

2015年6月29日

第3131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

- [対談]統計家を臨床医の良きパートナーに(森本剛, 新谷歩)/[連載]還暦「レジデント」研修記…………… 1-3面
- [寄稿]震災後の肺炎アウトブレイクを防ぐために(大東久佳)…………… 4面
- [寄稿]全国の医療者をネットでつなぐ学習会(木村真司)…………… 5面
- 日本精神神経学会,他…………… 6面
- MEDICAL LIBRARY…………… 7面

対談

## 統計家を臨床医の良きパートナーに



森本 剛氏  
兵庫医科大学 臨床疫学 教授

新谷 歩氏  
大阪大学大学院医学系研究科  
臨床統計疫学寄附講座 教授

臨床研究を支える統計の専門家である生物統計家が、日本の医学研究分野には少ない。生物統計家の人材不足は、昨今の臨床研究論文不正問題の遠因となっただけでなく、臨床研究の国際的な競争力をも失わせてしまっている。臨床研究の発展には、生物統計家の育成が急務であるとともに、臨床研究にかかわる医師にも統計学の知識や研究のリテラシーが求められるのではないかと。

医師として米国で生物統計を学び、現在日本の若手医師らに統計教育を行う森本氏、そして米国で20年にわたり、生物統計家として臨床研究や統計教育にかかわってきた新谷氏の2人が、日米両国の臨床研究の動向を比べながら、今後日本が進めるべき統計教育の在り方について提言する。

新谷 降圧薬バルサルタンをめぐる臨床研究の論文不正問題を発端に、臨床研究に関する問題に対し社会の厳しい目が集まっています。一連の不祥事が起こった背景として、研究の倫理的問題の他に、生物統計家(Biostatistician)の不在という、日本の臨床研究体制の脆弱性も浮き彫りになりました。

森本 臨床研究のチーム内に生物統計家が常駐していないことでチェック機能が果たされず、利害関係者による不正な解析を許してしまったわけですね。

新谷 そこで、国際水準の臨床研究推進などを目的として2015年4月に法制化された「臨床研究中核病院の承認要件」では、研究不正の防止に向けたガバナンスが盛り込まれ、さらに、実務経験を1年以上有する専従の生物統計家は2人以上必要と明記されました<sup>1)</sup>。ただ、臨床研究中核病院に匹敵する米国の施設では、30-50人も生物統計家がいるのがすでに当たり前になっています。

森本 この条件を一目見れば、日本はいかに生物統計家が不足しているかがわかりますね。

新谷 たとえ2人でも見つけるのは至

難の業でしょう。法制化を受け、2015年4月9日付の『日刊業界』では「臨床研究の質向上へ『生物統計家』育成急務 厚労省『やらねばならない課題』」との見出しが出たほどです。

### 生物統計家の不在が臨床研究に与える影響とは

森本 日本で生物統計家が不足している一番の理由は、ニーズに対し、育成数が少ないというギャップにあります。新谷 そうなのです。日米で比較できる2007年の養成数を見ると、生物統計学への博士号授与数は、米国120人<sup>2)</sup>。それに対し日本は、生物統計学のプログラムがある8大学のうち、主だった3大学で授与された博士号が、2007年に4人、2008年はなんと1人だけです<sup>3)</sup>。

また、主要医学雑誌における基礎研究の論文数を見ると、日本は世界で5位と上位に入りますが、臨床研究の論文数は、24位と大幅に後退しており、生物統計家の不足が影響していることがうかがえます(註1)。

森本 これは起こるべくして起こって

います。生物統計家に対する日米の認識にも違いがありますね(2面図参照)。日本で生物統計家という、新たな統計理論を開発する統計研究者が尊ばれ、臨床研究の実施を主たる仕事とする応用統計家は、アカデミアでは軽視される風潮があります。そのため応用統計家の多くはアカデミアではなく、企業に就職してしまうのです。

新谷 修士・博士を含め、医学系研究科以外の専攻からの学位授与が多いため、医療の現場からは足が遠のきます。森本 臨床医と一緒に汗をかく生物統計家が現場に少ないがために、臨床研究データの解析を企業内の統計担当者やアカデミアの統計研究者に依頼せざるを得ず、医師主導の臨床研究の解析においても結果的に「丸投げ」になっているのです。

新谷 人材不足は、研究不正を防ぐために機能しなければならないデータセンターの未整備も引き起こしています。データの信頼失墜や利益相反問題を招き、結果として臨床研究の国際的な競争力をも失ってしまう。今の日本の実情を米国で耳にしていた私は、対策が急務と考え、昨年帰国しました。

### 統計解析は“料理の味付け”、臨床研究は“食材選び”から

森本 日本では、臨床研究を医師と統計家が最初から共同で行うという認識がまだ少ないですね。

新谷 ええ。つい最近もこんな話を聞きました。国内のあるプロジェクトで、最初のデータ収集からかかわろうとした統計家が、「データを固定する前に統計家がデータに触るとは、前代未聞」と研究者に怒られたというのです。

森本 本来は、統計家と共に進めなければならぬ大切な作業です。米国では、そもそも臨床研究はチームで行うものと位置付けられています。新谷 統計家はデータ解析に限らず、グラントの申請や研究仮説を立てる段階から臨床医の相談に乗ります。そしてグラントが取れたらデータを一緒に集めてプログラムを書き始め、発表や論文執筆まで共に進めます。

というのも、NIH(米国立衛生研究所)のほとんど全てのグラントで、博

(2面につづく)

論文を紐解くための統計学の極意がここに

## 今日から使える 医療統計

新谷 歩

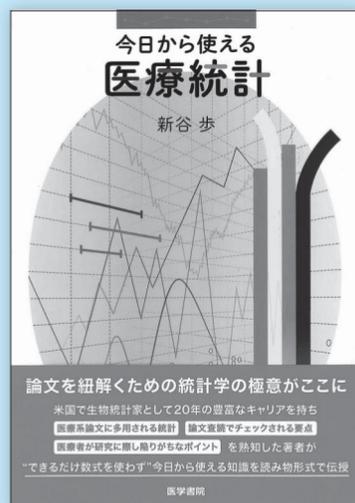
米国で生物統計家として20年の豊富なキャリアを持つ著者が、熟知した「医療系論文に多用される統計」「論文査読でチェックされる要点」「医療者が研究に際し陥りがちなポイント」を解説。“できるだけ数式を使わず”に今日から使える統計学の知識を、各章に例題/具体例/サマリーを折り込みつつ読み物形式で伝授。論文を紐解くための統計学の極意がここに。大きな反響を呼んだ「週刊医学界新聞」連載、待望の単行本化。

### Contents

- Lesson 1 統計の基礎知識-統計ってなんだろう
- Lesson 2 グラフの読み方・使い方
- Lesson 3 単変量統計テストの選び方
- Lesson 4 交絡と回帰分析モデル
- Lesson 5 症例数とパワー計算
- Lesson 6 多重検定
- Lesson 7 中間解析
- Lesson 8 多変量解析-説明変数の選び方
- Lesson 9 ランダム化比較試験(RCT)におけるデータ解析
- Lesson 10 インターアクション(交互作用)
- Lesson 11 感度・特異度
- Lesson 12 同等性・非劣性の解析
- Lesson 13 カプランマイヤー曲線

●A5 頁176 2015年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-01954-5]

医学書院



対談 統計家を臨床医の良きパートナーに

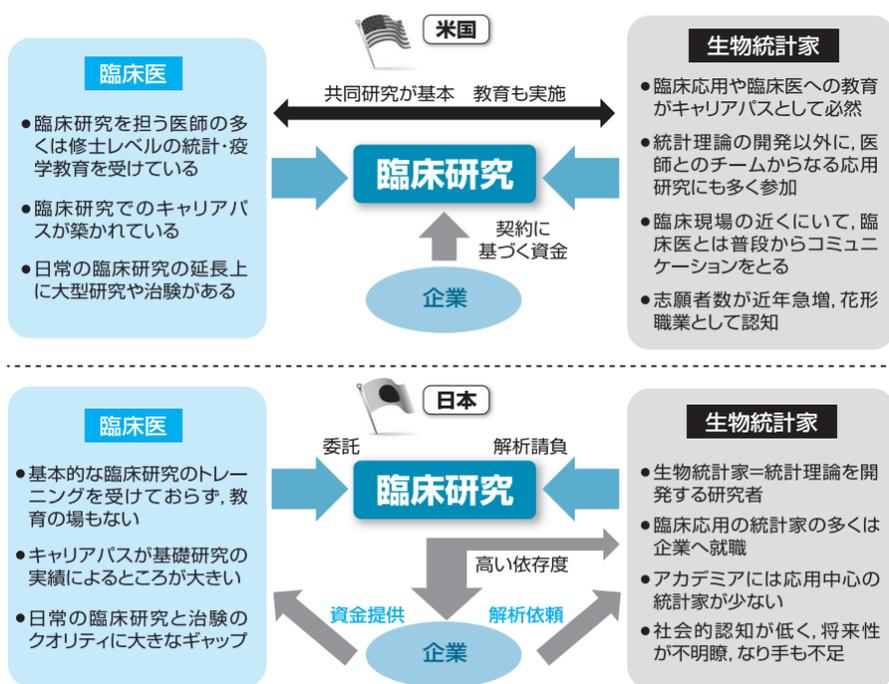
<出席者>

●もりもと・たけし氏

1995年京大医学部卒。市立舞鶴市民病院内科、国立京都病院総合内科で研修。2002年ハーバード大公衆衛生大学院公衆衛生学修士号、04年に京大大学院医学研究科内科系専攻医学博士号。Brigham and Women's病院総合診療科リサーチフェロー、京大病院総合診療科助手、同大医学教育推進センター講師を経て、11年に近畿大医学部教授、13年に兵庫医大総合診療科教授、14年より同大臨床研究支援センター副センター長、臨床疫学教授。専門は臨床疫学・生物統計学・総合内科学。多くの臓器別専門医と一緒にRCTからメタ解析までさまざまな臨床研究を実施し、JAMA, BMJなどに多くの論文を発表(約190篇)、また総合診療医の視点から医療の質に関する臨床研究論文も数多く執筆。各地で実践的な臨床研究教育を開催している。

