

2020年4月6日

第3366号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] これからの病院事務職の話... 1-2面
[寄稿] 富山県認知症高齢者実態調査から考える健康長寿へのアプローチ... 3面
[FAQ] 6ステップで支える理学療法の臨床実習... 4面
[連載] 臨床研究の実践知... 5面
金原一郎記念医学医療振興財団,他 7面

座談会 これからの病院事務職の話をして

問題解決能力の向上と医療職との連携強化をめざして



森岡 病院経営にはさまざまな課題があり、課題解決に向けて事務職が果たすべき役割も大きくなっています。本座談会では特に若手~中堅層に焦点を当てて、私たち事務職がどのように問題解決能力を高めていくかを議論したいと思います。

若手の当事者意識を育み、成果を可視化する

末吉 問題解決能力を高める前段階として、まずは当事者意識を持つことが大事ではないでしょうか。社会保障の財源が豊かな時代なら、指示された通りにオペレーションを回すだけでも良かったのかもしれませんが。しかし病床機能の再編が進む現在は、「適者生存」の時代に入っています。そうした環境の変化に対して、院長やベテラン事務職がトップダウンで方針を決めるのを待つのではなく、「組織としてどうあるべきなのか」「今後この病院をどうしたいのか」を若手~中堅層が当事者意識を持って企画・提案し変えていくことが求められています。

小迫 ベテラン事務職は医療制度や診

療報酬に詳しいですし歴史的な経緯も把握しているので、経営課題に対してアクションを取るのには若手より上手な印象を受けます。一方で、「職員が働きにくい」とか「病院の都合で患者さまに迷惑をかけている」といった「現場の困りごと」は、若手のほうが気付きやすい。組織としてあるべき姿と現状のギャップについても、若手のほうが敏感な場合が多いでしょう。こうしたお互いの強みをうまく活かせる組織が良い組織だと思うのです。

森岡 若手としては、日々の業務をこなすだけでなく、主体的に情報を収集・発信して上司や組織を巻き込んでいく必要がありますよね。また組織としては、こうした若手の声をいかにして拾い上げるのが重要です。

末吉 聖隷福祉事業団に入職後、最初に勤務した聖隷浜松病院で感心したのは、現場の声を組織として拾い上げる仕組みが存在することです。毎週開催される経営企画会議は主に事務系管理職が出席する場で、議題に制限は設けられていません。問題解決のために対策が必要であると現場スタッフが判断すれば、上長を通してその会議に諮る

ことができるのです。そしてその企画が通れば院長・事務長・看護部長の三役がそろって経営支援会議の議題となり、そこで承認が得られれば組織全体の支援を受けたプロジェクトになります。森岡 現場の声を拾い上げる仕組みがあるからこそ、スタッフに当事者意識が生まれるわけですね。末吉 はい。また、年度末に職場内・多職種間で構成された業務改善の取り組みが発表され、病院幹部による審査の上で表彰される制度もあります。成果を可視化し、表彰という形で病院としてその成果を認める仕組みも、現場の自信につながっていると感じます。

身につけておきたい2つのスキルと経験の「場」づくり

森岡 医療職と比較すると、病院事務

職に必要とされる技能や経験、キャリアパスなどは明確ではありません。この点はいかがでしょうか。

小迫 若いうちに表のようなスキルを身につけると将来的に役立つのではないのでしょうか。ヒトや組織を動かす上では、診療報酬や医療知識などのハードスキルだけではなく、コミュニケーションやリーダーシップなどのソフトスキルも持ち合わせたほうが上手くいきます。

森岡 ハードスキルは、当該部署に所属することで自然と身につくものも多そうです。しかしソフトスキルについては、意識的に勉強しないと難しいかもしれません。

小迫 そうですね。ただ私自身、新卒のころはハードスキルばかりに注目し

(2面につづく)

●表 病院事務職として身につけておきたいスキル (小迫氏作成)

Table with 2 columns: スキルの種類, 具体例. Rows include ハードスキル (体系立った知識やスキル) and ソフトスキル (自己および対人関係のスキル).

4 April 2020 新刊のご案内 医学書院. Includes book listings for '高齢者ERレジデントマニュアル', '不明熱・不明炎症レジデントマニュアル', 'Dr. KIDの小児診療×抗菌薬のエビデンス', etc.

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。



(1面よりつづく)

ていましたが、当時の上司が紹介してくれたビジネス書をきっかけにソフトスキルを身につけようと思えました。

その上司が私に薦めてくれたのが、『伝え方が9割』（佐々木圭一著、ダイヤモンド社）でした。その本は、同じ内容でも伝え方次第で結果が変わることを教えてくれます。例えば好きな人をデートに誘うとする。「デートしてください」とストレートに言っても、相手が自分に興味がなければ断られる。でも「驚くほど旨いパスタの店があるのだけど、行かない？」と誘えば、乗ってくる確率は高くなります。このように伝え方ひとつにも工夫の余地があって、ソフトスキルとして原理原則を学べば、さまざまな仕事に応用できて、良い結果が出せるとわかりました。

**末吉** 私は法人の新人職員研修を担当しているのですが、最初に扱うテーマが「コミュニケーションの原則」です。そこでは、コミュニケーションは一方向ではなく双方向であることをグループワークなどを通して学んでもらいます。

**森岡** 若手事務職自身が、本を読んだり研修を受けたりすることは大事ですよ。ただそうは言っても、実践の機会がなければ学ぶ意欲も湧きません。例えば会議の議事録や資料の作成を手伝ってもらうなどを通じて、職場でソフトスキルが試されるような機会を上司や先輩が意識的につくる必要があります。

そういう意味では、既存の病院の仕組みである各種の委員会を活かすことも有用です。委員会は医療職の考え方もわかるし、事務職のスキルアップの場としてとても適した舞台です。

**小迫** 私も新卒のとき、委員会や多職種とのプロジェクトを通じて、多くの視点を持つことができました。

**森岡** 先日委員会に参画する中で、集中治療室の看護師長が病床管理について悩んでいるという言葉が気になり、後で調べてみました。すると、それがデータとしても裏付けられていて、収入にも影響を及ぼしていることに気がきました。現在、医事課でデータをまとめて、その看護師長と一緒に委員会で改善策を検討しているところです。こうやって既存の会議をPDCAサイクルにつなげることも、事務職としては大事であると最近考えています。

**末吉** 同感です。そして可能ならば、経営企画や病院の機能評価・監査への対応といった業務にかかわることで、経営改善や業務改善など「変えていく経験」が積めるでしょう。事務職として問題解決能力の向上に必要なスキルを学ぶことができます。

**森岡** 私たち3人の共通点は、JCI (Joint Commission International) という国際的な医療機関認証にかかわったことですね。大変な仕事に違いないですが、経営層や多職種を巻き込みながらの経験は強烈なものがあります。

●こさこ・まさみ氏

2012年慶大経済学部を卒業後、聖路加国際病院に入職。医療の質を司るQIセンター立ち上げおよびJCI認証に携わる。その後「データ×IT」に医療の課題解決の可能性を感じて、14年にヤフー株式会社へ転職。データビジネスにかかわる傍ら、一般社団法人Healthcare Opsを設立しウェブマガジンHealthcare Compassを運営する。18年に英リバプール大のオンラインコースで公衆衛生学修士を取得。19年より現職。亀田京橋クリニックで、デジタルシフトを担当。



医療職との協働に必要な心得

**森岡** 医療職と事務職の協働に関して心掛けている点はありますか。私自身に関して言えば、相手の現場に向くことを大事にしています。例えば看護師と打ち合わせる際は、その外来や病棟に出向いて、現場の雰囲気も見ながら話す。それにより相手の立場を理解しやすくなりますし、自分自身の現場の理解にもつながると思っています。

**小迫** 私の場合、交渉が必要な事項はできる限りWin-Winの関係になるように努めています。医療職に協力を求める際は、一方的にお願いするだけではなく、相手方のメリットについても繰り返し説明しますね。

もちろん、Win-Winの関係を築くのが難しい場合も時にはあります。その際も冒頭で先方のデメリットを明示して、「組織全体を考えるとメリットがあるので、迷惑をかけて申し訳ないけど理解してほしい」と話した上で仕事を進めるようにしています。このあたりが、まさにソフトスキルを応用している部分です。

**末吉** 特に経営改善にかかわるプロジェクトは、医療現場に負担を強いる面がありますよね。お願いする立場である以上は、現場の抵抗感を和らげてモチベーションの向上につなげるための最大限のサポートを約束しなければなりません。それは「モニタリング」と「成果の可視化」ではないでしょうか。

**森岡** 大事なご指摘ですね。私もJCIでは記録の監査を行った経験がありますが、記録の徹底をお願いするだけでなく、「私も記録を確認して改善点はフィードバックしますね」などと付け加えると、現場からも反応があって運用が改善された経験が何度もあります。

**末吉** 「お互いが努力して協力しましょう」ということですよ。それが病院経営のためになり、結果的には地域や患者さんにも還元されるわけですから。

**森岡** 事務職から医療職へのお願いの逆で、医療職から事務職に対してさまざまな要望が出ることもあります。そうした場合、病院によって事情は異なるでしょうが、特に医師に対しては気を遣う事務職も多いようです。

**小迫** 私は怖がらずに「ノー」と言う

●もりおか・まさひろ氏

2013年一橋大商学部を卒業後、聖路加国際病院に入職。医事課入院係・経営企画室・QIセンター（医療安全・品質の改善部門）に所属。診療報酬請求や各種窓口対応などの医事業務から、看護業務改善、JCI認定の受審事務局といった院内プロジェクトまでさまざまな業務に従事。現在は医事課入院係アシスタントマネージャーとして、医事業務全般に加え、医事課スタッフの採用・教育、監査対応や各種委員会の事務局業務を担当する。



