

LiSA

麻酔を核とした総合誌【リサ】

Life Support
and
Anesthesia

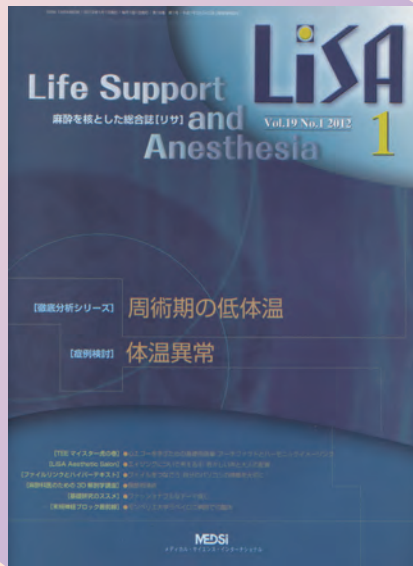
徹底座談会

『LiSA』Vol.20へ向けて

—これまでとこれから—



1994年～



2004年～



2013年～



出席者

- | | | |
|---------|-------|--------------------------|
| 編集主幹 : | 稲田英一 | 順天堂大学医学部 麻酔科学・ペインクリニック講座 |
| 編集副主幹 : | 中木敏夫 | 帝京大学医学部 薬理学講座 |
| 編集委員 : | 落合亮一 | 東邦大学医学部 麻酔科学第一講座 |
| | 須崎紳一郎 | 武蔵野赤十字病院 救命救急センター |
| | 安田信彦 | 学校法人慈恵大学 経営管理研究室 |

『LiSA』Vol.20へ向けて

—これまでとこれから—



— 『LiSA』は2013年にVolume 20を迎えます。これだけ雑誌が厳しい時代に、おかげさまで多くの読者の支持を得て、さらに少しずつ購読者が増えています。そこで、この機会にもう一度『LiSA』のコンセプトや内容を読者に理解してもらうために、本日の座談会を企画しました。

稲田 本日は、私たちがこの雑誌を始めたときにどんなことを考えていたのか、という温故知新のようなこと、それから現在の雑誌はどうなっているのかということ、そして将来を見つめて、ということいろいろお話をさせていただきたいと思います。

テーマは「Vol. 20へ向けて」ということでありますが、創刊0号は1994年9月発行でしたので、もうすぐ満18歳ですね。日本でも18歳になるといろんなことができるようになって、一応大人扱いではあります。『LiSA』も大人の段階に入ってきたということでしょうが、まだまだ若いということでお話をさせていただきたいと思います。

『LiSA』を創刊したとき、われわれが思っていたことは、**難しいことを簡単に、みんなにわかりやすく提示して理解していただきたい**、というのが第一歩だったと思います。その当時の最新のもの、ちょっととっつきにくいところを取り上げて、それをわかり

やすく解決していく。漫画のようなものを入れるのは、医学雑誌としては非常にユニークな試みでした。

ただ、若い人たちには、**難しいことがわかるだけに止まらず、もう一步先に、ここでまず手がかりをつかんでさらに進んでいただきたい**、という思いもありました。

当時『LiSA』は非常にマイナーな雑誌でしたし、漫画が入っていたり、口語体で書かれていたり、どちらかという目上の先生方からは叱られるような存在であったのも事実です。当初は反骨精神でつくった雑誌なのに、最近では「『LiSA』に書いてあるから」と権威的な雑誌であるかのように扱われることがあると聞きますが、われわれはそういったことを望んでいたわけではありません。『LiSA』に書いてあることについて、もう一步踏み込んで考えてほしいというわれわれの出発点とは、最近少し変わってしまったかなと感じています。

もう一つは読者参加型ということで、読者の方からFAXを送っていただくという試みも初めてでした。また、本当に私たちが普段、当たり前と
思っていることは正しいのだろうかという観点から、当時私は日常診療



の常識に挑戦というテーマで、日常的に行っていることに対して、これは本当なのだろうか、正しいことなのだろうかというようなことを書いてきたわけです。

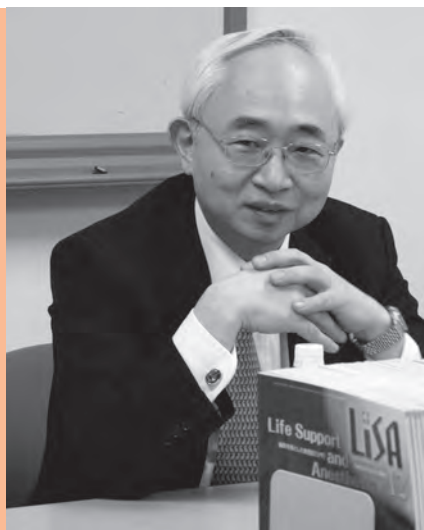
今思うと、とてもEBMとは言えないものでしたが、そういった身の回りの疑問を少しずつでも解決したいという思いがありました。

また当時からの基本骨格である「徹底分析」と「症例検討」は今もずっと続いています。

本日はこういった創刊時の思いを振り返りながら、まずはわれわれの原点は何だったのかということをお話させていただきたいと思います。

雑誌『LiSA』のコンセプトとスタンスについて

稲田 落合先生は、最初、『LiSA』は必要のところだけ破いて持って行けるような気楽な雑誌でいい、ということをおっしゃっていました。これまでのバックナンバーを全て並べると本当にたくさんありますが、『LiSA』がこん



稲田英一先生

なに長く続くとは、われわれは想像していません。

落合 発行前に『LiSA』をどういった雑誌にすべきか議論するときに僕がすごく楽だったのは、編集主幹の稲田先生という一つの柱という筋道があったので、僕はそれに反対していればよかった(笑)。稲田先生が提案する王道に対して逆のことをどんどん投げていけばいいという立場にいたので、比較的やりやすかったし、発行後の編集会議でも毎月実験を重ねていたような感想があります。

僕個人としては、「従来の雑誌が持っていた枠組みに媚びない」という立ち位置を維持できればいいのかなと思っていましたし、現在もそれは変わっていません。雑誌というのは視点を一つに絞ることでそのカラーができるのですが、その中で「全く違う見方はないだろうか」というのが常に僕のテーマでした。それは、その後の僕の人生-だいたい大きく出ましたけれども-を決めることになってしまいました。

稲田 「雑誌」にしようと考えたので、難しいことを簡単に、わかりやすく記

載するということのほかに、いろいろな記事を書きたいと思って、「徹底分析」、「症例検討」といった医学的なことだけではなくて、一般書籍の書評を載せてみたり、学会開催地の観光案内を載せたりして、雑多な記事を入れ、**遊びの部分を増やそうとしました。**後で単行本になった『悪魔のささやき医学辞典』みたいなものもあったし、そういった意味ではずいぶん知的に遊ぶことの探究をした感じです。

中木 『LiSA』の基本精神の一つには、**単行本にもなった“素朴な疑問”というシリーズの考え方があったと思うし、これからもずっとそうあってほしい**と思うのですが、あれは常識に挑戦とも通じることですね。偉い先生が「こうだ」と言う、「そうですか」で終わってしまうのではなくて、一歩突っ込んでみると、意外と何の根拠もなかったりすることがある。現時点でそういう問題はたくさんあるはずだし、今後ともそれを続けていったらいいと思います。

私は薬理学の立場から編集に参加してきたわけですが、最初の徹底分析テーマはプロポフォルで、奇しくもこれは非常に画期的で強力な麻酔薬になりました。記事にも書いたのですが、それまではチオペンタールに圧倒的なポピュラリティーがあって、そこに新参者のプロポフォルが出てきて、**当時はどうなるかという状況でした。**理屈から考えて、非常に使用頻度が増えるのではないかと**いう予想はあった**

のですが、見事にその通りになりました。

『グッドマン・ギルマン』という有名な薬理学の教科書がありますが、当時の麻酔科のセクションのほとんどは吸入麻酔薬のみで、静脈麻酔薬は本当にわずかだったのが、今はボリュームが半々になっていて、どんどん静脈麻酔薬が増えています。それはプロポフォルの影響が大きい。創刊号でプロポフォルの特集したというのは、『LiSA』の、稲田先生の先見性を象徴しているのではないかと思います。

そういう意味で『LiSA』が権威的になってくるのは危険だと思います。若い人が『LiSA』に書いてあるからその通りにするという話があるようですが、それは黄色信号だと思います。

稲田 あくまでも『LiSA』を踏み台にして、次に進んでいただかなければいけないわけですね。

須崎 いい加減なことを書かないのは当然にしても、教科書にあるからこうだ、という押しつけは絶対に避けよう、文献としてエビデンスがあるかどうかではなくて、臨床という生の現場で得た経験を示そうと話していました。当然、読者の中にはそうじゃないだろうという意見があるはずですが、思ったよりも反応がダイレクトに来なかったという感じもありますが、時々読

者とのやりとりがきっかけ

で内容が深まった記事もあります。本当はもっと膨らませたかったですね。

稲田 大御所ではなく、現場で苦勞している人に書いてもらおうという





のも、『LiSA』が生き生きしたものになった一つの要因だと思っています。

“素朴な疑問”ということ言えば、われわれは毎日、麻酔を20年も、30年もやってもわからないことばかりで、ずっと迷いながら麻酔をしているということを若い人にも理解してほしいですね。

須崎 今は若い先生が、「それはエビデンスじゃないでしょう」と言ってきます。「偉い先生の言うことが一番信用できないんです」と言われてしまうこともある。

稲田 本当に学生からの“素朴な疑問”には、はっとさせられます。この前、私がちょっと困ったのは、「区域麻酔と全身麻酔で、なぜ区域麻酔では意識がなくなるのですか」とか、実習中に「亜酸化窒素を一度も使っているのを見たことがないんですけど、なぜ中央配管から出ているんですか」とか…。

須崎 なかなか鋭い質問ですね。

稲田 学生や研修医からは、そういった“素朴な疑問”がたくさん出てきます。われわれが普段当たり前と思っている基本的なところを聞かれると、頭を抱え込んでしまうことがありますね。BSLで学生に教えるときも、基本的に、「みんな、質問はありませんか。疑問のない人には教えてもしょうがない。知りたいと思うことを教えます」と言って、さまざまな疑問を出してもらおう。そしてグループで端から順番に当てていって、その疑問にみんなで答えを見出すという形にしています。疑問がないところには学習はないだろうという考えがあるので、研修医もそうだし、学生もそうだし、われわれもそう。疑問を持たなくなると、ルー

チンになっていくのが一番危険で進歩がないことだと思います。

須崎 現実にはわからないことがある。わからないことに気づき、疑問を持つというのがそもそもの思考の一番の出发点ですが、臨床ではそのときにゆっくり本やデータベースを調べることができる場面と、そんなことを言っている暇もない場面の両方があります。たとえば apnea。apnea の定義を言えるかどうかよりも、まず患者が呼吸をしてないということがいかに生命危機として重要であるかというイメージができない人に、いくら本を読ませても同じです。机上の知識はあっても、今患者に起こっていることの認識が言葉にならない人がいます。だから救急では特に緊急度、重症度という概念が一番大事なことですけど、若い医師を指導するとき、そこに大きなギャップを感じます。何が大事か、大事なものから言えと僕らは常に要求します。

稲田 アメリカの学生はそういうのはできるんです。プライオリティー順に列挙して言える。これは知識の習得の仕方の違いだと思います。われわれはいろいろな本を読んだり、調べたり、自分でノートをとったりといった方法で学んできました。ところが、今の人たちは、たとえば調べるにも、インターネットで検索すれば、それらしい答えが見つかります。もしそれをコピー・アンド・ペーストするだけであれば、自分の頭をただ通りすぎているだけで、結局、頭の中で咀嚼されず消化されないままです。言葉としては確かに見たことがあるけど、自分の頭の中にはそれが系統立って入っていないという気がするんです。

問題は『LiSA』が自分の頭で考え

るきっかけになっているかということです。さっきの“素朴な疑問”のように、これがわかってないんだということを提示しないと、先には進まないだろうという気がします。そういう意味で知識を押しつけないということは大事だと思いますね。

安田 「どうして？」と思わせるというのも難しいですね。

稲田 普段、臨床の現場では「どうして、どうして」の連続のはずなのですけどね。

情報の整理の仕方と雑誌の役割

稲田 読者の気質は『LiSA』を創刊した頃と今ではずいぶん変わりました。

安田 創刊時は、「徹底分析」や「症例検討」で同じテーマに対して違う考えを持っている執筆者をあえて選ぶてぶつけていましたね。そうすることで、あるものに対していろんな考え方があるといえることを見せようとしまし



中木敏夫先生



今の状況は情報があふれすぎている

た。そのようなアプローチが最近は少ないですね。

落合 今は情報が簡単に手に入るようになりましたから、賛否両論であることも容易に見えてしまう時代になったという面があるかもしれません。

須崎 いくら『LiSA』から〇〇という立場で書いてくださいとお願いしても、別の意見がUp To Dateに書いてあったら、それをさしおいて違う意見を書くのは難しいという風潮もありますよ。

稲田 もし今、創刊時のような違う意見がクリアに出るような記事にしようとするなら、たぶん、徹底的にPros & Consで自分の立場を決めて、これでやるんだというような記事を書いてもらうしかないですね。普段やっていることを書いてもらうと、似たりよったりのものになってしまうけど、そこをしっかりと立場を決めて書くと、ものがはっきり見えてくることがあります。

安田 創刊時の『LiSA』はそれほど知られていなかったのが、勝手なことを書いてもいいやと、ある意味で執筆者も気軽だったのかもしれませんがね。今は『LiSA』に記事を書いたら、あちこちで参考にされるからと、かっこつけちゃうのかもしれませんが。

落合 『LiSA』の創刊時は今みたいに

簡単に文献が手に入らなかったから、難しかった。今は短期間である程度の情報が揃えられる環境が整備されました。そのために、情報をチェックして、「これは知らない」「知ってる」「いや知らない」と自分の知識をスクリーニングできてしまう。しかし、当時はそれをやるのにすごいお金と時間がかかったから、ちょっと難しい問題になると、全体像を捉えることができず、流派みたいなのができていたんでしょう。

安田 つまり今は流派がなくなって、ある程度統一化されてきたということでしょう。一部のテーマについてだとは思いますが。

須崎 古くからあった、麻酔科は内科か外科かという問題と同じかもしれません。内科であれば最終的には理論的に統一できるかもしれないけど、外科は手技・技術ですから、うちのやり方はこうだという、大学の数だけ流派があるようなものですからね。

落合 麻酔科はサービス業だと思えます。最近、手術室の環境が変わったと感じるのは、外科の先生は手術だけに専念してください、ほかの雑用は全部麻酔科でやりますからという感じじゃないでしょうか。手術に直接関係しないことは何もやらなくていいですよと。表現は悪いけれど、麻酔科が手術をさせる側になっている。手術スケジュールから何から、全てを管理しつつあるという、新しいフェーズに入ったのは確かだと思うんです。

稲田 さっき落合先生が情報を集めるのが難しかったとおっしゃいましたが、創刊号で描かれている漫画でも、今の状況は情報があふれすぎているとあります。つまり**当時もわれわれはあの意味で情報はたくさんあったけれ**

ど、処理しきれなかったのかなというような気もしています。

須崎 手術中に麻酔のアンチョコというか、マニュアルを各自が持っていると思いますけど、今はタブレットとかを持ち込んでいるんですか。

稲田 持ち込んでいる人もいますね。私は基本的には何も持っていませんが。

須崎 持ち込んでも、駄目とは言えないでしょう。

稲田 言えないです。

落合 僕のところではWiFiを整備して、手術室から外来まで全てオンラインで接続できるようにしました。その上で、全員にiPadを配った。

安田 最初はみんな持って入っていたけど、だんだん使わなくなるみたいですね。邪魔なのかもしれません。

落合 皆が欲しい情報って“結論”なんです。ね。「どうしたらいいのか」という結論は、どんなにネットワークを整備してもすぐには手に入らない。総合的な知識としてポンと手に入らないから、「なんだ、使えないじゃないか」という感じかな。一番使っているのは僕かもしれません。

安田 落合先生は、バーツと並んだ情報を見て、どれを使うべきか取捨選択ができるからです。それができない人には、ただ情報が並んでいるだけで、それをどうすればいいかわからない。

稲田 **要するに情報に意味づけができるかどうかということですね。**ものを知らないという意味づけはできないわけですし、ただデジタル情報だけあふれていても、それで判断はできない。最終的にはどう判断するかが勝負だし、判断してそれを実行する技術を身につけていることが医者として必要な条件です。



安田 どう判断するかを示すのが『LiSA』の役割ということになりますね。わかりやすく、あるいは整理して示す。ただ、その整理するときに独りよがりになったり、ほかの可能性があるのでに触れないというのはまずいでしょうね。

稲田 さっき出た、Pros & Consみたいなものをきちっとやるのも必要なのかもしれません。この漫画にも、「どれが正しいのか、間違っているのか、人によってさまざま」なんて書いてある。スタンダードが決まっているものもあるけれど、決まっていないものもたくさんあるし、解決できていないということを見せていかないといけないですね。

須崎 雑誌や本は究極のアナログ情報だと思うのですが、将来もこういう形態でしょうかね。

稲田 今後の雑誌はどういうふうに変わっていくべきかという課題がありますね。こういった冊子体だけでいいのか、あるいはデジタル情報としてアクセスできるようにしていった方がいいのか、ということも考えなければいけない。われわれはたぶん、年代的にほとんどアナログ派ですかね。

落合 そうですね。原稿を送られてき

ても、コンピュータの画面上では校正できないです。一度プリントして校正します。

稲田 今の若い先生はたぶんデジタル派の方が多いのか、少なくとも本を買わないですね。雑誌もそんなに買わないかもしれない。

安田 業者はまだ『LiSA』を買っているんですか。昔は結構製薬会社の人たちなどが買っていたようですが。——今も定期購読されています。

安田 彼らも理解できる内容だったんでしょうね。

稲田 業者の方に記事を書いてもらったこともあります。若い医者も、偉い先生も、業者の人もみんな参加するというのが『LiSA』ですから。

実践的内容としての薬物の使い方

稲田 少し内容的なところに入ります。『LiSA』は麻酔が中心ではあるけれども、集中治療や救急、ペイン領域などもずっと扱ってきました。モニター機器に関してもいろいろな分析をしてきました。『LiSA』のテーマがこういった広い範囲にわたる中で、今後、われわれが編集する上でのスタンスをどうすべきかということも話さなければいけないと思います。

たとえば、この数年間の麻酔関係の薬物は急速に増えました。海外に比べると遅いですが、日本の今までの流れの中からいうと、大変な勢いだと思います。セボフルランが出てから20年ぐらいですか。

安田 『LiSA』の創刊時、デスフルランはまもなく日本に来るだろうと思っていました。デスフルランが欧米で発

売になったのは1991年頃で、ちょうど3年後ぐらいに『LiSA』が創刊されましたから、そろそろ日本に来ていてもいいかなと思っていたわけですが、ふたを開けてみたらやっと去年の後半でしょう。

稲田 レミフェンタニルも90年代最初頃の話題でしたから、日本に入ってきたのはだいぶ遅かったですね。

安田 行政側も最近になって、いわゆるブリジング・スタディーをわりあい広く認めるようになったので入りやすくなったみたいです。

稲田 アンチエイズの薬からでしたね。たとえばレミフェンタニルにしても、フェンタニルが入ってからたぶん30年以上経ってからの導入ですね。ただ、スガマデクスは逆にアメリカより早く導入されているし、局所麻酔薬に関してもちょっとは遅れているけれど、ロピバカインや、レボピバカインとか、この数年間でずいぶんいろんなものが出たと思うんです。

落合 出尽くして一段落したようですね。

稲田 薬物に関しては、今、ほとんどのものは出たという感じですね。新しい静脈麻酔薬が開発されているという話があるぐらいです。

須崎 おそらく揮発性麻酔薬はもうなかなか出ないでしょうね。

稲田 静脈麻酔薬はプロポフォールが出て、揮発性麻酔薬はデスフルランが出て、筋弛緩薬はロクロニウムが出て、拮抗薬はスガマデクスが出て、局所麻酔薬も毒性が少ないものに移行してと、われわれが麻酔で使う薬のほとんどはこの5年ぐらいの間にすっかりリノベーションされたという感じがします。大事なものは、われわれがこういっ



どれが正しいの間違っているのか人によってさまざま



落合亮一先生

た新しい薬物に対して、どのようにアプローチするかを検討することだと思います。

落合 学生が実習で回ってくると、「麻酔科って薬が全くないですね。たったこれだけでいいんですか」と言う(笑)。6種類しかないんだから。

稲田 学生が「薬の勉強は苦手です」と言うので、「10個覚えれば何とかなるから、きちっと10個勉強してご覧なさい」と言っています。たとえば抗生物質の数に比べたら数が少ないと思います。**問題は、薬物に関する知識を持つだけでなく、薬物をどううまく使いこなすかということですね。そして、『LiSA』がどうやって臨床で使える生きた知識として提供するかどうかだと思います。**

薬が出て論文が出るまでに何年かかかって、またそれを集めてようやく教科書ができるから、実際は教科書に記載されている内容は何年も遅れた知識です。そこで何とか『LiSA』が実際の距離を短くできればと思います。

須崎 ただし、開発後初期の段階はメーカー側からの情報しかない場合があって、実は『LiSA』の記事がメーカーのパンフレットをリライトしているだけになってしまうという危険もありま

すから、その点は注意が必要です。

稲田 それから日本でやった治験と海外の教科書に書いてあることと違うことが結構ありますね。その辺がよく理解できないときもあるし、麻酔って結局いろんな薬によってつくられた特殊な状態だから、薬の性質を知らないといけないし、薬の相互作用も知らないといけないし、患者がどう反応するかも知らないといけません。その辺が一番難しいかもしれません。薬力学、薬物動態学の両方の知識が必要になってきます。

研修医との会話で「麻酔の方はどうなの?」「今日はプロポフォールとレミフェンタニルでやります」「じゃあ、プロポフォールを何ミリグラムぐらい投与するの」「大体2.0から2.2mg/kgです」「じゃあ、この患者にどうやって投与するの?それを決めなきゃいけないんだから」というところになると、みんな詰まってしまう。そこはわれわれだって特別な判断基準があるわけじゃないし、たとえば高齢者だったら少なくとも、状態が悪かったら少なくともというのはあるけれど、そういった最初の一步からして実際的にはわからないことだらけというのが現実だと思うんです。

須崎 薬の「さじ加減」は文字に書けないでしょう。この人は栄養が悪そうだから、生きが悪そうだからという感覚があって、それを踏まえて薬を出すわけですが、これを数字で表現することはとても難しい。

安田 しかも静的なものじゃなくて動的なものですね。つまり僕らはある意味では試行錯誤でやっている。ある程度見当をつけて、少し投与してみて、様子を観察しながら、もうちょっと増

やした方がいいかと判断しますね。そういうのは文字では書きにくい。

須崎 もともと薬を使うというのは個体にとっては投与実験ですから、titration, つまり使った反応によって次の量が決まるとしか言いようがないんです。「本に書いてあるから2.0 μg/kg/minでよい」ということは絶対あり得ないわけです。そんなことをしたら、いけないし、かつあり得ない。

稲田 昔は患者さんは前投薬をされていて、その効き具合で何となくこの人は麻酔がたくさん要りそうだとか、そうじゃないかと判断できたのが、最近ほとんどみんな前投薬なしで、徒歩あるいは車椅子で手術室に入室してくるので、最初の1歩の手がかりがありません。麻酔導入に用いる薬物が一番初めだし、たとえばプロポフォールはtitrationできるかという、できません。実際、ある程度量を決めて投与して、血圧がこんなに下がってしまったとかいろんなことがあって、今度は気をつけましようねとなる。titrationが完全にできるほどの効果発現時間が短いものはないという気がするんです。レミフェンタニルが一番近いと思いますが。

須崎 しかし、多くの薬の投与量は体重当たり、あるいは体表面積当たりで記載されています。年齢ごとの投与量が記載されている薬はありますか。腎機能により減量などとは書いてありますけど、80歳、90歳にどうするか、そんなことが書いてある薬はないでしょう。

中木 明確には入ってないですね。

落合 添付文書には書いてない。

須崎 経験的には当然減らしますね。

安田 そうします。



落合 僕
らが年を
とったからで
しょう。うまくごまか

せるようになったので、一見普通にお薬を使っているように見えるだけであって、やっぱり一つの薬で経験値を得るのに10年かかりますね。

稲田 研修医や学生には、麻酔科医は反応を見ながら調節をして、その患者に合わせる量を何とか選んでいくんだと言うんです。そう思うと、本当にわれわれはずっと迷いながらやっています。

安田 そういう気持ちが今後の記事にも表れてくるといいですね。医療そのものがそういうものですが、教科書に一応標準(ガイドライン)は書いてあるけど、あくまでもそれは一つの参考値であって、大体はそれに当てはまるだろうけれども、当てはまらないこともいくらでもあるので、柔軟性を持たせなければいけない。今の教育を見てみると、イエスかノーかを問われますからね。

落合 数字を出せ、エビデンスを出せ、〇〇を引っ張ってこい、というのが必ず結論ですからね。

稲田 麻酔というのは麻酔薬だけで成立するものではありません。手術があって、手術自体がダイナミックに変化していく中で、それに対応していくのですからもっと難しい話ですね。

問題は、われわれはそういった良い薬を手に入れたけれども、それをどう使うかという点にあって、はたしてそういった良い薬が出てきたから上手な麻酔ができるかという、それだけではできないという難しさは常に抱えているわけです。

モニターの進歩と患者を診ることの重要性

稲田 ではモニターの話も少ししてみたいと思います。『LiSA』ではモニターリングの話も結構扱っていて、最初は基本的なモニター、たとえばパルスオキシメーターとか、カプノメーターとか、BISの話などをしてきました。ではモニターはわれわれに何を与えてくれたのかという話もしておかないといけないと思うんです。

モニターばかり見ていて患者を診てないという話がありますが、モニターの使い方とか理解については、どれぐらい進んできているのかということも考えてみななければいけないと思います。われわれも基本的なトレーニングを忘れてしまうこともあります。たとえば血圧を測るとき。かつてはいつも食道聴診器なり胸部聴診器で音を聴いていたし、脈に触れる習慣がありましたね。何かあればすぐに脈に触れる、患者に触れる、そういった姿勢が最近では少ないのではないかと思います。モニター偏重になって、デジタルデータばかりに目がいってしまうことがあります。モニターリングの基本は、われわれ麻酔科医の存在の重要性だとか五感だということを忘れがちだし、われわれもそれをきちんと教えていないのではないかという危惧はあります。

須崎 ある意味では五感に頼るということに関して、現在の医療環境は非常に否定的です。電子カルテに入力できないものは、主観的すぎる、情報として信頼性がないと言われます。数字化して、情報化して、デジタル化しないかぎり医療情報にならないという風潮

で、手で脈に触れるなどということはアナログどころの話じゃなくて、完全に原始時代の話だということになっていきますから、それを若い医師に伝えるのは難しいですよ。

稲田 ただ、それが最高峰だと教えなければいけないかもしれないですね。

安田 一番てっとり早いですから。

稲田 持続的でもあります。その場の雰囲気、周りのものを見るという、手術室の雰囲気というのがあります。今まで外科医がさんざん冗談を言っていたのが急に黙ったりとか、声が真剣になったり、声高になったりすると、な



んかまずいなと感じますよね。

須崎 急に音がしないぞとかね。

稲田 そういったことがすごく重要なのです。

須崎 たとえば重症度の基準とか、ICUの入室基準を示せと言われても血圧値では書けない。90mmHgだから危険なわけではなくて、90mmHgで平気な人もいれば、100mmHgでもものすごく危険な人もいます。むしろ五感に近い、顔色が悪いという情報は大変大事ですが、顔色が悪いという基準は文書には書けない。顔色の悪い患者は絶対に危ないんですけど、それはなかなか

伝えられない。ましてや電子カルテには相反する内容なので…。

落合 今の話は危機管理をどう教育するかという問題に繋がるので、臨床の場で学習のチャンスをつくるのがなかなか難しいでしょうね。じゃあ、arrestを3回経験しましょう、というわけにはいきません。

つい最近、当院で挿管困難症例が3



須崎紳一郎先生

人いたんです。3人の研修医がそれぞれ担当していて、挿管困難になって、「見えません」「次に何をしますの？」という、エアウエイスコブを持ってくるわけです。それで見えないと、もうお手上げになってしまう。その次のステップはもう頭から飛んじやって、「できない、できない」で終わってしまうわけです。

だから挿管困難の危機管理というのを自分で考えて、自分で覚えて、最後まで自分でたどりつけるように教育しなければならない。常にインストラクターがいるわけじゃないから。

須崎 「危険なことを経験させないと教えられない」けど、「危険なことを経験させるわけにはいかない」のです

から、矛盾しているわけですね。以前はいろいろ経験して覚えよと言われたのですが、今はそんなことは倫理的にも許されません。

落合 特に手術室はそうですね。救急医療では、患者は重症化した状態で救急外来に来るわけだから救命するのが目的だけど、手術室ではそういった緊急事態が起こらないことが前提。大量出血や挿管困難をはじめとした緊急事態は全て私たちがつくっているといっても過言ではないので、危機管理上のアプローチが全く違うんですね。

須崎 パイロットと危機管理の話をする、「医者は大変ですね。私たちはシミュレータで何回も飛行機を落とします。だからできるんです。でも、先生方は人を殺さないでしょう」と言われました。その通りだと思います。だから難しい。最近はシミュレータも高性能にはなっていますが、でもシミュレータは所詮シミュレータですから。

稲田 まあ、経験ゼロよりはましですかね（笑）。

患者を診ることの大切さ というのは、今も昔も変わりません。術前診察や、いろんなデータの結果だけを単独で評価することは難しいと思います。最終的に、たとえば高齢者だったら「どうなの、元気なの」とたずねて、「元気です」と言われたら大丈夫だと感じます。それが総合的な評価だと思います。いくらデータがそんなに悪くな



くても、元気がなさそうで顔色も悪いなんていうと、これはまずいんじゃないかなと思うわけです。そういう主

観的なものと客観的な評価を

総合した情報は本当に伝えにくい。昔から伝えにくかったのかもしれないけど、現在でもそれは感じますよね。

安田 日本の現在の医療環境では、話を聞いていると、何かにつけてすぐにエビデンスと言われるし、何かにつけてすぐに客観的でなくてはいけないと言われるし、主観と経験が軽視されているというか…。

落合 病院機能評価では、いろいろなことが批判されるけれど、診療記録がもっとも基本ですね。診療記録にはあなたが病状についてどのように考えているかを道筋をつけて書きなさい、そこにはエビデンスも何も関係なくて、文献がどうのこうのではなくて、あなたが診察した内容をちゃんと書いてください、電子的だろうが紙だろうが、診療上どうの判断をしたかを記録するものですよと言いますね。

安田 それで何かあったら、すぐにそこを批判されるわけでしょう。

落合 結論を出すのは主観だもの。旅行するときも一番安い道でいくのか、一番早い道で行くのかを選ぶじゃないですか。その選ぶ部分は主観です。

須崎 文献が50あっても、この患者に当てはまるかどうかは別問題だからね。

安田 そもそも論文の結論だって、5%の棄却率がある。5%は間違っている可能性があるのですから。

稲田 エビデンスは最大公約数のとこ

ろを見ているだけですが、われわれはそこからはずれた部分も含めて見ていかないといけない。このギャップをどう埋めるかが問題ですね。

安田 あるとき、手術が終わって、胸の動きを見たかったんです。女性の患者さんだったのですが、毛布をばっとはがしたら、看護師にすごく怒られました。隠すのは理解できるんだけど、隠してほしくないときだってある。あまり考えずに、何でもかんでも隠しちゃっているんだね。

落合 人が聴診器をつけているのに。

須崎 最近、聴診器を持たない医者が結構多いですね。

稲田 考えてみれば、昔はいつも麻酔中に聴診器をつけていましたね。

安田 今はもう全然いらないですね。

須崎 阪井先生（国立成育医療研究センター、LiSA 編集委員）は、今でもそうだと聞きますよね。

稲田 私がマサチューセッツ総合病院に勤務した最初の日に、耳鼻科に行って自分の耳の型をとって、自分の聴診器用の自分の耳にピッタリ合ったイヤピースをつくってもらいました。それだけで、麻酔科医としての意識のレベルが上がった気がしました。胸壁聴診器は当時必須のモニターだったし、ほかのモニターはなくても、それだけは胸の上に乗っけると教わりました。そのうちパルスオキシメータが使用され始め、パルスオキシメータのプロブを最初につけるようになりましたけど。

須崎 今や聴診器は医療ものテレビドラマの小道具ですね（笑）。

稲田 患者を診るとか、そういう身体所見とかいうのは結構軽視されているような気がしますね。

須崎 そういうことをどうやって『LiSA』の誌面で伝えるかです。

落合 むしろそういうことを『LiSA』でしつこく言うべきですよ。『LiSA』だから言えることですから。

稲田 たぶん、最新の教科書とか雑誌に書いてあるのは最新のことで、今更聴診しろ、なんて書く人はいないから…。

安田 最近難しいテーマがたくさんあるけれども、患者をよく診るという基本が一番難しいかもしれない。

稲田 さっきのモニターの話で言うと、たとえば経食道心エコー法などの、画像診断が非常に重要視されるようになってきたし、超音波ガイド下の神経ブロックでは、画像診断の能力が麻酔科医に強く求められるようになりました。そういうテクノロジーばかりに集中しがちなところもあります。重要だけれども、そればかりでは駄目なのだというところも理解してもらわないといけないと思うんです。

われわれみたいな年代だから言えるのかもしれないけど、若い人だったら見えるものだから、見ればいいじゃないですかと言うけれど、すべての場面で経食道心エコー法が使えるわけじゃないし、それがなくなるとどうやって心臓のことを想像するかということも学んでいかないといけないと思いますね。それが伝えにくいところですよ。

これからの『LiSA』はどうなる？

安田 若い人といえば、われわれはずっと編集委員をやっていますが、次の世代にどうやってバトンタッチするんで



安田信彦先生

すか。

稲田 編集委員は3年ぐらいで交代と言っていたのに、20年近くも続けてしまいましたからね。

須崎 「編集委員に教授は絶対入れない」とも言っていましたね。今は皆教授です。

稲田 『LiSA』の創刊時に私たちが一番言われたのは、「君たちには育ててくれた年長者に対する感謝の心が無い」ということでした。表だっては言わなかった気がしますが、最初は反骨、いわゆる権威主義に対するアンチテーゼのような形でつくりましたから。そうやって出発した『LiSA』が、だんだんバイブル的に使われてしまうのは一番困ることですね。

安田 創刊時、表紙の色は電車の中で若い女性でも気兼ねなく開けるようなもの、ということで選びました。それで赤色になったんですね。

稲田 あまり医学雑誌らしくない、しゃれたものにしたかったの。

須崎 依頼原稿のくせに、よくもまあ、読みにくいという理由で書き直させたりしましたね。図々しいにもほどがありました。

稲田 創刊当初は、『LiSA』のスタイルをつくるのが大変でした。「です・ます」

調の口語体もそうだし、小見出しを多くするというのもそうだし。スタイルをつくるまでに、1年か2年、かかったのかもしれませんが。

原稿依頼をするときは必ず見本誌を送って、見ていただいて、こういう雑誌ですよということを言わないといけない。最近では『LiSA』のスタイルを皆さんに理解してもらえているから、細かいことを言わなくてもいい。

落合 昔は原稿依頼に『LiSA』風に書いてくれませんか、というのがありました。よほどほかの雑誌と違ったのでしょうか。

稲田 編集委員だった佐野先生がどなたかの原稿を全部書き直したこともありました。こう振り返ると、当時はみんなもうちょっと時間があって、もうちょっと今より手間ひまかけて、ていねいな雑誌づくりをしていましたね。

安田 確かにそうですね。みんな、もうちょっと時間があつたし、責任も少なかったからできたことです。

須崎 「エステティックサロン」を最初見たときに、なんで『LiSA』に美容のことが書いてあるんだろうと違和感がありました。上田先生の文章がうまいので、僕は美容には興味がないけれども、おもしろい文章だなとずっと読んでいます。

稲田 中木先生の薬の記事も、今は休載中ですが、再開を待っていますよ。

われわれにも、もう少し心の余裕があってもいいなという気がします。雑誌だけの問題じゃなくて、どこも

みんな忙しすぎて…。たとえば今の“Anesthesiology”や“New England Journal of Medicine”では、昔の論文などを取り上げたりしていますね。『LiSA』でも振り返って重要なもの、これはすごかったなという論文を見直すような、そんな企画があってもいいかもしれません。

須崎 『LiSA』の過去の記事で、印象深いのは、『ある末期がん患者のつぶやき』です。最初は気付かなかつたけれど、実は自分の高校の同級生だということが途中でわかったんです。それでしかも彼の絶筆になりましたね。

稲田 あの記事は、私が学会会場のホテルで突然高地先生の弟さんに「こんな記事を…」と原稿を渡されてびっくりして、というのが最初でした。『LiSA』に掲載することになり、闘病記で、目が悪くなっていく様子が綴られました。

今後、何か雑誌らしさがもう少し出るといいかなと思っています。今でも海外留学記は積極的に取り上げていますが、ほかにも各地の紹介やお国自慢をしてもらってもいいし、こっちは桜が見頃だとか、今日は雪が…という話とかから、そういったいろんな全国の話題を吸い上げるようなコーナーがあってもいいと思います。ぜひ雑誌らしく、遊びのページも増やそうにしたいですね。

安田 そうやって『LiSA』を継続してい



きたいですね。

稲田 先ほど安田先生がご指摘の世代交代については、あのおじさんたちに任せ

ておいては駄目だという人が出てきて、押し退けてくれるのが一番いい。われわれはそうやって出てきたわけですから。

落合 今はそういう時代ではないのかもしれませんが。もっとスマートな人たちがたくさんいますから。お年寄りも勝手にやってください、若い人ももっと違うことをやるよと。

安田 その勢いで『LiSA』とは別の雑誌が新たにできていいと思います。

落合 その場合は雑誌という形態でないかもしれないですよ。インターネットとか、実際、すごくアクティブに動いているわけだし。

稲田 技術的に、たとえばTIVAのこととか、いろいろな細かいことを教えるグループはありますが、麻酔領域全般について議論しているグループというのはないようですね。

安田 自分が興味を持つテーマ以外については突っ込まなくなっているようです。

落合 それが専門分化なんですよ。

安田 そう考えると『LiSA』の編集会議は自分の勉強の場でもあります。

稲田 『LiSA』の編集会議は創刊時から今までずっと誰でも参加できるようにして、たくさんの方に参加してもらっています。ほかの雑誌の編集者が来たこともありました。そうした大勢の方の力を借りてここまでやってきたということなのだと思います。



安田 そうやって『LiSA』を継続してい

LiSA Vol.20 到達に寄せて



編集委員

津崎晃一

慶應義塾大学医学部 麻酔学教室

企画当初の予想をはるかに超え、創刊以来すでに19年の長き軌跡を残しつつあるLiSAは、今や定番医学雑誌の地位を確立し、これも発刊に関わってきた編集スタッフや執筆者のひとかたならぬ努力、そして何よりも読者の熱い支持のためと、深く感謝する次第である。「徹底分析」における斬新な切り口のレビューに加えて、「症例検討」におけるディープな誌上討論を二本柱とする構成は、他の連載記事と併せた創刊以来のLiSAの特色であり、口語体の採用など、理解しやすさや客観的根拠を優先した脱権威主義的な編集方針が、医学雑誌として他の追随を許さないユニークな存在として評価されている所以だろう。

ところで、この20年間に麻酔科領域で生じた大きな変革には、第一に、新たなモニタリング技術や新薬、新デバイスのようなハードウェアの進歩が挙げられる。たとえば、喉頭鏡と気管チューブに頼る気道確保、解剖学的ランドマークに依存する中心静脈アクセス、血液/ガス分配係数の高い吸入麻酔薬、作用持続時間の長い非脱分極性筋弛緩薬、局所同定を放散痛の有無に託す末梢神経ブロックなど、ツールが限られていた時代の麻酔は、多分に名人芸的な技術や経験を必要としていた。これが魅力でもあったのは事実であるが、初心者が安全に行えるほど進化してきた近年の麻酔は、患者管理が容易になった反面、ディスプレイ上の仮想現実に入りがちであり、患者の傍らで常に五感（第六感を含めて）を研ぎ澄ませておくことの重要性を忘れてはならない。

もう一つの大きな変革は、限られた医療資源の効率的な配分が必要とされる現代では、介入によるアウトカムの改善を目標とした包括的な周術期管理システムの構築と運用が重視されるようになってきたことである。現状の電子カルテシステムは医事会計との連携目的に止まっているが、既存の機能をさらに進化させて管理システムへの統合を図ることは比較的容易なはずである。実際、どのような医療内容がどのようなアウトカムをもたらすのか、そして、必ずしも静的ではない動的システムの最適化をどのように図るべきか、などのソリューションを得るには、メディカル・インフォマティクスの充実が必要であろう。また、LiSAが果たしてきた麻酔関連情報の集約も、ナラティブ・データとして統合されることにより、このシステム構築を側面から支えることに役立つだろう。実現困難な課題ではあるが、次代の麻酔を担う読者諸君に今後は託したい。

ちよこつと
気になる？

売上ランキング上位30

売上順位	月号	徹底分析シリーズ	症例検討
1	2009年5月号	セボフルラン	—
2	2009年1月号	周術期の輸液管理	高齢者の大腿骨頸部・転子部骨折
3	2009年2月号	輸液管理：病態と輸液剤の選択	—
4	2009年4月号	産科麻酔の Controversies：帝王切開術の麻酔法の常識に迫る！	産科救急の麻酔
5	2009年8月号	LMA・声門上器具	—
6	2007年9月号	レミフェンタニル	レミフェンタニルの実際
7	2008年7月号	NSAIDsを知る・使いこなす	血液疾患患者の麻酔
8	2010年3月号	スガマデクス（基礎編）	電解質異常とその治療（その1）
9	2009年12月号	酸塩基平衡異常	股関節手術の麻酔
10	2010年4月号	スガマデクス（臨床編）	電解質異常とその治療（その2）
11	2011年3月号	素朴な疑問 これにて13件到着！	術後鎮痛
12	2009年6月号	脳外科手術の Controversies—1	非心原性肺水腫
13	2003年5月号	研修医の素朴な疑問に答えます（その1）	β 遮断薬と麻酔
14	2010年7月号	緊急輸血—予期しない、あるいは予想を超えた出血	術前評価と麻酔の説明： 患者のよくある質問にどう答えますか？
15	2009年3月号	区域麻酔の Controversies	慢性心不全患者の麻酔
16	2009年10月号	麻酔に関するガイドラインを知ろう	脳血管障害患者の麻酔
17	2011年4月号	素朴な疑問 これにて26件到着！	麻酔でよく用いられる薬物の副作用
18	2010年6月号	周術期管理に必要な抗血小板療法の理解—2	術前評価と麻酔
19	2009年7月号	脳外科手術の Controversies—2	吸入麻酔薬：使用時の注意点
20	2008年11月号	心不全に挑む	ちょっと複雑な冠動脈バイパス術の麻酔
21	2008年1月号	ロクロニウム	よくある症例の麻酔
22	2010年10月号	術後回復力増強（ERAS）プロトコル	麻酔歴に問題がある患者の インフォームドコンセントと麻酔3
23	2008年9月号	感染症を克服する：基礎編	冠動脈疾患患者の麻酔
24	2006年6月号	人工心肺の基礎	術中大量出血
25	2003年6月号	研修医の素朴な疑問に答えます（その2）	—
26	2008年2月号	脊髄くも膜下麻酔の謎に迫る	—
27	2011年6月号	周術期における栄養管理	食道手術の麻酔
28	2009年9月号	麻酔科医の知らなければいけない免疫	—
29	2011年9月号	LiSA 麻酔手技座談会 隣は何をする人ぞ 気道確保・気道管理 編	硬膜外麻酔・鎮痛の合併症
30	2008年10月号	冠動脈疾患患者の麻酔 “Pros & Cons”	—

2013年 年間購読 受付中



- 自らが読みたい雑誌をつくるという編集委員のポリシーからスタートしたLiSAは、いわゆる医学雑誌とは一線を画し、スタンダードを示すのではなく、既存の知識をも新しい切り口で検討し直そうとするもの。
- 一步踏み込んだ分析、今までとは異なる視点からの解釈を示し、読者の知的欲求に応える「徹底分析」。
- 具体的な提示症例に対し、一般論を抜きに「私ならこうする」をストレートに示す「症例検討」。
- その他、創刊当時からのモットー、“楽しく学ぶ”から生まれた読み物が満載。
- 総合誌LiSAのテーマは、基礎と臨床、手術室から社会へと広がりをもち、麻酔科医だけでなく、集中治療医や救急医、外科医、看護師、臨床工学技士にも共通の場を提供します。

おかげさまでVol.20に到達！
表紙をリニューアル、ますますの充実を図ります



LiSA

Life Support and Anesthesia
麻酔を核とした総合誌 [リサ]

年間購読料

(月刊：通常号 12 冊+別冊=計 13 冊)
30,450 円 (本体 29,000 円+税 5%)

1 部定価 2,310 円 (本体 2,200 円+税 5%)
別冊定価 3,990 円 (本体 3,800 円+税 5%)

* 毎号お手元に直送します。(送料無料)
* 1 部ずつお買い求めいただくのに比べ、約 4% の割引となります。

編集主幹

稲田英一

順天堂大学医学部 麻酔科学・ペインクリニック講座

詳しくは弊社ホームページをご覧ください。 <http://www.medsj.co.jp>

先日の編集会議で「聴診器を持っていない医師も多い」という話になりました。持っはいるが、それは医療者であることを示す印だというコメントも…そこで、あなたはどうか？

- 聴診器を持っている
- 聴診器は持っていない
- 聴診器って、何ですか？
- + オプションを追加...

LiSA の制作裏話から雑談まで、
編集部も編集委員も読者も、
みんながタイムラインで繋がります。

LiSA Facebook は
読者参加型のオンラインサロン。

麻酔科医が得意な種目は何だろう、と考えてみました。これが、一番！と思われるものへの投票をどうぞ。

- 穿刺の技術とフォームが命 アーチェリー
- やっぱりチームプレイでしょう サッカー
- 長〜い手術に耐えられる持久力が発揮できる マラソン
- 喉頭展開で鍛えた手首のスナップが生きる バドミントン
- DAM症例で培った平常心と頭の切り替えの早さが大切 テニス
- 呼吸を制するものが制する 競泳
- + オプションを追加...

LiSA をもっと身近に。

  「いいね！」してね。



<https://www.facebook.com/lisa.meds>

LiSA 麻酔を核とした総合誌 [リサ]
Life Support and Anesthesia

Facebook

メディカル・サイエンス・インターナショナル