●しんたに・あゆみ氏

1991年奈良女子大理学部数学科卒。96年米国イェ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年から13年間ヴァンダービルト大で生物統計家として勤務。14年より阪大大学院医学系研究科臨床統計疫学寄附講座教授、同大病院未来医療開発部データセンター長。主な専門はICUにおけるせん妄研究、糖尿病・リウマチ・がん・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など、臨床研究のジャーナルに多数論文を執筆(約190篇)。ヴァンダービルト大臨床研究修士号コースでは、若手医師の統計教育に深く携わり、数式を用いない実践的な教授法で、12年同大医学部でティーチングアワード賞を受賞。近著に、本紙連載を単行本化した『今日から使える医療統計』(医学書院)がある。



●図 日米の臨床研究体制の違い

いるのです。

“裾野の広い”統計教育で臨床医にも研究リテラシーを

森本 先生は、生物統計家の立場から、日本の臨床研究に資する統計教育をどのように進めるべきだと考えますか？

新谷 まず生物統計家の養成は必須です。しかし、1施設に数十人もの統計家がいる米国のような体制を作るのは、今すぐには難しい。そこで、生物統計家の育成を進めると並行して、研究に携わる臨床医に疫学・統計学を教え、研究リテラシーを身につけてもらおう、言わば“裾野の広い”統計教育を行っていくことが重要になると思うのです。

森本 同感です。私も、そう思いながら米国で生物統計を勉強し、日本で統計教育に携わってきました。

新谷 私は、イェール大で医療統計学の博士課程を修めた後、縁あってテネシー州にあるヴァンダービルト大のCenter for Health Services Researchに移り、2013年まで13年間勤めました。そこでの私の役目は二つ。臨床医の方々と共同研究を行うことと、若手の臨床医に対して医療統計を教えることでした。

森本 医療統計の教育はどのようなプログラムでしたか？

新谷 ヴァンダービルト大では2000年に、若手の医師に医療統計も含め臨床への橋渡しとなる研究の手法を教える、臨床研究修士号コース(Master of Science in Clinical Investigation: MSCI)が開設されました。1日3時間の講義を月20日、これを年数回に分け、2年間にわたって受けると修了です。毎年15—20人が卒業します。若手の医師に、臨床研究で使える統計ツールを提供することが目的ですから、私は理論よりもHow toを中心に、それも数式を使わず、いかに面白く教えるかを

第一に考えました。ここで学んだ医師が現場に戻り、臨床研究の若きリーダーとして活躍するのです。実際、共同研究では、研究グループと統計家の橋渡しは、臨床研究の手法を学んだ若手の医師が務めてくれました。

森本 MSCIのひな型になったのは、おそらくハーバード大公衆衛生大学院のProgram in Clinical Effectiveness (PCE)ではないかと、お話をうかがっていて思いました。元は総合内科医のキャリアパスとして、1987年に13人のクラスでスタートしたものです。

新谷 30年近く前からあったんですね。

森本 私がそのプログラムに入った2001年は120人くらいのクラスで、当時はすでに半分以上が臓器別専門医でした。そのとき、プログラムを受ける中で「これはいいな！」とピンときたものがあります。

新谷 それは何ですか？

森本 医師研究者と疫学・統計の専門家が日常的にディスカッションできる場があることです。プログラムでは、毎週金曜日の朝、受講しているフェローが研究の経過についてプレゼンをします。毎回、コメンテーターとして臨床研究が専門の総合内科医、臨床疫学家、生物統計家の3人が同席し、プレゼンを聞き終えると、臨床的な内容から研究デザイン、統計の方法論などを、丁寧に指導します。そういう環境でもまれるうちに、数か月後には、NEJM誌やJAMA誌などの一流医学雑誌に載る論文へと仕上がっていくわけです。

合宿研修やeラーニングでリフトアップを図る

新谷 まさに研究と教育が一体となった環境です。

森本 私も、日本に戻ってすぐ、医師が臨床を続けながら臨床疫学・統計学を学べるプログラムを企画しました。今も続くのが、京大循環器内科での臨

床疫学・統計学セミナーです。私が病棟近くに出向き、若手の医師を対象に教えます。病棟業務が落ち着く夜に統計の授業を毎月2回、それを1年間です。2005年にスタートしましたから、もう10年になります。

新谷 受講者は臨床の近くにいながら学べる、素晴らしい取り組みですね。

森本 2008年からは、琉球大の植田真一郎先生と一緒に「夏季臨床研究ワークショップ」という1週間の合宿形式のプログラムも行っています。こちらは、医師だけでなく、多職種がチームを形成し、沖縄で1週間缶詰になって、生物統計だけでなく、疫学、研究デザインまで学びます。

さらに2010年からは、京大循環器内科の木村剛先生と共に月に一度、午後の半日を、臨床研究のプロジェクトにかかわる若手医師の教育に当てています。これは、1人1回あたり、30分から2時間かけます。研究計画から、解析経過、発表資料、論文に至るまで、段階に応じ臨床的な視点と方法的な視点の両方から詳細にチェックしていくのです。私は総合診療の背景も生かして各専門領域の先生方とコミュニケーションを図りながら統計の教育に当たっています。

新谷 臨床研究をやりたい若手医師は多いですか？

森本 とても多いですよ。でも、医学部を出たからといって、即座に一人前の医師の仕事ができないのと同じで、統計も教科書で勉強したらずい臨床研究ができるわけではありません。やはり専門家の指導の下できちんと学ぶ必要があります。

新谷 先生がなさっているような医師に対する統計教育の気運を日本中につくらないといけませんね。私も「何かお手伝いしたい」という思いから、多忙な医師がいつでもどこでも学べるeラーニングを用いた統計教育を無料で行っています。元は米国で教えていた学生向けの動画を、1年半ほど前から無料でアップロードし始めたところ、これまでになんと4万件以上のアクセスがありました<sup>4)</sup>。その反響に驚いています。2012年からMOOC(大規模オープンオンライン講座)が広がるなど、教育の無料化が当たり前となった時代、eラーニングは有効な教育ツールになっています。今年の夏からはアメリカ発のMOOCのプラットフォーム「edX」を利用し、英語の医療統計講義も始めようとして準備しているところです(註2)。

森本 1対多数で、関心のある方を幅広くリフトアップしていけますね。

新谷 その上で、次に実際のデータに触れるような実践に入るのであれば、やはり、少人数でのディスカッションが必要ですから個別に専門のコースを受講してほしい。

森本 臨床研究は同じものが2つとない応用問題ばかりですから、知識だろ

(1面よりつづく)

士号を持つ統計専門家の参加が義務付けられているからです。最近では主要な国際学術誌も、統計専門家によるデータ解析を奨励しているとあって、統計家の需要はますます高まっています。

森本 私はよく、臨床研究を料理の手順に例えます。料理では、最後の“味付け”は大切ですね。臨床研究において統計解析はこの“味付け”に当たります。でも、本当に良い料理は、データ処理に当たる“調理方法”、きちんとしたデータである“食材”、さらにはしっかりした研究デザインとなる“畑や漁場”まできちんと作り込んでおかなければできません。ところが、日本の臨床研究ではすでに調理まで済んでしまったところで統計家に、「なんとか味付けをしてくれ」ということが非常に多い。国際学術誌にそのような論文を投稿しても、うまくいくことはまれです。

新谷 “Garbage in, garbage out”で、誤った研究デザインを基に集めたデータは、どんなに素晴らしい統計解析をしてもダメです。“良い材料”を仕入れるには、それを見定める疫学的な視点が欠かせません。生物統計家の養成では初めに疫学を教えます。統計家との共同研究が当たり前の米国では、臨床研究を志す医師の間でも、疫学や医療統計の基礎知識の必要性は重視されて

議論は出尽くした、今こそ、行動を！

医療政策集中講義 医療を動かす戦略と実践

団塊の世代が後期高齢者となる2025年の医療・介護ニーズと現在の提供体制の巨大なミスマッチをどう解消するかという、いわゆる「2025年問題」に対処するためには、いまが諸制度を状況に適合させる「ラストチャンス」。理想の医療を実現するために、患者支援者、政策立案者、医療提供者、メディアといったステークホルダーは何をすべきなのか。そのヒントを得るための、第一線で活躍する講師陣による20本の集中講義。

