

2012年11月12日

第3002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
JCOPIY (社団法人著作権管理機構 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

- [インタビュー]小児終末期の治療方針を考える(加部一彦)/[連載]続・アメリカ医療の光と影……………1-2面
- [寄稿]日本発の新たな疾患概念 IgG4関連疾患の潮流(神澤輝実)……………3面
- [寄稿]私と医学界新聞(武藤徹一郎,岩崎榮,奈良勲,矢谷令子,藤田郁代),他…4-5面
- [寄稿]見知らぬ世界へのどこでもドア(金川英雄)……………6面

小児終末期の治療方針を考える

話し合いのガイドラインから「協働意思決定」をめざして

interview 加部 一彦氏 (母子愛育会総合母子保健センター愛育病院 新生児科部長)

終末期における意思決定に関する議論が高まっているが、自身での意思決定が難しい子どもの場合、医療者や家族が子どもの権利を擁護しながら治療方針を決定することが求められる。本年8月、医療者と家族の意思決定までのプロセスを支援するための「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」¹⁾が日本小児科学会から公表された。本紙では、同ガイドラインワーキンググループ(WG)の委員長を務めた加部氏に、ガイドライン作成の経緯や、今後の小児終末期医療がめざす話し合いの在り方について、お話しいただいた。

基準を定めない「プロセスのガイドライン」

—子どもの治療選択に関する問題は、当初新生児医療の現場で生じたと聞きます。

加部 新生児医療は、もともと医学的観点から治療の差し控えや中止といった問題に直面する機会が多い領域です。NICUの発達に伴い、命が救われる子どもが増えた一方で、その後の治療をめぐる医療者と家族が対立する事例も出てきました。

そのようななか、1985年に女子医大の仁志田博司教授(当時)が、新生児医療における治療方針の決定に関する論文を出しました²⁾。この論文内の表が、後にいわゆる“仁志田のガイドライン”と言われるようになりました。

この表では、新生児への治療方針が、73年に出されたダフらの論文³⁾をもとに、A(すべての治療を行う)、B(制限的治療)、C(積極的な治療は行わない)、D(治療の中止)にクラス分けされ、各クラスに該当する疾患名が例示されていました。疾患を分類することを目的とした表ではなかったのですが、新生児医療の現場で広く用いられるようになり、やがて疾患名とクラス区分だけが“ガイドライン”としてひとり歩きしてしまったのです。

医療レベルが向上し、患者家族や社会が重い病を抱える子どもを受け入れる態勢が整い始めたころから、クラス

分けに応じた具体的な疾患名の例示は適切でないと考えられるようになった一方、現場では倫理的な意思決定のための基準を求める声が高まり、新しいガイドラインの検討が始まりました。

—方針の転換が明確に示されたのが、2003年に成育医療委託研究の研究班が公表した「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン」⁴⁾ですね。

加部 このガイドラインは、「治療のガイドライン」ではなく治療方針を決定するまでの「プロセスのガイドライン」でした。当時としてはとても画期的だったと思います。

—「プロセスのガイドライン」というのは、他ではあまり聞きません。

加部 通常の診療ガイドラインでは、治療のアルゴリズムやエビデンスレベルが示されますが、新生児の疾患は個別性が強く、一概に治療を決定することが難しい。そこで、03年のガイドラインでは、「終末期」の定義や治療の中止・継続の基準は設けず、アルゴリズムに従えば自動的に回答が導き出せるものにはしないことが前提とされました。

基準がないなかで治療方針を決定するためには、医師だけでなく、かかわる多くの医療者と家族が多様な意見を出し合いながら、最善の治療を話し合うことが最も重要です。そのため医療者と家族のパートナーシップを築くプロセスを支援するものとして、「プロセスのガイドライン」が作成されまし

た。今回小児科学会から公表された子どものガイドラインも、同様の前提を踏襲しています。

子どもの「最善の利益」を多様な価値観から考える

—子どもの治療方針を決定する際、大人と違うのはどのような点でしょう。加部 子どもの自己決定能力には限界があります。特に年齢が低い子どもたちについては、誰かがその子どもの生きる権利、命の権利を守ってあげなければなりません。ある程度成長した子どもに対しては、それぞれの子どもの理解度に合わせて、理解できるような話の仕方でも説明するインフォームド・アセントが行われますが、その場合にも最終的な決定を子ども自身が行うことはあまり多くないでしょう。

—そうすると、親が子どもの代わりに意思決定に参加するのでしょうか。

加部 大半がそうでしょう。しかし、いつのまにか意思決定を行う親の利益が優先され、子どもの利益とかけ離れた不適切な判断が下されることがあります。こうした事態を防ぐためには、親だけに子どもの治療の意思決定を任せるのではなく、医療者を含む異なる立場の人が異なる価値観を持ち寄り、子どもの「最善の利益」を考えなければなりません。

一方で、子どもの「最善の利益」とは何かという議論もあります。海外でも「best interest of child」が重視されていますが、いまだ具体的な答えは得られていません。

—海外では小児の終末期の治療方針をどのように決定しているのでしょうか。

加部 欧米では、治療中止までのステップが明確に定められているところが多いですね。例えばオランダには、主治医と、主治医以外から選任された医



●加部一彦(かべかずひこ)氏

1984年日大医学部卒。女子医大母子総合医療センター、国保旭中央病院新生児医療センター医長を経て、94年母子愛育会総合母子保健センター愛育病院。96年より現職。主な著書に「障害をもつ子を産むということ——19人の体験」(中央法規出版)。

師2人が手順ののっとなって判断すれば、終末期にある小児の治療を中止できる法律があります。ただ、医師が確認する項目の中には「本人の苦痛が著しい」「生きていて幸せになれない」という漠然としたものもあり、解釈の幅が広すぎると問題になっています。

話し合いのプロセスを省みる

—今回のガイドラインは、どのようなメンバーで議論されたのですか。

加部 WGには小児科医、新生児科医をはじめ、生命医療工学、法務、生命倫理の専門家、そして患者の家族会の方がいました。

多くの方が心配していたのは「ガイドラインの公開によって、子どもの治療が安易に中止されるようになるのではないか」ということで、特に障害をもつお子さんを育てているご家族の懸念が強くありました。

確かに以前は、医師が主導して治療方針を決定していました。今でも、日本の医療には権威的なところがあり、治療方針を決めるための話し合いの場

(2面につづく)

November 2012

新刊のご案内

医学書院

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

ティアニー先生のベスト・パール2

著 ローレンス・ティアニー
訳 松村正巳
A5 頁186 定価2,625円
[ISBN978-4-260-01712-1]

〈脳とソシアル〉 脳とアート 感覚と表現の脳科学

編集 岩田 誠、河村 満
A5 頁264 定価3,780円
[ISBN978-4-260-01481-6]

ベナー 看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること(第2版)

監訳 井上智子
A5 頁976 定価6,195円
[ISBN978-4-260-01634-6]

がん化学療法 レジメン管理 マニュアル

監修 濱 敏弘
編集 青山 剛、東加奈子、川上和宜、宮田広樹
B6変型 頁368 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01637-7]

標準的神経治療

監修 日本神経治療学会
B5 頁328 定価9,975円
[ISBN978-4-260-01657-5]

〈看護ワンテーマBOOK〉 もっと知りたい エンゼルケアQ&A [DVD付]

小林光恵
B5変型 頁128 定価2,310円
[ISBN978-4-260-01705-3]

腹膜透析スタンダードテキスト

中本雅彦、山下明泰、高橋三男
B5 頁224 定価6,825円
[ISBN978-4-260-01668-1]

日野原重明ダイアローグ

日野原重明
A5 頁264 定価2,310円
[ISBN978-4-260-01706-0]

〈JUNスペシャル〉 看護研究の進め方 論文の書き方 (第2版)

編著 早川和生
AB判 頁192 定価2,520円
[ISBN978-4-260-01683-4]

続 アメロカ医療の光と影

第233回

「最先端」医療費抑制策 マサチューセッツ州の試み③

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ：1992年にマサチューセッツ州が診療報酬決定プロセスを自由化した目的は医療費抑制にあった。しかし、巨大医療企業「パートナーズ」が強大な価格交渉力に物を言わせて医療サービス価格を押し上げたため、同州の医療費は逆に高騰し続けた。

医療企業「パートナーズ」の拡大路線

ハーバード系の二大名門病院、ブリガム&ウィメンズ・ホスピタルとマサチューセッツ・ジェネラル・ホスピタル(MGH)とが合併してできた医療企業「パートナーズ・ヘルスケア」(以下、パートナーズ)が正式に発足したのは、94年のことだった。

その後、急速に規模を拡大、ボストン近郊のコミュニティ病院に加えて、精神科の名門、マククリーン・ホスピタル、リハビリの名門、スポールディング・リハビリテーション・ホスピタルをも傘下に収めた。さらに、(総数約6000人とされる)開業医ネットワーク

ク、HMO、在宅医療企業、看護・医療技術大学院等も組み入れ、いまや、「巨大複合医療企業」として、マサチューセッツ州医療界に君臨している。パートナーズが保険会社から割高の診療報酬を得るようになった経緯は前回説明したが、一例として胸部X線写真の「値段」の病院間格差を以下に示す。

・パートナーズ基幹病院	
MGH	\$160
・パートナーズ系列コミュニティ病院	
フォークナー病院	\$120
・非系列コミュニティ病院	
ブロックトン病院	\$80
ミルトン病院	\$90

胸部X線写真の質がこれらの病院間で大きく異なることはありえず、価格差が生じた理由は「交渉力の差」以外の何物でもない。非系列のコミュニティ病院にとって、「同じ医療サービス」を提供しているにもかかわらず診療報酬が大きく異なるのだから、パートナーズと争いになった場合に勝負にならないことは明らかだろう。

実際、初めから勝つことがわかりき

つまり、子どもに何が合ったのか、治療によって何が起こるのかという客観的な事実を共有し、正しく理解することをめざしてほしいです。その上で医療者と家族と一緒に治療方針を決める「協働意思決定」ができることを、今回のガイドラインでは重視しました。

自分の意見を押し付けるのではなく、あるいは誰かの価値観に偏って決断するのではなく、参加者が互いの考えを共に支え合うことで納得できる決定に至ってほしいです。

——話し合いの結果、子どもの治療を中止することもあるのでしょうか。

加部 悲しいですが、皆で話し合いをして合意した結果であれば、治療中止という選択もあり得るのだと思います。しかし、どんな治療をしたのか、関係者で何を話したのか、どんなプロセスを経て、どのような葛藤があった上で、最終的な結論に至ったのかが、客観的かつ公正に記録されていれば、たとえその結論が治療の中止であったとしても、話し合いに関与していない第三者はその決定に異議を唱えられないのではないのでしょうか。

また、例えば親が「障害のある子を育てることはできない」と悩んだ場合でも、皆の話し合いによって、何か良い道筋が考えられるかもしれません。さまざまな立場の人間が、それぞれの

っていたからなのか、パートナーズは、豊富な資金力に物を言わせて積極的に郊外に進出、非系列コミュニティ病院のマーケットを侵食し続けた。例えば、ボストン南方のフォックスボロ市に総工費4300万ドルで外来診療センターを建設、カリタス・ノーウッド病院(カトリック系コミュニティ病院)の経営を脅かした。パートナーズの進出に敵対的姿勢を示した同病院経営者はやがて失脚する憂き目に遭うのだが、その際、マサチューセッツ州医療界には、「パートナーズ上層部がカトリック教会に影響力を行使した人事」とする噂が飛び交ったものだった。

また、ボストン西方のネイティック市・フラミンガム市にも進出、メトロウエスト病院のシェアを侵食した。同病院の腫瘍科チーフを引き抜き、患者1000人と看護スタッフ込みで、丸ごとパートナーズに移籍させることに成功したのである(メトロウエスト病院の腫瘍科が壊滅状態となったのは言うまでもない)。

さらに、ボストン北方にも進出、2009年には、ダンバース市に総工費1億1400万ドルで建てた外来診療センターをオープンした。同市では、ベバリー病院が2007年に総工費3000万ドルで外来診療センターを開設したばかりとあって、「パートナーズの進出はベバリー潰しがねらい」とする噂がささやかれた。実際、ベバリー病院は2006年までパートナーズ系列に属したものの、「パートナーズのライバル病院と提携した」ことを理由に系列を外された経緯があっただけに、この噂は信ぴょう性を帯びた。

郊外に、それも今後成長が見込める外来診療を中心に進出した戦略は、経済界からも高く評価された。パート

ナーズが郊外のサテライト施設建設のための債権を発行するたびに、ムーディーズなどの格付け会社が最高の格付けを付したのである。投資家に対し、「パートナーズの戦略は大儲けが見込める」と、格付け会社が実質的保証を与えたに等しかった。

市場原理下の「バンパイア効果」

以上、パートナーズの拡大路線を振り返ったが、私には、その「アグレッシブ」なやり方が、90年代に急成長を遂げて全米最大の民間病院チェーンにのし上がった「コロンビア/HCA」社のアグレッシブさと酷似するのを見てならない。同社があこぎとも言える手段で所有病院を増やし続けた手口は拙著『市場原理に揺れるアメリカの医療』(医学書院)に詳述したが、営利であろうと非営利であろうと、ひとたび「弱肉強食」の世界で弱者を屠る味を覚えてしまうと、「次の餌食・犠牲」を求め続けずにはいられなくなるようである。

「バンパイア効果」なる言葉を私に教えてくれたのは、ケンブリッジ病院地域医療部部長兼ハーバード大学医学部准教授だったデビッド・ヒンメルシュタイン医師だったが、「吸血鬼に噛まれたらみな吸血鬼になってしまうように、ひとたび市場原理の競争にさらされると、良心的な医療を展開していた非営利の医療施設も、あこぎな医療企業と変わらない経営手法を採用するようになる」という意であった。結成時こそ、「ハーバード系医療施設の良心を守る」と期待されたパートナーズだったが、いつの間にかバンパイアに変身してしまっていたようである。(この項つづく)

価値観を持ち寄り話し合うことが何よりも重要なのです。

誰もが自然と話し合える環境に

——今後の課題としてどのようなことをお考えですか。

加部 今回のガイドラインでは、緩和ケアやグリーフケアの取り入れ方を、提示することができませんでした。話し合いの中でこうした選択肢も用意できれば、医療者や家族の納得感を促進できると期待しています。

また、社会の新しい要請に応えるためにも、ガイドラインの改訂を継続していきたいと考えています。ガイドラインは、日本小児科学会として永続的に管理・改訂していくことを、今後求めたいと思います。

——先生の最終的な目標をお聞かせください。

加部 医療者と家族の話し合いが、ごく自然に行われるようになることが、最終的な目標です。終末期に限らず、患者さんと医療者が互いに情報を共有しながら話し合い、治療方針を決定していく「協働意思決定」の風土を作る

ことで、おそらく10年後には日本の小児医療そのものが変わっていくでしょう。

現場としては、ご家族から話し合いの場が求められるとさらにありがたいですね。家族が受け身でいる現状も変わらないと、本当に満足度の高い医療なんて実現しないのかもしれない。子どもの治療について誰かが何か疑問に思ったときに「皆で話し合いの場をもちましよう」と誰もが自然に提案できる環境をつくるのが、このガイドラインの最終的な目標であり、私の遠大な夢です。

——ありがとうございました。(了)

- 註
- 1) http://www.jpeds.or.jp/saisin/saisin_120808.html 日児誌. 2012; 116(10).
- 2) 仁志田博司, 他. 新生児医療における倫理的観点からの意志決定 (Medical Decision Making). 日児誌. 1987; 23: 337-41.
- 3) Duff RS. Guidelines for deciding care of critically ill or dying patients. Pediatrics. 1979; 64: 17-23.
- 4) <http://www.saitama-med.ac.jp/kawagoe/04departments/dep34neocmfnm/index2guidelines.html>

本当に欲しい情報、使えるTIPS

がん化学療法 レジメン管理マニュアル

がん化学療法を安全に行うために、臨床現場に必要な情報をレジメンごとにまとめたマニュアル。支持療法薬を含めた投与スケジュール表と副作用の発現時期を提示し、エビデンスに基づいた減量規定、中止規定を記載。臨床現場で重要な副作用を取り上げ、その対策を解説した。具体的な介入事例(CASEと解説)も収録!

監修 濱 敏弘
がん研有明病院薬剤部長
編集 青山 剛
がん研有明病院薬剤部
東加奈子
東京医科大学病院薬剤部
川上和宣
がん研有明病院薬剤部主任
宮田広樹
日本医科大学付属病院薬剤部

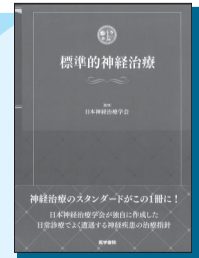


神経治療のスタンダードがこの1冊に!

標準的神経治療

設立30年の歴史をもつ日本神経治療学会監修により、神経内科医だけでなく他科の医師も加わりまとめ上げられた独自の治療指針。手根管症候群、Bell麻痺、片側顔面痙攣、三叉神経痛、慢性疼痛、めまいなど、日常診療でよく遭遇する9つの神経疾患・症候を中心に、神経治療のエキスパートがエビデンスに基づいた標準的治療を示す。神経内科専門医のみならず神経治療に携わるすべての医師が座右に置いておきたい1冊。

監修 日本神経治療学会



寄稿

日本発の新たな疾患概念 IgG4 関連疾患の潮流

神澤 輝実 がん感染症センター 東京都立駒込病院 消化器内科部長

IgG4 関連疾患は、諸臓器における IgG4 陽性形質細胞の浸潤を伴う腫大や腫瘍形成と、血中の IgG4 値の上昇を特徴とする新たな疾患概念である。本邦から発信されたこの概念は、現在世界的に注目を集めている。本稿では、IgG4 関連疾患の変遷と今後の問題点を概説する。

自己免疫性膵炎から IgG4 関連硬化性疾患の提唱

膵臓癌という診断で切除したら慢性膵炎だった症例は、腫瘍形成性膵炎として以前から問題視されてきた。また、後腹膜線維症、硬化性胆管炎や眼窩内偽腫瘍など全身の広範囲の組織に硬化性の線維性増生を認める原因不明の疾患は、1960年代より multifocal fibrosclerosis (MF) と呼ばれてきた。当院の病理科は、膵頭部癌の診断で切除された2例の腫瘍形成性膵炎を、病理組織学的にリンパ球と形質細胞の密な浸潤と線維化を呈し多数の閉塞性静脈炎を有することから、特殊な膵臓の炎症性腫瘍として1991年に「lymphoplasmacytic sclerosing pancreatitis」の名称で報告した¹⁾。

東京女子医科大学のグループは、びまん性の膵腫大と膵管狭細像、高γグロブリン血症と自己抗体陽性を示すステロイド治療が著効した例より、自己免疫性膵炎という概念を1995年に発表した²⁾。また2001年には、信州大学のグループが自己免疫性膵炎患者では血中の IgG4 値が特異的に上昇することを報告した³⁾。

そのころ、われわれが経験した10数例の自己免疫性膵炎患者は、高頻度に胆管狭窄や唾液腺疾患などを合併しており、本症は全身性疾患である可能性を考えた。数冊の試薬カタログから IgG4 抗体を探し出して英国から購入し、自己免疫性膵炎患者の切除や生検された諸臓器において抗 IgG4 染色を行った。その結果、多数の IgG4 陽性形質細胞浸潤が膵臓だけでなく、胆管、唾液腺、消化管やリンパ節などに認め

られ、また多くの組織に線維化と閉塞性静脈炎が認められた。慢性膵炎、原発性硬化性胆管炎の胆管やシェーグレン症候群の唾液腺では IgG4 陽性形質細胞の密な浸潤は認められなかったことから、われわれはこれらの疾患とは異なる機序で発生する、IgG4 が関連する新しい疾患概念として「IgG4 関連硬化性疾患」を2003年に発表した⁴⁾。

本疾患は、全身性疾患で線維化と閉塞性静脈炎を生じる膵、胆管、胆嚢、唾液腺、後腹膜などにおいて臨床徴候を呈する(図1)。自己免疫性膵炎は本疾患の膵病変であり、その膵外病変は諸臓器の病巣である。一臓器のみの場合もあるが、同時性または異時に複数の臓器が侵される場合もあり、高率にリンパ節腫大を伴う。従来原因不明の MF と呼ばれてきた疾患群は、この疾患である可能性が高い。高齢の男性に好発し、ステロイドが奏効する。血中 IgG4 値の測定と、抗 IgG4 抗体による免疫染色が診断に有用である。腫瘍の形成とリンパ節腫大により、診療当初は悪性腫瘍が疑われることが多いが、本症はステロイド治療が有効なことより、慎重な鑑別診断を行い無益な手術を避ける必要がある。

IgG4 関連疾患へ

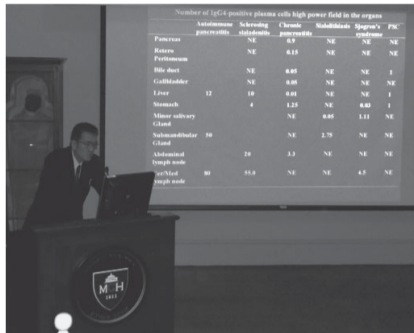
ミクリツ病は、19世紀末に報告された対称性に涙腺や唾液腺が無痛性に腫脹する原因不明の疾患である。長年にわたりシェーグレン症候群との異同が議論されてきたが、山本らと正木らは、それぞれ2006年と2009年にミクリツ病は IgG4 が関連した全身性疾患であることを提唱した。

2009年には厚労省難治性疾患克服研究事業において2つの IgG4 関連の研究班(岡崎班と梅原班)が組織された。研究班では、病名を「IgG4 関連疾患」と統一し、さらに昨年「IgG4 関連疾患包括診断基準2011」(表)を作成した⁵⁾。この基準では、①臨床的に特徴的な腫大、腫瘍病変の形成を

●表 IgG4 関連疾患の臨床診断基準(文献5より)

1) 臨床的に単一または複数臓器に特徴的なびまん性あるいは限局性腫大、腫瘍、結節、肥厚性病変を認める。
2) 血液学的に高 IgG4 血症(135 mg/dl 以上)を認める。
3) 病理組織学的に以下の2つを認める。
①組織所見: 著明なリンパ球、形質細胞の浸潤と線維化を認める。
②IgG4 陽性形質細胞浸潤: IgG4/IgG 陽性細胞比40%以上、かつ IgG4 陽性形質細胞が10/HPF を超える。

上記のうち、1)+2)+3)を満たすものを確定診断群(definite)、1)+3)を満たすものを準確定群(probable)、1)+2)のみを満たすものを疑診群(possible)、とする。



●図2 マサチューセッツ総合病院の円形講堂(Ether Dome)で講演する筆者

基本項目とし、②高 IgG4 血症と、③病理組織学的所見の組み合わせで診断する。罹患臓器としては、膵臓、胆管、胆嚢、涙腺・唾液腺、中枢神経系、甲状腺、肺、肝臓、消化管、腎臓、前立腺、後腹膜、動脈、リンパ節、皮膚、乳腺などが知られている。できる限り組織診断を加えて、各臓器の悪性腫瘍や類似疾患を鑑別することが重要である。IgG4 関連疾患にはステロイドが奏効するが、診断目的の安易なステロイド投与は慎むべきである。

世界への広がり

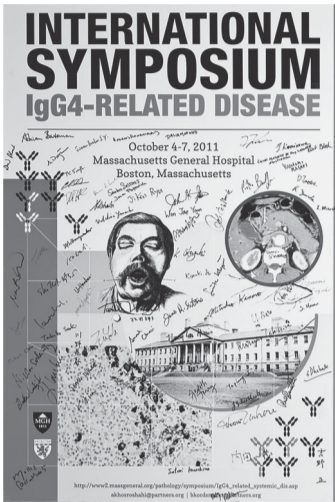
自己免疫性膵炎は2000年以降広く世界的に認知され、11年に国際診断基準が作成された。また、IgG4 関連疾患については、11年10月にマサチューセッツ総合病院の John Stone 博士主宰による「第1回 IgG4 関連疾患国際シンポジウム」が、世界中から100人以上の研究者を集め米国ボストンで開催された(図2, 3)。本シンポジウムにて、病名を IgG4 関連の障害臓器を冠したものとする(例: IgG4 関連唾液腺炎)ことや、IgG4 関連疾患の病理像に関するコンセンサスなどが決められた。

現在の問題点と今後の展望

IgG4 関連疾患は全身の諸臓器に発生し得る疾患であり、個別臓器の病態生理や臨床症状や検査異常などを各領域の専門家が解析し、臓器ごとに診断基準が作られてきている(IgG4 関連



●神澤輝実氏
1982年弘前大医学部卒。86年都立駒込病院消化器内科、2008年より現職。日大、女子医大、関西医大、山梨大、和歌山医大の非常勤講師を務める。専門は、膵臓疾患、胆道疾患の診断と治療。自己免疫性膵炎の研究を四半世紀にわたり続けており、03年に発表した IgG4 関連硬化性疾患という新しい疾患概念は、現在 IgG4 関連疾患として世界的に注目されている。米国消化器病学会フェロー。日本膵臓学会理事、日本胆道学会理事。



●図3 第1回 IgG4 関連疾患国際シンポジウムのポスター(出席者のサイン入り)

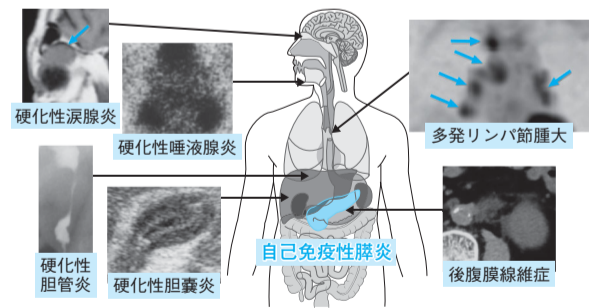
腎症、IgG4 関連硬化性胆管炎など)。しかし、診断や治療面においても種々の問題が残されている。筆者の専門分野である自己免疫性膵炎では、欧米で高頻度に見られる IgG4 と関連のない症例や膵臓癌との鑑別がまだ困難である症例、自己免疫性膵炎に合併した膵臓癌や胆管癌の存在、ステロイド治療後の再燃、膵石形成などの長期予後、ステロイドの維持療法や他の免疫抑制剤の使用、などが問題となっている。

IgG4 関連疾患の病因は不明であり、標的抗原や疾患特異的抗体も確認されていない。IgG4 の機能の解明も不十分だが、IgG4 は特異的構造のため他の免疫グロブリンと異なり、補体活性化作用や免疫複合体形成作用が弱い。IgG4 関連疾患では、Th2 タイプ免疫や制御性 T 細胞の役割の重要性が指摘されている。IgG4 の役割は、組織障害よりはこれらの活性経路の中で産生される機序が推察されている。

本夏、厚労省難治性疾患克服研究事業による「IgG4 関連疾患に関する調査研究班(班長: 京大・千葉勉氏)」が、新しく結成された。全国の IgG4 関連疾患の研究者を集めた大きな研究班であり、今後この班における遺伝子解析などの共同研究により、IgG4 関連疾患の病因・病態が解明され、より確実な診断と治療法の開発が期待される。

●文献

- 1) Hum Pathol. 1991 [PMID: 2050373]
- 2) Dig Dis Sci. 1995 [PMID: 7628283]
- 3) N Engl J Med. 2001 [PMID: 11236777]
- 4) J Gastroenterol. 2003 [PMID: 14614606]
- 5) 日内会誌. 2012 [PMID: 22620057]



●図1 自己免疫性膵炎に合併する主な IgG4 関連疾患

がん診断されたその瞬間から、患者は「がんサバイバー」になる

がんサバイバー 医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす

Medical and Psychosocial Care of the Cancer Survivor

がん診断された日患者もその家族も忘れることはない。「がんサバイバー」とはがんを克服した人だけを指すのではない。がん診断された時からサバイバーとなり、一生サバイバーであり続ける。診断・治療時、再発監視時、完治後の各々に異なるニーズとケアを理解し、可能な限り高い質で生きていけるようサバイバーを支援するにはどうすればよいか。医療者が知っておくべき医療・心理・社会的支援の知識を解説。

原書編集 Miller KD
監訳 勝勝範之
日本医科大学武蔵小杉病院教授・腫瘍内科
訳 金 容彦
聖隷浜松病院・化学療法科
大山万寿
京大大学院・人間・環境学研究所

がん診断されたその瞬間から、患者は「がんサバイバー」になる

ISBN978-4-260-01522-6

医学書院

腹膜透析を正しく理解し、実践するために

腹膜透析スタンダードテキスト

1980年にわが国に導入されたCAPD療法は多くの困難を克服し、慢性腎不全治療の大きな柱となっている。本書はその黎明期からこの治療法に関わり、情熱をもって研究と実践に日々邁進してきた著者らが、その使命感とともにまとめた集大成。正しい実践のための理論的背景やエビデンスについても触れられ、腹膜透析にかかわる若手医師、看護師にとって必携の1冊。

中本雅彦
済生会八幡総合病院副院長
山下明泰
湘南工科大学工学部教授
高橋三男
日機装(株)メディカル事業本部顧問

腹膜透析
Peritoneal Dialysis
スタンダードテキスト

ISBN978-4-260-01668-1

医学書院



『週刊医学界新聞』の3000号発刊を記念した特別企画「私と医学界新聞」。弊紙と深いかわりのある方々にこれまでの思い出を振り返っていただきました。



医療は進歩している

武藤 徹一郎
(がん研有明病院名誉院長)

本稿依頼と共に届いた過去の医学界新聞の筆者の登場記事を見て、医療の進歩に思いをはせた。

第1544、1545号(1983年4月11、18日発行)のIBD(炎症性腸疾患)の大家である病理学者のRobert Riddell氏との松枝啓氏を交えての鼎談「炎症性腸疾患をめぐって」(下写真)は、約30年前の日本のIBDの状況を思い出させてくれた。日本のIBD研究は1973年にスタートした厚生省(当時)の難治性炎症性腸管障害調査研究に始まる。それ以前はIBDのまとまった臨床経験は少なく、特にクローン病がどんな疾患かを知っている医師は皆無という状況であった。鼎談が行われたのは調査研究がスタートしてちょうど10年後のことで、IBDの知識は急速に広まり、専門家と呼ばれるに相応しい医師が登場し始めていた。鼎談の中でもIBDの問題点のポイントは外れておらず、今でも一読に値する内容を含んでいる。IBDにおける調査研究の役割は大きかった。かつて稀であったIBDが今や普通の病気となり、消化器専門医のいる一般病院で適正に治療されるようになったのは、研究班の活動のたまものと言ってよいと思う。研究班は現在も存

続しており、先日久しぶりに研究会に参加して内容の充実と目覚ましい世代交代に驚いた。しかし、治療法はほぼ確立しているものの、成因が依然として不明なため、再発リスクのある人々が年々蓄積されていく現状を、どう打開するかという大問題が残されている。

第2101号(1994年7月18日発行)には筆者の東大病院長としての抱負記事「東大附属病院新外来診療棟開院にあたって」が掲載された。そこでは、臓器別診療体制、チーム医療、完全予約制、院内ボランティア、アメニティ向上、オートインホスピタルなどの構想が熱く語られている。今ではこれらのシステムは当たり前になっているが、20年前にはまだ新しい構想だったようだ。いろいろと問題はあがるが、日本の医療もこの30年、それなりに進歩していると思う。今後も、より多くの医療機関がより高質な医療をめざして発展することを期待したい。



●鼎談「炎症性腸疾患をめぐって」より。左から、武藤、Riddell、松枝の各氏。



この良き医師臨床研修制度を逆行させてはならない ——「見直し」を見直す必要がある

岩崎 榮
(NPO 法人卒後臨床研修評価機構専務理事)

『週刊医学界新聞』は、医師臨床研修制度について多くの紙面を割いて、解説してきました。

現行の医師臨床研修制度は、「診療に従事しようとする医師は、2年以上臨床研修を受けなければならない」として、30数年もの長きにわたる検討の結果、2000年の医師法等の一部改正で必修化され、画期的なスーパーローテートの研修制度として2004年4月に施行されたものです。

その理念は人格を涵養し、将来の専門分野にかかわらず行う基本的研修や普段からよく見られる病気を診ることが基本的臨床能力を身につけるというものです。この制度の発足に当たり、指導医の資格要件を「7年以上の臨床経験を有し指導医講習会を修了した医師」としました。この要件を定めたことですべての指導医が教育マインドを持ったことは間違いなく、臨床研修への理解と充実には貢献したといえます。これは制度導入の最大のメリットであると評価できます。できれば、資格要件を3年以上にすることで、より効果的なものとなるでしょう。

一方で、臨床研修制度は医師不足を助長したとか、甚だしきは医療の質を

低下させたなどと、いわれなき中傷を受けたことで、2010年4月に制度の緊急見直しが行われました。これは、研修プログラムの弾力化でストレート方式への逆行をもたらし、年間入院患者数が3000人に満たない病院の指定取り消しが規定され、都道府県別の研修医募集定員の上限設定をするなどで研修医の大学病院へのシフトを促すとして期待した向きがあります。しかし本来的には、研修医の定数は病床数ではなく、研修医一人が経験できる患者数や指導体制が十分か、適切な指導医が十分な時間指導に当たることができるか、などで決められるはずのものです。この見直しは2011年、12年の経緯を見る限りことごとく失敗に帰したといわざるを得ません。このような研修制度のみの拙速な見直しは、逆効果をもたらしかねません。

大学医学部(医科大学)は、教育改革を一層のスピード感をもって進め、リベラルアーツ教育の充実、教育カリキュラムの根本的見直し、教育・教員の質の改善に努めなければなりません。医師国家試験の内容を見直すことも必要でしょう。



日本の理学療法学の発展に寄与

奈良 勲
(金城大学学長/広島大学名誉教授)

このたび、医学書院発行の『週刊医学界新聞』が通巻3000号を迎えたことをお祝い申し上げます。医学界新聞はPR紙でありながら、記事のバランスを適切に保ち、医学界の情報メディアとしての役目を果たしてきたことに敬意を表します。

私も医学界新聞の紙面に座談会と鼎談記事を数回掲載していただいたことがあります。そもそも、医学書院と私自身とのかわりかは、私が1973年から『理学療法と作業療法』誌の編集委員を務め、1989年に雑誌名が『理学療法ジャーナル』と変わった後も長年にわたり、その編集委員を務めたことでした。特に前者のジャーナルは、日本理学療法士協会と日本作業療法士協会が創立された時には、両協会の財源も乏しく、自前の機関誌が発行されるまでは、その役割を代行した出版物でもありました。

また、ジャーナルとは別に、『標準理学療法学 専門分野』と『標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野』

のシリーズ監修をはじめ、『理学療法学事典』を含む著書、監訳書など多くの出版物に関与する機会を提供していただいたことに感謝しています。

理学療法の草創期には、日本の理学療法士による文献は皆無でした。当初は、リハビリテーション医療に関与されていた一部の医師によって執筆された書籍と訳本が当時の主な情報源でした。しかし、理学療法学教育が大学・大学院で実現するとともに、研究水準も国際的なレベルまで達したことで、理学療法士自身による論文や書籍出版も飛躍的に進展してきました。

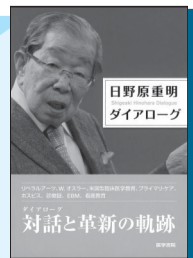
日本で理学療法士が誕生してまもなく50年になります。この半世紀の歴史の中で、理学療法士自身の努力が進歩の基盤になっているとはいえ、関連専門職をはじめ、医学系出版社の協力があったことは否定できません。今後も医学・医療を多面的にとらえて、貴社が躍進されることを心より祈念しています。

日本の医療を創った「対話(ダイアログ)」と「革新」の軌跡

日野原重明ダイアログ

『週刊医学界新聞』に掲載された日野原重明氏の講演・インタビュー・対談・座談会などから11本を厳選し書籍化。医学教育、プライマリ・ケア、POS、緩和医療など、医学界の発展は日野原氏の革新の精神とともにあった。

日野原重明
聖路加国際病院理事長



『JIM』presents 公開収録シリーズ③ 開催のお知らせ

帰してはいけない外来患者 ——ジェネラリストの外来戦略

『JIM』では、好評書『帰してはいけない外来患者』の著者である前野哲博先生・松村真司先生と、来春早々に『ジェネラリストのための内科外来マニュアル』の発行を予定している沖縄県立中部病院の金城紀と史先生・金城光代先生をお招きし、幅広い主訴と症状に対応する「ジェネラリストのための外来戦略」をテーマにしたレクチャーおよびケース・ディスカッションを公開収録いたします。

日時: 2013年2月3日(日) 13:30~17:30 (懇親会含む)
会場: 医学書院 本社(東京都文京区本郷)
講師: 金城紀と史氏(沖縄県立中部病院総合内科)
金城光代氏(沖縄県立中部病院総合内科)
前野哲博氏(筑波大学附属病院総合診療科)
松村真司氏(松村医院)
対象: ジェネラリストを目指す医師および医学生
定員: 50名
参加費: 3,000円(懇親会費を含む)
※『JIM』誌を年間購読されている方は無料。優先申込受付あり。

参加申込方法
<『JIM』年間購読者優先申込受付期間>
11月25日(日)正午(昼12時)~12月2日(日)正午(昼12時)
『JIM』誌を個人で年間購読されている方の優先受付期間となります。該当する方のみ受付専用Webサイトからお申し込みください。新規に年間購読申込みをされた方も対象となります。申込方法の詳細は医学書院Webサイト内『JIM』誌のページをご参照ください。なお、受付は先着順で、定員に達し次第終了いたします。
<一般申込受付期間>
12月2日(日)正午(昼12時)~定員に達し次第受付終了。
医学書院Webサイト内『JIM』誌のページをご参照ください。どなたでもお申し込みいただけます。受付は先着順で、定員に達し次第、終了いたします。医学書院Webサイトをご参照ください。

お問い合わせ
医学書院 PR 部
TEL 03-3817-5696



青いリンゴとまむしの世界

矢谷 令子
(社会医学技術学院理事長)

赤門前の通りを隔てて建つ小柄な建物に入るとすぐ右側に階段があって、上った2階に医学書院旧社屋の編集室がありました。1967年の春ごろと覚えております。その日はキャラバン靴で三国峠から汗まみれのまま、ある編集会議に参加してしまい、今では到底考えられない初めての医学書院との出会いとなりました。『週刊医学界新聞』とのご縁もこの日の延長線上にあり、感謝しております。

通常、タブロイド版、8面に盛られて届く医学界の情報は、居ながらにして日本列島、加えて国外までもの医学界の情報をしかも週一で掌握させてくれるという優れたものです。何と贅沢なありがたい紙面でしょうか。

医学界新聞入手当初のころを思い出すと、紙面下段に「まむしのたわごと」という小さなコーナーがあり、気になっていました。“まむし”とはどなたなのか、編集長さん？ 実は当時の社長、金原一郎氏であったと教えていただきました。“たわごと”と称して、実は意中の大事を語る大人の世界なのだ、青いリンゴの私には忘れられな

い社会勉強の一つとなりました。そして興味深く読んでいた記事に、李啓充先生の連載「続・アメリカ医療の光と影」があります。医療の本質の優先を阻む現実、DRG/PPSの導入は信じがたいものでしたが、訪米の機会にその事実を確認し、李先生の著書も勉強しました。違った形で同じ現実を今の日本の医療福祉の現状に見ます。医療が医療の本質を国民に届けられる日を、それでも信じたいと願っております。

今年の新春特集「日本発!! ブレイン・マシン・インターフェース新時代」(第2959号、2012年1月2日発行)は圧巻です。私はロボが好きです。上海交通大学との交流も東大の精密工学、東京電機大学の先生方からのご指導も思い出されます。対象者の皆さん方に喜んでいただけるために、第一線の先生方に心からのエールをお送り申し上げます。

医学教育、臨床教育、各学会報告、対談、新刊書紹介、書評、みーんなありがとうございます。



言語聴覚障害学のスタンダードポイント

藤田 郁代
(国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授・言語聴覚分野)

『週刊医学界新聞』3000号刊行、おめでとうございます。本紙の発刊は戦後復興期の1955年にさかのぼり、半世紀以上にわたって医学医療分野における最前線の多様な情報を読者に提供されてきたことに対し深く敬意を表します。おそらく本紙の見出しを年代順に並べるとわが国の医学医療の発展と変遷の歴史が一目瞭然になるものと思います。

言語聴覚士が本紙に登場するようになったのは、97年に国家資格として制度化され、2000年に日本言語聴覚士協会が設立された以降になると思います。協会設立時は言語聴覚士が全国に約4000人しかおらず、言語聴覚障害がある方に言語聴覚士の専門的サービスが届かない深刻な状況がありました。同協会の初代会長となった私は早速、言語聴覚療法を提供する基盤の整備を求める活動に着手しましたが、幸いなことに同年はリハビリテーションに大きな展開をもたらした介護保険と回復期リハビリテーション病棟が開始となった年であり、これらが追い風となって言語聴覚療法を提供する体制は

徐々に整備されていきました。それから12年が経過した今、言語聴覚士数は2万人となり、養成校も2001年の41校から67校へと増えてきました。一方、この間の医療福祉を取り巻く環境の変化は激しく、言語聴覚療法を提供する場は医療から介護福祉へ、施設から地域へと広がり、本分野の課題も量的充足から医療と福祉における専門的サービスの質の充実に移ってきました。また言語聴覚障害学および近接領域の学問の進歩は目覚ましく、専門的知識・技術の高度化と細分化がさらに進んでいます。これらの経過は本紙でも紹介していただきました。

現在、医療福祉の現場では高度な専門的知識・技術を備えるにとどまらず、QOLに視点を置いて総合的観点から関連職種と協働できる人材が求められています。今後も変化し続けていくであろう医療福祉の現場で激しい流れを柔軟に受け止め、専門性と総合性のせめぎ合いの中で未来の言語聴覚障害学のグランドデザインを描き出すことができる人材を育成したいと思っています。



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、往診時に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いていく。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「舌圧子」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32話

語り手 一度きりですが、使い道はいろいろ 舌圧子さん

鶴岡優子 つるがめ診療所

漢字どおりの働きをすると言っています。私は舌を圧迫して口腔内を観察するための道具、舌圧子です。読むことはできても書くことは難しいかもしれませんね。「子」を「シ」と読んでも、「シ」から「子」はなかなか頭に浮かびません。ゼツアツシ、確かに日常生活ではあまり使われない道具です。

私は使い捨てタイプの舌圧子です。素材は木で、細長く板状に加工されています。滅菌モノなので紙やビニールで覆われています。金属製の舌圧子さんのほうに根強い人気があることは存じていますが、在宅医療の現場では私のような個装タイプがなにかと便利です。ザイタクのすべての患者さんに毎回お口の中を見せていただいているかという、そうでもありません。「風邪ひいたのかな。喉が痛いんですよ」「魚の骨が刺さったかもしれない」「口腔ケア、ちゃんとできていますか？」なんてとき、私が往診靴から出ていき、仕事にとりかかると、利き手で私をつまむように持ち、反対の手でライトを持って「あーん」とやる、あれです。半分くらいのドクターは自分の口も開けてしまっています。診察は、私が口腔内の奥に入り過ぎないように、咽頭反射に注意しながら行います。それから入れ歯、これはクセモノです。面倒だと思わず、必ず外してから私を使ってください。モノ陰にどんな状況が隠されているかわかりませんから。異物誤飲も絶対避けなくてははいけません。

ところで舌を押さえる以外の私の使い道、ご存じですか？ 医療業界で有名なのは「軟膏塗り」でしょうか。へらとなった私は、壺から軟膏をガッポリすくいます。またあるときは、チューブからニュルーと出た軟膏を受け取ります。そしてガーゼにベターと薄く伸ばすのです。私を使い終わったらポイです。ただ最近あまり見なくなった光景かもしれません。被覆材やラップ療法の普及も関係があるのでしょうか。それでも感染が合併しているときは、軟膏さんやガーゼさんとのコラボも少なくないのです。

さあ、これ以外の舌圧子の使い方はどうでしょうか？ 心尖拍動を診るために使われているのを見たこともあります。拍動の上に舌圧子を置き、「テコの原理」を利用することで、拍動の動きを大きく見せていました。周りにいた大勢の医学生さんはどよめいていました。あのときは私のような使い捨てタイプではなく、光る金属のモノだったように思いますが、ワタクシ舌圧子は医学教育の場でも活躍しているのです。

そうだ、医学教育で思い出しました。うちの主人は大学病院で働いていたころ、医学部の医療面接実習の担当教員でした。学生さんがSPと呼ばれる模擬患者さんとロールプレイをする実習です。仲間の前で医師役を演じるのはさぞかし緊張するに違いない。私はその授業のアイスブレイク役として働いた時期もあります。「この道具、何ですか？ どのように使うか知っていますか？」。学生さんが答えます。「舌圧子です。舌を押さえて喉を診ます」「他の使い道は？」。若い脳ミソからはどんだんアイデアが出てきます。「アイスクリームのスプーン」「手作りアイスの棒」「積み木として使う」「人形をつけて人形劇」。中年教員だって負けてられません。「今日はこの舌圧子でくじを作ってみました。くじ引きでロールプレイの順番を決めましょう」。

在宅療養支援診療所の開業後、1箱1000本で買われた私たちは、診療所にまだまだたくさん残っています。今後もしばらくザイタクで使い道を増やしていけそうですね。



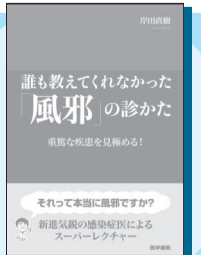
フォーチュン・舌圧子
中華料理屋で最後にもらうフォーチュン・クッキー、結構楽しみだったりしませんか？ ザイタク業界にも、もう少し遊び心があってもいいのかもしれない。患者さん家族から引き猫ガムをいただきました。良縁幸運でした。

それって本当に風邪ですか？……重篤な疾患は風邪にまぎれてやってくる！

誰も教えてくれなかった「風邪」の診かた 重篤な疾患を見極める!

プライマリ・ケア現場には、多くの患者が「風邪」を主訴にやってくる。しかし「風邪症状」といっても多彩であり、そこに重篤な疾患が隠れていることは稀ではない。本書では、「風邪」の基本的な診かたから、患者が「風邪症状」を主訴として受診するさまざまな疾患(感染性疾患から非感染性疾患まで)の診かたのコツや当面の治療までを、わかりやすく解説する。新進気鋭の感染症医による「目からうろこ」のスーパーレクチャー。

岸田直樹
手稲区立総合病院総合内科/感染症科



待望の第2弾。ティアニー氏厳選144パール!

ティアニー先生のベスト・パール2

「診断の神様」と賞賛されるティアニー氏は、臨床の知を短いフレーズにまとめた「クリニカル・パール」の神様としても知られる。絶賛された前作に続く本書では、循環器疾患や消化器疾患から眼科、耳鼻咽喉科、精神科まで、一般診療医が遭遇する幅広い領域にわたり、とっておきのクリニカル・パールを選んでいただいた。日々の診療、日々の臨床研修に刺激を与えてくれる待望のパール・ブック第2弾。

著 ローレンス・ティアニー
カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科学教授
訳 松村正巳
金沢大学医学部研究センター准教授/リマチ 耳鼻咽喉科



待望の第2弾!
144パール!

寄稿

見知らぬ世界へのどこでもドア

なぜ、『精神病患者私宅監置ノ実況』を現代語訳したのか

金川 英雄 東京武蔵野病院・精神科

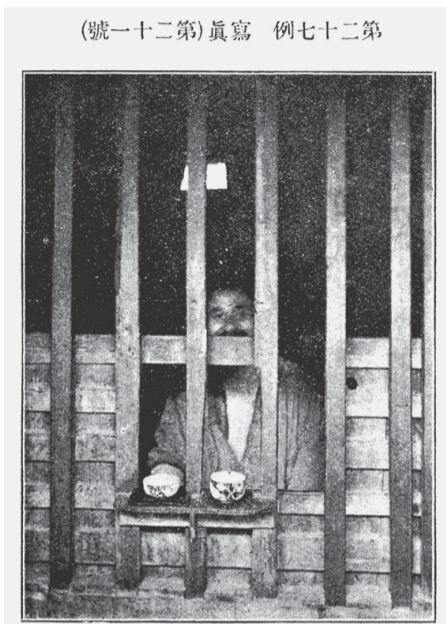
「呉秀三」(MEMO)という名は、精神障害者の待遇の改善と日本の精神医療の近代化に努めた人として、ご存じの方も多いのではないのでしょうか。

今回、私が現代語訳をした呉秀三・樫田五郎著『精神病患者私宅監置ノ実況』は、90年前に行われた私宅監置、いわゆる座敷牢調査の報告書(写真1)です。この調査は、東京帝国大学医科大学教授で東京府立松沢病院院長だった呉秀三が、日本各地に医局員を派遣して行ったものです。報告書中の一文「我が邦(くに)十何万の精神病患者は実にこの病を受けたるの不幸のほか、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」は有名です。この報告書は戦後再発見され、2回にわたって創造出版から原文のまま復刻されています。

“読解の困難さ”を理由に埋もれるのはもったいない

私は全国に残る古い精神障害者民間施設を歩き、そこに残る資料を分析することをライフワークにしています(写真2)。その調査結果を『精神病院の社会史』(金川英雄、堀みゆき、青弓社;2009年)にまとめたことがあるのですが、これを書く際の一次資料として『精神病患者私宅監置ノ実況』を読み直しました。そして、この書物が民俗学的・社会学的価値にあふれたものであることに気がきました。このような重要な資料が、読解の困難さのために多くの人の目に触れずにいるのはもったいない。そう思い、現代語訳に取り掛かるに至ったのです。

原文の“読解の困難さ”としては、以下の3点が挙げられます。

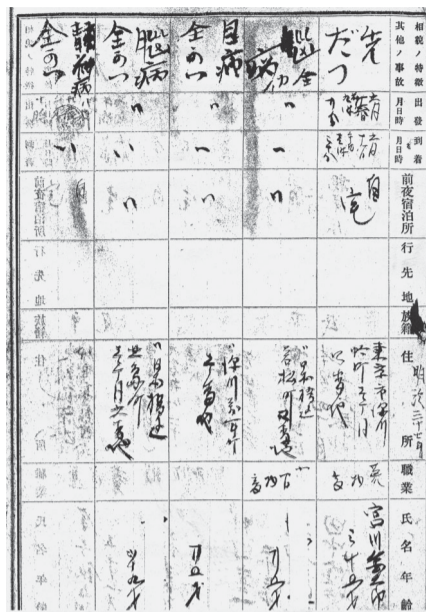


●写真1 報告書の第二十七例より

視察者たちは、監置理由、期間、被監置者や監置室の状況に関する記述の他、被監置者の様子を撮影した記録も残している。

- 1) 明治・大正時代の古い漢字、現在の旧字体よりさらに前の旧字体が使われているので、漢字を同定するのが困難
- 2) 現在では使われることのない単語が多い
- 3) 言い回しが格調高い漢文調

具体例を挙げてみましょう。原文には、「輦轂(れんこく)ノ下(もと)ニ行ハレタル」という一文があります。「輦轂」とは、中国では皇帝の乗る馬車です。それが置かれている所なので、「首都」つまり「東京」を指します。だからこの一文は、「東京においてさ



●写真2 高尾山の旅籠に残る宿帳

『精神病患者私宅監置ノ実況』においても、高尾山は水治療の場として紹介されている。この旅籠の宿帳には、宿泊者の病名(脳病・目病・精神病)まで記載されていることがわかる。

え行われている」という意味になるのです。難解な単語、格調高い漢文表現が使われていることがわかります。

読解作業はパズルのように

原文には伏せ字も多く見られます。しかし、全体を何度も読むと、パズルのピースが埋まるように読解が進みます。例えば統計の表を見比べて、「被監置者の最高齢者がいるのは〇〇県だから、この症例は〇〇県だ」「すでに亡くなった人の監置室を△△県で調べたとなっているから、この症例は△△県だ」など。また、何人かの視察者たちが残している別の視察報告書も重要なヒントになりました。まとめ役の樫田五郎が几帳面な性格だったため、原文と別の報告書は伏せ字の数が一致しています。ですからそれと照らし合わせると、誰が書いた何県のものかがわかるのです。

さらに、県によって台帳の様式が異なり、視察者たちはそれを引き写したことが多いため、根気よく照らし合わせると、多数の県と年代も同定できました。県名がわかれば、今度は残された文字から当時の行政単位である「郡」名がわかります。そしてしらみつぶしに村名、町名を見ていくことで、かなり細かい場所まで特定できました。ただ、明治時代から現在までに市町村郡の大合併が何度もあったため、この作業は大変な困難を伴うものでした。本書の製作中、最後までその詳細が



●金川英雄氏
精神科医。1980年昭和医科大学卒業。昭和医科大学大学院医学研究科博士課程修了。昭和医科大学大烏山病院、昭和医科大学助手を経て、93年より現職。2002年慶大文学部卒。昭和医科大学大兼任講師も務める。

わからなかった言葉もあります。例えば「慈恵医院」。これに関しては、その後いくつかの事項を調べてみていくうちに膨大な資料となったため、『日本の精神医療史』(金川英雄、青弓社;2012年)というさらに別の1冊にまとめました。

当時の人々の息づかいが聴こえてくる

このような作業をしながら、原文を読解し終えたとき、透明なゲートが開き、見たことも聞いたこともない知識の平原が広がったように感じました。当時の町・村の暮らし、人々の息づかいが行間から聴こえてきます。視察者たち(精神科医)が現地の警察官、患者、家族から聞いた生の声が満載なのです。このような形で精神障害者の家庭で聞き取り調査をした記録は他に類を見ません。現在ではプライバシーの観点から、このような調査結果を公表することは不可能でしょう。

そしてこの本を最初から最後まで通して読むと、呉は一方向的に民間における私宅監置の在り方を否定していたというよりも、そこに制度としての医療が欠けている状況を、より強く糾弾していたようにも……。詳しくは書籍をご覧ください。

視察者たちが残した別の文献も読んでみると、90年前の現地調査の苦勞が浮かびあがってきました。カメラが普及していない当時、町の写真屋を雇い、大型の写真機を背負って警察官と山中に分け入ったとか、汽車が開通したばかりで駅前旅館がなかったとか、水害で交通がダメになり歩いて、たどり着いたなどの記録が見られるのです。

私も文献中に出てくる静岡県泉爪山へ登って見ましたが、そこは今も大変な山道でした。しかしそこから眺める富士山と、振り返って見る駿河湾のなんとも美しかったこと。波立つ様子を「ウサギが走る」と形容された光る海の見える現地に立つと、人々がこの土地に魅せられ、病の回復を夢見た理由もわかるような気がしました。

以上の確認作業や現代語訳の他、さらに注釈やコラムの執筆を加え、1冊にまとまるまでに2年以上の時間を要しました。

『精神病患者私宅監置ノ実況』は不思議な魅力に満ちています。このように、無限に知識のフィールドが広がっていく書物なのです。

MEMO 呉秀三(くれ・しゅうぞう)とは?

呉秀三(1865—1932)は、1890年東京帝大医科大(現・東大医学部)を卒業後、榊原教授のもとで精神病学を学び、1897年より4年間欧州留学。その後、東京帝大医科大精神病学教授や東京府立巢鴨病院、後の府立松沢病院で院長を歴任した。クレペリンの精神病分類の体系を国内へ導入、日本神経学会(現・日本精神神経学会)、精神病患者慈善救済会(現・日本精神衛生学会)の設立など、わが国の精神医学の基礎を築いた人物といわれている。

近代精神医療の原点、待望の現代語訳!

「現代語訳」呉秀三・樫田五郎
呉秀三は、明治・大正の時代に精神病患者監置法で定められていた精神病患者の私宅監置義務を履行し、患者が精神病院において医療を受けられるための、新しい法制度を作ろうとした人物である。政治家を動かすために、呉秀三が作成した調査報告書が本書である。日本各地の座敷牢の実態をなまなましい姿で伝える本書は、民俗学、社会学的にも貴重な歴史的資料でもある。90年以上前に作成された旧漢字・カタカナ文による文章を現代語訳し、現代の私たちが難なく読めるようにした。

精神病患者私宅監置の実況

訳・解説
金川英雄
東京武蔵野病院・外来部長



●A5 頁354 2012年
定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01664-3]
消費税変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

★ 島根県医師募集 ★

島根県の地域医療を支えていただく医師を募集しています。

●平成23年度の実績●
面談人数：24名
視察ツアー：21名
招聘人数：15名

☆専任スタッフ(医師)が全国どこへでも休日夜間を問わず出張面談に伺いますので、お気軽にお問合わせください。

●研修サポート●
地域での勤務を前提に一定期間レベルアップしたい診療分野の研修を受けることが可能です。

●地域医療視察ツアー参加者募集●(旅費支給)
将来、島根県での勤務をご希望の医師とその家族を対象に、地域医療の視察ツアーを開催します。日程やコースはご希望に応じます。

島根県医師確保対策室 TEL:0852-22-6683 e-mail:iryuu@pref.shimane.lg.jp

島根の医師確保対策 検索

Medical Library

書評・新刊案内

EULARリウマチ性疾患 超音波検査テキスト

Essential Applications of Musculoskeletal Ultrasound in Rheumatology

Richard J. Wakefield, Maria Antonietta D'Agostino ●原著
大野 滋 ●監訳
池田 啓, 瀬戸 洋平 ●訳

A4変型・頁384
定価15,750円(税5%込) MEDSI
http://www.medsci.co.jp/

評者 小池 隆夫
NTT東日本札幌病院院長

関節リウマチ(RA)の日常診療で、簡便で最も優れた検査は実は超音波検査(エコー)であり、10年ほど前から、欧州を中心に急速に普及してきた。わが国でも、ここ数年エコーがリウマチ診療の現場に浸透し始めている。

RAの領域は画期的新薬である「生物学的製剤」の登場で「寛解」が治療目標となり、時には「治癒」をもめざせる時代になってきた。しかし現実の診療では、「リウマチの活動性の判定」は、医師が「目で見て」「指で関節を触って」、さらには患者や医師のVAS(visual analogue scale)等々、

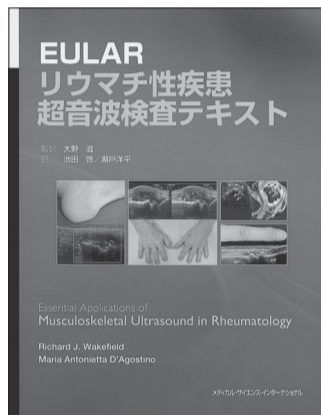
いまだに極めて主観的な要素の強い判定がなされている。このような前近代的な状況を解決してくれるのが、エコー検査である。エコーを用いることにより、リアルタイムで「活動性の関節炎(滑膜炎)の有無」が判断できる。実臨床ですすでお使いになっておられるリウマチ専門医には実感していただけたらと思うが、もはやエコー無しでのRAの診療はあり得ない。循環器の専門医が心エコーの所見無しに循環器の診療ができないように、エコーというツールを持っているリウマチ医は、もはやエコー所見抜きにはRAの診療はできない。もちろん関節エコーの領域は、いまだ発展途上であり解決しな

ければならない問題は数々あるが、少なくとも今の私には、エコー所見無しに「貴方はRAです」とも「貴方のRAは寛解しています」とも、患者に伝えることはできない。

そのようなときに『EULAR(欧州リウマチ学会)リウマチ性疾患超音波検査テキスト』が大野滋先生を監訳者に、池田啓、瀬戸洋平の両先生の翻訳で出版された。先にも述べた通り、関節エコーは欧州諸国が「先進国」であり、多くの欧州の国々では、エコー検査ができることを、リウマチ専門医取得の要件とすることが検討されている。

本書を通覧すると、まず図版の美しさに圧倒されると同時に、翻訳文が実に「よく熟れている」ことに感心する。これまでのこの種の英文の教科書の翻訳は極めてわかりにくいことが多く、原著を再読してあらためて理解できることがしばしばである。業界の有名人を監訳者に仕立てあげて、言わば「やっつけ仕事の」ものがほとんどである。本書は違う。「実際の臨床現場でエコーの普及に邁進している、若き精鋭3人」が精魂込めて「翻訳」という難事業にチャレンジしているため、極めて理解しやすい。本書は決してエコーの初心者向けのテキストではないが、エコー経験者には必読の書と言っ

エコー経験者にとって 必読というべき書



《精神科臨床エキスパート》 これからの退院支援・地域移行

水野 雅文 ●編
野村 総一郎, 中村 純, 青木 省三, 朝田 隆, 水野 雅文 ●シリーズ編集

B5・頁212
定価5,670円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01497-7

評者 原 昌平
読売新聞大阪本社編集委員

掛け声だけで物事は進まない。入院医療中心から地域生活中心の精神科医療・福祉への転換を政府が「新障害者プラン」で掲げたのは2002年末。社会的入院患者7万2000人を10年間で解消する方針を厚労省が打ち出したのは2003年5月だった。

それからほぼ10年。地域の福祉資源は確かに増えたし、新規患者の入院期間も短くなったけれど、地域移行が進んだとは決して言えない。厚労省の2010年「病院報告」によると、精神病床の入院患者はなお31万人あまり、平均在院日数は301日に上る。人口比でも絶対数でも「世界一の精神科病院大国」という状況は変わっていない。スローガンを実現させるために必要な政策手段を講じなかった政府には、そもそも「本気度」が欠けていた。入院中心の経営を漫然と続けたい民間病院の意向も影響したのだろう。

だが、そうした中でも、変革の道を切り開いてきた先駆者たちがいる。本書は、その代表的な実践例を紹介している。

あさかホスピタル(福島県)は、統合型精神科地域治療プログラム(OTP)の手法を導入した。分院を廃止して共同住居に変え、次にはそれも閉鎖して患者は街の中の共同住居やアパートなどに移った。本院でも長期入院者向けの講座を病棟内で開くなどして患者の意欲と力を高めた。1997年に計705床あったベッドを、2011年には531床に減らした。

山梨県立北病院も、300床から200

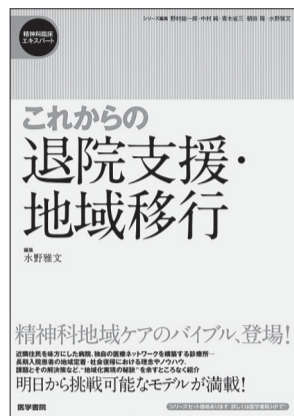
床へのダウンサイジングを成し遂げた。長期入院患者の多くはそのまま入院して欲しいと言い、家族は引き取りを拒み、病棟の看護師は「無理」「かわいそうでは」と反応する。そうした抵抗を乗り越えるには「まず病院全体の気合」が大事で、少なくとも最初のうちは「やればやれる」(退院を増やせる)のだという。

それらを含め、この本で報告されている7つの病院の退院促進・地域ケアの取り組みからは、経営者の強い意欲とプライドがうかがえる。社会的偏見や地域での受け皿不足を言う前に「院内から押し出す力と工夫」が欠かせないことを示している。もちろん経営者たちは、地域移行・病床縮小が経営的にもプラスになるから、実行したわけである。

また地域移行は退院だけでは終わらない。地域生活の維持、さらには就労の実現が重要になる。本書では、東京の2つのクリニックの地域ケア、そして精神障害者の就労事業所であるラゲーナ出版(鹿児島県)の活動も伝えている。

日本での本格的な変革はこれからだ。入院治療を全否定できないにしても、その弊害を十分に意識すること、とりわけ長期入院・社会的入院は「人生の時間と幸福追求の機会を奪う人権侵害である」という認識を共有することが出発点だろう。本書に盛り込まれたさまざまなノウハウを活用して、未来志向の変革が各地で展開されることを期待する。

うな立派な関節エコーのテキストが発刊される日が来ることも期待しつつ、本書の購読を推薦する。



新刊 Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen, 22nd Edition 急性腹症の早期診断 第2版

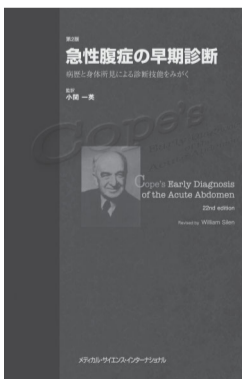
一病歴と身体所見による診断技能をみがく一

監訳 小関一英 帝京平成大学健康メディカル学部医療科学科教授

日常臨床で最も出会う機会が多い「腹痛」。いたずらに検査に頼ることなく、入念な病歴聴取と身体診察、そして五感に基づいて、外科的治療の必要な腹部緊急疾患を診断していく、そのコツとポイントを臨床医としての豊富な経験から説き明かす。Cope卿の名著として定評ある原著は、初版(1921年)発行以来22版を重ね、90余年にわたって読み継がれてきた前人未達のロングセラー。本書は邦訳第2版として、内容のアップデートのみならず、訳文に磨きをかけて読みやすさと完成度をさらに高めた。

定価 4,200円(本体4,000円+税5%)
●A5変/頁272/図・写真35/2012年
●ISBN 978-4-89592-724-6

「本書には文献はほとんど挿入せず、参考文献一覧も添えていない。なぜなら、私は多くの先輩たちの教えを全面的に受け入れながらも、自分自身の経験のなかで確認できなかったことや証明できなかったものについては、いっさい述べないようにしたからである。」 —1921年6月 Zachary Cope



徹頭徹尾、腹痛診断!
Copeの名著、アップデート&リニューアル!

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 鳳鳴ビル
TEL 03-5804-6051 FAX 03-5804-6055
http://www.medsci.co.jp E-mail info@medsci.co.jp

デヴィータがんの分子生物学 Cancer Primer of the Molecular Biology of Cancer

Principles & Practice of Oncology

現代のがん研究を俯瞰し総括する
新しいスタンダードテキスト
基礎にも臨床にも役立つ

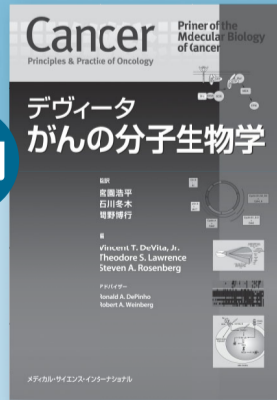
新刊

腫瘍学のバイブル「Cancer」をもとに、同じ編者によりがんの分子メカニズムに特化して新たに書き起こされた、入門書よりも一段上の教科書。最新情報を踏まえ、これまでのがん研究を総括。前半で基礎原理を解説し、後半で臓器・疾患別にがんの分子生物学的知識を提供。文章は簡潔にして明瞭、鏗となる図はわかりやすく、重要な情報を要領よく整理。がん研究に携わる医学・生物学・薬学・獣医学・理学系大学院生や研究者、及びがん治療に携わる臨床家に最適。

●定価 9,030円(本体8,600円+税5%)
●B5変 頁544 図116・写真36 4色刷 2012年
●ISBN978-4-89592-722-2

初学者向けの入門書
ペコリーノがんの分子生物学

監訳 日合弘・木南凌
●定価 4,725円(本体4,500円+税5%)



監訳 宮園浩平 東京大学大学院医学系研究科分子病理学分野教授
石川冬木 京都大学大学院生命科学研究所細胞周期学分野教授
間野博行 自治医科大学ゲノム機能研究部教授

推薦の言葉 高久史磨 日本医学会長
分子標的治療法が次々と臨床にもたらされている。がんの研究・臨床に携わる者にとっての最適の教科書であり、強く推薦したい。

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 鳳鳴ビル
TEL 03-5804-6051 FAX 03-5804-6055
http://www.medsci.co.jp E-mail info@medsci.co.jp

内科臨床誌メディチーナ

medicina

2012年 増刊号 Vol.49 No.11

いま、 内科薬は こう使う



「患者さんの病態に応じてどのように薬を使い分けたらよいのだろうか」「使い慣れた薬が時代遅れになっていないだろうか」…。内科医がよく使う薬を薬効群ごとに網羅し、病態に応じた使い方を中心に1冊にまとめました。

●B5 頁504 2012年
特別定価7,560円
(本体7,200円+税5%)

主要目次

循環器薬

ジギタリス製剤
カテコラミン系薬剤
ホスホジエステラーゼⅢ阻害薬
利尿ペプチド
硝酸薬 ほか

呼吸器薬

鎮咳薬
去痰薬
気管支拡張薬
吸入ステロイド薬
LABAと吸入ステロイド(ICS)合剤 ほか

消化器薬

H₂受容体拮抗薬
プロトンポンプ阻害薬
酸中和薬
粘膜防御因子増強薬
ヘリコバクター・ピロリ除菌薬 ほか

神経・筋疾患薬

抗てんかん薬
レボドパ
ドパミン受容体アゴニスト
抗コリン薬 ほか

血液疾患薬

鉄剤
G-CSF製剤
エリスロポエチン産生刺激製剤
ヒト免疫グロブリン製剤
慢性骨髄性白血病薬

代謝・栄養障害薬

HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン)
フィbrates系薬剤
陰イオン交換樹脂
ニコチン酸製剤
イコサペント酸エチル ほか

内分泌疾患薬

成長ホルモン製剤
成長ホルモン分泌抑制薬、成長ホルモン受容体拮抗薬
麦角アルカロイド誘導体
下垂体後葉ホルモン製剤 ほか

リウマチ・膠原病治療薬

糖質ステロイド薬
低分子疾患修飾性抗リウマチ薬(DMARDs)
生物学的製剤

非ステロイド性抗炎症薬
免疫抑制薬

感染症薬

ペニシリン系、βラクタマーゼ阻害薬合剤
セフェム系第1~4世代、モノバクタム系
カルバペネム系
アミノ配糖体系
テトラサイクリン系 ほか

精神神経疾患治療薬

セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)、ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬(NaSSA)
選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)
三環系・四環系抗うつ薬 ほか

鎮痛薬

非ピリン系解熱鎮痛薬
非麻薬性鎮痛薬
麻薬性鎮痛薬

計135項目

★バックナンバーのご案内

2012年

- Vol.49 No.10 外来・病棟でのプライマリケアに必要な感染症の知識
- Vol.49 No.9 内科診断の本道 病歴と身体診察情報からどこまでわかるか?
- Vol.49 No.8 痛風・尿酸血症診療の新展開
- Vol.49 No.7 肝硬変update—より良い診療のために
- Vol.49 No.6 新規経口抗凝固薬の光と影
- Vol.49 No.5 糖尿病治療薬2012—皆が知りたい新しい治療A to Z
- Vol.49 No.4 神経内科エマージェンシー—日常臨床でどこまで対応できるか
- Vol.49 No.3 内科医のための気管支喘息とCOPD診療
- Vol.49 No.2 下痢と便秘—今日的アプローチ
- Vol.49 No.1 外してならない循環器薬の使い方 2012

2011年

- Vol.48 No.13 “がん診療”を内科医が担う時代
- Vol.48 No.12 内科診療に役立つメンズヘルス
- Vol.48 No.11 内科疾患インストラクションガイド—何をどう説明するか **増刊号**
- Vol.48 No.10 一般内科医がみる血液疾患—血液専門医との効率的な連携のために
- Vol.48 No.9 視ないで診る消化器疾患—考える内科医のアプローチ
- Vol.48 No.8 神経疾患common diseaseの診かた—内科医のためのminimum requirement
- Vol.48 No.7 内科疾患の予防戦略
- Vol.48 No.6 睡眠呼吸障害の克服—内科医が知っておきたい病態・症状・関連疾患
- Vol.48 No.5 脂質異常症—動脈硬化症を予防するためのStrategy
- Vol.48 No.4 緊急画像トラブルシューティング—内科医のためのPearlとPitfall
- Vol.48 No.3 臨床栄養Update 2011
- Vol.48 No.2 関節リウマチを疑ったら—診断・治療のUpdateと鑑別すべき膠原病
- Vol.48 No.1 皮膚から内科疾患を疑う



「いかに診るか」をコンセプトに、臨床医の診療に不可欠な情報をプラクティカルにまとめた毎月の特集。幅広い内科診療に共通の知識・技術が満載の増刊号。知識のアップデートと技術のブラッシュアップに直結する連載も充実の総合月刊誌。

年間購読好評受付中!

2013年 年間購読料
(増刊号を含む年13冊、税込、送料弊社負担)

冊子版	37,190円
冊子+電子版/個人	42,190円
冊子+電子版/共有	47,800円
電子版/個人	37,190円
電子版/共有	42,800円

電子ジャーナル無料体験キャンペーンのお知らせ

Medical Finder 実施期間

2012年11月5日(月)~2013年1月6日(日)

上記期間中、ご希望の雑誌の2003年ないし2004年から2009年発行分までのバックナンバーをweb上でご覧いただけます。

弊社発行の雑誌をオンラインで読んでみませんか?

上記の期間限定で電子ジャーナルを無料でお試しいただけるキャンペーンを実施いたします。この機会にぜひともお試しください!

手順

- ①上記期間内に医学書院webサイト(<http://www.igaku-shoin.co.jp/>)にアクセスします。
- ②画面中央の「お知らせ」に表示されている「電子ジャーナル無料体験キャンペーン実施中!」をクリックします。
- ③画面の表示にしたがって必要事項を記入後、自動返信されるメールの記載されたURLからログインします。

詳しくは <http://www.igaku-shoin.co.jp/>

『週刊医学界新聞』3000号記念 ご愛読感謝プレゼント

1955年に創刊した弊紙は、本年10月29日号をもって3000号を迎えました。長年ご愛読いただいている皆様に感謝の意を込めて、プレゼントキャンペーンを実施いたします。是非この機会に奮ってご応募いただきますようお願いいたします。

プレゼント内容

- 『今日の診療プレミアム Vol.22 DVD-ROM for Windows』(10名様)
- 『電子辞書SR-A10004』(5名様)
- 『看護医学電子辞書7 ツインカラー液晶スクロールパッド搭載』(10名様)
- 『医学書院 医学大辞典(第2版)』(30名様)
- 『看護大事典(第2版)』(30名様)
- 『日野原重明ダイアログ』(30名様)
- 『特製マグネットクリップ』(上記プレゼント応募ではずれの方。先着順。在庫なくなり次第終了)

応募資格

医療従事者・医療系学生ならば、どなたでもご応募いただけます。

応募方法

(以下の方法があります)

①パソコンの場合は、医学書院WEBサイト内特設ページの応募フォームからご応募ください。
②ハガキの場合は、ご希望のプレゼント1点、本紙についてのご意見・ご要望、印象に残っている記事の感想などと、職業、年代、プレゼントの送付先の郵便番号、住所、氏名をお書きの上、下記の応募宛先までお送りください。 *応募は、お一人様1回限りとさせていただきます。

応募期間

2012年10月29日(月)~2012年11月30日(金)

当選者発表

ご当選者の発表はプレゼントの発送をもって代えさせていただきます。

注意事項

ご応募いただいた個人情報につきましては、弊社のプライバシーポリシーに沿って適切に取り扱います。応募フォームからのご応募の際にご同意いただいた方には、後日別途読者アンケートやモニターへのご協力を願います。DVD製品、電子辞書をご希望の方は、ご応募の前に各製品の動作環境、製品仕様等をお確かめください。

応募先

パソコンの場合は、医学書院WEBサイト内特設ページの応募フォームからハガキの宛先 〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 株式会社医学書院 『週刊医学界新聞』3000号記念プレゼント係



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