

2011年1月17日
第2912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 〓（発行者著作権管理機構 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

- 第11回日本クリニカルパス学会…… 1面
- ACGME理事長を迎えた講演会の話題から…… 2面
- [寄稿]医療統計学の基礎（新谷歩）… 3面
- [新連載]老年医学のエッセンス…… 4面
- [連載]続・アメリカ医療の光と影/理学療法
学教育への共用試験導入に向けて… 5面
- MEDICAL LIBRARY…… 6—7面

患者・病院・医療者の明日に变革を 第11回日本クリニカルパス学会開催

第11回日本クリニカルパス学会が12月3—4日、河村進会長（四国がんセンター）のもと、愛媛県県民文化会館（愛媛県松山市）にて開催された。医療の標準化が推進される中、クリニカルパス（以下、パス）による医療システムの改革は必要不可欠のものとなってきた。一方、本学会テーマの「变革——さらなる良質医療を求めて」が示すとおり、病院全体の連帯感・プロ意識の向上など、パスが新たな飛躍を病院にもたらす可能性も見つかってきている。本紙では、そうしたパスの新たな一面に焦点を当てた話題2つと、冊子『患者必携』を通じた行政によるがん患者支援の取り組みを紹介する。

会長講演「クリニカルパス活動を中心とした四国がんセンターの意識変革」では、同センターで進められてきたパス整備に沿って、パスの重要性が述べられた。河村氏がパスに取り組み始めたのは、氏が同院に初代形成外科医長として赴任した際、乳腺外科において各医師の判断に任されていた皮膚縫合の間隔、術後の創処置、抜糸時期、入院期間などを標準化するパスを導入したことがきっかけだという。パスによって、縫合跡の外観や抜糸までの入浴制限が改善され、その効果を実感したと氏は振り返った。さらに、形成外科医が行う縫合の美しさが同センターの医師だけでなく患者の間でも評判になり、外科医の縫合技術の底上げにもつながるという、思いがけない効果も得られた。

この出来事をきっかけに同センターにおけるパスの重要性に対する認識は高まり、現在は108種のパスを運用。その使用率も紙パスの運用限界とされる60%にまで高められているという。さらに、2011年3月には電子パスの導入も予定されている。最後に氏は、本学会が医療政策や院内のシステムなど、医療にまつわる幅広い領域で「変革」が生じる契機となることを願って、講演を終えた。

パスを病院規模の連携にも 役立つものに進化させるために

パスは職種間の連携には役立つが、部署・診療科間の連携促進には十分な効果を発揮できていない施設も多い。シンポジウム「横断的チーム管理と院内連携——障壁を乗り越える秘訣と

は？」（座長＝女子医大・齋藤登氏、佐久総合病院・竹村隆広氏、コメンテーター＝前橋赤十字病院・池谷俊郎氏）では、そうした問題の改善に向けた取り組みが紹介された。

まず、診療情報管理士として那覇市立病院の電子パス設立に携わった平安政子氏が登壇。同院では、パスの電子化に着手すべく2008年4月にパス委員会を立ち上げ、同年9月に最初の電子パス運用が開始された。パスの作成支援・承認・運営支援などは、委員会から6人を抽出したコア委員会が行っている。氏は、コア委員会の重要な役割として、部署間連携の調整を挙げた。例えば、パスで使用が規定された薬が経過措置対象になった場合は、コア委員会が当該の薬が使われているパスを一括して変更することにしたという。最後に氏は、各疾患のパスを委員会が一括管理する効率性を指摘し、講演を終えた。

若園吉裕氏（京都桂病院）は、自身が取り組むTQM（Total Quality Management）について報告。TQMは、患者、業務プロセス、職員、財務などに関する問題点を、部署を超えた連携により解決する風土づくりなどに取り組む概念だ。氏は、その例として医療の効率化をめざした電子版処方オーダーリング推進を提示。電子版への移行が遅れている要因の検証・改善の結果、電子版の使用率は大きく飛躍したという。このような取り組みから氏は、院内連携強化には参加型の議論により院内コミュニケーションの拡大と深化を図ることなどが重要であると結論付けた。

佐久総合病院の依田尚美氏は、パス専任看護師としての経験から、術前検

査の外来実施のためのパス作りなどについて報告した。同院では、術前検査センターが全科の術前検査を一括して行ってきた。その中で、科ごとに検査項目が異なることによる事故の防止のため、検査の標準化を検討。標準化により事故発生の危険を回避したほか、検査件数の削減による業務効率化にも成功した。また、脳梗塞の治療法を院内で標準化した例を紹介。議論の場には、各科の医療職員のほか、医事課職員、診療情報管理士などが出席し、バイタルサインの正常範囲の統一、まひ評価法のNIHSSへの一本化などを経て、標準化に成功したという。最後に氏は、組織を動かすためには、データに基づく主張が有効であるとした。

佐藤博氏（新潟大病院）は、同院における職種間連携・経営戦略作りのマネジメントについて報告。同院では、1999年の治験センターの立ち上げと運営、2001年のパス作成・運用におけるマネジメント、NST講習会（04年以降）等の運営など、病院規模の連携・統率において薬剤部が大きな役割を果たしてきた。氏は、その要因として、薬剤部と各診療科・事務部門との連携範囲の広さを挙げ、職種・部門間の障壁を解消し、病院全体のチーム意識向上と経営効率改善における薬剤部の重要性を主張した。

最後に、座長の齋藤登氏が、女子医大病院のパス運用について報告。同院では、複数の診療科への受診が見込まれる疾患の治療法の院内統一、大病院ゆえに薄れてしまいがちな個々人のパスに対する主体性の高揚などをめざして、2004年にクリニカルパス推進委員会を発足した。委員は全職種から計72人を集め、これまでの約5年間で全職員約2800人のうち延べ330人が委員を経験し、パス運営を主体的に考える契機となっている。一方、パス作成・運用の支援などは、委員会から選出したパス推進室メンバー16人が担当。治療法の院内統一のほか、医師向けおよび全職員向けのパス研修を行っている。



●河村進会長

行政発、『患者必携』による がん患者支援

特別企画「知っておきたいがん患者必携とがん情報サービス——情報提供と相談支援の取り組み」では、渡邊清高氏（国立がん研究センターがん対策情報センター）が行政によるがん患者に対する情報提供の取り組みを紹介した。

現代の医療では、費用・療養場所・痛みなどの治療に関する十分な情報のもと、患者と医療者が対等の立場で面談を重ねた上で治療が進められなければならない。そうした考えに基づき、氏が属するがん対策情報センターでは、がん患者に正確で十分な情報を伝えるための取り組みを行っている。その一環が『患者必携』という3つの冊子で、センターのwebページにて公開されている。『がんになったら手にとるガイド』は、がん告知後の精神面の自己管理法や、手術・緩和ケアなどの今後の治療の流れを知ることができる。『わたしの療養手帳』は、患者が受けた説明や治療内容・体調の変化の記録欄や、高額療養費制度など治療の際に活用できる制度が記載されている。『各種がんの療養情報』は、がん告知後の検査、治療、経過などをがん種ごとに冊子化したものだ。さらに、地域で受けられる医療サービスを都道府県ごとにまとめた冊子も現在準備中だという。

最後に氏は、『患者必携』を患者と医療者の対話ツールとして、また、切れ目のない療養生活を実現するためのプラットフォームとして活用してほしいと呼びかけた。

January

2011

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650（書店様担当）
●医学書院ホームページ（http://www.igaku-shoin.co.jp）もご覧ください。

今日の治療指針 2011年版 私はこう治療している

総編集 山口 徹、北原光夫、福井次矢
デスク判：B5 頁1,952 定価19,950円
[ISBN978-4-260-01105-1]
ポケット判：B6 頁1,952 定価15,750円
[ISBN978-4-260-01106-8]

臨床医が日常遭遇する治療法を、全診療科1,103項目にわたって網羅。各項目の執筆は第一線の専門医による。日本の保険診療に沿った現時点での最新・最高の治療法を解説した実用書。

治療薬マニュアル2011

監修 高久史麿、矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2,628 定価5,250円
[ISBN978-4-260-01144-0]

詳細は本紙8面をご覧ください。

標準作業療法学 専門分野 身体機能作業療法学 （第2版）

シリーズ監修 矢谷令子
編集 岩崎テル子
編集協力 山口 昇
B5 頁484 定価4,935円
[ISBN978-4-260-00896-9]

これならわかる！ かんたんポイント心電図 （第2版）

奥出 潤
A5 頁192 定価2,520円
[ISBN978-4-260-01191-4]

実践 マタニティ診断 （第2版）

編著 日本助産診断・実践研究会
B5 頁328 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01197-6]

イラストで学ぶ薬理学

田中越郎
B5 頁264 定価3,150円
[ISBN978-4-260-01227-0]

卒後教育を標準化し、優れた医師を養成する

ACGME 理事長を迎えた講演会の話題から

ACGME の Thomas J. Nasca 理事長と、米国で医学教育とその評価に長年携わってきた Joseph S. Gonnella 氏（トーマス・ジェファークソン大名誉医学部長）による講演会（主催＝野口英世記念米国財団法人野口医学研究所、共催＝公益社団法人地域医療振興協会、後援＝順大）が2010年12月10日、順大有山記念館（東京都文京区）にて開催された。Nasca 氏、Gonnella 氏が米国における卒後医学教育のシステムと現状を紹介した本講演会。優れた医師を養成するためにはどうすればよいか、聴衆を交え活発な議論が交わされた。

本紙では、講演会ならびにその前日に開催された日本の卒後臨床研修指導医と ACGME メンバーらとの会談のもようを報告する。

卒後医学教育を公共の利益に

ACGME（Accreditation Council for Graduate Medical Education：卒後医学教育認可評議会）は、米国の臨床研修病院も含めた研修プログラムを認可し標準化を行うことで、研修医への教育の質を高め、医療レベルを向上させることを目的とした組織だ（図）。米国では ACGME とともに、医学部を認可する LCME（医学教育連絡委員会）や ACCME（生涯教育認可評議会）が一貫した医師養成の標準化を担うが、適切に患者をケアできる一人前の医師を養成するには、ACGME が担うレジデンシー、フェローシップでの役割が特に重要だという。

Nasca 氏は、米国で定着している卒後医学教育の標準化について、ACGME の歴史をひも解きながら紹介した。米国では1940年代より、各専門領域が独自に研修プログラムの評価委員会を発足させてきたが、客観性や独立性の観点から批判が起こり、学会などの利

害団体から独立した ACGME が1981年に誕生したという。ACGME の理事会は医師会、病院協会、医学会、専門医会、医学部などの専門職の代表ほか、政府や研修医、一般国民の代表から構成され、卒後医学教育のリーダーとして、国民の健康増進に寄与できるように米国卒後医学教育の全責任を担っているとのこと。現在 ACGME は、681 の研修施設を指定するとともに約8800の研修プログラムを認可し、卒後医学教育の質の維持向上に努めていると氏は語った。

また氏は、現在の卒後医学教育の傾向として、医学が非常に細分化されたことで、特にサブスペシャリティの研修プログラムが大きく増加していることを挙げた。プログラム数が増えた結果、審査やプログラム運営にかかる経費は増加しているが、ACGME の予算は、公的保険“メディケア”から卒後研修へ振り分けられる償還金の約0.3%であることから、次代の医療者への投資としては低コストで運営できていると説明。そして今日、ACGME は国民・専門職双方の要請に応え、公共の利益となるよう卒後医学教育を設計できるようになったと氏は語った。

最後に、卒後医学教育の国際標準化をめざして ACGME-International を設立し、米国以外の研修プログラムの認可を開始したことにも言及。パイロットプロジェクトをシンガポールでほぼ完了したことを紹介した。シンガポールでは、まず米国

の基準で認可を行うが、今後、認可を行う各地域の状況に応じ柔軟に改善していくことが次の目標と報告した。

ジェネラルなスキルの修得は必須

続いて登壇した Gonnella 氏は、医師に求められる社会的な役割という視点から卒後医学教育について発言した。氏によると、医師には①臨床医、②患者の教育者、③医療運営の管理者という3つの役割があるが、適切な患者ケアのためにはこれらすべての能力を有することが求められるという。実力が足りず適切な治療ができない医師は医療の現場に出るべきではないとし、卒後医学教育で医師が備えるべき役割をすべて身に付けなければならないと強調した。また、研修医一人ひとりに合わせたトレーニングを行うプロセスが必要だとし、指導医は研修医の力量を評価し、研修プログラムをカス



● Thomas J. Nasca 氏



● Joseph S. Gonnella 氏

タマイズしなければならないとした。また氏は、専門医の養成課程でサブスペシャリティの細分化が進む現状を憂慮。医師としての基礎となるジェネラルなスキルの修得が重要だとし、その上で各臓器別のサブスペシャリティを身に付けることが必要と述べ、口演を終えた。

卒後医学教育のさらなる発展に向けて

講演会に先がけ、「ACGME と日本の卒後臨床研修トップ指導者との会談」と題する会談が12月9日、東京都内で持たれた。本会談では、Nasca 氏、Gonnella 氏ら ACGME メンバーのほか、日本側から臨床研修や医学教育に携わる約30人の医師が参加し、卒後医学教育についての意見交換が行われた。

専門職組織である医師会や学会と、ACGME などの認可・認定機関の米国でのすみ分けに関する質問に対し、Nasca 氏らはこの点が医学教育における日米の最大の違いであると発言。学会などがアカデミックな部分で医学・医療をリードするのに対し、ACGME は外部監査というシステムで専門分野の研修内容や施設基準を評価していると述べ、その背景には哲学的な理念があると語った。

現在米国で実施されている、1週間あたり「80時間」という研修医勤務時間の規制がスキル養成の足かせになっているのでは、という質問に対しては、それでも世界各国と比べると最も長時間の勤務が可能な規制だと説明。週80時間という規制が、教育・患者ケアの質の低下をもたらした報告はないと語った。また本年7月より、医療安全の観点から卒後1年目は16時間以上の連続勤務の禁止が規制に盛り込まれる予定だと紹介した。

日本では、研修医も労働基準法のもと原則週40時間に勤務時間が規制されているが、米国では“Physician in training”という考え方で、労働関係の法律が例外的に運用されていることにも氏は言及。一方で、患者ケアと安全を守り、研修医が奴隷のように働かされることがないように研修プログラムの基準が設けられていると解説した。

ACGME の最大の利点は、各専門職組織の代表らが自立性をもって認可権限を有することで、日本でもこのような民主導の第三者組織が必要との提案が主催の野口医学研究所より出された。



● 会談のもよう

卒前、卒後にわたる教育プログラムの認可（Accreditation）



生涯にわたる医学教育における個人の認定（Certification）

●図 米国における医学教育の流れ（講演資料より作成）
米国では、個人の知識（技術）を認定する機関（ボード）と施設やプログラムを認可する機関の双方が独立して卒前・卒後教育、生涯教育を担っている。青字は認可・認定機関を示す。

「診断の達人」による臨床指南

ティアニー先生の臨床入門

Principles of Dr. Tierney's medical practice

ローレンス・ティアニー カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科学教授
松村正巳 金沢大学医学教育研修センター准教授 リウマチ・膠原病内科

- 「診断の達人」「鑑別診断の神様」と賞賛される米国を代表する内科医、ローレンス・ティアニー氏が臨床医学の学び方と臨床修練の基本を綴った。
- 医師はどう成長していくべきか、すぐれた臨床教育者として知られるティアニー氏ならではの臨床道が語られている。
- 本書で初めて綴られたティアニー氏による「症例呈示のスキル」も必読である。
- 医学生・研修医必読のシリーズ第二弾。

ローレンス・ティアニー 「鑑別診断の神様」「内科医の頂点」と呼ばれ、世界で最も尊敬される内科臨床医の一人。病歴と身体所見から鑑別診断をもれなく挙げ、診断を絞り込んでいく講義は、ユーモアにあふれ、学びと含養に富むと絶賛されている。著書に「ティアニー先生の診断入門」（医学書院）など。

●A5 頁164 2010年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-01177-8]

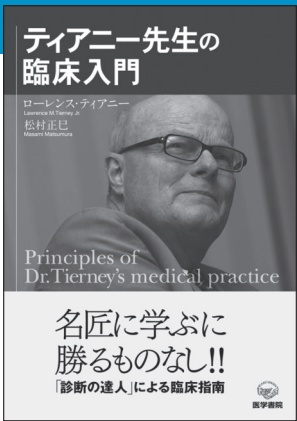


☞ 既刊タイトルも合わせて読みたい！

ティアニー先生の診断入門

著 ローレンス・ティアニー＋松村正巳

●A5 頁152 2008年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-00698-9]



- 主要目次
- I. 臨床入門
 - II. 症例呈示のスキル
 - III. 診断へのプロセス・ケース・スタディ
- ※「身体診察のTIPS」「研修医へのアドバイス」などのコラムも充実。

◎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

著 Robert Twycross・Andrew Wilcock・Claire Stark Toller
監訳 武田文和

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、その叡智は、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。

●A5 頁520 2010年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01073-3]



◎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

編 国立がん研究センター内科レジデント

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(実際の)、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。

●B6変 頁504 2010年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01018-4]



寄稿

医療統計学の基礎

EBM の実現のために知っておきたいこと

新谷 歩 米国ヴァンダービルト大学准教授・医療統計学

私は現在、米国テネシー州のヴァンダービルト大学で、医療統計専門家として多くの医学研究のデータ解析に携わっています。私の所属する統計学部には 32 人の博士、30 人の修士の計 62 名の統計専門家が在籍しており、大学内で行われる臨床、基礎研究をサポートしています。大学付属病院であるヴァンダービルトメディカルセンターでは、米国立衛生研究所（NIH）から年間約 3 億ドル余りのグラントを獲得しています。これは NIH から全米の大学に支給される年間支援金総額で、国内トップ 10 に入る規模です。

NIH のほとんどすべてのグラントにおいて、博士号を持つ統計専門家の参加が義務付けられており、特に最近では主要な国際学術誌が統計専門家によるデータ解析を奨励していることもあって、私たち統計専門家の需要はますます増加しています。さらに、医療統計学の基礎知識が臨床研究を志す多くの医師の間で重要視されるようになり、本学では 2000 年に医師向けの臨床研究修士号コース（MSCI）を立ち上げました。この MSCI と公衆衛生修士号コース（MPH）の 2 つを合わせ、年間約 30 人の医師が臨床研究のエキスパートとして研究最前線へと送り出されています。

通常、米国の大学付属病院では医師免許取得後、レジデントとフェローシップをそれぞれ 2—3 年経験すると、ファカルティ（大学教員）として迎えられる可能性が広がります。ここ数年、基礎と臨床をつなぐトランスレーショナルリサーチが盛んに唱えられていることもあり、臨床研究を志す医師（フィジシャンサイエンティスト）は急増しています。NIH グラントの取得は研究者として認められるための必須条件で、彼らはフェローシップの間に勤務時間の 8 割を研究活動に費やし、NIH グラントの取得をめざします。

具体的には、若手臨床研究者のキャリア開発を目的としたグラントである K23（Mentored Patient-Oriented Research Career Development Awards）を獲得することが最初のファカルティポストである助教授への登竜門となっています。また、さらに支給額が多いグラントである RO1（毎年数千万円を計 5 年間）をその後獲得できるかどうか、テニユア（終身雇用権）付きのポストへの昇進を大きく左右します。私が医療統計論を講義している MSCI では、必須科目として、基礎および臨床疫学、臨床試験方法論、基礎および応用統計学、グラントライティング（効果的な

申請書の作成法）など、グラント取得に必要な知識全般を幅広く教えています。このように、現在の米国医学研究では医療統計の基礎知識を持ったトランスレーショナルリサーチの専門家の育成が必要不可欠であると認識されています。

ところが実際には、多くの方々から統計学は難しい、今まで何冊も本を読んだけど数式ばかりで少しも使い方がわからないなどのご意見を伺います。そこで本稿では、統計の基本知識の中からよく使われる概念をいくつか抜粋して解説したいと思います。

SD と SE, どちらを使うか？

論文を執筆する際、「標準偏差（SD）と標準誤差（SE）のどちらを使うべきか」という質問をよく耳にします。SD とは集めたサンプル（標本）のばらつきを示します。データに示されているそれぞれの数値から平均値までの平均的な距離と考えてください。「平均 $\pm 1 \times \text{SD}$ の区間に 67%, $2 \times \text{SD}$ の区間に 95% のデータの数値が入る」というような使い方ができます。例えば、100 人の被験者の平均年齢が 50 歳で SD が 10 歳の場合、「被験者の約 67% が 40—60 歳、約 95% が 30—70 歳である」ということが予想できます。

一方、SE は推定（真の関係を表す値、母数に関する結論）の精度を示します。この精度とは、実際にデータとしては存在しない理論上の分布のばらつきなので、論文でよく Table 1 に記載されているサンプルの描写説明には適していません。このような理由で、『Annals of Internal Medicine』などの学術誌では「平均 $\pm 1 \times \text{SE}$ 」というように表し方はしないようにとアドバイスされています¹⁾。

論文において、SE に代わって登場するのが信頼区間（CI）です。信頼区間とは、上記に示した「平均 $\pm 2 \times \text{SE}$ 」で計算されますが、データの描写説明でなく推定結果としてこれを使った場合、「新薬投与群の真のコレストロールの値は 95% の確率で 160—180mg/dL の区間に入るような精度で予測でき、コントロール群では同様の信頼区間が 190—210mg/dL だから、（2 つの信頼区間が重ならないので）新薬は統計的に効果がある」と判断できます。

P 値と信頼区間は違う？

P 値とは、例えば現実には試験薬に

全く効果がないにもかかわらず、あたかも効果があるような結果になってしまう確率のことです。この場合、試験薬投与群と非投与群の真の結果の差はゼロになるはずですが、サンプルは無作為に集めてくることが前提なので、たまたま大きな差が確認され得ることがあるのです。

この P 値は、実は私たちが日常的に使っている概念です。例えば、私の娘たちは毎朝学校に行くのが遅刻寸前になるのですが、今朝は長女がいつもより 30 分も前に起きて支度を整えました。「何もないのにうちの子がこんなことをするなんてミラクルだ（＝確率は皆無に近い、 $P < 0.0001$ ）。だから、何かあるに違いない」というのが主人の仮説でした。案の定、今日はクラスみんなで朝 8 時からお菓子を作ることになっていたようです。「何もないのに」という帰無仮説は棄却され、「何かあるに違いない」と言った主人の対立仮説が当たっていたようです。

同様に考えると、「この薬が効かないのにこんな差が出るなんてミラクルだ、つまりこの薬は効くに違いない（有意差がある）」といった具合になります。このミラクルが起こる確率が 5% を下回ると違いがある科学的な証拠（エビデンス）として認めてもよい、という慣習に従い、多くの研究では「 $P < 0.05$ 」で有意差を判定しています。

しかし実は、P 値にはサンプル数次第でどうとでもなるという落とし穴があります。つまりサンプル数が多ければ臨床的に無意味な差でも有意となり、少なければ臨床的に意味のある差でも有意差が出ないというケースが有り得るのです。この P 値の弱点を補うために P 値と並んで用いられるのが先ほどの「95% 信頼区間（CI）」です。先のコレストロールの例では、2 群間のコレストロールの平均の差とその 95% 信頼区間が 30（3, 57）だとすると、「真のコレストロールの 2 群間の差が 95% の確率で 3 から 57 の範囲に入る、つまり信頼区間に差がないという値（0）を含まないので有意差あり、含めば有意差なし」と判断できます。

数年前までいくつかの学術誌では、P 値を排除し 95% 信頼区間のみを使うよう指示していたこともありましたが、現在では併記するのが一般的です。例外として、同等性を検討する研究の場合は信頼区間のみを使うことが義務付けられています。これは、同等性の検証で大きな P 値が観測された場合（通常は $P > 0.05$ ）、これが本当に差がないことを示しているのか、サン



●新谷歩氏

1991 年奈良女子大数学科卒。96 年米国イエール大公衆衛生学部医療統計学修士号、2000 年同博士号取得。同年米国退役軍人病院臨床研究総合センターなどを経て、

01 年米国ヴァンダービルト大助教授、07 年同大准教授。03—09 年東海大客員准教授を務める。主な専門は ICU におけるせん妄、糖尿病、リウマチ、癌、感染症、腎臓病など多分野にわたる臨床データの統計解析。NEJM, JAMA 等に多数の論文を報告している。

ル数が少ないだけなのか、判断がつけられないためです。差がなければ信頼区間は狭くなり [例：差の信頼区間 = (−1, 1)]、サンプル数が少ないことが理由であれば信頼区間が広がります [例：差の信頼区間 = (−10, 10)]。どちらも 0 を含んでいるので P 値は 5% より大きくなりますが、信頼区間が狭い場合には正確に差がないという科学的な証拠となります。

サンプルサイズ計算とパワー？

パワー（検出力）とは、実際に新薬と既存薬との間に差がある場合、その差が有意であると判定できる能力の高さのことを言います。一般に、サンプル数を増やすと統計検定の能力が高まりパワーが増します。パワーが増すと P 値は下がり、有意差が出やすくなります。臨床試験および基礎実験をする際には、研究計画の段階で解析パワーが十分保てる範囲（便宜的には 80—90%）で必要最低限のサンプル数を、過去の研究データなどを基に割り出します。このようなサンプル数の計算は、安全性が必ずしも確認されていないような試験薬を用いる研究などにおいて、被験者数を最小限に抑えるため、また研究にかかるコストを削減するためにも重要とされています。

サンプル数の計算は、先に述べた NIH のグラント申請時にはもちろん、論文上にも記載するように多くの学術誌で奨励されています。ランダム化臨床研究の結果報告手法を記載したコンソートの一覧では、サンプル数の計算を義務付けています²⁾。

*

臨床研究論文を国際学術誌に投稿した経験をお持ちの方は、医療統計学の知識の必要性を痛切に感じておられると思います。苦労して集めてきたデータをいざ世に出す時点で解析を間違ってしまったては元も子もありません。正しい解析手法を用いることは解析パワーを高めます。1 人では手に負えない場合は、ぜひ専門家にご相談ください。

●参考 URL

- 1) http://www.annals.org/site/misc/author_info_stats.xhtml
- 2) <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview0/>

医療の質向上のためには、診療情報の適正管理が必須

診療情報学

多職種が関わりあい、専門分화가進む病院医療の現場において、診療情報の適正な管理は医療の質の向上に欠かせないとして近年注目されている。本書は日本診療情報管理学会が総力をあけて、医師、看護師をはじめとする医療従事者が日常の業務において記載する記録の意義、役割、方法などについて、診療情報学の今後の望ましいあり方にも焦点をあてつつ、この領域を網羅した待望のバイブル。

編集 日本診療情報管理学会



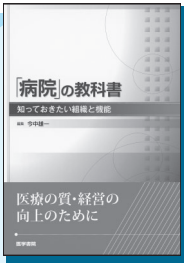
B5 頁456 2010年 定価8,400円(本体8,000円＋税5%) [ISBN978-4-260-01083-2]

医学書院

病院の経営・管理に欠かせない知識を完全網羅！

「病院」の教科書 知っておきたい組織と機能

診療報酬体系、DPC、診療情報管理、介護保険、医療関連法規など、病院の経営・管理に携わる方が知っておくべき事項を漏らすことなく解説。医療安全の取り組みについても具体的に教示。また病院内の専門職種や各部門の概説により、病院の組織と機能を把握することができる。病院職員の研修、病院経営者対象のセミナーの教科書にも最適。これからの病院経営者・管理者必読の書。

編集 今中雄一
京都大学大学院医学系研究科医療経済学分野・教授

B5 頁248 2010年 定価3,990円(本体3,800円＋税5%) [ISBN978-4-260-00595-1]

医学書院

高齢者を包括的に診る

老年医学のエッセンス

その1

病氣とつこの老衰

＊Failure to Thrive

大蔵暢

医療法人社団愛和会
馬事公苑クリニック

高齢化が急速に進む日本社会。慢性疾患や老年症候群が複雑に絡み合って虚弱化した高齢者の診療には、幅広い知識と臨床推論能力、患者や家族とのコミュニケーション能力さらにはチーム医療におけるリーダーシップなど、医師としての総合力が求められます。不可逆的な「老衰」プロセスをたどる高齢者の身体を継続的・包括的に評価し、より楽しく充実した毎日を過ごせるようマネジメントする——そんな老年医学の魅力を、本連載でお伝えしていきます。

おおくら とおる

● 1995年
富山医科薬科大(現富山大)
卒。王子生協病院、聖路加
国際病院等で内科・総合診
療研修。2001年に渡米、米
国ワシントン大ヘルスサー
ビス科修士課程、バージニ
アメイソン医療センターに
て内科研修、ミシガン大に
て老年医学研修を修了。09
年より馬事公苑クリニック
にて、老人ホーム入居者の
健康管理を行う傍ら、日本における老年医学の普及
と理想の高齢者地域医療システム構築をめざす。米
国内科・老年医学専門医、米国公衆衛生学修士。
E-mail: t-ohkura@t3.rim.or.jp



連載ラインナップ(予定)

包括的高齢者評価

Advance Care Planning

高齢者終末期医療

人工栄養・胃瘻

予防医学

抗凝固療法

認知症

老年期うつ

ポリファーマシー

Evidence-based Geriatric Practice

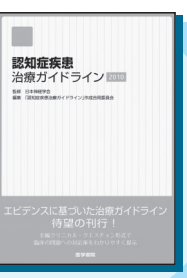
…and more

超高齢化社会に向けて、強く求められる認知症治療の指針

認知症疾患治療ガイドライン2010

超高齢化社会に突入し、今後さらなる患者数の増加が予想される認知症。本書では、その定義や疫学、治療などの総論的な内容から、Alzheimer病やLewy小体型認知症など個別の原因疾患ごとの具体的な特徴や診断基準、薬物療法・非薬物療法といった各論的な内容までを、全編クリニカル・クエスト形式で解説する。疾患に関するさらなる理解を手助けするとともに、臨床場面で直面する問題の解決方法も提示する1冊。

監修 日本神経学会
編集 「認知症疾患治療ガイドライン」作成委員会



し、さらには日々さまざまな社会的、心理的なストレス(家族、友人との別れ、社会的孤独、差別、経済難など)にさらされることにより、心身ともに虚弱化していく。

こうした慢性的なストレスに加え、Aさんのように急性疾患で入院加療すると一気に老衰が進行する。図2のように、老衰は多くの因子がかかり、複雑なプロセスのもと時間をかけて進行するため、いったん右方向へ著明に進行した老衰を左方向に回復することは極めて困難である。過去の観察研究でも「85歳以上の高齢者で一度喪失した日常生活機能を回復するのはほぼ不可能である」との報告がある(J Am Geriatr Soc. 2008 [PMID: 19093915], J Gen Intern Med. 1997 [PMID: 9436895])。

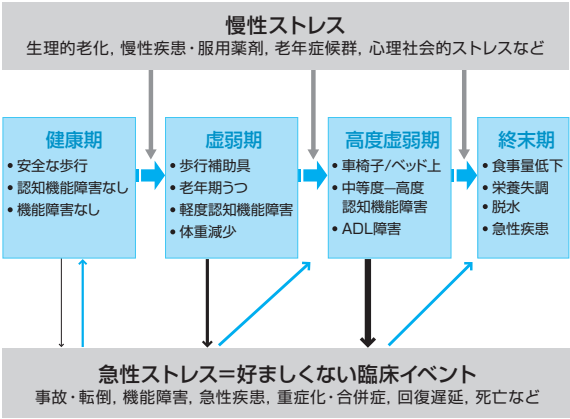
Aさんはパーキンソン病や認知症などが進行し、慢性的に老衰プロセスが進行中であった。その状況に加え、急性肺炎と心不全の治療、長期臥床により廃用性筋萎縮や筋量減少が加速し、せん妄による意識や認知機能の低下、長期間の絶飲食による口腔嚥下機能の著明な低下が起こった。

慢性的に進行していた老衰に関連して起きた誤嚥性肺炎や心不全から生命を救うためには、入院加療や長期臥床は必要であり、ある程度の機能の喪失はやむを得ないことだったのかもしれない。大きな意味で、今回の一連のプロセスが老化とそれに伴う合併症からきている「老衰」だということが理解できるだろう。

多くの因子が長期間、複雑に絡みついて進行する老衰への介入は容易ではない。老衰は究極の高齢者の病氣(老年症候群)であり、慢性的な死へのプロセスなのである。

現実を直視させることも必要

私はAさんのような患者に遭遇した際には、図を描いて本人や家族に老衰のプロセスを説明し、その患者がどのステージにいるかを示す。同時に、老衰のプロセスとは加齢による回復力の低下に多くの因子が複雑に絡んで進行するものであること、よって多くの場合、著明な回復は困難であることも説明する。また、人生の残りの時間が限られた虚弱高齢者に、根拠のない希望を与え、「歩けるようになるように頑張らましょう!」といった耳に心地よい言葉で、つらく苦痛を伴う薬物治療やリハビリを強要することの正当性を問いかける。二足歩行に執着した結果、転倒や事故などからさらに不幸な転帰をもたらす現実をも直視してもらうのである。



●図2 老衰のプロセス

チームで現状把握と改善の議論を

老衰プロセスを着実に歩んでいる虚弱高齢患者のケアのためには、継続的な包括的評価による現在の状況の把握が何よりも重要である。その上で、家族を含めたケアチームが、患者の生命の量(余命)と質(幸福度)を最大にするよう日々議論する。つらい歩行訓練を繰り返し「歩けるようになったら……」と夢見るよりも、積極的に車椅子を使って美術館へ行ったり、孫に会ったりして楽しい時間を先取りするように促す(一方で、希望を失うことのないよう、安全な環境での歩行リハビリの継続はもちろん否定しない)。本人の身体的回復を待つばかりでなく、環境整備や社会的支援の積極的な導入を行っていく。

症例
続き

家族の同意のもと、老人ホームのスタッフがAさんを病院に迎えに行き、住み慣れた部屋に連れ帰ってきた。包括的評価にて、可動性は寝返りもできない臥床状態、認知機能はせん妄状態のため低下、口腔嚥下機能は著しく低下し生命維持に必要な栄養を摂取できる状態までには回復不能と診断した。以前本人が表出していた「人工栄養拒否」の意向を汲み、家族の理解を得て、経鼻チューブを抜去し最低量の補液を開始した。

Aさんはせん妄から回復しコミュニケーションが少し可能になった。口腔機能はアイスクリームを半カップ摂取できるまでに回復した。その後もホームのスタッフや家族の献身的なケアによって安らかな日々を過ごし、約2か月後静かに永眠した。死亡診断書には「老衰」と記入された。

終わりに

すべての高齢者は例外なく、加齢とともに不可逆性の老衰プロセスをたどる。個々の慢性疾患の管理と同様、老衰(Failure to thrive)も病氣ととらえ、包括的評価とマネジメントによる進行予防が重要である。一方で老衰が慢性的な死へのプロセスであることを認識し、高度虚弱期や終末期では、余命の延長と同程度かそれ以上に、残された時間の幸福度向上を模索すべきである。

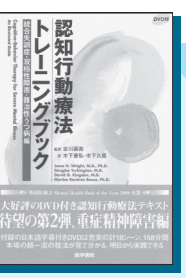
大好評のDVD付き認知行動療法テキスト第2弾、重症精神障害編

認知行動療法トレーニングブック

Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness An Illustrated Guide

『認知行動療法トレーニングブック』シリーズ第2弾。本書では、統合失調症を中心に双極性障害、難治性うつ病も含む重症精神障害の治療に焦点が当てられている。妄想や幻聴への詳細かつ実践的なアプローチはもとより、陰性症状、認知機能障害や対人関係の問題などまで網羅した、重症精神障害のCBTの決定版テキスト。充実の18シーン、158分間の日本語字幕DVD付。英国医師会「Mental Health Book of the Year 2009」を受賞し、全世界が注目する本場の超一流技法を「読んで」「見て」身に付けられ、明日から実践できる。

著 Jesse H. Wright, Douglas Turkington, David G. Kingdon, Monica Ramirez Basco
監訳 古川壽亮
京都大学大学院医学研究科
健康増進・行動学分野教授
訳 木下善弘
名古屋市立大学大学院医学研究科
精神・認知・行動医学分野
木下久慈
名古屋市立大学大学院医学研究科
精神・認知・行動医学分野



続・
アメリカ医療の
光と影

第189回

アウトブレイク⑤

李 啓亮

医師／作家（在ボストン）

前回までのあらすじ：種痘登場前，天然痘に対する「予防」は人痘接種であった。

「免疫学の父」と呼ばれるエドワード・ジェンナー（1749—1823 年）が「牛痘」による天然痘予防を初めて試みたのは 1796 年。モンタギューが「人痘」法を英国に紹介してから 75 年後のことだった。

「免疫学の父」ジェンナーの実験

ジェンナーが「牛痘感染が天然痘に対する免疫能を付与する」という仮説を思いついたきっかけは、「乳搾りの女性に美人が多いのは天然痘に感染しないから」という農村地帯の「言い伝え」を知ったことにあった。牛痘は，いわば天然痘の「ウシ」バージョン。乳搾りの女性が天然痘に感染しにくい理由は，仕事柄，牛痘感染の頻度が高いことにあとと推測したのである。

しかも，牛痘がヒトに感染した場合に起こる症状は天然痘感染とは比べものにならないほど軽微であった。もし牛痘が天然痘に対する免疫能を付与するのであれば人痘接種よりもはるかに安全な予防法になるはずだ，とジェンナーは考えたのだった。

実は，牛痘の皮膚病変から得られた浸出液を接種することで天然痘感染を予防する試みは，ジェンナー以前にも行われていた。しかし，ジェンナーが偉かったのは，単に牛痘接種を予防法として試みただけでなく，その有効性を「実験」で科学的に証明したことにあった。

ジェンナーが牛痘接種という歴史的「人体実験」に取りかかったのは 1796 年 5 月 14 日。実験台となったのは 8 歳の少年，ジェイムズ・フィップス（使用人の息子だったという）だったが，ジェンナーは人体実験に先だって，牛痘感染歴のある患者に人痘を接種しても天然痘の症状が発現しないことを確

認していた。牛痘接種から 6 週後の 7 月 1 日，フィップスに人痘が接種されたが，天然痘の症状は一切出現しなかった。ジェンナーの仮説通り，牛痘接種が天然痘に対する免疫能を付与することが証明されたのだった。

2 年後の 1798 年，ジェンナーは牛痘接種実験の症例数を拡大，その安全性と有効性を確認した（被験者の中には，11 か月になる自身の息子も含まれていた）。計 23 例での「実験」結果をパンフレットにして出版，人痘接種よりも安全な天然痘予防法（ジェンナーは「天然痘ワクチン」と命名した）があることを世に知らしめたのだった（註）。

単に安全性において勝っただけでなく，牛痘法は人痘法に比べてはるかに安価であったし，利便性においても優れていた。例えば，人痘法では接種を受けた患者が新たな「感染源」となるため接種後 2—3 週の隔離を必要としたことと異なり，牛痘法では一切隔離の必要はなかった。また，牛痘に感染したウシの皮膚病変，あるいは，ワクチン接種後に現れるヒト皮膚病変の浸出液がワクチンの「供給源」となるため，ワクチンをウシやヒトで「継代」することも容易だった。

急速に普及した天然痘ワクチン

実験結果の発表後，ジェンナーの天然痘ワクチンは驚くべき早さで世界中に普及したが，その際，各国の王族が熱心な支持者となった。天然痘ウイルスは患者の貴賤を選ばなかったし，家族を天然痘で亡くした体験を持つのは，王族も一般人と変わらなかったからである。ロシアでは皇太后マリア・フョードロヴナがプロシアからのワクチン輸入を手配，最初に接種を受ける子供（孤児）の名は「ワクチノフ」とすべし，と決めたほどだった。

一方，スペインは，世界中に有する広大な植民地に天然痘ワクチンを供給

理学療法学教育への共用試験導入に向けて

理学療法学教育の標準化に向け，OSCE（客観的臨床能力試験）をはじめとする共用試験の導入に関心が集まっている。さる 12 月 4 日にユビキタス協創広場 CANVAS（東京都中央区）にて開催されたフォーラム「理学療法士育成における臨床教育の再考」では，こうした臨床教育の現状と課題について問題提起が行われた。

本フォーラムは，「理学療法士育成の教育基盤となる，臨床実習前の到達度確認試験の開発と普及プロジェクト」（文科省「産学連携による実践型人材育成事業——専門人材の基盤的教育推進プログラム」受託事業）の一環として開催された。これは，知識確認テストと OSCE から成る共用試験のプロトタイプ開発を行い，臨床実習に必要な学習目標達成の標準化をめざすもの。複数の教育施設と臨床実習施設が連携して進められており，今回はプロジェクト協力校における活用事例も報告された。

講演では，奈良勲氏（神戸学院大）が理学療法士臨床教育のあらましと現在の問題点を，内山靖氏（名大）がこれに呼応する形で今後考え得る解決策をそれぞれ概説。学外臨床実習が拡充される傾向にある一方，実習カリキュラムが卒後の臨床現場に即していない現状が確認された。またその解決のためには，教育施設間の到達目標が標準化されるべきこと，さらには，公平で妥当性の高い共用試験がその一助となる可能性が高いことが示唆された。

続くパネルディスカッションでは，日ごろ臨床実習に携わるパネリストらが各施設の研修内容や到達目標，評価方法を提示。基本的な接遇マナーや心構えを学生に教える過程での苦労はどの施設も共通であり，ポートフォリオなどを活用し学生が自らフィードバック学習を行う必要性が説かれた。また，教育施設の目標設定と実習施設での指導が施設間で異なる問題に対し，実習参加レベルの目安や達成度の評価基準として OSCE が活用できる可能性が示唆された。プロジェクト開発モデルの紹介では，プロジェクト協力校から「学生へのフィードバックに有用」などの報告があったほか，OSCE 実施中の映像を使っの判定体験が行われた。実習担当者間のコンセンサスを高める必要性や評価の統一方法など課題も少なくないながら，共用試験の導入には現場の関心も高いとみられ，最後まで活発な質疑応答が展開された。

する必要に迫られた。「活き」のいいワクチンをどうやって新大陸やアジアに供給するのか？ 国王チャールズ 4 世の諮問を受けた医師たちが知恵を絞って考え出した作戦は，船に孤児を乗せ，ワクチン接種を受けた孤児の皮膚病変浸出液を次の孤児に接種することでワクチンを継代するというものだった。

孤児 22 人を載せたマリア・ピタ号がラ・コルフィアの港から出航したのは，1803 年 11 月 30 日のことだった。22 人の孤児たちの年齢は 8—10 歳。天然痘感染歴，ワクチン接種歴がない子どもたちが選ばれたのは言うまでもない。新世界への航海を強制された子どもたちの世話係にイサベル・デ・ゼンダラ・イ・ゴメスが，ただ一人の女性として乗船したが，彼女は自分の息子も継代用「子ども部隊」の一員に加えた。一行の指揮を執ったフランシスコ・ザビエル・デ・バルミス神父は，ゼンダラ・イ・ゴメスが，航海中，心優しく子どもたちの世話をしたことを，その日誌で何度も賞賛した。

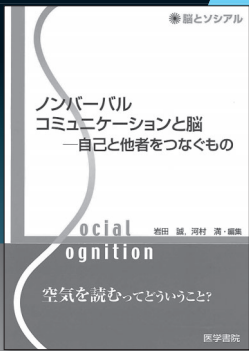
新世界に到着した後，ワクチン供給部隊は南米隊とフィリピン隊の二つの

グループに分かれた。フィリピン隊のデ・バルミスは 1804 年 6 月 25 日メキシコに上陸，陸路メキシコを横断する途上，各所でワクチン供給を続けた。1805 年 2 月フィリピンに向け出航した際には，継代用にメキシコで新たに「調達」された孤児 25 人が加わっていた。ゼンダラ・イ・ゴメスの任務はメキシコ到着で終わっていたはずだったが，彼女は，孤児たちの世話をす

るために，自ら志願してフィリピンへの航海に加わった。マニラに到着したのは 1805 年 4 月 15 日。その後，デ・バルミスはマカオ，広東（現広州）にもワクチンを供給した後，1806 年 7 月スペインに戻った。人痘法がヨーロッパに紹介されてからジェンナーがフィップスに牛痘を接種するまで 4 分の 3 世紀の時を待たなければならなかったのとは対照的に，天然痘ワクチンは，登場してからわずか 10 年余りの間に世界を一周したのだった。（この項つづく）

註：「ワクチン（vaccine）」の名はラテン語の「牛（vacca）」に由来する（ちなみに牛痘の学名は *variola vaccinae*）。

空気が読めないのは脳のせい？



※ 脳とソーシャル

ノンバーバル
コミュニケーションと脳
自己と他者をつなぐもの

編集 岩田 誠・河村 満

人は言葉だけでなく、
自分の体や周りの空気、時間など
あらゆるものを使って他者との
コミュニケーションを図っている。

果たして脳は、それらの情報を
どのように処理し、

意味づけているのだろうか。

脳とこころの不思議に迫る

《脳とソーシャル》シリーズ第3弾。

社会活動と脳 一行動の原点を探る

編集 岩田 誠・河村 満
●A5 頁220 2008年 定価3,570円
（本体3,400円＋税5%）[ISBN978-4-260-00693-4]

発達と脳

ーコミュニケーション・スキルの獲得過程

編集 岩田 誠・河村 満
●A5 頁272 2010年 定価3,780円
（本体3,600円＋税5%）[ISBN978-4-260-00936-2]

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

- 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

讀井將満

東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部

林 淑朗

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。
- 毎号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

創刊号：ARDS

第2号：Sepsis

第3号：AKI

第4号：不整脈

2010年

第1号：重症感染症

第2号：CRRT

第3号：外傷

第4号：急性心不全

特集

2011年

第1号：Infection Control

第2号：モニター（2011年4月発売予定）

第3号：栄養（2011年7月発売予定）

第4号：急性呼吸不全（2011年10月発売予定）



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.medsi.co.jp

E-mail info@medsi.co.jp

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

子宮頸部細胞診ベセスダシステム運用の実際

坂本 穆彦●編
坂本 穆彦, 今野 良, 小松 京子, 大塚 重則, 古田 則行●執筆

B5・頁224
定価8,400円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01051-1

【評者】長村 義之
国際医療福祉大病理診断センター長

本書は、わが国にも本格的に導入された、子宮頸部細胞診の新しい報告様式である“ベセスダシステム 2001”に関する解説・手引書である。

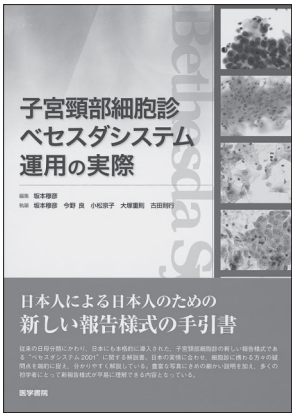
広く知られるように、1980年代にそのころ用いられていたパニコロウクラス分類やDysplasiaのグレードなどにおいて、不一致あるいは検体の適正などが医療訴訟にも直結する問題点としてあげられていたが、ベセスダシステム(The Bethesda System)は、その解決策として考案され普及してきた分類法である。①検体の適・不適を明確化する、②パニコロウクラス分類を廃し、新しい診断システムを導入する、③細胞診の報告はmedical consultationと位置付ける、などがそのキーポイントである。

2001年の改訂版では、骨子は大きく変わらないものの、①判定困難な症例に対するカテゴリーの用語に変更が加えられたこと、②ヒト乳頭腫ウイルス(human papilloma virus: HPV)に対する研究成果を取り入れたことなどが主な変更点である。これにより、HPV・DNAテストと細胞診の関連がクローズアップされた。

ベセスダシステムは、わが国にとってはいわば“輸入品”であるが、昨今の医療現場からのニーズに答えるべく、積極的な導入が決定されている。日本臨床細胞学会でも、数多くの議論を経て、導入を決定している。婦人科から提出される細胞診標本は、現場では検査士が鏡検し、細胞診専門医、病理専門医が確認して報告することとなる。この際の検査士、専門医へのベセ

●弊社へのお問い合わせ等は、お手数ですが下記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
「週刊医学界新聞」編集室へ
送付先(住所・宛名)変更および中止
FAX(03)3815-6330
医学書院出版総務部へ

ベセスダシステム導入が急がれる現場で有用な手引書



スダシステムの普及が極めて重要と言える。その意味で、本書は“日本人による日本人のための新しい報告様式の手引書”として重要なものである。

本書の組み立ては、「Ⅰ. ベセスダシステムの概容」「Ⅱ. 判定の実際」「Ⅲ. 報告の実際」から構成されている。紙面を多く割いているのは「Ⅱ. 判定の実際」である。ここには、ベセスダシステムの項目に合わせて、「A. 検体の適・不適の評価」「B. 非腫瘍性所見」「C. 扁平上皮系異型病変」「D. 腺系異型病変」「E. その他の所見」について詳しい記述とカラー

の図が適材適所に示されていて理解しやすい。

特に、扁平上皮系の異型病変では、①扁平上皮内病変(SIL):軽度LSIL/高度HSIL、②異型扁平上皮細胞(ASC)、③扁平上皮癌(SCC)、腺系異型病変では、①異型腺細胞(AGC)、②内頸部上皮内腺癌(AIS)、③腺癌などに分類される。それぞれ代表的な細胞像のまとめが“所見”の項にリストアップされていて、極めてわかりやすい。

「Ⅲ. 報告の実際」では、まず厚生労働省からの通達によれば、①細胞診結果の分類には、日本母性保護産婦人科医会の分類およびベセスダシステムによる分類のどちらを用いたかを明記すること、②日本母性保護産婦人科医会の分類を用いた場合は、検体の状態において「判定可能」もしくは「判定不可能」(ベセスダシステムによる分類の「適正・不適正」に相当)を明記すること、となっている。また、報告書に関しても、検診での実例が添えられていてわかりやすい。

日常の細胞診の現場で、検査士、病理医、産婦人科医にベセスダシステムの導入が急がれているが、本書は極めて有用な「手引書」といえる。すでに、細胞診に従事しているわれわれはもとより、これから検査士資格、専門医資格をめざす諸氏にも、わかりやすいガイドラインとしてお薦めしたい“一冊”である。

専門医のための腎臓病学 第2版

下条 文武●監修
内山 聖, 富野 康日己, 今井 裕一●編

B5・頁640
定価15,750円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00861-7

【評者】黒川 清
政策研究大学院大学教授・内科学
日本医療政策機構代表理事

2002年の初版以来の改訂版が出版された。600ページを少し超える、腎臓専門医とそれをめざす医師を対象にした書籍である。日常の臨床の場で、家での自習、検索に適している。1.4 kgとやや重いので、持ち歩くにはつらい。

本書の初版は腎臓専門医の中でも評価が高かったと思うが、この改訂第2版では最近の知見を加えつつ内容のアップデートを図り、全面的に改訂したという。

〔Ⅰ. 症候編〕では腎臓、体液調節系の臨床的によく遭遇する症候の生理学、病態生理学について丁寧に、わかりやすく解説してある。次いで〔Ⅱ. 新しい疾患概念〕として「慢性腎臓病」と「メタボリックシンドロームと腎」を取り上げ、さらに症候・疾患概念とは別に各疾患論が整理されている。このうちいくつかの疾患に「小児科の視点から」のコメントが掲載されているのはうれしい。

全体として、編集諸氏の考え方が伝わってくるまとめ方であり、スマートな本になっている。患者に接したとき

の疑問、問題点の整理などにも役に立つが、全体像をまず把握するのに役立つだろうと感じる。特に、腎臓を専門としない方々や、医学部学生や研修医、また腎臓専門医をめざそうという方たちにもお勧めである。

腎臓の専門医、あるいはさらに高度な知識を求められる方には、日常の診療の伴侶としてばかりでなく、この書籍を手元に置きつつハリソンの内科学、英語での成書にもちょっと目を通して、さらなる確認、自分の理解を深めておくことも必要であろう。また、最近ではインターネット上にもいろいろな興味のある教材ができている。視野を広め、最近の世界の動向にも留意しておくことが専門家としては必要なことである。何しろ情報は国境を越えて瞬時に広がっており、そこには世界の患者も、その家族もアクセスしているのだから。

各項目とも読み応えもあり、よく整理されていて、明解である。著者諸氏のご努力に負うところが大きい。日常的に手元の使いやすいところに置いておきたい1冊であろう。

地域医療は再生する 病院総合医の可能性とその教育・研修

松村 理司●編著

A5・頁304
定価2,940円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01054-2

【評者】邊見 公雄
全国自治体病院協議会会長

「地域医療は再生する」のだろうか？この本のタイトルを見たときに、再生してほしいという当事者としての強い願望と、どんどん悪い方向に流れる現実との狭間で、少しわだかまりのようなものがあ

った。それを可能にするのは総合医である、というのが編著者・松村理司氏の持論である。総合医を“間口を広く、かつ深い”領域と述べているが、この本もそれを地でいっている内容である。

かつて小生も、大学病院研究室から片道3時間をかけ毎週水曜日に手術応援に通っていた舞鶴市民病院での氏の総合医としてのご経験、音羽病院での院長としての御苦労が本書のレベルを高め、広くて深い地域医療のバイブル的解説書に仕上げられている。森鷗外と高木兼寛の論争が専門医と総合医のルーツ的なものというのも目から鱗、大学と市中病院に置き換えるのも可能であろう。スキルミックスやメディカルアシスタントも、米国での経験から説得力がある。50年、半世紀遅れになっても、まだ追いつくチャ

ンスはわずかに残っているとはかない希望も抱かせてくれる優しさもある。小生は、女性医師の“3H”はWarm Heart, Cool Head, Skill (Good) Handのことかと一瞬思ったが、予想外でかつ納得、参ってしまった。最も

感心したのは、職員を守るためには筋を通して理不尽なクレーム・訴訟に院長が先頭に立ち門前払い。言うはやすいがなかなかできることではない。これにも私は参った、参った。本書を読んでからは先輩面ができなくなってしまった(実は、編著者は小生の大学の6年後輩である)。特に61ページの遺族に対する慰謝料御免、お断りの文章は腰越状以上の名文で、院長など病院管理者の心を打つ。複写して院長室に掲げておきたい。

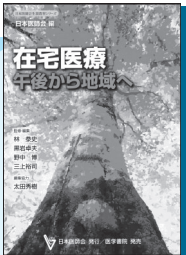
診断学の基本とも言うべき診断推論や臨床推論、そのために招いた大リーガー医、またチーム医療下での屋根瓦方式教育指導、専門医志向から家庭医の重要性、病院死から在宅死へ、そのための地域総合診療医。メディカルスクールや地域枠と医師の育成にも付ノ

在宅医療はどう始めて、どう軌道に乗せるのか？ 第一線で活躍する医師が手ほどき

<日本医師会生涯教育シリーズ> 在宅医療 午後から地域へ

在宅医療の考え方から、制度を含めた実践的な知識、効率的な連携の方法など、第一線で活躍する医師が、自らの経験をもとにした本物の知識と技術をわかりやすく解説。在宅医療とは何か？ どう始めて、どう軌道に乗せるのか？ 使える制度・サービスは何か？ 各章をたどることで、在宅医療の今とこれからが見える。自治体・医師会、病院、診療所における実践例も豊富に収載。

編・発行
監修・編集
日本医師会
林 泰史
東京都リハビリテーション病院院長
黒岩卓夫
浦佐明気園診療所所長
野中 博
博腎会野中医院院長
三上裕司
日本医師会常任理事
編集協力
太田秀樹
医療法人アスムス理事長
おやま城北クリニック院長

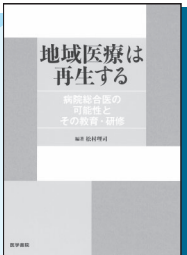


力量のある病院総合医が地域医療を救う!

地域医療は再生する 病院総合医の可能性とその教育・研修

多くの勤務医が専門医である日本の病院では、常に「非互換性の無駄」が付きまとう。また国民に対して「断らない救急医療」を質高く恒常的に展開することも難しい。しかしながら間口が広いだけでは、一人前の総合医ではない。当然、奥行きが必要なのである。地域医療崩壊の危機を前に、期待されるべき病院総合医の可能性と彼らの育成について、大リーガー医でも知られる音羽病院ほかの実践を詳述。

編著 松村理司
洛和会音羽病院院長



プラムとポスナーの昏迷と昏睡

Plum and Posner's Diagnosis of Stupor and Coma, 4th Edition

太田 富雄 ● 監訳

Jerome B. Posner, Clifford B. Saper, Nicholas D. Schiff, Fred Plum ● 編

B5・頁432
定価9,030円(税5%込) MEDSI
http://www.medsj.co.jp

【評者】

山口 武典

国立循環器病研究センター名誉総長

版の作成にかかったということである。

さて、本書の一貫したスタンスは、著しく進歩した画像診断法などの診断技術の有用性は十分に認めながらも、

病態生理を理解した上で

で患者の身体診察所見に基づいた診断と治療を進めるという基本的な姿勢で、これは絶対に崩してはならないことが強調されている。

今回は図表がカラー印刷となり、よりわかりやすくなっていること、さまざまな MRI 画像 (fMRI, テンソル画像など) や PET を応用して意識障害の発生機序の説明がなされているのも特長であろう。新たに設けられた

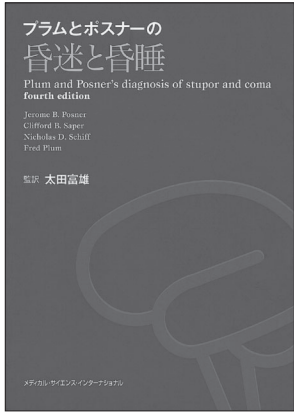
チャプターとして、わが国でもようやく軌道に乗ったかに見える臓器移植に関連する脳死の問題についても、その診断や診断におけるピットフォールなどが解説されている。また、遷延性意識障害の代表としてしばしば挙げられる植物状態や失外套症候群、それに 2000 年以降に提唱された「最小限の意識状態 (minimally conscious state)」などについての詳しい記載、および重症意識障害患者の介護者における意思決定権についての倫理的問題点の解説 (わが国の倫理観とは異なる点もあるが) など、医師の直面する重要な事項についても触れられている。

また、必要に応じて Box という囲みの中で詳しい解説がなされていることと、著者らの記述に加えて (著者らの許可の下に) 翻訳者による脚注が付けられ、わが国の現状と照らし合わせた解説や補足がなされていることも特長である。読者の理解を深めるための配慮が行き届いている。

意識障害患者を診察することの多い脳神経外科医、脳卒中内科医、救急医および研修医諸氏には、必読の書としてぜひとも座右に置いてほしい書籍である。

小生は卒後 40 余年、大学周辺で研究していた数年を除き生粋のジェネラリストと思い、またそこそこやれる院長と思っていた。しかし、本書を読んで私の自負は木っ端みじん、寝苦しい夜が続いている。地域医療に自信のある方は、ぜひとも御一読を。また自信のない人も、私の故郷の阿波踊りのお囃子「よしこの」風に言えば“読まなきゃ損、損”。

脳神経外科医や脳卒中専門医をめざす医師のバイブル



Plum & Posner の“Stupor and Coma (昏迷と昏睡)”は、脳神経外科医や脳卒中専門医をめざす医師にとってはバイブルであった。多くの方が若い時に繰り返し読んで勉強した記憶があると思う。脳神経外科医や脳卒中専門医をめざす医師のバイブル

Fred Plum 博士もかなり高齢であるので、もう絶版になったのかと思っていたが、ようやく 2008 年、27 年ぶりに新しい知見を多く盛り込んだ第 4 版が出版された。

それを受けて、このたび太田富雄先生 (大阪医科大学名誉教授) 監訳による日本語版が出版された。通称“3・3・9 度方式”と呼ばれる Japan Coma Scale の生みの親で、意識障害の第一人者である太田先生がご自身でも翻訳を担当されているが、他の翻訳者の顔ぶれを見ても、日本の脳神経外科・神経内科を代表する方々がずらりと並んでいるのは圧巻である。

改訂が遅れた理由として著者らは次の 2 点を挙げている。まず、第 3 版の出版後、MRI に基づいた新たな情報が続々と報告され、また意識の神経学的基礎に関する諸説に著しい進歩が続いたため、これらを見極めるのに時間を要したと記述の万全を期したことが挙げられている。もうひとつは、筆頭著者である Fred Plum 博士が、「言語表現にいささか困難を感じるようになった」(改訂版の序文より引用)ため、新たな 2 人の弟子、C.B. Saper, N.D. Schiff の両博士に参画を求めて、改訂

言している。DPC と病院医療、わが国特有の中小病院における勤務医の実状、足利事件と DNA 鑑定など、著者が四方にアンテナを高く上げているのがよくわかる。さらには、総合医の行う臨床研究、臨床疫学など同僚の若手医師も筆を奮っている。本書を読んだ院長や副院長、部長の先生方は必ずや自院の医師に短期研修、出前回診をお願いしたくなること請け合いである。



在宅医療モノ語り 第 10 話

鶴岡優子 つるかめ診療所

語り手

暖かいお手当てをめぐして

使い捨てカイロさん

在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診鞆に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いている。往診鞆の中を覗き道具を見つめていると、道具 (モノ) も何かを語っているようだ。今回の主役は「使い捨てカイロ」さん。さあ、何と語っているのだろうか？



冬のあったかお手当てセット
外気で冷たくなり、家事で荒れた手は、使い捨てカイロ、手袋、ハンドクリームなどでメンテナンスしましょう。ゴッド・ハンドは一日にして成らず。地道にプロフェッショナル・ハンドをめざしたいものです。

酷寒の日々を過ごしていると、「あの記録的猛暑が懐かしい」、そんな気分になります。私は冬に野外で働く使い捨てカイロです。ドラッグストアやコンビニで、お手ごろ価格で簡単に手に入ります。個別包装のビニール袋から取り出し、シャカシャカもみほぐし、ちょっと待てばポッカポカ。ミニタイプだと平均温度 50 度が 7~9 時間続きます。昔のカイロは火を使う物もあったようですが、私たちの世代は比較的安全と言われています。

ええ、そうです。在宅医療の現場は野外ではなく家の中です。定期的な訪問診療だと時間的にも余裕があるので、医療者もコタツやストーブに当たらせてもらって手を温めてから診察できます。聴診器を電気カーペットの上に置いて、まずはおしゃべりタイム、で暖まった所に診察。これもよくあるパターンです。十分なウォーミングアップが理想ですが、急に呼ばれて往診となるとそんな時間はとれません。

あれは雪の降るすごく寒い夜のこと。ご家族からの電話で往診依頼がありました。「おばあちゃんが、お腹のあたりを痛がっています」。医者は「スタッドレスにしておいてよかった」とつぶやきながら、往診車に乗り込み患者さん宅に向かいました。認知症はあっても、普段は元気な方です。体温は 36.7 度。血圧などに異常はありません。嘔吐や下痢、便秘ありません。どうされたのでしょうか。

医者が「お腹を診察させてくださいね。ちょっと冷たいけど、ごめんなさい」と声をかけて、聴診器を当てようとしたそのときです。「何をする！ 私のお腹で自分が暖まろうというのか！」。医者は慌てて聴診器を引っ込め、謝りながら聴診器を手で温めます。わき腹にふと目をやると、皮膚の一部が赤くなっていることに気づきました。もしや。「ここ、ヒリヒリしませんか？ カイロ使った？」。ご家族が慌てて答えます。「今日出掛けたときに使ったね。でも先生、下着の上から貼りましたよ。もしかして、おばあちゃん、アレまだ取ってなかったの？」まさか。「お背中、診せていただけますか？」「寒いからイヤ！」。なかなか怒りはおさまりません。やっとのことでお背中があらわになると、長方形の私の仲間が腰に貼りついていました。いわゆる低温やけどです。便利なモノも使い方を誤ると大変なことになり、いきなりワルモノになります。「湯たんぽ使ってない？ 電気アンカは？」。ワルモノ予備軍を捜すために、布団の中のガサ入れが始まりました。

その事件があってから、私は往診車に置かれるようになりました。もちろんイイモノとしてですよ。寒い日の往診で呼ばれたとき、車に乗り込んでエンジンを暖める時間、フロントガラスの氷を溶かす時間に、私を取り出しシャカシャカしておこうという作戦です。これがうまくいけば、患者さんのお宅に着くころには上着のポケットの中で暖かパワーが全開になっていて、診察直前の手を温めることができます。

「低温やけどに注意！」情報は、この冬訪問先のお宅でよく話題にのぼるようになりました。在宅ケアの現場では、ありとあらゆる方向に予測とその対策を立てておくことが大事と言われます。患者家族と医療者の両方にとって 24 時間 365 日休みなしの在宅医療です。未来の予測と対策が立っている場合とそうでない場合は、その負担は全然違うでしょうからね。これもある種、「事前のお手当て」なんでしょうか？ それなら手アツク暖かいほうがいいですね。

2011 年 3 月発売予定

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 東京大学名誉教授

きっちり 3 年で、きっちり改訂



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 http://www.medsj.co.jp
FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medsj.co.jp