編 東京大学公共政策大学院 医療政策教育・研究ユニット



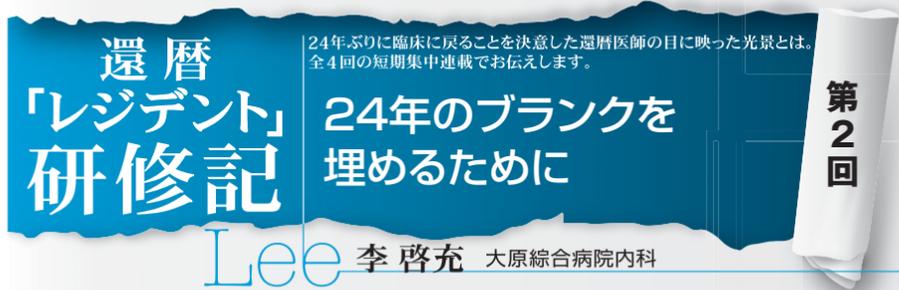
CT画像から肺末梢病変に至る気管支分岐を正確に捕捉するための方法とコツ

末梢病変を捉える 気管支鏡“枝読み”術 [DVD-ROM (Windows版) 付]

CT画像から気管支分岐を正確にイメージし、気管支鏡で肺末梢病変を捉えるためのノウハウを伝授。区域ごとに多数のCT像、気管支鏡像を呈示し、分岐の位置関係、病変捕捉のポイントを解説する。書籍と同一例の画像・動画を収めたDVDを用いて、実践的なトレーニングを繰り返すことができる。気管支命名法の基本からEBUS-GS法の実際まで、気管支鏡診断の技術を磨き上げた著者がそのテクニックを惜しみなく開陳。

栗本典昭 聖マリアンナ医科大学 呼吸器外科・病院教授  
森田克彦 JCHO下関医療センター・呼吸器外科部長





前回までのあらすじ：震災復興の一助になればと臨床復帰を決意したものの、どうやって24年のブランクを埋めたらよいのだろうか？

いかに天理よろづ相談所病院・総合診療部で厳しい卒後研修を受けたとはいえ、私の臨床経験は、米国に渡る前の10年間に限られていた。震災復興のお役に立とうと思うなら、24年のブランクを埋める再トレーニングを受ける必要があることは明らかだった。

## 中高年医の「再」研修 受け入れ先は見つかるのか

前回も述べたように、そもそも私が福島に深い思い入れを抱くようになったきっかけは、医学部同級生の村川雅洋君(震災時の福島医大病院長)から学会に招待されたことにあった。そこ

けではダメで、個別のことを解決する、オン・ザ・ジョブ・トレーニングで学ばなければなりません。そのため、私は講義だけでなく毎回必ず宿題を出しますし、何か教えた後は必ずフォローアップをします。

新谷 「手を動かし頭を使う」ことが大切で、ヴァンダービルト大のプログラムでもたくさん宿題を出しました。

## 市中病院も臨床研究部門の設置を

新谷 今後は教育の充実とともに、臨床で研究のできる場の整備も必要になると考えます。日米の臨床研究の現場を比べていかがですか。

森本 決定的な違いは、米国では臨床研究を行う医師や統計・疫学専門家は、大学だけではなく病院の、それも臨床部門にいます。ハーバード大のある関連病院では、総合診療科の科長である教授の部屋の横には臨床疫学の教授の部屋があり、さらにその横には生物統計学の教授の部屋が並んで

で、「張本人」に責任を取ってもらおうべく、震災数か月後に福島で開かれた学会で卒業以来の再会を果たした際に、「福島の医師不足解消の手伝いをしたいから、貴君の病院で研修させてほしい」と持ち掛けたところ、村川君は迷惑そうな顔をしてあさっての方向を向いたきり、返事すらしてくれない。病院として年寄りの「再」研修医を迎え入れた経験がなかったから逡巡したのか、同級生として個人的に私の人格を熟知しているが故に「危ない人間は入れたくない」と思ったのかは知らないが、研修を受けさせてくれそうにないことは疑問の余地がなかった。

その後、日本を訪れるたびに、出会った病院関係者に「臨床に復帰するので再研修の機会を与えてほしい」と頼み続けたが、社交辞令として好意的な返事をいただくことはあっても具体化に至った例はなく、時間ばかりがいた

います。臨床研究が共同でできますし、若手のフェローも、自分が進めているプロジェクトについて気軽に相談に来られます。

新谷 日本は今後どうすべきでしょう。

森本 市中の病院も臨床研究をサポートする部署を設けることです。すでに統計の専門家を置いている病院がいくつかあります。私はその一つ、神戸市立医療センター中央市民病院に月に2回出掛けていき、研究デザインや統計についての相談を予約制で受けています。この取り組みも2年が経ち、著名な国際誌に臨床研究論文を執筆する若手も出てきました。

新谷 研究を始める前、専門家に1時間だけでも相談するかしないかが、その後の研究の良しあしに影響しますね。

森本 ええ、相談の場が院内にあれば、医師も忙しい診療の合間に相談できます。今は、予約がなかなか取れないくらいニーズがありますよ。

新谷 このような場が増えれば、臨床医と統計家の共同研究もおのずと増え

ずらに経過した。「知り合いやコネに頼る作戦は誤りだった。白紙の状態から自力で研修先を探さねばならない」と痛感した私は、ロートル医師の臨床再研修を受け入れている医療機関をインターネットで検索し始めた。

探せばあるもので、私のようなブランクのある中高年医の「再」研修を受け入れている施設をいくつか見つけることができた。その中でも、私の目をひいたのが、地域医療振興協会のプログラムだった。実績があるだけでなく、しっかりした制度を運営しているという印象を受けたからである。

## 医師不足が深刻な 地域医療の現場へ

そこで、同協会ホームページの申し込み欄を通じて再研修応募の手続きを取り、面接の日取りを設定した。面接時に、「研修の原則はオン・ザ・ジョブ・トレーニングであり、過疎地の病院で臨床の実務をこなしながら指導を受ける」との説明を受けた後、「系列病院に私の情報を流し、受け入れる意思がある病院に手を挙げてもらう」段取りが決められた。幸いなことに、24年のブランクがあるというのに、3病院から再研修のオファーをいただくことができた(逆に言うと、医師不足が深刻だからこそ、私のような医師でも「欲しかった」のだろう)。手を挙げて

くださった3病院を実際に見学させていただいたが、いずれも真摯に地域医療に取り組んでいることはすぐにわかった。最終的に、市立恵那病院(岐阜県)でお世話になることを決めたのだが、同病院を選んだ理由は多分に恣意的なものであり、決して他の2病院が劣っていたわけではなかった(地域にブロードバンドのインターネットがまだ通じていない=レッドソックスの試合をオンラインで見ることができない、という理由で私の選から漏れた病院もあった)。

市立恵那病院の前身は国立療養所恵那病院。恵那市に移譲されたのとはほぼ同時に、その管理運営が地域医療振興協会に委託された。病床数199に対し常勤医師数は14(2015年4月現在)。24年のブランクを抱える60歳の医師を「労働力」として欲しがらるくらいだから、その勤務の過酷さは赴任する前から容易に推察された。

昨年4月、いよいよ恵那病院に赴任する際、私は留守宅を預かる子どもたちに「仕事がつらくて耐え切れなかったら3日で帰ってくるからよろしく」と言い置いて、人生で一番長く住んだ街ボストンを後にした。さすがに3日で逃げ帰ることはしなかったが、約1年に及んだ赴任中、ずっと「過労死の危険」におびえ続けることとなったのだった。

(この項続く)

るはずです。そのとき、医師が生物統計家に期待することは何ですか？

森本 医師と積極的にコミュニケーションを図ることです。先生は米国で何年も共同研究をし、臨床医とのやりとりは日常的にされてきたと思います。日本でも、統計家は臨床の場に出て、日頃から臨床医と話し、お互いの立場や状況を理解し合ってほしい。日本の臨床研究のこれからのキーワードは“コミュニケーション”だと考えています。新谷 統計の知識を持つ医師と、医学的知識も理解する統計家が、何年も一緒にチームで研究することで密な連携が築かれ、より大きなプロジェクトへとつながることは私も経験しています。

日本でも、両者の対話を通じ、統計家の育成、臨床医への統計教育を広げていかなければなりません。医師の臨床研究を応援したい統計家の一人として、それは私の使命でもあります。本日はありがとうございました。(了)

註1: 2003—07年(5年間)の論文について、国際連携指標C-Indexによる比較。対象誌は、基礎研究がNature Medicine, Cell, J Exp Med, 臨床研究は、NEJM, Lancet, JAMA。註2: edXは、マサチューセッツ工科大とハーバード大が2012年に設立したMOOCのプラットフォームで、現在、世界60大学が参加し、300のコースが受講可能。

### ●参考文献

- 1) 厚労省. 臨床研究中核病院の承認要件について. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072774.pdf>
- 2) Crank K. Counting Statisticians: How Many of Us Are There? AMSTAT NEWS. 2010. <http://magazine.amstat.org/blog/2010/05/13/countingstatisticians510/>
- 3) Hamasaki T, et al. Biostatistics on the Rise in Japan. AMSTAT NEWS. 2009. <http://magazine.amstat.org/blog/2009/11/01/internationalnov09/>
- 4) 阪大臨床統計疫学寄附講座. 「医療統計ビデオ講座」 [http://stat.academy.jp/?page\\_id=132](http://stat.academy.jp/?page_id=132)

本邦最大級の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

# 今日の診断指針

第7版

総編集

金澤一郎・永井良三

本書の特徴

- 症候編190項目と疾患編684項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇する全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
- 研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示
- 【第7版新収載】「帰してはならない患者・帰してもよい患者」(症候編各項目に掲載)

- デスク判(B5) 頁2144 2015年 定価:本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-02014-5]
- ポケット判(B6) 頁2144 2015年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02015-2]

医学書院

必要な医療・福祉サービスが  
みつかる! わかる! 活用できる!



# 医療福祉 総合ガイドブック

2015年度版

編集

NPO法人 日本医療ソーシャルワーク研究会

編集代表

村上須賀子・佐々木哲二郎・奥村晴彦

医療・福祉サービスを利用者の生活場面に沿って解説したガイドブックの2015年度版。最新情報をフォローし、医療・福祉制度がより理解しやすくなるように解説を見直し、大幅刷新! 全国共通で利用頻度の高い制度から地域によって異なるサービス例まで、幅広く網羅。利用者からの相談に素早く、より確実に対応するための医療・福祉関係者必携の1冊。

- A4 頁312 2015年 定価:本体3,300円+税 [ISBN978-4-260-02122-7]

医学書院

寄稿

東日本大震災の教訓から次に備える

震災後の肺炎アウトブレイクを防ぐために

大東 久佳 埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器内科・助教

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、公共機関・医療機関にも大きな損害を与えました。われわれ医療者は、通信手段が限られる中、被災地の医療ニーズをタイムリーに把握し、限られた資源を有効活用する難しさを実感したと思います。当時、医療現場では、阪神・淡路大震災の経験から、震災直後は外傷を中心とする外科的医療ニーズが増加すると想定されて...

筆者らは宮城県気仙沼市において、東日本大震災後に肺炎を原因とする入院と肺連関死が急増したことを多施設調査によって明らかにしました<sup>1)</sup>。本稿では調査結果を述べるとともに、肺炎の急激な増加に対してどのような対策が考えられるかを述べます。

震災後肺炎の実態を調査「本当に肺炎は増えるのか？」

東日本大震災後、宮城県気仙沼市(当時人口7万4000人)では、最大で2万人以上が冬場の避難生活を余儀なくされました。市内全域が停電、94.5%の家屋で通水不能、全戸でガスの供給が止まり、氷点下の中、劣悪な環境でした。医療機関の被害も同様に大きく、市内34医療施設のうち、21施設が全壊し、7施設が部分損壊となりました。

これまで、大災害の後に呼吸器感染症が増えるという報告はされています<sup>2)</sup>。ただ、それが被災を免れた医療機関への患者の集中による、「見かけ

上の肺炎患者数の増加”である可能性は否定できていない状態でした。そうした中、東日本大震災後も、被災を免れた災害拠点病院である気仙沼市立病院において、肺炎入院患者の数が急増。そこで、震災発生後に肺炎患者数が実際に増加したか否かを確認するため、調査に当たりました。

調査対象期間は、2010年3月1日—2011年6月30日。気仙沼市内で入院肺炎患者を受け入れている主たる3施設、気仙沼市立病院(451床、病床数は当時。以下同)、気仙沼市立本吉病院(38床)、大友病院(78床)に入院した、18歳以上の肺炎症例(院内肺炎は除く)の全例調査を行いました(図1)。なお、肺炎の同定には、British Thoracic Societyのガイドラインに基づく症例定義を用いて行いましたが、震災によってカルテとX線写真が流失しているケースも多くありました。そこで、カルテが残っており、画像上浸潤影を認めるものを「確定症例」、サマリーのみ残っており、病歴から肺炎として矛盾しないものを「推定症例」と定義することとしました。

避難所・介護施設からの入院患者数の多さが明らかに

その結果、対象期間中550例の入院肺炎症例を認め、325例が震災前(225例が確定症例、100例が推定症例)、225例が震災後(全例確定症例)に発症しており、震災直後より肺炎患者が急増していることが判明しました(図2)。震災後発症例の9割は65歳以上の高齢者であり、患者の大部分(95%)は気仙沼市在住でした。震災前後で患者の居住地の分布に大差はないことから、震災後、気仙沼医療圏以外から肺炎患者が集中した可能性は否定されることになりました。

住所が気仙沼市内の症例に限定し、

人口10万人当たりの肺炎発生率、肺炎死亡率を解析した結果からも、震災後、期間平均で入院症例は5.7倍(95%CI 3.9—8.4)、肺炎死亡例は8.9倍(95%CI 4.4—17.8)に増加し、その増加傾向を3か月にわたって確認。以上の結果から、気仙沼市では震災後、高齢者を中心に肺炎患者数が実際に急増したことが明らかになりました。

また、217症例(溺水関連症例8例を除く)のうち、117例が自宅、40例が介護施設、60例が避難所からの入院という結果も得られ、震災後肺炎症例の特徴として、避難所・介護施設からの入院患者数も多いことが判明。さらに、確定症例(溺水関連症例を除く)に限定してその特徴を検討すると、性別、年齢は震災前後での差はなく、介護施設からの入院症例は死亡率が45%と高い傾向、避難所からの入院症例は死亡率が10%と低い傾向にあるとわかりました。なお、インフルエンザなど特定の病原体との関係は認められず、急激な環境変化によって、高齢者を中心に肺炎が発生したものと考えられました。

ハード面で再考の余地あり

震災後、宮城県の沿岸部に位置する石巻地区、塩釜地区の病院からも肺炎増加は報告されており、大規模な地震・津波災害が、特に冬に起こった場合は、肺炎が多発する可能性が十分にあり。今後の大規模震災時の肺炎アウトブレイクの防止策を考える上では、いくつかの点から検討すべきだと考えます。

まず、地域の医療施設の設置場所や特徴といった、ハード面で再考する余地があるのではないのでしょうか。そもそも、被災したときに現地で入院機能を果たす病院がなければ、急増する患者にも対応しきれません。東日本大震災時には、本吉病院が津波で全壊し、災害拠点病院である気仙沼市立病院に患者が集中することになりましたが、気仙沼市立病院で地域の肺炎患者のほとんどを受け入れることができました。これは同院が小高い丘の上に位置したことから津波被害を免れ、入院機能を維持できたという地理的条件や、当時451床と実際の診療規模に比較して多

いベッド数を有していたという同院の特徴が幸いしたと考えられます。

例えば、南海トラフ大地震が発生すると、私の故郷でもある和歌山県は津波による壊滅的な被害に遭うことが想定されています。しかし、同県の沿岸地域には災害拠点病院や支援病院が集中しており、いくつかの病院は数メートル単位で浸水すると指摘されています。さらに悪いことに、和歌山の幹線道路である国道42号線は海岸沿いを走るため、津波被害により道路はいたるところで寸断されると予想されます。これでは陸路からの患者の搬送、医療支援チームの受け入れにも難渋しかねません。未来の災害に備え、災害拠点病院の高台への移転などといったことも検討する必要があると考えます。

ケアの適正な配置計画と、ネットワークづくりが鍵

もう一点は、震災後のソフト面での再考です。生命をも脅かす肺炎のアウトブレイクを、医療者の活動によって抑えるにはどのように対策を立てるべきでしょうか。実は、東日本大震災直後も、阪神・淡路大震災の経験を基に誤嚥性肺炎の増加は危惧されており、多くの歯科医師が被災地で口腔ケアを中心とした支援に当たっていました。

しかし、支援が入った状況であっても、気仙沼市では避難所、介護施設から多数の高齢の肺炎患者が入院し、亡くなってしまいました。震災直後は飲むための水の確保も難しく、口腔ケアを平常どおりに行うことが困難であったことに加え、急激な環境変化や十分な食事も取れない中、高齢者の体力が低下したことがその原因として考えられます。

今回の経験を踏まえると、水のない状況下を想定し、口腔ケア用品を備蓄する必要があるでしょう。また、避難所からの入院症例以上に介護施設からの入院症例の死亡率が高かったことから、避難所だけでなく、介護施設に対しても口腔ケアの手配を厚くするなど対応も計画しておくべきです。

そして何より重要となるのは、平時より地域における口腔ケアのネットワークを構築しておくことではないでしょうか。震災後の本吉地区では、在宅、介護施設を中心に口腔ケアの普及が進む結果となりました。こうした取り組みは、あらゆる地域でのモデルケースになると思われます。

参考文献

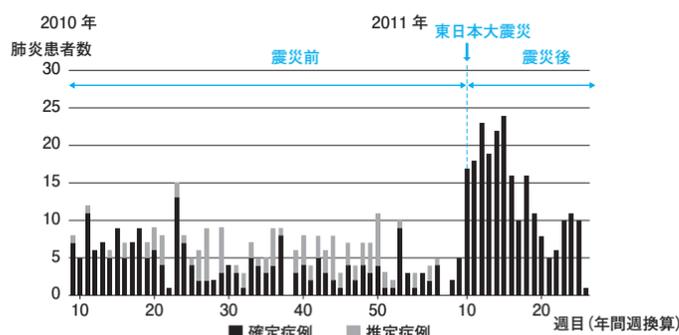
- 1) Thorax. 2013 [PMID : 23422213].
2) WHO. Epidemic-prone disease surveillance and response after the tsunami in Aceh Province, Indonesia. Wkly Epidemiol Rec. 2005; 80 (8) : 160-4.

