

2024年10月8日

第3566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
ICOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今月号の主な内容

- [対談]ジェネラルに読影することと、診療すること(山下康行,吉川聡司)…… 1—2面
- [座談会]「看護をデータで示す」ために
難しいデータ分析入門(林田賢史,森脇
睦子,近藤才子)…… 4—5面
- [対談]神経病理の未来はどこへ向かうの
か?(神田隆,西村広健)…… 6—7面

対談

ジェネラルに読影することと、診療すること



山下 康行氏
くまもと県北病院 理事長

吉川 聡司氏
洛和会丸太町病院救急・総合診療科
副部長

全身を読影する力は放射線科医のみならず、全身を診るジェネラリストにとっても求められるスキルです。本紙では「画像診断のジェネラリスト」の重要性を訴える放射線科医の山下氏と、放射線科専門医としてのスキルを生かして総合診療医として活躍する吉川氏の対談を企画。診療に生きる画像診断のノウハウを身に付けるため、研修医がローテーションで放射線科を選択した際に学びを最大化する方法と、期待される放射線科医とジェネラリストの連携の在り方を話し合いました。

山下 私は日頃から放射線科医は「画像診断のジェネラリスト」であることも大切だと考えています。本日は放射線科専門医の資格を持ちつつ、総合診療科で診療に従事する吉川先生と、全身を診ることをテーマに対談できるのを楽しみにしています。

吉川 お声がけいただきありがとうございます。総合診療医として勤務する以前の放射線科医時代から山下先生の著書で勉強していたのでお会いできて光栄です。

「ジェネラルに読影する」ということ

吉川 山下先生のような放射線科の教授を務められた方がジェネラルに読影

することを重視していることに驚いています。

山下 放射線科医にスペシャリティがあるのはとても良いことだと思いますが、専門医を取得するまでは全身を分け隔てなく読影して基礎を固めるべきだと考えています。総合診療科と同じかもしれませんが、放射線科医が日常的に読影するのは全身的な病気をもつ患者が多いですからね。

吉川 おっしゃる通りです。大学病院で難しい疾患に対応するには、特定の臓器にフォーカスして読影する力が必要になりますが、市中病院であればジェネラルに読影できる能力が求められます。とりわけ市中病院でよく診る高齢者の症状は単一の臓器が原因であることはまずなく、複合的な要因による

ものが多いのが実際です。

山下 全身を診るといって放射線科医とジェネラリストには共通点があると思います。総合診療科の中で、放射線科出身の強みはどのように発揮されているのでしょうか。

吉川 患者から病歴を聞いたり、身体診察をしたりといった診断推論を行う過程に、画像診断を取り入れて、治療を行っています。ジェネラリストは画像診断の重要性を理解しているものの、読影に苦手意識を持つ方が多いのが現状だと思います。放射線科医としての読影スキルを生かした診療スタイルは私の強みだととらえています。

山下 私は放射線科医として、自らの読影が患者の治療に結びついた結果を見たいという気持ちがあります。吉川先生の「画像診断と患者を結ぶ」スタイルはとても羨ましく思います。

ジェネラリストは画像診断を意識的に学ぼう

山下 いま、吉川先生より読影に苦手意識を持っているジェネラリストが多いとの話がありました。臓器に特化した診療科の医師は、専門とする臓器の画像を日ごろから多く目にするため、

臨床経験を積む中である程度の読影力が身に付くでしょう。しかし、ジェネラリストは特定の臓器を専門としないため、意識的に画像に触れる機会を作らなければ、毎日の診療だけで読影力を身に付けるのはなかなか難しいかもしれません。

吉川 まさにそうです。ジェネラリストは「今日は肺を診たけど、明日は脳かもしれない」といったように、全身を広く診る能力に長けている反面、悪い言い方をすれば深く掘り下げて学ぶ機会はなかなか得られません。特定の臓器に偏らないからこそ、意識的に数多くの知識と経験を積み重ねなければならぬのかもしれない。

山下 ジェネラリストならではの大変さですね。画像診断の基本的スキルを身に付け、理解するには、本を読んで勉強するだけでは十分ではありません。自分で読影した後に、専門医や上級医からフィードバックを受けることで次第に身に付いていくと考えています。私は以前から研修医も放射線科で一定期間、集中的に読影を学ぶのが良いと考えていました。

吉川 当院の救急・総合診療科では、

(2面につづく)

Web限定コンテンツ「医学界新聞プラス」が2024年9月にパワーアップをしました!

コンテンツは今後さらに拡充予定です。

- 面倒なタスクは任せてしまえ! Gen AI時代のタイパ・コスパ論文執筆術
執筆: 中島 誉也氏(長崎大学病院麻酔科 修練医1年目)
- SNSで差をつける! 医療機関のための「新」広報戦略
執筆: 町田 詩織氏(湘南藤沢徳洲会病院マーケティング課 主任)
- アニメーションで学ぶ心エコー
執筆: 松永 圭司氏(香川大学医学部附属病院抗加齢血管内科 助教)

今月の新刊書籍 医学書院

- 医学** 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
大塚篤司
A5 頁200 定価: 3,850円 [本体3,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05765-3]
- 医学** 肝胆膵画像診断の鉄則
山下康行
B5 頁340 定価: 7,480円 [本体6,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05662-5]
- 医学** Dr. 平澤俊明の白熱講義実況中継 胃SEL/SMTの診断と治療
著 平澤俊明
病理監修 高松 学
B5 頁328 定価: 7,920円 [本体7,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05732-5]
- 医学** 尿路結石症の外科的治療
岡田真介/濱本周造/井上貴昭
A4 頁168 定価: 14,300円 [本体13,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05440-9]

- 医学** 心臓疾患のCTとMRI (第2版)
編集 佐久間肇/陣崎雅弘
編集協力 北川寛也/石田正樹
B5 頁496 定価: 15,400円 [本体14,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04985-6]
- 医学** 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
A4 頁272 定価: 8,250円 [本体7,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04813-2]
- 医学** 消化器外科のリハビリテーション 医学・医療テキスト
監修 一般社団法人リハビリテーション医学教育推進機構/公益社団法人日本リハビリテーション医学会
総編集 久保俊一/山上裕機
B5 頁304 定価: 4,950円 [本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05345-7]
- リハ** 作業療法をはじめよう (第2版) COPM・AMPS・ESIスターティングガイド
編集 吉川ひろみ
B5 頁176 定価: 4,400円 [本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05664-9]

- リハ** 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]
編集 田平隆行/田中寛之
B5 頁280 定価: 4,400円 [本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05669-4]
- リハ** 脳の機能解剖とリハビリテーション
金子唯史
B5 頁408 定価: 4,950円 [本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05715-8]
- リハ** 「21人の作業療法士」とひらく、 私らしいキャリア
編集 元廣 惇/爲國友梨香
B5 頁304 定価: 3,520円 [本体3,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05752-3]
- 医学** (標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野) 内科学 (第5版)
編集 前田真治
B5 頁416 定価: 6,600円 [本体6,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05608-3]
- 医学** 看護 新生児学入門 (第6版)
原著 仁志田博司
編集 高橋尚人/豊島勝昭
B5 頁472 定価: 6,380円 [本体5,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05477-5]

- 看護** (看護管理まなびラボBOOKS) 6ステップで実現する 看護マネジメント・質改善につながる データ分析入門
森脇睦子/林田賢史/梯 正之
A5 頁200 定価: 2,750円 [本体2,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05458-4]
- 看護** 根拠と事故防止からみた 老年看護技術 (第4版)
編集 亀井智子
A5 頁648 定価: 4,510円 [本体4,100+税10%]
[ISBN978-4-260-05692-2]
- 医学** (シリーズ ケアをひらく) 看護 イルカと否定神学 対話ごときでなぜ回復が起こるのか
高藤 環
A5 頁288 定価: 2,200円 [本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05735-6]
- 医学** (シリーズ ケアをひらく) 看護 掘り起こさなければならない 庭に埋めたものは
齋藤美衣
A5 頁216 定価: 2,200円 [本体2,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05766-0]

対談 ジェネラルに読影すること、診療すること

●やました・やすゆき氏

1981年鹿児島大医学部卒業後、熊本大医学部放射線科入局。89年同大病院放射線科、米テキサス大MDアンダーソンがんセンター、90年熊本大病院放射線科講師を経て、2001年同大医学部放射線医学講座教授に就任する。03年同大大学院生命科学部放射線診断学分野教授、19年より現職。医学生や若手医師への教育に関心が高く、教育を重視したカンファレンスなども開いてきた。著書に『肝胆膵画像診断の鉄則』『レジデントのための画像診断の鉄則』『医学生・研修医のための画像診断リファレンス』(いずれも医学書院)ほか多数。



●よしかわ・さとし氏

2007年阪大医学部卒。国立病院機構大阪医療センター放射線科兼総合診療科医員等を経て、21年より現職。16~18年に南米、アフリカを中心に世界を回る。チリではビール工場で作業員として勤務、ウガンダではマラリアの診療に従事した。複数の臓器がつながり合って機能する人体の仕組みに関心を持ち、全身の臓器を診ることのできる放射線科に進んだ後、総合診療科のカンファレンスに誘われたことをきっかけに総合診療の道へ進んだ。著書に『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』(医学書院)。



吉川 自分事として読影に取り組むことが大切なのではないでしょうか。「放射線科に進むわけではないから」「主治医ではないから」と他人事として取り組むのでは得られるものが全く違います。研修医には「自分の患者で、自分が何とかしなくてはならない」という意識で画像診断に取り組んでもらいたいですね。自分が書いた所見は上級医・指導医の先生が直してくれるからというスタンスで取り組んでしまうと、伸びるものも伸びないと思います。

学ぶ期間が短いからこそ自分事として取り組んだ人と、そうでない人の差はかなり開きます。初期研修を終えて専攻医になったら、救急当直の際に画像診断をオーダーすることが求められる機会が来るかもしれませんからね。そうしたところまで想像して意識的に取り組んでもらいたいです。

山下 全く同感です。研修医の皆さんは1つの症例を読影するだけでも時間がかかるでしょうし、量も限られるでしょうから、一つひとつを自分事として真剣に取り組むことが大事でしょう。ほかに画像診断を学ぶ時に実践していた工夫はありましたか。

吉川 今の働き方改革の時代には許されないかもしれませんが、放射線科時代は毎日の業務後に、その日に撮影された200例ほどのCTとMRIを見ていました。

山下 すごいですね。

吉川 もちろん上級医・指導医がすでに読影して診断がついている症例を「ざーっ」と見ていく感じになります。気になる症例は、まず時間をかけて自分なりに読影してみます。それから、答えを見て学ぶというプロセスを繰り返しました。2、3か月のローテート期間で多少でも画像診断を身に付けたいのであれば、これぐらいのことをやると大きく成長できるはずですよ。

山下 短い期間でも吉川先生ぐらいがっちりやれば自信もつくでしょうね。方法論として追加で押さえてほしいのは、全身の臓器をくまなくチェックする意識を持つことです。腹部に絞っても一枚のCT画像にはたくさんの臓器が写っています。肝臓はどうか、膵臓はどうか、腎臓はどうかと、一つひとつ丁寧に見てほしいです。

吉川 そうですね。例えば、右下腹部痛を訴える患者で虫垂炎だと思っても、虫垂以外の臓器は正常なはずだからと見ないのではなく、きちんと見る習慣をつけてほしいです。そのような習慣を身に付ければ、画像を見て異常所見があった時に違和感を抱けるようになると思います。見えているものは全て読影するというのは放射線科医の基本だと考えています。

山下 ジェネラルに読影するというのは、すなわち画像に写っている各臓器を必ずチェックすることだと言えるでしょう。

画像診断のオーダーはスクリーニングでなくコンサルテーション

山下 吉川先生は放射線科と総合診療科を経験されているからわかると思うのですが、放射線科と総合診療科をはじめとした内科医との連携には改善の余地が多いにあると思います。例えば、病歴が1、2行だけさらっと書かれたものや、検査の意図がわかりづらいオーダーもあり、どうレポートすれば良いのか困ることがあります。

吉川 この点について、こうした機会に申し上げたかったことがあります。それはお互いの歩み寄りの重要性です。まず問題なのはCTのオーダーが多過ぎることです。当院では私が救急・総合診療科副部長の立場にいますので、「胸を撮るから、ついでにお腹」といったオーダーは、理由がなければ許していません。やみくもにCTをオーダーすると、患者の被曝量が増えてしまいますし、読影する放射線科医の負担にもなります。基本的には病歴や身体診察等から疑いのある病気を絞り込んだ上で診断を確定させる、あるいは否定するためだと考えています。

山下 実際のところは、多くの病院で全身を対象としたCTのオーダーが行われている現状があると思います。全身の撮影は被曝も増え、読影も大変で、見逃しのリスクも高くなるでしょう。全身を検査したからこそ、予想外の疾患が見つかることもあるので、全身のオーダーが一概に悪いとは言えませんが、やみくもなCTオーダーは控えてもらいたいですね。

吉川 加えて拙著『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』(医学書院)でも記しましたが、オーダーはコンサルテーションとして行うべきであって、スクリーニングとは違うのだとジェネラリストには伝えたいです。

山下 「悪性腫瘍スクリーニング」や「腹痛精査」のような漠然としたオーダーを見聞きします。

吉川 そうしたオーダーは控えるべきでしょう。例えば心臓に何かあると思っ、循環器医にコンサルトする時は詳細に病状を書いているはずなのに、CTのオーダーだけは適当に済まされていることがあります。

山下 日ごろから総合診療科と放射線科のコミュニケーションがあると変わってくるのだらうと私は思います。

吉川 「放射線科の〇〇先生に読んでもらう」と顔が浮かぶだけでも、「とりあえずスクリーニングよろしく」といったオーダーの仕方は無くなっていくと思います。

一方で放射線科の先生にお願いしたいのは、オーダーを断らないでほしいということです。電話で緊急オーダーを依頼したときに、「本当に緊急ですか」と言われて断る病院があると聞きました。日ごろから「とりあえず」と

いったオーダーが多く、放射線科医が本当に緊急なのかと思う気持ちになるのも理解できるのですが、直接患者を診ていない放射線科医が安易に断るのは適切ではありませんし、簡単には判断を下せないと思っています。「あれは撮らなくても良かったのでは」のように普段から話し合っていると、きっと無駄なオーダーも減っていくと思います。日頃から無駄なオーダーを減らすことを話し合い、緊急時は基本的に断らない体制が理想的です。

ちょっとした意見交換が信頼関係構築の鍵となる

吉川 コミュニケーションの場として、カンファレンスがありますが、それだけでなくCT室でちょっとした意見交換をする機会が増えるのが理想的だと個人的には思います。特に救急の現場で、放射線科医がCT室から出て、主治医に意見を伝えるような距離感になれば、診療の質も向上するでしょう。

山下 言葉を交わすことでちょっとしたニュアンスを伝え合うことができると思います。文章ではなかなか書きづらいようなニュアンスも対話であれば伝えやすい場合もあるのではないのでしょうか。そういう環境を整えていくというのが非常に大事ですね。

吉川 読影レポートという正式な文書として書くまでもないけれど、口頭でなら伝えられるかなといったケースはあります。放射線科医にとってはごく単純な読影であっても、直接話してみるとジェネラリストには「こんなところを見ていいのか」という気付きを得られる場合もあるはずですよ。

放射線科医にとっても、画像診断から挙げた鑑別診断に対して、ジェネラリストから「触診した感覚では別の疾患だと思うんですよ」といった話が聞ければ、診断により早くたどり着けて、患者のためになるのではないかと考えています。

山下 放射線科医にとっても、診断や治療のプロセスを念頭に置いた読影が求められるということですね。

吉川 はい。診断後に治療について悩むケースも多いので、こういったことに悩むのかを理解している放射線科医がいるととても助かります。「なぜこのオーダーをしたのか」をテーマに、「患者がこう言っていたからオーダーした」「〇〇であれば、こう治療する」「こういうところを気にしてくれたら、より良い読影レポートになる」といった意見交換が多く生まれると良いですね。若い放射線科医にとっては、難しいことを考える前に、画像診断をオーダーする診療科の先生といつでも話ができる関係を築くことは大事なことです。(了)

(1面よりつづく)

5人ほどの後輩が大学病院の放射線科へ研修に行きました。そのうち何人かはジェネラリストとして戻り、経験を生かしています。放射線科にしてみれば腰掛けで医局に来てもらっては困ると思われるかもしれませんが、最終的に患者のためになるのであれば、数年間でも放射線科に籍を置かせてもらえると良いかもしれません。どのくらい在籍すれば良いのかという期間を一概には言えませんが、数か月だけでは画像診断を理解するのは難しいと思っています。

山下 とは言え、吉川先生のように放射線科を経て、総合診療科に進むキャリアの方はそういませんし、なかなかまねることができません。読影力を身につけるといえる点では、2、3か月の研修期間で十分とは言えませんが、初期研修で放射線科を経験するのとしなしいのでは随分と違うはずですよ。

吉川 そうですね。私は医師としての基礎を築く上で放射線科へのローテートは必須にしてほしいと考えています。最近は研修医の先生も画像診断の知識の重要性を理解して、初期研修で放射線科を選択する方が増えているように思います。

自分事として読影に取り組むことで学びを最大化しよう

山下 初期研修で放射線科を選択した際、短い期間で学びを最大化するためのヒントはありますか。

肝胆膵の画像診断においてこれだけは押さえておきたい「鉄則」を1冊に!

肝胆膵画像診断の鉄則

肝胆膵の画像診断のポイントを「鉄則」形式でスリットと示した1冊。部位・画像所見別の37のシナリオに沿って、主要疾患の症例を提示。各疾患の画像所見の解説に留まらず、所見をみた際にどのようにして鑑別診断を進めるかといった診断のプロセスについても言及する。またモダリティの選択など、画像診断を進めるうえでの留意点についても適宜取り上げる。読影の腕試しができるWeb付録を収録。

山下康行



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



STが生き生きと働ける 未来を紡ぐ

interview 内山 量史氏 (日本言語聴覚士協会 会長) に聞く

言語聴覚士 (ST) は1997年に国家資格化し、職能団体として2000年に発足した日本言語聴覚士協会は、2024年で会員数が2万人を超えた。有資格者数は毎年安定して伸びてきた一方で、地域医療の推進に伴う言語聴覚療法の対象領域の拡大や養成課程の指定規則改正など、STを取り巻く環境の変化は目まぐるしい。そのような状況の中、これからのSTに期待される役割とは何か。STのために必要な支援とは何か。30年以上にわたり臨床現場に立ち続けた後、2024年5月に日本言語聴覚士協会の会長に就任した内山量史氏に話を聞いた。

変わる働き方、広がる活躍の場

——日本言語聴覚士協会会長のご就任おめでとうございます。30年以上にわたり現場の最前線で臨床に当たっていたご経験から見て、STの働く環境の変化をどう感じていますか。

内山 大きく変わったのは個々の対象者とかかわる時間の長さです。私が働き始めた1990年頃は1~2年という期間で対象者を受け持ち、社会復帰できるレベルに回復するまでじっくりとかかわることができました。しかし現在では、回復期リハビリテーション病院での在院日数は2か月程度です。この変化は、短い在院日数でなるべくADLを改善し、早い段階で地域へ移行させるという医療全体で求められている流れを受けています。この方針自体には賛同しているものの、やはり一人ひとりの対象者とのつながりが希薄になってしまい、寂しさも感じます。——業務内容も変わってきているのでしょうか。

内山 受け持ち期間の短縮に伴い一人のSTが担当する件数が格段に増加したことで、リハビリテーション実施計画書や記録の作成に業務時間の多くが割かれるようになりました。また近年は急性期や回復期、生活期など、ST業務が時期別に分業されていることも珍しくありません。分業は効率性を高める一方で、経験値に偏りを生む可能性を孕んでいます。例えば急性期を担当する場合は短期間で多くの症例を経験できる反面、対象者の社会復帰を見届ける機会はなかなかありません。さらには働く場の変化も起こっており、介護老人保健施設(老健)や特別養護老人ホーム(特養)、在宅など、病院以外の場でSTが必要とされるケースが増えています。

——つまり、医療機関で働くSTの割合は減少しているのでしょうか。

内山 はい。STが働く主なフィールドには医療・介護・福祉があり、医療分野のみで働く人の割合は10年前では8割ほどでした。しかし今では6割ほどになっています(表)。背景には、医療と福祉、医療と介護など、複数分野の施設を掛け持ちして働く人が増えたことがあります。母数がまだまだ少ないSTは多種多様な働き方が求めら

●表 勤務施設種類別の割合 (日本言語聴覚士協会の調査をもとに作成) ST資格保有者1万8290人に調査。

医療	60.53%
医療と介護	17.43%
介護	6.51%
福祉	4.92%
医療と福祉	2.26%
養成校	2.13%
医療と介護と福祉	1.33%
その他	4.89%

れており、医療以外の分野に軸足を置く働き方は、これからますます主流になっていくと考えます。

求められる生涯学習システムの 拡充と新指定規則への対応支援

——STを取り巻く環境が大きく変化している中で、これから日本言語聴覚士協会としてはどのような活動に注力していくのか教えてください。

内山 働く場の拡大を受けて、教育や保健の場でもSTが必要とされる機会が増えており、対象者は子どもから高齢者まで全世代にわたります。多様化するニーズに対応できるよう、必要とする人に、質の高い言語聴覚療法を適切に届ける体制づくりをより一層整備していくことが、当協会がまず取り組むべき活動だととらえています。

中でも生涯学習システムの拡充は重要な施策です。今後は協会が作成した人材育成ラダーに沿って研修会などの内容がアップデートされていきます。実務者向けの研修会では実践力を高め業務に役立つ内容に重点を置き、グループワークなどで他施設のSTとの意見交換を行えるように工夫を施しました。医療・介護分野に重点が置かれていた講習会についても、需要の高まっている小児領域や福祉分野にフォーカスを当てていく必要性も出てくるでしょう。障害福祉に従事するSTを集めて研修会を行ったり、高齢者の難聴に関する講習会を行ったりと、実務者を対象としたさまざまな学習機会を提供していきたいと考えています。

——活躍の場が広がっているからこそ必要な取り組みですね。

内山 介護や福祉といった広い切り口だけではなく、療育や発達支援など、

対応するSTが少ない領域の講習会も充実させたいところです。そのほか、経験年数に応じてより応用的な内容を学べる研修会や、研究助成など学術方面での支援も検討しています。

——実務者向けには個別の需要に合わせた学習機会を整える一方で、卒前教育への支援についてはどのような取り組みをお考えでしょうか。

内山 2024年の3月に26年ぶりに改正された言語聴覚士学校養成所指定規則(以下、新指定規則)への対応支援が喫緊の課題です。現在、ST学校養成所の教員が最も心配していることの一つに、新指定規則に合わせて見直しが行われた臨床実習への対応があると思います。今後、臨床実習指導者となるには一定の実務経験を含むいくつかの条件とともに、厚労省が定めた臨床実習指導者講習会(以下、講習会)を修了することが要件となります。協会の試算では2028年までに必要な臨床実習指導者は約4500人ほどです。この指導者の確保のために今年度は学校養成所の教員と都道府県言語聴覚士会の代表を対象とした協会主催の講習会を開催します。次年度以降は全国各地で講習会が実施されるように各学校養成所と連携しながら指導者人材の養成に努めていきたいところです。

働く環境を整え、 STを持続可能な職業に

内山 質の高いサービスを提供するには、働きやすい環境の整備も欠かせません。生涯学習システムの拡充もそうした環境づくりの一環ですが、協会ではSTの処遇改善も重要視しています。主には賃金体系の改善です。今回の診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬のトリプル改定でようやく処遇改善が実施されましたが、STに限らずリハビリテーション職はこれまで20年間、給料が大きく上がらない職種となっていました。個人的にとってもつらいと感じるのは、STを辞めて別の職業に転職する人に事情を聞いてみると、経済的な理由が非常に多いことです。せっかく志を持って資格を取得したのに低賃金のためにSTを続けられないというのは、あまりにももったいないです。これからは理学療法士(PT)や作業療法士(OT)など関連する協会と協力しつつ、さらなる処遇改善に向けて国との交渉を続けていきます。

——待遇面については他のリハビリテーション職と共通の課題と言えるようですが、PTやOTと比較して、ST



●うちやま・かずし氏

1990年福井医療技術専門学校(当時)を卒業後、春日居温泉病院(当時)に入職。2018年から春日居総合リハビリテーション病院言語療法部長を務める。日本言語聴覚士協会副会長、山梨県言語聴覚士会会長を歴任し、2024年より現職。医学書院から2025年に発行予定の言語聴覚士養成課程向けテキスト『言語聴覚療法管理学』に編集として携わる。

に特有の課題があれば教えてください。

内山 STはPTやOTとともにリハビリテーション職と総称されることが多いですが、これら2職種と比較した際の認知度はまだまだ低いのが現実です。国家資格化をはじめ法整備が30年以上も遅れていますから仕方のない面もあります。けれども、認知度の低さはそのまま将来の担い手不足に直結するので、軽視できない問題です。前述のようにSTの需要や活躍の場は拡大しているにもかかわらず人手は慢性的に不足していますから、このままでは負担が増すばかりです。

——どのような対策を考えていますか。

内山 マスメディアに向けた広報活動のほか、子どもたちがSTという職について知ることができる機会を増やしたいと考えています。例えば、STが出前授業として小・中学校で仕事紹介をしたり、各学校養成所が行うオープンキャンパスの周知を協会が後押ししたりと、臨床と教育の現場との連携を強化していきたいです。認知度の向上と人材の確保は一朝一夕には成果が出ませんが、現場のSTが生き生きと働ける環境づくりに資することを信じて取り組みを続けていく所存です。

*

——最後に、STと働く医療職の皆さんにメッセージをお願いします。

内山 STは他の医療職よりも資格ができてからの年数が浅いため、現場にいるSTは比較的、若い世代が多いと思います。ベテランのSTが彼・彼女らを教育することは当然ですが、現場で共に働く他の医療職の皆さんも、若いSTと一緒に育てていってほしいとの思いがあります。チーム医療を構成する仲間として、お互いの専門性をうまく連携させながら、患者さんの幸せのためにこれからも頑張っていきたいと思います。(了)

標準言語聴覚障害学シリーズ

(シリーズ監修) 藤田郁代 国際医療福祉大学大学院教授・医療福祉学研究所言語聴覚分野

言語聴覚障害学概論 第2版 / 言語聴覚療法 評価・診断学 / 失語症学 第3版

高次脳機能障害学 第3版 / 発声発語障害学 第3版 / 摂食嚥下障害学 第2版

言語発達障害学 第3版 / 聴覚障害学 第3版 / 地域言語聴覚療法学



2025年発行予定!

言語聴覚士のために作られた「管理学」の初めての教科書『言語聴覚療法管理学』

詳しくは
こちらから

医学書院

for Nurses

座談会 「看護をデータで示す」ために 難しくないデータ分析入門

林田 賢史氏=司会

産業医科大学病院
医療情報部 部長

近藤 才子氏

国立病院機構東京医療センター
看護部長

森脇 睦子氏

東京科学大学病院クオリティ・マネジ
メント・センター 特任准教授

林田 本日は、データに基づくマネジメント、看護の質改善について、臨床現場からのご意見も伺いながら議論ができればと思います。まずは自己紹介をお願いします。

近藤 私は国立病院機構東京医療センターで看護部長を務めています。当院は病床640床を有する高度急性期病院で、地域医療を支えています。国立病院機構の管理職人事は看護師長以上で施設間異動があり、現在の所属は看護部長になってから3施設目です。院内データに基づくマネジメント、質改善の重要性は日々感じていますので、本日はデータ分析について臨床で実際に困っていることにも触れながら、学べればと思っています。

森脇 私は東京科学大学病院（旧東京医科歯科大学病院）のクオリティ・マネジメント・センターにて、病院運営における可視化や、質改善活動に関してデータの観点からの支援に従事しています。研究活動としては、DPC（Diagnosis Procedure Combination）データを用いた医療政策的な研究、看護管理に関する研究を行ってきました。以前は国立病院機構の本部職員として働いていた関係で現在も研究員として籍を置かせていただいています。そのご縁から、東京医療センターにおける看護研究の指導を行っていました。

林田 司会を務めます産業医科大学病院の林田です。私は看護や医療に関する経済学・情報学をベースに、政策・マネジメントに関する教育・研究、現場での実践に従事しています。最近では、重症度、医療・看護必要度などのデータ分析を通して、医療の質における看護の重要性と役割を明確にするための研究を行っています。本日はよろしくお願いたします。

さて、私も著者の一人ですが、看護師に向けたデータ分析の入門書『6ステップで実現する看護マネジメント・質改善につながるデータ分析入門』がこのほど上梓されました。企画の背景にはどのような問題意識・意図がある

のか、森脇先生からお話しただけですか。

森脇 最近ではさまざまな看護管理者研修等の形でデータ分析に基づく質評価に関連した研修に呼んでいただく機会が増えていきます。そこに業界のニーズを感じています。特に医療機関の電子化が進み、日々の診療等に関する医療実データが院内に蓄積され、それらを活用したマネジメントや質評価が求められることを実感しています。研修会では、「上司からデータで示せと言われるが、どうすればいいのかわからない」といった声がよく聞かれます。

近藤 私も看護部長として、師長以下の部下に対して「データで示せ」とたびたび口にしています。しかし、実際に根拠となるデータを示しながら要求に応える職員はまれです。

森脇 加えて、数字やデータ分析が苦手、できれば避けて通りたいとの声もよく聞きます。しかし、業務改善や質評価に関するデータ分析に関しては、小中学生の時に習った算数・数学の知識で正しく、丁寧に数字を読み解くことで多くのことが見えてくるのです。苦手を感じている方にも、寝ていたスキルを起こしていただき、苦手意識を払拭してもらいたいとの思いで今回の書籍を企画しました。

林田 読者対象にはどういった方たちを想定していますか。

森脇 データ分析に基づく質評価を行うのは、ある程度職位が上がってからだと思われがちです。しかし、日々の臨床での疑問点を分析可能な形に落とし込んでいく思考、データをハンドルのスキルは、若いうちに身に付けておくとう有効です。現時点で看護管理者の方、もしくは間もなく管理者になる方に加えて、臨床における事柄を数字で表現してみたいと考えている方でしたら経験年数を問わずにお手に取っていただきたいと考えています。

近藤 書籍を拝読しましたが、解説が明快で、登場するデータが現場の看護師になじみのあるものでし、練習問

医療機関のIT化が急速に進み、病院内には多種多様なデータが蓄積されています。看護管理者には、そうしたデータに基づいたマネジメント、看護の質改善を行う能力が求められます。また、データを適切に用いることで課題を解決する能力は、管理者でない看護師にとっても、日々の臨床や看護研究などにおいて役立つスキルであるはずで、一方で、数字やデータに対して苦手意識を持つ方も決して少なくないと思います。この度上梓された『6ステップで実現する看護マネジメント・質改善につながるデータ分析入門』¹⁾（医学書院）は正しい数字の読み取り方や、データの基礎的な分析方法を身に付けるための格好の入門書です。本紙では、書籍著者の林田氏と森脇氏、高度急性期病院の看護部長として大量のデータと日々格闘する近藤氏による座談会を企画しました。座談会を通じてデータ分析における重要なポイントをつかんでみてください。

題の難易度がちょうどいいこともあって、非常に楽しく読み進められました。経験年数に関係なく周囲のスタッフにも薦めようと思っています。

分析の目的を絞り込む

林田 初めに、近藤様に臨床での困り事を伺いたいと思います。データに基づくマネジメントや質評価に関して、マネジャー目線で意思決定上の課題だと考えているのはどのような事柄でしょうか。

近藤 人員配置を行うに当たって「忙しさ」をデータで明確に示すことができれば公平性の確保につながられるのではと考えていますが、どうデータにすればいいのかわからず困っています。忙しさはどの部署に優先的に人を配置するのかの基準となりますが、忙しさをどのように測ればよいかの難しいです。看護師たちから上がってくる負担感についての意見・要望、患者さんから寄せられる「看護師さんが忙しそうで声をかけづらい」といった声に耳を傾けるも、具体的にどの部署がどの程度忙しいのかわかりません。重症度、医療・看護必要度や病床利用率、新入院患者数、手術件数、超過勤務時間などのデータを比較しつつ、師長たちに確認した病棟の運営状況についての意見も踏まえて最終的には配置を決定しています。ですが、本当に公平な判断が下せているのか、自信が持てていません。

森脇 「忙しさ」の内実を明らかにしたいとの声は、看護管理者研修でも困り事として挙げられることがよくあります。しかし、「忙しさを分析したい」では、データ分析に着手するに当たって、問題のとらえ方が大きすぎます。自分が明らかにしたい「忙しさ」は何なのかを絞り込む必要があります。データ分析に取り組むには、目的や問いを抽象的なイメージから具体的な表現に変換する必要があります。改善すべきだと思っている課題や問題をデータ分析可能な形になるまで整理す

るには、問いについて徹底的に考えなければなりません。いま現在、管理者の方たちが抱えている忙しいという感覚を、もう一段階か二段階掘り下げないといけないのだと思います。

林田 漠然と抱えている印象を、他の人にも伝わる形で言語化したり、具体的な事象としてとらえ直したりする作業が必要になるということですね。そうした作業の具体例はありますか。

森脇 忙しさを可視化した例として、COVID-19感染症拡大下で重症感染患者受け入れのために一般病床を削減した病院のケースを考えてみましょうか。その病院では重症系以外の一般病棟で新規入院患者の受け入れ制限を行って従来の稼働率を落とし、一般病棟の一部を感染患者受け入れ病棟として確保しました。そうした状況の中、現場の看護師からは過度の忙しさに悲鳴が上がったというケースです。分析担当者は「忙しさ」を具体化するために、看護師らが忙しいと感じる要因を探るヒアリングを行ったところ、患者の質の変化があることがわかりました。具体的には、①各病棟で今まで受け入れていなかったさまざまな診療科の患者を受け入れることによる業務の多様化・煩雑化、②重症患者数の増加といった点が明らかになりました。この点を分析する「忙しさ」として、数値で表現することを試みました。詳しくは、ぜひ書籍をご覧くださいと思います。ですが、「忙しさ」の定量化・可視化がある程度できたものと考えています。

近藤 現場でのヒアリングでは感覚的な回答も多く挙がりそうですが、問題ないのでしょうか。

森脇 構いません。現場の状況を数字に落とし込んでいく上で、ヒアリングは有効な手段の一つです。課題を具体化できたら、次は分析目的を明確にします。上述の例では①②から、受け入れ状況と患者状態を可視化することがポイントになると考えられます。そこまで思考が進めば、あとは計測対象とする数値を決定し、データ分析に移行すればよいのです。

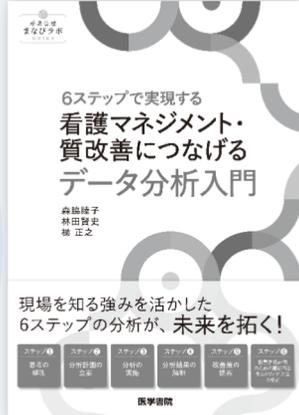
6ステップで実現する
看護マネジメント・
質改善につながる
データ分析入門

森脇睦子 / 林田賢史 / 梯正之

A5 2024年
頁200 定価:2,750円
(本体2,500円+税10%)
[ISBN 978-4-260-05458-4]

医学書院

看護管理
まなびラボ
BOOKS



現場を知る強みを活かした
6ステップの分析が、**未来を拓く!**

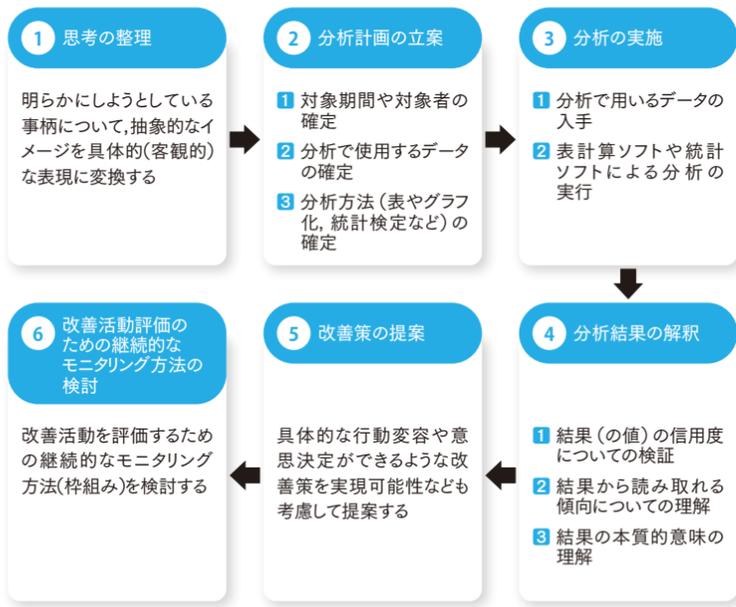
病棟レベルの質改善や業務改善につながる、正しい数字の読み方・示し方や、データの基礎的な分析方法を身につけるための入門書。データ分析に取りかかる段階から改善活動までの流れを6ステップで解説します。

- Chapter I データ分析を行うために「必要な思考」—6ステップで考える
- Chapter II データ分析を行う前におさえておきたい「データの見方・捉え方」
- Chapter III 事例で学ぶ—臨床的疑問から改善策立案までの一連のプロセス

書籍の詳細は
こちらから



「看護をデータで示す」ために 難しくないデータ分析入門



●図 データ分析に取りかかる段階から活動改善までの6ステップ(「6ステップで実現する看護マネジメント・質改善につながるデータ分析入門」, 8頁より)

データ分析から改善活動の開始に至るまでの主な流れを示している。①～⑥までは必ずしも一方的に進むわけではない。

今ある知識とフレームワークでデータ分析は十分可能

林田 先ほど問題のとらえ方が大きすぎる、すなわち分析の目的が壮大であることが問題だと指摘が森脇先生からありました。データ分析に苦手意識を持つ看護師が一定数いる原因の一つなのかと思ひます。他にも原因はあるのでしょうか。

森脇 もう一つの根本的かつ大きな問題として、数字や統計に苦手意識があり、データを読み解く自信がないと思ひている方が多いことが挙げられるのではないのでしょうか。しかし、先ほどもお話した書籍のコンセプトにかかわる点ですが、小中学生の時に習った算数・数学の知識を用いて正しく丁寧に数字を読み取れば、自施設のマネジメントや看護の質の可視化に際しては十分有効なのです。特別な統計学的知識を使わなくてもさまざまなものが見えてきます。

近藤 カンファレンスなどで日頃からデータを用いた会話、検討がなされていないことも原因としてあるのではないのでしょうか。患者対応・ケアの背景にあるデータや根拠といったものを意識する機会が乏しいと、よくわからないもの・難しいものとしてとらえてしまうようになるのだと思ひます。看護師の感覚も重要な要素です。感覚に従って動くことが正しいケースもままありますが、その感覚の正体、感覚を形作る経験としてのデータの蓄積を突き詰めて考える態度が重要です。

林田 苦手意識のある方でもデータ分析に取り組みやすくするためのフレームワーク(思考の枠組み)として、書籍内では「6つのステップ」を提案しています(図)。データ分析から改善活動の開始に至るまでの流れを示したもので、「①思考の整理」「②分析計画

の立案」「③分析の実施」「④分析結果の解釈」「⑤改善策の提案」「⑥改善活動評価のための継続的なモニタリング方法の検討」の6つに分かれています。①～⑥までは必ずしも一方的に進むわけではなく、多くの場合、反復を繰り返しながら進めていきます。

森脇 データ分析・活用においては統計学の知識であったり、Excelや統計解析ソフトを使いこなせることであったり重要であると思われがちですが、6つのステップのようなフレームワークを理解することこそ重要だと考えています。

近藤 中でも特に重要なのはどのステップなのでしょう。

森脇 「①思考の整理」「②分析計画の立案」です。分析で何を明らかにしたいのか、目的を明確にするとともに、実際の分析につながる具体的かつ分析可能な問いを構築し、問いに基づいて分析計画を立てていく必要があります。分析目的を明確にして適したデータを集めることがデータ分析の要諦なのです。

加えて、この段階は考え抜くことが必要なフェーズであり、看護師が行うべき作業です。対してその後の「③分析の実施」では、データを入手して表計算ソフトや統計ソフトを用いた分析を行います。この部分は看護師が行ってももちろん良いですし、領域に長けた専門家の力を借りるのも一案でしょう。

近藤 臨床の問題を整理してクリアにする作業は現場を知っている看護師が行って、実際の分析作業に関しては他の手を借りても良いのです。

森脇 はい。必ずしも全行程を看護師だけで行わなくても良いと思ひています。

林田 最後に、分析結果が導き出され、「④分析結果の解釈」ののちに「⑤改善策の提案」を行い、その策がうまく

いっているかを確認するための「⑥改善活動評価のための継続的なモニタリング方法の検討」をする段階は、またしても看護師の出番です。現場を熟知した看護師が力を発揮すべき、考え抜くフェーズとなります。

近藤 小中学生の時に習った算数・数学の知識で事足りる、分析実施段階では専門家の手を借りれば良いといったお話を伺うと、データ分析がぐっと身近になったような感覚を抱きます。「大変そう」「できればやりたくない」と消極的なスタッフにも推奨しやすいと感じました。

日々の看護とデータ分析を結び付けて考える

林田 今後もデータ分析に基づいたマネジメントや質評価が看護師に求められる流れは変わらないと思ひます。それらを実臨床で実現するにはどのような課題があるのでしょうか。病院における体制や教育面等、さまざまな側面で課題があるのかもしれませんが。

近藤 効率的にデータ収集できていない点が課題として挙げられます。例えば看護の質評価の一つとして転倒・転落件数や褥瘡発生率がありますが、当院では午前中と準夜勤帯に転倒が多い傾向にありました。昨年度より準夜勤帯に看護補助者を導入したため、導入前後で転倒件数を比較したところ、件数は減少していることがわかりました。しかし、何を目的にデータを集めるのかを明確にしていなかったため、転倒件数減少の理由が漠としてわからないのです。看護補助者のおかげで看護師の業務負担が軽減され看護業務に専念できるようになったこと、患者さんを見守る職員数が増加したことなど、転倒件数減少の理由は複数考えられるものの、何が正しい理由なのかを考えるためのデータが不足しています。この点については、先ほど森脇先生がおっしゃっていたように、あらかじめ分析目的を明確にしておいてから、それに適したデータを集めることで解決できるのではと考えています。

そのためには、データに対する日常感覚を養っておく必要があるのかもしれませんが。日常業務に潜む「なぜ」という問いから始まって、考え分析することを通して業務改善につながることを体験し、データの持つ意味、根拠を考える重要性に気付くといった形ではなく、日常業務と紐づいた形で自然にこなせるようになることが大切なのかなと感じます。

森脇 「日々の看護実践やマネジメント」と「データを分析すること」が頭の中で結びついていない、独立したものだと考えている若い看護師の方もそれなりにいらっしゃる印象を受けます。私の研修を受講してくれた若手看護師の間でも、看護研究で学んだデー

<出席者>

●はやしだ・けんし氏 東大医学部保健学科(当時)卒。社会保険中央総合病院(当時)にて看護師として、IT企業にてITエンジニアとして勤務。広島大学院歯学部総合研究科(公衆衛生学)助手、京大大学院医学研究科(医療経済学)助教・講師を経て、2010年から産業医大勤務。博士(社会健康医学)。

●もりわき・むつこ氏 虎の門病院に看護師として入職。TNS(Torano-mon Nursing System)を使った看護師配置がなされる環境下で働いたことを契機に、看護師の適正配置の評価に関心を持つ。2007年広島大学院保健学研究科健康情報学博士課程修了。15年から東京医歯大病院(当時)クオリティ・マネジメント・センター勤務。21年から現職。

●こんどう・さいこ氏 国立療養所東長野病院附属看護学校(当時)卒。国立病院機構に入職後、複数の病院にて看護師として勤務。1999年村山医療センター看護師長、2010年下志津病院副看護部長、15年東長野病院看護部長などを経て、21年より現職。認定看護管理者。

データ分析が日々の臨床には生かされない、日常臨床における上司の決定はデータではなく経験に基づいたものという印象を持っているとの意見が出されたことがあります。マネージャーの意思決定はデータに基づくものと経験に基づくものがありますが、データに基づいて判断しているときにはその姿を後進に明示的に見せることも大切なのだと感じました。

基本的なデータの読み方やデータ分析の考え方を伝えて演習を繰り返す中で、きちんとデータを読みこなし、的確な質問をするなど著しく成長する看護師たちを見てきて思うことは、方法論を身に着ければデータ分析のハードルは決して高くないし、看護師の皆さんには十分な力がすでに備わっているということです。手の付けられるところから始めてもらえたらよいと思ひます。

*

林田 当たり前のことですが、初めからデータ分析のプロなんていう人はいません。たくさん失敗を重ねながら、少しずつデータ分析に精通していったらと思ひています。

森脇 今回の書籍は若い看護師に読んでもらうことも想定して、分析に必要なデータの見方の基本を解説していますし、使っているデータは臨床になじみのあるものです。データ分析への入門には格好の一冊ですので、お手に取っていただければうれしいです。

近藤 どういうデータをどういう表・グラフにすれば見やすいのかがよくわかるなど、現場ですぐに活用可能な知見が詰まった一冊だと感じました。日々のデータ分析に早速生かそうと思ひます。(了)

●参考文献

1) 森脇睦子, 林田賢史, 他. 6ステップで実現する看護マネジメント・質改善につながるデータ分析入門. 医学書院; 2024.

その人らしい在宅療養を叶え、その人の人生の伴走者として、ともに戦う医療者のために

在宅医療ケアのための手技・デバイスマニュアル

在宅医療ケアの手技やデバイスに特化したマニュアル。現場の感覚を盛り込んだ実践的な内容の特徴とし、多くのイラスト、図表を用いて直感的に理解しやすい書を目指す。今後、地域医療は「病院完結型」から「地域完結型」へ切り替わっていくはず。在宅医、訪問看護師はもちろん、在宅医療に興味のある研修医、専攻医、さらには薬剤師、介護職、そして患者・家族にも大いに参考にして頂きたい。よく聞かれる質問への回答も収録。

荒 隆紀



多文化都市ニューヨークでホスピス緩和ケアに従事した日本人による「対話」の指南書

いのちに驚く対話 死に直面する人と、私たちは何を語り合えるのか

ニューヨーク訪問看護サービス(Visiting Nurse Service of New York)でホスピス緩和ケアに従事し、スピリチュアルケア・プログラム・マネージャーを務めた日本人による指南書。多文化都市ニューヨークで、多くの「死に向き合う人」とどのように出会い、いかに語り合ってきたのか。目の前に広がる患者さんと著者との物語と、言語や文化を超えた「対話」の現場感覚が味わえる1冊。

岡田 圭



対談

神経病理の未来はどこへ向かうのか？

脳神経内科医と病理医の有機的なコラボレーションをめざして

西村 『末梢神経病理——どう作り、どう読み、どう臨床に生かすか』のご出版おめでとうございます。本書を読みながら、神田先生が主催されていた末梢神経・筋病理の勉強会に初めて参加した時のことを思い出しました。あれから15年以上がたちましたが、あの時に末梢神経生検の病理学の奥深さに触れたことが、その後もこの分野で働く大きなきっかけになったと感じています。

神田 ありがとうございます。私の専門は臨床神経学ですが、神経病理学の領域とはかれこれ40年以上の付き合いになりますから、本書の出版は私にとっても感慨深いものがあります。神経病理学について脳神経内科医と病理医がそれぞれの目線で意見を交わす機会は普段なかなかありませんので、西村先生とお話できることを楽しみにしていました。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

神経病理に携わる医師の減少背景にある事情とは

神田 私が医師になったばかりの1980年代と比べると、神経病理に携わる臨床家は近年非常に少なくなっているように感じます。いわゆる一般病理医の先生方は、神経病理学の存在をどのようにとらえているのでしょうか。

西村 病理医の仕事の中で比重が大きいのはがんの診断、すなわち組織や細胞が悪性かどうかを診断することです。病院病理部/病理診断科で働く病理医が、末梢神経・筋疾患を含めた非腫瘍性神経系疾患の病理診断を日常業務の中で求められることはほとんどありません。病理医からすると、神経病理学はとっつきにくい印象を持たれていると感じます。

神田 悪性診断に重きが置かれるのは社会的なニーズによるものですから仕方ないと言えます。けれども経験する機会がそもそも少ないとの表現は気に



神田 隆氏
脳神経筋センターよしみず病院 院長

西村 広健氏
川崎医科大学附属病院
病院病理部 医長

「カタチが美しいこと、それが形態学の何よりの魅力です」。そう語るのは末梢神経の専門家として蓄積してきた自身の知見を『末梢神経病理——どう作り、どう読み、どう臨床に生かすか』(医学書院)にまとめた脳神経内科医の神田隆氏です。

遺伝子や画像を用いた検査技術が発展する中で、病理形態像から病態を読み解く神経病理学は今後どのような価値を生み出していくのか。病理医でありながら、末梢神経・筋生検を含めた神経病理学的検索に注力する西村広健氏との対談を通じ、この分野の未来について考えました。

なりました。

西村 近年の医師国家試験では神経疾患について問われることが多いので、若い世代は医学部卒業時点・初期研修修了時にはかなり詳しい知識・経験を習得しているものの、せっかく病理医になってもそれを実際に活用する機会がなかなかなく、残念です。神経病理学におけるこうした事情は歴史的なものがあり、日本の神経病理学は神田先生のように臨床で活躍する脳神経内科医がこれまでけん引してきた分野でも

あるわけですが、脳神経内科医側の人材も今は減ってきていますよね。

神田 ええ。医療の発展とともに神経領域の守備範囲が遺伝学や生化学、生理学などの領域に広がるにつれ、神経病理を専門とする脳神経内科医の母数は減りました。こうした流れは神経領域全体で考えれば新たな治療法や技術の開発につながっているのですが悪くないことなのですが、神経病理学分野の研究のアクティビティが段々と落ちてきたことは否めません。

神経病理学に欠かせない「きれいな標本」を作り、診る力

西村 以前は多くの病院・大学で末梢神経・筋肉の標本が作製されていました。しかし、今は標本作製ができる施設自体が少なくなっています。採取された末梢神経や筋肉の検体は、限られた一部の施設に送られ、標本の作製・検査をしてもらうことが大半です。

神田 効率化の面では特定の機関に集中させることは歓迎すべきことですし、研究促進に向けた症例蓄積の面でも合理的です。ただし、神経病理のように形態学的な考察が重要となる分野は、「きれいな標本を作る」という技術のもとに成り立っています。医師が自分の手で標本を作り、それを見て診断するという経験を何度も積まないと、病理医としてだけでなく神経の臨床家としての能力の向上はありません。将来的な担い手が少なくなること、これまで培われてきた技術の学習・継承の場が失われていくことを憂慮しています。

西村 神経病理学、特に末梢神経・筋生検分野の持つ課題として、技術の標準化が十分なされていない点も重要だと感じています。通常病理診断の現場では、標準化や精度管理に力を入れており、例えば遺伝子診断やがん治療におけるコンパニオン診断で使用されるパラフィン切片の作製は、どこで誰がやっても同じ質が保たれるような体制の整備が進められてきました。しかし神経・筋生検に関しては検体の固定や染色を含めた標本作製方法は施設ごとにバラバラであり、また技術の継承は一子相伝のスタイルが続いているのが現状です。

神田 標準化がなされない原因は何だと考えますか。

西村 標本作製から診断までに要するレベルが高く、通常病理診断のルーティン業務に適応することが難しいから

オールカラーで“美しい”写真を贅沢に収載！
末梢神経障害の背景とロジックに迫る。 医学書院

末梢神経病理

どう作り、どう読み、どう臨床に生かすか

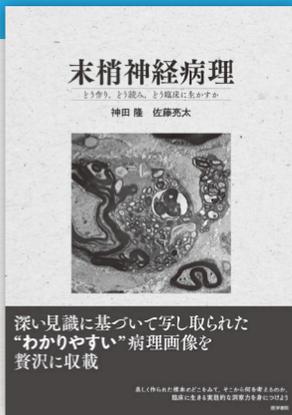
神田 隆 / 佐藤 亮太

標本の作り方から病理所見の解釈、そして病理レポートの書き方まで、臨床現場で活用できる末梢神経病理の考え方をわかりやすく解説。この所見のどこをみるのか、それが何を意味するのか、なぜそう考えるのか、末梢神経病理の要となるロジックがよくわかる。アーチファクトの実例写真や、剖検での末梢神経の検索法まで役立つ情報が満載。

目次

- ◆総論 神経生検とはどういうものか/腓腹神経生検の手技/末梢神経の標本のつくり方/末梢神経の正常像/末梢神経の病的変化/アーチファクト/筋生検と皮膚生検/剖検での末梢神経の検索
- ◆各論 遺伝性ニューロパチー/炎症性/自己免疫性ニューロパチー/内科疾患に伴うニューロパチー/中毒性ニューロパチー/感染症によるニューロパチー/末梢神経の腫瘍/神経変性疾患
- ◆実践編 末梢神経生検レポートの書き方/腓腹神経生検標本をどのように読むか

書籍の詳細はこちら



B5 2024年 頁200 定価:11,000円
(本体10,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-05620-5]

末梢神経障害の診断アプローチを双方向から徹底解説！

末梢神経障害

解剖生理から診断、治療、リハビリテーションまで

編集 神田 隆

- ▶末梢神経障害の臨床に必須の情報を網羅した、明日の診療がレベルアップする1冊
- ▶commonからrareまで重要な末梢神経疾患の特徴を幅広く解説することに加え、症候の種類・出現場所、どの神経に障害があるかといった所見から何を疑うべきかを解説し、双方向から疾患に迫る
- ▶双方向からのアプローチに欠かせない解剖生理、生化学、神経病理の“真に役立つ”知識を厳選
- ▶最新の治療、リハビリテーションまで充実の内容

目次

- 第I編 末梢神経障害の基礎
- 第II編 末梢神経障害の臨床①——診断と治療総論
- 第III編 末梢神経障害の臨床②——疾患各論
- 第IV編 末梢神経障害のリハビリテーション



B5 頁520 2022年
定価:13,200円
(本体12,000円+税10%)
[ISBN 978-4-260-04939-9]

書籍の詳細はこちら



医学書院

神経病理の未来はどこへ向かうのか？ 脳神経内科医と病理医の有機的なコラボレーションをめざして



● かんだ・たかし氏

1981年東京医歯大卒。米南カリフォルニア大神経学教室リサーチフェロー、米バージニア医大生化学・分子生物学教室研究員、東京医歯大神経内科講師、助教授などを経て、2004年山口大医学部神経内科教授。23年より現職。神経内科学を専門とし糖尿病性ニューロパチーの病理学で医学博士の学位を取得するなど、末梢神経の病理に40年以上携わる。近著に『末梢神経障害——解剖生理から診断、治療、リハビリテーションまで』(医学書院)、『脳神経内科 改訂5版』(中外医学社)、『末梢神経病理——どう作り、どう読み、どう臨床に生かすか』(医学書院)など。

手ではないでしょうか。西村 おっしゃる通りです。質の高い標本が減っていくことで、標本を読む力も同時に低下していく可能性も今後は大いにあると思っています。病理の分野でもAIの活用がますます広がっていくと想像しますが、AIが力を発揮するには良質な標本を大量に学習させることが前提となりますから、そういう意味でも標本作製の技術を保っていく必要があるでしょう。

神田 神経病理に携わる医師を育てていくには病理医と脳神経内科医、双方の努力と連携が不可欠だと考えています。日本神経病理学会が主導して、病理医に向けた神経病理に関する教育に注力するなどの取り組みが求められていくのではないかと考えています。この点はいかがお考えでしょうか。

西村 病理医への教育に力を入れる意義は大きいと考えます。日本病理学会でも神経病理のセッションは開催されているものの、その柱となるのは脳神経内科ベースの先生方ですので、若い病理医にとってはハードルになっているかもしれません。病理医、脳神経内科医とも、神経病理学にかかわる人材が不足しており、その対応としては専門研修での研修要件とするなどの方策も必要かと思えます。

神田 現在の状況は、神経病理に取り組む脳神経内科医と病理医のコミュニケーション不足が招いた結果と考えています。同じ顕微鏡、同じ方法論で診断を行っているはずなのに、情報共有をすることはほとんどないですよね。違う世界に住んでいるかのようにさえ感じます。

西村 形態学を臨床に生かすには、病理医と主治医で良好なコミュニケーションが必要です。病理医が神経生検を扱う機会はなかなかありませんが、今回出版された『末梢神経病理』は両者のコミュニケーションの入り口として格好の書だと思えます。病理医が末梢神経病理にかかわる機会として剖検がありますが、剖検の末梢神経所見をこれほどふんだんに載せている本は今まで見たことがありません。主治医の疑問点を病理医と共有するためには、非常に参考になる内容です。

神田 ありがとうございます。今は末梢神経の疾患でもMRIやエコーを撮

ることが増えてきましたが、私はやはり画像だけではなく実際の形態を見なければわからないことがあると思うのです。亡くなった患者さんの末梢神経を採取し、そこにマクロファージが存在するのか、リンパ球が浸潤しているのか、それとも線維化だけが進行している所見なのかを調べる。これは目の前の患者さんの治療に役立てたり、あるいは1つのミスが患者さんの命にかかわったりという臨床家としての緊張感がある世界とはまた異なります。しかし、形態学から自身の行ってきた臨床を検証することも、末梢神経障害の診療に携わる脳神経内科医・病理医の大切な役割の1つだととらえています。本書を読んで、そうした意義を少しでも多くの医師が感じてくれればうれしいです。

形態学の魅力は美しさにある

神田 私が末梢神経の神経病理学の分野で臨床・研究を続けてきたモチベーションの根幹には、病理形態が美しいと感じること、そしてそこから一体どんなことが読み取れるのだろうかという好奇心があります。形態を見ていると、臨床や研究に生きる発想が次々に湧いてくるのです。結局、形態学というのは、それそのものではなかなか結論がつかないけれども、いろいろなところに波及するアイデアを出してくれるものじゃないかと思うのです。そうした思いを広い世代の医師に知ってほしいからこそ、書籍として今回まとめたという部分もあります。

西村 形態の美しさへの感動というのは、病理に携わる医師であれば必ず経験しますが、その中でも電子顕微鏡で見た形態像の美しさ・情報量は、とても感動します。

神田 神経病理に携わる医師が少なくなってきたのは、若い世代がそうした感動に触れにくくなっているからでもあるのでしょうか。

西村 影響はあるかもしれません。今の若い病理医は電子顕微鏡を触ったことすらないという人も多いです。時代の流れもあり仕方ありませんが、大学病院でも「電子顕微鏡検査は対応できない」という施設が増えてきました。電子顕微鏡で形態を見ることは非常に面



● にしむら・ひろたけ氏

2001年川崎医大卒。03年から同大附属病院病理部シニアレジデント・病理学教室臨床助教を経て、13年より現職および川崎医科大学病理学講師。神経病理学に興味を持ち、末梢神経・筋生検の検索とともに、神経変性疾患などの剖検脳検索を含めた非腫瘍性神経疾患の病理診断に力を入れる。病理診断業務とともに、川崎医大の医師卒業臨床研修部門の運営にも携わる。日本病理学会認定病理専門医、日本神経病理学会指導医、川崎医大附属病院良医育成支援センター長補佐・卒業医師臨床研修プログラム副責任者。

白いですし、何より光学顕微鏡を使用した時の観察力がぐっと伸びますから、そうした機会喪失は率直にもったいないと感じる次第です。

神田 それは驚きですね。「美しい」「面白い」といった直感的な感覚は臨床・研究において強いモチベーションになりますから、若い世代には多様な原体験を得る機会が与えられてほしいものです。

*

神田 今回の対談を通して、形態学の価値を臨床の立場から伝えていくことの必要性を改めて痛感しました。神経病理学を取り巻く課題は山積していますが、制度構築や学習環境の整備など、次の世代を担う医師たちのために、できる限りのことをしていきたいと思えます。(了)

でしょう。神経・筋生検とも、通常病理診断で行われるホルマリン固定材料は診断の役には立たず、各施設で対応することに限界があります。昨今盛んに行われているコンパニオン診断の多くは外注検査で検査会社が請け負ってくれる点で、現場の負担が軽減され、自施設で遺伝子検査をできなくても成立するシステムがあるからこそここまで普及し、発展してきたのだと思いますが、神経・筋生検はそう簡単にはいきませんね。

病理医と脳神経内科医の連携促進のために

神田 確かに遺伝子検査や画像検査などの手法が発展するにつれ、形態を主軸とした診断を活用する場が狭まってきたことは事実でしょう。けれども、例えば炎症性疾患の診断では形態から疾患を想起したり、病態を予測したりすることが求められています。神経病理の専門家が減り、標本作製や診断の技術が失われていくことは、そうした疾患群の治療にとっては大変な痛

内科診療に不可欠な情報をわかりやすくお届けする総合臨床誌

メディチーナ medicina 10月増大号 Vol.61 No.11

続・Quality Indicatorの 実装とその改善

日々の診療に役立つ診療評価指標

企画 小坂 鎮太郎

月刊、増刊号と増大号を含む年13冊

通常号定価：2,970円(本体2,700円+税10%)

増刊号定価：6,160円(本体5,600円+税10%)

増大号定価：4,950円(本体4,500円+税10%)

年間購読なら送料無料で!

冊子 41,580円(本体37,800円+税10%)

電子 40,788円(本体37,080円+税10%)

電子+冊子 46,288円(本体42,080円+税10%)



書籍の詳細はこちらから



医学書院

行ってきます! —精神医療を刷新する意外な到達点。



異界の歩き方

ガタリ・中井久夫・当事者研究

著 村澤 和多里 村澤 真保呂

精神症状が人をおそうとき、世界は変貌する。異界への旅が始まるのだ。そのとき〈旅立ちを阻止する〉よりも、〈一緒に旅に出る〉ほうがずっと素敵ではないだろうか。フェリックス・ガタリの哲学(「機械」!)と、べてるの家の当事者研究(「誤作動」!)に、中井久夫の「生命」への眼差しを重ね合わせると、新しいケアとエコロジーの地平がひらかれてくる! これまで交わらなかった三者による、発見と生成と意外な到達点。



精神症状が人をおそうとき、世界は変貌しはじめる。異界への旅が始まるのだ。そのとき、〈旅立ちを阻止する〉よりも、〈一緒に旅に出る〉ほうがずっと素敵だ。

良い旅を!

書籍の詳細はこちらから



A5 2024年 頁280 定価：2,200円(本体2,000円+税) [ISBN 978-4-260-05734-9]

医学書院

本紙編集室ではX(旧Twitter)、Facebookにて、更新情報をお知らせしています。 @igakukaishinbun 記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

FAQ

今回の回答者

藤澤 美智子

横浜市立みなと赤十字病院集中治療部 副部長

ふじさわ・みちこ/2001年信州大医学部卒業、東京医歯大麻酔・蘇生・ペインクリニック科入局。08年より横浜市立みなと赤十字病院にて集中治療医、呼吸ケアサポートメンバーとして活動を開始。19年より現職。酸素療法や包括的な気管切開ケアに関する教育や執筆、発信を行っている。X ID: @michifuj54

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions; 頻りに尋ねられる質問) に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

研修医が知っておきたい酸素療法の基礎知識

呼吸療法の基本であり、どの医療現場でも欠かすことのできない酸素療法。しかし、その基礎は意外と習う機会がありません。本稿では主に研修医の方々に向けて、鼻カニューラ、簡易酸素マスク、リザーバー付き酸素マスクを正しく使い分ける酸素療法の基礎知識をお伝えします。

FAQ 1 酸素流量を上げる時、鼻カニューラ→簡易酸素マスク→リザーバー付き酸素マスクへと切り替えるタイミングはどのように考えますか？

酸素流量を上げる際には、「吸入酸素濃度」と、器具ごとの「安全に使用できる酸素流量の範囲」という2つの視点からの判断が重要です。

◆鼻カニューラ→簡易酸素マスク

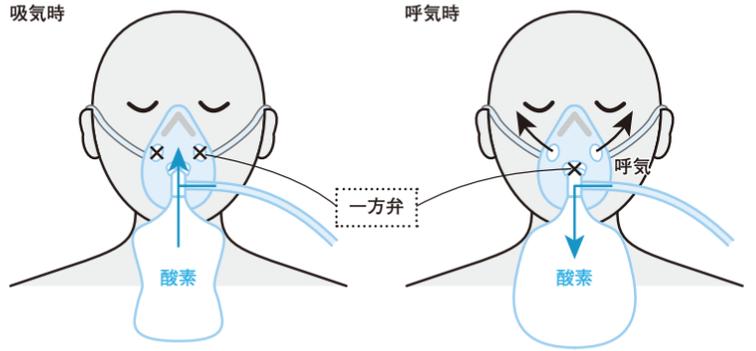
吸入酸素濃度: 酸素流量が鼻カニューラと簡易酸素マスクで同じ時、どちらが高い吸入酸素濃度になるのでしょうか。健康成人の安静時吸気を想定し、1秒間に500 mLを吸う=吸気速度500 mL/秒の人に5 L/分の酸素を投与する場合を考えます。5 L/分=83 mL/秒の酸素が供給され、500 mLのうち83 mLは100%酸素、残りの417 mLの空気のうち酸素が占める割合は約21% (=87.6 mL) のため、吸入酸素濃度は34.1%になります(図1)。一回換気量の大きな呼吸や頻呼吸では吸気速度は1000 mL/秒を超えることがあり、吸気量に対する空気の割合が増え、吸入酸素濃度は下がります。これは鼻カニューラでも簡易酸素マスクでも同じであり、酸素流量が同じであれば吸入酸素濃度に大

きな差はありません。実際は、1回の吸気の間も吸気速度は一定ではなく、空気を吸い込む割合が変化するなど複雑ですが、吸気速度で吸入酸素濃度が大きく変わることは覚えておきましょう。**安全に使用できる酸素流量の範囲:** 鼻カニューラは飲食や会話をしやすく安楽ですが、鼻腔乾燥(酸素の湿度はほぼゼロ)や頭痛などの副作用があり、酸素流量5 L/分を超えたら簡易酸素マスクに変更しましょう。

◆簡易酸素マスク→リザーバー付き酸素マスク

吸入酸素濃度: 簡易酸素マスクで酸素流量を10 L/分に上げます。10 L/分=167 mL/秒ですので、先ほどの500 mL/秒の吸気速度で考えると、500 mLのうち100%酸素は167 mL、333 mLは空気(=70.0 mLが酸素)のため、吸入酸素濃度は47.4%です。酸素流量15 L/分でも吸入酸素濃度は60.5%にしかありません(酸素が必要な患者では、吸気速度はより速く、吸入酸素濃度はより低くなる可能性があります)。10 L/分を超える酸素流量ではリザーバー付き酸素マスクへ変更しましょう。

リザーバー付き酸素マスクはなぜ通常の酸素流量計(最大15 L/分=250 mL/秒)でも高濃度酸素を投与できるのでしょうか。リザーバー付き酸素マスクには600~800 mLのリザーバーと一方弁が3つ付属しています(図2)。簡易酸素マスクでは活用されない吸気時間外(呼気・休止時間)に供給される酸素は捨てられずにリザーバーに貯められます。マスクの一方弁によってマスクの中から外に排気することはで



●図2 リザーバーマスクの構造

一方弁により、吸気時はマスク外から空気を吸い込むことなく付属のリザーバーから貯留した酸素のみを吸うことができる。また一方弁により呼気はリザーバーに入り込まず、マスクの外に排出される。

きますが、空気を吸い込むことはできません。また、マスクとリザーバーの間一方弁は呼気のリザーバーへの移行を防ぎます。外から空気を吸い込まないため、吸気時に一気にリザーバーに貯留した酸素を吸うことで、100%に近い酸素を吸えるのです。よく考えられた器具ですが、マスクが顔に密着していないと隙間から空気を吸い吸入酸素濃度が下がります。正しく使用するにはマスクが顔に密着していること、リザーバーの膨張、吸気に合わせたリザーバーの収縮を確認しましょう。**安全に使用できる酸素流量の範囲:** 簡易酸素マスクは酸素流量10 L/分を超えても大きな弊害があるわけではありませんが、吸入酸素濃度の限界であるためリザーバー付き酸素マスクへ変更します。後述しますが、簡易酸素マスクにおいて酸素流量5 L/分未満での使用は悪影響が生じる可能性があります。

Answer...酸素流量を上げる際は5 L/分までは鼻カニューラ、5~10 L/分で簡易酸素マスク、10 L/分以上でリザーバー付き酸素マスクを使用しましょう。

FAQ 2 酸素流量を下げる時、リザーバー付き酸素マスク→簡易酸素マスク→鼻カニューラに変更する必要がありますか？ 大は小を兼ねますか？

酸素流量を下げていく時は「安全に使用できる酸素流量の範囲」に注目していきます。

◆リザーバー付き酸素マスク→簡易酸素マスク

酸素流量10 L/分未満でもリザーバー付き酸素マスクを使用し続けても良いのでしょうか。簡易酸素マスクへ変更すべきでしょうか。その答えは吸う酸素の「量」から考えます。1回の吸気で吸う量から考えると15 L/分の酸素流量では、リザーバー容量は「600~800 mL」+「リアルタイムで供給されている酸素15 L/分=250 mL/秒」で、1秒間に850~1050 mL吸えることとなります(一方弁があるため空気は吸えません)。500 mL/秒の吸気速度の場合、「量」としては足りませんが、1000 mL/秒の吸気速度だと「量」はギリギリです。また、1分間に吸う「量」から考えると、一回換気量500 mLで20回/分の呼吸回数の方は、分時換気量10 L/分なので、酸素流量8 L/分

は酸素の「量」が不足します。リザーバーが膨張していないことは、酸素の量が不足しているという危険サインです。顔とマスクが完全に密着して全く空気が吸えないケースは少ないかもしれませんが、酸素流量を10 L/分未満に下げるときは空気を吸えるように簡易酸素マスクへ変更しましょう。

リザーバー付き酸素マスクにおける酸素流量の下限を6 L/分とする記述も見かけますが、6 L/分は正常な安静時分時換気量の目安であり、10 L/分以上での使用がより安全です。酸素流量10 L/分未満に下げる時にマスクの一方弁を外して空気を吸えるようにする方法もありますが、リザーバー付き酸素マスクの構造をよく知らない医療者が一方弁を「外さず」に流量を下げることがあり、酸素投与器具の教育や理解が徹底された環境で行うべき方法だと考えます。

◆簡易酸素マスク→鼻カニューラ

酸素流量5 L/分未満でも簡易酸素マスクを使用し続けても良いのでしょうか。カニューラに変更すべきでしょうか。簡易酸素マスクは酸素流量5 L/分未満での使用には注意が必要です。成人用簡易酸素マスクの容量は180 mLほどですが、酸素流量が5 L/分より下がると呼気がマスク内に貯留し再呼吸してしまおうとされています。5 L/分を下回る酸素流量では簡易酸素マスクから鼻カニューラに変更しましょう。

Answer...基本の酸素投与器具には適切な酸素流量の組み合わせがあり、大は小を兼ねません。酸素流量を下げるときは、吸う酸素の「量」や「再呼吸」を考え適切な器具を選択しましょう。

もう一言 今回は酸素療法の中でも酸素投与器具の使い分けに着目して解説しました。酸素療法では目の前の患者の呼吸様式や呼吸回数をよく観察し、適切な酸素投与器具を適切な酸素流量で使用することが肝心です。そのためにも、吸入酸素濃度の考え方と各器具ごとの安全に使用できる酸素流量の範囲は最低限、押さえておきたいポイントです。酸素療法には他にも「正しい酸素ボンベの使い方」「加湿の考え方」など大切な要素があります。これを機に酸素療法に興味を持ってもらえたらうれしいです。

$$\text{酸素療法中の1秒当たりの吸入酸素濃度 (A)} = \frac{\text{器具による酸素流量 (B)} + \text{空気から取り入れる酸素量 (C)}{500} \times 100$$

*: C=(500-B)×0.21

5L/分の酸素療法を実施した場合: B=83 mL/秒, C=87.6 mL/秒
よって $A = \frac{83+87.6}{500} \times 100 = 34.1$

●図1 吸入酸素濃度の算出(1秒間に500 mLの息を吸う人[健康成人の安静時吸気イメージ]の例)

2025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

ホスピタリスト **Hospitalist** Vol.11-No.4 2023 特集:STI/HIV 最新号

●責任編集:織田錬太郎・野木真将・清田雅智 ●1部定価5,060円(本体4,600円+税10%)
●ISBN978-4-8157-2046-9 ●年間購読料19,800円(本体18,000円+税10%)(2025年)
※毎月お手元に直送します。(送料無料) ※1部ずつお買い求めいただくの比べ、約4%の割引となります。

エビデンスの先のベストプラクティスを描くクォーターリー・マガジン

インテンシヴィスト **INTENSIVIST** Vol.16-No.3 2024 特集:Respiratory ECMO 2.0 最新号

●責任編集:萩原祥弘・岩永航・櫻谷正明 ●1部定価5,060円(本体4,600円+税10%)
●ISBN978-4-8157-2081-0 ●年間購読料19,800円(本体18,000円+税10%)(2025年)
※毎月お手元に直送します。(送料無料) ※1部ずつお買い求めいただくの比べ、約4%の割引となります。

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

「木原ライブラリー」のフラッグシップタイトル、10年ぶりの大改訂
研究の第一歩はここから!「料理の本のようにわかりやすい教科書」

医学的研究のデザイン 第5版
推論の質を高める系統的アプローチ
Designing Clinical Research, 5th Edition

▶シリーズ旗艦タイトルにして世界中で広く読み継がれているロングセラー、10年ぶりの改訂。臨床/疫学研究の基本から紐解き、効率的かつ効果的な質の高い研究をデザインし実施する方法・ノウハウを明快に解説。ミクストメソッド(mixed methods)研究の広がりに対応する質的研究方法が独立して章立てされるなど、内容は大幅に更新。医学のみならず広く保健医療分野で研究に携わる際必読の教科書でありすぐれた実践ガイド。

監訳:木原雅子・木原正博

定価6,270円(本体5,700円+税10%)
85頁 584図 76 2024年
ISBN978-4-8157-3115-1

詳しくは→

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL.(03)5804-6051 https://www.medsi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

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7回 患者に無理な治療をお願いされた時はどうすればいいの？

執筆 栗原 健 名古屋大学医学部附属病院患者安全部

指導医: 浮かぬ顔をして何かありましたか？

研修医: 今日来た患者さんに、明らかに適応がない治療方法をやしてほしいとお願いされて……。患者さんの圧が強くてとても困りました。回答はいったん保留にし、次回の外来時に再度話し合うことになったのですが……。

指導医: 患者が希望するからといって、医学的に明らかに適応がない治療を提供するにはリスクが高すぎます。

研修医: そうですね。先生に相談してよかったです。今後の対応について教えてください。

医療の現場では、患者の希望を尊重することが求められているものの、その希望が必ずしも医学的に妥当であるとは限りません。患者の望む治療が無理難題であったり、かえって患者の健康に害を及ぼしたりする可能性もあります。または他の医療者が提案した内容の妥当性が乏しいことを目にすることもあるでしょう。こうした状況に直面した時、医療従事者はどう対応すべきでしょうか。本稿では、このような場合の適切な対応方法について概説します。

困難な要求の背景には何があるのか

冒頭の会話にあるような対応が困難な患者は、医療現場において約15%の頻度で存在することが報告されています¹⁾。患者が困難な要求を行う背景には下記に示したさまざまな要因があるとされ、医療者自身の問題も含まれる点には注意が必要です。

- 感情および行動要因
社会的背景、疾病など
- コミュニケーションの障壁
言語や文化の違い、またはコミュニケーションの不和など
- システム上の問題
待ち時間の長さ、医療機関内の人員不足など
- 医療者自身の問題
医療者の態度など

また、医師がこのような患者と遭遇した場合、注意を散漫にし、提供する医療の質の低下や患者安全上の問題につながる可能性が指摘されています²⁾。近年の研究では、患者の問題行動と患者安全性の間に必ずしも相関関係があるわけではないことが示唆されていますが、患者の不当な要求にそのまま従うと、リスクの吟味がなされな

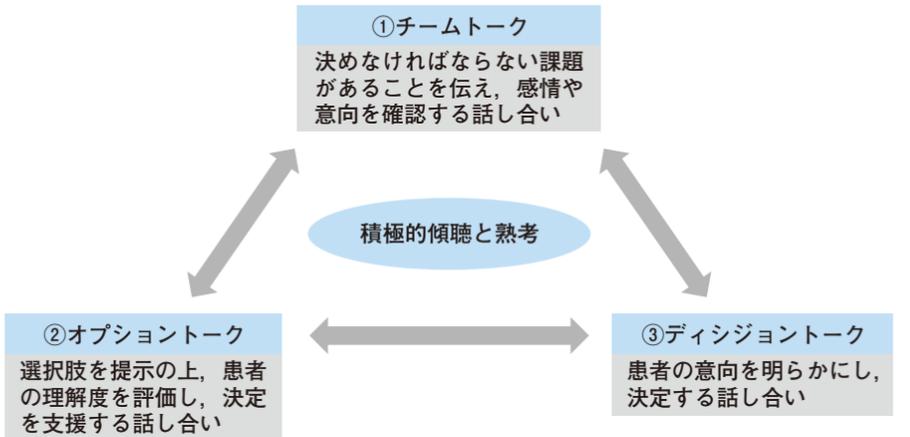
いまに治療が進むため、患者にとっても最適解とは言えません。本来、患者の希望は、その人の人生観や価値観に基づくものであり、尊重されるべきです。一方で、必ずしも患者の希望の全てに従うことを意味してはいません。要求がなされる過程で患者の感情がエスカレートし、「負のループ」に陥る危険性もあります。場合によっては他の患者に対して悪影響を及ぼす可能性もあるでしょう。すなわち、このような患者に対しては、毅然とした対応で組織的に対応することが肝要です。

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
冒頭の会話では、研修医は患者の要求を聴取した上で、結論を付けずに指導医へ相談しています。この対応は正解と言えます。このような状況では、その場で結論付けをしないことが求められます。「上級医と相談する」「診療科内(または院内)で相談する」ことを明確に患者へ伝えるとよいでしょう。
- 患者の社会的背景等を確認しながら信頼関係を築き、トラブルを防ぐ
このような状況下では医療者自身は冷静さを保った上で、表³⁾に示した対応を行うことが重要です。とりわけ患者とのコミュニケーションは大切です。患者との信頼関係が十分に築かれていれば、無理な治療を求められた時にも適切な対応がしやすくなります。コミュニケーションは関係性構築のための鍵であり、日頃から患者の話に耳を傾け、共感を示していくことが必要です。信頼関係が構築されていると患者は医師の説明を受け入れやすくなり、無理な治療を強く主張するケースも減少します。

●表 患者が無理な要求をしてきたときの対応例(文献3をもとに作成)

戦略	具体的な行動
組織的な対応を行う	研修医は一人で抱え込まず指導医へ報告と相談をする。場合によっては医療機関全体としての対応を行う。
積極的な傾聴をする	患者の優先事項を理解し、患者の話が中断されることのないようにする。通常、怒りは二次的な感情であることを認識する。
患者の感情を理解しようとする	必ずしも患者の全ての感情に共感する必要はない。
説明の上、代替案を提案する	提案された治療法ではなぜ対応が難しいのかを説明した上で、患者と共に具体的な代替案を検討する。
結論付ける	次回までの計画について双方で合意を得る。



●図 SDMのスリー・トーク・モデル(文献4をもとに作成)

医師が一方的に治療を提案するのではなく、患者が積極的に意思決定に参加し、共に最適な治療方針を決めることをめざすもの。このプロセスにより、患者の満足度が向上し、治療の効果も高まる可能性が期待される。

また、無理な治療を拒否するだけでなく、患者の希望に近づけるための代替案を提案することも重要です。例えば患者の望む治療法のリスクが高すぎる場合、そのリスクを軽減する別の方法を提示することが考えられます。こうした提案によって、患者は自分の意見が尊重されたと感じ、満足度を高められる可能性があります。しかしながら、これらの対応を行った後も患者側が要求を曲げない場合は、毅然とした対応を行うべきです。その際も、対応内容は組織的に行うことが望まれます。

普段からSDMの実践を心掛け、患者との信頼関係を構築し、多職種と連携することが求められます。こうした取り組みによっては最終的に患者の満足度を高め、より良い医療を提供できるようになります。医療従事者としての使命を果たしつつ、患者の意思を尊重するバランスが重要です。

研修医のその後

研修医は上級医と共に次の外来受診時に当該患者の対応に当たりました。詳しく話を聞くと、インターネットで自身の疾患について調べ不安となり、適応がない治療法の要求をしていたことがわかりました。患者と話し合い、根拠を添えながら代替案を提示したところ、現在の診療を継続することになりました。

覚えておこう!

- 患者の無理な要求に必ず応じる必要はなく、毅然とした対応を心掛けましょう。
- 過度の無理な要求が続く場合は、医療機関全体として対処する必要があります。要求がエスカレートした場合、研修医は指導医へ報告したほうがよいでしょう。
- 患者の要求についてフラットに判断するとともに、要求に至った背景を探ることも重要です。代替案の提示などが可能かもしれません。

●参考文献

- 1) J Gen Intern Med. 2011 [PMID : 21264521]
- 2) Arch Intern Med. 2009 [PMID : 19237726]
- 3) Am Fam Physician. 2013 [PMID : 23547575]
- 4) BMJ. 2017 [PMID : 29109079]

弁護士×医療現場の専門家による法的トラブルQ&A!

事例で学ぶ 医療機関で起きる法的トラブルへの対処法

病院、クリニックでは日々様々なトラブルが生じている。本書は具体的な事例を紹介しつつ、トラブルへの対処や予防の方法を、Q&A形式でわかりやすく解説する。弁護士の豊富な実務経験をもとに、医療現場の専門家の視点も加わり、最新の法改正やトピックにも対応。医療事故や労務管理のみならず、SNS、サイバー攻撃、医師の働き方改革など多岐にわたるテーマを取り上げている。医療現場のお悩み解決に役立つ一冊。

編集 加古洋輔
増田拓也
長谷川葵
堀田克明
編集協力 田淵 一
荒神裕之



医療者が知っておきたい法知識をわかりやすく解説した好評テキストの改訂版。

医療法学入門 第3版

医療者が知っておきたい法知識を、医師と弁護士両方の資格をもつ著者が豊富な事例をもとに説き起こす。今回の改訂では、第2版刊行以降の法制度の改正を反映して、記載を見直し、取載事例の差し替えを行った。また、近年、注目を集めている「医師の働き方改革」にも言及した。訴訟が身近になったいま、自信を持って医療を提供するために必読の1冊。

大磯義一郎
大滝恭弘
荒神裕之



応用倫理学入門

科学技術に伴う諸問題を考える

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

澤井 努 広島大学大学院人間社会科学研究所 特任教授

第3回 研究倫理におけるインフォームド・コンセントの重要性

生物医学研究は、生命現象の理解、新たな治療法の開発、疾病の予防など、人類の健康と福祉の向上に多大な貢献をしてきました。しかし、この進歩の陰には、研究対象となった人々、特に「社会的に弱い立場にある人々(socially vulnerable)」が不当に扱われてきた歴史も存在します。本稿では、ヒトを対象とした研究における研究倫理の中心的概念である「インフォームド・コンセント(informed consent: IC)」の重要性について、歴史的背景から最新の課題まで幅広く解説します。

被験者の尊厳と権利を守る

ICとは、「十分な説明に基づく同意」を意味します。これは、研究に参加する人(以下、被験者)が研究の目的、方法、予想されるリスクと利益、そして自身の権利について十分に理解し、自主的に参加を決定するプロセスです。例えば、新薬の臨床試験において、被験者は医師から投薬に伴う安全性(副作用)や有効性(薬の効果)について詳細な説明を受けます。重要なのは、被験者がこの説明を一方的に聞くだけでなく、疑問や不安を自由に表明し、それに対して丁寧な回答が得られることです。また、研究者は試験開始前にICを取得しますが、試験の進行に伴い新たな情報が得られた場合、それを速やかに被験者に伝え、継続参加の意思を確認しなければなりません。また、社会的に弱い立場にある人々が被験者になる場合は、より積極的な支援が必要となります。このプロセスは、被験者の尊厳や権利を守ることにつながるのです。

ここで注意すべきは、例えば認知症の治療薬の臨床試験において、十分な同意能力を持たないからという理由で認知症患者を研究から除外すると、研究の信頼性が低下する可能性があるという点です。この場合、認知症患者を研究から除外するには科学的・倫理的に正当な理由が求められます。ICは、多様な人々に適切に研究へ参加してもらうための大切なステップであると同時に、研究結果の信頼性を高めるためにも必要なプロセスなのです。

被験者保護の歴史とICの確立

ICの重要性が認識されるようにな

った背景には、過去の倫理的に問題のある研究の存在があります。

第二次世界大戦中、ナチス・ドイツが強制収容所に収容されたユダヤ人を対象に行った非人道的な人体実験は、医学研究における倫理性の欠如を示す代表例として広く知られています。これらの痛ましい歴史は、被験者の権利保護の必要性を強く示しています。

これらの反省から1947年に「ニュルンベルク綱領」が策定され、被験者の自発的な同意の必要性が国際的に明文化されました。さらに、1964年には世界医師会によって「ヘルシンキ宣言」が採択され、医学研究における倫理指針が国際的に確立されました。この宣言はその後改訂を重ねられ(最新版は2013年)、現在も医学研究における倫理原則を示した基本文書として重要な役割を果たしています。

また、1932~72年にかけてアメリカ政府が主導した「タスキギー梅毒研究」も、重大な倫理違反として知られています。この研究では、アフリカ系アメリカ人男性を対象に梅毒の自然経過が観察されましたが、被験者には研究の目的や自身が梅毒に感染していることすら知らされませんでした。さらに、抗菌薬(ペニシリン)により治療が可能になった後も、研究のために適切な治療は提供されませんでした。この研究は、当時、全米で広がっていた人種差別反対運動とも相まって、生物医学研究における被験者保護と倫理原則の必要性が強く認識される契機となりました。

倫理原則との関係性

ICは、「自律性の尊重(respect for autonomy)」「善行(beneficence)」「無危害(non-maleficence)」「正義(justice)」という「医療倫理の四原則」のうち、直接的には自律性の尊重に依拠しています。しかし、善行、無危害、正義との関係性にも積極的に目を向けることで、ICの重層性をよりよく理解することができます。

自律性の尊重: 自律性の尊重の原則とは、個人が自己の価値観や信念に基づいて自由に意思決定を行う権利を尊重することです。これは、個人の尊厳と自己決定権を最大限に尊重する生命倫理の根幹を成します。しかし、この原則の実践は、特に社会的に弱い立場に

ある人々を対象とする研究において難しい課題を提示することがあります。例えば、認知症の高齢者や知的障害者を対象とした研究では、被験者の理解力に合わせた説明が必要となります。最近では、視覚的資料やタブレットを使ったインタラクティブな説明ツールの活用が効果的であることが示されています。

また、意思決定能力が低下している場合は、家族や後見人の判断も重要となります。こうした社会的に弱い立場の人々には、他にもエスニック・マイノリティや十分な判断能力を持たない子ども、動物、胚や胎児なども含まれ、本人の意志が何か、また何が本人にとって利益になるのかをめぐって、時に深刻な課題を提起します。

善行: 善行の原則は、研究が被験者および社会全体に利益をもたらすよう求めます。しかし、この「利益」の定義と評価は難しい問題を提起します。「利益」に関する考え方は、快楽を増進し、苦痛・苦悩を軽減することが本人の利益になるとする「快楽説」、欲求を充足することが本人の利益になるとする「欲求充足説」、個人の快苦や欲求とは独立して、ある目的を達成することが本人の利益になるとする「客観的リスト説」、さらにそれらを融合したハイブリッド説などがあります。こうした利益に関する多様な見方は、他者にとっての利益を評価するのがいかに困難かを物語っています。

また、発展途上国でのマラリア対策研究では、データ収集だけでなく、地域住民への具体的な支援を提供する取り組みが増えています。研究と並行して予防接種や蚊帳の配布を行うことで、地域の健康状態を直接的に改善しようとしています。さらに「コミュニティ・エンゲージメント」というアプローチを採用し、研究計画の段階から地域住民と協力して彼らのニーズを反映させるような試みも進められています。

無危害: 無危害の原則は、他者への危害を避けるよう要求しますが、研究において新たな知見を得るには身体的・精神的なリスクを伴う場合もあります。そのためリスクを最小限に抑え、利益とのバランスを考量することが求められます。精神疾患を抱える患者を対象とした研究では、特にこの原則の適用が難しい場合があります。例えば、うつ病患者に対する新しい治療法の検証では、従来の治療を中断することによるリスクや、プラセボ効果の影響などが問題となります。これに対処するため、研究デザインにおける安全性の検証、被験者への継続的なケアの提供などが求められます。

正義: 正義の原則は、研究の利益と負担が公平に分配されることを要求します。この原則の重要性は、近年の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が蔓延した際のワクチン開発において改めて浮き彫りになりました。ワクチン開発の迅速化が求められる中、発展途上国での治験において十分な説明や安全性の確保がなされないケースが問題視されました。これに対し、WHO

などの国際機関は、公平性を重視したガイドラインを策定し、研究に協力した国々へのワクチン供給を保証する仕組みを導入しました。

最新の動向と今後の課題

研究倫理を取り巻く環境は、技術の進歩とグローバル化により大きく変化しています。最後に、特に注目すべき三つの課題について検討します。

データ保護とプライバシー: ビッグデータや人工知能(AI)の活用が拡大する中で、個人データの取り扱いに関する倫理的配慮がますます重要になっています。個人情報漏洩や、不適切なデータ利用によるプライバシー侵害のリスクが増大しており、これに対する対策が急がれています。現在、データの匿名化技術やAIの判断過程を説明可能にする「説明可能なAI(explainable AI)」が注目されています。また、欧州連合(EU)の一般データ保護規則(GDPR)の施行により、データ保護の法的枠組みが強化され、国際的にもこのモデルを参照してデータ保護に取り組む動きが広がっています。

国際共同研究の倫理: グローバル化に伴い、異なる文化や倫理観を持つ地域での国際共同研究が増加しています。これにより、倫理審査の国際的な調和や、被験者の権利保護が重要な課題となっています。文化や法制度が異なる中で、どのように被験者の権利を守り、倫理的な基準を確保するかは重要な論点です。国際的な倫理ガイドラインの策定や、各国間の倫理審査委員会の連携強化、そして研究者への倫理教育が一層求められています。

新たな技術と倫理: 遺伝子編集技術やAIなどの新技術の発展に伴い、従来の倫理的枠組みでは対処しきれない課題が生じています。例えば、遺伝子編集によるヒト胚(受精卵)の改変や人と動物の細胞が混ざるキメラ動物の作製は、生命の根源にかかわる倫理的問題を提起しています。これらの科学技術に対しては、包括同意(特定の目的やプロジェクトに限定せず、今後のさまざまな研究に対して、参加者が自分のデータや試料の使用を包括的に同意する形式のこと)のような通常のICを超えたアプローチを採用することが急務です。さらに、研究者だけでなく、社会全体での議論を通じて、倫理的な枠組みを構築していく必要があります。

今回のPOINT

- ICはヒトを対象とした研究における研究倫理の中心的概念である。
- ICは研究そのものの信頼性や妥当性を高めるためにも必要なプロセスである。
- ICが直接的に依拠する倫理原則は「自律性の尊重」である。

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合います。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



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? 患者が頑なに貫いてきた面会拒否は、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



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

看護学校で1年生から行う腰痛予防教育

第4回

執筆 伊丹 琢 明治大学理工学部電気電子生命科学科 専任講師
関 恵子 滋賀県立大学人間看護学部 講師

今回のねらい



腰痛予防のための正しい姿勢を看護動作の中で身につけることは、不良姿勢が習慣化する前の初期教育から徹底することが重要です。伊丹先生には2021年度より本校看護学部1年生対象の「基礎看護技術I」で、「看護援助をする上で基本となるボディメカニクスの活用と技術」をテーマに腰痛予防教育システムの機器説明と活用方法を担当していただいています。今回は、大学での基礎看護教育における腰痛予防教育の実際をご紹介します。(関恵子)

演習や実習の中で看護学生も腰痛を自覚している

看護学生の腰痛の実態を調査した研究では、日常で腰痛を感じる学生は74.3%、実習中に腰痛を感じる者は56.8%と、多くの看護学生も腰痛を抱えていることが報告されています¹⁾。本学においても、1年生へのインタビュー調査で演習や実習による腰痛や腰部倦怠感があるとの声や、4年生へのインタビュー調査では看護援助だけでなく、長時間の静的動作となる患者さんとの会話や看護記録の作成等で腰痛を自覚するとの声を聞きました。さらに、腰痛は実習への負荷を増幅させるとの声も聞かれます。

◇大学入学直後から腰痛予防への意識づけをする

本校では1年生から演習科目「基礎看護技術I」の中で90分間×2コマを用いて、腰痛予防につながる看護動作習得を目的としたボディメカニクスに関する座学と演習を行っています。シーツ交換の際は、前傾姿勢やひねりが腰部負担の大きい動作となるので、ベッドの高さを上げる(身長45%の高さ)、広いスペースでひねらず行う、膝を曲げて腰を落とすことが重要であることを正しい看護姿勢と共に学びます(図)。

◇可能であれば座ってケアをする職業風土の醸成を

看護師の職業風土として患者さんのベッドサイドで座って話したり、援助をしたりすることはまだまだ一般的ではありません。腰痛予防教育を受けて間もない2年生の実習では、患者さんの椅子を借りて会話やバイタルサイン測定を実践しているものの、臨床現場で働く看護師像を見て学びが増えた4年生になる頃には座って患者さんと会

話をし、援助をするといった行動が非常に少なくなっています。臥床している患者さんとコミュニケーションをする上で重要となる「相手と視線を合わせて話す」といった行動は、座らない限り腰痛要因となる前傾姿勢にならざるを得ません。安全かつ質の高い看護・介護を患者さんに提供するには、われわれの身体は資本となります^{2,3)}。腰痛予防意識と行動を定着させるためにも、卒前・卒後にかかわらず腰痛予防教育は生涯教育として行っていく必要があると筆者は考えます。

腰痛予防のための生涯教育においては、腰痛になる前から腰痛予防意識を定着させるための危機予知トレーニング(以下、KYT)を導入することも効果があります。看護基礎教育の演習や実習中に腰痛を感じた場面に関して、原因および今後の対策をKYTの手法を用いて継続的学習することで腰痛予防意識が定着し行動変容につながります。(執筆:関恵子)

演習での腰痛予防スマートデバイスを活用した腰痛予防教育

筆者は滋賀県立大学人間看護学部の「基礎看護技術I」において、腰痛予防教育の効果をさらに高めるため、自ら開発した腰痛予防教育デバイス「LBPP」を活用して、学生が自身の看護動作を客観的に確認し、ボディメカニクスを活用した看護動作、介助動作を身に付けられるよう教育と支援を行っています。

前回(第3565号)紹介した通り、LBPPはアラーム機能の活用によって自らの看護動作姿勢を客観的に把握し、腰痛予防意識定着と行動変容につなげることを目的とします。「基礎看護技術I」ではまず、ビデオ撮影可能なトレーニングモードを選択し、腰部

× 腰部負担の大きい動作

○ 腰部負担の少ない動作



●図 シーツ交換時における正しい看護姿勢
ベッドの高さを上げる、広いスペースでひねらず行う、膝を曲げて腰を落とすなど腰部負担の少ない動作姿勢

負担のかかる姿勢でもアラームが鳴らない設定でベッドメイキング動作やベッドから車椅子への移乗動作を行っていただきます。実際の動作と角度変化をモニターやスクリーンに示しながら、ボディメカニクスの観点から看護動作時の姿勢を解説、評価します(写真)。

この時に、ボディメカニクスを活用した①腰部に負担がかからないように、前傾姿勢やひねり姿勢はとらないように心がける、②ベッドの高さを高くする、③足を開いて支持基底面を広くして安定姿勢となるように心がけるなどといった看護動作について丁寧に説明しています。

次は、腰部負担がかかった姿勢でアラームがなるよう設定して、再度同じ動作をしてもらいます。腰部に負担のかかる姿勢をとると、「ビビビ」と音が鳴りますので、学生は自身の姿勢が腰部に負担がかかっている姿勢だと認識でき、自ら姿勢を改善していきます。動画での振り返りや他者の前傾姿勢を客観的に確認すると姿勢不良を認識しやすいですが、自身の姿勢不良は体感的に学習することが必要不可欠であるといえます。

◇自己学習や研究での活用

LBPPのアラーム機能は、音・振動・サイレントを選択できるので、病院や介護現場など、使用環境に応じて変更できます。また、専用アプリとBluetooth接続することで、ビデオ撮影可能なトレーニングモードを活用できます。最大10分間の撮影が可能で、撮影映像と実際の角度もグラフで確認できますので、どの動作の際に、どの程度の角度だったのかを客観的に解析可能です。教育現場での活用だけでなく、自己学習として、また研究事例としても活用されることを期待しています。



●写真 基礎教育における腰痛予防デバイスを活用した腰痛予防教育の様子

QRコードから参照できる動画は、ボディメカニクスに関する演習で腰痛予防デバイスの活用前後を撮影し違いを示したものです。危険姿勢となる前傾姿勢40度は、感覚的には非常に浅い角度であるため驚かれる方が多い。

◇腰痛ゼロ社会の実現に向けて

筆者の研究目標は、「本当に必要なモノづくりとは何か」を探求し、高齢者を含めた全ての人々の長期的なQOL向上を支えるデバイス・システムを開発することです。看護・介護業界を始めとする全ての労働者の将来的な腰痛を軽減・予防し、腰痛に悩まされることなく長期的に生き生きと働き、かつ生活することが可能な「腰痛ゼロ社会」の実現に向けて、どのような機能を持つデバイスが必要とされるのか、筆者のめざす「本当に必要とされるモノづくり」をこれからも進めていきます。(執筆:伊丹琢)

●参考文献・URL

- 1) 竹田千夏, 他. 看護学生の腰痛に関する認識と実習中の腰痛予防行動に関する要因. 日看研会誌. 2019; 42 (3): 469.
- 2) 中央労働災害防止協会. 医療保健業の労働災害防止(看護従事者の腰痛予防対策). 2014. <https://bit.ly/3yTtSc3>
- 3) 中央労働災害防止協会. 社会福祉施設の労働災害防止(介護従事者の腰痛予防対策). 2014. <https://bit.ly/3ART976>

“腰の負担”をリアルタイムに数値化!

腰痛予防スマートデバイス LBPP

当デバイスは、Android スマートフォンアプリと連動させて使用します。作業中に、腰に負担のかかる前傾やひねり動作を検出した場合、腰痛予防のためにアラームでお知らせします。また、ビデオ録画が可能なトレーニングモードも実装しており、看護・介護関連の学校にて、生徒さんの実習授業でもご活用いただけます。

価格
アプリ使用料も含まれます
すぐに使えるスマホセット
55,000円(税込)
デバイス単体
33,000円(税込)

使い方は簡単!

スマホとペアリングしてから、デバイスを胸ポケットに入れます。計測中は、腰に負担のかかる無理な姿勢をとると注意報・警報が通知されます。

5秒待って測定開始!

アプリの詳細はこちら

株式会社メディアロボテック

本製品は、『明治大学理工学部電気電子生命科学科 スマートメカトロニクス研究室(伊丹研究室)』、『滋賀県立大学 人間看護学部 人間看護学科』との共同研究により開発を行っています。

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] 第2版 病態をフローチャートで鑑別できる

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。

荒木秀明



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18回 電話でのコミュニケーション



CASE 尿路感染症の治療目的で入院となった85歳女性。入院時はADL全介助の状態であったものの、簡単なコミュニケーションはできる状態であった。入院して4日目の夜、看護師が見回りをしている時に、患者の呼吸が止まっていることを発見した。急変の可能性があることは予め主治医から伝えられており、心停止時DNARの指示が出されていた。看護師から家族に亡くなっている状況を電話することになった。

電話と対面は何が違うのか?

対面での会話が好ましいが、状況的に電話で悪い話をせざるを得ない場面はある。患者が亡くなりそう、事故で運ばれた患者が心肺停止である、見回りに行ったらすでに亡くなっていたケースなどは初動が大事である。電話で医学的な質問を多く受けることが予想されるため、基本的には医師から電話したほうが良いだろう。しかし、医師がすぐ話せない状況では看護師が行うこともあり得る。

メラビアン¹⁾の法則では人とのコミュニケーションの際に、視覚情報が55%、聴覚情報が38%、言語情報が7%で相手に影響を与えるとされている¹⁾。電話では視覚情報がないため、対面で話すことに比べて配慮が必要である。特に医療者は電話において一方的に話を伝えることが多いため配慮が必要がある。今回は患者家族に電話をする際のポイントを共有する(図)。

1) 電話口の状況を把握する

電話の相手は仕事中的人もいれば、運転中の人もいる。まずは聞けるコンディションであるかを聞く必要がある。また病院からの電話は多くの家族にとっては怖いものである。病院にす

ぐ来なくて良いケースではまずは安心してもらう。

相手の状況によっては病院に来て話す時間はないと言われることもあるだろう。そうした時は、交渉で落とし所を探そう。すぐに来院できない理由は、急に言われても仕事を休めないなどさまざまである。病院で看護師がよく困る問題への対策として、筆者が行っていることを表1に挙げる。

最も多いのは、家族の状態より仕事を優先するケースだ。「そこまで状態が悪いとは思わなかった」という家族の言葉である。その場合には電話で悪いニュースを伝えることで、「そんなに悪いなら病院へ行きます」と仕事より家族の状態を優先することがよくある。またキーパーソンの中には、愛着がなく仕方なく電話連絡だけ行うようにしている人もいる。その場合もやはり仕事のほうが家族の状態より優先されている。何度も病院へ来れない場合は電話で病状説明しても良いだろう。

2) 声のトーンや間から相手の感情を推測し共感する

電話では非言語的な情報がないため、言語的情報がよりダイレクトに伝わる特徴がある。声のトーンや間から相手の感情を推測し共感する。電話越しで聞いても相手に伝わらないため、

①電話口の状況(適切な時間/場所)を把握する

→「車の運転中ではないですか」「10分ほどお話し良いですか?」「メモは準備できますか?」「急に悪くなった訳ではないのでご安心ください」「本来なら対面で話すべきことですが、電話で少し良いですか?」



②声のトーンや間から相手の感情を推測し共感する

→悪いニュースはトーンを落として、ゆっくり話す。
→相手の声のトーンから感情を推測し共感する。共感を言葉にする。
→病院へいつ来られるかを確認する。



③電話での悪いニュースの伝え方

→新聞の見出しであればなんと書かれているかをイメージしてシンプルに単刀直入に伝える
→「なぜそうなったのか。いつまで元気だったのか」といった想定される質問は、電話をかける前までに把握する
→大事なことはゆっくり、トーンを落として伝える
「詳しい病状に関しては主治医から説明していただこうと思います」



●図 電話でのコミュニケーションにおけるポイント

●表2 家族と話し合う際に対面が好ましいテーマと、電話でも良いと思われるテーマ

対面での話し合いが好ましいテーマ	悪いニュース(がんの診断、予後の告知) ケアのゴール(どこまで治療をするべきか)、死亡直前期の心構え、意見の対立がある事項
電話でも良いと思われるテーマ	どう病状を聞いているかの確認、大きく変わらない病状の変化、本人の暮らしぶり、ACP(本人のとなりや家族関係)、キーパーソンの確認と連絡先の統一

より言語的に共感を言葉にする必要がある^{2,3)}。悪いニュースを伝えた後は、NURSEスキルを用い、共感的な言葉を意識的に口に出す。

3) 電話での悪いニュースの伝え方

悪いニュースは、新聞の見出しであればなんと書かれているか(Headline)をイメージしてシンプルかつ単刀直入に伝えることがコツである。

「なぜそうなったのか。いつまで元気だったのか」は想定される質問であり、電話をかける前までに確実に把握しておきたい。伝え方で意識する点は、声の大きさ、スピード、高さ、会話の間などがある。大事な部分(余命や死亡した状況)は、特にゆっくり、トーンを落として伝える。そして、家族の来院予定時間を確認することを忘れないことが大事だ⁴⁾。

対面と電話をどう使い分けるか?

大事なことは対面で話してほしいと言われたことはないだろうか。一方でコロナ禍で対面での話し合いが難しい時は、電話で病状説明をすることが多かったと思われる。筆者は表2のように、大事な話はなるべく対面で話し合いつつ、電話でも良いテーマとで伝え方を使い分けている。医学的な質問がきたら困るから、看護師から電話をかけないという慣習があることを聞く。今の入院の暮らしぶりを話すこと、患者家族の感情面のサポート、どんな人となりかを聞くことは電話でもできることであり、意思決定支援に大いに役立つと考える⁵⁾。

CASEのその後

「心肺蘇生はできないのか。助からないのか」といった質問や、見回り中に亡くなっていたことから「医療ミス

ではなかったのか」と言われることを事前に想定した上で、下記のように説明し、来院後に詳しい説明をすることになった。

夜遅くに突然のお電話すみません。〇〇病院の看護師のAと申します。Bさんのことで非常に申し上げにくいのですが、先ほど、亡くなりました……。お電話でこのような話をしてしまい申し訳ありません。△△時に見た時には呼吸もしていましたし、薬も飲んでいましたが、◇◇時に見回りに行った時には呼吸が止まっていました。

(患者家族の「心肺蘇生はできないのか。助からないのか」との話を受けて)

……はい。もう助からない状態です。心臓マッサージをして、助かる次元の状況ではありません。病院にいらっしゃった後に、もう少し詳しくお話しいたします。他のご家族さんも一緒に来られますか? 何時ごろ来られますか? こんなお電話で申し訳ありません。

看護のPOINT

- 電話口の状況(適切な時間/場所)を把握しよう
- 声のトーン・間・相手からの返答を特に意識し、ゆっくり情報を伝える。
- 悪いニュースを伝える時は、「なぜそうなったのか。いつまで元気だったのか」といった想定される質問は、電話をかける前までに把握する。病院へいつ来られるかを確認する。

●参考文献・URL

- 1) Mehrabian A, et al. Communication Without Words. Psychology today. 1968; 2 (4): 53-5.
- 2) Osias RR, et al. Telephone Notification of Death-Part 1. 2019. <https://bit.ly/4cRNVFz>
- 3) Osias RR, et al. Telephone Notification of Death-Part 2. 2019. <https://bit.ly/3AXNJHp>
- 4) Am Fam Physician. 2009 [PMID: 19725492]
- 5) 千葉佳織. 話し方の戦略——「結果を出せる人」が身につけている一生ものの思考と技術. プレジデント社; 2024.

●表1 病院で対応に難渋するシチュエーションと医療者ができる対応

病院で対応に難渋するシチュエーション	医療者ができる対応
家族側が状態を悪いと思っていない	悪いニュースや余命を電話で伝え、優先順位を上げる
泣く泣くキーパーソンをしていて愛着がない	対面が負担なため、電話で悪いニュースやケアのゴールを話し合う
仕事为本に忙しく、時間が取れない	早朝や昼休みなど、電話が取れる時間に約束する 休日・夜間は病院のルールとして面談できないと伝える 定期的に連絡をする
不安・回避傾向にある家族	病院として限界設定を行う(例: 返答は1週間の期限を設ける)
そもそも電話が繋がらない	時間を変えて複数回かける。留守電を入れる。電話した記録をカルテに残す 折り返しの電話もなければ、医療チームで最善を尽くす

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。

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

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

学会・研究会 運営サポート

小規模の学会・研究会様のご予算に合わせます!!

現地開催・ライブ配信
オンデマンド配信対応

システム構築
会員管理 WEB参加
QRコード受付 演題登録

株式会社アドバンスコープ
新領域事業部
gakkai@catv-ads.jp

医学書院 Webセミナー **無料**

2024年10月23日(水) 19:00~20:30

**こどもを主語にした
意思決定支援**

看取りを見据えて関わる際に
大切にしたいこと

講師 余谷 暢之 先生
南條 浩輝 先生
松丸 実奈 先生

<https://www.igaku-shoin.co.jp/seminar/detail/241023sem>

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238回〉

看護の知の普及

「看護師だった私が病院を辞め、研究の道に向かうことになったのは、ある患者さんとの出会いと別れがあったからである」と、坂井志織さんは書き始める。

当時、総合病院の脳神経外科病棟“7東病棟”に勤務していた坂井さんは手術のために入院した村中さん(仮名)と出会った。看護師3年目で初めて担当した脳腫瘍の患者であった。村中さんの手術は予定どおり行われ成功した。しかし、腫瘍の摘出部位が脳幹部に近いこともあり、脳浮腫に加えて意識障害や小脳失調、嚥下障害など複数の症状から誤嚥性肺炎を併発した。やがて自発呼吸が困難になった村中さんは、気管挿管をされて人工呼吸器を使用する状態が長引き、気管切開が行われた。村中さんは、意識障害と高熱が続き衰弱が激しく生死の境をさまよった。家族は仕事帰りに面会に訪れては、さまざまな機器につながれた意識のない村中さんのそばにじっと座っていた。担当看護師であった坂井さんは、家族にその日の体調を説明し、着替えのお礼を言いねぎらいの言葉をかけベッドサイドで一緒に時を過ごした。

しびれが治らない苦しみ

主治医に山場だと言われてから数日

がたつと、村中さんの熱は下がり肺炎は改善した。人工呼吸器につながれた自分の様子に気づいた村中さんは機器類をはずしてほしいとジェスチャーした。しばらくして人工呼吸器が取り外された村中さんはつじつまの合わない発言が続き、不穏やせん妄状態となった。一人での歩行も困難になった村中さんにはリハビリが開始され、嚥下機能も回復していった。坂井さんは家族と共に心から回復を喜んだ。

その後、村中さんは「腕がしびれる。だるい」と訴えるようになった。看護師たちは、温めたり冷やしたり、マッサージをしたり、村中さんとともに思いつく限りの方策を試してみたが、功を奏さなかった。

入院から約4か月後、村中さんはしびれの完治をめざして温泉治療施設を有するリハビリ病院に転院した。看護師たちは、村中さんの訴えに困惑し、症状軽減をできない無力さにつらさを感じていたので、村中さんの転院を複雑な気持ちで見送った。

1か月ほどたって村中さんから病棟に手紙が届いた。元気にやっていることやしびれが改善している気がする。こと、坂井さんへの温かいメッセージがつづられていて、坂井さんは心から安堵した。

やがてリハビリ病院を退院した村中

さんは、再び坂井さんのいる病院の外來通院を始めた。しびれは思うように改善されず、村中さんは麻酔科で治療を受けたあと病棟に立ち寄っては、顔見知りの看護師を探して、しびれが治らないことを話した。その日、麻酔科外來を担当していた坂井さんは、半年以上ぶりに会った村中さんが悲痛な面持ちでしびれが治らないと話すのを聞いた。「最後に坂井さんに会えてよかった」と寂しそうな笑顔をしていたのが気にかかった。「“最後”ってなんだか変だな」と思った。月曜日のことだった。

金曜日の夕方5時に坂井さんが外來から病棟に戻ろうとしたそのとき、電話が鳴った。警察からだった。村中さんが“しびれを苦しめて”という内容の遺書を残し自死したので、事件性の確認のため、病状を確認したいという連絡だった。

「しびれている身体で生きる」

坂井さんの経験は、「しびれている身体で生きる経験とその意味——回復期にある中枢神経障害患者に注目して」という博士論文〔2016年、首都大学東京(当時)健康福祉学部人間健康科学研究科〕に結実した。

上記の博士論文をリライトし、現場で働く看護職や一般の人々など幅広く読んでもらうことを意図して、『しびれている身体で生きる』(日本看護協会出版会、2019年)と題した書籍の発刊となった。

質的研究を用いた看護研究の博士論文を、読み物として再構成したものを「シリーズ〈看護の知〉」として、日本看護協会出版会ではこれまで12冊刊行している。

これまで刊行した書籍を以下に示した。看護学における学術論文の価値を共有したい。

1. 蛭田明子『亡くなった子どもと「共に在る」家族』2017年
2. 島田多佳子『いかにして患者の「気持ちいい」は生まれるのか』2017年
3. 坂井志織『しびれている身体で生きる』2019年
4. 大谷則子『「いつもと違う」と感じ、思わず行う行為は実践の知なのか』2020年
5. 川名るり『「わざ」を伝える』2020年
6. 宮子あずさ『「負けるが勝ち」の看護と人生』2020年
7. 福田紀子『「医療事故」に関わったスタッフを支える』2020年
8. 上田理恵『看護師の「痛み」を伴う経験とその意味』2022年
9. 中村順子『スタッフを「活かし・育てる」訪問看護管理者の関わり』2022年
10. 川端愛『進行がんを患うひとが語る「死」』2023年
11. 草野淳子『わが子のケアの達人になる「医療的ケア児」のママたちの奮闘』2023年
12. 西名諒平『入院している子どもの「きょうだい」を支援する』2023年

◎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

看護教員のための
オンライン
プラットフォーム

NE



Nursing
Education
Online

個人版

法人版

NEOは **まなぶ つながる ひろがる** をコンセプトにした
看護教育・研究について学べるオンラインプラットフォームです。

POINT 1 ▶ 収録講演動画数 300 本以上

POINT 2 ▶ 大好評セミナー、続々企画

2023年度はのべ7,000名以上にご参加いただきました。

POINT 3 ▶ 雑誌「看護教育」も閲覧可能

POINT 4 ▶ ゼミの開催・授業で使える資料も収録

個人での契約も可能になりました!

コンテンツ情報をチェックいただき、ぜひ先生方のご指導にご活用ください

雑誌

動画

セミナー

が

オールインワン



詳しくは
Webサイトを
ご覧ください

医学書院

Medical Library 書評新刊案内

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

萱間 真美 著

B5・頁144
定価:2,420円(本体2,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05619-9

本書は、2016年の初版から、8年を経て改訂された秀作である。

国内で精神障がい者の地域移行支援が推進される中、著者である萱間真美氏には、今回の改訂に当たり「これからの地域支援に当たる看護師や多職種スタッフが、当事者とストレングス・マッピングシートを用いた対話を通して、当事者の夢の実現に向けて伴走者の役割を果たしてほしい」との強い思いがあったと思われる。それが本書全体を通して、随所に表れている。

まず読者に語りかけるように、そしてどの職種にもわかるように、平易な言葉で、ストレングスモデルとは何か、その役割、基本理念、原則、そして当事者との関係性と対話の大切さやコツ、ストレングス・マッピングシートの使い方などを伝えている。また看護師をはじめ医療従事者が陥りやすい問題解決モデルへのこだわりを取り上げ、そこからどうストレングスモデルに転換するのかという難しい局面を、違いを明確に表示しつつ、事例も使い、丁寧にわかりやすく説明している。問題解決モデルは医療現場では必要である一方、当事者の変化や状況に応じてストレングスモデルを取り入れることの重要性も伝わってくる。本書のユニークなところは、ストレ

百聞は一見に如かず。対話のコツとその効果をWeb動画で



その人らしく
生きるとは
どういうことか

評者 岡田 佳詠
国際医療福祉大学教授・看護学

ングス・マッピングシートを用いた当事者と萱間氏の対話を、Web動画で見られることである。対話で用いた、当事者が事前に作成したストレングス・マッピングシートと、萱間氏との対話で補足・追加されたストレングス・マッピングシートを対比して見ることができるため、対話を経てシートが豊かになっていく様子がよくわかる。またこの動画の優れたところは、対話のポイントとスキルがわかるように編集されたバージョンもあることで、本書のページを参照しながらスキルを確認し、どう話を展開すると良いかが理解しやすくなっている。具体的にスキルを学び、臨床で生かしたい読者にとっては、とてもうれしいことだろう。中でも印象的だったのは、対話に登場している当事者の表情の変化である。萱間氏からの夢に焦点を当てた問いかけやフィードバックにより、当事者の表情が楽しそうに生き生きとし始め、そして輝いてくるのである。これがまさにストレングス・マッピングシートを用いた対話の効果であり、夢の実現に向けて当事者とともに考え、行動することの大切さを物語っていると感じた。

最後にストレングスモデルへの転換は、当事者のみならず、私たち看護師

手の構造 Structures of the Hand

玉井 誠 著

B5・頁232
定価:16,500円(本体15,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05475-1

『手の構造 Structures of the Hand』は驚異的な解剖学書である。

著者の玉井誠先生は手外科の臨床家、解剖学者であり、写真家でもある。

手外科医としての冷静で的確な医学的解説と、艶やかに芸術的な手の解剖写真とのインテグレーションに魅了される。

玉井先生は2000～2003年にかけて、米国のケンタッキー州ルイビルにご留学された。手外科医としての臨床業務に並行して、手の解剖に心血を注がれ、自ら撮影された写真は1.5万枚以上にも及ぶという。

姉妹書である『The Grasping Hand——Structural and Functional Anatomy of the Hand and Upper Extremity』(Thieme)は、Dr.Guptaと玉井先生の共同編集で2020年に出版され、2023年には玉井先生、村田景一先生監訳で『The Grasping Hand 日本語版——手・上肢の構造と機能』(医学書院)が出版されている。こちらの書籍でも玉井先生が撮影した写真を基に、手外科のエキスパートたちによる手の解剖に関する詳細な情報や臨床との関連が記されている。この『The Grasping Hand』とは異なる角度から、臨床家の目線で、手の構造について簡潔に解説したのが、本書『手の構造 Structures of the Hand』であり、美しい解剖と撮影技術で、厳選された標本の一枚一枚が収められている。

他の解剖書と大きく異なるのは、標

本や他の医療従事者の夢や希望にもつながることを改めて実感した。当事者を問題解決モデルで見ると、ネガティブなところがどうしても目につき、「できない」「やれない」と思い込むと、明るい未来が見えず、ケアの意欲も湧かなくなる。そこから悪循環に陥り、当事者の退院や地域移行は行き詰ま

評者 越後 歩
札幌徳洲会病院整形外科外傷センター・
手外科専門作業療法士

本の質感である。標本は新鮮屍体を用い、組織の変性が抑えられ、組織の硬さ、柔らかさは生体に近いものである。また、組織の乾燥を防ぐために、撮影中の標本の質の維持にも配慮されている。

変性・変色した標本に慣れている私たちにとって、筋肉の張りや質感、神経と腱の微妙な色の違い、腱膜や靭帯の線維の方向など、これまで得られなかったさまざまな情報を知ることができる。

また、工夫を凝らした解剖や撮影のアイデアが素晴らしい。読者の左手と見比べるため、標本は左ページに印刷されている。写真

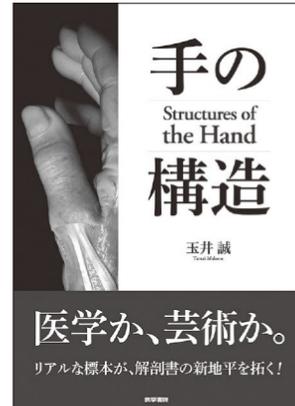
の背景は漆黒であり、解剖された手が空中に浮かんでいるように見える。組織には光沢があり、組織ごとに異なる色や硬さの違いが伝わってくる。

皮線を含む皮膚を残し、深部組織との関係を示した画像や、手関節の靭帯や線維の方向を示した画像、手関節尺側部の詳細な構造、血液供給網を示すための立体的な層、屈筋・伸筋腱と支帯、コンパートメントを示した画像など、読者が未体験の美しい標本を多数含む。

20年の歳月をかけ上梓された本書は、手外科分野にかかわる医師や療法士が手の解剖学的構造や配置だけでなく、その状態や質感までを学ぶことができる最良の一冊である。

る。しかしストレングスモデルで当事者と対話ができると、当事者から逆にエンパワーされ、元気をもらう。まずは私たちが見方を変え、ストレングスモデルで当事者と対話を持つ努力を始めれば、好循環へと舵を切ることができる。本書から教えてもらったように思う。

未体験の美しい標本。これは驚異的な解剖学書である。



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▶



増大号
公衆衛生 Vol.88 No.11 定価 2,750円
「こどもまんなか社会」を目指して
成育基本法・こども基本法・こども家庭庁

増大号
medicina Vol.61 No.11 定価 4,950円
続・Quality Indicatorの
実装とその改善
日々の診療に役立つ診療評価指標

増大号
総合診療 Vol.34 No.10 定価 2,860円
化かしが得意なカメレオンな
疾患を捕まえろ！
よくある騙され方のゲシュタルト

増大号
循環器ジャーナル Vol.72 No.4 定価 4,510円
循環器診断マスター
「ロジック」と「暗黙知」で診断の真髄に迫る

増大号
胃と腸 Vol.59 No.10 定価 7,920円
炎症性腸疾患 2024

BRAIN and NERVE Vol.76 No.10 定価 3,080円
どうして効くんだろう

増大号
精神医学 Vol.66 No.10 定価 3,080円
不登校の理解と支援

増大号
臨床外科 Vol.79 No.10 定価 3,080円
手術支援機器 百花繚乱！
ロボットとデバイスホルダー

増大号
臨床外科 Vol.79 No.11 定価 9,130円
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

増大号
臨床整形外科 Vol.59 No.10 定価 2,970円
整形外科医のための
臨床研究の進め方 立案から実施まで

増大号
臨床婦人科産科 Vol.78 No.10 定価 3,080円
産科エコー 基本の“キ”
(特別付録 web 動画)

増大号
臨床眼科 Vol.78 No.10 定価 3,190円
第77回日本臨床眼科学会講演集(8)

増大号
臨床眼科 Vol.78 No.11 定価 9,460円
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

増大号
耳鼻咽喉科・頭頸部外科 Vol.96 No.11 定価 3,080円
頭頸部がん薬物療法
プロに学ぶ最善の選択

増大号
臨床泌尿器科 Vol.78 No.10 定価 3,190円
そうだったのか腎移植
泌尿器科ジェネラリストを目指そう！

増大号
総合リハビリテーション Vol.52 No.10 定価 2,640円
義肢装具治療の最前線

増大号
理学療法ジャーナル Vol.58 No.10 定価 2,090円
小脳 update 運動と認知

増大号
臨床検査 Vol.68 No.11 定価 2,530円
標準化とトレーサビリティ体系/
中毒への対応

増大号
病院 Vol.83 No.10 定価 3,300円
遠隔支援の新時代
未来のビジョンとその実現に向けて

増大号
看護管理 Vol.34 No.10 定価 1,760円
患者が望むケアプロセスを
支える体制づくり
ケア移行のあるべき姿を再考する

増大号
看護教育 Vol.65 No.5 定価 2,860円
OSCEに備えろ！
アップロードする！

増大号
看護研究 Vol.57 No.5 定価 2,200円
質的研究と研究倫理
研究を育てる倫理の在り方再考

増大号
助産雑誌 Vol.78 No.5 定価 1,980円
助産師のための
LGBTQ+/SOGI入門

増大号
保健師ジャーナル Vol.80 No.5 定価 1,760円
乳幼児健診の意義と
保健師の関わり
5歳児健診の標準化に向けて

■定価は税込み価格

発達障害Q&A 臨床の疑問に答える104問

金生 由紀子 ● 編
今村 明, 辻井 農亜 ● 編集協力

B5・頁368
定価: 6,600円(本体6,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05436-2

本書は『精神医学』誌2023年5月号増大特集「いま、知っておきたい発達障害Q & A98」に、追加の質問を加えバージョンアップして書籍化したものである。日常診療で生じる多岐にわたる実臨床に沿った疑問に対して、発達障害の臨床の第一線で活躍する専門家たちが回答している。医療から福祉・教育領域の支援者まで幅広い読者の知りたいことにQ & A形式でわかりやすく解説しており、発達障害臨床の指針となる一冊といえるだろう。

今では「発達障害」という言葉は世間一般に広く知れわたるようになってきているが、その概念は時代とともに拡大してきた経過がある。歴史をさかのぼると1963年に米国で法律用語として誕生した「発達障害」という用語だが、さまざまな変遷を経て日本でその社会的理解や支援が促進される転換期となったのは2005年「発達障害者支援法」の施行といえる。ただし非営利団体が行ったある調査によれば、「発達障害」の社会的認知度は高い一方で、当事者や家族の多くは「十分に理解されていない」と感じているというギャップが存在することも報告されている。これは社会的な認知度が高まる一方、ともすればスティグマになりかねない危うさを示しているともいえよう。同様に「グレーゾーン」「Highly Sensitive Child」などといった言葉も発達障害と絡んで臨床現場に広がってきているが、これらもまた整理が難しく、そのような用語を使用する背景には、さまざまな医師側の葛藤が見え隠れしているようにも思える。

2013年にDSM-5が登場して以降、自閉スペクトラム症をはじめ発達障害を特徴付ける症状はその程度が連続していると考えられるようになった。本書の中で松本英夫医師が主な発達障害の特徴について「スペクトラムである」こと、またそれゆえに「診断閾値下の特性を持つ児・者が数多く存在する」ことと述べているが(本書p.6)、グレーゾーンは本来診断閾値下であっても支援の必要性が高い当事者に早期介入ができるように生まれてきた言葉である。しかし当事者を取り巻く生活環境によっては一利一害となるその扱い方は大変悩ましい。本書は発達障害とい

当事者の「強み」をどう考え、 どう引き出していくのか



う医学的にも福祉的にも幅広い概念と疫学について多角的に丁寧に解説するところから始まる。われわれ支援者が何気なく使用する言葉が、当事者はもちろん社会全体におけるスティグマの解消の一端につながると考えれば、まずは概念や用語の定義の正確な知識を持ちその理解を深めることが発達障害支援の土台となるのだろう。一方で発達障害者支援法が施行されて20年近くがたち「発達障害インフォームド」なかわりが社会の中で広がりを見せてきたこともまた事実である。つまり発達障害の知識を持ち、その知識や情報

に基づいた配慮のあるかわりが医療、福祉、教育、産業領域で行われるようになった。生涯にわたり症状が持続すると考えられている発達障害の理解と支援に当たっては、その名の通り発達側の側面からの視点が欠かせない。家庭や学校などの環境要因との相互作用によって一人ひとりその特徴や抱える困難は異なり、それらについて検討されなければいけない。その意味では日常診療においてもライフステージ別に幅広い視点が必要となってくる。本書は検査・診断・鑑別・併存、薬物治療について最新の知見が述べられていることはもちろん、早期に提供される療育的支援に始まり支持的治療法、認知行動療法、心理社会的治療まで、発達障害に配慮した上で当事者に支援が有効に提供されるコツが書かれている。そして当事者への支援のみならず養育環境・学校や会社などの社会環境に対する環境調整と支援方法についても実際の助言がなされている。

そして「発達障害とトラウマ」という児童精神科臨床に悩ましい判断が求められるテーマについても複数の著者により言及されているところが大変興味深い。児童虐待などを含む逆境的な体験から引き起こされる(いわばトラウマによる過覚醒症状ともとらえられる)多動衝動性と、発達障害の中核症状ともいえる多動衝動性の鑑別は臨床的に大変難しい。個人的には相談に至った子どもの発達認知特性とアタッチメントの不安定性、そしてトラウマからの影響をバランスよくとらえていくことが大切だと考えているが、その点について亀岡智美医師が発達障害とト

「卓越したジェネラリスト診療」入門 複雑困難な時代を生き抜く臨床医のメソッド

藤沼 康樹 ● 著

A5・頁296
定価: 4,400円(本体4,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05354-9

評者 志水 太郎
獨協医科大学教授・総合診療医学

日本の多くの若手総合診療医に“oy-abun”と慕われ、私自身も敬愛してやまない藤沼康樹先生(医療福祉生協連 家庭医療学開発センター長)の初の単著を拝読しました。読了後に浮かんだのは、米国の医師フランシス・ピーボディ(1881-1927)の格言「患者ケアの秘訣は患者をケアすることにある」でした。「臨床医の重要な資質の1つは人間性への関心である」とするこの格言が、本書の箴言の数々と共鳴し、胸を撃ち抜かれたような衝撃を何度も感じました。それが、この本の通読1回目の感想でした。

灰色の衝撃： 不確実性への転換的挑戦



本書の第1章1節の最初のページに明記されているように、医療は「不確実性」が高いものです。現代の医学教育では、多くは説明可能でクリアカットな部分が好まれ、不確実な「灰色」な部分(グレーゾーン)は全体からすれば補集合の扱いに甘んじ、時に無視されてきたのではないかと思います。しかし、この不確実な領域への関心と探求がなければ、全体をつかむことはできないでしょう。コントロール可能な壁の中の世界にだけ生きていたのでは、エルディア人たちは自分たちの始祖の事を決して知り得なかったのではないのでしょうか(『進撃の巨人』(講談社))。本書にはその不確実性をも可能な限り言語化して構造化する試みが随所にあり、本邦で現在これに比肩する類書は存在しないとみまます。

本書は3章からなります。第1章は、家庭医の技芸が光る診断・治療について、そして外来マネジメントのクリニカルパルなどの具体的なアドバイスに満ちています。個人的には、5節の「プライマリ・ケアにおける『治療学』」

ラウマ、そして心の防護壁となるアタッチメントについて詳しく述べている。診断の際にトラウマの影響を念頭に置くこと、そしてトラウマインフォームドケアを適時的に提供することの重要性について解説されており、見識を深めることができる。

最後に、本書編集者の金生由紀子医師が「まえがき」で触れている通り、環境には「保護的であったり、発達促進的であったりするものもあり、それを活かす」ことは有用である。しかし、どうしても日常の診療においては当事者の症状、いわゆる「多数派である定

の中でも「リアシユアランス」の項(本書p.88~)に強い共感を覚えました。また、3節の「『家族』を診る方法」(本書p.44~)にも大いに学びました。第II章は、本書の中核をなすと思われます。“卓越したジェネラリスト”の技術や考え、振り返りの内訳を明確に言語化し、さらにそれを達成する方策を明示し、わかりやすいケースとともに詳述しています。これら大量のケースの藤沼先生のself-reflectionを追体験したい、というのはさすがにわがままな願いでもあり、そこは藤沼先生のPodcastやSNSでのコメントなどで補

完するのが理解を深める方法としてよいと思います(あるいは次作に大いに期待します)。第III章は、II章で解説された「個」の卓越性から離れ、「チーム」や「未来」にどのように卓越性を展開・継承させるかという、より発展的な記述となっています。加えて、20ページ近い長めの「おわりに」には、未練を感じつつ次作への接続を期待させる内容となっています。

本書の装丁は、「灰色」が基調になっています。これには、さまざまな意匠が込められていると感じます。1つの解釈は不確実な医療、すなわち“グレーゾーン”に焦点を当てるという示唆かもしれません。本書が東洋で生まれたことに感謝しつつ、ファッション史における「黒の衝撃」ならぬ、「灰色の衝撃」として不確実性への対処に新たな角度から意味を与えたことが医学史に記憶され、そこに内挿されたオリジナルのプリンシプルや技芸とともに、長く愛される一冊となることを願います。

型発達との違い」について目を向けがちになる。そして強みとひと言でいっても、限られた時間の診療の場でどう強みを見いだしていけばよいのか途方にくれることも少なくない。本書ではテーマは異なってもさまざまな専門家たちが「強み」をどう考え、どう引き出していくのか随所に織り交ぜて解説されているところが魅力的であった。本書を読むという行為はおそらく読者にとって発達障害の支援者としての姿勢について常に考えさせられる体験になるのではないだろうか。

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



新刊 救急×画像診断のエキスパートが 救急画像のコツを教えます!

研修医・当直医のための 救急画像読影ガイド

危機的な所見を見逃さないため

著: 船曳知弘
定価5,720円(本体5,200円+税10%)
B5変 頁280
写真790・表6 2024年
ISBN978-4-8157-3116-8



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



10月発行!
ベストセラーの第2弾

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

大塚篤司 

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ううえで、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)いる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もんね。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 

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るけど大丈夫かな(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、お試しで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



医学書院

〒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