

2025年3月11日

第3571号

月刊（毎月第二火曜日発行）
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

医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今月号の主な内容

- [対談] 大学病院が直面する危機（相良博典、大島精司）…………… 1—2 面
- [座談会] がん薬剤師外来で実現する、薬剤師だからこそ担える役割（川上和宜、坂田幸雄、小澤有輝、葉山達也）…………… 4—5 面
- [座談会] 救急受診前から発揮される看護実践（佐藤憲明、吉野暁子、淵本雅明、大村正行）…………… 6—7 面

対談

大学病院が直面する危機



相良 博典氏
昭和大学病院 病院長/
全国医学部長病院長会議 会長

大島 精司氏
千葉大学病院 病院長/
国立大学病院長会議 会長

相良 私は昭和大学病院の病院長を務める傍らで、全国の国立・私立大学の医学部長（医科大学長）、大学病院長を会員とする全国医学部長病院長会議（AJMC）の会長を昨年からは兼任しています。大島先生とは大学病院運営に関連するさまざまな会議でお会いしていますが、こうしてじっくりお話できる機会はなかなかありませんでしたのでうれしいです。

大島 こちらこそ、このような機会は光栄です。私も昨年からは千葉大学病院病院長、ならびに国立大学病院長会議（NUHC）の会長に就任しました。本

日はそれぞれが院長を務める病院の個別事情はもちろん、国立と私立の違いという切り口や、おのおのが会長を務める病院長会議での情報を踏まえた、より全体的な視点での議論をできれば幸いです。

アフターコロナの大学病院

相良 国立大学病院の多くが赤字であるように（図1）¹⁾、大学病院経営の危機を語る上で、コロナ禍の影響は避けて通れません。AJMCの調査によれば、大学病院における2020年度の外来の

2024年10月、国立大学病院長会議（NUHC）が発表した2024年度収支見込みでは、全国42の国立大学病院のうち32施設が赤字を見込み、国立大学病院全体での赤字額は250億円以上に上がることが明らかになった（図1）¹⁾。

背景には物価高騰や人件費の上昇による支出増があり、国立大学病院の存続そのものが危ぶまれる状況にある。また大学病院全体に目を向けても同様の状況を呈しており、早急な対応策が求められている。

大学病院の経営難により生じる問題とその打開策について、NUHC会長の大島氏と、全国医学部長病院長会議（AJMC）の会長を務める相良氏が語った。

初診患者数は対前年度比で約16%減りました²⁾。現在も、コロナ禍前の患者数には届いていません。入院患者数も同様に減少しており、どの大学病院も外来・病床の稼働率を上げるために試行錯誤していることと思います。

大島 病床稼働率の低下は深刻です。当院はもともと850床を有しているものの、全てを開放していても稼働率は低く、採算もとれないことから、現在は1フロア分の病棟を閉鎖し計805床で運営しています。

相良 外来と入院による収入が減少する一方で、外科の先生方の頑張りのもあり、手術件数だけはどうかコロナ禍前に迫る回復の兆しを見せています。しかし今後は働き方改革の影響もあり、思うように伸びていくかはわからないのが正直なところです。

大島 また、COVID-19の感染症法上の位置付けが5類に移行したことにより、病床確保料などの国からの補助金は一律にカットされてしまいました。経営的にダメージを受けている病院は多いはずです。

相良 5類へ移行したとはいえ、高度急性期医療を担う医療機関やその他の特定機能病院では、COVID-19感染者が出れば2類相当の感染症と同等の対応を取らねばならない現状があります。ゾーニングや患者の受け入れ制限

は収益面のマイナスだけでなく医療従事者の負担増加にもつながりますので、この状況を問題視しています。

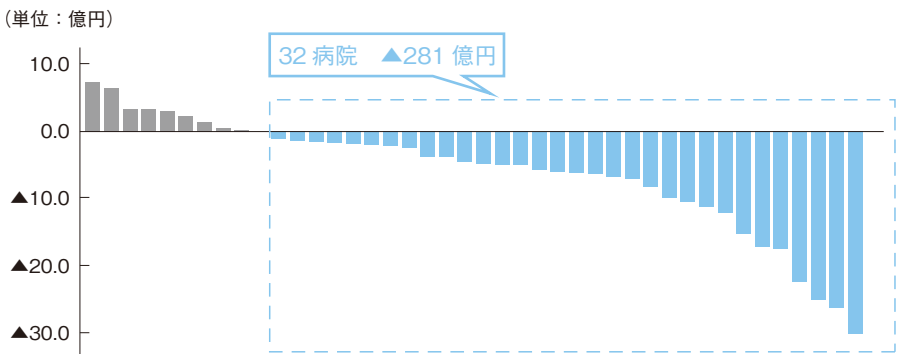
高度な医療を提供するほど赤字が膨らむいびつな構造

大島 ここ数年の傾向として、現場や経営層のさまざまな努力により営業収入自体はなんとか増加している大学病院は少なくありません。しかし、大半の病院は支出増加が収入増加を大きく上回るせいで、結果的に増収減益による赤字に陥っています。支出増加の根幹にあるのは諸経費の深刻な高騰です。NUHCの調査では2024年度の医療費や光熱水費、人件費などは軒並み昨年度を大きく上回りました（2面・図2）¹⁾。

相良 物価の高騰により建設費や業務委託費が増加したことで、老朽化が進む施設の建て替えや設備投資も思うように進められなくなってきています。建設予定だった病院や関連施設も、想定の数倍以上に予算が膨らんでしまい計画そのものが中止に追い込まれた話も耳にするようになりました。そうしたケースは今後も増えていくでしょう。

大島 支出の中でも大学病院にとって

（2面につづく）



● 図1 2024年11月時点での国立大学病院の収支見込み（文献1をもとに作成）
全体42の国立大学病院のうち、32の施設が収支マイナスの見込み（赤字は計281億円）。国立大学病院全体ではマイナス254億円の収支見込み。大学本部からの支援等は含まれていない。

今月の新刊書籍 医学書院

医学 急性腹症診療ガイドライン2025（第2版）

編集 急性腹症診療ガイドライン2025改訂出版委員会
A4 頁200 定価：4,950円 [本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05773-8]

医学 〈ジェネラリストBOOKS〉集中講義！おなかの身体診察
フィジカル&腹診で腹部症状に立ち向かえ

中野弘康
A5 頁240 定価：4,950円 [本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05786-8]

医学 直腸癌集学的治療戦略
がん研究会有明病院の実践

監修 福長洋介/山口研成
編集 篠崎英司
B5 頁196 定価：9,900円 [本体9,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04973-3]

医学 うし先生と学ぶ「循環器×臨床推論」が身につくケースカンファ

著 上原拓樹
監修 佐藤宏行
B5 頁204 定価：5,500円 [本体5,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05785-1]

医学 皮膚科レジデントマニュアル（第2版）

編集 鶴田大輔
B6変型 頁368 定価：5,500円 [本体5,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05763-9]

医学 アレルギー性気管支肺アスペルギルス／真菌症の診療の手引き（第2版）

編集「アレルギー性気管支肺アスペルギルス／真菌症」研究班
B5 頁280 定価：5,940円 [本体5,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05714-1]

医学 感染症薬学のひきだし
疾患・治療・制御の基本から応用まで

編集 松尾宏一/川上和宜/中野貴文
B5 頁520 定価：5,280円 [本体4,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05784-4]

看護 ポーリット & ベック看護研究（第3版）

著 D.F. ポーリット/C.T. ベック
監訳 坂下玲子
訳 坂下玲子/谷田恵子
B5 頁832 定価：10,780円 [本体9,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05706-6]

看護 看護研究のための文献レビューマトリックス方式（第2版）

著 Judith Garrard
訳 安部陽子
B5 頁224 定価：3,300円 [本体3,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05781-3]

看護 病期・病態・重症度からみた疾患別看護過程+病態関連図臨床判断につながる観察ポイント（第5版）

編集 井上智子/窪田哲朗
A5 頁2088 定価：7,700円 [本体7,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05716-5]

看護 家族計画指導の理論と実際
超少子社会における新しい家族のあり方を求めて（第3版）

齋藤益子/木村好秀/古賀文敏
B5 頁192 定価：3,520円 [本体3,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05777-6]

看護 ことばにしてみた訪問看護の看取り

鈴木沙織
A5 頁136 定価：1,980円 [本体1,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05772-1]

看護 走り続けた看護師たち
新型コロナウイルス感染症パンデミックで起きたこと

あさひ ゆり
A5 頁152 定価：1,980円 [本体1,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05778-3]

看護 対話と承認のケア 増補版
ナラティブが生み出す世界

宮坂進夫
A5 頁298 定価：2,750円 [本体2,500+税10%]
[ISBN978-4-260-06181-0]

●さがら・ひろのり氏

1993年獨協医大大学院医学系研究科修了。同年に英サザンプトン大留学。2009年4月より獨協医大越谷病院呼吸器内科主任教授を務めたのち、13年に昭和大医学部内科学講座・呼吸器アレルギー内科学部門の主任教授に就任。17年より、同大病院内科学講座主任・副院長を務める。20年4月より現職。24年から全国医学部長病院長会議の会長を務める。



●おおとり・せいじ氏

1994年千葉大医学部卒。2001年同大大学院修了。博士(医学)。02年米カリフォルニア大サンディエゴ校に留学。03年から千葉大大学院医学研究院整形外科にて助教を務め、16年教授に就任。18年同大大学院医学研究院副研究院長、同大病院・浦安リハビリテーション教育センター長を兼任。24年より現職および国立大学病院長会議の会長を務める。



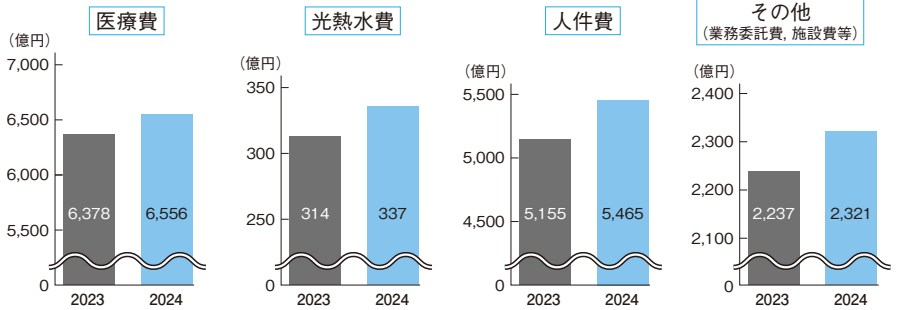
(1面よりつづく)

特に由々しき問題と感じているのは、医療費の部分です。医療の高度化に伴い、医薬品の費用や機器の維持費は増加の一途をたどっています。患者のためにハイレベルな医療を提供しようとすればするほど医療費がかさみ、マイナスが膨らんでしまう。大学病院に求められる医療水準を考えると、こうしたいびつとも言える状況には疑問を感じざるを得ません。このまま状況が改善されず赤字が続けば、倒産する大学病院が数年以内に出てきてもおかしくありません。附属病院を有する大学にとっては病院の収益が法人全体に占める割合が5割以上であることも珍しくありません。恒常的に赤字を生み出してしまふ構造的な問題は、病院だけではなく、日本の大学法人経営といったさらに大きな枠で憂慮すべきテーマだと考えます。

相良 同感です。大学法人という観点では、総合大学であれば病院以外の収益源も確保できる手立てがあるものの、医科の単科大学はそうした手立てもないためにさらに厳しい状況にあると想像します。かと言って、赤字が膨らんだ大学病院が医療費を抑えるために高度医療の提供を控えてしまえば、最終的には国民の健康にとって不利益が生じることになります。高度医療の提供を健全に続けられるだけの環境整備は、日本全体にとっても喫緊の課題です。

臨床偏重により失われる
アカデミアとしての魅力

相良 国立の大学病院は、運営費交付金という形で運営費の約25%近くを国からサポートしてもらっています。私立の場合は経常費補助金がこれに近いですが、こちらは運営費の約2.5%



●図2 国立大学病院における支出増加の要因(文献1をもとに作成)

数値は42国立大学病院の合計を示す。医療の高度化に伴い高額な医薬品、材料の使用料増により医療費が増加した。またエネルギー価格高騰により光熱水費も増加し、働き方改革、人事院勧告の影響で人件費が増加した。さらに、業務委託費や老朽化が進む施設への投資による経費も物価高騰に伴い増加している。

と割合が大きく下がるため、自力で収益を上げるために国立以上に努力をしなければならぬと感じています。診療実日数を例に挙げれば、土曜日や日曜日にも診療する私立の大学病院は多いです。言い換えれば、そこまでしないと立ち行かないほどにギリギリの経営状況の施設が多いのです。

大鳥 休日に稼働する流れは、実は国立の大学病院にも来ています。祝日の月曜日は休みとせず通常どおり稼働したり、手術に限り土曜日実施したりといったスタイルに変更する施設が出てきています。そうなれば当然休みが減るので職員から不満も生じるわけですが、国立の場合はさらに賃金の問題が絡んできます。国立の大学病院の場合は医師ではなく「教員」として雇用されていることもあり、私立や民間の病院と比較した際の給与の開きは大きいのです。こうした点が、人材確保を難しくする極めて大きな一因になっていると感じます。

相良 経営難への策として前述のように診療時間を増やす策を講じた結果、研究や教育に割く時間がさらに減少しているという問題も悩ましいです。臨床、教育、研究の3本柱は本来、大学病院の役割であると同時に魅力でもあるわけですが、現状はあまりにも臨床偏重になっています。

大鳥 そうですね。また、働き方改革による勤怠管理の徹底で超過勤務分の人件費が激増していますから、人件費を抑えるべく職員の勤務時間のどこを削るかを考えた場合に、診療よりも学生の教育に充てる時間がまず候補になる可能性があります。現在の医学教育は臨床参加型実習がトレンドになってきているものの、現場では診療業務が多忙なために、医学生を教育するための時間を確保するのがすでに難しくなっています。

相良 研究面に関しても同様の懸念があります。本来は研究に没頭しなければならぬ助教クラスでも、研究に対しての時間をなかなか割けない状況が浮き彫りになっていますから、研究意欲のある方にとってアカデミアとしての魅力が低下していることは事実でしょう。

大鳥 日本は20年ほど前までは世界でもトップクラスの研究力を持っていたにもかかわらず、現在は先進国で最低の部類にまで低下してしまいました³⁾。しかも、医学を含めた全ての研究分野を対象とした文部科学省の調査によれば、被引用数が0~3回のいわゆる「ほとんど読まれない」論文の割合は他の先進国よりも高いのです⁴⁾。研究のための十分な時間は確保できぬままに薄い内容の論文ばかりを量産している現状には、個人的にも危機感を覚えます。今の状況が続けば、日本の医学研究力は低下する一方です。

財源の確保に向け、
国全体を巻き込んだ議論を

相良 今後大学病院の経営を改善していく中では、財政面の立て直しが最優先の課題です。しかし、診療による収益増には限度があり、教育・研究との兼ね合いもあります。そうすると今後は、物価高騰や社会状況なども踏まえながら診療報酬をこれまで以上に上げていく必要があるのではと思うのです。極論、大学病院が担う高度な医療機能や研究・教育機関としての使命までを踏まえた、通常とは別建ての診療報酬の設計をするくらいのことがなければ、この状況は変わらないと思います。

大鳥 国が本気になって動かなければ財源の確保は難しいですよ。診療報酬の改定はもちろんのこと、大幅な制度変更という意味では消費税に関する議論が進むことを望んでいます。保険診療には消費税の負担がないにもかかわらず、病院側の持ち出しとなる医療費や設備投資には消費税の負担がありますから、これが解消されればかなりの財源が確保できるだろうとの思いがあります。

相良 国に働きかける上では、国民全体をこの議論に巻き込むことが重要です。医療従事者がどのような働き方をしていて、医療機関の収益構造はどうなっているのかを、少しでも理解していただくことが問題意識を共有するための第一歩なのかなと。

大鳥 加えて、各自治体の理解もばら

つきが大きいので是正が必要と感じています。千葉県は知事の理解を何とか得られていますが、都道府県が非協力的なために必要な支援が得られていない国立の大学病院は、驚くべきことに半数にも及んでいます。AJMCやNUHCからも継続的に働きかけて、国や自治体のサポート体制を構築していかなければなりませんね。

大学病院の存続は国民の
健康に直結する社会課題

相良 大学病院は地域医療のインフラであり、最後の砦でもあります。ですからここまで議論してきたような経営難や大学病院の魅力低下の話を突き詰めていくと、最終的には地域医療の崩壊につながると考えています。大学病院からの医師派遣の取りやめに関するニュースも出てきているように、すでに崩壊が始まっている部分もあるのですが、世間の危機感はまだまだ低いように感じるのも正直なところですよ。

大鳥 もしかすると、大半の国民からすれば大学病院の問題はあくまで各施設レベルの問題に感じられてしまい、自分たちが生活する地域全体にとっての問題としてはイメージしにくいのかもしれません。

相良 大学病院の存続が国民全体の健康に直結しているということを、私たちからも発信していく機会を増やしていく必要がありますね。高度な臨床・研究機能とそれらを基盤とした教育機能、この三位一体の役割は大学病院だからこそ果たし得るものであり、日本社会にとって欠かすことはできないのです。経営の悪化によりそれらの機能が損なわれたり、大学病院自体の存続が危ぶまれたりする事態は、何としても防がなくてはなりません。

大鳥 今後の日本が世界の中でどういう立ち位置をめざすかを考えた時にも、諸外国に比べて医療は最大のアドバンテージだととらえています。創薬や新たな医療技術などのイノベーションを生み出していくためにも、大学病院の存在は重要になるはずですよ。国民の理解を得ながら、国全体として後押しをしていただけるよう努めていきたいです。(了)

●参考文献・URL

1) 国立大学病院長会議. 国立大学病院収支状況調査について(報告). 2024. <https://bit.ly/4gIK7bK>

2) 全国医学部長病院長会議. 新型コロナウイルス感染症が大学病院経営に与えた影響(2020年度). <https://bit.ly/3EFedzs>

3) 豊田長康. 今後の医学教育の在り方に関する検討会. 日本の【医学】研究競争力を低下させないために. 2024. <https://bit.ly/4b0yjjR>

4) 文科省科学技術・学術政策研究所. 科学研究のベンチマーキング 2023. <https://bit.ly/3EHCZix>

病院の電気代、見直しませんか？



病院のコスト削減実績

- ◆契約電力 890kW
- ◆削減率 6%
- ◆年間削減額 420万円

※TERASEL でんき forBizへ切替を行ったことによる料金削減実績の一例となります。

**伊藤忠エネクス株式会社**

「電気需給契約者：伊藤忠エネクス㈱」
「小売電気事業者：九州電力㈱又は伊藤忠エネクス㈱」

まずはお見積りから! /
テラセルでんき 法人電力 検索

https://service.itcenex.com/lp/houjin_hanbai/



よい病院は
どうあるべきかを
研究する

病院

2025年3月号
Vol.84 No.3

特集

生き残るための 病院財務の基本

【月刊】1部定価：3,300円
(本体3,000円+税10%)

詳しくはこちら





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。

今回のテーマ

医師が留学したいと思ったら最初に考えるべき 3 つの問い

今回の回答者

小谷 祐樹

亀田総合病院集中治療科 部長代理

ここに・ゆうき/2013 年京大医学部卒。日赤和歌山医療センターにて初期・後期研修を行い、18 年に亀田総合病院集中治療科へ。22 年からは 2 年間イタリアに研究留学をする。帰国後、24 年より現職。ICU や集中治療医のキャリアに関する Podcast「ICU トーク」のパーソナリティ。X ID：@YukiKotani5

に至るまでの各プロセスに自らかかわり、体感する必要があると考えました。

Answer…留学したいと思ったら初めにすべきは理由の明確化です。自分の目的意識を言語化しておくことで留学先の選定もしやすくなり、留学後の経験も充実したものに変わります。

FAQ 2

留学先はどうやって決めるのでしょうか？

留学の目的が明確になれば、留学先の選定も容易になります。たとえば研究留学であれば、自分の興味分野で世界をリードしている国や施設、研究者をリストアップすることができます。臨床留学の場合、留学したい国によって条件が変わってきます。アメリカで臨床を行うには USMLE という医師国家試験に合格する必要があります。試験対策の時間も考慮する必要があります。カナダやオーストラリアでは、日本の医師免許に加えて英語試験（TOEFL や IELTS）の受験および専門医資格の取得で留学が可能になる場合もあります。

留学先にどの国を選ぶかによって、その後のキャリアパスも大きく異なります。国や施設の検討には、先輩たちの経験談が非常に役立ちます。身近に留学経験者がいない場合でも、Web や SNS などを活用して情報収集することが重要です。経験者しか知り得ない貴重な情報が数多く存在します。

私自身は、イタリアにある Vita-Salute San Raffaele 大学の麻酔集中治療講座に研究留学しました。その理由は、集中治療分野で数多くの RCT を実施していたからです。私が研究留学先を選ぶ際に重視したポイントは、その施設から発表されている論文の「筆頭著者」と「研究分野」を確認することで。筆頭著者を確認することで、若手にも執筆のチャンスが与えられているかがわかります。また、主要な研究分野を把握することで、自分の興味と

マッチするかを事前に予測できます。

とはいえ、イタリア行きを決意するにはいくつかの懸念もありました。まず、その施設では過去に日本人留学生を受け入れた実績がなかったこと。次に、非英語圏であることです。しかし、家族や上司と相談を重ねるうちに「前例がないからこそ、新しい人脈を築き、貴重な経験を得られるのではないか」と考えるようになりました。この視点の転換によって、不安は次第に薄れ、むしろ未知の環境に飛び込むことへの期待が膨らんでいきました。「前例がないからこそ、挑戦する価値がある」と確信したのです。

Answer…特定の国や地域にこだわらず、自分の目的に最も合った施設を選びましょう。興味のある分野で世界をリードしている国や施設、研究者を調べ、Web サイトや先輩からの情報も参考にしながら検討しましょう。

FAQ 3

留学資金はどう工面すればよいですか？

留学中の資金管理は大きな課題です。近年の円安と物価上昇によってその負担はさらに増しています。特にビザ取得には、滞在期間中の安定した資金確保が求められるため、渡航前に十分な資金源を確保することが不可欠です。加えて、予想せぬ出費も考慮する必要があります。私自身、ビザ申請に必要な公的書類の準備、航空券の変更、渡航前のホテル滞在といった想定外の支出を経験しました。スムーズにビザが発行され、予定通り渡航できるとは限らないという認識を持つことが重要です。事前に柔軟な資金計画を立てておくことで、予想せぬトラブルにも対応しやすくなり、精神的な余裕を持って留学準備を進められます。

さらに、留学中は仕事だけでなく、異国での生活そのものも大切な経験です。国内外への旅行や文化体験に費やす余裕があると、留学生活がより充実したものになります。主な資金源は以下の通りです。

給与：臨床留学であれば、留学先から給与が支給されることが一般的です。一方、研究留学は無給の場合が多いです。

留学助成金：多くの団体がさまざまな

金額・期間の助成金を提供しています。応募資格は団体によって異なりますが、年齢（概ね 38～40 歳が上限）や博士号の有無が重要な基準です。

貯金：当然のことですが、貯金は多いに越したことはありません。渡航前にしっかりと貯金する人が多く、給与があっても貯金を取り崩して生活するケースは少なくありません。

特に留学助成金について、私の経験をもとにお伝えします。大切なのは、応募可能な助成金には全て応募することです。多くの助成金は必要書類が似ているため、一度申請書を完成させれば、他の助成金にも応用できます。助成金申請に必要な主な内容は①留学後に行う研究計画、②留学する施設の特徴③応募者の経歴・業績の 3 つです。

特に①留学後に行う研究計画は、事前に留学先と綿密に打ち合わせをしなければ書けません。留学後の成果に直結する重要な内容です。私自身も、渡航前から指導教官と何度も相談を重ね、メールの返信がなくても粘り強くリマインドを送りました。その結果、研究テーマが決まり、助成金の獲得にもつながりました。

Answer…ビザ取得や渡航時の予想せぬトラブルにも備え、留学を検討し始めた段階から十分な資金を用意しておきましょう。留学助成金の獲得に当たっては、応募可能な助成金には全て応募するようにしましょう。

もう一言

留学を考え始めたら、まずは①「なぜ留学したいのか？」を自分自身が納得できるまで明確にしましょう。目的がはっきりすれば、②「どこに留学したいのか？」も決めやすくなります。また、留学先との面談でも、志望動機を簡潔に伝えられるでしょう。行き先が決まれば、物価の相場がわかるので、③「留学資金をどう確保するか？」も具体的に計画できます。①→②→③の順に考えることで、「留学してみたい！」という漠然とした希望が、実現可能なアクションプランに変わります。皆さんが実際に渡航の日を迎えることを心から応援しています。

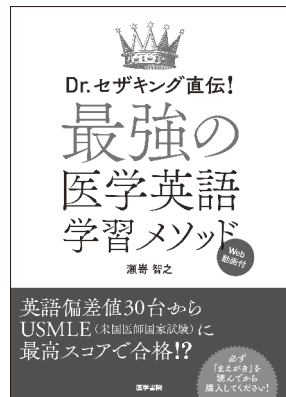
基礎英語力から医学英語の最たる領域まで、**医学書院**
Dr. セザキングが最強の勉強方法を伝授！

Dr.セザキング直伝！

最強の医学英語学習メソッド

Web
動画付

瀬寄 智之



英語偏差値 30 台から USMLE（アメリカの医師国家試験）に最高スコアで合格！？ 文法や発音、リスニングなどの基礎的な英語力から、医学英文読解や英語診察といった医学英語の最たる領域まで、英語がトコトン苦手だった Dr.セザキングだからこそ到達した、最強の勉強方法を伝授！付録には参考書や塾のお役立ち一覧表、USMLE 受験モデルスケジュールなどを収載。さらに購入者限定「英語診察フレーズ」Web 動画付き！

A5 頁 264 2020 年
定価：3,740 円（本体 3,400 円＋税 10%）
[ISBN 978-4-260-04174-4]

詳細は
こちらから



Question 01
なぜ留学したいのか？

留学の理由・目的を明確化すれば、具体的にどこで何をしたいかが見えてきます。

Question 02
どこに留学したいのか？

留学目的を叶えるのに最適な場や指導者をリストアップし、必要な準備を始めましょう。

Question 03
留学資金をどう工面するか？

資金源は、給与・留学助成金・貯金の 3 つ。留学後の活動計画を早期に立て、留学助成金に応募しましょう。

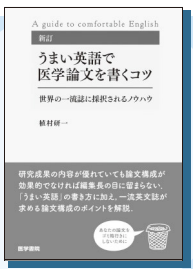
●図 留学したいと思ったら最初に考えるべき 3 つの問い

一流英文誌に採択される論文を書くために知っておくべき英語論文作成のノウハウが満載

新訂 うまい英語で医学論文を書くコツ 世界の一流誌に採択されるノウハウ

英語論文を執筆しようと思ったら、まず本書で comfortable English をマスターするべし。一流英文誌に論文を採択されたかったら、まず本書で世界で通用する論文構成を学べし。新章「学術論文のうまい書き方」を加え“あの”名著がさらにパワーアップして復活。

植村研一



A5 頁 224 2019 年 定価：3,520 円[本体 3,200 円＋税 10%] [ISBN 978-4-260-03936-9]

医学書院

座談会

がん薬剤師外来で実現する、
薬剤師だからこそ担える役割

2024 年 6 月に新設されたがん薬物療法体制充実加算（100 点）は、医師の診察前に薬剤師が患者と面談する「がん薬剤師外来」の実施が算定条件とされています。しかし、副作用の評価や処方提案といった外来業務になじみのある薬剤師はまだ少数でしょう。本座談会では、がん薬剤師外来の立ち上げを経験し、現在も日々外来業務に従事する 4 氏に、各施設での経験や、外来を軌道に乗せるための工夫についてお話しいただきました。

川上 処方提案というと、多くの薬剤師はハードルが高いと感じてしまうかもしれません。また、診察時間よりも前に薬剤師が介入を行うことで診察を遅らせてしまったらどうしよう……といった不安を抱く方もいることでしょう。しかし、薬剤師による介入は他職種の負担軽減に直結しますから、まずは導入してみて、薬剤師外来がどのようなものかがわかってもらえれば、周囲からはポジティブな反応が返ってくるはずだと確信しています。

自身の提案に責任を持つ
マインド

小澤 診察前と後のどちらで介入するかが重要だと川上先生がおっしゃいましたが、診察前に面談を行うようになって感じる一番のメリットは、抗がん薬の中止・減量の提案が行いやすくなったことです。診察後の提案により医師の見立てを否定しているように受け取られる可能性がなくなるだけでも、薬剤師側の精神的負担が軽くなります。

坂田 初めは緊張しますよね。医師に対して中止や減量の提案をするのって。

小澤 はい。ですから私は、初めの頃は医師のところへ伺って、顔を合わせて直接提案していました。電話ではなく、直接。そうすると、案外温かく迎えてくださって、「わざわざ伝えに来てくれてありがとうございます」といったリアクションをもらうことが多くて驚きました。

葉山 単純なことに思われるかもしれませんが、電話ではなく直接伝えるというのは重要なポイントだと思います。私も電話で提案しないよう後輩に指導しています。診察を中断させてしまうことも多いですから。

川上 そうやって信頼関係を積み重ねていくと、その後の仕事もやりやすくなりますね。

加えて、減量・中止を提案する際には、「中止を検討いただけないでしょうか」ではなく、「中止を推奨する」のような表現をすべきだと考えています。中止が適当だと自身が考えたのなら、言い切るくらいの書き方をしなけ

ればならないと。

坂田 薬剤師として責任を持つマインドでもって判断を下すということですね。

川上 根拠を持って判断を下すことが習慣になってくると、患者さんへの説明もスムーズに行えるようになります。「こういう理由で減量をしなければこういう状態になる可能性が高いから減量しましょう。減量しても効果自体は継続します」と詳細に説明することは、患者さんのためにもなります。

医師と判断が違ったとき、
どうする？

葉山 薬剤師として責任を持つマインドの話は、「評価」にも通ずるところかと思います。皆さんは有害事象等の評価をどう下していますか。

川上 提案を行うに当たって、Grade がいくつといった具体的な記載をすべきという話ですね。そうした評価をカルテに書くことに、抵抗を覚える薬剤師も少なくないでしょう。

坂田 若い薬剤師に聞くと、「評価をするのが怖い」と言われることがありますね。

小澤 私も初めは抵抗がありました。怖いものもありますし、恥ずかしい気持ちもあるのだと思います。自分の考えた評価を書き込んで、それを後で他職種に読まれた際にズレたことを書いてしまっていたらどうしよう……という気持ちです。

葉山 例えば、実際に自身が記載した CTCAE（Common Terminology Criteria for Adverse Events）の Grade と、主治医の考える Grade が異なった場合、皆さんならどう考えますか。私自身はよく出くわす状況なのですが……。

坂田 私は医師との関係性が良好なこともあり、直接尋ねてしまいますね。「自分はこうした根拠で Grade2 と判断したけれど、先生はどうして Grade3 と判断したのですか」と直接確認するようにしています。よくあることです。

川上 主治医が常に正しいとは限りませんからね。反対に、薬のことだからと言って薬剤師の側が正しいとも限ら

川上 このほど『がん薬剤師外来マニュアル』¹⁾ (医学書院)を上梓しました。2024 年度の診療報酬改定で、薬剤師による医師の診察前面談、いわゆる「がん薬剤師外来」に保険点数が付くようになったことを受け、これから「がん薬剤師外来」を始めようとする方たちに向けて、その具体的な業務内容を中心に実践的な情報をふんだんに盛り込んで書籍とした次第です。

本日の座談会では、書籍の中では語り尽くせなかった点、特にがん薬剤師外来を立ち上げた当初のお話を中心に伺えればと思っています。よろしくお願いします。

診察の“前”に
薬剤師が介入する

川上 初めに、皆さんががん薬剤師外来を始めたきっかけを伺えますか。

小澤 もともと当院では 100% 院内処方を行っており、受け渡し窓口にて経口抗がん薬に関する診察後面談を実施していました。ところが 2019 年に院内処方から院外処方への全面切り替えという方針変更がなされ、病院薬剤師による介入を継続するために診察前面談の導入を検討するようになったのです。

川上 診察“後”ではなく診察“前”とした理由はあるのですか。

小澤 診察後面談を行っていた時の課題として、会計等の院内での処理が全て終わってから患者さんと面談する形をとっていたことから、薬剤師による処方提案を行うことの難しさがありました。アドヒアランスに関する助言や服薬指導を手厚く行うことは可能なのですが、処方提案となると一旦外来に戻ってもらう必要がありますし、会計がやり直しになるなど手続き上のロス

が大きいです。

川上 医師による診察前・後のどちらで薬剤師が介入するのは、一つ大きなポイントですね。薬剤師が職能を発揮するには、診察前に介入できるスキームを作ることが必要なのだと考えます。

葉山 同感です。当院はほぼ 100% 院外処方であるため、どこかのタイミングで経口抗がん薬のマネジメントに病院薬剤師がかかわりたいと考えていて、「がん患者指導管理料 3」（当時）が新設された 2014 年にがん薬剤師外来を開始しました。立ち上げ当初から経口抗がん薬では診察前面談を行い、処方提案、用量調節などの面で薬剤師の職能を発揮することを重視しながら方向性を模索しています。

川上 坂田先生の施設はいかがでしょう。

坂田 当院は、切除不能な肝がんに対して分子標的薬であるソラフェニブが保険適用となった 2009 年をきっかけに、肝臓専門医から副作用に関するサポートを薬剤師に行ってほしいとの依頼があったことが始まりです。2010 年から薬剤師による診察前面談を行うようになり、電話による患者サポートも行っています。いずれのサポートも、行うのは患者さんが希望する場合に限ります。

川上 医師や看護師からの反応はどうでしたか。

坂田 とても良好でした。当院の場合はもともと医師側からの要請があって始めたこともあるとは思いますが。

小澤 当院でも他職種からの反応は総じて良く、手応えを感じています。

葉山 投与基準や減量・休薬の有無があらかじめ提示されていることでスムーズな診察につながるとのフィードバックがありました。

がん薬剤師外来
マニュアル

編集 川上 和宜 松井 礼子

■ B6 変形 頁 464
定価：4,400 円（本体 4,000 円＋税 10%）
[ISBN 978-4-260-05982-4]

医学書院

詳細はこちら

がん薬剤師外来
マニュアル

編集 川上 和宜 松井 礼子

薬学的ケアのさらなる
質の向上をサポートする

マニュアル
心強い相棒

医学書院

がん薬剤師外来（医師の診察前に行う面談）に
フォーカスを絞ったマニュアル

- 実際にごん薬剤師外来の立ち上げを経験し、外来業務を行っている薬剤師が執筆。
- 患者への丁寧な説明、医師への支持療法薬提案、支持療法薬の使い方の説明といったよりきめ細やかな対応を行うためのエビデンスとコツを余すところなく具体的に解説。
- 実際にごん薬剤師外来を始めたい人たちに最適な 1 冊。

目次

薬学的ケアの実践／外来診察時のイロハ 医師のチェックポイント／がん薬剤師外来における薬剤師ならではのスキル／経口抗がん薬のアドヒアランス評価の重要性／がん薬物療法の副作用の重症度評価の重要性／患者との面談時に引き出すステップ／乳がん／免疫チェックポイント阻害薬／肺がん／胃がん／食道がん／大腸がん／肝細胞がん／胆道がん／膵臓がん／卵巣がん／甲状腺がん／腎細胞がん／前立腺がん／血液がん

ない。判断に違いが生じたのなら、そこにあるギャップが何であるのかを話し合う中で見つける必要があります。ですから、自分が判断を下した根拠がきちんとあれば問題ないのです。

葉山 その通りですね。評価に関して、私は医師から怒られた経験があります。皮膚障害を持つ患者さんが女性だったこともあり、服の下をきちんと確認せずに **Grade** を過小評価してしまったのです。実際には広範囲に皮疹が出現していて休薬が必要な状態でした。「医療職として評価をするのであれば必要な箇所は全て目視しろ」と注意されたのですが、おっしゃる通りだと思いました。

川上 きちんと指摘してくれてありがたいですね。

評価をめぐるディスカッションを通じて他職種との関係性が構築される側面もありますから、特に若い薬剤師には、怖がらずに自分の判断を外に出して、他職種とどんどんコミュニケーションをとってほしいと思います。

良好な人間関係をベースに事を進める

川上 がん薬剤師外来を始めたといっても、院内で他職種に浸透していくまでには時間も労力もかかるかと思います。そのフェーズのお話を伺いたいです。

葉山 外来開設当初のことです。診察前の説明を行うので患者さんをどんどん薬剤師外来に送ってきてくださいと伝えても、なかなか送られてこない状況が続きました。そのため、個人的に親しくしている医師、その他数人の医師から患者さんが送られてくる限定的な運用を行っていたのが実際のところでした。「説明をするのは医師であるわれわれでいいのではないか」と言われたこともありました。医師のニーズに訴えかける運用ができていなかったのだと思います。

川上 それで言うと当院では「薬剤師外来では薬剤師が処方提案をする」「医師の手間が減る」といった部分を強調していたので、始めた当初からかなりの数の患者さんが訪れてくれていました。軌道に乗ってくると患者さんからも便秘薬の調整をしてほしいといった要望が寄せられるなど、次から次へと依頼が殺到するようになりました。

坂田 わかりやすくニーズに訴求することが大事だということですね。

小澤 その点では当院の薬剤師外来は健闘した部分があります。外来を開始する前に、関連する診療科の医師全員にアポをとって、1 人ひとりにがん薬剤師外来がどのようなものかを説明した上で、診察前に介入させてもらえるようコンセンサスを形成しました。病院規模が大きいいため実現できたわけですが。

葉山 それは大変でしたね。お一人で対応されたのですか。

小澤 当時は抗がん薬を処方する医師が 20 人ほどいたため、3 人の薬剤師で分担して説明に伺いました。いまだに新しく入職した医師で抗がん薬を処方しそうな方には個別にアポイントを取り、あいさつに伺うようにしています。

川上 大切なことだと思います。

葉山 顔が見える関係性は、がん薬剤師外来をスムーズに運用する上でなくてはならないものだ実感しています。

坂田 当院はもともとからよく知っている医師と連携していることもあって障壁が少ない状態で薬剤師外来を運用できているので、その大切さは身に染みて感じます。

小澤 同じことをしていても、見知った人から処方提案が入るのと知らない人から入るのでは、まったく意味合いが異なってしまいますからね。

葉山 医師は異動が多いですから、薬剤師外来のことをよくわかってくれていた方がいなくなって、外来が下火になってしまうという経験を何度もしてきました。小澤先生の指摘する、新しく入職した医師との関係性を作りに行くアプローチもまた重要だと思う次第です。

ポイントを押さえたカルテ記載

川上 がん薬剤師外来を継続的に行うに当たって、後進の育成・教育も重要な課題です。教育面で意識的に取り組んでいることがあれば教えてください。

小澤 当院では毎日症例カンファレンスを行って、臨床業務の振り返り、介入の改善について検討しています。終業時刻が 17 時 15 分のため、16 時 30 分以降の時間を充てている形です。化学療法チームの薬剤師 4 人全員が集まり、化学療法室、がん薬剤師外来、病棟でその日に介入した患者さん全員（30 人ほど）に関して、1 人ずつ共有しています。

坂田 全例を振り返るのはすごいですね。

小澤 自身の評価・介入とその根拠を共有して他のメンバーからのフィードバックをもらいつつ議論することで、評価・介入の精度が徐々に上がっているように感じます。あまり良くない介入をしてしまったときに、きちんと指摘が入ることもポイントです。

加えて、カンファレンスによって患者情報が常に更新された状態で頭の中に入ることになるので、欠員時の対応がスムーズになるのもメリットだと感じています。

川上 良い取り組みですね。葉山先生の施設はいかがですか。

葉山 当院では若いメンバーが多いこともあり、処方提案時のカルテの書き

方のルールを定めています。伝わりやすく端的な記述を求めることを前提に、必ず医師に伝えなければならない点を 3 つ決めています。当日の化学療法の可否（血液検査の結果から）、用量（同じ量でいいのか、減らすのか）、副作用に伴う追加の処方の 3 点です。

川上 カルテの書き方は重要なポイントです。薬剤師は詳細に書くことに価値を見いだしがちですが、おっしゃる通り端的に書くべきです。また、治療ごとに確認すべき重要な点は異なるので、そうした勘所をしっかりとつかんでおくことも、カルテ記載に当たっては大切です。

葉山 レジメンごとに確認すべき評価項目を決められると理想的です。

川上 そこにプラスして、がんの病態についての知識を備えておくのが望ましいと考えます。例えば、膵臓がんでは高血糖が付随するのでステロイドの使い方に注意が必要であるといった具合に、薬剤師が知っておくべき病態は少なくないです。『がん薬剤師外来マニュアル』では、がん種ごとに「〇〇がんの病態生理」という項目を作成しました。また、レジメン別の項目には「抗がん薬治療や支持療法薬の提案に関わること」として、具体的に薬剤師が関与できる工夫を記載しています。参照していただければ幸いです。

＊

川上 副作用の評価や処方提案など、がん薬剤師外来で行う業務になじみのある薬剤師はまだ少ないかと思います。しかし、こうした業務は、適切な薬物療法を患者さんに提供するという薬剤師本来の仕事であり、取り組むだけの価値があります。外来の立ち上げ、継続には困難が伴うことも事実ですが、ぜひチャレンジしてみてください。

また、本日の話題に関連した研究と

<出席者>

●かわかみ・かずよし氏

2000 年昭和薬科大大学院医療薬学専攻修了。博士(薬学)。同年癌研究会附属病院(当時)に入職。その後同院医療安全管理部を経て、24 年より現職。日本医療薬学会がん専門薬剤師、がん指導薬剤師。編著に『がん薬剤師外来マニュアル』『がん薬物療法副作用マニュアル 第 3 版』(ともに医学書院)。

●おざわ・ゆうき氏

2012 年昭和薬科大薬学部卒。同年川崎幸病院に入職。その後、14 年けいゆう病院に入職。23 年より現職。日本病院薬剤師会がん薬物療法専門薬剤師、日本緩和医療薬学会緩和医療暫定指導薬剤師。

●さかた・ゆきお氏

1989 年北海道医療大薬学部卒業後、株式会社ソルハホールディングス勤務を経て、90 年市立函館病院薬局に入局。2020 年より現職。日本病院薬剤師会がん薬物療法認定薬剤師。青森大客員教授を兼務。

●はやま・たつや氏

2011 年日大大学院薬学研究科博士後期課程修了。博士(薬学)。03 年に日大板橋病院に入職後、同院薬剤部主任を経て、21 年より現職。日本医療薬学会がん専門薬剤師、がん指導薬剤師。

して、薬剤師の推奨によって抗がん薬を減量・中止しても RDI (Relative Dose Intensity：相対用量強度) はほとんど変わらず、患者の副作用が減じるといった内容の論文を現在まとめているところです。今後は、薬剤師の介入で患者 QOL が上がるというエビデンスを積み重ねていきたいと考えています。(了)

●参考文献

1) 川上和宜, 他(編). がん薬剤師外来マニュアル. 医学書院; 2025.

腫瘍内科医からのメッセージ

勝俣 範之（日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科 教授/部長）

がん薬物療法を安全に行う上で最も大切なのは、投与量やスケジュールを間違えないことです。微細なミスが、時には患者さんの命をも脅かすことになるからです。患者さんの副作用に応じて、投与を休止したり、減薬したりする詳細な調整が必要です。180 種類以上もあり、増え続けるがん薬物療法の 1 つひとつの複雑なプロトコルを、医師が全て把握することは困難です。がん薬剤師外来が開設されたことは、医師にとっても患者さんにとっても、安全、適格に薬物療法を実施する上で、大きな朗報と言えます。また、がん薬物療法のみでなく、制吐薬や前投薬、支持療法などについても、薬剤師がサポートを行うことは有意義と考えます。

実際に私の外来でも、投与量やスケジュールの調整、制吐薬のオーダー、irAE（免疫関連有害事象）への対応など、薬剤師から詳細にアドバイスを受けており、日々の臨床でなくてはならないパートナーとなっています。

今後は、米国のように、リフィル処方やプロトコル既定の処方ができるようになるなど、薬剤師が処方もできる制度にまで発展することを期待しています。

●かつまた・のりゆき氏/1988 年富山医薬大（当時）卒。10 年国立がん研究センター中央病院乳腺科・腫瘍内科外来医長。11 年より現職。近著に『ジェネラリストのためのがん診療ポケットブック』（医学書院）。

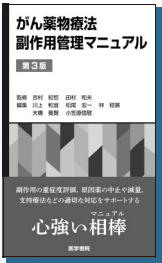


副作用の重症度評価、原因薬の中止や減量、支持療法などの適切な対応をサポート！

がん薬物療法副作用管理マニュアル 第3版

がん薬物療法で直面する有害事象をテーマに、その早期発見、重症度評価、原因薬の中止や減量、支持療法など、臨床で役立つポイントをギュッと凝縮。原因薬と発現割合、好発時期、リスク因子の他、irAEの情報も充実。症状別の各論では「抗がん薬の副作用が疑われた症例」「それ以外の原因が疑われた症例」の 2 パターンを掲載。総論では新たに「生殖機能（妊孕性）低下」と「外見の変化（アピアランスケア）」の章を立項した。

監修 吉村知哲
田村和夫



B6変型 頁416 2024年 定価:4,400円[本体4,000円＋税10%] [ISBN978-4-260-05367-9]

医学書院

安全で効果的ながん化学療法をサポートする心強い相棒！

がん化学療法レジメン管理マニュアル 第4版

がん化学療法で役立つ情報を凝縮したマニュアル、大好評の第4版！ 使用頻度の高いレジメンを111本掲載し、それぞれの臨床上のポイントをしっかり解説しました。「支持療法薬を含む投与スケジュール」(医師・薬剤師・看護師がすべきこと)と「副作用の発現時期」(患者に起こること)が1つの表で一目瞭然、概要の把握に便利です。エビデンスに基づく減量・中止規定、具体的な介入事例(症例)の情報もさらに充実しました。

監修 濱 敏弘
編集 青山 剛
池末裕明
内田まよこ
佐藤淳也
高田慎也
土屋雅美



B6変型 頁928 2023年 定価:4,950円[本体4,500円＋税10%] [ISBN978-4-260-05028-9]

医学書院

for Nurses

座談会

救急受診前から発揮される看護実践



佐藤 憲明氏 = 司会

日本医科大学付属病院
教育支援室 看護部長



吉野 暁子氏

埼玉医科大学国際医療
センター救命救急セン
ター 副看護部長



淵本 雅昭氏

東邦大学医療センター
大森病院救命救急セン
ター 看護部長



大村 正行氏

薬師寺慈恵病院
ER看護部長

救急患者は年々増加傾向にあり、患者に適切な医療を提供するには搬送前・来院前の対応や来院直後のトリアージが重要です。また、高齢患者やウォークイン患者の増加、さらには院内の人的リソースの逼迫から多職種での対応が求められるなど、救急医療を取り巻く環境が変化しています。このような状況における看護師の専門性はどこにあるのでしょうか。日本救急看護学会の理事であり救急看護に長年携わる佐藤氏を司会に、救急看護師として活動する吉野氏、淵本氏、大村氏による座談会から、受診前に期待される救急看護の実践について考えました。

佐藤 超高齢社会への対応や、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアが看護界で議論されています。特に救急看護の領域では、救急救命士をはじめとする他職種や地域と連携した看護実践が求められています。

本日は、3次救急医療機関に従事する吉野さんと淵本さん、人口およそ7万人の岡山県総社市で地域の特徴に応じた1次、2次救急対応を行う大村さんにご参加いただき、救急に求められるニーズと病院・地域の実情に合わせた看護実践について考えていきたいと思います。

地域や病院規模で異なる救急搬送への対応

佐藤 まずは各施設の救急現場の実情について地域性も含めて紹介していただけますか。

淵本 当院は1〜3次救急まで対応しています。看護部としても全次で対応できるよう救急看護師は救命センター所属となっています。当院の位置する東京都大田区には救命救急センターがほかにないことに加え、近隣の川崎市や横浜市からの救急車を応需していること、さらには羽田空港に近いため外国人患者も多く来れることから数多くの救急患者に対応しています。

大村 当院は隣接する倉敷市や岡山市と連携しながら、総社市内の1次、2次救急を担っています。3次救急の必要性があれば隣接市の施設に搬送しつ

つも、市内の救急患者の多くを自院で対応しています。「地域の救急診療体制を整えよう」との院長の想いもあり、地域の救急患者を自施設でさらに受け入れられるような体制を整えているところです。

吉野 当センターはがん、心臓、脳卒中を含む救命救急に特化しており、総合病院機能を持つ近隣の埼玉医科大学病院と診療科ごとに初診を含む患者の受け入れといった面で機能分担しています。また夜間・休日における患者からの困りごとへの窓口として、「患者コールセンター」というダイヤルを開設しています。通院歴のある救急患者からの電話相談に対応する機会が多く、その数は1か月に300件ほどあります。電話相談の内容は発熱、出血などの身体的症状や薬剤の問い合わせ、日常生活における困りごとなど多岐にわたります。

多職種で診療開始前から対応する

佐藤 電話相談ではどのようなやり取りをされているのでしょうか。

吉野 症状や困りごとを聞いて、すぐに受診すべきかを判断しています。寄せられる電話の内容は、退院後の日常生活における相談事が多い印象です。緊急に受診せずに済むケースであっても、看護師が対応することで患者さんが安心して過ごせればと思い、日常生活を意識したアドバイスをしています。

佐藤 それは興味深いですね。と言うのも、多くの病院では患者さんからの電話は事務員がはじめに出て、その相談を看護師や医師が受ける流れになっていると想像します。

大村 当院も基本的には事務員からER所属の看護師につないでもらい、看護師が一通りの問診を電話で行っています。事務員がいない夜間はERの看護師が直接電話を受けることもあります。

現在、ERの看護師は全員が救急医療経験豊富なので電話越しに来院の必要性や緊急性の判断といった臨床推論を行い、医師への情報提供と事前準備につなげることができています。かつては医師が問診を行っていたので、タスク・シフトと言えるでしょう。また幸いにも当院にウォークインで来られる患者さんのほとんどは、市の広報の協力もあり、来院前に電話連絡をいただけています。

淵本 当院は逆で、「ER24時間」と掲げているためか、ウォークインの患者さんのほとんどは事前の電話相談なしに来院し、トリアージ対応を救急看護師が行っている状況です。事前の電話をいただけた場合は院内の管理直しの師長が受け、救急看護師や医師につなぐ運用になっています。

吉野 当院は、夜間に関しては救急外来の看護師と一般外来の看護師が輪番制で電話相談に対応しています。電話相談を受けて受診の運びになった患者さんのトリアージは、緊急度判定支援システムであるJTAS (MEMO) を学んだ看護師が行うという流れです。

佐藤 ウォークイン患者からの電話対応もさることながら、救急車からのホットライン、他施設からの搬送に関する電話対応もあると思います。それらの対応についてはいかがでしょうか。

淵本 他施設からの搬送に関しては医師が対応していますが、状況によっては救急看護師も対応しています。また救急隊からのホットライン対応はよりスピーディーな対応を心がけています。

佐藤 それはなぜですか。

淵本 消防庁の司令室よりヒアリングを事細かに行っているのは、病院に搬送されるまでに時間がかかってしまいすし、病院到着時には状態が変わっていることもあります。百聞は一見にし

かずで、電話口からの不確かな情報で準備・対応するよりは、自分の目で見ただほうがいいとの考えです。具体的には、救急隊からのヒアリング項目を東京消防庁が採用するプロトコルと合わせて、救急隊が患者から聴取する情報のみを転記して医師に伝えています。そうすることで搬送までの時間が大幅に短縮されました。

吉野 当院は多回線多機能電話を採用しています。1次・2次、3次、心臓病、脳卒中で電話番号が分けられており、救急隊長がどこにコールするかを判断しています。3次のホットラインは、専門医以上の救命センターの医師が取りますが、それ以外の対応はさまざまです。脳卒中のホットラインに関しては、私が脳卒中センターの病棟師長をしていた経験と強みを生かして、平日の日中の対応を担っています。

佐藤 救急隊長の判断で異なる電話番号につながっているのですか。その救命救急士は院内職員として活躍されているのでしょうか。

吉野 はい。当院には7人の病院（救急）救命士が在籍しています。かつては救急車からのホットラインと地域のクリニックからの搬送相談は全て医師が対応していたものの、1次・2次の対応は救急救命士へタスク・シフト/シェアしています。これまで他施設からの搬送相談はDoctor to Doctorで患者紹介がなされてきましたが、病院救命士が対応をすることによって医師の負担をより軽減できています。また、地域のクリニックの先生方との新たな関係性の構築にもつながり「断らない救急」に寄与できていると感じます。

顔が見えない相談者との電話対応の難しさ

佐藤 先ほど吉野さんから話題に挙がったように、来院された救急患者さんに対してはJTASを活用した院内トリアージが、教育体制も含め整備されてきました。救急外来を受診する患者が増える将来を見据えて、電話対応をはじめとした来院前の対応にも看護師の専門性が期待されるものと考えています。一方で、経験の少ない若手看護師にとって電話越しでのトリアージ対応は難しい業務と言えるでしょう。大村

MEMO 患者のトリアージ時に使うあれこれ

JTAS (Japan Triage and Acuity Scale) : カナダで広く用いられている緊急度判定支援システムのCTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) をベースに開発されたもの。症状によって17カテゴリー・165症状に分けられたリストから症状に応じた評価項目に基づき緊急度を判定する。判定結果は緊急度の高いものから順に青(蘇生)、赤(緊急)、黄(準緊急)、緑(低緊急)、白(非緊急)の5段階に分類される。

SAMPLER : Sign & Symptom (主訴)、Allergy (アレルギー)、Medication (内服)、Past medical history (既往歴)、Last Meal (最終食事)、Event (現病歴)、Risk factor (危険因子) から構成され、患者の病歴や症状を収集するためのフレームワーク。

OPQRST : Onset (発症転機)、Palliative & Provoke (増悪・寛解)、Quality & Quantity (性状・強さ)、Region/Radiation (部位/放散痛)、Symptom (随伴症状)、Time course (時系列) から構成され、詳細な症状の情報を収集するためのアセスメントツール。

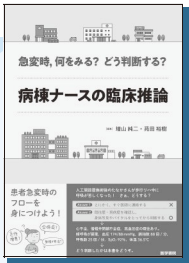
流れがわかれば落ち着いて対応できる！

急変時、何をみる？ どう判断する？

病棟ナースの臨床推論

入院中の患者の急変は避けられないもの。頭が真っ白になる/パニックになるから苦手などと言っている。だから、目の前の現象の何に着目して、どう判断して、何をするのかを理解しよう。本書にある9つの事例を通して、患者急変時のフローを疑似体験し、入院の原因となった疾患の増悪なのか、治療や検査薬による合併症なのか、突発的な疾患なのかを考えながら、どこを見て、どう判断し、何をするのかかわかるようになる。

編集 増山純二
苑田裕樹



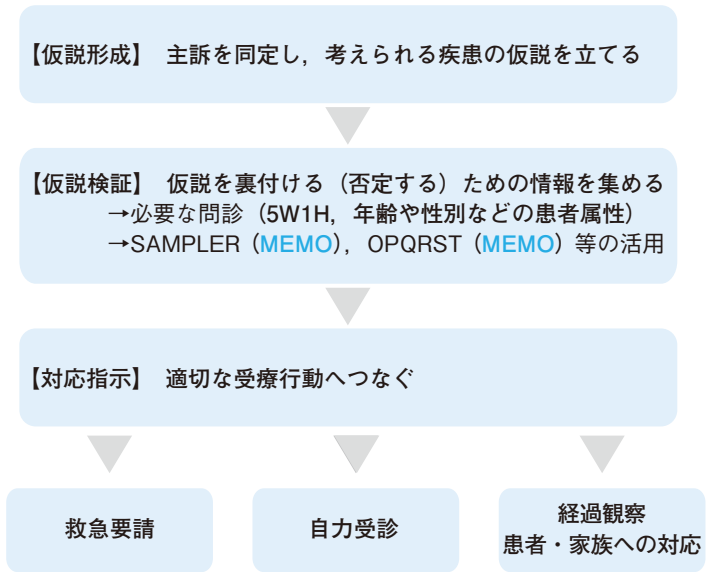
「その人らしい最期」のために、急性期の現場で日々の看護に活用できる実践的ガイド。

救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド

突然終末期に陥った患者の意思決定の難しさや、短時間で信頼関係の構築が求められることなど、特有の悩みと困難さを伴うなかで行われている急性期の終末期看護。患者・家族のQOL (Quality of Life) とQOD (Quality of Death) を向上させ、よりよい終末期看護を実践するために、看護師が実践する終末期看護の概念を多角的側面で整理し、臨床現場で活用できる具体的なケアを提案する。

監修 一般社団法人日本クリティカルケア看護学会
一般社団法人日本救急看護学会





●図 救急電話相談トリアージで行う臨床推論プロセス

さんは日本救急看護学会の救急電話相談トリアージ委員会で、電話での情報収集スキルに関する教育に携わられています。取り組みについて紹介いただけますか。

大村 救急電話相談トリアージは、電話越しに問診を行い症候から病態を推論し、重症度や緊急度の評価から適切な受療行動へつなぐことを目的としています（図）。特に、顔の見えない相談者に対する適切な臨床推論の実施には難しさがあるため、必要な知識やスキルを教育する「救急電話相談トリアージナースコース（註）」を 2024 年度より開始しました。

吉野 救急電話相談トリアージは、救急外来に携わる看護師以外にも生かせるスキルなので私も教育しなければと思っていたところです。

佐藤 体系的な教育を受けている看護師はまだまだ少ないので、教育体制を整備することの必要性を感じています。

患者だけでなく 家族も意識して対応する

佐藤 救急患者を受け入れるのは、3 次救急を受け入れられる大病院ばかりではありません。地域や施設の特徴によって期待される機能はさまざまです。大村さんが所属する薬師寺慈恵病院は、隣接市の 3 次救急施設と連携しながら地域に応じた救急医療を実践されているようですね。看護師が救急隊からのホットラインにスムーズに対応できれば、医師の判断も速やかになり、的確な診療につながるはずです。

大村 ええ。加えて当院は、自院で対応できたであろう症例が市外の病院に搬送されていた症例や、当院への搬送より救命センターへ搬送したほうが患者のためになるだろうという症例について、速やかに適切な病院へ搬送できるよう、何度も地元の救急隊と事例の共有や認識のすり合わせを行ってきました。

当院の目標は近隣の 3 次救急施設が 100% 応需できるよう、当院で対応できる症例は全て受けられるようにすることです。こうした病院としての役割に対して、看護師一人ひとりが自分の役割を全うすることで広く救急を支えられると考えています。一般病床が 31 床しかないなか当院では、年間 1300 件ほどの救急車を受けていることから、ベッドコントロールについても病棟看護師と連携しています。

佐藤 病院規模から考えるとものすごい受け入れ数ですね。受け入れを判断する医師にとって、経験豊富な救急看護師の存在は安心につながるはずです。経験豊富な看護師が多数在籍しているからこそ実践できている看護はあるのでしょうか。

大村 患者家族への対応はあるかもしれませんが。救急隊からのホットラインを受けた段階で家族の有無や関係性、救急車に同乗するのかなどを確認し、家族のサポート機能がすぐに期待できるのかを事前に予測の上、医師と共有しています。結果、入院の判断もスムーズになっていると思います。入院病床が限られている都合もあり、帰宅できるかどうかは気になるところです。

淵本 救急看護師の家族への対応は重要な役割だと私も考えています。一方で、家族の多様な価値観に対応することには難しさも感じています。先日も救急搬送されてきた心肺停止の患者に対して気管挿管をし蘇生したものの、後から来た家族に「なんで挿管したのか。家で看取りたい」と言われ、挿管したまま家に帰したこともありました。患者本人だけでなく家族の尊重も配慮した対応に悩まされます。

佐藤 救急患者の特徴には、主訴がありそれを診てもらいたいという明確なニーズがあります。その主訴に目が向きがちになりますが、どんな暮らしがあって、誰が支えているのかという背景情報もケアを提供するに当たっては大切であり、看護ならではの視点が特

に求められます。患者家族あるいは血筋がつながっていなくても家族と見なせるのであれば、誰がキーパーソンかをいち早くとらえ、何を伝えなければいけないのかを見極める必要があります。入院時重症患者対応メディエーター（8 面・関連記事）の機能を看護師が担い始めている施設があるように、看護師による患者家族への初動が後々の診療や退院後の支援の鍵を握ります。

救急はチームで 成り立っている

佐藤 座談会に出席されている皆さんは、新人看護師の指導を担っている・担っていく方々でもあります。これから救急看護を極めていこうと志す若手看護師に向けてメッセージをお願いします。

大村 救急の現場は予測不能な事態が起こりやすく、その場の判断や対応が患者と家族の未来を大きく変えるため厳しい瞬間が多いかもしれません。救急は医師や他職種スタッフ、そして何より同じ看護師と共に動くチーム医療です。何かあった時には仲間が支えてくれるし、逆にあなたの存在が誰かを助けることも必ずあります。どんな現場でも一緒に支え合って成長できる仲間がいるので、安心して挑戦してください。救急看護は看護師としてのやりがいや使命感を最も強く実感できるフィールドだと私は思っています。

吉野 救急看護師には「準備性、予測性、即納性」が必要とされます。また、業務内容も病院前救護・災害・外傷・中毒・内因性疾患対応など多岐にわたりマルチタスクが求められます。時に時間的猶予のない場面での判断と実践における意思決定は若手看護師にとっては難しいことですので、迅速に対処するためのスキルを身に付けるトレーニングの必要性を感じています。また、救急隊をはじめとした他職種との共通言語を持ち、円滑なコミュニケーションがとれる看護師を育てていきたいと思います。

淵本 救急患者にはそれぞれの背景があって、命の大事さを理解し、臨床推論も深めて考察できる救急看護師を育成していきたいと考えています。そして何より、純粋に一緒に救急看護を通

<出席者>

●さとう・のりあき氏

1991 年日医大病院に入職後、高度救命救急センターや心臓血管外科の勤務を経て 2019 年より現職。1999 年に救急看護認定看護師資格、2005 年急性・重症患者看護専門看護師資格を取得。19 年より富山大学大学院博士課程に在籍。日本救急看護学会理事。

●よしの・あきこ氏

1992 年埼玉医大病院に入職。脳神経外科病棟、形成外科外来、皮膚科外来を経て 98 年より救命センターへ異動。2007 年埼玉医大国際医療センター開院に伴い、救命救急センター外来に配属となり現職。06 年救急看護認定看護師資格取得。17 年看護師特定行為研修を修了する。看護師特定行為研修は急性期領域を中心に受講している。

●ふちもと・まさあき氏

1996 年東邦大大森病院に入職し、救命救急センターで勤務する。2006 年札幌大助手、07 年札幌大助教を経て、12 年に東邦大大森病院に復帰し 20 年より現職。札幌大学大学院保健医療研究科を修了し、12 年急性・重症患者看護専門看護師取得。クリティカルケアにおける看護倫理、エンドオブライフケア、敗血症ケア、Rapid Response System、そして看護管理者としてクリティカルケア領域の職場改善などの研究や教育に尽力する。

●おおむら・まさゆき氏

2006 年岡山赤十字病院に入職。救命救急センターで経験を積み、知識やスキルを自らの地元に還元すべく 23 年より現職にて活動する。20 年岡山県立大学大学院保健福祉学研究科修了。看護学修士。14 年救急看護認定看護師取得。21 年看護師特定行為研修修了。日本救急看護学会の救急電話相談トリアージ委員会では、看護師が院内で行う救急電話相談トリアージの実態把握を目的とした全国調査や、研修の企画・開催に尽力する。

して患者さんを助けたい、助かってよかったという感情を分かち合えるスタッフを育成したいし、一緒に成長していきたいという気持ちでこれからも取り組んでいきたいです。

佐藤 今日はお話しできませんでした。救急看護師による血管造影をはじめとした内視鏡的なインターベンション治療の助助症例も増えています。多方面の診療の知識と技術を駆使できる専門性のある看護師が救急外来には必要です。そのためには統一された標準的な教育も欠かせません。私は看護師の強みが救急医療施設の機能を向上させると信じています。（了）

註：救急電話相談トリアージナースコースは、Moodle を用いたオンデマンドセミナーと Zoom を用いた実践セミナーの 2 部構成で、今後も開催を予定している。

NANDA-I 看護診断のオフィシャルブック最新版

NANDA-I 看護診断 定義と分類

2024-2026 原書 第13版

原書編集 T.ヘザー・ハードマン／上鶴 重美／カミラ・タカオ・ロペス

訳 上鶴 重美

- ▶56の新しい看護診断を追加、123の看護診断を改訂。
- ▶診断の軸構造を大幅に改訂し、各診断に一貫した軸値を割り当てた。
- ▶診断指標は、MeSHの用語を使用することで、明瞭性・一貫性が高まった。
- ▶アセスメントから適切な看護診断確定までのプロセスについての解説も充実。
- ▶臨床でのレファレンスに、また看護診断の学習に役立つナース必携の書。

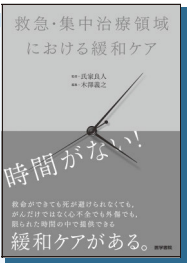
■A5 2025年 頁720 定価：3,630 円（本体 3,300 円＋税 10%）[ISBN978-4-260-05712-7]

医学書院

救急・集中治療領域における緩和ケア

救命ができて死が避けられなくても、がんだけではなく心不全でも外傷でも、緩和ケアニーズは存在する。救急外来やICUにおける緩和ケアニーズのアセスメント、患者・家族とのコミュニケーション、苦痛症状に対するケア——時間が限定された救急外来やICUだからこそ、提供できる緩和ケアがある。「救命か、緩和か」ではなく、「救命も、緩和も」かなえるために、領域を越えて編まれたはじめての書。

監修 氏家良人
編集 木澤義之



寄稿

入院時重症患者対応メディエーターの役割

救急認定看護師が患者・家族を支援すること

林 美恵子 聖隷浜松病院看護部管理室

医療の進歩に伴い、とりわけ救急・集中治療では高度な治療やケアが日々提供されている。それゆえ重症・緊急患者への対応も高度になってきた。一方の患者家族は、状態説明から治療方針の説明、その同意書や入院計画書などへのサインを迫られるものの、どれほどの状態でどういった治療がされるのかを理解しきれない場合や、状態によっては大切な家族に何もできない絶望感などさまざまな心理状態におかれる。そのような患者家族への介入ができるよう、入院時重症患者対応メディエーター（以下、メディエーター）養成講習が 2018 年度から開始され¹⁾、22 年度からメディエーターが重症患者初期支援を行うことに診療報酬が加算（重症患者初期支援充実加算）されるようになった²⁾。

本稿では、救急や集中治療領域で活動する専門性の高い看護師がメディエーターをすることで、重症患者の家族や医師・看護師への支援にどのように影響するかを述べていく。

医療者と家族の間で活動する

急性期における重症患者の治療と家族の心理的变化の流れは図 1 のように示される。入院時重症患者対応メディエーターは患者家族にできる限り初期から寄り添い、家族の不安や疑問に答え、医療者との間に入りながら十分に治療方針に納得、理解できるように支援や調整を行う。

メディエーターとしての主な活動に医師との面談やベッドサイドでの家族支援がある。医療の専門用語は家族にとって馴染みがないため、ベッドサイドにある医療機器や薬品についても一つひとつ理解を確認しながら、もしく

は質問に応じながら説明している。また面談に同席したときには家族の質問を代弁することもある。実際、患者家族のほとんどは医師からの話を聞きながら聞いているが、理解が曖昧なままの場合や、記憶していないことが多い。こうした家族支援は時に医師との面談の一助になるだけでなく、現場看護師への家族情報の提供にもつながる。

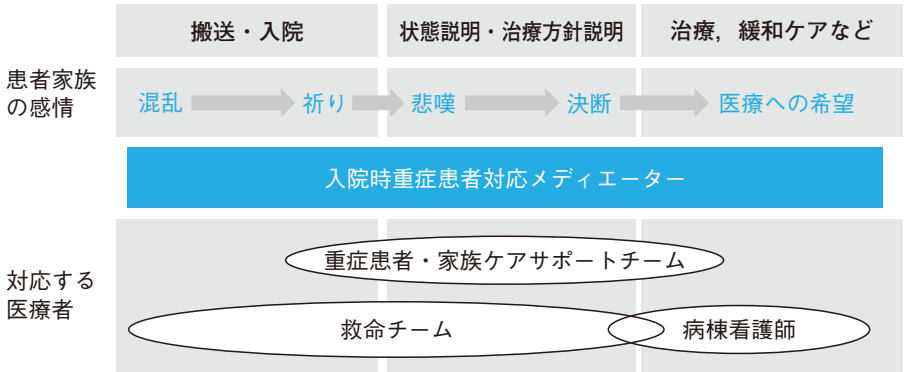
専門性の高い看護師がメディエーターとして活動する意味

メディエーターとして活動するには医療者資格は必須ではない。多くの施設で養成講習会を受けたメディカルソーシャルワーカー（MSW）や心理職などのスタッフが、メディエーターとして多数活動している。筆者は救急看護認定看護師として救急外来での早期家族対応などに携わってきた経験だけでなく、以下に示すような院内の重症患者に対し病棟看護師と共に看護実践していた経験から、メディエーター養成講習会を受講して家族介入活動を行っている。

- ・急変時迅速対応チームメンバーとして緊急要請に応じる
- ・院内の呼吸/循環器疾患にかかわる看護師とその患者への対応
- ・後方病棟への継続支援として患者介入と家族支援
- ・死亡退院後の家族への必要に応じた電話対応

特に他職種と連携しながら院内を組織横断的に活動していたことで、患者・家族へ必要なリソースを速やかに紹介するなど、チームによる家族ケア支援に貢献してきた。

救急・集中治療領域にかかわる看護師は急性期の患者家族ケアにおいて、



●図 1 聖隷浜松病院における入院時重症患者対応メディエーターの支援範囲
聖隷浜松病院では家族支援専門看護師、救急看護認定看護師が入院時重症患者対応メディエーターとして活動し、急性重症患者の家族と医療チームを支援している。重症患者・家族ケアサポートチームは救急・集中治療医、ICU・救命病棟担当 MSW、ICU・救急救命病棟、NICU、MFICU 看護師長で構成されている。

救命から看取りまでどのステージにおいても患者および家族ケアを実施できる存在であることから、メディエーターとして活躍できる素地があると考える。

院内の理解を得てメディエーター機能を発揮する

先ほど紹介した重症患者初期支援充実加算では、「入院した日から起算して 3 日を限度として所定点数に加算する」²⁾ とあるため、メディエーターによる介入体制の整備も欠かせない。当院では 2018 年より急性重症患者支援体制が構築され家族支援チームを結成。家族支援専門看護師、救急看護認定看護師がメディエーターとして活動し、救急・集中治療医、ICU・救命病棟担当 MSW、ICU・救命救急病棟、NICU、MFICU 看護師長らと共同して家族支援を実践し、その活動をカンファレンスで評価している。カンファレンスは各職場長が参加して月に 1 回開催することを基本としているものの、家族が困難に陥ったと思われるときにメディエーターと現場看護師の双方からタイムリーなカンファレンス開催を依頼できる体制も準備している。筆者は看護部管理室所属として院内をフリーに動くことができており、救急外来や集中治療領域を毎日ラウンドしたり、病棟看護師や外来看護師と顔の見える関係性を作ったりすることで、メディエーター活動の周知と現場看護師が介入依頼をしやすい体制をとっている。

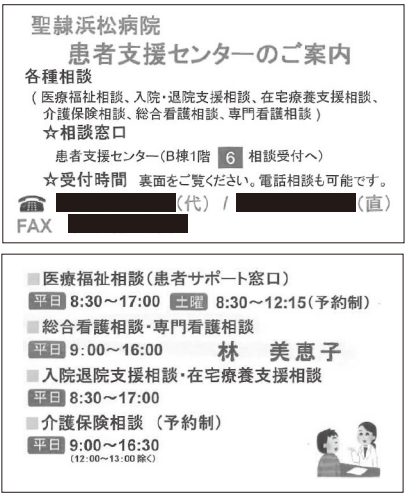
また当院では 2023 年から急性重症患者支援体制で構成される家族支援チームを重症患者・家族ケアサポートチームとしてその機能を強化し、組織的に毎月 20～30 件ほど家族へ介入している。その他にも搬送・入院時の早期介入はもちろんであるが、退院後でもメディエーターに連絡できるように患者支援センターの紹介名刺を利用し、専門看護師の欄にメディエーターの名前と連絡先などを記した名刺を手渡している（図 2）。このように現場看護師と患者家族がいつでもメディエーターに相談でき、継続した介入ができることで、家族の不安を軽減させるだけでなく、場合によってはより良いグリーフケアにつながっている。

メディエーターとして活動しやすい環境整備

看護師は治療・ケアに介入する傍ら、家族への支援も実施しなくてはな

●はやし・みえこ氏

1985 年聖隷浜松病院に入職する。脳神経外科などの病棟を経て、2001 年より ICU、09 年より ER にて勤務する。11 年から看護部管理室所属の救急看護認定看護師として院内を組織横断的に活動する。01 年救急看護認定看護師取得。22 年看護師特定行為研修修了。



●図 2 専門看護師の名前も記した患者支援センターの紹介名刺
上段が表面で、下段が裏面である。

らない。患者本人への治療、ケアに限られた人的資源を配分するがゆえに家族への支援が治療・ケア後になってしまいうことがまれに見られる。

救急・集中治療領域の専門性の高い看護師には急性・重症患者専門看護師、クリティカルケア認定看護師、その他学会認証看護師が存在する。専門看護師の役割には「個人、家族及び集団に対する直接的な看護実践」³⁾、認定看護師の役割には「個人、家族及び集団に対して、高い臨床推論力と病態判断力に基づき、熟練した看護技術及び知識を用いて水準の高い看護を実践する」⁴⁾ と記されているように、いずれも発揮すべき専門性の中に家族支援が含まれている。治療と並行して救急・集中治療領域に卓越した看護師がメディエーターとして家族支援などの実践活動することは、患者・家族にとって、または医療者にとっても心強い存在となるだろう。

●参考文献・URL

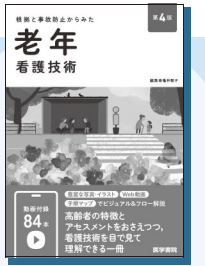
- 1) 入院時重症患者対応メディエーター養成講習。入院時重症患者対応メディエーター養成講習会。<http://hmcip.umin.jp/index.html>
- 2) 厚労省. 令和 4 年度診療報酬改定の概要 入院 I（急性期・高度急性期入院医療）。2022。<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079188.pdf>
- 3) 日本看護協会. 専門看護師。<https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cns/index.html>
- 4) 日本看護協会. 認定看護師。<https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cn/index.html>

数多くの写真・イラスト・動画・付録で老年看護技術がわかる、みえる！

根拠と事故防止からみた 老年看護技術 第4版

豊富な写真・イラスト・動画・付録で老年看護技術の手順を詳しく解説。高齢者のケアでは、高齢者の社会的背景や身体的・心理的特徴を的確にふまえたうえでの看護技術実践が求められる。本書は、全技術項目について（1）高齢者の特徴とアセスメント、（2）看護技術手順という構成で解説。手順には「根拠」「コツ」「注意」「事故防止のポイント」「緊急時対応」を豊富に記載。高齢者の看護に役立つ 1冊。

編集 亀井智子

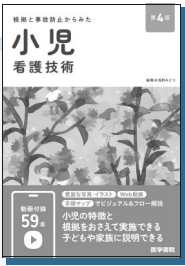


数多くの写真・イラスト・動画・資料で小児看護技術がわかる、みえる！

根拠と事故防止からみた 小児看護技術 第4版

小児看護では、子どもの発達段階に応じた実践が求められ、成人とは異なる点が多い。本書は写真・イラスト・動画を多用して手順を紹介。子どもや家族に説明でき、技術の応用を可能にする「根拠」、スムーズな実践を助ける「コツ」、知っておきたいポイントを解説する。「注意」、医療事故防止のために重要な「事故防止のポイント」、異常がみられた際の「緊急時対応」を豊富に記載。学習にも臨床でも頼りになる 1冊。

編集 浅野みどり



レジデントのための 患者安全 エッセンス

編集

栗原 健 名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部
小泉 俊三 医療安全全国共同行動 議長

経験が浅いにもかかわらず責任が重くのしかかる研修医にとって、「患者へ安全な医療を提供し、なおかつ、いかに自分自身の身を守るのか」は至上命題です。本連載では、現場で患者安全を実装するための、より具体的・実践的な技法を伝えていきます。

第 11 回

ハイリスク手技（CVC、胸腔ドレーン）を安全に実施したい

執筆 小坂 鎮太郎 都立広尾病院病院総合診療科 部長

昨夜の当直で入院した肺炎と胸水の患者さんですが、肺炎随伴性胸水の診断でよさそうなので、胸腔ドレーナージを施行したほうがいいと考えています。

よく勉強していますね。研修中に胸腔ドレーン留置をしたことはありますか？

はい。以前に一度だけ実施したことがあり、その際は問題なくできたので、夜勤明けではありますが今回もできと思っています。

わかりました。では準備をして進めてください。そこまでやって帰宅としましょう。

——研修医一人で処置後、SpO₂と血圧低下を来したため指導医を呼ぶ——

処置中や処置直後に問題はありませんでしたか？ 処置時には私を呼んでくれると思っていましたが、先生一人で実施されたのですね……。

自信があったので一人で実施してしまいました。処置時にモニターをつけていなかったので状態変化がわからず、本人からも情報を得られない状態になっています……。

ハイリスク処置による合併症は予防できる

中心静脈カテーテル（CVC）留置や胸腔ドレーン留置は、侵襲的な医療処置であり、それぞれ一定の頻度で合併症が発生するハイリスク処置に分類されます。CVC では、気胸、血管損傷・動脈穿刺、血腫、カテーテル迷入が多く¹⁾、胸腔ドレーン留置や胸腔穿刺では気胸、肋間動脈損傷などの出血、皮下気腫、再膨張性肺水腫に特に気をつけなければならず、胸腔ドレーン挿入時の合併症発生率は 19% とも言われています²⁾。しかし、これら合併症の多くが予防可能です。

いずれの処置も近年は超音波ガイド下で実施するほうが安全性が高いと示されています^{1,3,4)}。標準的手技も進化を遂げていることから、アップデートされた方法の修得が重要です。一方で胸腔ドレーン留置を実施する医師への調査では、たった 4 割程度の医師しか安全な挿入部位を選ぶことができなかったことから⁵⁾、揺るぎない基本的知識の習得も安全な処置実施の鍵になると考えます。

このようなハイリスク手技を安全に実施するには、チェックリストとシミュレーションに基づく習得学習（SBME）が有効です。シミュレーションにより、ポイントを押さえながら手技の早期体験をすることで技能も自信も達成度が早期に高まり、臨床的安全閾値に到達しやすくなります（図 1）^{6,7)}。また、久しぶりに手技を実施する人の技能回復効果（リカレント効果）もあるため、病院内に教育環境を整備することは不可欠です^{6,7)}。

Barsuk らの研究⁸⁾では、CVC 挿入

の手技習得において、SBME で訓練を受けた群は手技時間と初回穿刺成功率が有意に高く、自信も増加したとされています。また、Léger らによる研究⁹⁾では、胸腔ドレーン留置の手技習得において、SBME で訓練を受けた外科研修医群は有意な成績の向上につながったことが示されています。

レジデントが個々人でできる患者安全対策

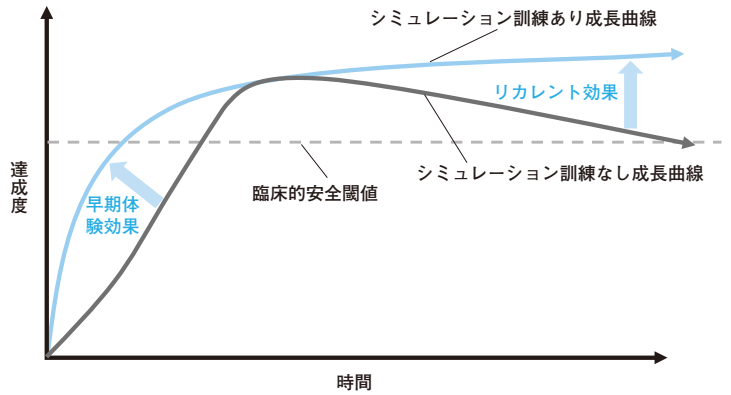
●冒頭の会話を分析する

手技経験を積みたい一心で、経験が浅い、かつ夜勤明けであるにもかかわらず手技に臨んでしまうケースは、向上心のある研修医にはよくあることかと思えます。また指導医も技能達成度を完全に把握せず、研修医の言葉を鵜呑みにしてしまいました。こうしたすれ違いは、コミュニケーションの中では必ず起こるものです。

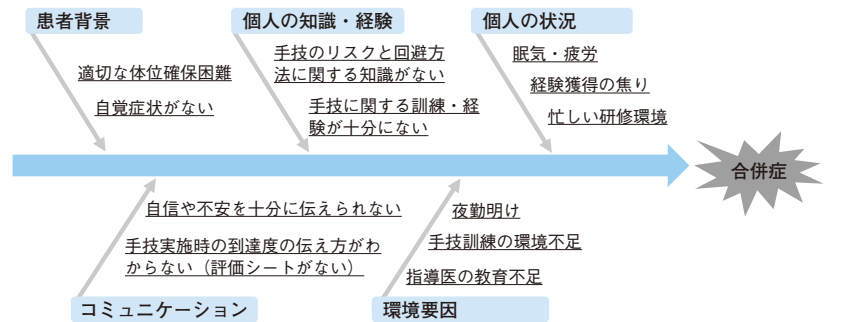
●指導医と共に安全な実施環境を整備

上述したように、ハイリスク手技と呼ばれる CVC 留置や胸腔穿刺などは、チェックリストとシミュレーションによる学習機会をまずは準備することが大切です。これらが存在しない施設は、研修委員会と医療安全管理室に本記事を持ってすぐに整備を訴えてください。加えて、手技を安全に行えるとはどういうことかを指導医と研修医でしっかりと学習する機会を設定することが重要となります。以下の 2 点を踏まえつつ、研修医が手技を安全に行える状態を実現していきましょう。

1) 手技は、準備して、実践できれば良いかというそうではない。適応と禁忌を理解し、患者・家族に同意を得て、



●図 1 シミュレーション訓練によるゼロリスク技能獲得曲線（文献 6 をもとに作成）
一般的に新しい手技を学習する際は、ゆっくりとした習得スピードで始まり、要領を得てからは急峻な成長を遂げ、やがてプラトーに達し、しばらく手技をしなくなるとその能力は低下するという学習曲線を描く。シミュレーション訓練を通じて早期体験をすることで、技能も自信も達成度が早期に高まり安全性が上昇する。また、久しぶりに実践する人の回復効果も見込める。



●図 2 今回の事例を分析した特性要因図

- 合併症にまで対処できる必要がある。
- 2) 手技を包括的に理解、実践するために、臨床手技評価（DOPS）に基づいた評価表と¹⁰⁾、安全に手技を実施する 7 ステップを理解する¹¹⁾。
- ①適応と禁忌を知っている
 - ②手技の説明ができる（同意が取れる）
 - ③準備ができる
 - ④手技ができる
 - ⑤成功・失敗の判断ができる
 - ⑥合併症を把握し、対処できる
 - ⑦手技記録が書ける

これらの項目を研修医と指導医が一緒に意識して行えるように、実施前に確認すること、標準的な手技については可能であれば病院で環境を整備することが重要です。古典的な「See one, Do one, Teach one」も悪くはないですが、近年は 4 stage アプローチ（実演・脱構築・理解・実践）のプロセスを追って上記 7 つを理解する方法が主流となっており¹²⁾、ぜひ参考にさせていただきたいです。

これらを踏まえて、今回示した事例において研修医が手技による合併症を起こしてしまった時の上流の問題は、図 2 のように分析できると考えます。

研修医のその後

患者はその後、治療により、後遺症なく回復しました。研修医と指導医は患者へ説明、インシデントレポートを提出した上で、CVC と胸腔穿刺のシミュレーションワークショップの開催要望を医療安全管理室と研修委員会に提出しました。それを受けて病院はワークショップの開催環境を整備し、受講者および指導者に対して資格制度を導入するようにしました。資格取得者第 1 号となったこの

研修医は、次に出会った胸水貯留の患者さんへの胸腔穿刺の実施に当たって、安全に手技を実施するための 7 ステップを踏まえながら手技を行いました。丁寧な説明とスムーズな手技の実施によって、患者・家族に加え、多職種からも高い評価を得ることができました。



覚えておこう！

- 胸腔穿刺，中心静脈穿刺等のハイリスク処置に伴う合併症は予防可能であることを認識し，実施前に十分なシミュレーション訓練が必要です。
- イベントの上流にある問題を考えて，シミュレーションや指導医による教育環境がない場合は，研修委員会と医療安全管理室に相談しましょう。
- 手技の実施には 7 つのステップが重要です。同意書の取得，準備，実施から合併症対応，片付けと手技記録記載までを実践してみましょう。

●参考文献

- 1) N Engl J Med. 2003 [PMID : 12646670]
- 2) J Trauma Acute Care Surg. 2018 [PMID : 29443856]
- 3) N Engl J Med. 2018 [PMID : 29617577]
- 4) Crit Ultrasound J. 2018 [PMID : 30066098]
- 5) Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2010 [PMID : 20864452]
- 6) Chest. 2010 [PMID : 20061397]
- 7) Acad Med. 2011 [PMID : 21512370]
- 8) J Hosp Med. 2009 [PMID : 19753568]
- 9) Adv Simul (Lond). 2016 [PMID : 29449990]
- 10) Clin Med (Lond). 2003 [PMID : 12737369]
- 11) 橋本忠幸，2-37 手技・手技ノート，簡泉貴彦，他（編），総合内科病棟マニュアル病棟業務の基礎（赤本），MEDSi；2021.
- 12) Kim DI (ed). A Textbook for Today's Chief Medical Resident, 25th ed. Alliance for Academic Internal Medicine；2018.

災害支援をもっと進化させるために伝えたい連携とは、被災者を守るとは

災害支援における多職種連携 保健・医療・福祉活動の総合調整をめざして

地震や異常気象により毎年のように災害が発生している。COVID-19も災害と考えられた。次はどこが被災するかわからない。医療従事者は災害時の支援・受援を知っておく必要がある。重要な概念は 2 つ、多様な職種との連携と被災者の人権尊重。本書は令和 6 年能登半島地震も踏まえ、14 チームと 13 団体の強みを紹介し、多職種連携とともに人権憲章やジェンダーの問題などあらゆる災害支援のあり方について伝える。

編集 小井土雄一
石井美恵子

その情報、正確に伝わっていますか？

外来・病棟・地域をつなぐ

ケア移行実践ガイド

救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ……。1 人の患者さんに複数の医療者・施設がかかわることが一般的となり、各セクションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜け落ちる場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを 1 冊に凝縮しました。

編集 小坂鎮太郎
松村真司

応用倫理学入門

科学技術に伴う諸問題を考える

再生医療、生殖医療、遺伝子操作といった科学技術によって、人々の生活や健康、命の在り方は大きく変わりつつあります。そうした技術は人間に恩恵を与えると同時に、倫理的問題ももたらすものです。本連載では、科学技術がもたらす倫理的問題を深く考えるうえで必要な考え方・基礎知識・思考法などをお伝えします。

澤井 努 広島大学大学院人間社会科学研究所 特定教授

第7回 臓器移植の倫理 (1)

臓器移植は多くの命を救う医療行為として期待される一方、生命観や家族観、死生観などの価値観に深くかかわる倫理的ジレンマを伴います。日本で現在実施されている臓器提供には、生体からの提供（生体臓器移植）、心停止後の臓器提供（死体臓器移植）、脳死と判定された後の提供（脳死臓器移植）の3種類がありますが、いずれの場合も提供者本人や家族、そして医療従事者の間で大きな葛藤が生じやすいのが現状です。

一方、臓器移植の是非をめぐるのは、「多くの命を救える」という肯定的な見方と、「身体を傷つける」ことに伴う慎重な見方が交錯するため、しばしば感情的な対立を招きます。とりわけ脳死臓器移植に対しては、「脳死を死とみなす」という点への抵抗も根強くあります。本稿では、そのような議論の複雑さを背景に、臓器移植に関する賛否両論を整理し、それらの背後にある倫理的課題を考察します。

本稿では、特定の結論を押し付けるのではなく、臓器移植に関する主な論点を整理することで、読者の皆さんが自ら考えるための材料を提供することを目的としました。

賛成派の主張

多くの命を救える善行

臓器の提供は重篤な患者の命を救うことにつながり、社会全体の福祉に貢献すると考えられています。移植用臓器に対する需要は供給をはるかに上回っており、移植を待ちながら亡くなる患者も少なくありません。したがって、臓器移植はこのギャップを埋め、失われかねない命を救う手段となり得ます。

ドナーの善意と自己決定の尊重

臓器提供は一般的に、ドナーの自主的な善意に基づくものと見なされます。特に本人が生前に提供の意思を示していた場合、その自己決定を尊重して死後に臓器移植を行うことは、倫理的に正当化されやすいと考えられます。例えば仏教圏の一部では、自らの意思による臓器提供は「慈悲の心」にもかなう行為だという見解が示されており、善意によって提供された臓器で他者の命が救われることを「命のリレー」として尊いものだとして評価する意見もあります。家族間の深い絆に基づく自発的なドナー提供（親が子に腎臓

を提供するなど）が行われることもあり、このような愛情に基づく決断が尊重されるケースも見られます。

最新医療の活用と人類の福祉向上

臓器移植は医学の進歩がもたらした恩恵であり、これを有効に活用すべきだという主張もあります。移植医療が発展した結果、以前は治療法がなかった重篤な心臓病や肝不全の患者が命を取り留め、生活を取り戻す例が増えました。医学の進歩を人類の福祉向上に生かすことは倫理的に正当とされ、臓器移植はその典型と言えます。医学的可能性を最大限に活用してより多くの患者を救うというのが、賛成派の大枠での主張です。

反対派の主張

脳死は本当に人の死か

脳死臓器移植にとって重要な問題として、脳死の定義そのものに根強い批判があるのも事実です。脳の機能が失われても、心臓が動き温かい体を目の当たりにすると、直観的には「まだ生きているのではないか」と感じる人も少なくありません。日本の伝統的な宗教界でも脳死を人の死と認めることに反対する見解は多く、脳死状態の人から臓器を摘出することに抵抗を示す立場があります。脳死を死とみなさない場合、脳死ドナーから臓器を取り出す行為は、生命を奪う行為（殺人）に等しいのではないかという倫理的批判も存在します。臓器移植推進のために法律で脳死を人の死と定義することに対しては、反対意見が根強く残っています。

ドナーへの危険と無危害原則

医療倫理の基本である「他者に危害を加えてはならない（do no harm）」という原則に反するとの懸念もあります。生体臓器移植では、健康なドナーの体にメスを入れ、臓器を摘出する以上、ドナーには手術リスクや将来的な健康被害などの負担が伴います。本来、医師は健康な人に危害を加えるべきではありませんが、移植医療では一人を救うために別の人に危害を加えざるを得ない側面が生じます。たとえドナー本人の同意があっても、本当に倫理的に問題がないのか、慎重に考えるべきだという意見です。

また、脳死臓器移植の場合も、脳死判定の誤りや、臓器摘出を優先するあ

まりドナーの生命を縮めるのではないかという不信感が根強くあります。心臓など生命維持に欠かせない臓器の移植には、「ドナーは完全に死亡していなければならない（dead donor rule）」という倫理基準があります。この基準が現場でどれほど厳密に守られるかへの不安が、反対論の背景にあると言えるでしょう。

家族の心理的負担と人間の尊厳

臓器提供の判断を迫られる家族の心理的負担も重大な問題です。愛する人が突然事故や病気に倒れ、短時間のうちに臓器提供の是非を決定しなければならない状況は、遺族にとって非常につらいものです。「提供すれば大切な家族の体を傷つけてしまう」「提供しなければ誰かの命を見捨てることになるかもしれない」という葛藤に苛まれ、どちらを選択しても後悔や罪悪感が残る可能性があります。日本では家族の意思が重視される文化的背景があり、家族内で意見が分かれた場合の衝突も深刻です。提供に反対だった親族が「なぜ止められなかったのか」と嘆いたり、逆に提供をしなかったことで「故人の意思を尊重できなかったのでは」と苦しんだりするケースもあります。

公平性・公正さへの疑問

臓器は極めて貴重な資源であるため、誰が移植を受けられるのかという問題には公平性の議論がついて回ります。現状の臓器移植に反対する人々の中には、現在の臓器配分システムが必ずしも公正とは言いきれないのではないかと懸念する人々もいます。例えば、社会的・経済的に恵まれた人のほうが移植を受けやすい傾向があるとの指摘もあり、米国では医療保険の問題や、年齢・知的障害・前科の有無などを理由に候補から外されがちな事例も報告されています。日本においてもドナーの少なさゆえに、多額の費用をかけて海外で移植を受ける人がいる一方、経済的にそれができない人は国内で長期間待たざるを得ないという不平等が生じてきました。こうした状況は不公平感を生み、臓器移植システム全体への不信を高める要因となり得ます。

臓器売買・搾取のリスク

需要が供給を大きく上回る現状では、闇市場での臓器売買やドナーの搾取といった問題も懸念されます。国内では法律で臓器売買が禁止されていますが、世界的に見ると、経済的に困窮した人が生活費のために臓器を売らざるを得ないケースや、臓器目的の犯罪（誘拐・殺人）さえ起こり得るリスクがあります。日本でも、移植が難しかった時代に提供者不明の臓器を使った移植を中国などで受ける例が報道され、臓器供給ルートの不透明さが問題視されました。臓器移植を安易に肯定することは、こうしたグローバルな倫理問題への加担につながりかねないと指摘する声もあります。

以上のように、反対派は臓器移植が抱える生命倫理上のリスクや懸念を重

視し、むやみに推進すべきではないと考えます。ただし多くの場合、臓器移植を全面的に否定するというよりは、臓器移植がより望ましい形でなされる制度・社会づくり、そして患者・ドナー・家族が抱く不安にできるだけ配慮した慎重な実践を求める意見が大半を占めるのが実情です。

問題に向き合うことで生命観を見直す

臓器移植は瀕死の患者にとって希望の光であり、社会的にも多くの命を救う可能性を秘めた医療技術です。移植医療に携わる者にとっては大きな使命でもあり、善意の連鎖によって成り立つ尊い行為と言えるでしょう。しかし一方で、人の生死や尊厳と直結するデリケートな問題でもあります。脳死の是非やドナーの安全、家族の心理的負担や公平性など、いずれも簡単に答えが出せない深い問いを含んでいます。賛成・反対どちらの立場にも筋の通った根拠があり、一方を選ぶともう一方の懸念を無視できないのが現実です。

臓器移植の問題は、自分や家族がいつ当事者になるかわからないテーマでもあります。だからこそ、「自分ならどうするか」を考えるための手がかりとして、今回取り上げた論点を踏まえていただきたいと思います。例えば皆さん自身、保険証やマイナカードにある意思表示欄で臓器提供の意思を明記しているでしょうか。家族と意思を共有したことはあるでしょうか。また、医療従事者としてこうした場面に立ち合った場合、どのように感じ、どのように対応するでしょうか。

臓器移植は、医療の進歩に伴う恩恵と葛藤を象徴するトピックです。この問題に真剣に向き合うことは、人間の生命観や倫理観について改めて考えることにもつながります。臓器移植をめぐる社会的な議論がより深まり、より良い合意と制度が構築されていくことを願いつつ、今回は先端技術との接点で生じている臓器移植の新たな展開に目を向けたいと思います。

今回のPOINT

- 臓器移植の是非をめぐるのは、「多くの命を救える」という肯定的な見方と、「身体を傷つける」ことに伴う慎重な見方が交錯するため、しばしば感情的な対立を招く。
- 賛成派は、社会全体の福祉向上や、ドナーの自己決定の尊重といった観点から主張を展開する。
- 反対派は臓器移植が抱える生命倫理上のリスクや懸念を重視し、むやみに推進すべきではないと考える(必ずしも全面的に否定しない)。

ナラティブ・アプローチ探求の金字塔『対話と承認のケア』の増補版！

対話と承認のケア 増補版

ナラティブが生み出す世界

多くの方に愛読されている『対話と承認のケアーナラティブが生み出す世界』の増補版。補遺（ほい）にて、ナラティブ・アプローチの有効性とこれからの展望を初版から一歩進めて解説。巻末には索引が付き利便性もアップ。研究職のみならず、臨床の医療職にも有用な1冊となって再登場！

宮坂道夫



死を前にした人が穏やかになるために、誰もができることがあります。

あなたにもできる スピリチュアルケア

「もう死んでしまいたい」「迷惑をかけてばかり」――死を前にした人の言葉に、応え続けることができますか。そこでは励ましも説明も、力を持ちません。私たちにできるのは、相手にとって「わかってくれる人」として対話を重ね、大切な「支え」を強めること。スピリチュアルケアは、一部の人だけができる難しいケアではありません。わかりやすい言葉で、真似しやすい方法で、すぐに実践できるスピリチュアルケアがここにあります。

小澤竹俊



看護・介護する人の腰痛ゼロをめざして 腰痛予防と緩和のためのセルフケア

看護・介護従事者の職業病とも言われる腰痛。腰痛ゼロをめざした腰痛予防策と、あん摩マッサージ指圧・はり・きゅうの基礎理論に基づくセルフケア法を紹介します。

編集 関 恵子 滋賀県立大学人間看護学部・講師



鍼を用いた養生法によるセルフケア

第 8 回

執筆 野田 裕貴 セイリン株式会社

関 恵子 滋賀県立大学人間看護学部 講師

今回のねらい



前回で紹介したお灸を用いた養生法に引き続き、今回は鍼を用いた養生法をご紹介します。鍼はお灸と同様に腰背部の循環促進や緊張を解す効果があり、腰痛の予防と緩和にも有効です。鍼治療は痛いというイメージを抱かれがちですが、刺さない鍼も市販されており安心して使っていただけます。鍼灸師として鍼灸師養成校を中心に看護師養成校でも鍼の使い方を指導する野田先生（セイリン株式会社）に、鍼治療の作用機序と腰痛予防・効果が期待されるセルフケアについて解説していただきます。関からは本学で行っている刺さない鍼による養生法の演習での看護学生の声をご紹介します。（関恵子）

鍼治療で腰背筋の循環を促進させる

鍼治療とは東洋医学に基づいた治療法で、身体にある治療点を鍼で刺激することにより身体機能を整え、痛みや自律神経の乱れといった種々の症状改善を図るものです¹⁾。治療点とするツボ（経穴）は東洋医学において気や血が流れる道筋と考えられている経絡上に存在しています。経穴を鍼で刺激することにより血管拡張と血流改善を促し、筋緊張の緩和や冷え性を改善させます。また、鍼治療が対象とする治療点はツボだけでなく、筋肉や皮膚の場合もあります。鍼が皮膚や筋肉を刺激すると、脳や脊髄でエンドルフィンやセロトニンの分泌が増加し、痛みの緩和や気分の安定といった神経調節作用効果が期待されます¹⁾。

それでは腰痛予防・緩和のために重要な腰部筋緊張緩和と筋血流量改善が期待される手足のツボをご紹介します

（図 1）。セルフケアの対象としやすいツボなので、ぜひ試してみてください。

◇外関

甲側の手首関節の中央から指 3 本分肘側に上がったところにあります。手首から指をなで上げて止まるところが目印です。

脊柱起立筋群の炎症を鎮め可動域を広げるため、前屈時の腰痛に効果が期待できます²⁾。

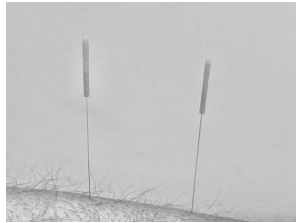
◇照海

足の内くるぶしの頂点から親指 1 本分下のくぼみです。

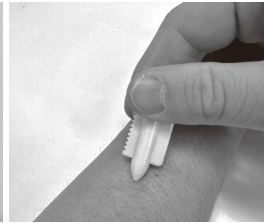
仙腸関節周囲の筋緊張を緩め可動域を広げるため、腰痛の後屈に対しての痛みに効果が期待できます²⁾。

◇太衝

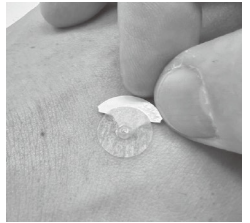
足の甲の親指と人差し指の骨が交わる V 字のくぼみです。親指の骨に沿って足首方向になぞると指が止まる部



毫鍼



小児鍼



刺入しない鍼

●図 2 さまざまな鍼（写真提供：セイリン株式会社）

分で、少し盛り上がった部分の手前です。指で押さえると動脈の拍動を感じることができます。

全体の筋緊張を緩め、血流量を増加させることから、発痛物質の排除促進効果が期待できます²⁾。

市販鍼でも腰痛緩和が期待できる

鍼治療に用いる鍼はいくつも種類があり、また鍼の刺し方や手技もさまざまです（図 2）。その中の一つに 1 円玉より少し小さいテープの中心に短い鍼が付いた円皮鍼があります。円皮鍼は、スポーツ選手等が疲労回復や筋肉の循環促進、疼痛ケアを目的に活用しています。薬局で手軽に購入できる商品として皮膚に刺入しないテープ付接触器（図 2 右）もあります。刺入しないテープ付接触器は円皮鍼と同じ構造ながら鍼先が平らであり、持続的な押圧刺激をもたらします。テープ付接触器も腰痛緩和効果が期待され、かつ貼付したままでの看護業務が可能であるため、セルフケアとして手軽に活用できます。（執筆：野田裕貴）

看護学生時代から学ぶ刺さない鍼を用いた養生法

滋賀県立大学では 3、4 年生の選択科目にホリスティックケア論があります。この科目の中で、看護職者自身の心身の不調を整えるための技術として、刺さない鍼を用いた授業をセイリン株式会社の協力のもと実施しています（写真）。授業では、東洋医学や鍼の歴史について学んだ上で、実習での腰痛の悩みにも対応できるよう、腰痛効果があるツボ（図 1）に自分で刺さない鍼を使用することで、効果を体感してもらっています。鍼と聞くと、「痛い」「自分ではできない」といった先入観を持つ学生が多くなりましたが、授業では鍼灸の資格のある先生方が一人



●写真 刺さない鍼を用いたホリスティックケア論の授業の様子

ひとりに丁寧に指導してくださり、「腰背部の柔軟性が良くなった」「腰のつっぱり感が軽減した」「簡単で、薬を使わず自分の身体をメンテナンスできるのでこれからも使いたい」等のポジティブな感想に変化していきました。

学生には腰痛に悩むことなく、生き活きと働き続けられる看護師になってもらいたいと考えています。「腰痛は看護師の職業病なので耐えて仕事をすることが当たり前」ではなく、「養生法を身に付けセルフケアすることが当たり前」ととらえてもらえるよう、これからも指導に当たっていきます。（執筆：関恵子）

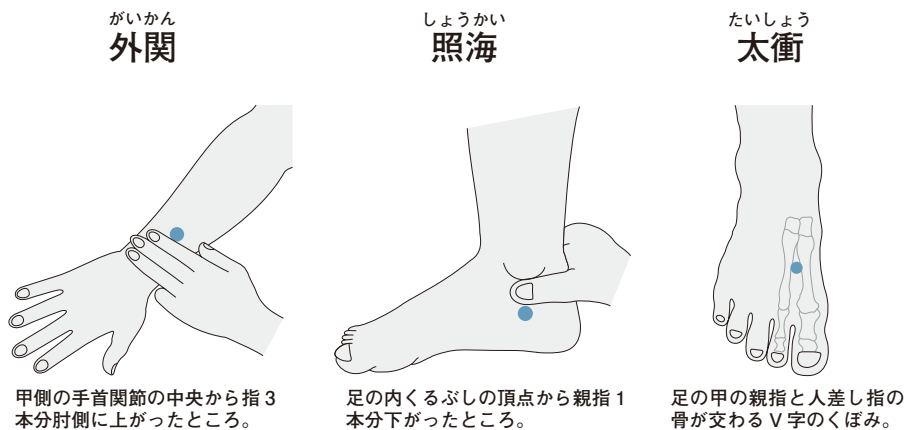
●参考文献

- 1) 東洋療学校協会（編）. はりきゅう理論 第 3 版. 医道の日本社；2021.
- 2) 宮脇和登. 鍼灸臨床 よくわかる経絡治療. たにぐち書店；2013.

本紙編集室では X (旧 Twitter)、Facebook にて、更新情報をお知らせしています。

@igakukaishinbun

記事についてご意見・ご感想をお寄せください。



●図 1 腰痛に効く主なツボとその探し方

腰痛リハの定番書、待望の改訂第 2 版

非特異的腰痛の運動療法 [Web 動画付]

病態をフローチャートで鑑別できる 第 2 版

荒木 秀明

非特異的腰痛の症状に応じた運動療法を解説し、好評を博した書籍の改訂第 2 版。今版では、「前屈動作」と「後屈動作」では鑑別できない症例に対応し、「側屈動作」と「回旋動作」をフローチャートに追加。さらに「病期別」という視点から、「急性期」「亜急性期」「慢性期」別の運動療法とホームエクササイズを、Web 動画でわかりやすく解説する。また、その根拠となるメカニズムを、豊富なエビデンスをもとに解説する。

今なぜ腰痛が問題なのか？／腰痛を理解する一構造・機能と病期の関係／腰痛をみわける一診断的トリアージ／非特異的腰痛を評価する一理学療法アプローチ／多裂筋・腹横筋の運動療法とホームエクササイズ／胸腰筋膜の運動療法とホームエクササイズ／大腰筋の運動療法とホームエクササイズ／非特異的腰痛の治療理論の変遷とシステムティック・レビュー



B5 2023 年 頁 248
定価：5,280 円（本体 4,800 円＋税 10%）
[ISBN978-4-260-05006-7]

詳細はこちら



医学書院

初版から10年経ちました プラマニユはこれからも現場の変化とともに 新刊 感染症プラチナマニュアル Ver.9 2025-2026

▶ 感染症診療に必要なかつ不可欠な内容をハンディサイズに収載。必要な情報のみに絞ってまとめ、臨床における迷いを払拭する。Dr.岡+執筆協力者31名による大改訂、全体で40ページ増。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の記述を刷新（ワクチン、予防の項目もアップデート）。新規ガイドライン（敗血症、感染性心内膜炎など）と、臨床に直結する新旧の主要論文約300本分の情報を更新。『微生物プラチナアトラス 第2版』と『ASM臨床微生物学プラチナレファランス』とのリンク継続。拡大版（Grande）も同時発売。職種・年代問わず、すべての医療者のみなさまに。



著：岡 秀昭 埼玉医科大学教授 / 総合医療センター 病院長補佐



詳しくは→

定価2,750円（本体2,500円＋税10%）
三五変 頁676 図9 2色
ISBN978-4-8157-3123-6 2025年2月発行

MedSi メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL. (03) 5804-6051 https://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

看護のアジェンダ

看護・医療界の“いま”を見つめ直し、読み解き、未来に向けたアジェンダ(検討課題)を提示します。

〈第242回〉

「議事録事件」とやる気

井部俊子

株式会社井部看護管理研究所
聖路加国際大学名誉教授

看護管理塾（聖路加国際大学看護リカレント教育部主催、全10回）第9章は、「やる気にさせる職場」が主題でした。担当講師は中尾根功嗣さん(株式会社ファムリッジ代表取締役)。およそ3時間半のセッションです。看護管理塾は、各回の担当講師を決めて、講義とグループワークで進行します。毎回のコンテンツは6人の講師陣で“厳しい”意見交換を行い練られます。2024年度は発足してから11年目を迎え、看護管理の継続研修として一定の役割を果たしてきました。

第9章「やる気にさせる職場」を担当することになった中尾根さんは、「やる気生まれる要因と失われる要因」として、自分自身の看護管理塾における体験を語りました。いみじくもその体験に、当時、塾長であった私が登場します。私にとっても大変興味深く、貴重な振り返りの機会となりました。そのお裾分けを本稿でいたします。題して、「議事録事件」です。

「こんなものは議事録と言えない」

2013年、看護管理塾の講師として仲間入りした中尾根さんは最年少でした。会社を起業して1年目。看護管理塾の「仲間に加えてもらう」高揚感があったと言います。看護管理塾チームの一員となった中尾根さんの役割は、会議の議事録をとることでした。

これが大変なことでした。彼の言葉を借りると、「散々な目に遭った」のです。何度も看護管理塾を辞めようと思ったそうです。議事録とは何かがわかっていなかった中尾根さんは、会議で話し合われたことを、自分の記憶を頼りに日記のように書き連ねていました。議事録の体をなしていなかったのです。

「こんなものは議事録と言えない」と当時塾長であった私はムチを打ちました。当時の私がどんな指摘をしたのかを中尾根さんに改めて尋ねたところ、彼はパソコンを開きながら、わかりやすく説明してくれました。

- ・議事録に敬称は不要である。
- ・見出しとコンテンツは一致させる。
- ・項目の構成は、抽象から具象へと整理する。
- ・決定したことは何か、検討しなければならないことは何かわかるように書く。
- ・会議中に話し合った“どうしようもない”話をどうまとめるか、捨象してよいものを判断しなければならない（注：この作業は文脈を理解しておかないとでき

ません）。

- ・議事録は逐語録ではない。録音のテープ起こしのような記録にしない。

中尾根さんは、良い議事録を作成するために、議事録のサンプルを取り寄せ、フォーマット(型)を決めました。会議中のやり取りを録音しながら、手元の資料にメモをしてキーワードを残しておくことにしました。そうすると、何が重要なことであったのかわかるようになりました。さらに録音を聞いて、重要事項を確認しました。

中尾根さんはひと知れず奮闘していたのです(そのようなことはつゆ知らず、私は議事録に檄を飛ばしていたようです)。話をまとめることに自信を持っていたのに、会議で何が話されているのかわからない時期が続き、中尾根さんは落ち込みました。

「落ち込み」から「やる気」へ

2014年1月27日、中尾根さんに一通のメールが届きました。塾長からでした。「わかりやすく意義のある議事録を作っていただきありがとうございます」。このメールをきっかけに、中尾根さんは議事録をもっと良いものにしたいと決心しました。

これで議事録事件は終結したかと思いましたが、翌年のある日の会議で、中尾根さんが議事録の報告をしたあとに「ところでお名前は?」と座長(であった私)が問うたと言うのです。今となっては私自身、記憶にないのですが、(多分にふざけて聞いたのではないかと思うのですが)中尾根さんはこうとらえていました。「発言しない人はいないのも同然ですから」と。

中尾根さんの120本に及ぶ議事録作成者としての体験は、一通のメールによるポジティブフィードバックを契機として上昇気流に乗りました。議事録を作ることで過去の会議内容を尋ねられる機会が増え、会議に最も精通しているのは自分だと思えるようになったと言います。

*

看護管理塾第9章「やる気にさせる職場」を担当した中尾根さんは、このように強調します。①「やる気」になるのは本人である、②管理者は衛生要因を整え、動機づけ要因を支援する、③管理者は自らが「やる気」を感じる過程を知っていることが肝要。

今回の議事録事件は、上記③を説明する根拠となった体験であることを私は再認識することになりました。

視点

人口減少時代の看護師確保の取り組み

木村 緑

八戸学院大学健康医療学部看護学科 教授



2024年3月、八戸学院大学健康医療学部看護学科と青森県むつ市は、青森県の下北圏域における看護師不足解消のため、むつ市内に看護学科に特化した「八戸学院大学むつ下北キャンパス」(図)を設置する包括連携協定を締結した。2025年4月からの開設に向け、現在準備を進めている。

同キャンパスは看護師・保健師国家試験の受験資格取得をめざす学生を受け入れ、下北地域の保健医療活動、健康増進に看護の実践者として貢献できる人材を育成することを目的としている。

◆人口減少と看護師不足の深刻化

開設に至る背景には青森県の人口減少および看護師確保の問題がある。青森県の総人口は2020年時点で約123万8000人¹⁾であったが今後も減少傾向が見込まれ、2045年には約83万3000人ほどになると推計されている²⁾。また、人口減少に伴い高齢化も全国平均より速く進行している。このような急激な環境変化に対応するには、その地域にふさわしいバランスの取れた医療・介護サービスの提供体制の構築と、その担い手である看護師の確保が必要となってくる。

下北地域保健医療圏で唯一の中核病院である下北医療センターむつ総合病院は看護師不足が顕著であり、その解消は喫緊の課題とされてきた。むつ市を含む下北圏域では、2004年に県立田名部高等学校衛生看護科が閉科となつて以来、看護師養成所の空白地帯となつていたため、看護師を志望する学生は、圏域外へ転出する必要があった。一度圏域外へ転出した学生が再びむつ市に戻ってくる割合は低いのが現実だ。本学でも教育目標の1つに「医療過疎地やへき地など地域特性の理解のもと、地域の看護活動に関する研究に積極的に取り組むことのできる看護師・保健師を養成する」ことを掲げているが、毎年、一定数の卒業生は県外に就職している現状にある。

このように、本学とむつ市が抱える課題は共有できる部分が存在していた。加えて、むつ総合病院と本学は2009年に看護学実習病院の協定を結んだこ

少し話は変わりますが、第214回「看護のアジェンダ」で書いた「行いてその責をとる」の一部を引用します。

「議して決せず」とは、議論は行われるものの、最も大切な結論を出さないで会議を終わらせてしまうことである。ただ会話をして終わるのではなく、会議の最後には必ず結論を出し、どのような行動をするのかを明確にすることが必要不可欠とされる。これらをきちんと記録に残す書記の役割はきわめて重要である。議事



●図 八戸学院大学むつ下北キャンパス校舎イメージ図

とが縁となり、就職や臨床看護師に関する講義を設けるなど、看護教育における協働の実績と信頼関係があったことが、今回の連携実現につながった。

◆むつ下北キャンパスから地域で活躍する看護師を

同キャンパスではオンライン講義とともに本学の拠点である美保野キャンパスでの対面講義を週2回実施し、臨地実習はむつ総合病院をはじめとするむつ市内の施設等で実施する予定である。また、むつ市は一部事務組合下北医療センターと協力し、同キャンパスで学ぶ学生に対し入学金と学費の全額を貸与し、卒業後むつ総合病院で10年間勤務することで返済を全額免除する新たな修学資金貸与制度を設けるなど、看護師をめざす学生の経済的負担や自宅からの通学負担の軽減にも対応している。

「八戸学院大学むつ下北キャンパス」の開設は、下北圏域やその近隣で看護師をめざす学生が地域で学び、地域医療を支える仕組みを創出する大きな一歩である。今後人口減少が進み全国で看護師不足の問題が生じた際には、本取り組みが対応策のモデルとなり得るだろう。

●参考文献・URL

- 1) 総務省統計局. 令和2年国勢調査. 2021
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の地域別将来人口[令和5(2023)年推計]. 2023

●きむら・みどり氏/2005年4月より臨床看護師として青森県内の精神科病院に勤務し、12年八戸学院短大看護学科専任講師に着任。16年より八戸学院大健康医療学部看護学科講師を務め、23年4月より同大教授として精神看護学領域に携わる。24年からは同大むつ下北キャンパスプロジェクト委員として「八戸学院大学むつ下北キャンパス」設立の準備に携わる。博士(社会医学)。

録の取り方で書記の「概念化力」がわかる。

というわけで、師長会議の議長は看護部長が担い、議事録の作成(つまり書記)は持ち回りにして、概念化力を磨く機会とすることができます。その際、看護部長は必ず議事録案を読み、適切な“指導”をすることが必須です。概念化を促すための指導であり、不愉快な小言や嫌みにならないようにしなければなりません。議事録の成功は「やる気」に直結しているのですから。

意思決定に関係する各要素を1つの表に可視化！ 意思決定支援ツールOOVLがわかる

意思決定支援ツールOOVL活用入門

意思決定に関わる「選択肢」、「判断基準(成果)」とその「重みづけ」、「実現可能性」の各要素を1つの表にすることで総合的に状況を把握・検討できる意思決定支援ツール「OOVL」を紹介し、臨床看護場面や看護管理に活用するための入門書。OOVLの概説とOOVLがなぜ必要とされるのかを記した総論、OOVL活用のヒントを盛り込んだ事例の2部構成。事例を通じてOOVLの看護場面での活用が具体的に理解できる。

編集 内橋 恵
青山ヒフミ



書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR 部（03-3817-5650）まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

Dr. 平澤俊明の白熱講義実況中継
胃SEL/SMTの診断と治療

平澤 俊明 ● 著
高松 学 ● 病理監修

B5・頁328
定価：7,920円（本体7,200円＋税10%） 医学書院
ISBN978-4-260-05732-5

一通り目を通し、さて、書評を書くかと思ってリビングで本書を広げていると、医学部4年生の息子がやってきて本書を手に取り、しばし目を通した直後に「何これ。めっちゃわかりやすいじゃん。講義でこの領域聴いたけど、何が何だかわからなかった。知識が整理できるなあ。ちょっとしばらく借ります」と言って自室に持って行ってしまった。書評を書くかと思えば、このエピソードは使える、と思い直した。この愚息の放った一言は本書の本質を突いたものであった。

胃の内視鏡治療・外科治療に携わる私の仕事の多くは胃癌に関するものであるが、胃の粘膜下病変（subepithelial lesion：SEL）の診療に当たることも少なくない。胃 SEL には多彩な病変が含まれており、鑑別診断が時として難しく、治療方針も病変によって大きく異なる場合が少なくない。頻度が低いことから、体系的に学べる成書は極めて少なく、消化器内科関連雑誌の特集号が散発的に発刊されるだけである。そのような中、満を持して本書が刊行

された。本書では、長年にわたり胃 SEL の診療に携わってきた著者の平澤俊明氏が持つ豊富な経験を通じ、SEL の分類や頻度、（質的・鑑別）診断の

実際、各々の病態、病理像、重要なリサーチ結果、治療法などが、満載される美しい画像とともに網羅・整理・解説されている。

平澤氏は本書を作成するにあたり、受験生のときに巡り合った「予備校講師の実況中継」というシリーズ参考書からヒントを得たという。実況中継とはどういったものなのか？ 文書で実況中継が可能なのか？ といった思いで読み進めた。そしてすぐにわか

った。とにかくわかりやすい。レイアウトにも工夫が凝らされ、視覚的に理解がどんどん進む。混乱あるいは理解が十分でなく頭の中で？が浮かんできると、本書ではすかさず「Point！」「さらに掘り下げ！」「まとめ」「Note」「コラム」などが差し込まれ、読者が抱くであろう（素朴な）疑問点に対して鮮やかに知識が補填され、まさに「腹落ちする」方向で読者を満足させていく。これが本書の真髄となる「実況中継」ということであり、あたかも読者が手

良書との出会いはいつでも
素晴らしいものだと思感できる、
そんな一冊



評者 阿部 展次

杏林大教授・消化器・一般外科学/
同大病院上部消化管外科診療科長

今日から使える医療統計 第2版

新谷 歩 ● 著

A5・頁248
定価：3,740円（本体3,400円＋税10%） 医学書院
ISBN978-4-260-05758-5

医療統計解説書のベストセラー、『今日から使える医療統計』の待望の第2版が刊行された。本書は皆さんご存じ、大阪公立大学大学院医療統計学の新谷歩先生の著書である。

新谷先生は米国ヴァンダービルト大学から帰国されて以来、日本の生物統計学の脆弱な基盤を改善するために教育的活動に熱心に取り組まれている。多くの医師が感じる医療統計の高い壁。本書を読むことでその壁が徐々に崩れ落ち、視野が広がっていく。そんな一冊である。

10年ぶりの改訂となった第2版では、リスク比やオッズ比、回帰分析のメカニズム、欠損値の補完、繰り返し計測データの解析、バイズ法などの実践的な項目が追加された。偶然か否かを示す値に過ぎないP値は、効果の大きさを表すことはできない。やはり、重要なのはリスク比、オッズ比などのエフェクトサイズを理解し、活用することである。また、後方視的研究において必然的に生じる欠損値をどのように考えるか、補完しない場合/補完する場合の問題点がわかりやすく解説されている。バイズ法は臨床医の日ごろの感覚に、より近いと感じられるかもしれない。

巻末には新谷先生の YouTube チャン

を挙げて質問するであろう内容の回答が用意されているのである。見事な構成と言わざるを得ない。自身が3回も経験したアニサキス症とアニサキスの生態に関する記述もここまで掘り下げて記述されたものはなく、執念すら感じて実に微笑ましい。楽しく読める、これも本書の大きな特徴であろう。

評者は胃 SEL に関しては日常臨床に携わるだけでなく、医学部3年生の講義も担当している。本書を読んで、ああ、このように講義すればいいよな、

評者

神田 善伸

自治医大教授/
同大さいたま医療センター教授・血液学

ネルの教育動画の QR コードが掲載されている。なんとその数は 122 本である。これだけでも新谷先生の医療統計教育にける情熱が伝わってくる。か

たや私は血液内科医であり、代表著書は同じ医学書院から刊行の『血液病レジデントマニュアル 第4版』である（宣伝）。医療統計の専門家ではない私がなぜ本書の書評を執筆させていただいているのか。それは、私が個人的趣味で開発し、無料公開している統計ソフト「EZR」を新谷先生も教育現場で積極的に活用してくださっており、私自身も

EZR のバージョンアップ作業においてしばしば新谷先生に相談させていただいているつながりからだろう。

新谷先生が「EZR」に関連する書籍を出版された際には、私の EZR 書の売り上げが落ちるのではないかと心配したが、逆に EZR の知名度を高めてくださることで拙著の売り上げも上昇した。おかげさまで EZR の開発を紹介した論文の被引用回数は 1 万 2000 回を超えている。

新谷先生にはこれからも、医師を正しい医療統計解析へと導いてくださる架け橋としてご活躍が続けられることを期待している。

と再考させられた。このように、本書は年代・職位にかかわらず、SEL 診療に関与する全ての消化器内科医、消化器外科医に大いに役立つものとなろう。全ての読者が「腹落ち」し、満足すること間違いなし、必読の書として自信を持ってお勧めする。また、医学生や研修医などの初学者が手に取れるよう、医学部図書館や医局単位での所蔵も望まれる。良書との出会いはいつでも素晴らしいものだと思感できる、そんな一冊である。

進化する統計手法を実践的に学ぶための決定版 待望の第2版！

今日から使える
医療統計 第2版

新谷 歩

■ A5 2025 年 頁 248
定価：3,740 円（本体 3,400 円＋税 10%）
[ISBN978-4-260-05758-5]

- 臨床研究から論文抄読まで、医療統計の広範な知識を深める信頼の一冊が待望の改訂！
- 「医療統計は難しい」と感じる方向けに、よくある疑問や陥りやすいピットフォールに丁寧に答え、確実な理解へと導く。
- 数式をできる限り避けた実例を豊富に取り入れ、手順を明快に解説。
- 改訂版では新しい統計手法にも対応し、今の時代に即した知識が身につく。
- 医療統計を実践的なツールとして活用したい方に必携の書！

目次

統計の基礎知識——統計って何だろう／同索性・非劣性の解析／グラフの読み方・使い方／単変量統計検定の選び方／リスク比、オッズ比、レート／生存時間解析／交絡と多変量解析／交絡と傾向スコア／症例数とパワー計算／多重検定／中間解析／無作為化比較試験（RCT）におけるデータ解析／インターアクション（交互作用）／感度・特異度／回帰分析のメカニズム／欠損値の問題／繰り返し計測したデータの解析／統計学の新たな手法——P 値を用いないバイズ法

医学書院

今日から使える
医療統計 第2版

新谷 歩

進化する統計手法を
実践的に学ぶための
決定版



詳細はこちら



シリーズ
ケアまひらく

むかいやち

向谷地さん、
幻覚妄想ってどうやって
聞いたらいいんですか？

向谷地 生良

精神医療の常識を溶かし、対人支援の枠組みを更新しつづける「べてるの家」の向谷地生良氏。当事者がどんな話をしても彼は「へー」と興味津々だ。その「へー」こそがアナザーワールドの扉を叩く鍵だったのだ！大澤真幸氏の特別寄稿「〈知〉はいかにして〈真実〉の地位に就くのか？」は「良心的兵役拒否者」である向谷地氏に言語論から迫る必読論文。

目次

- I 幻覚妄想ってどうやって聞いたらいいんですか？
——「へー」がひらくアナザーワールド
- II 私はこんなふう考えてきた
——常識は後からやってくる
- III いつも土手の上から眺めていた
——向谷地家の秘密

[大澤真幸＝特別寄稿]

- IV 〈知〉はいかにして〈真実〉の地位に就くのか？
——当事者研究の奇蹟

詳細はこちら



常識は
後から
やってくる！



■ A5 2025 年 頁 296
定価：2,200 円
（本体 2,000 円＋税 10%）
[ISBN978-4-260-06153-7]

医学書院

Medical Library

書 評 ・ 新 刊 案 内

インターライ方式 看取りケアのための アセスメントとケアプラン

Trevor Frise Smith, ほか ● 著
池上 直己 ● 監訳
佐々木 晶世, 石橋 智昭, 高野 龍昭, 二宮 彩子, 廣岡 佳代, 五十嵐 歩, 小野 恵子,
金田 明子, 土屋 瑠見子 ● 翻訳

A4・頁152
定価:3,740円(本体3,400円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05771-4

評者 伴 正海
うちの診療所目黒病院長/医師

◆アセスメントからケアプランまでを階層的に導く

『インターライ方式 看取りケアのためのアセスメントとケアプラン』は、20 か国の研究者（フェロー）で構成されるインターライ（本部は米国）が開発した国際標準のアセスメントツールのうちの 1 つである。このたび池上直己氏らにより翻訳され、このたび医学書院から出版された。

インターライ方式の特徴は、アセスメント担当者の職種や力量によって偏らない評価が行えるだけでなく、その評価から自動的に導き出されるケア指針まで階層的になっている点である。

まず第 1 章のアセスメント表は、医学、心理、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）など、さまざまな側面に関する項目で構成されている。そしてケア指針選定表（縦軸を各アセスメント項目、横軸をケア指針とした一覧表）では、該当するアセスメント項目がそれぞれのケア指針につながるため、評価者は指示されたケア指針を読み込むことになる。

第 2 章では、アセスメント項目の解釈を一貫させるための記入要項が細かく記載されている。また、そのためにモデルケースが複数示されており、それぞれのケースを基にトライアルでき

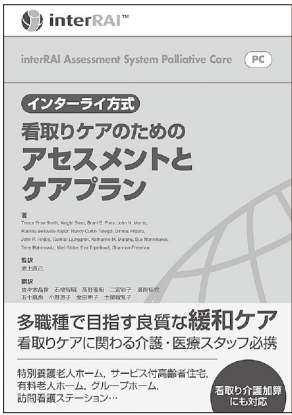
る仕様となっている。

最後の第 3 章では、せん妄、呼吸困難、疲労感、気分、栄養、痛み、褥瘡、睡眠障害といった、終末期によく扱う 8 つのテーマでケア指針が書かれており、それらを読み込むことで具体的なケアプランを検討することが可能となっている。

◆病院以外での看取りケアの共通の物差しに
多死社会を迎えるわが国において、病院以外の場所での看取りは大きなテーマとなっており、特に自宅以外の介護施設や居住系サービスはその受け皿としてニーズが高まっている。

しかし、そこで働く人の多くは介護福祉職であり、一般的には医療的知識が不足している場合が多い。一方で医療職の多くは看護師であり、病院勤務経験者が多く、経験のある診療科や領域に偏りがあることに加え、生活の場におけるケアの視点が欠けやすいことが特徴として挙げられる。

その結果、属人的なアセスメント&ケアになることは想像に難くない。実際に私の臨床現場においても、施設看護師が 1 名入職・退職するだけで、その後のケアの質が大きく変化することは珍しくなく、前々から何か共通の物差しが欲しいと考えていたところ、このインターライ方式に出合うことがで



乳幼児健診マニュアル 第7版

福岡地区小児科医会 乳幼児保健委員会 ● 編

B5・頁178
定価:3,520円(本体3,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05756-1

評者 小倉 加恵子
鳥取県倉吉保健所長

本書を手に取り、まず強いインパクトがあったのが、冒頭の節でした。乳幼児健診の「基本的な心構え」として、「健診は医療の延長ではありません」という文章から始まり

ます。最近では子育てが「孤育て」としばしば表現されるように、孤立した育児環境に伴う保護者の育児不安や育児負担感の増大は社会課題の一つであり、そこから発展し得る児童虐待のリスクが指摘されています。乳幼児健診の意義として、子どもの健康状態の確認や疾病スクリーニングとともに、子育て支援の意味合いがますます大きくなってきまし

た。また、2024 年から始まった国民健康づくり運動プラン「健康日本 21 (第三次)」では、ライフコースアプローチとして胎児期から高齢期に至るまでの生涯を踏まえることが必要とされ、乳幼児健診はそのキーポイントの一つとなります。本書はこうした社会ニーズにコミットしており、冒頭の言を通じて、乳幼児健診に向かう医師の構えを疾病志向型から健康志向型へ切り替える、実践者のための指南書であると感じました。

本書の内容も充実しています。初めに総論として「乳幼児健診の実際」が示された後に、各論として「月齢別の健診のしかた」に続きます。各月齢の健診における診察方法が手順に沿ってわかりやすく解説されており、シンプルな図表とかわいらしいイラストにより理解が進みます。また、それぞれの月齢の保健指導の要点やよくある質問

への対応についても解説があります。健診現場ですぐに使える具体的な指導法が簡潔に記され、後に続く「育児相談・育児支援」の詳細な解説により理解が深まるよう工夫されています。さらに、「各月齢の発達の目安・ポイント一覧」が本書の見開きにあり、健診直前にサッと確認事項をおさらいするのに役立ちます。この内容はしおりとして付録にもなっていて、読者への細やかな配慮を感じました。

さらに本書の特徴は、情報の適時更新にもあると思います。第 7 版が改訂された 2024 年度現在、「こどもま

んなか社会」の実現をめざして国がこども家庭庁を設置して 1 年が経過しました。母子保健行政において、これまでにない勢いでさまざまな政策が打ち出されています。乳幼児健診についても、こども未来戦略「加速化プラン」において推進することが明示され、1 か月児健診と 5 歳児健診が国庫補助事業となりました。本書はこうした状況を遅滞なく捕捉して内容を更新し、コラムに新項目も取り入れられています。一般的に医療現場に新しい政策情報は届きにくいものです。本書は改訂を重ねることにより時勢をとらえ、現場において必要な情報を遅れることなく紹介しています。本書の編集委員会である福岡地区小児科医会のご尽力はいかばかりかと心からの敬意を表するとともに、小児科医はもとより多くの乳幼児健診関係者に広くご活用いただきたい一冊であると思います。

時々そのようなケースが発生するような施設において、非常に有用であると考えられる。このツールが活用され、多職種連携の質が向上し、患者にとってより質の高い看取りケアが提供されることを願う。

きた。今後は同じような課題意識のある施設職員と、この方式を共有し、活用していきたいと考えている。

本書は全国の多くの在宅医療の現場、特にホームホスピスのように常に看取りケアをしているわけではなく、

臨床整形外科 Vol.60 No.3 定価 2,970 円
整形外科ロボット支援手術の現状と展望

臨床婦人科産科 Vol.79 No.2 定価 3,080 円
分娩管理の ABC
入院から産褥まで

臨床眼科 Vol.79 No.3 定価 3,190 円
第 78 回日本臨床眼科学会講演集 (1)

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.97 No.3 定価 3,080 円
必携！
耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域の指定難病

臨床泌尿器科 Vol.79 No.3 定価 3,190 円
シン・泌尿器科当直医マニュアル (入院編)

総合リハビリテーション Vol.53 No.3 定価 2,640 円
障害者の進学・大学生活・留学

理学療法ジャーナル Vol.59 No.3 定価 2,090 円
科学的介護

臨床検査 Vol.69 No.4 定価 ,5,500 円
サッと読めてパッとわかる！
感染症診断メモ。

病院 Vol.84 No.3 定価 3,300 円
生き残るための病院財務の基本

看護管理 Vol.35 No.3 定価 1,870 円
看護師長と副看護師長の
コラボレーションで全員が
活躍する病棟チームをつくる！

精神看護 Vol.28 No.2 定価 1,650 円
市販薬オーバードーズ
声にならない SOS に私たちはどう応えるか

訪問看護と介護 Vol.30 No.2 定価 1,760 円
精神科訪問看護での関わり方を
ガラリと変える Q & A 集
現場の「困ったケース」で徹底検討！

医学書院



今月の雑誌 特集一覧

各商品の詳細は弊社ウェブサイトをご覧ください▶



公衆衛生 Vol.89 No.4 定価 2,750 円

孤独・社会的孤立にどう向き合うか
孤独・孤立対策推進法の施行から 1 年

medicina Vol.62 No.3 定価 2,970 円

いつものアノ病気、アノ状態
“在宅で診るときならでは” の「コッ」！

medicina Vol.62 No.4 定価 6,160 円

総合力で対応する Emergency / Intensive Care Medicine
内科医ができる初期治療：応援が来るまでに
デキること

総合診療 Vol.35 No.3 定価 2,860 円

初診・救急外来で出会う
精神疾患と間違えやすい内科疾患

胃と腸 Vol.60 No.3 定価 3,630 円

食道の炎症性疾患
逆流性食道炎を除く

脳神経外科 Vol.53 No.2 定価 6,490 円

先進画像と映像を駆使した
脳神経外科手術

BRAIN and NERVE Vol.77 No.3 定価 3,080 円

病状説明 update
協働意思決定、性差医療、新規治療

精神医学 Vol.67 No.3 定価 3,080 円

精神疾患患者の
就労・復職を支援する

臨床外科 Vol.80 No.3 定価 3,080 円

領域横断！
見てわかる腓周囲リンパ節郭清

増刊号

■ 定価は税込み価格

《看護管理まなびラボBOOKS》 6ステップで実現する 看護マネジメント・質改善につなげる データ分析入門

森脇 睦子, 林田 賢史, 梯 正之 ● 著

A5・頁200
定価:2,750円(本体2,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05458-4

評者 堤 令子

独立行政法人国立病院機構熊本医療センター
看護部長

改善したい課題があるのに、周囲を納得させる資料が作れない。数字や統計が苦手でデータ分析に自信がない。本書は、そのような悩みを持つ看護管理者や、初めてデータ分析に挑戦する方にもぜひ手に取ってほしいデータ分析の入門書である。

著者の一人である森脇睦子氏は、看護師の経験を経て、現在は研究者として病院運営の可視化や質改善の活動に従事されている。なぜ「看護をデータで示すことを難しい」と感じるのか、臨床現場の状況や困り事を知り抜いている著者だからこそ、わかりやすく明確な解説が可能となっていると感じた。

本書は3つのChapterでシンプルかつ実用的に構成されている。「Chapter I データ分析を行うために『必要な思考』—6ステップで考える」では、データ分析に取り掛かる段階から改善活動までの考え方・取り組み方を6つのステップで解説している。中でも「肝」とされているのは、ステップ①「思考の整理」である。これはデータ分析において、「目的」と「問い」を抽象的なイメージから具体的な表現に変換する過程である。

本書のユニークなところは、この「思考の整理」の過程が「病棟の忙しさをなんとかしたい!」という看護業界の永遠のテーマを用いて説明されていることだ。しかも、「忙しさ」の要因を突き詰めず、「上層部に夜勤の増員をお願いして情に訴えても状況は改善にはつながらない」とハッキリ(!)書かれている。評者はここで過去の自分の失敗を想起し、少々ガックリ(!)きた。しかし、続けて、曖昧な「問い」

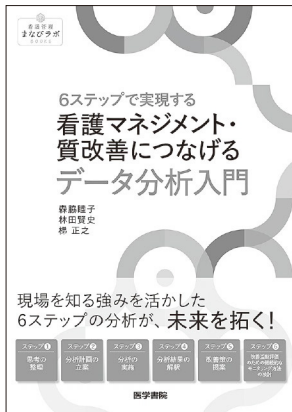
ではなぜ失敗するのか、「忙しさ」を具体的に分析可能な「問い」にするにはどうすれば良いのかが明快に解説される。そのため、自己の失敗体験を客観視し、頭の整理をしながら次のステップへ読み進めていくことができた。また、Chapterの最後にははまとめでワークが準備されているので、すぐに自己の課題にチャレンジできる仕様である。

続く、「Chapter II データ分析を行う前におさえておきたい『データの見方・捉え方』」は、データの見方や意味を理解するための基礎的知識が解説されている。データの種類や種類に応じたまとめ方（集計）、視覚的な表し方（グラフ）が、インシデント件数や超過勤務時間など、臨床現場でよく目にするデータを用いて解説されている。そのため、日常の業務の中でデータを整理する際にも活用できる内容となっている。

最後に、「Chapter III 事例で学ぶ臨床的疑問から改善策立案までの一連のプロセス」では、日々の疑問から質の評価までの6ステップに沿った2つの事例が紹介されている。初学者においては、Chapter I・IIと行きつ戻りつしながら、データ分析経験者は、自分なりの分析の視点を考えながら読み進めるとより理解が深まると感じた。

質改善のマネジメントを行う上でデータ分析は難しいものと考えがちだが、今ある知識とフレームワークでも可能だと著者は述べている。臨床現場にあふれるデータを利活用し、根拠のある看護マネジメントが行えるよう、あらゆる看護管理者に薦めたい一冊である。

看護師のための心が折れない データ分析入門書



在宅医療 治し支える医療の概念と実践

横倉 義武, 大島 伸一, 辻 哲夫, 新田 國夫 ● 監修
蘆野 吉和, 太田 秀樹 ● 編B5・頁292
定価:4,180円(本体3,800円+税10%) 中央法規出版
<https://www.chuohoki.co.jp/>

評者 草場 鉄周

日本プライマリ・ケア連合学会理事長

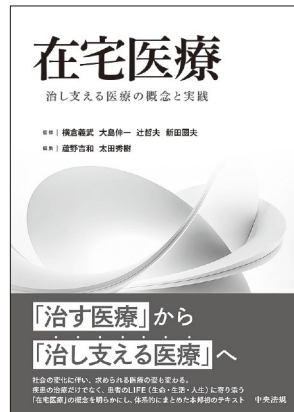
医学書にはさまざまなタイプがある。病棟診療で迅速に知識を確認するためのポケット本、ある領域や疾患の診断・治療のプロセスを系統的に確認するための実践本など。本書はそのどちらでもなく、「在宅医療」という診療分野を貫く考え方を歴史・政策・思想・学術などのさまざまな観点から俯瞰して概説する標準テキストとあってよいだろう。評者が医学生の際に愛用していた医学書院の「標準医学シリーズ」のいわゆる在宅医療版である。

在宅医療は循環器科、小児科、リハビリテーション科のような領域と異なり、診療が行われる「場」そのものが診療分野として表現されているというユニークさがある。例えば、「外来医療」や「病棟医療」もあるわけだが、それはあくまでも「……科」の外来医療や病棟医療であり、独自の診療分野と位置付けられているわけではない。では、なぜ「在宅医療」がそのように位置付けられるのか？ そこにこそ本書が執筆された理由がある。

本書が主として発する3つのメッセージは、日本社会の変化に伴う「治す医療」から「治し支える医療」へのパラダイムシフト、そして、「治し支える」医療に欠かせない基盤としてのプライマリ・ケア（地域包括ケアシステム、多職種連携）、さらに、医療そのものを患者のライフ（生命・生活・人生）の視点から再構成するという視点の変化である。本来、この3つのメッセージは外来、在宅などの区別なく伝えられるべきものだが、臓器別に細分化され分業化された現代の医療において理解し実践することはますます難しくなりつつある。それゆえ、「在宅医療」

を学び実践することを通じて、全ての医学生や医療者にこうした概念を理解してほしいというのが著者たちの願いであろう。

「治す」医療から「治し支える医療」へのパラダイムシフト 「在宅医療」を志す人への マスターガイドブック!



を深く理解することができるだろう。また、医学部において在宅医療に関する教育プログラムを提供する教育者にとっては、教育内容を言語化して伝える際に本書は最適なガイダンスとなるだろう。

ただ、本書はそれ以外にも地域のニーズに応じて在宅医療を提供し始めた臨床家の皆さんにとっても大いに役に立つ。特に、第II部の「具体的な症例を用いた演習」はいくつかの典型的な症例パターンでの具体的なマネジメント方略を詳述しており、明日からでも現場で使える内容とあってよいだろう。

本書が日本の医療を支えるための基盤の一つとして、多くの医療者に愛され活用されることを期待したい。

医学書院ホームページ

毎週更新しております

医学書院の最新情報をご覧ください

<https://www.igaku-shoin.co.jp>

ご登録をおすすめします！ 医学書院 ID

医学書院 ID のご登録で

医学界新聞を全文閲覧いただけます

あなたにぴったりの情報をお届けいたします

医学界新聞のメールマガジンも
毎週配信

医学書院 ID とは

医学書院 ID は、ウェブサイトをはじめ、医学書院の電子コンテンツなどインターネット上で提供する各種サービスを便利にご利用いただける認証システムです（登録無料）。

詳しくは
こちらから

医学界新聞プラスリニューアルのお知らせ

『医学界新聞』編集室がお届けするWeb限定コンテンツ「医学界新聞プラス」がリニューアルしました。今後もコンテンツを拡充予定ですので、ご期待ください！

連載 SNSで差をつける！ 医療機関のための「新」広報戦略

執筆：町田 詩織 氏
(湘南藤沢徳洲会病院マーケティング課 主任)

アニメーションで学ぶ心エコー

執筆：松永 圭司 氏
(香川大学医学部附属病院抗加齢血管内科 助教)

外科研修のトリセツ

執筆：高見 秀樹 氏
(名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア支援センター)畑中 勇治 氏
(岐阜大学医学部附属病院消化器外科)須田 光太郎 氏
(済生会宇都宮病院外科)

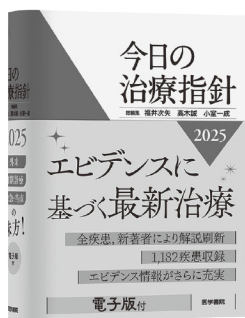
読むだけで自信がつく！ 救急画像診断のスキルアップ講座

執筆：放射線科医アレキ(渡邊 義也)氏
(国立病院機構災害医療センター放射線診断・IVR科)

今すぐ check!



医学書院の年鑑書籍2025のご案内



「推奨・エビデンスレベル」を加えさらに充実した、信頼と実績の治療年鑑

今日の治療指針 2025年版

総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

- 主な治療の「**推奨・エビデンスレベル**」を新たに追加。 **New**
- 付録電子版の**エビデンス情報**もさらに充実。
- 「**服薬指導・薬剤情報**」や各種付録など便利な情報が満載。
- **治療薬マニュアル2025**との併用で2冊の電子版が連携し、診療データベースとして利用できます。

- ポケット判 (B6) 頁2208 2025年1月 定価 17,600円 (本体16,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05718-9]
- デスク判 (B5) 頁2208 2025年1月 定価 24,200円 (本体22,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05717-2]

詳しくはこちら

付録
電子版
付電子版のみでの販売
(WEB電子購読版)も
ございます

圧倒的に添付文書を網羅！ 妊婦・授乳婦リスク分類やコラム「臨床解説」など添付文書外情報も充実

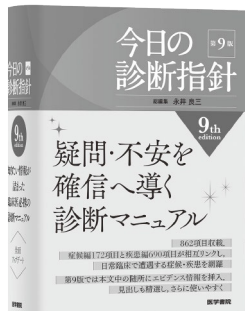
治療薬マニュアル 2025

監修 矢崎義雄
編集 上野文昭・越前宏俊

- 副作用、重要な基本的注意、併用禁忌・注意、作用機序、投与期間上限など、必要な情報を網羅。
- 専門医による「**臨床解説**」(適応外使用など)や**妊婦・授乳婦リスク分類**など添付文書以外の情報も充実。
- **後発医薬品**や**2024年収載の新薬**を含む、ほぼすべての医療用医薬品を収録。
- **今日の治療指針**との併用で2冊の電子版が連携し、診療データベースとして利用できます。

- B6 頁2912 2025年1月 定価 5,610円 (本体5,100円+税10%) [ISBN978-4-260-05747-9]

詳しくはこちら

付録
電子版
付電子版のみでの販売
(WEB電子購読版)も
ございます

臨床の場で必要な情報に「いま」「すぐに」アクセスできる診断マニュアル

今日の診断指針

第9版

総編集 永井良三

2月発行

- 本邦最大級の診断マニュアルを全面改訂。
- **症候編172項目**と**疾患編690項目**を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇する疾患の診断に必要な情報をコンパクトに提示。
- 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**、**各診療科の疾患**を1冊に網羅。
- 診断に関する**エビデンス情報**も随所に追加。新見出しとして「**専門医へのコンサルト**」を収載。

- ポケット判 (B6) 頁2048 2025年2月 定価 22,000円 (本体20,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05481-2]
- デスク判 (B5) 頁2048 2025年2月 定価 29,700円 (本体27,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05480-5]

詳しくはこちら



臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめたフルカラーのポケット判医薬品集

Pocket Drugs 2025

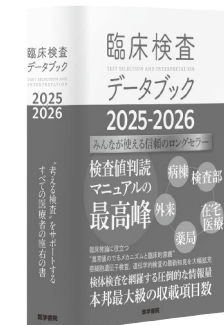
監修 福井次矢
編集 小松康宏・渡邊裕司

ポケットドラッグズ

- 治療薬を**薬効ごとに分類**し、冒頭に「**臨床解説**」を掲載。
- 各薬剤情報では、すぐに役立つ「**選び方・使い方**」、薬剤選択・使用時の「**エビデンス**」をコンパクトにまとめた。
- **フルカラー**で欲しい情報がすぐに見つかり、主要な薬剤は**写真も掲載**。

- A6 頁1248 2024年12月 定価 4,950円 (本体4,500円+税10%) [ISBN978-4-260-05665-6]

詳しくはこちら



診断と治療に必須の検査値判読マニュアル LONG & BEST SELLER 最新版

臨床検査データブック 2025-2026

監修 黒川 清
編集 春日雅人・北村 聖・大西宏明

- すぐ知りたいこと(**基準値**、**パニック値**)、検査値が示す病態とその対策(**Decision Level**)、さらに深く理解するための読み物(**異常値のメカニズムと臨床的意義**)、**薬剤影響**、**患者指導**などをわかりやすく。
- 疾患名から診断・経過観察に必要な検査を追える「**疾患と検査**」編も有用。
- “**考える検査**”をサポートするべく2年ごとに定期改訂。

- B6 頁1224 2025年1月 定価 5,720円 (本体5,200円+税10%) [ISBN978-4-260-05672-4]

詳しくはこちら



『今日の治療指針』『治療薬マニュアル』購入者限定Webセミナー

令和時代の診療アップデート法

日時 2025年4月5日(土) 13:00 ~ 15:00

上記配信後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

対象 『今日の治療指針』『治療薬マニュアル』読者様

講師

荒 隆紀 先生



セミナー詳細ページ



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <https://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7805 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp