

2016年3月21日

第3167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]蘇生の質を上げ、救命率の向上を(野々木宏、坂本哲也、石見拓) / [インタビュー]救命率向上を願って(岡田和夫)..... 1—3面
- [FAQ]医療事故調査制度——医療者はどう在るべきか(木村壯介)..... 4面
- [連載]ジェネシャリスト宣言..... 5面
- MEDICAL LIBRARY..... 6—7面

座談会

『JRC 蘇生ガイドライン 2015』刊行

蘇生の質を上げ、救命率の向上を



野々木 宏氏=司会
静岡県立総合病院院長代理/
日本蘇生協議会代表理事

坂本 哲也氏
帝京大学医学部附属病院
救命救急センター長/主任教授

石見 拓氏
京都大学環境安全保健機構教授/
健康管理部門部門長

突然の心停止——。救命のためには迅速な心肺蘇生が欠かせない。2015年10月、その心肺蘇生の方法・考え方を示した基礎体系である『JRC 蘇生ガイドライン 2015』オンライン版が発表され、このたび書籍版(医学書院)が刊行された。

本紙では、同ガイドラインの作成に携わった日本蘇生協議会(JRC; Japan Resuscitation Council)代表理事・野々木氏を司会に、同協議会の坂本氏、石見氏との座談会を企画。日本の蘇生領域の歩みやガイドラインの変更点、さらにはガイドライン作成担当者として医療者にチェックを促したいポイントまでお話しいただいた。

野々木 今年2月、蘇生の処置・治療の指針を最新のエビデンスに基づいてまとめた『JRC 蘇生ガイドライン 2015』が刊行されました。本書は、救急蘇生科学に関する医学系の学術団体や救急・蘇生教育を推進する関連団体から成るJRCが監修しています。

本ガイドライン最大の特徴は、国際標準の質を担保した指針であることです。「国際標準」を保つため、作成に

当たってはいくつかのステップを踏んでいます(MEMO)。まずJRCも加盟する「ILCOR(国際蘇生連絡委員会)」によって、「CoSTR(心肺蘇生に関わる科学的根拠と治療勧告コンセンサス)」が作られます。その国際コンセンサスであるCoSTRに基づいて、日本の実情を踏まえて作成された、それが本ガイドラインです。

大きく進歩した日本の蘇生領域

野々木 刊行されたこのガイドラインを見ると、日本発のエビデンスが大きいに生かされていることに気付きます。ここに私は隔世の感があります。かつての日本の救急蘇生領域というと欧米に比べ、大きく遅れをとっていましたから。

坂本 本当にそうですね。1990年代を振り返ると、大学病院の救命救急センターでも、院外心停止で搬送された患者で社会復帰できるのは年間でせいぜい1—2人といった状態でした。99%以上は「無駄な努力」に終わるという状況が、少なくとも20世紀までは続いていました。

石見 そもそも“院外”で起こることに医療者は鈍感だったのかもしれませんが。私自身がまさにそうで、かつては院内で行う治療ばかりに関心を向けていました。でも、病院に到着するまでに亡くなるケースは多く、例えば急性心筋梗塞による死亡例の半数以上は院外で起こっている。その事実を知って、地域全体の心肺蘇生の質を上げる仕組みに興味を抱くようになりました。そ

れが1998年頃のことだったと思いますが、そのような取り組みを実際に行っている医療者というと、地域に数えるくらいしかいませんでしたね。

坂本 そうした状況が少し変わり始めたのが、2000年前後でしょう。特に2002年にJRCが設立されたことで、学会横断的に研究・教育に取り組めるようになりました。それ以前は「蘇生に関心があるのは救急科ぐらいなのだろう」という認識でしたが、麻酔科、集中治療科、循環器内科、小児科……とあらゆる領域の医療者が蘇生に関心を持ち、また悩んでいることがわかった。そして、そのあたりから次第に共通理解が深まり、蘇生領域にたくさんの方がかかわるようになったと思います。

それでも、JRCが設立されたころは国内のデータがそろっておらず、海外に行くと「日本はデータを持っていない」とよく言われたものでしたよね。

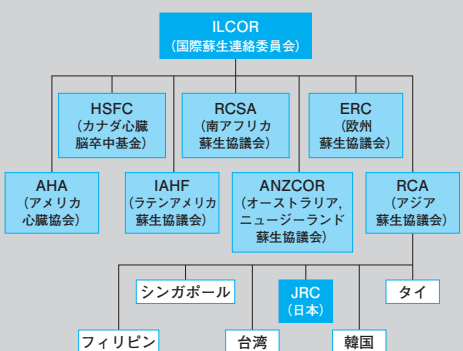
野々木 しかし、データ構築に向けた動きはすでに生まれていました。例えば、1998年から大阪で開始されたウツタイン様式(註)による院外心停止の症例登録がそうしたものの一つです。

(2面につづく)

MEMO ILCORと『JRC 蘇生ガイドライン 2015』

ILCOR(国際蘇生連絡委員会; International Liaison Committee on Resuscitation)は、世界各地の蘇生にかかわる団体の活動を統合する目的で、1992年に設立された。ILCORへの参加資格は近隣地域の複数国家で構成されている団体であること。JRCはRCA(アジア蘇生協議会; Resuscitation Council of Asia)を通じ、2006年からILCORへ加盟している。

ILCORでは、各団体の医療者・研究者等の代表者をタスクフォース(作業部会)として集め、蘇生の分野における文献を克明に検索、吟味した基礎資料「CoSTR(心肺蘇生に関わる科学的根拠と治療勧告コンセンサス; Consensus on Science and Treatment Recommendations)」を作成。さらに、各加盟国・地域に対してそのCoSTRを基盤に、地域性を反映させたガイドラインを作成するように勧告する。なお、2015 CoSTRの作成を担ったILCORのタスクフォースには、RCAの推薦を受けてJRCの代表者6人が参加した。



救急蘇生の現場に立つ全ての人へ、必携のガイドライン最新版

医学書院

JRC 蘇生ガイドライン 2015

監修 一般社団法人 日本蘇生協議会

各国の蘇生協議会を束ねる国際組織 ILCOR が5年ぶりに作成した国際コンセンサスであるCoSTRに基づいて、日本の実情にあわせて作成されたガイドライン最新版。日本蘇生協議会が総力をあげ、徹底的な議論を経て作り上げた。新たにファーストエイドの章が新設されたことをはじめ、すべての内容が改めて検討された。救急蘇生の現場に立つ、医師、看護師、救急救命士をはじめとする全ての人に必携のガイドライン。

●A4 頁592 2016年 定価: 本体4,500円+税
[ISBN978-4-260-02508-9]

Contents

- 第1章 一次救命処置
- 第2章 成人の二次救命処置
- 第3章 小児の蘇生
- 第4章 新生児の蘇生
- 第5章 急性冠症候群(ACS)
- 第6章 脳神経蘇生
- 第7章 ファーストエイド
- 第8章 普及・教育のための方策
- 補遺 2015 CoSTRの概要
—Executive Summary

JRC
蘇生ガイドライン
2015

【監修】
一般社団法人
日本蘇生協議会

救急蘇生の現場に立つ
全ての人へ

国際コンセンサスをベースに、日本の実情にあわせて作成された必携のガイドライン
医学書院

座談会『JRC 蘇生ガイドライン2015』刊行

<出席者>

●のぎ・ひろし氏

1976年京大医学部卒。スイス・チューリヒ大留学後、88年国立循環器病センター内科心臓部門。CCU(虚心性心疾患治療グループ)医長、緊急部部長などを経て、2006年心臓血管内科主任部長。10年独立行政法人化により国立循環器病研究センター心臓血管内科部門部門長、11年より現職。15年より日本蘇生協議会代表理事を務める他、日本集中治療医学会評議員など役職多数。ILCORのACSタスクフォースに参加し、『JRC 蘇生ガイドライン2015』では編集委員長を務め、ACSの章を担当した。

●さかもと・てつや氏

1983年東大医学部卒。同年同大救急部に入局。94年公立昭和病院救命救急センター長、2000年東大助教授、02年帝京大救命救急センター教授などを経て、09年より現職。日本救急医学会理事、日本臨床救急医学会代表理事など役職多数。ILCORのBLSタスクフォースに参加し、『JRC 蘇生ガイドライン2015』では編集委員としてBLSの章を担当した。

●いわみ・たく氏

1996年群馬大医学部卒。阪大医学研究科・生態統合医学(救急医学)博士課程修了。京大大学院医学研究科臨床研究者養成コース修了。2006年より京大保健管理センター。日本循環器学会 AED 検討委員会、日本救急医学会救命救急法検討委員会などの委員として、市民への心肺蘇生の普及・啓発活動、その効果検証に力を入れる。ILCORのEITタスクフォースに参加し、『JRC 蘇生ガイドライン2015』では編集委員としてEITの章を担当した。

(1面よりつづく)

石見 私がその取り組みにかかわり始めたのは2001年頃でしたが、先駆的な取り組みを支えたのは、阪大を中心とした地域の強固な救急ネットワークの存在があったからだろうと思います。蓄積されたデータは、『Circulation』誌にまとめられるまでに至りました¹⁾。**野々木** 時を同じくして『Lancet』誌に掲載されたのが、坂本先生もかかわっていらっしゃった同様式による調査研究 SOS-KANTO でした²⁾。これら2つは日本の蘇生科学のマイルストーンになる調査研究と言えます。一連の取り組みを受けて、各地域で同様式の調査が徐々に広まり、2005年にはついに全国の消防組織で院外心停止傷病者の蘇生記録について、ウツタイン様式に基づいた記録集計が開始されるようになりました。**坂本** 日本全国の院外心停止症例が登録されるようになったことで、「世界最大のウツタイン様式の統計」として毎年10万件にも上る膨大なデータが集められるようになった。それによって、海外から見た日本の蘇生科学の印象もガラッと変わったと思います。実際に今回のガイドラインにおいても、このデータを用いて実施された観察研究が15本引用されている。日本からの情報発信がガイドラインに強い影響を与えているわけです。**野々木** 「データがない」と言われていた時代が過ぎ、データを出すことを世界から期待されるまでに進歩したと言えます。

GRADEを採用した初の医学系ガイドライン

野々木 今回のガイドライン作成に当たっては、大きな変化がありました。国際コンセンサスである CoSTR に「GRADE システム」という診療ガイドライン作成方法が採用されたのです。そのため、国内のガイドラインも GRADE に準じて作成することが求められました。

実は GRADE そのものは、WHO をはじめ世界の主要な団体の診療ガイドライン作成にも採用されている方法なのですが、日本でその方法を採用しているガイドラインは極めて少ない。医科系では『JRC 蘇生ガイドライン2015』が、GRADE を順守した初のガイドラインとなっています。坂本先生、まず GRADE は、従来の診療ガイドライン作成方法と比較し、どこが特徴的なのでしょうか。

坂本 一言で語るのは難しいですが、特徴はやはりエビデンスの質評価の部分にあると思います。従来の診療ガイドラインでは、ランダム化比較試験(RCT)、観察研究など、一つひとつの論文をエビデンスとして評価してきました。しかし、この方法では個々の論文の研究デザインや症例数に依存してエビデンスの質が評価されてしまう弱点が存在します。

一方、GRADE では一つひとつの論文ではなく、コクランのシステマティックレビューのような、アウトカムごとに複数のエビデンスを統合した body of evidence (エビデンス総体) を使ってエビデンスの質を決定します。さらに推奨の方向性を決めるに当たっては、利害のバランスに加え、患者の価値観や好み、医療資源・コストという側面からも評価を行います。患者にとって、本当にその介入が有益であるかを検証することが重視された方法だと感じています。

野々木 アウトカムを主体とし、統合的にエビデンスを評価するのが EBM の基本なわけですから、理にかなった方法と言えます。

石見 私が担当した「普及・教育のための方策 (EIT)」の章でも、GRADE を取り入れた意義を感じることができました。例えば、シミュレーション研究では、従来、参加者の習得した手技・知識などの学習成果がアウトカムに置かれ、その質を評価するのが一般的でした。前回のガイドラインから患者アウトカムを重視しようという流れはありましたが、今回、GRADE のプロセスを採用することで、EIT でも重視すべき結果は「救命率」「社会復帰率」であり、「知識」「技能」などの学習成果はそれらの下に設定すべきだと明確に決められました。この方針の決定までには専門家間で議論を尽くしましたが、結果的に「蘇生現場で活用され、

救命することができて初めて教育の意味がある」と方向性が示されたのは、現実味があって納得できるものです。

野々木 まさに GRADE の手法が本当に必要なアウトカムを見事に適していることを感じさせます。

現場の感覚に近い推奨

野々木 ただ、実際に GRADE に基づいてガイドライン作りを進めていく中では、苦労もあったのではないのでしょうか。例えば、GRADE では、診療の推奨の方向性である「する／しない」「弱い推奨」で明示する必要があります。2010 年版のガイドラインではエビデンスが不十分な部分を「推奨する根拠も、否定する根拠もない」としていたような箇所も、今回は国の実情に照らしながらきちんと「わが国では……することを推奨 (提案) する」などという形で記載しなければならないため、悩ましいケースもあったと思うのです。

坂本 慣れない方法なので、やはり苦労はありました。日本の GRADE 専門家の協力も得ながら進めてきたという感じです。でも、抵抗感はなかったですよ。むしろ、曖昧な態度を許さないガイドライン作りに新鮮さがあって面白く感じたぐらいです。

石見 坂本先生とは逆で、私は当初、抵抗感がありましたね。エビデンスが十分にあるわけではない蘇生領域になじまないと思っていました。しかし作っていく過程で、今回のガイドラインのほうがわかりやすく進化していると思うようになった。というのも、やはり現場で使う側にとっては「どう動けばいいのか」が重要であって、それが書かれていなければ実践しにくいからです。

坂本 出来上がった推奨や提案をあらためて読み返してみると、専門家が実際の現場で治療を選択するときの思考に近いものがあるとも思いました。先ほど申し上げたとおり、推奨の内容は、「患者の価値観や好み」という要素が考慮されている。例えば、「社会復帰」のような患者にとって価値の高いアウトカムの場合、仮に強いエビデンスがなくても、ある程度の可能性が見込めるならば、「弱いエビデンスによる強い推奨」という形をとっている場合もあるわけです。こうした点は臨床現場でわれわれが行う発想ともかなり似たところがある。だから、現場に根差した内容になったのではないかと感じられるのです。

野々木 なるほど。結果的には、ガイドラインを利用する側に立った作り方になったと言っているのかもしれませんが。

●表『JRC 蘇生ガイドライン2015』(書籍版)目次

●第1章	一次救命処置 (BLS)
●第2章	成人の二次救命処置 (ALS)
●第3章	小児の蘇生 (PLS)
●第4章	新生児の蘇生 (NCPR)
●第5章	急性冠症候群 (ACS)
●第6章	脳神経蘇生 (NR)
●第7章	ファーストエイド (FA)
●第8章	普及・教育のための方策 (EIT)
●補遺	2015 CoSTR の概要 ——Executive Summary

2015 CoSTR で初めて「ファーストエイド」が加わったため、今回のガイドラインから新たに章が設けられた。また、CoSTR では触れられていないものの、国内外で関心を集めている「脳神経蘇生」については2010年版と同様、章を設けている。

迷った場合も
胸骨圧迫から始めよ

野々木 では、実際にどのような点に変更があったのかについて話を進めましょう。今回のガイドライン (表) で特に注目すべき点としては、BLS の章が挙げられるのではありませんか。

坂本 BLS の章における最大のポイントは、「とにかく胸骨圧迫を開始する」ことを明確に呼び掛けた点です。具体的には、「救助者は、反応がみられず、呼吸をしていない、あるいは死戦期呼吸のある傷病者に対してはただちに胸骨圧迫を開始する。心停止かどうかの判断に自信が持てない場合も、心停止でなかった場合の危害を恐れずに、ただちに胸骨圧迫を開始する」と記載しました。

野々木 特に死戦期呼吸は、医療者からその判断が難しいという声を聞くところですよ。こうした場面で判断そのものがついていなくても、速やかに胸骨圧迫を開始してよいということになったわけですね。

坂本 ええ。「傷病者が心停止でなかった場合に行った胸骨圧迫の有害性は大きくない」とするエビデンスもあり、胸骨圧迫を施行することによる悪影響より、しないことによるデメリットのほうが大きいという見解から、こうした推奨がなされるに至っています。

野々木 BLS は医療者のみならず、一般市民にもかかわってもらわねばならない領域です。そういう意味では、EIT の視点から注目すべき箇所もあるのではないかと思います。石見先生はどこがポイントだと考えますか。

石見 私も坂本先生同様、「判断に迷ったときはただちに胸骨圧迫を開始する」と、偶然居合わせた人が現場で取るべき行動を、簡潔・明快に示した点が重要だと思っています。多くの場合、一般市民は傷病者に心肺蘇生を施行することに戸惑いを覚えるものです。過去、周囲に人が居合わせていたにもかかわらず、心肺蘇生がなされぬまま亡くなったという痛ましい事例は繰り返されてきました。

心肺蘇生の理想はあくまで「絶え間

ジェネラリスト必携！ 外来で困らないための初療・処置のガイドブック

ジェネラリストのための
外来初療・処置ガイド

編集 田島知郎
東海大学名誉教授

編集協力 千野 修
東海大学医学部付属東京病院准教授
外科診療部長
田島厳吾
すわやまクリニック・院長

ジェネラリストのための
外来初療・
処置ガイド

44 症例解説
「初療」「処置」

もうどんな患者が
来ても困らない！

日常生活から診察まで、臨床医が行うべき
初療対応を1冊にまとめたガイド

B5 頁312 2016年 定価：本体8,000円＋税 [ISBN978-4-260-02420-4]

医学書院

眼科患者にも自信を持って対応できる、頼れる1冊

ジェネラリストのための
眼科診療ハンドブック

石岡みさき
みさき眼科クリニック院長

ジェネラリストの
ための
眼科診療
ハンドブック

どこまで診る？ いつ紹介する？

● 視力検査は必ず行う。視力に問題があれば、遠視・近視・乱視の有無を確認する。
● 眼圧測定は必ず行う。眼圧が高ければ、緑内障のリスクが高くなる。
● 眼底検査は必ず行う。眼底に問題があれば、糖尿病性網膜病変や高血圧性網膜病変のリスクが高くなる。
● 眼瞼炎や眼瞼下垂の有無を確認する。眼瞼炎や眼瞼下垂は、眼瞼の機能を低下させる。
● 眼瞼下垂は、眼瞼の機能を低下させる。眼瞼下垂は、眼瞼の機能を低下させる。

A5 頁198 2016年 定価：本体3,400円＋税 [ISBN978-4-260-02418-1]

医学書院

蘇生の質を上げ、救命率の向上を 座談会

ない胸骨圧迫と適切な人工呼吸を合わせて行うこと」です。しかし人工呼吸は訓練を受けており、それを施行できるだけの技術と意思がなければ難しいものです。そうであるならば、シンプルに胸骨圧迫のみを提示することで、より多くの人々が心肺蘇生を開始できるよう導くことで救命率向上に結びつけたほうがずっといい。

野々木 119番通報時の通信指令員による口頭指導も、過去に同様の理由で変更がなされています。現在では心停止が疑われる成人であれば、通報者に胸骨圧迫のみの心肺蘇生を指導するよう推奨しています。

坂本 それについてもエビデンスがあって、電話による口頭指導においては、胸骨圧迫のみの心肺蘇生が、人工呼吸を伴った心肺蘇生よりも傷病者の生存率が良くなるということです。2010年版のガイドラインから記載されている内容ですが、現場ではまだ人工呼吸まで指導しているケースがあるようですので、改善を促したいと思っています。

野々木 BLSの章は、全体を通じて心肺蘇生を施行する救助者の裾野を広げることに重きが置かれたとまとめることができますね。

研究やガイドライン作りにも生かしてほしい

野々木 医療者にとってはALSのほうに関心のあるところだと思いますが、ALSで注目すべき点はどこになるでしょうか。

坂本 まず、取り組むべきことの方法論として変わった部分は多くありません。ただ、気管挿管や薬物の使い方などでエビデンスの質評価が変わったところはあるので、そのあたりはぜひ確認してほしいです。

トピックになりそうなものを挙げるとすれば、心拍再開後の集中治療における体温管理の項目です。心拍再開後の脳への虚血再灌流傷害は、低体温療法によって軽減できる可能性があると考えられてきました。これに対し、従来、低体温療法は目標体温32—34℃で12—24時間、維持すると推奨してきました。しかし今回、目標体温の幅が変更され、「32—36℃」の一定温度で24時間以上となっています。2014年に33℃と36℃を比較した結果、転帰に差がないという報告があり、専門家たちの激論の末に変更に至りました。

野々木 心拍再開後の患者は低体温療法など体温管理療法を含んだ治療計画で治療されるべき、という見解そのものに変化はなかった、と。

坂本 そこは変わらず、です。しかしまだ細かくは明らかになっていないこともあります。例えば、心拍再開後の傷害の重症度に基づく、個々に至適な目標体温、どのくらいの時間でそこに到達すべきか、またはどのくらいの期間、体温をコントロールすべきかにつ

いてはわかっていない。したがって、その最適値を探るような研究が待たれている段階です。

野々木 そのあたりはガイドラインでも「Knowledge Gaps（今後の課題）」として提示されていましたね。低体温療法の項目に限った話でなく全ての項目で記されているのですが、そうした「Knowledge Gaps」を示している点が、実はこのガイドラインの面白いところではないかとも思っています。

石見 同感ですね。最新の文献が網羅されており、現状のコンセンサスが把握できるだけでなく、皆が興味を寄せているけれどわかっていないことまでわかる。未解決の課題はこれからの研究にも生かせるようなものばかりなので、私も興味深く読んでいます。

坂本 そういう意味では、「推奨と提案」だけでなく「患者にとっての価値とILCORの見解」の項目もぜひ見ていただきたい。ガイドライン中、「なんでこんなに弱いエビデンスで、強い推奨がされているのだろうか」と思われる部分があるかもしれません。しかし、この項目を見ると専門家たちがエビデンスをどのように解釈し、実際の現場に合うように落とし込もうとしたのが垣間見えると思うのです。ガイドライン作成に携わる方にとって参考になることが多いだろうと考えています。

野々木 世界的にはGRADEシステムを採用する診療ガイドラインが増えており、今後日本の診療ガイドラインもその流れに乗るだろうと考えられます。ガイドラインで適切な知識を学ぶ以外に、『JRC蘇生ガイドライン』をガイドライン作りの先行例として参考にしていただけるとうれいしですね。

*

野々木 今後、心肺蘇生の質をより向上させていくために、課題の提示も含めてメッセージをお願いします。

坂本 今回、国際的なガイドライン作りを経験して思うのは、われわれが国内で議論している内容のレベルは国際標準にまったく引けを取らないということです。そこは自信を持ってよいと思いました。ただ、エビデンスの創出という点はまだ課題であり、日本からの院外心停止の心肺蘇生に関するRCTが少ない。今後は観察研究と同時に、質の高いRCTを実施することに挑戦していかなければなりません。

石見 医療者であればどうしても新しい技術や方法の部分が関心事になりますが、自分や自分たちの地域の現場で今、提供している心肺蘇生の実態を記録し、客観的に評価して検証することも欠かさずに行ってほしいと思っています。測定なくして、改善はありません。そこから各自の実践の質を上げ、心停止からの救命率向上に結び付けていってほしいと願っています。

野々木 医療者であれば心肺蘇生にかかわらずにはられません。その質を

コミュニケーションが大切といわれても当たり前すぎて、ちょっとピンとこない先生方へ

戦略としての医療面接術 こうすればコミュニケーション能力は確実に向上する

コミュニケーションにも、その他の医療行為と同様に、必ず行う、あるいは確認しなければならない共通骨格がある。そして、それさえ修得できれば、医師患者間コミュニケーションはもっとうまくいくはず。本書では医療サービスの基本は、まさに医師患者間の良好なコミュニケーションに立脚するものであることを前提に、その具体的な方法論を、日常臨床で実際に起こりうる身近なケースをあげてわかりやすく解説した。

児玉知之
柏厚生総合病院内科

戦略としての
医療面接術

医師患者コミュニケーションには、必ず行うor確認すべき共通骨格がある！

救命率向上を願って

interview 岡田 和夫氏（日本蘇生協議会名誉会長）に聞く

国内学会・団体の医療者からの協力を得て、『JRC蘇生ガイドライン2015』が完成した。『JRC蘇生ガイドライン2010』の監修委員長を務めた身としてもうれしく思う。近年の救急蘇生の研究において何が、どこまでわかっているのが示された本書を多くの医療者に活用してほしい。

◆心肺蘇生の源流

近代蘇生法の確立は1960年と言われる。Safarらが口対口呼吸吹き込み法の効果を示したのが1955年。その5年後の1960年、Kouwenhoven、Jude、Knickerbockerらが閉胸式マッサージの有効性を報告。Safar、Judeらが、それら人工呼吸とマッサージとを組み合わせるアイデアを提唱することで、「ABC法」が確立した。これが現在の救急蘇生の端緒である。欧州蘇生協議会は1960年を“蘇生元年”と位置付け、50周年以降は同会学術集会のプログラムに「Safar Memorial Lecture」と冠する特別講演を組み込むほどだ。いかに歴史的な出来事だったかを示す好例と言えよう。

翻って当時の日本の状況を振り返ると、医療者の間でも心肺蘇生法への関心は十分なものではなかった。その中で先駆けていたのが日本赤十字社だろう。1950年代から、水泳での溺者救出のための応急処置を市民に教育・訓練するコースを設けており、不十分な形ながらも人工呼吸法が指導されていたという。そんな状態にあった日本で救急蘇生の認識が本格的に広まったのは、1964年の東京オリンピック開催によるころが大きい。各国から選手・観客が集まることが想定される中、医療者の間に「不測の事態に備えて心肺蘇生術を身につけなければ」という機運が生まれた。フランスで蘇生術を学んできた私にも講師依頼は相次ぎ、心肺蘇生が医療者に、そして社会へと認知されていく様を目の当たりにできた。

◆JRC設立と国際連携の構築の歩み

現在、JRCは、RCAを通じてILCORに加盟している。日本の蘇生学の発展にはそれらを基盤とした国際的な交流が欠かせなかったと思うが、その体制を築くまでの道のりには苦労も多かった。JRCのILCORへの加盟のきっかけは、1998年にILCOR側から私宛てに送られてきた加入を勧める一通の手紙だった。日本に適当な窓口がなかったことから、ILCOR共同議長と面識のあった私を頼ったのだろう。そうした事情はともかく、日本でも海外の蘇生法に関する情報の窓口をかねてから求めていたのは事実であり、私はただちに厚生省（当時）や救急蘇生科学に関係する団体と調整を進め、2001年にJRC設立が承認された。しかし、「これでILCORに加盟できる」と思ったのもつかの間、急遽ILCORの定款改正により「複数の国家または地域からなる蘇生団体であること」という条件が付記されたため、JRC単独の加盟が直前になって頓挫してしまった。そこで、JRCからシンガポール、台湾、韓国に声を掛け、アジアの蘇生科学団体で「RCA」を設立する構想を提案。各国から理解を得られ、05年にRCAの立ち上げが成功すると、翌06年に晴れてILCORへの正式加盟を果たすことができた。回り道をしたが、結果的にはアジアが一つの地域としてまとまる契機となったので良かったと思う。

国際的な組織に加盟したことで得られたものは多い。一つは、アジア地域を代表してJRCが国際コンセンサス作成に参画できるようになったことだ。それに伴い、最新の研究を反映させた日本版のガイドラインを、国際版と同時に発表できるようになった。また、国際的な交流を通し、蘇生科学の質向上が図られた。日本発のエビデンスがガイドラインに盛り込まれるようになったのも、無関係ではないはずだ。

◆エビデンスの創出を求める

ここまで歴史的経緯を述べてきた。ここからは未来の話をしたい。新たなガイドラインが生まれた今、私が願っているのは一般市民への普及・教育である。医療者も社会への普及・教育に積極的にかわり、市民に適切な心肺蘇生を広げていくことを通して救命率向上に結び付けてほしい。それと同時に、医療者には蘇生科学の飛躍的進歩を認識し、その質をより一層洗練させていく調査・研究の実施も求めたい。日本発のエビデンスは増えてきたものの、エビデンスの創出という点で海外に遅れをとっている状況は依然としてある。確かに蘇生領域は介入の効果を見るような研究は難しいし、ましてや大規模なランダム化比較試験を実施するとすると相当な工夫と努力が必要だろう。しかし、それらは現場を知る医療者にしか成し得ぬことである。その自覚を持ち、日本からも“evidence”を創出し、発信することを志してほしい。特に心肺蘇生は人命と密接にかかわるものだ。「人の命を救う」という、医療者に求められる大きな役割のために尽力してほしいのである。

●おかだ・かずお氏／1955年岡山大学医学部卒。60年東大大学院修了後、バリ大クロード・ベルナル病院（仏政府給費留学生）、東大麻酔科助教授、帝京大麻酔科主任教授などを歴任。JRC、RCAの立ち上げでは中心的な役割を担った。2015年、日本蘇生協議会名誉会長に就任。日本Shock学会理事の他、国内の麻酔、蘇生にかかわる多くの学会の名誉会員を務める。

高め、より多くの方を救うためにも、最新の適切な知識と技術を押さえてほしいですね。（丁）

動の有無などを標準化されたフォーマットで記録することで、蘇生割合などの変遷や地域間・国際間の客観的比較が可能になる。

註：院外心停止症例を対象とした記録方法。原因別に分類し、目撃者の有無、バイスタンダー（偶然居合わせた人）による心肺蘇生の有無とその開始時期、除細

●参考文献

- 1) Circulation. 2007 [PMID: 18071072]
- 2) Lancet. 2007 [PMID: 17368153]

医療職が知っておきたい、人の臨終にかかわる最新のエビデンス

死亡直前と看取りのエビデンス

患者が亡くなる直前の医学的問題や看取りに関するエビデンスを解説した本書は、①死亡までの過程と病態、②死亡直前に生じる苦痛の緩和、③望ましい看取り方、のそれぞれについて、医療職者が知っておくべき最新のエビデンスをまとめている。著者の経験に基づくナラティブな解説も豊富に記載されており、医師や看護師のみならず、人の臨終に関わる多くの読者の助けとなる書である。

森田達也
聖隷三方原病院副院長・緩和支援診療科
白土明美
聖隷三方原病院・緩和ケアチーム

死亡直前と看取り
の
エビデンス

森田達也 白土明美

本当はこうだった
死に直前の姿や死の瞬間、
家族の気持ちや死の瞬間を
描き出す。死の瞬間を
描き出す。死の瞬間を

FAQ

患者や医療者のFAQ（Frequently Asked Questions；頻繁に尋ねられる質問）に、その領域のエキスパートが答えます。

今回の
回答者

木村 壮介

日本医療安全調査機構 常務理事

Profile／1972年東大医学部卒。三井記念病院、自治医大、埼玉医大を経て、95年国立国際医療研究センター病院、2008年同病院長。15年より現職。専門は心臓血管外科。日本病院会「医療の安全確保推進委員会」委員長を務める。

今回のテーマ

医療事故調査制度——医療者はどう在るべきか

第6次医療法改正に基づき、2015年10月に「医療事故調査制度」が施行開始となりました。本制度における医療事故は、「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたもの」¹⁾と定義されています。医療機関の管理者は事故の判断をし、「医療事故調査・支援センター（日本医療安全調査機構）」へ報告を行った上で、当該医療機関自らが事故の調査を行う「（院内）医療事故調査」が義務付けられたのです。本制度の目的は事故原因の究明と再発防止を図ることによって、医療の質・安全の向上をめざすことにあり、個人の責任を追及するものではありません。今回は、本制度が開始された経緯や今後の課題についてまとめてみました。

FAQ 1 「医療事故調査制度」が、制定されたのはなぜでしょうか。

医療事故の原因究明を医療者自身が行い、そこで学んだことから事故の再発を防止することこそが、医療事故調査の基本であるべきだという機運が高まったためです。1999年の医療事故多発を契機に、マスコミによって“医療不信”が頻繁に報道され、医師法第二十一条に基づく警察への医療事故の届け出が急増した時期がありました。この届け出の急増は、1994年に日本法医学会から出された『異状死ガイドライン』²⁾も大きく影響していたと言われています（診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるものは警察へ届け出ること、等）。このころは脳死下での臓器移植が開始され、死の概念の変更、死の判定基準の再検討が要請された時代でもありました。このようにして警察の捜査による事故調査の結果が出るにつれ、事故当事者の責任追及を行っていたのでは、

医療の観点から求められる基本的な解決策は得られないという結論に至ったのです。

これに前後して、医学界や医療団体等の医療者側と、行政から多くの提言や試案が出されました。本制度に直接つながるものは、2012—13年にかけて厚労省主体で行われた「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」³⁾でまとめられました。医師、看護師、法律家、患者代表、その他有識者からなる10数人の委員によって、制度のあり方が検討されました。その結果、個人の責任追及ではなく事故の原因究明と再発防止を図るために、当該医療機関が院内において事実関係の調査・整理を行うことを基本とした本制度が完成したのです。

Answer…警察捜査による責任の追及は、医療事故の調査として望ましくないとして、新たな調査制度が作られました。本制度では医療者自らが主体的に医療事故の原因究明を行い、再発防止に努めることで、医療の質・安全の向上をめざしています。事故当事者の責任追及は目的としていません。

FAQ 2 新たに設定された「医療事故調査等支援団体（以下、支援団体）」の役割は何でしょうか。

外部の医療の専門家として医療機関を支援する支援団体には、以下の具体的な役割が定められています。支援内容を事故発生以降の流れに沿って示すと、①「医療事故」であるか否かの相談、②解剖・Ai（死亡時画像診断）の施行支援、③調査委員会の設置・運営、④調査手法に関する助言、⑤事故の情報の収集・整理、⑥専門家の派遣、⑦報告書の作成となります。その他にも時系列によらない継続的な支援として、制度全般に関する相談なども受けています。なお、支援団体はこれら全ての支援を提供している必要はなく、団体ごとに支援可能な範囲を厚労省に申請し、厚労大臣からの告示を受け支

援活動を行います。

支援団体として定められている組織は、①職能団体（日本医師会等）、②病院団体（四病協等）、③病院事業者（国立病院機構等）、④学術団体（日本医学会に属する学会等）で、医療事故調査・支援センターもその役割の一部を担っています。支援団体の活動においては、県医師会を中心に県内の大学や基幹病院等が集まって「支援団体連絡協議会」を設置し、地域ごとに窓口が一本化できるよう対応が進められているところ です。

また、医療事故が発生した当該医療機関によって行われる院内調査は、本来調査の基本とされるべき客観性（具体的には、「中立・公正性」「専門性」「透明性」）とは相いれません。そのため、院内調査を補うことを目的として、外部の医療の専門家からなる支援団体へ支援を要請することが原則として定められたのです。つまり、支援団体は事故の実務的調査の支援だけでなく、調査の客観性を担保する役割も託されていることになります。制度上、支援団体への支援依頼は義務ではなく原則となってはいますが、本制度において非常に重要な役割を担っていると言えるでしょう。

Answer…支援団体は医療事故調査の実務的支援だけでなく、調査の客観性を担保する役割も担っています。

FAQ 3 制度施行後に見えてきた課題があれば教えてください。

「事故」という言葉そのものに抵抗感を抱く医療者も多く、医療者の意識から変えていく必要があると感じています。制度が施行され約半年が経ち、報告数は徐々に増えているものの、定められた定義にしたがって医療機関が「医療事故」の判断を下し、主体的に事故の調査を行うことはたやすいことではありません。「事故」という言葉自体に本来良くない意味があるため報告することに抵抗感があること、遺族に対して「事故」の調査とは伝えにくい、あるいは遺族が疑問を呈していないのであれば調査をせずに済ませたい、と考える傾向が医療者に見られるように思います。

しかしながら、本制度の対象となるのは過誤の有無に関係なく、医療の中で起きた“予期していない”死亡です。

こうした事故を調査し、原因を共有して再発防止へとつなげることが医療の質・安全の向上につながるということを、医療者自身、そして遺族・社会にも、もっと理解してもらわなければいけません。「事故」という単語に抵抗感があるのであれば、今後、事故という表現についても見直しの検討対象とする必要があるかもしれません。

Answer…予期していない死亡事例を調査することの必要性や意義を考え、医療者の意識を変えていかなければなりません。遺族からのクレームがなければ調査しない（Claim Oriented）のではなく、発生した事例の内容を医療者として検討・判断し、事故か否か判断すること（Event Oriented）へと考え方を転換していくことが求められるでしょう。医療者や支援団体がそのことを十分に理解し、こうした考え方を全国で共有していくことが重要です。

もう一言 本制度が遺族や社会から信頼されるものとなり、調査で出された結果が受け入れられるためには、医療者一人ひとりが Professional Autonomy にのっとった自主性・裁量を確立させていく必要があります。医療者は該当すると判断した医療事故の報告・調査を行うだけでなく、専門職組織の担い手として自分たちを律する意識（Self-Regulation）を構築し、医療安全を維持する責務を担っているということを自覚する姿勢が求められているのではないのでしょうか⁴⁾。

参考文献・URL
1) 厚労省。医療事故の定義について。2015。
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000075316.pdf>
2) 日本法医学会。異状死ガイドライン。日法医誌。1994；48（5）：357-8。
<http://www.jslm.jp/public/guidelines.html#guidelines>
3) 厚労省。医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方（案）。2013年5月29日。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000333d9-att/2r9852000003333hr.pdf>
4) World Medical Association. WMA Declaration of Madrid on Professional Autonomy and Self-Regulation. 1987。
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/20archives/a21/>

**医学書院 AD BOX**
各雑誌の広告媒体資料・目次内報を掲載しております。

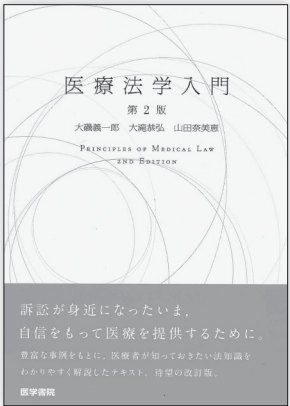
医療従事者として知っておくべき法知識を
まとめたテキストの改訂版

医療法学入門

第2版

大磯義一郎・大滝恭弘・山田奈美恵

医療者が知っておきたい法知識をわかりやすく解説した好評テキストの改訂版。「なぜ医療法学なのか」から説き起こし、「刑事責任、行政責任」、「民事医療訴訟」は、豊富な事例をもとに医師と弁護士両方の資格をもつ著者らが解説する。第2版では、新たに「介護保険制度」、「労働法」の章を新設。訴訟が身近になったいま、自信を持って医療を提供するために必読の1冊。



●A5 頁328 2016年
定価：本体3,800円＋税
[ISBN 978-4-260-02450-1]

医学書院

内科診断学の定番テキストに、
新たなステージを拓く待望の新版登場

内科診断学

第3版

編集

福井次矢

聖路加国際病院院長

奈良信雄

順天堂大学医学部特任教授・
東京医科歯科大学特命教授

内科診断学

第3版

【編集】
福井次矢／奈良信雄

症候から診断への
思考プロセスを究める

定番のその先へ
さらに充実したオールカラー全面改訂

付録
電子版
本文全収録！
英文検索可能

症候から診断への思考プロセスを丁寧に解説した、内科診断学の定番テキストの最新版。さらに診断学に特化すべく、好評の「症候編」を大幅拡充し、医学生・研修医が知っておきたい症候・病態をカバー。加えて、診断のプロセスを具体的な症例で解き明かす「症例編」を新設。また、図版を整理、全文オールカラー化で、一層読みやすく生まれ変わった。本文を収載した「付録電子版」付。定番のその先を狙った、野心的な大改訂。

●B5 頁1064 2016年 定価：本体9,500円＋税
[ISBN 978-4-260-02064-0]

医学書院

前

回(第32回／第3162号)は、各論的にジェネラリストに対するスペシャリストの評価について取り上げた。もちろん、同様の問題はスペシャリストに対するジェネラリストの評価についても起こり得るが、その評価は前者に比べて一般化しにくい。要するに、スペシャリストによって評価はさまざまという「当たり前」の現象になるため、そこには（ほぼ）一貫した、一般化できる構造がない。

さて、ここでは「評価」という概念一般について考えてみたい。前回のトピックが示唆するように、人の評価というのは妥当でないことも多い。換言するならば、人の評価が妥当である、と信じるに値する根拠は乏しい。評価は不当なものだったり、「上から目線」だったり、無理解や無知から来るものだったり、あるいは単なる偏見に満ちたものだったりするからだ。

作家・村上春樹が代表例だが、多くの作家は「評論家」の評論を一切読まない。そうした評価が妥当性を担保するものではなく、自分の作品をよりよくするための源泉にはならないと判断したからだ。同様に、多くのスポーツ・プレイヤーやミュージシャンも「人の評価は気にしない」ようだ。妥当性の低い評価——それが絶賛であれバッシングであれ——が、自分たちのパフォーマンスを悪くすることこそあれ、良くするものではないと判断しているからであろう。

もちろん、評価は一概に悪いものとも言えない。特に量的なデータは、自らのパフォーマンスを高める上では参考になる。サッカーだったらボールキープ率やパスの回数・成功率、走行距離なんかである。しかし、量的吟味が難しい、あるいは不可能なジャンルも多い。小説の量的吟味などはおよそ不可能で、販売部数も投票による多数決も、その小説の価値を高い妥当性で吟味できるとは言い難い。『火花』が歴代の芥川賞作品で一番売れたのは、売れた作者が高名な芸人だったからであり、その作者が芥川賞受賞者史上最高の作品を書いたからではない（もちろん、悪い作品だったと言いたいわけではない）。もちろん、執筆時間や原稿用紙の枚数も、小説の良しあしを吟味する材料にはならない。

医者のパフォーマンスはどうだろう。医学知識は評価しやすい。診断推論能力や身体診察能力、侵襲的手技の

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

「ジェネラリストか、スペシャリストか」。二元論を乗り越え、「ジェネシャリスト」という新概念を提唱する。

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学
／神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第33回】

評価について その2 評価一般について

パフォーマンスも割と評価しやすい。しかし、「その先」の評価はけっこう難しい。看護師などを巻き込んだ360度評価などいろいろな試みが行われているが、これなどもろくに医者のパフォーマンスを観察していない師長の独断の偏見だったり、「あの先生、感じワル」みたいな個人の好みを反映させただけの人気投票になっていたりすることもある。

だいたい、医学教育の専門家たちがこういう評価システムを設計するのだが、こうした専門家たち（特に実践者ではなく、研究者寄りの人たちは、「データは集めれば集めるほどよい」という信憑に取り憑かれていて、こうした妥当性の低い情報をやたらめったら集めたがる傾向がある。その結果生じるのは、生産性の低い、大量の評価表の山（とそれを扱わねばならぬ現場の苦勞）である。

近年では、そもそも評価をされているという被評価者の受け取り（perception）が大事だという事実も明らかになっている。つまり、評価者による評価が妥当か否かだけではなく、評価された側がそれを正当であり妥当であり、フェアであると感じているかが大事だというのだ。そして、多くの研究が示唆するところによると、多くの被評価者は自分に対する評価を正当で妥当でフェアとは感じていない¹⁾。というわけで、村上春樹のように「評論家の言うことなんて聞く気にはなれない」というエートスが生じるわけだ。

「プロフェッショナリズム」は日本の医学教育界のはやり言葉である。では、医者のプロフェッショナリズムは正当に評価できるのだろうか。というか、そういうものを評価されているという視線の下での医者への行いは、本当にプロフェッショナルなのだろうか。

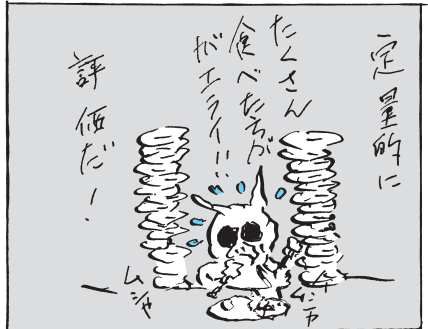
ぼくの恩師の1人、故・マイケル・レッシュは「プロフェッショナリズムとは、誰が見ていないときでも同じように行動できるような、そういう行い

を言うのだ」と述べた。言い得て妙だと思う。もし医者のプロフェッショナリズムが他者に評価される評価項目なのであれば、その医者のプロフェッショナルな行いは「他者が見て評価している」という視線の下でのみ発動するような偽りのプロフェッショナリズムと言えないだろうか。そのような視線のない、届かないところでは異なる行動原理が発動するのではないだろうか。要するに「バレなければよい」というメンタリティと裏表の関係にはなからうか²⁾。

近年、国内外で偽装、隠蔽の問題が後を絶たない。監視、内外の評価を行うことでこうした偽装や隠蔽に対峙しようとするわけだが、効果は見られない。フォルクスワーゲンの例に代表されるように、監視を逃れるためのやり口は巧妙になる一方だ。

「誰が見ていても見ていなくてもまっとうな車を作るのが、われわれプロの行いだ」というメンタリティをフォルクスワーゲン社員が持っていれば、巧妙な排気ガス排出基準不正などしようとする思わなかっただろう。医者のプロフェッショナリズム評価が逆説的に、医者のプロフェッショナリズムを「他者の目」に反応するだけのパッシブで、主体性を欠いた、非プロフェッショナルな人物の養成につながりはしないだろうか。

ぼくは医学教育専門家（研究者）に比べると、他者の評価の効能については極めて懐疑的である。評価をするな、と言っているのではない。評価を過大評価するな、と言っているのだ。評価の過大評価は自律的なプロフェッショナルの涵養にカウンタープロダクティブだ。



ブだ。それはジェネシャリストという主体的な概念から最も外れた在り方とも言えるのだ。

参考文献

- 1) Watling CJ, et al. Toward meaningful evaluation of medical trainees: the influence of participants' perceptions of the process. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2012; 17 (2): 183-94. [PMID: 20143260]
- 2) 岩田健太郎. 「武士道」のプロフェッショナリズムへの適用可能性と「他者の目」. 医学教育. 2015; 46 (4): 373-8.

添付文書情報+オリジナル情報が充実した、
ポケット判医薬品集

Pocket Drugs 2016

監修 福井次矢 聖路加国際病院・院長
編集 小松康宏 聖路加国際病院・副院長
渡邊裕司 浜松医科大学教授・臨床薬理学

全治療薬を収録したポケットサイズの医薬品集。添付文書情報に加え、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ薬の「選び方・使い方」、その根拠となる「エビデンス」も掲載。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で製剤写真も掲載。2016年版では見やすくレイアウトを変更。薬効分類・同効薬が一目でわかるだけでなく、さらに薄くポケットに入りやすく改良した。



●A6 頁1058 2016年
定価: 本体4,200円＋税
[ISBN978-4-260-02207-1]

医学書院

●書籍のお問い合わせ・ご注文

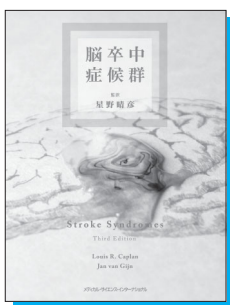
本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、医学書院販売部まで

☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804

なお、ご注文は、最寄りの医書取扱店（医学書院特約店）へ

新刊 症候学の奥深さがここにある！ 脳卒中症候群 Stroke Syndromes, 3rd Edition

▶ 脳卒中の症候とその原因となる血管障害との関係を体系的にまとめたテキスト。生じうる症候ごとにその病因たる血管障害にアプローチする第1部、支配血管で分けた脳領域の障害ごとに生じうる症候にアプローチする第2部に分け、詳細かつ明解に説明。画像描出できない病変で生じる症状も解説。専門医はもちろん、研修医、さらには脳卒中の初期診療に携わる救急医などの必携書。立ち止まって臨床症状を検討することが、より良い日常診療につながる。



監訳: 星野晴彦 東京都済生会中央病院内科部長・神経内科部長・脳卒中センター長

定価: 本体12,000円＋税
A4変 頁624 図125 写真150 原色図33 2016年
ISBN978-4-89592-845-8

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

Medical Library

書評新刊案内

Grant解剖学図譜 第7版

Anne M. R. Agur, Arthur F. Dalley ●原著
坂井 建雄 ●監訳
小林 靖, 小林 直人, 市村 浩一郎, 西井 清雅 ●訳

A4変型・頁920
定価:本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02086-2

評者 奥脇 透
国立スポーツ科学センター・メディカルセンター主任研究員

私が初めて『Grant解剖学図譜』(以下『Grant』と略)を見たのは、整形外科の研修医時代に先輩のドクターに薦められてであった。リアルなスケッチに目を奪われたことをよく覚えている。赤い表紙が印象的だったので、第3版だったのだろうか。特に股関節や脊椎の手術前には、展開を予想して何度もページをめくり返していたが、なかなか頭に入らずにいらしたものだ。そして実際に手術が始まると、執刀医の展開する視野に興奮し、夢中になりすぎて本来の役目である鉤引きの手が緩み、何度も注意された覚えがある。股関節を後外側からアプローチし、中殿筋を分け入って進むと、次は外旋筋群が出てきて、前は大転子、後ろに坐骨神経が見えるはず……。直前まで目にしていた『Grant』の絵が、再現されてきていることに興奮が隠せなかった。実際には大きさも形も色も違っていたが、その位置関係や走行は忠実に再現されていた。手術が終わり一息ついたときに、また『Grant』を開くと、同じ絵なのに今度は生き生きとして見え、それにまた興奮したことを思い出す。

それ以来、『Grant』は書斎だけでなく、手術室や病棟の休憩室にも欠かせない一冊となった。特に手術の前後には、必ず関係箇所に通した。

スポーツ医学の分野に移り外来診療が中心となっても、厄介な症例に出合った際には、やはりまず『Grant』を開き、病態を自問自答してみる。そして『Grant』を見せながら、ここがこうなっている、アスリートへの説明にも利用している。

現在、私が興味を持っているのは筋肉である。大腿部前面の大腿四頭筋の肉離れを、初めてMRIで撮ったとき、損傷部位そのものより、周囲の筋線維が出血や浮腫によって浮かび上がり、その走行が鮮明に描出されていることに驚いた。

そして『Grant』を見ると、鳥の羽のように描かれている大腿四頭筋の図譜が、まさに見ているMRIと一致していることに気付き、あらためて『Grant』の凄さを再認識したものだ。

ありがたいことに『Grant』は進化している。その都度、新たに織り込まれた創意工夫に感心させられているが、今回もそうである。この『Grant解剖学図譜 第7版』では、MRIの他、CTや超音波検査といった画像や効果的な図表も駆使して、見る側の興味をそそっている。本書は、整形外科医ばかりでなく、運動器の診療、さらにはトレーニングに携わっている方々にとっても、手の届く場所に置いておきたい一冊となることを確信している。

運動器に携わる 全ての人に見てほしい一冊



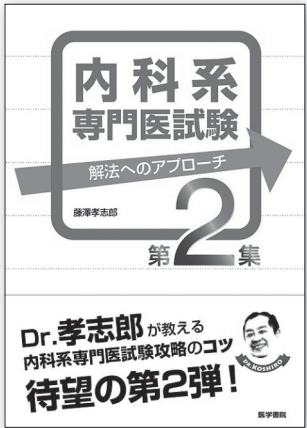
Dr. 孝志郎が教える内科系専門医試験攻略のコツ 待望の第2弾!

内科系専門医試験 解法へのアプローチ 第2集

藤澤孝志郎 Dr. 孝志郎のクリニック院長

Dr. 孝志郎による内科系専門医試験対策問題集の第2弾がついに登場! 第2集では、症候学や電解質異常、低血糖、ショック、染色体や遺伝子など、第1集では取り上げ切れなかったテーマも網羅する。問題はすべてDr. 孝志郎によるオリジナルで、頻出・重要テーマを厳選。病態生理から説き起こした解説を読めば、得点力アップはもちろん、臨床力もアップすること間違いなし! 試験直前のおさらいに役立つ巻末正誤問題付き。

●B5 頁160 2016年 定価:本体5,000円+税 [ISBN 978-4-260-02399-3]



内科系専門医試験 解法へのアプローチ

藤澤孝志郎

既刊本
●B5 頁160 2013年
定価:本体5,000円+税
[ISBN978-4-260-01809-8]

医学書院

戦略としての医療面接術 こうすればコミュニケーション能力は確実に向上する

児玉 知之 ●著

A5・頁272
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02162-3

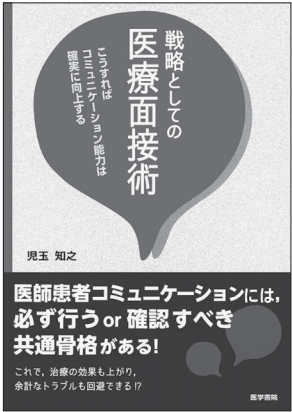
評者 新城 名保美
元住吉腎クリニック院長

『戦略としての医療面接術』のタイトル通り、医療面接の著作です。しかしながら、従来の「医療面接」をテーマに扱った書籍とは異なり、著者自身の実際の経験に基づき深く洞察されており、通読してなるほど、そういう切り口もあったか、と深く感じました。われわれが普段の臨床で対応する「患者・患者家族」——その個性や社会環境などの背景要素の多様性に注目しています。

「うまくいかない医療面接」を経験した際、医師としては、「あの患者・患者家族は変だから……」と自分を含め他の医療スタッフに説明付けようとしがちですが、うまくいかなかった医療面接は、われわれが医療面接上必ず確認しておかなければならなかった手順や態度を怠ったことが原因であったかもしれない。この著作はそれを実臨床で陥りがちな、さまざまなシチュエーションを提示することで、抽象論に終始することなく具体的に提示してくれています。通読後、今まで自分が経験してきた医療面接の失敗例を思い返しても、本書にて指摘されている「やってはいけないこと」がいくつも当てはまり、内省した次第

です。また、道徳、倫理、宗教、信仰、文化などと密接に関連する医療面接という分野を、「戦略としての」という枕言葉通り、どうすればスキルとして扱えるようになるのか、論じています。どのように医師が「名医」を演じれば、病院という舞台から見て、良心的で信頼でき得るかということも詳細に記載されています。とてもユニークな特長です。そして、それらを説得力を持って裏付けるように、さまざまな医療面接上のエビデンスが盛り込まれていて、決して著者の独り善がりの視点に終始していないことも好感が持てました。

この著作で提示されているスキルをもって患者様と接すれば、臨床医としての、いえ一人の魅力ある人間としてのコミュニケーション能力も一段階上のステージに上げることができるのではないのでしょうか。『戦略としての医療面接術』は、医師として最初の一步を踏み出した研修医のみならず、中堅、ベテランの医師にもお薦めしたい良書であると思います。



肝動脈化学塞栓療法(TACE) 理論と実践ストラテジー

松井 修, 宮山 士朗, 大須賀 慶悟, 衣袋 健司 ●編著

B5・頁252
定価:本体10,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02432-7

評者 荒井 保明
国立がん研究センター中央病院院長/日本IVR学会理事長

あるとき、真冬のベルリンで、肝癌に対する肝動脈化学塞栓療法(TACE)と分子標的治療薬との併用を評価する国際共同治験についての会議があった。席上、TACE界の雄、Prof. Riccardo Lencioniの「肝癌に対する標準的TACEはDEB-TACE(薬剤溶出ビーズによるTACE)だ」という発言に私がかみついたため、会議がもめた。結局、最後まで合意に至らず、日本はこの治験に不参加となった。残念ながら、当時、TACEの主流はDEB-TACEであり、議論の主演は常に欧米だったのである。

しかし、2013年に日韓で行ったc-TACEの臨床試験の結果が公表されると、流れは大きく変わった。同一年、TACEにおけるリピオドール®がわが国で薬事承認され、これに続き、欧米

各国でも承認が相次いだ。そして、2015年には彼らによるc-TACEのTechnical Recommendationなる論文が公表されるに至った。今や、かつてDEB-TACEの旗手だった欧米のbig nameたちも

“標準的TACEは、c-TACE”と言ってはばからない。まさに、c-TACEが主役となったのである。

さて、映画のような大逆転劇なのだが、その理由は何であったのか。答えは簡単である。医学の世界が正しいものは正しく、間違いは間違いという「科学の世界」であったからにはかならない。肝癌とその周囲の微細な血管構築や微小血流、そしてリピオドール®の挙動に関する膨大な真実が解き明かされていたからである。「科学の世界」では真実こそが勝者であり、c-TACEノ

新刊

ラングマン人体発生学 第11版

Langman's Medical Embryology, 13th Edition

▶ 医学部・歯学部などの人体発生学の定番テキストとして、圧倒的な支持を獲得し続けてきたロングセラー、6年ぶりの改訂。受精から胎児までを段階的に記述した総論と、各臓器の発生を提示した各論の2部構成で、人体発生の基本を体系的に学習できる。図・写真は大幅に追加され、本文もアップデート。発生学に繋がる「臨床関連事項」は必要に応じて提示され、臨床に関わりの深い分子遺伝学・分子生物学的知見に関しても解説。(各主要器官の発生の過程を解説したアニメーション動画[Simbryo]は、原著出版社HPにて英語版を視聴可能。)

訳: 安田 峯生 広島大学名誉教授
山田 重人 京都大学大学院医学研究科教授/
京都大学先天異常標本解析センター教授

定価: 本体8,400円+税
B5 頁432 色図335・写真174 2016年
ISBN978-4-89592-839-7

人体発生学の定番テキスト、改訂新版

ラングマン 人体発生学 第11版

Langman's Medical Embryology

T. W. Sadler

著者: 坂井 建雄, 小林 直人, 市村 浩一郎, 西井 清雅

定価: 本体8,400円+税
B5 頁432 色図335・写真174 2016年
ISBN978-4-89592-839-7

ジェネラリストのための 眼科診療ハンドブック

石岡 みさき ● 著

A5・頁198
定価：本体3,400円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02418-1

【評者】 今 明秀

八戸市立市民病院救命救急センター・臨床研修センター所長

つや消しの白い表紙に空色のタイトル。なんと清潔なんだろう。書き手によって本の顔は変わる。上品な色使いに、多くの医療者は平積みになった新刊の群れからきっとこの本を手に取りたくなるだろう。そしてページをめくると、優しい文体に気付く。「○○してください」と。それでは内容を紹介しよう。瞬間接着剤を点眼してしまったらどうするか。その答えは、「睫毛を切る」。読んで笑ってしまった。まるで、4コマ漫画に出てきそうな場面である(p.21)。

霰粒腫を結膜側から切開した後に出血が止まらなくなったときはどうするか。よく考えればわかるかもしれないが、縫合止血ではない。答えは、ガーゼを持った手のひらで切開した部分を圧迫し、ロダンの「考える人」のように大腿に肘をついてもらい頭の重みで数分間圧迫すること (p.23)。

日中に溶接、スキー、スノボを行い激痛で夜中に受診する電気性眼炎では診察時にベノキシール®点眼麻酔薬を使う。これは20分ほどで切れるので、前もって説明しないと再受診になる。頻回のベノキシール®点眼は角膜障害を起こすので処方してはいけない薬だそう。もし、患者がベノキシール®点眼常習者なら、それは自傷 Münchhausen 症候群だと (p.35—37, 43)。

義眼というのは、ゲゲゲの鬼太郎のお父さん（目玉おやじ）のように球形だと私は思っていた。それは間違いで、カーブした円盤状の物 (p.77)。

関東の花粉症(アレルギー性結膜炎)はバレンタインデーから花粉が飛び始めるので、その2週間前の1月末から

ゝには真実を語る壮大な叙事詩とも言うべき研究があったからである。この研究をされたのが、松井修先生とその一門の方々であり、それがまとめられたのが本書である。

私のような凡人は、つつい大逆転というストーリー展開に有頂天になってしまうのだが、本書には、そのような浮ついた記述はみじんも見られない。原理から始まり、実際の治療に当たったの細々とした技術が述べられるとともに、何とピーズについても多くのページが割かれている。確かに、われわれ臨床医にとっては、「どちらが良いか」ではなく、「どうすれば最も良い結果が得られるか」が大切なことであり、TACE という治療法の全体像

治療を開始する (p.80—82)。女性がチョコの心配を始めたら点眼薬もスタート。花粉症では洗眼も効果的。水道水では塩素が眼の表面に傷を作るので、人工涙液が望ましい。人工涙液とは生理食塩水のこと。人工涙液の使用上の注意に、「緑内障の診断を受けた人は医師にご相談ください」とあるが、その必要はない(p.119)と明快。温めるか冷やすかのよくある質問。ドライアイは温める。アレルギーでは冷やす (p.83)。そうなんだ。

点眼薬に小児用量はない。小児用点眼薬として売られているのは、「しめない」だけで薬効は同じ。成人用市販の「しめる」点眼薬はあえてメントールを入れた (p.122)。ワサビを子どもは嫌いだが、大人は好き。これと同じだ。

これだけ読んでも相当役立つ内容はず。もしかしてすでにラインマーカーで印を付けていますか？

著者紹介を読んでみた。石岡みさき先生の座右の銘は「反省しても後悔はしない」だそう。最近、中高校生を対象に、心に響いた言葉のコンテストが行われた。松岡修造さんのことばが有名人の中では断トツの1位の引用だった。中でも「反省はしろ！ 後悔はするな！」が支持されていた。石岡みさき先生に尋ねてみた。「松岡さんの影響ですか？」「いいえ、独自に思うようになりました」。松岡さんと同じことを言っている石岡みさき先生だが、松岡さんとは違う空気を感じる。それをこの本を読んで感じてほしい。3400 円也。

と手技の実際を正しく理解する必要がある。本書は、あくまで科学者として真実を追究し、そして臨床医として治療結果にこだわり続けられる松井先生の姿勢が貫かれている。

TACE について書かれた本は多数あるが、真実を究明する科学的姿勢、臨床に立脚している点で、本書はまさしくバイブルと言える。TACE は最も普及している IVR の一つではあるが、本書を読まずして TACE を語るべきではなく、また行うべきでもない。TACE に携わる医療者にとって必読の書である。と同時に、真実の重み、科学の重み、臨床の重み、そして、努力の重みをかみしめながら読まなければいけない書でもある。

見逃し症例から学ぶ 神経症状の“診”極めかた

平山 幹生 ● 著

A5・頁284
定価：本体4,200円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02415-0

【評者】 高橋 昭

名大名誉教授

「こんな本があったら」と、かねて願っていた本が出版された。勘違い、手落ち、不手際、不覚、思い込み、などさまざまな誤りは、神ならぬ人にとって避けて通れない性である。しかし、医療には、誤りは許されず、細心の注意と配慮が求められる。

誤り（誤診）の原因は、患者側にある場合と診察者側にある場合とがある。本書の序論に相当する「誤診（診断エラー）の原因と対策」の章では、原因を①無過失エラー、②システム関連エラー、③認知エラーの3種に類型化し、さらにそれらを細分した分類を引用し、本書で扱われている各症例の誤診原因をこの分類と照合させている。本序論は必読の価値がある。

診療の第一歩である病歴聴取は、診断上重要な要素であるが、患者の訴え (complaint)、症状 (symptom) が完全無欠であることはまれである。詳細で慎重な病歴聴取であっても、誤診の原因になり得ることがあり、上記の「無過失エラー」に属する。診断の正否は病歴聴取が分岐点となることが多く、初診時から誤りが起こり得る (症例33, フグ中毒, p.138)。

本書は、主訴に基づく10章から構成されており、症例数は61例の多さに達する。「初期診断」(多くは正しい診断ではない) はさまざまな検討を経て「“診” 極める (最終診断)」に至り、その間の試行錯誤、苦心、そして最後の解説、教訓 (反省) が本書の核心である。引用された参考文献には「解説」が付記されており、これが大変有用である。「Memo」欄には症例や疾患に関する著者の備忘録が記されている。著者の豊富な経験、慎重な態度、博覧強記には圧倒されるばかりである。

日常診療でよく遭遇する「めまい」「頭痛」「しびれ、痛み」「脱力」など

の章では、初診時には予期しない重大な疾患が潜んでいることが少なくないとの警告が心に響く。

剖検にて初めて診断が確定された経験をもつ医師は少なからう。しかし、本書に記載された大部分の症例では、病理診断ではなく、経過観察、適切な画像・髄液・血清学的検査の施行、文献検索などによって最終診断に至っている。当初診断不明例で、血清を保存、9年後に外注検査を行い、コクサッキーウイルスB4感染症であったことが確認された例 (症例4, p.15—16) や、特発性正常圧水頭症が考えられていながら、脳神経外科医からその診断に賛同が得られず、4年後になって本症に診断基準が提唱され、本症と確認した症例 (症例5, p.18) などは、強い教訓を与える。経過を深く詳細に、かつ粘り強く観察することは、正確な診断への王道であることが説かれている。

本書は1回限りで読み捨てるものではなく、再読されるべきである。扱われた症例の、性、年齢、主訴、初診時の診断、最終診断が一覧表としてまとめられれば、さらに座右の書としての利便性、また再読の価値が高まるであろう。

学生実習には経過観察の教育が欠けている。本書は、学生や多くの臨床医家にとって、必読の書であるとともに、さらにベテランの神経内科医にとっても多くの貴重な示唆を与える書であることを確信する。

@igakukaishinbun

本紙編集室でつぶやいています。
記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

MEDSiの新刊

揃えて読めば理解も深まる! 臨床直結のストール本

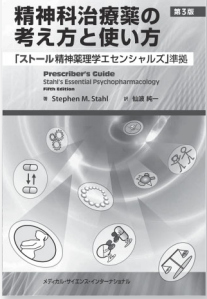
精神科治療薬の考え方と使い方 第3版

「ストール精神薬理学エセンシャルズ」準拠

Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology, 5th Edition

●訳：仙波純一 さいたま市立病院 精神科部長 ●定価：本体11,000円＋税
●B5変 ●頁868 ●色図12 ●2016年 ●ISBN978-4-89592-842-7

「ストール精神科治療薬処方ガイド」5年ぶりの改訂、改題。基礎的な薬理学について扱う「ストール精神薬理学エセンシャルズ」の姉妹書で臨床実践に焦点を当て、136の治療薬の理解を深める考え方と臨床に即した使い方を提示する。ストールの簡潔で鮮やかな記述、オールカラーで見やすく調べやすい構成は引き継がれ、新薬の追加や副作用の記述等を中心に内容をアップデート。日本での「商品名」「適応」「投与方法」「警告・禁忌」付き。



好評“ストール”関連書籍

ストール精神薬理学エセンシャルズ 第4版

Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, 4th Edition

●監訳：仙波純一・松浦雅人・太田克也 ●定価：本体12,000円＋税

ストール先生からの挑戦状! 精神薬理学Q&A

Stahl's Self-Assessment Examination in Psychiatry: Multiple Choice Questions for Clinicians

●訳：仙波純一 ●定価：本体4,600円＋税

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 鳳鳴ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

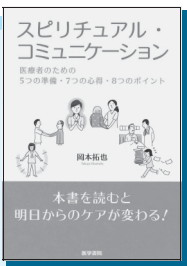
スピリチュアル・コミュニケーションとは何か？ どうそれを実践するのか？

スピリチュアル・コミュニケーション

医療者のための5つの準備・7つの心得・8つのポイント

スピリチュアルケアの最も核心的な部分は「コミュニケーション」である。本書は、終末期や高齢者医療の現場で日々患者に向き合う医療者のために、日々のケアのなかでスピリチュアル・コミュニケーションをどう実践すべきかを、わかりやすく解説。具体的な臨床事例、著者らの経験を紹介しつつ、医療者が行うべき準備・もつべき心得、そして具体的なコミュニケーションのポイントを示す。

岡本拓也
聖ヶ丘病院 セントヒルズホームケアセンター伊達・センター長



セット購入で2冊がつながる!



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

圧倒的な量の情報を、書籍・電子の両方で提供

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2016

私はこう治療している

監修 山口 徹／北原光夫 総編集 福井次矢／高木 誠／小室一成

2016年版の特長

- 「同種薬の特徴と使い分け」を新設。降圧薬や糖尿病治療薬等、多くの同種薬につき、最適な薬剤の選択に有用。
- 電子版限定コンテンツとして、新たに「エビデンス」を追加。

本書の特長

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に
- 大好評の付録「診療ガイドライン」：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

- デスク判(B5) 頁2192 2016年 定価：本体19,000円＋税 [ISBN978-4-260-02392-4]
- ポケット判(B6) 頁2192 2016年 定価：本体15,000円＋税 [ISBN978-4-260-02393-1]

治療薬マニュアル 2016

監修 高久史麿／矢崎義雄 編集 北原光夫／上野文昭／越前宏俊

ハンディサイズで「使用上の注意」をカバーした唯一の治療薬年鑑

- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2015年に収載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を収載。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 医薬品リファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

新薬・最新薬価情報は chimani.jp 特設サイトで随時提供!

- B6 頁2752 2016年 定価：本体5,000円＋税 [ISBN978-4-260-02407-5]

☒ 両書籍とも購入特典・電子版付☒ セット購入により、電子版で2冊がリンク

※電子版は、本書を購入された方が無料で利用できるサービスです。電子版単体のお申し込み・ご購入はできません。

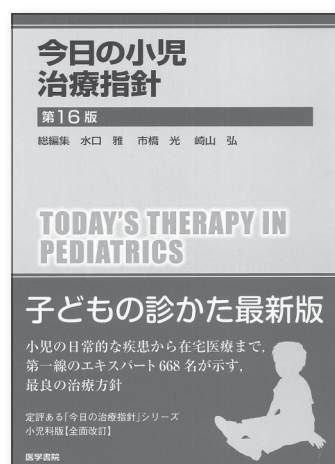
※閲覧期限は2017年1月末までとなります。

※2016年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2015年版のもので、2016年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2016年4月の予定です。

小児診療に携わるすべての医師の必携書

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

今日の小児治療指針 第16版



総編集

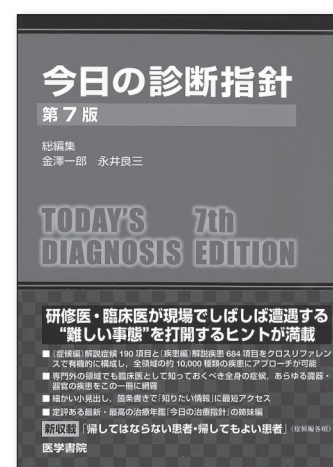
水口 雅・市橋 光・崎山 弘

小児に関わる全領域を網羅し、第一線のエキスパートが最新の治療法を具体的かつ実践的に解説。今版では、小児領域でも注目が高まる「小児在宅医療」の章を新設。また、重要疾患の「治療のポイント」、「専門医へのコンサルト」、「患児・患者説明のポイント」等の情報も随時掲載した。ハンディサイズで、日常診療に役立つ1冊。

- A5 頁1032 2015年 定価：本体16,000円＋税 [ISBN978-4-260-02084-8]

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、臨床医が遭遇しうる全領域、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

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp