

2012年2月27日

第2967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] チームで挑む慢性心不全診療
—多職種力を活かす新たな試み(佐藤幸人, 横山広行, 多留ちえみ, 宮澤靖)
[連載] 医療統計学講座
[連載] 続・アメリカ医療の光と影/白壁賞「胃と腸」賞授賞式
MEDICAL LIBRARY

座談会

チームで挑む慢性心不全診療
多職種力を活かす新たな試み



横山 広行氏
国立循環器病研究センター
心臓血管内科部門特任部長



宮澤 靖氏
近森病院臨床栄養部部長



多留 ちえみ氏
兵庫県看護協会



佐藤 幸人氏(司会)
兵庫県立尼崎病院循環器内科部長

人口の高齢化に伴い、ますますの増加が予想される慢性心不全。その増悪予防には、患者の特性を把握しながら適切な診療方針を選択し、包括的に治療を行っていくことが大切となる。そこで力を発揮するのが多職種が介入する疾病管理プログラムだ。本座談会では、慢性心不全診療においてチーム医療を推進していくための方策を、「末期心不全への取り組み」、本年4月より認定が開始される「慢性心不全看護認定看護師の役割」、そして「低栄養への対応」という3つのキーワードから議論。これからの慢性心不全診療の在り方を展望した。

佐藤 多職種が介入する心不全の疾病管理プログラムは、欧米の心不全ガイドラインでは最も推奨される Class I に位置付けられています。プログラムの構成メンバーは多岐にわたり、患者・家族、医師、看護師、薬剤師のほか、栄養士やリハビリスタッフ、さら

に退院後は在宅医療の観点から、地域の開業医や訪問看護師、ソーシャルワーカーなど、従来は心不全診療にかかわることのなかったスタッフの参加も必要であると提唱されています。

この背景にあるのは、難解になりがちな心不全治療を簡単かつシステムチックに行おうという考えです。もともと欧米では、医師間、施設間でガイドライン推奨治療の遵守率に格差がありました。そこで、①患者自身がセルフチェックできるような資料を工夫し、②多職種による心不全治療のチェックリスト使用を徹底する、という疾病管理プログラムを採用することで、医師だけの介入よりもガイドライン推奨治療の遵守率が上がり(図

1)、予後も向上することがわかってきました。
翻って日本の状況を見ると、多職種が介入する心不全治療についての報告が学会などで散見されるようになってきたものの、「緩和ケアや栄養サポートの観点も含めるべき」という将来構想が語られる欧米とは、格差が大きくなってきているのが現状です。

理想と現状の大きなギャップ
末期心不全への対応

佐藤 欧米では、特に心不全の末期に多職種で取り組むことが重要とされていますね。
横山 はい。心不全には、終末期を迎える前に末期の状態が長期間存在するという他の疾患と大きく異なる特徴があります(図2)。末期とは、具体的には最大限の薬物治療でも治療困難な状態で、場合によっては人工呼吸や補助循環を導入している状況です。もう治療法がない終末期と比べ、医師は「まだ助けられる」と治療方針を最も迷う時期です。断続的に増悪するという心不全の性質により、どこから末期なのかのわかりにくいことも、治療方針の選択を難しくしています。
欧米のガイドラインでは、状態が悪

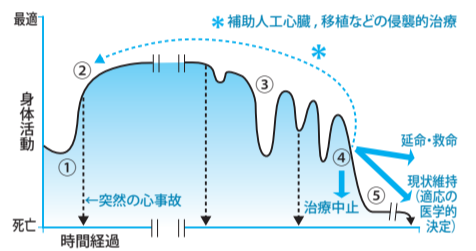


図2 心不全における時間経過と治療の関係
①心不全の初期症状が出現、心不全治療を開始する時期。
②初期薬物治療・機械的補助循環・心移植などにより小康状態が継続。
③身体機能が低下、緊急措置に反応・断続的増悪。
④ステージD心不全、難治性の症状を伴い、身体機能が制限される時期。
⑤終末期。

●図2 心不全における時間経過と治療の関係

くなり始めたときを末期ととらえ、医師一人で抱え込まないよう多職種で長期にわたる患者支援を行うべきとされています。
佐藤 欧米ではいつから、このような取り組みが始まったのですか。
横山 米国では2005年の慢性心不全ガイドラインから、欧州では2008年の急性心不全と慢性心不全のガイドラインから、末期において遵守すべき対応が提言されています。
米国ガイドラインでの末期医療の指針を紹介します(表1)。ここでは、患者・家族に生命予後や治療のオプションを説明し、延命治療での希望やDNR(Do not resuscitate)の意思など

(2面につづく)

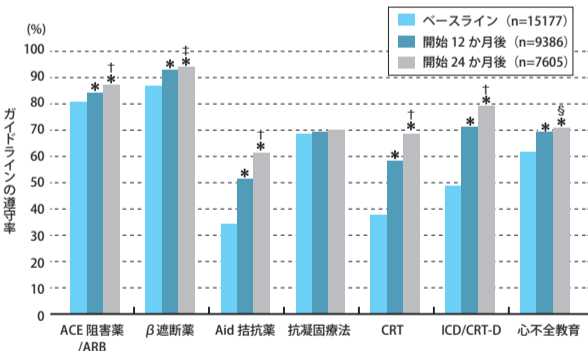


図1 多職種が介入する心不全疾病管理プログラムの効果
採用開始から時間が経過するに伴い、ガイドラインの遵守率が高まっている。*P<0.001, †P<0.001, ‡P=0.007, §P=0.009。
(Fonarow GC. et al. Circulation. 2010; 122(6):585-96. より引用)

循環器診療に携わる方へ

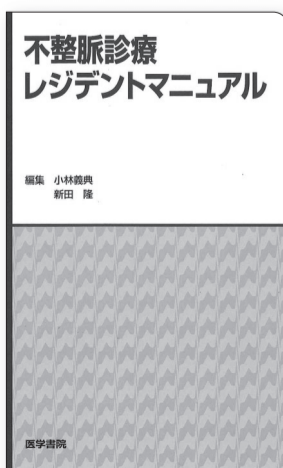
◎不整脈診療の臨床現場ですぐに役立つマニュアル

不整脈診療
レジデントマニュアル

編集 小林義典・新田 隆

本書を見れば、不整脈の病態、診断、治療の流れなど全体像がつかめ救急対応ができる。また薬剤の適応・具体的な使い方などの知識が得られ、非薬物療法の適応・概要はもちろん、その前後の患者管理などにも役立つ。若き循環器医、そしてコメディカルスタッフにとっても、持っているとかかと安心な1冊。

●B6変 頁424 2012年 定価4,725円(本体4,500円+税5%)
[ISBN 978-4-260-01225-6]



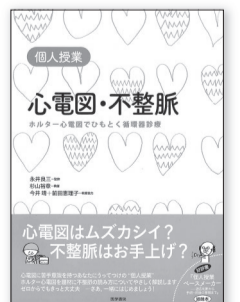
◎ホルター心電図を理解するための合言葉
“IT REACHES TOP”!

個人授業 心電図・不整脈
ホルター心電図でひもとく循環器診療

監修 永井良三
執筆 杉山裕章
執筆協力 今井 靖・前田恵理子

「12誘導心電図でも不安なのに、複雑な不整脈はもうお上手上げ!」と思っているあなたのために。ホルター心電図は手軽にオーダーでき、かつ有用な情報が得られるスグレモノです。さらに情報解釈が12誘導心電図や病棟モニター心電図にも応用できるので、不整脈学習の入門書としても最適。ホルター心電図を題材に、不整脈・虚血性心疾患などの心電図を学びましょう。

●B5 頁344 2011年 定価4,200円
(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01335-2]



医学書院

座談会 チームで挑む慢性心不全診療

<出席者>

●佐藤幸人氏

1987年京大医学部卒。京大病院、浜松労災病院で研修後、京大大学院で博士(医学)取得。兵庫県立尼崎病院、京大循環器内科などを経て、2007年より現職。日本心臓病学会評議員、日本心不全学会評議員。日本循環器学会『急性心不全治療ガイドライン(2011年改訂版)』(班長:和泉徹)協力員。専門は心不全におけるトロポニン測定。心不全のチーム医療にも積極的に取り組んでいる。著書に『心不全の基礎知識100』(文光堂)。

●横山広行氏

1987年日医大卒。95年英国セント・トーマス病院留学、2000年国立病院機構静岡医療センターを経て、06年国循環器内科医長、10年より現職。循環器救急医療・急性心不全治療に関する研究に従事。日本循環器学会近畿支部評議員、日本集中治療医学会近畿地方会評議員、日本心不全学会学術委員会委員。日本循環器学会『急性心不全治療ガイドライン(2011年改訂版)』(班長:和泉徹)協力員。

●多留ちえみ氏

看護学校卒業後、兵庫県内の総合病院に20余年勤務。その間に社会制度に興味を持ち法学士を取得。持病のため臨床看護師を断念した後、神戸大大学院にて博士(保健学)を取得。現在は、兵庫県看護協会認定看護師教育課程(訪問看護コース・慢性心不全看護コース)の主任教員として、教育課程の開催と教育に携わっている。今後は、療養支援看護学の研究に加え、在宅看護の質に関する研究を継続していきたいと考えている。

●宮澤靖氏

1987年北里大保健衛生専門学院栄養科卒。篠ノ井総合病院、米国エモリー大病院を経て、2002年医療法人近森会に入職。07年より現職。栄養サポートセンター長も務める。米国静脈・経腸栄養学会認定栄養サポート栄養士(NSD)、日本静脈経腸栄養学会評議員・認定NST専門栄養療法士。多くの医療従事者の知恵と力を持ち寄って患者さんに安全で確実な栄養を提供し、治療成績や医療経済にも貢献したいと考えている。

(1面よりつづく)

の「事前指示」を確認することや、日本のガイドラインではあまり見かけない、末期・終末期への向き合い方といった医療従事者の考え方への指針も含

●表1 末期心不全の管理において考慮すること(Class I)

1. 継続的に患者と家族に機能予後と生命予後について指導する。
2. 患者と家族に事前指示の確認を取り、末期医療とホスピスの役割を説明する。
3. ICDの非作動に関して説明と検討を行う。
4. 入院治療から外来治療への継続性に関する重要性を説明する。
5. オピオイドを含めた適切な苦痛緩和のホスピスの役割を説明し、症状改善のための強心薬、利尿薬静注はこの範疇に含まれないことを説明する。
6. 心不全患者の治療に従事する者は最新の「終末期の過程」を理解し、末期医療と終末期介護に適切に向かい合う。

[ACC/AHA2005心不全に関するガイドライン(2009年一部改訂版)より]

まれています。

佐藤 それでは、日本の末期心不全の治療はどのような状況なのでしょう。横山 日本では末期医療の標準化はなされておらず、医療環境自体も欧米と大きなギャップがあるのが現状です。当院は、心移植を含め現在可能なすべての循環器治療を行える施設ですが、患者・家族、そして医師が選択する末期の治療の判断基準はありません。ですから、若い医師はもちろん、私自身も現場で迷うことがあります。

日本の心不全診療では、心臓は一生懸命診ても、患者さんの精神面や家族へのケアといったサポート体制を議論する取り組みはまだ十分ではありません。欧米では当然のホスピスや、外来でのモルヒネを用いた緩和ケアもなく、医療者側から出せるオプションが少ないのが現状です。私も執筆に携わった『循環器疾患における末期医療に関する提言』(班長:野々木宏, 2010)のなかでも、日本における欧米の指針の扱い方には苦労しました。

佐藤 欧米で指針が出された背景には、このような治療を行うほうが患者さんも安らかな死を迎えられるという大前提があるわけですね。

横山 米国のガイドラインの序には、「やすらかな最期を迎えたいと願う心不全患者は多いものの、急変時には望まない処置がしばしば行われるため、事前に方針を決めることが末期医療の前提」と書かれています。急変時には治療方針を考える時間がないため、事前に話し合う必要があります。

佐藤 患者さんは、自身の予後を知ってから末期医療に臨むのですか。

横山 欧米でもまだ結論は出ていませんが、米国のガイドラインでは、「心機能が悪い場合、1年以内に約半数が亡くなる」という報告がある」と伝えた上で、治療を選択すべきとされています。

佐藤 末期医療の導入前に予後を知ることが、患者さんの治療方針への納得につながることもありますよね。

横山 ええ。ただ、時間の経過とともに患者さんの考え方が変わることもあるため、頻繁にコミュニケーションをとることが大切だと思います。

「差し控え」という非難から医師を守るには

佐藤 心不全の末期医療はまだ一般的

●表2 慢性心不全看護認定看護師に期待される能力(日本看護協会)

- ・心不全患者の身体および認知・精神機能のアセスメントを的確に行う。
- ・慢性心不全患者の心不全増悪因子の評価とモニタリングができる。
- ・症状緩和のためのマネジメントを行い、QOLを高めるための療養生活行動を支援する。
- ・慢性心不全患者の対象特性と心不全の病態に応じた生活調整ができる。
- ・慢性心不全患者・家族の権利を擁護し、自己決定を尊重した看護を実践できる。
- ・より質の高い医療を推進するため、多職種と協働し、チームの一員としての役割を果たすことができる。
- ・慢性心不全看護の実践を通して、役割モデルを示し、看護職者への指導・相談を行うことができる。

ではないなか、末期医療が「医療を差し控えたのではないかと非難される懸念もあるのではないのでしょうか。

横山 その懸念は確かにあります。そういった声から末期医療に取り組む医師を守るためには、多職種が入ったチームで検討して、「その治療は間違っていない」と表明していくことが、今の日本でまずできることだと思います。

佐藤 私もそう思います。末期医療のコンセンサスを得る上で、チームで治療を進め、患者・家族の意見を聞きながら継続してカンファレンスを行うことは不可欠でしょう。

横山 欧米でも、末期医療では必ず多職種でカンファレンスを行います。また入院が必ずしもベストの治療方針とは限らないので、地域で支援を行う形も含め医療職以外を交えたカンファレンスの必要性も示されています。

多留 『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』(厚生労働省, 2007)では、患者本人が意思表示できない場合、チームで治療方針を確認することが提唱されていますね。

横山 ご本人が意思表示できなくても、多職種で検討したなかで「現在のベスト」と考えられる治療を選択することがポイントでしょう。患者・家族のことを考慮して、現在の医学でベストの治療を多職種で行っていくことが適切だと考えています。

期待が集まる慢性心不全の認定看護師

佐藤 心不全の多職種介入治療を進めていく上で、患者さんを支える中心的役割を果たすのが看護師です。2012年4月より慢性心不全の看護に特化した慢性心不全看護認定看護師(以下、心不全看護師)の認定が始まりますが、何が導入のきっかけになったのですか。

多留 循環器疾患は傷病分類別の医療費、受療率ともに最も高い領域です。しかし、これまで循環器に関連した認定看護師はおらず、循環器疾患の増悪予防を支援する看護師が求められていました。慢性心不全をターゲットとした背景には、循環器疾患のなかでも死亡者数が最も多いことがあります。

佐藤 心不全看護師にはどのような役割が期待されているのですか。

多留 ひと言でいえば「心不全の増悪予防」です。慢性心不全では患者さん自身の疾病管理が重要なので、心不全看護師には、服薬管理やセルフモニタリング、早期受診の大切さを患者さんに理解してもらう役割を担うこと

が期待されています(表2)。

心不全では、例えば動悸が存在しても、患者さんは「胸の辺りがワサワサして気持ち悪い」といった自覚しかなく、医療者と患者さんの認識が異なることが多いため、心不全の症状をまず患者さんに理解してもらいます。また体重を測定していても、患者さん自身が「体重が急に増加したら受診が必要」と認識していなければ意味がないため、心不全看護師はセルフモニタリングの具体的な指導を患者さんに行う予定です。

横山 医師の立場からは、患者さんのフィジカルアセスメント、精神面のアセスメント、生活環境の把握、の三つを心不全看護師に期待しているのですが、この点はいかがですか。

多留 もちろん重要な役割です。心不全看護師は、患者さんのすべての面をアセスメントし、病気への理解度や希望する生活を尋ね、身体機能と希望する日常生活とのギャップを埋めるとともに、病態を悪化させない生活調整を患者さんと一緒に行っていくことが大切だと考えています。

佐藤 院内のチーム医療のなかでは、どのような役割を担うのですか。

多留 看護実践はもちろんのこと、慢性心不全看護のロールモデルとして相談や指導を行うことも期待されています。多職種によるチーム医療を実践できるよう連携を促す役割があります。

横山 日常業務から外れてそういった連携に従事する時間を看護師が作るのは、ハードルがあるとも感じます。

多留 病院や個人によって差があるので、最初からすべての施設で横断的に動くのは難しいでしょう。ただ、他分野の認定看護師のなかには横断的に活動している方も多くいるので、看護実践を通じ「心不全看護師がいるとやはり違う」という認識をどれだけ臨床スタッフに感じてもらえるかで、今後の活動範囲が決まると思います。

佐藤 「横断的な活動」は大事なキーワードですね。心不全看護師がかかわるメリットをアウトカムとして強く打ち出していくことが重要ですね。

地域に広がる慢性心不全診療

多留 もう一つ、心不全看護師には、病院と地域をつなぎ在宅医療も見据えながら慢性心不全のすべての病期においてケース・マネジメントを行うという役割があります。

佐藤 現状では規模の大きい病院は心不全患者を抱え込み、地域で診るといった視点をあまり持っていません。

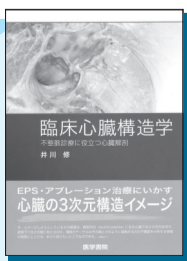
多留 これまでは確かにそうでしたが、在宅で生活している心機能に異常がある訪問看護の利用者に、日常生活のなかでの動き方などを指導することで利用者の負担が減ることがわかってきています。心不全は内部障害のため、麻痺が残る脳梗塞患者などと比べ介入

EPS・アブレーション治療にいかす 心臓の3次元イメージ

臨床心臓構造学 不整脈診療に役立つ心臓解剖

豊富な剖検例の考察をもとに、EPS、造影写真、CT、CARTOなどのデータと比較した上で、不整脈の局在を心臓の3次元イメージから明らかにしていく。目次は心臓の発生や正常像を抑えた上で、不整脈の局在となる部位別に症例をあげて解説。カテテル・アブレーションなど不整脈の非薬物療法において、心臓の構造的な特性から何に注意して手技を進めればよいのかが目で見て分かり、明日の治療戦略にいかすことができる。

井川 修
日本医科大学多摩永山病院内科・循環器内科臨床教授



新刊 ワンランク上のケアを目指して

心不全ケア教本

▶心不全ケアの初めての包括的テキストがついに誕生! 高齢化社会の到来に伴い心不全患者はますます増えており、増悪を繰り返す患者には多職種でのアプローチが必要である。病態や治療の知識をベースとして、精神的支援、セルフケア、日常生活支援など、急性期から慢性期までシームレスに、ケアに関するエビデンスや実践的な知識・技術を網羅・解説。最適なチーム医療を実現すべく、内容充実、ハイクオリティ。認定看護師はもちろん、心不全医療に携わるスタッフすべてに基盤となる知識を提供する。

編集 眞茅みゆき 北海道大学大学院医学研究科循環器病態内科学
池亀俊美 聖路加国際病院看護管理室
加藤尚子 東京大学大学院医学系研究科循環器内科学

定価4,830円(本体4,600円+税5%)
B5 頁400 図151 表87 2012年
ISBN978-4-89592-699-7

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

の必要性を理解されにくいのですが、実際ADLに障害はなくても活動が制限されるため、心臓の状態がわかる心不全看護師が直接訪問看護師に看護の必要性を伝えるなど、在宅の看護職のマネジメントを行うことが必要です。

佐藤 なるほど。ただ、在宅で心不全患者を診る場合、病院の医師と在宅医とで、主治医が定まらない可能性があるのではないのでしょうか。

多留 確かに、心不全では状態が悪くなるとうとうでも専門的な治療が必要となるため、病院とのつながりは切れません。また在宅医は循環器の専門医ではないため、在宅医が経過観察と判断した患者さんが緊急入院となるなど、医師・患者間に信頼関係が生まれにくい状況もあります。

横山 今後は、病院の専門医が在宅医をフォローしていくことも必要なのだと思います。その意味では院内だけでなく、地域と病院でもチームとしてのつながりを持つべきですね。

佐藤 専門医だけでは、すべての患者さんに対応することはできません。だからこそ、在宅医の力も合わせて慢性心不全を診ていく必要があると考え方を、地域も含めたチーム医療を推進していく必要がありますね。

多留 心不全だけでは訪問看護の導入は難しいと感じている医師が多い現状もあるので、心不全患者も医療保険で訪問看護を受けられることをもっとアピールしたいと思っています。

佐藤 保険請求できるのですか。

多留 退院前訪問指導料を取れます。これを利用すれば、例えば自宅近くの坂道を調査して、心負荷を下げられる休憩場所の評価も可能なので、これからは退院前訪問をうまく使いながら支援することが望ましいでしょう。保険制度の面ではハードルはまだありますが、心不全でも必要な場合は訪問看護が利用できることだけは、ぜひ知っておいてほしいと思います。

心不全の低栄養に立ち向かう

佐藤 多職種介入治療の将来構想として、もう一つ重要な栄養の話に移ります。心不全患者の栄養面では何が問題となるのでしょうか。

宮澤 低栄養が最も問題となります。心疾患や高血圧症の高齢の慢性患者では、高率に栄養障害が発生することが報告されています。

佐藤 低栄養は患者さんにどのような影響を及ぼすのですか。

宮澤 栄養状態が悪いほど感染症の発症率が高くなり、在院日数の長期化にもつながります。低栄養は心不全の明確な予後悪化因子となっています。

佐藤 それでは、どのように心不全患者の栄養面を支えていけばよいのでしょうか。

宮澤 エネルギーとタンパク質の補給、水分の管理の三つが重要だと私は

考えています。従来、心不全患者には減塩がクローズアップされ、栄養士も減塩指導を行って来ました。しかし、2010年に心疾患の減塩食の食塩総量上限にかかわる厚生労働省の指針が、7g/日から6g/日に減量されるなど、現状では減塩指導は徹底されています。ですから、前述の三要素をきちんと精査し、適切な量をチームで提供していくことがこれからは大切になるでしょう。

日常的なモニタリングでは体重が重要なので、心胸郭比を確認し主治医や看護師から水分のイン・アウトの情報をもりながら水分をコントロールし、患者さんの体重増加を防いでいます。

佐藤 栄養面の評価はどのように行えばよいのですか。

宮澤 確立した評価法はまだないのですが、身体計測値や臨床検査値、日常の栄養摂取量のほか、「独居」「山間部に住んでいる」などの住居環境、心理状態や認知機能を合わせて複合的に栄養アセスメントを行っています。

佐藤 地域を含めてチーム医療を推進していく上では、誰でも理解できるシンプルな評価ツールが求められますが、何かよいものがあれば教えてください。

宮澤 最近海外で注目を浴びている、MNA[®] (Mini Nutritional Assessment, 表3) という栄養評価ツールがあります。これはわかりやすい言葉を用い、6項目の質問事項で高齢患者の栄養障害を抽出する手法です。簡易ながらも的確に低栄養を把握できるというエビデンスが多数出ているため、チーム医療に導入するツールとして適していると思います。

このような簡単なツールでスクリーニングをかけ、そこで問題が生じたら専門スタッフにコンサルトするのが栄養面の現時点でのベストの介入法です。

横山 近年NSTが普及し、食欲のない方や感染症を引き起こした方への支援に力を発揮していますが、心不全へのNSTの関与はあまりないですね。

宮澤 はい。残念な話ですが、他の疾患に比べて循環器領域でのNSTは遅れています。その理由には、心不全では従来は主治医1人で栄養サポートまで行っていたこと、また急性期の心不全では、腸管はほとんど動かないという病態的な特徴があるためNSTが介入しにくく、慢性期までその余波を受けているということがあります。

ただ、最近では予防のためのNSTという概念が登場し、悪くなる一歩手前で介入して増悪させないことが重要という考え方に変わってきました。ですから、今後は心不全でもNSTの活躍の場は増えると感じています。

重要なのは患者さんに心不全を知ってもらうこと

横山 がんや脳卒中では患者さんも

チームに加わっているの、今後は患者さんを取り込んでチームを構築することを、心不全でも考えていく必要があるのではないのでしょうか。

多留 心不全はさまざまな疾患の終末像という認識が患者さんにないことを普段感じています。「死」をイメージしやすいがなどとは異なり、心不全では多くの場合、弁膜症や狭心症といった疾患名と同様にとらえていることが多く、病名は知っていても病態はわからない患者さんが多いのではないのでしょうか。

ですから、まずは患者さんに疾患のイメージをもう少し持つてもらふ必要があると思います。

佐藤 私は心不全のチームの中心となるべきは患者さん自身であり、セルフチェックできるように教育することが基本中の基本だと考えています。現時点では、患者向けの心不全の解説書や患者手帳すらない状況ですから、患者さんが自分の管理を自己完結できるような資料作りも必要です。

横山 患者さんに病気のことをしっかり理解していただくことは、すぐにも取り組むべき課題ですね。

チームで描く慢性心不全診療の未来像

佐藤 本日は慢性心不全のチーム医療の将来構想を、末期心不全への取り組み、心不全看護師の役割、低栄養への対応の3つの観点から考えてきました。その基本概念は多職種介入で心不全の推奨治療の遵守率を上昇させ、予後を改善させることです。

チーム医療は、興味のある一部の人がだけが頑張っても実現は難しいため、関心のない方にも一定の知識を共有し、興味のレベルを底上げしていくことが必要だと私は考えています。

宮澤 同感です。職種を越えた情報共有がなされてこなかったが故に、心不全の領域では栄養の重要性の認識に希薄な部分があるのだと思います。主治医と患者さんやご家族がどんな話し合いをして、どの方向で治療を進めているかを他職種も共有できないと、やはりピントが外れたケアになってしまいます。これからは情報の共有化を模索していくことが大切ですね。

多留 同じ悩みを抱える人たちが話し合う場ができれば、知識のボトムアップにつながり、コンセンサスを得られる可能性があります。看護職の間でも、知識を提供し将来のあるべき姿を一緒に話し合えるような集まりを作っていく必要性を感じています。

横山 私は、ガイドラインの策定や自身の臨床経験を通じ、慢性心不全診療の欧米と日本とのギャップの大きさにジレンマを感じてきました。欧米であれば、明確になっている「悪いニュースの伝え方」一つとっても、日本の臨床現場をみると愕然とすることが多い

●表3 MNA[®]-SFの概要

スクリーニング	
A	過去3か月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか? 0=著しい食事量の減少 1=中等度の食事量の減少 2=食事量の減少なし
B	過去3か月間で体重の減少がありましたか? 0=3kg以上の減少 1=わからない 2=1-3kgの減少 3=体重減少なし
C	自力で歩けますか? 0=寝たきりまたは車椅子を常時使用 1=ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない 2=自由に歩いて外出できる
D	過去3か月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか? 0=はい 2=いいえ
E	神経・精神的問題の有無 0=強度認知症またはうつ状態 1=中程度の認知症 2=精神的問題なし
F	BMI (kg/m ²) 0=19未満 1=19-21 2=21-23 3=23以上

スクリーニング値 (最大14ポイント)

12-14: 栄養状態良好

8-11: 低栄養の恐れあり (At risk)

0-7: 低栄養

(『高齢者の栄養スクリーニングツール MNAガイドブック』医歯薬出版, 2011. より引用)

のです。

佐藤 欧米の診療のやり方をそのまま日本に導入するのは、現状を考えると無理があるでしょう。やはり日本の医療者、患者そして地域社会に適した診療を、模索していくしかありません。その診療の在り方を探るための一つの方法が、チーム医療なのだと思います。

私の施設でも、以前は個人的にご家族に伝えていた悪いニュースを、チームで行う毎週の心不全カンファレンスでコンセンサスを得てから伝えるように変更する予定です。また、その取り組みを地域全体に広げるため、訪問看護師や開業医にも世話人に入ってもらう院外チーム医療研究会の立ち上げも検討しています。

横山 そのようなチームによる情報発信こそ、いま日本に求められることなのでしょう。そこから日本の医療状況や日本人のメンタリティに合った治療の在り方を見つけ出していけば、エビデンスとして日本に適した提言を次のガイドラインで示すことができると思います。

佐藤 近年、意識の高い医療者はどんどん情報を発信し始めているので、もしかしたらこの1-2年で慢性心不全診療の在り方は急速に変わっていくかもしれません。患者・家族・医療者の全員が満足できるような医療を長期展望として持ちながら、日本に適した治療の在り方を形作っていきたく私も強く思っています。本日はありがとうございました。(了)

新刊 圧倒的な支持を得たベスト&ロングセラー、10年ぶりに改訂!

循環器治療薬ファイル

薬物治療のセンスを身につける

▶「その状況では何を考えて治療するか」「その薬をなぜ／どのように使うのか」という処方前の考え方を、病態、薬剤の両面からのアプローチで解説。エビデンスだけでなく著者の考え方・使用経験を交えて、現場で知りたいポイントをストレートに提示。病態生理の記述が充実しており、具体例を示しつつ、薬物(商品名)と根拠ある実際の投与量・投与方法を明らかにする。専門医のみならず、一般内科をはじめ広く日常的に循環器治療薬を使う医師必携の手引。

2012年 3月中旬発売

著 **村川裕二**
帝京大学医学部附属蒲田病院第4内科教授

定価7,350円(本体7,000円+税5%)
A5変 頁360 図26 2012年
ISBN978-4-89592-700-0

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

「呼吸と循環」誌のご購読のお勧め **医学書院**

生命維持に必須である呼吸(肺)と循環(心臓)の両面における臨床的知識を特集や「Bedside Teaching」で図表を多用してわかりやすく紹介。最近の研究の動向、トピックスは「綜説」、「Current Opinion」で解説。投稿原稿による「研究」や「症例」も掲載している。

2012年(Vol.60)特集テーマ

月刊 年12冊発行
一部定価 2,835円(本体2,700円+税5%)

1月号 肺高血圧症の新しい展開
2月号 気管支喘息の最新の話
3月号 自律神経系と循環器疾患
4月号 難治性びまん性肺疾患克服への取り組み
5月号 iPS細胞を用いた診断・治療

2011年(Vol.59)バックナンバー特集テーマ

12月号 呼吸器における画像診断の最新の動向
11月号 テネシンCと心臓・血管病変
10月号 インフルエンザウイルス感染症の最新の話題
9月号 慢性炎症と循環器疾患

*2011年一部定価2,730円

呼吸と循環
RESPIRATION AND CIRCULATION
1
肺高血圧症の新しい展開

今日から使える 医療統計学講座

臨床研究を行う際、あるいは論文等を読む際、統計学の知識を持つことは必須です。

本連載では、統計学が敬遠される一因となっている数式をなるべく使わない形で、論文などに多用される統計、医学研究者が陥りがちなポイントとそれに対する考え方などについて紹介し、臨床研究分野のリテラシーの向上をめざします。

新谷 歩 米国ヴァンダービルト大学准教授・医療統計学

Lesson 10 グラフの読み方・使い方

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

百聞は一見に如かず。グラフは、データをより深く理解するためにも、研究結果を読者に伝えるコミュニケーションツールとしても重要です。今回は統計解析で欠かせないグラフについて説明します。

グラフ中のエラーバーは何を意味しているか

血圧、コレステロール値などの連続変数をグループ間で比較する際、それぞれのグループのアウトカムの平均を示した棒グラフやエラーバー、箱ひげ図など、さまざまな種類のグラフを目にします。それぞれのグラフをいつ、どのように用いるのか、一つ一つ見ていきましょう。

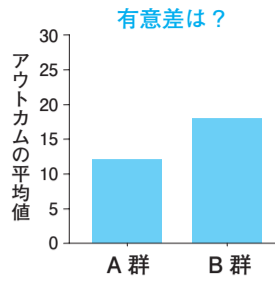
図1は、アウトカムをA群とB群で比較するために平均を示した棒グラフです。棒グラフからは「B群のアウトカムの平均値がA群よりも高い」という情報は得られますが、その平均が信頼に値する正確なものかといった情報はまったく含まれていません。例えばその平均が、被験者数10人のデータから得られたものなのか、1000人のデータから得られたものなのかで結果の正確性はまったく変わってきます。

データの正確性を表すために棒グラフにエラーバーのついた図をよく見かけます。図2は、図1と同じデータで標準誤差(SE)のエラーバーを棒グラフに加えたものです。さあ、ここで問題です！ この図から、「アウトカムの平均値は2つのグループで統計的に有意差がある」と言えるのでしょうか？

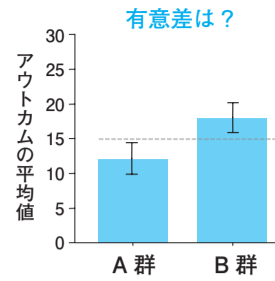
2つのエラーバーが重ならないという理由で「有意差がある」と判断した人は要注意です。エラーバーが重なるか重ならないかで判断してよいのは、信頼区間についてのエラーバーが示されているときです(註)。通常用いられる95%信頼区間はSEの約2倍なので、この図でエラーバーを2倍すると2つのエラーバーはどうか重なってしまひそうですね。このデータでは、スチューデントのt検定でP値を計算したところP=0.13となり、有意差は見られませんでした。

図3は、標準偏差(SD)を表すエラーバーが棒グラフに加えられたものです。SDのエラーバーは集めてきたデータのばらつきを示すので、データが正規分布に従っているとき、約3分の2の被験者のアウトカムの値がエラーバーで示された範囲内に入っていると理解できます。また、SDの2倍のエラーバーの範囲内に約95%の値が入っていると理解します。SDはデータの記述に適していますが、平均の推定比較には適しません。図3のグラフに用いられたデータの場合、2つのエラーバーはかなり重なっていますが、2群のアウトカムの平均を比べるP値は0.003で有意差があると言えます。

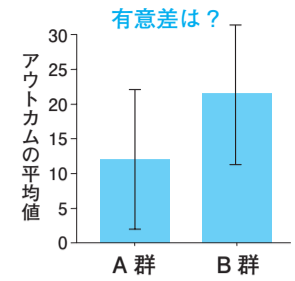
このように、エラーバーを用いた比較は、そのエラーバーが何であるかによって、2群間に統計的な差があるかどうかの判断基準がかなり異なります。そのため、エラーバーを使ったグラフには、そのエラーバーが何であるかを図上または説明文中に記載する必要があります(残念ながら、多くのグラフ



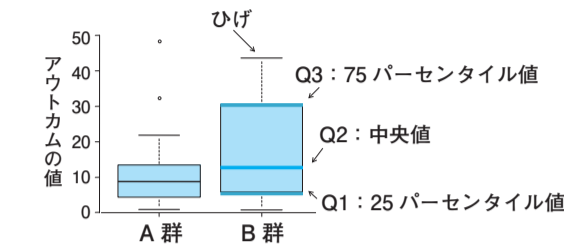
●図1 棒グラフ



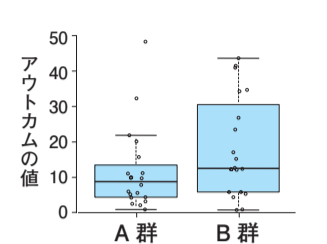
●図2 棒グラフと標準誤差のエラーバー



●図3 棒グラフと標準偏差のエラーバー



●図4 箱ひげ図



●図5 箱ひげ図とドットプロット

には記載されることなくエラーバーが用いられていることが多いようです。さらに、論文や学会発表などでT字のエラーバーの上半分だけを棒グラフの上に載せたグラフを大変よく目にします。これはダイナマイトプロットと呼ばれるグラフです。片側だけのエラーバーでは重なるかどうか判断しづらいことから、あまり良いグラフとは言えません。

箱ひげ図の読み取り方

エラーバーを用いたグラフは、データが左右対称に分布していない場合でもエラーバーは平均の上下に対称に示されるので、データの分布を正確に表すことができません。そこで、エラーバーや棒グラフに置き換わるものとして最近よく見かけるようになったのが箱ひげ図です。

図4は、図1,2で用いたデータを箱ひげ図を用いて表したものです。Q1は25パーセンタイル値、Q2は中央値、Q3は75パーセンタイル値を示します。Q1からQ3までを四分位範囲(Inter Quartile Range: IQR)と呼び、被験者の50%のアウトカム値がこの範囲に入ること示します。パーセンタイルとは、データを小さい順に並べたときに各値が前から数えてどの位置に来るかを表したものです。例えば、子どもの身長を例にとると、25パーセンタイルは100人の子どもが身長を低い順から並んだときにちょうど25番目に並ぶ子どもの身長を表します。中央値は50パーセンタイルと同値で、ちょうど真ん中に来る子どもの身長を表しています。

箱ひげ図の「箱」がIQRを示すことはわかりましたが、それでは「ひげ」は何を表すのでしょうか？ 箱の上に伸びている「ひげ」は、75パーセンタイル値(Q3)に箱の長さの1.5倍を足した値よりも小さな範囲内に存在するデータの最大値を表します。同様に、箱の下に伸びている「ひげ」は25パーセンタイル値(Q1)から箱の長さの1.5倍を引いた値よりも大きな範囲内に存在するデータの最小値を示します。ひげの外にあ

るデータは外れ値として表されます。図4の箱ひげ図では、中央値が75パーセンタイル値よりも25パーセンタイル値に近く、上側のひげも長いこと、外れ値もアウトカムの大きい値で存在することなどから、データが上下対称の正規分布に従っているのではなく、低い値に向かって歪んでいることがわかります。また、最近の傾向としてはドットプロットと呼ばれるデータの値を直接ドットで表す散布部のようなグラフと箱ひげ図などを組み合わせ、データの詳細がより具体的に示せるグラフもよく使用されるようになってきました(図5)。

図1,2,4,5はまったく同じデータから作られたグラフですが、図1,2で示された平均値は図4,5の中央値よりかなり大きくなっています。上下が対称な正規分布に沿ったデータでは平均値と中央値が一致するのですが、このデータのように一方に歪んだデータでは、歪みによって生じた外れ値が平均の計算に影響を及ぼすため、誤った比較をしてしまうこともあります。このように、どのグラフを用いるかで読者に伝わる情報量がかなり異なることがおわかりいただけたでしょうか。たかがグラフ、されどグラフです。限られたスペース内にどれだけ多くの有意義な情報量を詰め込めるかでグラフの良し悪しが決まると言えます。

Review

- *エラーバーはそれが何を示すのか、必ず記載する。
- *推定比較には標準誤差より信頼区間のエラーバーを用いる。
- *標準偏差はデータの記述に適するが推定比較には適さない。
- *ダイナマイトプロットは使用しない。歪んだデータの場合、平均値は外れ値の影響を大きく受ける。
- *分布を表す箱ひげ図の使用が望ましい。

註) 厳密には、この基準はデータの特性によっても使えない場合があるので、ここでは大まかな目安として考えてください。Cumming G, et al. Error bars in experimental biology. J Cell Biol. 2007; 177 (1) : 7-11.

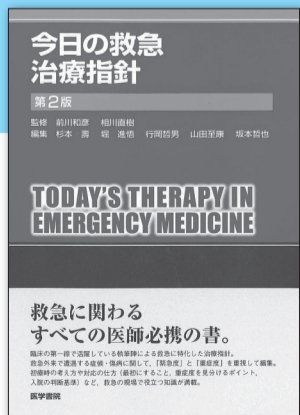
救急で診る患者にどう対応するか。
救急に関わるすべての医師必携書

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(最初のこと、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]

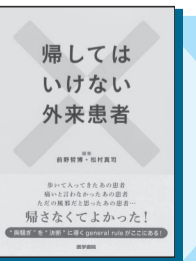
医学書院

あの患者を帰さなくてよかった! 胸騒ぎを決断に導くgeneral ruleが満載!

帰してはいけない外来患者

歩いて入ってきたあの患者、痛いと言わなかったあの患者、ただの風邪だと思ったあの患者...、外来で何となく胸騒ぎを覚えた時に見逃してはいけないポイントはどこにあるのか。決断の手助けとなるgeneral ruleをまとめた。外来診療で必要とされる臨床判断のプロセスや、症候ごとの診察の視点が、わかりやすくまとめられている。症例も数多く掲載され、実践的な対応を学ぶことができる。

編集 前野哲博
筑波大学医学医療系地域医療教育学教授
松村真司
松村医院院長



A5 頁228 2012年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01494-6]

医学書院

続 アメリカ医療の光と影

第216回

セラピューティック・タッチ

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

代替医療をめぐる議論については本連載でも何度も触れてきたが、『Cancer』誌2012年2月号(118巻3号777-87頁)に非常に興味深い論文が掲載されたので紹介しよう。

論文のタイトルは「Complementary medicine for fatigue and cortisol variability in breast cancer survivors: A randomized controlled trial (乳癌生存者の倦怠感およびコルチゾール変動と補完医療: 無作為比較試験)」。漠然と「補完医療」とうたっているものの、この研究で具体的にその効果が検討されたのは、いわゆる「セラピューティック・タッチ(therapeutic touch, 以下TT)」である(註)。

米看護界でも支持を集める「手かざし療法」の有効性は?

日本の読者にはなじみが薄いかもしれないが、TTは、当地の看護界にあつてかなりの支持を集め、正規の教科としてカリキュラムに含めている看護学校も多い。治療法として開発されたのは1970年代初めであり、75-87年にアメリカ神智学協会会長を務めたドラ・クンツ、および、ニューヨーク大学看護学部教授だったドロレス・クリーガーの二人が創始者とされている。「人間の体はひらかれたエネルギー場であり、エネルギーのバランスが崩れると諸々の疾患が発生する。このバランスの崩れを感知し直す」治療法として、二人はTTを開発したのである。

TTは、時に「手かざし療法」と訳されることが示すように、多くの場合、その「手技」の実際は、治療者が患者の身体に直接触れずに手をかざすことから成る。きちんとトレーニングを受けた治療者は、手をかざすだけでエネルギーのバランスの崩れを感知し、その崩れを直すことができるというのだからにわかには信じがたい話であるが、本当に効果があるのかどうか、こ

れまで度々疑義が呈されてきたのは言うまでもない。

今回の『Cancer』誌の論文は、無作為比較試験によって乳癌患者の倦怠感についてTTの有効性を検証したのであるが、「TT実施群」に対し、「治療未実施群」と「模擬TT実施群」の二つが対照群として用意された。「TT実施群」はTTについて「正規」のトレーニングを受けた医療者が実施する一方、「模擬TT」はTTについて懐疑的な医療者が手技だけを模倣する形で実施された。ちなみに、「模擬TT」実施者に対しては、彼らが患者によかれと願って「誤って」効果を上げてしまうことのないよう「模擬TT施行中、頭の中では、研究計画とか研究予算の申請とか、患者やその病状とは全く無関係なことを考えるように」とする指示が出されたという。

さて結果であるが、TT実施群も模擬TT実施群も治療未実施群と比較して倦怠感が有意に軽減したものの、TT実施群と模擬TT実施群の間で有意差は認められなかった。つまり、ごく単純に解釈するならば、TTの倦怠感軽減効果は「プラセボ効果」によりもたらされることが示唆されたのである。

今回の研究に対するメディアの反応であるが、シカゴ・トリビュン紙が「なぜこんな『無駄な』研究に国民の血税を使った!？」と糾弾する趣旨の記事を掲載、注目された。同紙は、「研究予算を配分した国立衛生研究所『補完代替医療センター』は科学の名に値しない研究に多額の予算を配分し、けしからん。こんな役所が本当に必要なのか」と、その存在理由に対して強い疑義を呈したのだった。

小学生による科学的検証

実は、TTを科学的に検証した研究がメディアの注目を集めたのは今回が初めてではない。1998年には『米医師会誌(JAMA)』に、「A close look at therapeutic touch」(279巻13号1005-10頁)と題する論文が掲載され、研究のデザインが非常に単純であったこともあり、大きく報道される事件があったのである。

「デザインが単純だった」と書いたが、TT実施者の前についたてを立てて視界を遮った上で両手をかざさせ、ついたての向こうで片手だけ出している研究者の手の左右を当てさせたのである。もし、TT実施者に患者のエネルギー場を感知することができるな

第17回白壁賞、第36回村上記念「胃と腸」賞授賞式

第17回白壁賞と第36回村上記念「胃と腸」賞の授賞式が、2011年11月16日に笹川記念会館国際会議場(東京都港区)で開催された早期胃癌研究会の席上にて行われた。第17回白壁賞を受賞したのは、八尾建史氏(福岡大筑紫病院消化器内科准教授)ほか「OⅡbに対する進展範囲度診断——通常内視鏡・境界不明瞭病変に対する拡大内視鏡の有用性と限界: フルズーム派の立場から」【胃と腸、45(1):86-100, 2010】。また、第36回村上記念「胃と腸」賞は、江頭由太郎氏(阪医大准教授・病理学)ほか「胃Ⅱb型癌の病理組織学的特徴——胃Ⅱb型癌のマクロ像と組織像の対比」【胃と腸、45(1):23-37, 2010】に贈られた。

◆分化型癌(単独Ⅱb, 随伴Ⅱb)に対する境界診断の実現

白壁賞は、故・白壁彦夫氏の業績をたたえ、消化管の形態・診断学の進歩と普及に寄与した論文に贈られる。授賞式では選考委員を代表し、清水誠治氏(大阪鉄道病院消化器内科)が選考経過を説明。「425症例という多数例を対象として、通常観察では境界がわからない病変に拡大観察を行い、そのすべての症例において診断過程が克明に記載されている。所見のディテールを1例1例分析し、診断理論の構築にいかん情熱を傾けてこられたかが伝わってくる。また、この領域のパイオニアとしての自信に裏打ちされた文章にもぐいぐい引き込まれた」と、受賞論文を評した。



●八尾建史氏

受賞の挨拶に立った八尾氏は、「白壁先生の名前を冠した偉大な賞をいただき、大変光栄。この業績は私ひとりの力でなく、さまざまな先生方のおかげ。解決すべき問題もまだまだあるので、皆さんとディスカッションしながら精進したい」と抱負を述べた。

◆リスクの高い早期胃癌の病理学的特徴を抽出

村上記念「胃と腸」賞は、故・村上忠重氏の業績をたたえ、消化器、特に消化管疾患の病態解明に寄与した論文に贈られる。江頭氏らの受賞論文に対し、清水氏は「特に随伴Ⅱbを合併するリスクの高い早期胃癌の病理学的特徴を抽出し、それらのマクロ像の特徴を明らかにした。Ⅱbのマクロ所見については病理学的背景についても詳細に考察がなされており、微小癌を除く655例を対象にした本検討は説得力があり、臨床における画像診断の向上に貢献するものである」と受賞理由を語った。



●江頭由太郎氏

江頭氏は、「もともと消化器内科をしていた私が消化管病理に移り、このような賞をいただけたのは、『胃と腸』誌と早期胃癌研究会の先輩方のおかげ。今後も賞に恥じないよう研鑽を積んでいきたい」と述べた。

*授賞式もようは「胃と腸」誌(第47巻2号)にも掲載されています。

続 アメリカ医療の光と影

パースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利 李 啓亮

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

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

医学書院

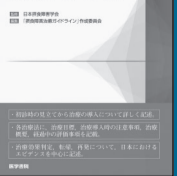
わが国の摂食障害治療のスタンダードとなるガイドライン。

摂食障害治療ガイドライン

日本摂食障害学会の監修によるわが国の摂食障害治療のスタンダードとなるガイドライン。わが国で実際に行われている「診断から治療への流れ」を中心にとした内容で、実際の臨床に導入しやすい。他の治療法との組み合わせ方を解説し、治療効果判定や転帰にも言及。参考文献はそれぞれエビデンスレベルを5段階で記載した。

監修 日本摂食障害学会 編集 「摂食障害治療ガイドライン」作成委員会

摂食障害治療ガイドライン



B5 頁320 2012年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01443-4]

医学書院

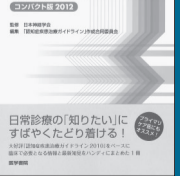
好評のガイドラインをベースに診療現場で役立つポイントをまとめた1冊

認知症疾患治療ガイドライン2010 コンパクト版2012

日本神経学会監修「認知症疾患治療ガイドライン2010」をベースに、臨床で役立つ診療のポイントを簡潔にまとめた1冊。本家のガイドライン同様、認知症の定義や疫学、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網羅的にカバー。全編クイズ形式で解説する。

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

認知症疾患治療ガイドライン2010 コンパクト版2012



A5 頁248 2012年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01337-6]

医学書院

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第2版

恒藤 暁, 岡本 禎晃 ● 著

三五変・頁328
定価2,310円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01409-0

【評者】加賀谷 肇

済生会横浜市南部病院診療支援部長・薬剤部長

恒藤暁先生、岡本禎晃先生の執筆による待望の新版が上梓された。

本書は、言うまでもなく、わが国の緩和医療の第一人者である医師の恒藤先生と、緩和薬物療法認定薬剤師の第一号である岡本先生の共著である。私は日ごろから、医学と薬学は薬物治療における車の両輪と思っている。このお二人の息の合った合作は、永遠の名車のような輝きを放っている。

2008年の初版本を私はグリーンブックと呼び、座右の書として愛用してきた。このたび、装丁をオレンジに変えて登場したので、今度はオレンジブックと呼称を変更しようと思う。

白衣のポケットにいつも忍ばせておけば、緩和医療の現場で患者の症状マネジメントを行う際に、専門知識と安心感を与え続けてくれる、緩和ケア領域のベストセラー書である。

今回の改訂版を手にとって気付いたことを、以下に列記してみたい。

- がんの症状マネジメントと緩和ケア薬剤情報が有機的にまとめられたクイックリファレンスであり、とても使い勝手がよい。
- 裏表紙を1枚めくったところに、IV章「症状マネジメントの概説」とV章「エッセンシャルドラッグ」の一覧が掲載され、よりすばやく目的の項目にたどりつけるようになった。
- がん症状のマネジメントに必須の薬剤情報および薬剤学的特徴が、最新かつ一層充実した内容に変更されている。
- 疼痛、倦怠感、悪心・嘔吐など、18症状の概念・アセスメント・マネジ

メントとケアなどの情報が簡潔に記されているが、これらは初版の内容より大幅に改訂されている。

● 10薬剤 [アゾセミド・クエチアピン・セレコキシブ・デュロキセチン・トラマドール・ドンペリドン・フェンタニル経皮吸収型製剤(1日貼付型)・プレガバリン・ミルタザピン・リドカイン]の解説が新たに追加された。

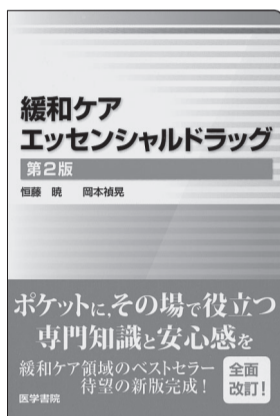
● 情報量が増えているにもかかわらず不思議なくらいコンパクトサイズで、しかも必要な情報を見つけやすいレイアウトになっている。

● ポイントがより明確になった。例えば、フェンタニル経皮吸収型製剤の1日貼付型製剤と3日貼付型製剤の換算などは実に覚えやすく記載されている。デュロテップ®MTパッチの含有量(2.1mg)の下1桁の数字がフェントステープにおける含有量(1mg)であることや、デュロテップ®MTパッチの含有量の40%がワンデュロ®パッチの含有量(2.1mg×40%=0.84mg)であることなどは、とてもわかりやすい。

著者のお二人は、症状マネジメントが緩和ケアの出発点というコンセプトのもと、症状マネジメントの必須薬が本書に記載されているエッセンシャルドラッグであり、これを習得することが緩和ケア実践の近道であると述べている。

緩和医療に携わる医師・薬剤師・看護師はもちろんのこと、これから緩和ケアにかかわる医学生、薬学生、看護学生にも、臨床で必携の一冊としてお勧めしたい。

永遠の名車のような輝きを放つ 緩和ケア領域の好著



《神経心理学コレクション》 精神医学再考 神経心理学の立場から

大東 祥孝 ● 著
山鳥 重, 河村 満, 池田 学 ● シリーズ編集

A5・頁208
定価3,570円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01404-5

【評者】笠原 嘉

名大名誉教授・精神医学/桜クリニック名譽院長

久しぶりに読みごたえのある書物に出会った、というのが読後の第一印象である。

その上、神経心理学コレクションという名の知れたシリーズの一卷として出版された本書は、こともあろうに『精神医学再考』

と銘打たれている。いってみれば神経(心理)学サイドから精神医学サイドへ投げられた質問状、いや果たし状かもしれない。事実、著者は後書きの中で「率直にいえばかなり挑発的に書き上げた」と告白している。精神科医としては一読しないわけにはいかない。

神経心理学という名称は後期高齢者に入った私にはなつかしい。秋元波留夫の『失行症』(金原商店)は1935年と早い。大橋博司の大著『失語・失行・失認』(医学書院, 1960)、その増補版『臨床脳病理学』(医学書院, 1965)は当時の日本の水準を示して燦然としていた。この学問は「脳に局在する精神心理症状」を選択的に扱う。大脳半球の機能の特徴、左半球のそれとの違い、さらには前頭葉の底面(すなわち眼窩脳)に特徴的な心理症状など、そういう視点の研究だった。

私事で恥ずかしいが、私も当時の精神科の雰囲気染まっ、故岡田幸男氏(元近畿大学精神科教授)に教えを請いながら、脳幹出血の人の身体図式障害について初歩論文を二つ書いたことを思い出す。他方で、統合失調症の精神療法研究に苦闘しながらだった。当時の精神病理学と神経心理学の距離はその程度のものであった。

ところが、神経心理学の重心はいつの間にか神経内科学へ移った。多分、1965年前後に日本精神神経学会から日本神経学会が分離独立したことと関係している。そして今や(といってもほんのこの十年くらいだが)他者理解、自己理解、社会脳といった新しいコンセプトとともにパラダイム・シフトが起こり、医学の枠を超えて学際的になった。著者の言葉では社会認知神経心理学になった。

「社会」という言葉が神経学の中に入るこの変化を私は好ましいものと思った。というのも、1965年以降の精神医学がいつのまにか生物学的精神医学と心理学社会学的精神医学の二大政党(?)に分かれて、両者が互いを排除し合うかのような状態にあることを案じ、両者の共通部分として「社会性」をキーワードにお互いが接近の努力を払えないものか、その仲介は神経心理学の役割ではないか、など書いたことがあった(精神神経学雑誌, 96巻,

1994)。「神経心理学者の失笑を買うことを覚悟していえば、失語、失行、失認ならぬ失社会性中枢という機能が脳のどこかに局在しないか。そこが機能回復すれば心的エネルギー水準が回復する。そういう中枢があるなら生物学派と心理学派

を繋ぐことができる」。遅ればせながら2004年に神庭重信先生の論文で「社会脳」という新語を発見したとき、私が感激したのはそういう経緯があったからである。

自然科学的手法からともすれば離れがちになるわれわれにとって、神経学の陣中にあるとはいえ神経心理学は最も親しい旧友である。残念ながら今日の神経心理学会の中には精神病にまで臨床経験のある精神科医は少ないらしい。著者は数少ない一人で、しかも浜中淑彦、故田邊敬貴らとともに上記大橋の高弟である。巻末をみると精神科医の目に触れにくい雑誌にも多数の投稿がある。

前置きが長くなったついでに、もうひと言お許しあれ。

本書をひもとけば、冒頭からアンリ・エー(Henri Ey, 1900-1977)が出てくることに気付かれよう。この凡人を私も二十世紀において精神医学の思想を作った唯一の人、と評価する。一例を挙げると、彼の「器質力動論」(オルガノダイナミズム)はわれわれの薬物療法重視の営為を説明してあまりある。軽いケースにさえ脳に働く抗精神病薬を躊躇なく使い、他方で小精神療法として患者-医師関係にも一定の注意を払いつつ、長い経過を追う。日本の健康保険下でないときできない営為である。

その上、1974年の「意識野の解体」と「人格の解体」という分類は(本書のp.63)、DSM的公衆衛生学分類の時代にあっても、平行して考えるに値する臨床的実用性を持つ。私も本書に刺激されてエーの日本における再評価を願わずにはいられない。

本書はとても読みやすいから、これ以上の解説は不要と思う。

神経心理学にあまり詳しくない人なら第12章「臨床病態の諸相」から読まれるのを勧めます。ここには平素あまり出会わない次のような病態が自家例を基にわかりやすく述べられている。1) 全生活史健忘、2) 失声(転換性障害)と解離性健忘、3) 妄想知覚、4) アスペルガー障害、5) 病態失認-身体図式と身体意識の区別など。どれも平均的な精神科医の神経学的教養を高めるのに役に立つ。

病院早わかり読本 第4版

編著 飯田修平

患者さんが安心して受けられる医療の提供には、何よりも医療のしくみの正しい理解が求められる。その実践の過程から「医療における信頼の創造」を実現するために、医療に携わるすべての新人スタッフがまず知っておくべきことを、コンパクトかつすぐに理解できるようまとめ大好評であり続けたベストセラー最新改訂第4版。近年さらなる変化の激しい医療制度改革に対応し全面的に内容を刷新。

● B5 頁276 2011年 定価2,310円
(本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01238-6]

医学書院

医学部受験専門予備校
Medical Ark
横浜メディカルアーク

オーダーメイド指導/マンツーマン指導
少人数制指導/IT技術を駆使した最新型教育

医学部合格実績豊富なプロ講師陣が在籍
横浜市立大学/防衛医科大学/東京慈恵会医科大学
日本医科大学/昭和大学/順天堂大学/日本大学
東京医科大学/北里大学/東邦大学/杏林大学/他、多数の
合格実績

講師陣に絶対の自信あり。

資料請求・お問い合わせ ▶▶▶ TEL 045-548-9940
http://medical-ark.co.jp

新刊 日常診療を強力にアシストする!

イン・ザ・クリニック

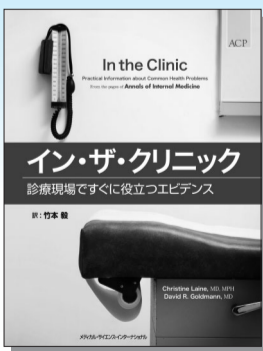
診療現場ですぐに役立つエビデンス

In the Clinic: Practical Information About Common Health Problems

訳: 竹本 毅 北里大学病院総合診療部外来主任
編集: Christine Laine・David R. Goldmann

定価7,980円(本体7,600円+税5%)
● A4変 ● 頁384 ● 図18 ● 2012年 ● ISBN978-4-89592-695-9

- 米国内科学会(ACP)の機関紙「Annals of Internal Medicine」に連載中の「In the Clinic」24回分をまとめた1冊。
- 内科外来で遭遇するcommonな疾患を厳選、診療に関わる現実的な設問に答える形式で、EBMに基づいたアプローチ法を解説。
- 豊富な囲み記事を収めた独自レイアウトにより、読みやすさ、使いやすさを追求。
- 文献検索データや「Tool Kit」など、各種情報源を適宜収載。文献集、各疾患の情報収集のための手引としても有用。



教科書として、主要文献のレファレンスとして、手元に置けば何かと使える

好評「100ケース」シリーズ

内科診断100ケース
臨床推論のスキルを磨く
100 Cases in Clinical Medicine,
2nd Edition
監訳: 佐々木将人
定価4,830円(本体4,600円+税5%)

GP100ケース
プライマリ・ケア医としての
総合力を身につける
100 Cases in General Practice
監訳: 佐々木将人
定価4,620円(本体4,400円+税5%)

心の診療100ケース
プライマリ・ケアで押さえない
精神医学的キーポイント
100 Cases in Psychiatry
監訳: 飯島克巳
定価4,830円(本体4,600円+税5%)

認知行動療法トレーニングブック

短時間の外来診療編 [DVD付]

大野 裕 ● 訳

Jesse H. Wright, Donna M. Sudak, Douglas Turkington, Michael E. Thase ● 著

A5・頁416
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01233-1

評者 坪井 康次
東邦大教授・心療内科

今や認知行動療法は一般にもよく知られるようになり、その適応疾患はうつ病だけでなく、各種の精神疾患にも適応が広げられ、さらに一般身体疾患の管理の問題にも応用され効果を上げています。また認知行動療法は、薬物療法と併用されると、より良好な経過や再発予防効果が得られることもわかってきています。

一般臨床現場で行う ブリーフセッション 認知行動療法の神髄

一方で、認知行動療法に習熟した治療者が不足しており、誰でもがこの治療を受けられる状況にはない。このことはわが国ばかりでなく欧米においても同様で、英国などでも治療者の養成が計画されている。より多くの患者さんに本治療の効果を届ける方法についての検討が課題となっている。

本書は、『認知行動療法トレーニングブック』シリーズの3冊目であり、上述のような状況の中で、薬物療法を行いつつ認知行動療法的な手法をどのように活用するかについて詳細に述べられている。

著者らによれば、1回15—30分程度のブリーフセッションであっても、認知行動療法の手法をうまく用いることにより、良好な予後をもたらすことができ、アドヒアランスを促進し、主症状と併発ないしは併存する症状のコントロールを助け、再発の予防にも効果があるという。

確かに通常の診療場面を振り返ってみても、薬を患者さんに「はい」と言って手渡すだけでは、よい結果は得られない。患者さんの話を聞き、つらいところに共感し、現実を見直し整理して、よりよい問題解決を手助けするプロセスが必要であり、治療者は自然のうちにこのような対応を行っている。

認知行動療法は、これらをよりコンパクトに定型化し、治療者にも患者さんにもより明確に伝えることがその特徴である。

本書の構成は、1, 2章で、ブリーフセッションに役立つ認知行動療法の特徴、認知行動療法と薬物療法の併用の適応と形式、ブリーフセッションにおける認知行動療法と薬物療法の併用の適応などに触れ、3, 4章では、ブリーフセッションの効果を高めるための治療関係の活用、心理教育、症例の定式化と治療計画など基本的なところを振り返っている。初めて認知行動療法に触れる人でも理解できるよう工夫されている。

また本書は、一般身体科医にも大いに参考になる部分がある。例えば、薬物のアドヒアランスの向上、不眠症、ライフスタイルの改善、健康的な習慣の確立など、身体疾患の患者さんに対して有効な認知行動療法的介入なども取り上げられている。

実際に読んでみると、単に本格的、伝統的と呼ばれる認知行動療法の簡易版というばかりでなく、より短時間でコンパクトに要領よくまとまっておき、まさに英語版のタイトル通り“High-Yield”実りの多いものに仕上がっていることがよくわかる。また、これまでの本シリーズのトレーニングブックと同じようにDVDが付いており、動画により実際のセッションのニュアンス、介入のタイミングなどの詳細が手に取るようにわかる。

精神科医・心療内科医のみならず生活習慣病などの領域を扱う身体科の医師にも参考にしていただきたい良書である。

味があってわかりやすい。著者の眼はこの辺りにも届いている。

最後に本書への反論を、と考えていたが残念ながら紙数が尽きた。

一つだけにしたい。かねてから神経学には長期経過への関心が精神医学に比して薄いと感じていたが、本書にも同様の印象を持った。お人好しにすぎるとかと思いつつ、精神科医たちは病人に人格の成長とか成熟を期待する。神経心理学はこれをどう扱うのだろう。レジリエンス(回復力)といった既設の装置の発動だけで説明するしかないのか。脳から心への通路の逆、心から脳へという通路は全く考えられないのか。

いずれにしても、近來まれな好著の諸兄弟のご一読をお願いします。

《神経心理学コレクション》 ふるえ [DVD付]

柴崎 浩, 河村 満, 中島 雅士 ● 著
山鳥 重, 河村 満, 池田 学 ● シリーズ編集

A5・頁152
定価5,460円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01065-8

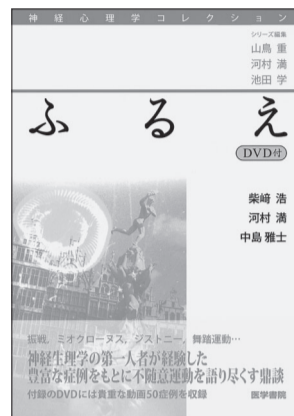
評者 廣瀬 源二郎
浅ノ川総合病院脳神経センター常勤顧問/
金沢医大名誉教授

《神経心理学コレクション》シリーズとして出版された『ふるえ』は極めてユニークである。神経心理学とは大脳皮質の高次機能を脳の構築と関係付ける学問であり、医学書院のこの《神経心理学コレクション》も言語、行為、知覚から意識や記憶まで多岐にわたる人間の高次機能を新しい切り口でとらえ直すシリーズとして発刊されたものである。

今回の『ふるえ』は振戦のみならず、ミオクローヌス、ジストニー、舞蹈運動などいわゆる不随意運動について臨床神経生理学の第一人者である柴崎浩先生が経験された症例の動画を呈示して説明し、二人の聞き手が問いかけ、コメントする形でつくられている。多くは基底核、小脳の機能障害である不随意運動を神経心理学シリーズで取り上げた点は今までにない発想である。ただ不随意運動はすべて運動障害であり、その多くはどこに原因があるかと運動野を中心とする運動調節中枢が最終的に関与して脊髄前角細胞を発火させる final common path を考えればこのユニークさも理解できる。

不随意運動はその異常運動を観察して今までの分類に従い診断するのが一般的であるが、その病態生理は複雑であり、最近の電気生理学的検査法や画像診断を加えることでその発生機序をも解明できる時代となってきている。柴崎先生は jerk-locked averaging 法を開発して皮質性および皮質反射性ミオクローヌスの病態生理を明らかにされた神経生理学者である。そのため、この本ではミオクローヌスはもちろんのこと、振戦や他の不随意運動についても、表面筋電図、脳波、脳磁図などから筋放電スペクトラムなどを記録して、多彩な臨床神経生理学的手法によ

すべての臨床神経内科医 にとっての必読書



り解析している。それらのデータを駆使して、それぞれの不随意運動を動画による臨床症状だけでなく病態生理学を詳しく解説することで正確に診断できることを教えてくださっている。今までの神経心理学コレクションシリーズの読者にはやや異なるアプローチで解説されており、取っ付きにくいかもしれないが、不随意運動を持つ患者を診察する立場にある神経内科医には不随意運動を病態生理学にのっとり理解するには極めて優れた教科書である。内容は他にジストニー、アテトーゼ、舞蹈運動、バリスム、ジスキネジー

があり、さらに restless leg syndrome, 末梢神経障害に合併する不随意運動にもおよび動画48例が同じアプローチで鼎談は延々と進んでいく。最後にこのシリーズ編集者の一人である河村満先生の肢節運動失行の2症例の動画も加えられている。

この鼎談の導師である柴崎先生は、最近ではすべての不随意運動を無理やり既存の分類に当てはめようとはせず、その臨床像を正確に記載することこそが肝要であると巻頭で述べられており、学会などでも同様の考えを話しておられる。まさにすべてを極めた臨床生理学者の述懐である。

神経心理学に興味を持つ人だけでなく、むしろすべての臨床神経内科医必読の書であり、その刊行が神経心理学領域だけでなく広く知れ渡ることを願うものである。

●書籍のお問い合わせは
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 医学書院販売部まで
FAX (03) 3815-7804
なお、ご注文は最寄りの医学書院刊行物取扱店(医学書院特約店)へ。

エーを知りたい方は第13章がよいだろう。「意識の病理」と「人格の病理」の二系列の要を得た解説に加えて、わが国の非定型精神病(満田)概念、鳩谷竜のてんかんから統合失調症に至る内因性精神病全体の鳥観図(p.164)もある。

その前の第9章「『心因』という虚構について」を読み飛ばすわけにはいかない。ここは結構きつい精神医学批判だから。エーに心酔する私はほとんど同意できるが読者によってはどうだろう。ご自分の使う心因概念の再考を求められることは確かだろう。

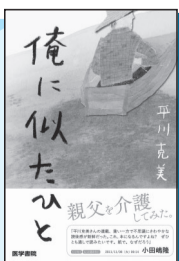
第10章「『自己』という虚焦点について」はラカンを論じる精神病理学者二人の説を引用しながらの説明で、新

親父を、介護してみた。

俺に似たひと

昭和という時代に、町工場で油まみれになって働いていた父親。そんな「俺に似たひと」のために、仕事帰りにスーパーでとんかつを買い、肛門から便を掻き出し、「風呂はいいなあ」の言葉を聞きたくて入浴介助を続けた――。透徹した視線で父親を発見し、老人を発見し、さらには「衰退」という価値を発見していく「俺」の物語。医学書院ウェブサイト「かんかん!」で圧倒的な人気を誇った連載、待望の書籍化!

平川 克美
リナックスカフェ代表取締役・立教大学特任教授



四六判 頁242 2012年 定価1,680円(本体1,600円+税5%) [ISBN978-4-260-01536-3]

医学書院

ようこそ、素晴らしい旅行医学の世界へ! トラベル・アンド・トロピカル・ メディスン・マニュアル

新刊

The Travel and Tropical Medicine Manual, 4th Edition



一般診療に携わる すべてのプライマリケア医必携!

ニーズの高まりつつある旅行医学・熱帯医学の実用的でハンディな手引書。全7パートで構成し、前半で旅行前のアドバイス、子どもや女性など特に注意が必要な旅行者に対するアドバイスをまとめ、後半で旅行者が高い頻度で遭遇する、発熱・下痢・皮膚病変・性感染症・蟻虫について項目別に網羅、解説する。一般診療に携わるすべてのプライマリケア医、感染症専門医必携。

監訳 岩田健太郎 神戸大学大学院医学研究科微生物感染症学講座 感染治療学分野教授
土井朝子 洛和会首羽病院感染症科

●A5変 頁800 図・写真45 2012年 ●定価 8,400円(本体8,000円+税5%) ●ISBN978-4-89592-693-5

本書ご購入の方 先着500名様限定!
電子版「無料」ダウンロードサービス
実施中!

目次

- PART 1 旅行前のアドバイス
- PART 2 特定の旅行者に対するアドバイス
- PART 3 発熱
- PART 4 下痢
- PART 5 皮膚病変
- PART 6 性感染症
- PART 7 蟻虫

◎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ストラテジー

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者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月収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)。

3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 4月号 Vol.76 No.4 一部定価2,520円	地域医療の現状と将来展望	臨床整形外科 3月号 Vol.47 No.3 一部定価2,625円	大災害時における整形外科医の役割—東日本大震災の経験から学ぶ
medicina 3月号 Vol.49 No.3 一部定価2,625円	内科医のための気管支喘息とCOPD診療	臨床婦人科産科 4月号 Vol.66 No.4 一部定価2,835円	最小侵襲手術(minimally invasive surgery)アップデート
JIM 3月号 Vol.22 No.3 一部定価2,310円	チームを動かすコンサルテーション	臨床婦人科産科 増刊号 Vol.66 No.5 特別定価8,925円	オフィス・ギネコロジー
呼吸と循環 4月号 Vol.60 No.4 一部定価2,835円	難治性びまん性肺疾患克服への取り組み	臨床眼科 3月号 Vol.66 No.3 一部定価2,940円	第65回日本臨床眼科学会講演集(1)
胃と腸 3月号 Vol.47 No.3 一部定価3,150円	咽頭・頸部食道癌の鑑別診断	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 4月号 Vol.84 No.4 一部定価2,730円	最新の漢方診療
肝胆膵画像 3月号 Vol.14 No.2 一部定価4,095円	膵画像診断の最新動向	臨床泌尿器科 増刊号 Vol.66 No.4 特別定価8,610円	泌尿器科ベッドサイドマニュアル
BRAIN and NERVE 3月号 Vol.64 No.3 一部定価2,835円	アカデミアから新規治療の実現へ—トランスレーショナルリサーチの現状	総合リハビリテーション 3月号 Vol.40 No.3 一部定価2,310円	東日本大震災とリハビリテーション
精神医学 3月号 Vol.54 No.3 一部定価2,730円	オピニオン: 認知症の終末期医療の対応: 現状と課題—尊厳をどう守るか	理学療法ジャーナル 3月号 Vol.46 No.3 一部定価1,890円	東日本大震災と理学療法
臨床外科 4月号 Vol.67 No.4 一部定価2,730円	内視鏡外科手術の腕をみがく—技術認定医をめざして	臨床検査 4月号 Vol.56 No.4 一部定価2,310円	感染症検査における境界値の取り扱い方
		病院 3月号 Vol.71 No.3 一部定価3,045円	在宅療養と病院



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