● だいたう・ひさよし氏

2004年東北大学医学部卒。大崎市民病院、東北大病院を経て、2011年より気仙沼市立病院勤務。12年より現職。専門は肺がん診療。



● 図1 3施設の位置関係



● 図2 1週間当たりの入院肺炎症例数(2010年3月1日—2011年6月30日)

明日の精神科臨床を豊かにする51のエピソード

大人の発達障害を診るということ 診断や対応に迷う症例から考える

近年精神科領域で関心の高い「大人の発達障害」について、症例を通じて発達障害的な特徴を見出すポイントや具体的な支援・サポートの在り方について考察するもの。実際の診療場面を流れに沿って紹介し、どのようなやりとりで発達障害を疑ったのか、そのときに何を考え、具体的にどのような指導をし、その結果どんな効果や変化があったのかを紹介する。

編集 青木省三 川崎医科大学精神科学教室・主任教授
村上伸治 川崎医科大学精神科学教室・講師



国立長寿医療研究センター発、軽度認知障害(MCI)はここまでわかった!

基礎からわかる軽度認知障害(MCI) 効果的な認知症予防を目指して

認知症の前駆段階として注目を集めている軽度認知障害(MCI)。MCI高齢者への早期介入が認知症予防や発症遅延へのカギになると考えられている。本書は、国立長寿医療研究センターを中心に、MCIの知見を網羅し、現時点において何がわかっているのか、またどのような介入が有効なのかをまとめた。医師、理学療法士、作業療法士をはじめとした高齢者にかかわるすべての医療職が必読の1冊。

監修 鈴木隆雄 国立長寿医療研究センター総長特任補佐 桜美林大学大学院教授・加齢・発達研究所所長
編集 島田裕之 国立長寿医療研究センター老年学・社会科学センター 予防老年学研究部長



寄稿

# 全国の医療者をネットでつなぐ学習会

## 無料で参加できる「プライマリ・ケアレクチャーシリーズ／カンファレンス」

木村眞司 松前町立松前病院 院長

水曜の朝7時半、全国約80か所の病院や診療所でパソコンのスピーカーが鳴り出す。「おはようございます。松前町立松前病院の△△です。プライマリ・ケアカンファレンスの時間となりました。今日は京都府の〇〇病院によるケースシェアリングカンファレンスです。では、よろしくお願ひします」。画面に講師の顔とスライドが映し出されてカンファレンスが始まる。

「症例は39歳女性。主訴は関節痛。10日前に発熱・頭痛・関節痛で当院救急外来を受診し、内服薬処方後帰宅。2—3日で症状は改善しましたが……」。講師は現病歴をひととおり提示すると「どんな質問をしたいと思いますか?」と参加者へ問い掛ける。数秒後、全国の視聴者からチャット画面に書き込みが入り始める。講師はそれらに答えると、「現時点で考えられる鑑別診断は?」とさらに問い掛け。チャットには鑑別診断が次々と並んでいく。この後、身体所見、検査結果、最終診断と続き、解説へ。最後は質疑応答で締めくくり。午前8時、各施設から「〇〇病院7名参加。ありがとうございました」「△△診療所1名」などの参加報告があり、終了――。

これは、当院が主体となって運営するインターネット上の学習会の模様です。毎週水曜日と木曜日の朝7時半からの30分間、全国各地の医療機関や個人をつないで、プライマリ・ケアに関連する実用的な講義とカンファレンスである「プライマリ・ケアレクチャーシリーズ」と「プライマリ・ケアカンファレンス」を行っています。

### インターネットの学習会は世代と職種、地域を超えて

これらの学習会は、医療関係者ならどなたでも無料で参加できるもので、2015年6月時点で、43都道府県の291の施設や個人が登録しています。診療所、地方の中小病院、都会の大病院、大学病院など、あらゆる規模の施設が登録しており、北は北海道の礼文島、南は沖縄の宮古島まで広がっています。参加者の層も医学生、初期・後期研修医、中堅からベテラン医師、医療スタッフ(看護師、薬剤師、臨床検査技師など)と幅広い顔ぶれです。毎回の参加施設数は、水曜日は70—80か所(推定約240人)、木曜日は90—115か所(推定約300人)となっています。

水曜日に行う「プライマリ・ケアカンファレンス」では、冒頭に提示したようなケースシェアリングカンファレンス(症例共有会)や、症例の診断・治療などに関する一問一答形式の「症例クイズ」、そして文献の抄読会を行っています。参加している全国の診療所、病院、大学がこれらを交代で担当することで、大きなスケールで学習内容の共有が可能になっています。

@igakukaishinbun

本紙編集室でつづやっています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

また、木曜日に行うのが「プライマリ・ケアレクチャーシリーズ」で、プライマリ・ケアの実践にすぐに役立つ内容の講義としています。講師はほとんどの場合、各地の参加施設の医師が担当。そのため、内容もバラエティーに富んでいます。最近の講義のトピックの例は以下のとおりです。

- 「プライマリ・ケアのための骨関節X線の読み方」
- 「医師に知っておいてほしい口腔疾患」
- 「子どもの咳」
- 「褥瘡」
- 「30分でわかる不整脈講座」

### 「いっそのこと、同時中継しよう」から始まった

この取り組みが始まったきっかけは、01—02年度の厚生科学研究「北海道の地域医療における情報通信技術を用いた生涯医療教育及び遠隔医療支援」にまでさかのぼります。この研究の中で、札幌大地域医療総合医学講座(以下、講座)と当院はテレビ電話を用いて遠隔抄読会を開始し、その後、インターネットテレビ会議システムを用いるようになりました。そして04年に臨床研修が義務化された際、講座内で始めることにした大学病院の研修医向けの講義を「いっそのこと、インターネット上で同時中継しよう」と検討。同年5月、「初期研修医向けレクチャーシリーズ」として開始しました。

いざやってみると、さまざまなステージにある医師や他の医療職にとっても有用であることがわかり、半年後には「プライマリ・ケアレクチャーシリーズ」と改称。以後、さまざまな変更を経て満11年。15年6月末時点で通算522回を数えます。

さらに、レクチャーのみでは不十分と考え、「プライマリ・ケアカンファレンス」を05年10月に開始。こちらも、途中1年間の休止を挟んだものの、

通算400回以上を行っています。

### 生涯学習の場として発展

当院が運営の主体となったのは、2010年から。裏方として運営を支えてくれているのが、講座(主催者)と、むかわ町国保穂別診療所、参加者の皆さん、そして札幌大附属総合情報センターです。同センターがインターネットセミナー用のアプリケーション(V-CUBEセミナー)の費用を負担してくれていることから、これらの学習会の参加費は無料となっています。それ以外の運営は全て手弁当。各発表者にも無報酬で発表していただいています。

運営の大部分は当院の医師が担っているため、負担が大きいのも事実。カンファレンスの担当施設の割り当てやレクチャーの講師の依頼も結構な手間です。本番前のリハーサルにも長い時間を掛けています。そのぶん、膨大な経験やノウハウを蓄積しています。毎回事前にリハーサルをしても、年に数回は接続のトラブルに見舞われます。そんなときも参加者の皆さんは温かい目で見守ってくれております。

これらの学習会については、総じてうれしい声をいただいています。「内容が多岐」「頑張っている仲間がいるとわかる」「へき地離島でも生の声の情報を得られ、非常に有意義」「フラットな関係で議論できる」「地域医療や総合診療に興味・理解のある方の集まりという方向性がよい」「製薬会社主導でない点がいい」等々。生涯学習の場



●プライマリ・ケアカンファレンス時の画面イメージ  
左上に講師、左下にチャット画面、右にスライドを表示。視聴者の発言を拾いながら、インタラクティブな形で進められる。

として徐々に発展してきたことを感じています。参加者の皆さんと共に作り上げてきたものといえると思います。

### プライマリ・ケアの質向上も視野に

なぜ、この取り組みを続けてきているのか。それは、総合診療医(家庭医)やその他の医師、医療スタッフなどがどこにいても学ぶ機会が得られるようにするため。また、自前でカンファレンスを行うのが難しい医療機関にその機会を提供するため。さらには、都会や地方のたくさんの医療機関が繋がると、今後、さらに多くの医療者と共に学び、知識や経験を共有することにより、プライマリ・ケアの質を高めていくことにも貢献したいと考えています。ゆくゆくは、ビデオオンデマンドの導入、資料のデータベース化なども目指していきます。

全国の仲間と共に学ぶ「プライマリ・ケアレクチャーシリーズ」「プライマリ・ケアカンファレンス」で、皆さんも一緒に勉強してみませんか?

### ●「プライマリ・ケアレクチャーシリーズ／カンファレンス」に参加希望の方へ

下記の情報を記載の上、松前町立松前病院(mituharu@forest.dti2.ne.jp)にメールでお申込みください。1週間ほどでIDとパスワードを発行させていただきます(担当:吉野光晴内科部長)。



●松前町立松前病院一同(筆者は奥から2番目)でお待ちしています。

- ①施設名 (個人参加の場合は氏名 ※できれば所属も)
- ②都道府県・市町村名
- ③担当者名(個人の場合は氏名)
- ④参加登録用メールアドレス (hotmailはご遠慮ください)
- ⑤連絡用メールアドレス (確実に連絡のとれるアドレスを。連絡用メールアドレスに登録させていただきます)
- ⑥電話番号(確実に連絡のとれる番号を)
- ⑦参加のきっかけ(例:「週刊医学界新聞で読んだ」など)

※詳細は、札幌大地域医療総合医学講座ウェブサイト(<http://web.sapmed.ac.jp/chiiki/>)ご参照ください。

世界的スタンダード「カプラン」の薬物ガイド、最新版の邦訳

**カプラン精神科薬物ハンドブック**  
エビデンスに基づく向精神薬療法 第5版  
Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment, 6th Edition

▶Kaplan&Sadockによる精神科の定本「カプラン臨床精神医学テキスト」の簡便な手引書と対をなす精神科薬物ガイド、最新版。薬物療法の基本をおさえて、各薬剤に関し、作用機序ごとに臨床に即した実践的な使用法を解説。特に有害作用や薬物相互作用に関する情報が充実。最新のエビデンスに基づき内容を更新し、新薬を追加収録。精神科医を目指す研修医、専門医や精神保健関連職種はもちろん、向精神薬を処方する一般内科医、プライマリケア医にも有用。

監修: 神庭 重信 九州大学大学院医学研究院精神病態医学教授  
監訳: 山田 和男 東京女子医科大学東医療センター精神科教授  
黒木 俊秀 九州大学大学院人間環境学研究院人間科学部門教授

定価: 本体5,800円+税  
A5 368頁 図1 2015年  
ISBN978-4-89592-819-9

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

現場で“本当に”役立つ知識とは?  
雑誌「INTENSIVIST」の循環器関連特集号を再編集、さらに新章を追加し、バージョンアップ

**循環器急性期診療**  
Critical Care Cardiology

▶雑誌「INTENSIVIST」の循環器関連特集号(「不整脈」「急性心不全」「急性冠症候群」など)に最新の知見を踏まえて加筆、さらに新章を追加し全95章に再編集。重症循環器疾患の急性期管理を網羅。初療室からCCU/ICUを経て退院に至る過程の中で、患者の病態の把握や治療方針の決定に真に役立つ知識を提供。常に迅速かつ的確な判断が求められる循環器、急性期に関わる医師にとって、困難な状況を克服するための一助となる書。

編集: 香坂俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

定価: 本体9,200円+税  
B5 864頁 図278・表187・写真88 2015年  
ISBN978-4-89592-814-4

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル  
TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

# 新専門医制度の構築に向けて

## 第111回日本精神神経学会の話題から

2013年4月、厚労省より「専門医の在り方に関する検討会報告書」が発表されたことを受け、各専門学会が参加して組織された「日本専門医制評価・認定機構」が解散し、翌年5月に「日本専門医機構」(以下、機構)が新たに発足した。機構は中立的な第三者機関として、各学会との密接な連携のもとで専門医の認定、養成プログラムの評価・認定を実施し、これまで各学会が独自に行ってきた専門医認定基準の統一、専門医の質の担保を図る。

精神科は機構が定める基本領域(基幹18学会に総合診療を加えた19領域)の一つとなっており、日本精神神経学会では他の基幹学会と同様、機構との協議のもと「専門医制度整備指針」に沿った制度作りを進めている。第111回日本精神神経学会(会長=奈良医大・岸本年史氏、2015年6月4-6日、大阪市)において開催されたシンポジウム「精神科専門医制度の構築に向けて」(司会=藍野大・武田雅俊氏、大宮厚生病院・小島卓也氏)では、現時点での精神科専門医の専門研修プログラム整備基準案、機構認定専門医更新基準案が紹介され、今後の検討課題が示された。

### 精神科専門医の質向上と精神科医療の発展をめざす

「現在の精神科専門医制度における基本姿勢は、新専門医制度で全ての医師に求められる姿勢との共通点が多い」。シンポジウムの冒頭、新専門医制度について概説した山内俊雄氏(埼玉医大)は、現行制度をそう評価した。氏は新制度の導入に伴い、研修施設・指導医の役割が明確化されること、定期的な研修状況の点検や評価・フィードバックの実施によって研修の質が向上することに期待を示した。その一方で、専攻医の給与設定や地域医療の崩壊を来さない研修施設群の設定など、解決すべき問題点も多いと指摘した。

研修施設群の要件を解説したのは、森村安史氏(仁明会精神衛生研究所)。一施設での研修を想定していた従来のカリキュラムとは異なり、新制度では

一つの研修基幹施設と複数の研修連携施設からなる「研修施設群」での研修体制が、機構側より求められている。精神科においては、臨床の多くを単科精神科病院が担っていることに加え、大学病院や地域の基幹病院であっても精神科病床を持たない施設もある状況から、こうした特殊性を十分に考慮した施設基準設定の必要性を訴えた。

次に、齋藤利和氏(幹メンタルクリニック)が専門研修指導医となるための学会指導医資格(2016年から日本精神神経学会が認定を開始予定)について説明。過渡期の措置として、現在学会が委嘱している精神科専門医制度指導医には、そのまま学会指導医資格が付与され、5年後の更新時から新たな更新要件が適用される予定だという。また、研修評価には多職種による専攻医の評価、専攻医からの指導医・指導体制に関する評価、フィードバックの記録を行い、指導医の評価だけでなく、双方向性の評価システムの構築をめざすと述べた。

続いて、松田ひろし氏(柏崎厚生病院)が専門医資格更新時の留意点を説明した。更新の際の主な変更として、①ポイント制から単位制への切り替え、②必修講習の受講、③経験症例報告数の増加(2例から5例へ)を挙げた。2016年度から2019年度までは移行措置期間となり、どちらの制度での更新も可能。ただし、移行期間中に新制度での更新を行う場合には、認定期限によって取得すべき単位数が異なるため、注意が必要になる。専門医共通講習や診療領域別講習に関しては、新たに必修項目となる医療安全・感染対策・医療倫理講習会も含め、全国どこでも受講が可能なeラーニングシステムの整備に着手していることを明らかにした。

最後に登壇した司会の武田氏は、専門研修プログラム整備基準案、機構認定精神科専門医更新基準案に対してこ



●岸本年史会長

# 世界医学サミット京都会合 2015 開催

わが国初の世界医学サミット(World Health Summit: 以下、WHS) Regional Meeting Asia が、4月13-14日、国立京都国際会館(京都市)で開催され、世界各国から600人以上の参加者を集めた。

WHSは、世界有数の医科大学で構成されたM8 Allianceが企画・運営する国際会議である。2009年以来、毎年10月にベルリンで開催され、健康や医療を取り巻く諸課題について議論を深めている。今回のRegional Meetingは発足当初から日本を代表して参加している京都大学が主催した(会長=京大・湊長博氏、同・福原俊一氏)。



●開会式挨拶 Detlev Ganten氏 (WHS代表)

### ◆キーワードは、「健康長寿」

今大会の大テーマは「Resilienceを医療に——医学アカデミアの社会的責任」。テーマはさらに、「超高齢社会への挑戦」「自然災害への対応と準備」「次世代リーダーシップの育成」の3つの主要なトピックスに分かれた。

世界に先駆けて未曾有の少子超高齢社会に突入した日本は、世界の近未来の問題を凝縮しており、健康長寿をどのように維持・達成するかは世界の最大の関心事といえる。また、日本は世界一の長寿国ではあるものの、健康長寿となると世界一ではなくするという課題も抱えている。多くの高齢者が人生の中で長い要介護期間(不健康寿命)を過ごしていることは、本人、家族、社会の大きな負担となっている。その観点から注目を集めたのは「近未来の医療を支えるプライマリ・ケア」(座長=日本プライマリ・ケア連合学会・丸山泉氏、米インディアナ大・Thomas S. Inui氏)のセッションだ。急速な高齢化が進むわが国にあって、従来の治療・病院中心の高度専門医療だけでは立ちゆかぬのは明らかである。これに変わる予防中心、地域中心を志向する新しいシステムへの転換が求められている。日本が直面するであろう課題を世界のプライマリ・ケアの専門家と共有し、各国が抱える課題とも対比しながら、その解決策についてグローバルな観点から活発な議論が行われた。

一方、「健康なまちをデザインする——超高齢社会に向けた多分野協力」(座長=国立京都国際会館・木下博夫氏、京大白眉センター・後藤勲氏)のセッションでは、富山市長の森雅志氏より、同市における独自の取り組みが報告された。同市では、マイカーに過度に依存しない、歩いて暮らせる「コンパクトなまちづくり」を促進している。65歳以上を対象とした「おでかけ定期券」事業、「富山まちなかカート」貸出による高齢者の歩数増のほか、博物館や美術館などに祖父母と孫と一緒に来演・来館した際には入園料を無料とすることによる高齢者と家族の絆・外出機会の創出、公共交通の活性化、都心・公共交通沿線居住の促進、中心市街地活性化など、高齢者の健康で魅力的なライフスタイルを可能にする事業が注目を集めた。

4月17日に福島医大講堂(福島市)にて開催された、福島サテライトシンポジウム「震災をレジリエントな医療を構築する好機に」では、地震・津波・原発事故という甚大な三重災害に見舞われた福島でも、この健康長寿こそが全国のどこよりも切実な課題であることを明らかにした。M8 Allianceは、自然災害や経済危機のような外部からの衝撃と、高齢化や慢性疾患の急増、新興感染症の発生のような内在する危機に対応するためにはヘルスシステム自体の抜本的かつ迅速な変革が不可欠であると提言された。その上で、持続可能なヘルスシステムが備えるべき重要な資質は「対応する力」と「折れない力」の2つであるとした「京都・福島声明」を作成・採択し、世界に向けて発信。参加者に大きな感銘を与えた。

これまで寄せられた意見の集約結果を示した。精神科専門医制度委員会では、現在提出している基準案が臨時代議員会での承認を受け次第、より具体的なプログラムの作成作業に入る見通しだ。「2017年度からの運用をめざして

タイトなスケジュールとなることが予想されるが、精神科医療の改善・質の向上に資する、専門医制度の構築を進めたい」と意気込みを語り、新制度への移行に向けて会員の理解と協力を呼び掛けた。

## 医療崩壊を食い止めるために

# 医療レジリエンス 医学アカデミアの社会的責任



編集代表 福原俊一

少子高齢化社会を迎えた日本。このまま行けば医療崩壊は必至である。その崩壊を食い止め、よりよい社会を実現するために医学アカデミアは何ができるか。多領域の識者へのインタビューとWorld Health Summit京都会合のトピックスをまとめた示唆に富む啓蒙書。わが国の医療崩壊を防ぐヒントがここにある。

●B5 頁144 2015年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-02147-0]

医学書院

## 新刊

## 一般医のための

# 高齢者糖尿病診療マニュアル



高齢化に伴って糖尿病患者が急増しており、どの診療科にもみられるようになっただけでなく、その予備軍と考えられる層も多い。これらの患者に対応するには、合併症や治療法などの糖尿病診療の知識に加えて、高齢者の特性を十分に理解し個々の患者に応じて総合的にマネジメントする必要がある。今後必須となる理解と知識を、高齢者の診療を行っている各診療科の医師、そして老年病に詳しくない糖尿病専門医にも役立つようにまとめた、実践的マニュアル。

編集

下門顯太郎

東京医科歯科大学大学院医学総合研究科血液制御内科学/医学部附属病院老年病内科教授

井藤英喜

東京都健康長寿医療センター理事長

●定価:本体4,500円+税  
●A5変 200頁 図12 2015年  
●ISBN978-4-89592-820-5

## あなたの診療科にもいる高齢糖尿病患者に対応する実践書

好評

病棟レジデント、病棟医のための

# 高齢患者診療マニュアル

80歳の父母にベストな医療を提供する自信はありますか?

●定価:本体4,500円+税

●A5変 頁276 図54・写真23 2013年  
●ISBN978-4-89592-755-0

編

下門顯太郎

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.medsi.co.jp  
E-mail info@medsi.co.jp

# Medical Library 書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部(03-3817-5657)まで  
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

## 脳卒中ビジュアルテキスト 第4版

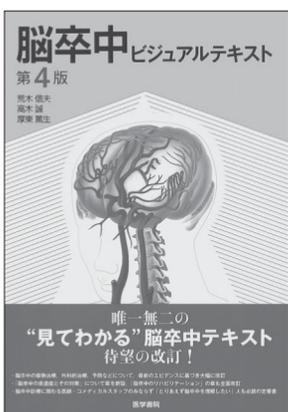
荒木 信夫, 高木 誠, 厚東 篤生 ● 著

A4・頁280  
定価:本体12,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02082-4

評者 鈴木則宏  
慶大教授・神経内科学

脳卒中のバイブル『脳卒中ビジュアルテキスト』が7年ぶりに改訂された。本書が故・海老原進一郎慶大客員教授、高木康行前・東京都済生会中央病院院長補佐、そして厚東篤生よみうりランド慶友病院院長(初版発刊当時慶大神経内科専任講師)の三方により、慶大神経内科の脳卒中診療の実践を根幹として著された名著であることは、脳卒中診療に携わる医療関係者万人の知るところであろう。1989年3月の初版出版後、版を重ねその都度、脳卒中および神経内科学の進歩を取り入れ、改訂第3版が出版されたのが

### 座右に置いておきたい珠玉の脳卒中テキスト



最大の特色である「イラスト」がかなりの割合で斬新で美しく、しかも「わかりやすい」ものに差し替えられ、あるいは新たに挿入されていることである。初版のイラストと比較して眺めると、医学教科書にも各時代にマッチした流れとセンスがあることが一目瞭然である。

本書は、常に進歩しつつある脳卒中の「今」の知識と情報を、state of artsのイラストとともに、われわれ読者に惜しげもなく披露してくれているのである。ぜひまず書店で本書を手に取り、数ページを繰っていただきたいと思う。思わず座右に置いておきたいと思わせる魔法のような抗し難い魅力に圧倒されることと思う。

内容は9つの章からなり、脳の解剖に始まり、診察の進め方、主要症候、脳ヘルニア、主要疾患、治療、後遺症と対策、予防、リハビリテーションへと進む。本書を眺めてみると、今回の改訂で注目すべきは、第5章「脳卒中の主要疾患」の分類の記述の斬新さである。「脳梗塞の臨床病型による分類」と「脳梗塞の閉塞血管と梗塞部位による分類」に明瞭に分けて記述され、極めて理解しやすい。まさに、臨床神経学における症候から病巣診断に至る「神経診断学」の王道が、脳卒中の臨

2008年であった。改訂第3版からは脳血管障害の臨床と神経病理学の大家である厚東博士を大黒柱として著者が若返った。脳卒中臨床の泰斗である埼玉医大神経内科教授の荒木信夫博士と東京都済生会中央病院院長の高木誠博士が新たな著者として加わっている。脳卒中の診療と治療および再発予防の進歩は日進月歩であり、脳梗塞急性期治療におけるt-PAの適応時間の延長や脳血管内治療技術の進歩などここ数年新たな動きがみられ、久しく改訂版の登場が待たれていたが、ついに2015年、内容も装丁も一新されここに改訂第4版が登場した。

一読して瞬時に気が付くのは、本書

## 脳のMRI

細矢 貴亮, 興梠 征典, 三木 幸雄, 山田 恵 ● 編

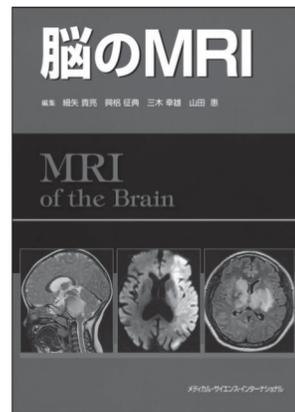
B5・頁972  
定価:本体15,000円+税 MEDSI  
http://www.meds.co.jp/

評者 新井 一  
順大大学院医学研究科長・医学部長/脳神経外科教授

メディカル・サイエンス・インターナショナル社から刊行された『脳のMRI』は、MRI解説書としては極めて斬新な内容となっている。私の知る限り、邦文で書かれた同種同類の書物は存在しない。放射線科医だけでなく、脳神経外科医、脳神経内科医、精神科医、脳のMRI診断に携わる全ての医師、さらには研修医、学生にも、本書を一読されることを強く推奨したい。

編集代表の細矢貴亮氏が序文で述べられているように、今から四半世紀前には神経放射線学のバイブルといえは Taveras や Newton and Potts の書であったが、CTやMRIの出現によりその存在意義は大きく変容してしまった。MRIは極めて直接的に病変を描出するが故に、極端ではあるが「誰がみてもわかる」といった乱暴な意見さえあった。しかしながら、実際はどうかといえば、さまざまな疾患の診断にMRIが用いられるようになり、さらに新たな撮像法が次々と開発されるなか、正しくMRI診断を行うためには、疾患の病態を理解し、MRI読影の原理原則をしっかりと修得することが求められているのである。決して、「誰がみても

### 極めて斬新なMRI解説書



わかる」という世界ではない。私が『脳のMRI』を読んだ後に得た発見は、四半世紀前に Taveras や Newton and Potts の書を読んだ時と同様の感覚、すなわち画像を中心に疾患の理解が深まったという、知識欲が充足された満足感を今回手にすることができたというものである。MRIの画像が中心ではあるが、対象となる疾患についてコンパクトかつ的確に解説がなされており、また必要に応じて項目ごとに関連する脳解剖についての記載もあり、大変勉強になる。本書の利用法としては、臨床現場で遭遇した疾患

の画像をその都度あたるという方法もあるが、さまざまな脳疾患についてMRIを軸に全般的に理解するために通読するといったこともお勧めである。『脳のMRI』は900ページを超える大作であるが、一行たりとも無駄のない、執筆者、編集者の情熱が伝わってくる内容となっている。本書の作成に関わった全ての方々に、心より敬意を表する次第である。また、今後本書は数年ごとに改訂される予定とのことであり、その進化に大いに期待したい。

床に存在することを指し示してくれているのである。すなわち本書により、臨床神経学の基本が脳卒中にあることをあらためて実感することができる。さらに第6章「脳卒中の治療」では最近進歩が目覚ましい脳血管内治療について詳細な説明が施されている。また、各項目の随所には、当該項目にまつわる興味深い逸話や、より内容を掘り下げた解剖学的・病態生理学的な解説が「MEMO」としてちりばめられている。年配の臨床家にとっては懐かしく郷愁を呼び起こされる「脳循環代謝改善薬」なる話題も配備されてお

り、現在の視点からの鋭い解説に感激を禁じ得ない。この「MEMO」だけを拾い読みしても、時がたつのを忘れて本書に引き込まれてしまう。これから脳卒中の基礎を学ばんとする医学部生・研修医にとって、神経内科専門医・脳神経外科専門医・脳卒中専門医をめざす医師にとって、さらには大成した専門医にとっても、最新の脳卒中を短時間で、しかも効率良くわが物にできる素晴らしいテキストが、内容も装いも新たに颯爽と登場した。まさに「珠玉の脳卒中テキスト」である。

## DSM-5® 関連書籍

### DSM-5® 診断トレーニングブック

診断基準を使いこなすための演習問題500

原著 Philip R. Muskin/監訳 高橋三郎/訳 染矢俊幸・北村秀明・渡部雄一郎

DSM-5に関する約500題の問題とその解答・解説を掲載。診断分類・診断基準に関する問題はもとより、経過や有病率、併存疾患などに関連する問題や症例の要約を提示して診断を問う問題など、バリエーション豊かな構成。

●A5 頁400 2015年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02130-2]

### DSM-5® ケースファイル

原著 John W. Barnhill/監訳 高橋三郎/訳 塩入俊樹・市川直樹

DSM-5の診断分類に沿って、100を超える具体的なケースを収載した症例集。各症例は、症例提示、診断、考察の流れで統一され、診断を考えながら症例提示を読むことによってDSM診断についての理解を深めることができる。

●A5 頁448 2015年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-02144-9]

### DSM-5® 鑑別診断ハンドブック

原著 Michael B. First/監訳 高橋三郎/訳 下田和孝・大曾根彰

DSM-5診断基準を用いた鑑別診断の進め方を解説した実践的テキスト。幻覚や不安、抑うつなど、29の主要な精神症状についてフローチャート形式で疾患を絞り込み、その疾患を早見表で鑑別することができる。

●B5 頁268 2015年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-02101-2]



## 医学書院

既刊

### DSM-5® 診断面接

### ポケットマニュアル

原著 Abraham M. Nussbaum  
監訳 高橋三郎/訳 染矢俊幸・北村秀明

DSM-5に即した精神科診断面接の進め方を平易に解説し、30分間での面接の進め方や各疾患での患者への具体的な質問例など実践的なノウハウを豊富に掲載。

●B6変型 頁304 2015年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-02049-7]

### DSM-5® 精神疾患の診断・統計マニュアル

原著 American Psychiatric Association  
日本語版用語監修 日本精神神経学会  
監訳 高橋三郎・大野 裕/訳 染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村 将・村井俊哉

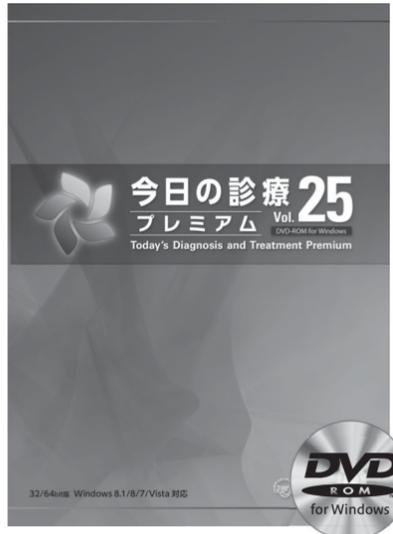
●B5 頁932 2014年 定価:本体20,000円+税 [ISBN978-4-260-01907-1]

### DSM-5® 精神疾患の分類と診断の手引

原著 American Psychiatric Association  
日本語版用語監修 日本精神神経学会  
監訳 高橋三郎・大野 裕/訳 染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村 将・村井俊哉

●B6変型 頁448 2014年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-01908-8]

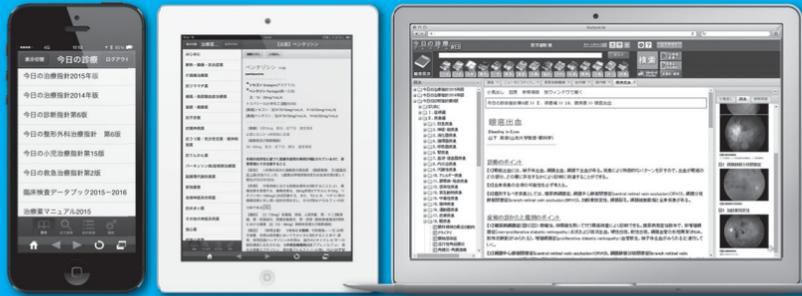
# 国内最大級の総合診療データベース 診療に関する最新情報を簡単に検索できます



# 今日の診療 プレミアム Vol.25 DVD-ROM for Windows

●DVD-ROM版 2015年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610063]

### 「今日の診療プレミアムWEB」を パソコンやタブレット、 スマートフォンでご利用いただける 「Web閲覧権」がついています。



※利用可能期間は、お申し込み後1年間です。お申し込みは、2016年4月30日で締め切らせていただきます。  
※「今日の診療プレミアムWEB」ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。  
※推奨Webブラウザ：Internet Explorer9以降、Chrome35以降、Firefox30以降、Safari6以降

医学書院のベストセラー書籍15冊、約100,000件の収録項目から一括検索



### 治療薬検索は独自機能でさらに便利に

「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。



### データはPCにインストールできます

本商品(DVD-ROM)のデータは、PCにインストールできます。また、オンラインライセンス認証を行えば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。  
※データのインストールは、最大3台までのPCに行うことができます(ライセンス認証を受けた特定の1人が行う場合)。  
※オンラインライセンス認証を行う際、本商品をインストールしたパソコンがインターネットに接続していても、別途インターネットに接続できるパソコンがあれば、認証作業を行うことができます。

骨格をなす8冊を収録した  
「今日の診療 ベーシック Vol.25」もご用意しております



## 今日の診療 ベーシック Vol.25 DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610087]

※「今日の診療 ベーシック Vol.25」には、Web閲覧権は付与されません。

### 収録内容

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2015年版 Update
- ② 今日の治療指針 2014年版
- ③ 今日の診断指針 第6版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2015-2016 Update
- ⑧ 治療薬マニュアル 2015 Update

\*書籍とは一部異なる部分があります

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第2版
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス New
- ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑮ 医学書院 医学大辞典 第2版

## 2015年7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。 医学書院発行

公衆衛生 8月号 Vol.79 No.8 1部定価：本体2,400円+税	公衆栄養への期待	臨床婦人科産科 7月号 Vol.69 No.7 1部定価：本体2,700円+税	専攻医必読 基礎から学ぶ 超音波診断のポイント
medicina 7月号 Vol.52 No.8 1部定価：本体2,500円+税	自信がもてる 頭痛診療	臨床眼科 7月号 Vol.69 No.7 1部定価：本体2,800円+税	第68回日本臨床眼科学会講演集(5)
総合診療 (旧 JIM) 7月号 Vol.25 No.7 1部定価：本体2,300円+税	ここを知りたい! 頭部外傷初期対応・慢性期ケア	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 7月号 Vol.87 No.8 1部定価：本体2,600円+税	①突発性難聴とその周辺疾患/ ②味と味覚障害の最前線
糖尿病診療マスター 7月号 Vol.13 No.7 1部定価：本体2,700円+税	糖尿病診療におけるICT (Information and Communication Technology) 活用術	臨床泌尿器科 7月号 Vol.69 No.8 1部定価：本体2,800円+税	抗菌薬の選択と上手な使い方! —私の処方箋
呼吸と循環 8月号 Vol.63 No.8 1部定価：本体2,700円+税	睡眠時無呼吸症候群の現状と展望	総合リハビリテーション 7月号 Vol.43 No.7 1部定価：本体2,300円+税	宇宙医学とリハビリテーション
胃と腸 7月号 Vol.50 No.8 1部定価：本体3,200円+税	胃がん検診に未来はあるのか	理学療法ジャーナル 7月号 Vol.49 No.7 1部定価：本体1,800円+税	慢性期の理学療法 —目標設定と治療・介入効果
BRAIN and NERVE 増大号 Vol.67 No.7 特別定価：本体3,800円+税	神経疾患と感染症update	臨床検査 8月号 Vol.59 No.8 1部定価：本体2,200円+税	臨床検査の視点から科学する老化/ 感染症サーベイランスの実際
臨床外科 7月号 Vol.70 No.7 1部定価：本体2,700円+税	Neoadjuvant therapyの最新の動向 —がんの治療戦略はどのように変わっていくのか	病院 7月号 Vol.74 No.7 1部定価：本体2,900円+税	地域創生に病院は貢献するか



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