

2022年12月19日

第3498号

週刊(毎週月曜日発行)
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
ICOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞



医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会]理論と現場の壁を乗り越え誰もがリーダーシップを発揮する(石川淳、西城卓也、齊藤裕之)/[連載]睡眠外来の診察室から……………1-3面
- [寄稿]電子カルテの質が仕事の質を決める(木村聡)……………4面
- [寄稿]仏ユマニテュード認証施設訪問記(林智史)……………5面
- [連載]誤嚥性肺炎のリハビリテーション……………6面
- 索引……………7面

座談会

理論と現場の壁を乗り越え 誰もがリーダーシップを発揮する



齊藤 裕之氏 司会
山口大学医学部附属病院
総合診療部 准教授

石川 淳氏
立教大学経営学部 教授

西城 卓也氏
岐阜大学大学院医学系研究科
医療者教育学専攻
専攻長/教授

齊藤 MBA(経営学修士)取得のための大学院在籍時、リーダーシップにも医学と同様にエビデンスがあることを石川先生から教えていただきました。現在もリーダーシップに関する研究論文をご指導いただいています。そのご縁から、例年私が務めているMHPEでのリーダーシップに関する講義の学外講師を本年は石川先生にお願いしました。私自身も学ぶことばかりでした。盛況のうちに終えた講義に続いて、座談会もよろしくお祈りします。まずはビジネス界を中心に近年リーダーシップへの注目が高まり、必要性の議論がより活発化した背景を教えてください。

時代の荒波に揉まれ 変化するリーダーシップ像

石川 リーダーシップが必要性を増したというより、時代の変遷によって求められるリーダーシップが変化しているのでしょうか。研究においても、時代とともに注目されるリーダーシップ像は変化しています(表)²⁾。これまでのように1人のリーダーが経験をもとにチームを率いるには、過去の成功体験

が通用することが前提となります。しかし、時代や環境が急激に変わるVUCA(註)の時代において、組織に1人のリーダーを置く従来の構造では対応し切れなくなってきたのです。そこにコロナ禍が拍車をかけています。齊藤 西城先生が2020年に立ち上げたMHPEでは、リーダーシップ論やマネジメント論の学習を求めていますね。意図を伺えますか。西城 医師教育で言えば、「名医であれば名指導医」との神話があり、教育方法の検討が十分に行われてきませんでした。ただ時代が変わるにつれ、医師個人の知識や技術に加えて多職種と連携したチーム医療の実践など、医師にはさまざまな新しい資質が求められるようになってきました。齊藤 理想の医師像が変わってきましたよね。西城 すると、理想の教育やアプローチ法も当然変わる。例えば、多職種連携やプロフェッショナルリズムを学ぼうとして、事例に基づく自己学習とグループでの議論の相乗効果で学びを深める問題基盤型学習(PBL)など、新しい学習法が出てきたわけです。けれ

「リーダーシップ」と聞いて、どのようなイメージが浮かぶだろうか。大企業のカリスマ経営者をはじめ、組織を牽引するトップが生まれながらに備える素質と考える人が多いかもしれない。しかし、本邦のリーダーシップ研究の最前線を走る石川淳氏は「リーダーシップは誰もが身につけられ、立場に関係なく皆が発揮すべきもの」と主張する。コロナ禍が混乱をもたらした近年、医療者にもより多様な場面でリーダーシップの発揮がこれまで以上に求められる。岐阜大学大学院医学系研究科に設置された医療者教育学専攻修士課程(MHPE)¹⁾では、リーダーシップ論の学習をカリキュラムに組み込んでいる。同課程で外部講師を務めた石川淳氏と齊藤裕之氏、そしてMHPEの専攻長を務める西城卓也氏が座談会を行った。医療者に求められるリーダーシップとは。

ども従来の医師や教員は、そのような学習法で学んだことも教えたこともなく、そもそも教えるべき新しい学習項目についても体系的な指導を受けていません。二重の苦しみがあるのです。彼らを巻き込み教育現場を変革させていくこれからの医療者教育者には、リーダーシップが求められます。石川 一般企業にも通じるお話ですね。国内企業は人材育成が課題とされており、その原因は人材育成のプロフェッショナルがいないことです。人事部門は多くが学部卒で、人材育成の高度な専門教育を受けていないため、これまでの経験と勘が頼りです。翻って海外企業の人材育成には修士・博士課程を経て人材育成の基礎を学んだ人が多く、理論に基づいて会社に適した教育システムを検討し実践しています。そうした人材育成の質の担保を国内で実現することをめざし、立教大学の大学院に「リーダーシップ開発コース」を2020年に立ち上げました。業界が異なっても共通点はあるのですね。

自分の強みを生かした持論を 理論で補強すべし

齊藤 リーダーシップの理論を学んでも現場の実践に落とし込めない方は多いでしょう。何が障壁となるのか。その障壁を越えるにはどんなコツがある

●表 リーダーシップ研究の流れ(文献2をもとに石川氏作成)

年代	リーダーシップ研究の視点
1920年代以前	チームを支配するためにコントロールや権力が強調
30年代	リーダーシップを発揮する人の特性に注目
40~50年代	グループ活動を方向付けるリーダーの行動に焦点
60~70年代	グループや組織を導くだけでなく維持する行動にも焦点
80~90年代	組織への貢献意欲を引き出すリーダーの行動に焦点
2000年以降	共通の目標達成に向け、リーダーがメンバーに及ぼす影響力に焦点

のか。ぜひ伺いたいです。石川 理由は現場ごとにあり一概には言えないのですが、あえて可能性を挙げるとしたら2つです。1つは、一般化された理論そのままでは個々の現場で通用しない点。現場で役に立つのは、理論よりもむしろ持論だと私は考えています。つまり、「このリーダーシップを発揮したらチームはこ

(2面につづく)

●次週休刊のお知らせ
次週、12月26日付の本紙は休刊とさせていただきます。明年も引き続きご愛読のほど、お願い申し上げます。
(「週刊医学界新聞」編集部)

December 2022

新刊のご案内

医学書院

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

Pocket Drugs 2023

監修 福井次矢
編集 小松康宏、渡邊裕司
A6 頁1216 定価: 4,730円[本体4,300+税10%]
[ISBN978-4-260-04975-7]

子どもの「痛み」がわかる本 はじめて学ぶ慢性痛診療

加藤 実
A5 頁160 定価: 3,850円[本体3,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05008-1]

〈標準理学療法学 専門分野〉 神経理学療法学 (第3版)

編集 森岡 周、阿部浩明
B5 頁476 定価: 5,720円[本体5,200+税10%]
[ISBN978-4-260-04989-4]

〈標準作業療法学 専門分野〉 日常生活活動・社会生活行為学 (第2版)

編集 濱口豊太
編集協力 曾根稔雅
B5 頁328 定価: 4,950円[本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05053-1]

〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉 小児科学 (第6版)

編集 前垣義弘、小倉加恵子
B5 頁288 定価: 4,730円[本体4,300+税10%]
[ISBN978-4-260-05013-5]

〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉 整形外科学 (第5版)

染矢富士子、菊地尚久
B5 頁240 定価: 3,960円[本体3,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05049-4]

新訂版 緊急ACP

悪い知らせの伝え方、大切なことの決め方
伊藤 香、大内 啓
A5 頁184 定価: 2,640円[本体2,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05118-7]

マンガ 精神疾患をもつ人への関わり方に 迷ったら開く本

教えて看護理論家の先輩たち! 私の役割って何?
原作 中村 創
漫画 水谷 緑
A5 頁192 定価: 1,980円[本体1,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05117-0]

看護教員のための 問題と解説で学ぶ 教育評価カトレーニング

監修 佐藤浩章
編著 大串晃弘
A5 頁160 定価: 2,640円[本体2,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05060-9]

<出席者>

●いしかわ・じゅん氏

1984年慶大法学部卒。帝
国臓器製薬株式会社(現あ
すか製薬株式会社)勤務時、
人事部門への異動を機に経
営学を志す。95年慶大大学
院経営管理研究科修士課
程、2001年同博士課程修了。



山梨学院大商学部専任講師、助教を務めた
後、03年立教大社会学部産業関係学科助教
授。同大経営学部助教、准教授を経て09
年より現職。専門は組織行動論、リーダーシ
ップ論。著書に『シェアド・リーダーシップ』『リ
ダーシップの理論』(共に中央経済社)。

●さいき・たくや氏

1999年日大医学部卒。国
立病院機構東京医療セン
ター総合内科、名大大学院、
名大病院総合診療科外来医
長などを経て、11年岐阜大
医学教育開発研究センター
助教、13年准教授。21年
より現職。09年に蘭マースリヒト大の医療者
教育学修士課程を日本人で初めて修了。20
年に本邦で初となる医療者教育学専攻修士課
程を立ち上げ、医療者教育のエキスパート育成
に尽力を続ける。



●さいとう・ひろゆき氏

2000年川崎医大卒。同大
総合診療部、飯塚病院、岡
山家庭医療センター、東京医
大総合診療科助教などを経
て、16年より現職。13年英
国国立ウェルズ大経営大
学院MBA(日本語)修了。
修士論文は「組織市民行動、離職意思」をテー
マに石川淳教授に師事した。東京医大、山口
大の総合診療科の開設に携わり、現在は山口
の地域医療の充実に尽力。岐阜大大学院医
学系研究科医療者教育学専攻修士課程で「マ
ネジメント/リーダーシップ」の学外講師を務める。



まくいかない原因を教わる側に求め、
自らの指導法については省みない指導
者が少なくないでしょう。理論はその
振り返りを行う際のよりどころです。
しかし、やみくもに理論を学んでも頭
に入りません。まずは実践の事例を自
らの教育観から分析し、そこに理論を
肉付けすることが有効でしょう。

齊藤 経験を経て理論を学び直すと、
以前には気付かなかった新しい発見が
身に染みますよね。学び直しや学びほ
ぐしは重要です。

石川先生、障壁となるもう1つの可
能性を伺えますか。

石川 リーダーシップへの固定観念で
す。これはリーダーシップの定義や理
論を学ぶと自ずと解決すると思いきや
が……。例えば若い人や控えめな人を
中心に、「リーダーシップなんて発揮
できないから昇進したくない」と尻込
みする人がいらっしゃいます。

齊藤 よくあります! その背景に
は、いわゆる変革型リーダーシップ
(図)のイメージがあるのですよね。

西城 強靱な人が牽引する、マッチョ
なイメージですね。

石川 ええ。けれどそうではない。私
が研究しているパーソナリティ・ベー
ス・リーダーシップの理論によれば、
無理に合わない形式でリーダーシッ
プを発揮するよりも自分の強みを影響
力に変えたほうが効果的です³⁾。誰に
も強みはあるわけで、それを発揮する
のが一番大事ですとお伝えしたいで
すね。

齊藤 加えて、同じ職場の中でもリー
ダーシップのスタイルは変わり得ると
考えています。私が当院で総合診療科
を立ち上げた際には、サーバント・
リーダーシップ(図)のスタイルで総
合診療科が他科をサポートする形に徹
して少しずつ実績を出し、徐々に認め
てもらうよう意識しました。ただコロ
ナ禍初期に多くの患者さんが来院した
際には危機意識も強く、発熱外来のパ
ンクを防ぐためにも迅速な対応が求め
られた。そこで総合診療科の存在価値
もすでに認められているとの前提のも
と、一時的に変革型リーダーシップを
発揮することもありました。

石川 そうですね。当然ながら状況に
よっても適切なリーダーシップスタ
イルは変わります。



●写真 Perfect Squareの様子

8人の参加者は目隠しをした状態で渡されたロープで正方形(Perfect Square)の作成をめざす。参加者らは「ひもの端を持っている」「角の角度が大きすぎる」など、自らの持つ情報を共有しながら方針を定めていく。

必要時に適任者が影響を与えるシェアド・リーダーシップ

齊藤 多数あるリーダーシップ理論の
中で、石川先生が注目するものはあり
ますか。

石川 シェアド・リーダーシップ(図)
の考え方です⁴⁾。VUCAの時代では多
様な人の英知や考え方、価値観が求め
られます。必要な時に適した人がリー
ダーシップを発揮する。誰かがリー
ダーシップを発揮している時は、周囲
はフォロワーシップを発揮する。チ
ーム全体によるリーダーシップの発揮
が最も効果的だと考えています。

西城 MHPEの講義の中で石川先生と
齊藤先生に行っていたPerfect
Square(写真)では、まさにシェアド・
リーダーシップの体験ができました。

石川 ええ。そもそもリーダーシッ
プの本質的な定義は、「チームや職場目
標の達成のために他のメンバーへ及ぼ
す影響力」です³⁾。Perfect Squareの中
でみられた情報提供や解決策の提案は
一般的にリーダーシップとみなされな
いかもしれませんが、この定義によ
ればリーダーシップだととらえられま
す。

齊藤 マネジメントとはどう区別すべ
きでしょうか。

石川 マネジメントは戦略の策定や計
画、予算配分など、「組織目標を効率
的および効果的に成し遂げるプロセ
ス」を指します⁵⁾。一言で言えば、リー
ダーシップが影響力であるのに対し
て、マネジメントは管理業務です。

齊藤 医療界は男社会の傾向が強く、
多様性に乏しいです。なぜ多様な人
が皆リーダーシップを発揮すべきな
のでしょうか。

石川 まず、より多様性のあるチ
ームでクリエイティビティが向上すると
研究で示されています⁶⁾。ただ、多
様な人が集まっても1人の指示に従
うだけでは多様性が生かされませ
ん。それぞれが持つ異なる価値観
や考え方、情報を互いにぶつけ合
うことが必要です。新しいアイ
デアや考え方は、これまで
組み合わせられなかった既存の知
識同士が新たに組み合わせるこ
とで生み出されるものですから。
そのためにマネジャーだけでなく
チーム全員がそれぞれの知識や
情報、強みを生かしてリーダー
シップを発揮しなければならない
のです。

齊藤 シェアド・リーダーシップの考
え方は医療界に適用できるでしょ
うか。

西城 可能性を感じるのは、医療者が
それぞれに専門性を持って協働する
多職種連携です。専門に関しては自
身がリーダーだと自負する人が元来
多いでしょう。そこに、自身が全
てのリーダーである必要はないとの
意識付けができると、「この領域、
課題に関してはあの人の方がリー
ダーだ」とパートナーに敬意を持
ち、効果的に分担することが可能
になると思います。

齊藤 なるほど。チームの皆がリー
ダーシップを発揮するには、組織風
土の影響も大きそうですね。シェ
アド・リーダーシップの職場に変
化するためには有効なプロセスや
工夫はありますか。

石川 まずは人事評価などのシ
ステムに組み込み、トップが実践
することです。上司が従来のリー
ダーシップ観を持ち続けていたら、
若手はリーダーシップを発揮し
ようにもできないですね。トップ
がコミットすれば上層部も人事
部も本腰を入れます。組織の上層
部ほど成功体験が強いので、これ
までのやり方が通用しなくなる
点に危機意識を持ってもらうのが
一つでしょう。それから、ミッシ
ョンやビジョン、ゴールを徹底的
に組織内で共有することです。進
むべき方向が共有化されないと、
みんなバラバラになってしまいま
すから。

もう1点、弱さや不安をさらけ
出すハンプル・リーダーシップ(謙
虚なリーダーシップ)やパーソナ
リティ・ベース・リーダーシッ
プをマネジャーが実践すると、
シェアド・リーダーシップの職
場になりやすいと言われます。つ
まりマネジャーが自分の強みと弱
みをきちんと理解して、弱い部分
はチームに任せる。そして、新し
い挑戦を歓迎するのです。そも
そも企業で言えば、上層部は戦
略などの大きな絵を描き、実現
のために外部とネットワークを
作るのが仕事です。並行して細
部のマイクロ・マネジメントま
で担うのは非効率です。齊藤 若
いマネジャーも実践しやすいリー
ダーシップスタイルですね。

石川 ただ権限委譲を行う一方、
責任はマネジャーがとるべきで
す。シェアド・リーダーシッ
プではマネジャーの存在意義が
なくなるのではと懸念されま
すが、全くそんなことはありません。
任せるけれど責任は取るのだから、
むしろこれほど厳しい役割はない
ですよ。それでも「俺についてこ
い」とい

(1面よりつづく)

う変化する」という、自身の経験に
基づくイメージです。もちろん理論
が役立つのではなく、持論をより
整理したり足りない点を補ったり
するのに非常に有用となります。

齊藤 理論を現場に落とし込めな
い悩みは教育においても共通する
はず。ハードルを超えるコツを西
城先生からも教えてください。

西城 石川先生が持論を重視さ
れるように、教育でもやはり指
導者本人の教育観をまず大事に
することです。また、そのブラッ
シュアップに理論が有効だとい
うのご指摘にも賛同します。指
導がう

変革型リーダーシップ	サーバント・リーダーシップ	シェアド・リーダーシップ
フォロワーに対してリーダー が一方向的にリーダーシッ プを発揮し、行動変革を促す。	リーダーがメンバーを支える ことで組織目標の達成をめ ざす。	必要に応じて全員が流動的に リーダーシップを発揮する。 誰かがリーダーシップを発揮 している際、他のメンバーは フォロワーに徹する。

●図 各リーダーシップスタイルにおけるリーダーとフォロワーの関係(石川氏作成)

まったく新しいメンタリングの構築法! 後輩ができたときに読む本

医療者のための

成功するメンタリングガイド

監訳 徳田安春

著名な指導医であるDr.Chopra,Dr.Saintらによる成功するメンタリングの始めかた。
理想的なメンター/メンティーの選び方は? メンティーがメンターシップから最大の成果を手に入れるには?
世代や性別などの多様性を超越するメンタリングとは? まったく新しいメンタリングの入門書ができました!



