

2012年5月7日

第2976号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY (出版者著作権管理機構 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] 高齢者糖尿病のマネジメント
[寄稿] 男性糖尿病患者の性機能障害を
[連載] 続・アメリカ医療の光と影/在宅
[連載] 老年医学のエッセンス
MEDICAL LIBRARY

座談会

患者の「多様性」「個別性」に応える

高齢者糖尿病のマネジメント



荒木厚氏
東京都健康長寿医療センター
内科総括部長



横野浩一氏(司会)
神戸大学大学院医学研究科
総合内科学教授/神戸大学理事・
副学長



櫻井孝氏
国立長寿医療研究センター
もの忘れ外来部長

高齢社会の進展に伴い、日常の外来診療において
高齢の糖尿病患者を診る機会は増えている。これら
の患者は「高齢者糖尿病」とひと括りにして診られ
るものではなく、加齢に伴う生理的・身体的な変化
からそれぞれの生活背景まで、一人ひとりの患者を
総合的に評価する必要がある。つまり、患者の多様
性・個別性に応える診療・療養指導が求められてい
ると言える。

本座談会では、高齢者糖尿病の診療経験が豊かな
3氏が、治療戦略の立て方や普段の外来診療で注意
すべき点など、よりよい治療と管理を実現するた
めの方策を議論した。

増加する高齢者糖尿病

横野 厚労省が公表した糖尿病の実態
調査によれば、「糖尿病が強く疑われ
る人」「糖尿病の可能性を否定できな
い人」は、1997年は1370万人、2002
年は1620万人でした。2007年の調査
結果では2210万人に達し、この5年
間で590万人の増加が見られました。
櫻井 厚労省のデータを年代別に見ると、
高齢者に当たる年齢層で糖尿病が
疑われる方が急増していますね(図)1)。
男女ともに主として60代と70代以上

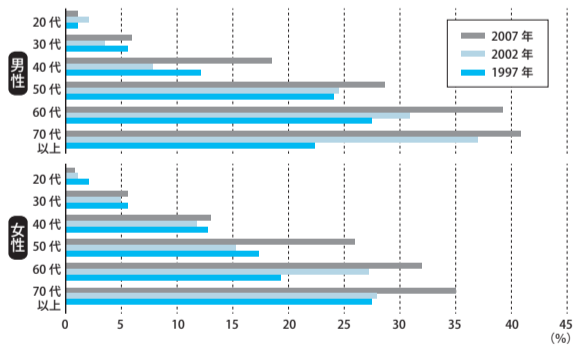


図 1997,2002,2007年の調査における「糖尿病が強く
疑われる人」「糖尿病の可能性を否定できない人」
の年代別割合(文献1を基に作成)

で顕著な増加が見られ、人口の超高齢
化が進む現在、高齢者の実に3人に1
人が糖尿病かその予備軍と推定されて
います。

横野 高齢者の耐糖能低下や糖尿病
は、加齢に伴って出現するインスリン
分泌不全とインスリン抵抗性が要因で
す。最近では、加齢に伴う筋力低下や
筋肉量減少を指す「サルコペニア(sar-
copenia)」さらに内臓脂肪が相対的
に増加した「サルコペニック・オベシ
ティ(sarcopenic obesity)」によってイン
スリン抵抗性が惹起されることも主
因のひとつとして考えられていますね。

荒木 確かに欧米のデータ
では、サルコペニック・オ
ベシティや筋力低下がイン
スリン抵抗性や糖尿病と関
連するという報告がありま
す。しかし、それが日本人
で本当に当てはまるかどう
かは今後検討すべき課題だ
と思います。

われわれが行った高齢糖
尿病患者の調査では、
DXA法で評価した筋肉量
の低下とインスリン抵抗性
との直接の関連は見られま

せん。ただし、糖尿病患者は非糖尿病
患者と比して、筋力や身体能力が低下
しやすいことがわかりました。療養指
導の上でも注意すべきことでしょう。

低血糖に対する脆弱性が特徴

横野 「高齢者糖尿病はエビデンスが
少なく、どのように治療すべきかわか
らない」とよく言われます。高齢者糖
尿病の臨床的特徴をどのようにとら
え、治療に当たればよいですか。

櫻井 高齢者糖尿病には多様性がある
ことをまず理解していなければなりま
せん。同じ高齢者といえども、非常に
元気な方もいれば、予後の限られた方
もいる。また、発症が青年期であり長
い経過をたどった糖尿病の場合もあれ
ば、高齢になってから発症した比較的
軽症な糖尿病の場合もあります。個々
の患者によって治療戦略や合併症予防
に対する考え方を変えていく必要があ
るのです。

荒木 高齢者糖尿病の大きな特徴とし
ては、低血糖に対する脆弱性が挙げら
れます。低血糖は転倒・骨折だけでなく、
認知機能の低下にもつながる恐れ
があり、可能な限り回避すべきもので

す。ただ高齢者は低血糖を起こしやす
い一方で、冷汗、動悸、手のふるえな
どのいわゆる低血糖の自律神経症状が
消失するケースが多く、めまい、ふら
ふら感などの非典型的な症状や呂律不
良、片麻痺などの神経症状が低血糖で
現れることがあります。これらは見逃
されやすいので注意が必要でしょう。

高齢者糖尿病を診る際は低血糖を回
避することを念頭に置き、特にそのリ
スクが高いと考えられる患者では、低
血糖の有無をいつも疑うこと、できる
だけ低血糖を起こしにくい治療方法
を選択することが大切です。

横野 より慎重にコントロールする必
要性がある高齢者糖尿病患者のスク
リーニングは、どのように行うべきで
しょうか。

荒木 米国における65歳以上の退役
軍人49万7900人のデータベースに基
づく研究報告2)によると、認知症にま
で至っていない認知機能低下や認知症
を持つ糖尿病患者は1年間の低血糖の
リスクが、認知機能が正常な人と比べ
てそれぞれ1.7倍、2.4倍と増加して
いました。したがって、認知機能の低

(2面につづく)

新刊のご案内
May 2012
医学書院
(精神科臨床エキスパート) これからの退院支援・地域移行
(標準臨床検査学) 臨床検査医学総論
(標準臨床検査学) 血液検査学
(標準臨床検査学) 運動器疾患の「なぜ?」がわかる臨床解剖学
(標準臨床検査学) 脳卒中の下肢装具
(精神科臨床エキスパート) 専門医から学ぶ 児童・青年期患者の診方と対応
(精神科臨床エキスパート) 双極性障害の心理教育マニュアル
(標準臨床検査学) 医療法学入門
(標準臨床検査学) 医学書院 医学用語辞典 英和・略語・和英

座談会 患者の「多様性」「個別性」に応える

＜出席者＞

●横野浩一氏

1972年神戸大医学部卒、74年同大第二内科医員。81年米国カリフォルニア大サンフランシスコ校附属細胞生物学研究所に留学。帰国後、92年神戸大第二内科講師、96年同助教授、97年同大老年内科教授を経て、09年より現職。日本老年医学会理事、日本糖尿病学会理事など役職多数。

●荒木厚氏

1983年京大医学部卒。89年東京都老人医療センター内分科。95年英国ロンドン大、96年米国ケースウエスタンリザーブ大に留学。帰国後、2006年東京都老人医療センター内分科部長、09年東京都健康長寿医療センター糖尿病・代謝・内分科部長に呼称変更、12年より現職。糖尿病患者の診療に従事するとともに、高齢者糖尿病の認知機能やQOLに関する研究を行っている。

●櫻井孝氏

1985年神戸大医学部卒。92年岡崎国立共同研究機構生理学研究所研究員、93年米国ワシントン大薬理学教室に留学。帰国後、2001年神戸大大学院老年内科助手、07年同講師を経て、10年より現職。専門は糖尿病、認知症、老年医学。



のですが、専門としていない医師が虚弱を疑うためには、患者のどのような点に着目すればよいのでしょうか。

荒木 「認知機能の低下が見られるかどうか」が判断しやすいと思います。認知機能が低下すると、身体機能や活動度の低下も見られるようになり、また心理的に不安定になる場合も多い。認知機能の低下を評価することで、虚弱に相当する項目のすべてではなくても、多くをカバーすることができます。

血糖コントロールには「下限」の意識が求められる

横野 高齢者糖尿病では血糖コントロールの基準も個別に考える必要があります。各国において、機能障害のない健康な高齢者と虚弱な高齢者として2段階に分けたガイドラインが散見されるようになりました。

米国老年医学会は、健康な高齢者はHbA1c 7.0%（以下、HbA1c値はすべてNGSP値で表記）未満としていますが、虚弱高齢者や余命が5年以下と推定される高齢者は8.0%未満としています<sup>3)</sup>。一方で日本糖尿病学会では、基本的には高齢者の血糖管理目標値を空腹時血糖 140mg/dL、HbA1c 7.4%以下としながらも、患者の状態を詳細に考慮した上で個別的な対応を行うことを呼びかけています。

また最近では、急激に血糖値の正常化を図ることが必ずしも予後によい影響を与えないこともわかってきたため、血糖コントロールの下限値を設定する必要性も指摘されるようになりましたね。

櫻井 そうですね。特に虚弱に該当するような高齢者糖尿病であれば、コントロール値の下限を意識して治療を行う必要があります。

横野 では、どの程度まで血糖値を下

げるとよいのでしょうか。例えば、米国の後向きコホート研究の結果によると、2型糖尿病の虚弱高齢者に対してはHbA1c 6.0%以上 8.0%未満の幅でコントロールすることが推奨されています<sup>6)</sup>。

荒木 SU薬やインスリンを使用している場合は、HbA1c 7.0%未満になると低血糖を起こす患者が多くなるため、下限値を6.0%とするのは少し厳しいように思います。

当院では、高齢者の血糖コントロール目標は2段階に設定すべきと考え、健康な高齢者はHbA1c 7.4%未満とし、認知機能低下や認知症がある虚弱な患者の場合はHbA1c 8.4%未満としています。

虚弱な患者の下限値は、SU薬使用の場合は6.9%、インスリン治療の場合は7.4%と設定し、安全域を作ることが大切だと考えています。

横野 薬剤に対する反応性の個人差を考慮することも必要ですね。薬剤を使用する際には、低血糖を回避するためにも少量から投与を始め、徐々に増量を図るなど、患者の状態を把握しながら進めるなどの配慮が大切です。

2009年以降、インクレチン関連薬として、DPP-4阻害薬やGLP-1アナログ製剤が臨床で使用できるようになり、薬剤の選択幅も増えてきました。GLP-1アナログ製剤は注射薬のため高齢患者への導入が難しい場合がありますが、DPP-4阻害薬は経口薬で使用しやすい印象があります。

荒木 DPP-4阻害薬は単独では低血糖が生じにくく、腎機能低下例でも使用できる場合が多いことから、高齢者では有用と言えます。

櫻井 DPP-4阻害薬は血糖値の変動が小さい点も非常に魅力的です。現在、青壮年患者でのエビデンスができており、基本的には高齢者もそれに準ずる形で使用してよいでしょう。しかし、これらのインクレチン関連薬に関する長期的視野に立ったエビデンスは確立されていない点は、十分に理解しておくべきことです。

コントロール不良に陥りやすい認知症合併例への対応

横野 高齢者糖尿病においては、コン

トロール不良になる原因として認知機能の低下が最も多く挙げられ、特に配慮が必要です。

まずは認知症の早期発見が重要になりますが、日々の診療ではどのようなことを心がけるとよいですか。

櫻井 普段の外来診療では、「もの忘れ」などの認知症早期に生じる記憶障害の症状や、生活機能障害の有無に関する情報を得ることから始めるとよいと思います。

国内外のデータから、糖尿病は脳血管性認知症のみならず、アルツハイマー型認知症のリスクであることもわかっています。外来診療の中で脳血管性認知症やアルツハイマー型認知症が疑われる患者を見つけ出し、精密な検査へとつなげていくことが大切です。

荒木 もの忘れがある患者を精査すると脳血管性認知症やアルツハイマー型認知症以外に、脳血管障害を伴ったアルツハイマー型認知症が約30%と意外と多いことが特徴です。高齢者の糖尿病では無症候性も含めると約半数に脳梗塞が合併していますので、つい脳血管性認知症と思いついで、アルツハイマー型認知症を見逃し、適切な治療の開始が遅れてしまうケースがあります。

櫻井 確かに高齢者では脳の動脈硬化が進み、小梗塞巣や虚血性変化がアルツハイマー型認知症でも出現します。一方、脳血管性認知症でも加齢とともにアミロイド沈着が見られ、老人斑が出現することもあります。

横野 著しい認知機能低下例や認知症合併例は、インスリン注射や経口薬の内服管理が困難となり、療養指導による治療効果も上がりにくくなることから多くの医師が難渋するところです。

櫻井 そうですね。ただ、認知症を合併した高齢者糖尿病は、糖尿病でない場合の認知症より、認知機能に改善の余地があることを忘れてはなりません。認知症の原疾患と慢性高血糖による認知障害が重なることでさまざまな症状が見られるわけですから、糖尿病を適正に管理することで認知障害の少なくとも一部分は改善し得るのです。ですから、あきらめずに適正な血糖コントロールをめざしてほしいと思います。

横野 具体的にはどのような数値をめざすとよいのでしょうか。

櫻井 ヒトでは明確なエビデンスはな

(1面よりつづく)

下がある患者について最も慎重に血糖コントロールすべきですね。そのほか、ADL低下、低栄養、多くの併発疾患を持っている人も低血糖を起こしやすい。こうした、いわゆる「虚弱」に該当する高齢糖尿病患者に対して、慎重な血糖コントロールが求められると思います。

横野 「虚弱」はどのように評価すればよいのでしょうか。

荒木 明確な定義は定まっていませんが、Friedらは①体重減少、②疲労感、③握力の低下、④歩行速度の低下、⑤活動度の低下、の5項目を挙げ、そのうち3項目以上当てはまる場合に「虚弱」に該当するとしています<sup>3)</sup>。

「虚弱」はもともと低栄養、サルコペニア、心理状態の悪化を含む概念ですが、最近では、認知機能低下、社会的サポート不足、多剤併用などを含めた多角的な「虚弱」の概念が提唱され、それが1年間の死亡率を最もよく予測すると言われています<sup>4)</sup>。

横野 老年医学を専門としていれば「虚弱」もわかりやすい概念だと思う

Advertisement for JIM seminars. Includes 'May 2012 新刊のご案内' and lists books like '2013年版 准看護師試験問題集' and '2013年版 保健師国家試験問題 解答と解説'.

Advertisement for a JIM seminar titled 'ゼロからの診断学' (Diagnosis from Zero) by Dr. Iwata and Dr. Nishino. Includes dates (June 17, 2012) and speakers.

上記価格は、本体価格に税5%を加算した定価表示です。消費税変更の場合、税率の差額分変更になります。

## ●表 糖尿病におけるCGA

- ①身体機能
  - 基本的ADL: 食事, 排泄, 移動, 更衣, 整容, 入浴
  - 手段的ADL: 交通機関を利用した外出, 買い物, 調理, 食事, 金銭管理, 薬剤管理, 社会活動
  - 視力, 聴力
- ②認知機能: MMSE や改訂長谷川式知能検査などで評価
- ③心理機能: 高齢者うつスケール (GDS-15, GDS-5), モーラルスケールなどで評価
- ④社会的状況: キーパーソン, 家族構成, 家族や友人からのサポート状況, 家族の介護負担, 居住環境, 経済的状態
- ⑤老年症候群の評価: 転倒, 排尿問題, 低栄養, サルコペニアなど
- ⑥治療に対する患者の希望
- ⑦糖尿病の状態: 病型, 病態, 血糖コントロール (高血糖, 低血糖), 動脈硬化の危険因子, 合併症の状態など
- ⑧併発疾患の状態: 他疾患の有無, 重症度, 生命予後

いのですが, 私たちの行った動物実験の結果からは, 低血糖のほか, 高血糖や血糖値の変動により神経細胞が障害されることがわかっています<sup>7)</sup>。ですから, 高血糖による認知障害を解除するために随時血糖の目標値として270—300mg/dLをめざし, 100mg/dLを下回らぬように保つべきだと考えています。荒木先生の臨床経験からはどのように思われますか。

**荒木** 認知機能低下を併発した低血糖のリスクの高い患者であれば, 血糖値は100mg/dLを下回らないようにコントロールすることが大事だと思います。

認知症合併例に限らず, 2—3か月の血糖変動の平均を表すHbA1cの値だけではなく, 血糖値の変動もコントロールの指標として重要であり, 血糖値の日内変動や日ごとの変動を見ることが大切です。

当院でも, 低血糖のリスクが高い患者さんに対しては, 可能であれば毎食前と眠前の血糖自己測定を週1回から月2回程度で実施をお願いし, 100mg/dLを下回る値が2日以上連続して見られるようであれば, インスリンやSU薬の減量を検討しています。

**櫻井** わが国で行われたJ-EDITでは, 高齢者糖尿病の認知機能の維持には, 脂質異常や血圧の管理も重要であることが示されています<sup>8)</sup>。血糖のみならず, これらの数値にも目を向けることを忘れてはいけません。

## CGAできめ細かな医療サポートを実現する

**横野** 糖尿病は医師による治療だけで

はなく, その後の療養生活で患者が自己管理を継続できるかが重要です。特に高齢者においては, 食事療法や運動療法の実施, インスリンの自己注射や経口薬の内服を実施することが困難となり, 家族や介護者によるサポートが必要となるケースも多いものです。

しかし, 患者によっては独居や居住環境からそれらのサポートが受けにくい場合もあります。それぞれの患者に対して, 療養生活を支える上でどの領域でどのようなサポートやケアが求められるか, 総合的な評価が必要です。

その評価方法として, 高齢者総合的機能評価 (CGA: Comprehensive Geriatric Assessment) が有効だと私は考えています。CGAは, 身体機能, 認知機能, 基本的日常生活動作, 心理機能, 社会的・経済的サポートの有無, うつ傾向などの項目を, 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です。患者の生活機能を包括的に評価することで, QOLを改善させる手段を検討することができます。

先生方の施設でも高齢者糖尿病に対してはCGAを実施されていますよね。

**荒木** 当院ではCGAによって心理状態を把握することが大切と考え, 表の評価を行った上で<sup>9)</sup>, 栄養士, 看護師などのコメディカルがうつ症状や不安感を持った患者の療養上の不安や悩みを聞いています。糖尿病の患者は食事, 運動, 服薬, あるいはインスリン注射のために日々の生活上の制限があり, 心理的な負担を覚えている患者も多いものです。CGAによって患者の心理機能を客観的に評価できるので, 医師, 看護師, 栄養士, 薬剤師, 臨床検査技

師などの医療チームで問題点を共有することに役立ちます。

**櫻井** 私は病診連携の情報共有にも有用だと感じています。かかりつけ医から紹介を受けたコントロール不良の患者さんに対してCGAを実施したところ, 家族のサポートが少ないとわかったことがあります。その結果から, より簡便に服薬できる薬剤に切り替える必要性をかかりつけ医と共有でき, 治療がうまくいった症例がありました。**横野** CGAは非常に有用な半面, 手順が煩雑, 時間がかかるなどの理由から導入をためらう医療機関も少なくありません。

**荒木** すべての医療機関の外来診療でルーティンに使用できるようにするには, 現在使用されているCGAの質問項目数がある程度絞り込む必要があります。

例えば「虚弱」の評価に相当する10個以下の質問に絞り, 看護師や栄養士などのコメディカル, 特に糖尿病療養指導士が実施できるようになると, CGAはもっと普及するのではないかと考えます。

**櫻井** そうですね。2012年度診療報酬改定で, CGAは入院中1回に限り100点の保険診療点数が認められるようになりました。認知症でもCGAが保険診療加算に必須となっています。包括的な高齢者医療に対して, ようやく社会的, 経済的な支援が開けてきたように思います。

**横野** CGAにより高齢者糖尿病の治療と管理の質が向上することは明白ですから, 今後も普及に結びつくよう保険診療点数の評価を検討していただきたいですね。CGAの普及は, 高齢者糖尿病の全人的な医療に資するものになるはずですよ。

\*

**横野** これまで高齢者糖尿病について医療側の視点に立った議論をしてきました。今後, 高齢者糖尿病はさらに増加すると見込まれており, 医療の場から介護の場へと移っていく患者も多いはずですよ。糖尿病では自己管理が大切になることを考えると, 今後は医療の面だけでなく, 介護サービスを含めた社会福祉の面からの議論が必要です。

**荒木** すでに介護が必要な高齢糖尿病患者は多くいます。一方で, インスリ

ン注射が医師と看護師にのみ認められている医療行為であるために, 介護施設側からインスリン治療患者の受け入れを拒否され, 十分なケアができないケースもあります。今後は, 介護職に資格制度を設け, その資格を持つ者であれば本人や家族の代わりにインスリン注射を実施できるようにするといった法的整備が必要なのかもしれません。**横野** 高齢者糖尿病の多様性に応えるためには, 医療のエビデンスを構築していくとともに, 介護サービスを含めた社会福祉を充実させていくことが必要不可欠と言えますね。本日はありがとうございました。(了)

## 参考文献

- 1) 厚労省「平成19年国民健康・栄養調査結果の概要」(2008年12月)  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/h1225-5a.html>
- 2) Feil DG, et al. Risk of hypoglycemia in older veterans with dementia and cognitive impairment: implications for practice and policy. J Am Geriatr Soc. 2011; 59(12): 2263-72.
- 3) Fried LP, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56(3): M146-56.
- 4) Pilotto A et al. Comparing the prognostic accuracy for all-cause mortality of frailty instruments: a multicentre 1-year follow-up in hospitalized older patients. PLoS One. 2012; 7(1): e29090. Epub 2012 Jan 11.
- 5) California Healthcare Foundation / American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes: Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. J Am Geriatr Soc. 2003; 51(5 Suppl Guidelines): S265-80.
- 6) Huang ES, et al. Glycemic control, complications, and death in older diabetic patients. Diabetes Care. 2011; 34(6): 1329-36.
- 7) Wang X, et al. Amyloid-β neurotoxicity restricts glucose window for neuronal survival in rat hippocampal slice cultures. Exp Gerontol. 2010; 45(11): 904-8.
- 8) Umegaki H, et al. Risk factors associated with cognitive decline in the elderly with type 2 diabetes: Pooled logistic analysis of a 6-year observation in the Japanese elderly diabetes intervention trial (J-EDIT). Geriatr Gerontol Int. 2012; 12(Suppl 1): 110-6.
- 9) 荒木厚. 糖尿病における包括的高齢者機能評価の活用. 月刊糖尿病. 2011; 3(8): 95.

## 糖尿病診療に携わる方へ

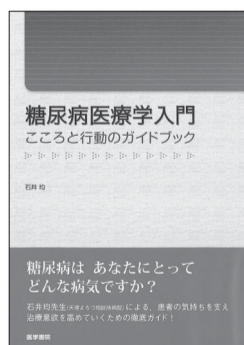
## 糖尿病医療学入門

## こころと行動のガイドブック

石井 均

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。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。

●B5 頁268 2011年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01332-1]



## 《JINスペシャル》

## これだけは知っておきたい糖尿病

編 榎田 出

糖尿病の患者指導, 患者ケアに必要な最低限の知識をぎゅっと凝縮。治療やケアの全体像をイメージでき, 患者と共有できる知識が満載です。日々の看護ケアで思う疑問も, これを読めば納得。情報の整理や「学び直し」にも役立ちます。

●AB判 頁168 2011年 定価2,310円(本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01389-5]



## フットケア

## 基礎的知識から専門的技術まで 第2版

編集 日本フットケア学会

足にトラブルを抱えフットケアを必要とする人は高齢者, 糖尿病患者にとどまらない。基礎知識から評価法, 検査法, 専門的ケア・治療技術, チームのススメ, 社会的サポート活用まで詳細解説する体系的テキストかつ実践書。入門者はもちろんレベルアップを目指す読者のニーズに対応。フットケア指導士認定セミナー指定テキスト。

●B5 頁264 2012年 定価3,360円(本体3,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01480-9]



## 糖尿病と心臓病

## 基礎知識と実践患者管理

編集 犀川哲典・吉松博信

本書は, 循環器内科医と糖尿病医との意見交換を通じて, 患者管理における問題点を共有化し, 相互理解を深めていくことをめざしている。糖尿病と心臓病の関係が具体的かつ平易にまとめられ, 日々の診療ですぐに活かせる工夫や患者指導のコツが満載。

●A5 頁312 2010年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01164-8]

## 内分泌代謝疾患レジデントマニュアル

吉岡成人・和田典男

第3版

脂質異常症, 糖尿病, メタボリックシンドローム, 甲状腺疾患... 内分泌代謝疾患は診療現場で当たり前のよう遭遇する。しかも新しい糖尿病治療薬の発売, 成長ホルモン補充療法の保険適用など, 常に知識のアップデートが必要な領域。毎日出会う内分泌疾患, 代謝疾患に誠実に向き合うための知識をふんだんに盛り込んだ充実の改訂版。

●B6変型 頁368 2010年 定価3,360円(本体3,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01011-5]

寄稿

# 男性糖尿病患者の性機能障害を支援する看護の現状

村岡 知美 埼玉社会保険病院 看護部/糖尿病看護認定看護師



●村岡知美氏  
1992年文恵高等看護学院卒。卒業後、埼玉社会保険病院入職。2007年糖尿病看護認定看護師取得。同院の糖尿病療養相談外来の開設にも携わり、糖尿病専門病棟や外来で、患者の療養相談を行っている。

「勃起不全 (Erectile Dysfunction:ED) は自覚できる生活習慣病」といわれ、男性糖尿病患者の30—70%にEDが合併しているという(文献)。糖尿病や高血圧といった生活習慣病がEDの原因に深く関与している場合であれば、適切に療養生活を援助することでEDは改善につながる。しかし、EDは疾患の性質上、羞恥心などの理由から医療者、特に女性の多い看護師へ相談しにくい側面がある。そのために適切な治療が受けられず、精神的につらい思いをしている患者も多いことが考えられる。また、看護師もEDを持つ患者にかかわってよかったと思える事例だけでなく、接し方に困った事例も数多く経験しているはずであり、ED看護に対してさまざまな思いを持っていることだろう。

筆者は、糖尿病看護認定看護師の有志とともに過去2年間、日本糖尿病教育・看護学会学術集会において、交流集会「本当はあなたの患者さんも悩んでいる? EDについて考えよう」「本当はあなたの患者さんも悩んでいる? そして私達も悩んでいる! EDについて考えよう 第2弾!」を開催して

きた。本稿では、交流集会の報告に加え、当施設のスタッフを対象に行ったアンケートの結果を通して、ED看護の現状を伝えたい。

## 踏み込んだ支援ができていないED看護

糖尿病の合併症として、網膜症、腎症、神経障害の3つがいわゆる「三大合併症」として挙げられる。EDが神経障害であることは言うまでもない。だが、私自身、糖尿病看護認定看護師教育課程の研修を受けるまで、糖尿病とEDの関連性について意識して考えたり、その指導や支援に積極的にかかわったりすることはなかった。というのも、神経障害の中でもEDは生命維持に支障がないことから緊急性が低いと考えがちであり、またEDに関する看護研究や事例報告は皆無に等しく、糖尿病との関連性について学習する機会がほとんどなかったためだ。

こうした現状を踏まえ、過去2年間に開催した交流集会では、普段私たち看護師があまり深く踏み込んだ支援ができていない領域として、EDにスポットを当てた。ED患者支援の促進につなげていきたいという思いから立ち上げた企画だ。

準備段階から、「女性患者と生理や出産の話は必ずするの、男性患者と性(ED)の話はなぜしないのか」「もしかしたら患者にとって、EDの話は大きなお世話なのかもしれない」「EDの問題が解決されれば、糖尿病についても前向きになれることがある」などの意見が聞かれ、企画者間で

激論を交わすこともあった。

## ED看護は、できれば“避けたい”?

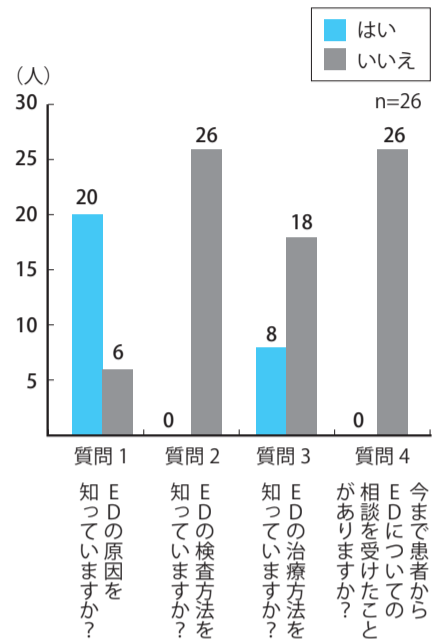
私たち企画者もさまざまな思いを持って臨んだ交流集会だが、活発な議論を通じて、参加者から貴重な意見をいただき、有意義なものとなった。「EDについて考えるきっかけとなった」「糖尿病療養指導士の仲間たちに伝え、各施設で今後の研修課題としていきたい」「患者との初面接の際にEDについて話を聞きたい」「ポスターの掲示、パンフレット配布をしていきたい」「糖尿病教室の中で必ず話していきたい」「EDについて勉強したい」など、今後の実践に結びつくような前向きな意見が多かった。EDの看護について興味、関心を持つ看護師や、支援したいと考えている看護師が思った以上にたくさんいることがわかった。

一方で気になる言葉もあった。「患者さんから相談されたときは、避けずに対応する」「教育の際は避けずに話をする」「EDについて目をそらさずに相談にのりたい」といった文中にある、「避けずに」「目をそらさずに」という言葉だ。彼ら彼女らにとって、「ED看護はできれば“避けたい”内容なのかもしれない」とくみ取ることもできる。特に女性看護師であれば、男性患者へEDの話を持ち出すには、勇気がいる場合もあるだろう。実際、私自身もEDの話をしたときに、セクハラと取られるような発言を患者から受け、落ち込んだこともある。

しかし、EDは糖尿病看護を実践していく者として積極的にかかわっていくべきテーマであることは間違いなく、患者に対して専門職として毅然とした態度、気持ちで接していくことが求められる。

## より豊かな「生」を支援するために

療養指導の場で、患者からEDについて率直な相談を受けることは少ない。相談しにくいという患者心理はもちろん、糖尿病とEDの関係を知らない患者が依然として多いことが理由として挙げられるだろう。糖尿病教室や療養相談外来における指導、パンフレットやポスターの掲示といった工夫により、医療サイドから積極的に患者へ



●図 EDの知識に関する当院糖尿病専門病棟看護師へのアンケート結果

アプローチをし、EDに関する知識を伝え、適切な治療へと結びつけていくことが必要だ。

それらを実践していくために、今後、ED看護を確立することが求められる。看護研究や事例報告の少なさから考えても、看護師のEDに対する関心が低いことがうかがえる。私の所属施設の糖尿病専門病棟看護師を対象に行ったアンケート結果からも、EDに関する知識は皆無に等しい現状だった(図)。患者からEDについての「訴えがない」「語られない」という以前に、まず医療スタッフの知識・関心の向上を図るべきだろう。

また、相談から治療までをスムーズに行える院内システムの構築も必要だ。当施設では、療養相談に訪れた男性患者にはEDの説明も必ず行うようにしているが、それでもその後の継続的な支援が行えていない現状がある。「積極的な介入は必要ない」という考えを持つ医師もいるため、看護師としてどこまで介入すべきか、できるかもあらためて考えなければならない。

今後、「あきらめ」という思いを患者に抱かせぬよう、より豊かな「生」を支援するための看護支援を実現していきたい。

## 参考文献

1) 高橋良当. 生活習慣病とED. クリニカルプラクティス. 2005; 24(12): 1222-5.



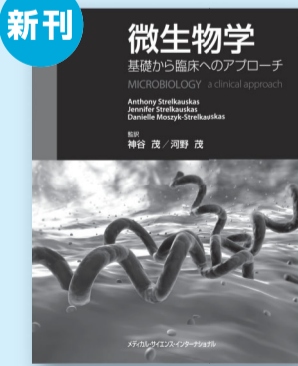
## ●交流集会のもよう

第15回日本糖尿病教育・看護学会学術集会の交流集会「本当はあなたの患者さんも悩んでいる? EDについて考えよう 第2弾!」には、計34人の参加者が集まり、ED看護について熱心な議論が交わされた。

## 感染症理解の基盤となる微生物学、これからのスタンダードテキスト

# 微生物学 基礎から臨床へのアプローチ

MICROBIOLOGY a clinical approach



監訳 神谷 茂 吉林大学医学部感染症学教室 教授  
河野 茂 長崎大学病院 病院長 / 長崎大学大学院歯学部総合研究科 新興感染症病態制御学系専攻感染免疫学講座 教授

- 感染症理解の基盤として必要な微生物学の知識を簡明に解説する教科書。
- 前半で微生物学の基礎を、後半で疾患との関わりを解説する構成。全体として、基礎と臨床が融合した絶妙のコラボレーション。現代の医療者にとっての必須知識を網羅。
- 原著者 A.Strelkauskas博士は“Who's Who Among American Teachers”にも選ばれた、教え方に定評ある名物教官。
- 読者を引き込む美文、一目で理解できる図は著者の経験により練り込まれ、講義を彷彿させる臨場感にあふれたもので極めて明解。暗記よりも理解を重視した教科書。
- 抗菌薬耐性や新興・再興感染症、バイオテロなどは、独立した章を設けて解説。
- 医学部をはじめ医療系、自然科学系学部の学生用教科書として最適であり、臨床家の復習書としても有用。

●A4変 頁640 図300・原色図405・写真105 4色刷 2012年

●定価 8,400円 (本体8,000円+税5%) ●ISBN978-4-89592-704-8

## ポイントを明快に解説、すっきりわかる

目次	第1部 微生物学の基礎	第4部 宿主の防御機構	第7部 光と影:微生物学における重要な論議
	第2部 感染症の機序	第5部 制御と治療	
	第3部 病原微生物の特徴	第6部 微生物感染症	

付録「問題集」は、弊社HP <http://www.meds.co.jp/> にてご覧いただけます (2012年4月下旬〜掲載予定)

## 医療事故の当事者になる前に、ぜひ読んでおきたい「リスクマネジメントのABCD」!

# 研修医のための リスクマネジメントの鉄則

日常臨床でトラブルをどう防ぐのか?

医療訴訟などの医療紛争は日本でもめずらしくはなくなった。しかし、そのような事故をどう予防し、いざ事故が起こった際にどう対応するかについては、十分な教育が行われているとはいえない。本書は、まだ臨床経験の乏しい研修医のために、医療現場におけるリスクマネジメントの基本をわかりやすく記した。日米の問題症例を紹介しつつ、明日から役立つ具体的なアドバイスを与える研修医必読の1冊。

田中まゆみ 田附興風会医学研究所北野病院総合内科部長



# 続 アメリカ医療の光と影

第221回

## 医療制度改革法 違憲訴訟

李 啓充 医師/作家(在ボストン)

無保険社会解消をめざして2010年に制定された医療制度改革法(通称「オバマケア」)に対し、フロリダ等26の州が原告となった違憲訴訟が起こされていることは以前にも述べた通りである(第2951・2953号)。ここまでの連邦地方裁・控訴審レベルにおける判断は、「合憲」と「違憲」がほぼ同数に分かれてきた。

### 医療保険加入義務化条項に疑義を呈する最高裁判事

3月26—28日、同訴訟に決着をつけるべく、最高裁における審理が行われた。最高裁では、審理時間は1案件当たり「1時間」とするのが慣例であるが、オバマケア違憲訴訟については、その重要性に鑑み、「のべ6時間」という異例に長い審理時間が割り当てられた。

最高裁における審理の実際は、通常の「裁判」とは大きく異なり、「口頭試問」の形式に酷似する。証拠調べや証人尋問が行われることはなく、9人の判事が「試験官」となって、原告・被告双方の弁護士(=「受験者」)に代わる代わる法律上の議論を挑むのであるが、意地の悪い質問をされて弁護士が答弁に詰まったり、答えに窮した弁護士に心優しい判事が助け船を出したり、といった光景が展開されるのである。

オバマケア違憲訴訟における最大の争点は、「医療保険加入義務化条項(インディビジュアル・マンドート)」である。病気になってから医療保険に加入する、いわゆる「逆選択」を防止するための処置であるが、「政府は、国民に対し、ある商品を購入しろと強制することができるのか?」という問いに対する憲法判断が求められているのである。

米国では、最高裁判事任命のプロセスが極めて政治的であるため、判事9人の構成も政治的にほぼ色分けされている。民主党政権下で任命されたりベラル派判事4人が「合憲」と裁定することはほぼ確実視されており、オバマケアの命運は、共和党政権下で任命された保守派の5人の判事の中から「合憲」と裁定する判事が現れるかどうかにかかっていると見てよい。

しかし、今回の審理では、保守派の中でも「中間派・穏健派」とされる判事たちが、保険加入義務化条項に疑義を呈する厳しい質問を連発、政府側弁護士が答弁に窮する場面が繰り返された。法律上の疑義をただすためにわざと手厳しい質問をすることもあって、個々の判事の審理での発言がそのまま最終的裁定を反映するわけではない。とはいえ、「違憲」判断が下される可能性を目の当たりにさせられただけに、オバマケア支持者の間には苦勞して成立させた法律が無効化されることについての不安が募っている。

さらに、今回の審理では、保険加入義務化条項が「違憲」である場合、オバマケアを全面的に無効とすべきか、あるいは、部分的無効にとどめるべきかについても議論が戦わされた。議論の過程で保守派のアントニン・スカリ

ア判事は「保険加入義務化条項はオバマケアの心臓部分。心臓を切り取れば法律全体が死ぬのは当然」とする趣旨の発言を繰り返して、オバマケア支持者を震え上がらせた。

### オバマケア全否定の裁定ならば 米国医療の大混乱は必至

そもそも、保険加入義務化条項は、以前にも説明した通り、民間保険業界を保護した上で皆保険制を実現する「本籍保守」の政策であった。大統領に当選するまでは、「公的保険の拡大」を主張してきたオバマとしては、保険業界の支持を取り付けて医療改革を実現するために受け容れた「妥協」の産物であったのだが、最高裁の判断次第では、妥協したことが命取りの結果を招くことになりかねないのだから、皮肉な状況となってしまった。

オバマケアは全約1000頁に及ぶ大部の法律であり、その条項は、部分的・段階的に施行される段取りとなっている。保険加入義務化条項が発効するのが2014年であるのに対し、すでに、扶養子女の加入年齢上限引き上げ、高齢者外来処方薬給付増、既存疾患を理由とした未成年者保険加入の拒否禁止等、多くの国民が恩恵を被る施策が実施されてきた。

さらに、オバマケアにおいては、質とコストの両面に責任を持つ新たな統合的医療サービス提供組織、「アカウントブル・ケア・オーガニゼーション(ACO)」の創設が定められていたが、2012年初めに、32のACOが発足、新制度の「先行」運用が始まっている。「違憲」の判断が下され、オバマケアが全否定された場合、上述した恩恵や新たな医療供給体制の試みがすべてご破算となるのだから、米国医療が大混乱に陥ることは火を見るよりも明らかである。

最高裁の裁定は、遅くとも6月末までに下される予定となっている。「合憲」と「違憲」、どちらの裁定が下されるのか?そして、「違憲」とされた場合、オバマケアは「全否定」されるのか、それとも「部分否定」とどまるのか?

最高裁がどのような判断を下すかは誰にも予測できないため、いま、米国医療界には、将来に対する大きな不安が、暗雲となって立ちこめているのである。



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、往診靴に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いている。往診靴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「メジャー」さん。さあ、何と語っているのだろうか?

### 在宅医療モノ語り 第26話

鶴岡優子 つるがめ診療所

### 語り手 使い手に合わせて仕事します メジャーさん

「脂肪を消費しやすくする」「カラダは変えられる」。そんな魅力的なナレーションが耳に残りました。俳優の香川照之さんが出ていたあのテレビコマーシャルです。人間ドックの腹囲の計測で、がんばって凹ませたお腹に、メジャーを当てられるあの名場面。「普通にしてください」。そんなこと言われても、ついがんばってしまう気持ち、わかる人も多かったのではないのでしょうか? 私たちの業界でも話題になりました。メジャーな業界ではないですよ。メジャー業界です。

病院の外来診察室でも、私たちの出番が多くなった時期がありました。「メタボ」という言葉が日常会話に浸透していった頃です。血圧を測定し、採血検査の結果も出て、診察になります。「はい、ちょっとお腹周りを失礼しますね」みたいな調子で私たちが登場するのです。腹囲が立派すぎて、私を持った計測者の腕が回りこめるかしらと心配になる方もいらっしゃいました。日々の食事や活動の内容を根掘り葉掘り聞かれ、「なぬ? 運動していない? じゃあ、ウォーキングなんかはいかがですか?」までがよくあるコースでした。

ザイタクではどうでしょうか? 使い方は職種によって多少の違いがあるようです。医師の往診靴に入っている私は滅多に出番がありません。先週は腹囲の計測がありましたが、それはメタボでなく、腹水のモニタリング。過去には上肢長、下肢長、最大の上腕周径、膝上10cmの大腿周径なども測ったことがあります。あれは『身体障害者診断書・意見書』の作成のためだったとか。書類作成といえば、介護認定審査会で使われる『主治医意見書』にもよくかかわることがあります。意見書には身長と体重を記載する欄があります。体重はすでに計測されていることも多いのですが、身長は結構あいまいなのです。「若い頃は160cm」とか、ベッドに横たわる姿から「どちらかといえば小柄」程度しかわからないことも。そんなときには私たちが役立ちます。

ケアマネジャーさんの中には私たちの愛用者が多いようです。「このお部屋にベッドが入るかしら?」「廊下で車いすは使える?」「トイレや台所に入っていける?」「玄関の上がり框の高さはどのくらい?」「手すりの高さは?」「杖の長さは?」……。それぞれを数字で把握しメモして、必要なモノや適切なサービスを利用者や家族と一緒にプランニングします。また、訪問看護師さんの靴にも私たちは入っています。例えば、褥瘡があれば大きさを計測。もちろんハードな定規もいいですが、私たちのほうがコンパクトで応用が利くのだとか。

ちなみに医師同士の会話で「メジャー」の単語が出たら、抗精神病薬のことを指すこともあるのでご注意ください。大学生同士であれば主専攻科目、野球の話であればメジャーリーグ、音楽の話では長音階。メジャーにはいろんな意味があるようですが、私の基本は「測り」です。

新緑のまぶしい季節。ぜひザイタクから外に出掛けてみましょう。無理強いはいできません。まず最初に患者さんやご家族の希望と不安を測ります。気持ちのギャップが埋められたら、次に段差や溝、階段にスロープをかけたり、移動を手伝ってもらうヘルパーさんを頼んだり、ハードとソフトで工夫します。介護保険のサービスを利用するためにも、初夏の日差しを浴びるためにも、さまざまなモノサシが必要となるのです。お互いの栄光の架け橋のために。



桜とスロープと私の接点  
桜満開の日、玄関前の階段にスロープが設置されました。車いすのお母さんを息子さんが見送りに連れ出します。栄光の架け橋の上で笑顔がはじけます。私のようなメジャーが働いた日を想像しました。

### 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 啓充

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、セーフティ・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らるとともに、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録。

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

医学書院

### ウィリアム・オスラーは、世界の歴史上、最も偉大な医師であったと言えるか?

#### ウィリアム・オスラー ある臨床医の生涯

William Osler: A Life in Medicine

▶本書は19~20世紀にかけて米国の医学教育の基礎をつくり、日本にも多大な影響を与えたウィリアム・オスラー博士のこれまでにない伝記である。ややもすると神格化されがちなオスラーを、膨大な資料の検証ときめ細かな調査に基づき、公正かつ客観的に、魅力的な「生身の人間」として描出。当時の社会や文化的背景も踏まえた医学史としても興味深い。医学生や臨床家が、現代医学の根底にある「医の哲学」を学び、考えるのに格好の書。またその生き方は、ひろく一般の読者をも魅了して止まない。

監訳 梶龍児  
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部  
感覚情報医学講座臨床神経科学分野教授

訳 三枝小夜子 翻訳家

定価3,780円(本体3,600円+税5%)  
A5変 頁620 図3・写真38  
2012年 ISBN978-4-89592-707-9

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.medsi.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

# 高齢者を包括的に診る 老年医学の エッセンス その17

## Boys Be Conservative! \*虚弱高齢者の薬物療法

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ただけで、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。本連載でお伝えしていきます。

大蔵 暢  
医療法人社団愛和会  
馬場公苑クリニック

実地臨床での観察を裏付けている。複数の慢性疾患や高齢者に特有の問題(老年症候群)を抱える虚弱高齢者は、通常多くの薬を服用しており、その服用目的は、痛みや便秘など現状での問題を改善すること、虚血性心疾患や脳血管障害など将来発生しうるイベントを予防することに大別できる。筆者は、特に虚弱高齢者に対して、必要最少限の薬をシンプルに服用する方針を打ち出して日常診療を行っている。その主な目的としては、①多剤服用による相互作用・副作用の出現リスクの最小化、②認知機能が低下している(可能性のある)高齢者の薬剤管理能力への適応、③新しい症状出現時の鑑別診断の簡素化、が挙げられる。

### 薬との関係の多様性

①や②に関しては多くの報告があり多言を要さないであろう。③に関しては、例えば10種類以上の薬を服用している虚弱高齢者が食欲低下やめまいを訴えて受診してきても、それらの症状が薬の副作用によるものか、それ以外の原因によるものかの鑑別は限りなく困難である。逆に解熱鎮痛薬と便秘薬しか服用していない高齢者であれば、最初から薬の影響が除外でき、それだけで鑑別診断が容易となる。また、必要があって新たに薬を追加する場合や一時的に風邪薬などを服用する場合も、もともとの服用薬数が少なければ、相互作用や副作用の発現率が低いことは想像に難くない。

高齢患者や家族の中には必要最少限の薬をシンプルに服用する方針に強く賛同してくれる方もいれば、多剤服用そのものに依存していたり、特定の薬にこだわりが強い人もいて、薬に対する思いの多様性が見てとれる。日常診療場面では、患者と薬との距離感を常に意識しておくことで、診療活動がよりスムーズになるだろう。

若年者と異なり余命が限られている虚弱高齢者への薬の適正服用に関しては、テキサス大学のHolmesの論説(Arch Intern Med. 2006 [PMID: 16567597])がよくまとまっているため、私見を交えながら概説する。

### その薬の服用によるベネフィットは?

通常、臨床試験で検出された薬の効果は統計学的有意差を持たないと医学雑誌に掲載されにくい。製薬会社や研

究者が主張する薬の効果が臨床的に意味があるかどうか、臨床医にはその結果を自分自身で吟味する姿勢が常に求められる。

例えば、アルツハイマー病の治療薬であるコリンエステラーゼ阻害薬はプラセボと比較して、70点満点の認知機能評価である Alzheimer's Disease Assessment Scale の認知機能下位尺度(ADAS-Cog)を平均2-3点ほど改善する(Ann Intern Med. 2008 [PMID: 18316756])。あるメタ解析によると、スタチン製剤は、高齢者の心血管イベントを絶対リスクで4.4%ほど減らせるという(JAMA. 1999 [PMID: 10612322])。

70点満点の認知機能検査での2-3点の改善は、臨床的にどれほどの意味があるのだろうか。罹患率15-16%の心血管イベントリスクを4.4%下げることのインパクトはどれほどであろうか。臨床医としてのセンスを生かして価値判断をしてほしい。

### そのベネフィットを得られるまでの時間は?

日本人の高齢者の平均余命を表に示す。意外に短いと思われた方が多いのではない。このことは、特に将来発生しうる臨床イベントの予防目的で薬を服用する場合、ベネフィットを得られるまでの時間を考慮する必要があることを意味する。

例えば、前述のスタチン製剤による心血管イベント予防はリスクを4.4%低下させるのに5-6年間かかる。また、高齢女性がビスフォスフォネート製剤服用後、平均4.2年間で大腿骨頸部骨折の頻度は1.1%から0.9%に、脊椎圧迫骨折の頻度は3.8%から2.1%に低下する(JAMA. 1998 [PMID: 9875874])。以上の結果を考慮すると、90歳以上の高齢者や高度虚弱高齢患者など余命が5年前後と思われる患者に、これらの薬を投与することには消極的であるべきだろう。

### 症例 朝鮮戦争を経験した77歳の 退役軍人患者Aさんが老年科 外来を定期受診した。

A「ヘイドック、前回から飲み始めたこの〇〇って言う物忘れの薬、チヨー高いんだけど、いったいどれくらい効くんだい?」  
筆者「臨床試験の結果を見ると、服用することによって認知症の進行を半年から1年くらい遅らせ、認知機能テストも服用しない人に比べて平均1-2点はよくなるらしいです」  
A「なんだその程度かよ、じゃあ飲む価値ねえな、もうやめたつと」  
筆者「そうですか……」

### そのベネフィットは コストに見合うか?

米国では医療費の個人負担が大きいため、症例のような会話がしばしば聞かれる。日本では伝統的な医師-患者

### ●表 高齢者の平均余命

年齢(歳)	男性(年)	女性(年)
65	18.9	24.0
70	15.1	19.6
75	11.6	15.5
80	8.7	11.7
85	6.3	8.4
90	4.5	5.9

厚労省による「主な年齢の平均余命とその延び」(2009年簡易生命表より)を改変

関係や医療界と製薬業界の緊密さ、出来高払い制度、患者の自己負担の少なさなどさまざまな理由から、診察室の中で医療行為に関するコスト意識は生まれにくい。

しかし筆者は「患者の窓口負担の増加」という万人に嫌われる施策が、意外に今後の日本の医療を変えるような気がしている。つまり患者が医療に対してより多く支払うようになると、当然コスト意識が高まり「今自分が受けている医療は、これだけの金を払う価値があるのか」と疑問を持ち始める。診察室で薬の効果や検査の意義に関して質問するようになり、医師はこれまでの「効きます」だけでは済まず、「どれくらい効くのか」「効くまでにどれくらい時間がかかるのか」「どんな副作用があるのか」についてより詳しく、正確に、そしてわかりやすく説明することを求められる。患者は医療者の説明やアドバイスを聞き、自分自身の価値観で治療や検査を選択し、必要性の低い医療を受けなくなることで、結果的に窓口負担を減らせるかもしれない。

### Boys Be Conservative!

本稿を執筆中、老年医学フェローの同僚Fがよく「USPSTF(米国予防医療専門委員会)のガイドラインはいつも保守的すぎるわ!」と息巻いていたのを思い出した。そのときは反論できなかったが、加齢とともにすべての臓器機能が低下する虚弱高齢者を診る医師は、すべての医療行為に関して Conservative(保守的)であるべきだと思う。

特に薬物療法に関しては「服用によるベネフィットやリスク、服用期間を患者とよく検討してから処方するよう努める」「Beers Criteria(高齢者には避けることが望ましい薬のリスト)に掲載されている薬の使用をできるだけ控える」「未知の部分が多い新薬にすぐに飛びつかず、データの蓄積された薬や副作用の少ない薬から使用していく」といった保守的な診療姿勢が必要ではないか。

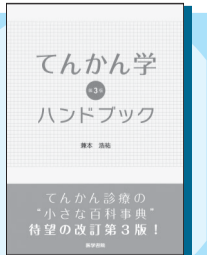
虚弱高齢者の診療には(通常ベネフィットが小さい)高度な検査をしたり、新しい薬を試したりといった華々しい部分は少なくてもよい。人生の長い航路を旅してきた老船が傾いたり沈没しないよう、伴走してやさしくサポートする巡視船のような役割が求められるのだ。

てんかんの「小さな百科事典」, 待望の改訂第3版!

## てんかん学ハンドブック 第3版

てんかん臨床の第一人者の手による診療の手引き書を6年ぶりに改訂。専門医以外でもてんかんをスムーズに理解できる構成で、てんかんに長年携わってきた著者だからこそ書ける「事例」や「臨床メモ」が満載の「小さな百科事典」。近年本邦で使用可能となった抗てんかん薬による処方戦略など、最新知見も大幅増補。精神科医、神経内科医、小児科医、脳外科医のみならず、てんかんに遭遇するかもしれない医師は読んでおきたい1冊。

兼本浩祐  
愛知医科大学精神科・教授



### 虚弱高齢者への薬物療法の方針

虚弱高齢者に薬を投与したとき、効果の大きさにはばらつきがあり、一般的に副作用が出現しやすい。筆者の個人的な実感ではあるが、同調する方は多いのではないだろうか。老年医学の教科書には「加齢や疾患による循環、代謝、排泄機能の低下や筋肉量・体水分量の減少に個人差が大きいため、薬を服用したときの薬物動態や薬理作用にばらつきが生じる」と書かれており、

## レジデンシーを 乗り切るための クリーンナップ!!

最強の装備・布陣で  
知識を学び、  
整理し、現場に臨む!

Textbook

Manual

ワシントンマニュアル 第12版

定価 8,820円(本体8,400円+税5%)

## 内科ポケット レファラン

MGH発!  
世界最強の「備忘録」

Bedside Memo

定価 4,200円(本体4,000円+税5%)

## ハリソン内科学 第3版

生涯の座右書として  
最高の教科書

Textbook

定価 31,290円(本体29,800円+税5%)

オープンが読み続ける  
レジデントに読み継がれる  
これぞ「マニュアル」

Manual

定価 8,820円(本体8,400円+税5%)

# Medical Library

書評・新刊案内

## ティアニー先生のベスト・パール

ローレンス・ティアニー ● 著  
松村 正巳 ● 訳

A5・頁146  
定価2,625円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01465-6

評者 松村 真司  
松村医院院長

指導医が学生・研修医のプレゼンテーションを聞きつつ、ホワイトボードに鑑別診断を記入していく。現在、わが国の外来カンファレンスではおなじみの光景であるが、そのルーツはティアニーかもしれない。

### 幅広い分野のパールが収められた臨床の宝石箱

筆者が研修を行った病院にティアニーが臨時講師として滞在した時のカンファレンスで、ホワイトボードいっぱいに病歴や身体所見のキーワードをマーカーで書きとどめつつ、思考回路をひもとくその姿を初めて見たときの衝撃は忘れられない。病歴や身体所見の情報をプレゼンターとの絶妙のやりとりで次々と引き出していく。プレゼンターから出てこない鑑別診断を加えながら、情報のピースを組み合わせて、症例をひもといっていくプロセスはエキサイティングですらあった。

ティアニーはカンファレンスの度に、過去の経験とエビデンスに基づいた箴言＝クリニカル・パールを残し、これらは初学者であった筆者の心に強く刻まれた。例えば、本書にも載っている「財布生検の施行は最も費用のかからない先端巨大症の診断法である」も、かつて参加したカンファレンスでティアニーが自分の上着のポケットから実際に財布を取り出しつつ披露した

パールの一つである。その姿を一度目にすれば、それは何冊の文献よりもくっきりと心に残り、時を経て輝きを失わない「宝石」になる。どうやら、これらの箴言が強く心に響いたのは、私だけではなかったようである。

この度、ティアニーのベスト・パールを集めた書が世に出ることとなった。本書には血管性疾患、感染症、腫瘍性疾患、自己免疫性疾患、代謝性疾患、中毒、先天性疾患など幅広い分野から117ものパールが収められ、まさに臨床の宝石箱となっている。その多くは、症例カンファレンスでよく遭遇する、発熱、全身倦怠感、呼吸困難、体重減少など、全身性疾患における鑑別診断の過程で生まれたものであり、ティアニーの鑑別診断の奥義が満載である。

ぜひ、本書は本棚には並べず、カンファレンス室の机の上にも置いておいてほしい。そして、似たような症例に遭遇したら、「ティアニー先生の本の〇〇ページに載っていたね」と、参加者で共有しよう。そうすることによって、いつものカンファレンスはたちまち、まるでティアニーがそこにいるかのようなエキサイティングなカンファレンスに変貌するに違いない。

## 《Ladies Medicine Today》 更年期・老年期外来ベストプラクティス 誰もが知りたい104例の治療指針

神崎 秀陽 ● 編

B5・頁408  
定価8,925円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01533-2

評者 木村 正  
阪大大学院教授・産科学婦人科学

医学や医療の高度化に伴い専門化が進み、体のパーツにはやたら詳しくならねばならないが、全人的な見地で物事を見ることが難しい時代になってきた。もともと産婦人科医は、妊婦健診という場で妊娠女性の健康問題のすべてに対して、たとえ専門的治療はできなくとも診断を行い、それぞれの専門家につなぎ、適切な治療・管理を行うという妊婦の健康のゲートキーパー(門番)の役割を担ってきた。妊娠中であっても感冒や膀胱炎といった一般疾患、高血圧、糖尿病などの生活習慣病、うつ状態などの精神的問題、頭蓋内出血や心不全、

### 女性の一生のゲートキーパー宣言

甲状腺クリーゼなどの生命にかかわる重篤な疾患までが一定の頻度で発生し、健診を行っている産婦人科医が初期対応を行わなければならない。妊婦健診では「〇〇の臓器しか診ません」という態度・知識では務まらないのである。

このような知識・経験がある産婦人科医がこれからの超高齢化社会に向かって更年期・老年期女性に対しても当然ゲートキーパーとして貢献すべきである。その際に妊婦とは異なる疾患の頻度や、年齢からくるさまざまな問題に向き合わなければならない。また、患者さんたちの意識が高まり、さまざま

## 循環器治療薬ファイル 第2版 薬物治療のセンスを身につける

村川裕二 ● 著

A5変型・頁360  
定価7,350円(税5%込) MEDSI  
http://www.medsi.co.jp/

評者 山下 武志  
(財)心臓血管研究所長/付属病院長

約10年前、1冊の「お化け本」が出版されました。若手の研修医からベテラン医に至るまで多くのファンを生み、ロングセラーとなったその本こそ、本書の初版『循環器治療薬ファイル』です。

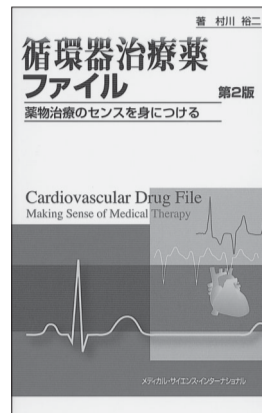
### 循環器医療に携わるすべての医師が読みたくなる本

そして、10年の月日がたつのを待っていたかのようなタイミングで、ほぼ全面改訂といえる第2版が出版されたと聞き、さっそく読み始めたところ……医学的な内容はもちろんのこと、まさに「村川ワールド」のバージョンアップ……循環器医療に携わるすべての医師が読みたくなる本です。スイスイと文庫本感覚で、そして楽しみながら読み進めていける、そんな特徴がパワーアップ。

「それは褒め過ぎではないかな」と思われた方は、本屋で序文だけでも立ち読みしてください。きっと気付いたときには、レジカウンターに並んでいることでしょう。

序文以外にもう1つの例を。急性心不全の章で、「新印象派」「色の三原色」「お尻に火がつく」なんて記載があります。何が急性心不全と関係しているのでしょうか。想像できますか?

「では、アバウトな感じの本かな」と思われた方、それも間違い。もしかしたら、村川先生はアバウトな感じを出そうとしているかもしれません。でも、なぜかこの本、そーっと重要な数



字(数式までも)がきちんと書かれています。変な魔力を持った本で、「睡眠中に流していると、いつの間にか英語が話せるようになるDVD」みたいな魅力。

何を隠そう、私が村川先生を知ったのは研修医のときです。その当時、新婚だった先生のご自宅に呼ばれて何度かお酒をいただきました。循環器内科医となってからも、大学の心電図研究室ではほぼ6年間机を横にして教えていただき、そしてたびたび本郷三丁目駅近くの安い焼き鳥屋で互いの愚痴をこぼしあいました。そしてそのころ、この「村川先生の

ファイルシリーズ」のきっかけとなる「ECGブック」を2人で翻訳し、その勢いで第1弾の「ECGケースファイル」を分担執筆したので、人生何ができるのか予想できません。

思えばあれからずいぶん時がたちましたが、村川先生はますます進化しているようです。初版から第2版の間には、循環器医学や医療の進歩だけでなく、そんな先生の進化を感じることが出来ます。そうそう、メディカル朝日連載の村川先生のコラム、毎回楽しみにしています。その挿絵を見ると、研究室の先生の机にあった多数の落書き(?)を思い出します。先生、あの落書きもずいぶん進化していますよ……。

まな診断や治療、あるいは生活指導に至るまで、私たちの行為すべてに根拠を求められることが多くなった。

本書はそのような時代の要請にぴったりと沿った内容である。Q&A形式で実際に患者さんが目の前にいるような臨場感で読むことができる。この年代の女性の訴えは時に複合的、時に相矛盾し一筋縄にはいかないが、その状況をよくとらえて各質問が構成されており、またキーワードが付けられて全体の理解を助けている。

本書を通読して一貫して感じるのは編者・神崎秀陽教授の、この年代の女性に対する限りない優しさをベースにした構成と、閉経周囲の女性に特有の大きな内分泌学的変化に対する深い洞察である。特にホルモン補充療法に関しては、実際の診療現場で説明に窮するような質問が数多く作られており、それらに対して根拠(エビデンス)に基づいた解決法が記されている。それ以外にも血圧、高脂血症、骨粗鬆症、

うつ、不眠、記憶力障害などに関する幅広い訴えが提示されている。婦人科がん検診に加えて、排尿障害、外陰の疼痛、性交渉の問題など、産婦人科医こそが対応できるが、なかなか日本の教科書や論文には出てこない項目も多く記載されている。一部に従来の習慣、感覚に基づいた記述がみられるが、これらは改訂版の際にさらに良いものへと磨かれてゆくであろう。

産婦人科医は、生殖医療に始まり胎児、新生児、小児から更年期・老年期に至る女性の一生のパートナーであり、ゲートキーパーであることがその存在の基本である。その上でさらに腫瘍や周産期、生殖などの専門性を持つべきである。基本を再構築するために、すべての産婦人科医に一読をお薦めする。

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

絵を眺めているだけでもためになる

### 新刊 シェーマでわかる胸部単純X線写真パーフェクトガイド

The Chest X-Ray: A Survival Guide

▶ 専門のメディカル・イラストレーターによる出来映えの良いシェーマをふんだんに盛り込み、写真のままではわかりにくい単純X線所見を視覚的に明確化。基礎から臨床応用までを二部構成で解説したコンパクトにして読みやすい胸部X線診断テキストの決定版。胸部単純X線所見の全てを網羅し、かつ画像が美しく見やすい。初学者には入門書として、ベテラン医師には知識と経験の整理に役立つ。—— 日常診療で胸部X線写真の読影を行っているすべての臨床医に捧げる、まさにこれぞパーフェクトガイド!

著: 栗原泰之  
聖マリアンナ医科大学放射線医学講座 准教授  
同大学画像センター長

定価6,825円(本体6,500円+税5%)  
B5変 頁400 図116 写真369  
2012年 ISBN978-4-89592-705-5

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

病気を正しく理解してもらうことで症状の悪化や再発を予防できる!

## 双極性障害の心理教育マニュアル 患者に何を、どう伝えるか

Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder

昨今、その重要性が高まってきている双極性障害患者に対する心理教育のノウハウをまとめた本邦初の実践書。病気の特性や原因、薬物療法や早期発見のポイントなど、医療関係者が患者に伝えるべき内容や手順を実際の心理教育プログラムの流れに沿って解説。また巻末には付録として患者の生活リズムなどを記録するのに使える表も紹介しており、精神科診療の現場でそのまま使える内容となっている。

原著 Colom F. Vieta E.  
監訳 秋山 剛  
NTT東日本関東病院精神神経科・部長  
尾崎紀夫  
名古屋大学大学院精神医学・  
親と子どもの心療学 教授

双極性障害の  
Psychoeeducation Manual for Bipolar Disorder  
心理教育マニュアル  
患者に何を、どう伝えるか

正しい病気の理解・治療で  
健康な生活を!

B5 頁200 2012年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01548-6] 医学書院

皮膚科治療のすべてがわかる! 全面改訂、オールカラー

# 今日の皮膚疾患治療指針 第4版

編集 塩原哲夫・宮地良樹・渡辺晋一・佐藤伸一

皮膚科専門医による、皮膚科専門医のための、「治療の教科書」決定版。定評ある「今日の治療指針」シリーズの皮膚疾患版として、400余疾患の治療法と処方例・患者説明のポイント、鑑別診断53徴候、検査法21、治療法42、写真点数987を収載。何度も読み返したくなる、現在の皮膚科学の英知の結集。乳幼児から高齢者まで、全世代の全身の皮膚症状を網羅しているため、一般内科医にも推奨したい。

●A5 頁1024 2012年 定価16,800円(本体16,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01323-9]



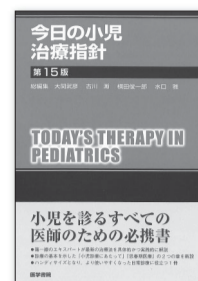
小児を診るすべての医師のための必携書

# 今日の小児治療指針 第15版

総編集 大関武彦・古川 漸・横田俊一郎・水口 雅

小児に関わる全領域を網羅し、第一線のエキスパートが最新の治療法を具体的かつ実践的に解説。今版では小児診療の際に押さえておきたい基本知識をまとめた「小児診療にあたって」、思春期に特有の問題を取り上げた「思春期医療」の2つの章を新設。ハンディサイズとなり、より使いやすくなった日常診療に役立つ1冊。

●A5 頁1028 2012年 定価16,800円(本体16,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01231-7]



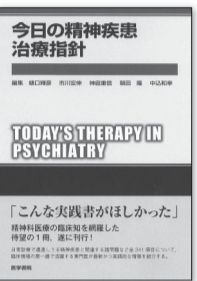
精神科臨床におけるありとあらゆる情報を網羅した決定版

# 今日の精神疾患治療指針

編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田 隆・中込和幸

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

●A5 頁1004 2012年 定価14,700円(本体14,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01380-2]



救急で診る患者にどう対応するか。救急に関わるすべての医師必携書

# 今日の救急治療指針 第2版

監修 前川和彦・相川直樹

編集 杉本 壽・堀 進悟・行岡哲男・山田至康・坂本哲也

臨床の第一線で活躍している執筆陣による救急に特化した治療指針。救急外来で遭遇する症候・傷病に関して、「緊急度」と「重症度」を重視して編集。初療時の考え方や対応の仕方(最初にする事、重症度を見分けるポイント、入院の判断基準)など、救急の現場で役立つ知識が満載。

●A5 頁984 2012年 定価13,650円(本体13,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01218-8]



最新・最高の治療年鑑。1081名のエキスパートが贈る最新の治療戦略

# 今日の治療指針2012

私はこう治療している

総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢

●医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2012」との連携:「治療薬マニュアル2012」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利 (「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

●各領域について「最近の動向」を解説

●日常臨床で遭遇するほぼ全ての疾患・病態への治療方針を解説

●各項目はすべて新執筆により毎年全面書き下ろし

●大好評の付録「診療ガイドライン」では、29の診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説

●付録「緩和医療における薬物療法」を新規収載

●デスク判(B5) 頁2064 2012年 定価19,950円(本体19,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01412-0]

●ポケット判(B6) 頁2064 2012年 定価15,750円(本体15,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01413-7]



この1冊さえあれば大丈夫!! 最も網羅性に優れた治療薬年鑑

# 治療薬マニュアル2012

監修 高久史磨・矢崎義雄

編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

+

別冊付録  
「重要薬手帳」

本書の特徴

●2,100成分、15,000品目の医薬品情報を2,500頁に収載

●副作用情報は症状に加えて対処・処置まで掲載

●使用目的や使用法、適用外使用など、臨床解説が充実

●各領域の専門医による総論解説、最新の動向を各章に掲載

●厳選された医薬品情報と代表的な処方例をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」

2012年版の特徴

●2011年11月掲載の新薬までを掲載

●新規付録、ヒヤリ・ハットの事例を紹介

●公知申請情報、製剤の味・風味情報を追加

●「歯科用薬」を新規収載



●B6 頁2560 2012年 定価5,250円  
(本体5,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01432-8]

「治療薬マニュアル2012」×  
「今日の治療指針2012年版」  
**合同プレゼント企画**  
特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2012年版」と「治療薬マニュアル2012」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2012」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2012年版」に同封の書籍の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください(2012年10月1日消印分まで有効)。

## 5月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。下記定価は冊子版の一部定価、消費税5%を含んだ表示です。

医学書院発行

公衆衛生	6月号	Vol.76 No.6 一部定価2,520円	運動とは何か	臨床外科	6月号	Vol.67 No.6 一部定価2,730円	よくわかるNCD National Clinical Database
medicina	5月号	Vol.49 No.5 一部定価2,625円	糖尿病薬の使い方2012 皆が知りたい新しい治療 A to Z	臨床整形外科	5月号	Vol.47 No.5 一部定価2,625円	重度後縦靭帯骨化症に対する 術式選択と合併症
JIM	5月号	Vol.22 No.5 一部定価2,310円	健診データで困ったら よくある検査値異常への対応策	臨床婦人科産科	6月号	Vol.66 No.7 一部定価2,835円	卵子の加齢 避けては通れないARTの課題
糖尿病診療マスター	5月号	Vol.10 No.4 一部定価2,730円	脳・心・腎連関を見逃さない	臨床眼科	5月号	Vol.66 No.5 一部定価2,940円	第65回日本臨床眼科学会講演集(3)
呼吸と循環	6月号	Vol.60 No.6 一部定価2,835円	新しい肺炎の概念 一医療・介護関連肺炎	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	6月号	Vol.84 No.7 一部定価2,730円	診療ガイドラインの エッセンスとその活用術
胃と腸	増刊号	Vol.47 No.5 特別定価7,560円	図説 胃と腸用語集2012	総合リハビリテーション	増大号	Vol.40 No.5 特別定価4,725円	リハビリテーションQ&A
胃と腸	5月号	Vol.47 No.6 一部定価3,150円	経鼻内視鏡によるスクリーニング	理学療法ジャーナル	5月号	Vol.46 No.5 一部定価1,890円	理学療法士のキャリアデザイン
肝胆膵画像	5月号	Vol.14 No.3 一部定価4,095円	肝癌 治療計画・支援のための画像診断	臨床検査	6月号	Vol.56 No.6 一部定価2,310円	めまいの生理検査
BRAIN and NERVE	5月号	Vol.64 No.5 一部定価2,835円	神経疾患のバイオマーカー	病院	5月号	Vol.71 No.5 一部定価3,045円	看護職の賃金・給与体系は どうあるべきか



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