ようにしています。医師がオーダーを出さない限り診療報酬上で算定されないのも事実ですが、ライセンスの有無自体に優劣はなく、もし事務職として全体最適が見えている場合は、責任を持って誠実に対応することにしています。「ノー」から始まる議論によって、新しい「イエス」を引き出せることもありますし、断る仕事があっても信頼関係があれば、次の仕事ではうまく協働できるはず。とはいつても、歳を重ねるにつれて、「ノー」と即答せず、いったん持ち帰って代案を持っていくことで、健全な議論ができるようになってきました。

**森岡** 病院というのは、次から次へと問題が生じる職場です。それら全ての問題を解決しようとする、労力やコストだけかかって結局は何もできなかったりする。ですから、「解決を今すぐしなければならぬ問題」と「解決に時間をかけてもよい問題」を見極める能力、さらにはそれを相手に伝え、交渉する能力も、事務職には求められていますよね。

看護部内の課題を共有し、改善につなげる

**森岡** 院内で最も多くの職員が所属する看護部との協働についてはいかがでしょう。本来は事務職からもかかわるべき問題が、看護部の中に多くあると思っています。

**小迫** 「看護に集中するために事務職を使い倒す」ぐらいでいい気がしますね。例えばExcel作業の苦手な病棟師長がいるなら事務職に振ってくれたほうが早いし、場合によってはテンプレート化して全病棟に配布することもできます。

ただ難しいのは、看護部から事務への窓口が明確ではないことではないでしょうか。私が運営する一般社団法人を通しての経験ですが、院内の問題解決にかかわる事務系の部署——総務課や施設課、経営企画室あたりとは接点が少ないように見受けられます。どうしても看護部だけで課題を解決しようとしているように感じます。病院の方針として窓口を決めるだけでも、両者の協働は進みやすくなるのかもしれない。

**末吉** 聖隷浜松病院の場合、看護部内の問題であっても病院組織として改善

●すえよし・そういちろう氏

2010年慶大大学院経営管理研究科(KBS)を修了。在学中、田中滋氏、中村洋氏のもとで医療政策、医療マネジメントを学ぶ。進学前、有料老人ホームで営業企画担当の経験から医療と介護のトータルケアの必要性を痛感するなか、KBSのケーススタディで聖隷福祉事業団による先駆的な実践を知る。修了後、同事業団に入職。聖隷浜松病院にて経営企画室、入院医事課、JCI認証の事務局を経験。18年より現職。法人・関連法人の病院経営支援等を担当。



すべき問題ならば、とりあえず経営企画室に相談してもらって文化ができています。経営企画室の事務職はそれを受けて現場の現状把握を行い、経営企画室のプロジェクトとして看護部と一緒に問題解決に当たるべきかどうか判断するという流れです。

**小迫** 組織としてそれを“当たり前”にする文化を醸成するわけですね。

**森岡** 看護部と協働したプロジェクトで、私自身の事例を紹介します。患者さんに使用のおむつに関して、以前は病棟と患者さんの間で貸し借りが発生していて、事後処理が煩雑になっていました。看護師長から問題点の提示があり、入職1年目の私が事務の立場でかかわりました。

解決に当たっては、やるのがたくさんありました。まず各病棟でのおむつの使用量を調査し、物品管理担当に病院の採用品として卸すことを認めてもらう。その上でシステム室と医事課に依頼して、使用したおむつを請求できるように電子カルテや医事システムを変更する。最後に院内全体の看護師にその仕組みを周知して、使用分の請求漏れがないかをモニタリングする。こうした全体のコーディネート、臨床現場の業務と並行して看護師さんが全て取り仕切るのには厳しいと思うのです。

**小迫** 部長レベルでなく、そうやって看護師長や若手事務職レベルでの交流が増えてくると、看護部内での課題が共有されて解決に向かいそうですね。

**森岡** そもそも看護部長はカバーする範囲が広すぎますよね。当院は特に看護師が多いのですが、部下1000人って民間企業では社長レベルです(笑)。看護の現場で洗い出した課題点があれば、その解決の実行部隊として事務職にも協力を求めてほしいと思っています。それが事務職の成長にもつながりますから。

\*

**森岡** 病院事務職として、当事者意識の醸成から問題解決能力向上、医療職との連携強化まで議論しました。他の医療機関の事務職とこういった話をする機会は意外に少なく、私自身もとても勉強になりました。本座談会を通して、全国の事務職の皆さんが個々のスキルアップや業務への考え方を再考する機会になればうれしく思います。(了)

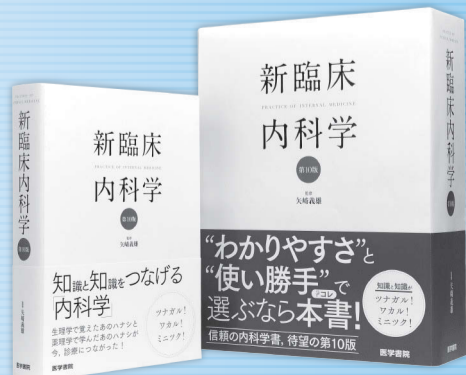
試験対策 実習 臨床 で役に立つ“使い勝手抜群”の内科学書

# 新臨床内科学

PRACTICE OF INTERNAL MEDICINE

監修 矢崎義雄

第10版



読むだけで疾患の全体像がざっくりわかる！  
各章のまとめページが第10版最大の特長です

医学書院

症状・疾患の理解のツボを存分に盛り込んだ構成にリニューアル。  
試験で出ることの多い各疾患の特徴や臨床実習での注意点など、特に重要なポイントを囲みとして強調。章の冒頭には「理解するためのポイント」を新設し、各症状・疾患の全体像や学習のコツをまとめた。定評のあった病態生理や診断、治療などの解説も充実。

目次  
主要症候/呼吸器疾患/循環器疾患/消化管疾患/肝・胆・膵疾患/代謝・栄養疾患/内分泌疾患/血液・造血器疾患/腎・尿路疾患/水・電解質代謝異常/神経疾患/感染症疾患/アレルギー疾患/膠原病・リウマチ性疾患、原発性免疫不全症/中毒・環境要因疾患

【ポケット判】A5 頁2112 定価:本体18,000円+税 [ISBN978-4-260-03807-2]  
【デスク判】B5 頁2112 定価:本体24,000円+税 [ISBN978-4-260-03806-5] \*デスク判は4月発売予定



寄稿

# 富山県認知症高齢者実態調査から考える健康長寿へのアプローチ

関根 道和 富山大学地域連携推進機構地域医療保健支援部門長

●せきね・みちかず氏  
1995年富山医大卒(当時)。2004年英ロンドン大衛生学熱帯医学大学院修士課程、08年同大インベリアル・カレッジ経営大学院経営学専攻修士課程修了。12年より現職。13年から富山大学院医学薬学研究部疫学・健康政策学講座教授。専門は社会医学と経営学。

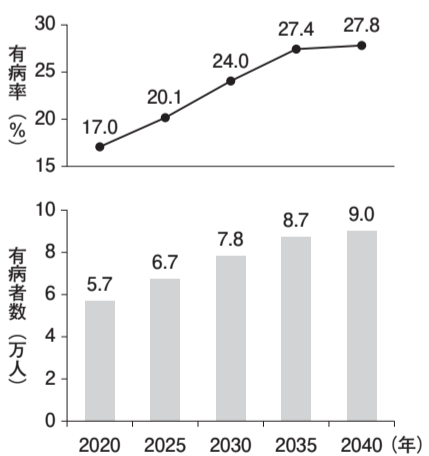


富山県認知症高齢者実態調査は、富山県が実施する、65歳以上高齢者の無作為抽出による実態調査である。1980年代当時、富山県の高齢化は「全国より10年早い」といわれ、すでに認知症高齢者の増加が保健医療、家族、地域に影響を及ぼす社会問題となっていた。そこで、在宅・入院・入所を含めた富山県の高齢者の生活実態と認知症有病率の把握を目的として、1985年に開始された。筆者は、富山大学の地域連携事業の一環として同調査に協力している。現在までの結果の概要を紹介したい。

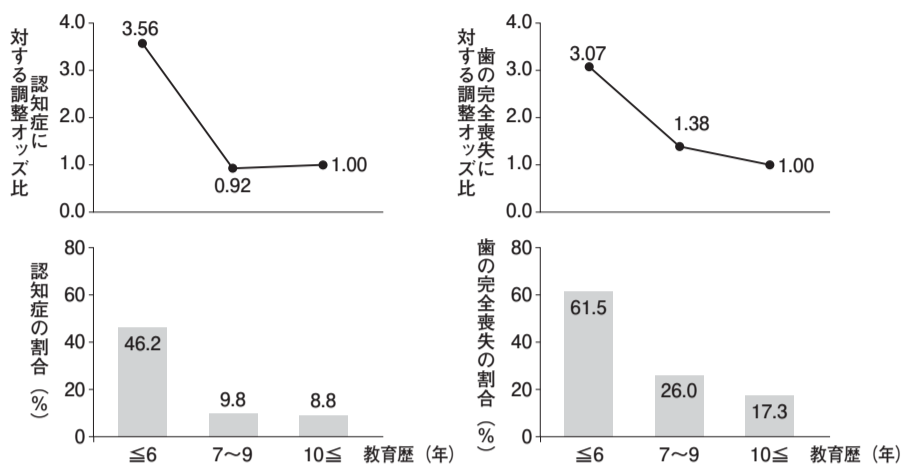
## 実態調査から見えてきた富山県の将来像

実態調査は現在までに計5回(1985年、1990年、1996年、2001年、2014年)実施されている<sup>1)</sup>。2014年調査における総対象者は1537人(抽出率0.5%)、分析対象者は1303人(同意率84.8%)であった。調査は2段階に分けて行われる。第1次調査では改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)によって認知機能を評価し、第2次調査では第1次調査で認知症が疑われた高齢者を対象に訪問調査を行い、精神科医が認知症の有無を判定した。

これまでに行われた調査結果の推移を分析すると、認知症有病率は1985年調査では4.7%であったが、2014年調査では15.7%と約3倍に増加した<sup>1)</sup>。また、年齢調整有病率も同期間に4.9%から9.6%と、約2倍に増加したことから、有病率の増加は人口の高齢化という理由だけでは説明できない。欧米諸国における認知症の発生率は増加していないとの報告もあることから<sup>2)</sup>、有病期間の延伸が主な理由と考えられる。



●図1 富山県の認知症有病者数と有病率予測 (文献1より)



●図2 教育歴と認知症および歯の完全喪失の関係 (文献4, 5より)

少子超高齢社会が進み高齢者を支える人口が減少している日本の将来において保健医療体制のあるべき姿や規模を考える上では、認知症高齢者の将来推計有病率や有病者数を把握することは有用である。そこで筆者らは、1985年調査から2014年調査までの年齢階級別の有病率を用いて、年齢階級別の将来推計有病率を算出した。また、年齢階級別の将来推計有病率と富山県の将来推計人口から富山県全体の将来推計有病率と有病者数を算出した。その結果、2025年には有病率20.1%、2035年には有病率27.4%に増加することが導かれた(図1)<sup>1)</sup>。将来予測に基づく地域の保健医療体制の構築が急務である。

## 認知症疑いの約7割に認知症での受診歴なし

早期発見・早期対応の潜在的な有効性を評価するために、HDS-R得点と認知症受診歴の有無との関係性を評価した<sup>3)</sup>。すると、認知症が疑われるHDS-R 20点以下の71.8%に認知症での受診歴がなかった。この結果は、地域には

●表 本人と家族の「物忘れ」の認識の組み合わせとHDS-R得点(文献3より)

	HDS-R得点 (平均値±標準偏差)
本人：認識ない 家族：認識ない	27.0±3.98
本人：認識ある 家族：認識ない	24.9±6.53
本人：認識ある 家族：認識ある	15.5±8.05
本人：認識ない 家族：認識ある	13.0±8.94

未診断・未治療の認知症高齢者が多数存在することを意味しており、早期発見・早期対応のためのさらなる施策の必要性が示唆される。

また、早期発見・早期対応における家族の役割を明らかにするため、対象者本人の「物忘れ」の認識および同居家族による対象者の「物忘れ」の認識の組み合わせと、HDS-R得点との関係性を評価した<sup>3)</sup>。その結果、本人も家族も認識がない場合は27.0点、本人の認識はあるが家族の認識はない場合は24.9点、本人も家族も認識がある場合は15.5点、本人の認識はないが家族の認識がある場合は13.0点であった(表)。横断調査であるが、本人の物忘れの認識は家族より早く、家族が本人の物忘れを認識する頃には認知機能が低下している可能性を示唆した。地域の高齢者やその家族への認知症啓発活動などにより、家族にその認識がなくても、本人が物忘れを認識した段階で早期に対応ができるような意識付けが重要と考えられる。

## 幼少期から高齢期までの一生涯を通じた認知症予防

実態調査の結果から認知症のリスク要因を評価したところ、社会経済的要因として10年以上の教育歴の人と比較して教育歴が短い人は、リスクが高かった<sup>4)</sup>。さらに糖尿病や脳血管障害、冠動脈疾患もリスク要因として同定された。

他方、歯の完全喪失のリスク要因を評価したところ、教育歴の短さに加え、肉体労働の職歴を持つ人はリスクが高く<sup>5)</sup>、喫煙や糖尿病、骨粗鬆症がリスク要因として同定された。教育歴の短

い人の認知症に対する調整オッズ比は3.56、歯の完全喪失に対する調整オッズ比は3.07であり、短い教育歴は生活習慣病と比較して強いリスク要因であった(図2)。

これらの結果から、認知症と歯の完全喪失という病態が異なる疾患の背景に、共通のリスク要因が多数あることがわかる。幼少期からの十分な教育機会の確保や成人期における職場等を介した生活習慣病予防は、認知症だけではなく健康長寿にとっても重要といえる。

## 健康長寿の実現に向けた複眼的なアプローチの必要性

幼少期から高齢期までの一生涯にわたるリスク要因の制御を「時間軸」の視点からの対策と呼ぶならば、「空間軸」とも呼ぶべき医療圏ごとの視点からの対策も課題である。すなわち、疾病予防や早期発見・早期対応、治療に影響を与えるさまざまな要因には地域間格差が存在しており、地域によって求められる対策が異なる。

実際、筆者らが富山県国民健康保険特定健康診査の結果を分析したところ、喫煙率、運動不足、睡眠不足などの望ましくない生活習慣や、肥満、糖尿病、メタボリック症候群などの生活習慣病は、富山県の西部に多く東部に少ない「西高東低」の分布を示すことが判明した<sup>6)</sup>。翻って実態調査の結果から認知症の有病率を確認してみると、富山県西部の医療圏が最も高いことがわかった。また一方で、独居や社会参加の乏しい高齢者が多い医療圏も存在することから、医療圏ごとの特性に合わせた対策が求められることが理解できる。

今後は、「時間軸」と「空間軸」の視点からの対策という複眼的なアプローチが健康長寿に向けた包括的な対策として求められている。

## 参考文献

- 1) 関根道和(監). 平成26年度富山県認知症高齢者実態調査追加分析報告書. 富山大学地域連携推進機構地域医療保健支援部門. 2016.
- 2) Clin Epidemiol. 2018 [PMID : 30271219]
- 3) BMC Neurol. 2019 [PMID : 31878973]
- 4) BMC Geriatr. 2018 [PMID : 29703157]
- 5) BMC Public Health. 2019 [PMID : 31164111]
- 6) 関根道和(監). 平成30年度富山県国民健康保険特定健康診査の結果と生活習慣病の関連分析報告書. 富山大学地域連携推進機構地域医療保健支援部門. 2019.

目次

- 1章 処方上手になるために
- 2章 カンファレンス de ベスト処方・ベター処方
- 3章 専門医が教える薬の始め時・やめ時
  - 1) 循環器疾患の薬
  - 2) 消化器疾患の薬
  - 3) 呼吸器疾患の薬
  - 4) 内分泌疾患の薬
  - 5) 膠原病の薬
  - 6) 感染症の薬
  - 7) 泌尿器疾患の薬
  - 8) 神経疾患の薬
  - 9) 精神疾患の薬
  - 10) 皮膚疾患の薬
  - 11) 耳鼻科疾患の薬
  - 12) 眼科疾患の薬
  - 13) 整形外科疾患の薬

医学書院



やめる根拠と続ける根拠、薬を入りに語り合います。専門医による上手な処方指南も!

《ジェネラリストBOOKS》

# 薬の上手な出し方&やめ方

編集：矢吹拓

A5 頁312 2020年 定価：本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03959-8]



なんとなく出し続けていたこの薬、他科でもらっているあの薬、必要? やめる? 続ける? 薬を入りに、総合医と薬剤師であれこれ話し合ってみました。「やめる根拠」と「続ける根拠」、「上手な処方」や「減薬」のヒント、そして薬の話にとどまらず「診療のコツ」がそこそこに。専門医による「上手な処方指南」もあります。



# FAQ

今回の回答者 **木村 大輔**

川崎医療福祉大学理学療法学科講師/  
川崎医科大学附属病院理学療法士

きむら・だいすけ氏/2008年川崎福大リハビリテーション学科卒。10年に大阪府立大大学院博士前期課程、15年に阪大大学院医学系研究科博士課程(運動制御学)修了。同年より川崎福大助教。18年より現職。編著に「6ステップで組み立てる理学療法臨床実習ガイド——臨床推論から症例報告の書き方まで」(医学書院)。

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

今回のテーマ

## 6ステップで支える理学療法の臨床実習

理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の改正に伴い、理学療法の臨床実習は大きな転換期にあります。1つの大きな変更点は、症例レポート作成を実習時の必須課題としなくなったことです。症例レポートはこれまで臨床実習の中で臨床推論や思考過程の整理の点で、一定の役割を果たしてきました。そのレポートを用いず指導者はどのように理学療法の流れや臨床思考過程を学生に指導するのか、われわれははまだ明確な答えを持っていません。そこで、これまで体系立てられることなく、口頭で伝えられることが多かった理学療法プロセスを体系化し、その指導法について考えてみました。

**FAQ 1** 理学療法の臨床実習で推奨される臨床参加型実習では、さまざまな段階にいる患者さんを診るようになります。理学療法の全体像をイメージできるようになるために、指導者が気を付けたいことは何でしょうか?

臨床参加型実習には見学(解説しながら実践してみせる)→協同参加(評価や治療を学生にさせてみてフィードバックを与え修正する)→監視(患者へ実施可能と判断したら、監視下で学生にトライさせる)の学習段階があります。運動スキルでこのような学習段階を意識して指導することは一般的になりつつありますが、認知スキルも事前に説明してから学生に協同参加させることが望ましいのではないのでしょうか。

理学療法の全体像を説明するためには、指導者はあらかじめ理学療法の流れを体系立てておく必要があります。ここでわれわれが考えた6ステップ<sup>1)</sup>を紹介します。

理学療法の流れを①事前準備、②目標の抽出、③仮説の立案、④問題点の抽出と優先順位の設定、⑤治療プログラム立案・実施、⑥効果判定・今後の方針の6つに分けました(図1)。この6つが各ステップの学習目標となります。さらに各ステップを左から、A、

臨床場面で指導者の監視下で実施する項目(理学療法技術)、B. 学生が自身の責任のもと学習しないといけない項目(自己学習)、C. 自分で考えた内容を指導者に相談し理解しなければならない項目(思考)の3つに分けました。

臨床参加型実習では、学生が1人の患者さんを入院から退院まで診ることができない可能性があります。そのような場合には、指導者が担当している患者さんの状況(6ステップのどの段階にあるか)に合わせて、そのステップごとに学生を指導すると、学生が全体像を把握しやすくなると思います。

**Answer**…指導者はあらかじめ理学療法の流れを体系立てておく必要がある。また、指導者がやるべきこと、学生がやるべきこと、学生と一緒にやるべきことを分けて、学生と共通認識を持つとよい。そこに6ステップが有用。

**FAQ 2** 医師の処方を得て、まず学生にすべきアドバイスは何ですか?

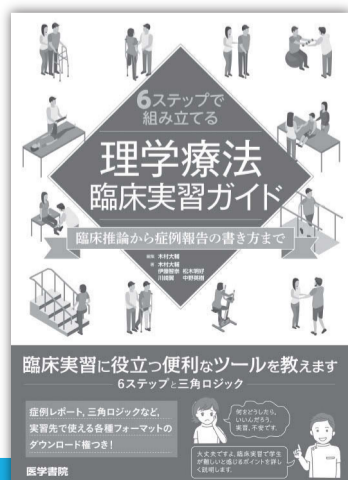
「医師の処方を得て」ということで、ステップ1に当たります。まず指導者が学生に与えるべき情報は、処方箋の情報とカルテの情報です(図1の「医師の処方を確認」「医学的情報の収集」に対応)。学生は収集した情報からわからないことを自分で調べる必要があります(同、「疾患の基礎知識を確認」に対応)。

しかしカルテや処方箋を見ても、ほとんどの学生には注目すべき情報がどれか、何の役に立つかわかりません。学生に向き合う皆さんへのアドバイスの1つ目は、情報処理の優先順位を付けてあげることです。具体的には、疾患名、既往歴、発症時期、理学療法実施時の安静度、リスクをまず確認するように指導するとスムーズにいきます。

2つ目はどのような手順で調べるかを教えることです。基本的には、教科書→ガイドライン→日本語論文→英語論文の順になるかと思っています。臨床参

# 6ステップで組み立てる 理学療法 臨床実習ガイド

臨床推論から症例報告の書き方まで



編集 木村 大輔

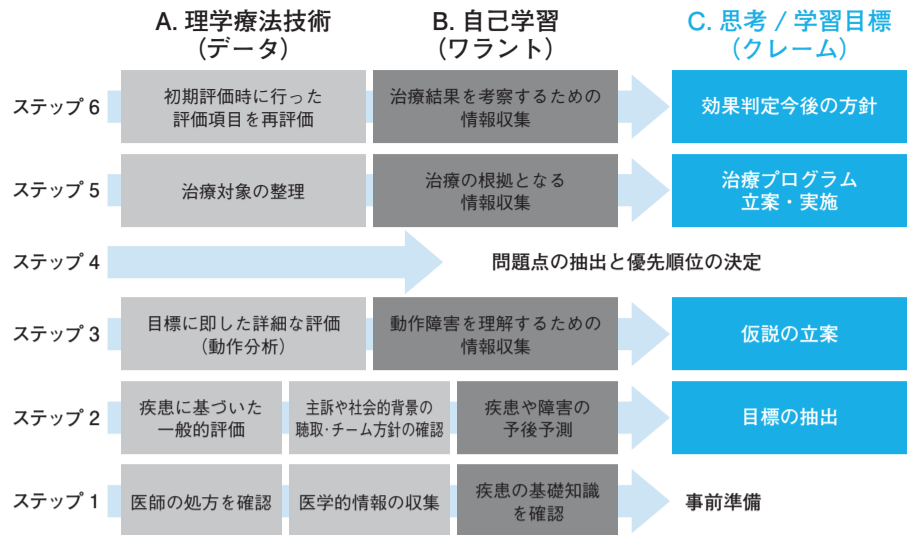
理学療法を6つのステップに分け、段階的に理学療法の実践を身に付けられるように懇切丁寧に解説。臨床実習指導者も、理学療法の6ステップを知ることで、具体的な指導ポイントがよくわかる。実習先で使える症例レポート、三角ロジックなどのダウンロード権つき!

●B5 頁272 2020年  
定価: 本体3,600円+税  
[ISBN978-4-260-04134-8]

こちらから書籍の詳細がご覧いただけます



医学書院



●図1 理学療法の6ステップ(文献1改変)

加型実習ですので、学生が調べることができなかった疑問に関しては、指導者が把握している情報や、教科書、文献を具体的に提示してあげる必要があります。また学生は1冊の書籍の情報に満足しがちですので、複数の書籍の情報を統合してみせることも大切かと思えます。

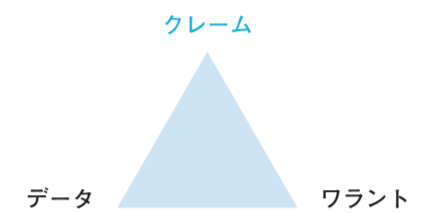
3つ目は得た情報がどのように理学療法に役立つかを示すことです。例えば疾患名や既往歴は疾患に基づいた評価項目を挙げるために役立ちますし、安静度や術式などリスクに関する情報は評価方法・手順、介助方法を考えるために必要です。

**Answer**…情報の優先順位、調べ方、理学療法への役立て方をアドバイスする。これらを段階付けて提示する。

**FAQ 3** リハチームや患者さんに適切な目標設定を説明する際に学生に持たせたい視点はありますか?

学生は目標の設定方法がわかりませんので、目標設定は「疾患に基づいた一般の評価」「主訴や社会的背景の聴取・チーム方針の確認」と「予後に関する情報」から考えるということをまず教える必要があります(ステップ2に該当)。

次に他者に説明するためには理由や根拠を述べるべきだと意識させる必要があります。これはEBPT(Evidence-based physical therapy)の基礎になります。しかしこれは難問です。解決策として6ステップでは、ロジカルシンキングのモデルの1つであるツールミンモデルの概念(三角ロジック)を取り入れています。三角ロジックは図2のように底角にあるデータとワラント(論拠)が頂角の青色の部分、クレーム(主張)を成立させます。6ステップでは理学療法技術をデータ、自己学習をワラント、思考/学習目標をクレームとしています。つまり6ステップを想定すれば、学生が目標設定(クレーム)につまずいた場合、データかワラントのいずれか、またはいずれの情報も足りないという原因帰属となり、指導者は効率的で明確なフィードバックができます。



●図2 三角ロジック(文献1改変)

ツールミンモデルにおいて底角のデータとワラント(論拠)が頂角のクレーム(主張)を成立させる。理学療法の6ステップではデータを理学療法技術、ワラントを自己学習、クレームを思考(学習目標)として説明する。

最後にSMART(Specific: 特異的・具体的, Measurable: 測定可能, Achievable: 到達可能, Relevant: 関連性のある, Time bound: 期限のある)<sup>2)</sup>ののちで数値化できれば目標設定のできあがりです。この部分は指導者の腕の見せどころだと思います。

**Answer**…理由や根拠を示して患者さんやリハチームに説明する視点を持たせる。可能であればSMARTを用いて具体的に数値化を行うことが望ましい。

**もう一言** 6ステップと各役割を頭の中で想定しておけば、学生に指導内容を明示し、指導することは意外と面白そうだと感じていただけましたでしょうか。データとワラントは臨床と研究の関係にあります。6ステップで指導を行えば、卒業後も学生がこの両輪を大切にしてくれると期待しています。

学生指導における最終ゴールは学生自らが自己評価を行い、それに基づき自己研鑽できる能力を育てることです。6ステップは学生にとっては学習方法を学ぶツールであり、指導者にとっては学生の能動的な学習を促すツールです。『6ステップで組み立てる理学療法臨床実習ガイド』(医学書院)では、理学療法プロセスの体系化だけでなく、「説明可能な理学療法」をめざし、「論理性」の概念を取り入れながらも、平易に対話形式で解説を行っています。ぜひ、学生・新人理学療法士の指導にご活用いただければ幸いです。

参考文献

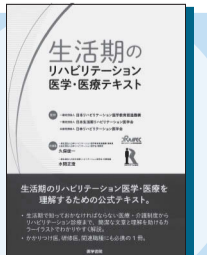
- 1) 木村大輔(編). 6ステップで組み立てる理学療法臨床実習ガイド——臨床推論から症例報告の書き方まで. 医学書院: 2020.
- 2) Clin Rehabil. 2009 [PMID: 19237435]

生活期のリハビリテーション医学・医療を理解するための学会監修・本邦初のテキスト

## 生活期のリハビリテーション医学・医療テキスト

地域包括ケアシステムが推進されるいま、改善できた活動を長期にわたって維持し、実生活を通してさらなる活動の向上を目指す生活期のリハビリテーション医学・医療は重要な役割を担っている。生活期のリハビリテーション医学・医療を、複雑な医療・介護制度や社会資本の活用方法も含めて、簡潔でわかりやすい文章により一読して理解できる。リハビリテーション科医だけでなく、かかりつけ医、研修医、関連職種にも必携の1冊

監修 公益社団法人日本リハビリテーション医学会  
一般社団法人生活期リハビリテーション医学会  
総編集 久保俊一  
水間正澄  
編集 三上靖夫  
角田 巨



B5 頁248 2020年 定価: 本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-04146-1]

医学書院



# 臨床研究の知

臨床現場で得た洞察や直感をどう検証すればよいか。臨床研究の実践知を、生物統計家と共に実例ベースで紹介いたします。

JORTCの活動概要や臨床研究検討会議の開催予定などは、JORTCのウェブサイト、Facebookを参照してください。

## 第13回 経時的に測定したPROの解析

小山田 隼佑

JORTC データセンター統計部門 部門長

本連載はここまで、臨床研究の「計画」と「実施」にスポットを当ててきました。今回は第8回(3345号)でも紹介した研究<sup>1)</sup>を実例に、臨床研究の「解析」について触れていきます。

### 経時測定データから解析する3つのアプローチ

本研究は、がん治療中の口腔粘膜炎の疼痛に対する、インドメタシンスプレー製剤(Indomethacin Oral Spray: IOS)の疼痛軽減効果を検討する、プラセボ対照のランダム化比較試験です。疼痛の評価には、PRO(Patient-reported outcomes: 患者報告アウトカム)の一種であるBrief Pain Inventory(BPI, 0:全く痛くない~10:これ以上の痛みは考えられない、の11段階)のitem 6「今感じている痛み」を採用しています。

PROを用いてデータを取得する際、同じ患者に対して複数時点で評価することが多いです。本研究では初回投与前(0分)、初回投与後15分、30分、60分、120分、180分、240分の計7時点で評価しています。このように、あるアウトカムを時間経過とともに(=経時的に)繰り返し測定して得られたデータは、経時測定データまたは単に経時データと呼ばれます。

PROを用いてデータを取得する際、同じ患者に対して複数時点で評価することが多いです。本研究では初回投与前(0分)、初回投与後15分、30分、60分、120分、180分、240分の計7時点で評価しています。このように、あるアウトカムを時間経過とともに(=経時的に)繰り返し測定して得られたデータは、経時測定データまたは単に経時データと呼ばれます。

経時的に測定したPROの解析として、主に3つのアプローチが考えられます(表)。以降、それぞれのアプローチ内容と具体例を簡単に説明します。

1つ目は「解析に利用する時点を事前に限定」するアプローチです(以下、アプローチ①)。「解析に利用する時点」とは、例えば「治療後のある1時点」や「治療前から治療後のある1時点への変化量・変化率」などを指します。第8回(3345号)でも紹介しましたが、本研究の主たる解析は「初回投与前(0分)と初回投与後30分におけるBPI-item 6の差(変化量)の、平均値の群間差に対する2標本t検定」であり、解析に利用する時点を2つに限定しているため、アプローチ①に該当します。今回用いているBPI-item 6はスコアが大きいほど痛みが強いので、変化量(=初回投与後30分-初回投与前)がマイナスに大きいほど改善の度合いが大きい、と解釈できます。

主たる解析の結果、変化量の平均値とその95%信頼区間は、IOS群が-1.85[-2.37, -1.32]、プラセボ群が-0.59[-1.02, -0.16]、群間差(=IOS群-プラセボ群)は-1.26[-1.94, -0.57]で

あり、2標本t検定の結果は $p=0.0005$ と統計学的な有意差が認められ、IOSの有効性が確認されました。

解析に利用した時点での結果の図示化(各群の時間的傾向の要約)として、各時点の平均値±95%信頼区間を群ごとにプロットする表示方法も、特にランダム化比較試験でよく利用されます。図1より、初回投与直後から60分後までは群間差が広がり、以降、群間差がなくなっていくさまが確認できます。

アプローチ①の他の例として、変化率による評価が挙げられます。変化率は(変化量÷治療前)×100(%)で算出します。既に述べた通り、BPI-item 6では変化量がマイナスに大きいほど改善の度合いが大きいことから、変化率も同様に評価可能ですので、変化率がマイナスの場合を「改善割合」と呼ぶこともあります。

本研究では「25%以上の改善の有無」や「33%以上の改善の有無」を患者ごとに判定し、改善した患者の割合について群間比較したところ、共にIOS群の方が有意に「改善した患者の割合が大きい」という結果を得ました。このように、領域によっては「スコアの平均値がどのくらい変化したか」よりも「何%改善したか」のほうが臨床的に解釈しやすいと考えられますが、「何%以上の改善であれば臨床的に意味があると言えるのか」は、計画段階で十分に検討する必要があります。

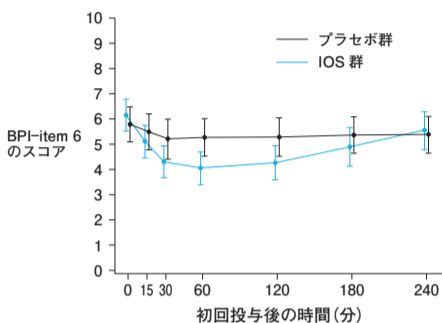
### 適切なアプローチを計画段階から選択したい

2つ目は「経時的に測定したデータを1つの統計量に要約」するアプローチです(以下、アプローチ②)。本研究ではアプローチ②として曲線下面積(Area Under the Curve: AUC)による評価を行いました。AUCとは、スコアの経時的推移と、スコアの下限によって囲まれた面積のことです。図2における水色の部分が、ある患者におけるBPI-item 6のAUCであり、患者ごとにAUCを計算し、その平均値を利用して群間比較を実施しました。AUCは本研究のように、「初回投与直後から60分までは群間差が広がるが、段々と群間差がなくなる」といった、「一時的な変動」を評価するのに有用です。

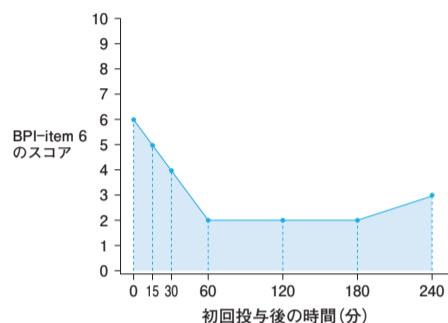
AUCと同様、「一時的に変化して、最終的に元の状態に戻る」ような場合には、「最良値」や「最悪値」を評価対象とすることも有用です。最近では、

●表 経時的に測定したPROの解析の主なアプローチ

アプローチ	特徴	具体例
①解析に利用する時点を事前に限定	・解析が単純でわかりやすい ・「臨床的に意義のある時点」が事前に特定されていないと使用困難	治療後のある1時点、治療前から治療後のある1時点への変化量・変化率など
②経時的に測定したデータを1つの統計量に要約	・「臨床的に意義のある時点」が事前に特定されていなくとも使用可能 ・病態や介入の特性に応じて適切な手法を選択する必要がある	曲線下面積(AUC)、最良値 or 最悪値、「臨床的に意義のある変化」が生じるまでの時間など
③経時的に測定した全てのデータを利用	・群間における経時変化のプロファイルの違いを検討可能 ・解析が技術的に高度	混合効果モデル(Mixed-effects Model)、一般化推定方程式(Generalized Estimation Equation: GEE)など



●図1 BPI-item 6における平均値±95%信頼区間の経時的変化



●図2 ある患者におけるBPI-item 6の曲線下面積(AUC)

PROを用いて定義可能な「臨床的に意義のある変化」(スコアの変化量や変化率など)が生じるまでの時間を評価対象とし、結果を Kaplan-Meier 曲線で表示することも多いです。一度そのような変化に達した場合に、その状態がしばらく持続する場合は特に有用です。

3つ目は「経時的に測定した全てのデータを利用」するアプローチで、一般に「経時測定データ解析」と呼ばれます(以下、アプローチ③)。今回で言えば、初回投与後の全ての時点(15分、30分、60分、120分、180分、240分)におけるBPI-item 6に対して、何らかの統計モデルを仮定して解析する方法です。主な解析方法として、「反復測定分散分析」「混合効果モデル(Mixed-effects Model)」「一般化推定方程式(Generalized Estimation Equation: GEE)」などが挙げられますが、技術的に高度なため、詳細は割愛します。

今回は経時的に測定したPROの解析として、主な3つのアプローチを具体例と共に紹介しました。「どのアプローチを採用すべきか」は、当然ながら目的に応じて選択すべきと考えられます。解析のシンプルさや、解釈のしやすさの観点からは、アプローチ①やアプローチ②が有用です。群間における経時変化のプロファイルの違いを検討したい場合は、アプローチ③が有用と考えられます。計画段階から生物

統計家にも相談しながら、適切なアプローチを選択するようにしましょう。なお、今回3つのアプローチを紹介するに当たって、欠測(得られるはずのデータが何らかの理由で得られなかった状態)は存在しないことを前提としています。実際、本研究ではBPI-item 6の欠測は発生しませんでした。しかし、臨床研究において欠測が発生することは多く、発生した欠測には何らかの対処が必要となる可能性があります。今回は主要評価項目に欠測が生じた場合の事例を紹介します。

**今回のポイント**

- 経時的に測定したPROの解析として、主に、①解析に利用する時点を事前に限定、②経時的に測定したデータを1つの統計量に要約、③経時的に測定した全てのデータを利用、の3つのアプローチがある。
- 計画段階から生物統計家にも相談しながら、目的に応じて適切なアプローチを選択したい。

謝辞: 本研究の研究代表者である筑波大病院緩和ケアセンターの長岡広香氏に資料提供と助言をいただきました。感謝の意を表します。

参考文献  
1) 長岡広香, 他. がん治療中の口腔粘膜炎に対するインドメタシンスプレー製剤の疼痛軽減効果の研究. 第56回日本癌治療学会学術集会抄録: 2018.

**DSM-5に準拠し大改訂! 精神科診療のエッセンスをコンパクトに凝縮**

**カプラン臨床精神医学ハンドブック**  
DSM-5<sup>®</sup>診断基準による診療の手引 **第4版**

Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, 6th Edition

▶ 精神科の教科書として定評ある「カプラン臨床精神医学テキスト」をもとに、特に診断と治療に重点を置き、基本的な知識を箇条書きスタイルで簡便にまとめた実践的な手引書。DSM-5に準拠した13年ぶりの改訂により内容を大幅に刷新。老年を含む成人・小児の精神疾患全般を網羅し、臨床現場で必要とされる情報を過不足なく掲載。精神科医をはじめ研修医、精神保健関連の職種に幅広く有用。

監訳: 岩脇 淳 (駅前メンタルクリニック院長(宇都宮))  
仙波 純一 (さいたま市立病院精神科部長)

定価: 本体6,800円+税  
A5 頁664 表287 2020年  
ISBN978-4-8157-0184-0

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

**症例ベースの問題と解説により 診療で“ものを言う”読影力を身につける!**

**産婦人科疾患の画像診断**

▶ はじめに症例画像、あとで疾患名を提示する形式により、緊張感をもって学べ、画像診断の読影力向上に資する実地テキスト。個々の症例は3段階のレベルに分け、画像所見の解説、Q&A形式の設問を通して、自身の実力がチェックできる。鑑別診断の解説に加え、可能な限り類似疾患の画像も掲載。産婦人科疾患の病理を概説した章も設ける。専門医試験の準備にも役立つ。放射線科、産婦人科の研修医から専門医にまで最適な必携書。

監修: 鳴海善文 (大阪医科大学名誉教授/京都大学健康科学部教授)  
編集: 高濱潤子 (市立東大阪医療センター放射線科部長)  
山本和宏 (大阪医科大学放射線診断学教室専門教授)

定価: 本体7,800円+税  
B5 頁496 図45・写真948 2020年  
ISBN978-4-8157-0186-4

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



# Medical Library

書評新刊案内

## スパルタ病理塾

あなたの臨床を変える! 病理標本の読み方

小島 伊織 執筆

A5・頁206  
定価:本体3,600円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-04130-0

冒頭3ページ目で、私は早くも心をツカまれた。

「内科では『初めに疾患ありき』の内科学の他に『初めに症候ありき』の内科診断学を勉強する時間が学生時代に十分あったのに、病理については『初めに疾患ありき』の病理学の授業はあって『初めに所見ありき』の病理診断学をしっかり勉強する時間は設けられていなかったのです」。

これが「序章」に書いてあって、私はいきなりぶっとんでしまった。なるほど、病理医にとっての症候診断学……いわば「病理所見学」の教科書か! 心をわしづかみにされ、

Amazon から本が届いたその日のうちに一気に読了、どころかなんと1日の間に2度通読してしまった。抜群のリーダビリティ。おまけに読みやすさだけではない、「覚えておきたくなる何か」が盛り込まれている。

本書の対象は医学生と臨床医である。一方の私は病理医だ。だからここに書かれている知識は全て身につけているはずなのだが、とうに知っていて説明し慣れているはずの所見にも、「なるほど、こう語れば伝わりやすいのか」という驚きがある。小島伊織先生の切り取ったカメラワークから病理の世界をあらためて見直すことに、大きさでなく感動を感じる。

組織所見に「バクトル」の考え方を導入することは実におもしろい。パターン分類を扱うタイミングがニクイ。注釈に

### 抜群のリーダビリティで「臨床」と「病理」を橋渡し



より厳密な論を展開しつつも本文の方向性がぶれない語り口。「手練れ」である。

読み始めてすぐの頃は、病理の所見などというニッチな本に世のニーズはないだろう、かわいそうだからせめて病理医である私はこの本を応援しよう……などと偉そうに案じていたが、余計なお世話だった。心配しなくても本書は確実に売れるだろう。その理由は、本書中で小島先生自身が看破されている。以下は、私による要約。

「これからはバーチャルライドが発展するから、放射線科のPACS画像を多くの臨床医が気軽に閲覧できるように、病理画像もずっと手軽に見られるようになる。臨床医が自分の患者をよりよく知ろうと思うとき、病理の所見の見方を学んでおくことは必ず役に立つ」。

完全に同意だ。小島先生は病理医のキャリアを積みながら、救急当直や内科当直を並行して実践されてきたのだという。臨床と病理を橋渡しするために生まれてきたような人の渾身の著作を、多くの臨床医に推薦したい。

あまりにすばらしい本だから、意地の悪い私はアラ探しをしたくなる。しかし、ないのだ。用いられている組織写真の色温度が程よい。倍率も適切だ。弱拡大と強拡大のバランスには文句の付けようがない。症例選びのセンスが最高。ミニコラムが洒脱。肝臓内科医

市原 真 執筆  
札幌厚生病院病理診断科

## 感染予防,そしてコントロールのマニュアル 第2版

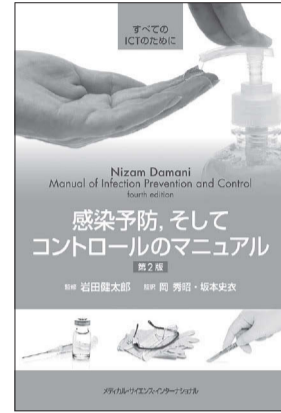
岩田 健太郎 監修  
岡 秀昭, 坂本 史衣 監訳

B5変型・頁454  
定価:本体4,500円+税 MEDSi  
https://www.medsii.co.jp/

評者 本田 仁  
東京都立多摩総合医療センター-感染症科

この書評を書いている今はコロナウイルス(COVID-19)の流行の真ただ中である。私の病院もコロナウイルスの重症感染症の患者を受け入れ、感染対策室のメンバーは毎日の感染対策を話し合い、現場に教育を行い、実践されていることを確認し、部署でうまくいかないことを毎日吸い上げ、改善を促すという作業を何週間も行っている。この感染症における感染対策で少し特徴的なこともあるが、確認や指導している内容は基本的なことばかりだ。手指衛生はどうあるべきか、フロントラインの医師が個人防護具(PPE)

### 感染対策の重要事項を指南してくれるマニュアル



の着脱のどこでつまづいているかを判断し、医療従事者が安全に働けるようにするのが感染対策に携わる者の務めだ。私の病院では感染対策室の推奨はすんなりと受け入れられている。それは基本的に忠実に物事を進めているからという自負もある。それでも色々な場面で小さな不備を生じ、そのたびに改善する作業を繰り返している。ただその principle は変わらない。

今回のコロナウイルスの件で日本の医療機関内外を含めた感染対策には結構不備も多くあることが明らかになったと私は感じている。実は根本の部分にその問題がある印象なのだが、誰もあえて口にしなかったのかもしれない。

感染対策は一人の優れた臨床医のような存在を必要としていない。同じ感染対策の principle を核となる担当者が共有し、それを基に現場に介入がなされるのが重要である。この同じ内容の感染対策を共有する上で、感染対

策の学問的な理解は欠かせない。

『感染予防,そしてコントロールのマニュアル 第2版』はこの学問的な理解を深める上で欠かせない書籍である。

実際に感染対策の分野において英語の書籍で推奨されるものはあるが、日本語の書籍ではなかなかお目にかかれない。私はこの書籍の初版も持っているが、第2版は chapter がより整理され、見やすくなった印象だ。ページ数も増えており、より実践的な内容が含まれている。特に Chapter 1, 2 に含まれる基本コンセプトの理解と感染対策のプログラムの構築の章は秀逸である。この principle の共有ができていないことが日本の感染対策の弱点である。感染対策を始めたばかりの担当者には基本コンセプトの理解を、また経験の長い担当者にもあらためて原点に立ち返るために有用な内容が含まれている。また Chapter 10 に含まれるような内容は感染対策担当者が本当は聞きたいけど、誰に聞くべきかわからない内容が含まれ、現場で実際に役に立つであろう。

最後に、あえてこの書籍に注文をつけるとしたら、特別なセッティングでの感染対策(例:慢性療養施設や資源が限定的な施設)への言及が少ないことだ。ただこのセッティングの違いさえも、感染対策の principle をわきまえていることが重要で、その原則が答えを導き出してくれるであろう。表紙にもある通り、全ての ICT(感染対策チーム)のメンバーに感染対策の重要事項を指南してくれるマニュアルとして、この書籍をお薦めする。

最後に、あえてこの書籍に注文をつけるとしたら、特別なセッティングでの感染対策(例:慢性療養施設や資源が限定的な施設)への言及が少ないことだ。ただこのセッティングの違いさえも、感染対策の principle をわきまえていることが重要で、その原則が答えを導き出してくれるであろう。表紙にもある通り、全ての ICT(感染対策チーム)のメンバーに感染対策の重要事項を指南してくれるマニュアルとして、この書籍をお薦めする。

や呼吸器内科医、皮膚科医などが読んでも納得の知識量(臨床医向けだからといって無駄にカンタンにし過ぎていないところがいい)。著者の近影を検

索したところ普通にイケメン。巻末あとがきで妻子に感謝を述べる性格の良さ。病理医ヤンデルが膝から崩れ落ちる名著である。

## 援助者必携 はじめての精神科

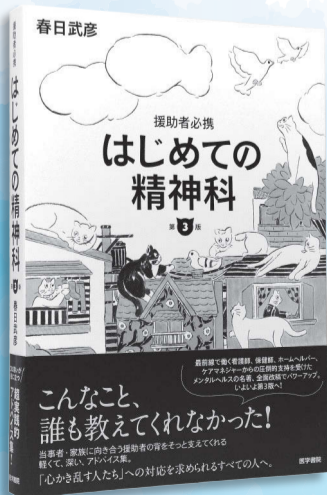
第3版 春日武彦

メンタルヘルスの名著、全面改稿して第3版へ!

きれいごと一切ナシ! 口は悪いが役に立つ! 同じ精神科の最前線で働く者だけが知る共感力を全開にした「超実践的アドバイス」集は、いよいよ第3版へ。クレマー対策、援助者としてのアイデンティティの保ち方、当事者・家族に対峙する時のちょっとしたコツなど、「こんなこと、誰も教えてくれなかった」度はますますアップ! はじめて精神科に足を踏み入れたなら誰もが感じる「不安」が、優しく解きほぐされます。

● A5 頁336 2020年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-04235-2]

最前線で働く援助者から圧倒的支持!



- I アプローチの基本-迷わないための考え方
- II 疾患のイメージ-目の前の相手を理解する
- III 処遇困難ケース-くじけそうときの処方箋

- IV 援助者の精神安定のために
- V 今さら聞きたいQ&A

医学書院

## もやもやした臨床の疑問を研究するための本

緩和ケアではこうする

森田達也

質問紙調査や前後比較研究、新しいプロジェクトの評価……どんな研究にも、論文を効率的にまとめるための「型」があった! 抄録や対象・方法、考察を書くためのフォーマット、英文のお決まりの表現方法、査読への対応の仕方まで、この1冊でわかります。緩和ケア研究第一人者の著者による、臨床をしながらできる、臨床を変えるための、臨床研究のまとめ方の本。

### Contents

Part 1 やりたいこと別! 研究の進め方

総論 技術的なことから研究観まで  
各論 このタイプの研究はこう進める

Part 2 「型」で書く! 研究論文の書き方

総論 論文を書く時に役立つちょっとした知恵  
各論 「型」を頼りに論文を書く

Appendix

もやもやした臨床の疑問を研究するための本

緩和ケアではこうする



森田達也

「型」があった!

型を身につければ、臨床研究はもっと面白くなる。研究が楽しみます。臨床は1歩ずつ前に進みます。

● B5 頁284 2020年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-04085-3]

医学書院



# 移動と歩行

## 生命とリハビリテーションの根源となるミクロ・マクロ的視座から

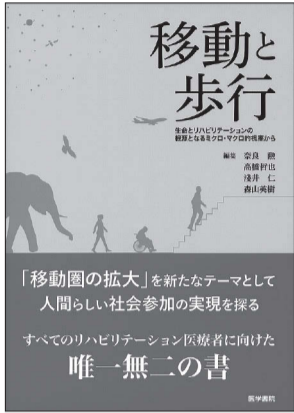
奈良 勲, 高橋 哲也, 浅井 仁, 森山 英樹 編

B5・頁344  
定価:本体5,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-04080-8

評者 橋元 隆  
九州栄養福祉大教授・理学療法学

これまで歩行に関する専門書は、数多く出版されている。しかし、それらの多くは歩行分析や異常歩行に関するもので運動学や動作学的観点で書かれたものである。本書のタイトルは『移動と歩行——生命とリハビリテーションの根源となるミクロ・マクロ的視座から』とされている。表紙のデザインは筆頭編者の奈良勲氏らしく地球に生息する種々の動物をはじめ、人間の移動形態や宇宙天体の移動などが描かれ、まさしく本書の概念を表すべく生命体の存在の根源をミクロ・マクロ的に包含している。

### 2020年,PT・OTの 新カリキュラムの根幹となる実践書



「序章」には奈良哲学ともいえるメッセージが記述され、第1章、第2章はその関係性を保って時空・もの・生命の流れを含む「移動」の概念と理念(倫理)が記述され、第3章は代表的な疾患者の移動形態と移動圏が時系列的に解説されている。

特に、第3章の代表的な疾患者の移動軸として、①病院内、②外来通院、③市町村内、④市町村内〜県内、⑤市町村内〜国内、⑥海外への移動と6段階に分類され、移動向上への介入、移動圏拡大に向けた症例紹介は斬新である。この分類の中に家庭内移動は含まれていないが、第2章「環境因子と個人因子に基づく移動圏」で、住居内の移動に利用する福祉用具、さらには移動環境とバリアフリー整備に関する法制度および安全な移動のための環境整備としてまとめている。

臨床現場でたびたび遭遇する事例として、「私は再度歩けるようになりますか?」との問い掛けに対して、「リハビリ頑張りましょう」と回答することが多々ある。対象者が頑張れば歩けるようになるのか? 対象者の「歩ける」は病前のような実用歩行であるにもかかわらず、担当セラピストは「上手に歩けるようになりましたねえ」と励まし、褒めたとしても対象者は満足するのだろうか?

このような悩みを第1章「2 医療分野における生命倫理学的変遷」で解き明かしてくれている。この項の「はじめに」には、「臨床においては対象者の気持ちと治療者側の意向が合わないことも多い。インフォームド・コンセント(informed consent: IC)という用語は定着してきたが、その本質的な意味が理解されないまま、対象者の考えが医療者側へ届かないことも少なくはない。時代は、対象者の意向を尊重して治療方針を定めてゆく方向に大きくかじを切っており、その背景と考え方を学ぶことが重要となる。その意味で、生命倫理を学ぶことは治療を進めるうえで私たちの道標となってくれるであろう」と記述されている。また、「おわりに」の項には「医療人が生物学的な狭い範疇にとどまることなく、社会的な視点をもって治療に生かし、学問的にも取り組む時期にきていることを自覚する必要がある」との記述もある。

本書は、2020年から実施される理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則改正に伴うカリキュラムの根幹をなす書の1つであると考えられる。教員・学生はもとより、臨床家として新人を指導する中堅や管理職者などに求められる幅広い層に対して「移動と歩行」についてICFの共通言語をもとに、IADLからQOL、社会参加への実践書として世界観を触発してくれると確信する。

なお、この書評を依頼されたころ、新型コロナウイルス感染症拡大(ウイルスの移動)のニュースが流れ、小学校から高等学校までの休校、大相撲の無観客開催、選抜高校野球の中止など過去に経験したことのない社会現象が生じている。移動制限が報じられ、古今東西「移動」は人間の生活基盤をなし、社会参加制約の要因になることを実感するとともに、本書がこの時期に出版されたことに驚きを隠せない。

# 金原一郎記念医学医療振興財団助成金

## ◆第4回生体の科学賞は東京女子医大の丸義朗氏に

第4回生体の科学賞の授賞者が2月14日、丸義朗氏(東京女子医大)に決定した。同賞は金原一郎記念医学医療振興財団(理事長=東大名誉教授・野々村禎昭氏)の基金をもとに、2016年度に創設。基礎医学医療研究領域における独自性と発展性のあるテーマに対して、研究費用全般への支援を目的に、1件500万円の助成を行うものである。

今回は、丸氏による「転移前微小環境形成における神経ガイドランス分子の役割」が受賞した。癌による死亡原因の大半は転移によるため、いかに転移を防ぐかが生命予後の向上には重要である。しかし、いまだに癌細胞の転移臓器指向性を決める要因について、詳細は不明である。丸氏は肺転移に注目して研究を進め、癌細胞が分泌する ephrin-A1 が肺の血管内皮に発現している EphA1 を活性化し、血管内皮を刺激することを突き止めた。転移に適した環境が醸成されるメカニズムの解明に寄与したことが評価された。

## ◆第34回研究交流助成金・第34回留学生受入助成金対象者を選定

金原一郎記念医学医療振興財団は2月14日、第34回研究交流助成金・第34回留学生受入助成金対象者として27人を選定した。同財団は基礎医学・医療研究への資金援助と人材育成を目的に、年に2回、助成金を交付している。下期である今回は、海外で行われる基礎医学医療に関する学会等への出席を助成する研究交流助成金、基礎医学医療研究を目的に日本へ留学する大学院生等を助成する留学生受入助成金が交付された。

\*助成金の詳細については、同財団助成事業募集要項 (<https://www.kanehara-zaidan.or.jp/subsidy/aid>) を参照されたい。

# レジリエント・ヘルスケア入門

## 擾乱と制約下で柔軟に対応する力

中島 和江 編著

B5・頁224  
定価:本体3,200円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02828-8

評者 佐野 武  
がん研有明病院病院長

「レジリエント resilient」とは聞き慣れない単語である。医学用語でもない。辞書には、「回復の早い、弾力性のある、柔軟な」とある。では「レジリエント・ヘルスケア」とは何か。この入門書を読めばその意味がわかり、そのコンセプトが医療安全にもたらすであろう新しい構図を予感できる。

多くの職種が参加する現代の医療行為は、さまざまな要因が非常に複雑に絡みあって成立している。何か問題が起きた時、従来の医療安全管理の手法では、「失敗」に着目してその原因を突き止め、それを改善することで間違いをなくそうとする。これに対しレジリエント・ヘルスケアの世界では、逆に個々の医療プロセスが「なぜうまく行っているのか」に着目し、その要因を解析して生かすことで、より安全なシステムを構築しようというのである。

複数の人間が自分の職責を自覚し遂行した結果として、一つの医療行為が完結する。何か予定外の環境変化が起きたとしても、個々人が工夫を凝らすことで大事に至らずに解決できる。そうした「弾力性に富む組織」を作ることができれば、あらゆる出来事に対してその時点で最善の対応が可能となるであろう。

言われてみればまさに「目から鱗」の発想である。だがその実践となると容易ではあるまい。外科医の視点から言うと、トラブルが起こった手術の問題点を指摘することは比較的容易である。しかしそのトラブルはしばしば再発する。これに対し、何事もなくスムーズに進む手術は、実は一つひとつの手

技の裏に外科医チームの深い配慮と技術が詰まっていることが多く、こうしたチームでは初歩的なトラブルは起きないし、繰り返さない。しかし菌がゆいことに、スムーズな手術がなぜスムーズなのかを解析して伝えることは容易ではない。

特定機能病院の医療管理者である私には、医療安全は重要課題である。月に数百枚上がって来るインシデント・アクシデント(IA)レポートに目を通しながら、医療の複雑さと、エラーから逃れられないヒューマンのもろさを毎日痛感している。なぜ人はいつまでも同じ間違いを繰り返すのか。間違いの原因を突き止め、仕組みを見直し、チェックシステムを構築しても、なぜその間隙を縫うようにして次の間違いが起こるのか。この硬直した手法から抜け出て、新しい視点から医療行為を解析し、安全性を高めようというのがレジリエント・ヘルスケアである。その具体的手順はまだ発展段階にあると思われるが、大いに期待したいし、その応用で「スムーズにいく手術の極意」を伝えられるようになるかもしれない。

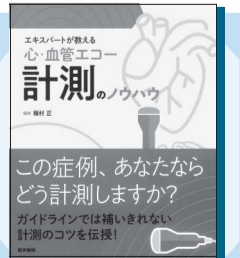
免疫チェックポイントの解明でノーベル賞を受賞した本庶佑博士の講演を思い出す。がんの遺伝子変異をピンポイントに攻撃する分子標的薬は確かに有効であるが、次々と起こる変異への対応には限界がある。これに対し、洗練された免疫療法は弾力性に富み、どのような変異にもダイナミックに対応できるのだ、と。これこそまさに、レジリエント・ヘルスケアが求めるものではないか。

ガイドラインでは補いきれない計測方法のバリエーションを多数収載!

# エキスパートが教える 心・血管エコー計測のノウハウ

好評を博した『検査と技術』Vol.47 No.3(3月・増刊号)「エキスパートが教える心・血管エコー計測のノウハウ」が、待望の書籍化! 新たな症例とより美しい画像の追加により、さらに高い完成度で仕上がりました。心・血管エコーの計測について、典型例はもちろん、ガイドラインに示されない「非典型例」まで詳述される本書は、すぐにも実践に役立つこと間違いなし。あらゆる症例に自信が持てるようになる一冊です。

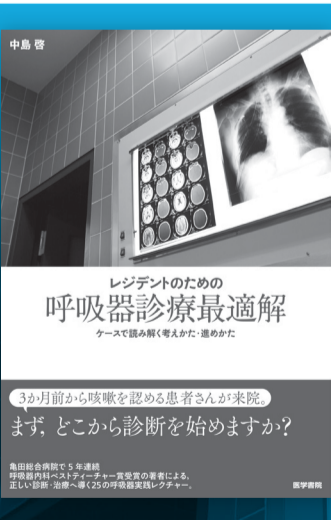
編集 種村 正



この症例、あなたならどう計測しますか?  
ガイドラインでは補いきれない計測のコツを伝授!

AB型 頁314 2020年 定価:本体5,500円+税 [ISBN978-4-260-04202-4]

医学書院



## オン・ザ・ジョブ・トレーニング感覚で 学べる呼吸器日常診療での考えかた

さまざまな訴えで呼吸器内科に来院・入院される患者さんへの対応に日々追われるレジデントたち。本書は、呼吸器診療に携わる研修医、若手呼吸器科医が日常診療で遭遇する困難や疑問に感じる「あるある!」を症状・疾患別にまとめ、実際の症例をベースに、折々の場面でどう考え、どう対応していくべきなのか、その思考過程の提示とともにわかりやすく解説する。実際の診療手順とポイントをイメージできるフローチャートも収載。

# レジデントのための 呼吸器診療最適解

ケースで読み解く考えかた・進めかた

中島 啓

● B5 頁388 定価: 本体5,200円+税 [ISBN 978-4-260-03668-9]

医学書院



# 今日の診断指針

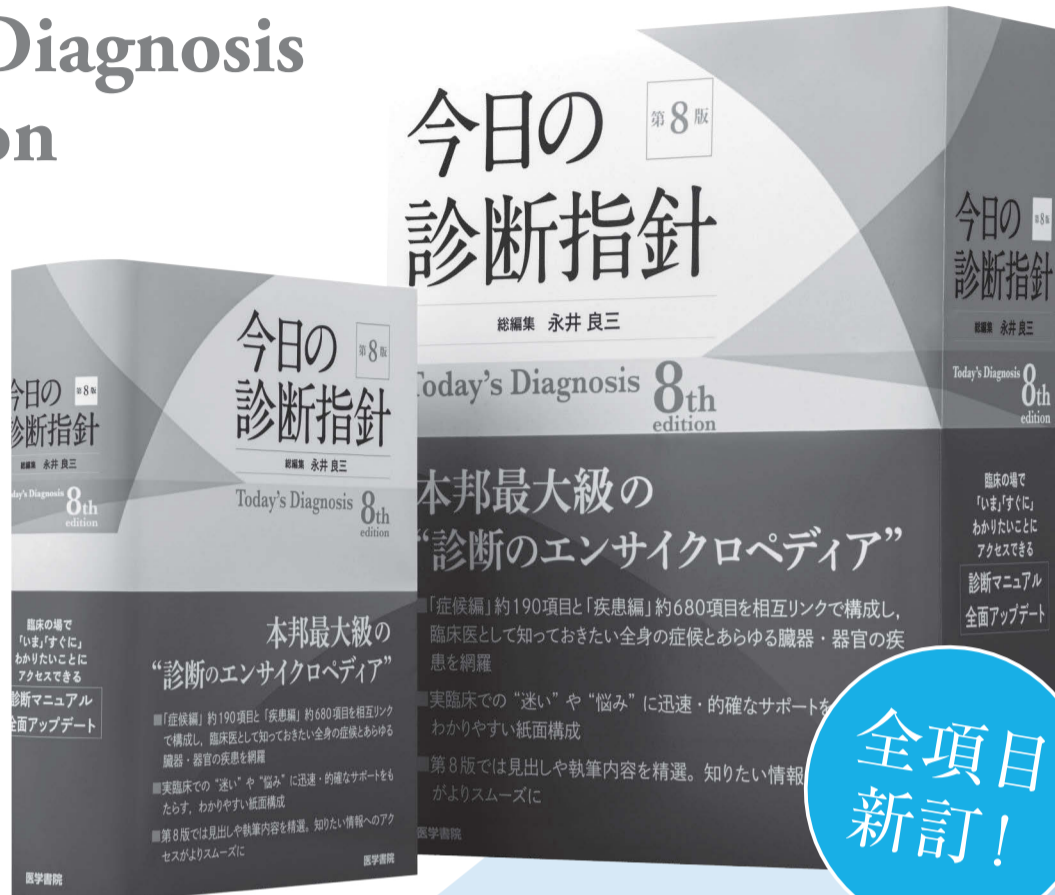
第8版

Today's Diagnosis  
8th edition

今日の  
診断指針

総編集 永井良三 自治医科大学・学長

- 症候編約190項目と疾患編約680項目を相互リンクで構成し、臨床医として知っておきたい全身の症候とあらゆる臓器・器官の疾患を網羅
- エビデンスに基づいた最新知識+各領域におけるエキスパートの経験則を1冊に凝縮
- 第8版では見出しや執筆内容を精選。知りたい情報へのアクセスがよりスムーズに
- デスク判(B5) 頁2112 2020年  
定価：本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-03808-9]
- ポケット判(B6) 頁2112 2020年  
定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-03809-6]



## “診断のエンサイクロペディア” 4月13日ついに発売!

※ 発売日については一部の地域で前後する場合がございます

医学書院

### 2020年4月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

公衆衛生	5 Vol.84 No.5	徹底解説 東京2020対策 まだ間に合う! マスギャザリングへの備え	臨床婦人科産科	4 Vol.74 No.3	徹底解説! 卵巣がんの最新治療 —複雑化する治療を整理する
medicina	4 Vol.57 No.5	デキル内科医のコンサルト —専門医が教える隠れたエッセンス	臨床婦人科産科	増刊 Vol.74 No.4	産婦人科処方のすべて2020 —症例に応じた実践マニュアル
総合診療	4 Vol.30 No.4	大便強ドリル —便秘・下痢・腹痛・消化器疾患に強くなる41問!	臨床眼科	4 Vol.74 No.4	第73回日本臨床眼科学会講演集(2)
循環器ジャーナル (旧 呼吸と循環)	Vol.68 No.2	心エコー図で何を見る? —スクリーニングから精査まで	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	4 Vol.92 No.4	耳鼻咽喉科医が 知っておくべきワクチン医療
胃と腸	4 Vol.55 No.4	内視鏡医も知っておくべき病理 診断リファレンス—上部消化管腫瘍	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	増刊 Vol.92 No.5	フローチャートでわかる 最新の耳鼻咽喉科診療
胃と腸	増刊 Vol.55 No.5	消化管腫瘍の内視鏡診断2020	臨床泌尿器科	4 Vol.74 No.5	ここが変わった! 膀胱癌診療 —新ガイドラインを読み解く
BRAIN and NERVE	4月増大 Vol.72 No.4	神経疾患の診断における 落とし穴—誤診を避けるために	臨床皮膚科	増刊 Vol.74 No.5	最近のトピックス2020
精神医学	4 Vol.62 No.4	ベンゾジアゼピン受容体作動薬 の問題点と適正使用	総合リハビリテーション	4 Vol.48 No.4	歩行障害にどう対応するか
臨床外科	4 Vol.75 No.4	実践! 手術が上達するトレーニング法 —Off the Job Training の最新動向	理学療法ジャーナル	4 Vol.54 No.4	症例から考える 脳幹病変へのアプローチ
臨床整形外科	4 Vol.55 No.4	人工関節周囲感染の現状と展望 —国際コンセンサスを踏まえて	臨床検査	5 Vol.64 No.5	中性脂肪の何が問題か/Evidence based laboratory medicine (EBLM) の新展開
			病院	4 Vol.79 No.4	グループ化する病院



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>  
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp