

2024年11月12日

第3567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
COPY 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

- [座談会]組織の対人関係に渦巻くパワーを掌る(川崎つま子,高岡明日香,田中いずみ)……………1-2面
- [座談会]薬局間の連携体制を構築する(申田一樹,白石丈也,佐々木健,石垣泰則)……………4-5面
- [座談会]医学部医学科入学者選抜の現在と、望ましい在り方を考える(大滝純司,鈴木康之,渡邊洋子,松岡亮二)……………6-7面

座談会

組織の対人関係に渦巻く パワーを掌る



田中いずみ氏
手稲区立病院
副院長/看護部長

高岡明日香氏
グロービス経営大学院教授/
ジョージ・ワシントン大学
客員研究員

川崎つま子氏=司会
大坪会グループ(OZAK会)
看護局長

看護管理者をはじめ医療機関のリーダー職の中には、自身のどのような行動が適切な影響力の発揮、ひいては組織のパフォーマンスの最大化につながるのか、具体的なイメージを持っていない方も多いのではないのでしょうか。本紙では『看護管理』誌での1年間にわたる連載をもとに『組織の力学 パワーを掌る——成功し続けるための組織行動論』(医学書院)を上梓したグロービス経営大学院教授の高岡氏と、看護管理者の立場で多くの課題に向き合ってきた川崎氏、田中氏との座談会を企画しました。組織の中に渦巻くさまざまな「パワー」とその向き合い方について模索します。

川崎 私はいくつかの中小規模病院を運営する法人の統括看護部長という職に就いています。各病院の看護部長と協力して、看護部をどうまとめ上げていくかが現在の課題なので、今日は高岡先生にお話を伺うのを楽しみにしてきました。

田中 現在の病院で看護部長に就任してから今年で10年目になります。2019年からは副院長を兼任しており、看護部のマネジメント業務に加え病院の課題を経営的観点から解決すべく日々奮闘しています。

高岡 私はコンサルティングの領域に長年従事し、経営層の評価・選抜・育成などを専門にしてきました。現在は経営学者として米国でコーポレート・ガバナンスや企業倫理に関する研究を続けながら、パワーと影響力、リーダーシップなどに関する授業を日本のビジネススクールで担当しています。自分自身、管理職として仕事自体よりも対人関係で悩んできた経験があり、それが今回上梓した『パワーを掌る』のテーマであるパワーの研究を始めるきっかけになりました。

じた行動をとる構図になりますが、上司でなくとも尊敬する人からアドバイスをもらい努力した結果、実績や昇進につながったというようなケースはポジティブなパワーが働いたと言えます。反対に、役職の力を背景に強権を発動し否応なく部下を従わせる場合はネガティブなパワーが働いたと表現できます。個人あるいは組織が成功を取るには、こうしたパワーの概念を正しく理解し、対人関係において適切に行使用することが重要です。

田中 これまではパワーと言われると、どちらかと言えば立場が上の者から下の者に対して行使される権力のようなネガティブなイメージが強かったです。しかし実際にはポジティブな側面もあり、必ずしも上司だけがパワーを有するとも限らないのですね。

高岡 ええ。私たちはパワーの適切な行使により、相手を自発的に動かすことで仕事のパフォーマンスを向上させ、結果的にチーム全体の働きやすさを改善することができます。適切なパワーの行使には、組織に存在するパワーとパワーが発揮されるメカニズムへの理解が重要であり、それこそがパワーについて学ぶ意義だと言えます。

現場のリーダーでもあるので、自発的に判断し動いてくれることを期待していますが、問題意識や方向性の共有はできていても、実際に行動する前には「看護部長や病院長から指示してほしい」と言われてしまうことがあります。

川崎 難しい問題に直面したとき、より上の立場にいる人に解決してもらおうとするケースは多いですね。ある意味、そうした方はパワーの権力的側面をよく理解しているとも言えるのですが……。

高岡 パワーにはさまざまな種類があるのですが、組織のヒエラルキーを背景に行使されるものは、「公式のパワー」という概念に当たります。現実には公式のパワーでしか対応できないケースはあるのでその行使は必要です。ただ行使に当たっては2つの点に注意しなくてはなりません。1つは強制力の大きさです。強制的に何かをさせられることで、公式のパワーの受け手は強い不満を持つ可能性があり、極端な例では組織にとっての大きな抵抗勢力の形成につながるリスクもあります。

もう1つは役職より全人格を重視する近年の傾向です。特に若い世代では「上司からの指示だから」という理由だけでは必ずしも動かないこともあり、「尊敬する〇〇さんのお願いだから」「△△さんとは仲がいいから」といった事情が行動の契機になることが少なくないです。公式のパワーが昔よりも効きにくくなってきている点に注意すべきだと思います。

川崎 確かにその通りかもしれません
(2面につづく)

パワーとは人や組織の行動に影響を与える力

川崎 まずは高岡先生の書籍のタイトルにもある「パワー」について教えてください。

高岡 数多くの定義がありますが、特に用いられるのはドイツの社会学者マックス・ウェーバーが提唱した「パワーとは、相手側の抵抗にもかかわらず自分の望むもの(利益)を実現する能力」です¹⁾。強制的な意味合いを強く感じさせる定義であるものの、現代の組織の人間関係におけるパワーは、さまざまな種類・次元・強度で生じる

ため、「人や組織の行動に影響を与える力」と単純化してとらえていただいで構いません。

川崎 そう考えると、どんな人間関係にも多かれ少なかれパワーが生じているということですね。

高岡 その通りです。併せて重要なのは、パワーにはポジティブ/ネガティブの両面が存在することです。人が動かされるときを考えてみましょう。多くの場合、パワーを持つ者が他者に刺激を与え、パワーの受け手はそれに

部下マネジメントにおいて 公式のパワーが持つリスク

高岡 川崎先生、田中先生は多くの部下を抱える立場だと思えます。マネジメントでは日ごろどのような難しさを感じていますか。

田中 師長にうまくパワーを使いこなしてもらうにはどうすれば良いかと悩むことが多々あります。師長たちは各



より快適に『医学界新聞』をお読みいただくために 医学書院IDご登録のお願い

2025年1月、読者の皆さまにより快適にご利用いただけるよう、本紙Webサイトのリニューアルを予定しております。これに伴い、一部の過去記事をご覧いただく際に医学書院IDへのログインを求められる仕様に変更をさせていただく運びとなりました。引き続きWeb版で本紙記事をご覧になる読者の皆さまにおかれましては、あらかじめ医学書院IDのご取得(無料、右記QRコード)をお願いいたします。



今月の新刊書籍 医学書院

医学
看護 **漢方を交えた医療論**
和漢診療学からの提言
寺澤捷年
A5 頁240 定価: 5,500円 [本体5,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05741-7]

医学 **Facial Danger Zones 日本語版(フェイシャルデンジャーゾーン)[Web動画付]**
手術・注入療法・非侵襲機器療法を安全に行うために
原書編集 Rod J. Rohrich/James M. Stuzin/Erez Dayan/E. Victor Ross
監訳 宮脇剛司/石田勝大
訳者代表 西村礼司
A4 頁160 定価: 22,000円 [本体20,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05739-4]

リハ **〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉
神経内科学
(第6版)**
編集 川平和美
編集協力 下堂園恵
B5 頁432 定価: 6,380円 [本体5,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05667-0]

看護 **原則と対話で解決に導く医療倫理**
宮坂道夫
B5 頁224 定価: 3,190円 [本体2,900+税10%]
[ISBN978-4-260-05757-8]

看護 **看護倫理**
見ているものが違うから起こること
(第2版)
吉田みづ子
A5 頁208 定価: 2,530円 [本体2,300+税10%]
[ISBN978-4-260-05697-7]

医学
看護 **〈シリーズ ケアをひらく〉
傷の声**
絡まった糸をほどこうとした人の物語
齋藤塔子
A5 頁312 定価: 2,200円 [本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05782-0]

座談会 組織の対人関係に渦巻くパワーを掌る

●かわさき・つまこ氏
1978年国立埼玉病院附属看護学校卒。88年日本赤十字社幹部看護師研修所卒。2010年東京医療保健大修士課程修了。同年認定看護管理者(日看協)。大宮赤十字病院(現・さいたま赤十字病院)附属専門学校専任教員、同院看護師長などを経て、小川赤十字病院、足利赤十字病院、東京医歯大病院(現・東京科学大病院)で看護部長を歴任。22年より現職。共著に『はたらく看護師のための自分の育て方』(医学書院)。



●たかおか・あすか氏
博士(経営)。一橋大学院国際企業戦略研究科博士後期課程修了(DBA)。一橋大学院国際企業戦略研究科修了(MBA)。MBA取得後、マッキンゼー・アンド・カンパニーにて戦略案件を担当した後に、人事コンサルティング、特に社長指名に従事。タワーズワトソン株式会社アセスメント事業のアジア責任者を務める。現在は、米ジョージ・ワシントン大にてコーポレート・ガバナンス、企業不祥事、企業倫理について研究を行う。Bancho Board Advisory 株式会社代表取締役。著書に『パワーを掌る』(医学書院)。



●たなか・いづみ氏
1988年帯広高等看護学院卒。95年に手稲溪仁会病院に入職。2010年に北海道医療大大学院修士課程を修了し、同年が看護専門看護師に認定。14年には認定看護管理者となり、15年4月より手稲溪仁会病院看護部長に就任。19年より副院長を兼務する。著書に『看護管理者が進める地域療養支援ガイドBOOK』(メディカ出版)。



ます。これを実現するには、上司側どのような考え方が求められるのでしょうか。

高岡 部下へのマネジメントにおける一丁目一番地は、部下を自分の「下」のメンバーと位置付けず、「一緒に目標を達成する対等なパートナー」ととらえることです。対等という認識が本当にあるかどうか、部下はすぐに気が付きます。一緒に目標を達成すると思うと、部下のことを自然とよく観察するようにもなります。

田中 上司からの積極的なコミュニケーションは、部下側からしても仕事のやる気につながりますよね。先ほど話題に挙がったミドルマネジャーのメッセージ化も防げそうです。

川崎 上司とのやり取りから自分の強みを発見したり、改善すべき点に気づいたりすることも多々あるでしょう。フラットな関係を築いた上で、さらに一歩踏み込んで部下の強みを引き出していくことが、これからのリーダーに求められる重要な資質と言えるかもしれません。

高岡 対等な関係が前提にあることで、上司は部下にチャレンジングな仕事を与えることもできます。挑戦する機会を増やしたり、裁量権を広げたりすることは、部下の自発性を伸ばす格好のきっかけになります。これは後継の育成という観点からも重要な責務ですし、優秀な部下にとって責任のある仕事を任されることは、働く上で何よりも強いモチベーションになります。

前向きに上司を“攻略”してみる

川崎 一方で、上司が部下へのかかわり方で悩むのと同じように、部下側が上司からのプレッシャーを強く感じて働きにくさを覚えたり、必要以上に上司を恐れていたたりするケースもしばしばあります。上司との関係性における部下側のパワーの活用、いわゆるボス・マネジメントでは、何がポイントになるのでしょうか。

高岡 まずは、上司の部下に対する期待、つまり何をどの程度の質や粒度でいつまでに求めているのかを明確にすることです。物事を考える際の主語を自分ではなく上司にしてみることで、何をすべきかはおのずと見えてくるはず。それが可視化されたならば次のステップは、「どのような関係を構築していくべきか」というテーマです。ここで重要になるのは、上司が相談したくなる「ディスカッションパートナー」としての存在をめざすことです。

川崎 相談相手ですか……。ぐっとハードルが上がりましたね(笑)。

高岡 そこまで身構えなくても良いと思います。初めは専門的な議論や込み入った相談ができなくとも問題ありません。「入院している患者さんの様子を知りたい」「現場で感じている問題

点を教えてもらおう」といったように、上司にとって「信頼できる情報」を持ち「正確に客観的に」伝えてくれる人だと認識されることがポイントです。もちろん、上司はどのような情報や意見を求めているのかを考える視点がここでも必要になります。

田中 看護部長という今の私の立場で考えてみても、確かに対等にディスカッションができる師長は頼もしい存在に映ります。最低限の連絡だけでなく、私だけではキャッチアップできない情報を共有してくれたり、私の考えに意見を述べてくれたりすることがありがたいと感じます。

川崎 役職としての上下関係を踏まえつつ、対等なコミュニケーションを取れる関係をめざすことが理想的と言えそうですね。

高岡 その通りです。上司と部下は役割は違えど同じ船に乗る船員のような関係ですから、ひとたびマイナスな結果が生じれば両者がダメージを負います。逆に言えば、上司が成功したり昇進したりすることは自分の成功・昇進にも直結する可能性が高いです。上司が気持ちよく仕事をしてくれることが、ゆくゆくは自身を含めた全体の成功につながるという目的意識を念頭に置き、“前向きに上司を攻略する”意識がボス・マネジメントを成功に導くコツと言えます。

新しい環境も悩ましい上司も成長のチャンスととらえる

川崎 上司の立場に視点を変えてみるという手法は個人的にも非常に納得感があります。私は3つの病院で看護部

長を務めました。それぞれ病院のタイプも異なりまして、上司のキャラクターもバラバラでした。ですから上司・部下の関係を築くことが難しく、初めてのコミュニケーションはうまくいかないことがほとんどでした。そうすると、院長をはじめとする自分よりも上の立場の方が何が一番価値を置いているのか、優先順位が高いものは何かを自然と考えるようになり、その思考法が自分の言動にも影響していったと思います。

田中 さまざまなタイプの人と仕事をする経験は貴重ですよ。1つの組織で培った感覚だけで上司が自分に合うかどうかを測ってしまうことはリスクと言えます。

川崎 相手の立場になって考えることで関係性や働きやすさが良い方向に変わることはもちろんですが、その経験を通して自らを客観視する習慣もつきます。それは最終的に、どんな上司であれ自分次第で成長できる力につながるのではないかと思います。

高岡 私自身の経験を振り返ってみると、自分が一番成長したのは、これまでで一番しんどいと感じる上司の下で働いているときでした。自分にとって難しい上司が成長のきっかけになるケースは多いです。また、上司を選ぶ人は結局仕事の機会が減り、昇進が遅れるという現実もあります。ですから新しい環境や悩ましい上司の存在を「自分の柔軟性を鍛えるチャンス」くらいに考えられると素晴らしいですね。どんな上司ともスムーズにやっていけるというのは、それ自体が顕著な強みになります。

対人関係に悩む時間は、たとえ1秒でも無駄!

田中 ここまでさまざまなお話を伺ってきて肝心だと感じたのは、相手を無理に変えようとせず、自分自身のマインドや行動を変える必要性です。私自身も日々の業務の中で意識していきたいポイントですし、パワーを自身の成長のためだけに使いこなすのではなく、最終的に組織全体のパフォーマンスに還元していくことをめざしていきたいです。特に看護職は腰を据えてこうしたマネジメントに関する理論を学ぶ機会が少ないので、院内でも共有していきたいです。

川崎 病院経営、あるいは医療制度そのものを取り巻く環境は厳しさを増すばかりです。看護管理者には、部下の育成や看護の質の追求に加えて、経営的視点での努力も求められるようになってきました。そうした変化に対応していくためにも、組織の中に存在するパワーを正しく理解し、周囲の状況に左右されず柔軟に自己変容できるマインドが、これからのリーダーに求められているのだと改めて感じました。

高岡 実は私がビジネススクールの学生から聞く仕事の悩みは、ほとんどが上司への不満や、会社での人間関係の齟齬によるものです。ですが、こうした対人関係の悩みに使う時間はたとえ1秒でも無駄であると思っています。もし、患者さんのために過酷な日々を奮闘されている医療者の中に組織の対人関係で悩んでいる方がいたら、人間関係こそもっと慎重に、戦略的に解決するという意思を持ってほしいと思います。そしてその状況を解決する具体的なすべがあることを知ってほしいです。今回の書籍が、そのための一助になれば幸いです。

川崎 読者の皆さんもぜひ高岡先生の本を手にとって、パワーの理論と実践に触れてほしいと思います。本日はありがとうございました。(了)

参考文献

1) Weber M. Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology. University of California Press, 1978.

組織に渦巻くパワーの正体を掴み、影響力を発揮し続けるリーダーになるために

<看護管理まなびラボBOOKS>
組織の力学

パワーを掌(つかさど)る 成功し続けるための組織行動論

「なぜ、人は動かされるのか?」「成功し続けるリーダーと(脱線)するリーダーは何が違うのか?」「人や組織は本当に変えられるのか?」「リーダーたちはなぜパワーを手放せないのか?」――リーダーとして自身のパワーを増強し、組織の中で影響力を発揮し続けるために、何を考え、どう行動すべきか。コンサルティングファームに長年従事し経営大学院で教鞭を執る筆者がすべてのリーダーたちに贈る、パワーと影響力の要諦書。

高岡明日香



仕事は覚えた。後輩もいる。次の「私」はさてどうする? ナースが新しい扉をひらく本

はたらく看護師のための自分の育て方
キャリア選択に活かす気づきのワーク17

プラチナ世代の先輩ナースと、ビジネススクールで大人を育てる経営学者が共鳴した、人生の岐路に直面する世代のための知恵と勇気をこの1冊で。専門職である看護師ならではのライフサイクルに添って構成する第1部で学び、現場あるある事例に基づく17ワーク【MBA式思考トレーニング】の第2部で心がまえを養ってみてください。休み休みでいいんです。あなたが自ら選ぶ扉のその先へ、本書はご案内します。

川崎つま子
高田朝子



寄稿

Diagnostic Excellence の次の一手！ 臨床医のための診断スチュワードシップ入門

三高 隼人 Assistant Professor, University of Colorado School of Medicine

微生物検査がもたらす予期せぬ結末

「培養検査は閾値を低くしてとりあえず手広く出しておくのが良い」という文化・習慣はないだろうか。しかし、検査は決して無害ではない。微生物検査には unintended consequences (意図せざる結果) が伴い、検査というアクションによって知らず知らずのうちに、その後の診療行動に影響が及ぶ可能性を認識しておく必要がある。ある症例をもとに考えてみよう。

症例

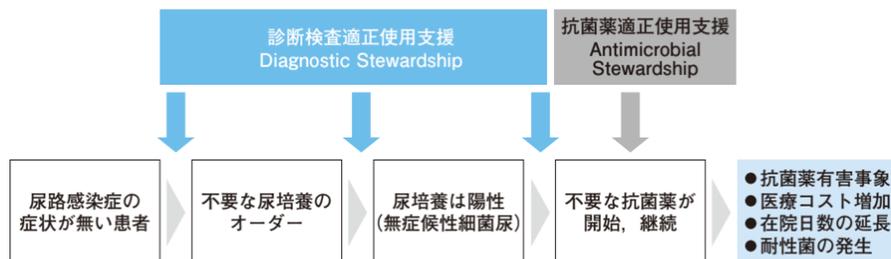
脳梗塞のため救急外来経由で入院した80歳代の男性。救急外来で尿閉が指摘され、尿道カテーテルを留置した際に尿検査・尿培養が提出された。発熱、膀胱刺激症状はなく、身体診察で恥骨上圧痛や肋骨脊椎角(CVA)叩打痛は認めなかった。尿検査では亜硝酸塩が陽性で尿中白血球は陰性であった。一方で、尿閉だけでは尿培養検査は通常不要だが、なぜ救急外来で尿培養検査がオーダーされたのか入院を依頼された担当医には不明であった。

2日後、尿培養で大腸菌($\geq 10^6$ CFU/mL)の発育が確認された。尿路感染症の合併が否定できないとしてセフトリアキソンナトリウム水和物の投与を開始。数日後に水様下痢が出現し、急性腎障害を合併する重症 Clostridioides difficile 腸炎を発症した。下痢と接触感染対策・個室隔離のためリハビリテーションは遅れ、退院のめどはつかなかった。

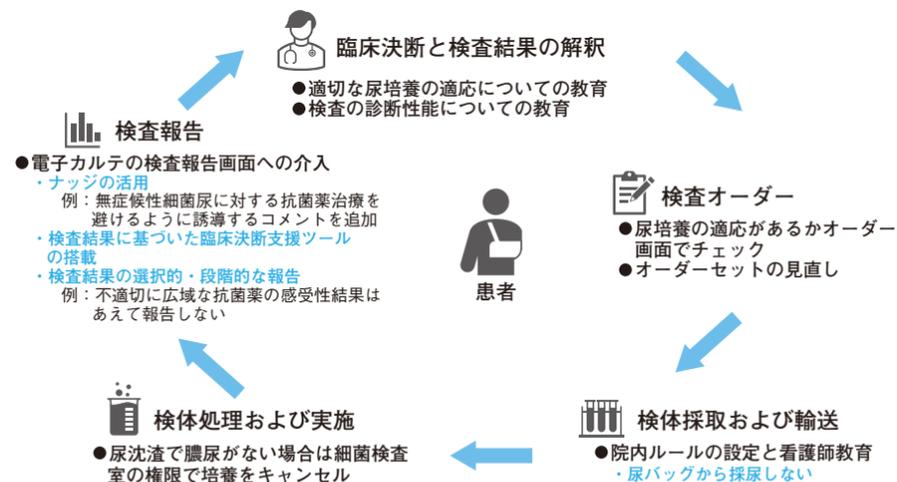
提示症例では、臨床的なコンテキストを無視し、培養検査の結果に引きずられたことから不要な抗菌薬治療が開始され、回避可能な有害事象(Clostridioides difficile 腸炎、在院日数の延長)が生じてしまった。

培養陽性・検査陽性は不適切な抗菌薬処方強力なトリガー

臨床医にとって、培養陽性・検査陽性は不適切な抗菌薬処方の強力なトリガーであることが知られている。電子カルテに陽性と一度出てしまった検査結果を理性的に無視するには知的労力を要するからだ。そして、培養検査の提出によって走り出してしまった抗菌薬処方カスケードに、抗菌薬適正使用支援(Antimicrobial Stewardship: AS)でブレーキをかけることは難しい。例えば、介護施設において無症候性細菌尿は過剰治療されており、適切な尿路感染症の症候の有無にかかわらず尿培



●図1 無症候性細菌尿に対する抗菌薬処方カスケード
抗菌薬処方のトリガーとなる不適切な尿培養検査プロセスに介入する試みがDS、不適切な抗菌薬処方に介入する試みがASとなる。



●図2 尿培養検査のプロセスと対応する診断スチュワードシップ介入の具体例(文献4をもとに作成)

養陽性と抗菌薬使用は密接に関連していたり。さらに、尿培養実施率は施設ごとに大きくばらつきがあり、入居者の特性で背景因子を調整した後も、抗菌薬使用量だけでなく Clostridioides difficile 腸炎の発生率とも有意に関連していた²⁾。このことは、微生物検査の習慣が巡り巡って抗菌薬有害事象の発生率にまでつながる可能性を示唆している。

では、どうすれば良いのだろうか。近年、抗菌薬処方の超強力なトリガーとなり得る診断検査についての適正使用支援(Diagnostic Stewardship: DS)、いわゆる診断スチュワードシップが注目されている。

診断スチュワードシップの意義

DSは、オーダー、検体採取、輸送、検査実施、結果報告などの診断検査のプロセスに介入することで、(現時点では主に感染症の)診療アウトカムを改善すると同時に抗菌薬使用の適正化、検査コストの削減、業務負担の軽減を目標とする営みである^{3,4)}。無症候性細菌尿に対する不適切な抗菌薬治療を例にとると、抗菌薬処方のトリ

ガーとなる不適切な尿培養検査を減少させる試みはDS、抗菌薬処方に介入する試みはASと言える(図1)。これらの活動ははっきりと二分できるものではなく、DS介入によって抗菌薬適正使用がより効果的に達成できる可能性が示唆されている⁵⁾。

では、適切な診断検査の使い方について臨床医を教育すれば感染症診療が改善できるだろうか。残念ながら、教育だけでは診療行動の変容は十分に達成されないことがわかってきている⁶⁾。教育関連施設での人員の入れ替わりの激しさや、診療方針の意思決定には習慣やローカルルール、医師間のヒエラルキーなどが大きく影響していることを考えれば、変容の実現が容易でないことは想像に難くないだろう。円滑に臨床医の診療行動を改善するには、以下のような介入を複数組み合わせることが有効とされている⁶⁾。

- ナッジ(註)を駆使した電子カルテ介入
- 検査プロセスの自動化/標準化
- 院内ルール/ポリシーの策定と周知
- 診療行為についてのチェックリストの導入
- 臨床医に対する個別のフィードバック

●みたか・はやと氏

2008年東大農学部卒。14年長崎大学医学部卒。米マウントサイナイ医大ベスイスラエル病院内科レジデントおよびチーフレジデント、ワシントン大感染症科フェローおよびチーフフェローを修了。24年冬より現職。感染症科とHospital Medicineの指導医を兼任する。



いかに診断検査プロセスへ介入するか

前述したように、DSとは検査オーダー→検体採取および輸送→検体処理および検査実施→検査報告という一連の診断検査プロセスのどこかに介入して、診療行動を改善させる試みである。尿培養を例にとると、図2⁴⁾に示した介入が具体的に考えられる。

このうち、検査室や抗菌薬適正支援(AST)チームが主体となった検査結果報告への介入、唾液混入喀痰や固形便などを受付不可とする検体基準(rejection criteria)の設定は、比較的实践しやすいかもしれない。いずれにせよ、施設ごとの目標の検討と、病院上層部・看護部・薬剤部・検査部・感染制御部など多数のステークホルダーとの議論が必要であろう。米国の施設ではAS/DSの担当者が病院のIT部門や電子カルテベンダーと頻りにミーティングを行い、電子カルテ介入を実装していくことが日常茶飯事だが、日本では電子カルテの活用は技術的ハードルがあるかもしれない。

DSの取り組みには、不適切な抗菌薬処方の根本原因となる不適切な微生物検査に介入することで感染症診療の質を改善させる大きなポテンシャルがある。米国疾病予防管理センター(CDC)は、DSはDiagnostic Excellenceをめざすためのコア要素であり、患者安全を改善すると紹介している⁷⁾。日本の臨床現場でも今後活用が進むことが期待されるものの、電子カルテや院内ポリシーなどシステムレベルの介入を必要とすることに留意しなければならないだろう。

註：選択を禁じることも経済的なインセンティブを大きく変えることもなく、人々の行動を予測可能な形で変える行動経済学的手法。

●参考文献・URL

- 1) Infect Control Hosp Epidemiol. 2017 [PMID: 28137327]
- 2) Clin Infect Dis. 2020 [PMID: 31197362]
- 3) JAMA. 2017 [PMID: 28759678]
- 4) Infect Control Hosp Epidemiol. 2023 [PMID: 36786646]
- 5) JAMA Intern Med. 2023 [PMID: 37428491]
- 6) Curr Infect Dis Rep. 2021 [PMID: 34602864]
- 7) CDC. Core Elements of Hospital Diagnostic Excellence (DxEx). <https://www.cdc.gov/patient-safety/hcp/hospital-dx-excellence/index.html>

高齢患者の薬物治療をアップデート！米国Beers Criteriaの日本語版。

これだけは気をつけたい！ 高齢者への薬剤処方 第2版

米国Beers Criteriaの日本語版が、最新の医薬品情報を盛り込み改訂した。高齢者への適切な薬剤処方の知識は、診療科を問わず必要不可欠である。プライマリ・ケア領域の医師・薬剤師を対象に、高齢者の一般的な内科疾患から、腎機能低下時、メンタルヘルスまでカバー。医薬品使用時の重篤度と判定理由を示し、代替薬の使用法や、やむを得ず使用する際の注意点など、診療現場で判断に悩むポイントを厚く解説する。

編集 今井博久



亀田医療大学大学院
博士後期課程DNPコース
Doctor of Nursing Practice

千葉県南初
～2025年4月開設～

看護実装研究を実施
現場を変革できる
高度看護実践者を育成

昼夜開講制 / 長期履修制度 / ハイブリッド講義

学校法人鉄蕉館 亀田医療大学
TEL:04-7099-1211

異常値の出るメカニズム 第8版

編集 山田 俊幸
本田 孝行
小谷 和彦

異常値の出るメカニズム

病態メカニズムを理解し、診断につなぐ

詳細はQRコード

B5 2024年 頁352 定価:6,820円
(本体6,200円+税10%) [ISBN978-4-260-05385-3]

座談会

薬局間の連携体制を構築する

在宅患者に医薬品を24時間365日安定供給するために



佐々木 健氏
メディブレイス365訪問薬局
目黒区薬剤師会 理事

白石 丈也氏
げや木薬局/福島薬剤師会 会長

中村 健氏 司会
昭和薬科大学社会薬学研究室 研究員

石垣 泰則氏
コーラルクリニック 院長
日本在宅医療連合学会 代表理事

在宅療養者の急変時、突発的に医薬品が必要な状況が発生する。2015年に厚労省から発出された『患者のための薬局ビジョン』¹⁾によれば、全ての薬局に24時間在宅対応が求められているものの、実際には一部の薬局しか対応できておらず、対応可能な薬局に処方箋が集中している状況だ。また昨今、医薬品自体の供給不足の問題が、より構造を複雑化させている。

こうした状況下で求められるのが薬局間の連携体制の構築である。本紙では地域の医療連携を研究してきた中村氏を司会に、福島市で薬局間連携の中核を担う白石氏、東京都で大手調剤薬局をも巻き込んだ薬局間連携を進める佐々木氏、在宅医療に黎明期から携わる石垣氏による座談会を企画。薬局間の連携体制構築のヒントから、薬剤師に期待される専門性まで広く議論した。

串田 私は在宅医療推進に向けた地域の医療連携の環境整備について研究をしています。本日は、在宅医療における医薬品の24時間365日安定供給に向けた薬局間連携をテーマに、福島県と東京都でそれぞれ薬局間連携を進めている薬剤師の白石先生と佐々木先生に加え、医師として30年以上在宅医療に携わり日本在宅医療連合学会の代表理事も務める石垣先生にご参加いただき、議論したいと思います。

薬局間連携と代替薬の提案で 医薬品不足をカバー

串田 薬局間連携が求められる背景には、医薬品の供給不足が続いていることと、在宅医療の推進において24時間体制での医薬品供給の在り方が問われていることの2点があります。石垣先生はこの問題を処方医の立場から直視されていると思えます。最近現場で困ったことはあったでしょうか。

石垣 強い痛みで苦しむ患者さんにモルヒネを処方した際、10年ほど通っているかかりつけ薬局へ処方箋を発行したものの、「モルヒネがないので、週明けの処方になってしまいます」との返事があり困りました。何より患者さんが苦しんでいて気の毒でした。モルヒネや抗てんかん薬など欠けてはいけない医薬品もタイムリーに手に入らない現状を感じています。

白石 特に土日祝日の医療用麻薬の確保については、金曜日午後の注文の納品が週明けになってしまうなど緊急時の在庫確保が問題となっています。また現在はそれに加え医薬品の供給不足が深刻です。以前はたとえ医薬品が欠品していても次の納期が明確でしたが、最近は「入荷未定」と卸業者から

伝えられる場合が多く、何とか手に入れられるメーカーの医薬品で賄っている状況です。近隣の薬局をはじめ福島薬剤師会会員の薬局間で調剤実績がある品目を確認できるシステムを活用し、薬局間で連携しながら対応しています。自薬局が受け持つ在宅患者については、医師や訪問看護師と事前に病状を共有し、在庫をあらかじめ確保するなど後手に回らない工夫も行っています。

佐々木 都内における医薬品流通の状況も福島市と同様で供給不足の問題に直面しています。解決策として、普段お付き合いしている医師から、「代わりにどの薬が良いのかを一緒に考えてほしい」と相談を受けることがあり、治療方法から「この薬であれば対応できます」と代替薬を提案することでも対応しています。それでも代替薬が見つからない場合は、個人薬局だけでなく基幹病院の門前にある大手調剤薬局にも電話して在庫を確認しています。皆さん早く小分け対応してくださるので、何とか供給できている状況です。

石垣 先生方のように薬局間の連携ですぐに手配してくれたり、同一の薬効を持つ代替薬を探してくれたりとネットワークが軽く、機転の利く薬局の存在は非常に心強いです。

薬局ならではの 24時間365日体制構築の課題

串田 2015年に厚労省から発出された『患者のための薬局ビジョン』¹⁾で、かかりつけ薬局として24時間対応と在宅対応が全ての薬局に求められてから間もなく10年を迎えます。この10年の歩みをどう振り返っていますか。

白石 かかりつけ薬局として求められ

る機能は周知されてきたものの、「24時間対応」「在宅対応」においてその機能を果たしている薬局は多くないのが現状でしょう。かかりつけ薬局に薬がないからと、患者が他の薬局を探す状況はなくなればなりません。その上で、在宅医療では緩和ケアなど医療依存度が高く専門性の高い問題に対して、地域全体の共通課題との認識を持つ必要があります。私の薬局では在宅医療に関するさまざまな相談を受けているうちに、いろんな機能やノウハウが備わってきたので、薬剤師会等でそれらを共有することに努めています。

佐々木 在宅医療のクリニックが都内で増加し始めた10数年前、在宅医療に対応している薬局はほとんどなく、「大変で利益も上がらないけれど、在宅医療が進み対応する薬局が増えるまででも在宅医療に協力しよう」との考えから在宅医療専門薬局の立ち上げに携わりました。でも、いまだにやればやるだけ処方箋が集まってきて、全て受けていたら薬局がパンクしてしまう状況です。都内でも規模にかかわらず何店舗かは24時間365日体制で対応しているものの、その数は増えません。日曜、祝日、年末年始などは在宅医療に対応している薬局であっても緊急の電話が繋がらず、私のところに対応できないかと頻りに連絡がきます。

データ上は在宅医療に対応する薬局が増えているように見えますが、実際に対応できている薬局はそう増えていないと感じています。今は何とか自ら動いて対応できているものの、いずれ限界が来るのではと危惧しています。

串田 本当の意味で在宅医療に対応する薬局が増えてほしいというのは切なる願いとしてありますが、増えない理由はどこにあるとお考えでしょうか。

佐々木 ほとんどの理由は「24時間365日対応したくない」という点に帰結するでしょう。私も子どもと遊んでいるときに対応するのは心苦しいので理解できます。一方で、「24時間365日対応」だけでもサポートする仕組み

があれば取り組んでもらえる薬局が増えるのではないかと考えています。いま、私の薬局では人材を派遣して24時間365日対応が地域で実現できるような体制作りを進めています。この取り組みがうまくいけば、在宅医療に参入してくれる薬局も増えるのではないかと期待しています。

石垣 医療機関は医療法人として運営していますが、薬局の多くは株式会社なので24時間365日体制を組んだときの損益を考えなければならないのかもしれない。24時間体制のサポートに関して、医療機関では在宅療養支援診療所・支援病院等があり、しかも機能強化型などいろいろな形で支援する制度があります²⁾。よく存じ上げていないのですが、薬局にもそうした制度はあるのでしょうか。

佐々木 在宅協力薬局制度(註)がありますが、利用することでインセンティブが得られる仕組みはありません。

石垣 そうであれば、国が制度化し、診療報酬で評価してインセンティブを付けることも求められます。佐々木先生が地域で取り組もうとしている施策においても、例えば3つほど在宅医療支援薬局を設けて当番制で対応するのも一案かと思いました。医療機関では、おおよそ10万人の人口規模ごとに、在宅医療を支えるユニットを構成できると地域医療をカバーできると個人的に試算しております。薬局においても人口規模に応じたユニットを用意できると良いかもしれません。

顔が見える連携は腕や腹の中、癖まで見える連携である

串田 これから団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年に向けて在宅患者が増え続けていくと想定されています。訪問薬局の新規開業だけでなく、いまある薬局にも在宅医療にかかわってもらい一緒に在宅医療を推進していかなければ増え続けるニーズに応えられなくなるでしょう。薬局間連携を進

新刊 診断の「手掛かり」はココにあり!

グングン上達する 認知症のみかた

Common Pitfalls in Cognitive and Behavioral Neurology: A Case-Based Approach

監訳: 金城紀与史・小林俊輔
定価5,720円(本体5,200円+税10%)
B5変 頁224
図38・表59 2024年
ISBN978-4-8157-3118-2

↑詳しくは

新刊 Ai(オートプシー・イメージング)の 素朴な疑問に答えます!

実践死亡時画像診断 (Ai)

教科書では学べないAiの進め方

編集: 塩谷清司・高橋直也
定価5,830円(本体5,300円+税10%)
B5変 頁200
写真424・図4・表3 2024年
ISBN978-4-8157-3114-4

↑詳しくは

新刊 RRSを導入し、効果的に運用するためには?

RRS運用サポートブック

実践ですぐに使える運用のコツ

監修: 藤谷茂樹・安宅一晃
編集: 内藤貴基・飯尾純一郎・中村京太
定価5,280円(本体4,800円+税10%)
B5 頁248 図34 2024年
ISBN978-4-8157-3119-9

↑詳しくは

めていく手立てを教えてください。
白石 在宅医療への第一歩を不安なく踏み出せるよう、薬局間連携も含めたサポート体制の整備です。福島市は中核市ではありますが、薬局間の連携は割と取れているほうだと思います。ただ、在宅医療となると、これまで経験していないからという理由で腰が引けてしまう薬局があることも事実です。その部分の連携はまだ十分ではありません。在宅医療に関する研修会を開催しても、参加者は普段から在宅医療にかかわっている方などいつも同じです。福島薬剤師会として在宅医療を見据えた支援はとても大切な役割だと考えていますので、連携体制の充実に向けて取り組んでいきたいと考えています。

石垣 在宅医療で活躍できるだけの知識は薬剤師も十分に持っていると思います。ただ、他職種とどうコミュニケーションを取れば良いかがわからなかったり、勉強しても在宅医療に飛び込めずタイミングを見計らっていたりする方が多いのだと思います。まずは飛び込んでいただき、そこを薬剤師会や学会もサポートすることで、成功体験を得られると在宅医療にかかわろうというモチベーションがさらに上がってくるのだと思います。

佐々木 薬局間での連携を強固にしていく上で、顔の見える関係も欠かせません。都内に限ってわかりませんが、訪問薬局の経営者や薬剤師にはベンチ

ヤー気質があり、門前に病院がない場所に開業して、営業を頑張って処方箋を集めていくというパターンが多いように思います。彼らは多くの情報を得たり、業務を効率化したりすることに長けているので、同じ訪問薬局同士で処方箋の取り合いのようなライバル関係から始まるものの、名刺交換して一緒に飲みに行くと他の訪問薬局と連携することの意義やメリットを理解いただけて連携できることがあります。お互いに、腕や腹の中まで知ることで信頼ある関係を築くことができるのだと思います。

白石 私も連携するには相手がどのような人かを知るのには欠かせないと思います。福島市では医師から介護職、行政まで多職種が毎回100人ほど参加する研修会が2か月に一度開催され、話題提供を担当する職種からの発表と、そのテーマに沿ったテーブルカフェが行われ参加者同士がお互いを知ることができます。こうした多職種が一堂に会する機会があると職種内だけでなく、他職種ともつながりが生まれやすし、研修会後に懇親の場もあり、つながりがさらに深まっているように思います。ある先生から「顔が見える連携だ」と言われたのはとても印象に残っています。「この人をお願いすれば、ここまで患者のためにやってくれるだろう」とわかることで、連携が成り立つのでしょうか。

薬局・薬剤師としての専門性を高める

串田 2021年に「地域連携薬局」と「専門医療機関連携薬局」の2つの機能別薬局の認定制度が誕生しました。専門性を身につけることで、医師をはじめとした他職種と話が合い、円滑に在宅医療を担っていると聞きます。今後の在宅医療の患者像を考えると、薬局も均一性から脱却して専門性を持って機能分化していくことも考えなくてはならないと思いますが、そのあたりについていかがでしょう。

白石 医療依存度が高い在宅医療に、既に取り組んでいる薬局とそうでない薬局では実際の対応に差が出てきていますが、地域の中で薬局機能を標榜することが制度化されたことは有意義だったと思います。一方で、認定がなされていても、その機能分担が明確に見えてこない課題があります。在宅医療に特化した地域連携薬局は、その中でがん緩和ケアや小児在宅などまたさらに得意とする機能分化が必要かと思えますし、連携する薬局間で得意とする領域を把握し分担できる仕組みができるとよいと思います。

佐々木 今年新たに、薬局薬剤師が医師に対して処方箋の提案や設計に結び付けると、調剤報酬が算定できるようになりました。在宅医から「あの患者さん知っているでしょう。あの人の一番

合う薬を在庫にあるもので提案してくれない。その処方箋を書くから」といったオーダーが増えているので、このインセンティブの導入は外来による調剤業務以上に在宅医療の現場に生きると思います。こうしたかわりは医師だけでなく、看護師やケアマネジャーからも喜ばれるので、薬剤師として「もっと疾患の勉強しよう」とモチベーションが上がります。機能分化を進めることが、薬剤師の存在が生きる社会につながると考えています。

石垣 日本在宅医療連合学会の立場から申し上げますと、ぜひ専門性の強みを持った薬局、薬剤師が増えることを大いに期待しています。在宅医療が対象とする疾患や患者が多様化し、今後さらにその傾向は進むでしょう。在宅医療における新規治療法が次々開発される中で、医師—看護師—薬剤師の連携は欠かせません。

串田 在宅に移行するまでに、病院で治療を受けられてから治療体系としては連続しているため、薬剤師も薬の処方も含めた治療全体を理解する必要があります。厚労省でも「薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」による議論が進んでおり³⁾、薬剤師としての専門性を持って勉強し、活動することが求められるのだと期待しています。

薬局・薬剤師の使命を自覚し、在宅医療への貢献を

串田 最後に在宅医療に関心を持つ薬剤師や、薬局間連携を模索する読者に向けてメッセージをお願いします。

白石 薬剤の安定供給は在宅医療に必要不可欠です。そこに薬剤師が専門的な視点で多職種と情報を共有することが求められています。在宅医療を支えるピースの一つとして薬局間連携もしながら地域を支えていくことがわれわれ薬局・薬剤師の使命です。また、在宅だけでなく外来でも患者、多職種から相談を受けたときに「できます、できません」だけで答えてほしくありません。できないのであれば、横の連携で代替案を多く提示してほしいですし、そうしようとすることで薬局間連携が進むのではと期待しています。

佐々木 在宅医療において、医師同士や看護師同士の連携と比べて、薬剤師同士の連携はまだまだ進んでいません。恐らく薬局は経営者が「処方箋は全部うちが取るんだ」といったライバル意識が根付いているので、その意識から変えて薬局同士が連携できる仕組みが整うとさらに社会が良くなると思います。現に当薬局では目黒区、世田谷区、大田区の別法人の薬局による有志連合のバックアップ体制ができつつあり、日曜日、祝日に医薬品や点滴チューブなどを他薬局から譲渡していただいたり、転居した患者を紹介したりなどの実績があります。薬局間連携は患者や他職種に貢献するために重要です。在宅医療に取り組む仲間が増えていくとうれしいです。

石垣 在宅医療はますます発展することが期待されています。在宅医療は専門職内の連携と、専門職間(多職種)の連携という二つの階層での地域連携が根幹になってきます。どうしたら連携できるかといった前向きな気持ちを持って、地域連携を進めていただきたいと思います。

串田 専門職として薬剤師の能力を発揮するため、薬剤のことだけでなく疾患の知識など幅広く勉強し、多職種と協力してチーム医療に貢献することが求められています。保険調剤は税金と保険料で運営されている公的サービスであることと、国家資格である薬剤師

<出席者>

●くしだ・かずき氏

1974年昭和薬科大卒業後、同大助手、講師等を経て、2015年より同大地域連携薬局イノベーション講座特任教授。21年より現職。薬剤師のための在宅輸液療法・在宅療養支援の研究会であるHIP研究会会長を務めるなど、在宅医療推進に向けた地域の医療連携の環境整備を研究している。



●しらいし・たけや氏

1994年東北薬科大(当時)卒業後、株式会社オノノひかり薬局に入職する。2006年有限会社メディックス白石を設立し、同年福島市にけや木薬局を開業し現在に至る。また、22年より福島薬剤師会会長も務める。けや木薬局では、開業当初から無菌調剤設備を持ちながら在宅医療にも取り組んでいる。



●ささき・たけし氏

1998年昭和薬科大卒業後、トライアドジャパン株式会社に入社する。その後、株式会社グッピーズ、株式会社メネフィットを経て22年より現職。目黒区薬剤師会では理事を務め、在宅療養支援の担当をしている。目黒区を中心に6つの薬局と連携し、在宅医療における医薬品供給を担う。



●いしがき・やすのり氏

1982年順大医学部卒業後、同大脳神経内科に入局する。90年城西神経内科クリニック開業、96年医療法人社団泰平会を設立し理事長に就任する。その後、2009年にコーラルクリニックを開院し、11年より現職。1992年から在宅医療に携わり、19年日本在宅医療連合学会代表理事に就任する。



としてその責務を自覚して、在宅医療にも貢献していただきたいです。(了)

註：緊急その他やむを得ない事由がある場合に、在宅基幹薬局の薬剤師に代わって訪問薬剤管理指導を行うことができる制度。

●参考文献・URL

- 1) 厚労省. 患者のための薬局ビジョン——「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ. 2015. <https://bit.ly/488YgMz>
- 2) 厚労省. 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の役割(イメージ). <https://bit.ly/488eUvO>
- 3) 厚労省. これまでの議論のまとめ(地域における薬局・薬剤師のあり方). 2024. <https://bit.ly/47XJcRT>

PCでも、タブレットでも。最新の診療情報をいつもお手元に

今日の診療

プレミアムWEB

収録内容

今日の治療指針(最新2年分)/治療薬マニュアル
臨床検査データブック/今日の診断指針/今日の救急治療指針
今日の小児治療指針/今日の整形外科治療指針
今日の皮膚疾患治療指針/今日の精神疾患治療指針
内科診断学/ジェネラリストのための内科診断リファレンス
新臨床内科学/急性中毒診療レジデントマニュアル
医学書院 医学大辞典/標準的医療説明

☆上記に加え、『患者説明資料』を収録。その場で印刷して患者さんに渡せます。
☆必要十分な9つのコンテンツを収録した **ベーシックWEB** もございます。

今日の診療 個人向け



医学書院

情報は弱く、原則は強い。教科書は強い。

新刊 シュロスバークの臨床感染症学 第2版

Schlossberg's Clinical Infectious Disease, 3rd edition

▶臨床感染症学を体系的に学べる若手医療者に役立つ教科書、待望の改訂。25のSectionと211の項目で構成され、「コロナウイルス-19」と「抗菌薬スチュワードシップの原則と実践」の2つの章を追加し、アップデート。各コンテンツは臨床的、実践的なトピックに絞り込んだ通読できる分量で、感染症臨床における原理原則、プリンシプルが理解できる。感染症専門医のみならず、感染症診療に関わる全ての医師に有用。



詳しくは→



監訳：岩田健太郎 神戸大学大学院医学研究科微生物感染症学講座 感染治療学分野教授

定価25,850円(本体23,500円+税10%)
A4変 頁1328 写真336 図87 2024年
ISBN978-4-8157-3117-5



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

TEL.(03)5804-6051 <https://www.medsci.co.jp>
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

for Residents

座談会 医学部医学科入学者選抜の現在と、望ましい在り方を考える



大滝 純司氏 = 司会
東京医科大学
医学教育学/総合診療科
客員教授



鈴木 康之氏
岐阜大学医学部
医学教育開発研究セン
ター 特任教授



松岡 亮二氏
龍谷大学社会学部
社会学科 准教授



渡邊 洋子氏
新潟大学創生学部
教授

大学での医学教育において、未来の医療を担う優れた人材をどのように選抜するかは、大きな関心事として存在し続けている。学力試験を中心に、個別面接、グループ討論、小論文等さまざまな選抜方法が実施されており、入試形態としては一般入試・推薦入試とは別に地域枠を設ける大学やAO入試を行う大学もあるものの、どのような選抜方法・入試形態がよりふさわしいのかを見定めることは容易ではない。本紙では、医師として医学教育に長年携わる大滝氏、鈴木氏と、教育社会学者である松岡氏、英国の医学部入試について研究する教育学者・渡邊氏による議論から、医学部入学者選抜の望ましい在り方を探った。

大滝 私は総合診療を臨床面の専門としながら、大学の医学教育センター等にも所属して医師の人材育成に携わってきました。研究テーマの一つとして、医学部医学科の入学者選抜の妥当性についてここ十数年ほど取り組んでいます。本日は、日本医学教育学会の入学者選抜部会で活動してきた医師である私、医学教育学会の元理事長である鈴木先生、生涯教育学研究者の渡邊先生の3人に加えて、ご著書『教育格差』(ちくま新書)¹⁾で日本における教育の実態を俯瞰的に示された教育社会学者・松岡先生にもお越しいただきました。

選抜の妥当性はどこにあるのか?

大滝 入学者選抜を考えるに当たって、試験の方法が適切かどうかをチェックする観点はいくつかあります。妥当性 (validity)、信頼性 (reliability)、実行可能性 (feasibility)、社会での受け入れ (acceptability)、教育への影響 (educational impact) などが代表的なものとして挙げられるでしょう。一口に入学者選抜と言ってもその内実は実にさまざまです。私が2003年にJICAのプロジェクトでアフガニスタンのカブール医科大学を援助するために訪問した際に現地の入試形態を確認したところ、ペーパーテストは一部に課されるのみで、数多くある部族から代表として一族の期待を背負って入学者が送り込まれてきていました。もちろんそうした方法が現在の日本でそのまま可能なわけではありませんが、彼我の違いに驚きました。

松岡 日本の現行の医学部入試で最も懸念があるのはどの観点だとお考えですか。

大滝 妥当性だと私はとらえています。試験では何かを測定した上で合否などの判定を行います。その際に本当に測るべきもの、測りたいものを測れているのが妥当性です。大相撲の新弟子検査では体格の基準があって、力

士としてやっていけるかどうかを判定しています。体格と言っても測定しているのは身長と体重という限られた指標です。この体格の基準は何度か見直されていて、最近では運動能力も測定項目に加えられたようです。そうした変更は、妥当性の検討を継続的に行っていることの現れのように見えます。同様の姿勢は医学部入学者選抜においても重要ではないでしょうか。

鈴木 妥当性に関して言うと、多くの方がご承知のとおり日本の医学部のペーパーテストの難易度は極めて高く、大学受験予備校が算出する入学偏差値で全国の大学の学部学科を比較すると医学部医学科が上位を占めています。しかし、ペーパーテストでそれほどの高得点を獲得する能力を測定して1点刻みで合否判定を行うことに、どの程度の意味があるのか、弊害はないのかを考える必要があります。

大滝 入試時の成績と入学後の成績の相関に目を向けると、入学2年目以降では相関がなくなることがずっと以前から指摘されています²⁾。医師国家試験の合格率が9割を超えることから、医師になれるかどうかを事実上決めているのは大学入試における選抜です。そうした意味で社会的に重要であると言える試験のやり方が現行のものでいいのかどうか、検討の余地があるのではないのでしょうか。

渡邊 入試を行う目的としては、入学後に提供される教育に適応し、必要かつ十分な学習ができる素地があるかどうか、最終的に医師国家試験に合格する力があるかどうかを確認するという側面がまずあります。加えて、医師として、1人の医療者として必要な資質を備えているかを確認するという側面もあるでしょう。

松岡 そうした目的を達成するために現行の入試形態が適切かどうかということですね。後者の医療者としての資質は測定がかなり難しそうではありますが。

大滝 ご指摘の通り、後者については

面接試験を課す大学が増えてはいるものの、具体的に何をどう測ればいいのかが見えていない部分も大きいです。

また、ここ10年、少子化を上回るペースで医学部志望者が減少していることもあり、医師になりたいという人材を受験に向けてより多く誘導する必要が増していると考えています。私が一般に進学校と言われる高校の進路指導担当教員に対する調査を行ったところ、経済的な事情等で医学部進学を諦めている高校生はそれなりにいるようです³⁾。門戸の開き方を検討して志望者の数と多様性を確保する重要性は、今の医学部入試の見えにくい課題と言えるでしょう。例えば米国では各大学で個別のペーパーテストは行わず、MCAT (Medical College Admission Test) という医学部受験のための統一テストの点数を順位づけではなく足切りとして利用している大学が多いようです。

自分がどのようにして今の自分になったのかを振り返る

松岡 ここまでのお話から、また一般的に抱かれているイメージからしても医学部入学者の出身家庭の社会的地位 (Socioeconomic Status: SES, 註1)¹⁾は相対的に高いように思われますが、実態としてはどうなのでしょう。

鈴木 2020年度、23年度からの二度にわたる科研費での調査・研究の成果⁴⁾を共有します。諸外国では2000年頃から医学生生のSESに関する研究と議論が活発に行われてきましたが、日本では高等教育全般に関してはさておき、医学生に関するデータ、情報は乏しいという状況が続いていました。そこで上記の調査・研究を行った次第です。

結論から申し上げますと、海外と同様に、日本においても医学部入学者の出身家庭のSESは高く、入学者選抜に大きな影響をもたらしているのではないかと考えられます。表⁴⁾に示すとおり、「家族年収」「親のいずれかが医師」「中高一貫校卒」といった項目において、医学生では一般学部生に比べて高い割合となっており、「親の学歴が高

卒以下」すなわち第一世代大学生 (first-generation college student: FGC, 註2) である割合は低い結果となりました。加えて、受験パターン別の比較では、国公立大学医学部のみを受験した医学生は医学生全体の1/4で、残る3/4は私立大学医学部を併願ないし単願していることがわかりました。国公立のみを受験した医学生や地域枠の医学生は、私立を受験した医学生に比べて多様性を有していましたが、他学部・学科に比べれば多様性の幅は狭いと言わざるを得ません。また、関東・関西圏とその他の地域では医学生の出身背景と受験パターンが大きく異なっており、大都市圏ほど家族年収および私立高校卒業者の割合が高く、国公立大単願受験者の割合が低いとの結果が出ました。

大滝 調査結果が示す現状に対して、世の中の受け止めはどのようなものなのでしょう。

鈴木 市民、医療系教育者らに調査結果を提示した上で認識や意見をフォーカスグループインタビューで伺ったところ、医学生生の親の経済力に関しては両方で受け止め方に違いがあり、市民の驚きは想像以上に大きかったです。一方の医療系教育者は日ごろから医学生に接していることから経済面での驚きはさほどないものの、医学生が均質化していること、教育格差が医学部入試に反映されている現状を認識していました⁵⁾。

渡邊 今現在の実態を示すデータがないという状況の中、このような調査が行われたことの意義は小さくないと考えます。

松岡 同感です。私は出身家庭のSESによって教育の結果に差があるという傾向 (=教育格差) を多くの人にまずは知ってもらわなければならないと考えています。日本ではSSM調査 (社会階層と社会移動全国調査) という、科研費を用いた大規模調査が10年に一度行われてきました。全国の成人を対象としているので社会全体の傾向としての教育格差を把握することはできませんが、SSMには十分な医療従事者のケース数が含まれていません。その点、鈴

コアカリノート
臨床医学まるごと整理

編「コアカリノート」編集委員会

■A5 頁2,016 定価: 19,800円
(本体18,000円+税10%)
[ISBN 978-4-260-04864-4]

詳細はこちら




大事なこと全部!

使いたいほどに
真価を発揮する
「私の一冊」

自分流の使い方ができる「臨床医学全一冊。」

- 臨床医学全分野のエッセンスを一冊に凝縮!
- 医学生が卒業までに修得すべき事項を示した「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に準拠し、学修目標ごとに見開き2ページで完結する構成。
- 要点を箇条書きのスタイルでまとめた文章 (左ページ) と
- 関連図表 (右ページ) が、効率的な知識の整理、記憶の定着を促します。

目次

- 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療
- 全身に及ぶ生理的变化、病態、診断、治療
- 診療の基本 (本文執筆 安達洋祐)

●表 日本の医学生・歯学生・薬学生・看護学生の社会的背景 (文献4をもとに作成)

背景	医学生 n=1991	歯学生 n=224	薬学生 n=419	看護学生 n=326	一般学部生 n=207
女性	45.0%	60.4%	77.3%	96.9%	55.6%
国公立大学	55.7	65.0	19.3	66.9	97.1
家族年収					
≥1800万円	25.6	32.5	8.7	4.1	1.3
≥1000万円	56.5	68.8	37.2	23.9	24.8
親のいずれかが医師	33.2	13.8	8.8	4.3	2.4
親の学歴が高卒以下(FGC)	5.9	4.6	10.0	17.1	21.7
中高一貫校卒	52.0	56.5	39.8	19.3	9.3
私立小学校卒	14.3	15.3	8.6	1.0	2.6
小学校時代に現在の学科受験を決心	16.8	5.8	7.6	5.8	0.5
小学校時代に週3日以上塾通い	48.2	48.1	37.7	20.3	15.5
浪人生の割合	56.1	46.5	20.0	11.1	15.5

FGC: first-generation college student (第一世代大学生)。

木先生が行われた調査は意義深いと思います。

このようなデータを踏まえると、医師が自身の出身家庭のSESに自覚的になる機会を設ける必要性が浮かび上がります。私が研究対象としている学校教師についても同様です。医師も教師もさまざまな家庭環境の人たちと向き合う仕事です。教育格差という実態を理解し、自らの出身家庭のSESに自覚的でない、「(かつて自分が子どもだったときのように)なぜ勉強をしないのだろう」と思ってしまうなど、社会的に不利な条件を背景として学校の勉強や大学進学に関心を持たない子どもや保護者の言動を教師が理解

することは難しいはず。このような分析は医師と患者間でのコミュニケーションにも当てはまるのではないのでしょうか。SESなどを背景にした経験の蓄積の結果として医学的に合理的ではない行動をする患者もいるはず。医師や学校教師という専門職の立場にある人たちが、自分がどのようにして今の自分になったのかを社会学の知見とデータに基づいて言語化することができるようになれば、建設的な対話の土台になるはず。

大滝 社会の構成員の一人ひとりが自身の出身階層に自覚的になることは、社会を変えていく第一歩として大切なことかもしれません。

幅広い層へのアウトリーチで、医学科志望者の裾野を広げる

松岡 入学者選抜の在り方を検討することは重要だと思います。ただ、もともと限られた人たちだけが医学科入試にアクセスできる現状の中、入試制度を変えることでどれだけ門戸が開くのだろうか、との疑問もあります。

教育格差に関する政策的な議論では、奨学金を出せば出身家庭のSESが多様化するという前提の議論が散見されます。しかし、現実には少ない子どもが大学進学を望んでいません。高SES家庭で育ち、医学科進学をめざして幼少期から勉強をする子どもがいる一方で、社会的に恵まれない家庭出身の中学生の多くは将来の現実的な進路として大学進学を挙げていないのです。大学進学を前提にしていない中学生にとっては、内申点を気にして学校の勉強に時間を使う必要はありません。つまり、1学年約100万人以上の児童生徒全員が全力で勉強に取り組んで、筆記試験で計測される能力が高い順番に医学科に入学しているわけではないということです。この実態を変えないまま、入試制度を変えたり奨学金制度を充実させたりしても、医学生出身家庭SESなどの多様化が大きく進むことは期待できません。要するに、より早い学校段階での政策介入が必要ということです。

大滝 医師になることを選択肢の一つ

として検討できる人自体があまりに限られているということですね。そもそも興味を持つかどうかといったところでの断絶を解消するには、身近に選択肢が存在することをどう見せていくのが重要性を持つのでしょうか。その関連で、社会階級間の格差が大きいことで知られる英国において、医学生多様性確保のためにアウトリーチ(註3)活動が行われている事例を、渡邊先生よりご紹介いただけますでしょうか。

渡邊 英オックスフォード大学、ケンブリッジ大学では、入試方法を検討するにとどまらず、大学を挙げてアウトリーチ活動を進めています。両大学にはアクセス拡大のために働くスタッフが数多く存在しています。オックスフォード大学の事例ですが、大規模な教員の集会に大学スタッフが出席してアクセス拡大によって生まれる恩恵について話し、優秀な生徒が受験するよう説得してほしいと伝える活動がなされています。加えて、1週間ほどの期間をかけて実施されるサマースクールでは、教育的に恵まれない地域の優秀な高校生を招いて、学部生と一対一で一緒に行動し授業や学生生活を体験するシャドウイングの取り組みが行われています。教育的に恵まれない地域の学校のカレッジにオックスフォード大学

の雰囲気と似たような部屋を設けるなど、文化的な違和感を乗り越えるための取り組みもあるようです。

そうした活動が功を奏してか、両大学では特定の私立高校出身者が大多数を占めた時代から変化を遂げ、現在は学生の6割を公立高校出身者、4割を私立高校出身者が占め、公立高校出身者の割合は年々高まっているとのこと。

鈴木 特定の大学だけではなく、国全体としての取り組みにはどのようなものがあるのでしょうか。

渡邊 Widening Participationという、1990年代終わり頃から進められてきた、高等教育拡大を目的とした英国政府の政策が存在します⁶⁾。医師の分母を拡大して、志願者を増やしていく。その結果として医師の人口構成比を患者の人口構成比に近づけることが目的であると明示されています。本政策の直接的な成果としては、医学科進学準備期間を伴う医学部入試が挙げられます。これは高度な能力があるにもかかわらずさまざまなバリアによって学習を妨げられてきた受験生に対して、特別な基準を設けて選抜するという方式で、2024年度時点で19大学で採用されています。また、Widening Participationは社会的に不利な層の高等教育への参加拡大をめざして始まりましたが、医学部長会議(Medical School Council)の主導により、入試制度の多様化に加えて、MMI(Multiple Mini Interview)などの面接試験や受験者の職務経験を重視する大学が増えるなど、医学部入試全体の変化につながっていることは注目に値します。

大滝 アウトリーチの方法としては情報提供も考えられますが、その点についてはいかがでしょうか。

渡邊 オープンで包括的な情報提供も、受験者層の拡大に一役買っています。医師になることに関心を持った高校生に向けて、医師になるために必要な制度面を含めた知識が英国医師会(British Medical Association: BMA)等のWebサイト上で懇切丁寧に解説されているなど、誰でもアクセス可能な場所に重要な情報が掲載されていることがポイントです。

鈴木 英国の事例は、入学者選抜に限定しない門戸の開き方として非常に参考になります。今後の動態についても引き続き関心を払っていきたいところですね。一方で、日本ではそうした多様性確保の取り組みに対しての社会的受け止めがどのようになるのか、難しいところだとも感じます。

松岡 入試が相対的な座席の奪い合いである以上、多様性確保の取り組みには高SES家庭からの反発があり得ます。家庭のSESや出身地域などの多様性が上がることでどのような利点が高SES家庭出身者を含めた社会全体にあるのかを示していく必要があるかと思えます。

<出席者>

●おおたき・じゅんじ氏

1983年筑波大医学専門学群卒。川崎医大、筑波大、北大、東大、東京医大の総合診療部門や医学教育関連部門で勤務し、2019年より現職。多磨生全園などの国立ハンセン病療養所の非常勤医師としても勤務している。北大名誉教授。

●すずき・やすゆき氏

1980年岐阜大医学部卒。高山赤十字病院、北里大病院を経て、83年より岐阜大小児科助手。89年より小児科講師として臨床教育を担当し、98年同大助教授、2001年同大医学教育開発研究センター教授。08年より同大大学院医学教育学分野主任を務め、21年より現職。岐阜大名誉教授。

●まつおか・りょうじ氏

米ハワイ州立大マノア校教育学部博士課程教育政策学専攻修了。博士(教育学)。東北大学院COEフェロー(研究員)、統計数理研究所特任研究員、早大助教、専任講師、准教授を経て、22年より現職。主著『教育格差: 階層・地域・学歴(ちくま新書)』(筑摩書房)。

●わたなべ・ようこ氏

お茶の水女子大大学院博士課程人間文化研究科(人間発達学専攻)単位取得退学。博士(教育学)。1995年新潟中央短大幼児教育科専任講師、2000年京大大学院教育学研究科生涯教育学講座准教授等を経て、17年より現職。昭和大医学部客員教授。

渡邊 ささまざまな人が同級生にいたほうが学生本人にとっても望ましいということ、データとともに示せると良いのかもしれない。

大滝 松岡先生が先ほどおっしゃったように、まずは事実を確認し共有するためにも、その裏付けとなるデータが必要ですね。一筋縄ではいかない課題ですが、今後も継続して検討を続けながら、一人でも多くの人に関心を持っていただきたいと考えています。(了)

註1: 社会科学のさまざまな分野で使われる概念で、経済的、文化的、社会的要素を統合した地位を意味する。世帯収入(経済)、保護者学歴・文化的所有物と行動(文化)、保護者の職業的地位(社会)などを指標化して1つの連続変数とすることが多い。

註2: 親が大卒でない家庭の出身者を指し、学生の多様性の指標とも言われる。広義のFGCでは親の学歴を短大・専門学校卒までとし、狭義では高卒までとする。

註3: 援助が必要な問題を抱えながらも支援の必要性を自覚していなかったり、自発的に申し出をしなかったりする人々に対して、公共機関などがアプローチして支援の実現をめざすこと。

●参考文献

- 松岡亮二. 教育格差: 階層・地域・学歴(ちくま新書). 筑摩書房; 2019.
- 岡本幹三, 他. 国試合格からみた高校・入試・在学成績の評価. 医教育. 1991; 22(2): 93-8.
- PLoS One. 2022 [PMID: 35749550]
- BMJ Open. 2023 [PMID: 37669839]
- 鈴木康之, 他. 医学生・歯学生の社会的背景に対する市民と医療系教育者の認識. 医教育. 2024; 55(3): 217-27.
- 渡邊洋子. 多様性と参加拡大を掲げるイギリス大学入試改革と生涯教育学的示唆——オックスフォード・ケンブリッジ両大学等でのインタビュー調査から. 京都大学生涯教育フィールド研究. 2013; 1: 53-66.

医学書院

内科診断学の定番テキストの第4版。症候から診断に至る思考プロセスを丁寧に解説。



内科診断学 第4版

MEDICAL DIAGNOSIS

編集 福井 次矢

東京医科大学茨城医療センター 病院長/京大名誉教授

奈良 信雄

日本医学教育評価機構 常勤理事/順天堂大学医学部 客員教授/東京医科歯科大学 名誉教授

松村 正巳

自治医科大学地域医療学センター センター長/地域医療学センター総合診療部門 教授

●B5 頁1104 2024年 定価:11,000円(本体10,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05315-0]

▶内科診断学の定番テキストの第4版。

▶好評の「症候・病態編」では、医学生・研修医がおさえおきたい症候・病態を網羅。

▶本文オールカラー、豊富な図表とともに、症候から診断に至るまでの思考プロセスをわかりやすく丁寧に解説。

▶今版では、「症例編」の内容を刷新し、掲載症例数を大幅に拡充させ、具体的な症例を通じた学びがますます充実。

▶付録として、マルチデバイスで閲覧可能な「web電子版」付。

目次

I 診断の考え方 II 診察の進め方 III 症候・病態編 IV 症例編



詳細はこちら▼



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8回 エラーの起こりやすい当直業務を安全に過ごしたい

執筆 安本 有佑 板橋中央総合病院救急総合診療科

昨日肺炎で入院された患者さんが歩行中に転倒したと病棟の看護師さんから報告があったのですが、普段と変わらないようなので様子を見ていいのでしょうか？

実際に患者さんは診ましたか？ どこか痛がってはいなかった？

問題なさそうと言われたので、実は直接診てはいないんです。

じゃあ一緒に病棟に行ってみようか。

——2人で病棟に向かい診察——

おむつの中に黒色便が大量に出ているね。普段より血圧も低し、活動性の消化管出血で失神していたかもしれません。消化器内科に相談してみましよう。

そんなことになっているなんて……。

当直はエラーが起こりやすい状況だと認識する

2024年4月から医師の働き方改革が始まり、各病院で勤務時間の制限や働き方に変化が生まれていると思います。ベテランの医師の中には「われわれの時代は……」と、現在の働き方に満足されていない方もいるかもしれません。しかし、これまでの医師の働き方は本当に正しかったのでしょうか。

Landriganらの報告によると、平均勤務時間77~81時間/週、最長連続勤務34時間の研修医は、平均勤務時間63時間/週、最長連続勤務8時間の研修医と比較して、重大な医療過誤が1.36倍多かったとされています¹⁾。また、Baldwinらによれば、80時間/週以上勤務する研修医は、80時間/週未満の勤務時間の研修医と比較して、1.58倍重大なアクシデントに遭遇し、上級医や多職種とのコンフリクトも約2倍抱えていたとされています²⁾。

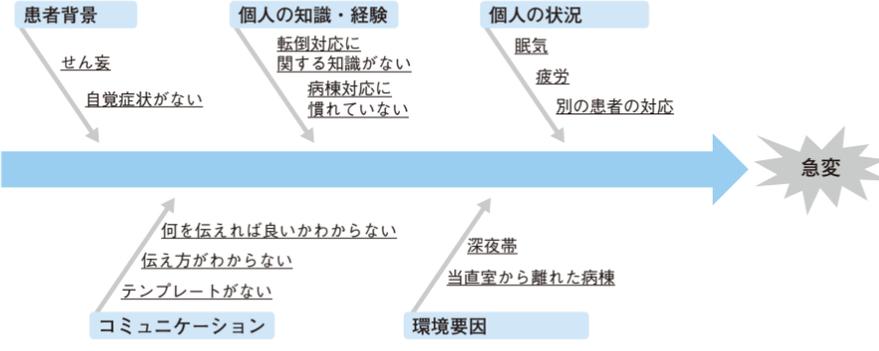
これらのデータから言えるのは、「医師の長時間勤務によって安全ではない医療が患者に提供される可能性がある」ということです。不眠症を抱える初期研修医にエラーが多いことが日本からも報告されており³⁾、その原因となり得る過度な長時間労働は避けるべきでしょう。すなわち医師の働き方改革は、単に医師の健康状態を維持することだけが目的ではなく、患者により安全な医療を届ける点でも重要になります。

さらに当直業務の時間帯は、手薄な人員配置、スタッフの眠気、睡眠中の患者、他職種への配慮(起こすのが申し訳ないなど)、臨時的な対応の必要性

などの理由から、エラーが起こりやすい状況と言えます。Malteseらによると、上級医・研修医にかかわらず、ICUでの夜勤後にはワーキングメモリー、情報処理速度、知覚推理、認知の柔軟性が低下していたことが明らかにされています⁴⁾。これらは医師に限らず看護師においても起こりやすいとされ^{5,6)}、「夜間当直はエラーが非常に起こりやすい危険な環境である」ことを認識して勤務する必要があります。

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
「転んだくらいなら大丈夫だろう」との気持ちで、上流にある原因まで研修医は考えようとしていなかったかもしれません。また、報告した看護師も当直の医師を起こしてまで対応してもらおうことにはばかりがあり、「たぶん大丈夫だろう」という考えのままにプレゼンテーションをしてしまった可能性があります。こうしたボタンの掛け違いは、コミュニケーションの中では起こり得ることで
- まずはベッドサイドへ足を運ぶ
ではどうすればよかったのか。医師の成長段階の評価指標としてRIMEモデルがあります⁷⁾。これは、Reporter, Interpreter, Manager, Educatorの頭文字をとった略称で、RIMEの順番で成長していくことが望ましいとされています。つまり、問題に介入し優先順位がつけられるようになる(Interpreter)前に、情報を正確に収集し、報告できるようにする(Reporter)必要があるということです。今回のケースでは、転倒時の状況、疼痛や意識消失の有無



● 図 今回の事例を分析した特性要因図

などの病歴、バイタル、身体所見などの情報の取得が求められるものの、そのためにはベッドサイドに行くことが必要です。報告した看護師の情報の正確さに確信を持てる場合には、それをもとに経験豊富な医師が判断するケースもあるかもしれませんが、他者からの情報のみで判断することは一般的に高度な技術とされます。寝ている時にかかってくる電話、距離的に離れた病棟、他の患者さんの対応中など、ベッドサイドへ即座に向かえない状況が整っている当直勤務中は過小評価をしてしまう可能性があるために、意識的に対応しなければなりません。

Reporterとしての情報収集ができるようになると、それを評価することが重要になります。今回のケースで言えば、転倒の原因を考えることです。失神、麻痺、意識障害などの医学的な症候が隠れているならば鑑別を挙げて評価しなければなりません。これは転倒に限らず、当直中によく出合う不整脈やせん妄も同様で、起こった事象だけでなく、その上流にある問題を考えることが求められます(図)。

● SBARを活用した適切な情報伝達

ここまで考えた上で、ようやく上級医へのコンサルテーションです。プレゼンテーションをどう行うかで受け手の印象は変わります。直前まで寝ていた上級医に、患者ID、主訴、現病歴、既往歴、家族歴といった、いわゆる「フルプレゼンテーション」を行ってしまうと、結論にたどり着くまでに再び上級医は眠りに落ちることでしょう。そこで、適切に情報を伝えるための型であるSBARを紹介します。SBARはSituation(状況)、Background(背景)、Assessment(評価)、Recommendation(推奨)の頭文字から成り、使用することで看護師間のコミュニケーションや看護師から医師への電話報告における情報伝達の質が向上すると言われています⁸⁾。今回のケースであれば下記のイメージです。

- S: 60歳の男性が病棟で転倒し、ご連絡しました。
- B: 既往の脳梗塞に対して抗血小板薬を内服されている、昨日肺炎で入院された方です。
- A: 転倒時に意識消失が見られましたが、モニター上に明らかな不整脈は認められませんでした。直腸診をすると、これまで認めていなかった黒色便が多量に付着したため、上部消化管出血を疑っています。
- R: 血液検査やルート確保をしようと

思うのですが、一緒に対応をお願いできますでしょうか。

一刻を争う状況では、「糖尿病の既往があり、昨日肺炎で入院された60歳の男性が胸痛を訴えられ、STEMIを疑っています」といった、Assessment-orientedな情報伝達も有効です⁹⁾。

研修医のその後

翌週の当直中に「患者が転倒した」と病棟から報告をもらった研修医は、ベッドサイドへ向かい、患者情報を直接取得した上で次の報告を指導医に行った。

病棟で転倒された患者さんについてご相談をさせていただきます(S)。左大腿骨頸部骨折で昨日入院された80歳の女性です(B)。病棟で転倒したと報告があったため病室へ伺ったところ、ベッドサイドで尻もちをついた状態でした。患者さんは日中から痛みの訴えが強く不穏な様子だったようで、疼痛によるせん妄が原因だったと考えています。腰椎に圧痛を認めており、圧迫骨折を受傷しているかもしれません(A)。ここからの評価、せん妄に対する対応をご相談させていただきたくお電話いたしました(R)。一緒に対応をお願いできますでしょうか。

SBARに基づく患者状態の簡潔な報告ができたことで、スムーズな患者対応が実現し、指導医からも感謝されました。

覚えておこう!

- 当直業務はエラーが起こりやすい状況であることを認識し、病棟でのイベントは極力ベッドサイドへ自ら向かい、正確な情報を収集しましょう。
- イベントの上流にある問題が何かを考えることが重要です。
- 相手に正確に情報を伝えるためにSBARといった型を意識してみましょう。

● 参考文献

- 1) N Engl J Med. 2004 [PMID: 15509817]
- 2) Acad Med. 2003 [PMID: 14604880]
- 3) Sci Rep. 2024 [PMID: 38233476]
- 4) Intensive Care Med. 2016 [PMID: 26556616]
- 5) Int J Environ Res Public Health. 2021 [PMID: 34831683]
- 6) 酒井一博, 他. 日本看護協会「時間外労働および夜勤・交代制勤務に関する実態調査」の自由意見欄に記載された看護師の労働・生活条件に関する訴えと改善要求. 労働科学. 2011; 87 (3): 99-115.
- 7) Acad Med. 1999 [PMID: 10587681]
- 8) BMJ Open. 2018 [PMID: 30139905]
- 9) Acad Emerg Med. 2003 [PMID: 12896884]

認知症新時代に求められるエビデンスベースのBPSDリハビリテーション・ケア

Evidence Based で考える認知症リハビリテーション2 BPSDの評価と介入戦略 [Web動画付]

好評を得た『Evidence Basedで考える認知症リハビリテーション』の第2弾。前作同様、「臨床と研究をつなぐ」「エビデンスベースド」をコンセプトに、認知症者の行動・心理症状である「BPSD」を深く掘り下げる。症状ごとの出現要因や適切な解釈、最新の知見をもとにした妥当な介入戦略の数々を紹介。各項目収録のレクチャー動画も理解の助けとなる。認知症リハビリテーション・ケア分野の医療従事者必携の1冊。

編集 田平隆行 田中寛之

認知症リハビリテーション2 BPSDの評価と介入戦略

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

外来・病棟・地域をつなぐ ケア移行実践ガイド

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つつも、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4回 生殖医療の倫理(1)——体外受精、着床前診断、代理出産

1978年、世界初の体外受精(in vitro fertilization: IVF)児であるルイズ・ブラウンが誕生し、生殖医療に革命が起きました。この技術は自然妊娠が難しいカップルにとって希望の光となり、不妊治療の選択肢を大きく広げました。しかし、IVF技術を開発したロバート・エドワーズがノーベル生理学・医学賞を受賞した際に、ローマ・カトリック教会が否定的な反応を示したことは広く知られています。IVFは現在、代表的な生殖補助技術の一つとなっていますが、その健康リスクについてはいまだ完全には解明されていません。また、問題は健康リスクにとどまりません。今回は、比較的歴史の長い生殖補助技術の中でも、IVF、着床前診断(preimplantation genetic diagnosis: PGD)、代理出産に焦点を当て、それらに伴う倫理的課題を論じていきます。

体外受精で生じた胚の取り扱いの問題

IVFのプロセスでは複数の胚を作るため、使用されなかった胚(余剰胚)が発生します。次のような架空の事例を考えてみましょう。

不妊治療を受けているAさん夫妻は、体外で卵子と精子を受精させ、5つの胚を作製しました。1つを移植し、無事に妊娠しましたが、将来的にもう一人子どもを持つことを考慮し、残りの胚を凍結保存します。数年後、夫妻は子どもを持たない決断をしますが、保存コストが増す中で、これまで凍結保温してきた胚をどうするか悩んでいます。選択肢としては、廃棄、不妊治療中のカップルへの提供、研究への提供、凍結保存の継続の4つがあります。

どの選択をするにしても、まずはAさん夫妻の自律性を尊重することが重要です[インフォームド・コンセント(informed consent: IC)については連載第3回を参照]。そのためにも医療従事者は、患者に必要な情報を提供するとともに、患者が時間をかけて判断し、自分自身の決定に責任を持てるような状況を整える必要があります。一方で患者は、各選択の利点と併せて、凍結保存のコストや各選択に伴う心理的負担を含めた情報を正しく理解する必要があります。

ただし、ICに基づく患者の自己決定だけで全てが解決するわけではありません。

せん。重要な課題として、胚の道徳的地位に関する問題が残ります(連載第2回を参照)。国によっては余剰胚の研究利用が倫理的にも法的にも認められていますが、そうした行為が一切禁止されている国もあります。不妊治療中のカップルへの提供、研究利用が認められていない国では、個人の選択肢がさらに制限されるのです。

胚の道徳的地位に関する考え方は、社会の価値観や宗教的信念に大きく左右されます。胚がどの段階で道徳的地位を獲得するのかという問題は簡単に解決できません。しかし、倫理が普遍的なものではないとするならば、社会的対話を通じて多様な意見を反映した規範を策定し、その結果をもとに余剰胚の扱いを決定することが求められるでしょう(倫理的構成主義については連載第1回を参照)。

着床前診断は社会に何をもたらすのか

PGDは、胚を子宮に戻す前に遺伝的異常の有無を診断する技術です。この技術には、習慣性流産の予防や遺伝性疾患の早期発見という大きな利点があります。しかし一方で、診断結果に基づく遺伝的選別は、障害を持つ人々に対する差別を助長する可能性が懸念されています。

PGDの使用によって、多くのカップルが「健康な」胚のみを選ぶ社会が到来するとしましょう。そのような社会では、遺伝性疾患を持って生まれる子どもはまれとなり、障害を持つ人々はさらに孤立するかもしれません。障害を持つ子どもを授かった家庭は、なぜPGDを利用しなかったのかと疑問視され、差別を受けることも考えられます。

さらに、単に遺伝性疾患の回避にとどまらず、容姿や知能といった特徴まで選別できる未来が訪れたらどうでしょうか。いわゆる「デザイナー・ベビー」の問題です。技術の商業化が進む一部の国では、すでにこうした懸念が現実となりつつあります。PGDを用いて胚の性別を選ぶことが許されている国もあり、将来的には目の色や身長、さらには知能や運動能力といった特徴までも選べるようになるかもしれません。このような選別が容認される社会では、理想的な子ども像を求める傾向が強まり、遺伝的に「完璧な」子

どもを作り出そうとする風潮が広がる恐れがあります。

PGDの使用、およびPGDに基づく遺伝的選別の是非は、固定された絶対的な基準によって決められるべきではなく、社会全体の合意に基づいて規定されるべきでしょう。私たちはどのような社会をめざすべきか、遺伝的選別が社会にどのような影響をもたらすかを十分に考慮し、社会全体の合意を通じて倫理的な枠組みを構築する必要があります。

例えば、特定の遺伝性疾患を持たない子どもが期待される一方で、疾患を持つ子どもや家族がどのような立場に置かれるのかを考慮しなければなりません。特定の遺伝的特徴が選ばれることで、遺伝的多様性が減少し、病気や環境変化に対する適応能力が低下するリスクもあります。私たちは目先の判断にとらわれず、長期的な影響を考慮する必要があります。多様性が尊重される社会では、障害を持つ人々を含めた多様な存在が平等に評価され、遺伝的選別の過度な利用がその多様性の価値を損なうことがあってはなりません。

PGDの利用に関するICにおいて医療従事者は、技術の利点だけでなく、社会的影響や倫理的懸念についても、患者に対して正確かつ包括的な情報を提供する責任があります。また、患者はこれら多様な視点を十分に理解した上で、自己決定を行うことが求められます。

代理出産と出自を知る権利

代理出産は、生殖医療の選択肢の一つではありますが、代理母の権利や生殖の商業化、さらには子どもの権利に関する問題が浮上しています。代理出産が商業化されることで、代理母が経済的搾取の対象となるリスクが高まる可能性があります。例えば、経済的に困窮している女性が、生活費を補うために代理出産を引き受けるケースが増えることが予想されます。このような状況が倫理的に正当化されるのかは議論の余地があります。次のような架空の事例を考えてみましょう。

Bさんは、家計を支えるために代理母となることを決意しました。契約では、出産後すぐに子どもをCさん夫妻に引き渡すことが取り決められています。しかし、出産後、Bさんは子どもとの情緒的なつながりが深まり、引き渡すことに強い葛藤を抱えるようになりました。それでも契約上の義務や経済的な事情から、最終的には子どもを引き渡さざるを得ない状況に追い込まれています。

代理出産において、代理母と子どもとの情緒的なつながりは無視できない重要な要素です。出産後、代理母が子どもを手放す際に葛藤を感じることは珍しくありません。事前に交わされた契約では、子どもをCさん夫妻に引き渡す義務が明記されていますが、Bさんの感情や権利は十分に尊重されてい

るのでしょうか。代理母の情緒的な葛藤を考慮せずに契約を履行することは、彼女の人権や福祉を損なうことにならないでしょうか。

このような事例では、代理母が契約する際に、適切なICを得られていたかが重要になります。代理母は、自身の役割やその後の情緒的影響を十分に理解している必要があるのです。また医療従事者や法律の専門家は、代理母が心理的・感情的に十分な準備を整えた上で意思決定を行えるようにサポートする責任があります。ICが不適切な場合、代理母は後に強い後悔や苦しみを抱えるリスクが高まります。

もう一つの重要な倫理的問題は、子どもが自分の出自を知る権利です。配偶子提供を受けて子どもを持つという事例において、生まれた子どもが成長するにつれて自分の生物学上の親について知りたいという希望を強めることは広く知られています。代理出産の場合、Cさん夫妻は子どもに事実を知らせたくないとも考えるかもしれません。このような状況では、子どもが自分の出自を知る権利と、代理出産を利用した親のプライバシー権との間で倫理的ジレンマが生じます。医療従事者や法律の専門家は、子どもと親の両方の権利を尊重しつつ、長期的な視点で最善の選択を検討する必要があります。社会全体での合意形成を通じて、子どもが自分の生物学的背景を知る権利を保障しながら、親のプライバシーを守るための枠組みを構築することが求められるのです。

個人の選択と社会的価値観のバランス

今回取り上げたIVF、PGD、代理出産などの生殖補助技術は、個人の選択に影響を与えるだけでなく、社会全体の価値観や規範にも深くかかわります。近年の生殖医療分野の研究開発により、今後ますます、私たちが抱えてきた生命や家族の概念は根本的に揺らぐかもしれません。今回は、先端科学が拓く生殖医療の未来を考えていきます。

今回のPOINT

- IVFではICに基づく患者の自己決定権はもちろん、胚の道徳的地位にも配慮する必要があります。
- PGDは、遺伝的選別やデザイナー・ベビーの誕生、障害を持つ人々への差別を助長する可能性がある。
- 代理出産では代理母の人権や福祉、子どもの出自を知る権利と親のプライバシー権を尊重する必要があります。

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ませ

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

僕たちの日常臨床は、理系の知識だけではうまく説明できないことに満ちている。

臨床現場のもやもやを解きほぐす 緩和ケア×生命倫理×社会学

患者は余命を知りたいのに、家族が反対するのはなぜ? 患者が頑なに買ってきた面会拒否は、亡くなった後も続けるべき? 緩和ケアの日常臨床は、答えに辿りつかない「もやもや事例」に満ちている。悩める緩和ケア医・森田達也と、生命倫理学者兼社会学者・田代志門によるリアルな往復書簡が、臨床のもやもやを解きほぐす! 文系×理系の視点で「それでどうするの?」から「なんでそうなるの?」までを考える、ゆるくて深い越境の書。

森田達也
田代志門



哲学の扉を、開けてみる。

医療・ケア従事者のための哲学・倫理学・死生学

臨床では、常に「どうしたらよいか」を判断する場面に出会います。状況を適切に把握し、的確に実行に移す力が医療・ケア従事者に求められているのです。自らの実践を振り返り、ケアする姿勢と専門的知識や個別状況を把握し整理するために、哲学と倫理学、そして死生学の新しい扉が開きます。

清水哲郎



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

第5回 あん摩手技を用いた下肢マッサージによる腰痛緩和ケア

執筆 関 恵子 滋賀県立大学人間看護学部 講師

今回のねらい



これまで、現場ですぐに実践できる腰痛予防対策をご紹介してきました。今回からはすでに腰痛を発症し、鎮痛剤やコルセットを着用して働く看護師・介護士に役立つ腰痛緩和ケアをご紹介します。腰痛を抱えながらも患者さんに質の高いケアを提供することを第一に頑張っている方々のお役に立てますと幸いです。

第3回(本紙第3565号)で解説した通り、腰痛の発生メカニズムは、前傾姿勢によって腰部進展筋の内圧が高まり、腰背部の筋血流が阻害され低酸素状態となることによる発痛物質の生成および疲労物質の蓄積に起因します¹⁾。看護・介護ケアにおいては、長時間の静的動作等が要因になります。筆者らは、腰痛の原因となる腰部筋疲労の蓄積に対して、マッサージによる緩和ケアを検討しました。

腰痛発生メカニズムに即したあん摩マッサージ理論

あん摩・マッサージ・指圧師という国家資格はご存じでしょうか? 国内では、この資格を有する者と医師のみがあん摩・マッサージ・指圧を業として行うことができます。中国発祥のあん摩は、筋肉を対象に中枢から末梢へなでる・押す・揉む・叩くなどの手技を薄い衣服の上から用い、生体の持つ恒常性維持機能を反応させて健康を増進させる手技療法です。ヨーロッパ発祥の手技療法であるマッサージは、あん摩とは逆に末梢から中枢に向かって主に循環系を対象に、オイル等の滑剤を用いて直接皮膚に軽擦法を施すものです。広義ではあん摩も「マッサージ」と言われていますが、手技や施術する方向、対象部位が異なるため、使い分けが大切です。

下肢筋肉を揉みほぐす あん摩手技を用いたマッサージ

持続的な筋収縮による
腰背部の筋血流阻害の解除
・静脈還流促進: 下肢、腰部の筋組織の
血行促進
・腰部の筋血流増加による酸素供給促進

腰部脊柱起立筋群の筋機能正常化
(筋疲労の回復)
疲労物質・発痛物質の排出促進

腰痛緩和

●図 下肢筋肉を対象としたあん摩手技による腰痛緩和メカニズム

筆者らは腰痛発生メカニズムに即して、あん摩手技を用いた下肢マッサージによる腰痛緩和をめざしました。腰部脊柱起立筋の血行を促進し、筋疲労物質の蓄積や発痛物質の産生を防ぐことが狙いです(図)。あん摩手技を用いた下肢マッサージでは、臀部から足先に向かい、軽擦(皮膚をなで・さする)、圧迫(皮膚表面から深部の筋肉に向かい圧迫する)、揉捏(筋肉を押し、こね、つまみ、搾るように揉む)の手

技を用います。下肢を施術対象としたのは、腰背部の施術に比べ身体損傷リスクが低く、腰部脊柱起立筋への血行循環に必要な筋ポンプ作用が期待されるからです。

腰部脊柱起立筋群への酸素供給効果が期待される

滋賀県内の施設にご協力をいただき、リラックスして施術を受けられるよう個室をお借りして、夜勤終了後の看護従事者21人を対象にあん摩手技を用いた下肢マッサージによる腰痛緩和効果を検証しました(写真)。この介入効果検証では、あん摩手技を組み入れた下肢マッサージを20分間行い、腰部脊柱起立筋群の筋組織の循環動態(註)と、勤務前後の腰痛・腰部負担度合いを評価しました。

施術前後の腰部脊柱起立筋群の組織循環動態において、酸素化血液量は変化が見られなかったものの、施術直後からの脱酸素化血液量の有意な低下と、筋組織酸素飽和度の上昇が認められ、下肢マッサージによる筋組織の循環促進効果が示唆されました。また、腰痛・腰部倦怠感の度合いは、腰痛・腰部倦怠感が勤務前はほとんどない状態から勤務直後には上昇していましたが、下肢マッサージにより有意に軽減しました²⁾。

その後、1人の看護従事者に長期介入効果検証のプレテストにご協力をいただき、週1回のペースで夜勤終了後にマッサージによる介入を1か月間継続しました。介入の度にヒアリングを行ったところ、1週目は「初回のマッサージ直後は効果がわからなかったが、家に帰って仮眠をとる際に足腰がぼかぼかして心地よかった」と、2週目以降は「身体が温かくなるのかどんどん早くなり、マッサージ中に効果を感じるようになった」「勤務終了後は疲れ果ててあまり動けないが、マッサージを受けるようになってからは夜勤後も動きやすく外出するようになりました」「夜勤はしんどいし億劫に感じることが多かったけれど、夜勤が終わったらマッサージをしてもらえると」と仕事を頑張れました!との感想をいただきました。介入件数はまだまだ少ないですが、腰痛予防・緩和のためのメンテナンスルームが全国の病院に設置されることで看護・介護する人の腰痛ゼロにつながる一助になると筆者は期待しています。



●写真 あん摩手技を用いた下肢マッサージの様子

臀部から足先に向けて軽擦(1分)、圧迫と揉捏(8分)、軽擦(1分)の順に左右片足ずつ計20分間行う。自分自身の腰痛も予防するため、前傾時は自身の身体を対象に近づけ、荷重を分散することを意識してマッサージしている。

腰痛の心理的要因もケアをする

病院での介入検証時では、寝たりきりや高齢患者さんに対する夜間の少人数での援助は、長時間の腰部負担を生じさせ、腰部疲労が蓄積しやすい状況にあることも確認されました。援護比較検証とはなりませんが、あん摩手技を用いた下肢マッサージの施術はマッサージによるリラックス効果だけでなく、腰背部の筋血流を促進させる効果があることもわかりました²⁾。

また、腰痛要因には動作以外に心理的要因も含まれています。看護・介護従事者は、患者さんを24時間継続的に医療ケアや日常生活援助をしており、安全・安楽・自立・自律性を常に考えたケアの提供は、身体だけでなく心への負担も大きいです。この心理的負担部分の軽減にもマッサージによる効果が期待できることが示唆されました²⁾。

これからも臨床現場で働く方々の声を聞きながら、腰痛を少しでも緩和できるケアについて考えていきたいと思えます。次回は、筆者らが効果検証中の看護従事者が自分でできる下肢のセルフマッサージについてご紹介します。

註:循環が促進された状態とは、筋組織内の酸素化血液量の上昇、筋組織内の脱酸素化血液量の減少、筋組織酸素飽和度の上昇を指す。

●参考文献

- 1) 紺野慎一. 筋肉の生理・病態. 菊地臣一(編). 腰痛 第2版. 医学書院; 2014. 90-101.
- 2) 関恵子, 他. 夜間勤務の看護師の腰痛に対する下肢マッサージの効果の検討——腰部脊柱起立筋のHb動態の変化から. 日看技学会講抄. 2021; 46.

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。



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



医学書院

その形^{構造}には理由^{機能}がある。 ありそうでなかった統合型テキスト

構造と機能が つながる 神経解剖生理学

【編集】

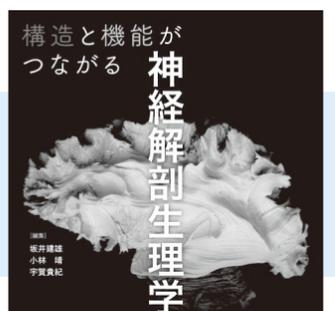
坂井建雄 / 小林 靖 / 宇賀貴紀

神経解剖学と神経生理学を
セットで学ぶと、
神経科学がわかる!

A4 頁280 2024年
定価: 8,250円(本体7,500円+税10%)
[ISBN978-4-260-04813-2]

医学書院

詳細はこちら▶



その形には理由がある
神経解剖学と神経生理学をセットで学ぶと
神経科学がわかる!
ありそうでなかった統合型テキスト

目次

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

めざせ「ソーシャルナース」!

社会的入院を 看護する

石上 雄一郎
飯塚病院連携医療・緩和ケア科

本来は入院加療の適応でない患者の長期入院を指す社会的入院。患者の医療的課題のみならず社会的課題もケアするために、看護師はどのような視点を持つべきか。医療と社会福祉をつなぐ「ソーシャルナース」(筆者の造語)になるために、看護師が押さえておくべき社会的入院の要点を解説します。

第19回 カリフォルニアドクターがやって来たとき



CASE 肺がん患者の80歳女性。抗がん薬治療を行っていたが、本人の身体的負担が強くなり、本人は治療中止を希望されていた。同居し介護を行っているキーパーソン(長男)とも病状や治療方針は共有され、残された時間は在宅医療を希望されたため調整を始めていた。しかし、遠方に住む長女が病棟に現れ、「この病院のせいで悪くなった。大学病院に転院させてほしい。このまま死んだら訴えてやる」と、全く異なる意見を述べた。大学病院をはじめ、さまざまな病院へ情報提供を行ったが受け入れ先はなく、その間に状態が悪化し、在宅医療も導入できず亡くなられた。

正式な病名ではないが、疎遠であった家族が治療方針の急な変更を要求することは、カリフォルニアドクター症候群と呼ばれる¹⁾。今回は意見の対立の総集編として、これまでの記事を復習しながら読むことをお勧めする(第9~16回参照)。

Step 0: カリフォルニアドクターを予防する

カリフォルニアドクターの家族が来院すると、医療者は疲弊し治療にも影響が出てしまうのでその発生を未然に防ぐことが重要である。遠方に家族がいるとわかった時点でリスクと認識すべきと筆者は考える。日本では家族内で相談して治療方針を決めることが一般的であるが、情報が誰にどの程度共有されているかは家族によって差が大きい(家族内でSNSなどを用いて共有している場合や、家族内の対立があり心配をかけたくないため病状の悪化は伝えていない場合など、さまざまな状況があり得る)。特定の家族だけを呼ぶと一方に肩入れしていると判断され得るので、一度に全員を対象に一貫性を持って説明する。また、説明内容を書面に残すことも重要である。
[第13, 14回(本紙3561, 62号)参照]

・とても重要な話なので、遠方のご家族も一緒に聞いたほうが良いと思います。病院に来るのが難しかったり、話が難しくうまく伝えられなかったりすることも多いので、私から一度電話してもよろしいでしょうか。

Step 1: 医療者自身のアンガーマネジメントを行う

ここからは実際にカリフォルニア

ドクターが来院した時のことを考えよう。時間をかけて丁寧に話し合いを重ねた末に決まった方針をちゃぶ台返しされた場合、医療者が怒りを感じるのは当然である²⁾。家族から「訴えるぞ!」と脅されることもあり、それまでの多大な時間や感情的な労力を考えると疲弊しても不思議ではない。ただし患者の価値観に沿った治療を行うためには、怒りに任せて正論だけを述べて闘ってはいけぬ。医療者自身がアンガーマネジメントを身につけよう。
[第15回(本紙3563号)参照]

Step 2: 怒りに対応し、真意を探る

患者家族はなぜカリフォルニアドクターになるのだろうか。遠方の家族は病状を知ったとき、信じられないという否認の気持ちと、もっと親孝行をすればよかったという自責の念や罪悪感を覚えると言われている。また、周りと軋轢を起こすことで介護者としての自分の存在を確立したいという説もある。いずれにせよ、家族は遠方であっても第2の患者であり、悲しみの二次感情として怒りが表出されやすい。相手が怒っている場合には事態を収めるために共感表明謝罪を行う。「家族内で伝えていたと思っていただけなので、怒りがさらに増すだけなので、NURSEスキルを用いて感情に対応しよう(表)。

セカンドオピニオンや転院の希望は、医療者のいろいろな考えを聞いて確認したい場合もあるが、病院や主治医への不信感が募った結果から発せられることもあるため注意が必要だ³⁾。患者家族の怒りの感情レベルが少し下

Step 0: カリフォルニアドクターを予防する

- キーパーソン以外の家族を把握する
- 関わりたい家族全員同時に家族面談を行う
- 意思決定の窓口となる家族を選定し、説明内容を書面に残す



Step 1: 医療者自身のアンガーマネジメントを行う

- 医療者自らの“べき”思考に気づく
- コントロールできないことは手放す



Step 2: 怒りに対応し、真意を探る

- セカンドオピニオンは病院や主治医への不信感が原因のことがある
- 相手に話してもらうことで感情をドレナージュする
- NURSEスキルを用いて相手の話を傾聴する。共感表明謝罪を行う



Step 3: 配慮するポイント

- カリフォルニアドクターの背景を本人や他の家族から聞く
- 期限を決めて家族内で話し合いを促す
- セカンドオピニオンは原則断らない
- 治療義務の限界を超えた治療を行う義務はない



●図 カリフォルニアドクターが来院したときのポイント

●表 NURSEスキルを用いたカリフォルニアドクターへの声掛けの例

		声掛けの例
NURSE	Naming	「突然言われても受け入れることはできないと思います。本来であればもっと早く娘さんに伝わるべきことだったと思います。申し訳なかったです」
	Understand	「娘さんがそう思われるのは当然だと思います」
	Respect	「遠方から来てくださりありがとうございます。娘さんがお母さんのことを大切に考えて、できる限りのことをしてあげたいという気持ちはよく伝わってきます」
	Support	「当院でできることは全てしていると思います。今後は不信感がないように誠実に対応させていただきたいです」
	Explore	「セカンドオピニオンといいますと、どちらに相談されるご予定ですか?どこか調べられましたか?時々、病院や主治医の先生への不信感からセカンドオピニオンを望まれる方もいるので心配になりました。」「娘さんから見たらどんなお母さんですか?」

がってきたところで、患者本人への思いを聞くことはとても重要であり信頼関係の構築にもつながる。
[第16回(本紙3564号)参照]

Step 3: カリフォルニアドクターの背景を本人や他の家族から聞く

患者本人や他の家族に、カリフォルニアドクターがどんな人物かを尋ねることは比較的容易だろう。医療者の感情として少し困惑していることを患者や家族と共有することで協力が得られやすくなると感じる。

- ・長女さんはどんな娘さんでしたか? おそらくご心配だとは思いますが、急にいろいろと言われたため、私たちも少し困惑してまして。
- ・どんな仕事をされてるんですか?
- ・普段から話をされますか?
- ・最後にお会いされたのはいつですか?

家族内で意見の相違がある場合は、治療方針の擦り合わせが必要となるので、再度家族全員が参加する話し合いの場を設ける。遠方であればビデオ電話なども活用すると良い。医療者は次回の話し合いの日程を決めて家族内で話し合うことをを促し、患者本人の変化は随時家族に共有する。

なお、セカンドオピニオンは患者の権利であり、断らないことが原則である。断ると、病院は何か隠しているこ

とがあるのではないかとさらに不信感を強めてしまう。

現実的には患者に残された時間との兼ね合いで転院はできなくても、電話や手紙での迅速な相談を試みるプロセスを踏むことが重要になる場合がある。ただし、明らかに不適切な要求で、患者に利益をもたらす可能性がない場合や治療義務の限界を超えていると判断される場合は、要求された治療を行う義務は倫理的にはない⁴⁾。こうしたケースでは、複数の医療者での判断や透明性を持ったプロセスで対応し、カルテ記載を行うことが重要となる。

CASEのその後

亡くなった後、看護師から長女へ電話をかけたところ、「仕事が忙しいことを言い訳に、実家にも帰れず、母に何もしてあげられなかった。コロナ禍でずっと面会もできておらず、一緒の時間もなかった。せめて家族の役割としては、できる限りの治療方法を探すという選択肢しかなかった」と自責の念を語り、涙されていた。

●参考文献

- 1) J Am Geriatr Soc. 1991 [PMID: 2010590]
- 2) J Palliat Med. 2010 [PMID: 20597714]
- 3) Crit Rev Oncol Hematol. 2021 [PMID: 33675905]
- 4) Am J Respir Crit Care Med. 2015 [PMID: 25978438]

対話を通じて、リハビリに向かうストレングスをともに見出すための1冊

対話でリハビリを支える ストレングスモデル実践活用術 [Web動画付] 第2版

ストレングスモデルは個人がもつ強み・希望や、その人を取り巻く環境の強みに着目し、ケアの資源として活かす支援方法。当事者中心のこのモデルを真に実践し活用するためには、わかりやすい強みに着目して弱点から目をそらすのではなく、当事者と対話するなかで、本人の言葉を通じてストレングスを理解する必要がある。著者オリジナルのストレングス・マッピングシートを使った対話の様子を、付録動画として収録した。

萱間真美



「何となく」から卒業しよう!

心理社会的プログラムガイドブック

デイケアで40年以上にわたり精神疾患リハビリテーションに取り組んできた著者が、心理社会的プログラムをどのように実践すればよいかを丁寧に解説する。さまざまなプログラムを「対人交流・課題達成」「身体活動・言語」の軸で分類・整理し、その使い方を伝授。急性期病棟、慢性期病棟、外来、デイケアなど場面別での使い分けについても詳しく手ほどき。これから始める人も、現場で困っている人も誰が読んでも気づきがある1冊。

池淵恵美



看護のアジェンダ

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・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239回〉

ある日、看護師長になる。

あるストーリー——病棟師長になって感じた“孤独”

私(看護師長E)はこの(2024年)4月に病棟師長になりました。40床の内科病棟です。看護師となって30年ですが、10年間は育児休暇を取ったので外来で勤務し、夜勤はありませんでした。現在、3人の子供は小学6年生、中学3年生、高校3年生で受験を控えています。2年前に副師長となりました。

昨年(2023年)、認定看護管理者ファーストレベルプログラムを受講“させてもらいました”。12月頃に、看護部長から病棟師長にならないかと言われ、家庭のこともあり、やれるかどうか悩みました。他に副師長が2人いるのですが、彼女たちが頑張っているのを見て、彼女たちが頑張っているのを見て、師長を引き受けることにしました。この病棟は人間関係が良く、何でも話し合えるし、医師も細かな配慮をしてくれます。

師長になって3か月くらいは目の前のことで精一杯でした。半年くらいたって、スタッフとの距離感に気付いたのです。今まではスタッフとの関係性は良く、何でも耳に入っていたし、スタッフの習熟度もよくみえていました。師長になってからはスタッフとベッドサイドで仕事をする機会が減ったので、スタッフのケアがみれなくなりました。やっている仕事が変わってしまったと気づいたのです。自分が孤独になっていると感じました。

9月末に管理当直がありました。副看護部長Yさんと一緒でした。仕事の話が一段落したあと、Yさんとおしゃべりしました。Yさんは話しやすい人でした。しかも当直師長室はこぢんまりとした部屋で、電話も鳴らず人の出入りもないので、素直な自分に返ることができました。Yさんに「聞いてもらっていいですか」と言い出し、自分が孤独になっていることを話しているうちに、わあっと泣いてしまいました。すると、Yさんは「そうだよ、わかるよ」「最初はそうなんだよ」と言ってくれました。それがうれしかったのです。

4月に入った新人ナースが、体調を崩して病気休暇になったのです。何度も面談して仕事が続けられるように話し合ったのですが身体症状が出たので休むことになりました。管理者として力が入ることで感情移入したのかもしれませんが、欠員によって現場が忙しくなることに責任を感じていました。自

分の管理能力の未熟さが原因ではないかと考え、そのことで疲れてしまいました。

師長となって孤独感を覚えるとは予想もしていませんでしたし、管理の研修でも教わりませんでした。まるで「転職した」ように感じました。Yさんに話したこともあって、孤独感の対処法がわかりました。自分からスタッフに近づいてコミュニケーションを取ればいいんだと今は考えています。

マネジャーになるためには「生まれ変わり」が必要

看護師長Eのインタビューのあと、私は再び『駆け出しマネジャーの成長論』(中原淳著、中公新書ラクレ、2021年)を開いた。中原論ではプレイヤーからの移行期を襲う5つの環境変化が記述される(第2章)。それは、「突然化」(ある日、いきなりマネジャーになる)、「二重化」(プレイヤーであり、マネジャーでもある)、「多様化」(飲み会コミュニケーションが通用しない?)、「煩雑化」(予防線にまつわる仕事は増える)、「若年化」(経験の浅いマネジャーの増加)の5つである。「マネジャーへの移行期間を正しく乗り越えるためには、そのプロセスの実態がどうなっているのかを知っておいたほうが良い」と言う。

看護師長Eの経験に照らしてみると、「将来的に必要なスキルの学習機会」が、「それ以前の仕事」の中に埋め込まれているという指摘である。看護師長Eは、副師長としての経験が2年であり、「短かった」と認識している。中原は「実務担当者は、ある日突然、マネジャーになるための準備を済ませないまま、いきなりマネジャーになることを求められるようになった」と言う。しかも「マネジャー村」に本籍を持ちながら「プレイヤー村」にも時折、出入りする存在だと言う。マネジャーになるためには、実務担当者からの「生まれ変わり」が必要であり、看護師長Eはこの生まれ変わりを「転職したようだ」と認知している。マネジャーが「プレイヤーとして働く時間」と「マネジャーとして働く時間」、つまり「プレマネバランス」をうまくとりながら仕事を進めることは、そう簡単ではない上に、「プレイングに過剰に時間を充てているマネジャー」は、一般的なマネジャーよりも職場業績が低いことがわかったという。

看護師長Eの「生まれ変わり」感覚(Eの言葉で表わすと「転職したよ

金原一郎記念医学医療振興財団

第76回認定証(第39回基礎医学医療研究助成金)贈呈式開催

金原一郎記念医学医療振興財団(理事長=上武大学長・澁谷正史氏)は、このほど「第39回基礎医学医療研究助成金」の交付対象者を選出(助成金額2130万円、32人)。10月16日、医学書院(東京都文京区)にて第76回認定証贈呈式が開催された。

開催に際し、金原優同財団業務執行理事(医学書院代表取締役会長)が、医学書院の創業者・金原一郎の遺志を継ぎ、基礎医学研究への資金援助と人材育成への助力を目的として1986年に設立された同財団の背景を紹介。選出された交付対象者をたたえ、「助成金を研究活動に有効活用し、日本の基礎医学の進歩にいっそう貢献してほしい」と激励の言葉を述べた。次に、本助成金の選考委員長も務める澁谷氏は、「近年の医学・医療の発展は目覚ましいものがあるが、研究を進めるほど奥が深く、まだまだ未知の領域が広がっていることに気づく。探求心を忘れず、今後ますます研究活動に励んでほしい」と述べ、祝辞とした。

続いて、交付対象者を代表し、高野晴子氏(日医大教授・助成対象「肺胞形成に関わる内皮細胞集団の発生機序解明と医療応用」)が壇上上がった。氏は血管内皮細胞特異的な低分子量Gタンパク質ノックアウトマウスを解析し、内皮細胞が筋線維芽細胞の足場となる基底膜を形成することによって、筋線維芽細胞の収縮を促進し、肺胞形成を制御していることを突き止めた。これにより血管内皮細胞が肺胞の形成において積極的に形態形成に寄与することが明らかになり、今後さらに研究が進むことで、損傷肺に対する再生治療への応用も期待される。あいさつの最後に氏は日本の科学技術力および研究力の低下が懸念されている現状に触れ、「研究は楽しい時ばかりではないが、日本の医学の基盤を支えていけるよう、着実に歩みを進めたい」と締めくくった。



●写真 贈呈式には、32人の交付対象者のうち10人が出席した。

うな」感覚)は移行期の重要な通過点と言えよう。ここで認知するマネジャーの心理に、スタッフとの心理的距離感がある。これを看護師長Eは「孤独」と言う。スタッフとの心理的距離の変化を敏感に察知した新任期のマネジャーは、これから起こるであろう出来事に毅然とした態度で対応することのできる基盤が準備されたと言うべきであろう。

*

このインタビューは、副看護部長Yがある会合で筆者につぶやいたことがきっかけで実現した。2024年9月、猛暑が止んだ日の午後であった。翌日にこの原稿を書き終えた私は、東京駅の書店に平積みになっていた新潮文庫『百年の孤独』(ガブリエル・ガルシア＝マルケス著、鼓直訳、2024年)を買った。「孤独」に親近感を覚えたからである。筒井康隆が解説を書いている。「この解説は多くの読者がそうであるように本文を読む前に解説を読む

といった人を対象とする」とある。ズバリである。新潮社からラテン・アメリカ文学の最初の一冊として出された本書を読んだ時の衝撃は大きく、文学への姿勢を根底から揺るがされたと言っている。彼は、「ほんとうのことを言うと」お気に入りマルケスが本書の八年後に書いた『族長の秋』であり、読者にはこちらも「お読みいただきたいものである。いや、読むべきである。読まねばならぬ。読みなさい。読め」とあり、誠に痛快であった。

◎本紙の人気連載、待望の書籍化!

看護のアジェンダ

井部俊子

●A5 頁372 2016年
定価:2,750円
(本体2,500円+税10%)
[ISBN978-4-260-02816-5]



医学書院

内外の研究に根差した、はじめての小児緩和ケアのテキスト

小児緩和ケア 余谷暢之

子どもたちに緩和ケアを届けるために大切にしたいこと

緩和ケアを必要とする子どもは、病院でも、在宅でも、確実に増えています。生命の危機に直面する疾患を持つ子ども、痛みや呼吸困難などつらい症状を抱える子ども、そしてその家族には、確かな緩和ケアが必要です。症状緩和のための知識と技術、意思決定支援の考えかた、疾患ごとの緩和ケアの進めかたを国内外の研究を踏まえてまとめた、はじめての小児緩和ケアのテキスト。経験則を超えて、小児緩和ケアの専門性を高めるために。



- Chapter I 小児緩和ケアの考えかた
- Chapter II 症状緩和
- Chapter III 意思決定支援
- Chapter IV 疾患・部門ごとの緩和ケアの特徴

目次

書籍の詳細はこちら



A5 2024年 頁256 定価:2,970円(本体2,700円+税10%) [ISBN978-4-260-05624-3]

医学書院

看護管理オンライン講座

世代を超えて看護管理を学ぶ～全5回13動画(7時間20分)～

個人 16,500円(税込) 法人 視聴者数に応じた特別価格をご案内いたします。お気軽にお問い合わせください。



COVID-19により、看護管理の重要性が再認識されました。今回は井部俊子先生を講師に招いて、わかりやすく体系的に看護管理を学ぶオンライン講座を開講しました。看護管理の視点から管理者になるプロセス、コロナ後の看護など、看護管理の本質が濃縮された特別講座です。誰でも一流のマネジメントが学べて、患者ファーストの働きやすい職場を作ることができます。オンライン講座なので、いつでもどこでも、スマホやPCで気軽に学べます。まずは動画を視聴してみてください。

【講義一覧】

- #1 看護管理者の視点と要素
- #2 看護師長と看護部長の役割
- #3 看護管理者の実践と専門看護師
- #4 看護管理者になるということ
- #5 患者体験としての看護管理と看護

特別出演: 笠井信輔 (フリーアナウンサー)

動画視聴・申込みはコチラのQRから!



【制作・運営】
NEW NURSING 株式会社
代表取締役 岡田 悠偉人
(米国疫学専門家、看護師、保健師)
E-Mail: studylab@newnursing.co

講師・井部 俊子 (株式会社井部看護管理研究所 代表 / 聖路加国際大学名誉教授)

Medical Library 書評新刊案内

保存から術後まで 脊椎疾患のリハビリテーション [Web動画付]

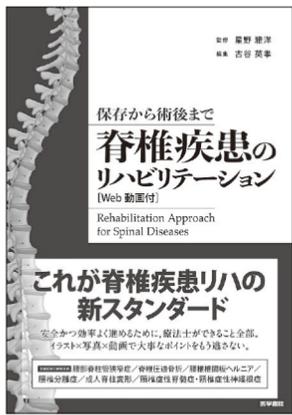
星野 雅洋 ● 監修
古谷 英孝 ● 編

B5・頁388
定価:6,820円(本体6,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05607-6

リハビリテーション専門職・理学療法士、そして研究・教育者として心から尊敬している古谷英孝先生が編集した書籍が星野雅洋先生監修のもと発刊された。白と青を基調としたシンプルで洗練された光沢感のあるジャケットに「脊椎疾患のリハビリテーション」というタイトルが目飛び込んでくる。ジャケットをめくると6名の執筆者リスト。脊椎疾患のリハビリテーション医療、理学療法を専門とする名の知れた臨床家ばかり。特筆すべきは全員が脊椎疾患の臨床・実践研究に携わっている点であり、このリストを見ただけで本書が単に“他から持ってきた情報”を整理したありふれた書籍ではなく、「脊椎疾患のリハビリテーションにおいて結果・成果を出すには具体的にどうするのか?」という読者の問いに答えてくれるものだろうと期待が膨らむ。続いて、星野先生、古谷先生による監修・編集の序があり、本書がこれまでの書籍と一線を画していることが確信できた。次に、新書の充実度をはかるために索引にジャンプし、収録されている用語の数々を見て、内容の網羅性、エビデンス、最新知見を実感した。

「第1章 脊椎の機能解剖」では脊椎はもちろん、関連の深い胸郭や骨盤

脊椎疾患リハの確実な結果と成果を出すための羅針盤



【評者】相澤 純也
順大大学院教授・理学療法学

帯の機能解剖学や運動学に関する知識がきれいなカラー図とともに集約され、続く第2章での理解をより深めるための土台を過不足なく提供している。まずはこの章をじっくり読むだけでも普段の臨床推論の内省につながるであろう。

「第2章 各疾患へのリハビリテーションアプローチ」では、臨床現場で「避けては通れない」「6つの脊椎疾患」を取り上げ、リハビリテーション医療に必要な検査・測定、徒手療法、運動療法に関するスタンダードを系統的に解説している。いずれもトレンドにこびることなく、解剖学、生理学、臨床運動学、病理学、整形外科学がベースとなっているため、5年後、10年後も情報が古くならず長く愛読される構成となっている。特筆すべきは「結果・成果を出すには具体的にどうするのか?」という読者の問いに豊富なカラー図で答えてくれる点であり、Web動画まで視聴できる徹底ぶり。ここには医学書院の方々の本書にける気概を大いに感じ取れた。最後に引用文献リストにも注目してほしい。質の高い原著論文やこれに基づくメタアナリシスなど本文や図表の根拠を明示してくれている点はビギナーだけでなく、エキスパートにとっても信用するに足る内容であるこ

循環器病棟の業務が全然わからないので、うし先生に聞いてみた。

上原 拓樹 ● 著

B5・頁216
定価:4,950円(本体4,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05621-2

【評者】深谷 英平
北里大講師・循環器内科学

本書を手に取り、初めに感じたことは、「自分の研修医開始時点に読みたかった……」の一言に尽きる。なんなら、専攻医や看護師にもとても役に立つ内容ですよ、これは。

医業の入り口に立った諸君、まずはこれを持っていき



第1章は、医学部の座学では全く教わることのない、現場の話から始まる。それぞれの病院・病棟には仕事をする上でのルール[一部はローカルルール(汗)]があるが、そのお作法は、都度現場の先輩方に口頭で教わってきた。時に別のローテーション先の先輩医師だったり、先輩看護師だったり、同僚だったりコミュニケーションを取りながら、その不文律をなんとなく自分の中で習得していった。昔はそのような“俺流かもしれない不文律”が通用したが、昨今は医療安全の観点からも、ある程度型にはまったものが必要になってきている。本書はまさにその点を、具体例と共に記載している。とりあえずこれを読んでおけば大きく外れることはなさそうである。さらには、プレゼン、コンサルテーション、学会発表、論文、SNSの使い方と続く。まさに痒いところに手が届いている感じ。世の中には医学書といえば専門書が多く、より細分化された、マニアックな教科書が増えつつある中、本書のような、いわば“医業の入口部分”にこれだけ手厚く解説を加えている著書を私は見たことがない。

第2章は、膨大な循環器領域の疾患や検査を全体的に網羅しつつも、素朴

な疑問にうし先生が答えるスタイルの解説で、理解しやすい構成だ。各タイトルを見ただけで読みたくなる。しかも、私が普段若手から質問される内容とかなり似ているじゃないか。今後はこの本を読み、と言おうと思う。それくらい、スーッと入ってくる解説である。

さらに第3章では、より深いテーマを取り上げている。ここは専攻医や循環器スタッフでも知りたいような複雑な内容を、これまたシンプルにまとめている。第3章の最初の項目が、「患者さんが帰りたいと言って制止がききません……」という、テーマ。そこきたかっ! と思ったが、結構現場ではある話。なかなかこういう解説は目にしないので、ありがたい。それ以外の項目も、読みたくなるテーマがめじろ押しだった。「苦手な指導医・上司の対処法を教えてください(泣)」なんていう項目がある医学書、初めて見たわ(笑)。

それはさておき、全体の構成として、全てのテーマが見開き2ページでまとまるコンパクトさは、まさに秀逸である。結構ボリュームがある著書だが、さらっと気になるパートだけを開いても、1話完結ストーリーとして実に読みやすい。忙しい研修が始まった後でも、役に立つこと間違いなしだ。

一通り読んでみて、なんとも読みやすい本であった。うし先生の単著でこのクオリティ、彼の教育への情熱を感じる作品である。ぜひ、一読あれ。

とがわかる。本書を一人でも多くの方に手に取っていただくことを切に願う。そして読者の皆様の臨床活動に役立ち、脊椎疾患をもつ患者様のリハビリテーシ

ン、さらにはその安心・安全に寄与されるのであれば幸いに思う。最後に友人である古谷先生が入魂された本書の書評を担える幸せをかみしめながら筆をおきたい。

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.88 No.12 定価 2,750 円

新型コロナからの教訓
モニタリング報告 2024

medicina Vol.61 No.12 定価 2,970 円

消化器症候への
実践的アプローチ

総合診療 Vol.34 No.11 定価 2,860 円

電子カルテとベッドサイドの
壁を打ち破る!
患者情報の「言語化」への挑戦

呼吸器ジャーナル Vol.72 No.4 定価 4,510 円

今こそ知りたい!
過敏性肺炎の“勘どころ”

胃と腸 Vol.59 No.11 定価 3,520 円

進行胃癌の診断と治療方針 2024

脳神経外科 Vol.52 No.6 定価 6,490 円

脳神経外科医が知っておくべき
生活習慣病の最新治療

BRAIN and NERVE Vol.76 No.11 定価 3,080 円

ALS 2024

精神医学 Vol.66 No.11 定価 3,080 円

「難治例」の臨床
治療に難渋する時の診断、治療、
そして予防

臨床外科 Vol.79 No.12 定価 3,080 円

Acute Care Surgery 入門

臨床整形外科 Vol.59 No.11 定価 2,970 円

最新の予防と治療!
整形外科手術部位感染 (SSI)

臨床婦人科産科 Vol.78 No.11 定価 3,080 円

生殖医療の最新潮流とその一歩先

臨床眼科 Vol.78 No.12 定価 3,190 円

ザ・脈絡膜。

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.96 No.12 定価 3,080 円

必携! 救急対応・手技マニュアル

臨床泌尿器科 Vol.78 No.12 定価 3,190 円

泌尿器科医が知っておくべき
感染症ベストコレクション

総合リハビリテーション Vol.52 No.11 定価 2,640 円

脊髄機能の回復と
リハビリテーション治療

理学療法ジャーナル Vol.58 No.11 定価 2,090 円

Multimorbidity and
Multiple Disabilities (MMD)
多疾患重複時代がやってきた!

臨床検査 Vol.68 No.12 定価 2,530 円

感染症と Artificial Intelligence の
可能性/
日常診療に潜む再興感染症

病院 Vol.83 No.11 定価 3,300 円

病院の価値を創る
組織マネジメント

看護管理 Vol.34 No.11 定価 1,760 円

中小規模病院における
管理者育成を考える
自施設の理念・機能に応じた育成計画をどう
描くか

精神看護 Vol.27 No.6 定価 1,650 円

身体を使った対話
“演劇”がケアになる

訪問看護と介護 Vol.29 No.6 定価 1,650 円

ケアの質を高めるための
組織経営

■定価は税込み価格

Medical Library 書評新刊案内

看護を教える人のためのルブリック導入講座

北川 明 ● 編

B5・頁164
定価:2,970円(本体2,700円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05707-3

教える立場にある者には、「学生に何が出来るようになってほしいのか、どうなってほしいのかを具体的にイメージしていくことが必要であろう」(p.v)——看護教員にとっては、臨地実習で求められる知識や看護師国家試験の出題基準といった「学生に教えなければならないこと」への意識が向きやすい。しかし、その先に「学生にどうなってほしいか」まで、私自身が考えられていたかどうかと省みる。

本書は、看護教育における教育評価について、その本質をわかりやすく解説し、ルブリックづくりの手法を

学べる入門書である。私は、今秋から開講する小児看護学演習を準備中で、領域会議でルブリックを用いた評価を提案しようとしていた矢先、運命的に本書に出会い、その内容に興味を惹かれた。すでに演習や実習でのルブリックを作成してきた経験として、評価基準の設定では、表現の難しさや分量の加減に悩んだり、実際の学生を評価する段階で行き詰まったり、残念な状況に陥ったりしたことが幾度とあった。本書は、理論と実践のバランスに富み、具体的なルブリックの作成方法や実例を示しながら、看護教員にとっての教育評価の重要性について、深く掘り下げている。特に臨地実習のように、学生の看護実践を教員が直接みることができないような状況で、どう

学生の成長を支え、自らも成長したい看護教員の必携書



評者 辻野 睦子

大阪成蹊大講師・看護学

すればそれを評価できるのかといった命題にも、本書に記載された作成方法、活用方法、実例を読み進めることで、その答えに導かれていく。また、掲載

されている実例数の多さも魅力である。領域別に分かれた8つに加え、コミュニケーションや看護過程といった汎用型でも4つの実例が紹介され、これらの実例全てにルブリック評価表の具体例が示されている。領域別の項では各演習・実習のリアルな状況が反映されているので、手はじめに担当している領域の実例を模倣することで、まずはルブリックの良さを体験するこ

ともおすすめしたい。さらに、ルブリックを活用した発展的なアドバイスも論じられており、ベテランの看護教員には後進育成にも役立てられる内容となっている。

ルブリックとは、「学生を評価し教育するためのツールであるが、同時に教員が自分自身の成長を促すものなのである」(p.143)とも、著者は述べている。本書での学びを実践することで、学生の成長も、そして教員自身の成長も体感できると、期待の膨らむ良書である。

読者は、私と同じく自らの教育評価の方法に思い迷うなかで本書に出会った方々ではないだろうか。ここからの学びを糧に、早速ルブリックづくりに着手されるのではないかと想像して

内分泌代謝疾患レジデントマニュアル 第5版

吉岡 成人, 和田 典男, 永井 聡 ● 編

B6変型・頁432
定価:3,740円(本体3,400円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05272-6

評者 大塚 文男

岡山大学術研究院教授・総合内科学

内分泌代謝領域は、医学生やレジデントにとって、いつも苦手とされる分野の一つである。一方で、私のようにこの領域が学生時代から好きなレジデ

ントも居り、本書のようなマニュアルを読むと今でもワクワクする。内分泌代謝の診療では、医学生・初期研修医から基本領域専攻医では日常診療に潜む内分泌疾患を見逃さないようにいかにアンテナを高くするかがポイントだが、内分泌代謝専攻医にとっては甲状腺疾患・副腎疾患・下垂体疾患・性腺疾患など数々の病態への診断・治療から、常に遭遇している糖尿病診療の実践・応用まで、多くのハードルがあり、すぐに使えるわかりやすいマニュアルが必携といえる。

われわれの教室では、内科・総合診療専攻医と内分泌代謝専攻医の両者が今まさに研さんしており、初学者から専門医までの視点で、教室員で楽しく読ませていただいた。まず全体を眺めるとレジデントが内分泌代謝診療において比較的遭遇しやすい病態がピックアップされており、それぞれの内容が過不足なく簡潔に載っていることに気付く。さらに多岐にわたる疾患でも、それぞれの情報にアクセスしやすい構成となっている。見逃さないためのチェックリスト、内分泌検査の解釈、そして合併症や治療まで、処方例も交えて詳細に記述されていることから、今すぐ知りたいことにたどりつきやすい即戦力となるような工夫がみられる。

さらに読み応えある「症例」や「Side memo」も、ほぼ全てがこの度アップデートされていることに驚く。「症例」には実臨床で遭遇しやすいケースが記

示することができた。これから学生に提示する段階を迎えるが、実際に評価する時期が待ち遠しくて仕方ない。

載されており、臨床場面を具体的にイメージしながら読み進めることができ、「Side memo」には最新のトピックスもしっかり記載されている。医学生やレジデントが勉強を始めるのにはもちろん、指導する側の知識の整理にも役立つ内容である。この6年間でアップデートされてきた薬剤、診療ガイドライン、ステイグマやアドボカシーといった医学的トピックスについても、本マニュアルで触れていることは特筆すべきである。

ITによる用語検索が普及している昨今、初版から数えること四半世紀の長きにわたり

本書が改訂され第5版の改訂までに至ったことは、内分泌代謝領域を学ぶ専攻医や若手医師にとって愛され信頼されている証しであろう。初学者向けの入門的な要素と、専門医からベテラン向けの診断・治療のアップデートの両者の視点から、本書はなかなかの優れたものである。「レジデント」マニュアルではあるが、鑑別や診断に必要な検査、具体的な処方や経過についても記載され、診療を始めたばかりの研修医からベテラン医師・専門医まで、幅広く使える一冊である。加えて執筆された医師の声も盛り込まれ、マニュアルを超えて読みものとしてもワクワクしながら勉強できる。

本書に記載されていることを吸収していくと、領域を超えた臨床能力の底上げになることは間違いないだろう。レジデントが勉強を始めるのにはもちろん、指導する側の知識の整理にも役立つ本書、ぜひ皆さんの外来・病棟にも置いていただきたい。

領域を超えた臨床能力の底上げに



臨床外科 2024年増刊号 (Vol.79 No.11)

2024年最新版 | 外科局所解剖 全図

ランドマークの出し方と 損傷回避法



付録動画 付き



■増刊号定価: 9,130円 (本体 8,300円+税10%)

胃と腸 10月増大号 (Vol.59 No.10)

炎症性腸疾患 2024

Inflammatory Bowel Disease 2024



■増大号定価: 7,920円 (本体 72,00円+税10%)

臨床眼科 2024年増刊号 (Vol.78 No.11)

6年前の常識は現在の非常識!

AI時代へ向かう今日の眼科医へ



■増刊号定価: 9,460円 (本体 8,600円+税10%)

医学書院

《視能学エキスパート》 ロービジョンケア

公益社団法人 日本視能訓練士協会 ● シリーズ監修
新井 千賀子, 田中 恵津子, 阿曾沼 早苗, 石井 祐子 ● 編

B5・頁440
定価:16,500円(本体15,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04780-7

医療技術者は自らの業務に責任を持ち、たゆまぬ自己研鑽を通じて国民に安心・安全な医療を提供する責務があり、視能訓練士も例外ではない。そこで公益社団法人日本視能訓練士協会は、さまざまな臨床経験の視能訓練士に対応できる教育制度として2006年度から生涯教育制度を導入した。カリキュラムは新人教育プログラム(主に国家資格取得後5年以内の者)、基礎教育プログラム(新人教育プログラム修了者)、専門教育プログラム(基礎教育プログラム修了者)の3段階で構成され、専門教育プログラムは「視能検査」「視能訓練」「視能障害」「光学・眼鏡」の4領域における将来のリーダーを育成することを目的として2017年から開始された。その際、4領域の学修には基礎知識に加え、より専門性の高い知識が必要との意図で発刊された専門書が「視能学エキスパート」シリーズである。

本シリーズは上記4領域から各1冊を発行することとし、『視能検査学』『視能訓練学』『光学・眼鏡』の3冊は2018年に初版が、2023年に第2版が発行されている。そして2024年、待望の『ロービジョンケア』初版が満を持して発行された。

『ロービジョンケア』が本シリーズの他領域と大きく異なるのは、真の意味で多職種連携が必要な領域であることだろう。視能訓練士は医学的な見地から医師の指示の下でロービジョンケアを眼科で行うが、実際は視覚リハビリテーションとして医学的、社会的、職業的、教育的、工学的リハビリテーションと横断的に関連し、それぞれに従事する専門家と情報を共有し、連携する必要がある。「餅は餅屋」ということわざがあるが、正にロービジョン

ロービジョンケアを多角的に 学ぶことができる専門書



ケアには患者を中心とするチーム医療が欠かせない。本書は第1部「総論」、第2部「各論」、第3部「実際」の3部構成になっているが、第1部「総論」にチーム医療としてのロービジョンケアを集約させたことに、編集者の本書に対する並々ならぬ思い入れを感じた。

第2部以降は眼科領域を中心とした内容で構成され、眼科臨床で行われている諸検査をロービジョン患者の視機能評価のための検査手技を工夫・応用する方法、患者の読書能力を評価する意義、ロービジョンエイドの

眼光学知識や選定のポイント、ロービジョン患者の移動(誘導法や歩行訓練)などが具体的に解説され、さらに再生医療など最先端の高度医療からみたロービジョンケアに対する考え方も掲載されており、ロービジョンケアの経験が浅い者から豊富な者まで各自のレベルに応じ必要な知識を得ることができる。続く第3部もロービジョンケアの実例がロービジョンエイド別、疾患別に具体的な症例を通じて説明されている実践編で、対処ポイントや選定方法は読者が臨床で患者に対応する際の心強いガイドになるであろう。

ただ、一読して感じたのは、情報量の多さである。ロービジョンケアに興味を持つ者が本書を読むことで、逆に自分にはハードルが高すぎると尻込みするのではないかと心配になるほど微に入り細を穿つ情報が掲載されている。それが本書の良い意味でのこだわりなのだろうが、一方で、臨床でもっと積極的にロービジョンケアにかかわってほしいと願う編集者の意図とは逆の影響を読者に与える懸念もあるように感じた。

しかし、本書第1部に掲載された言

シュロスバークの臨床感染症学 第2版

岩田 健太郎 ● 監訳

A4変型・頁1328
定価:25,850円(本体23,500円+税10%) MEDSI
https://www.medsico.jp

評者 忽那 賢志
阪大大学院教授・感染制御学

日本語で書かれた感染症の医学書は、すでにたくさんあり、そのおかげで私たちの感染症診療の質はこの20年くらいで大きく向上している。もうすでに感染症の医学書は出尽くしたと思っていたところに、この『シュロスバークの臨床感染症学 第2版』が届いた。

確かに感染症の成書というと、青木真先生の『レジデントのための感染症診療マニュアル』(医学書院)以外に日本語で書かれたものは思い当たらない。いや、私が知らないだけでたくさんあるんだと思いますが。

ページをめくってみると、最初に不明熱から始まり、敗血症、そして慢性疲労症候群と続く。おいおい、なんなんだこの順番は、とんがりまくってるじゃないか、と最初は驚くものの、内容は臨床医にとって非常に実践的な内容であることから、グイグイ引き込まれる。図表も多くて、とても読みやすい。

次は「さまざまな臨床像」ということで、頭頸部、眼、などさまざまな部位の感染症について詳細に述べられる。感染性甲状腺炎なんて珍しい感染症にも項目が割かれており、やはりとんがっている。

続いて「感染しやすい宿主」ということで免疫不全に関する章に入る。ここで目を引いたのはそれぞれの種類の免疫不全を疑った際の、行うべき評価について囲み形式のBoxの中に記載されていることである。これはとても

ありがたいし、やはり非常に実践的である。さらには「注射、非注射の薬物使用者での感染合併症」「アルコール依存患者の感染」など痒いところに手が届く内容になっている。

その後も旅行医学、バイオテロリズムなどに関する記載があり、後半に微生物、そして抗菌薬療法の章、という構成になっている。

帯に書かれている「情報は弱く、原則は強い。教科書は強い」というパワーフレーズは、まさにその通りで、改めてこの令和の時代における教科書の重要性を認識させられる重厚な一冊であるといえ

る。また本書の特徴は、臨床に即しており、すぐにベッドサイドで役立つ知識を学ぶことができる点であろう。

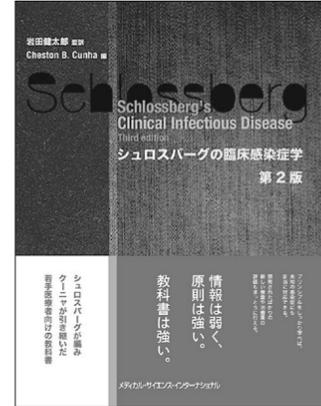
感染症領域における成書といえばMandellがあり、それはどちらかと言うと「Mandellを読むための時間」を確保して正座して読むべきものだ。一方シュロスバークはベッドサイドで疑問に思ったことを医局に戻って調べてすぐにプラクティスに反映させることができる、医療現場のための教科書、という印象を持った。

どちらが優れているというものではなく、それぞれに役割がある。強いていえばMandellは訳本がないので英語で読むのはぶっちゃけちょっと大変である。そういう意味ではシュロスバークの訳本は大変ありがたい。

薬を借りると、ロービジョンケアは「臨床の場では、見え方で困っている人はすべて対象になる」「眼科のなかに治療とは違う視点で自分を支援してくれるLVCという部門があり、そこにケアの専門家がいる」ことが重要になる。本書を手にする読者は、どうか情報量

の多さに臆せず、自分が知りたいロービジョンケアの知識や技術は第2部・第3部から適宜学びつつ、第1部をロービジョンケアにかかわる者の心構えとして通読してほしい。きっと眼科の枠を越えてロービジョンケアを大きな視点でとらえることができるだろう。

教科書の重要性を 認識させられる重厚な一冊



明日の臨床に役立つ! 内科医のための総合サイト ジェネラリストNAVI

よりジェネラルな内科診療を目指したい
臨床医のためのWebサイト“ジェネナビ”、
ぜひ活用ください。
忙しい日常診療のちょっとした
スキマ時間でも読める、
明日から役立つコンテンツを
豊富に掲載!



医学書院

現在連載中の主な「コンテンツ」

▶ 対談シリーズ「医の-artを求めて」

平島 修 (名瀬洲会病院 内科)、ほか
さまざまなプロフェッションとの対談シリーズ!
医師の思考や精神を深める旅に誘います。

▶ 臨床で役立つ生物毒図鑑

上條 吉人 (埼玉医科大学 臨床中毒学講座)
ハチやクラゲ、キノコなど、意外と身近に潜んでいる
生物毒。豊富な写真とともに正しい予防法、応急処置、
適切な治療法を学びましょう!

▶ 抗菌薬ものがたり

—— エピソードで学ぶ感染症診療の歩きかた

伊東 完 (東京医科大学茨城医療センター 総合診療科)
岡本 耕 (東京科学大学病院 感染症内科)
体系的に語られることの少ない感染症診療の
ノウハウを、エピソード形式ですっきり整理。

▶ グラフィカル・ジャーナルクラブ —— ビジュアルで読み解くエビデンス

青島 周一 (徳仁会中野病院 薬剤部)
臨床判断に役立つ論文を「3枚」のスライドに
ビジュアル化! 直観的に目で見てわかる!

▶ Q&Aで学ぶ漢方診療

吉永 亮 (飯塚病院東洋医学センター 漢方診療科)
Q&A形式による解説で、近いようで遠かった漢方が
身近に感じられます。

▶ 臨床現場の仕事術

—— 3分で読める! MBA×総合診療の100エッセンス

天野 雅之 (南奈良総合医療センター 総合診療科)
「総合診療」と「経営学」の理論に基づいた
“超実践的な仕事術”を症例ベースで解説!

▶ FMカンファの時間ですよ

藤沼 康樹 (生協浮間診療所)、ほか
「Metropolitan FM Conference」のケースを振り返り、さま
ざまなセッティングで家庭医療のエッセンスを活かす 4名の
臨床医が語り合う音声コンテンツ。複雑困難な問題を抱える
患者・家族に対する、きらめくヒントが満載です!

▶ ジェネラル REPORT

「臨床内科」領域のさまざまな取り組みを報告する自由投稿欄。
あなたの取り組みも紹介してみませんか?

▶ 【復刻版】内科医の道

さまざまな困難を乗り越えてきた先達たちによる
珠玉のエッセイ集『内科医の道』を復刻掲載!

会員登録 無料

ご登録はコチラから! ▶



ベストセラーの第2弾
10月発行!

医師による医師のための ChatGPT入門 2

臨床現場ががらりと変わる生成AI実践術



A5 2024年 頁196 定価:3,850円(本体3,500円+税10%)
[ISBN 978-4-260-05765-3]



最新・最良の生成AIをフル活用して、日常臨床の質を向上させよう

好評を博した『医師による医師のためのChatGPT入門』の第2弾。前作以降の生成AIの加速度的な進歩を踏まえたうえで、今作ではChatGPTはもとより、Gemini、Claudeを中心に日常業務での最新の活用方法を解説する。また、PoeやNoLangなどの次世代AIの数々も紹介。前作同様、お一つか先生から大学院生・花咲アイさんへのレクチャー形式で展開。生成AIの現在をやさしく楽しく理解できる。

あー、これは便利です

他にも(忘れていた)仕事はありませんか?)と Gemini に聞けば、チェックしてくれますよ

先生でも仕事を忘れることあるんですね

そりゃあります。Google ドキュメントや Google ドライブに保存しておいた書類を探すのだってできるし、その内容を要約することもできます

探しものをするときにいつでもキーワードが頭に思い浮かぶわけではないですね。ふんわりした情報で検索かけてくれるのはありがたいです

! ここがポイント
見つからない Gmail や Google ドキュメントにしまった資料は、漠然とした情報でも Gemini が探してくれる。

NotebookLM を使って 専門医試験対策を行う

さて、ここからは Gemini を無料で使い倒す方法を教えましょう

やった!

Gemini は無料で使えるものが本当に多いと思う。そのひとつに、NotebookLM(ノートブック エルエルエム)がある

なんですか? 初めて聞きました

Gemini に聞いてみよう

プロンプト
NotebookLM とはなんですか?

Gemini
NotebookLM は、Google が開発した AI 搭載ノートブックサービスです。ユーザーがアップロードした PDF、DOCS などのドキュメントを読み込み、その内容に基づいて質問への回答や概要の作成を行います。また、ユーザーと共同作業を行いながら、アイデアの創出や整理をサポートします。ただし、回答の正確性は保証されていないため、自己責任で事実確認を行う必要があります。NotebookLM は、ウェブサイトや Google ドライブのファイルにも対応しており、日本語でも利用可能です。

NoLang を使って医学教育用のショート動画を作成する

せんせー、論文読むのに疲れてきました…

大学院生は論文を読むのも大事な仕事だからね

そうなんですけど、医療情報を楽に収集できる方法を教えてください!

どんどん横着になっていってんだけど大丈夫かな(笑)。仕方ない、今日は論文の内容を1分くらいのショート動画で解説してくれる AI ソフトを紹介しよう

やった

アイさんにお勧めなのが NoLang(ノーラング)だ



NoLang はリアルタイム解説動画生成 AI で、2024年8月現在、お試して動画作成が可能です

え、すごい

さっそく使ってみよう。うちの専攻医が書き上げてくれたアトピーのレビュー論文を解説してもらおうね

- 目次
- 1章 ChatGPT にできること
 - 2章 Gemini とは
 - 3章 Claude の活用法
 - 4章 その他 LLM, 動画系生成 AI などの次世代 AI
- Web 付録
「お一つか先生のプロンプト集」



医師による医師のための ChatGPT 入門

臨床がはかどる魔法のプロンプト

大塚篤司

ChatGPT を使いこなせば、あなたの臨床がもっと楽に。もっと効率よく。

ChatGPT の登場後、難しそうと敬遠する医師がいる一方、日常業務を効率化し生産性を上げている医師もいる。本書は、ChatGPT に苦手意識のある医師や研修医に向けて、ChatGPT を中心とした生成 AI の基本的な使い方から日常業務での活用法に至るまで具体例とともに解説する。お一つか先生から研修医・花咲アイさんへのレクチャー形式で展開。コピペでそのまま使える、著者秘伝のプロンプトを集めた Web 付録付。

A5 2024年 頁208 定価:3,850円(本体3,500円+税10%) [ISBN 978-4-260-05695-3]

好評の第1弾はこちら



〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [ウェブサイト]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