

2011年10月17日
第2949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

- [座談会]炎症性腸疾患——診断・治療の最前線から見つめる理想の診療(松井敏幸、平田一郎、松本主之、渡辺憲治)… 1—3面
- [連載]医療統計学講座…………… 4面
- [連載]続・アメリカ医療の光と影/第28回日本医学会総会特別企画…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY/国境なき医師団外科セミナー…………… 6—7面

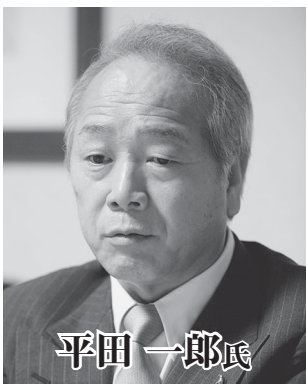
座談会

炎症性腸疾患

診断・治療の最前線から見つめる、理想の診療の在り方とは



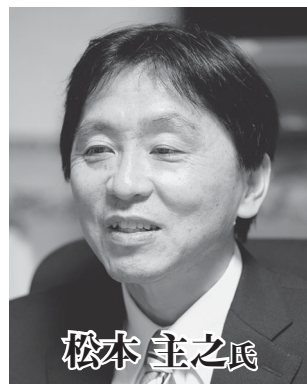
渡辺 憲治氏
大阪市立大学医学部講師
消化器内科学



平田 一郎氏
藤田保健衛生大学医学部
教授・消化管内科学



松井 敏幸氏=司会
福岡大学筑紫病院副院長
消化器内科教授



松本 主之氏
九州大学大学院医学研究院講師
病態機能内科学

患者数は増加の一途をたどり、もはや特別な疾患とは言えなくなった炎症性腸疾患(inflammatory bowel disease, 以下IBD)。従来、専門施設だけで管理・治療されてきたIBDだが、患者数が14万人を超える今日、一般病院や開業医のもとで診療を行うことも要求されつつある。

本座談会では4人のIBD専門医を迎え、これからのIBD診療の在り方を議論。大きく変わりつつあるIBDの診断・治療、そして今求められる、専門医と一般内科医との診療連携を展望した。

松井 炎症性腸疾患(IBD)と総称される潰瘍性大腸炎とクローン病は、ともに厚労省の特定疾患に指定されていますが、患者数の増加により専門医以外が診療に当たることも珍しくなっています。

平田先生、まず現在の日本におけるIBDの状況を教えてください。

欧米を追いかける 日本のIBD患者数

平田 日本のIBD患者は、潰瘍性大腸炎、クローン病ともに1970年代から急増傾向を示すようになりました。2009年の特定疾患医療受給者証交付件数による統計では、潰瘍性大腸炎が約11万3000人、クローン病が約3万1000人で、IBD患者数は合計14万人を超えています。1991年ではそれぞれ約2万6000人、約7000人と、IBD患者数は3万人強でしたので、患者数

はこの20年間で5倍弱となりました。

松井 海外の動向はいかがでしょうか。

平田 欧米では、1945年ごろからIBD有病率の急増が始まっています。2003年度の統計から見た米国のIBD患者数は、潰瘍性大腸炎約71万人、クローン病約60万人の合計約130万人です。これは同時期の日本のIBD患者数の約16倍に当たり、日本の患者数は急増しているとは言っても米国とは差がある状況です。

一方、韓国の統計と比較すると、2007年度の時点で韓国の潰瘍性大腸炎の有病率は日本の約3分の1、罹患率は約4分の1、またクローン病では有病率が日本の約2分の1、罹患率が約3分の1で、まだ日本に追いついていないもののIBD患者数の急増が見られるようです。東南アジア全体でもIBDは増加傾向ですが、やはりまだ日本のレベルには達していません。

松井 それでは、IBD患者の増加はい

つまで続くのでしょうか。

平田 実は現在、欧米のIBD発生率(罹患率)は横ばいになりつつあり、日本も将来横ばいになると予想されています。IBDには、まず潰瘍性大腸炎から増加が始まり、約10年遅れてクローン病が増加するという特徴があります。日本の潰瘍性大腸炎の上昇カーブは、現在なだらかになってきています。松井 先生方の施設では、IBD患者の増加を実感していますか。

渡辺 大阪市大病院は、大阪のIBD診療の中心的な施設と認知されているため、他施設からの紹介が恒常的に多いのですが、患者数自体も増えています。松本 九大病院消化器内科では、入院患者の4—5割は重症のIBDで、外来に至っては診療の大部分がIBDと断言していいほどです。患者数増加の結果、すべての患者を外来で対応することはできず、軽症患者は紹介元の施設で治療を行う状況になっています。

松井 専門施設の診療体制は追い付かなくなっているのですか。

遺伝子研究が進むも IBD発症の原因は不明

松井 IBD患者は文明国に多いと言われていますが、発症原因はどこまで解

明されているのでしょうか。

平田 疫学的には、清潔な生活環境がIBD発症リスクの1つとなっているようです。塩素消毒水道水の普及、腸管感染症の減少、菌磨き粉のシリカ粒子などのほか、脂肪や糖分の多い加工食品を摂取していることがリスク因子として挙げられています。

松井 食品のリスクは、具体的にはどの程度解明されているのですか。

平田 経験的な報告が多く、エビデンスのあるデータは少ないのが現状です。

松井 タバコの影響はいかがでしょう。

松本 タバコは潰瘍性大腸炎の発症抑制因子というデータがある一方、クローン病では増悪因子と有意差を持って証明されています。

松井 もう一つ、病因を考える上で大事なものに遺伝がありますが、IBDには家族集積性があるのでしょうか。

松本 常染色体優性のような強い遺伝性はおそらくないと思いますが、IBD発症者の同一家系内における発症リスクは高く、親子間よりも同胞間でそのリスクは高いと言われています。

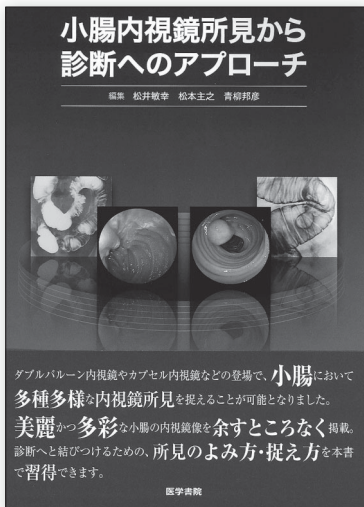
松井 関連する遺伝子も最近わかってきていますね。

松本 ゲノムワイド関連解析の進展に

(2面につづく)

これほどまで美麗かつ多彩な小腸内視鏡像はない

医学書院



小腸内視鏡所見から 診断へのアプローチ

編集 松井敏幸 福岡大学筑紫病院消化器内科・教授
松本主之 九州大学病態機能内科学・講師
青柳邦彦 福岡大学病院消化器内科・診療教授

●B5 頁192 2011年 定価12,600円(本体12,000円+税5%)
[ISBN 978-4-260-01446-5]

本邦でトップクラスの小腸疾患症例数を誇る編者らのグループによりまとめられた本書は、内視鏡所見を提示し、その後に疾患(症例)の解説をするところに特徴がある。内視鏡所見からみた鑑別診断のポイントをはじめ、診断にあたって必要な分類などの基礎知識に関しても解説されている。馴染みの浅かった小腸領域だが、ダブルバルーン内視鏡やカプセル内視鏡などの登場で多種多様な内視鏡所見を捉えられるようになった。美麗かつ多彩な小腸内視鏡像が数多く掲載された本書から、診断へと結びつけるための、「所見のよみ方・捉え方」も習得できる。

座談会

炎症性腸疾患

＜出席者＞

●松井敏幸氏

1975 年九大医学部卒。同年同大第 2 内科入局。90 年福岡大筑紫病院消化器内科助教授を経て、2005 年より同教授、07 年より同院副院長。日本消化器病学会財団評議員，日本消化器内視鏡学会理事，日本消化管学会理事，「胃と腸」誌編集委員長。クローン病や潰瘍性大腸炎の診療ガイドライン作成に携わる。編著書に『小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ』（医学書院）などがある。

●平田一郎氏

1975 年阪医大卒。同大第 2 内科，米国ミシガン大研究留学を経て 86 年阪医大講師。90 年スウェーデン・カロリンスカ大客員准教授。2000 年阪医大助教授を経て 05 年より現職。名城大客員教授，中国南京大客員教授を兼務。研究領域は炎症性腸疾患，大腸癌，消化器内視鏡の診断治療。日本大腸肛門病学会理事，日本高齢者消化器病学会理事，「胃と腸」誌編集委員。

●松本主之氏

1985 年九大医学部卒。同大医員，研究生を経て，95 年川崎医大講師。98 年九大病態機能内科学。2009 年より現職。専門は大腸腫瘍性疾患の診断・治療と潰瘍性大腸炎の病態解明。日本消化器病学会・日本消化器内視鏡学会評議員，「胃と腸」誌編集委員。主な編著書に『小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ』『炎症性腸疾患』（ともに医学書院）など。

●渡辺憲治氏

1991 年秋田大医学部卒。大阪市立総合医療センター研究医などを経て，99 年阪市大大学院修了。英国オックスフォード大留学後，2003 年阪市大消化器内科病院講師，06 年より現職。炎症性腸疾患の病態，診断，治療に関する研究に積極的に取り組んでいる。日本消化器病学会学会評議員，日本消化器内視鏡学会学術評議員，日本消化管学会代議員。

(1 面よりつづく)

より，IBD の原因遺伝子や疾患感受性遺伝子が明らかになってきています。特に 2008 年以降の研究で，欧米人とアジア人では疾患感受性遺伝子が大きく異なることがわかってきました。

クローン病に限ると，欧米人では約 30 種類の疾患感受性遺伝子が見つっていますが，日本人にはその多くが関連せず，日本人固有の疾患感受性遺伝子があるとも言われています。しかし，不思議なことに遺伝子が異なっても最終的な臨床症状は等しいため，まだ不明の部分が多いのが現状だと思います。

IBD 診療の入り口

「診断」でつまづかないために

松井 潰瘍性大腸炎，クローン病ともに罹病期間が長いという特徴がありますが，入り口の診断を的確に行うことはやはり大切となりますね。

松本 ええ。特に潰瘍性大腸炎は感染性腸炎との鑑別に注意が必要です。これはわれわれ専門医が実際に遭遇することですが，内視鏡所見が少し違っても生検組織で合致する所見があり「潰瘍性大腸炎」という診断名で紹介された患者が，しばしば感染性腸炎，特に細菌性の急性感染性腸炎の治療期であることがあります。これはおそらく，大腸内視鏡が普及したことで炎症を見つける機会が増え，さらに生検組織でも矛盾しない病理診断が下されるため誤診に至ったのだらうと思います。

平田 IBD は慢性疾患です。感染性腸炎は，腸結核，アメーバ赤痢を除けばほとんどが急性疾患です。ですからまずは問診できちんと病歴を聴取することが大事です。ただ典型的な病変を形成していない発症早期の IBD では，鑑別が難しいのは事実ですから，その場合，経過を診ていくことが重要です。

渡辺 活動性が高くなければ少しゆっくり構えて，最初のボタンをかけ違わないようしっかり確定診断を行うことが大切になりますね。

松井 実際の診断はどう行うのでしょうか。

渡辺 患者の症状と内視鏡や X 線造影検査などの画像診断，そして病理組織を組み合わせで診断します。クローン病で鑑別診断困難例の場合，上部消化管病変を確認することも重要となります。また，IBD 専門の外科医は「内科医も必ずお尻を診よ」とよく言いますが，これは難治度の高い痔瘻など特有の肛門病変がクローン病の診断に有用であることを意味します。

膠原線維性大腸炎の動向

松井 クローン病や潰瘍性大腸炎と鑑別すべき IBD 関連疾患として，膠原線維性大腸炎（collagenous colitis）が最近日本でも報告されてきていますね。

平田 欧米では，膠原線維性大腸炎と lymphocytic colitis（リンパ球性大腸炎）を併せて microscopic colitis と総称しています。microscopic colitis の有病率は欧米では比較的高く，近年の米国の患者数は約 30 万人です。これは米国の IBD 患者数の約 4 分の 1 に当たり，決してまれな疾患ではありません。またその 2.6％が IBD へ移行すると言われています。

膠原線維性大腸炎自体は 1976 年に初めて提唱された疾患ですが，日本での認知度は低く最近になってその認識が普及してきました。現在でも日本の患者数は少なく，論文報告数からみるとおそらく数百例程度だと思います。

松井 日本の患者数は少ないとのことですが，今後も同様の状況が続きそうですね。

松本 これは非常に難しい問題です。現在日本で診断される膠原線維性大腸炎の大部分は薬剤関連と考えられています。実際，薬剤性消化管障害として

の側面のみが注目され，薬剤に無関係な症例がどれほどあるかはわかっておらず，まだまだ症例が集積されていない状況だろうと思います。

松井 IBD と同様，欧米から 20 年遅れで今後増える可能性も秘めているのでしょうか。

松本 その可能性は十分あります。

鑑別診断困難例に有効な小腸内視鏡

松井 診断技術の面では大腸内視鏡，小腸内視鏡とも大きく進歩しています。

渡辺 はい。大腸内視鏡の画質は大きく向上し，拡大機能や画像強調の機能が備わってきました。これにより，潰瘍性大腸炎関連の癌の診断における色素・拡大内視鏡の有用性が検討されています。また小腸の観察を可能とした，ダブルバルーン内視鏡が日本で開発されています。

松井 クローン病の場合は，小腸が罹患していることも多いため，小腸病変の観察は重要です。

渡辺 実際，私の施設で手術が必要なクローン病患者の責任病変を調べると大腸よりも小腸が圧倒的多数を占めます。小腸クローン病の診断は難しく遅れがちとなり，狭窄や瘻孔に至ってしまう例も多いです。小腸の観察は，欧米では CT や MRI が主流ですが，日本では小腸造影に加えて内視鏡も積極的に用いられています。

松井 内視鏡が造影検査より有利なのはどのような場合ですか。

渡辺 小腸内視鏡が確定診断に必要な症例はそれほど多くはありません。鑑別診断が困難で X 線造影ではなかなか病変を描出できない軽症ないし早期の症例の場合に，内視鏡で確定診断します。あるいは小腸病変の生検をし，非乾酪性類上皮肉芽腫の検出を行うケースもあります。そのほか，小腸病変で狭窄を来した症例にバルーン拡張を内視鏡的に施し，できるだけ手術を回避する方向で治療を試みることも高い頻度で行われています。

松井 小腸内視鏡のもう一つの選択肢として，日本にも導入され始めたカプセル内視鏡があります。このカプセル内視鏡の現状を教えてください。

渡辺 カプセルが腸内に滞留するリスクがあるため，確定診断されたクローン病に対するカプセル内視鏡検査は現時点では禁忌です。ただ近い将来，パテンシーカプセルという滞留の可能性を予備検査する機器が日本でも承認される見込みです。また，小腸造影，バルーン内視鏡，カプセル内視鏡を比較すると，カプセル内視鏡が最も楽と感じる患者が多いため，パテンシーカプセルの承認後はカプセル内視鏡が使われる頻度が高まると思います。

松井 どのような場面で使用されるようになるのでしょうか。

渡辺 クローン病の長期予後を解明す

る指標として注目されている粘膜治療の観察，つまり治療効果のモニタリングとして最も利用されるようになると思います。

合併症としての「癌」

松井 IBD の重要な合併症には，炎症を背景とする癌がありますね。

平田 炎症を母地とする発癌は IBD 長期経過症例を中心に，特に潰瘍性大腸炎で多く見られます。日本の大腸癌研究会によるアンケート（2001 年）では，潰瘍性大腸炎の 2.6％，クローン病の 0.5％に大腸癌が見られたと報告され，発症リスクは潰瘍性大腸炎で一般の人の 15—20 倍，クローン病で約 3 倍です。また，欧米のメタアナリシスでも潰瘍性大腸炎の約 3.7％に大腸癌の合併が見られたとの報告があります¹⁾。

松井 発癌リスクが高いことを考慮すると，IBD 患者には早期に何らかの手を打つことが必要ですね。

平田 潰瘍性大腸炎関連の癌の危険因子は，罹病期間の長さや病変範囲の広さ，また炎症の激しさや大腸癌の家族歴などです。特に罹病期間が長くなれば長くなるほど発癌率が高まるため，罹病期間が長い人を重点的にサーベイランスすることが大切です。

渡辺 現在，厚労省「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班」（班長：東京医歯大・渡辺守氏）で，潰瘍性大腸炎患者への定期的なサーベイランスが検討されています。発症 7 年以上の左側大腸炎型と全大腸炎型の潰瘍性大腸炎患者に毎年内視鏡検査を行い，腫瘍性病変が疑われる所見を早期発見することで，患者が致死的な状態に陥ることを防げると言われています。

松井 腫瘍性病変の内視鏡所見には特徴があるのでしょうか。

渡辺 通常の大腸癌や大腸ポリープとは異なり，病変の辺縁や境界が不明瞭で発見しにくい病変が比較的多いです。ただ緻密に観察していくと，潰瘍性大腸炎の多様な背景粘膜のなかから腫瘍と認識できる病変を見つけられるケースが多いので，色素・拡大内視鏡を併用しながら，早期発見に努めることが大事だと思っています。

松井 一方，クローン病では癌予防にどのような手を打てばよいのですか。

渡辺 腸管よりも痔瘻などの肛門病変における癌が多いクローン病では，まだ有用なサーベイランス法が確立されていません。肛門狭窄で内視鏡が挿入できなくなならないよう，定期的にブジーも含めた内視鏡検査と積極的な生検を行うことぐらいしか現実にはできていません。

松本 癌を合併したクローン病を見遇ごすことは専門医でもあり得ますし，残念なことに進行した状態でしか癌を診断できていないのが現状です。クローン病の癌予防戦略はこれからの課題です。

大好評を博した日常救急診療の実践書、待望の改訂版！

問題解決型救急初期診療 第2版

田中和豊

福岡県済生会福岡総合病院・臨床教育部部長

問題解決型救急初期診療 第2版

田中和豊

大腸科を専らした救急救急診療の要諦

待望の改訂版！

● 小児科、産科、救急科の救急診療に役立つ！
● 救急科に必要となる診療のノウハウをわかりやすく！
● 救急科、産科、小児科に役立つ！救急科の要諦を学ぶ！

医学書院

B6変型 頁608 2011年 定価5,040円(本体4,800円＋税5%) [ISBN978-4-260-01391-8]

医学書院

静脈系からみた新たな肝区域の提唱。「肝門板」の視点と腹腔鏡下肝切除を加え大改訂！

肝臓の外科解剖 第2版

門脈segmentationに基づく新たな肝区域の考え方

編著 竜 崇正

千葉県がんセンター前センター長

肝臓の外科解剖 第2版

門脈segmentationに基づく新たな肝区域の考え方

肝臓の手術に不可欠な区域解剖において、従来のCouinaudの肝区域に替わり、門脈など静脈系に着目した新たな考え方を呈示。2004年の初版以後の、最新の立体画像構築による新知見とともに、「肝門板」の新たな視点を提唱。腹腔鏡下肝切除術式も加えて、手術書としても大幅リニューアル。

医学書院

A4 頁240 2011年 定価12,600円(本体12,000円＋税5%) [ISBN978-4-260-01421-2]

医学書院

診断・治療の最前線から見つめる, 理想の診療の在り方とは 座談会

飛躍的な進歩を遂げる

IBD の治療

松井 IBD の治療は薬物療法を中心にこの数年間で様変わりしています。松本先生、まず潰瘍性大腸炎の新たな治療法についてご説明ください。

松本 潰瘍性大腸炎では、分子標的治療薬、血球成分除去療法、免疫調節薬の3つが最近誕生した新たな治療法です。

分子標的治療薬では、抗 TNF α 製剤インフリキシマブが 2010 年に潰瘍性大腸炎にも使用できるようになりました。日本独自の治療法である血球成分除去療法は広く普及し、重症に近い患者でも副作用なく良好な治療効果が得られています。免疫調節薬では、強力な寛解維持効果を有するチオプリン製剤のアザチオプリンや 6-メルカプトプリンが使用可能となり、日本独自の治療薬としてタクロリムスも 2009 年に保険適用されました。

渡辺 潰瘍性大腸炎の治療は、基本薬である 5-アミノサリチル酸（5-ASA）製剤を十分量使うことから始まります。それでコントロールできなかった症例やステロイド抵抗などの難治例で、新たな治療法は有効性の高いオプションになっていると思います。

松本 2006 年に発行された潰瘍性大腸炎の治療ガイドラインには、タクロリムスやインフリキシマブ、また 5-ASA 製剤の大量療法といった治療法はまだ記載されていません。それほど up to date に変化しつつあるのが潰瘍性大腸炎治療の現状です。

松井 治療の選択肢が大きく増えたなかで、その使い分けはどう考えればよいのですか。

渡辺 専門家の間でも議論が分かれている部分で、インフリキシマブやタクロリムスを中等症以上の患者にどう使うかについて、明確な方針はまだありません。現在、日本は世界で最も治療のオプションを多く持つ国ですので、今は各治療の使い分けをしっかりと考える時期にあると思います。

松井 次にクローン病の治療ですが、以前は栄養療法が主体でしたよね。

松本 そうですね。従来は栄養療法とステロイドがクローン病治療のすべてであったと言っても過言ではありません。そのようななか 2002 年にインフ

リキシマブが適用となり、治療法は様変わりしてきました。現在議論となっているのは、強力な効果のあるインフリキシマブをどの時点で使うかです。

松井 いわゆるトップダウン療法と呼ばれる、最初から最も強力な治療法で炎症を抑え込んでから寛解を維持する治療の是非ですね。

渡辺 インフリキシマブはクローン病の治療を劇的に変えましたが、すべての患者に必要な薬剤ではないと私は考えています。例えば肛門病変のない腸管炎症主体のクローン病では、ステロイドで寛解導入し、チオプリン製剤で寛解維持する治療法もあり得ます。

平田 クローン病治療で重要なことは、狭窄や瘻孔形成などの腸管合併症を来さないよう病状をコントロールすることです。病変の難治化を予測した時点で、時期を逸することなくインフリキシマブなどの強力な治療に移行することが必要です。

松本 また約 3 割の患者でインフリキシマブが無効となる現象が起こるため、その対応も検討すべき課題となっています。

渡辺 クローン病では、個々の患者に最適な治療法を治療開始以前に予測する方法はまだ確立できていません。ですから患者一人ひとりに対し精度の高い診療を行って、状態が悪くなれば早めに治療を強化するという早期介入の考え方に基づき治療を行うのが良いと私は考えています。

平田 新たな治療法により、IBD の治療成績は確かに良くなりました。特に潰瘍性大腸炎の内科治療抵抗例で、以前は約 10% 存在した手術に至る患者は、近年減少しています。

反面、ステロイドを避ける若い医師が多く見受けられます。ステロイドには深刻な副作用があり長期使用は推奨されませんが、急性炎症の抑制では治療効果も高く安価であるため、炎症の急性期にうまく使う工夫は必要だと思います。

松本 私もその意見に賛成です。ステロイドは外来で十分な治療効果が得られる治療法ですから、使い方にも慣れておくのがよいでしょう。

進学や出産もかなうように

松井 実際の治療選択に当たっては、

医師は患者の志向をどの程度取り入れているのでしょうか。

松本 IBD 患者は若年者が多く、進学や就職、結婚といったライフイベントを疾病とともに経験される方が多くいます。ですから、患者の将来の希望を知った上で治療方針を決めることは、IBD 診療において極めて重要です。長期の経過をたどる疾患ですから、医師は十分に情報を提供しそれを理解してもらった上で、患者に治療選択の機会を与える方法が現実的に行われていると思います。

松井 女性の場合、さらに妊娠・出産も考慮に入れる必要がありますね。

渡辺 妊婦への薬物療法の安全性に関する研究が進み、従来からの FDA 分類とは異なり、妊娠可能年齢の女性患者へもインフリキシマブなどによる治

診断・治療，診療連携の意識の共有を

松井 現在、日本には 14 万人以上の IBD 患者がおり、そのすべてを専門施設で診ることはおそらく不可能でしょう。現実には診療所や一般病院もたくさんの IBD 患者の診療を担うなかで、一般の内科医に知っておいてほしいことを、専門医の立場から最後にご発言いただければと思います。

平田 IBD 診療で最も大切なことは診断を適切に行うことです。原因不明の腹痛や下痢に悩まされていた小腸クローン病の若年者が、過敏性腸症候群と思い込まれていたこともあります。このような誤った診断で適切な治療が行われないことは不幸です。ですから、慢性的で原因不明の消化器症状がある若い方は、専門施設へ紹介してほしいと思います。

また治療面では、現在利用できる治療法やその適応例を学ぶ必要があるため、IBD の研究会や学会に積極的に参加してほしいです。治療方針を示すガイドラインや治療手段もどんどん進歩していますから、新たな知識を取り入れていくことが必要です。

松本 私も同じ意見です。臨床的に判断に悩む患者を診た場合や少しでも治療に難渋した場合は、すぐに専門医にご紹介ください。そして症状の落ち着いた方は、またかかりつけ医のところで診察を継続するという診療連携がこれからは重要になると思います。

療が安全に行えるという研究結果²⁾ が始めています。

平田 インフリキシマブは若年者の治療にも有効な薬剤になっています。チオプリン製剤との併用ではリンパ腫合併のリスクも報告されていますが、インフリキシマブ単独使用の場合、あまり副作用を心配する必要はないでしょう。ただ現時点では、10 年程度のデータしかないため、それ以上の長期使用リスクはわかりません。

松本 小児科領域を含めた若年者や妊婦の治療に関しては、専門家の間でも少し異なる意見を持つ方がいますし、患者自身の考えもあるでしょう。一般内科医の方で判断に苦しむ場合は、専門医に受診させることも視野に入れていただければと思います。

渡辺 IBD にかかわったことのある医師は、今までは少なかったと思います。しかし今日、多くの医師が IBD 診療に携わる必要があるため、まずは IBD に関心を持ってください。IBD 診療は、専門家でも一生懸命勉強しないと追いつかないほど急速に進歩しているやりがいのある分野です。特に若手の先生方にはこの領域に入ってきてほしいと思います。

松井 昔は限られたメンバーでひっそり開催していた IBD の研究会も、今日では若手医師が多く参加することに驚きを感じています。IBD が一般的な疾患となった一方、臨床現場ではさまざまな困難が生まれてきているのでしょう。これからの IBD 診療では、専門医とかかりつけ医がともに同じ姿勢で議論し、診断・治療や診療連携に関する意識を共有させていくことが大切だとあらためて感じました。本日はありがとうございました。（丁）

参考文献

- 1) Eaden JA, et al. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. Gut. 2001; 48 (4): 526–35.
- 2) van del Woude CJ, et al. European evidence-based consensus on reproduction in inflammatory bowel disease. J Crohns Colitis. 2010; 4 (5): 493–510.

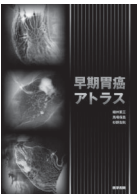
消化器病関連書 新刊を中心に

早期胃癌アトラス

細井董三・馬場保昌・杉野吉則

永年にわたって日本の早期胃癌診断学をリードしてきた著者らが、その経験と蓄積のすべてを注ぎ込んだ斯界待望のアトラス。胃癌の早期発見を使命とするすべての臨床家必携の書。世界に冠たる日本の早期胃癌診断学の記念碑ここに完成。

●A4 頁480 2011年 定価21,000円
(本体20,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00152-6]



大腸肛門病ハンドブック

監修 辻仲康伸

消化管診療に携わってきた著者らが、その豊富な症例データをもとに大腸肛門疾患の診断と治療を解説。特に本邦の肛門疾患全体の傾向を表したものである。また年間10,000例実施している大腸内視鏡検査についても取り上げられ解説されている。

●B5 頁392 2011年 定価12,600円
(本体12,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01342-0]



消化器内視鏡用語集 第3版

編集 日本消化器内視鏡学会用語委員会

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。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、規約などの関連事項を記述した辞典的スタイルは、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。

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



linitis plastica型胃癌

その成り立ちと早期診断

中村恭一・馬場保昌

“発見されたときには既に手遅れ”の癌として恐れられている“スキルス胃癌”の本態は、実はlinitis plastica型胃癌。本書はlinitis plastica型胃癌の芽を摘むために必要な病理学的知識と早期診断のノウハウを、病理と臨床の第一人者が豊富な症例から懇切に解説。

●B5 頁288 2011年 定価15,750円
(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01241-6]



臨床に活かす病理診断学

消化管・肝胆膵編 第2版

編集 福岡敬宣・二村 聡

この1冊で「病理に強い臨床医」といわれよう！ 今、現場で知りたい消化器検体提出時の注意点／病理診断報告書の読み方から、明日の一步に差がつく学会・論文発表のコツまで、病理情報活用の術を解説。オールカラー化ですますす充実の第2版。

●B5 頁300 2011年 定価8,925円
(本体8,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01095-5]



消化器外科のエビデンス

気になる30誌から 第2版

安達洋祐

外科医が日常診療で直面するさまざまな問題について、最新の知見を確認するためのエビデンス集。国際的な一流誌30誌から選ばれた7,256編の論文のデータを収載。

●B5 頁528 2011年 定価9,975円
(本体9,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01376-5]



消化管造影ベスト・テクニック

第2版 齋田幸久・角田博子

消化管造影検査の手技を習得するための基本的事項が、簡潔にかつ必要十分にまとめられている。コンパクトさと読みやすさに加え、著者らの経験を踏まえた解説は、消化管造影の「基本」を学ぶには最適。

●A5 頁128 2011年 定価5,040円(本体4,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01188-4]



新・胃X線撮影法ガイドライン

改訂版(2011年)

編集 日本消化器がん検診学会 胃がん検診精度管理委員会

本書では、検査の質を上げるための撮影法についての解説、機器の保守管理の説明、また美麗な写真による症例検討も行われている。さらに、胃X線検査による不利益として、偶発症・被曝についても解説が加えられた。

●A4変 頁96 2011年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01222-5]

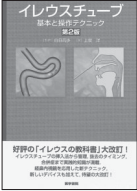


イレウスチューブ 基本と操作テクニック 第2版

監修 白日高歩／著 上泉 洋

本書では、非観血的な減圧治療として最適なイレウスチューブの、安全で確実な挿入・管理について懇切丁寧に解説。著者独自のテクニックやデバイスを用いた、患者さんにも術者にも優しい手技をイラストであますところなく展開。

●B5 頁144 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01176-1]



胃癌外科の歴史

著 高橋 孝／執筆協力 荒井邦佳

Billrothによる1881年1月29日の、歴史上初の胃癌胃切除成功例を源として、現代に至る胃癌手術の理論、担い手(人)、手術術式・手術手技(技)の長大な流れをたどる著者畢生の旅の記述。

●B5 頁280 2011年 定価9,450円(本体9,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00902-7]



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

Lesson6

多変量解析——説明変数の選び方

＊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。

通常ランダム化の行われていない観察研究では、効果を明らかにしたいリスク因子と絡んでさまざまな因子がアウトカムに影響を及ぼすため、それらの因子（交絡因子）の影響を補正する手段として、多変量回帰分析が有効であることを第2回（第2933号）でお話ししました。回帰分析にこれらの交絡因子を説明変数として加えることで、数学的に交絡の影響を取り除きます。では、すべての交絡因子をモデルに加えることはできるのでしょうか？今回は、その簡単なルールについて、例を示しながら解説します。

交絡因子を いかに取り除くか

「ICUにおけるせん妄の発症が人工呼吸管理患者の予後（ここではICU入室から6か月後の死亡率）にどうかかわるか」について調べた研究例に沿って、モデルの作り方を紹介します。この研究では、せん妄を発症するかどうかはランダム化による割り付けができないため、人工呼吸管理患者をICU入室中毎日観察し、せん妄発症の有無で2群に分けました¹⁾。

「せん妄あり」群には高齢者や敗血症患者が多く、両群の死亡率を短絡的に比較することはできません。仮に「せん妄あり」群の死亡率が高くても、それがせん妄によるものなのか、年齢、敗血症によるものなのか区別できないからです。そのため多変量解析では、せん妄と共に年齢や敗血症という交絡因子を説明変数としてモデルに加えることで、せん妄、年齢、敗血症それぞれに依存する死亡率を計算します。せん妄に依存する死亡率は他の変数の影響を受けないため、せん妄のみによる死亡率への影響を解析できるのです。この影響をハザード比やオッズ比などを用いて表しますが、この例では「年齢、敗血症で補正されたせん妄の死亡

率へのハザード比もしくはオッズ比」と呼んでいます。

では、せん妄と関連があり、アウトカムに影響を及ぼすような交絡因子は年齢と敗血症だけでしょうか？因果関係を探究する研究では、交絡因子をいかにうまく取り除けるかが研究の質を左右するので、この場合起こり得る交絡因子がほかにないか、よく考えてください。重篤度、基礎疾患、投与された鎮静薬の種類、ベースラインの認知機能障害、併存疾患、入院時の生活運動能力、低酸素血症の有無、ショック状態の有無、臓器不全評価スコア、などいろいろありそうですね。

このように数多くある交絡因子をすべてモデルに加えることは可能なのでしょうか？ 答えはNoです。説明変数をモデルに入れ過ぎてしまうとモデルの結果が不安定になるため、サンプル数の小さな研究ではモデルに加えられる変数の数は限られています。

第2回で紹介した簡単な方法を用いてサンプル数を基に大体の目安をつけていきますが、そのルールはモデルの種類によっても異なります。この研究の場合、アウトカムである「6か月後に生存または死亡したかどうか」は2値変数で表せるので、第2回の表を用いると、2値ロジスティック回帰を選択できそうです（論文中では、時間変量Cox回帰を使用しました）。ロジスティック回帰では、アウトカムの死亡者、生存者のいずれか少ないほうの数を10で割った数までを説明変数として加えることができます。この研究では、死亡者数69人、生存者数175人でした。ですから、69を10で割った6または7つまで変数を入れることができます。

説明変数の選び方

次に、研究対象因子のせん妄に加え、先ほど割り出した10以上ある交絡因子のうち5つを選び出します。選択法として正しいと思う方法を、以下の①—⑥から1つ選んでください。

①それぞれの交絡因子を「せん妄あり」「せん妄なし」の2群間でスチューデント

トのt検定やピアソンのカイ2乗検定などを用いて比較し、有意差の出たもののみ（またはP値の小さい順に5つ）モデルに加える。

②それぞれの交絡因子を「死亡」「生存」の2群間でスチューデントのt検定やピアソンのカイ2乗検定などを用いて比較し、有意差の出たもののみ（またはP値の小さい順に5つ）モデルに加える。

③すべての交絡因子をモデルに入れ、ステップワイズ法を用いてコンピューターで自動計算し、有意差の出る交絡因子のみを選択する。

④すべての交絡因子をモデルに入れ、有意差の出ない交絡因子をコンピューターによる自動計算ではなく自分でモデルから取り除く。

⑤①のように、せん妄との関連を単変量解析で調べた後、有意差の出た交絡因子の中からさらにステップワイズ法で有意差の出る交絡因子を探す。

⑥データを一切見ず、文献や医学的見地を参照し、アウトカムである死亡に対するリスク因子の中からリスクの大きい順に5つ選び出す。

いずれもよく用いられる方法ですが、正解は⑥です。①から⑤は、データを用いてP値を一番小さくする方法として知られていますが、これらの方法を用いると、P値が小さくなり過ぎてしまうという問題が生じます。「P値は小さいほうがよいのではないか」との声もよく耳にしますが、P値が小さ過ぎると再現性のない結果になりかねません。自分が行った研究では差が出たけれど、他の研究者が同様の研究を繰り返した場合にまったく異なる結果が出てしまうようでは信頼性のある結果とは呼べませんよね。

①から⑤では、最終的なモデルに加える変数の数はせん妄を加え6つですが、そこに到達する前に単変量解析やコンピューターによる自動計算などによって多数のP値が計算されています。サンプル数によって決められた6つとは、正確には最終的なモデルに入っている説明変数の数だけではなく、説明変数の選択時に計算されたP値すべてを数えます。ですから、単変量解析でもかなり多くのP値が計算されており、コンピューターによる自動選択法では単変量解析の何十倍もP値が計算されるので、まさに「見過ぎ」が生じてしまうのです。

「見過ぎによる出過ぎ」の問題については、多重検定について解説した第4回（第2941号）でも取り上げましたが、多変量解析においても同様です。多変量解析における「見過ぎによる出過ぎ」は専門用語では「Overfitting」と呼ばれ、雑誌によっては先ほど示した①から⑤の方法を使用しないよう指示している場合もあります²⁾。

交絡除去に対応できる サンプル数の確保を

それでは、⑥の方法を用いて先に進

みます。アウトカムである6か月後の死亡生存に大きくかかわっていると考えられる交絡因子を5つ選択し、ロジスティック回帰にせん妄を表す変数と同時に入れます。これにより、せん妄の効果はこれら5つの変数によって交絡されていない、補正された結果として解析することができるのです。

ここでは当然モデルに入れられなかった因子による交絡には対処していないので、それを批判される場合もあります。そのような批判を防ぐためにも、重要な交絡因子は必ず研究前に調査し、モデルに加えて補正しなければならない交絡因子の数を見積もり、それに十分対応できるサンプル数を集めることが重要です。この場合、10個の交絡をどうしても補正したいのであれば、少なくとも「10×10=100」のイベント（この場合死亡者数）が集まるようにサンプルを設定する必要があったといえます。やはり研究開始前のプランニングは不可欠です。

ただし研究によってはどうしても症例数の少ないものもあります。私が最近かかわった論文で、肺結核患者において抗菌薬のフルオロキノロンの使用が耐性菌発生にかかわるかどうかを調査した研究があります。研究が行われたテネシー州では、2002年からの5年間でフルオロキノロン系薬剤耐性菌を持つ患者は640人の研究参加者のうちわずか20人弱に過ぎませんでした³⁾。この研究はランダム割付のできない観察研究であったため、年齢、性別、人種、HIV感染の有無などの交絡の補正が重要とされ、これらの交絡因子を基にフルオロキノロンの使用に対する傾向スコアを計算し、モデルには4つの変数を1つの傾向スコアに置き換えて補正することで対処しました。

この傾向スコアのように、数多くの交絡因子をデータの情報量を保ちながら少数の変数として作り変える方法を「データ・リダクション法」と呼び、最近では多くの研究で交絡を有効的に補正する方法として用いられています。どうしてもサンプル数が足りない場合には、このように統計的な手法を用いて対処できる場合もあるので、ぜひ専門家に相談してください。

Review

多変量回帰モデルに説明変数を加える際には、データを見ず、臨床的な判断を参照します。さらに、アウトカムとの関連性の高いものからモデルの種類、サンプル数によって計算された数だけ選択します。

参考文献

- 1) Ely EW, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA. 2004; 291 (14): 1753-62.
- 2) Annals of Internal Medicine
http://www.annals.org/site/misc/author_info_stats.xhtml
- 3) Devasia RA, et al. Fluoroquinolone resistance in Mycobacterium tuberculosis: the effect of duration and timing of fluoroquinolone exposure. Am J Respir Crit Care Med. 2009; 180 (4): 365-70.

胃と腸 Stomach and Intestine

消化管の形態診断学を中心とした専門誌。毎月の特集では最新の知見を取り上げ、内科、外科、病理の連携により、治療につながる診断学の向上をめざす。症例報告も含め、幅広い疾患の美麗なX線・内視鏡写真や病理写真を数多く提示し、病態を画像で説明する。年1回増刊号を発行。

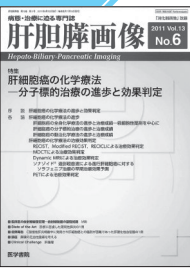
2012年 年間購読料(税込、送料弊社負担) 月刊、増刊号を含む年13冊

冊子版 43,190円
冊子+電子版/個人 48,190円
冊子+電子版/共有 54,700円

電子版/個人 43,190円
電子版/共有 49,700円

『胃と腸』電子版は
2012年より創刊号からの全論文を収録!

年間購読の お勧め 医学書院



病態・治療に迫る専門誌

肝胆膵画像

肝胆膵の病態・治療に迫る専門誌。特集では内科・外科・放射線科・病理科の連携で、診断から病態・治療に迫るトピックを取り上げる。疾患の典型例から非典型例まで画像を用いて解説。連載では画像読影クイズ「Clinical Challenge」、EUS・MRI・超音波による「講座 Q&Aで綴る画像診断学再考」、めずらしい画像をまとめた「State of the Art」、各分野からの「症例報告」などup-to-dateな情報を掲載。読影力を試したい方へ、必読! 旧誌名『消化器画像』。

2012年 年間購読料(税込、送料弊社負担) 隔月刊、増刊号を含む年7冊

冊子版 27,630円
冊子+電子版/個人 30,630円
冊子+電子版/共有 34,800円

電子版/個人 27,630円
電子版/共有 31,800円

続・アメリカ医療の光と影

第208回

共和党大統領候補たちの医療政策①

李 啓亮

医師／作家（在ボストン）

経済停滞が長引き、失業率も高止まりした状況が続く米国では、民主党オバマ政権に対する失望が広がるとともに、国民の意識は大きく右傾化している。

2008 年の金融危機に端を発した「大不況」は、保守・リベラルを問わず、誰が政権の座に就いていたとしても舵取りが容易でない難局であったのとは裏腹に、「米国が不況から抜け出せずにいるのはオバマの失政のせいだ」と信じる米国民は多いのである。

保守派国民に不人気な政策の「三点セット」

政権全般に対する不満が広がる中、この間、保守派の国民に最も嫌われてきた政策の「三点セット」があるのだが、その第一が金融機関救済のための「公費投入（ペイルアウト）」。「政府は、個々の労働者が失業したり、中小企業が潰れたりしても知らんぶりのくせに、大銀行や自動車メーカーだったら助けるのか」と怒った米国民は多く、不公平感がまん延するとともに政治一般に対する不信感が増大したのである（実際には、金融機関のペイルアウトを実施したのはブッシュ政権だったのだが、いま、「オバマ政権がしたこと」と記憶違いしている米国民は多い）。

不人気三点セットの第二は、「経済刺激策（スティミュラス）」。保守派からは「財政赤字を拡大させる」、リベラル派からは「規模が小さくて効果が望めない。もっと出せ」と、右からも左からも批判されながら実施した施策だったが、結果は、効果が不十分なまま財政赤字だけが拡大。オバマ政権にとっては最悪の結果となった（註 1）。

保守派国民に不人気な政策の第三が医療制度改革。オバマ政権は、「逆選択」（註 2）を防ぐために国民の医療保険加入を義務化したり、保険加入を促進

するために各州に「保険交換所（エクスチェンジ）」（註 3）を設置したり、もともとは保守派が提唱してきた政策を大幅に採用したのだが、経済「失政」に対する保守派国民の不満が広がり、「オバマのすることは何でも悪いに決まっている」という風潮の下、医療制度改革に対する嫌悪感も広まった。もともと保守派が提唱してきた政策がメインとなっていたのにもかかわらず、「オバマケア」なる「蔑称」で呼ばれるほど嫌われることになってしまったのである。

「オバマケア廃止」で共和党大統領候補の意見は一致

2012 年の大統領選挙（および党の候補を決める予備選）をにらみ、9 月 5 日時点で、共和党は 8 人の候補が名

乗りを上げているが、「オバマケア廃止（医療制度改革法取り消し）」ということでは全候補が一致している。予備選の段階において、医療制度改革が争点になる気配はないのである。

強いて争点になるとすれば、有力候補の一人、元マサチューセッツ州知事のミット・ロムニーが、州知事時代に実施した医療制度改革の「前科」である。というのも、ロムニーが実施した改革は、保険加入義務化と保険交換所設置が中心であり、「オバマケア」のひな形となったからである（註 4）。他の候補たちがマサチューセッツ州の医療制度改革を、こぞって「ロムニーケア」と呼び、共和党支持者に「オバマケア」との類似性を強調する戦術を採っている一方で、ロムニーは、「マサチューセッツでは正しい政策だったが、連邦レベルで見たときは正しい政策ではない」と苦しい弁明をすることで、「オバマケア廃止」の主張が「変節」でないと言い張っている。

というわけで、予備選で誰が大統領候補になったとしても、共和党候補が当選してホワイトハウスの主となった場合、オバマの医療制度改革がご破算になる可能性は高いのである。さらに、共和党は、保守派の州が主たる原告となる形で「オバマケアは憲法違反」と

する法廷闘争を全米各所で展開してきた。ここまで連邦地裁・控訴審レベルでの判決は合憲と違憲がほぼ同数ずつと、法廷の判断は真つ二つに割れ、最終的決着は最高裁に持ち越される見込みとなっている。オバマの医療制度改革は、政治と司法の両面で、危機に立たされているのである。

（この項つづく）

註 1：9 月初め、オバマは「巨額公費を投入しての雇用対策」を提案する議会演説を行ったが、前回の経済刺激策に対するイメージの悪さに配慮して、「スティミュラス」という単語は一切使わなかった。

註 2：健康な間は保険に加入せず、病気になって初めて加入する等の行為。「逆選択」を防止するために、有病者の加入を拒否する保険会社が多かったのだが、オバマの医療制度改革法で有病者の加入拒否は禁止されることになった。

註 3：これまで、個人や中小企業は、保険会社と価格交渉する力がなかったため、大企業と比べ割高な保険料を払わされてきた。「交換所」は、小口の顧客に代わって州が保険会社と保険料・給付内容等を交渉した上で、一定基準を満たした保険を州民に提供する仕組み。

註 4：オバマ自らが、マサチューセッツ州の改革をまねたことを認め、ロムニー改革の成果をたたえている。

第 28 回日本医学会総会特別企画開催

「第 28 回日本医学会総会特別企画」が 9 月 17－18 日、東京ビッグサイト（東京都江東区）にて開催された。これは、3 月 11 日の東日本大震災発生による同総会開催形態の大幅な見直しを受けて企画されたもの。今回の震災で注目された①「放射線被ばく医療」、②「震災後の地域社会と医療」、③「医療と情報」の 3 課題については新たにプログラムが組まれた。本紙では、②のシンポジウム（座長＝福島医大・丹羽真一氏、東大大学院・小林廉毅氏）の模様を報告する。

最初に登壇した坂田清美氏（岩手医大）は、今回の震災と阪神・淡路大震災との相違点として、行政機能の喪失を指摘。岩手県大槌町においては、町長含む自治体職員の 3 割が死亡し、町役場庁舎も破壊されたことを例示した。また、被災者の健康管理と今後の災害対策立案への活用を目的に実施された厚生労働科学特別研究「東日本大震災被災者の健康状態に関する調査」の概要を報告。当面の課題として、将来への不安に伴ううつ病発症や自殺、仮設住宅における高齢者の不活発病の防止などを挙げた。

HELP がないのが HELP サイン

石巻赤十字病院は石巻医療圏唯一の災害拠点病院だが、震災当日の来院患者は想定より少なく、2 日目以降に患者が急増した。同院の石井正氏は、「救急隊の大半が被災したのが一因であり、その情報が即座に伝われば自衛隊ヘリなどの代替輸送手段を検討できたはず」と分析。現状の情報システムには限界があり、「被災地の情報がないからわからない」ではなく、“HELP がないのが HELP サイン”と考えるべ

き」と、政府による速やかな救護活動の必要性を訴えた。また、さまざまな組織から派遣される医療チームの統制など医療資源の効率の運用が課題となるなか、石巻圏では「石巻圏合同救護チーム」を立ち上げたという。以後はすべての組織が同チームに参加登録する一方で、実際の活動に当たっては 14 のエリアごとに幹事を置く、「地方自治的な運営を行った」と述べた。

石巻を含む被災地の医療支援で大きな役割を果たしたのが、東北大病院だ。同院では、煩雑な手続きなしで入院患者を受け入れる体制を敷いたほか、4 か月間で延べ 2000 人以上の医療スタッフを、全国から届いた物資とともに県内外の医療機関へ派遣。院長の里見進氏は、「最前線の病院が疲弊しないよう、支援体制を早期に整えることができた」と振り返った。また、県や東北大、医師会などで構成する「宮城県地域医療復興検討会議」による医療体制再建の取り組みを紹介。当座の医療を維持するための公的仮設診療所の設置や派遣スタッフの確保、民間診療所の再開支援などの整備を進めていることを明らかにした。

今回の震災では、カルテなどの患者



●シンポジウム「震災後の地域社会と医療」

情報を喪失した医療機関が多数発生した。こうした情報喪失への対処として注目されるのが、支払基金や国保連が保管する診療報酬明細書（レセプト）の活用だ。谷原真一氏（福岡大）は、被災地の国保連に対してレセプト情報の照会が行われた事例を分析した結果、慢性疾患を有する被災者への医療支援（個人の薬歴情報等）、被災後中長期における被災医療機関再建（地域医療需要の基礎情報等）の双方において活用されたと総括。「レセプトデータは全国統一規格で電子化された情報が分散保持されており、今後の災害医療支援への応用可能性は非常に高い」と結論付けた。

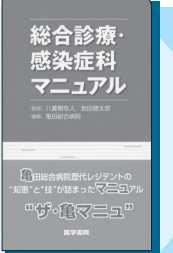
最後に登壇した丹羽氏は、避難所の巡回と支援者のケア、保健所や保育園での相談など、「福島医大こころのケアチーム」の活動内容に関して、事例を交えつつ紹介した。また、こころのケアの課題としては、精神疾患患者の治療の継続、震災・原発事故によって発生する PTSD やアルコール依存への早期介入などを挙げ、地域のつながりや生活の再建を基本にした枠組みが重要であるとの見解を示した。

すぐに使える！ ポケットサイズで実践的な研修医のサバイバルガイド

総合診療・感染症科マニュアル

研修施設としての評価も名高い亀田総合病院のスタッフの総力を結集して纏め上げた 1 冊。多忙な研修医には必携のサバイバルガイドがここに完成した。ポケットに収まるサイズながら、必要最低限のスキルや情報を凝縮。薬の投与量なども具体的におさえ、また箇条書きなので、ぱっと見てすぐ使える簡便さも兼ね備えている。しかし、中身はあくまで実践的なので、すぐにも診療に役立ててもらえる 1 冊になることと思われる。

監修 八重樫牧人
亀田総合病院総合診療・感染症科部長
岩田健太郎
神戸大学教授・感染症内科
編集 亀田総合病院



続・アメリカ医療の光と影

バースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利 李 啓亮

患者の権利の中核をなす「自己決定権」が確立された歴史的経緯を、気鋭の著者が古典的事例を交えて詳述。延命治療の「中止・差し控え」に適応すべき原則を考える。さらに、セイフティ・ネットが切れ始めた米国の医療保険制度を明日の日本への警告としてとらえるとともに、笑いながら真剣な問題を考える「医療よもやまばなし」、患者の権利運動の先駆者である池永満弁護士との対談も収載。

●四六判 頁280 2009年 定価2,310円(税込) [ISBN978-4-260-00768-9]

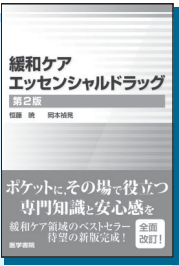
医学書院

ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を―緩和ケア領域の好著、待望の改訂版！

緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第2版

緩和ケアに必須の薬剤・諸症状のマネジメントについて、著者の経験・知識に基づいた貴重なノウハウと情報が満載の 1 冊。今改訂では、最新情報へのアップデートはもちろんのこと、解説薬剤も増加し一段と内容が充実。また、コンパクトサイズながら、より見やすく使いやすい紙面に。緩和ケアに携わる医師・看護師・薬剤師必携のベストセラー書、待望の改訂版完成。

恒藤 暁
大阪大学大学院教授・医学系研究科緩和医療学
岡本禎晃
市立戸屋病院・薬剤科長
大阪大学大学院非常勤講師・薬学研究科



MEDICAL
LIBRARY

書評・新刊案内

大腸肛門病ハンドブック

辻仲 康伸 ● 監修

B5・頁392
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01342-0

【評者】小西 文雄

自治医大さいたま医療センター教授／一般・消化器外科

このたび、医学書院から辻仲康伸氏の監修による『大腸肛門病ハンドブック』が出版された。本来、大腸疾患と肛門疾患の診断と治療は、歴史的に見ても一体となった一つの領域として取り組まれてきており、現在でもその必要性があると思われる。わが国においては、日本大腸肛門病学会がその要となる組織であり、大腸疾患と肛門疾患を包括してその臨床と研究に関する発展における重要な学会としての役割を果たしている。しかし、現在わが国では、大腸疾患と肛門疾患は専門とする医師が異なり、二つの独立した領域として診療体制が取られている傾向がある。

一方、欧米においては、現在に至るまで、大腸外科医は肛門疾患の治療も同時に行っていることが多く、癌の専門病院を除いては、両者を含めた幅の広い診療と研究が行われている。このような欧米における体制は、以前私が留学した英国の St. Mark's Hospitalにおいても現在に至るまで、継続して行われており、同病院の外科医たちは大腸肛門病において幅の広い活動を展開している。

監修者の辻仲康伸氏が本書の序論で述べておられるように、この領域における欧米の著名な専門書は、大腸疾患と肛門疾患の両者を含む内容となっ

ている。辻仲氏は、横浜市立大学外科において大腸外科の研さんを積まれた後、主として肛門疾患を中心に診療を発展してこられた。今回出版された『大

腸肛門病ハンドブック』においては、肛門疾患に重点が置かれているが、一方、大腸内視鏡の挿入法や内視鏡診断の最新知見、さらに、炎症性腸疾患の診断と治療や大腸癌の基礎と臨床に至るまで、幅広く大腸疾患についての重要な内容にまで及んで書かれており、本書を監修された辻仲氏の見識の高さがよく理解できる。

肛門疾患に関する各章においては、最新の治療について素晴らし

い図と写真を駆使して詳細にかつわかりやすく解説されており、日常診療において経験することが多い肛門疾患の up to date の治療方法を理解する上で大変有用である。内容は具体的に詳細に記述されており、かつ、各章の統一性がとれている。特定の治療法に偏ることなく、現在一般的に施行されている複数の治療法について紹介されており、肛門疾患の適切な治療法の選択を考える上で大変役に立つ内容である。

三大肛門疾患の中でも、特に痔核と痔瘻の治療に関しては、治療法の選択基準などが具体的に記述されており、実際の診療に当たる外科医にとって大変参考になる。肛門超音波検査や大腸肛門の機能検査、さらに過敏性腸症候群や便秘治療法についての記述もあり、わが国においても特に最近問題となってきたこれら大腸肛門の機能性疾患を理解し、適切な治療法を選択

イレウスチューブ 基本と操作テクニック 第2版

白日 高歩 ● 監修
上泉 洋 ● 著

B5・頁144
定価5,250円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01176-1

【評者】山下 裕一

福岡大教授・消化器外科学

今般、好評の『イレウスチューブ——基本と操作テクニック』が大改訂された。本書は、イレウスチューブの挿入方法から管理、抜去のタイミング、合併症まで実践的知識が

満載されている“イレウスチューブ治療の実践書”である。臨床の現場では、多くの若手

医師は単純性（閉塞性）イレウスのイレウスチューブによる治療方法を、先輩医師の治療をつぶさに見ることでそのコツを体得している。系統立ったイレウスチューブ治療法を学べる教科書が必要であり、本書はまさにその代表格である。本書にはイレウスチューブを使用した単純性イレウスの治療法がすべて網羅され、日常臨床でのバイブルとなっている。

外科医が診る急性腹症の3大疾患は、急性虫垂炎、急性胆嚢炎そしてイレウスである。プライマリ・ケアを担当する外科医、それに救急医や総合診療医、そしてそれを学ぶ若手医師においてイレウスの診断と治療は必須である。イレウスには機械的イレウスと機能的イレウスがあり、前者は単純性（閉塞性）イレウスと複雑性（絞扼性）イレウスに分類される。本書は、単純性イレウスの初期対応や保存的治療としての胃一腸管内の減圧を目的としたイレウスチューブによる治療を中心に各種チューブの特徴、各種のデバイスを用いた挿入法と治療法、合併症、併用療法などまで、きめ細かく紹介している。

実際にページをめくると、最初にイレウスの定義と分類、病態生理が簡潔に述べられている。この項ではまず、イレウス治療でピットフォールとして忘れてはならない Bacterial transloca-

tion を取り上げ、その注意点について目立つ青色の網かけで要点を箇条書きして明確に記載し、注意を喚起している。この青色コラムは、他項でも随所で読者の注意の喚起に

役立っている。次に、適応・禁忌と画像診断のポイント、インフォームド・コンセント

の項と続き、そしていよいよ本書のタイトルであるイレウスチューブに関する項である。イレウスチューブ挿入に必要な物品からチューブの構造と各種製品の特徴、挿入方法と詳しく続く。本書の特徴はあくまでも実戦的教科書であり、X線透視下挿入法、経鼻も含む内視鏡下挿入法、経肛門的挿入法、術中挿入法が経験豊富な著者ならではのタッチでシェーマ、実際の写真、X線写真をふんだんに使い、イメージに焼きつく手法でわかりやすく解説され、本文を熟読すればさらに詳しい情報が得られるようになっている。

今回改訂された本書があれば、イレウスチューブを用いたイレウスの基本的な治療法から最新の知見まですべてを知ることができる。経験の浅い人が、親切に教えてくれる先輩医師がいない場面に遭遇しても、治療の基本と最先端の治療法を理解し、直ちに診療に役立てられることは間違いない。そして、随所の“Tea Time”などのコラムには著者の所感や One Point Advice を散りばめて読者を飽きさせない配慮がなされている。その内容は著者の人柄がにじみ出た一服の清涼剤となって味わい深い。

実地臨床に役立つ優れたテキストとして、ぜひ手元に置いておきたい一冊である。

する上で有用である。

本書の執筆は、これまで精力的に大腸肛門疾患の治療に携わってこられた辻仲康伸氏および辻仲病院に勤務されている大腸肛門疾患治療の豊かな経験を有する医師が中心となってきたこと、内容的に統一性がよく保たれて

いる。本書は二つの辻仲病院における大腸肛門病診療の努力の結晶であり、このような経験豊かな執筆者らによって書かれた本書が、大腸肛門病の診療に携わる医師にとって有用な最新の monograph となることは間違いないであろう。

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。

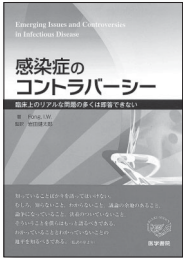
感染症のコントラバーシー

臨床上の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」と問いかける一歩進んだ書籍。答えを教えてくれるだけの教科書がもの足りなくなったら、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

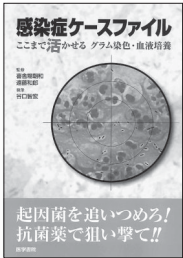
感染症ケースファイル

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]



twitter

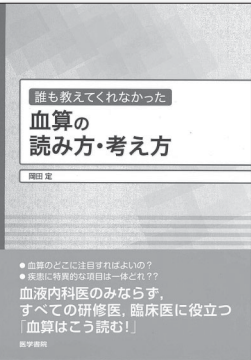
本紙編集室でつぶやいています。記事についてのご意見・ご感想などをお寄せください。
[週刊医学界新聞 @igakukaishinbun]

誰も教えてくれなかった

血算の読み方・考え方

岡田 定 聖路加国際病院・内科統括部長・血液内科部長

最低限の病歴と血算から、可能性の高い疾患を「一発診断する」力を身につけるための本。血算は、すべての臨床検査の中で最も基本的で頻用される検査。臨床現場では簡単な病歴と血算を中心とした情報だけで、診断を推定しなければならない場面は多く、また実際かなりの疾患の推定ができる。誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方が学べる本書は、研修医、若手血液内科医はもちろん、すべての臨床医、検査技師にも役立つはず。



■目次

総論

各論

- | | |
|--------------|---------------------------------|
| I 赤血球減少症(貧血) | VII 血小板増加症 |
| II 赤血球増加症 | VIII 汎血球減少症
(赤血球↓ 白血球↓ 血小板↓) |
| III 白血球増加症 | IX 汎血球増加症
(赤血球↑ 白血球↑ 血小板↑) |
| IV 白血球分画異常 | X 治療に伴う血算の変化 |
| V 白血球減少症 | |
| VI 血小板減少症 | |

●B5 頁200 2011年 定価4,200円
(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01325-3]

医学書院

医学書院

プロメテウス解剖学アトラス 解剖学総論／運動器系 第2版

坂井 建雄, 松村 譲児●監訳

A4変・頁616
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01068-9●**評者** 佐藤 達夫
東京有明医療大学長／東京医歯大名誉教授

Vesaliusの『人体構造論（ファブリカ）』（1543）は、それを境として医学史が二つに分けられるほどの偉大な図書といわれる。自分の眼で確かめた所見に基づく詳細な記載はもとより素晴らしいが、芸術的価値も高い約300の見事な図版が含まれていなかったら、それほど喧伝されることもなかったのではなかろうか。

これ以後、正確で美しい解剖アトラスを提供することが、解剖学者の重要な役目となったのである。その極致として、木版画ではToldtの『人体解剖学アトラス』（初版1897-1900）、そして近代的なカラー印刷図譜ではPernkopfの『臨床局所解剖学アトラス』（初版1963／日本語版医学書院、『人体局所解剖学』全4巻7分冊[1937-1960]から図版を抜粋して編集）を挙げることができよう。この2点は共に、ウィーン大学解剖学教授の企画・指導により、ドイツで印刷された作物である。解剖学アトラスに関する限り、ドイツ語圏への信頼はゆるぎないものであった。

しかし1914年、第一次世界大戦が勃発してドイツから多数の米国留学生が帰国の途についたことと呼応して、ドイツ医学の衰退が始まったと解釈することもできよう。Toldtはドイツ解剖学の爛熟の極点、Pernkopfは偉大なる残光とでもいえようか。ともかく20世紀前半の30年余りの間に、2度の世界大戦により継続性が断たれたことが大きい。世紀後半は、過去の遺産の図版を、手を変え品を変えて新企画のなかに巧みに取り入れて糊塗してきたという感が強く、歯がゆい時期がだいたい続いた。

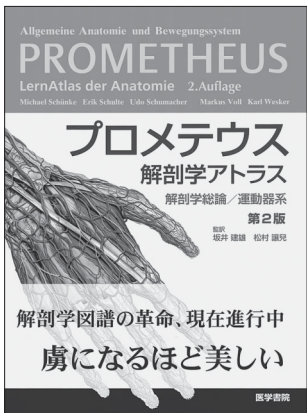
そこへ、このアトラスの発刊である。ドイツ解剖学のアトラス製作の伝統が

連綿として生き続けて、突如として大輪として復活したことを心から喜びたい。

それにしても“プロメテウス”とは、穏やかでない。この神話名から派生して「先に考える男」という意味があると聞く。ここで思い出すのは、ドイツ解剖学が前世紀はじめに機能解剖学をいち早くとり入れ、Blaus（初版1924）やBenninghoff（初版1939）が魅力的でいささか理屈っぽい教科書を製作してきたことである。これらはまさに当時の先駆けであった。今度の先駆けはどんな意義を持つのだろう、書名が単なるAtlas der Anatomie（解剖学アトラス）ではなく、Lernatlas（学習アトラス）とうたっているところに表されていると思う。上述のPernkopfの名著には副題として『局所層序的剖出アトラス』とあり、実際に一層ずつ丹念に剖出を繰り返して忠実に描写した記録の集成である。このような場合、その特定の解剖体の所見に依拠する程度が高くなるから、必ずしも標準的とは称しがたいこともあり得る。“プロメテウス”の図版は伝統に立脚しながらも近年のコンピューター支援の成果も巧みにとり入れ、典型的・標準的かつ割り切りのいい美しい図版に仕上げられており、学生にとっても理解しやすいのではないか。

もう一つの特徴は、臨床的関連事項を気の利いた模型図で表し、図版の周囲にサテライトよろしく配置させて、臨床に役立つ解剖学に仕立てたことであろう。これにより、Anson, Hollinshead, Moore等、米国の臨床解剖学書に比べて影の薄かった状況が一挙に挽回されたと見ることができよう。ただし、「臨床に役立つ」は危なっかしい一面も持っていることに留意したい。改訂

解剖図版と臨床応用事項の 兼ね合いが絶妙、 研究のヒントの宝庫でもある



国境なき医師団セミナーが開催される

国境なき医師団（MSF）日本が主催する「国境なき医師団日本外科セミナー」が、9月23-24日、日仏会館（東京都渋谷区）にて開催された。MSF主催によるセミナーは、ヨーロッパ各国では定期的実施されているが、日本で開催されるのは初めて。今後は定期的に開催される予定だ。本紙では、23日に行われた公開講座の模様を紹介する。

◆自然災害・紛争地域での活動経験で得られた知識を共有

自然災害・紛争地域では人的・物的医療資源が不足する。公開講座では、そのような状況下で医療に携わった経験を持つ医師7人が、緊急時の外科医療において求められる実践的な手技や考え方を紹介した。

最初に登壇したパトリック・ヘラード氏（MSF フランス）は、創外固定による骨折治療の方法を解説。X線検査が使えない、衛生面に不安がある地域でも創外固定による治療が可能であることなどを利点として挙げ、その適応例やMSFで実際に使用されている創外固定器について説明した。

戦傷のトリアージについて言及したのはマルコ・バルダン氏（赤十字国際委員会）。氏は、自爆テロにより多数の死傷者が担ぎ込まれるイラクの病院の様子を映したビデオ映像を紹介し、トリアージが実施できていないために医療現場が混乱を極めていると指摘。緊急時におけるトリアージの重要性を示し、それぞれの病院が適切に実施できるよう対策を講じる必要があると述べた。

フランソワ・ボワロー氏（MSF フランス）は、各地で多く遭遇する慢性骨髄炎の治療について発言。MSFで使用されているプロトコルに基づいた、慢性骨髄炎に対する保存的治療、外科的治療、切断などのアプローチ方法について紹介した。

再建外科分野から発言したのはパトリック・ニッパー氏（形成外科専門NGO インターブラスト）。氏は、作業環境として適切に検討すること、ミッションの期間に沿った治療計画を立てること、派遣先地域が持つ独自の文化を尊重することが大切と述べた上で、実地で行っている植皮・熱傷治療の基本的な手技を示した。

設備や助産師の不足など、派遣先の産婦人科医療現場に十分な環境が整っているとは限らない。伊藤まり子氏（MSF 日本）は、リベリア、南スーダンなどで産婦人科医として行った活動を紹介し、現地で実施することの多い帝王切開症例を解説した。

大友康裕氏（東京医歯大）は東日本大震災の発生急性期におけるDMATの活動について報告し、「これまでの訓練が生かされていた」と評価。一方で、指揮調整機能・情報伝達技術の強化、広域医療搬送戦略の見直しなどを今後の課題として挙げた。

2010年に起こったハイチ地震。その際の活動経験から、ヨハン・フォン・シュレブ氏（カロリンスカ研究所）は、自然災害・紛争地域への医療介入の理想的なモデルについて考察。政情や経済状況、文化、求められる医療は国ごとに異なることから、現地の人々の価値観を踏まえ、ニーズを把握し、的確な戦略を構築すべきだと訴えた。



●会場のもよう

を重ねるたびに、臨床とテクノロジーの進歩を取り入れるサービス精神が豊かすぎて、大本の美しい解剖図版とのバランスが崩れがちな例に間々遭遇するものである。今回の改訂は解剖と応用面との兼ね合いが絶妙で上品な仕上がりにある。今後のさらなる改訂では、あまり先駆け倒れしてほしくない。

研究者・教師サイドからこのような大部の図書に求めるのは、いつでもある程度緊張感を持ちながら戻ってくるのでできる母艦的基本図書ではあるまいか。先述のToldtにしるPernkopfにしる、時間的余裕があれば、随時われわれはひもとき眺めこんでは疑問点・問題点を探していた。つまり、こ

れらの労作は研究のヒントの宝庫でもあった。その役割を今後は本書が担ってくれると期待している。

三人の著者のファミリーネームのイニシャルはいずれもSである（Schünke, Schulte, Schumacher）。そのように、本書は、美しく（schön）、力強く（stark）、信頼に足る（sicher）標準的解剖学書に仕上がっている。この本を絶えず参照し、学びとっていきたいと考えている。

まんが 医学の歴史

茨木 保

A5 頁356 2008年 定価2,310円(税込)
[ISBN978-4-260-00573-9]

医学書院

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する クォーターリー・マガジン



INTENSIVIST インテンシヴィスト

2011年 第4号発売

特集 急性肺炎

- 季刊/年4回発行
- A4変 200頁
- 1部定価4,830円(本体4,600円+税5%)
- 年間購読料18,480円(本体17,600円+税5%)

※年間購読は送料無料、約4%の割引

編集委員

藤谷茂樹

聖マリアンナ医科大学救急医学

讃井将満

東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部

林 淑朗

Royal Brisbane and Women's Hospital, Department of Intensive Care Medicine / The University of Queensland, Centre for Clinical Research

内野滋彦

東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部

- 「世界標準の集中治療を誰にでもわかりやすく」をコンセプトに、若手医師の育成や情報交換を目的として発足した「日本集中治療教育研究会」(JSEPTIC)の活動をベースに、年4回発行。
- 毎月1つのテーマを決め、最新のエビデンスに基づいて、現在わかっていること／わかっていないことを検証、徹底的に解説。施設ごとに異なる診療を見直し、これからの集中治療のスタンダードを提示する。

2009年

- 第1号: ARDS
- 第2号: Sepsis
- 第3号: AKI
- 第4号: 不整脈

2010年

- 重症感染症
- CRRT
- 外傷
- 急性心不全

特集

2011年

- Infection Control
- モニター
- 栄養療法
- 急性肺炎

2012年(予定)

- end-of-life (2012年1月発売)
- 術後管理 (2012年4月発売)
- PICU (2012年7月発売)
- 人工呼吸器 (2012年10月発売)

MEDSI 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 1-28-36

TEL 03-5804-6051 FAX 03-5804-6055

http://www.medsj.co.jp E-mail info@medsj.co.jp

指 導 医 オーベンが読み続ける

●研修医1年目

本の大きさ、字の大きさもちょうど良いと思います。

●研修医1年目

色々なことが載っていてとても勉強になります。初期研修医版も買おうかと思っています。

●医学部5年生

カバーの配色のビビッドさにびっくりしましたが、カバーを外すとお洒落で、病棟でも違和感なく、良かったです。

これぞ“マニュアル”



●勤務医

変わらないようで常に変わっている、これがこのマニュアルのすごさ。やっぱり頼りになる。

ワシントン マニュアル 第12版

The Washington Manual™
of Medical Therapeutics, 33rd Edition監訳：高久史磨 自治医科大学学長
和田 攻 産業医科大学学長

- A5変
- 頁1,128 図42 ISBN978-4-89592-666-9
- 定価8,820円(本体8,400円+税5%)

絶賛
発売中

読者からの声

●勤務医(一般内科)

まさに実戦的な教材、買う価値の高い本です。

●勤務医(内科・リウマチ科)

定期的にワシントンマニュアルを是非今後とも出版して下さい。

●勤務医

久しぶりに改訂版を買いました。

研 修 医

レジデントに読み継がれる

いつからでも、 自分のスタイルに あわせて 購読できる。

仕事のスタイルも学びのスタイルも人それぞれ。
いつからでも、自分の使い方にあわせて始められる。
医学書院がご提供する新しい電子ジャーナルです。

無料体験 キャンペーン実施中

2011年10月12日(水)～12月16日(金)

上記期間中、ご希望の雑誌の2009年発行分までの
バックナンバーをweb上でご覧いただけます。

良質な情報を提供する医学書院発行雑誌を、
オンラインで読んでみませんか？
医学書院では、このたび期間限定で電子ジャーナルを
無料でお試しいただけるキャンペーンを企画しました。
参考文献へのリンクや論文検索機能といった、
冊子とはまた違った便利な機能を備えた電子ジャーナルを、
この機会にぜひお試しください！！

詳しくは

<http://www.igaku-shoin.co.jp/>



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