

2011年6月20日

第2933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) 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

- [インタビュー] がんのリハビリテーション(辻哲也) 1-2面
[寄稿] アジア医学教育協会第6回シンポジウム(大西弘高, 芦田ルリ) 3面
[寄稿] 治療困難例から考える糖尿病診療(福田正博) 4面
[連載] 続・アメリカ医療の光と影/第54回日本糖尿病学会 5面, 他

がんのリハビリテーション
実践者の拡充と均てん化に向けて

interview 辻哲也氏に聞く 慶應義塾大学医学部腫瘍センター リハビリテーション部門 部門長

がん治療においては、患者の身体障害の軽減を目的とした、より侵襲性の低い治療の開発が進んでいる。それでもなお生じてしまうさまざまな機能障害の予防・軽減、運動能力の維持・改善を目的として導入されたのが「がんのリハビリテーション」(以下、がんリハ)だ。わが国では、2010年度診療報酬改定において「がん患者リハビリテーション料」(以下、がんリハ料)が保険収載されたが、医療者、患者双方に向けた普及・啓発やわが国の臨床に即したエビデンスの創出など、課題も山積している。本紙では、わが国のがんリハを牽引してきた辻氏に現状と今後の展望を伺った。

—がんリハ料の保険収載は、どのような変化をもたらしたのでしょうか。辻 診療報酬改定によって変わったのは、まず疾患横断的な算定が可能になったことです。改定前のリハビリテーション料は疾患別(脳血管疾患、運動器、呼吸器、心大血管疾患)に分かれており、いずれかで算定しなければいけません。ところが、がんの患者さんはがん自体あるいはその治療過程において、運動麻痺、摂食・嚥下障害、浮腫、呼吸障害、骨折、切断などさまざまな身体障害が起こり得るので、算定が難しかったのです。ですから、がんリハ料の新設によって「がん」というくくりで複数の合併症や機能障害に対応できるようになったのは、非常に有意義なことだと思います。

次に特徴的なのは、すべての病期をカバーできるようになったことです。—どんな点が変わったのですか。辻 がんリハは、1981年にJ. Herbert Dietzが提唱した「予防、回復、維持、緩和」という分類を基に考えられています。ただ、がん医療にかかわるリハスタッフも限られるなかでは、機能障害が起きた患者さんの機能回復を中心にリハが導入され、障害や合併症の予防に関しては十分な対応がなされていませんでした。新設されたがんリハ料では、放射線治療や化学療法、手術などによる後遺症や合併症の予防、軽減のための予防的リハが算定できるようになっています(表)、今後さまざまな取り組みが広がっていくと考えられます。

●表 がん患者リハビリテーション料における対象疾患と実施されるリハビリの内容

Table with 3 columns: 対象疾患, 施行した/施行予定の治療, 実施されるリハビリ. Rows include 食道がん, 肺がん, 縦隔腫瘍, 胃がん, 肝臓がん, 胆嚢がん, 大腸がん, 舌がん, 口腔がん, 咽頭がん, 喉頭がん, 骨軟部腫瘍, がんの骨転移, 原発性脳腫瘍または転移性脳腫瘍, 血液腫瘍, がん患者, 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん, 末期がん.

各施設の状況に応じたリハ介入の基準づくりを

—予防的リハとは、具体的にどのような行われるのでしょうか。

辻 リハ科が介入するのは、基本的に主治医からの依頼を受けた患者さんです。手術予定の患者さんの場合、まず術後に想定される障害とそれに対するリハについて、社会復帰までの見通しも含め説明することが重要です。患者さんの不安の軽減につながるだけでなく、リハスタッフと面識を持つ機会ともなり、術後スムーズに介入できます。

また、術後リハのリハーサルも行います。例えば、開胸・開腹手術後は、痛みや麻酔の影響で呼吸が浅くなり、肺機能が一時的に落ちてしまいます。そうすると、肺炎や痰詰まりなどの合併症を起こしやすくなるため、予防のための腹式呼吸やインセンティブ・スパイロメーターを使った呼吸法、痰の出し方などの訓練を行うのです。

—前もって起こり得る事態とその対処法を知っておくことで、患者さんの動機付けにもつながりますね。辻 私たちもそのように考えています。術前に介入するもう1つの目的は、患者さんのリスク評価です。既往歴、呼吸機能、麻痺や腰痛・膝痛の有無、理解力や認知力の現状などを評価し、術後、何に重点を置いて介入すべきか、スクリーニングを行うことは非常に重要です。

手術件数の多い医療機関ではすべての患者さんに介入するのは難しいでしょうし、自施設の状況に応じて、リスクの高い方はリハ科、年齢が若く呼吸機能に問題なく過ごしている方は看護師が介入するなど、基準を設けておくとういと思っています。ただその際、ス



●辻哲也氏

1990年慶大医学部卒。99年医学博士号取得。2000年英国ロンドン大付属国立神経研究所リサーチフェロー、02年静岡県立静岡がんセンターリハビリテーション科部長を経て、05年慶大リハビリテーション医学教室講師、11年より現職。周術期から緩和ケアまで、がんのリハビリテーション全般に携わる。日本リハビリテーション医学会「がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会」では委員長を務める。近刊に『がんのリハビリテーションスタッフマニュアル—周術期から緩和ケアまで』(編集、医学書院)。

ツ全体が同じ指導を行えるようパンフレットを共有化したり、何らかの問題が生じたときにすぐにリハ科にコンサルトできるような体制を整えておくことが必要となります。

—がんリハ料は、入院中の患者さんのみに適用されています。外来受診の患者さんにはどのようにかかわっているのですか。

辻 入院から手術までの時間が非常に短くなっている今、入院前の外来リハは不可欠ですが、その多くが実質サービスになってしまっています。治療の後遺症が続いている患者さんへの外来対応も必要なので、外来でも算定できるように今後要望を出していきたいと考えています。

一方で、がんリハ料を算定するためには厚労省の委託事業である「がんのリハビリテーション研修」を修了したリハスタッフでなければならないなど要件があるため、がんリハ料を算定で

(2面につづく)

がんと“共存”するために必要不可欠なリハビリテーションに関する入門書

医学書院

がんのリハビリテーションマニュアル
周術期から緩和ケアまで

編集 辻哲也 慶應義塾大学医学部腫瘍センターリハビリテーション部門 部門長

“がん(悪性腫瘍)のリハビリテーション”には、がん医療全般の知識が必要とされると同時に、運動麻痺、摂食・嚥下障害、浮腫、呼吸障害、骨折、切断、精神心理などの障害に対する専門知識も要求される。本書は、がん医療やリハビリテーションに関する豊富な臨床経験をもつ執筆陣により、その概念から実際のアプローチ方法にいたるまでわかりやすく解説。すぐに臨床に応用できる“がんのリハビリテーション”の実践書。



目次

- I がんのリハビリテーション総論
II がんのリハビリテーションの実際
1. 脳腫瘍
2. 頭頸部がん
3. 乳がん・婦人科がん
4. 肺がん・消化器系がん
5. 骨・軟部腫瘍、骨転移、脊髄腫瘍
6. 造血器腫瘍
7. 小児がん
III 緩和ケアのリハビリテーション

●B5 頁368 2011年 定価4,830円(本体4,600円+税5%) [ISBN978-4-260-01129-7] (近刊)

interview がんのリハビリテーション——実践者の拡充と均てん化に向けて

(1面よりつづく)

きている医療機関はまだ少ないのが現状です。

——まずは普及・啓発のための取り組みが必要だということですね。

辻 はい。がんリハ料の要件には具体的な疾患名も挙げられているので(表)、一見リハが必要だとは思われないような、化学療法や造血幹細胞移植などを行っている患者さんに対して、リハという観点からかかわる必要があるという意識を医療者が持つきっかけにもなっています。これを機に、これまでリハ科とのかかわりが少なかった診療科にも働きかけていきたいと考えています。

ガイドライン、グランドデザインをたたき台に、臨床研究を推進

——普及・啓発のためには均てん化も重要な課題ですね。

辻 現在、日本リハビリテーション医学会の「がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会」において、診療ガイドラインの作成に取り組んでおり、今年中には試案を提示する予定です(註)。世界的に見ても、原発巣や治療的介入を網羅したがんリハのガイドラインは、American College of Sports Medicineが2010年に発表した「がんサバイバーに対する運動推奨ガイドライン」しかありませんでした。ただ、これはスポーツ医学会によるガイドラインということもあり、持久力トレーニングや筋力トレーニングなど、運動療法に限定されたものです。

私たちが現在作成しているガイドラインでは、国内外の文献を抽出して、がんリハ全体を網羅した内容にしたいと考えていますが、海外の文献が中心になると思います。日本発のエビデンスはまだ少ないため、ガイドラインで枠組みを示すことによって診療の質を担保すると同時に、それを踏まえた臨床研究に各施設で取り組んでいただき、日本の医療に即したエビデンスを創出してほしいと考えています。

さらに均てん化という観点では、全国でばらつきなく質の高いリハを提供するために、がんリハの将来像を提言していくことも重要です。そこでガイドライン作成に並行して、日本リハビリテーション医学会、日本理学療法士協会、日本言語聴覚士協会、日本作業療法士協会、国立がん研究センターが協働し、がんリハのグランドデザインを作成しています。グランドデザインは今年度中にひな型ができる予定なので、これを基に、将来像を見据えた研究会や普及のための取り組みが進むことを期待しています。

——クリニカルパスの作成にも取り組んでいらっしゃるのでしょうか。

辻 クリニカルパスに関しては、厚生労働省第3次対がん総合戦略事業「が

ん医療の質向上をめざした基本がんクリニカルパス作成と公開に関する研究(班長:河村進)が進んでいます。その中で「がんのリハビリテーション小班」が昨年度発足しました。私はそこに委員として参加していますが、現在肺がん患者の周術期における呼吸リハの院内パスのひな型が出来上がり、それ以外のパスについても取り組みを開始したところです。

——地域連携という観点でのパスの導入も検討されているのですか。

辻 地域連携は今後の課題です。特に在宅療養中の末期の患者さんは運動機能の低下が刻々と進むなか、最後まで歩きたい、トイレには自分で歩きたい、外へ出たい、などさまざまなニーズを持っています。ですから、在宅医療にかかわる医療・介護職に対し、患者さんの段階に応じてどのような介助ができるのかを、リハの立場から指導する機会を設けていきたいと考えています。——リハの専門医がいない医療機関との連携も重要ですね。

辻 がん医療においては、二次医療圏ごとに整備されている地域がん診療連携拠点病院が地域を束ね、全体として診療の質を高めていく役割を持っています。がんリハも例外ではなく、がんリハ研修は地域がん診療連携拠点病院が対象となっていますから、研修を修了した医療機関を中心に、地域全体で体制を整えていくことが理想的だと考えています。最近、県や市単位でがんリハの研究会ができるなど、地域レベルでのリハスタッフの交流の場も広がっています。このようななかで顔の見える関係づくりが進んでいくのではないのでしょうか。

関連学会・協会を挙げた教育の充実が急務

——ガイドラインやグランドデザインに即した実践を行うためには、教育の重要性もますます高まっていくと考えられます。

辻 普及・啓発、そして質の担保という意味では、先ほどお話ししたがんリハ研修が重要な役割を担っていますが、それだけでは受け入れられる人数にも限りがあります。そのため、現在グランドデザイン作成にかかわっている各団体が「がんのリハビリテーション研修合同委員会」を立ち上げ、厚生労働省委託事業に準じたかたちで研修会を開催しています。

研修の修了ががんリハ料の算定要件になっている前提には、これまでがんリハという概念自体が浸透しておらず、卒前教育も十分に行われてこなかったという背景があります。がんリハのエビデンスの大半は「実施したことで状態が改善した」というもので、リハに取り組むこと自体は大切です。しかし、リスクを踏まえた上で実施しなければ、逆効果になる場合もあるのです。

日々の悩み、疑問を共有し、解決の鍵を探る「がんのリハビリテーション研修ワークショップ」開催

平成23年度厚生労働省委託事業「がんのリハビリテーション研修ワークショップ——QOLの向上を目指して」が5月21—22日、国立看護大学校(東京都清瀬市)にて開催された。本ワークショップの受講は、がんリハ料算定のための施設基準要件となっており、各施設から4人(医師1人、看護師1人、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち2人)がチームとして参加することが定められている。当日は地域がん診療連携拠点病院48施設から192人が参加した。



●写真 講義の様相

ワークショップではまず、2日間の研修のなかでがんリハが抱える問題の解決の糸口を見だしてほしいと、がんリハの問題点を抽出・整理するためのKJ法を用いたグループワークが行われた。KJ法では、患者、家族、個々の医療者、医療機関、地域など多岐にわたるがんリハの問題を個人がカードに記入。そうして集まったカードを分類してグループ名を付け、それらの関係性を図式化する。グループワークを通して個々人の医療に対する考え方が自然と浮き彫りになり、がんリハの在り方について議論する姿が会場のあちこちで見られた。

また実演を交えた講義では、講師らがADL・IADL障害、歩行障害、摂食・嚥下障害、コミュニケーション障害におけるリハを紹介。食事(形態、食べるときの姿勢)や整容、更衣動作など患者の生活に根差した工夫や、リハの施行により症状が軽減された患者の映像が提示されるなど、自施設ですぐに取り組みの内容となっており、参加者らは熱心にメモをとっていた。ワークショップではこのほか、対応に苦慮する患者についての症例検討を通してチーム医療の質向上を図るなど、多様なプログラムが組み込まれ、充実した2日間となった。



●写真 左:KJ法によるグループワーク。中央:図式化された「がんリハの問題点」。右:濃度の異なる増粘剤を飲み、舌がんや喉頭がん、食道がんの患者の嚥下の状態を体感。誤嚥をどのように防ぐか、具体的な方法が提示された。

例えば、骨転移の患者さんには骨折のリスクがあります。骨転移の部位をきちんと把握することはもちろん、それによってどんな動作が危険であるのかなど、リスク管理のための医学的な知識を身につけなければいけません。——一方、がん医療においては、患者さんの精神面のケアの重要性も指摘されていますが、どのような教育がなされているのでしょうか。

辻 リハスタッフは、日々の訓練のなかで患者さんの状態がよくなっていくという経験が多いのですが、進行がんあるいは末期がんの患者さんの場合はリハを行っても機能がだんだん落ちていくことが少なくありません。そのため、普段がんの患者さんに接する機会の少ないリハスタッフのなかには対応に悩む場面もあると聞きます。ベースとなるがんに関する知識やがん患者さんとのコミュニケーションスキルなどを身につけることで、スタッフの心に余裕が生まれ、患者さんとの関係も深まっていくのではないかと思います。——質を担保するための教育を進める一方で、リハスタッフの専門性を高めるための教育として文科省の「がんプロフェッショナル養成プラン」(以下、がんプロ)にも取り組まれていると伺いました。

辻 がんプロは、大学が連携してがん医療に携わる専門職を育てようというプログラムで、本学は南関東圏の8大学と連携しています。本学では、がん治療の7つの柱のなかに「がんリハ」を入れており、専門医養成コース(博士課程)とリハビリ療法士養成コース(修士課程)、短期集中型のインテンシブコースを持っています。多職種チームにおいて指導的な役割を担える人材の育成が喫緊の課題であるなか、実際にがんリハに携わっている方、より深く追究したいという方が受講しています。

日本では、がんリハを専門に学ぶことのできる大学院コースは本学のほかにはほとんどありません。また、リハスタッフの養成校での卒前教育も十分になされているとはいえない状況です。診療報酬上、がんリハは脳血管疾患等・運動器・心大血管・呼吸器リハと並び、疾患別リハの一つとして位置付けられているわけですから、リハ関連の学協会や大学でのがんリハに関する一層の取り組みを期待したいと思います。

——ありがとうございました。(了)

註) 厚生労働省第3次対がん総合戦略研究事業「がんのリハビリテーションガイドライン作成のためのシステム構築に関する研究」(研究代表者=辻哲也氏)

定評あるマニュアル、待望の全面改訂版!

がん診療レジデントマニュアル 第5版

国立がん研究センター内科レジデントが中心となり、腫瘍内科学を主体とした治療体系をコンパクトにまとめたマニュアル。①practical(実地的)、②concise(簡潔明瞭)、③up to date(最新)を旨とし、可能な限りレベルの高いエビデンスに準拠。がん対策基本法が制定され、がん薬物療法に関する専門医・専門スタッフの育成は待ったなしである。日本人の2人に1人ががんになる時代、がんに関わる多くの臨床医、看護師、薬剤師、必携の書。

編集 国立がん研究センター内科レジデント



末期がん、進行がん患者の諸症状管理のためのバイブル

トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント 第2版

Symptom Management in Advanced Cancer, 4/e

初版刊行後、トワイクロス先生はその原著をWEBで公開。全世界の専門家からコメントが寄せられ、その数智は、本書の刷新と充実に注ぎ込まれた。末期がんや進行がんに限らず、がんによる痛みや諸症状、さらには心の苦しみにまで手をさしのべた本書は、すべてのがん患者にとっての「福音の書」として、さらなる発展を遂げた。新設章「最期の日々」が加わった。

著 Robert Twycross, Andrew Wilcock, Claire Stark Toller
監訳 武田文和
埼玉医科大学客員教授・地域医学・医療センター



寄稿

アジア医学教育協会 第6回シンポジウムに参加して

大西 弘高 東京大学医学教育国際協力研究センター, 芦田 ルリ 東京医科大学英語教室

皆さんは、アジア医学教育協会(Asian Medical Education Association)という団体をご存じだろうか。香港大学医学部に本部があり、2010年10月時点で世界中から120を超える大学が加盟している(註1)。2001年に産声を上げ、シンポジウムをアジア各地で2年おきに開催してきた(註2)。

今回筆者らは、マレーシアのクアラルンプールで開催されたアジア医学教育協会第6回シンポジウムに出席したので、その模様をお伝えしたい。開催日程は、2011年3月23-26日、テーマは「医学教育のトレンド(Trends in Medical Education)」であった。

コンピテンス評価の将来

オランダ・Maastricht大学のCees van der Vleuten教授による「コンピテンス評価に対するエビデンス(Evidence on the Assessment of Competence)」は、最も印象に残った講演の一つであった。韓国では2009年から医師国家試験において実技試験を正式に実施しており、台湾でも今年4月より実技試験の試験運用を開始したという状況であり、タイムリーな内容でもあった。

ここで重視されていたのは、現場での業務に基づく評価(Workplace based Assessment)であった。学生や研修医は評価に向けて学習するため、評価の設定の仕方によって、何を学ぶかが大きく違って来る。形成評価、すなわち業務や学習に対して、最終的な点数を付ける前にフィードバックを目的とした評価を行うことが重要であることは自明であり、学習者側は常に形成評価を求めている。一方で、卒業試験や医師国家試験など、重要な決断のために行われる総括評価は、医師国家試験が臨床実習とうまく連動していないように、しばしば学習を誤った方向に導くが、これは学習者側が総括評価をどう受け止めているかに依存しているという。

Van der Vleuten教授の指摘は、わが国で議論されてきた医師国家試験への実技試験導入に対して、大きな示唆をもたらすだろう。実は、韓国でも、医師国家試験への実技試験導入後、推進しようとしていた臨床・クラークシップがさらに後退していることを問題視する関係者が出始めている。日本では現在、共用試験で行われているOSCE(客観的臨床能力試験)をグレードアップしたAdvanced OSCEを医師国家試験に導入することが検討されている。しかし、総括評価が模擬患者と

のシミュレーション的な内容であり、これに合格しなければ医師免許が得られないとしたら、医学生は模擬患者とのシミュレーション的訓練を何十回でも繰り返したいと思うに違いない。まさに韓国では、臨床学年の医学生に対するそのような訓練が増えていると聞いており、Van der Vleuten教授の言うとおりの現象がすでにみられていると言えるだろう。

それでは、どのような対応がベストなのだろうか。現場でのきめ細かな指導、フィードバック、形成評価が重要であることは間違いないが、多くの関係者は総括評価の方法論に関心を持っているだろう。Van der Vleuten教授は、OSCEのような細かなスキルを測定するものよりも、現場での業務に基づく評価のように多くの情報を含み、学習を促し、さまざまな情報を総合させた評価が求められるようになってきているとした。

その中で、英国で伝統的に用いられてきた評価法であるLong Caseが再評価されている点は非常に興味深かった。Long Caseは、卒業前の医学生が病棟で1人の実際の患者さんに対し、教員の前で医療面接、身体診察、診断やマネジメントの意思決定、患者との意思決定内容の擦り合わせを約1時間で行うという評価法である。これまで、症例が単純か複雑か、医学生の得意分野かそうでないかなど、非常に当たり外れが大きく、信頼性に欠けるとされてきた。しかし、現場での業務に基づく評価に非常に近く、臨床・クラークシップを促進するという意味で、利点が大いだという。今後の日本の医学教育を見直す上で、重要な投げかけが多い講演であった。

Fitness to Practice の評価

香港大学のCS Lau教授は「Fitness to Practiceの評価(Measuring Fitness to Practice: Where Are We Today?)」と題した講演を行った。医療者として適切な行動ができる学生を育てるためには、医療倫理・プロフェッショナルリズムの教育は言うまでもなく、Fitness to Practice(FTP)の具体的な規範づくりが必要であるという。プロフェッショナルリズムの改善を「個人の意識や行動変容」に求めるだけでなく、「大学における組織的取り組み」に変えていく必要があるという意味である。香港大学においてもFTP委員会を設置し、積極的かつ継続的に医師としての適格

●表 Dundee 大学医学部で開発が進められている処分の評価基準

Level 1	処分なし
Level 2	懲戒処分(口頭での戒告)
Level 3	懲戒処分(書面での戒告)
Level 4	懲戒処分とカウンセリングの義務
Level 5	懲戒処分、カウンセリング、追加課題
Level 6	科目の落第、追加課題による単位取得
Level 7	留年
Level 8	退学(1年後の再入学可)
Level 9	退学(再入学不可)
Level 10	医事委員会への通告

性や健康状態を評価するシステムの構築が推進されている。

患者安全、医療の質と信頼性を確保するためには、FTPを持つ学生のみを卒業させることが大学の大きな責務である。法律や大学の規律に違反する行為を行った学生、プロフェッショナルとしてあるまじき不正行為をした学生、能力不足や健康問題の改善が見られない学生を早期に発見し、改善を促す機会を与えると同時に、FTPの規範に基づいた適切な処分(やむを得ない場合は停学・退学)を行うことによって、未然防止策をとる必要が出てきている。

FTPの規範づくりにおいては、具体的な行動項目とそれに対する処分の程度に関し、教員側と学生側が同じ認識で了解していなければならない。英国・Dundee大学医学部で開発されている行動項目や、それに対する処分の評価基準設定(表)の研究では、多くの指標において教員と学生との間に合意が見られると指摘されているが、一方で、教員と学生との認識が異なっている項目もある。

学生が教員よりも軽い処分を求めた行動例としては、昔からある問題だが、隣同士のカンニングがある。教員が「留年(Level 7)」と判断したのに対し、学生は「科目の落第、追加課題による単位取得(Level 6)」と評価。また、他学生の課題を代行するという行為においては、教員が「科目の落第、追加課題による単位取得(Level 6)」と判断したのに対して学生は4段階低い「懲戒処分(口頭での戒告)(Level 2)」と評価した。

このように、学生が軽んじて評価する面においてこそ、さらなる指導の必

●大西弘高氏

1992年奈良医大卒。天理よろづ相談所病院、佐賀医大総合診療部を経て、2002年米国イリノイ大にて医療者教育修士課程修了。03年より国際医学大(マレーシア)にてカリキュラム改革等に関与した後、05年より現職。現在、日本医学教育学会理事、日本プライマリ・ケア連合学会理事、日本医療教授システム学会理事を務める。

●芦田ルリ氏

カナダ・トロント大大学院修士課程修了。東医大、東大医学部に医学英語教育に携わる。現在、日本医学英語教育学会評議員・倫理ガイドライン委員を務める。

要があり、改善のインセンティブを与えることができる。反対に、学生がより厳しい処分が必要だと評価した行動には、教職員や学生に対する暴力行為が含まれた。教員が「退学(再入学不可)(Level 9)」と評価したのに対し、学生は最高罰の「医事委員会への通告(Level 10)」と評価し、その問題性を提示した。

Lau教授は一方で、患者に直接かわる行為に関して学生が教員より低い処分評価をしたことに懸念を示した。“知識を有しない学生の診療行為および指導医の許可なしでの診療行為”を教員が「懲戒処分とカウンセリングの義務(Level 4)」と評価したのに対し、学生は「懲戒処分(口頭での戒告)(Level 2)」という厳しくない評価をしている。患者にかかわる行為に関しては、指標の妥当性のさらなる検討が求められる。

日本の大学においてもFTPを設定している例はあるかもしれないが、まだ同様の取り組みで広く知られたものはないと感じた。今後、FTPの導入を学生と教員とで議論し、導入を検討する動きも必要かもしれない。このことで、学生の問題を早期に発見し、改善を促す取り組みが可能となるだろう。FTPの確証がある学生だけを卒業させることが、大学の社会に対するアカウントビリティを高め、医療の質の確保へとつながっていくと思われる。

註1) アジア医学教育協会ホームページ

<http://www0.hku.hk/facmed/amea/>

註2) 第1回:香港(中国), 第2回:上海(中国), 第3回:ソウル(韓国), 第4回:バンコク(タイ), 第5回:バンドゥン(インドネシア)

IVRの定番解説書が、より充実!

IVRマニュアル 第2版

IVRの手技を横断的、網羅的に解説した定番書の改訂版。第2版では、ハンディで調べやすい長所を受け継ぎつつさらに多くの手技を追加し、IVR看護の章も設けた。IVRに携わるすべての医療従事者必携のマニュアル。

編集 栗林幸夫
慶應義塾大学教授・放射線科学
中村健治
大東中央病院・IVRセンター
廣田省三
兵庫医科大学教授・放射線医学
吉岡哲也
鳴海病院



A5 頁464 2011年 定価6,510円(本体6,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01125-9]

医学書院

最新の消化器内視鏡診療に対応した全面改訂。診療現場で、また論文作成に不可欠な必携用語集。

消化器内視鏡用語集 第3版

各種消化器癌取扱い規約の改訂、新ガイドラインの策定に準拠して大改訂。超音波内視鏡関連用語、新しいデバイス(経鼻内視鏡、ダブルバルーン内視鏡、カプセル内視鏡、etc)、新治療手技(ESD、APC、PEG、TEM、NOTES、etc)を盛り込んで全面リニューアル。見開き左ページに用語リスト、右ページにその解説と文献、規約など関連事項という辞典的スタイルは他書にない初版以来のユニークなもの。満を持して14年ぶりの新版。

編集 日本消化器内視鏡学会用語委員会



A5 頁312 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01206-5]

医学書院

『週刊医学界新聞』が
モバイルアプリ
になりました!

無料

詳細は
App Store,
Android Market
をご覧ください

医学書院

寄稿

治療困難例から考える糖尿病診療 こんなとき、糖尿病専門医はどうしてる？

福田 正博 ふくだ内科クリニック院長



●福田正博氏
1982年滋賀医大卒。
同年阪大第4内科入局、88年ハーバード大ジョスリン糖尿病センターへ留学、93年純幸会豊中渡辺病院内科部長を経て、96年ふくだ内科クリニック(大阪)を開設。2010年より近畿大内分泌代謝内科非常勤講師も務める。

ニック(大阪)を開設。2010年より近畿大内分泌代謝内科非常勤講師も務める。

本邦における糖尿病患者数は、潜在者を含め現在1000万人を超えています。受療率はそのうちの50%程度にすぎず、多くの方が治療を中断したり、放置したりしていることは大きな問題です。

また、通院中であっても、HbA1c (JDS値) < 6.5%のコントロール「良」の達成率は、糖尿病専門医を対象とした調査(糖尿病データマネジメント研究会)でも30%程度であり、糖尿病合併症進展阻止の観点から考えると現状は甚だ不十分です。

読者の皆さんのなかにも、多忙な日常診療のなかで、どのようにすれば良好な血糖コントロールが得られるのかとお困りの先生方も少なくないのではないのでしょうか。そこで、本稿では、症例を基に外来での指導、治療を行うためのちょっとした“Tips”を述べたいと思います。

症例 45歳男性、営業職
現病歴 5年前の健診で糖尿病を指摘されるも放置。昨年、再度受診勧奨を受け、近医を受診し経口薬を処方されるも血糖値はあまり改善しない。一方で体重が増加。数か月後に通院を中断。転勤を契機に当院を受診。
検査値 BMI 28.8, 腹囲 95 cm, 血圧 160/98 mmHg, HbA1c (JDS値) 8.2%, 空腹時血糖 172 mg/dL, LDL コレステロール 151 mg/dL, HDL コレステロール 42 mg/dL, TG 285 mg/dL, 尿中 Alb/Cr 66 mg/dL.
眼底 NDR, 血中 CPR 濃度 2.6 ng/mL

症例のような働き盛りの患者さんの場合、仕事優先の生活を送っているため、治療を行うことが難しい例が見受けられます。では、どのような点に注意するとよいでしょう。

Tips 1：現在の管理状況・病態を患者へ再確認

「現在の血糖コントロールや合併症の状態は、いつも説明しているのだから患者さんは理解しているはず……」と思われる方もいるかもしれませんが、しかし、治療歴が長くてもそれらを把握されていない患者さんは意外といらっしゃいます。今一度確認してみましょう。本症例でも、直近のHbA1c値を覚えておらず、糖尿病合併症に関する認識も不十分でした。

将来の合併症のリスクなどを説明する必要がありますが、症例のような営業職の方の場合は、具体的な数字を挙

げながら説明を行うと効果的です。その際、「UKPDS risk engine (註)」を利用するのもよいでしょう。

患者さんにはHbA1cの意義を再度解説した上で、日本糖尿病協会発行の「糖尿病連携手帳」にその日の検査データを記入し、手渡しました。この手帳を活用してもらうことが糖尿病の自己管理の第一歩になります。

Tips 2：情報収集のポイントはコメディカルスタッフ

何が血糖コントロールの阻害要因になっているのか？ まずは、それに関する情報収集が重要です。糖尿病の専門外来であれば、糖尿病療養指導士が患者のライフスタイルや食生活を詳細に聞き取り、問題点を抽出してくれるでしょう。では、糖尿病療養指導士のいない一般外来ではどうするのか？ そこでやはり、重要なのはコメディカルとのちょっとした連携です。

患者さんは、医師と相対する診察室ではなく、その“外”でしばしば本音を漏らすものです。例えば、診察前の採血時の看護師との会話、診察後の受付事務との会話。そういったところでの会話の中から、患者さんの本音や隠れた問題点をピックアップすることができます。

得られた情報はメモ書き程度でよいのでカルテなどに付箋を付け、書き留めておいてもらいます。医師はそれを見ながらその後の診察を進めていけば、患者さんとの会話もスムーズに進めることができます。

Tips 3：療養指導の概念「エンパワーメント」

患者さんと会話をする際は、批判的・否定的な言動や態度は避け、傾聴と共感をキーワードに、医師—患者間の信頼関係(=治療同盟)を構築することが大切です。

また、最近の糖尿病療養指導では、「エンパワーメント」という概念が注目されています。治療がうまくいっていない場合、まずはその問題点を明らかにする必要がありますが、それを医師が問診によって探し出すのではなく、「患者さん自身が見つかること」が重要です。つまり、医師は聞き役となり、見つけ出すお手伝いをするということです。その際には、その問題点について、糖尿病そのものをどう感じているのか、どのような点に困ってい

るのかなど、患者さんの心理を聞き出すことが大切です。

本症例は、口渇、全身倦怠などの自覚があり、高血糖状態であることは認識されていましたが、営業の仕事を行っていく上で食事療法などの療養生活を実行することはできないと思っていました。そして、その「実行できないこと」自体がストレスとなり、アルコール量もつい多くなってしまっていたこと、さらには、そのことを以前の主治医には診察のたびに怒られたため、嫌になって治療を中断してしまったことが患者さんとのやりとりの中でわかりました。

そこで、「今回は治療を中断しないこと」をまず患者さんと約束することにしました。

Tips 4：生活改善目標は具体的かつ実行できるものを

「食事に気を付ける、運動をする」などの抽象的な目標、押し付けの定型的目标に効果はありません。患者さん自身にいくつかの目標を挙げてもらい、さらにその中から2—3個を選んでもらうことが大切です。選んでもらう際には、具体的な内容かつ次回の診察までに達成できそうな目標を選ぶように助言するとよいでしょう。これが「自己効力感を重視した目標」となります。

本症例の場合、血糖値だけでなく体重の増加も大きな問題だったため、患者さんは「3か月で体重を3kg減量する」という目標を立て、そのための具体的な方法として、「一駅分を歩く」という提案をしました。

こういった目標を実行、支援するツールとして、マピオンの「キョリ測β」(<http://www.mapion.co.jp/route/>)が有用です。ネットの地図上の道路をトレースすることにより、その間の距離、歩行時間、消費エネルギーなども算出できる優れたもの。療養指導の際に、ITツールを利用するのもよいでしょう。

Tips 5：病態に合った糖尿病治療薬を選択する

最後に糖尿病薬の選択のコツを述べたいと思います。治療困難例に限らず、薬物療法においては糖尿病の病態に合った薬剤の選択が重要です。治療がうまくいかないケースでは、薬剤の変更が功を奏することもよくあります。そ

れでは、本症例の適切な薬剤を考えてみましょう。

本症例は肥満があり、血中CPR濃度も高いので、インスリン抵抗性改善薬が有効だと考えられます。もし食生活に問題のある患者さんであれば、ピオグリタゾンではなくピグアナイド薬からスタートするとよいでしょう。ピオグリタゾンの作用は、食事療法をきちんとやらなければ肥満を増長してしまう可能性も高いと思われるからです。

さらに、本症例はLDLコレステロール値も高いので、これに対してはコレステラミンがよいでしょう。または、コレステミドにはインスリン抵抗性改善効果も報告されており²⁾、食前に服用し、その際に水をコップ3杯分飲み、空腹感を抑えることで、過食を避けることも期待できるので、このような症例には効果的といえます。

本症例では、実際にメトホルミン750mg/日(分3)から開始し、1500mg/日へと増量、さらにコレステミド顆粒83%2gを追加しました。

*

初診後2—3か月はあまり細かい指導やHbA1cの動きにとらわれずに、仕事上のストレスなど何でも話しやすく、通院継続がしやすいような雰囲気作りを中心としました。その後もウォーキングは継続。本人から次の目標として「夜の間食も控える」と申し出があり、そのころから順調に減量し、HbA1c (JDS値)も半年後には6%台にまで改善されました。

本症例は、患者とのコミュニケーションが治療を成功させるために不可欠であるということを物語っていると思います。

註：UKPDSで集積されたデータから作成されたアプリ。HbA1c、総コレステロール、喫煙の有無などを入力すると、10年後の脳・心血管イベントの予測発症率が計算できる。本アプリは、UKPDSのホームページ(<http://www.dtu.ox.ac.uk/riskengine/>)から無料でダウンロードできる。

参考文献

- 1) 石井均. 治療同盟——ともによく生きる道を. 糖尿病診療マスター. 2009; 7(5): 411-5.
- 2) Kobayashi M, et al. Prevention and treatment of obesity, insulin resistance, and diabetes by bile acid-binding resin. Diabetes. 2007; 56(1): 239-47.

「週刊医学界新聞」 on Twitter! (igakukaishinbun)

石井先生が、患者の気持ちを支え、治療意欲を高めるために徹底ガイド!

糖尿病医療学入門 ところと行動のガイドブック

石井 均
天理よろづ相談所病院副院長・内分泌内科部長

治らない病気と言われてきた糖尿病も、糖尿病学の着実な進歩により、良好なコントロールが得られるようになった。しかし一方で、病気であることを受け入れられず、適切な治療を拒否・中断してしまう患者が多いのも現状である。糖尿病の患者心理の第一人者である著者が、この問題を解決するために臨床現場に行動科学などを採り入れ実践。本書は、糖尿病患者と医療を繋げることに成功した著者の集大成。

糖尿病はあなたにとってどんな病気ですか?

ISBN 978-4-260-01332-1

患者に説明したい「腰痛の種類・治療法・予防法」がこの1冊に凝縮

図解 腰痛学級 第5版

川上俊文
岡田病院理事長

腰痛は生涯で誰もが一度は悩まされる症状のひとつであり、わが国での有訴者率はきわめて高い。運動器症候群(ロコモ:運動器障害による要介護状態)を防ぐためにも、腰痛の発症原因を正しく知ることや発症予防に積極的に取り組むことが重視されている。「人はなぜ腰を痛むのか」「腰痛の予防と治療のポイントは何か」を患者に説明する際の勘所を、長年腰痛診療に携わり、様々な患者と接してきた著者が説く。

患者さんに説明したい、腰痛のすべて

ISBN 978-4-260-01237-9

続 アメリカ医療の 光と影

第200回

アウトブレイク⑭

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回のあらすじ：下院・政府改革委員会委員長ダン・バートンは、「各種ワクチンに含まれる水銀系保存剤チメロサルが自閉症の原因」と信じ、その使用禁止を求めて公聴会を開催した。

米国において、「チメロサルが自閉症の原因」とする説が唱えられるようになったのはそれほど古いことではなく、1999年のことである。その後、これまで多くの研究によって「チメロサル犯人説」は否定されてきたのであるが、いまだに、「(チメロサルも含めて) 予防接種が何らかの形で自閉症の発症に関与している」と信じる米国人は多く、子どもに予防接種を受けさせない理由の一つとなっている。予防接種に対する信頼が損なわれるようになったのはなぜなのか？ 以下、チメロサルが自閉症と結び付けられるに至った経緯を振り返ってみよう。

エチル水銀とメチル水銀

そもそも、チメロサル(=エチル水銀チオサリチル酸ナトリウム)は、抗菌薬が登場する前の時代に「感染症治療薬」として開発された薬剤だった。臨床試験の結果、感染症治療薬としての有用性は否定されたものの、諸種医薬品に「保存剤」として加えると細菌汚染を効率よく防ぐことができる(註1)ことがわかり、1930年代以降、ワクチンや抗血清などの生物製剤に添加されるようになったのだ。しかし、使われ始めたのは許認可体制が厳格でなかった時代であったこともあり、毒性(特に神経毒性)について詳細に検討されたことはなかった。

一方、有機水銀の毒性についての知見が集積されるようになったのは1960年代以降のことである。特に、水俣病の惨状が、フォトジャーナリスト、W・ユージーン・スミスらによって米国に紹介されたことでその「恐ろしさ」が知れ渡り、食品医薬局(FDA)や環境保護局(EPA)がメチル水銀の摂取許容量を設定するようになったのだ。

「安全」との了解の下に、漫然と使用されてきたチメロサルの安全性が再評価されるきっかけとなったのは、1997年の「FDA近代化法」制定だった。選挙区で水銀の環境汚染問題を抱えていたニュージャージー州選出下院議員が、同法に「水銀を含む医薬・食品についての安全性評価を2年以内に行うことをFDAに義務付ける」条文を書き加えたのである。

かくしてFDAは安全性検討を義務付けられることになったのだが、水俣病の原因となったメチル水銀と違って、チメロサルは同じ有機水銀とはいっても、「エチル水銀」化合物であった。安全性について検討しようにも、エチル水銀についての毒性データは乏しく、摂取許容量についての基準も存在しなかった。そこで、仕方なくメチル水銀の許容量を「参考」としたのだが、生後6か月までの間に乳児が予防接種を通じて暴露されるエチル水銀の

量(最大187.5マイクログラム)は、「EPAが定めたメチル水銀の許容量を上回る」ことが判明した。

「安全」に重きを置いた慎重策が裏目に

体内に蓄積されやすいメチル水銀と違って、速やかに排泄されるエチル水銀と同じ許容量を当てはめることに問題があったのは言うまでもないが、FDAとしては、「安全と証明するデータがない」以上、安全性についての結論を出すことは容易ではなかった。そこで、米小児科学会(AAP)および疾病管理予防センター(CDC)に対し、チメロサルの安全性についての判断を仰いだのだが、データがないところでの判断を求められた両団体は、「安全」に重きを置き、慎重策を採ることを優先した。1999年7月、製薬企業に対し「ワクチンからのチメロサル排除」を勧告する共同声明を発表したのである。

一方、通常自閉症の症状が明らかになる「1-2歳」という時期は頻回に予防接種を受けなければならない時期と一致することもあり、自閉症児を持つ親の間には、「正常に発育していたわが子が自閉症となったのは予防接種のせいではないか？」とする素朴な疑

念がもともと根強く存在していた。しかも、1998年に「MMRワクチンが自閉症の原因である」と示唆する論文が英国で発表されたこともあって、当時、「予防接種が自閉症の原因」とする説は特に強い関心を集めていた(註2)。

AAPとCDCが「チメロサル排除」を勧告する共同声明を出したのは、「万が一」を考えた上で安全性に重きを置くことを優先したからだったのだが、自閉症児の親の多くは、「自分たちが疑っていたとおり、予防接種には危険な物質が含まれていたことを両団体が認めた」と、受け止めた。「安全性に対する信頼を損ないたくない」とする意図で出された共同声明が、逆に「信頼を大きく損なう」結果をもたらしたのだ。

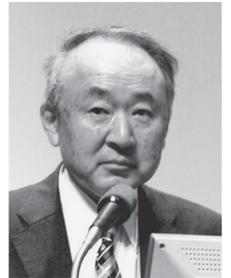
(この項つづく)

註1：予防接種の草創期、多人数用バイアルが細菌に汚染されたせいで、接種を受けた子どもが感染死する事故が後を絶たなかった。チメロサルは、細菌汚染を効率よく防ぐ効果があった上、ワクチンの効力を阻害しなかったため、格好の「保存剤」となった。

註2：前回、下院・政府改革委員会委員長バートンが、その地位を利用する形で自閉症関連の公聴会を開催したエピソードを紹介したが、彼は、チメロサルの問題が起こる前は、「MMRワクチンと自閉症の関連」を追及していた。

第54回日本糖尿病学会開催

第54回日本糖尿病学会が、5月19-21日にさっぽろ芸術文化の館(札幌市)他、5会場にて羽田勝計会長(旭川医大)のもと開催された。本学会では「糖尿病と合併症：克服へのProspects」をメインテーマに、2279題の演題が採択された。本紙では、高齢者糖尿病診療について議論されたシンポジウムを報告する。



●羽田勝計会長

個別的な評価、治療が重要

近年、糖尿病患者およびその予備群は増加傾向にある。また高齢化が進む日本においては、医療と介護を交えた高齢者の適切な糖尿病管理が求められる。

シンポジウム「高齢者糖尿病診療における医療と介護」(座長=神戸大・横野浩一氏、公立昭和病院・貴岡正史氏)では、各地で高齢者糖尿病診療に従事する6人の演者が登壇した。

最初に登壇した伊賀瀬道也氏(愛媛大)は、自身の研究から、大腿四頭筋断面積/体重で評価した sarcopenia と動脈硬化は、互いに関連している可能性を示した。また、sarcopenia と内臓脂肪面積の増加が併存する病態「sarcopenia obesity」を紹介し、それが姿勢不安定を介した転倒リスクとして重要な因子になる可能性があることを指摘した。

次に登壇した大庭建三氏(日医大)は、国内外のガイドラインや臨床介入試験などの結果を紹介。その上で、虚弱高齢者・後期高齢者における薬物療法では、低血糖を起こさないように血糖

コントロールの下限値を設けるなど、患者ごとに個別的な目標を設定し、血糖だけでなく、脂質や血圧なども含めたトータルケアが重要であると述べた。

高齢者糖尿病患者における包括的高齢者評価(CGA)の意義について述べたのは、荒木厚氏(都健康長寿医療センター)。CGAとは、身体機能、認知機能、心理状態、社会状況などの項目をそれぞれの指標やアセスメントツールを用いて評価するもの。認知症、うつや要介護状態の早期発見、重症低血糖の高リスク群の抽出、社会サポートの不足などのスクリーニングが可能であり、よりよい患者管理につながる有用な評価法であるとの見解を示した。

求められる新たな枠組み

植木彬夫氏(東医大八王子医療センター)は、西東京臨床糖尿病研究会会員医師、認知症患者を受け入れている同地区内施設の医師を対象に行ったアンケート結果を報告した。後者では、前者と比較してより厳格なHbA1cコントロールをめざす医師が多く、また前者では認知症合併糖尿病患者が認知症と診断がされていなかったり、他院

へ紹介されていたりするケースが多いと示唆されたという。さらに、認知症併発後約7割の患者で血糖コントロールの悪化、約2割の患者で治療法の変更がみられることを別のデータから示し、認知症合併糖尿病患者への治療に対するコンセンサスを作成する必要があることを訴えた。

続いて発言した中野忠澄氏(三菱京都病院)は、介護関連施設を対象に行ったアンケートの結果を紹介。在宅介護においては、看護師1人当たりの担当患者数が施設介護に比べて有意に多いことが明らかになったという。こうした実態から、認知症をはじめ、介護を要する糖尿病患者に対して、必要な場合には家族以外の非医療者がインスリン注射を実施できる体制をつくるなどの具体的な社会支援の必要性を主張した。

最後に田中志子氏(いきいきクリニック内田病院)が登壇。認知症患者を診る際には、身体的攻撃や大声、徘徊、妄想などの行動・心理症状(BPSD)を併発させぬよう、「生活の質を踏まえた上で、医療者側から歩み寄ることが重要」と呼びかけた。

メルマガ配信中

毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。お申込みは医学書院ウェブサイトから。

医学界新聞メルマガ

検索

バイオメカニクスの理論を知れば、介助はうまくいく

介助にいかすバイオメカニクス

重心、床反力、床反力作用点、関節モーメント、エネルギーなど、バイオメカニクスの基本事項を学び、立位/歩き始め、立ち上がり/座り、歩行、階段昇降動作、持ち上げ/移乗動作、車いすについて、正常と異常の違い、福祉用具を使用した際の変化を知る。その上で、臨床的に遭遇する介助の注意点についてポイントを絞って解説。本書で触れているバイオメカニクスの原則を理解すれば、あなたの介助は驚くほどうまくいく。

勝平純司
国際医療福祉大学医療保健学部講師・理学療法士
山本澄子
国際医療福祉大学大学院教授・福祉援助工学
江原義弘
新潟医療福祉大学医療技術学部学部長
櫻井愛子
国際医療福祉大学三田病院理学療法士
関川伸哉
東北福祉大学総合福祉学部准教授



PT/OT向けに機能解剖学・生理学の知識を基にした治療技術をわかりやすく解説

上肢運動器疾患の診かた・考えかた

関節機能解剖学的リハビリテーション・アプローチ

理学療法士・作業療法士をはじめセラピストが治療を行ううえで、機能解剖学および生理学の知識は必須といえる。本書では、頸椎-手指関節(頸椎/肩/肘/前腕/手/指関節)の上肢部位について、関節機能解剖学の観点から取り上げた。各疾患により生じる症状に応じた疼痛解釈や可動域改善を得るためのアプローチ方法など、適切な時期に適切な治療を行うための知識をわかりやすく解説する。

編集 中岡 健

田辺メディカルリハビリテーション部 部長
前)石切生急病リハビリテーションセンター
作業療法部門 主任



今日から使える 医療統計学講座

臨床研究を行う際、あるいは論文等を読む際、統計学の知識を持つことは必須です。本連載では、統計学が敬遠される一因となっている数式をなるべく使わない形で、論文などに多用される統計、医学研究者が陥りがちなポイントとそれに対する考え方などについて紹介し、臨床研究分野のリテラシーの向上をめざします。

新谷 歩 米国ヴァンダービルト大学准教授・医療統計学

Lesson 2

回帰分析モデルの選び方

*本連載では、内容に関するご意見、普段から疑問に思っている統計に関する質問を受け付けています。ぜひ編集室 (shinbun@igaku-shoin.co.jp) までお寄せください。

飲酒と肺がんの関連を調べるため、肺がん患者と健常者の飲酒率を比較したところ、肺がん患者の飲酒率は健常者に比べ統計的に有意差をもって高いことが分かりました。では、肺がんと飲酒の間に関連性があると言えるでしょうか？ 答えは明らかにノーです。通常飲酒者の間では喫煙率が高く、飲酒が肺がんに関連しているのか、喫煙が関連しているのか、不明だからです。このような現象を、疫学および統計学の専門用語で「交絡」と呼びます。

交絡の意味

交絡とは、アウトカム(肺がん)に直接影響を及ぼすような研究対象外の関連因子(喫煙)が、研究対象である暴露因子(飲酒)と関連性があるときに起こります。交絡が起こると研究対象である暴露因子(飲酒)と交絡因子(喫煙)が混ざり合ってしまう、本当の暴露因子(飲酒)の効果を調べることができなくなり、この場合喫煙は交絡因子と見なされます。

マウスなどの動物を使った基礎研究とは異なり、人を対象とする臨床研究では研究環境のコントロールが難しく、この交絡をどう防ぐかで臨床研究の質が決まると言っても過言ではありません。そのため、交絡を防ぐためのさまざまな研究デザインおよび統計手法が考案されてきました。最もよく使われる研究デザインの一つであるランダム化比較試験では、コインの表が出れば「介入あり」、裏が出れば「介入なし」のように、患者が介入治療を受けるかそうでないかの割り付けを完全に無作為に行うことによって、両群間の患者の性質をそろえることができます。これにより、両群間の違いは「介入があるか、ないか」のみと限定でき、観測される違いがまさしく介入治療によるものだと判断できます。

それでは、ランダム化が可能でない臨床研究の場合はどうでしょうか。例えば、ICUにおけるせん妄と6か月後の死亡率の関連を問う研究で、ICUの入院患者をランダムに「せん妄あり、

なし」に割り付けることはできません。たとえ「せん妄あり」の群で6か月後の死亡率が高く出たとしても、それは「せん妄あり」の群に高齢者が多いことによるものなのかもしれません。

このような場合の有効な交絡防止手段となるのが回帰分析です。回帰分析を使うことにより年齢に依存する死亡率を考慮に入れ、その影響を差し引いた後せん妄と死亡率の関連を調べることができます。これを「回帰分析による交絡の補正」と呼んでいます。交絡の補正法には、例えば、研究を高齢者のみに限定する方法や、「せん妄あり、なし」のグループ間で高齢者の数をそろえるマッチング法などもあります。臨床研究などデータ数が限られている場合は回帰分析による補正が最も有効です。

この回帰分析による補正の考え方について、ぴんとこないと言われることが多いのですが、実は日常私たちがごくごく普通に使っている考え方です。私の9歳になる娘は、6歳の妹に「妹は1桁の足し算しかできない、掛け算ができる自分のほうが偉い」と得意げに言います。「6歳なんだから掛け算ができないのは当たり前でしょ、あなたも6歳のころはできなかったのよ」と言っても、どうして自分のほうが偉くないのか理解できないようです。

この場合の交絡の補正とは、年齢による算数能力の違いを考慮に入れ、それを差し引いた後、つまり9歳の娘が「自分が妹と同じ6歳のときはどうだっただろう」と算数能力を比較するということです。どうやら娘は年齢による算数能力の補正ができないようですね。

一般に、ランダム化比較試験では交絡が生じにくいいため、解析もt検定やカイ2乗検定など単変量解析で済ませられますが、ランダム化のない観察研究では、回帰分析などによる交絡の補正が不可欠です。単変量解析のみでは、国際誌に研究結果を発表することはほとんど不可能です。

回帰分析モデルの 選択の仕方

ではここからは、回帰分析モデルの

●表 回帰分析モデルを選択する際の4つのチェックポイント

アウトカムの測定	アウトカムデータの種類の種類	残差の正規性		サンプル数	適切な回帰分析モデル
		正規分布	非正規分布		
繰り返しなし	連続変数	正規分布	暴露因子1つにつき15	15	線形回帰モデル
		非正規分布	暴露因子1つにつき15		線形回帰モデル*
	順序変数			順序ロジスティック回帰	
	2値変数		暴露因子1つにつき、アウトカムのカテゴリーが少ないほうの数が10	2値ロジスティック回帰	
繰り返しあり	名義変数(カテゴリー数≥3)				多項ロジスティック回帰
	打ち切り例のある2値変数(生存時間解析)		暴露因子1つにつき、アウトカムのイベント数10		コックス比例ハザードモデル
	連続変数	正規分布			混合効果モデル、一般化推定方程式
繰り返しあり	連続変数	非正規分布			混合効果モデル*, 一般化推定方程式*
		順序変数			一般化推定方程式
	名義変数(カテゴリー数≥3)				一般化推定方程式

*正規分布になるようアウトカムを変換する。

選択方法のポイントについてお話しします。まずは、下記に挙げた3つの研究における適切なモデルを選んでください。

研究1 新規の鎮静薬を投与した50人の患者と投与しない50人の患者間で、重篤度を補正しながら入院日数を比較する。

研究2 30人の慢性腎臓病患者のBMIと炎症マーカー(CRP)の相関を、性別を考慮に入れて調べる。

研究3 ICUに入院中のせん妄の有無について、入院中毎日測定し変化を調べる。

[選択肢] 線形回帰モデル、順序ロジスティック回帰、2値ロジスティック回帰、コックス比例ハザードモデル、混合効果モデル、一般化推定方程式

データに合った回帰分析モデルを選択する際のポイントは4つ。単変量解析の場合より少なく簡単です(表)。

☑アウトカムは繰り返し測定されているか？

一般に知られているモデルは解析されるアウトカムの一つひとつがそれぞれ別の患者から集められたデータであると想定され、P値の計算が行われます。それに対し、1人の患者からデータが繰り返し2回以上測定されている場合には、別な回帰モデルを使って繰り返しを考慮に入れ、P値の計算を行います。

☑アウトカムは、連続変数、順序変数、名義変数、2値変数のいずれに分類できるか？

前回(第2927号)お伝えしたアウトカムの種類と同様、アウトカムの種類でモデルが変わります。

☑アウトカムが連続変数の場合、その分布は正規分布であるか？

アウトカムが連続変数の場合に使われる線形回帰モデルや混合効果モデルは、残差(アウトカムと回帰モデルによる予測値の差)が正規分布だと想定してP値の計算が行われるため、そうでない場合はアウトカムをログ、ルート、2乗、3乗など数学変換し、残差の分布をできる限り正規分布に近

付けます。

☑サンプル数は十分か？

回帰モデルでは、複数の暴露因子とアウトカムの関連性を調べられるという利点がありますが、あまりに多くの暴露因子を入れすぎるとモデルが不安定になり、結果が狂ってしまいます。そのため、サンプル数はモデルに入れる暴露因子の数に合わせて大きくする必要があります。例えば、肺がんと飲酒喫煙の関連を調べる場合、肺がんを示すアウトカムが連続変数のときに用いられる線形回帰モデルでは、サンプル数は「暴露因子数×15」、つまり30人の被験者が必要となります。

2値のアウトカムに使われるロジスティック回帰モデルでは「あり、なし」のような2値のアウトカムの少ないほうの数が「暴露因子数×10」以上であるようにサンプルを集めます。この例では、肺がんの発症率を10%とすると、20人の被験者が「肺がんあり」となるためには最低200人が必要となります。コックス比例ハザードモデルでは、2値のアウトカムの「あり」の群の数が「暴露因子数×10」となるようサンプル数を決めます。

質問の答えは順に、研究1:アウトカムを数学変換で正規分布にした線形回帰モデル、研究2:線形回帰モデル、研究3:混合効果回帰、一般化推定方程式です。いかがでしたか？

Review

臨床研究において交絡を防ぐ最も効果的な方法は回帰分析による交絡の補正です。回帰分析の選択方法は以下のポイントで決まります。

- ・アウトカム測定に繰り返しがあるか？
- ・サンプル数は十分か？

参考文献

- 1) Harrell, et al. Regression Modeling Strategies. Springer-Verlag; 2001.
- 2) Peduzzi P, et al. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. J Clin Epidemiol. 1996; 49 (12) : 1373-9.
- 3) Peduzzi P, et al. Importance of events per independent variable in proportional hazards regression analysis II. Accuracy and precision of regression estimates. J Clin Epidemiol. 1995; 48 (12) : 1503-10.

あなたのラボはうまくいっていますか？

アット・ザ・ヘルム 第2版

自分のラボをもつ日のために
At the Helm: Leading Your Laboratory, 2nd Edition

●「アット・ザ・ベンチ」の著者Kathy Barkerの書き下ろしにして、Science誌、Nature Medicine誌が絶賛する世界的ベストセラーの日本語版。
●「自立した研究者のための応援本」というコンセプトはそのままに、時代の変化に合わせて7年ぶりの改訂。
●あなたのラボを成功させる秘けつ:ラボの設営から運営にかかわる、人の集め方、若手の指導法、共同研究者とのつきあい方、ネットワークの作り方などを具体的に伝授。
●海外での研究時にも役に立つアドバイス満載。

監訳 濱口道成 名古屋大学総長

定価5,040円(本体4,800円+税5%)
B5変 頁476 図7 2011年
ISBN978-4-89592-680-5

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

「臨床」に生かせる「基礎」をしっかり整理

不整脈治療のThe Basics

臨床に役立つ電気生理学
Electrophysiology: The Basics - A Companion Guide for the Cardiology Fellow during the EP Rotation

▶病棟、外来で不整脈治療を行う観点で臨床電気生理学の知識をまとめたコンパクトガイド。不整脈の診断と治療を進めるにあたり、必要十分な知識を提供。カテーテルアブレーションやデバイス治療、薬物治療を行う前に理解すべき基礎知識として、実践的なポイントを押さえた内容になっている。研修医や専門医をめざす若手医師、また心臓電気生理学に苦手意識を持つ循環器科医に、不整脈の標準的な治療とは何かをイメージさせる一書。

監訳 山下武志 心臓血管研究所常務理事・研究本部長
野上昭彦 横浜労災病院不整脈科部長
高橋良英 横須賀共済病院循環器センター内科医長

定価5,250円(本体5,000円+税5%)
A5変 頁312 図113・カラー図13 2011年
ISBN978-4-89592-675-1

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

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

EPカンファレンス 第2版 症例から学ぶ不整脈・心臓電気生理

宮崎 利久 ● 著

B5・頁336
定価7,140円(税5%込) MEDSI
http://www.medsj.co.jp/

評者 青沼 和隆
筑波大大学院教授・循環器内科学

1990年代初頭からわが国でも高周波カテーテルアブレーション治療が開始され、それまでの抗不整脈治療一点張りの治療から、徐々にカテーテルアブレーションやデバイスへと治療のアームがシフトし始めていた1998年に本書の第1版が出版され、その後、はや13年が経過した。

初版が出版された1998年当時、発作性上室性頻拍症の治療が主体であり、基本的な電気生理学的知識の検証とそれを利用したカテーテルアブレーション治療の成績向上が大きな課題であった。すなわち成功例から得られた局所電位の解析結果から新たな電気生理学的知識を生み出し、その結果によってさらなる治療成績の向上が得られるという、ポジティブなサイクルに押されて、これらの基本的な頻拍における電気生理学的知識の完成と治療成績の向上が図られていた。

また1990年代後半から2000年にかけては、特発性心室頻拍症や心房頻拍症の治療が開始され、その成功例から得られた電気生理学的知見により、これらの頻拍の機序の解明がなされるに従い治療成績の大幅な向上が得られるという、全く新しい臨床不整脈学の始まるの時期であった。

さらには2010年を過ぎて、基礎心疾患合併心室頻拍、発作性心房細動、特発性心室細動の治療にまで、カテーテルアブレーションが主体的治療となるに至った。これには、アブレーション局所の電位解析やペーシングに対する

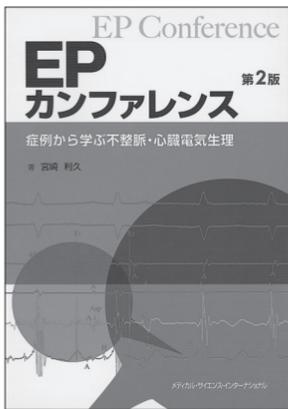
反応などの詳細な検討により、これらの難治性不整脈の新たな機序が明確となってきたことと、アブレーションカテーテルやエネルギー発生装置などの医療工学的進歩がなされたことが背景にあるのは言うまでもない。このほか2000年を過ぎてから抗不整脈薬の使用法も大きく変貌を遂げ、抗不整脈薬の功罪が明らかになるにつれ、薬物治療に関しても新たな知見が積み重ねられている。

このような長足の進歩を遂げた不整脈治療13年の歳月を顧み、今回著者の宮崎利久博士は『EPカンファレンス』を刷新し、第2版を上梓された。出版当初非常に好評であった宮崎博士のEPカンファレンスは13年の歳月を経て、新たな改訂を要する部分が見られたことと、最新の電気生理学的知識をふんだんに盛り込む必要性を著者自ら感じられていたのであろう。

今回の第2版を手にとって感じることは、多くの項目において新たな電気生理学的知見をふんだんに盛り込んでおられること、アブレーションやデバイスといった非薬物治療のみならず薬物治療に関しても最新の知見を盛り込んでいること、付録のLecturesについても、鑑別診断からガイドラインに至るまで丁寧に改訂が行われ、素晴らしい出来栄となっていることである。

今回の改訂を経て、本書が2011年における最新の知見で満たされ、心臓電気生理の習得をめざそうとしている

一例一例の症例から学ぶ 臨床不整脈学



第46回日本理学療法学会大会開催

第46回日本理学療法学会大会が5月27-29日、武田禎彦大会長(介護老人保健施設ひむか苑)のもと、宮崎市のシーガイアコンベンションセンターにて開催された。学会大会のテーマは「リハビリテーションの未来図——理学療法は社会にどう貢献すべきか」。本大会は口蹄疫や鳥インフルエンザ、新燃岳の噴火などの災害に見舞われた宮崎の地で、東日本大震災後初の理学療法学会大会となったが、発表演題は1501題に上り、初日に行われたレセプション



●武田禎彦大会長

は「復興支援チャリティーパーティー」と銘打たれ、参加費の一部が義援金として寄付されるなど、大会テーマのとおり、本会の社会への貢献を印象付ける内容となった。

◆2012年診療・介護報酬の同時改定に向けて

開会式で日本理学療法士協会会長・半田一登氏は無事開催できたことに安堵の意を示し、引き続き国民の健康に寄与する保険制度をめざして診療・介護報酬の同時改定に向け肅々と行動すると表明。また、「上半身に甚大な障害を受けたわが国の回復には局所的治療だけでなく、全体的なリハビリテーションが不可欠」として先の震災にも触れ、継続的・全面的な支援の意を強調した。武田氏による大会長講演では、理学療法士がわが国に定着した経緯と供給過多の現状を概観し、質の担保とモチベーション維持の必要性が再確認された。

◆理学療法士の専門性を生かし、早期リハビリテーションへの参画を

シンポジウム「急性期における理学療法の未来図——回復期から生活期へつなぐために」(司会=東京工科大・高橋哲也氏)では、昨今、診療報酬上も大きな注目を集めている「早期リハビリテーション」について、意見が交わされた。セッションの冒頭、司会の高橋氏から、医療制度が大きく変容し、同時に急性疾患への医療が日進月歩の発展をみせるなか、急性期理学療法がこの先の10年を見据えて、どのように変わり、また変わっていくべきかとの問題提起がなされた。

これを受ける形で、脳卒中、運動器疾患、呼吸器疾患、心疾患の急性期理学療法にかかわる4名のシンポジストが登場。それぞれの実践とともに、急性期理学療法の今後10年の未来図を示した。いずれの領域でも、在院日数の短縮やさらなる高齢化に伴い、より早期からの積極的なリハビリテーションが求められるようになること、また、さまざまな職種がチームとして急性期疾患に向き合う体制づくりが不可欠であることが指摘され、こうした背景を踏まえて、理学療法士が専門職としての独自の視点を持ち早期リハビリテーションに参画することの重要性が強調された。また同時に、それを補強するようなエビデンスを各領域で具体的に示していくことが今後の展望を開く鍵であることが確認された。

多くの循環器専門医のみならず、不整脈治療の正しい最新知識を学びたいと考える内科医やわれわれ不整脈専門家にとっても一例一例の症例から学ぶス

タイトルの本書は十分な内容を備えており、多くの学兄に対する臨床不整脈学をわかりやすく理解できる最適の書籍と考えられる。

●お願い—読者の皆様へ

弊紙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
記事内容に関するお問い合わせ

☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850

E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp 「週刊医学界新聞」編集室へ

送付先(住所・所属・宛名)変更および中止

FAX(03)3815-6330 医学書院出版総務部へ

書籍のお問い合わせ・ご注文

お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ

ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)、または、☎(03)3817-5666/FAX(03)3815-2626 弊社通信小売店「株メッドブック」へ

知らないこと、議論の余地のあることを僕らはもっと語るべきだ。

感染症のコントラバーシー

臨床上的リアルな問題の多くは即答できない

著 Fong, I.W. / 監訳 岩田健太郎

わが国の感染症関係の教科書のほとんどが「答え」を提供するものだが、実は感染症の世界には多くの問題、謎、未解決領域が存在する。本書はこれら controversialな問題をテーマに、それぞれの読者に対して「自分はこれから何を考えなくてはならないのか」と問いつける一歩進んだ書籍。答えを教えるだけの教科書がもた足りなくなったら、最初に手に取りたい1冊。

●A5 頁504 2011年 定価5,775円(本体5,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-01182-2]



感染症への標準的アプローチが専門外の医師にも理解できる

感染症ケースファイル

ここまで活かせる グラム染色・血液培養

監修 喜舎場朝和・遠藤和郎 / 執筆 谷口智宏

本書は以下の5点の特徴がある。①著者自身の経験症例の詳細な情報と豊富な写真、②case conference方式により、知らぬ間にプレゼン法が身につく、③リアリティのある塗抹標本、④どんな施設でも活用できる「適正使用の5原則」を遵守した抗菌薬の選択、⑤市中病院での抗菌薬の感受性表と、適正使用のDOs & DON'Tsの提示。本書は専門医のいない市中病院で、感染性疾患を当たり前にかつ楽しく診療することを伝えている。

●B5 頁272 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01101-3]



医学書院

シュライアー腎臓病と病態生理

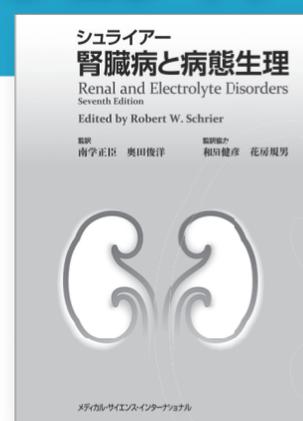
Schrier: Renal and Electrolyte Disorders, 7th Edition

基礎から臨床まで、腎臓の“すべて”をこの1冊で

新刊

腎生理の第一人者シュライアーの名著、待望の邦訳。水電解質・酸塩基平衡など生理学の基本から、疾患の病態生理やそのメカニズムまで幅広く網羅しつつ詳細に解説。基礎と臨床の関わりを筋道立てて学ぶことができる。原著初版の刊行から35年間、版を重ねつつ新しい内容を盛り込み完成度を高め、世界中の腎臓に関心のある医学生や医師たちに広く支持されてきた、まさに信頼できる成書。腎臓専門医やそれを旨とする研修医の座右書であり、内科医全般にも有用。

監訳 南学正臣 東京大学医学部附属病院腎臓・内分泌内科講師
●定価10,500円(本体10,000円+税5%)
●B5 頁680 図101 写真32 2011年
●ISBN: 978-4-89592-681-2



新刊 考える腎臓病学

著 谷口茂夫 東京厚生年金病院 副院長

東京大学医学部 “ベストティーチャー賞”を受賞した著者による入門書

●定価4,200円(本体4,000円+税5%) ●A5 頁248
●図28 2011年 ●ISBN: 978-4-89592-669-0



好評

体液異常と腎臓の病態生理

Renal Pathophysiology: The Essentials, 2nd Edition

監訳 黒川清 監訳協力 奥田俊洋/南学正臣

定評ある病態生理のテキスト、まずは基本を学ぶ

●定価5,985円(本体5,700円+税5%) ●B5変 頁352
●図・写真87 2007年 ●ISBN: 978-4-89592-475-7

診断から治療・投薬まで、幅広い診療科目をカバーした国内最大級リファレンス。

最新の研究成果に基づく最も効果的な治療法の情報を簡単に検索できます。

今日の診療 プレミアム Vol.21

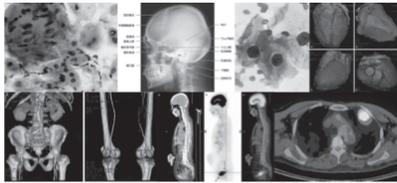
DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2011年
価格76,650円(本体73,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01355-0]
消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

解説項目は約88,200件、文中リンクは約72,000件、図表・写真は約12,200点を収録。お手持のパソコンで合計約17,500ページ以上の情報に手軽にアクセスできます。



2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

「今日の診療」に入力した検索語を使って、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」を検索できます。医学書院から発行されている全雑誌を対象に検索を行うことができます。

※インターネット接続環境が必要です。また、全文の閲覧には別途料金がかかる場合がございます。

3 ハードディスクにデータを格納して使用できます

インストール時にハードディスクにデータを格納しておけば、次回以降、DVDを用意する手間が省けます。(※初回起動時のみインターネット接続環境が必要です)



4 収録書籍4冊が更新されました

書籍の改訂にともない「今日の治療指針 2011年版」「今日の整形外科治療指針 第6版」「臨床検査データブック 2011-2012」「治療薬マニュアル 2011」の4冊を更新しました。

5 高機能リファレンスツールとして使いやすさを継承

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、操作状態の保存など細かな使い勝手の向上や、高速全文検索といった、臨床の場で求められる「素早さ」を追求しました。



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.21」もご用意しております

今日の診療 ベーシック Vol.21 DVD-ROM for Windows

DVD-ROM版 2011年
価格54,600円(本体52,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01357-4]

収録内容詳細 (★: Vol.21において改訂)

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2011年版★
下記の付録を除く全頁を収録
(臨床検査データ一覧/新薬、医薬品等安全性情報)
- ② 今日の治療指針 2010年版
絵・付録を除く全頁を収録
- 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★
付録を含む全頁を収録
- ⑤ 今日の小児治療指針 第14版
付録を含む全頁を収録
- ⑥ 救急マニュアル 第3版
全頁を収録
- ⑦ 臨床検査データブック★
2011-2012
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2011★
付録の一部を除く全頁を収録

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 新臨床内科学 第9版
付録を含む全頁を収録
- ⑩ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
- ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第3版
付録を含む全頁を収録
- ⑫ 臨床中毒学
付録を含む全頁を収録
- ⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版
付録を含む全頁を収録

精神医学関連新刊

専門医をめざす人の精神医学 第3版

編集 山内俊雄・小島卓也・倉知正佳・鹿島晴雄
編集協力 加藤 敏・朝田 隆・染矢幸幸・平安良雄

本書は、精神科専門医制度研修医が学ぶ際の指針。研修すべき内容の学問的裏付けや、さらに勉強を深めたい人にとってのスタンダードテキストブック。

●B5 頁848 2011年 定価18,900円(本体18,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00867-9]



ロンドン大学精神医学研究所に学ぶ精神科臨床試験の実践

監訳 樋口輝彦・山田光彦
訳 中川敦夫・米本直裕

精神科臨床試験の計画・運営実施、統計解析、論文執筆にまで至る実務的なポイントを多彩な実例を用いて平易に解説。臨床試験登録やCONSORT声明、利益相反などの話題にも触れた。

●B5 頁224 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01236-2]



サイコース・リスク シンドローム 精神科の早期診断実践ハンドブック

著 McGlashan TH, Walsh BC, Woods SW
監訳 水野雅文 訳 小林啓之

精神科の前駆状態・リスク状態を表す診断概念、サイコース・リスクシンドローム。基本的な概念から実際の診察方法までを網羅的に解説。DSM-5のドラフトにも盛り込まれ、今後注目が高まること必至の最新の概念が明らかに。

●A5 頁328 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01361-1]



双極性障害

病態の理解から治療戦略まで 第2版

加藤忠史

近年大きな注目を集める双極性障害(躁うつ病)の決定版入門書、待望の改訂版。概念、症状、診断、治療薬の薬理、生物学的研究まで網羅し、この1冊で双極性障害の全体像がつかめる、ミニエンサイクロペディア的な内容構成。

●A5 頁352 2011年 定価4,935円(本体4,700円+税5%)
[ISBN978-4-260-01329-1]



認知行動療法トレーニングブック

短時間の外来診療編 [DVD付]

訳 大野 裕

本場の技法を「読んで」「見て」身に付けられる、好評シリーズ第3弾。今回は主に外来での活用を想定し、「いかに短時間で効率的に認知行動療法を行うか」に焦点をあてた。シリーズ最長、圧巻の19シーン、186分間の日本語字幕DVD付き。

●A5 頁416 2011年 定価12,600円(本体12,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01233-1]



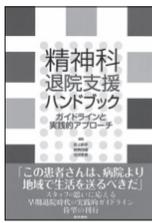
精神科退院支援ハンドブック

ガイドラインと実践的アプローチ

編集 井上新平・安西信雄・池淵惠美

厚生研究委託費による班研究の成果を受けて作成された、本邦初の退院支援ガイドラインを第1部に掲載。第2部「ガイドラインに基づく退院支援の実践」では、ガイドラインで示された原則を踏まえ、実践的な取り組みのノウハウを詳細に解説。

●B5 頁284 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01234-8]



かかりつけ医のための精神症状対応ハンドブック

本田 明

一般外来や在宅医療に従事する医療関係者が遭遇しうる高齢者の精神疾患、または慢性の精神疾患患者に対する治療や対応方法についてまとめたもの。かかりつけ医にも精神疾患への対応が求められる現在、ぜひ手元に置いておきたい1冊。

●A5 頁248 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-01228-7]



一般臨床医のためのメンタルな患者の診かた・手堅い初期治療

児玉知之

メンタルな疾患・問題を抱える患者は近年増加傾向にある。若手精神科医がケースをあげて、診断から手堅い初期治療まで、わかりやすく解説。苦手意識を持つ前に、是非読んでおきたい1冊。

●B5 頁200 2011年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-01215-7]



精神科の薬がわかる本 第2版

姫井昭男

精神科で使われる全領域の薬が、これ1冊で丸わかり! 3年の時を経て、注目の新薬、新アルゴリズム、精神科薬が関連する社会問題への方策などを加筆。

●A5 頁216 2011年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01385-7]



神経心理学コレクション ●新刊

◆ シリーズ編集 山鳥 重・河村 満・池田 学 ◆

心はどこまで脳なのだろうか

兼本浩祐

近年の脳科学の進歩や操作的診断基準の普及により、精神医学の拠って立つ地平が大きなパラダイムシフトを起こしている。患者の病的体験を直接的に「了解」しようとするアプローチは廃れ、あたかも精神医学が脳科学の一分野であるかのように語られている。しかし、本当に「心」はすべて「脳」で説明しきれるのだろうか。精神医学、脳科学の根本命題をめぐる、著者一流の考察。

●A5 頁212 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-01330-7]



病理から見た神経心理学

石原健司・塩田純一

認知症をはじめとする疾患について、その臨床診断と病理診断を比較し、結果をまとめたもの。臨床診断の解説後、「種明かし」をするように病理診断を紹介する構成はさながら「推理小説」。初心者でも楽しみながら読み進められる1冊。

●A5 頁248 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01324-6]



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