目次 Contents

- メンターへ
 - Chapter. 1 メンターになる前におさえておきたい3つの基本
 - Chapter. 2 自らの役割を知ろう
 - Chapter. 3 マインドフル・メンタリングのための6つのルール
- メンティーへ
 - Chapter. 4 メンティーのためのクイック・スタート・ガイド
 - Chapter. 5 卓越したメンティーが行う9つのこと
 - Chapter. 6 メンティーの地雷に注意せよ
 - Chapter. 7 メンターとの決別
- メンター&メンティーへ
 - Chapter. 8 世代を超えたメンタリング: 合意点を見つける
 - Chapter. 9 多様性を越えたメンタリング: 焦点を女性に当てて
 - Chapter. 10 前に進みながら振り返ること

付録 参考文献(注釈付き)とその他の関連文献

●A5 頁168 2020年
定価: 2,750円(本体2,500円+税10%)
[ISBN 978-4-260-04311-3]

医学書院

う昔ながらのリーダーシップを発揮するより、おそらくずっと尊敬され、存在意義も高まるはずです。

実践や指導の経験が リーダーシップを育む

齊藤 後進育成に携わるお2人に、リーダーシップをどう育めばよいかを最後に伺いたいです。そもそもリーダーシップは育成可能でしょうか。

石川 近年のリーダーシップ研究者の多くは、先進的な素質にかかわらず育成可能だと考え、育成プログラムの開発にも携わります。私自身も学生が成長していく姿を見て、リーダーシップは訓練によって誰もが身に付けられるものだと実感していますよ。ただし周囲の状況が変われば適したリーダーシップは変わるので、常に改善が必要です。

齊藤 「もっとリーダーシップを発揮して」などと本質を押さえないまま汎用しやすく、教えるのが難しい部分もあります。西城先生は具体的にどう指導していますか。

西城 現場で主任を任せてリーダーとして実践を積みながら理論を学ばせるワークプレイスラーニングを取り入れています。多少の失敗があっても責任者が最後の責任は取り、次年度の向上につなげていくと若手は大きく成長します。

石川 理論だけを学んでも残念ながらリーダーシップは身につけません。実践を求め経験を積みさせるのが重要です。

西城 ええ。医師教育、例えば研修医や専攻医の臨床研修においても、主治医を早いうちから任せる手法を取ることがあります。まさに責務を伴う実践です。また学生が病院で実習する際にも、ベテラン指導医だけではなく専攻医や研修医にも教育の役割を与えて学生を指導させることもあります。リーダーシップと教育は少し趣が異なるでしょうけれど、誰かのために何かをすること、誰かの学びをどうにか支援することの喜びを、さまざまな教育経験から体感してほしいと思います。

齊藤 同感です。当院で屋根瓦式の教育を取り入れた際、若手は「自分が教えていいのですか」と及び腰でしたが、いざ始まるときっちり指導します。少し頼りなく見えていた研修医が、学生の指導についての途端に大きく伸びることもあります。

石川 指導は教える側の成長にもつながりますね。ただ、医療現場は失敗を経験させにくい気がするのですが……。

齊藤 そうですね。もちろん患者さんの安全が最優先されるので、そこを担保しながら若手がリーダーシップを発揮できる場面を見極めなければなりません。侵襲的な処置ではなく、病状説明などの非侵襲的な部分から徐々に任せていく。情報共有をしながら段階を踏むことが必要だと思います。

西城 「指導者が責任を取る」と言っても医療者や患者は行為者に責任があ

ると考える傾向にあります。ですので、任せられたほうもハードルは高いです。指導者と学習者が互いに情報共有しながら、距離の離し方を工夫すべきでしょう。「今日は横にいるから頑張る」「隣の部屋にいるけど、呼んだらすぐ行くから」と心理的にも物理的にも徐々に離れていく。一方で、しっかり意見を出し声を上げられる良きフォロワー⁷⁾であるようにも促します。そうして指導者は、新人が信頼できるレベルか、報連相ができるかを見極めながら距離を取っていくことが多いですね。もちろんインシデントなどが起こったときには、リーダーと学習者がフラットな関係になり、心理的安全が保証された環境で自己開示したり、振り返りのカンファレンスを行ったりするのも重要です⁸⁾。

齊藤 リーダーシップを学んで旅立っていくMHPEの修了生に、どんな活躍を期待しますか。

西城 MHPEには、医療現場で目の当たりにした課題に問題意識を持って進学してくれる人が多いです。その問題は所属先だけでなく、きっと他の組織でも起こっているはず。現在の修了生は、自分の所属先を超えて、近隣の病院や市内・県内の病院へも影響力を発揮し、さらには大学のリーダーとして昇進したり、学会のオピニオンリーダーになったりと羽ばたいています。

齊藤 医療現場に課題は多く、相談先に悩むことも多い。MHPEの修了生の皆さんが、コンサルトを受けてくださったら心強いです。

チームをけん引するだけがリーダーシップの在り方ではない。読者の方にも自身にあったリーダーシップスタイルを見つけ、いい影響をどんどん広げていってほしいですね。石川先生、西城先生、本日はありがとうございました。(了)

註：Volatility (変動性)・Uncertainty (不確実性)・Complexity (複雑性)・Ambiguity (曖昧性)の頭文字を取った造語。2010年頃よりビジネス界で注目され、変動性が高く不確実で複雑、さらに曖昧さを含んだ社会情勢を指して用いられる。

●参考文献

- 1) 西城卓也, 他. 医療者教育学を体系的に学ぼう. 週刊医学界新聞 3362号. 2020.
- 2) Northouse PG. Leadership: Theory and Practice. 7th Ed. SAGE; 2015.
- 3) 石川淳. リーダーシップの理論. 中央経済社; 2022.
- 4) 石川淳. シェアド・リーダーシップ. 中央経済社; 2016.
- 5) Robbins S, et al. Fundamentals of Management. Pearson Education Limited; 2014.
- 6) Harvey, S. A different perspective: The multiple effects of deep level diversity on group creativity. Journal of Experimental Social Psychology. 2013; 49(5): 822-32.
- 7) BMJ Open. 2021 [PMID: 34373302]
- 8) Front Med (Lausanne). 2022 [PMID: 36341269]

睡眠外来の 診察室から

「睡眠」はまだまだ謎だらけ。患者さんから受ける一言に睡眠医学の専門家が答えます。

松井健太郎

国立精神・神経医療研究センター病院
臨床検査部睡眠障害検査室医長

第9話「認知症の夫が、デイサービス中によく居眠りしている」

「40になる前に死のうかな」。さらっと友人が言う。

若い人は皆知らないだろう。ノストラダムスの大予言。「1999年7の月、恐怖の大王が降臨し、人類が滅亡する……」。誰も信じていなかったかもしれないが、私は真剣に人生の終わりを予期しており、かといってその短い人生でなし得たものは一つもなく絶望していた。せめてきれいな女の人とイチャイチャしたかったなあと、今で言うチェンソーマンのデンジ君みたいな気分。ところがまあ人類は滅亡しなかったのである。

高校生だった私は司馬遼太郎を読んでは『信長の野望』に耽溺していたが、人類が滅亡しなかったで、ピーターパン症候群を脱却し現実と向き合う必要に迫られた。そんなタイミングでの「40になる前に死のうかな」。

太く短く生きろ。後悔なく40前に死ぬ。私はそう解釈した。かっこいい……。都内の有名私立大学に進んだ彼と異なり、地方の大学に進学した私は、接点がないのをいいことに友人のセリフを丸パクリして合コンで公言するなどしたが、変な人だと思われさっぱりモテなかった。いずれにせよ「40になる前に死のうかな」は私の人生におけるメルクマールとなった。

40を迎えようとする今振り返ると「何を言っているのかな。アホなのかな」という感じである。ぶっちゃけ中身はそんなに変わっていないのである。今がめっちゃ大事なんじゃ。死んでたまるか！

こんな調子だから70になっても80になっても内面はそんなに変わらない気がする。しかし年を重ねればいろいろな限界が出てくるだろう。膝が痛くて運動は難儀かもしれない。動体視力が落ちればゲームもつらからう。友人も少しずつ減っていく。ふさぎ込んでしまうかもしれない。

私も老いてはデイサービスで寝てしまうだろう。全く他人事ではない。「認知症の夫が、デイサービス中によく居眠りしている」

ご高齢の方がデイサービス中に気持ちよさそうに居眠りしていても全く問題ないような気もするが、時々このような相談でご来院する方もいらっしゃる。

年齢にかかわらず、過眠症状の診察で重要なのはご本人の生活状況の確認である。ナルコレプシーや特発性過眠症のような中枢性過眠症は10～20代での発症が多く、その辺りの年代は慢性的に睡眠不足になっている人が多い(太く短く生きようとしていた私もそうだった)。そのため、就学状況や習い事・アルバイト、始業・終業時刻や残業時間、夜寝る前の過ごし方などが重要な情報となる(第2話・3468号、第6話・3484号を参照)。

一方で、居眠りしがちなご高齢の方は「日中は座ってテレビを見ています」といった具合で受動的な過ごし方をされている場合が多い印象がある。また「どうしても身体を起こして動いていると疲れてしまうんです」とおっしゃる方もいる。すると日中横になって過ごしがちで、うとうとしてしまいがち。さらに「21時くらいになるとどうも眠たくなってしまっね」という具合に、早めにお布団に入ってしまう人も多い。

高齢者は本来、がんばっても長時間寝られないはずなのである(Sleep. 2004 [PMID: 15586779])。不眠症の高齢者に対しては「6時間寝られれば御の字なんですよ」といつもお伝えしている。夜に横になって過ごす時間が長すぎると、不眠が治らないので、遅寝早起きをするよう指導するわけである。

他方、居眠りしがちなご高齢の方に夜の睡眠について聞くと「ぐっすり寝ています」とお答えになることが少なくない。本人や家族によれば8時間以上寝ている様子だが、全く不眠症状はない、なんてこともまれではない。

このタイプの方々、実際にはそんなに長くは寝ていない可能性がある(=睡眠状態の誤認)。「自己評価による睡眠時間」が脳波などで計測した客観的な睡眠時間よりも極端に長い人たちは、その後の転帰が良くないと考えられている(Sci Rep. 2022 [PMID: 36333394])。夜ぐっすり眠れるからといって、昼間も横になってばかりいると良くないのである(これは生活指導でなんとかできる問題ではないことが多く、介入はとても難しい)。

逆に言えば、年を重ねたとしても、太く短く、「40前に死ぬ」くらいの勢いで毎日暮らしたほうが、健康寿命が長くなるのかもしれない。そんなお年寄りに私はなりたい。

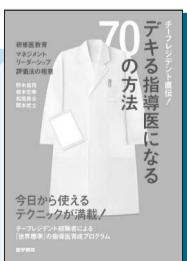
今日からあなたも「名指導医」です！

チーフレジデント直伝！デキる指導医になる70の方法

研修医教育・マネジメント・リーダーシップ・評価法の極意

指導医に必要なリーダーシップ、マネジメント、教育スキル、メンタリングなどをQ&A方式で解説。臨床での指導テクニック、カンファレンス運営、プレゼン指導、カリキュラム作成、クラウドサービス、SNSなどのIT技術といった具体的なテクニックを幅広く紹介。パンデミック下での新しい研修スタイルの提案も収録。米国で学んだ著者らによる、経験と実績に裏打ちされた指導医育成プログラムで、あなたも「名指導医」になれる！

野木真将
橋本忠幸
松尾貴公
岡本武士



「健康格差」を学びたい人に最適な定番書、最新の知見を加えた待望の第2版！

健康格差社会 第2版

何が心と健康を蝕むのか

日本が「健康格差社会」であることを世に示した初版の発行後、社会疫学研究の進展により健康格差の存在は共通認識となり、健康格差の縮小が国の政策目標に掲げられるに至った。第2版では初版の内容を基盤にしつつ、この間に蓄積された多くの科学的知見を追加。「健康の社会的決定要因」などに関する議論の動向も解説する。「健康格差」の基本を知る上で最適な定番書。

近藤克則



寄稿

電子カルテの質が仕事の質を決める 現場目線の医療DXの実現に向けて

木村 聡 岡山大学病院麻酔科蘇生科/医療情報部 助教

●きむら・さとし氏

2007年東北大学医学部卒。麻生飯塚病院で初期研修・麻酔科専攻医として修練。米オハイオ州立大で研究に従事した後、ハーバード公衆衛生大学院で公衆衛生学修士号を取得。その後、豪ロイヤルチルドレンズ病院で小児集中治療医として勤務。小児心臓麻酔や臨床研究、特にビッグデータを用いた研究を専門とする。著書に『絶対にあきらめない医学留学』（中外医学社）。ブログ「シェアする挑戦者～MD×MPH～」管理人。



DX (Digital transformation) とは、「デジタル技術によってビジネスや社会、人々の生活を変えること」とされます。つまり医療DXは、「テクノロジーや情報技術によって医療が改善し、社会や人々の生活を変えること」と考えられます。そして医療DXの鍵であり、医療情報において欠かせないのが電子カルテです。今年9月に設置された「医療DX令和ビジョン2030」厚労省推進チームにおいても、電子カルテ情報および交換方式の標準化、標準型電子カルテの検討が始まっています¹⁾。本稿では、日米豪の3か国で臨床医や研究者としてさまざまな電子カルテを使用し、現在は大学病院の医療情報部にも勤務する筆者が、現場からみた電子カルテの活用(表)について考察します。

現場の負担を軽減するには

1) あらゆるデータをカルテに自動送信

質の高い電子カルテを導入することで享受できるメリットとして、カルテへの入力が増やられます。これは、手書き文字からキーボードを用いたタイピングへ移行することによる判読性の改善だけを意味していません。

例えば、集中治療室ではバイタルサイン、薬剤投与、人工呼吸器設定や実測値、血液ガス分析結果など、あらゆるデータをカルテに記載したいところですが、多くの病院では必要な情報を選別し、その大部分は看護師によって入力されていました。しかし、国際的なシェアを誇る電子カルテでは、医療情報は自動的に送信・記載されます。薬剤投与速度の変更、人工呼吸器設定値の変更時刻や内容も、医師や看護師がわざわざカルテに入力する必要がなく、多大な労力を削減できます。

2) 処方時の計算を簡略化、薬剤情報の自動表示

オーダーリングシステムも、電子カルテの質の見せ所です。医師自ら薬剤の投与量や希釈を計算し打ち込むのは、質の高い電子カルテとは言えません。DX志向の電子カルテでは体重当たりの投与量や投与回数、希釈方法が自動で表示され、クリックひとつで選択できるようになっています。これにより、人為的ミスを防ぐだけでなく、オーダー時間を大きく削減できます。

例えば、(特に小児の場合に)体重を参照し自分で投与量を計算して数字を打ち込むと10秒程度かかりますが、クリックするだけのオーダーなら3秒で済みます。また薬剤の用法用量を確認するのに電子カルテから薬剤情報ア

●表 現場目線の医療DXにおいて求められる電子カルテの例

Don't	Do
●必要最小限の情報のみカルテに入力	●あらゆる情報をカルテに自動送信
●処方やオーダーを手打ちで入力	●オーダーなどは自動計算、選択式
●データ参照のために病院へ	●自宅でカルテを閲覧し論文執筆

プリの画面を開き、用法用量の欄に到達するまでも10秒程度かかるでしょう。1日20回処方を行い、その2割で薬剤情報を処方前に確認していたと仮定すると、週5日勤務した場合、年間[(10-3)*20+10*20*(2/10)]*240=12時間も節約できます。日々忙しい臨床医にとって、このようなわずかな差であっても、「塵も積もれば山」となります。

3) コスト算定を自動化

電子カルテのメリットには、コスト算定の自動化も挙げられます。酸素吸入量、カテーテル挿入時の薬剤や物品の数々、超音波検査など、医師が打ち込まずとも看護師や事務員がそのコスト算定のための打ち込みを行っていることが日本ではほとんどです。仮に診断群分類包括評価制度(DPC)を用いた包括支払いであったとしても、診療行為の入力漏れは、機能評価係数Ⅱ、重症度・医療看護必要度の割合、今後の診療報酬改定などに影響する恐れがあり、正確な医療行為の記載はなくてはならない作業です。ただ電子カルテを導入するだけでなく、日々改善し自動化することで、臨床現場での労働者の労力を削減することが可能になります。

電子カルテの改善は研究の促進にもつながる

学会発表や論文執筆のデータを収集するためだけに休日に病院に閉じこもり、朝から晩までひたすら電子カルテからデータを引き出すといった経験のある医師も多いのではないのでしょうか。しかし、私が在籍した米国と豪州の留学先全てにおいて、電子カルテは自宅を含む病院外からも閲覧・記載可能でした。セキュリティをクリアし刻々と自動的に変更されるパスワードを使用することで、プライベートPCからでも、診療録や看護記録、検査値や画像所見などの情報にアクセス可能となることによって、臨床実務だけでなく、臨床研究に必要な労力が驚くほど削減できます。

また、電子カルテの質の向上は、研究に必要なデータの質にも多大な影響

を及ぼします。患者情報や検査歴だけでなく、モニタリング結果をリアルタイムでサーバーに自動保存することが可能であり、文字通りビッグデータが生まれます。これによって、レジストリ等の目的を定めたデータの収集だけでなく、ありとあらゆるデータを格納し、そこから機械学習を用いて新しい発見を見出すためのデータベースの構築も可能となります。例えば、Medical Information Mart for Intensive Care (MIMIC) という、ボストンの病院とマサチューセッツ工科大学(MIT)のラボが共同で作成したデータベースがありますが、このたったひとつのデータベースからこれまでに約2千本の論文が出版されています²⁾。

電子カルテのDXに向けた課題

このように、電子カルテによる医療DXは臨床と研究の両側面において強い味方となり得ます。しかしその普及と発展にはさまざまな壁が存在します。

そのひとつが「カスタマイズの功罪」です。データ分析や機械学習に関する仕事をしていると、医療界においても驚くほど多くの日常業務が自動化可能であることに気がきます。われわれ臨床医が「こうしたらもっと楽なのに」と思うことの多くは、システムエンジニアの手に掛ければ実現可能です。しかし、このような臨床医の要望にカスタマイズで対応することには落とし穴があります。それは、電子カルテに個別のカスタマイズを重ねると、電子カルテのバージョンアップができなくなる危険があることです。古いバージョンに加えられたカスタマイズ(コードの変更)は、新しいバージョンで使えなくなるだけでなく、そのようなカスタマイズは電子カルテ全体の動作に影響を与えることがあります。すなわち、現場目線の個別のカスタマイズで一時的に使いやすくなったとしても、後々の標準パッケージの標準機能に追い抜かれ、むしろ時代遅れの電子カルテとなっている、ということは多々あるのです。

もうひとつの壁が、「データの公開と個人情報」です。医療DXにより医療ビッグデータが集まったとしても、

そのデータ利用には多くの問題が待ち受けます。まず第一に、データが「汚い」ことです。データを解析・学習させるためには、データを整理する作業(データクリーニング)が必要になります。実はこの作業が最も大変と言われるほど、利用可能なデータにするまでには労力が必要です。第二は、個人情報にかかわることです。患者個人の治療内容、検査結果、経過といった医療データは個人情報であると考えられ、その保護には細心の注意を払わなければなりません。地球の反対側からでもインターネットを介して情報にアクセスできるようになった現在、たとえ非公開のデータであっても漏洩のリスクはゼロにはなりません。そのため、個人情報保護という観点からデータの共有は進まず、結果として臨床と研究の両面において弊害となります。第三は知財です。もはや医療情報は価値のある資産であり、開発目的のデータは売買されます。裏を返すと、お金を払わないとデータを利用することができず、医療界の発展の妨げにさえなってしまいます。

そもそも日本のカルテはコスト算定と会計システムから始まったものが多く、そこに臨床現場のフローが追加される形になっており、既存の電子カルテと臨床現場に立つ者にとっての理想形はイコールではありません。また、日本語という主に日本人しか用いない言語を用いるが故、国際的なシェアを誇る電子カルテ企業が参入してきません。そのため、日本の電子カルテは海外の電子カルテと比較してもまだまだ発展途上であると言えます。

ともあれ、医療を提供する側/提供される側の双方にとって、医療DXは大きな変革です。医療におけるデジタル化には、乗り越えなければならない課題も多いですが、ますます発展していく領域であることは間違いありません。

●参考文献・URL

- 1) 厚労省。「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム、2022。
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_210261_00003.html
- 2) ブログ「シェアする挑戦者～MD×MPH～」医療界のビッグデータ：MIMIC、2019。
https://mmbiostats.com/mimic_introduction

カルテの思わぬ落とし穴とは？ ポイントを押さえた先読みの記事があなたの身を守る！

トラブルを未然に防ぐカルテの書き方

カルテ記載の思わぬ落とし穴とは？ 医療紛争・トラブルにおいてはカルテ記載が重要となるが、時間の制限があるため、書くべき場面、書くべき内容の絞りこみが必要となる。本書では紛争・トラブルになり得るケースを多数紹介し、無用なトラブルを避けるためのポイントを押さえたカルテ記載の方法を伝授。臨床(医師)と紛争対応(弁護士)の双方の視点を押さえた先読みの記事があなたの身を守る！

編集 吉村長久
山崎祥光

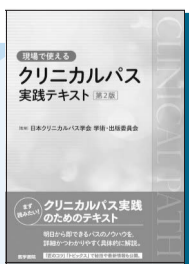


学会のオフィシャルテキスト第2版。進化し続けるバスの最新情報を収載。

現場で使える クリニカルパス実践テキスト 第2版

まさに「現場で活かす」バス実践のノウハウを詳細かつわかりやすく解説。クリニカルパス学会主催の過去の教育セミナーから好評だったテーマを中心に、多くの地域・医療機関で明日から即検討できる手法をまとめた。また、バスの教育や組織作り、電子バスや連携バスの最新の活用法、そして今後期待される新たなバスの領域も盛り込んだ。現場での秘策や情報は「匠のコツ」「トピックス」として開示。バスに関わる多くの医療者必読書。

監修 日本クリニカルパス学会
学術・出版委員会



寄稿

仏ユマニチュード認証施設訪問記

林 智史 国立病院機構東京医療センター総合内科・感染症内科

「ユマニチュード」とはフランスの二人の体育学の専門家、イヴ・ジネスト氏とロゼット・マレスコッティ氏が1970年代に開発したケアの技法であり、「人間らしさを取り戻す」という意味をもつフランス語の造語です。ケアをする人が「あなたを大事にしています」と思っている、それがうまく伝わらなければ意味がありません。その思いを相手理解できる形で伝えるための具体的な技術をまとめたものが、ユマニチュードです。現在、認知症ケアに携わる人々に対して有用な技術と考えられています。日本には2012年に当院の本田美和子氏によって紹介され、同年のジネスト氏、マレスコッティ氏の日本での講演会をきっかけに日本でも研修が始まりました。医学・看護教育への導入、自治体の高齢社会対策プロジェクトへの参画、人工知能を用いた研究などが行われ、2019年には日本ユマニチュード学会も設立されました(代表理事=本田美和子氏)。

私がユマニチュードを知ったのは2015年に東京医療センター総合内科に入職した時です。当時私は総合内科医として内科全般の知識を高め、病気の診断・治療をすることにまい進する一方で、急性病態を治療した後の退院調整に毎回時間がかかることに困っていました。ある時、私が退院調整の大変さについて看護師に愚痴をこぼしていると、まさに退院調整中の認知症高齢患者ご本人が笑顔で「大変ね」と話しかけてきました。そこで、看護師と共に生活や家族のことについて聞いたところ、会話が弾み、退院調整のヒントも多く得られた上、お互いに楽しい時間を過ごせました。これは退院調整に苦労していた私にとって意外な出来事でした。特に印象的だったのは、看護師の患者への対応です。視線の高さ、優しい口調、安心感を与える触れ方、といった一つひとつの行動が、患者の心を開いていっているように見えたのです。それから病棟内でまねしてみましたが、予想と反して話が盛り上がりません。そこで看護師に相談したところ、ユマニチュードを紹介されました。

ユマニチュードと出合ってから約7年たった今、私は、ジネスト氏、マレスコッティ氏、本田氏らとともに、発祥の地であるフランスのユマニチュード認証施設を訪問する機会を2022年10月に得ました。本稿では、その訪問の様子を紹介します。

認証取得施設での取り組み

フランスでは、ユマニチュードを導入した施設が自分たちのケアの質の客観的評価を求めたため、2011年より認証制度が始まりました。フランスの介護施設数は約7000ですが、認証取得施設は現在26です。日本でも、2022年4月より日本版ユマニチュード認証制度が始まり、現在21の病院と介護施設が認証取得をめざしています。

今回フランスの認証施設のひとつである介護施設「La Maison de Jeanne」を訪問したのは、認証に当たって求められるユマニチュードの5原則、①強制ケアをゼロにする。しかし、ケアを諦めない、②本人の唯一性とプライバシーを尊重する、③最期の日まで自分の足で立って生きる、④組織が外部に対して開かれている、⑤生活の場・やりたいことが実現される場を作る、がどのように実現されているのかを見学し、「良いケアとは何か」を体験から深く理解するためでした。

◆自主性を持って活動する入居者

La Maison de Jeanneは、ノルマンディー地方の豊かな自然に囲まれた地域にあります。到着時、玄関には桜や日本の国旗が飾られており、施設を挙げて笑顔で迎えてくれました。

施設の中では、180人の入居者が自主性を持って行動していました。自分で食べたり、飲み物をとったり、洗い物をしたりと、まさに日常生活をしています。認知症の方も、職員が見守りながら本人ができることは一緒に作業していました。さらに驚いたのは、食器が陶器やガラス製であったことです。通常病院や介護施設では、プラスチックなど割れない食器を使用しますが、割れる心配よりも、食事の質が重要視

されていました。また食事中にエプロンを使わないことも、尊厳を守る手段の一つとして徹底されていました。入居者がみんな自分らしさを生かして生活していることが伝わってきました。

施設内にはデイサービスの場所があり、入居者が集まり楽しんでいました。また、美容院や図書館、託児所、バーカウンターなどもあり、地域住民も利用できます。子供たちと入居者が触れ合う場面は、特に印象的でした。

さらに、われわれのような見学者を受け入れることが職員のモチベーション向上に寄与しているそうです。職員はユマニチュードの技術を維持・向上するために日々のケアの中でリーダーからフィードバックを受け、毎週少人数で10分程度のワークショップを行っています。入居者だけでなく職員にも自信と楽しさを与えてくれる施設でした。

◆ユマニチュードの技術は世界共通

今回、私はマレスコッティ氏に見ていただきながら「ケアのときに不安のために大声を出してしまう全介助の高齢女性」に対してケアを行いました。ユマニチュードでは、ケアが困難な状況下においては、コミュニケーションを主導するマスターと、実際に手を動かす黒衣に役割分担をします(写真)。私はこのケアではマスターを担当しました。本場フランスでも自分が普段行っている技術は十分に通用し、ユマニチュードは技術であること、また世界中どこでも共通だということを感じることができました。マレスコッティ氏からは「よく相手の目を見ることができていますね」と褒めていただき、嬉しく思いました。

日本の医師にユマニチュードを普及させるために

2022年現在、高齢者人口が3627万人と過去最多を更新し、総人口に占める割合も29.1%まで高まっている日本においてこそ、ユマニチュードの普及が必要であると感じます。日本でも多くの施設が「良いケアを実現している

●はやし・ともふみ氏

2013年大分大卒。熊本赤十字病院で初期研修後、15年国立病院機構東京医療センター総合内科での後期研修を経て、19年より現職。現在は総合診療専門研修の指導を行いつつ、診療にも携わっている。



●写真 La Maison de Jeanneでのケアの実践コミュニケーションを主導するマスター(中央・林氏)と、実際に手を動かす黒衣(左・ユマニチュードインストラクターの看護師・丸藤由紀氏)で役割分担し、ケアに取り組んでいる。

ことを証明したい」と考えていることでしょうか。日本版ユマニチュード認証制度は病棟単位でも取得が可能です。認証制度の普及は多くの施設の役に立つはずですが、

東京医療センター総合内科では、本院の医師である本田氏と片山充哉氏、ユマニチュードインストラクターの看護師である藤岡菜穂子氏と共に、病棟回診を通じて若手医師にユマニチュードを普及する取り組みを行っています。実際、動くことができないと思っていた患者が立ち上がり、さらに「ありがとう」という言葉を発する姿を見たときの若手医師の驚きの表情は印象的です。また、若手医師だけでなく、リーダーとなる医師にもその有用性を感じてもらいたいと感じています。

ほかにも片山氏を中心にユマニチュードに興味がある病院に対して、ユマニチュードのワークショップと回診を組み合わせた「お試し回診」を行っています。これまで富山、長野の病院で実施しましたが、それぞれの施設の医師や看護師から高評価を得て、徐々にユマニチュードの取り組みが始まっているとも聞いています。

個人でできる活動には限界がありますが、チームで取り組めば院内への普及もしやすくなります。ろうそくの火を一本一本別のろうそくに移していくような時間がかかることですが、一本ずつ増やしていったろうそくが、将来消えることのない明るく大きな灯になるように進めていきたいと考えています。

2023年

年間購読申込受付中!

患者全体を見すえた内科診療のスタンダードを創る

Hospitalist

Vol.10-No.2 2022

特集: 脳梗塞

●責任編集: 井口正寛・石山貴章 ●1部定価5,060円(本体4,600円+税10%)

●ISBN978-4-8157-2022-3 ●年間購読料19,360円(本体17,600円+税10%)

※毎月お手に直送します。(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。

最新号

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示するクォーターリー・マガジン

INTENSIVIST

Vol.14-No.4 2022

特集: 多職種連携

●責任編集: 牧野淳・瀬尾龍太郎・則末泰博 ●1部定価5,060円(本体4,600円+税10%)

●ISBN978-4-8157-2032-2 ●年間購読料19,360円(本体17,600円+税10%)

※毎月お手に直送します。(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。

最新号

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.medsi.co.jp>

113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 風明ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsi.co.jp

魔法? 奇跡? いえ「技術」です。

ユマニチュード入門

本田 美和子 / イヴ・ジネスト / ロゼット・マレスコッティ

「この本には常識しか書かれていません。しかし、常識を徹底させると革命になります。」開発者と日本の臨床家たちが協力してつくり上げた決定版入門書!

A5 2014年 頁148

定価: 2,200円(本体2,000円+税10%)

[ISBN978-4-260-02028-2]

ケアに求められる理想を「現実に変える」技術。

ユマニチュードと看護

本田 美和子 / 伊東 美緒

医療現場のケアを改革したい人が知っておきたいエッセンスを1冊に凝縮。緩和ケア領域など「認知症ケアだけじゃない!」というリアルな現場の手応えも収載。

A5 2019年 A5 頁208

定価: 2,200円(本体2,000円+税10%)

[ISBN978-4-260-03878-2]

医学書院

多職種で支える

誤嚥性肺炎のリハビリテーション

高齢化に伴い患者数の増加が進む誤嚥性肺炎に対しては、抗菌薬による薬物治療だけでなく、嚥下機能の評価や訓練、口腔管理、栄養管理など、多職種による包括的な介入が重要です。スムーズな多職種連携を実現するための知識を学んでいきましょう。

編集 百崎良 三重大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野 教授

第9回 チーム医療

今回の執筆者 藤原大 宮城厚生協会坂総合病院リハビリテーション科 診療部長

こんな患者さん見たことありませんか？
 80歳女性。独居で閉じこもりがち。自宅内転倒による大腿骨近位部骨折で入院し、観血的骨接合術が実施された。術後2日目に全粥食で経口摂取を開始したが、翌日に発熱があり誤嚥性肺炎と診断。主治医からは絶食・安静臥床・抗菌薬投与の指示が出されている。

誤嚥性肺炎患者は多疾患併存の状態(いわゆる multimorbidity)にあることが多く、生活状況やその背景もさまざまです。誤嚥性肺炎発症の原因となりやすい嚥下障害は、脳血管疾患や神経筋疾患だけでなく、加齢や低栄養、低活動、慢性疾患に伴うサルコペニアが誘因となっている可能性が指摘されています¹⁾。また、誤嚥性肺炎は嚥下障害による誤嚥のみではなく、栄養障害や口腔機能障害など多因子が絡み合って発症します。したがって、誤嚥性肺炎の治療および患者のQOL向上は、単職種による限定的な取り組みで達成することは困難であり、姿勢調整、早期離床、口腔ケア、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ、薬剤管理、退院支援など、多職種連携による包括的な取り組みが求められます(図1)。そこで今回は、誤嚥性肺炎患者におけるチーム医療の実践について紹介していきます。

チーム医療がもたらす効果とは

誤嚥性肺炎発症後早期に経口摂取を開始する意義には、本連載でもたびたび触れてきました。では、多職種チームによる誤嚥性肺炎への介入の意義はどの程度あるのでしょうか。退院時の

経口摂取について検討した報告によれば、年齢の低さ(OR:1.039)、チーム医療の実践(OR:3.196)、入院後2日以内の経口摂取開始(OR:4.095)の3つが、関連因子として挙げられています²⁾。加えて、多職種協働による入院初期からの包括的摂食嚥下訓練の開始は、抗菌薬の使用日数の短縮につながることも報告されています³⁾。早期経口摂取を実現するために、入院早期からチーム医療・多職種連携による介入を行うことの効果の高さがおわかりいただけたことでしょうか。

多職種介入と診療報酬

摂食機能障害者に対する多職種での介入は、「摂食機能療法」という形で診療報酬にも反映されています。摂食機能療法は、医師、歯科医師の指示の下、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づいて、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に算定可能です。対象となる摂食機能障害者とは、次のいずれかを指します。

- 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの



●図1 誤嚥性肺炎のリハビリテーションにおける包括的介入

外来 病棟 地域をつなぐ

ケア移行実践ガイド

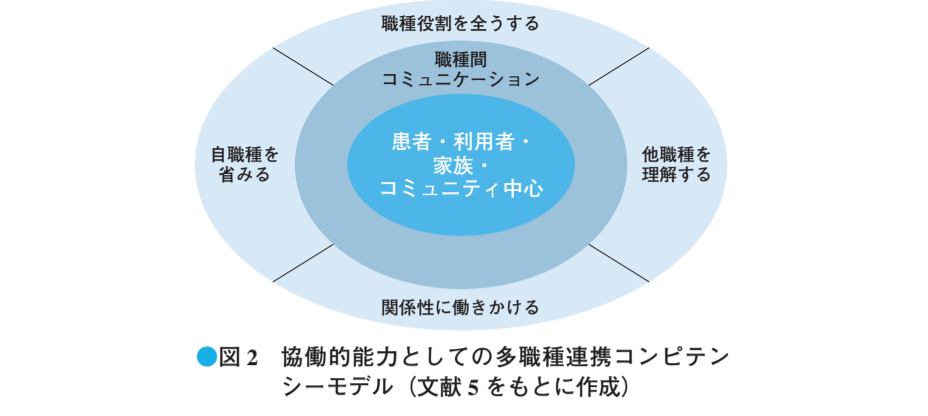
編集 小坂鎮太郎/松村真司

●B5 頁184 2022年 定価:3,850円(本体3,500円+税10%) [ISBN978-4-260-04885-9]

その情報、正確に伝わっていますか？

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。

医学書院



●図2 協働的能力としての多職種連携コンピテンシーモデル(文献5をもとに作成)

●内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

治療開始日(誤嚥性肺炎の発症日)から3か月以内であれば、1日につき185点が算定でき、療法士による疾患別リハビリテーション料とは別に算定可能です。さらに、2022年度診療報酬改定では、摂食機能または嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種で構成されたチーム(摂食嚥下支援チーム)等による対応で、「摂食嚥下機能回復体制加算」を追加して算定できるようになりました(註)。摂食嚥下支援チームの要件は下記の通りです⁴⁾。

- ①専任の常勤医師又は常勤歯科医師
- ②摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士
- ③専任の常勤管理栄養士

算定には、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を月1回以上実施すること、検査結果を踏まえて摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週1回以上行うことが求められており、評価および介入の結果を地方厚生(支)局に報告することで、週1回190点の加算が得られます。

これらの診療報酬上の加算算定による利益は、自施設の医業収入全体をみれば微々たるものかもしれません。しかし、診療報酬上で算定可能であることは、組織を動かす説得力を伴った指標になります。また、算定要件に基づいた職種編成によるチームづくりや役割分担は、組織内におけるより発展的な取り組みにもつながる可能性を秘めています。各算定要件を詳細に確認して、誤嚥性肺炎患者の支援体制構築に役立てましょう。

多職種連携コンピテンシーと目標設定

チーム医療・多職種連携の重要性は認識されていても、その実践には困難を伴うと感じることが多いかもしれません。多職種連携の難しさの背景には、専門性と教育背景の違いがあると考えられます。求められる専門性や教育背景が異なるために、各専門職が「当たり前」としていることを前提としたコミュニケーションがうまく成立しなかったり、お互いに遠慮が生じたりして、意思疎通を阻害している可能性があるのです。

今回のポイント

- チーム医療・多職種連携の包括的介入による早期経口摂取の獲得が重要です。
- 摂食嚥下機能回復に関する多職種での取り組みは、診療報酬上でも評価されています。
- 日々の取り組みを通して、各職種の「多職種連携コンピテンシー」を高めましょう。

註：摂食機能または嚥下機能の回復が見込まれる患者に対し、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定可能。

参考文献・URL

- 1) Geriatr Gerontol Int. 2019 [PMID: 30628181]
- 2) 小山珠美, 他. 誤嚥性肺炎患者に対するチーム医療による早期経口摂取が在院日数と退院時経口摂取に及ぼす影響. 日摂食嚥下リハ会誌. 2020; 24(1): 14-25.
- 3) 長尾恭史, 他. 誤嚥性肺炎患者における早期経口摂取の検討. 日静脈経腸栄養会誌. 2018; 33(5): 1133-38.
- 4) 厚労省. 個別改定項目について. 2022. <https://bit.ly/3UyUfZC>
- 5) 多職種連携コンピテンシー開発チーム. 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー. 2016. <https://bit.ly/3EAJSOQ>

『週刊医学界新聞』 通常号索引

2022年1月~12月 (3451号~3498号)

ニュース・ルポ

- ◇宮坂道夫氏『対話と承認のケア』が第15回日本医学哲学・倫理学会学会賞受賞…3462
- ◇金原一郎記念医学医療振興財団助成金…3464
- ◇厚生労働省関連の国家試験合格状況…3466
- ◇2022年日本国際賞授賞式開催…3468
- ◇第44回日本造血・免疫細胞療法学会総会…3472
- ◇第13回日本プライマリ・ケア連合学会開催…3476
- ◇第118回日本精神神経学会学術総会…3478
- ◇第28回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会…3490
- ◇Spiegel-Wycis Award 2022…3490
- ◇金原一郎記念医学医療振興財団贈呈式…3492
- ◇MITを全国の失語症患者へ…3494

対談・座談会・インタビュー

- ◇BCI研究が描く2050年の医療(柳澤琢史, 池谷裕二, 金井良太, 川合謙介, 西村幸男)…3451
- ◇ヒトは再び月をめざす(岩崎賢一, 金井宜茂, 三丸敦洋)…3451
- ◇マンガ×医療=∞!!(中垣恒太郎, 小比賀美香子, 福井謙)…3451
- ◇グローバルヘルス再興戦略(國井修, 尾身茂, 久留宮隆, 永井真理)…3453
- ◇新生涯学習制度の狙い(齊藤秀之)…3455
- ◇新型コロナ対策と法(鈴木基, 磯部哲)…3456
- ◇プログラム医療機器の普及促進を(黒田知宏, 田中志徳, 佐竹見太)…3458
- ◇比較解剖学と医療の邂逅(皆川洋至, 遠藤秀紀)…3460
- ◇不合理な「強制入院」を生まないために(杉浦寛奈)…3460
- ◇先天性心疾患診療の最前線(左合治彦, 赤木禎治)…3462
- ◇難敵トキソプラズマ症に挑む(西川義文)…3462
- ◇臨床に根付く神経免疫学(山村隆, 功刀浩, 三宅幸子)…3464
- ◇「使える手」をハンドセラピーで再構築する(斎藤和夫)…3464
- ◇整形外科外傷治療のシステム構築を(土田芳彦, 最上敦彦, 井口浩一, 伊藤雅之)…3466
- ◇重病を体験した医師が語る患者のリアルな心(松永正訓, 石井洋介)…3468
- ◇先を読んだカルテ記載があなたの身を守る(吉村長久)…3470
- ◇在宅で死ぬということ, その理念を未来に継いでいくこと(山崎章郎, 佐々木淳)…3472
- ◇地域で連携し, 子どもの心を支援する(仲島大輔)…3472
- ◇リハビリテーション医学の再考(久保俊一, 芳賀信彦)…3474
- ◇患者の全体像を把握し, 最適なリハビリテーションを届ける(高橋哲也)…3474
- ◇学術集会の未来を語ろう(岸拓弥, 安西尚彦, 松本衣里)…3476
- ◇「キープレーズ」を用いてネクストレベルの臨床推論をめざす(志水太郎, 長野広之)…3478
- ◇日本に足病医学を普及させる(寺師浩人, 菊池守)…3480
- ◇「心を発見する」プロセスに向き合う(信田さよ子)…3480
- ◇「健康格差」の是正に向けて, いま医療者にできること(近藤克則, 近藤尚己)…3482
- ◇運動腫瘍学の可能性を探る(高野利実, 越智英輔, 辻哲也, 志賀太郎)…3484
- ◇遺伝統計学が導く医療の未来(岡田随象, 鎌谷洋一郎, 熊坂夏彦)…3486
- ◇心理療法的アプローチを用いて外来患者の本音を引き出す(山田宇以)…3486
- ◇切れ目ない医療を高齢者に(川越正平, 木村琢磨)…3488
- ◇観察と思索から症候をとらえる(神田隆, 三吉博)…3490
- ◇安全な無痛分娩提供体制の構築をめざして(海野信也)…3490

- ◇踊り場に立つACP, いま何が求められるのか(木澤義之, 竹之内沙弥香, 森雅紀)…3492
- ◇がん診療25年の歩みと次の見取り図(勝俣範之, 山本昇, 後藤梯)…3494
- ◇理論と現場の壁を乗り越え誰もがリーダーシップを発揮する(石川淳, 西城卓也, 齊藤裕之) 3498

寄稿・投稿・視点

- ◇医療応用の実現に向け産学で加速するBCI研究(紺野大地, 柳澤琢史)…3451
- ◇新春随想(吉南通康, 大津欣也, 玉城和光, 伊原和人, 河北博文, 石川賀代, 水方智子, 西島正弘, 塚田(哲翁)弥生, 仲間知徳, 大内田美沙紀, 藤田千代子)…3451
- ◇国境を越えて臨床研究を支援する(飯山達雄)3453
- ◇川崎病疫学のこれまでとこれから(中村好一)3453
- ◇新制度で生涯の学びと成長を支援(白石浩) 3455
- ◇FAQ 非専門医が知っておきたい片頭痛診療の最前線(柴田護)…3455
- ◇拡大を続けるフェムテックに医療者はどうかかわるのか(重見大介)…3456
- ◇発達障害児支援のニーズに応える医師の心構えは(吉川徹)…3458
- ◇FAQ 非循環器専門医のための心不全薬物治療 Up to date(柴田龍宏)…3460
- ◇山形県における医療的ケア児・者に対する支援(中村和幸)…3462
- ◇成人在宅医が考える小児科主治医同行訪問事業のメリット(柴田健彦)…3462
- ◇TAVIの適応を, 植込み前から摘出まで施行する心臓外科医の視点で再考する(福原進一)…3464
- ◇肺NTM症診療の現在地とこれから(南宮湖)3466
- ◇診断を越えたアプローチを通じて汎用的な認知行動療法の実現を(伊藤正哉)…3466
- ◇アトピー性皮膚炎診療の進歩(松田光弘)…3468
- ◇薬剤の使用過多による頭痛の研究継続と啓発を(勝木将人)…3468
- ◇My Favorite Papers(巽浩一郎, 坂田泰史, 高橋都, 古川壽亮, 中村清吾, 田中靖人)…3470
- ◇「医学系研究をわかりやすく伝えるための手引き」の作成に当たって(井出博生)…3472
- ◇オンラインツールを活用した論文文化プロジェクトのススメ(香田将英, 吉田和生)…3472
- ◇IgG4関連疾患分類国際基準の策定と診断の進め方(神澤輝実)…3474
- ◇インターネットを用いた医学研究における倫理的課題とそのガバナンス(古結敦士)…3474
- ◇アフターコロナのヘルスケアシステム(青木拓也)…3476
- ◇ニューヨーク市におけるCOVID-19自宅診療体制の現状(山田悠史)…3476
- ◇携帯型装置の技術革新によりPOCUSは新たなステージへ(亀田徹)…3478
- ◇ひきこもりの社会復帰支援(加藤隆弘)…3478
- ◇オプトアウト・ラプソディー(江花有亮)…3480
- ◇小児における近視抑制治療の最前線(平岡孝浩)…3480
- ◇かかりつけ医に期待がかかるNAFLD線維化症例のスクリーニング(玉城信治)…3482
- ◇腰痛を予防し, 医療・介護従事者が働き続けられる職場づくりを(田辺将也, 高橋雅業)…3482
- ◇写真のチカラを, 医療の現場に(山本夏希) 3484
- ◇ICUから病棟, さらに地域へと継続した診療を提供可能にするシステム作りを(牧野淳)…3484
- ◇電気けいれん療法の適応を再考する(嶺北佳輝)…3484
- ◇抗原定性検査キットをどう活用するか(辻洋志)…3486
- ◇がんと脳卒中合併例への対応——Stroke Oncology(河野浩之)…3486
- ◇AYA世代のがん患者が在宅で療養するために必要な支援とは(住谷智恵子)…3488
- ◇FAQ 知っておきたい半側空間無視へのアプローチ(菅原光晴)…3488
- ◇あなたも見逃している!? “隠れ貧血”(岡田定)…3488

- ◇「予防」の視点が拓く, 企業における作業療法の可能性(元廣博)…3488
- ◇踊り場に立つACP, いま何が求められるのか(西川満則, 紅谷浩之, 平岡栄治)…3492
- ◇オルガノイドで解き明かすヒト脳の神秘(六車恵子)…3492
- ◇DELIVER試験の舞台から(近藤徹)…3494
- ◇認知症と見分けにくい高齢者の発達障害を見逃さないために(佐々木博之)…3494
- ◇電子カルテの質が仕事の質を決める(木村聡)3498
- ◇仏ユマニチュード認証施設訪問記(林智史) 3498

連載

- ◇臨床研究・疫学研究のための因果推論レクチャー(後藤温, 井上浩輔, 杉山雄大)
- ⑩想定できるバイアスを定量化する…3453, ⑪操作変数を用いて因果効果を推定する…3456, ⑫集団に対する曝露・介入の効果推定…3460, ⑬中間因子を用いて因果効果を推定する…3464, ⑭因果推論の理解を深め, 人と社会が健康な未来の実現を…3468
- ◇こころが動く医療コミュニケーション(中島俊)
- ⑮患者と医療者の感情に目を向ける…3455, ⑯コミュニケーションの質を可視化して測定する…3458,

- ⑰医学的に益が低い状況にどう対応するか…3462
- ◇睡眠外来の診察室から(松井健太郎)
- ⑱「眠れない」と免疫力が下がると聞いて心配…3464, ⑲「仕事で寝てしまうので受診するように言われた」…3468, ⑳「おとなしい子なのに, 朝起こそうとすると人が変わったように暴れる」…3472, ㉑「夏になったら脚の不快感が強くなってしまった」…3476, ㉒「エアコンが壊れてから, なぜか眠れなくなった」…3480, ㉓「何度でも大遅刻してしまう。進級が難しいかもしれない」…3484, ㉔「寝ぼけて甘い物を食べる。翌朝は食べたことを覚えてない」…3488, ㉕「受験を頑張りたい。夜はどれくらい寝たほうが良いのか」…3492, ㉖「認知症の夫が, デイサービス中によく居眠りしている」…3498
- ◇多職種で支える誤嚥性肺炎のリハビリテーション(百崎良)
- ①誤嚥性肺炎の疫学・病態(百崎良)…3466, ②経口摂取能力評価(百崎良)…3470, ③リハビリテーション治療(百崎良)…3474, ④嚥下調整食・とろみの分類(清水昭雄)…3478, ⑤歯科関連介入(白石愛)…3482, ⑥経鼻胃管・気管切開の管理(百崎良)…3486, ⑦栄養管理(白井祐佳)…3490, ⑧薬剤管理(小瀬英司)…3494, ⑨チーム医療(藤原大)…3498

レジデント号索引

ニュース・ルポ

- ◇漢方医学教育 SYMPOSIUM…3461
- ◇第33回「理学療法ジャーナル賞」…3473
- ◇即興演劇を通じて人間力を育む…3481
- ◇第30回総合リハビリテーション賞…3496

対談・座談会・インタビュー

- ◇私だけの学びのストーリー(木村健太, 小倉加奈子)…3457
- ◇小児感染症診療の新たな展開(青木真, 齋藤昭彦)…3461
- ◇医学生・研修医の成長プロセスに採用試験を位置付ける(福岡敏雄, 杉山徹)…3465
- ◇若手のうちの基礎固めが外科医としての大成につながる(小坂真一)…3469
- ◇外来・病棟・地域をつないでスマートなケア移行を実現する(小坂鎮太郎, 松村真司, 河野隆志)…3473
- ◇学びを支援する学習環境の構築を(清水郁夫, 川上ちひろ)…3477
- ◇デキる若手指導医に必須の視点(橋本忠幸, 小杉俊介, 三谷雄己, 横須賀亮介)…3481
- ◇シリーズ この先生に会いたい!! 松本俊彦氏に聞く(松本俊彦, 古賀公基)…3485
- ◇理想的なカリキュラム編成を考える(泉美貴, 長谷川仁志)…3489
- ◇外科系志望の医師を増やす戦略(鈴木研裕, 高見秀樹, 磯部真倫)…3493
- ◇救急医のミッドキャリアクライシス(船越拓, 山上浩, 千葉拓世, 佐藤信宏)…3496

寄稿・投稿・視点

- ◇♪ In My Resident Life ♪(大野每子, 佐藤美保, 白石吉彦, 吉村健佑, 岡秀昭, 神吉佐智子)…3452
- ◇オンライン外科手術トレーニングのススメ(山根裕介)…3457
- ◇野口英世と黄熱の歴史から100年を経た教訓(中込治)…3465
- ◇麻酔科研修に臨む上で押さえておきたい基礎知識(川口昌彦)…3465
- ◇これが私の進む道!! 2022(窪田紀彦, 北台留衣, 谷口義章, 加藤新英, 岩田太志, 千葉蒔七)…3469
- ◇[寄稿] 米国臨床留学からのアカデミックキャリアをめざして(工野俊樹)…3469
- ◇愛媛大学におけるコロナ禍のシミュレーション教育(熊木天児)…3473
- ◇押さえておきたい大人の食物アレルギーの基本知識(永田真)…3473
- ◇医師として必ず心得ておくべき医事紛争回避のための視点(藤田真幸)…3477

- ◇腹腔鏡手術トレーニング: 神の手チャレンジからの挑戦状!(市川雅男)…3477
- ◇COVID-19感染拡大前後の比較から見る大学生メンタルヘルス(堀田亮)…3481
- ◇アーバンプライマリ・ケアの担い手を増やすための卒前教育(安藤崇之)…3485
- ◇若手医師が切り開くこれからの運動器超音波診療(岩田秀平)…3489
- ◇どんな専攻医でも1年以内にアクセプトされる症例報告への取り組み方(久保田隆文)…3493
- ◇ベンチャー・スタートアップでのインターンシップで社会に飛び出そう!(山本浩平)…3493
- ◇研修医, 専攻医に効果的な振り返りを促すR2C2モデルの活用(三好智子, 他)…3496

連載

- ◇ひなの研修日記(嘯)
- ④往診…3452, ⑤ショック…3457, ⑥救急科ふたたび…3461
- ◇絶対に失敗しない学会発表のコツ(後藤徹)
- ④学会発表当日の約束…3452, ⑤ポスター発表を甘く見ない!…3457, ⑥Web発表でのKnack & Pitfalls…3461, ⑦もう怖くない! 国際学会での英語発表…3465
- ◇ケースで学ぶマルチモビリティ(大浦誠)
- ②マルモに社会的処方是有効か…3452, ③マルモは多職種チームでアプローチしよう…3457, ④マルモをきっかけに総合診療の3つの視点を理解しよう…3461
- ◇ピットフォールにハマらないER診療の勘どころ(徳竹雅之)
- ①語りかけるPEA心臓蘇生で困ったときの次の一手…3473, ②酔っ払いさん, いらっしゃい! 油断大敵! 急性アルコール中毒…3477, ③シリンジ1つで脈対応 魔法のようなPSVTマネジメント…3481, ④「はぐれSTEMI」を探せ! 絶対に見逃してはならない心電図波形12選①…3485, ⑤「はぐれSTEMI」を探せ! 絶対に見逃してはならない心電図波形12選②…3489, ⑥そのアナフィラキシー対応, 遅れてない? basic編…3493, ⑦そのアナフィラキシー対応, 遅れてない? advanced編…3496
- ◇レジデントのための心不全マネジメント(河野隆志)
- ①心不全のマネジメントを身近なものに!(河野隆志)…3477, ②心不全の病態を把握しよう(河野隆志)…3481, ③急性期こそタイムリーな心不全治療を!(白石泰之)…3485, ④強心薬・陽圧換気を使いこなす!(長友祐司)…3489, ⑤薬剤を使いこなす! ACE阻害薬/ARB, β遮断薬, MRA編…3493, ⑥薬剤を使いこなす! ARNI, SGLT2阻害薬編(庄司聡)…3496

医療者の診療の一助となり, がん患者の診療へ還元されることを切に願って。

がん診療レジデントマニュアル 第9版

国立がん研究センター中央病院・東病院のレジデントが中心となり, 最新のエビデンスに基づき, 3年毎に改訂しているマニュアルの第9版。分子標的薬, 免疫チェックポイント阻害薬, 抗体薬物複合体の導入により, 近年各がん種の治療が大幅に変わってきているが, まずは知識の幹となる情報を腫瘍内科医として学んで頂きたい。最新知見の全てを盛り込むことはできなかったが, 基本的な知識を学ぶための土台として大いに活用頂きたい。

編集 国立がん研究センター内科レジデント



放射線科的な視点で内科疾患を捉え, 臨床医と画像診断医をつなぐ本を目指す

ジェネラリストと学ぶ 総合画像診断

臨床に生かす! 画像の読み方・考え方

画像診断は, 病歴, 身体所見, 他の検査結果と合わせて総合的に考えていくことが重要である。ジェネラリストでありながら放射線診断専門医を持つ著者によりレクチャー形式でまとめられた書。パターン認識である画像診断は, 一朝一夕には習得が難しい領域である。この壁に直面することが少なくない内科医, 救急医, ジェネラリストを主たる読者対象に, 少しずつでも自分で読影することで, 自分自身の力で成長していけることを目指して。

監修 上田剛士
執筆 吉川聡司



胃と腸, 58年目の挑戦。

2022年まで

年間

通常号
12冊
+
増刊号
1冊



2023年より

大好評の **増大号を年間2冊** に増やし
「胃と腸」がさらに**パワーアップ**します！

2023年から

年間

通常号
10冊
+
増大号
2冊



「胃と腸」2022年特集ラインナップのご案内

- 1月号「H. pylori 除菌後発見胃癌の診断 UPDATE」
- 2月号「炎症性腸疾患の粘膜治癒を再考する」
- 3月号「食道上皮内腫瘍の診断と取り扱い」
- 4月号「予後不良な早期消化管癌」
- 増刊号「図説『胃と腸』画像診断用語集 2022」
- 5月号「原発性小腸癌一見えてきたその全貌」
- 6月号「特殊型胃癌—組織発生と内視鏡診断」
- 7月号「転移性消化管腫瘍」
- 8月号「胃癌スクリーニングの課題と将来展望」
- 9月号「大腸腫瘍診療の最前線」

5年ぶり待望の「胃と腸」用語集、今回は「画像診断」に特化!

消化管の検査法・手技、画像所見、疾患、分類・定義、病理に章分けし、約200用語を徹底解説。疾患の章は「Key 画像所見」を掲載し、使いやすさにこだわりました。



●増刊号定価：7,920円(税込)

- 10月号「食道癌診療トピックス 2022」
- 11月号「胃型形質を示す胃・十二指腸上皮性腫瘍」
- 12月号「IEE を使いこなす」

お得な

「年間購読」のご案内

ポイント① 購読料がお得 → 定期購読(冊子版)なら年間49,500円(税込)で通常定価51,040円(税込)よりお得です。

ポイント② 送料がお得 → 発行後すぐ、**送料無料**でお届けします。

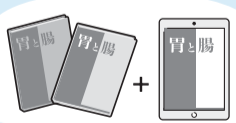
ポイント③ 電子版ならバックナンバーが読み放題

→「冊子+電子版」(税込55,000円)・「電子版」(税込49,500円)なら、「胃と腸」創刊号(1966年)からの**50年以上のバックナンバー**がご契約期間中は**読み放題**です。

※上記の年間購読料は2023年のものです。

ご注文は、弊社特約書店、またはお近くの医書取扱店へお申し込み下さい。
弊社 Web ページでもご注文いただけます (<https://www.igaku-shoin.co.jp/journal/403>)。

★ご注文についてご不明な点がございましたら弊社販売課へお問合せ下さい。
✉ sd@igaku-shoin.co.jp / ☎ 03-3817-5659



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:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp