

2010年3月29日

第2873号

週刊(毎週月曜日発行)
1950年4月14日第三種郵便物認可
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 (社)出版者著作権管理機構 委託出版物
E-mail: info@jcopy.or.jp

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

- 第37回日本集中治療医学会…………… 1面
- [特別寄稿]沈黙の身体が語る存在の重み(柳田邦男)…………… 2面
- [寄稿]中小医療施設の医療安全の確立をめざして(荘司邦夫)…………… 3面
- 『JIM』創刊20周年記念座談会…………… 4面
- [連載]続・アメリカ医療の光と影/第25回日本静脈経腸栄養学会…………… 5面

第37回日本集中治療医学会開催

領域,職種を越え,明日の集中治療を考える

第37回日本集中治療医学会が3月4—6日、多田恵一会長(広島市民病院)のもとリーガロイヤルホテル広島(広島市)他にて開催された。「明日の集中治療——多領域の英知をシームレスに統合しよう」をメインテーマとした今学会では、病院前救急からER、手術室そしてICUへと続くクリティカルケアの流れを結びつけ、救急医・麻酔科医などの医師に加え看護師や臨床工学技士といった集中治療にかかわる多職種の統合を目的に、集中治療を横断的に考える企画が数多く並んだ。本紙では、そのなかから会長講演と、重症感染症を学ぶ教育講演、また心肺蘇生についてのシンポジウムのもようを報告する。

最良の集中治療を行うために

会長講演「多領域を結ぶシームレスな集中治療を求めて」では、多田氏が自身の経歴を振り返りながら、集中治療のあるべき姿について語った。氏は麻酔科医としてキャリアを積み重ねてきたが、医師となった当初から患者の予後に関与したいという目標を持っていたという。そこで、麻酔管理・術前評価といった従来の麻酔科業務を飛び出し、臨床活動の範囲を拡張してきたと自身を振り返った。徐々に業務範囲を広げながら、病棟での重症患者の全身管理に積極的に参加することで“重症患者管理は麻酔科医”というコンセンサスを確立させ麻酔科医によるICU運営を達成、さらに麻酔・周術期管理・ICU・三次救急統括的管理の実現につなげてきたという。また、予後への貢献については、麻酔やICUにおける適切な患者管理や患者情報の集積が予後を改善するとともに、術後の合併症を防ぐことが1年後あるいは5年後の予後の改善にもつながっているという研究結果を報告した。

氏は集中治療専門医が、重症患者の治療にあたるチームを継ぎ目なくまとめることで患者の予後に貢献できることを強調。一方で、全分野を一人でやることのできる“スーパーマン”はいないことから、集中治療にかかわる各医療者の専門をシームレスに結ぶことが重要とあらためて主張した。

最後に、優れた集中治療を行うため

に必須なこととして、横断的医学知識と経験、全身管理・専門能力、多領域・多職種をシームレスに束ねる高いコミュニケーション能力、の3つを挙げ、既成の概念にとらわれず幅広い見識を持って治療にあたることが大切とまとめ、講演を終えた。

適切な感染症診断を学ぶ

重症敗血症や敗血症性ショックを含む重症感染症は、救急・集中治療領域における最大の死亡原因であるため、その適切な診断・治療は非常に重要となる。教育講演「重症感染症の診断——微生物学的手法からバイオマーカーまで」では、最近の文献の知見を交えながら、重症感染症の診断法を志馬伸朗氏(京府医大)がレクチャーした。

氏は、感染症診断の5つのポイントとして、①感染症を疑うこと、②重症度評価、③感染臓器・起炎菌の絞り込み、④治療につなげること、⑤バイオマーカーの賢い使用法を挙げ、それぞれのポイントについて解説。まず、感染症を疑うためには、患者の全身状態や“あな、きず、くだ”といった局所臓器所見をくまなく観察し、重症度・感染フォーカス・微生物の面から感染症を探ることが重要と述べた。また、起炎菌を絞り込む微生物診断では、特に血液培養の意義を取り上げ、その検出菌は起炎菌であり菌血症は予後不良であることから、偽陰性を防ぐためにも3セット行うことを推奨した。

バイオマーカーについては、炎症マ

ーカーとしてよく用いられるCRPについて解説。CRPには感染臓器や起炎菌についての情報はなく、感染症以外の理由での上昇もあることから、限界を理解しながら用いることが重要と発言した。また、同じ炎症マーカーでも、より早く炎症を検出可能なプロカルシトニンのほうがCRPよりも感染症に特異的であるという文献を紹介し、プロカルシトニンの利用が抗菌薬の適正使用につながる可能性があるとした。

心肺蘇生における蘇生率の向上をめざして

心肺蘇生では、国際蘇生連絡協議会(ILCOR)が主導して作成するCoSTR(心肺蘇生にかかわる科学的合意と治療勧告)に則り蘇生法の指針が定められている。シンポジウム「心肺蘇生に関わるConsensus2010 最新の話題」(司会=広島大・谷川攻一氏、帝京大・坂本哲也氏)では、本年秋に予定されるCoSTRの改訂を踏まえ、心肺蘇生の最新状況を5人の演者が報告した。

まず、石見拓氏(京大)が胸骨圧迫のみによる蘇生法を紹介。院外心停止が発生した場合、多くの一般市民は人工呼吸をためらい、救急隊が到着するまで患者が放置されることがある。氏は、胸骨圧迫だけでも何もしないのに比べ約1.7倍救命できるという文献を紹介し、シンプルな胸骨圧迫だけでなく一般市民でも実行可能と提案。現在、市民に胸骨圧迫とAED使用をトレーニングする「PUSHプロジェクト」に取り組んでいると述べた。

武田吉正氏(岡山大)は、咽頭冷却カフを用いる新しい脳低体温療法について語った。心肺蘇生の際には、早期に脳低温冷却を行い安定した体温管理を行うことで、脳への傷害を小さくできることが知られている。氏は、喉の総頸動脈のそばに低温のカフを留置することで脳低温療法を行う臨床試験



●多田恵一会長

に取り組み、良好な結果が得られたと紹介した。

引き続き、現在AHAで作成されている低体温療法のワークシートについて黒田泰弘氏(香川大)が報告。低体温療法は発作後できるだけ早く、遅くとも48時間以内に行うことが必要だという。また、低体温下での体温安定は合併症予防のため非常に重要だが、それには血管内冷却が最も適しているとの研究結果を提示した。一方で、まだ質の高い研究がワークシートに集まっていないことから、さらに研究を進める必要があるとの見解を示した。

黒澤茶茶氏(静岡県立こども病院)は、小児領域での胸骨圧迫法を報告した。乳児・小児に対しては、どのくらいの深さで胸骨圧迫を行えばよいか、まだエビデンスが得られていない。そこで、氏はCTで心臓までの距離を測りながら適切な深さを研究しているという。また、2009年9月から開始したMET(緊急医療チーム)にも言及。METの導入で重症患者により早い介入が可能となり、医療スタッフのレベルアップにもつながるなど、その有効性を主張した。

最後に、石川雅巳氏(呉共済病院)が登壇。CoSTR2010の作成に参加した経験から、その作成法について発言した。CoSTR作成の最も重要な作業はワークシートを作ることだと説明し、そこで臨床的課題に対する文献の収集と評価を行い、課題が解決されたものが新ガイドラインとなると紹介。また、今回解決できなかった課題も、次回、2015年の改訂への課題となることから、多くの医療者にCoSTRへの参加を呼びかけた。

「今日の治療指針」の姉妹編。本格的診断マニュアル 待望の改訂!!

今日の診断指針 第6版

総編集 金澤一郎 東京大学名誉教授 永井良三 東京大学教授

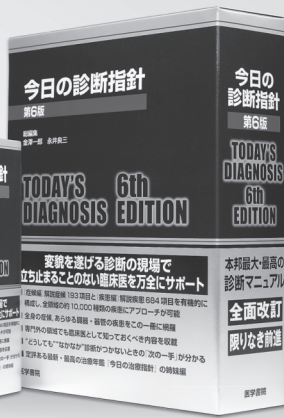
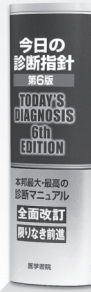
変貌を遂げる診断の現場で立ち止まることのない臨床医を万全にサポート

- 〔症候編〕解説症候 193項目と〔疾患編〕解説疾患 684項目を有機的に構成し、全領域の約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患をこの1冊に網羅
- 専門外の領域でも臨床医として知っておくべき内容を収載

好評発売中

“どうしても”
“なかなか”
診断がつかないときの
「次の一手」
が分かる

TODAY'S
DIAGNOSIS
6th EDITION



〈ご購入者向けアンケート〉
弊社ホームページの本書紹介ページにアクセスしてください。
抽選ですばらしいプレゼントを用意しております。

- デスク判(B5) 頁2136 2010年 定価26,250円(本体25,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00794-8]
- ポケット判(B6) 頁2136 2010年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00795-5]

特別寄稿

川口有美子著『逝かない身体——ALS 的日常を生きる』を読む

沈黙の身体が語る存在の重み

介護で見いだした逆転の生命観

柳田 邦男 ノンフィクション作家・評論家

《凄い記録だ》——私はこの本を読み進めるうちに率直にそう感じ、「生と死」をめぐる著者・川口有美子さんの思索の展開と、次々に登場する既成概念を打ち砕く数々の言葉に、ぐいぐいと引きこまれていった。

難病 ALS の母を介護した 12 年間の記録だ。症状の進行がはやく、大半は言語表現力を失った沈黙の状態に陥っていた。

ALS は随意筋を司る神経細胞が死滅していく病気だ。手足が動かなくなるだけでなく、呼吸する肺の筋肉も動かなくなるので、人工呼吸器をつけないと生きられない。唇も動かなくなるから、発語ができなくなる。最近は技術の発達により、頬などに残されたわずかに動かせる場所にセンサーを取りつけて、YES か NO かの意思表示ができるようになった。

例えば介護者が 50 音表の文字盤を示し、「あかさたな……」と発音しながら指でたどっていく。「あ」と言った時に、患者が頬の筋肉を動かすと、センサーがピッと鳴る。次は「あいうえお」と 1 語ずつ読んでいく。「う」のところでピッと鳴ると、患者が言おうとする言葉の第 1 語が「う」であることがわかり、パソコンに記録させる。同じようにして、次の 1 語を探すと、「た」であることがわかり、患者は「うた（歌）を聴きたい」と言っているのだと汲み取り、好きな歌を CD でかけてあげる。患者とのコミュニケーションは、こうやって時間をかけて可能になったのだ。

ALS が他の病気と違う最も大きな特質は、五感と脳は生きているという点だ。ALS が進行すると、頬かどこかに最後まで残っていた筋のわずかな動きも消えてしまう。そうすると、センサーは何も感知できないから、患者は意思表示の手段を失う。目蓋も動かせなくなる。たいていは乾き目を避けて、閉じたままにする。患者は光もな

く何の意思表示もできない中で生き続けるのだが、聴覚も思考力もあるのだから、ただひたすら耐えるだけという過酷な日々を送ることになる。そういう状態を TLS (Totally Locked-in State) と言う。

私は 30 年以上にわたって、がんが進行した人々の生き方と死の迎え方について学びを重ね、人間が「生きる」意味と「尊厳ある死」とは何かについて、自分なりにたどり着いた考えを持てたつもりでいた。しかし、最近、何人もの進行した ALS の患者・家族にお会いして、その「生と死」への様々な向き合い方を見るにつれて、ALS の場合、「生きる意味」や「尊厳ある生」の問題は、がんの場合とかなり異質な面があり、もっともっと思索を深めなければ本質に迫れないと、立ちすくむ状態になっていた。

そのさなかに、川口さんの『逝かない身体』に出会ったのだ。

この手記は、個人的な介護のドキュメントなのだが、母の言葉、心理、身体の様子などについてのとらえ方が実にきめ細かく、それらの一つひとつを通して、「生きる意味」や「生きるのを支える条件」についてどんどん思索を深め、自分を変えていく。しかも、医学の用語や既製の概念などにとらわれない平易な言葉と文章で表現している。それらは、一般的に考えられている難病患者の「いのち」をめぐる通念を 180 度逆転させるような、極めてドラマティックな気づきを含むので、私は川口さんが到達したそうした気づきの文章に出会う度に、心を揺さぶられ、「目から鱗」の気持ちになった。それらは、「生きる意味」「生きることを支える条件」の新たな発見と言ってもよいものだ。

特に注目すべき気づきを紹介したい。

＊

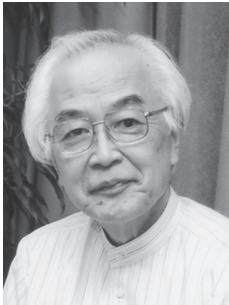
川口さんは、はじめのうちは、死よりほかに母を楽しむ方法はないだろ

うと考えていた。慈悲殺の考えだ。しかし、ある日、母が早めに書いてあった遺書をこっそり読むと、そこには家族に対し、「いっぱいお世話かけてごめんね でもうれしかった ありがとう」と書かれていた。そして、続く文章からは、最後まで娘たちに介護されて、自分も娘たちもハッピーエンドを迎えたいという意味が伝わってきて、ハッととなった。安楽死は、そういう母の最後の人生計画と言うべきものを台無しにするものではないか。川口さんが母の寝顔を見ると、母は娘に否定されそうになっている命を全身全霊で守ろうとしているかのように、すやすやと眠っている。他者が手を出すのを拒否する安らかさ！ 究極のオーラと言おうか。

川口さんのいのちを見る眼が、突然逆転する。コペルニクスの転回だ。

《「閉じこめる」(＝ロックトイン：筆者註)という言葉も患者の実態をうまく表現できていない。むしろ草木の精霊のごとく魂は軽やかに放たれて、私たちと共に存在することだけにその本能が集中しているというふう考えることだってできるのだ。すると、美しい輪のカサブランカになった母のイメージが私の脳裏に像を結ぶようになり、母の命は身体に留まりながらも、すでにあらゆる煩惱から自由になっていると信じられたのである。(中略)患者を一方向的に哀れむのはやめて、ただ一緒にいられることを尊び、その魂の器である身体を温室に見立てて、蘭の花を育てるように大事に守ればよいのである。》(『逝かない身体——ALS 的日常を生きる』200 ページより引用)

川口さんは、母がロックトインの状態になってからも、顔色などから母の心情を読み取っていた。顔の肌がざらっと涼しげな時は、リラックスしているのだとわかるし、発汗にしても、汗



●柳田邦男氏
NHK 記者時代の 1972 年に『マッハの恐怖』で第 3 回大宅壮一ノンフィクション賞を受賞。その後作家活動に入り、戦争、災害、事故、公害、病

気などのドキュメント作品や評論を書き続けている。1979 年『ガン回廊の朝』(講談社)で第 1 回講談社ノンフィクション賞、1995 年『犠牲(サクリファイス) わが息子・脳死の 11 日』(文藝春秋)で第 43 回菊池寛賞を受賞。新著に『新・がん 50 人の勇氣』(文藝春秋)、『生きなおす力』(新潮社)などがある。

や肌の微妙な違いを見分ければ、身体のどこかに痛みがあるためか、焦りやストレスのためかの区別がついたという。身体は硬直したままであっても、皮膚の下の毛細血管は母の心情を反映して、恥ずかしければ顔が赤くなるし、具合が悪ければ青白くなり緑色っぽくもなる。

そして、川口さんは母の身体から、「あなたたちといたいから、別れたくないから生きている」という声を聞く。言葉は発しなくても、全身全霊で向き合っていた母と娘との間には、密度の濃いコミュニケーションが成立していたのだ。私は 25 歳だった息子が脳死状態に陥った時、ベッドサイドで同じことを経験したので、そういう「瞬間々々の真実」を信じることができる。そうした魂レベルの会話は、受け手の側の感受性が問われるものであることに、川口さんは気づく。

こうして川口さんは、「ただ寝かされているだけ」と言う医療者がいようが、重病人を辛いままに「生かしている」と批判する人がいようが、そうした言葉に動かされることなく、母を生の側に引き留めるだけ引き留めて、12 年間の介護を全うしたのだ。

「生きる意味」は、病者が自らは見いだせなくなっても、「他者」によって見いだされうるものであろうという川口さんの気づきも重要だ。社会的な理解も支援も遅れているがゆえに、自己肯定感を持ってない患者が多いこの国において、刺激的な命題と言えるだろう。死と生に関する表面的なスピリチュアリティ論でなく、いのちを支えるリアリティに満ちた鮮烈な言葉が連打される問題提起の手記だ。

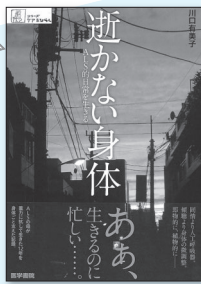


シリーズ ケアをひらく

逝かない身体

ALS 的日常を生きる

新刊

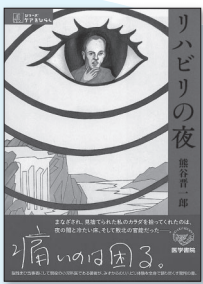


川口有美子

究極の身体ケア

言葉と動きを封じられた ALS 患者の意思は、身体から探るしかない。ロックトイン症候群を経て亡くなった著者の母を支えたのは、「同情より人工呼吸器」「傾聴より身体的微調整」という即物的な身体ケアだった。かつてない微細なレンズでケアの世界を写し取った著者は、重力に抗して生き続けた母の「植物的な生」を身体ごと肯定する。

●A5 頁276 2009年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01003-0]



新刊

リハビリの夜

熊谷晋一郎

痛いのは困る。
気持ちいいのがいい。

現役の小児科医にして脳性まひ当事者である著者は、あるとき「健常な動き」を目指すリハビリを諦めた。そして、《他者》や《モノ》との身体接触をたよりに「官能的」にみずからの運動を立ち上げてきた。リハビリキャンプでの過酷で耽美な体験、初めて電動車いすに乗ったときのめくるめく感覚などを、全身全霊で語り尽くした驚愕の書。

●A5 頁264 2009年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01004-7]

技法以前

べてるの家のつくりかた
向谷地生良
●A5 頁252 2009年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00954-6]

コードの世界

手話の文化と声の文化
滋谷智子
●A5 頁248 2009年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00953-9]

ニーズ中心の福祉社会へ

当事者主権の次世代福祉戦略
編集 上野千鶴子 / 中西正司
●A5 頁296 2008年 定価2,310円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00643-9]

発達障害当事者研究

ゆっくりていねいにつながりたい
綾屋紗月 / 熊谷晋一郎
●A5 頁228 2008年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00725-2]

こんなとき私はどうしてきたか

中井久夫
●A5 頁240 2007年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00457-2]

ケアってなんだろう

編著 小澤 勲
●A5 頁304 2006年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00266-0]

べてるの家の「当事者研究」

浦河べてるの家
●A5 頁310 2005年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33388-7]

ALS 不動の身体と息する機械

立岩真也
●A5 頁456 2004年 定価2,940円
(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-33377-1]

死と身体 コミュニケーションの磁場

内田 樹
●A5 頁248 2004年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33366-5]

見えないものと見えるもの

社交とアシストの障害学
石川 准
●A5 頁272 2004年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33133-9]

物語としてのケア

ナラティブ・アプローチの世界へ
野口裕二
●A5 頁220 2002年 定価2,310円
(本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-33209-5]

べてるの家の「非」援助論

そのままでもいいと思えるための25章
浦河べてるの家
●A5 頁264 2002年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33210-1]

病んだ家族、散乱した室内

援助者にとっての不全感と困惑について
春日武彦
●A5 頁228 2001年 定価2,310円
(本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-33154-8]

感情と看護

人とかかわりを職業とすることの意味
武井麻子
●A5 頁284 2001年 定価2,520円
(本体2,400円+税5%) [ISBN978-4-260-33117-3]

あなたの知らない「家族」

遺された者の口からこぼれ落ちる13の物語
柳原清子
●A5 頁204 2001年 定価2,100円
(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33118-0]

気持ちのいい看護

宮子あずさ
●A5 頁220 2000年 定価2,205円
(本体2,100円+税5%) [ISBN978-4-260-33086-6]

ケア学 越境するケアへ

広井良典
●A5 頁276 2000年 定価2,415円
(本体2,300円+税5%) [ISBN978-4-260-33087-9]

シリーズ一覧

中小医療施設の医療安全の確立をめざして

寄稿＝**莊司 邦夫** 三重耳鼻咽喉科院長／津地区医師会医療安全担当副会長

近年医療界において第二のビックバンと呼ばれている中小医療施設での医療事故が多発しています。なぜ中小規模医療施設において医療安全対策が進展しないのか、その背景についてある事故を参考に考察してみました。

ある医院で感染症が発生し、29人が入院、1人が死亡しました。原因は点滴（生食100ccにノイロトロピン[®]1アンプルとビタミン剤を入れたもの）の作り置きにより、点滴液内で細菌が発生していたためでした。一日100人もの患者さんに4人の看護師のみで点滴を行っており、極めて多忙のため空いた時間に点滴を作り置きしていたようです。その際使用した消毒綿は原因菌に対して無効なものを使用しており、作り置き期間も定かではありませんでした。季節は6月、しかも常温室内です。院長は当初、「看護師がやったこと。毎日注意はしていたのに」とコメントしていましたが、翌日には「すべて知っていた」と言い直しました。

医療を甘くみたとき、事故は起こる

この事故の背景には、この医院の医師・看護師の医療に対する考え方があまりにも貧弱であったこと、すなわちコンプライアンスの低さがあります。2007年の改正で医療法に盛り込まれた、医療安全指針や院内感染予防指針等の作成義務は果たされておらず、院内研修会もヒヤリ・ハット事例の報告会もなかったとのことです。最近その医院に入職した看護師は「こんなことしていいのかな、と思ったが、先輩には意見を言えなかった」と証言しています。このとき、自分の意見を言えるような感染予防対策の会議や研修会があったなら、事故を防ぐことができたのに、と残念に思います。あまりの忙しさにそんな余裕はなかったのでしょうか。一日100人もの点滴患者さんにたった4人の看護師で対応していた人員配置には、大きな問題があると言わざるをえません。

私たちは、ペットボトルに入った飲み物でさえ、小さな穴が開いた状態で1週間部屋に置いたものは飲みません。このように考えるだけでも、点滴液の管理に不備があったことは明らかです。また、100人もの患者さんにこの種の点滴が必要だったのかということにも、同業者として疑問を感じます。自分たちが行っている医療の妥当性を繰り返し検討する機会すら、日々の業務に追われて失っていたのでしょうか。忙しさのなかで少しでも楽な方法を

取ろうと、医療を甘くみたところに大きな落とし穴がありました。それをカバーするセーフティネットもありませんでした。医療事故は現場の気の緩みを必ず突いてきます。こうした医療現場のすきをいかにしてなくしていくかが、医療安全達成への重要なポイントであると言えるでしょう。

地域医療施設の医療安全構築のための7つの提案

そこで、医療安全対策の方法の一つとして、当院における取り組みを紹介し、7つの提案としてまとめてみました。

1) 院長が率先して医療安全へ取り組むこと。

なんとといっても、これが一番大切です。その際、今までの経験のみに頼らず、時代の変化に応じた医療安全の認識が必要です。最低でも、2007年に改正された医療法を遵守すべきです。さらに医療事故予防には次の4つのことを心がけることが大切だと考えます。それは、患者さんへの十分な説明、カルテ等への十分な記録、コンサルテーション受診、継続的な医学的知識の向上です。これは平成19年度日本医師会医療事故防止研修会にて、北原光夫先生（慶大病院）が「4つの大切」として示してくださったものです。

2) 働きやすい魅力ある職場をつくり、良いスタッフを職場に定着させること。

短期間で人が入れ替わる職場では、医院のめざす理念や院長の真意は理解されにくいと考えます。職員の定着へ向けて、この医院で働いていることに誇りを持ってもらえる職場にしなければなりません。

3) 小規模であっても医療安全を管理する中心人物を置くこと。

当院では、これまでに現場のスタッフからさまざまな医療安全管理のためのアイデアが出されてきました。

例えば、ヒヤリ・ハット事例の報告会は2004年より始め、現在までに119事例の「何が、どのように、なぜ起こったか」の報告があり、話し合い、システムを変えてきました。またAEDのほか、当院は耳鼻咽喉科ですので緊急挿管や気管切開の人形を使った実習を行っています。

カルテ用紙の工夫も行っています。カルテの表紙は3色あり、白は一般、赤は薬物アレルギーがある人や重要な他疾患を持っている人、青はペースメーカーが入っている人など最も気をつけなければならない人用で、この色により職員の注意を喚起することがで

きます。

このように現場スタッフのアイデアを取り入れることは重要であり、そのためには医療安全管理の担当者を現場に置くことが必要だと考えます。当院では2007年4月より看護師長をその任に当てています。

4) 院長がすべてを決め、上から命令するのではなく、すべての職員からの問題提起を受け入れる組織作りを行うこと。

以前飛行機事故が多発していたころ、作家の柳田邦男氏が、Crew-Coordinationが構築されている飛行機は事故が少ないと言っていました。事故の第一原因は機体の問題でもなく、天候の問題でもなく、ヒューマンエラーであるとのことでした。

Crew-Coordinationは医療にも通じる考え方であると私は思います。各部署の意見を尊重し「対等」の立場で話し合った上で、最終決定は院長が行い、その責任は院長がすべて負います。みんなの意見を聞く耳を「対等」の立場で持つということです。

5) 職員全員が情報を共有すること。

当院では、開設以来毎月1回、職員全員による会合を28年間続けています。誰でも何でも言える雰囲気が必要です。大切なのはこのとき、清掃作業員などの非医療職者も理解できる言葉で話し合いをすることです。医師や看護師だけが理解しても意味がなく、職員全員が同じレベルの意識や危機感を持たねばならないからです。KYT（危険予知トレーニング）など専門用語・略語を使うのはあえて控えています。この会合は最強のセーフティ・ネットでもあります。

6) 小施設であっても、大病院に劣らぬ医療安全対策を講じること。

事故の大小と病院の大小は全く関係ありません。したがって、規模が小さいからといって、そこそこの安全でよいわけがないのです。

7) 費用と時間を惜しまないこと。

医療安全には膨大な費用と時間がかかることをまず認識しましょう。当院は「お宅は職員が多いね」とよく言われますが、それは「患者数の最大瞬間風速」に耐えられるような配置をとっているためです。それなりの仕事をするのであれば、それなりの設備と、それなりの人員が必要なのです。

新しい試み——医師会が地域の医療者への医療安全講習を実施

最後に、当医師会による地域医療機関の医療安全向上に向けた活動につい



● 莊司邦夫氏

1969年三重県立大医学部卒。卒後同大耳鼻咽喉科教室入局。市立四日市病院耳鼻咽喉科医長を経て、82年、津市において三重耳鼻咽喉科を設立。開院後中小

規模医療施設における医療の質と安全の確保のためのさまざまなアイデアを出して実践してきた。2006年日本医師会医療安全推進者養成講座修了。津地区医師会医療安全担当副会長。10年4月から同医師会会長に就任予定。耳鼻咽喉科専門医。医学博士。

てご紹介します。まず、新規開業者への医療安全に関する講習会として、2007年の医療法改正の解説を行い、遵守を呼びかけています。また、医療安全を確保するための指針や院内感染対策指針の作成、ヒヤリ・ハット事例の報告会の施行、医療従事者に対する研修の実施とその内容の記録を2年間保存することのほか、できれば院内に医療安全管理者や院内感染対策担当者をおくことなどを開設当日より実施できるよう指導しています。

また、全会員に対しては年2回、院長や医療安全管理担当者によるヒヤリ・ハットの報告会を予定しています。情報の共有と事故の傾向を知り地域での医療事故の減少に役立てたい考えです。

どんなに注意しても、私たち人間はエラーを起こすことを避けられません。また、相手も人間です。事故はゼロにはなりません。しかし、努力によって事故を減らすことは可能です。われわれ医療に携わるものは、常に「カッサンドラの予言」（註）を肝に銘じ、より良質で安全な医療を提供していかなければなりません。

註）カッサンドラの予言

船橋市立医療センターの唐澤秀治氏は、ギリシャ神話の一つになぞって医療安全を呼びかけている。カッサンドラは、神であるアポロンに「未来を予知できる能力」を与えられたが、その予言は誰にも信じてもらえないという条件を付けられていた。彼女はトロイ滅亡を予言したが、人々はそれを信じず、トロイは滅んだ。カッサンドラの予言は「誰も信じないが、真実の予言」なのである。「医療事故が今日起こる」と予言しても、それを心から信じるスタッフは多くないかもしれない。それでも、医療安全管理者は、スタッフに対して医療事故を予言し続け、注意を喚起する必要があると、唐澤氏は述べている。



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。

根拠(EBM)をもとに、心不全を体系的に理解するのに格好の書籍

新刊

心不全 循環生理からみた診断と治療

豊富な臨床経験をもつ著者が単独でまとめた心不全に関する総合的ハンドブック。心不全の基礎医学的背景、診断、薬物療法、非薬物療法がバランスよくまとめられている。単にわかりやすいマニュアルではなく、きちんとした根拠(EBM)をもとに心不全を体系的に理解できるような成書となっている。

友田春夫
東海大学名誉教授



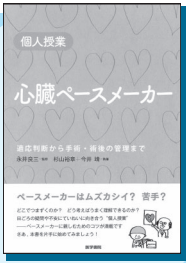
予備知識なしからはじめる、やさしいペースメーカーの入門書

新刊

個人授業 心臓ペースメーカー 適応判断から手術・術後の管理まで

心電図でさえ苦手なのに、ペースメーカーなんてお手上げ！と思っているあなた-本書に予備知識や事前の準備は不要。まずは1日1章からスタート。1か月後にはひとりの知識を得られるはず。さらに余力のある読者には、アドバンス項目も充実。ペースメーカーを知りたい医師、看護師、臨床工学技士、臨床検査技師に最適の入門書。さあ、さっそく“個人授業”をはじめよう！

監修 永井良三
東京大学教授・大学院医学系研究科
著 杉山裕章
東京大学大学院医学系研究科
今井 靖
東京大学講師・大学院医学系研究科



『JIM』 創刊 20 周年記念座談会 プライマリ・ケア／総合診療の 過去・現在・未来

「専門分化ではない、ジェネラルで幅広い内科学のための雑誌を」という思いから発刊された『JIM (ジム)』は2010年1月、創刊20周年を迎えました。そしてこの春プライマリ・ケア関連3学会が統合され、総合診療／プライマリ・ケア／家庭医療は新たな局面を迎えます。この節目の年を記念して本座談会では、『JIM』の生みの親である日野原重明氏、初期に編集委員をお務めいただいた高木誠氏、福井次矢氏、そして現編集委員のなかで最も若手である松村真司氏にお集まりいただき、総合診療の今後の展望についてお話しいただきました。(『総合診療誌 JIM』2010年4月号「JIMで語ろう」より抜粋)



『JIM』 創刊と総合診療の広がり

福井 本誌『JIM』が創刊されるまで、日本には、特にプライマリ・ケアにフォーカスした雑誌がありませんでした。そのような折に日野原先生が大変な努力をされて創刊に至ったわけです。

高木先生、『JIM』の編集委員としてのご経験はいかがでしたか？ 編集の方針も画期的だったと思います。

高木 私は総合診療を専門でやっていただけではないのですが、非常に興味を持っていましたし、『JIM』の編集委員を務めることでとても勉強になりました。他誌は疾患を特集のテーマに取り上げるのに対して、『JIM』ではよりジェネラルな視点を大切にしようという基本方針で、症状からのアプローチを基本に、内容も実践的なものとなりました。

福井 症状からのアプローチを取り上げないときには、医療の横断的なテーマを特集で取り上げてきましたね。

松村 私が研修していた当時(1990年代前半)には、プライマリ・ケアに関する情報は大学にはほとんどありませんでしたから、『JIM』の特集記事にはとても助けられました。それに、各地の同世代の先生たちのレポートを読むのは大変刺激になりましたね。

福井 『JIM』が創刊された後、1990年代には非常に多くの大学病院、大きな研修病院に総合診療科が設立されてきました。そのような場で診療する先生たちをサポートするというような役割を果たす要素もあり、『JIM』はプライマリ・ケアや総合診療を広める役割を担ったのだと思っています。

高木 それは間違いないと思います。そして創刊の2年後に、第1回の総合診療研究会が開催されましたね。

ジェネラリスト新世代の広がり

日野原 日本ではどうしても、医療のあり方が大学病院の医局を中心に存在していました。どこか外の病院へ行くと、自分の専門以外のケースを扱わなければならない、妙な挫折を感じることがあったんですね。この大学の

医局制が存在するために、プライマリ・ケアを広げるのが困難になったのですが。それでもだんだんプライマリ・ケアの研修を受ける人が増えていきます。よい研修病院での研修が評価されるようになって、やっと今日に至ったという状態ですね。

最近では、若いジェネラリストたちがグループ・プラクティスに関心を持って、訪問看護と一緒に在宅ケアを行うようになっていきますね。私は先日、高知県のあおぞら診療所を見してきましたが、そのような若くて優秀なグループが日本のあちこちに誕生しつつあります。われわれがめざすものを、地でいくような若いグループが出てきたことで、私は非常に望みを持っています。

福井 松村先生はそのような先生方をよくご存じですね。

松村 ええ、確かあおぞら診療所上本郷の川越正平先生は、私と同じ卒業年次です。私自身は一貫してジェネラルな研修をしてきたつもりです。あえて言うなら総合診療・家庭医療が専門です。いまは開業して在宅医療も行っていますし、科を絞らずに患者さんを診ています。しかし、専門がジェネラルという意味ではいまでもマイノリティではありますね。

ただ、日野原先生がおっしゃったように、だんだんとジェネラリストは増えてきています。医学教育に力を注いでおられたり、緩和ケアの分野や在宅医療・救急医療で活躍されている方たちも、若い世代が増えています。それに最近では感染症やリハビリテーションなど、これまでの専門科にはないようなジャンルの方たちが、総合診療という枠組みから、さらにもう一歩踏み出たところで活躍されているようにも思います。

福井 そういうふうに見ると、20年前に比べて随分人材が増えてきていますね。従来にない、臓器別の専門医とは異なるタイプの医師が増えてきたことは確かです。

日野原 米国のプライマリ・ケアや総合診療が伸びたのは、プライマリ・ケア専門医が一般の専門科では扱わない感染症に関心を持ったことと、研修・教育の仕方に関心を持ったグループが

できて仕事場に広がったためです。いま、米国には、感染症科という専門科ががっちりあるけれども、日本はまだまだの状態ですね。だからこそ、日本のプライマリ・ケアでも他の専門科が関心を持たないようなことに関心を持つという特技を生かして、今後どう発展の過程をたどるかは見ものです。

病院におけるジェネラリスト 医療の現場をよりよいものに

福井 この春より、総合診療分野では、プライマリ・ケア学会と家庭医療学会、総合診療医学会の統合が決まり新しい局面を迎えます。2000年代に入ってから医療での話題はもっぱら「医師不足」ですが、地域の病院や診療所における効率的な医療提供のためには、やはりジェネラリストが必要で、臓器別の専門医がポツンと行っても必ずしも役に立たない事例が少なくないということを、皆が経験しました。

高木 総合医がいちばん実力を発揮できるのは、やはり松村先生のような家庭医だと思うのですが、病院のなかの総合医がどういう位置付けになっていくか、いまは各病院の事情によって、総合診療科、総合医の役割はだいぶ違いますね。

福井 確かにそうです。実は病院のなかの総合医には2種類あります。入院患者を受け持つ総合医であるホスピタリスト、それと外来を担当する総合医——オフィシストあるいはアンビュリストと呼ばれる医師ですね。

高木 米国のホスピタリストは、病棟の患者しか診ませんね。日本の病院の総合医は、外来も入院も両方を行っているわけですが。

日野原 私は、日本の専門医は外来にほとんどの時間を費やしていて、本来あるべき専門医の意義からすると中途半端じゃないかと思いますよ。専門医と総合医が、うまくインテグレートして働かないから、手薄な総合医の領域を専門医が補うという無駄な医療をしているのだと思います。

福井 そういう意味で、入院患者に対する総合医——米国のホスピタリストのコンセプトが日本にも自然に入って

くると思います。今後の日本の病院における総合医がどうなっていくかというのも焦点の1つだと思います。

松村 いま、医師が不足している地方都市の中小病院では、各自が専門をもっていても、誰もがジェネラリストの役割を果たさなければいけない現実があり、その役割を担う医師が極端に不足しています。

しかし一方で現在は、20年前よりも、ずっと多くの若い先生たちが、ある程度の選択肢を持ってジェネラリストの道に入っています。学会も統合して、1つの目標に向かって研修を積んで、そのうえで各地に散らばって発展しつつけていくパスウェイができました。あとはその質をどう高めていくかがこれからの焦点です。20年かかってやっと水路ができたわけで、これからそこに水が流れていけば、川ができるんじゃないかと思っています。

福井 20年近くの助走を経て、総合診療や総合医をめぐるあり方が、いろいろな意味で次の段階に移っていくと思います。『JIM』もより若い世代のアイデアを取り入れ、より斬新なものになればいいなと思っています。

日野原 確かに長い長い助走だったねえ(笑)。やっとキックオフだね。

(2009年11月20日東京にて収録)

●日野原重明氏

1937年京都帝大卒。聖路加国際病院院長などを経て、96年より現職。聖路加看護学園理事長、財団法人ライフ・プランニング・センター理事長などを兼任。2005年文化勲章を授与される。

●高木誠氏

1979年慶大卒。87年モンティフィオーレメディカルセンター神経病理部門留学、その後東京都済生会中央病院内科医長、同部長、同副院長を経て2006年より現職。

●福井次矢氏

1976年京大卒。聖路加国際病院内科研修医、84年ハーバード大公衆衛生大学院修了。京大教授などを経て、2005年より現職。京大名誉教授。

●松村真司氏

1991年北大卒。カリフォルニア大ロサンゼルス校(UCLA) 総合内科・同公衆衛生大学院、東大医学教育国際協力研究センターを経て2001年より現職。

プライマリ・ケア／総合診療のための「ジム」

創刊20周年

医学書院

JIM

Journal of Integrated Medicine

プライマリ・ケア医、総合診療医、家庭医の日常診療に。専門化・細分化する診療各科を横断し、総合的・全人的に患者を診るためのスキル・知識・臨床情報を提供している。独自の切り口・体裁で展開する特集のほか、症例カンファレンス、感染症、小児外来、医師-患者関係などをテーマにした連載も充実。

- 1部定価2,310円(税込)
- 2010年間購読料 26,880円(税込)
- 電子ジャーナル閲覧オプション付 35,000円(税込)



2010年バックナンバー特集一覧

- 4月号 診療を変える新しい薬 2010
- 3月号 腹痛診療の達人になる
- 2月号 高齢者の誤嚥
- 1月号 診察の終わりにこの質問! —ライフサイクルの視点から

今後の予定

- 5月号 ヘルシー・シティ、ヘルシー・コミュニティ
- 6月号 診療ガイドライン盛り合わせ

続・アメリカ医療の光と影

第171回

タイガー・ウッズの「セックス中毒」と米国精神医学会新マニュアル

李 啓充

医師／作家（在ボストン）

昨年11月末以来、米国では、ゴルフ界のスーパースター、タイガー・ウッズの「セックス・スキャンダル」がメディアの注目を集めてきた。

ご存じのように、スキャンダルの始まりは、ウッズが11月27日未明に起こしたミステリアスな交通事故。事故の経緯がつまびらかにされないまま夫婦間の不和をめぐる噂が先行したのだが、やがて、次から次へと「愛人」がメディアに登場。ウッズはクリーン・イメージで売ってきただけに、大騒動となったのだった。

年が変わった1月半ば、ウッズがミシシッピ州のジェントル・パス・クリニックに入所し、「セックス中毒」の治療を受けていることが判明。スーパースターのセックス・スキャンダルは、医学界をも巻き込んだ論争へと発展した。

しかし、ウッズが起こした論争、決して目新しいものではなかった。ここ数年、米国では、スキャンダルの主となったスターがセックス中毒の治療を受けることが「流行」、誰かがセックス中毒治療施設に入所したと伝えられるたびに、『「セックス中毒」』という病気は本当に存在するのか？ 病気のせいにすることで、スターたちが不品行の責任を逃れる免罪符代わりに使っているのではないか？」とする議論が蒸し返されているからである。

セックス中毒は「疾患」か

そもそも、「セックス中毒」という病名が一般に流布するようになったきっかけは、1983年にパトリック・カーンズが著した『Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction』がベストセラーとなったことにあった。多数の異性と見境なく性交渉を持ったり、一日中マスターベーションを繰り返したり、インターネットでポルノを見るのがやめられなくて仕事に行けなかったりと、「病的」に過剰な性活動故に、日常生活や社会活動に支障を来す人々の存在は古くから経験的に知られてきた。カーンズはこれを「過剰な性活動」は、中毒＝病気としてとらえるべき」としたのである。さらに、カーンズは、

薬剤・アルコール中毒に倣ってセックス中毒治療のプロトコルを開発したが、今回、ウッズが入所したジェントル・パス・クリニックはカーンズが創設した治療施設であった。

しかし、セックス中毒が米国の医療界で正式に「疾患」として認知されているかというとなんかそうではなく、例えば、精神科診療における「バイブル」的存在である米国精神医学会『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 第4版』（以下、DSM-IV）でも病名として認知されていない。DSM-IVに準拠して強いて病名をつけようとすれば、「性障害・その他」という、「ウェイスト・バスケット（ごみ箱）」に分類する以外になかったのである。

しかも、ただ疾患として正式に認知されていないだけでなく、「過剰な性活動は強迫神経症（obsessive compulsive disorders、以下OCD）の一病型と

してとらえるべきであって、中毒あるいは依存症としてとらえるべきではない」と、セックス「中毒」の存在そのものを否定する意見も根強く存在する。「中毒」派が、有名な「12ステップ」（註1）のような行動療法・心理療法を重視するのに対して、「OCD」派は薬物療法を重視するなど、治療法に対する考え方も大きく違うのだが、さらに「科学的根拠もないままセックス中毒治療をビジネスとして展開している」ことに対する反感も強いのである。

DSM が提唱した新たな診断名と問診票

と、ウッズの「セックス中毒」をめぐる議論が喧しくなっていた最中の2月9日、2013年発行予定のDSM第5版（DSM-V）の草稿が公表（註2）され、「セックス中毒が、またまた診断名として認知されなかった」ことが話題になった。

しかし、「セックス中毒」という名称は使われなかったものの、新たな診断名「過剰セックス障害（hypersexual disorders）」が提唱され、性活動過剰で苦しむ患者に対する治療の必要性が正式に認知されることになった。DSM-Vの草稿では、過剰セックス障害の病理モデルとして、①性欲求・衝

第25回日本静脈経腸栄養学会開催

第25回日本静脈経腸栄養学会が2月25―26日、城谷典保会長（女子医大八千代医療センター）のもと、幕張メッセ（千葉市）他にて開催された。今回のテーマは、「未来の臨床栄養——研究の進歩と教育・臨床の標準化」。折しも2010年度診療報酬改定において「栄養サポートチーム（NST）加算」の新設が決まったところであり、NSTのさらなる発展に向け、会場は多職種の熱気に包まれた。本紙では、日本病態栄養学会との合同パネルディスカッションの模様を報告する。

病態栄養学会と静脈経腸栄養学会の合同パネルディスカッションは昨年に続き2度目の開催。第13回病態栄養学会長の河原和枝氏（川崎医大病院）と城谷氏が座長を務め、「栄養療法における輸液から食事までの効果的なアプローチ」を主題に5人の演者が登壇した。

アルブミン偏重の栄養評価法を見直す

「アルブミンが低いと低栄養で、高いと栄養状態はよい。これはわが国の“迷信”。最初に登壇した中屋豊氏（徳島大）はこう切り出し、栄養評価法におけるアルブミンの意義に再考を促した。アルブミンは主に炎症や病気などの重症度を表す指標であり、アルブミンが正常でも栄養不良の患者はいる。逆に、低値でも栄養状態のよい患者も少なくない。氏は、2008年に病態栄養学会が提案したガイドラインにおいては、現在の栄養状態を表す「栄養状態の評価」と、将来栄養不良に陥る可能性が高い「栄養リスクの評価」を分けたことを紹介。アルブミンは後者の

指標であり、栄養治療の妥当性を評価する指標として単独で用いるには適さないと述べた。

鷲澤尚宏氏（東邦大）は、2006年度診療報酬改定で新設された栄養管理実施加算を「医療職すべてが栄養環境を考えるきっかけになった」と評価する一方、栄養管理上の知見が適切に伝達されていない施設が多いことを問題点として指摘。一例として、適応があるにもかかわらず、合併症が多いことを理由に中心静脈カテーテル留置を避けた結果、熱量不足となることを挙げた。さらには、各施設の事情にあわせてNSTが段階的に成長していくべきと提言。標準的な栄養療法の立案実行を一般職員の業務に移行させ、NSTは侵襲下や癌など特殊栄養療法の実行部隊へと進化していくことを求めた。

チーム医療のさらなる発展を

栄養療法は、多職種連携と地域連携が鍵となる。管理栄養士の立場からは大部正代氏（中村学園大）が、病院や介護施設における役割を概説。管理栄

動抑制障害、②中毒、③強迫症の三論を並記、「中立」の立場を貫いている。臨床研究のデータが乏しい現状を指摘、今後の研究を進展させ、病態に対する理解を深める出発点とすることを強調しているのである。

さらに、病名に「過剰」とついていからには「どこから先が過剰か？」という疑問が出てくるのは避け得ないが、これについてDSM-Vの草稿は、性活動の程度を点数化する問診票（見本）を収載している。

しかし、「どこからが過剰か？」という問いに対しては病状を点数化することで答えを出すことができるかもしれないが、「どこまでがモラルの問題（＝本人の責任）で、どこからが病気なのか」という問いに対しては、いつまでたっても簡単に答えを出すことはできないのではないだろうか。

註1：アルコール依存症で作成されたのが最初であるが、薬物依存症など、他の依存症治療にも応用されている。「神」についての言及が頻回に登場、宗教色の濃い内容となっている。

註2：<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

草稿が公表されたのは、最終稿完成前に、広く一般からの意見を公募するためだった。



●合同パネルディスカッション座長の城谷典保氏（左）と河原和枝氏

養士によるベッドサイド業務の充実や、チーム医療における各職種の役割の理解と明確化を今後の課題とした。薬剤師の立場からは松原肇氏（北里大）が、チーム医療の中で“薬剤師らしさ”を発揮できる場として、無菌調製の実施および指導、輸液フィルターへの薬剤吸着回避などを挙げた。病院の在宅医療支援・推進室で地域連携に取り組む篠聡子氏（女子医大）は、在宅栄養療法の安全な継続に向け、事例も踏まえて紹介。外来時から栄養療法導入の必要性について周知を図る、緊急・急変時の支援体制を整備する、などのポイントを提示した。

討論においては、多職種連携や役割分担を中心に議論がなされた。なお今学会では、学会認定の「栄養サポートチーム（NST）専門療法士」の受験資格として、従来の管理栄養士・看護師・薬剤師・臨床検査技師に加え、言語聴覚士・理学療法士・作業療法士・歯科衛生士の4職種の追加が決まったところである（2010年度の認定試験より適用）。“輸液から食事までの効果的なアプローチ”のため、チーム医療のさらなる発展が求められる。



メルマガ配信中

毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。

お申込みは医学書院ウェブサイトから。

医学界新聞メルマガ

検索

続・アメリカ医療の光と影

バースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利 李 啓充

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

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

医学書院

医学部再入学支援

編入学試験制度の利用による再出発を支援します。

（東京・大阪）

www.seiko-lab.com

（株）清光教育総合研究所

スクール事業部 清光学院本部

〒530-0047

大阪府大阪市北区西天満3丁目4-5

西天満ワークビル3F

TEL(06)6363-5541(代)

その『ICU力』を一段上へ INTENSIVISTの核(コア)となる1冊

新刊

ワシントン集中治療マニュアル

The Washington Manual of Critical Care

▶レジデントのバイブル「ワシントンマニュアル」の伝統を引き継いで作成された集中治療のハンドブック。ICUでよく遭遇する疾患別に章立てし、図、表、アルゴリズムを用いてわかりやすく解説。手順を示しただけのマニュアルではなく、病態生理の解説を踏まえ、「なぜ、そうするのか」がよく理解できる内容となっている。より深い知識を得られるように、各章末には代表的な文献を掲載。集中治療に携わる若手の基本的教科書として、またベテランの知識のアップデートに最適。

監訳

田中竜馬

Pulmonary & Critical Care Medicine,
LDS Hospital, Salt Lake City,
UT, USA

定価7,350円(本体7,000円+税5%)
A5変 頁688 図143 2010年
ISBN978-4-89592-634-8



メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

TEL. (03) 5804-6051

FAX. (03) 5804-6055

<http://www.medsil.co.jp>Eメール info@medsil.co.jp

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

《神経心理学コレクション》
街を歩く神経心理学

高橋 伸佳 ● 著
山鳥 重、彦坂 興秀、河村 満、田邊 敬貴 ● シリーズ編集

A5・頁200
定価3,150円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00644-6

評者 酒田 英夫
前・日大教授 神経・筋肉生理学

1960年代のはじめに時実利彦さんの『脳の話』と共に岩波新書のベストセラーになった『動物と太陽コンパス』の著者の桑原万寿太郎さん(動物行動学)はまえがきの中で、

「鳥の渡りや動物の帰巢性の問題は遠い祖先の時代から人々の関心の的であった」と書いている。太陽コンパスとは、ムクドリが渡りの時期に太陽の位置から遺伝的に決まった渡りの方向を読み取る仕組みを指す。桑原さんは、時刻に関係なく方位を読み取るには体内時計が必要であると論じている。当時まだ発見されていなかった体内時計は、今では誰でも知っている時差ぼけの原因となる神経核で、視床下部にある。渡り鳥や伝書鳩では、方位を知らせる磁気センサーが発見されている。では、磁気コンパスのない哺乳動物はどのようにして巣に帰るのだろうか。

1948年、実験心理学のTolmanはラットの迷路学習の訓練中にたまたま迷路の上に載せたラットが一直線に餌のある場所に走っていくのを見て、動物の頭の中に広い範囲の認知地図があるに違いないと考えた。それ以来、認知地図は本当にあるのか? あるとしたら脳のどこにあるのか? という議論が繰り返されている。1971年にラットの海馬に場所細胞を発見したJohn O'Keefeは『The Hippocampus as a Cognitive Map』という本を書いて、海馬に認知地図がある可能性が高いことを示唆した。しかし、実はそれよりずっと前の1918年にイギリスのGordon Holmesが、第一次世界大戦中に頭頂葉を撃ち貫かれた兵士の中に、眼が見えるのに障害物にぶつかったり、病院の中で道に迷って自分のベッドに帰れ

ない患者さんがいることに気付き、視覚の見当識の障害として報告した。

著者の高橋伸佳さんが診たタクシー運転手の患者さんの症状はもっとドラマチックである。K駅前で乗客を乗せたときに突然行き先がどの方向かわからなくなり、営業所に戻ろうとして、やはり方向がわからないので、ほとんど交差点ごとに見慣れた街並みの記憶と照合しながらようやくたどり着いたということである。MRI検査で脳梁のすぐ後ろで右側の膨大後皮質にはぼ限局した病巣が発見された。左膨大後皮質の損傷でエピソード記憶の障害が起きることが知られているので、この領域は顕著な左右差があることがわかったのである。

著者は1992年の日本神経心理学会で、地理的障害を2つに分けて、1つは道標となる建物や風景がわからなくて起きることから「街並失認」と、もう1つは目的地の方向がわからなくて道に迷うことから「道順障害」と名付けた。

街並失認の典型例は、右海馬傍回に病変があり自宅の外観を全く思い出せないが、自宅から病院までの地図はかなり正確に描けるし、自宅の間取りも描ける。しかし、自宅付近で道に迷うというケースであった。単純化して言えば目的地の方向はわかるので、その近くまでは行けるが最後に必要な家や通りの風景がわからないために目的地に着けなと考えられる。

一方、道順障害の典型例として著者が挙げているのは病院内で道に迷うだけでなく椅子に背中を向けて座ることができないケースである。おそらくは直接目に見える空間の外の、広い空間

地理的失認の症例について
詳述した、シリーズ異色の一冊



『逝かない身体』が大宅壮一ノンフィクション賞候補に

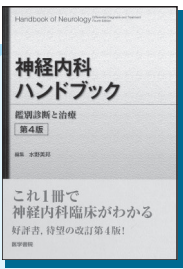
第41回大宅壮一ノンフィクション賞の候補作品が3月23日に発表となり、川口有美子著『逝かない身体』(医学書院)が選出された。同賞は、大宅壮一氏の半世紀にわたるマスコミ活動を記念して制定されたもので、過去には柳田邦男著『マッハの恐怖』、沢木耕太郎著『テロルの決算』、猪瀬直樹著『ミカドの肖像』などが受賞している。選考会は4月5日に開催予定。

神経内科臨床のバイブルが、8年ぶりに改訂!

神経内科ハンドブック 第4版
鑑別診断と治療

「これ1冊で神経内科臨床がわかる」好評の書、8年ぶりの改訂。神経内科専門医をめざす研修医、若手臨床医必読の神経学的診察法や症候の診かたについては従来どおり懇切丁寧に解説。加えて、脳血管障害や変性疾患をはじめとした各種神経疾患の診断・治療や検査法について最新の知見を盛り込んだことで、前版の読みやすさ、理解しやすさはそのままに、情報量をボリュームアップした。

編集 水野美邦
順天堂大学越谷病院長/順天堂大学名誉教授



A5 頁1312 2010年 定価14,175円(本体13,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00874-7]

医学書院

人工膝関節置換術
手技と論点

松野 誠夫、龍 順之助、勝呂 徹、秋月 章、星野 明穂、王寺 享弘 ● 編

A4 頁352
定価18,900円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00842-6

評者 安田 和則
北大大学院医学研究科科長/北大医学部長

本書は全15章、本文336ページから成る堂々たる医学専門書で、筆頭編集者は北海道大学医学研究科整形外科学分野名誉教授の松野誠夫先生です。

そして人工膝関節置換術の領域で大きな業績を上げておられる龍順之助、勝呂徹、秋月章、星野明穂、王寺享弘の5人の先生方も編集を担当されています。松野先生は人工膝関節を膝関節疾患の治療体系へ導入するための臨床研究をわが国で最も早く開始された一人で、人工膝関節置換術の研究をライフワークの1つとしてこられました。本書の企画と上梓は松野先生の指導の下でなされ、前著である『人工膝関節置換術——基礎と臨床』(文光堂、2005年)に続いて松野先生の長年のご研究を集大成する1冊になっています。

人工膝関節置換術は幾つかの手術工程の成功の積み重ねによって、最終的成功が導かれる大変難しい関節手術です。最近では、手術用機器を使うのではなく、「使われている」ような初心者が、「人工膝関節置換術は易しい手術である」などと錯覚することがあるのは大変嘆かわしいことです。本書は、整形外科医がこの難手術を真に成功させるために必要な知識と手技のコツを体系的に整理して詳述しています。人工膝関節置換術の特徴の1つは、先端的手術であるが故に重要手技をめぐっては大きなcontroversyが存在することです。本書では読者にそのcontroversyの全貌が理解できるように各章の冒頭に「論点の整理」という項目を設け、膨大な重要文献を引用しつつその論争点を明確に解説していることが素晴らしい特長となっており、これが本書の学術的価値を大きく高めています。松野先生は本書の序の中で「術者は自らが慣用している方法を熟知していなければならないことはもちろんであるが、同時にcontroversyの問題(design, material, 手術手技などを含め)

の表象が失われたためと考えられる。病巣は楔前部を含む頭頂葉内側面であった。著者はこれらの症状のメカニズムを理解するために役立ちそうな脳機能画像の実験やサルニューロン活動の記録などを紹介している。例えばRussell Epstein と Nancy Kanwisher が1998年に発見した海馬傍回場所領域などは屋内と屋外の情景の写真で賦活される領域で、街並失認の説明にはび

についても十分にその利点と欠点を理解しておくことが大切である。そのためには広く内外の文献を渉猟し、術者自身の多くの経験と照合しながら、常

に最も適正と考えられるTKAを選択することが望まれる」と書いておられますが、本書には先生のこの臨床哲学が見事に具現化されています。本書は単なる手術手技書ではなく、手術という侵襲的治療を行うに当たっての医師の心構えをも説く教育の書です。

お叱りを覚悟であえて書かせていただきますが、松野先生は来年、米寿を迎えられます。この紹介記事を読まれ

た多くの読者は、松野先生は本書の編集に当たって象徴的役割のみを果たされたのだらうと思われたのではないのでしょうか。しかし、それはまったくの誤りです。松野先生は先頭に立って本書の企画・編集を指揮され、本書の内容の約16%に当たる55ページを自ら執筆しておられます。医学専門書というものは、とすれば無味乾燥な事実の羅列になりがちなものです。しかし、本書は読むと実にexcitingなのです。読者の知的好奇心に生き生きと語りかけてくる何かがあるのです。それは筆頭編集者としての松野先生の若々しい情熱と強力なリーダーシップが、いずれ劣らぬ有名な論客である5人の編集者の「科学する心」を存分に引き出していることからくるのでしょう。

本書は過去にわが国で出版された人工膝関節置換術に関する専門書の中で間違いなく最も充実した1冊であり、現在の人工膝関節置換術の手技を理解するために必須の知識をこの1冊で網羅する教育書として世界に誇れる書です。本書はこれから膝関節外科専門医をめざす医師にはもちろんのこと、既に多くの手術を行っている専門医にとっても自らの知識と手技を評価し、さらに発展させていただくために、ぜひ読んでいただきたい1冊です。

ったりである。まだまだ謎の多い失認症ではあるが解決の糸口になりそうな研究が始まっている。冒頭に著者自身が所属していた昭和大学病院の地理的探索の実例を示してから、いろいろな地理的失認の症例についての詳しい記述を集めた本書は神経心理学コレクションの中でも異色の一冊で、専門家にとって示唆に富むと同時に一般の読者にも楽しめる本である。

角膜疾患をどう考えるか―詳細な解説を施した実践書

ケースで学ぶ 日常みる角膜疾患

本書は眼科医が日常よく出会う角膜疾患について、著者の施設における症例検討会でのディスカッションを踏まえ、各疾患の定義、概念、自覚症状、他覚所見、診断・鑑別診断、治療・予後のそれぞれについて詳細に解説した、角膜疾患の実践書。1つ1つの症例をどう考えるか―著者の哲学に裏打ちされた山口大流角膜の診かた、堂々の刊行。

西田輝夫
山口大学医学部眼科・教授



B5 頁320 2010年 定価16,800円(本体16,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01017-7]

医学書院

見逃さない・見落とさない

スタンダード 胃内視鏡検査

細井 董三 ● 編

東京都多摩がん検診センター消化器科 ● 執筆

A5・頁168
定価3,990円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-00964-5

編者には食道癌と胃癌のX線および内視鏡の形態診断に携わった膨大な実績がある。その豊富な経験から、内視鏡検査で早期癌を見落としてほしくないという熱意のもとに本書は生まれた。日常臨床で検査を実際に行う内視鏡医の立場に立って、見ている内視鏡像の理解がより進む内容で構成され、狙い通りの盲点のない内視鏡検査の指南書に仕上がっている。掲載されている内視鏡画像は正常症例であれ疾患症例であれ、すべて明瞭で的確である。

第5章「どのような順序で観察・撮影をすすめていくか」では、写真と図を多用し、胃全体から見てどの部分を観察しているのかがわかりやすく示され、X線像との対比を視野に入れようとする意図がにじみ出ている。

また、第8章「生検のコツ」では、正確な内視鏡操作をする上での微細な手の動きが表現されており、まさに著者らの検査時の息使いが感じられる。なる

ほど指摘されれば一行一句が検査時にそのように操作していると実感できる。

簡潔ながら読み進めば進むほど、本書が「スタンダード」と冠しているものの、実はかなりのテクニック本であることがわかる。自動車運転に例えるなら、教習所の教官が教える基本操作ではなく、タクシードライバーが教える一般道での運転テクニックといえるだろう。

第13章「覚えておきたい内視鏡像」では、各症例の厳選されたベストショットが掲げられているので、それぞれの形態的特徴を目で確認できる。著者らの蓄えた豊富な症例の内視鏡像をもっと多く、またそれぞれの症例のとらえどころなど解説していただきたい感が残るが、紙面の制約上やむを得なかったのであろう。

内視鏡検査を教える人にとっても教えられる人にとっても、その技術が明解に整理されている本書を手元に置かれることをお勧めしたい。

【評者】 浜田 勉

東京都東部地域病院副院長

盲点のない
内視鏡検査の指南書パスでできる！
がん診療の地域連携と患者サポート

岡田 晋吾，谷水 正人 ● 編

A4・頁160
定価4,200円（税5%込）医学書院
ISBN978-4-260-00883-9

このたび、医学書院から岡田晋吾・谷水正人両氏の編集による、『パスでできる！ がん診療の地域連携と患者サポート』が刊行された。

がんの治療は、手術や抗がん化学療法のみで成り立つものではなく、手術前後の各種補助療法、病態・病勢把握のための定期的な検査や緩和医療等も含んでいる。ここで言う緩和医療とは、進行再発時におけるがん性疼痛への対処は無論のこと、診断が下された時点から求められる心理面でのケアから終末期医療までも含む極めて広範囲の医療である。これらを一つの医療機関で不足な

それぞれの医療従事者が
果たすべき役割を解説

く行うことは至難の技である。また、近年は患者さんの価値観も多様化し、医療を受ける場所として、医療機関ではなく自宅を選択する方が増えている。このような新たな流れの中では、がん治療にかかわる医療機関が、がん患者さんごとに一貫した治療方針を共有し、それぞれの持つ機能に応じて連携を保つことが極めて重要である。国もがん治療については政策として、均てん化とともに、地域連携によるきめの細かい治療体制の整備を推し進めている。

本書は、胃がん・大腸がん・肺がん・肝がん・乳がんのいわゆる「5大

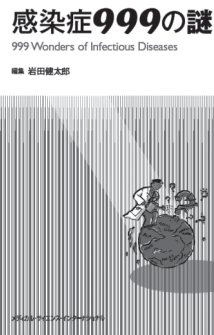
【評者】 望月 英隆

防衛医大病院長

新刊 感染症が面白くなる、
そしてもっと知りたくなる

999 Wonders of Infectious Diseases

感染症999の謎

【編集】 岩田健太郎 神戸大学大学院医学研究科・医学部微生物感染症学講座
感染治療学分野教授

- 感染症に関わるさまざまなテーマを、表題よりも多い1159問のQ&Aで簡潔かつコンパクトに解説。
- 設問は難易度によりABCの3段階に分類、各テーマごとに徐々にレベルを高めていく構成。
- 必須事項のみならず、著者めづるトリビアをちりばめ、通読しやすい工夫が施されている。
- 設問と解答を反復しそれを積み重ねることにより、知識が蓄えられかつ全体像も見えてくる。
- 国内外で活躍する現役の若手医師を中心とした執筆者による、日本の実情に合わせた記述。
- 研修医の自習からベテランの知識の再整理まで、幅広く有用。

“謎”の具体例

- A 感染症でまず考える三角形とは何か？
- B 腸チフスとチフスはどう違うか？
- A 抗生物質とは何か？ 抗菌薬とは何か？
- B 菌血症は、経口抗菌薬で治療できるか？
- A 小児で使えない抗菌薬は何か？
- C Sweet症候群とは何か？
- C 西郷隆盛が感染していたとされる寄生虫症は何か？

定価 5,250円（本体5,000円+税5%） ● A5変 592頁 図26 ● ISBN 978-4-89592-632-4

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.meds.co.jp E-mail info@meds.co.jpAntibiotic Basics for Clinicians:
Choosing the right antibacterial agent抗菌薬
マスター
戦略非問題解決型
アプローチ

【監訳】 岩田健太郎

好評
発売中

定価 5,250円

（本体5,000円+税5%）

金原一郎記念医学医療振興財団

第24回研究交流助成金・第24回留学生受入助成金贈呈式開催

金原一郎記念医学医療振興財団（理事長＝理化研脳科学総合研究センター特別顧問・伊藤正男氏）は、2月25日に、医学書院本社（東京都文京区）において第47回認定証贈呈式を開催した。

同財団は、基礎医学の振興を目的に、毎年2回、助成金を交付している。下期である今回は、海外で行われる基礎医学医療研究に関する学会等への出席を助成する研究交流助成金と、基礎医学医療の研究を目的に日本へ留学する大学院生等を助成する留学生受入助成金が交付された。24回目となる今回の対象者は計27人で、贈呈式には、秋山泰身氏（東大医科研）、高橋里史氏（慶大）、三浦進司氏（健康・栄養研）の3人が、対象者を代表して出席した。

開会に際し、金原優同財団常任理事（医学書院社長）は、「今回は、非常に高度なテーマを権威ある学会・研究会で発表しようとする申請が多かった」と述べ、審査を通過した交付対象者の研究・発表を高く評価し、研究のさらなる発展に期待を示した。

認定証贈呈の後、選考委員長を務めた野々村禎昭氏（東大名誉教授・微生物科学研究会理事長）は、留学生受入助成金を受け取った中国人研究者2人と再会したエピソードを紹介。現在、2人は共に中国で教授の職を務めていることを明かし、「この助成を一つの契機として、今後も研究に励んでほしい」と交付対象者を激励した。

続いて交付対象者を代表して秋山氏が挨拶に立った。氏らの研究テーマは、自己免疫疾患の発症機構の解明。T細胞を産生する胸腺に存在する髄質上皮細胞は、自己抗体反応を誘導するT細胞を除去する機構において重要な働きをしている。今回、氏らは、RANK およびCD40 という因子が髄質上皮細胞の分化・増殖に関与していることを突き止めた。驚くべきことは、RANK は骨形成に不可欠な因子であることで、この発見により、自己免疫疾患の抑制と骨形成の間に接点が見出されたことになるという。

氏は、今年6月にギリシャで開かれる第3回国際骨免疫学会で今回の発見を報告する。氏は、「海外の研究者たちとの議論により、免疫病の治療や予防を行う新たな方法の発見へと展開することを期待している」と、研究への意気込みを語った。

＊助成対象者および研究内容は、医学書院HPでご覧になれます。



がん」に、前立腺がんを加えた6種類のがん治療に関する地域連携について、懇切丁寧にそのシステムの構築と運用等について、パスを中心的ツールとして用いたノウハウを解説している。「がん診療における地域連携に必要な要件」や「地域連携のためのネットワーク構築の類型化」、「がん診療における地域連携室の役割」といった項目では連携立ち上げの際に重要な要件が詳述されているし、「緩和ケアと地域連携」、「がん患者の退院調整」、「がん診療におけるかかりつけ医の役割と連携」、「保険薬局の役割と課題」といった項目では、地域連携医療を行う上で不可欠な医師とコメディカルが果たすべき役割が、図説を多用してわかりやすく解説されている。

編集の岡田氏は、長く函館を中心と

した地域医療の第一線で活躍するなかで、パスを有効に用いることによって基幹病院と診療所等との連携システムを立ち上げ、きめ細かで評判の良い地域医療連携を函館地区に構築しているこの道の第一人者である。一方、谷水氏は、がん政策医療ネットワークの四国ブロック基幹医療施設で、また愛媛県のがん診療連携拠点病院である四国がんセンターの統括診療部長としてがん診療を行うなかで、地域連携の重要性を日々感じながら、その構築と整備に尽力しているその道のエキスパートである。また、各項目の執筆陣も実際に地域連携の中であがん診療を行っている方々ばかりで、経験に裏付けられた記述には極めて強い説得力がある。

がん診療にかかわるすべての医療関係者必読の書であると思う。

世界標準の集中治療を追究する
年4回発行の新雑誌

INTENSIVIST

インテンシヴィスト

2010年
第1号
発売

- 季刊/年4回発行 ● A4変 200頁
- 1部定価4,830円（本体4,600円+税5%）
- 年間購読料18,480円（本体17,600円+税5%）

※年間購読は送料無料、約4%の割引

編集委員

藤谷 茂樹

聖マリアンナ医科大学救急医学

讃井 将満

自治医科大学附属さいたま医療センター麻酔科・集中治療部

林 淑朗

University of Queensland Centre for Clinical Research

内野 滋彦

東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部

- 「世界標準の集中治療を誰にでもわかりやすく」をコンセプトに、若手医師の育成や情報交換を目的として発足した「日本集中治療教育研究会」(JSEPTIC)の活動をベースに、年4回発行。
- 各施設独自の「自己流」の診療を見直し、世界標準の集中治療を理解し実践するための情報を提示する。
- 本誌が目指すのはCritically ill patient を中心に据え、さまざまな分野からのアプローチによりCritically ill の立体像を描き出そうという挑戦的な試み。

- 重症患者の治療にあたる医師として最低限必要な知識を手中に収めるべく、テーマは集中治療にとどまらず、内科、呼吸器、救急、麻酔、循環器にまで及び、ジェネラリストとしてのインテンシヴィストを追求する。
- 集中治療専門医、それを目指す若手医師をはじめ、専門ナース、各科臨床医に対し、集中治療を体系的に語り、議論し、意見交換ができる共通の場（＝アゴラ）を提供する。

特集

2009年創刊号：ARDS

2009年第2号：Sepsis

2009年第3号：AKI

2009年第4号：不整脈

2010年第1号：重症感染症

2010年第2号：CRRT（2010年4月発売）

2010年第3号：外傷（2010年7月発売）

2010年第4号：PICU（2010年10月発売）

MEDSi

メディカル・サイエンス・インターナショナル

113-0033

東京都文京区本郷 1-28-36

TEL 03-5804-6051

FAX 03-5804-6055

http://www.meds.co.jp

E-mail info@meds.co.jp

