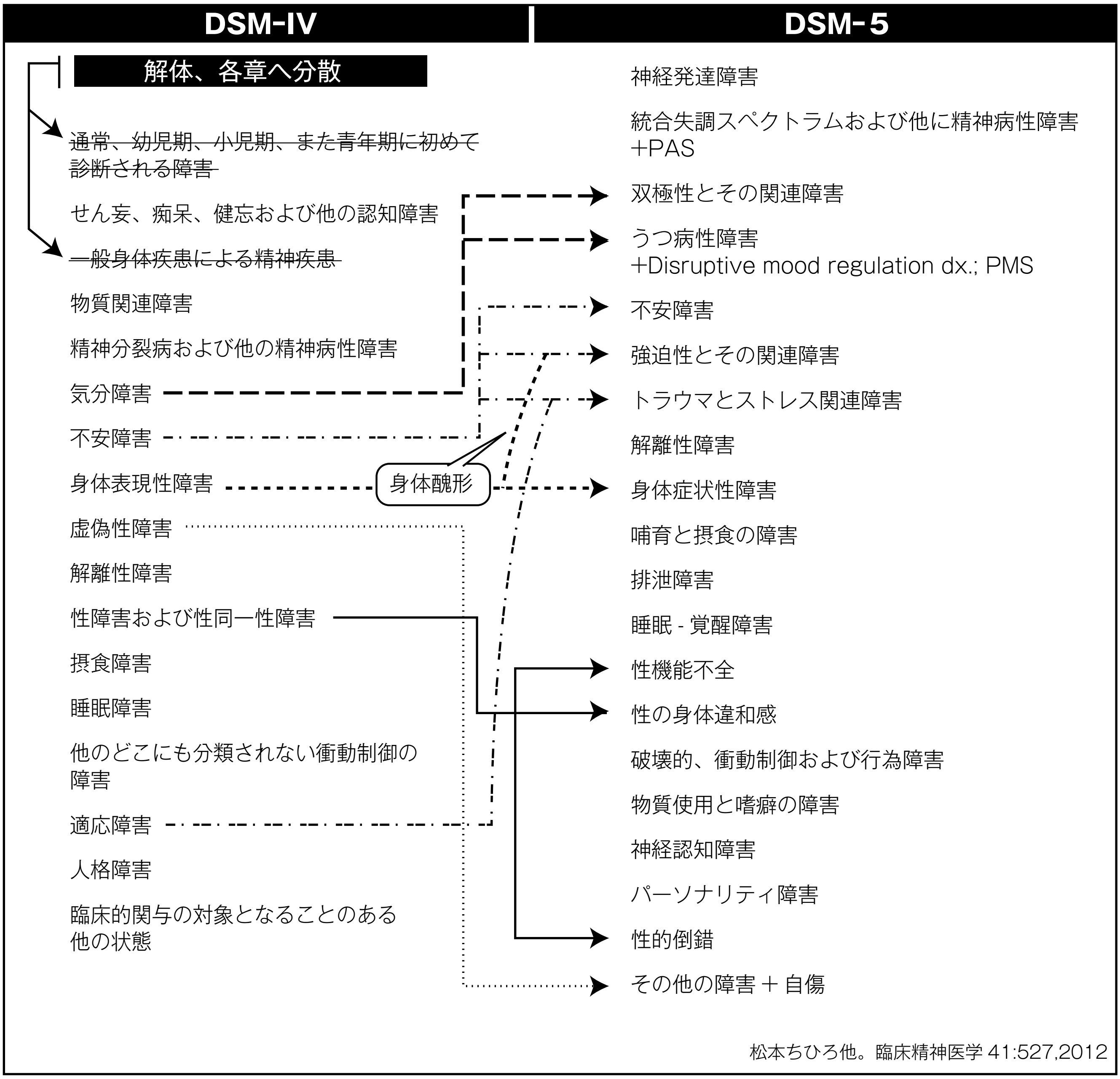
Agenda for DSM-V. American Psychiatric Publishing, Washington, DC., 2002.（黒木俊秀、松尾信一郎、中井久夫訳: DSM-V研究行動計画. 東京, みすず書房, 2008）

黒木俊秀, 宙 岡: DSM-５の真実（第３回）―Helzer JE著“DSM-５に臨床的ディメンジョンを組み入れるために”を読み解く―. 精神科治療学, 23; 1385-1389, 2013

Freedman R., Lewis D.A., Michels R., et al.: The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. Am. J. Psychiatry, 170:1-５, 2013

Frances A.:Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-５, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life. William Morrow, 2013.（アレン・フランセス、著, 大野裕、監修、青木創、翻訳:〈正常〉を救え 精神医学を混乱させるDSM-５への警告, 講談社, 2013）

＜図１＞ DSM-ⅣからDSM-５への章立ての変更点詳細



２ 埼玉県薬剤師会におけるゲートキーパー研修会について（平成25年12月、明治薬科大学）

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部/埼玉県薬剤師会理事
嶋根　卓也

１　向精神薬の適正使用を切り口に

わが国では年間３万人近くの自殺者が報告されています。自殺の背後にはメンタルヘルスの不調がみられ、精神科等の医療につながっているにも関わらず、自殺に至るケースも少なくありません。自殺既遂者の遺族を対象とした研究によれば、自殺既遂者の約60%が自殺行動におよぶ直前に向精神薬を過量服薬して自殺に至っていることが報告されています（廣川ら、日本社会精神医学会雑誌、2010）。本来、辛い症状を緩和するために処方された向精神薬が「自殺を後押しする道具」として使われている事実は、医薬品の適正使用を推進する立場にある私たち薬剤師にとって無視できる状況ではありません。

自殺総合対策大綱（平成24年改訂）では、「調剤・医薬品販売等を通じて住民の健康状態等に関する情報に接する機会が多い薬剤師」がゲートキーパーとして養成していくことが明記されました。薬剤師が過量服薬に気づくことは決して珍しいことではありません。埼玉県薬剤師会を対象とした調査によれば、約24%の薬剤師が１年以内に過量服薬者に気づき、関わった経験を持っていることが報告されています（嶋根、YAKUGAKU ZASSHI、2013）。

そこで埼玉県薬剤師会では、薬剤師にとって身近な「向精神薬の適正使用」を切り口として、ゲートキーパーとしての薬剤師に必要な知識と技術を身につけることを目的とする研修会を開催しました。計132名（スタッフを含む）が参加し、午前中は講義、午後はグループワークを行いました。

２　薬剤師としての「関わり」と「つなぎ」

薬剤師が患者と接し、自殺リスクに気づくことができるのは「服薬指導」の場面です。講義では、服薬指導で患者から過量服薬の事実を告白された場面を想定して、ゲートキーパーとしての「関わり」を学んでいきました。薬剤師による服薬指導というと、薬剤の効果や服用上の注意事項を提供するだけの一方的な情報提供になりがちですが、共感の態度で傾聴しながら患者との信頼関係を構築し、患者に寄り添っていくことの大切さを再確認しました。

一般的に薬剤師とメンタルヘルス支援との接点はそれほど多くはありません。まずは地域のメンタルヘルス支援資源を知ることが必要です。そこで、埼玉県立精神保健福祉センターの鴻巣氏（相談・自殺対策担当）、薬物依存の回復支援施設である埼玉ダルクの辻本氏（代表）をお招きし、それぞれの取り組みについてご紹介いただきました。薬局で関わりを持った患者をこれらの支援に「つなぐ」こともゲートキーパーとしての薬剤師に求められる役割であることが理解できました。

３　まずは「声かけ」から

グループワークでは、自殺リスクの高い患者との服薬指導を小グループで話し合い、患者と薬剤師とのやり取りをシナリオとして作成しました。「自殺」という言葉から、日常業務との距離を感じる薬剤師もいたようですが、自殺の背後にある抑うつ・不安・不眠などメンタルヘルスの不調、向精神薬の不適切な使用、薬物依存、アルコール依存など、薬剤師が気づき、関われるポイントはたくさんあることに気がつくことができました。作成したシナリオを使って、グループごとに寸劇（ロールプレイ）を発表しました（写真１）。患者のサインに気づいたら、勇気を出して「声かけ」をする。ここから、ゲートキーパーとしての薬剤師が動き始めるのではと感じました。

新しい医療計画における５疾病に精神疾患が加わったことから、これからは「からだの健康」のみならず、「こころの健康」の支援もできる薬局が求められる時代が来ると思います。厚生労働省の統計（平成22年衛生行政報告例）によれば、全国の薬局数は約53,000店舗です。驚くことに、これは私たちが普段利用するコンビニエンスストアの店舗よりも多いのです。薬剤師向けのゲートキーパー研修会は動き出したばかりの取り組みですが、全国の薬局数を考えれば、薬剤師をゲートキーパーとして養成していくことは大きな可能性を秘めていると思います。

写真1. ロールプレイの様子（患者と薬剤師のやり取り）

3 イベント情報

SAITAMA心の健康フェスティバルIN本庄

講　師：名越 康文 氏（精神科医 相愛大学、京都精華大学客員教授）
※入場無料、申込不要（先着順・定員500名）
手話通訳あり
テーマ：「心がフッと軽くなるコツ」
日　時：平成26年２月23日（日）
14時から16時（開場13時30分）
場　所：本庄市民文化会館 大ホール（本庄市北堀1422番地３）
JR高崎線本庄駅南口より徒歩15分

平成26年度第１回こころの健康講座

講　師：姜尚中 氏（聖学院大学全学教授、東京大学名誉教授）
日　時：平成26年６月21日（土）
13時から15時（予定）
場　所：大宮ソニックシティ 大ホール
（さいたま市大宮区桜木町１－７－５）

※詳細につきましては、精神保健福祉センター企画広報担当（048-723-1111）までお問い合わせ下さい。